

BAROMÈTRE CANCER 2021

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES FRANÇAIS
FACE AU CANCER

EN
PARTENARIAT
AVEC

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Agence d'expertise sanitaire et scientifique publique, l'Institut national du cancer a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004. Il conduit l'élan national pour réduire le nombre de cancers et leur impact dans notre pays. Pour cela, l'Institut fédère et coordonne les acteurs de la lutte contre les cancers dans les domaines de la prévention, des dépistages, des soins, de la recherche et de l'innovation. Porteur d'une vision intégrée des dimensions sanitaire, médicale, scientifique, sociale et économique liées aux pathologies cancéreuses, il met son action au service de l'ensemble des concitoyens : patients, proches, aidants, usagers du système de santé, population générale, professionnels de santé, chercheurs et décideurs. L'Institut assure la mise en oeuvre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Santé publique France répond au besoin de disposer, en France d'un centre de référence et d'expertise en santé publique. Fondée sur le continuum entre la connaissance et l'intervention, notre mission est d'améliorer et de protéger la santé des populations. Notre action intègre sur le long terme les grands enjeux de santé publique, dans les champs de la protection contre les menaces (notamment risques infectieux, risques environnementaux...) d'une part et de l'amélioration de la santé (déterminants de santé, prévention, promotion de la santé et réduction du fardeau des maladies chroniques, inégalités sociales et territoriales...) d'autre part.

Ce document doit être cité comme suit : © Baromètre cancer 2021 / Institut national du cancer et Santé publique France, janvier 2023.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur [e-cancer.fr](https://www.e-cancer.fr)



BAROMÈTRE CANCER

2021

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS
DES FRANÇAIS FACE AU CANCER

ÉDITORIAL

Le 24 mars 2003, le président de la République J. Chirac lançait pour la première fois une « mobilisation nationale contre le cancer » et présentait les grands axes d'un premier plan cancer qui allait donner un élan décisif à la lutte contre ce fléau dans notre pays.

Depuis lors, tous les présidents de la République se sont engagés pour cette cause et ont porté deux autres plans cancer. Grâce à cette mobilisation sans précédent les progrès accomplis ont été majeurs dans de multiples domaines. Les résultats de la recherche et les innovations ont permis d'améliorer le dépistage et d'accéder à de nouveaux traitements, le taux d'incidence du cancer a baissé ou s'est stabilisé, le taux de mortalité a diminué.

Pour autant, si les avancées ont été importantes, les défis n'en restent pas moins considérables. C'est pourquoi une stratégie, cette fois décennale, a été lancée en 2021 par le président de la République, Emmanuel Macron, pour donner un nouvel élan à cette lutte en lui fixant des objectifs quantitatifs très ambitieux, en lui octroyant des moyens supplémentaires, et en lui donnant un horizon plus large.

« Le Baromètre cancer est l'outil qui permet de mesurer l'évolution des connaissances, perceptions, attitudes et des habitudes de vie en lien avec le cancer et ses principaux facteurs de risque. »

Cette stratégie décennale de lutte contre les cancers comporte de nombreuses mesures pour accompagner dans leur quotidien les patients et leurs familles, soutenir les professionnels de santé, les chercheurs, améliorer la connaissance et favoriser la prévention auprès de la population.

Elle fixe des ambitions fortes dans de nombreux domaines : recherche, traitements, soins, et appelle aussi à la mobilisation de tous nos concitoyens. Réduire le poids de la maladie dans notre pays passe par une nécessaire évolution des perceptions, des comportements, qu'ils soient individuels ou collectifs, et par la mobilisation de tous.

Dans l'objectif de susciter une adhésion accrue aux programmes de dépistages organisés et faire prendre conscience au plus grand nombre que « nous ne sommes pas impuissants face aux cancers », un paradigme nouveau est encore à construire en matière de prévention. En effet, 160 000 cancers pourraient être évités chaque année.

Le Baromètre cancer est précisément l'outil qui permet de mesurer l'évolution des connaissances, perceptions, attitudes et des habitudes de vie en lien avec le cancer et ses principaux facteurs de risque. Cette quatrième édition, dont l'enquête auprès des Français a eu lieu en 2021 – à l'issue du premier confinement et au moment où était lancée la stratégie décennale – doit ainsi nous aider à adapter notre action à l'évolution des perceptions et des comportements pour que nous parvenions, ensemble, à vaincre le cancer.

Norbert IFRAH,
Président
de l'Institut national du cancer

Thierry BRETON,
Directeur général
de l'Institut national du cancer

Marie-Anne JACQUET,
Directrice générale par intérim
Santé publique France

SOMMAIRE

Éditorial	2
Introduction	15

1

CANCER ET FACTEURS DE RISQUE

Opinions et perceptions de la population française

P. 20

2

INFORMATION SUR LE CANCER ET SES FACTEURS DE RISQUE

Perceptions et sources d'information : quelles évolutions ?

P. 54

3

TABAC ET CANCER

Perception des risques en 2021 et évolutions depuis 2015

P. 78

4

ALCOOL ET CANCER

Comportements, opinions et perceptions des risques

P. 108

5

LES ULTRA-VIOLETS, NATURELS OU ARTIFICIELS

Connaissances, opinions et pratiques

P. 138

6

NUTRITION ET CANCER

Perception des facteurs de risque et des facteurs protecteurs

P. 164

7

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Quelles perceptions en France ?

P. 198

8

DÉPISTAGES

Perceptions et adhésion aux dépistages et à la vaccination contre les HPV

P. 220

Gouvernance et méthode de l'enquête	259
Questionnaire de l'enquête	279



PRÉSENTATION

Le Baromètre cancer 2021 est la 4^e édition des Baromètres cancer, et résulte d'un travail réalisé sur 3 ans par l'Institut national du cancer en partenariat avec Santé publique France.

La coordination de ce Baromètre a été assurée par Jérôme Foucaud pour l'Institut national du cancer avec la collaboration de Pierre Arwidson pour Santé publique France. Cette étude s'est appuyée sur un comité stratégique, un comité d'appui et d'élaboration et un comité de rédaction.

Le pilotage de l'élaboration du questionnaire a été réalisé sur l'année 2020 par Kristopher Lamore, Stéphane Faury et Jérôme Foucaud (Institut national du cancer).

L'étude pilote puis l'enquête terrain ont été réalisées sur l'année 2021 par les équipes Ipsos sous la coordination d'Arnaud Gautier (Santé publique France). La gestion de la base de données a été assurée par Arnaud Gautier et Iris Cervenka (Institut national du cancer) et les redressements effectués par Arnaud Gautier.

Sur l'année 2022, la valorisation des résultats du Baromètre a été coordonnée par Jérôme Foucaud et Iris Cervenka avec la collaboration de Pierre Arwidson. L'édition du Baromètre a été pilotée et réalisée au sein de la Direction de la communication et de l'information de l'Institut national du cancer, avec l'appui des équipes de l'agence Desk.

L'Institut national du cancer et Santé publique France remercient l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation de cette enquête, notamment les membres des comités stratégiques, d'appui et de rédaction, les enquêteurs et les personnes ayant accepté de répondre à l'enquête.

AUTEURS ET RELECTEURS

Les auteurs du Baromètre cancer 2021, constitués en comité d'appui et de rédaction, ont participé à l'élaboration du questionnaire (validité, formulation d'hypothèses scientifiques pour chaque question, etc.), au traitement des données et à la rédaction des documents de valorisation. Les affiliations indiquées correspondent à celles des auteurs au moment de la rédaction des chapitres.

CANCER ET FACTEURS DE RISQUE

Opinions et perceptions de la population française

- Stéphane **FAURY**, consultante, Institut national du cancer
- Iris **CERVENKA**, cheffe de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer
- Kristopher **LAMORE**, consultant, Institut national du cancer
- Myriam **PANNARD**, maitresse de conférence de psychologie sociale, université Lumière Lyon 2, Unité Inserm U1296
- Marie **PRÉAU**, professeure de psychologie sociale de la santé, université Lumière Lyon 2, Unité Inserm U1296
- Jérôme **FOUCAUD**, responsable du département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer (auteur correspondant, jfoucaud@institutcancer.fr)

RELECTEURS

Laetitia **GAMBOTTI**, responsable de département recherche clinique, Institut national du cancer

Alain **TRUGEON**, directeur de l'Observatoire régional de la santé et du social

INFORMATION SUR LE CANCER ET SES FACTEURS DE RISQUE

Perceptions et sources d'information : quelles évolutions ?

- Philémon **AUROUET**, chargé de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer (auteur correspondant, pauouet@institutcancer.fr)
- Iris **CERVENKA**, cheffe de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer
- Anne-Fleur **GUILLEMIN**, cheffe de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer

RELECTEURS

Emmanuel **COLLIN**, directeur de la communication et de l'information de l'Institut national du cancer

Kristopher **LAMORE**, consultant, Institut national du cancer

- Hélène **GIVRON**, Coordinatrice pédagogique et maître de conférences, Département de psychologie, Université de Namur
- Jérôme **FOUCAUD**, responsable du département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer (auteur correspondant, jfoucaud@institutcancer.fr)

TABAC ET CANCER

Perception des risques en 2021 et évolutions depuis 2015

- Gauthier **PEREIRA**, chargé d'études et de recherche, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
- Anne **PASQUEREAU**, chargée d'études et de recherche, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France (auteur correspondant, anne.pasquereau@santepubliquefrance.fr)
- Raphaël **ANDLER**, chargé d'études et de recherche, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
- Romain **GUIGNARD**, chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
- Antoine **DEUTSCH**, responsable de projets, département prévention, Pôle Santé Publique et Soins, Institut national du cancer
- Viêt **NGUYEN-THANH**, responsable de l'unité Addictions, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
- Jérôme **FOUCAUD**, responsable du département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer
- Pierre **ARWIDSON**, directeur adjoint, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

RELECTEURS

Emmanuel **LAHAIE**, chargé de projets et d'expertises scientifiques en santé publique, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

Carolyn **REYES-GUZMAN**, directrice de programme, Division of Cancer Control and Population Sciences, National Cancer Institute, National Institutes of Health

ALCOOL ET CANCER

Comportements, opinions et perceptions des risques

- Anne-Fleur **GUILLEMIN**, cheffe de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer
- Iris **CERVENKA**, cheffe de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer
- Raphaël **ANDLER**, chargé d'études et de recherche, unité Addictions, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
- Karine **GALLOPEL MORVAN**, professeur des Universités, EHESP, CNRS, Inserm, Arènes – UMR 6051, RSMS – U 1309, Université de Rennes
- Antoine **DEUTSCH**, responsable de projets, département prévention et dépistage, Pôle Santé Publique et Soins, Institut national du cancer
- Viet **NGUYEN-THANH**, responsable de l'unité Addictions, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
- Jérôme **FOUCAUD**, responsable du département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer (auteur correspondant, jfoucaud@institutcancer.fr)

RELECTEURS

Camille **DE BRAUER**, Institut national du cancer
Bernard **SROUR**, Université Sorbonne Paris Nord, Cnam (Eren) CRESS

LES ULTRAVIOLETS, NATURELS OU ARTIFICIELS

Connaissances, opinions et pratiques

- Anne **THURET**, cheffe de projet, département des maladies non transmissibles et traumatismes, Santé publique France (auteur correspondant, anne.thuret@santepubliquefrance.fr)
- Iris **CERVENKA**, cheffe de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer
- Stéphane **FAURY**, consultante, Institut national du cancer

RELECTRICES

Florence **COUSSON-GÉLIE**, Professeure des Universités, Directrice scientifique d'Épidaure, département prévention de l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM), Université Paul-Valéry Montpellier 3
Karine **GALLOPEL-MORVAN**, Professeure des Universités (Marketing social), École des Hautes Études en Santé Publique
Marie-Ève **ROUGE BUGAT**, Professeure des Universités, département universitaire de Médecine Générale, Faculté de Médecine Rangueil – Université Paul Sabatier Toulouse III
Florence **DE MARIA**, Responsable de l'unité Cancer Direction des maladies non transmissibles et traumatismes, Santé publique France

NUTRITION ET CANCER

Perception des facteurs de risque et des facteurs protecteurs

- Kristopher **LAMORE**, consultant, Institut national du cancer
- Iris **CERVENKA**, cheffe de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer
- Bernard **SROUR**, chercheur en épidémiologie nutritionnelle, Université Sorbonne Paris Nord, Inserm U1153, Inrae U1125, Cnam, Équipe de Recherche en Épidémiologie Nutritionnelle (EREN), Centre de recherche en Épidémiologie et Statistiques (CRESS); coordonnateur du Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche (Réseau NACRe)
- Jérôme **FOUCAUD**, responsable du département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer (auteur correspondant, jfoucaud@institutcancer.fr)

RELECTEURS

Pauline **DUROT**, chef de projet, département Prévention, Santé publique France

Florence **ROSTAN**, chargée de mission, direction Prévention Promotion de la Santé, Santé publique France

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Quelles perceptions en France ?

- Jérôme **FOUCAUD**, responsable du département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer (auteur correspondant, jfoucaud@institutcancer.fr)
- Iris **CERVENKA**, cheffe de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer
- Karine **GALLOPEL MORVAN**, professeur des Universités, EHESP, CNRS, Inserm, Arènes – UMR 6051, RSMS – U 1309, Université de Rennes
- Philémon **AUROUET**, chargé de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer
- Anne-Fleur **GUILLEMIN**, cheffe de projets, département recherche sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, Institut national du cancer
- Benoît **LABARBE**, chef d'unité « Évaluation des produits du tabac et produits connexes », Direction de l'évaluation des risques, Anses
- Carolyn **REYES-GUZMAN**, Directrice de programmes National Institutes of Health, National Cancer Institute, Tobacco Control Research Branch

RELECTEURS

Pierre **ARWIDSON**, directeur adjoint, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

Emmanuel **RICARD**, porte-parole et délégué au service de prévention et promotion du dépistage de la Ligue contre le cancer

DÉPISTAGES

Perceptions et adhésion aux dépistages et à la vaccination contre les HPV

RELECTEURS

Pierre **ARWIDSON**, directeur adjoint, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

Agnès **ROGEL**, chargée de projets et d'expertise scientifiques, Santé publique France

Cécile **QUINTIN**, chargée de projets et d'expertise scientifique, Santé publique France

Anne-Sophie **BARRET**, chargée de projets scientifiques, Unité Vaccination, Santé publique France

Bernard **FRECHE**, professeur associé des Universités, Coordinateur du DES, Département de médecine générale, Université de Poitiers

Charlotte **MARCHAND**, responsable Mission d'appui à la stratégie et partenariats, Institut national du cancer

Philippe-Jean **BOUSQUET**, directeur de l'Observation, des sciences des données et de l'évaluation, Institut national du cancer

- Rajae **TOUZANI**, Consultante en santé publique, Groupe BVA
- Françoise **HAMERS**, Coordinatrice Evaluation dépistage des cancers, Unité Cancer, Santé publique France
- Laura **PROTARD**, Chargée de projets, Pôle Santé Publique et soins, Institut national du cancer
- Florence **DE MARIA**, Responsable de l'Unité Cancer, Santé publique France
- Odile **PEIXOTO**, Directrice du département Santé, Groupe BVA
- Jean-Baptiste **MÉRIC**, Oncologue, Directeur du pôle Santé Publique et soins, Institut national du cancer (auteur correspondant, jbmeric@institutcancer.fr)

ÉQUIPE PROJET

Une équipe projet a été constituée pour piloter les différents temps du Baromètre 2021. Piloté par Jérôme FOUCAUD, l'équipe projet était composée des membres suivants, cités par Institut dans l'ordre alphabétique avec leurs affiliations au moment de la conception de l'étude

Institut national du cancer

- Iris **CERVENKA**
- Stéphane **FAURY**
- Anne-Fleur **GUILLEMIN**
- Kristopher **LAMORE**
- Lucile **MIGAULT**
- Damien **TAMISIER**

Santé publique France

- Pierre **ARWIDSON**
- Arnaud **GAUTIER**

COMITÉ STRATÉGIQUE

Le comité stratégique avait pour objectif de définir les orientations du Baromètre cancer 2021, notamment concernant la démarche de travail, la stratégie de communication sur l'enquête et ses résultats, et la charte de partenariats entre l'Institut national du cancer et Santé publique France.

Les membres du comité stratégique sont cités ci-dessous dans l'ordre alphabétique avec leurs affiliations au moment de la conception de l'étude :

- Pierre **ARWIDSON** (Santé publique France)
- Philippe-Jean **BOUSQUET** (Institut national du cancer)
- Emmanuel **COLLIN** (Institut national du cancer)
- Déborah **CVETOJEVIC** (Institut national du cancer)
- Alain **EYCHÈNE** (Institut national du cancer)
- Jérôme **FOUCAUD** (Institut national du cancer)
- Arnaud **GAUTIER** (Santé publique France)
- Jean-Baptiste **MÉRIC** (Institut national du cancer)
- Florence **DE MARIA** (Santé publique France)

COMITÉ D'APPUI

Le comité d'appui avait pour objectifs de formuler des recommandations sur le questionnaire (ajouts, suppressions, modifications, reformulations), et de participer à la relecture des chapitres une fois ces derniers rédigés.

Les membres du comité d'appui sont cités ci-dessous dans l'ordre alphabétique avec leurs affiliations au moment de la conception de l'étude :

- Pascale **ALTIER** (membre du comité de démocratie sanitaire de l'Institut national du cancer)
- Pierre **ARWIDSON** (Santé publique France)
- Anne-Sophie **BARRET** (Santé publique France)
- Sylvain **BESLE** (Université Claude Bernard Lyon 1/SESSTIM UMR 1252)
- Philippe-Jean **BOUSQUET** (Institut national du cancer)
- Florence **COUSSON-GÉLIE** (Université Paul-Valéry Montpellier 3)
- Samuel **DE LUZE** (Institut national du cancer)
- Armelle **DEGEORGES** (Anses)
- Alice **DESBIOLLES** (Institut national du cancer)
- Marlène **DIONISIO** (membre du comité de démocratie sanitaire de l'Institut national du cancer)
- Brigitte **DORMONT** (Université Paris Dauphine)
- Pauline **DUROT** (Santé publique France)
- Bernard **FRECHE** (Médecin généraliste)
- Julie **GAILLOU DE SAINTIGNON** (Institut national du cancer)
- Laetitia **GAMBOTTI** (Institut national du cancer)
- Arnaud **GAUTIER** (Santé publique France)
- Charlotte **MARCHAND** (Institut national du cancer)
- Lucile **MIGAULT** (Institut national du cancer)
- Youssef **OUSSEINE** (DGS)
- Cécile **QUINTIN** (Santé publique France)
- Emmanuel **RICARD** (La Ligue contre le cancer)
- Agnès **ROGEL** (Santé publique France)
- Marie-Ève **ROUGE BUGAT** (MG)
- Damien **TAMISIER** (Institut national du cancer)
- Alain **TRUGEON** (OR2S)

INTRODUCTION

POURQUOI UN BAROMÈTRE CANCER ?

Selon des données de 2018, 3,8 millions de personnes en France métropolitaine vivent avec ou après avoir eu un cancer et on estime à 382 000 le nombre de nouveaux cancers diagnostiqués chez les adultes : ce nombre est en constante augmentation. Les cancers touchent davantage les hommes (54 %), les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum ayant chez eux l'incidence la plus élevée. Chez la femme, les cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon restent les plus fréquents. Les progrès de la médecine et de la prévention ont permis une réduction du taux standardisé de mortalité entre 2010 et 2018 (- 2 % pour les hommes et 0,7 % pour les femmes). Depuis les années 2000, les cancers restent néanmoins en France la première cause de mortalité globale comme prématurée.

Des inégalités sociales de mortalité sont observées : elles sont plus marquées chez les hommes. Pour faire face à cet enjeu majeur de santé publique, la France s'est dotée de plans successifs de lutte contre le cancer. Puis, pour la première fois en 2021, la France s'est dotée d'une Stratégie décennale. Celle-ci comporte quatre axes, dont un sur la prévention et un autre sur la lutte contre les inégalités. À l'heure où au moins 40 % des cancers sont évitables, les sciences humaines et sociales sont mobilisées pour améliorer la prévention et la lutte contre les inégalités. Le Baromètre cancer s'inscrit dans cette perspective.

QUELLES FINALITÉS ?

Le Baromètre cancer repose sur l'analyse d'une enquête téléphonique menée sur un échantillon aléatoire, seul outil disponible en France pour appréhender les croyances, perceptions, connaissances, opinions et comportements de la population sur les cancers, leurs facteurs de risque, le dépistage et les moyens de prévention. C'est parce que tous ces facteurs guident les comportements qu'il est essentiel de les étudier. Les Baromètres cancer ont vocation à être répétés dans le temps et à intervalles réguliers (tous les cinq ans), avec la même méthode et des questionnements semblables afin, d'une part,

de pouvoir disposer d'une « photographie » régulière des perceptions et comportements des Français par rapport aux cancers à un instant T ; et d'autre part, d'analyser l'évolution des principaux comportements et perceptions de la maladie, des facteurs de risque, et de documenter la question des inégalités. Voici la quatrième vague de cette enquête, réalisée en 2021, après celles de 2005, 2010 et 2015. Pour cette édition, le recueil de terrain a été décalé d'une année afin de prendre en compte l'impact de la crise sanitaire. Outil de pilotage des politiques de prévention, le Baromètre cancer est également utile pour penser des pratiques de prévention différenciées pour les populations spécifiques. En effet, les résultats d'ensemble des Baromètres cancer peuvent être mobilisés par les acteurs du champ pour des expérimentations, des évaluations dans le cadre d'opérations auprès de populations spécifiques (amélioration du recours au dépistage, motivation à changer tel ou tel comportement, etc.). Il ouvre par ailleurs des perspectives de recherche, d'une part grâce à la libre mise à disposition de la base de données, d'autre part en permettant l'émergence de nouvelles questions.

QUELLES NOUVEAUTÉS ?

Ce nouveau Baromètre cancer, trait d'union entre les comportements et perceptions des Français face au cancer de 2005 à 2021, est composé de huit chapitres. Adapté au contexte d'aujourd'hui, il intègre l'évolution des recommandations de prévention et prend en compte la variation des comportements de santé. Fondé sur un questionnaire renouvelé par rapport aux éditions précédentes, il vise également à accroître la qualité des données collectées, avec un nombre d'items réduits et la suppression de la thématique sur la perception des soins.

Le **premier chapitre** est consacré à la perception des cancers et des facteurs de risque de cancer. Il permet d'appréhender les perceptions du cancer comme leurs évolutions, à travers des questions ouvertes et à choix multiples sélectionnées dans la littérature scientifique, dont le nombre a été réduit par rapport à 2015. Pour faire suite aux conclusions du Baromètre cancer précédent, des investigations supplémentaires ont été conduites afin de comprendre le choix des personnes proposant les réponses peu attendues. D'autre part, la perception des facteurs de risque a été analysée dans une double approche : d'une part, et pour la première fois en France, à travers une question ouverte pour recueillir les facteurs

de risque perçus spontanément, d'autre part, comme pour les éditions précédentes, à travers la proposition d'une liste de facteurs de risques avérés ou non.

Le **deuxième chapitre** est consacré au sentiment d'information sur le cancer comme sur ses facteurs de risque, et aux sources d'information qui sont utilisées par les répondants et sur l'évolution de ces éléments. Une nouveauté concerne l'étude du sentiment de « surinformation » sur le cancer.

Les comportements et perceptions du tabac sont analysés dans le **troisième chapitre**. Dans cette édition, certaines questions ont été modifiées pour recentrer l'enquête sur la thématique du cancer, tandis qu'une interrogation sur les stratégies à conduire pour lutter contre la consommation de tabac a été introduite.

L'étude de la perception et des comportements face à l'alcool est présentée dans le **quatrième chapitre** : comme pour le tabac, des items y ont été modifiés pour se centrer sur le lien perçu entre alcool et cancer, et une question sur les stratégies de réduction de sa consommation a été ajoutée.

Le **cinquième chapitre** porte sur les comportements et opinions face aux ultraviolets, naturels ou artificiels. Cette thématique a été retravaillée en profondeur par rapport à l'édition de 2015. Le questionnaire a, en particulier, été enrichi par des questions sur la connaissance de l'indice UV, sur le bronzage et sur les perceptions de la durée d'exposition au soleil comme source de vitamine D. De plus, le recueil des opinions sur la réglementation de l'usage des cabines UV est une nouveauté du chapitre.

Le **chapitre six**, quant à lui, porte sur la nutrition. Au-delà de certaines perceptions investiguées depuis 2010, de nouveaux groupes d'aliments (féculents complets, compléments alimentaires, aliments ultra-transformés, aliments bio et légumes secs) ont été considérés. En outre, l'opinion sur la pratique du jeûne et la consommation de compléments alimentaires étaient questionnées pour la première fois.

La nouvelle thématique de ce Baromètre cancer, la cigarette électronique, est présentée dans le **septième chapitre**. Outre les usages et leurs motifs, ce travail permet de disposer pour la première fois en France de données fines sur la perception de la nocivité de la cigarette électronique et de ses composants.

Enfin, le **dernier chapitre** renoue avec le Baromètre cancer de 2010 en analysant les comportements et perceptions sur le dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, des cancers colorectaux, de la prostate, du poumon, et sur la vaccination contre les HPV. Pour ce Baromètre cancer, de nouvelles questions ont été proposées sur le dépistage du cancer du poumon, en lien avec le programme pilote qui sera lancé par l'Institut national du cancer, afin de définir les contours d'un éventuel programme de dépistage organisé.

Cet ouvrage est le fruit d'une collaboration riche entre différents acteurs et experts des diverses thématiques, dans l'Hexagone, mais aussi outre Atlantique. Bien qu'écrit à de « nombreuses mains », chaque chapitre a été rédigé selon une structure similaire : les chiffres clés, un résumé, une introduction, une partie consacrée aux spécificités méthodologiques du chapitre, les résultats et leurs discussions, et enfin une conclusion. L'ensemble des chapitres apportent une vision générale. Ils peuvent néanmoins être lus et consultés de manière indépendante.

67,7 %

des Français estiment courir le risque d'être un jour atteints d'un cancer, contre **70,8 %** en 2015

42,0 %

des Français considèrent avoir été exposés à des nuisances favorisant l'apparition de cancers au cours de leur activité professionnelle, contre **39,1 %** en 2015

69,2 %

des Français continuent de rejeter massivement l'idée qu'on ne puisse rien faire pour éviter un cancer

96 %

des Français sont d'accord avec l'idée qu'il est possible de vivre plusieurs années avec un cancer

Entre 2015 et 2021, la proportion des Français qui pensent que le cancer est souvent d'origine héréditaire a augmenté, passant de **61,0 %** à

La consommation d'alcool est de plus en plus considérée comme un facteur de risque de cancer par les Français : **78,4 %** en 2015 contre

67,7 %

91,9 %

1 CANCER ET FACTEURS DE RISQUE

Opinions et perceptions de la population française

□ Résumé	22
□ Introduction	23
□ Méthode	25
□ Résultats	28
□ Discussion	44
□ Conclusion	50

- Stéphane FAURY
- Iris CERVENKA
- Kristopher LAMORE
- Myriam PANNARD
- Marie PRÉAU
- Jérôme FOUCAUD

RÉSUMÉ

CANCER ET FACTEURS DE RISQUE

Opinions et perceptions de la population française

CERTAINS CANCERS SONT ÉVITABLES : LE RÔLE DES PERCEPTIONS

En France, 40 % des cancers pourraient être évités par le développement d'environnements et comportements favorables. Ces derniers peuvent être orientés par les croyances et perceptions des personnes concernées qu'il est nécessaire d'appréhender. Ce chapitre vise à présenter la diversité des représentations du cancer et des perceptions des facteurs de risque de cancer au sein d'un échantillon représentatif de la population française en 2021. Il s'agira également de montrer comment ces perceptions ont évolué au fil des années.

LE CANCER : PERÇU MOINS GRAVE ET DES ÉVOLUTIONS DANS LES CROYANCES

Le cancer est une maladie perçue comme grave, mais que l'on peut activement prévenir et avec laquelle il est possible de vivre plusieurs années. Son retentissement en 2021 apparaît cependant aussi important qu'il y a 15 ans. Les deux tiers des répondants pensent courir un risque de cancer, une perception en baisse par rapport à 2015. On note par ailleurs que les cancers sont moins perçus comme contagieux, mais que leurs conséquences sur la vie professionnelle apparaissent plus importantes maintenant qu'il y a dix ans.

UNE PERCEPTION ASSEZ CLAIRE DE CERTAINS FACTEURS DE RISQUE DE CANCER

Pour les facteurs de risque favorisant l'apparition d'un cancer, l'approche innovante

proposée ici montre que les Français ont une idée assez claire de l'importance de certains facteurs de risque, comme le tabac, l'alimentation et l'alcool qu'ils vont citer spontanément. Comparée à 2005, la perception du tabac est très stable alors que celle de facteurs psychologiques (e.g. stress, choc émotionnel, anxiété) non avérés augmente.

UNE PERCEPTION ACCRUE DE CERTAINS FACTEURS DE RISQUE, QU'ILS SOIENT AVÉRÉS OU NON

En 2021, par rapport aux années précédentes, les facteurs émotionnels sont davantage perçus comme des facteurs de risque, de même que les expositions environnementales et la consommation d'alcool ou encore les contraceptifs hormonaux. De plus, le milieu professionnel est davantage perçue comme un espace susceptible d'exposer à des nuisances favorisant l'apparition de cancer.

DES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER SOUS-ESTIMÉS

L'importance d'autres facteurs de risque avérés scientifiquement est sous-estimée, notamment le manque d'activité physique, l'exposition au soleil sans protection, le surpoids voire l'obésité sont spontanément cités comme facteurs de risque par moins de 3 % des participants. Il apparaît aussi que des facteurs comme l'allaitement maternel ne sont pas perçus comme des facteurs protecteurs du cancer du sein par plus de deux tiers des répondants.

INTRODUCTION

LE CANCER EST UN PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Depuis 30 ans, le nombre global de nouveaux cas de cancer augmente chaque année. Entre 2010 et 2018, en France, il a augmenté de 6 060 cas chez les hommes et de 23 053 cas chez les femmes (1). Cette tendance est favorisée par le vieillissement de la population, l'amélioration des méthodes de diagnostic et de dépistage, mais aussi le maintien – voire l'augmentation – de certains comportements à risque (2). Sur cette même période en France, le taux de mortalité standardisé a diminué de 2,0 % chez les hommes et de 0,7 % chez les femmes (1). Malgré ce résultat optimiste, depuis 2004, le cancer demeure la première cause de mortalité et de mortalité prématurée devant les maladies cardiovasculaires (2, 3).

PRÈS DE 40 % DES CANCERS SONT LIÉS AUX MODES DE VIE DES FRANÇAIS

Une part importante des cancers est attribuable à des facteurs de risque liés aux modes de vie, de manière moins importante, dans l'état actuel de nos connaissances, ou à l'environnement des personnes. En France, en 2015, il a été estimé qu'environ deux cancers sur cinq (soit environ 142 000 nouveaux cas) auraient pu être évités si l'exposition à certains facteurs de risque avait été réduite, voire nulle (3-5). Treize facteurs de risque classés cancérigènes ont été identifiés. Parmi les facteurs liés aux modes de vie, les six principaux sont le tabac, responsable de la moitié des cancers évitables (20,0 %), puis l'alcool (8,0 %), l'alimentation déséquilibrée (5,4 %), le surpoids et l'obésité (5,4 %), les rayonnements ultraviolets (3,0 %), le manque d'activité physique (0,9 %).

L'ENVIRONNEMENT A ÉGALEMENT UNE INFLUENCE SUR LE RISQUE DE CANCER

À ces six facteurs, viennent s'ajouter trois autres qui représentent entre 0,5 et 0,7 % des parts attribuables : les radiations ionisantes d'origine médicale (0,7 %), les traitements hormonaux (contraceptifs oraux et traitements de la ménopause, 0,6 %) et la durée d'allaitement (0,5 %). Parmi les facteurs environnementaux, les agents infectieux sont responsables de 4,0 % du total des nouveaux cancers, les expositions professionnelles de 3,6 %, le radon dans l'air intérieur de 1,2 %, la pollution atmosphérique de 0,4 % et l'exposition à certaines substances chimiques, à savoir l'arsenic dans l'eau de boisson et le benzène dans l'air intérieur, de 0,1 % (5).

DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ GUIDÉS PAR LES CROYANCES ET REPRÉSENTATIONS

Si certains facteurs de risque sont difficilement contrôlables, d'autres peuvent être plus facilement évités, notamment ceux en lien avec nos modes de vie (3-6). Des travaux ont montré que les croyances et les représentations développées autour du cancer et des facteurs de risque guident les comportements (7, 8). Ces croyances sont organisées en représentations qui sont assimilées à des « connaissances de sens commun » partagées par les individus d'un même groupe (9). Il s'agit de savoirs expérientiels ni vrais, ni faux, mais qui constituent, dans tous les cas, des guides pour l'action des individus (7, 10).

Ainsi, la façon dont un individu se représente le cancer et ses facteurs de risque va influencer ses comportements – si par exemple un individu pense que l'on ne peut rien faire pour éviter d'avoir un cancer, pourquoi adopterait-il des comportements protecteurs de santé (10, 11) ? Plusieurs modèles théoriques se sont intéressés au rôle des croyances et représentations individuelles et

sociales sur les comportements des individus (12, 13) et soulignent leur caractère évolutif dans le temps. Il est indispensable de les appréhender afin de pouvoir construire des campagnes de communication adaptées. En effet, la prévention primaire et la promotion de la santé, par des interventions ciblées sur le mode de vie et l'environnement, restent les principaux moyens pour réduire le retentissement du cancer au niveau mondial (14).

ÉVALUER LES CROYANCES ET LES REPRÉSENTATIONS : UN LEVIER POUR LA PRÉVENTION DES CANCERS

Des études en population générale sont classiquement menées dans différents pays autour des croyances et comportements de santé par rapport au cancer (15-17). Certains pays ont développé des outils pour évaluer les connaissances sur le cancer en population générale comme au Royaume-Uni avec le *Cancer Awareness Measure* (18). Le cancer étant un problème de santé mondial, certains chercheurs ont élaboré des outils internationaux comme le questionnaire *Awareness and Beliefs about Cancer (ABC)* (19). Aussi, une trentaine de publications scientifiques peuvent être identifiées sur la perception du cancer et de ses facteurs de risque en population générale et sans ciblage spécifique d'une localisation ou d'un seul facteur¹. Malgré la disponibilité de ces outils et un nombre non négligeable de publications,

il semble qu'il n'existe pas à ce jour de revue de la littérature sur le sujet. Alors que la littérature produite en Europe et en Amérique du Nord est assez ancienne, les publications actuelles proviennent d'Afrique et d'Asie et portent principalement sur les facteurs de risque. Le tabac est clairement appréhendé par les enquêtés comme un facteur de risque avec des taux variant entre 90 % et 98 %, la perception de l'alcool est plus mitigée et variable, de 67 % à 96 %, et d'autres facteurs comme le surpoids et la nutrition sont moins bien perçus (20, 21).

La dernière édition du Baromètre cancer, sur des données de 2015, montrait que plus de 70 % des personnes pensaient courir un risque de cancers, et plus de deux personnes sur trois rapportaient que l'on peut agir sur le cancer. Concernant les facteurs de risque, il était noté une assez bonne perception des facteurs de risque comme le tabac et les rayonnements ultraviolets. De plus, certains facteurs dont l'effet cancérigène n'est pas démontré étaient tout de même perçus comme tels par les Français. Néanmoins, ce travail ne permettait pas d'appréhender les facteurs de risque identifiés spontanément par les Français comme favorisant le cancer.

C'est pour répondre à cette question, mais aussi pour analyser les perceptions du cancer et de certains facteurs de risque de cancer, avérés ou non, et leur évolution que ce travail a été réalisé.

1. Il a ici été choisi de ne considérer que les plus récentes.

MÉTHODE

Les données sont issues des Baromètres cancer 2005, 2010, 2015 et 2021. La méthode de l'enquête 2021 est décrite dans une partie dédiée (voir partie « Gouvernance et méthode de l'enquête »).

DESCRIPTION DE LA POPULATION

En 2021, 4 938 personnes ont été interrogées (2 241 hommes et 2 697 femmes) âgées de 15 à 85 ans, dont 477 ont déjà été ou sont soignées pour un cancer. Afin de ne pas rallonger le temps de passation du questionnaire, trois sous-échantillons aléatoires ont été créés : échantillon A (1 228 personnes), échantillon B (1 244 personnes) et l'échantillon C (2 466 personnes)². Ainsi, certaines questions ont été posées uniquement à un ou deux de ces sous-échantillons.

VARIABLES

Les personnes interrogées devaient répondre à deux questions ouvertes explorant les représentations en lien avec le mot cancer et les trois cancers perçus comme étant les plus graves.

Concernant les croyances générales à propos des cancers, des questions fermées étaient formulées et portaient sur 1) le risque perçu d'avoir, au cours de sa vie (à nouveau) un cancer (oui/non). Si la personne pensait courir un risque, il lui était alors demandé d'évaluer ce risque de « très grand » à « très faible » et de quel(s) cancer(s) elle pensait peut-être être atteinte un jour ? ; 2) la perception qu'il soit possible de vivre ou non plusieurs années avec un cancer ; 3) sur les croyances générales à propos des cancers (sept sous-questions), de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord » avec l'opinion proposée. Pour deux de ces sous-questions, si la personne pensait que le cancer était « tout à fait » contagieux ou héréditaire, des questions ouvertes étaient

posées afin de mieux appréhender ce point de vue.

Concernant les croyances relatives aux facteurs de risque de cancers, une première question ouverte sur les trois principales causes de cancer était posée. Ensuite, une deuxième question fermée était proposée sur la perception de 17 facteurs de risque de cancer, dans un ordre aléatoire. Les personnes interrogées devaient indiquer si elles pensaient que ces facteurs pouvaient favoriser l'apparition d'un cancer [modalités de réponses : certainement, probablement, probablement pas, certainement pas]. Une question spécifique était posée au sujet des expositions professionnelles. Si la personne considérait qu'elle avait été exposée à des nuisances professionnelles, il lui était alors demandé de préciser laquelle ou lesquelles. Enfin, était aussi posée une question spécifique sur l'allaitement afin d'appréhender si l'allaitement de l'enfant pouvait diminuer, augmenter ou n'avait pas d'influence sur le risque de développer un cancer du sein chez la mère. Pour chacune des questions, la modalité « je ne sais pas », non citée, était possible.

L'âge, le sexe, le niveau d'études, le lieu d'habitation, les revenus, etc., étaient également posés (voir partie « Gouvernance et méthode de l'enquête »). Concernant la catégorie socioprofessionnelle, les « agriculteurs exploitants » qui ne représentent que 1,8 % de l'échantillon en 2021 ont été regroupés avec la catégorie des « artisans, commerçants et chefs d'entreprise ». Il en avait été de même en 2015.

ÉVOLUTION DU QUESTIONNAIRE

Les questions posées en 2015 ont été révisées par un groupe d'experts et certaines modifications ont été apportées pour le questionnaire de 2021. Elles sont présentées ci-après.

2. Pour plus d'information sur les sous-échantillons, se référer à la partie « Questionnaire » de cet ouvrage.

Concernant les croyances générales relatives aux cancers, certaines questions³ ont été supprimées, lorsque les résultats étaient stables depuis 15 ans ou difficilement utilisables pour penser des recommandations de santé publique car les participants répondaient majoritairement « oui » ou « tout à fait d'accord », ou parce que les questions évaluaient des connaissances plutôt que des représentations.

La formulation de la question « D'après vous, quelles sont les trois localisations de cancer les plus graves » pouvant entraîner un effet de contexte, le terme « localisation » a été remplacé par le terme « cancer ». Les questions relatives au risque d'avoir un cancer au cours de sa vie ont été repensées : la question unique posée en 2015 a été reformulée, car jugée trop complexe (« [...] un risque d'être affecté(e) par un cancer ? » devient « [...] un risque d'avoir un cancer/nouveau cancer ? »). Ont été ajoutées deux questions complémentaires : une question sur la sensibilité (c'est-à-dire, percevoir le risque comme très grand, grand, moyen, faible ou très faible) comme cela est proposé dans des études nationales (e.g., HINTS (22), et une question sur le type de cancer que les répondants pensent possiblement avoir un jour dans leur vie.

Les sous-questions au sujet des opinions sur le cancer en général ont été regroupées au sein d'une même question. Pour comprendre l'évolution dans l'adhésion aux propositions des items « certains cancers sont contagieux » et « le cancer, c'est souvent héréditaire », deux questions ouvertes ont été posées aux personnes répondant « tout à fait » à ces propositions : « Pourquoi pensez-vous que... certains cancers

sont contagieux ? / le cancer est souvent héréditaire ? ».

Enfin, la question de la chronicité du cancer est au cœur d'une vaste littérature (23). Interroger la manière dont une maladie peut être amenée à se « normaliser » et réorganiser la vie des malades et de leurs proches est apparu indispensable. Pour cela, la question suivante : « Selon vous, est-il possible aujourd'hui de vivre plusieurs années avec un cancer ? » (oui/non) a été ajoutée.

Concernant les croyances relatives aux facteurs de risque, et comme cela est fait au niveau international (18), une question ouverte a été ajoutée : « Quelles sont, selon vous, les trois principales causes de cancer ? ». Cette question a été posée avant les sous-questions fermées afin d'éviter les biais de contamination des réponses. Les sous-questions fermées ont été regroupées au sein d'une même question⁴ et la consigne a été simplifiée pour la rendre plus neutre comme dans la littérature internationale (18) : « Parmi les propositions suivantes, pouvez-vous me dire si elles favorisent l'apparition d'un cancer⁵ ? ». Au sujet du facteur de risque « alcool », du fait de l'évolution des recommandations qui ne sont plus différentes entre les femmes et les hommes, une sous-question unique pour les hommes et les femmes est proposée « Boire de l'alcool »⁶. La sous-question « Manger des aliments traités avec des produits chimiques (colorants, conservateurs, pesticides...) » a été modifiée en « Manger des aliments traités avec des pesticides ». La sous-question « Avoir été fragilisé(e) par des expériences douloureuses comme le deuil, une séparation, le chômage » a été reformulée par « Avoir subi des événements traumatiques (deuil, séparation,

chômage) ». La sous-question « Prendre des contraceptifs » a été reformulée par « Prendre des contraceptifs hormonaux », car les contraceptifs incluent également le stérilet et le préservatif. « Avoir travaillé de nuit ou en horaires décalés » a été modifiée par « Avoir travaillé de nuit », car le « ou » ne permet pas de savoir à quelle(s) modalité(s) de réponse les participants répondent ce qui est problématique, car si la modalité « horaire de nuit » est avérée scientifiquement, pour la modalité « horaires décalés », le niveau de preuve reste limité (24). Enfin, pour la sous-question « Avoir des relations sexuelles non protégées », du fait de l'évolution des connaissances scientifiques, il semble plus pertinent de se focaliser sur le *Human Papilloma Virus* (HPV), ainsi cette sous-question a été modifiée par : « Avoir été infecté par certains virus ou bactéries ».

Enfin, en ce qui concerne l'exposition professionnelle, les réponses à la question dichotomique⁷ (oui/non) posée dans les précédentes éditions étaient peu informatives. Ce sujet étant central, une question ouverte a été ajoutée pour les personnes ayant répondu « oui » pour savoir à quelle(s) nuisance(s) professionnelle(s) elles avaient été exposées.

ANALYSES STATISTIQUES

Le logiciel *SPSS Statistics version 28* a été utilisé pour réaliser les analyses statistiques. Les données ont été pondérées afin d'être

représentatives de la population française (voir partie « Gouvernance et méthode de l'enquête »). Des tests du Chi² ont été effectués, afin de comparer les différences de proportions concernant les croyances en fonction de diverses caractéristiques des populations d'étude. Afin d'étudier les liens entre certaines variables, sociodémographiques notamment, et les croyances relatives au cancer, des modèles de régression logistique binaire ont été utilisés, ajustés sur l'âge et le sexe. L'évolution des résultats entre 2005 et 2021 a été étudiée en réalisant des tests du Chi². Seules les questions posées de manière similaire entre 2005, 2010, 2015 et 2021 auprès des personnes n'ayant pas eu de cancer et âgées de 75 ans ou moins ont été exploitées pour étudier l'évolution des résultats.

Les réponses aux questions ouvertes ont été codées par rapprochement sémantique (avec accord-interjuge), c'est-à-dire que les mots appartenant au même champ sémantique ont été regroupés au sein d'une même catégorie (par exemple, les mots « soins », « se soigner », « à soigner » ont été regroupés au sein d'une même catégorie). Cela concerne la question ouverte sur les représentations du mot « cancer », et la question explorant les raisons pour lesquelles les personnes pensent que le cancer est contagieux ou héréditaire. Pour les autres questions ouvertes, des pré-codages étaient proposés et les réponses « autres » ont fait l'objet d'un codage spécifique en catégories (avec accord-interjuge).

3. « Quelles sont les trois maladies que vous jugez les plus graves ? » ; « Je vais maintenant vous demander si une fois le cancer déclaré vous pensez qu'il est important ou pas important de... [exemple : « d'arrêter de fumer »] ; « D'après vous, quelles sont les trois localisations de cancer les plus fréquentes ? » ; « Personne n'est à l'abri d'un cancer » ; « Quand on a un cancer, mieux vaut en parler le plus possible avec ses proches » ; « Le cancer est une maladie comme les autres » ; « Quand on a eu un cancer, on peut encore mener une vie normale » ; « Aujourd'hui, on sait guérir de nombreux types de cancers ».

4. À noter que certaines sous-questions ont été supprimées : « Vivre à côté d'une centrale nucléaire » ; « Vivre à proximité de lignes à haute tension » ; « Avoir passé beaucoup d'examens d'imagerie diagnostique (IRM, scanner) » ; « Être exposé(e) aux ondes électromagnétiques » ; « Être devenu(e) aigri(e) à cause de déceptions affectives ou professionnelles (avoir été déçu(e) par la vie, par les autres) » ; « Prendre un traitement hormonal substitutif de la ménopause ».

5. En 2015, la consigne était : « Je vais vous citer d'autres comportements et vous me direz pour chacun d'eux, si vous pensez qu'ils peuvent favoriser l'apparition d'un cancer ».

6. En 2015, deux sous-questions : « Boire plus de trois verres d'alcool par jour » (SI HOMME) / « Boire plus de deux verres d'alcool par jour » (SI FEMME).

7. « Dans le cadre de votre activité professionnelle présente ou passée, pensez-vous avoir déjà été exposé(e) à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer ? ».

RÉSULTATS

REPRÉSENTATIONS DU CANCER

Une maladie associée au médical, à la mort et aux retentissements psychologiques

Afin d'analyser les représentations des enquêtés sur le cancer (n = 1 228, sous-échantillon A), il leur a été demandé « Quand je vous dis le mot « cancer », quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit ? ». L'analyse des réponses a permis d'obtenir 22 sous-catégories regroupées en sept catégories principales qui sont présentées dans la Figure 1 et analysées ci-après par ordre d'importance. Dix termes n'ont pas pu être classés et 24 personnes n'ont donné aucune réponse à cette question.

La catégorie la plus présente s'organise autour de termes qui associent le cancer au champ médical (477 occurrences) : soit en référence à sa définition en tant que « maladie » (terme le plus cité, n = 383) associée aux mots « tumeur », « grosseur », « cellule », « métastase » ou encore « malade » ; soit en renvoyant aux différentes localisations possibles de la pathologie, le sein étant la localisation la plus souvent mentionnée ; avec des termes en lien soit avec le milieu hospitalier comme « hôpital », « médecin » « diagnostic » ; soit avec la progression de la maladie « croissance », « dégénératif », « invasif », « multiplications », par exemple. Cette catégorie est significativement plus évoquée par les hommes (45,7 %) que les femmes (38,8 %)⁸.

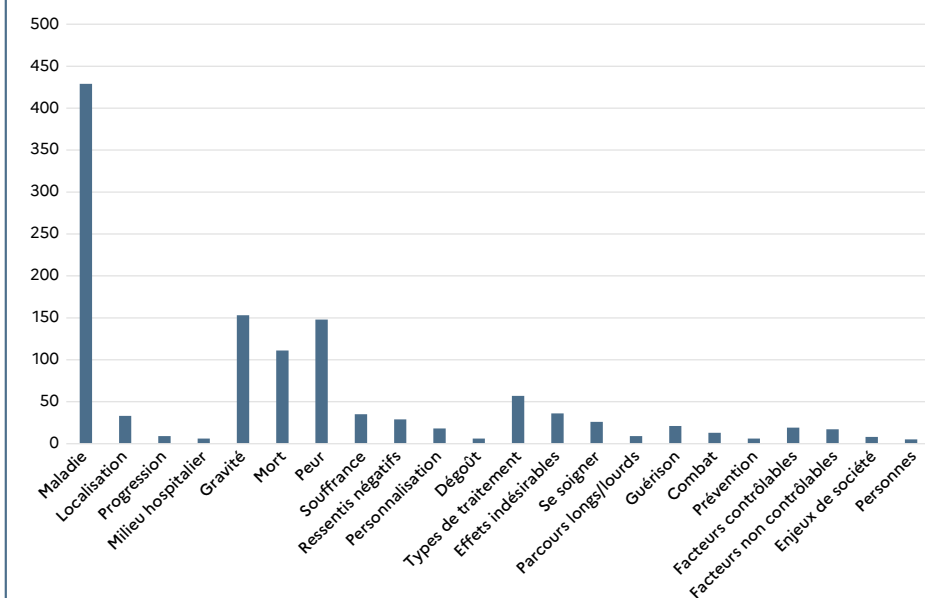
La deuxième catégorie évoquée est relative au cancer comme maladie potentiellement mortelle et sévère (264 occurrences). L'association entre le cancer et la mort (« mort », « c'est la fin » ou « fin de vie », « décès », « cimetière », « cuit ») est très prégnante (n = 111). Le mot

« mort » avec ses dérivés est le troisième mot le plus cité au sein de la population interrogée (n = 92). La sévérité de la maladie est très présente avec 153 occurrences et des termes comme « danger », « mauvais », « grave » et leurs dérivés, soulignant également l'association entre cancer et danger. Cette catégorie est significativement plus évoquée par les hommes (24,1 %) que les femmes (18,8 %).

La troisième catégorie, avec 236 occurrences, renvoie aux retentissements psychologiques en lien avec le cancer. Ces derniers peuvent prendre plusieurs formes : la peur (« angoisse », « peur », « crainte », « horrible », etc.) qui est la sous-catégorie la plus citée avec 148 occurrences – le mot « peur » étant d'ailleurs le deuxième mot le plus cité de l'échantillon (n = 115) ; le dégoût associé à cette pathologie personnalisée ; les ressentis négatifs tels que la « tristesse », « le choc », « l'injustice », « le malheur » ; la souffrance (« mal », « pénible », « souffrance »). Cette catégorie est significativement plus évoquée par les femmes (22,4 %) que les hommes (14,1 %).

La quatrième catégorie renvoie aux moyens de traiter la maladie et à leurs effets indésirables (128 occurrences). Les références aux types de traitements sont nombreuses, la « chimiothérapie » étant le traitement le plus cité (n = 52). Ces traitements sont perçus comme associés à des effets indésirables importants (« diminution physique », « fatigue », « perte de cheveux », « perte de poids ») – la douleur étant l'effet indésirable le plus cité (n = 24) – mais aussi durables (« long traitement », etc.) et inscrivant le cancer dans le long terme (« maladie chronique », « maladie de longue durée », etc.). Cette catégorie est significativement plus évoquée par les femmes (13,4 %) que par les hommes (5,9 %).

FIGURE 1
VENTILATION DES RÉPONSES À L'ÉVOCACTION DU MOT CANCER
(N = 1 204 AYANT AU MOINS UNE RÉPONSE À LA QUESTION)



La cinquième catégorie rassemble des termes positifs qui renvoient à des sources d'espoir. Bien que moins fréquemment cités (40 occurrences), ils renvoient au combat contre la maladie (« force », « bataille », « lutte », « se battre », « combat », etc.) ; à la guérison (« guérissable », « vie », « soignable », « rémission », « possible »), mais aussi à la prévention de la maladie (« dépistage », « prévention », « se faire surveiller »). Cette catégorie est autant évoquée par les hommes (3,6 %) que par les femmes (3,5 %) ; la différence observée est non significative.

La sixième catégorie porte sur les causes perçues (36 occurrences). Celles-ci sont regroupées en deux modalités selon qu'elles paraissent non contrôlables (« malchance », « pas de chance », « poisse », « loterie », « astrologie », « impuissance », « fatalité », « étonnement », « inattendu », « surprise ») ou au contraire contrôlables par l'individu (« alimentations », « microbe/virus/infection », « tabac », « environnement », « hygiène de

vie »). Cette catégorie est significativement plus évoquée par les hommes (4,7 %) que les femmes (1,0 %).

Enfin, bien que plus rarement encore (14 occurrences), le cancer peut être lié à une expérience familiale (« famille ») ou individuelle (« papa », « grand-mère », « ami ») ou même prendre une dimension sociale (« fléau », « maladie du siècle », « épidémie »). Cette catégorie est autant évoquée par les hommes (1,0 %) que les femmes (0,9 %).

Le cancer du poumon perçu comme le cancer le plus grave

Concernant la gravité, les trois cancers cités comme les plus graves sont les mêmes qu'en 2015 (Tableau 1) : le cancer du poumon (55,7 %), le cancer du sein (36,9 %) et le cancer du pancréas (28,3 %). Le même classement est retrouvé chez les hommes et les femmes. En revanche, le croisement de ces réponses avec la variable « sexe » montre

8. Les différences en fonction du sexe sont obtenues par le calcul des résidus de Pearson standardisés à partir d'un test d'indépendance du Chi².

TABLEAU 1 PROPORTIONS DE LOCALISATIONS DE CANCER LES PLUS GRAVES SELON LE SEXE DES PARTICIPANTS

	TOTAL		HOMME		FEMME		p value (Chi ²)
	n	%	n	%	n	%	
D'après vous, quels sont les trois cancers les plus graves ?¹							
● Poumon	2 752	55,7	1 318	59,1	1 434	52,7	< 0,001
● Sein	1 764	36,9	617	28,1	1 147	45,1	< 0,001
● Pancréas	1 646	28,3	692	26,4	954	30,2	0,003
● Colorectal	1 296	24,2	587	23,7	709	24,7	0,398
● Système nerveux central	1 062	21,6	505	23,2	557	20,2	0,011
● Foie	1 015	19,8	468	20,5	547	19,2	0,257
● Sang et Moelle osseuse	855	16,8	377	16,7	478	16,9	0,887
● Prostate	625	13,1	374	17,0	251	9,5	< 0,001
● Os	521	9,5	227	9,2	294	9,7	0,627
● VADS	491	10,5	237	11,0	254	10,1	0,251
● Utérus	339	7,6	62	2,9	277	11,9	< 0,001
● Peau	327	6,6	173	7,6	154	5,7	0,009
● Estomac	270	5,4	134	5,7	136	5,1	0,322

¹Seules les localisations avec un effectif supérieur à 5 % sont mentionnées dans le tableau. VADS = cancer des voies aérodigestives supérieures.

une différence significative pour la plupart des cancers cités (Tableau 1). Le cancer du poumon est perçu comme le cancer le plus grave par les femmes (52,7 %) et surtout par les hommes (59,1 %). Les femmes sont plus nombreuses à citer les cancers féminins (cancer du sein et cancer du col de l'utérus) comme étant l'un des trois cancers les plus graves (respectivement 45,1 % et 11,9 %) que les hommes (respectivement 28,1 % et 2,9 %). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à citer les cancers masculins, notamment le cancer de la prostate (17,0 % contre 9,5 %).

Le cancer, une maladie dont on peut guérir

Afin d'étudier les croyances relatives au cancer, des propositions ont été soumises aux enquêtés afin de mesurer leur niveau d'adhésion (Figure 2). Ainsi, la proposition : « Aujourd'hui, de nombreuses personnes atteintes d'un cancer peuvent être guéries » remporte un haut niveau d'adhésion avec 92,5 % d'accords. À l'inverse, la proposition « Certains cancers sont contagieux » suscite

un large rejet de 93,7 % des participants. La majorité des enquêtés considère que le cancer est une maladie héréditaire (66,4 %), qu'on est mieux soigné quand on a un cancer si on a plus d'argent (41,6 %) et qu'après un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant (60,6 %). Les enquêtés rejettent également majoritairement l'idée que l'on ne puisse rien faire pour éviter d'avoir un cancer (69,2 %). Quant à l'impact du cancer sur la vie sociale, 47,5 % des enquêtés estiment que le cancer est source d'isolement.

Des évolutions notables en 15 ans sur l'inégalité des soins et de la vie professionnelle après un cancer, le sentiment d'isolement, la contagiosité et la dimension héréditaire

Les évolutions de l'adhésion (Figure 3) à différentes propositions ont été analysées au travers des éditions successives du Baromètre cancer, à savoir sur 15 ans et cela auprès des individus de 75 ans ou moins et qui n'ont jamais été soignés pour un cancer. Pour l'ensemble des propositions, les évolutions sont significatives entre les trois éditions.

FIGURE 2 OPINIONS GÉNÉRALES SUR LE CANCER 2021 (N = 4 938)⁹

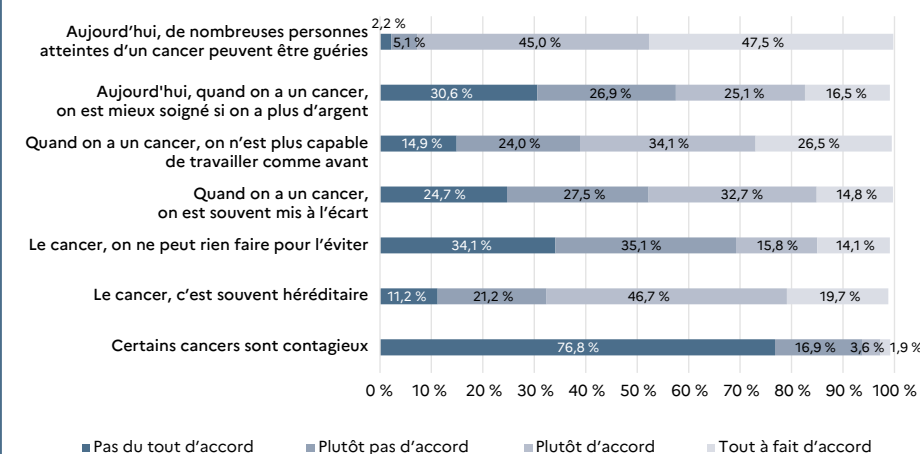
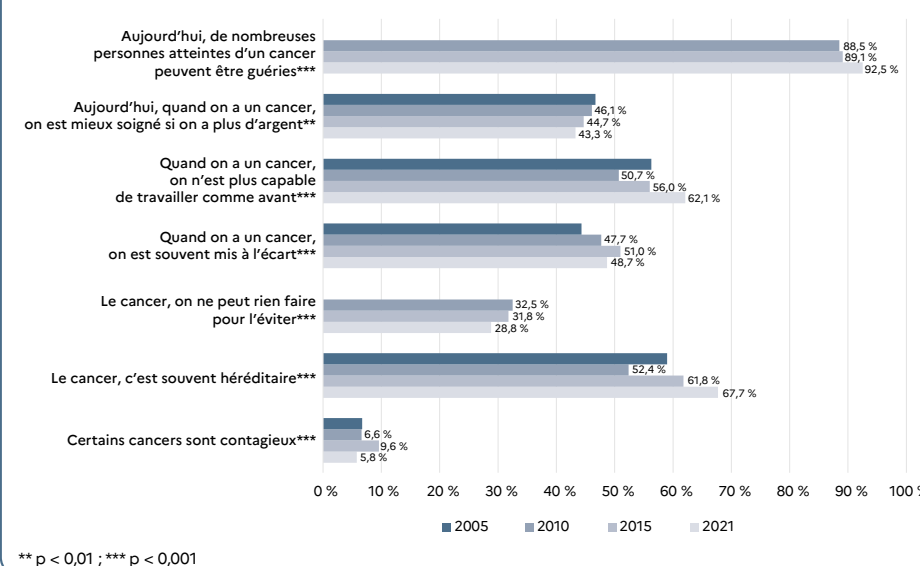


FIGURE 3 CROYANCES GÉNÉRALES SUR LE CANCER 2005-2010-2015-2021 (POURCENTAGES DES PARTICIPANTS SE DÉCLARANT « D'ACCORD » ET « PLUTÔT D'ACCORD » ET PARMI LES PARTICIPANTS JAMAIS SOIGNÉS POUR UN CANCER ET ÂGÉS DE 75 ANS OU MOINS : N = 3 605 EN 2005, N = 3 359 EN 2010, N = 3 613 EN 2015 ET N = 4 213 EN 2021)



9. Les réponses des participants ayant répondu « Je ne sais pas » ne sont pas présentées ici.

Depuis 2010, on note une adhésion de plus en plus forte à la proposition « Aujourd’hui, de nombreuses personnes atteintes d’un cancer peuvent être guéries ». En 2021, neuf enquêtés sur dix considèrent qu’une personne atteinte d’un cancer peut être guérie. De plus, entre 2010 et 2021, on observe un rejet majoritaire de l’idée selon laquelle « Le cancer, on ne peut rien faire pour l’éviter ». Si en 2010 et 2015, les taux étaient proches (respectivement 32,5 % et 31,8 %), on observe, en 2021, 28,8 % de l’échantillon en accord avec la proposition, soit une diminution du taux de 3 points par rapport à celui de 2015. Plus de deux tiers des enquêtés pensent que l’on peut agir pour éviter le cancer.

En 2021, 43,3 % des personnes considèrent qu’« Aujourd’hui, quand on a un cancer, on est mieux soigné si on a plus d’argent » ; ils étaient respectivement de 46,7 % en 2005, 46,1 % en 2010, et 44,7 % en 2015. On observe donc un rejet progressif, depuis 15 ans, de la croyance selon laquelle la prise en charge des cancers est inégale et dépendante des moyens financiers. Concernant l’opinion selon laquelle « Quand on a un cancer, on n’est plus capable de travailler comme avant », le taux de 2021 (62,1 %) a progressé de plus de 6 points par rapport à celui de 2015 (56,0 %) qui approchait celui de 2005 (56,3 %), alors qu’il avait baissé de 5,6 points en 2010 (50,7 %). Ainsi, les conséquences du cancer sur la vie professionnelle sont perçues comme de plus en plus importantes.

Comme pour les années précédentes, en 2021, une majorité des enquêtés pense que « Quand on a un cancer, on est souvent mis à l’écart ». Cependant, si cette perception d’isolement des personnes atteintes de cancer augmentait progressivement depuis 2005 (44,3 % en 2005, 47,7 % en 2010, 51,0 % en 2015, soit une progression d’environ 7 points), une baisse de 2,3 points est à noter en 2021. Ainsi, le taux pour cette dernière année (48,7 %) est proche de celui de 2010.

En 2015, presque 10 % des personnes considéraient que « Certains cancers sont contagieux » alors qu’ils étaient respectivement de 6,7 % en 2005 et 6,6 % en 2010. En 2021, 5,8 % des enquêtés sont en accord avec cette opinion, taux en baisse de 3,8 points par rapport à 2015 et qui est inférieur à ceux de 2005 et 2010. Presque 95 % des personnes considèrent que les cancers ne sont pas contagieux. Pour comprendre pourquoi 5 % des personnes considèrent que les cancers sont contagieux, une question ouverte a été posée à 27 d’entre eux¹⁰. Deux personnes ont répondu ne pas savoir et quatre réponses ont été considérées comme hors sujet. L’analyse des 21 réponses a permis de relever cinq catégories : 1) virus (HPV) qui se transmet (n = 7) ; 2) une transmission par contamination (n = 11, le fait de s’approcher d’une personne atteinte d’un cancer, le contact de la peau, les rapports sexuels, le sang) ; 3) une propagation interne avec l’idée que le cancer peut se propager dans le corps (n = 2) ; 4) une contagion des gènes (n = 1). On observe par ailleurs que les hommes, les 15-24 ans, les personnes n’ayant pas un niveau supérieur au Baccalauréat, les ouvriers et employés et les personnes qui n’ont pas consulté de médecin généraliste les 12 derniers mois ont plus de chance de considérer le cancer comme contagieux¹¹.

Enfin, l’idée selon laquelle le cancer est souvent héréditaire suscite une importante adhésion. En 2021, 67,7 % des enquêtés se prononcent en ce sens ; cette adhésion a augmenté de plus de 15 points depuis 2010. Il s’avère que les femmes, les 35-74 ans, les employés, les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat, les personnes ayant le sentiment d’être bien informées sur les risques de cancer et celles qui ont consulté un médecin généraliste les 12 derniers mois considèrent, de façon indépendante, plus souvent le cancer comme héréditaire.

Pour comprendre pourquoi deux personnes sur trois pensent que le cancer est

souvent héréditaire, une question ouverte a été posée à près de 400 d’entre eux¹². Vingt-et-une personnes ont répondu ne pas savoir pourquoi elles répondaient que le cancer était héréditaire et 27 réponses n’ont pas pu être classées. L’analyse des réponses a permis de relever cinq catégories identifiées à partir des mots utilisés par les participants et qui expliqueraient pourquoi le cancer a été considéré comme héréditaire :

- la catégorie « antécédents » (n = 173) : « à cause des antécédents dans la famille », « bien souvent on demande si dans la famille il y a eu des cancers », etc. ;
- la catégorie « génétique » (n = 105) : lorsque le mot « gène » ou « génétique » était directement cité dans la réponse ;
- la catégorie « surveillance recommandée » (n = 33) : parce qu’il est demandé à la personne de se faire surveiller ou parce qu’« il y a eu un cas dans la famille », etc. ;
- la catégorie « information donnée » (n = 28) : « parce qu’on me l’a dit » (bouche-à-oreille, médecin, etc.) ;
- la catégorie « héréditaire » (n = 15) : lorsque le mot « héréditaire » ou « hérédité » était directement cité dans la réponse.

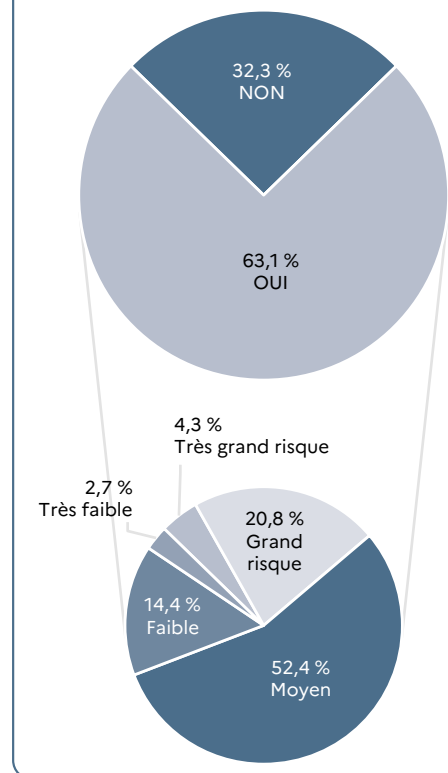
Il est possible de vivre plusieurs années avec un cancer

À la proposition « Selon vous, est-il possible aujourd’hui de vivre plusieurs années avec un cancer ? » La quasi-totalité des enquêtés (96,0 %) a répondu qu’il était « possible aujourd’hui de vivre plusieurs années avec un cancer ». Cette perception ne varie pas selon le sexe ou le fait d’être ou d’avoir été soigné(e) pour un cancer (p > 0,05), mais varie significativement avec l’âge et en fonction de la profession et catégorie socioprofessionnelle. Les personnes plus âgées et de catégorie socioprofessionnelle élevée perçoivent davantage la possibilité de vivre plusieurs années avec un cancer comparé aux personnes plus jeunes ou exerçant une activité en tant qu’employé ou ouvrier (Tableau 2).

Vulnérabilité perçue face au cancer : une majorité de personnes se perçoit comme à risque

En 2021, environ un tiers des enquêtés (32,3 %) ne pensent pas courir, au cours de leur vie, le risque d’être affectés par un cancer contre 29,5 % en 2015. Ainsi, le taux de 2015 de personnes pensant être à risque d’être atteintes d’un cancer au cours de leur vie a baissé d’environ 4 points en 2021 (avec respectivement, 67,5 % et 63,1 %) (Figure 4).

FIGURE 4 PROPORTIONS DES PARTICIPANTS PENSANT COURIR, AU COURS DE LEUR VIE, UN RISQUE D’AVOIR UN CANCER (N = 4 938)¹³



10. Aux sous-échantillons A et B.

11. Résultats obtenus à partir de tests d’indépendance du Chi² et du calcul des résidus de Pearson standardisés.

12. La question était posée aux participants du sous-échantillon C.

13. Les réponses « Je ne sais pas » (n = 233) ou les refus de répondre à cette question (n = 5) ne sont pas représentées dans cette figure.

TABLEAU 2 PROPORTION DES PARTICIPANTS PENSANT QU'IL EST POSSIBLE DE VIVRE AUJOURD'HUI PLUSIEURS ANNÉES AVEC UN CANCER (N = 4 925)¹⁴

	Selon vous, est-il possible aujourd'hui de vivre plusieurs années avec un cancer ?				
	Total N	Oui n %		OR	IC 95 %
SEXE					
● Homme (réf.)	2 234	2 180	96,8	1	
● Femme	2 691	2 611	96,5	0,93	[0,68-1,27]
ÂGE***					
● 15-24 ans (réf.)	452	433	94,8	1	
● 25-34 ans	622	606	96,7	1,63	[0,96-2,77]
● 35-44 ans	733	706	95,4	1,14	[0,71-1,82]
● 45-54 ans	899	880	97,6	2,25	[1,29-3,93]**
● 55-64 ans	949	922	96,6	1,54	[0,93-2,55]
● 65-74 ans	860	842	97,9	2,54	[1,38-4,68]**
● 75-85 ans	410	402	98,5	3,52	[1,50-8,29]**
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE ***					
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE					
● Employés (réf.)	1 301	1 251	95,9	1	
● Indépendants	419	407	97,2	1,31	[0,68-2,53]
● Cadres et professions intellectuelles supérieures	928	917	98,9	3,74	[1,72-8,15]***
● Professions intermédiaires	1 320	1 296	98,4	2,60	[1,49-4,54]***
● Ouvriers	651	630	95,3	0,85	[0,53-1,34]
SOIGNÉ POUR UN CANCER					
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE					
● Non (réf.)	4 447	4 324	96,6	1	
● Oui	475	464	97,0	1,22	

*** p < 0,001 ; réf. = référence.

La majorité des personnes pensent courir un risque moyen d'avoir un cancer (52,4 %) alors que 25,1 % pensent courir un grand risque et 17,1 % un faible risque.

L'âge et le sexe sont des facteurs associés au fait de penser courir un risque d'être concerné personnellement par un cancer (Tableau 3). En effet, les enquêtés de moins de 25 ans sont moins nombreux à se penser à risque que leurs aînés âgés de 25 à 74 ans. Les femmes se sentent moins à risque de développer un cancer que les hommes. Après ajustement sur l'âge et le sexe, différentes variables détaillées dans le Tableau 3 apparaissent comme significativement associées à cette vulnérabilité perçue, comme le fait

de vivre seul ou non, la catégorie socioprofessionnelle, les revenus, etc.

Il a été demandé aux enquêtés qui pensaient courir, au cours de leur vie, un risque d'avoir un cancer, de quel(s) cancer(s) ils pensaient peut-être être atteints un jour. Les résultats¹⁵ sont présentés dans les Figures 5 et 6 en fonction du sexe. Ainsi, près de 50 % des femmes pensent être à risque de développer un cancer du sein. Ensuite, 19,4 % mentionnent le cancer du poumon, 13,3 % le cancer colorectal et 10,5 % le cancer de l'utérus. Un tiers des hommes interrogés pensent être à risque de développer un cancer du poumon, 18,6 % d'un cancer de la prostate et 16,7 % d'un cancer colorectal.

14. Treize personnes ont refusé de répondre à cette question ou ont répondu « Je ne sais pas ».
15. L'analyse ne tient pas compte du statut tabagique des enquêtés.

TABLEAU 3 PROPORTION DES PARTICIPANTS PENSANT COURIR, AU COURS DE LEUR VIE, UN RISQUE D'ÊTRE AFFECTÉS PAR UN CANCER (N = 4 737 ; ANALYSES AJUSTÉES SUR L'ÂGE ET LE SEXE)

	Vous personnellement, pensez-vous courir, au cours de votre vie, un risque d'avoir un cancer ?			
	Oui n %		OR	IC 95%
SEXE				
● Homme (réf.)	1 559	67,90	1	
● Femme	1 737	64,80	0,87	[0,77-0,98]*
ÂGE				
● 15 à 24 ans (réf.)	262	54,50	1	
● 25 à 34 ans	485	78,20	2,99	[2,37-3,77]***
● 35 à 44 ans	554	70,90	2,03	[1,64-2,52]***
● 45 à 54 ans	628	70,70	2,01	[1,62-2,49]***
● 55 à 64 ans	624	65,70	1,60	[1,29-1,97]***
● 65 à 74 ans	533	63,30	1,44	[1,16-1,79]***
● 75 à 85 ans	210	54,60	1,00	[0,78-1,29]
AVOIR DES ENFANTS				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Oui (réf.)	2 320	67,40	1	
● Non	714	72,20		[0,83-1,20]
STATUT MARITAL				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Marié (réf.)	1 432	66,80	1	
● Pacsé	258	77,50	1,34	[1,00-1,80]
● Célibataire	699	61,20	0,86	[0,71-1,04]
● Veuf/veuve	176	54,20	0,77	[0,58-1,04]
● Union libre/concubinage	434	71,80	1,11	[0,90-1,37]
● Divorcé, séparé	292	68,50	1,07	[0,85-1,36]
VIVRE SEUL				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Non (réf.)	2 561	67,30	1	
● Oui	735	62,50	0,84	[0,72-0,98]*
SITUATION PROFESSIONNELLE				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Travail (réf.)	1 918	71,30	1	
● Études	201	55,90	0,96	[0,71-1,29]
● Chômage	179	70,00	0,98	[0,76-1,26]
● Retraite	889	60,20	0,76	[0,57-1,01]
● Autres inactifs	109	63,40	0,76	[0,56-1,03]
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Employés (réf.)	800	63,30	1	
● Indépendants	273	67,00	1,24	[0,97-1,59]
● Cadres et prof. intellectuelles sup.	689	75,40	1,65	[1,32-2,05]***
● Professions intermédiaires	958	73,70	1,53	[1,28-1,85]***
● Ouvriers	412	62,30	0,88	[0,72-1,07]

*: p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ; réf. = référence.

SUITE TABLEAU 3

Vous personnellement, pensez-vous courir, au cours de votre vie, un risque d'avoir un cancer ?				
	Oui		OR	IC 95%
	n	%		
REVENUS PAR UNITÉ DE CONSOMMATION¹⁶				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros) (réf.)	757	62,40	1	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	1 080	70,50	1,42	[1,22-1,67]***
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	1 202	73,80	1,66	[1,40-1,96]***
SITUATION FINANCIÈRE PERÇUE				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● À l'aise (réf.)	868	66,80	1	
● Ça va	1 668	65,70	0,94	[0,81-1,11]
● C'est juste	514	69,30	1,09	[0,89-1,33]
● Y arrive difficilement	171	62,90	0,77	[0,59-0,99]*
● Ne peut y arriver sans dettes	57	66,10	0,89	[0,60-1,32]
NIVEAU DE DIPLOME				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Inférieur au Bac (réf.)	975	59,90	1	
● Bac	689	67,70	1,45	[1,22-1,71]***
● Supérieur au Bac	1 626	74,70	1,76	[1,52-2,04]***
RÉGIONS				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Pays de la Loire (réf.)	202	66,70	1	
● Île-de-France	517	61,00	0,73	[0,54-0,98]
● Centre-Val de Loire	140	63,90	0,86	[0,58-1,28]
● Bourgogne-Franche Comté	153	64,80	0,91	[0,62-1,35]
● Normandie	198	69,30	1,11	[0,76-1,62]
● Hauts-de-France	278	68,70	1,07	[0,77-1,50]
● Grand Est	293	75,50	1,50	[1,06-2,13]
● Bretagne	213	66,40	0,96	[0,66-1,40]
● Nouvelle-Aquitaine	323	65,60	0,96	[0,69-1,33]
● Occitanie	306	64,30	0,83	[0,60-1,16]
● Auvergne-Rhône-Alpe	418	66,70	0,97	[0,71-1,32]
● PACA	242	68,90	1,12	[0,80-1,58]
● Corse	13	67,80	0,82	[0,25-2,71]
TAILLE D'AGGLOMÉRATION				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Rural (réf.)	934	69,50	1	
● < 20 000	582	66,70	0,88	[0,72-1,07]
● 20 000-99 999	379	62,10	0,71	[0,57-0,88]***
● 100 000-199 999	187	66,00	0,87	[0,65-1,16]
● ≥ 200 000	748	69,60	1,01	[0,84-1,21]
● Agglomération parisienne	462	60,90	0,65	[0,53-0,79]***
STATUT TABAGIQUE				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Jamais ou a juste essayé (réf.)	1 114	57,70	1	
● Ex-fumeur	1 247	67,80	1,46	[1,26-1,70]***
● Fumeur occasionnel	229	69,40	1,57	[1,22-2,01]***
● Fumeur quotidien	705	77,60	2,17	[1,81-2,61]***

* : p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ; réf. = référence.



16. La catégorie « manquant » n'est pas présentée dans ce tableau.

SUITE TABLEAU 3

Vous personnellement, pensez-vous courir, au cours de votre vie, un risque d'avoir un cancer ?				
	Oui		OR	IC 95%
	n	%		
CONSOMMATION D'ALCOOL				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Ne boit pas (réf.)	416	53,90	1	
● Consommation mensuelle ou moins	1 133	66,30	1,66	[1,40-1,96]***
● Consommation hebdomadaire	1 501	71,90	2,07	[1,74-2,46]***
● Consommation quotidienne	227	70,00	2,13	[1,59-2,85]***
ÉTAT DE SANTÉ PERÇU				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Très bon (réf.)	1 026	61,40	1	
● Bon	1 461	68,60	1,44	[1,25-1,67]***
● Assez bon	662	69,50	1,65	[1,37-1,98]***
● Mauvais	116	64,20	1,28	[0,94-1,76]
● Très Mauvais	28	88,40	5,24	[1,78-15,39]**
AVOIR CONSULTÉ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE (12 mois)				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Oui (réf.)	2 784	67,90	1	
● Non	512	59,10	0,65	[0,55-0,76]***
ANTÉCÉDENTS DE CANCER				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Non (réf.)	2 976	66,20	1	
● Oui, soigné pour un cancer	245	69,30	1,36	[1,04-1,78]*
● Oui, actuellement soigné	72	64,80	1,06	[0,68-1,65]
ÊTRE MÉNOPAUSÉE				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Non (réf.)	354	71,90	1	
● Oui	870	59,90	0,94	[0,64-1,37]
TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF DE LA MÉNOPAUSE				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Non (réf.)	828	59,00	1	
● Oui	42	84,90	4,06	[1,62-10,16]**
AVOIR UN PROCHE ATTEINT DE CANCER				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Oui (réf.)	3 165	70,00	1	
● Non	130	34,10	0,21	[0,17-0,26]***
INDICE DE MASSE CORPORELLE				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● 18,5-24,9 (réf.)	1 627	66,10	1	
● < 18,5	116	55,80	0,75	[0,55-1,02]
● 25-29,9	1 044	68,90	1,08	[0,93-1,25]
● ≥ 30	481	65,50	0,92	[0,77-1,11]
SE SENTIR INFORMÉ SUR LE CANCER				
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE				
● Non (réf.)	892	64,80	1	
● Oui	2 401	67,00	1,13	[0,98-1,30]

* : p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ; réf. = référence.

FIGURE 5
PRINCIPAUX CANCERS CITÉS PAR LES FEMMES QUI PENSENT ÊTRE À RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER AU COURS DE LEUR VIE (N = 1 737 FEMMES)

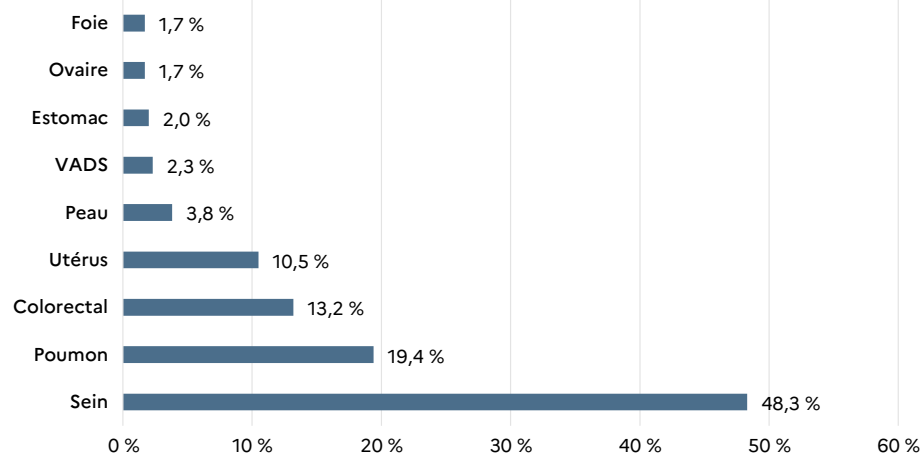
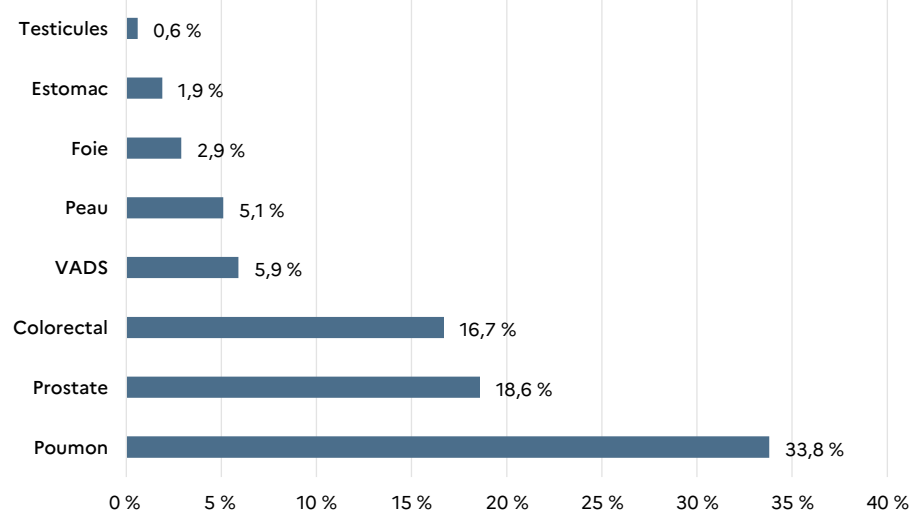


FIGURE 6
PRINCIPAUX CANCERS CITÉS PAR LES HOMMES QUI PENSENT ÊTRE À RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER AU COURS DE LEUR VIE (N = 1 559 HOMMES)



PERCEPTION DES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER

Pour ce Baromètre une première question ouverte a été posée à l'ensemble de l'échantillon afin d'explorer les trois principales causes de cancer perçues par les individus : les réponses ont généré 12 468 occurrences. Spontanément, les causes perçues de cancer les plus fréquemment citées (> à 5 %) sont le tabac qui est cité par 61,2 % des personnes (24,0 % des occurrences), l'alimentation par 39,9 % (15,3 % des occurrences) et l'alcool indiqué par 36,9 % (14,5 % des occurrences). Enfin, l'hygiène et le mode de vie sont cités par 24,8 % des personnes (9,7 % des occurrences), l'hérédité par 20,8 % (8,2 % des occurrences), la pollution par 14,7 % (5,8 % des occurrences) et les facteurs psychologiques sont rapportés par 14,4 % (5,7 % des occurrences).

Au total, 12 468 réponses ont été analysées et regroupées en six catégories (Figure 7). La catégorie liée aux modes de vie est la plus citée (68,1 %). Elle est composée de 15 facteurs de risque¹⁷ en lien avec les comportements : tabac (24,0 %) ; alimentation (15,3 %) ; alcool (14,5 %) ; hygiène et mode

de vie (9,7 %) ; manque d'activité physique (2,5 %) ; exposition au soleil (1,4 %) ; surpoids et obésité (0,8 %) ; drogues (0,6 %).

La deuxième, en lien avec les facteurs environnementaux, rassemble 12,2 % des réponses : pollution (5,8 %) ; environnement (4,3 %) ; produits chimiques/toxiques (1,7 %) ; exposition professionnelle (0,8 %).

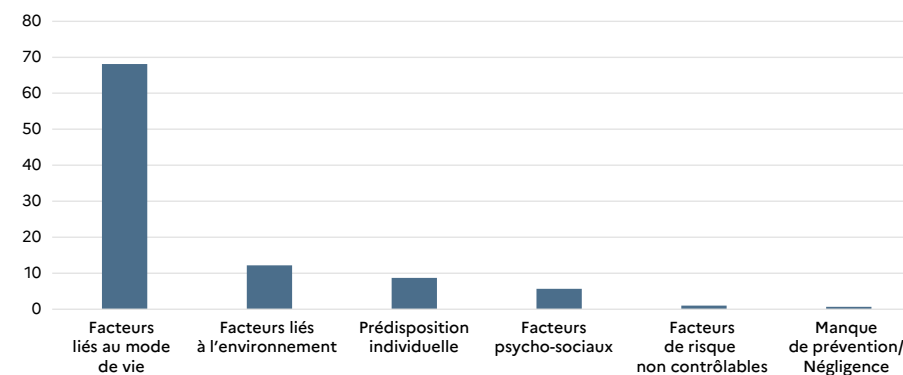
La troisième catégorie porte sur des causes perçues comme liées à une prédisposition individuelle (8,7 %). Elle regroupe les causes suivantes : hérédité (8,2 %) ; génétique (0,5 %).

La quatrième catégorie relève de facteurs psychologiques (5,7 %) comme le stress, les chocs émotionnels, l'anxiété, la dépression, le mental, le mal être.

La cinquième catégorie (1,0 %), bien que rarement citée, concerne des facteurs de risque non contrôlables comme la malchance, le facteur chance, le hasard.

La sixième catégorie (0,7 %) rassemble les termes qui renvoient à des causes perçues de cancer comme le manque de prévention ou la négligence.

FIGURE 7
VENTILATION DES 12 468 RÉPONSES À L'ÉVOCACTION DES TROIS PRINCIPALES CAUSES PERÇUES DE CANCER



17. Afin d'alléger la lecture, seuls les taux de réponses supérieurs à 0,5 % ont été considérés et cela pour l'ensemble des catégories.

De nombreux facteurs perçus comme favorisant l'apparition d'un cancer

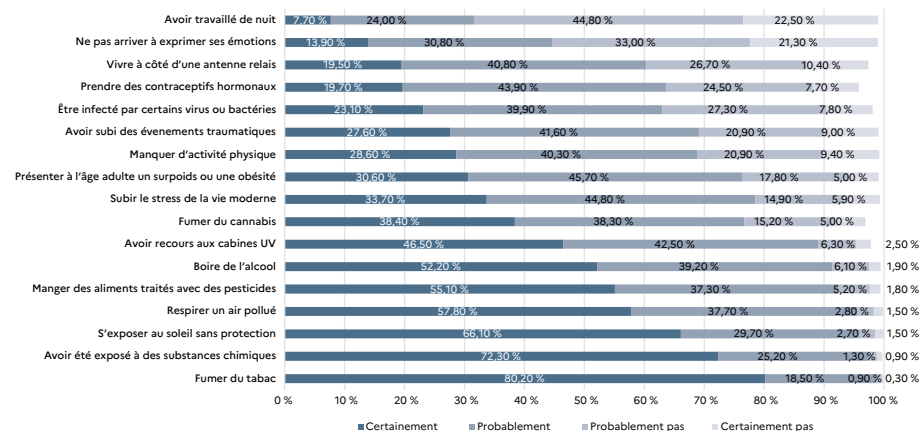
Une liste de 17 facteurs a été soumise aux enquêtés, ces derniers devaient indiquer si chaque facteur proposé pouvait favoriser l'apparition d'un cancer. La Figure 8 permet de visualiser la liste des facteurs interrogés. Il s'agit de facteurs comportementaux, psychologiques ou environnementaux. Les facteurs évoqués renvoient à la fois à des risques avérés et faisant l'objet de campagne de prévention (comme le tabac) ; soit établis, mais peu diffusés auprès de la population (comme fumer du cannabis) ; soit qui font débat dans les sphères publiques et scientifiques (comme vivre à côté d'une antenne relais) ; ou encore non fondés scientifiquement (comme le stress de la vie moderne).

L'analyse montre que la quasi-totalité des enquêtés a pu émettre une opinion sur les propositions soumises : très peu ont répondu ne pas savoir ou ne pas connaître le facteur proposé. Les opinions recueillies peuvent être classées en quatre catégories.

La première catégorie regroupe trois facteurs considérés par les répondants comme « certainement » cancérigènes : « fumer du tabac », « avoir été exposé à des substances chimiques » et « s'exposer au soleil sans protection » pour lesquels respectivement environ 80,2 %, 72,3 % et 66,1 % des personnes considèrent qu'ils sont « certainement » cancérigènes. Si l'on agrège ces taux avec ceux des personnes les considérant comme « probablement » à l'origine d'un cancer, alors la quasi-totalité de l'échantillon considère que ces trois facteurs peuvent provoquer un cancer (respectivement, 98,7 %, 97,5 % et 95,8 %).

Dans la deuxième catégorie sont rassemblés les facteurs pour lesquels plus de 45 % des enquêtés estiment qu'ils sont « certainement » susceptibles de favoriser l'apparition d'un cancer. Additionnés avec les réponses « probablement », les taux se situent entre 95,5 % et 89,0 %. Les opinions concernées sont : « Respirer un air pollué » (95,5 %), « Manger des aliments traités par des pesticides » (92,4 %), « Boire de l'alcool » (91,4 %), « Avoir recours aux cabines UV » (89,0 %).

FIGURE 8 PERCEPTIONS DES FACTEURS POUVANT FAVORISER L'APPARITION D'UN CANCER (EN POURCENTAGE) (N = 4 938)



Note de lecture : Vu leur faible prévalence, les réponses « ne pas connaître le facteur proposé » et « je ne sais pas » ne sont pas présentées pour une meilleure lisibilité, ce qui fait que le total des modalités présentées ne fait pas nécessairement 100 % sur les histogrammes.

La troisième catégorie regroupe des facteurs majoritairement considérés comme à risque (certainement et probablement, les taux cumulés varient entre 78,5 % et 60,3 %), mais pour lesquels la certitude exprimée est moindre, c'est-à-dire entre 19,5 % et 38,4 % pour la réponse « certainement » ; la réponse « probablement » est privilégiée par les enquêtés. Il s'agit des opinions suivantes : « Fumer du cannabis » (76,7 %), « Subir le stress de la vie moderne » (78,5 %), « Présenter à l'âge adulte un surpoids ou une obésité » (76,3 %), « Manquer d'activité physique » (68,9 %), « Avoir subi des événements traumatiques » (69,2 %), « Être infecté(e) par certains virus ou bactéries » (63,0 %), « Prendre des contraceptifs hormonaux » (63,6 %), « Vivre près d'une antenne relais » (60,3 %).

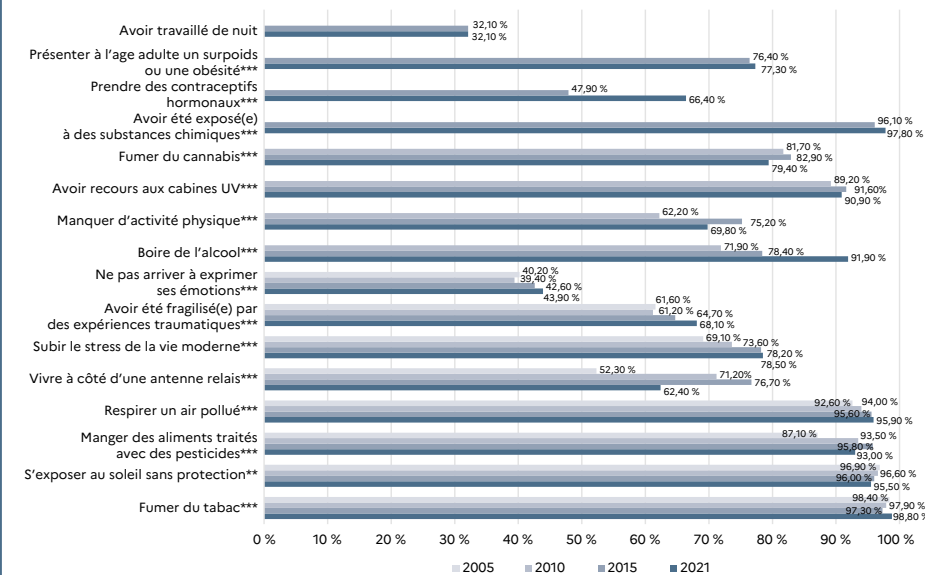
La dernière catégorie regroupe deux facteurs « Ne pas arriver à exprimer ses émotions » et « Avoir travaillé de nuit » pour

lesquels la majorité des répondants considèrent qu'ils ne sont pas cancérigènes (probablement pas et certainement pas, les taux cumulés sont respectivement de 54,3 % et 67,3 %).

Quelles évolutions depuis 2005 ?

Parmi la liste présentée, ci-dessus, huit des 17 facteurs ont été analysés sur 15 ans, quatre sur 10 ans et quatre sur 5 ans (Figure 9). L'analyse des résultats nous permet d'observer trois catégories. Tout d'abord les facteurs de risque avérés ou non pour lesquels les enquêtés sont de plus en plus d'accord (réponses certainement et probablement) avec le fait qu'ils constituent des facteurs de risque de cancer, il s'agit des items suivants : « Ne pas arriver à exprimer ses émotions », « Avoir été fragilisé(e) par des expériences traumatiques », « Subir le stress de la vie moderne », « Respirer un air pollué »,

FIGURE 9 LES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER PERÇUS EN 2005, 2010, 2015 ET 2021 (POURCENTAGES DES PARTICIPANTS AYANT RÉPONDU « CERTAINEMENT » ET « PROBABLEMENT ») (PARMI LES PARTICIPANTS JAMAIS SOIGNÉS POUR UN CANCER ET ÂGÉS 75 ANS OU MOINS : N = 3 605 EN 2005, N = 3 359 EN 2010, N = 3 613 EN 2015 ET N = 4 213 EN 2021)



Les réponses « Ne sait pas » ont été exclues.

« Prendre des contraceptifs hormonaux », « Boire de l'alcool », « Avoir été exposé(e) à des substances chimiques ». Ensuite, les facteurs pour lesquels on note peu de variations au fil du temps comme « Avoir travaillé de nuit », « Présenter à l'âge adulte un surpoids ou une obésité », « Avoir recours aux cabines UV », « Manger des aliments traités avec des pesticides », « S'exposer au soleil sans protection », et « Fumer du tabac ». Enfin, les facteurs pour lesquels la perception en tant que facteur de risque de cancer diminue comme « Fumer du cannabis », « Manquer d'activité physique » et « Vivre à côté d'une antenne relais ».

À noter que les résultats au sujet des causes perçues suivantes : « Boire de l'alcool », « Avoir travaillé de nuit », « Manger des aliments traités avec des pesticides », « Avoir subi des événements traumatiques », « Prendre des contraceptifs hormonaux » doivent être interprétés avec précaution dans la mesure où la formulation a été légèrement modifiée en 2021. Ainsi, il n'est pas possible de savoir si les évolutions observées sont dues à l'évolution des perceptions, à la modification de la question (bien que minime), ou aux deux dans une part plus ou moins variable.

TABLEAU 4 PROPORTION DES PARTICIPANTS PENSANT QUE L'ALLAITEMENT PEUT ÊTRE UN FACTEUR DE RISQUE DE CANCER CHEZ LA MÈRE (N = 4 938)

	TOTAL		HOMME		FEMME		Chi ² = 0,002
	n	%	n	%	n	%	
Selon vous, l'allaitement de l'enfant peut-il...							ASR¹⁸
● Diminuer le risque de cancer du sein chez la mère	1 607	29,5	673	27,7	934	31,2	2,7
● Augmenter le risque de cancer du sein chez la mère	173	4,8	101	5,5	72	4,1	- 2,3
● N'a pas d'influence sur le risque de cancer du sein	3 016	62,8	1 383	63,4	1 633	62,3	- 0,8
● Ne sait pas	142	2,9	84	3,5	58	2,4	- 2,1

Un tiers des enquêtés pense que l'allaitement n'a pas d'influence sur le risque de cancer du sein de la mère

Les bénéfiques de l'allaitement sur le risque de cancer du sein de la mère ont été questionnés chez les femmes, comme précédemment et pour la première fois chez les hommes. Les résultats (Tableau 4) montrent que 62,8 % des répondants pensent que l'allaitement n'a pas d'influence sur le risque de cancer du sein de la mère. Près d'un enquêté sur trois perçoit les bénéfices de l'allaitement pour la mère et significativement plus les femmes que les hommes (31,2 % vs 27,7 %).

Le milieu professionnel : un espace perçu comme susceptible d'exposer à des nuisances favorisant l'apparition de cancer

Afin d'analyser les croyances des enquêtés¹⁹ quant aux facteurs de risque de cancers dans le cadre professionnel, il a été demandé, si dans leur activité professionnelle présente ou passée, les enquêtés pensaient avoir déjà été exposés à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer et, si oui, lesquelles.

Parmi les actifs occupés (sauf apprentis, en alternance ou en stage rémunéré), retraités, préretraités et chômeurs, soit 4 425 répondants, près de 42,0 % pensent avoir été exposés à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer dans le cadre de leur activité professionnelle ; soit 2,3 % de plus qu'en 2015 (Tableau 5). Le fait de se penser exposé à ces nuisances semble être fortement lié au sexe (les hommes se sentent plus exposés que les femmes), à l'âge (les 35-54 ans se sentent plus exposés que les plus de 65 ans), à la catégorie socioprofessionnelle (les indépendants et les ouvriers se sentent plus exposés que les cadres et les employés). Les enquêtés qui pensent qu'avoir été exposés à des substances chimiques au cours de leur activité professionnelle favorise certainement l'apparition d'un cancer sont également ceux qui pensent avoir été plus exposés professionnellement (comparés à ceux qui pensent probablement pas/certainement pas). Le lieu de résidence semble également avoir une influence sur cette croyance : les enquêtés vivant dans une commune de moins de 20 000 habitants se sentent plus exposés professionnellement que ceux habitant en région parisienne.

Enfin, il a été demandé aux personnes qui pensent avoir été exposées à des nuisances pouvant favoriser l'apparition de cancer dans le cadre de leur activité professionnelle, quelles étaient les nuisances auxquelles elles avaient été exposées. Plusieurs grandes catégories ont été relevées : 1) des facteurs psychologiques tels que le stress, le burn-out, le harcèlement ; 2) l'exposition à des produits toxiques comme les biocides, les produits phytosanitaires, l'amiante, la préparation de chimiothérapie ; 3) les polluants inhalés et la pollution ; 4) les facteurs de risque en lien avec des modes de vie comme le tabac (passif et actif), la consommation d'alcool, l'alimentation ; 5) les conditions de travail avec notamment le fait de travailler de nuit, les horaires décalés, ou encore l'environnement de travail ressenti comme « trop chaud » ou « trop froid » ; 6) l'exposition à des produits radioactifs comme les radiations, les rayonnements X, la radiologie ; 7) des nuisances sonores ; 8) des hydrocarbures aromatiques polycycliques ; 9) l'exposition à des ondes ; 10) l'exposition au soleil et UV ; 11) l'exposition à des maladies et/ou des maladies comme le cancer.

TABLEAU 5 PROPORTION DES PARTICIPANTS PENSANT AVOIR DÉJÀ ÉTÉ EXPOSÉS À DES NUISANCES POUVANT FAVORISER L'APPARITION D'UN CANCER DANS LEUR ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN 2015 ET 2021 (N = 3 208 ET 4 425, RESPECTIVEMENT)

	2015		2021	
	n	%	n	%
Dans le cadre de votre activité professionnelle présente ou passée, pensez-vous avoir déjà été exposé(e) à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer?				
● Oui	1 221	39,2	1 762	41,5
● Non	1 978	60,6	2 637	57,7

Ces questions étaient posées si actif occupé (sauf apprenti, en alternance ou en stage rémunéré), ou retraité, ou préretraité, ou chômeur dans l'édition 2015 et 2021.

18. Une valeur absolue de l'ASR supérieure à 2 (c'est-à-dire à la fois supérieure à -2 ou à + 2) signifie qu'il y a une différence significative entre les deux pourcentages comparés.
 19. La question au sujet des expositions professionnelles a été posée uniquement aux personnes qui travaillent, qui sont retraitées ou préretraitées et au chômage.

DISCUSSION

Compte tenu du nombre important des données traitées dans ce chapitre, il a été choisi de discuter les éléments principaux et de les rassembler par grandes thématiques.

LE CANCER : UNE MALADIE TOUJOURS PERÇUE COMME GRAVE, MAIS DONT ON PEUT GUÉRIR ET AVEC LAQUELLE ON PEUT VIVRE PLUSIEURS ANNÉES

Bien que le taux de mortalité lié aux cancers soit en constante diminution depuis 25 ans (2), l'évocation du mot « cancer » demeure largement associée à la mort. Le mot « mort », et ses dérivés, est le troisième mot le plus cité au sein de la population interrogée confirmant l'idée que malgré les progrès réalisés, le cancer reste dans la pensée collective une maladie mortelle (25). De fait, le cancer représente toujours la principale cause de mortalité et de mortalité prématurée en France (2, 3). De plus, le cancer est perçu comme une maladie grave qui fait peur avec une évocation fréquente des termes associés aux émotions négatives, le mot « peur » étant le deuxième mot le plus fréquemment cité. Pourtant, la quatrième étude sur la survie des personnes atteintes de cancer en France montre une amélioration de la survie pour une grande majorité de cancers (26), ce qui témoigne des avancées dans la compréhension du cancer et de ses traitements. Depuis 2010, on note dans le Baromètre cancer une adhésion à l'idée selon laquelle « Aujourd'hui, de nombreuses personnes atteintes d'un cancer peuvent être guéries ». En 2021, neuf Français sur 10 considèrent qu'une personne atteinte d'un cancer peut être guérie. Résultat qui semble en accord avec les données actuelles au sujet du taux de guérison qui progresse. Même si le taux de guérison (c'est-à-dire quand aucun signe de rechute n'a été décelé pendant une période de 5 ans après le traitement) varie fortement selon la localisation du cancer, entre 1990 et 2015, la survie a progressé de 21 points pour les cancers de la prostate,

9 points pour les cancers du sein ou encore de 12 points pour le cancer colorectal (2). La catégorie de la guérison et de l'espoir est d'ailleurs évoquée par les Français, par exemple avec les mots « rémission », « espoir », « possible », « possibilité de guérison », mais elle reste encore peu citée.

Si pendant longtemps, au sujet du cancer, on pouvait rencontrer d'anciens malades, il était plus rare d'échanger avec des « malades anciens », c'est-à-dire installés durablement dans la maladie. Avec les progrès de la médecine et des traitements, son assimilation à une « maladie chronique » est de plus en plus prégnante, même si elle suscite de nombreuses controverses auprès des patients et qu'elle est fondamentalement fautive. Selon certains, de « maladie mortelle » le cancer deviendrait « maladie chronique », sous-entendant que les patients « garderaient leur cancer toute leur vie » ou qu'ils « seraient toute leur vie surveillés médicalement » (27). Ceci laisserait entendre que le cancer serait toujours présent, mais comme endormi. À notre connaissance, c'est la première fois qu'une étude d'envergure nationale interroge les Français sur cette question. La très grande majorité des Français ont répondu qu'il était possible, aujourd'hui, de vivre plusieurs années avec un cancer. Cependant, les personnes plus âgées et de catégories socio-professionnelles élevées perçoivent davantage la possibilité de vivre plusieurs années avec un cancer comparé aux personnes plus jeunes ou exerçant une activité en tant qu'employés ou ouvriers. Ces personnes ont, bien souvent, un plus faible niveau de revenus comparé aux personnes plus âgées ou de catégories socio-professionnelles plus élevées. En ce sens, il est probable que la littératie en santé et un niveau d'information plus faible puissent expliquer cette croyance. De plus, ce résultat peut être mis en lien avec la croyance de certains, selon laquelle la prise en charge des cancers est liée au niveau socioéconomique et qui est relatée par plus d'un Français sur deux. Les éditions précédentes du Baromètre

cancer avaient mis en évidence que cette perception était plus aiguë pour les catégories socioprofessionnelles de revenus de niveaux inférieurs. Ces résultats vont dans le sens des données largement publiées quant à l'impact des inégalités, à la fois dans le cadre de la prévention des cancers, mais aussi l'accès aux soins et leur prise en charge pour ne citer que ces éléments, la lutte contre les inégalités étant plus large (28).

Les personnes interrogées considèrent le cancer du poumon comme le plus grave, résultat cohérent avec les données épidémiologiques en considérant la mortalité toutes localisations confondues comme critère (1). Concernant la localisation des cancers selon le facteur gravité et la variable sexe, les perceptions mises en évidence sont en partie proches des constats épidémiologiques de survie. En effet, le cancer du poumon est le plus mortel chez les hommes (25,0 %). De plus, il apparaît que cette perception est stable depuis 2015 (10). En revanche, pour les femmes, dans cette étude, le cancer du poumon est perçu comme le plus grave, suivi de près par le cancer du sein, alors que dans la littérature scientifique le cancer du sein est le plus mortel chez la femme (18,0 %), suivi, certes, de près par le cancer du poumon (15,0 %) (1).

LE CANCER : UNE MALADIE FACE À LAQUELLE ON SE SENT VULNÉRABLE

Si le cancer est une maladie perçue comme grave, il s'agit aussi d'une maladie face à laquelle deux tiers des Français se sentent vulnérables. Ce taux a baissé d'environ 4 points en 2021 comparativement à celui de 2015 (10). Ce résultat apparaît en accord avec les données épidémiologiques selon lesquelles il y aurait une diminution du taux d'incidence standardisé chez les hommes et qui tend à se stabiliser chez les femmes (1). Comme en 2015, d'une part les Français de moins de 25 ans sont moins nombreux à se penser à risque que leurs aînés, ce qui pourrait être expliqué par la faible prévalence de cancers chez les adolescents et jeunes adultes (10). D'autre part, les personnes âgées

de 75 ans et plus se perçoivent moins à risque de développer un cancer que les 25-74 ans, leur taux étant similaire à celui des moins de 25 ans (10). Ce résultat vient en contradiction avec les données scientifiques qui affirment que l'âge est un facteur de risque important dans la plupart des cancers. Ce sentiment pourrait être expliqué par le fait que les différentes politiques de dépistage ciblent les individus âgés de 50 et 74 ans pour les cancers du sein et du côlon et les femmes de 25 à 65 ans pour le cancer du col de l'utérus. Ainsi, ces campagnes pourraient avoir un effet collatéral laissant entendre que le risque de cancer est moins important au-delà de 74 ans. De plus, bien que l'âge soit un facteur de risque avéré de cancer, il n'est pas perçu comme tel par les Français. Spontanément, il n'est cité que 32 fois (sur 12 558 occurrences) par les Français comme principale cause de cancer. Ainsi, il pourrait être intéressant, d'une part, de mener des travaux spécifiques à ce sujet et, d'autre part, de penser un travail en collaboration avec les médecins généralistes, acteurs essentiels dans la prévention et le dépistage des cancers. Ceci aurait pour objet de sensibiliser les 74 ans et plus sur le fait que l'arrêt de dépistage après 74 ans ne signifie pas pour autant une diminution de risque au-delà de cet âge. Par ailleurs, la population de fumeurs, d'ex-fumeurs et celle qui consomme de l'alcool, quels que soient leur âge et leur sexe, se sentent plus vulnérables face au cancer. En revanche, les personnes en situation d'obésité ou de surpoids ne se sentent pas plus vulnérables au cancer que les personnes dont l'indice de masse corporelle est considéré comme normal (c'est-à-dire compris entre 18,5 et 24,9). Alors que la part de cancer attribuable au surpoids et l'obésité a été estimée à 5,4 % par les études menées à ce sujet (4), ce qui en fait le troisième facteur le plus important avec l'alimentation après le tabac et l'alcool, les résultats de la présente étude montrent que seulement 30 % des personnes interrogées sont certaines que le surpoids ou l'obésité est un facteur de risque de cancer. De plus, parmi les causes de cancer perçues citées spontanément, le surpoids et l'obésité ne sont cités que 100 fois (sur 12 558 réponses). Ces résultats mettent en évidence l'importance de

continuer à sensibiliser la population sur ce facteur de risque, et, en particulier, les personnes en surpoids ou obèses en raison du risque auquel elles sont déjà exposées.

Concernant la vulnérabilité liée au sexe, il apparaît que les femmes se sentent plus vulnérables face au cancer du sein, au cancer du poumon, puis au cancer colorectal. Ces résultats sont en accord avec les données épidémiologiques sur le sujet qui identifient ces trois localisations comme les plus fréquentes chez les femmes, à une différence près : le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon est inférieur à celui du cancer colorectal (1). Les hommes se sentent plus vulnérables face au cancer du poumon, puis au cancer de la prostate précédant le cancer colorectal. Ces résultats sont également en accord avec les données épidémiologiques (1), mais le cancer le plus fréquent chez l'homme est le cancer de la prostate devant le cancer du poumon, puis le cancer colorectal. Ces données nous montrent donc que l'impact de la survie est supérieur à celui de la prévalence puisque le cancer de la prostate est le plus répandu chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes (1) et non le cancer du poumon.

Ce sentiment de vulnérabilité face au cancer peut être renforcé par la multitude de facteurs de risque perçus par les Français, qu'il s'agisse de facteurs comportementaux, environnementaux ou psychologiques. Aussi, l'analyse de la perception spontanée des facteurs de risque de cancer est une approche inédite dans le contexte français. Nos résultats montrent que les facteurs de risque liés à nos modes de vie sont ceux qui sont le plus souvent cités spontanément, notamment le tabac, l'alimentation et l'alcool. Le tabac et l'alcool sont les deux principaux facteurs de risque de cancers évitables (5). Il apparaît que certains facteurs de risque avérés scientifiquement ne sont que très peu rapportés spontanément par les Français. En effet, le fait de prendre des contraceptifs hormonaux, d'être infecté par certains virus ou bactéries, de manquer d'activité physique,

d'être en surpoids ou en obésité, d'avoir fumé du cannabis et de s'exposer au soleil sont cités spontanément chacun par moins de 0,5 % des répondants. Le deuxième bloc le plus important porte sur les facteurs environnementaux (14,7 % des répondants et 12,2 % des occurrences) qui dans la perception des répondants semblent plus importants que la part attribuable que l'on peut retrouver aujourd'hui dans la littérature scientifique (5) qui cependant évolue. Des travaux complémentaires seront à conduire pour identifier une hiérarchie dans ces perceptions. Ce résultat confirme la préoccupation pointée des Français pour ce sujet qui a été pointé dans le Baromètre cancer en 2015 (10) et qui a été prise en compte dans la nouvelle stratégie décennale de lutte contre le cancer lancée en 2021. « L'environnement », perçu comme un facteur de risque (29), peut également être un facteur protecteur avec des contextes favorables à la santé²⁰. A contrario, les facteurs psychologiques qui ne sont pas avérés scientifiquement sont eux cités plus fréquemment (14,4 % des répondants et 5,7 %, des occurrences) que des facteurs avérés. Ainsi, un réel décalage est observé d'une part, entre les données scientifiques et les croyances des Français et d'autre part, entre les résultats à une question ouverte sur les causes possibles de cancer et aux questions fermées où il est demandé aux Français de se positionner vis-à-vis de certaines propositions. L'avantage des questions ouvertes est qu'elles constituent des indicateurs pertinents pour interroger ce qui vient immédiatement à l'esprit et d'autres travaux ont montré leur pertinence (30, 31). Mais elles restent peu utilisées, car plus lourdes à traiter que des questions à choix multiple. Ces questions peuvent donc refléter ce que les Français retiennent des campagnes de sensibilisation au sujet des facteurs de risque de cancer, sans influencer leurs réponses par des propositions. Ainsi, si l'on peut conclure que les messages préventifs concernant les comportements à risque comme le tabac, l'alimentation ou encore l'alcool semblent avoir été entendus, il paraît nécessaire de déployer des campagnes et des actions de

20. Voir par exemple le réseau villes-santé de l'OMS : <https://www.villes-sante.com/thematiques/espaces-verts-et-sante/>

sensibilisation sur les facteurs de risque moins connus et identifiés par les Français comme l'obésité²¹. Une enquête réalisée au Royaume-Uni (30) met en évidence une identification spontanée des trois principaux facteurs de risque de cancer avec des taux de réponses de 81,2 % pour le tabac, 52,0 % pour l'alcool et 34,4 % pour l'alimentation. Une étude menée en Irlande rapporte des éléments similaires (31). Des différences considérables sont ainsi observées dans les réponses formulées entre les pays. Il existe probablement des différences culturelles quant à l'identification de l'alimentation comme un facteur associé aux cancers. Il serait important de creuser la place de la nutrition comme facteur « protecteur » du cancer ou comme cause, et cela dans le contexte culturel français.

Sans revenir sur l'ensemble des facteurs de risque et leur évolution depuis une quinzaine d'années, quelques remarques peuvent être émises. Le facteur « Avoir travaillé de nuit » est majoritairement perçu par les Français comme ne favorisant pas le risque de cancer alors que les données scientifiques affirment le contraire (24). À l'inverse, les facteurs psychologiques tels que « Ne pas arriver à exprimer ses émotions », « Avoir été fragilisé par des expériences traumatiques » et « Subir le stress de la vie moderne » sont perçus par les Français comme des facteurs favorisant l'apparition du cancer. Cette opinion se renforce à chaque édition du Baromètre cancer alors qu'il n'existe actuellement pas de consensus scientifiques (32). Ces opinions ne semblent donc pas s'appuyer sur des arguments scientifiques actuels, mais plutôt, d'une part, sur une perception plus ancienne des émotions ou des « humeurs » comme cause de cancer (33), des publications grand public et d'autre part, sur les travaux réalisés en psychosomatique qui interrogent la possibilité d'une étiologie psychique dans certaines maladies somatiques. En ce qui concerne le manque d'activité physique, en 2021 seulement 69,8 % des Français sont d'accord avec le fait que le manque d'activité physique est un facteur

favorisant le cancer contre 75,2 % en 2015. Ce résultat pourrait être expliqué, en partie, par le fait que le pays a traversé au moment de l'enquête une crise sanitaire sans précédent, ayant pu avoir une influence sur cette perception. Il s'agira de confirmer cette hypothèse dans le prochain Baromètre. Il serait également intéressant d'interroger les liens entre sédentarité et cancer, qui jusqu'à présent n'ont jamais été questionnés et qui ne ressortent pas spontanément comme facteur de risque formulé par les Français. Enfin, les Français rejettent majoritairement l'idée que l'on ne puisse rien faire pour éviter d'avoir un cancer (69,2 %). Résultat optimiste et encourageant dans la mesure où l'une des stratégies au niveau national pour diminuer l'incidence du nombre de cas de cancer réside dans la modification des modes de vie.

LE CANCER : UNE PATHOLOGIE PERÇUE COMME HÉRÉDITAIRE

Il apparaît que deux personnes sur trois pensent que le cancer est souvent héréditaire. En effet, en 2021, 67,7 % des Français pensent que le cancer est héréditaire contre 61,8 % en 2015 et 52,4 % en 2010, soit une augmentation de plus de 15 points depuis 2010. La prévalence élevée de cette perception n'a jamais été aussi forte alors que l'idée selon laquelle le cancer serait héréditaire a émergé dès le XIX^e siècle. Pour mieux appréhender ce résultat, il a été demandé aux Français d'expliquer les raisons pour lesquelles ils considèrent que le cancer est « tout à fait » héréditaire. Les données montrent que les pratiques médicales de prise en charge des cancers permettent de comprendre cette croyance. En effet, d'une part, les professionnels de santé questionnent quasi-systématiquement les personnes sur les antécédents de cancer au sein de la famille et, d'autre part, dès lors qu'un membre de la famille est atteint d'un cancer, la surveillance médicale des autres membres de la famille est souvent renforcée, ce qui motiverait ainsi les Français à penser que le cancer est héréditaire. D'ailleurs, les Français qui ont un proche atteint

21. Concernant ce facteur de risque, d'une part, le fait qu'il est impliqué dans d'autres maladies que le cancer peut entraîner des confusions et d'autre part, étant source de stigmatisation, c'est un sujet sensible pour lequel il n'est pas évident de proposer des campagnes d'information.

d'un cancer se sentent plus vulnérables face au cancer (70,0 %) que ceux qui n'en ont pas (31,1 %). Ensuite, il a été fréquemment rapporté que le cancer était héréditaire, car les gènes sont impliqués dans le cancer. Il semble donc y avoir une confusion entre les termes « héréditaire » et « génétique ». En effet, ce n'est pas le cancer qui est héréditaire, mais certains gènes prédisposant au cancer. On n'hérite pas d'un cancer, mais de gènes. Cette confusion peut être problématique et complexe à expliciter dans la communication grand public. En effet, penser que le cancer est héréditaire pourrait conduire la population à considérer que les comportements de prévention sont superflus, car le cancer serait transmis. Plus que jamais, ce type de résultat doit être pris en compte pour développer des communications plus claires sur le terme de « génétique » et ce d'autant plus que les personnes ayant le sentiment d'être bien informées sur les risques de cancer et celles qui ont consulté un médecin généraliste les 12 derniers mois sont plus nombreuses à considérer le cancer comme héréditaire.

LE CANCER ET MILIEU PROFESSIONNEL : DES LIENS PERÇUS COMME FORTS ET ÉTROITS

Malgré l'absence de lien entre le sentiment de vulnérabilité face au cancer et la situation professionnelle actuelle, mais aussi le fait que le milieu professionnel est peu cité spontanément par les Français comme facteur favorisant le cancer, près de 42 % des interrogés pensent avoir été exposés à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer dans le cadre de leur activité professionnelle, soit 2,3 % de plus qu'en 2015. Cette année-là, il avait été constaté que même si ce sentiment semble plus marqué parmi les professions agricoles et ouvrières, et pour lesquelles des expositions aux principaux agents cancérigènes rencontrés en milieu de travail sont connues, elle se retrouve également dans les autres professions pourtant peu exposées à des agents connus ou suspects (10, 11). Pour comprendre ce constat, il a été demandé, dans l'enquête de 2021, aux personnes pensant avoir été exposées

à des nuisances pouvant favoriser l'apparition de cancer, quelles étaient ces nuisances. D'après les analyses réalisées, trois types de facteurs ont été cités : 1) des facteurs connus et avérés scientifiquement en lien direct avec l'activité professionnelle comme l'exposition à des produits toxiques, à des produits radioactifs, à des hydrocarbures aromatiques polycycliques, au soleil, UV, etc., 2) des facteurs connus et avérés, mais en lien indirect avec le milieu de travail et en rapport avec les modes de vie comme le tabac, l'alcool, et l'alimentation ; et enfin, 3) des facteurs non avérés scientifiquement ou qui font débat dans la sphère publique comme les facteurs psychologiques tels que le stress, le burn-out, le harcèlement, les nuisances sonores, ou encore l'exposition à des malades ou des maladies comme le cancer. Ainsi, le fait que des facteurs en lien avec les modes de vie et des facteurs non avérés scientifiquement soient cités peut expliquer le fait que toutes les catégories socioprofessionnelles peuvent se sentir exposées à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer au sein de leur activité professionnelle. Il pourrait être intéressant d'interroger les Français sur la perception qu'ils ont quant aux moyens de se protéger ou non contre ces facteurs de risque de cancer dans le cadre de leur travail.

LE CANCER : UN VECTEUR DE MODIFICATION DES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES

Concernant l'opinion selon laquelle « Quand on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant », le taux de 2021 (62,1 %) a progressé de 6 points par rapport à celui de 2015 (56,0 %). Ainsi, alors que les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements du cancer ont permis de faire reculer la mortalité par cancer, la maladie demeure une épreuve difficile synonyme de ruptures dans la vie professionnelle. Constat en accord avec les études réalisées à ce sujet qui montrent que 20 % des 18-54 ans en emploi au moment du diagnostic ne travaillent plus 5 ans après (31, 35). Ce lien entre cancer et employabilité est une préoccupation constante qui était au centre des attendus majeurs du troisième

Plan cancer (2014-2019). Malgré les moyens déployés, l'impact potentiellement négatif du cancer sur la trajectoire professionnelle reste surestimé. Cette perception des Français reflète-t-elle les croyances construites à partir des retours d'expériences de leurs

proches atteints d'un cancer ou cache-t-elle d'autres croyances ? Il pourrait être intéressant de développer d'autres études sur le sujet pour comprendre pourquoi les Français pensent qu'après un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant.

CONCLUSION

Les différentes éditions du Baromètre cancer visent à analyser les croyances relatives au cancer et ses facteurs de risque auprès des Français et ce à un temps donné, mais aussi leur évolution.

Le cancer reste une maladie perçue comme grave, mais pour laquelle on peut agir sur certains comportements pour diminuer les risques et avec laquelle il est possible de vivre plusieurs années. Il ressort également que les Français ont une idée assez claire de l'importance et de la gravité des cancers en fonction de leurs localisations. Les conséquences du cancer sur la vie professionnelle sont perçues comme plus importantes qu'il y a 10 ans.

Ce travail a permis pour la première fois d'identifier la perception française spontanée des facteurs de risque de cancer. Aussi, si les personnes ont une idée assez claire de l'importance de certains facteurs de risque d'apparition d'un cancer, l'importance de certains d'entre eux, pourtant avérés scientifiquement, est sous-estimée. Cette étude a également permis d'identifier des perceptions persistantes qui nécessiteront des

études complémentaires et de nouvelles interventions mieux ciblées sur la base de ces croyances ou confusions. Elles concernent par exemple le caractère héréditaire du cancer, le sentiment d'être exposé à des nuisances cancérigènes dans le milieu professionnel au regard de facteurs parfois non avérés scientifiquement. Appréhender les croyances permet ainsi de mieux comprendre leurs ancrages sociétaux, les groupes particulièrement concernés et les confusions qu'il peut exister dans l'usage de certains termes ou dans la promotion de certains comportements. Par exemple, promouvoir une alimentation saine ne signifie pas que les personnes comprennent que l'obésité constitue un facteur de risque de cancer ou encore parler de gènes et d'hérédité peut amener à des confusions. Ces données permettent de mieux penser les façons de communiquer avec la population et la diversité des sous-groupes concernés. Ainsi, il serait souhaitable de renforcer la promotion pour la santé, à l'instar de la campagne d'information sur les principaux facteurs de risque évitables de cancers proposée par l'Institut national du cancer depuis septembre 2022 « Faites les bons choix dès maintenant, vous vous remercieriez plus tard ».

Relecteurs

Laetitia GAMBOTTI, responsable de département recherche clinique, Institut national du cancer
Alain TRUGEON, directeur de l'Observatoire régional de la santé et du social

Liens d'intérêts : aucun lien d'intérêt déclaré.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut national du cancer. Panorama des cancers en France. Édition 2021 [cité le 10 juillet 2022]. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf
2. Fondation pour la recherche sur le cancer. Le cancer en chiffres (France et monde). 2022. [cité le 10 juillet 2022]. Disponible sur : <https://www.fondation-arc.org/cancer/le-cancer-en-chiffres-france-et-monde>
3. Soerjomataram I, Shield K, Marant-Micallef C, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, Dossus L, Ormsby J.N, Rehm J, Rushton L, Vineis P, Parkin M, Bray F. Cancers related to lifestyle and environmental factors in France in 2015. *European Journal of Cancer*. 2018 ; 105:103-13
4. Wild CP IN, Bourdillon F. Mesurer les parts de cancers évitables pour mieux guider la lutte et la prévention. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2018 ; 21:430-31
5. Centre international de Recherche sur le Cancer. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. 2018 [cité le 10 juillet 2022]. Disponible à https://gco.iarc.fr/includes/PAF/PAF_FR_report.pdf
6. Khan N, Afaq F, Mukhtar H. Lifestyle as risk factor for cancer: evidence from human studies. *Cancer Letters*. 2010 ; 293:133-43
7. Jodelet D. Les représentations sociales. Paris : Presses universitaires de France ; 1989
8. Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. *American Journal Of Public Health and the Nations Health*.1960 ; 50(3 pt 1):295-302
9. Guimelli, C. Les représentations sociales. Dans : Guimelli C. La pensée sociale. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France ; 1999. 63-78 pp
10. Foucaud J, Soler M, Bauquier C, Pannard M, Préau M. Baromètre cancer 2015. Cancer et facteurs de risque. Opinions et perceptions de la population française. Institut National du cancer. Santé publique France. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018, 19p
11. Moulin P. Imaginaire social et cancer. *Revue francophone de psycho-oncologie*. 2005 ; 4(4):261-7
12. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*. 1974 ; 2(4):354-86
13. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. 1991 ; 50(2):179-211
14. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez A.D, Murray CJL, Ezzati M. Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers). Causes of cancer in the world: Comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*.2005 ; 366(9499):1784-93
15. Forbes L, Simon A, Warburton F, Boniface D, Brain KE, Dessaix A, Donnelly C, Hyanes K, Hvidberg L, Lagerlund M, Lockwood G, Tishelman C, Vedsted P, Vigmostad MN, Ramirez AJ, Wardle J, International Cancer Benchmarking Partnership Module 2 Working Groupe. Differences in cancer awareness and beliefs between Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK (the International Cancer Benchmarking Partnership): do they contribute to differences in cancer survival?. *British Journal of Cancer*. 2013 ; 108(2): 292-300
16. Wardle J, Waller J, Brunswick N, Jarvis MJ. Awareness of risk factors for cancer among British adults. *Public Health*. 2011 ; 115(3): 173-4
17. Lagerlund M, Hvidberg L, Hajdarevic S, Fischer Pedersen A, Runesdotter S, Vedsted P, Tishelman C. Awareness of risk factors for cancer: a comparative study of Sweden and Denmark. *BMC Public Health*.2015 ; 15:1156
18. Stubbings S, Robb K, Waller J, Ramirez A, Austoker J, Macleod U, Hiom S, Wardle J. Development of a measurement tool to assess public awareness of cancer. *British Journal of Cancer*.2009 ; 101(Suppl 2):S13-7
19. Simon AE, Forbes L, Boniface D, Warburton F, Brain KE, Dessaix A, Donnelly M, Haynes K, Hvidberg L, Lagerlund M, Petermann L, Tishelman C, Vedsted P, Vigmostad MN, Wardle J, Ramirez AJ. An international measure of awareness and beliefs about cancer: development and testing of the ABC. *British Medical Journal open*. 2012
20. Karadeniz H, Cetinkaya, F. Knowledge levels and attitudes of adult individuals about cancer and its risk factors. *N et al.* (2020). *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2020 ; 23:1607-1614
21. Schliemann D, Ismail R, Donnelly M, Cardwell CR, Su TT. Cancer symptom and risk factor awareness in Malaysia : findings from a nationwide Cross-Sectional Study. *BMJ Public Health*. 2020 ; 20 :464
22. National Cancer Institute. Health Information National Trends Survey. 2019. [cite le 20 juillet 2022]. Disponible sur : https://hints.cancer.gov/docs/Instruments/HINTS5C3_Annotated_Instrument_English.pdf
23. Carricaburu D, Ménoret M. Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies. Paris : Armand Collin, collection U ; 2006

24. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation, Environnement, Travail. Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit. [Internet]. 2016. [cité le 20 juillet 2022]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2011SA0088Ra.pdf>
25. Sarradon-Eck A. Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer. In : Ben Soussan P. Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte. Toulouse : Eres ; 2004 ; p31-52
26. Santé publique France. Nouvelles données sur la survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine entre 1989 et 2018 : une amélioration de la survie pour la grande majorité des localisations cancéreuses étudiées. [Internet]. 2021. [cité le 11 août 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/nouvelles-donnees-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1989-et-2018-une-amelioration-de-la-survie-pour>
27. Bacqué, MP. La chronicité des cancers permet-elle une vie enviable ? *Psycho-oncologie*. 2019 ; 13:5-6
28. Guillaume E, De Mil R, Quertier MC, Notari A, Launoy G. Recherche interventionnelle pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de dépistage des cancers. *Santé Publique*. 2019 ; HS2(S2):59-65
29. Porcherie M, Linn N, Le Gall AR, Thomas MD, Faure E, Rican S, Simos J, Cantoreggi N, Vaillant Z, Cambon L, Regnaud JP. Relationship between Urban Green Spaces and Cancer : a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 ; 18(4): 1751
30. Power E, Connor C, Crawford C. Cancer awareness mesure 2015. [Internet]. Cancer Research UK. 2017 [cité le 10 août 2022]. Disponible sur : http://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/cam_2017_key_
31. Ryan AM, Cushen S, Schellekens H, Ni Bhuachalla E, Burns L, Kenny U, Power DG. Poor awareness of risk factors for cancer in Irish adults: results of a large survey and review of the literature. 2015 ; 20(4): 372-8
32. Département Prévention Cancer Environnement, Centre Léon Bérard. [cité le 22 septembre 2022]. Disponible sur : [cité le 10 juillet 2022]. Disponible sur : <https://www.fondation-arc.org/cancer/le-cancer-en-chiffres-france-et-monde>
33. Peretti-Watel P, Fressard L, Bocquier A, Verger P. Perceptions of cancer risk factors and socioeconomic status. A French study. *Preventive medicine reports*. 2016 ; 3:171-6
34. Institut national du cancer. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer – synthèse. [Internet]. INCa. 2018. [cité le 11 août 2021]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-Synthese>

COMMENT CITER CE CHAPITRE

- Faury S, Cervenka I, Lamore K, Préau M, Pannard M, Foucaud J. Baromètre cancer 2021. Cancer et facteurs de risques : opinions et perceptions de la population française. Institut national du cancer. Santé publique France, p. 20-53.

67,7 %

des personnes de **15 à 85 ans** interrogées déclarent se sentir bien informées sur les risques de cancer en 2021

Par rapport à 2015, les répondants se sentent mieux informés sur la pollution de l'air

51,8 %

(+ 14 points) et moins sur les ondes **29,3 %** (- 4,3 points) comme facteur de risque de cancer

Par rapport à 2010, les personnes interrogées se sentent mieux informées sur les pesticides

53,4 %

(+ 19,5 points) comme facteur de risque de cancer

56,1 %

des répondants estiment avoir du mal à suivre les recommandations sur le cancer du fait de leur multiplicité

Les principales sources d'information sur le cancer parmi les **15-85 ans** sont :

55,9 %

la télévision

36,6 %

les réseaux sociaux

32,1 %

la presse écrite

26 %

l'entourage

2 INFORMATION SUR LE CANCER ET SES FACTEURS DE RISQUE

Perceptions et sources d'information :
quelles évolutions ?

□ Résumé	56
□ Introduction	57
□ Méthode	59
□ Résultats	61
□ Discussion	69
□ Conclusion	74

- Philémon AUROUET
- Iris CERVENKA
- Anne-Fleur GUILLEMIN
- Hélène GIVRON
- Jérôme FOUCAUD

RÉSUMÉ

INFORMATION SUR LE CANCER ET SES FACTEURS DE RISQUE

Perceptions et sources d'information : quelles évolutions ?

ÊTRE INFORMÉ POUR FAIRE FACE AUX CANCERS ÉVITABLES

En France, 40 % des cancers sont dus, chaque année, à des facteurs de risque évitables. Une part importante de ceux-ci étant liée à des facteurs comportementaux : être informé sur les facteurs de risque de cancer et les comportements qui en sont protecteurs est un élément clé de la prévention. Ce chapitre vise à analyser le sentiment d'information sur le cancer et ses facteurs de risque, les sources d'information sur la maladie ainsi que la fiabilité qui leur est accordée.

UN SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES RISQUES DE CANCER ÉLEVÉ MALGRÉ UNE MULTIPLICITÉ DES INFORMATIONS

En 2021, la majorité des répondants déclarent avoir un bon niveau d'information sur les risques de cancer (67,7 %). Pour autant, une partie importante de la population partage le sentiment qu'il y a tellement de recommandations sur le cancer qu'il est difficile de savoir lesquelles suivre (56,1 %) ; d'autre part, qu'il y a tellement d'informations qu'elles commencent à se répéter (39,8 %).

UN SENTIMENT D'INFORMATION INSATISFAISANT POUR D'IMPORTANTES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER

Les Français déclarent avoir un bon niveau d'information pour trois facteurs de risque : le tabac (92,7 %), l'alcool (76,4 %) et l'exposition au soleil (80,5 %). À l'inverse, un niveau plus faible d'information est observé pour des facteurs de risque responsables d'un nombre de cancers non négligeable, et sur lesquels il est possible d'agir. Au total, 75,1 % des personnes se sentent plutôt mal

informées sur les risques de cancers liés à certaines infections, 50,4 % pour ceux liés aux cabines UV, 45,9 % pour les risques associés au manque d'activité physique, 44,0 % pour les risques liés à l'alimentation et 41,7 % pour ceux liés au surpoids et à l'obésité.

UNE AUGMENTATION DU SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

En 2021, les répondants sont plus nombreux à se sentir bien informés sur des facteurs environnementaux de cancer tels que les pesticides (+ 19,5 points sur la période 2010-2021), la pollution de l'air (+ 14 points depuis 2015) et les expositions professionnelles (+ 8 points depuis 2015). Cependant, bien qu'en augmentation, seule la moitié des personnes interrogées déclarent se sentir bien informées sur ces causes de cancer et moins d'un tiers concernant les risques liés aux ondes (70,1 % se déclarant mal informées).

UNE DIVERSITÉ DES SOURCES D'INFORMATION SUR LE CANCER

Les principales sources d'information des Français sur le cancer sont la télévision (55,9 %), Internet et les réseaux sociaux (36,6 %) et la presse écrite (32,1 %). Ils ne sont que 20,2 % à citer les professionnels de santé et 14,5 % les campagnes de prévention. Pour autant, la source définie comme la plus fiable par ses répondants est les professionnels de santé. Ces résultats nous invitent à repenser l'articulation entre cette source d'information, considérée comme fiable et des canaux d'information de plus en plus utilisés comme Internet et les réseaux sociaux.

INTRODUCTION

POURQUOI S'INTÉRESSER AU SENTIMENT D'INFORMATION SUR LE CANCER ?

Le terme cancer désigne un groupe de maladies sur lesquelles les connaissances ne cessent de croître. Décrit dès la Grèce antique par Hippocrate (1), le cancer fait l'objet de théories, perceptions et représentations qui évoluent au fil des siècles (2). Initialement perçue comme incurable et inévitable, la réalité des cancers a été profondément modifiée par le développement de la prise en soin, de la santé publique ainsi que par les découvertes de la recherche médicale et biologique. Les progrès de la recherche en sciences humaines ont aussi contribué à l'amélioration des connaissances dans la lutte contre les cancers.

En effet, depuis les années 1960 (3), il est démontré que détenir une information adaptée et applicable constitue un levier important – sans être suffisant (4) – pour favoriser le développement d'environnements et de comportements protecteurs face aux cancers. Aussi, le sentiment d'information des individus participe à la mise en pratique des modifications d'intentions notamment de comportements. Dans le champ du cancer, trois enjeux de recherche apparaissent majeurs pour penser les politiques et stratégies d'information et de prévention : le sentiment d'information des individus, les objets de cette information et notamment les facteurs de risque de cancer, et enfin les sources d'information sur le cancer.

LE SENTIMENT D'INFORMATION SUR LE CANCER : UN SUJET ENCORE PEU ÉTUDIÉ

La littérature scientifique traitant du sentiment d'information sur le cancer est peu développée. Les études existantes ont majoritairement été menées sur l'information perçue sur la santé et en général. En effet, les travaux de Huerta *et al.*, ont récemment

montré que les manières de s'informer sur la maladie cancéreuse, ainsi que la propension à rechercher une information varient selon les individus et leur position sociale (5). Aussi, une étude américaine avait précédemment mis en évidence un lien entre la multiplicité des informations autour du cancer et un sentiment d'ambiguïté des individus, entendu comme un sentiment d'incertitude sur la fiabilité, la crédibilité ou l'adéquation des informations disponibles (6). De plus, pour les individus partageant cette ambiguïté via l'opinion qu'« il y a tellement de recommandations différentes concernant le cancer qu'il est difficile de savoir lesquelles suivre », une moindre tendance à s'engager dans des comportements de prévention des cancers est observée (7). Ainsi, alors que la population est généralement en demande d'informations dans ce domaine, l'ambiguïté vis-à-vis de celles qui sont disponibles et la confiance envers les sources d'information sur le cancer peuvent constituer des barrières à la réception de messages de prévention. Ceci souligne la nécessité d'analyser ces perceptions.

LE SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES DIFFÉRENTS FACTEURS DE RISQUE : UN ENJEU STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS

La stratégie décennale de lutte contre les cancers lancée en 2021 met l'accent sur la communication en santé, en la plaçant au centre du virage de la prévention notamment face à des facteurs de risque tels le tabac, l'alcool, certaines infections ou encore les expositions professionnelles. La littérature scientifique permet en effet aujourd'hui d'estimer que 40 % des cancers sont attribuables à plusieurs facteurs de risque évitables (8). À l'origine de ces 40 %, on retrouve plusieurs types de facteurs de risque : les principaux sont liés à nos modes de vie avec le tabac (19,8 % des cancers), l'alcool (8,0 %) ou une alimentation déséquilibrée (5,4 %) ; ils sont également environnementaux, liés à nos cadres

de vie et aux expositions tout au long de la vie telles que certaines infections (4,0 % des cas de cancer chaque année), les expositions professionnelles (3,0 %), l'exposition au soleil (3,0 %) ou encore les radiations ionisantes (1,8 %) (8).

À ce titre, communiquer sur les facteurs de risque évitables de cancer et informer sur la fraction attribuable de cancers de chacun s'inscrit dans la stratégie de lutte contre les cancers. Néanmoins, en 2010 et 2015, le niveau d'information en France était perçu comme relativement faible pour certains facteurs de risque (9, 10).

UNE DIVERSIFICATION DU PANORAMA DES SOURCES D'INFORMATION SUR LE CANCER

Avec l'essor des technologies de l'information et de la communication, l'accès à des informations de santé s'est fortement développé. Utilisé par les individus pour s'informer sur leur santé (11), Internet a notamment participé à reconfigurer les sources d'information traditionnelles : passant d'un recours autrefois

privilegié et exclusif aux professionnels de santé à la possibilité de solliciter davantage son entourage via les réseaux sociaux ou d'accéder à une information institutionnelle en ligne (sites et campagnes de prévention) (11). Internet serait la source d'information la plus utilisée sur la santé par les individus (12, 13). Internet ne remplace néanmoins pas le lien particulier aux professionnels de santé (12, 14-16). Ces derniers semblent plutôt accompagner les individus dans leur recherche d'information, qui cumulent alors souvent différentes sources.

Mieux comprendre les opinions et perceptions des Français sur leur niveau d'information sur le cancer constitue ainsi un enjeu important pour orienter les décideurs et acteurs de prévention. Ce Baromètre cancer vise à investiguer sur un échantillon représentatif le niveau d'information perçu de la population générale sur ce sujet. L'objectif de ce chapitre est d'analyser le sentiment d'information sur le cancer et ses facteurs de risque, les sources d'information des individus sur le cancer, ainsi que de sonder l'appropriation de ces informations.

MÉTHODE

La méthode générale utilisée pour réaliser l'enquête et le questionnaire du Baromètre cancer sont présentés dans le détail dans des parties dédiées de cet ouvrage (voir parties « Méthode et gouvernance de l'enquête » et « Questionnaire »). Sont présentés ci-après les éléments de méthodes spécifiques pour ce chapitre en vue de faciliter sa lecture.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les données présentées dans ce chapitre sont issues du Baromètre cancer 2021 ainsi que des trois éditions antérieures : 2005, 2010 et 2015. Pour cette édition, l'enquête a été réalisée entre avril et août 2021 auprès de 4 938 personnes résidant en France métropolitaine et âgées de 15 à 85 ans. Par ailleurs, afin d'optimiser le temps de passation du questionnaire, les opinions sur la multiplicité des informations sur le cancer n'ont été recueillies que pour la moitié de l'échantillon (échantillon C, voir partie « Questionnaire »).

COMPARAISONS 2010-2015-2021

Dans les éditions 2010 et 2015, les personnes en cours de traitement pour un cancer ou ayant eu un cancer n'ont pas été interrogées sur la thématique de l'information sur le cancer. Les réponses de ces personnes interrogées en 2021 n'ont donc pas été prises en compte dans les comparaisons avec les éditions précédentes. Seules les questions identiques entre les différentes éditions ont été exploitées pour ces comparaisons.

VARIABLES

Le module du questionnaire 2021 dédié à l'information sur le cancer était composé de six questions.

Dans un premier temps, il était demandé aux personnes si elles pensaient être très bien, plutôt bien, plutôt mal ou très mal informées sur les risques de cancers, en général, puis en lien avec certains facteurs de risque en particulier.

Dans un deuxième temps, les participants devaient répondre à deux questions ouvertes : la première sur leurs sources générales d'information sur le cancer ; la seconde relative aux sources qu'ils considèrent comme les plus fiables parmi celles qu'ils ont citées.

Enfin, la moitié des participants (échantillon C) étaient interrogés sur différentes opinions relatives à la multiplicité des informations sur le cancer, devant indiquer pour chacune d'elles, s'ils étaient tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord. Pour toutes les questions de ce module, les enquêtés avaient l'opportunité de répondre « Ne sait pas ».

Des informations sur le profil sociodémographique des participants étaient également recueillies : l'âge, le sexe, le niveau de diplôme, la situation professionnelle et la catégorie socioprofessionnelle déterminée à partir de la profession la plus récente¹, les revenus et l'état de santé perçu.

ÉVOLUTION DU QUESTIONNAIRE

De nouvelles questions ont été ajoutées dans l'enquête 2021 par rapport aux éditions antérieures du Baromètre cancer. Il s'agit de celles qui interrogent le sentiment d'information sur les risques de cancer en général, ainsi que celles qui déclinent les différentes opinions relatives à la multiplicité des informations sur le cancer. Pour ces dernières, il a été utilisé la traduction de l'échelle de Jensen *et al.* (21), à laquelle un item a été ajouté.

1. À l'instar du Baromètre cancer 2015, la catégorie socioprofessionnelle « agriculteurs exploitants », du fait de son faible effectif, a été regroupée avec la catégorie « artisans, commerçants et chefs d'entreprise ».

ANALYSES STATISTIQUES

Le logiciel SPSS Statistics version 28 a été utilisé pour les analyses statistiques. Les données ont été pondérées afin qu'elles soient le plus représentatives de la population française (voir partie « Méthode et gouvernance de l'enquête »). Des analyses descriptives ont été réalisées (pourcentages) et des tests du Chi² ont été effectués pour évaluer les différences de sentiment d'information et de sources d'information en fonction des caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude. La sélection des variables sociodémographiques considérées dans ce chapitre s'appuie sur l'analyse de la littérature scientifique et sur les principaux résultats des éditions précédentes. Il s'agit

de l'âge, le sexe, les revenus, le diplôme, la catégorie socioprofessionnelle (CSP), la situation professionnelle actuelle, et l'état de santé perçu.

Par ailleurs, des *odds ratios* (OR) et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) ont été estimés à l'aide de modèles de régressions logistiques binomiales afin d'examiner séparément l'association entre le sentiment d'information sur le cancer et les caractéristiques sociodémographiques des répondants. Ces modèles sont ajustés sur l'âge et le sexe des répondants.

Pour étudier l'évolution des réponses entre les différentes éditions du Baromètre cancer, des tests de Chi² ont été réalisés.

RÉSULTATS

SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES RISQUES DE CANCER EN GÉNÉRAL

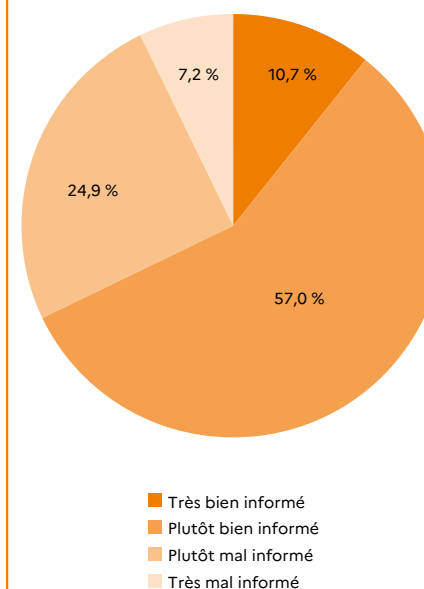
En 2021, près de deux tiers (67,7 %) des personnes interrogées de 15 à 85 ans déclarent se sentir « plutôt bien » (57,0 %) ou « très bien » informées (10,7 %) sur les risques de cancer (Figure 1).

L'analyse du Tableau 1 montre des différences significatives quant au sentiment d'information sur les risques de cancers concernant l'âge, la situation professionnelle,

le niveau de diplôme ainsi que le niveau de revenu.

En effet, des modèles ajustés sur l'âge et le sexe montrent que les 15-24 ans comparés aux autres catégories d'âges se perçoivent comme moins bien informés sur les risques de cancers en général : ils sont notamment plus de deux fois moins nombreux à se percevoir comme bien informés (« plutôt bien » ou « très bien ») que les 65-74 ans. Il en est de même pour les chômeurs, comparés aux personnes en activité et aux retraités : c'est parmi ces derniers que le sentiment d'être bien informé est le plus élevé. Le constat est identique pour les personnes ayant un Baccalauréat ou un niveau d'études supérieur comparé aux personnes avec un niveau d'études inférieur au Baccalauréat. Enfin, les personnes vivant dans un foyer dont les revenus mensuels sont supérieurs à 1 800 euros se perçoivent comme bien informées par rapport aux personnes dont le revenu est inférieur à 1 100 euros par mois (Tableau 1).

FIGURE 1
NIVEAU D'INFORMATION PERÇU DES 15-85 ANS SUR LES RISQUES DE CANCERS (TOUTES CAUSES CONFONDUES) (N = 4 948)



Note de lecture : Les réponses « ne sait pas » et les refus de répondre étant inférieurs à 1 % (n = 5 et n = 2 respectivement), ils ne sont pas retranscrits dans cette figure.

Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

SENTIMENTS FACE À LA MULTIPLICITÉ DES INFORMATIONS

Pour comprendre les perceptions des Français vis-à-vis des informations sur le cancer, l'enquête 2021 a inclus des questions permettant d'analyser le sentiment des répondants face à la multiplicité des informations. Ces questions sont issues de l'échelle d'évaluation du sentiment de « sur information » spécifiquement sur le cancer (21). Les personnes ont alors été interrogées sur 6 opinions dont les résultats sont présentés dans la Figure 2.

Une majorité des enquêtés partage l'opinion que « Il y a tellement de recommandations différentes concernant le cancer qu'il est difficile de savoir lesquelles suivre » (56,1 %). Dans une moindre mesure, mais représentant tout de même une part notable des individus, plus d'un tiers des répondants partagent

TABLEAU 1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ASSOCIÉES AU FAIT DE SE SENTIR BIEN INFORMÉ (« PLUTÔT BIEN » OU « TRÈS BIEN ») SUR LES RISQUES DE CANCER : ANALYSE MULTIVARIÉE (N = 4 931)

	Bien informé sur les risques de cancer ¹			
	Oui n (%)	ORa ²	IC 95 %	
Sexe				
● Homme (réf.)	1 573 (66,6)	1		
● Femme	1 999 (68,9)	1,08	0,95	1,23
Âge***				
● 15-24 ans (réf.)	199 (42,7)	1		
● 25-34 ans	348 (54,6)	1,61	1,31	1,98
● 35-44 ans	448 (59,9)	2,00	1,63	2,45
● 45-54 ans	686 (73,0)	3,63	2,93	4,49
● 55-64 ans	800 (81,9)	6,06	4,80	7,66
● 65-74 ans	758 (87,6)	9,46	7,23	12,39
● 75-85 ans	333 (78,9)	5,00	3,78	6,62
Situation professionnelle*				
● Travail (réf.)	1 860 (66,7)	1		
● Études	143 (43,0)	0,85	0,63	1,13
● Chômage	158 (54,9)	0,69	0,55	0,87
● Retraite	1 288 (83,7)	0,90	0,63	1,28
● Autres inactifs	123 (65,8)	0,81	0,60	1,10
Catégorie socioprofessionnelle*				
● Indépendants	329 (77,7)	1,28	0,97	1,68
● Cadres et prof intellectuelles sup	693 (71,6)	1,15	0,92	1,43
● Professions intermédiaires	1 002 (71,2)	1,15	0,95	1,39
● Employés (réf.)	952 (68,7)	1		
● Ouvriers	439 (64,5)	0,86	0,70	1,05
● Manquants	157 (48,5)	1,11	0,85	1,44
Revenus par unité de consommation en terciles*				
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros)	830 (63,2)	1		
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	1 142 (69,8)	1,15	0,98	1,35
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	1 278 (73,2)	1,33	1,12	1,58
● NSP/Refus	322 (63,2)	1,11	0,89	1,37
Niveau d'études**				
● Inférieur au Bac (réf.)	1 246 (68,6)	1		
● Bac	737 (65,9)	1,27	1,07	1,52
● Supérieur au Bac	1 580 (67,6)	1,23	1,06	1,42

¹ Modalité de référence : non ; ² Modèle ajusté sur l'âge et le sexe.

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001 ; réf. = référence.

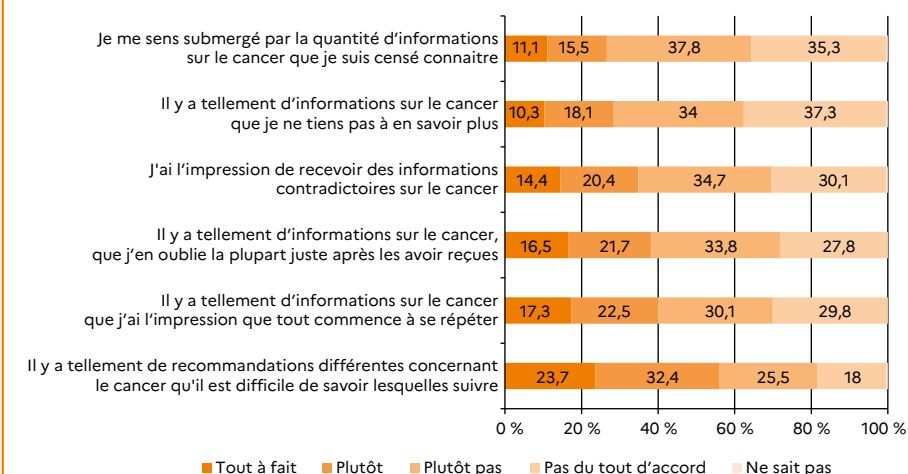
Bac : Baccalauréat ; NSP : ne sait pas.

ORa : Odds Ratios ajustés, IC à 95 % : Intervalle de Confiance à 95 %, ORa dont la p-valeur est < à 5 % sont en gras.

le sentiment que « Il y a tellement d'informations sur le cancer que j'ai l'impression que tout commence à se répéter » (39,8 %), que « Il y a tellement d'informations sur le cancer,

que j'en oublie la plupart juste après les avoir reçues » (38,2 %), et que « J'ai l'impression de recevoir des informations contradictoires sur le cancer » (34,8 %).

FIGURE 2 OPINIONS SUR LES INFORMATIONS SUR LE CANCER (N = 2 466)



Note de lecture : Afin de faciliter la conduction du questionnaire, les questions relatives aux opinions sur la multiplicité des informations disponibles sur le cancer n'ont été posées qu'à la moitié de l'échantillon (n = 2 466).
Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

Enfin, environ un quart des personnes interrogées partagent les opinions que « Il y a tellement d'informations sur le cancer que je ne tiens pas à en savoir plus » (28,4 %) et que « Je me sens submergé par la quantité d'informations sur le cancer que je suis censé connaître » (26,6 %).

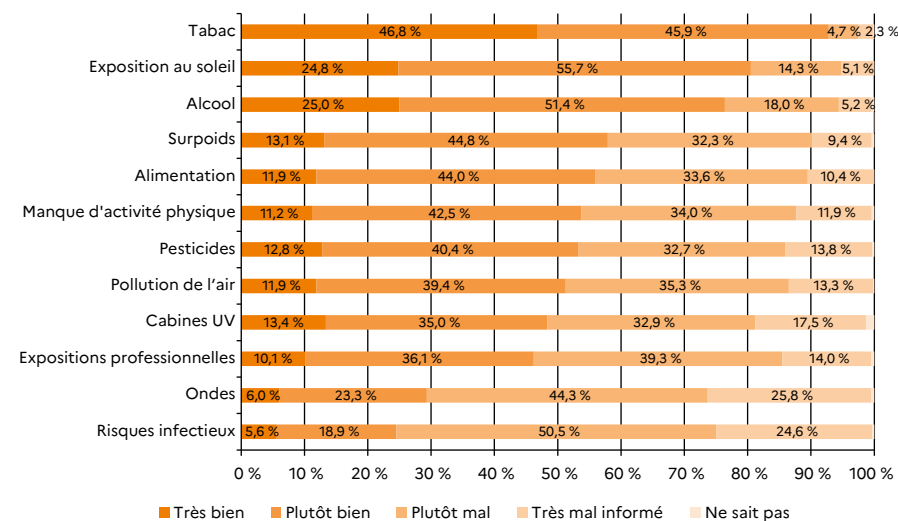
SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER

Le sentiment d'information sur les facteurs de risque de cancer a été analysé à partir d'une liste de facteurs issus de la littérature scientifique. Les répondants partagent en grande majorité (Figure 3) le sentiment d'être « plutôt bien » ou « très bien » informés sur trois facteurs de risque : le tabac (92,7 %), l'exposition au soleil (80,5 %) et l'alcool (76,4 %). Concernant des facteurs comme l'alimentation, le surpoids et l'obésité ou le manque d'activité physique, les résultats sont

plus mitigés. En effet, ils sont environ 57,9 % à se sentir bien informés sur les risques de cancer liés au surpoids et à l'obésité, 55,9 % à l'alimentation et 53,7 % au manque d'activité physique.

Quant aux facteurs de risque environnementaux, les trois quarts des répondants se sentent assez mal informés concernant certaines infections en lien avec le cancer (75,1 %), plus de deux tiers des enquêtés déclarent se sentir insuffisamment informés sur les risques liés aux ondes (70,1 %), et un peu plus de la moitié sur les expositions professionnelles (53,3 %) et les risques de cancer en lien avec les cabines UV (50,4 %). Enfin, un peu moins de la moitié des répondants indiquent être insuffisamment informés sur les risques liés à la pollution de l'air ou aux pesticides (respectivement 48,6 % et 46,5 %).

FIGURE 3
NIVEAU D'INFORMATION PERÇU PAR LES 15-85 ANS DES FACTEURS FAVORISANT L'APPARITION DE CANCER (N = 4 938)



Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

ÉVOLUTION DU SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER

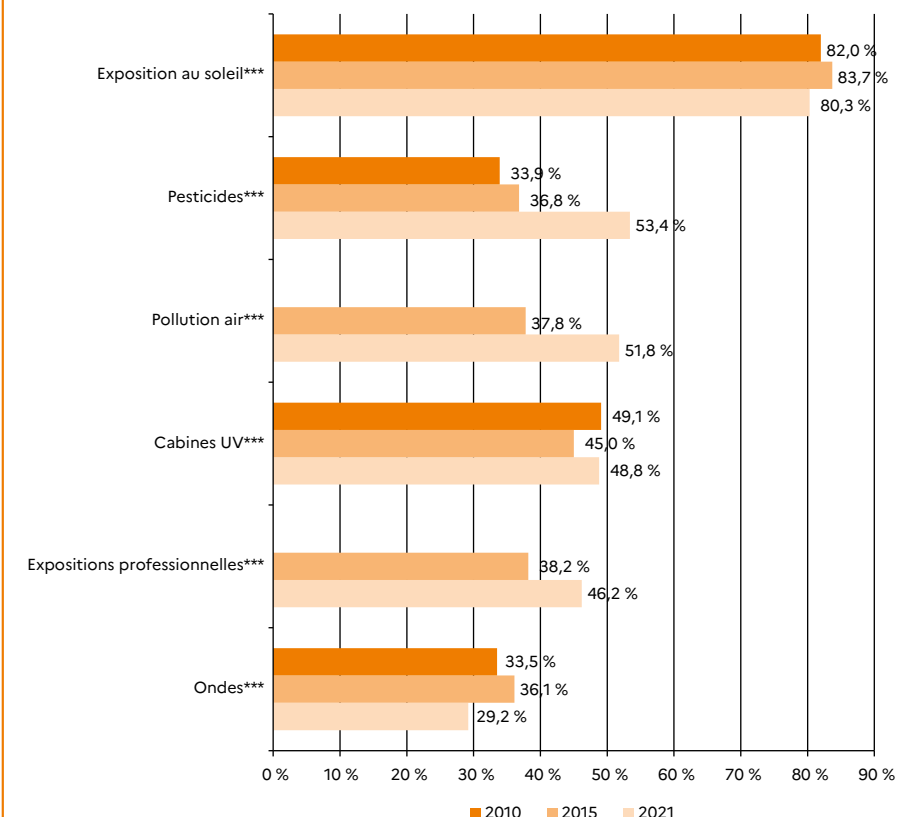
Depuis 2010, le Baromètre cancer analyse le sentiment d'information des 15-85 ans sur plusieurs facteurs de risque de cancer auxquels nous sommes exposés dans nos environnements de vie (exposition au soleil, cabines UV, ondes, pesticides) et auxquels ont été ajoutés, depuis 2015, la pollution de l'air ambiant et les expositions professionnelles (Figure 4).

Sur la période 2010-2021², ces 6 items sont strictement identiques et ont été intégrés dans cette analyse. Des différences

significatives apparaissent entre les différentes enquêtes. Pour certains facteurs de risque, le sentiment d'information n'a que sensiblement varié sur cette période ou bien est retourné en 2021 à un niveau similaire à 2010. Il en est ainsi pour l'exposition au soleil (- 1,7 point de pourcentage entre 2010 et 2021), les cabines UV (- 0,3 point) et les ondes (- 4,3 points). À l'inverse, le sentiment d'information perçu a significativement augmenté concernant les pesticides avec une augmentation de plus de 19,5 points (de 33,9 % en 2010 à 53,4 % en 2021 des personnes interrogées qui se sentent bien informées), la pollution de l'air (de 37,8 % en 2015 à 51,8 % de bien informés en 2021) et les expositions professionnelles (de 38,2 % en 2015 à 46,2 % en 2021).

2. Pour pouvoir réaliser des comparaisons sur la période 2010-2021, les réponses des personnes ayant été atteintes d'un cancer ont été retirées des résultats pour l'année 2021. En effet, cette population n'a pas été interrogée sur ces questions en 2010 et 2015 : c'est ce qui explique la différence allant jusqu'à 0,2 % entre les résultats pour 2021 et ceux de la Figure 3.

FIGURE 4
SENTIMENT D'INFORMATION PERÇU PAR LES 15-85 ANS SUR LES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER EN 2010, 2015 ET 2021 (POURCENTAGE DE RÉPONDANTS ESTIMANT ÊTRE « PLUTÔT BIEN » OU « TRÈS BIEN » INFORMÉS : N = 3 546 EN 2010, N = 3 771 EN 2015, N = 4 461 EN 2021)



***p < 0,001

Note de lecture : Les pourcentages de répondants ne concernent ici que ceux estimant être « plutôt bien » ou « très bien » informés parmi les répondants n'ayant jamais été soignés pour un cancer en 2010, 2015 et 2021.

Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

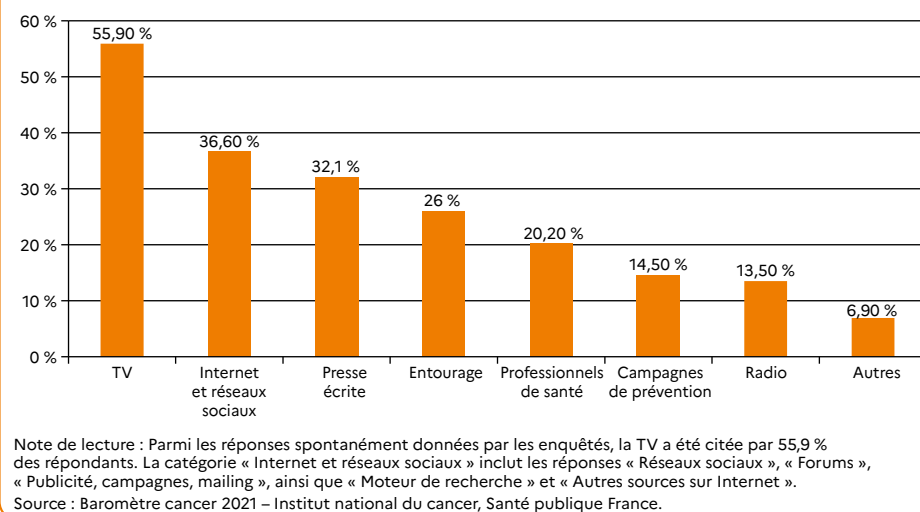
PRINCIPALES SOURCES D'INFORMATION SUR LE CANCER

Le Baromètre cancer invite les personnes interrogées à citer spontanément leurs sources d'information sur le cancer. En 2021, les principales sources d'information sur le cancer parmi les 15-85 ans sont la télévision (55,9 %), Internet et les réseaux sociaux (36,6 %), la presse écrite (32,1 %), et

l'entourage (26,0 %). Il est cité plus faiblement : les professionnels de santé (20,2 %), les campagnes de prévention (14,5 %) et la radio (13,5 %) (Figure 5).

Face à une multiplicité des sources web, une question complémentaire à choix multiples a été posée aux personnes qui citaient internet, afin d'avoir une meilleure visibilité sur leur source d'information. Parmi ces

FIGURE 5
PRINCIPALES SOURCES D'INFORMATION SUR LE CANCER CITÉES SPONTANÉMENT (N = 4 938)



personnes, 68,1 % ont déclaré être sensibilisées via les sites d'information, 31,7 % via les réseaux sociaux, 24,0 % les forums, 2,8 % la publicité, campagnes internet et mailing et 1,4 % par les moteurs de recherche.

Une analyse complémentaire a été réalisée entre les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées et les sources d'information sur le cancer les plus citées : télévision, Internet et réseaux sociaux et presse écrite (Tableau 2). Il apparaît que les variables âge, situation professionnelle, catégorie socioprofessionnelle, revenu et niveau de diplôme des répondants sont significativement associées aux sources d'information sur le cancer citées.

Plus précisément, on observe que la télévision est significativement plus citée comme source d'information sur le cancer par les hommes que les femmes (respectivement 57,8 % et 54,1 %), et par les personnes âgées de plus de 45 ans (citée par 42,1 % des 15-24 ans, elle l'est par 60,8 % des 45-55 ans). Elle est également plus citée par les personnes, ayant un niveau d'études égal au Baccalauréat, par rapport à celles avec un niveau supérieur

au Baccalauréat (respectivement 58,8 % et 51,9 %), et enfin par les personnes avec un niveau de revenus moyen du 2^e tercile par rapport au 1^{er} tercile (61,2 % contre 52,6 %).

Internet et les réseaux sociaux sont significativement plus souvent cités comme source d'information par les personnes les plus jeunes (52,9 % des 15-24 ans contre 8,0 % des 75-85 ans), les personnes ayant un niveau égal ou supérieur au Baccalauréat (respectivement 44,2 % et 41,7 %), les personnes ayant un revenu moyen inférieur à 1 100 euros et par les professions intermédiaires.

La presse écrite est quant à elle une source d'information sur le cancer privilégiée par les personnes âgées entre 65 et 85 ans (52,6 % des 65-74 ans et 50,1 % des 75-85 ans) plutôt que les jeunes (10,7 % des 15-24 ans). Son utilisation est significativement associée au niveau d'études. En effet, 38,6 % des personnes avec un niveau supérieur au Baccalauréat utilisent la presse écrite comme source d'information, contre 29,0 % des personnes ayant un niveau de diplôme inférieur. Les personnes qui ont un revenu moyen supérieur sont plus susceptibles de la citer comme

TABEAU 2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ASSOCIÉES À L'UTILISATION DE LA TÉLÉVISION, INTERNET ET RÉSEAUX SOCIAUX ET LA PRESSE ÉCRITE COMME SOURCE D'INFORMATION SUR LE CANCER (N = 4 938)

	TV		Internet et les réseaux sociaux		Presse écrite	
	Oui n (%)	p-valeur	Oui n (%)	p-valeur	Oui n (%)	p-valeur
Sexe						
● Homme	1303 (57,8)	0,009	819 (37,1)	0,462	804 (30,6)	0,032
● Femme	1 551 (54,1)		934 (36,1)		1 108 (33,5)	
Âge						
● 15-24 ans	203 (42,1)	< 0,001	245 (52,9)	< 0,001	61 (10,7)	< 0,001
● 25-34 ans	303 (47,8)		310 (48,2)		125 (18,9)	
● 35-44 ans	415 (54,9)		338 (49,9)		216 (24,7)	
● 45-54 ans	553 (60,8)		324 (32,6)		325 (31,8)	
● 55-64 ans	598 (63,4)		309 (31,2)		459 (43,8)	
● 65-74 ans	541 (62,9)		185 (20,3)		489 (52,6)	
● 75-85 ans	241 (60,0)		42 (8,0)		237 (50,1)	
Niveau d'études						
● Inférieur au Bac	1 055 (57,4)	< 0,001	468 (30,2)	< 0,001	586 (29,0)	< 0,001
● Bac	633 (58,8)		415 (44,2)		371 (29,1)	
● Supérieur au Bac	1 160 (51,9)		866 (41,7)		950 (38,6)	
Revenus par unité de consommation en terciles						
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 €)	690 (52,6)	< 0,001	484 (39,4)	0,029	337 (22,7)	< 0,001
● 2 ^e tercile (1 101 € – 1 799 €)	969 (61,2)		533 (34,5)		605 (34,4)	
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 €)	952 (57,9)		580 (36,4)		816 (44,1)	
● NSP/Refus	243 (47,0)		156 (34,7)		154 (25,6)	
Catégorie socioprofessionnelle						
● Indépendants	255 (60,5)	< 0,001	111 (25,9)	< 0,001	191 (37,0)	< 0,001
● Cadres et professions intellectuelles supérieures	474 (51,4)		329 (39,1)		445 (42,6)	
● Professions intermédiaires	787 (58,4)		489 (39,1)		577 (39,0)	
● Employés	800 (58,3)		476 (36,5)		463 (32,0)	
● Ouvriers	403 (58,2)		191 (28,2)		179 (24,4)	
● Manquants	135 (40,7)		157 (53,4)		57 (11,2)	
Situation professionnelle						
● Travail	1 568 (58,1)	< 0,001	1 064 (40,5)	< 0,001	913 (29,2)	< 0,001
● Études	140 (39,1)		191 (55,5)		43 (8,8)	
● Chômage	137 (50,0)		127 (46,1)		69 (25,1)	
● Retraite	924 (61,1)		301 (17,9)		832 (50,2)	
● Autres inactifs	85 (48,6)		70 (41,1)		55 (24,7)	

source d'information : 44,1 % des personnes appartenant à un foyer dont le revenu par unité de consommation est supérieur ou égal à 1 800 euros la citent, contre 22,7 % appartenant à un foyer dont le revenu par

unité de consommation est inférieur ou égal à 1 100 euros. Enfin, c'est parmi les cadres et professions intellectuelles que la presse écrite est la plus citée comme source d'information sur le cancer (42,6 %).

FIABILITÉ DES SOURCES D'INFORMATION SUR LE CANCER

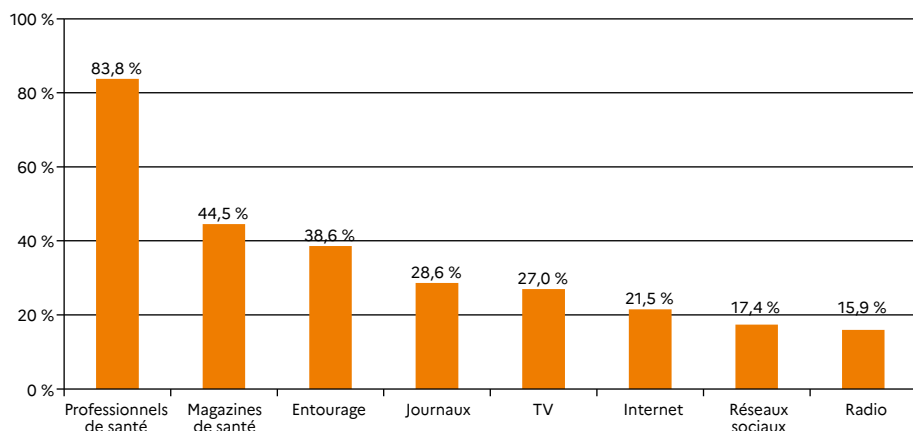
Les personnes étaient interrogées sur la fiabilité des sources d'information et sur celles qu'ils considéraient comme la plus fiable parmi les sources qu'ils avaient citées (Figure 6).

En 2021, le niveau de confiance le plus élevé est accordé à l'information provenant des professionnels de santé : 83,8 % des personnes l'ayant mentionnée la considèrent comme leur source d'information la plus

fiable. Un niveau de confiance notable est également accordé aux magazines de santé – inclus dans la réponse « presse écrite » – privilégiés par 44,5 % de ces répondants, ainsi que l'entourage cité par 38,6 % des personnes l'ayant mentionné.

La télévision est considérée quant à elle comme la plus fiable par seulement 27,0 % des personnes l'ayant citée. Pour Internet et les réseaux sociaux, respectivement 21,5 % et 17,4 % de personnes les ayant mentionnés les considèrent comme leur source d'information la plus fiable.

FIGURE 6
RÉPARTITION DES SOURCES D'INFORMATION PERÇUES COMME FIABLES



Note de lecture : 27,0 % des personnes ayant cité spontanément être informées sur le cancer via la télévision ont déclaré que la télévision constitue leur source d'information la plus fiable.

Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

DISCUSSION

Les résultats du Baromètre cancer 2021 permettent de préciser le sentiment d'information sur le cancer : à notre connaissance, aucune étude de ce type n'a été conduite en France sur un tel échantillon. Ces résultats permettent aussi, et dans la continuité des autres Baromètres cancer, de disposer d'éléments de comparaison concernant le sentiment d'information sur les facteurs de risque de cancer, les sources d'information et le niveau de confiance qui leur est accordé. Afin de faciliter la lecture de cette partie, il a été choisi de discuter les résultats dans cet ordre. Enfin, ce chapitre comportant de nombreux résultats, seuls les principaux seront discutés.

UN SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES RISQUES DE CANCER INÉGALEMENT RÉPARTI

Les répondants se sentent globalement bien informés sur les risques de cancer en général (67,7 %). On observe cependant des différences significatives quant à ce sentiment en fonction des caractéristiques sociodémographiques : les personnes avec un niveau de revenu plus élevé se sentent mieux informées sur les risques de cancer que les personnes avec un revenu plus modeste. Ces résultats sont à rapprocher des données de la littérature rapportant que les personnes avec un plus haut niveau de revenu sont plus enclines à s'informer sur le cancer que les personnes avec un niveau de revenu plus faible (5). Des différences s'observent également en fonction du niveau de diplôme et du statut professionnel des individus : les personnes avec un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat ou sans emploi déclarent plus se sentir mal informées sur les risques de cancer. Le sentiment d'information étant un levier important pour l'adoption de comportements favorables de santé, ces résultats invitent à promouvoir une communication de prévention adaptée et ciblée vers les jeunes, les personnes à plus faible niveau de revenu et de diplôme, ainsi que les personnes sans emploi.

Ces résultats invitent également à ouvrir des réflexions sur l'inégal niveau de littératie en santé, entre les individus, pour affiner la prévention des cancers. En effet, la littératie en santé renvoie aux connaissances et aux compétences des personnes pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé afin de porter un jugement et de prendre des décisions dans la vie de tous les jours concernant leur santé (17). Elle constitue ainsi un déterminant de santé influant sur les capacités à s'engager dans des comportements sains, notamment concernant la prévention primaire des cancers (activité physique, alimentation, etc.) (18). Des études ont montré que les différences de niveau de littératie entre les individus participent aux inégalités sociales de santé (19). Les résultats ici observés sur le sentiment d'information sur le cancer invitent d'autant plus à penser la conception et l'orientation des actions de prévention vers ces populations (20).

UNE MULTIPLICITÉ DES MESSAGES ET ÉMETTEURS D'INFORMATIONS SUR LE CANCER

Il ressort qu'une majorité de Français partage le sentiment d'une multiplicité des recommandations sur le cancer, et plus d'un tiers se dit d'accord avec les opinions selon lesquelles les informations sur le cancer ont tendance à se répéter, à être contradictoires et sont difficiles à mémoriser. Il semble apparaître une difficulté d'information sur le cancer. Ce sentiment a été questionné et observé pour la première fois aux États-Unis en 2003 (6) – 71 % des Américains partageaient alors l'opinion qu'il y a tellement de recommandations sur le cancer qu'il était difficile de savoir lesquelles suivre – confortant ainsi les conclusions de précédentes études (21) qui identifient de possibles impacts sur les comportements de prévention des cancers (22).

Ces résultats montrent que la population semble en attente d'une information

plus compacte et accessible avec des émetteurs identifiables. Aussi, ce travail suggère de conduire des analyses complémentaires sur les perceptions d'une trop grande variété d'information afin de pouvoir identifier le cas échéant des différences entre des groupes de populations. Un travail préalable de validation de l'échelle de Jensen *et al.* en français sera nécessaire (21).

INFORMATION SUR LES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER

La population interrogée dans ce Baromètre cancer s'estime globalement bien informée sur les principaux risques de cancer et notamment sur le tabac et l'exposition au soleil. Ces résultats confortent les conclusions des deux Baromètres cancer précédents (9, 10), alors même que ces items ont été modifiés : ils portaient préalablement sur la santé. Ce constat est sans doute à porter au crédit des différentes campagnes de communication. Plus spécifiquement sur le tabac, cela atteste de l'intérêt des images et avertissements sanitaires en lien avec le cancer³ : la littérature scientifique a confirmé l'intérêt de ces messages (23). L'alcool est le deuxième facteur de risque des cancers évitables. Il apparaît que plus des trois quarts des répondants (76,4 %) pensent être bien informés sur l'alcool comme facteur de risque de cancer. Cependant, ce niveau de perception est en dessous de celui constaté dans les Baromètres cancer précédents qui analysaient le sentiment d'information sur l'alcool par rapport à la santé et non le cancer (89,0 %) : une différence de presque 15 points est constatée (9, 10). Ce résultat est peut-être explicable par les récentes campagnes qui pointaient surtout dans le visuel l'impact de l'alcool sur les maladies cardiovasculaires et la santé. Concernant les déterminants de la nutrition⁴ comme facteur de risque de cancer, le sentiment d'information se situe entre 54,0 et 58,0 % alors que le rôle de ces

facteurs apparaît assez bien connu (24). Ici encore, il est à noter que le sentiment d'information sur la nutrition par rapport à la santé est mieux appréhendé que par rapport au cancer (9), soulignant la nécessité de développer l'information sur ces facteurs en apportant des éléments permettant de mieux saisir leurs effets.

L'INFORMATION SUR LES FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX : UN CHAMP À DÉVELOPPER

Les facteurs environnementaux sont au cœur des préoccupations des Français (25). Les résultats montrent qu'environ un répondant sur deux se sent bien informé sur la plupart des facteurs de risque de cette catégorie : ces taux sont les plus importants jamais rapportés. Ce niveau est sans doute attribuable au développement de cette thématique dans les médias. Il souligne aussi les marges de progressions significatives pour que les individus développent des compétences leur permettant d'appréhender au mieux les facteurs de risque environnementaux. D'autres travaux ont montré la nécessité de développer les connaissances de ces facteurs en population générale (25, 26). Aussi, il apparaît que les sentiments d'information sur les risques infectieux et les ondes sont assez faibles. Sur les risques infectieux, les résultats rapportés sont en cohérence, d'une part, avec la perception de ce facteur qui est peu appréhendé par les Français (25), d'autre part, avec les progrès qui sont encore à produire dans le champ de la vaccination, notamment HPV. En effet, en 2020, la couverture vaccinale HPV en Europe dépassait 50,0 % dans 20 pays et 75,0 % dans 11 pays alors qu'en France, ce taux est de 28,0 % (27e position en Europe) (27). Concernant les ondes, la perception de ce facteur, comme pouvant induire la pathologie cancéreuse s'est accrue au cours des 15 dernières années (25). En parallèle, il est

constaté que le sentiment d'information sur ce facteur baisse – pour atteindre un niveau le plus bas jamais rapporté – et cela en cohérence avec une perception moindre de ce facteur de risque chez les « Français » en 2021 comme cela a été rapporté dans le chapitre « Cancer et facteurs de risque : opinions et perceptions de la population française » du présent ouvrage. Ce constat est peut-être imputable aux campagnes et aux communications des opérateurs de téléphonies et les différentes publications dans la presse lors de lancements d'innovations technologiques dans le champ de la télécommunication. Des investigations complémentaires seront à conduire pour identifier des différences éventuelles entre des groupes de population afin de pouvoir proposer des stratégies d'information différenciées.

LES SOURCES D'INFORMATION LES PLUS CITÉES SUR LE CANCER

Les résultats de l'enquête montrent qu'en 2021 la télévision est la source d'information la plus citée par les 15-85 ans pour s'informer sur le cancer. En effet, 55,9 % des personnes interrogées la citent spontanément ; et c'est parmi les personnes qui déclarent avoir un revenu mensuel moyen supérieur à 1 100 euros qu'elle est la plus citée. Dans le Baromètre cancer 2021, les possibles sources d'informations sur le cancer étaient citées spontanément par les répondants alors que les éditions précédentes en proposaient une liste fermée. Cette différence d'approche peut alors expliquer la différence de résultat observé, puisqu'en 2010 la télévision était plus citée comme source d'information sur le cancer par les individus avec un revenu mensuel inférieur à 1 100 euros (10) et en 2015 par ceux avec un niveau de revenu inférieur à 1 800 euros (9). Aussi, malgré la numérisation croissante des médias traditionnels d'information, le téléviseur reste l'écran le plus répandu dans les foyers – 90,9 % des foyers français en possédaient en fin 2021 (28) – et les programmes télévisuels, la source d'information principale sur le cancer de manière stable dans le temps. Par exemple, une étude américaine

(29) a récemment mis en avant que, pour les pratiques observées aux États-Unis, la télévision est toujours une source importante d'information et cela notamment pour les questions de santé, recommandant même son utilisation pour le déploiement de programmes de santé publique du fait de son impact important.

Après la télévision, les deux autres sources d'information sur le cancer les plus citées en 2021 sont Internet et les réseaux sociaux (36,6 %) et la presse écrite (32,1 %). Ces résultats diffèrent de ceux des autres études conduites à l'étranger où de manière variable, mais convergentes les professionnels de santé et Internet semblent être les sources d'information privilégiées. En effet, aux États-Unis, en 2020, une étude en population générale a notamment observé que les deux principales sources d'information sur le cancer des répondants étaient les médecins et professionnels de santé (54,4 %) et Internet (29,6 %). Au niveau européen, la littérature reste à développer sur cette thématique (30).

Néanmoins, des études à des périodes variables sur les sources d'information sur la santé en général ont également montré des résultats allant dans ce sens avec en tête : Internet (90,0 %) et les professionnels de santé (79,0 %) en Grèce (12) ; les médecins généralistes (86,5 %), les médecins spécialistes (40,3 %) puis Internet (27 %) en Allemagne (16) ; les professionnels de santé (33,8 %), Internet (31,9 %), la presse écrite (25,8 %) et la télévision (18,7 %) en Lituanie (15). En plus des possibles variations culturelles et d'années, ces différences peuvent s'expliquer en partie par le mode de recueil spontané des réponses dans le Baromètre cancer 2021 par rapport au mode de questionnement des études mentionnées.

Par ailleurs, cette étude pointe un enjeu majeur sur l'impact des campagnes de prévention sur le cancer, car citées par une très faible part des personnes interrogées (14,5 %). Ce résultat ouvre une réflexion dans la suite de premiers travaux qui soulignent la nécessité d'engager des travaux

3. La mise en place de ces avertissements fut recommandée par la Convention-cadre pour la lutte antitabac que la France a signée en 2004.

4. Selon le Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 (1), le mot « nutrition » doit être compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique.

sur l'évaluation des dispositifs sociaux et sanitaires existants – dont les campagnes de prévention via différents canaux et supports – afin de les rendre plus identifiables et d'augmenter leur capacité à atteindre toutes les populations (31).

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : ACTEURS PEU SOLlicitÉS, MAIS CONSIDÉRÉS COMME FIABLE

Les résultats de notre étude et leur mise en perspective avec d'autres données de la littérature questionnent directement la place des professionnels de santé et leur identification comme acteurs et ressources d'information sur le cancer et de diffusion des messages de prévention. Nos résultats sont nettement inférieurs aux données de la littérature que nous avons pu présenter ci-dessus. En effet, parmi les personnes interrogées en 2021, seules 2 personnes sur 10 citent spontanément les professionnels de santé comme une source d'information sur le cancer (20,2 %). Nous l'avons rappelé plus haut, les modalités de réponses sont nouvelles en 2021 et pourtant, sur la période 2010-2021, on observe une relative stabilité puisqu'en 2010, 21,6 % des personnes interrogées avaient choisi les professionnels de santé comme source d'information sur le cancer. Ce résultat invite à encourager la sollicitation des professionnels de santé comme ressource d'information alors même qu'ils sont des acteurs clés de la prévention des cancers (32). En effet, les professionnels de santé ont un capital de confiance élevé : parmi les personnes qui les citent, 83,8 % reconnaissent qu'ils sont leur source d'information la plus fiable. Sur ce point, notre résultat est cohérent avec la littérature. Les données de l'enquête américaine HINTS concluent que 67,0 % à 70,0 % des personnes interrogées font confiance aux professionnels de santé (6). En Europe, deux études ont également conclu à une confiance très forte en les professionnels de santé (12, 15). Dans la suite de ces observations, des recherches complémentaires sont à produire concernant les différences sociodémographiques dans la définition des sources considérées comme les plus fiables par les individus.

TÉLÉVISION, INTERNET ET RÉSEAUX SOCIAUX ET PRESSE ÉCRITE : DES VARIATIONS SIGNIFICATIVES SELON LES INDIVIDUS

L'analyse des principales sources d'information sur le cancer selon les caractéristiques sociodémographiques indique des différences significatives selon l'âge, le niveau d'études et de revenu des individus dans la suite des résultats observés dans les éditions précédentes du Baromètre cancer (9, 10). Ces résultats invitent les acteurs de la santé publique à notamment prendre en considération les sources d'information dans leur stratégie de prévention en fonction de leur capacité à cibler plus particulièrement telle ou telle frange de la population.

QUELLE FIABILITÉ DES PRINCIPALES SOURCES D'INFORMATION ?

Les résultats sur la fiabilité des sources d'information apportent un éclairage spécifique sur les résultats discutés ci-dessus, notamment pour celles les plus citées (télévision, Internet, presse écrite et entourage). Si la télévision est la première source citée spontanément par 55,9 % des personnes interrogées, ces dernières ne sont que 27,0 % à la considérer comme la source la plus fiable.

Concernant Internet, la deuxième source d'information la plus citée (36,6 %), seuls 21,5 % des personnes qui l'ont citée la désignent comme leur source d'information la plus fiable sur le cancer. Celles qui avaient cité explicitement les réseaux sociaux comme source d'information étaient 17,4 % à exprimer qu'ils sont leur source d'information la plus fiable. Notre résultat montre qu'en introduisant en 2021 une nouvelle modalité de collecte de données (réponse spontanée), les résultats obtenus sont impactés et contradictoires avec ceux de 2015 : 84,1 % des personnes qui citaient Internet en 2015 estimaient que les informations relayées étaient tout à fait ou plutôt crédibles. Les résultats de notre étude montrent également une fiabilité relative d'Internet comme source d'information sur le cancer, résultat

également observable chez Maraziani (15) : 16,6 % des personnes interrogées déclarant avoir confiance en Internet. L'étude de Simou (12), qui est plus récente, mais datant tout de même de 2013, donne une conclusion différente : 85,5 % des personnes interrogées ont une confiance en Internet comme source d'information. Face à la variabilité de ces premiers résultats, la fiabilité d'Internet comme source d'information est une préoccupation majeure. Pour répondre à cet enjeu, plusieurs institutions de santé se sont mobilisées, telles le ministère de la Santé, en proposant une liste de sites internet fiables et en incitant les visiteurs à consulter un professionnel de santé⁵ et l'Institut national

du cancer, en centralisant, tenant à jour et disséminant des informations fiables pour la prévention des cancers⁶.

Les résultats de notre étude indiquent que pour les deux principales sources d'information sur le cancer, télévision et Internet, le taux de confiance accordé est relativement faible : moins d'un tiers pour la télévision et seulement une personne sur deux pour Internet. Ils montrent aussi d'une part que les personnes interrogées restent assez critiques et vigilantes quant au contenu de ces sources ; et d'autre part qu'elles diversifient leurs sources d'informations, notamment avec celles qu'ils estiment être fiables.

5. Pour consulter ces éléments se connecter sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/article/sites-internet-de-reference>

6. Un peu moins de 200 000 internautes ont ainsi pu s'informer sur les facteurs de risque ainsi que les manières de réduire son risque de cancer en 2021 : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer>

CONCLUSION

Le Baromètre cancer analyse depuis 2010 le niveau d'information perçu des Français sur le cancer, sur ses facteurs de risque et les sources d'information utilisées sur le cancer. Ce Baromètre 2021 a pour la première fois analysé le sentiment d'information des Français par rapport aux informations déjà disponibles sur le cancer. Un suivi dans le temps de ces questions sera nécessaire afin de pouvoir comparer, interpréter et confirmer les observations faites ici.

Cette enquête montre que les Français se sentent globalement bien informés sur les risques de cancer en général, mais aussi sur les risques liés au tabac, à l'alcool et aux expositions au soleil. Le niveau d'information demeure néanmoins à développer pour des facteurs responsables d'un nombre non négligeable de cancers tels l'alimentation, le surpoids, l'activité physique et certaines infections. Cette enquête révèle une augmentation du sentiment d'information sur des facteurs de risque environnementaux dont le niveau d'information général reste insuffisamment développé.

Il s'observe également que les répondants partagent l'opinion d'une multiplicité des recommandations rendant les informations insuffisamment claires et assimilables sur le cancer. Des travaux complémentaires

sur les différences sociodémographiques de ces répondants permettront de mieux penser les stratégies de communication et de prévention en adaptant et en ciblant les messages selon les différentes populations concernées.

Cette enquête a permis de confirmer les principales sources d'information sur le cancer observées depuis 2010 et illustrer le développement des usages d'Internet pour s'informer sur sa santé. Ces pratiques varient selon les caractéristiques sociodémographiques des individus, les articulations entre les sources identifiées ici comme fiables, notamment les professionnels de santé, et celles plus accessibles et utilisées tels la télévision, Internet et les réseaux sociaux ainsi que l'entourage sont également à penser.

Ces résultats soulèvent la question du niveau de littératie en santé des individus afin d'augmenter les chances d'accéder à des informations fiables sur les risques de cancer et de se les approprier. Des croisements des données de ce chapitre avec d'autres résultats du Baromètre cancer pourront être réalisés, et cela, notamment concernant les perceptions des facteurs de risque afin d'explorer les congruences entre le fait de se sentir informé et le niveau de connaissances sur les risques de cancer.

Rel ecteurs

Emmanuel COLLIN, directeur de la communication et de l'information de l'Institut national du cancer
Kristopher LAMORE, consultant, Institut national du cancer

Liens d'intérêts : aucun lien d'intérêt déclaré.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barthelmé E. Histoire de la notion du cancer. *Histoire des Sciences médicales*, 15, 167-172.
- Le Brun J. Cancer serpit. Recherches sur la représentation du cancer dans les biographies spirituelles féminines du XVII^e siècle. 1984;2(2):9-31.
- Rosenstock I. The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*. 1974;2(4):354-86.
- Bury J, Foucaud J. L'éducation thérapeutique In : F. Traité de prévention Paris : Flammarion Médecinesciences, coll Traités. 2009:81-7.
- Huerta TR, Walker DM, Johnson T, Ford EWJJoHC. A time series analysis of cancer-related information seeking: Hints from the Health Information National Trends Survey (HINTS) 2003-2014. 2016;21(9):1031-8.
- HINTS. Brief Number 9: Confusion about Cancer Prevention: Association with behavior, Janvier 2008 2008 [Available from: <https://hints.cancer.gov/publications-reports/hints-briefs.aspx>
- Han PK, Moser RP, Klein WMJHE. Perceived ambiguity about cancer prevention recommendations: associations with cancer-related perceptions and behaviours in a US population survey. 2007;10(4):321-36.
- Wild CP, Ifrah N, Bourdillon F. Éditorial. Mesurer les parts de cancers évitables pour mieux guider la lutte et la prévention. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(21):430-1.
- Stoebner-Delbarre A. SM, Estaquio C.. Baromètre cancer 2015. Représentations des soins et information sur le cancer et ses facteurs de risque. Saint-Maurice : INCa. Santé publique France ; 2018. 27 p.
- Amsellem N, Gautier A, Leon C. Représentations des soins et information sur le cancer. In: INPES, editor. in Baromètre Cancer 2010. 71-96. Saint Denis : INPES ; 2010.
- Ducrot P, Montagni I, Thanh VN, Serry A-J, Richard J-BJomr. Evolution of online health-related information seeking in France from 2010 to 2017: results from nationally representative surveys. 2021;23(4):e18799.
- Simou E. Health information sources : trust and satisfaction. *International Journal of Healthcare*. 2016;2(1):38-43.
- Jacobs W, Amuta AO, Jeon KC. Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Social Sciences*, 2017;3(1):38-51.
- Thai CL, Gaysynsky A, Falisi A, Chou W-YS, Blake K, Hesse BW. Trust in health information sources and channels, then and now: evidence from the health information national trends survey (2005-2013). *eHealth: Current evidence, promises, perils and future directions*. 15: Emerald Publishing Limited; 2018. p. 43-67.
- Marazienė D, Klumbienė J, Tomkevičiūtė J, Misevičienė IJM. Sources and reasons for seeking health information by Lithuanian adults. 2012;48(7):55.
- Schmidt H, Wild EM, Schreyögg J. Explaining variation in health information seeking behaviour – Insights from a multilingual survey. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2021;125(5):618-26.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12:80.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, lancet CoSDoHJT. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. 2008;372(9650):1661-9.
- Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Annals of family medicine*. 2009;7(3):204-11.
- Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited : what do we mean and why does it matter? *Health promotion international*. 2009;24(3):285-96.
- Jensen JD, Carcioppolo N, King AJ, Scherr CL, Jones CL, Niederdieppe J. The cancer information overload (CIO) scale: establishing predictive and discriminant validity. *Patient education and counseling*. 2014;94(1):90-6.
- Jensen JD, Pokharel M, Carcioppolo N, Upshaw S, John KK, Katz RAJPe, et al. Cancer information overload : discriminant validity and relationship to sun safe behaviors. 2020;103(2):309-14.
- Noar SM, Hall MG, Francis DB, Ribisi KM, Pepper JK, Brewer NT. Pictorial cigarette pack warnings : a meta-analysis of experimental studies. 2016;25(3):341-54.
- Lamore K, Ducrot P, Latino-Martel P, Soler M, Foucaud J. Diet, physical activity, obesity, and breastfeeding: How french people perceive factors associated with cancer risk. *Nutrients*. 2019;11(10):2491.
- Foucaud J, Soler M, Bauquier C, Pannard M, Preau M. Cancer et facteurs de risque. Opinions et perceptions de la population française. Saint-Maurice : Institut national du cancer. Santé publique France. Ed. : Santé publique France ; 2018. 1-19 p.

26. Ménard C, Beck F, Peretti-Watel PJE, Risques, Santé. Cancer et environnement : perceptions de la population à partir des enquêtes de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. 2014;13(4):312-7.
27. Fonteneau L, Barret A, Lévy-Bruhl D. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France-2008-2018. Revue de Biologie Médicale. 2019;354 – mai-juin 2020:67-73.
28. Panorama-Observatoire de l'équipement audiovisuel des foyers de France métropolitaine Résultats des 3^e et 4^e trimestres 2021 pour la télévision et de l'année 2021 pour la radio, ATCOM (<https://www.arcom.fr/mediatheque/observatoire-de-lequipement-audiovisuel-des-foyers-de-france-metropolitaine-resultats-des-3e-et-4e-trimestres-2021-pour-la-television-et-de-lannee-2021-pour-la-radio>)
29. Gollust SE, Fowler EF, Niederdeppe J. Television News Coverage of Public Health Issues and Implications for Public Health Policy and Practice. Annual review of public health. 2019;40:167-85.
30. Sacca L, Maroun V, Khoury MJIfH, Care S. Predictors of high trust and the role of confidence levels in seeking cancer-related information. 2022;47(1):53-61.
31. Ridde V, Robert E, Guichard A, Blaise P, Van Olmen JJCJoPE. L'approche Realist à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. 2012;26(3):37-59.
32. Lasserre A, Gaillot J, Deutsch A, Chauvet C, Bessette D, Ancellin RJBdC. Prévention des cancers en France : quel rôle pour les professionnels de santé ? 2017;104(3):237-44.

COMMENT CITER CE CHAPITRE

- Aurouet P, Cervenka I, Guillemin AF, Givron H, Foucaud J. Baromètre cancer 2021. Information sur le cancer et ses facteurs de risque : perceptions et sources d'information : quelles évolutions ? Institut national du cancer. Santé publique France, p. 54-77.

80,3 %

des **15-85 ans** pensent que fumer du tabac peut certainement favoriser l'apparition d'un cancer

21,2 %

soit plus d'un fumeur sur cinq, considèrent qu'il existe un risque de cancer lié au tabac seulement au-delà de **20 cigarettes fumées par jour**

52,6 %

des fumeurs quotidiens placent au moins un des seuils (nombre de cigarettes ou nombre d'années) au-dessus de leur propre consommation

54,8 %

soit plus de la moitié des personnes interrogées, pensent que « faire du sport permet de se nettoyer les poumons du tabac »

22,5 %

des fumeurs seulement ont abordé la question du tabac avec un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois

Les fumeurs pensent que le risque de cancer lié au tabac existe à partir de

9,2

cigarettes par jour et **13,4 ans de tabagisme** en moyenne

3 TABAC ET CANCER

Perception des risques en 2021 et évolutions depuis 2015

□ Résumé	80
□ Introduction	81
□ Méthode	83
□ Résultats	85
□ Discussion	100
□ Conclusion	104

- Gauthier PEREIRA
- Anne PASQUEREAU
- Raphaël ANDLER
- Romain GUIGNARD
- Antoine DEUTSCH
- Viêt NGUYEN-THANH
- Jérôme FOUCAUD
- Pierre ARWIDSON

RÉSUMÉ

TABAC ET CANCER

Perception des risques en 2021 et évolutions depuis 2015

LE TABAGISME, PREMIER FACTEUR DE RISQUE DE CANCER

Le tabagisme est le premier facteur de risque de cancer. Il était responsable de 68 000 nouveaux cas de cancers en 2015 et de 46 000 décès par cancers. La stratégie décennale de lutte contre le cancer arrêtée par le président de la République en février 2021 appelle à une mobilisation de tous pour en finir avec le tabac, alors que la prévalence du tabagisme en France, après avoir connu une baisse, se stabilise avec un quart de la population qui fume quotidiennement. Qu'en est-il en 2021 de la perception des risques de cancer liés au tabagisme en France ?

UNE BONNE PERCEPTION GLOBALE DES RISQUES, MAIS UNE MINIMISATION DE LA DANGÉROSITÉ DE SA PROPRE CONSOMMATION

En 2021, plus de 8 personnes sur 10 déclarent que fumer du tabac provoque certainement l'apparition d'un cancer, en augmentation par rapport à 2015. De même, le seuil de dangerosité perçue en nombre de cigarettes fumées est en recul par rapport à 2015, passant de 12,6 à 9,2 cigarettes par jour en moyenne. Ce seuil, même s'il évolue dans un sens favorable, reste très élevé, ainsi que le seuil de dangerosité perçue en nombre d'années de tabagisme (13,4 ans en moyenne). En 2021, presque 6 personnes interrogées sur 10 pensent que le nombre de cigarettes consommées par jour est plus dangereux que la durée du tabagisme, alors que l'exposition prolongée dans le temps aux substances cancérigènes est nettement plus toxique.

Plus de 7 fumeurs quotidiens sur 10 craignent d'avoir un cancer dû au tabac un jour, proportion stable par rapport à 2015. Mais une mise à distance des risques est observée parmi les fumeurs, à travers une minimisation de la dangerosité de ses propres pratiques. Plus de 1 fumeur sur 2 place au moins un des seuils de

dangerosité perçus, en nombre d'années de tabagisme ou en nombre de cigarettes fumées par jour, au-dessus de sa propre consommation. La population adhère également à des idées fausses, avec par exemple une personne sur deux qui pense que « Faire du sport permet de se nettoyer les poumons du tabac ».

DES INÉGALITÉS SOCIALES MARQUÉES EN MATIÈRE DE PERCEPTION DES RISQUES

Même si elles sont moins marquées en 2021, les différences socioéconomiques observées en 2015 sont toujours présentes. Les personnes les moins diplômées sont moins nombreuses à percevoir le risque de cancer lié au tabac. Les personnes aux revenus les plus faibles sont celles qui déclarent les seuils de dangerosité perçus les plus élevés. Les personnes aux revenus les plus faibles et les moins diplômées sont celles qui se sentent le moins bien informées sur les risques de cancer liés au tabac. Ces inégalités en matière de perception des risques de cancer font écho aux inégalités observées en matière de prévalence du tabagisme en France.

UNE IMPLICATION INSUFFISANTE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

En 2021, pour plus de trois quarts des fumeurs, le sujet du tabac n'a pas été abordé avec un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois, alors qu'un conseil d'arrêt du tabac par un professionnel de santé augmente le taux d'arrêt du tabac à six mois de l'ordre de 70 %. Même si le contexte de la crise sanitaire liée au Covid a pu avoir un impact, notamment par une baisse des consultations pendant les confinements, des efforts importants restent à faire pour sensibiliser les professionnels de santé à l'importance de détecter, d'orienter ou de prendre en charge le tabagisme, déterminant majeur de la santé, et pour promouvoir l'efficacité de leur aide auprès des fumeurs.

INTRODUCTION

LE TABAGISME, PREMIER FACTEUR DE RISQUE DE CANCER

Le tabagisme est le premier facteur de risque de cancer. En France, en 2015, il était responsable de 68 000 cas de cancers (54 000 chez les hommes et 14 000 chez les femmes), soit 19,8 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer. Le cancer du poumon y était le plus fréquent avec 33 000 cas attribuables (1). Le tabac est également un facteur de risque pour 16 autres localisations de cancer, comme le pancréas, les voies aérodigestives supérieures, le côlon, l'estomac, le rein avec des fractions attribuables variables (2). En ce qui concerne la mortalité, sur les 75 000 décès attribuables au tabagisme en 2015, 46 000 étaient dus à des cancers (3).

Le cancer du poumon est l'indicateur le plus spécifique des effets du tabac sur la santé, 88 % des cancers du poumon chez les hommes et 65 % chez les femmes lui sont attribuables (1). Quel que soit l'âge, l'incidence du cancer du poumon est deux fois plus élevée chez l'homme que chez la femme. Toutefois, depuis plusieurs années, l'écart se resserre. Le taux d'incidence diminue parmi les hommes (-0,3 % par an en moyenne entre 2010 et 2018) alors qu'il augmente parmi les femmes (+ 5 % par an en moyenne). L'incidence du cancer du poumon reste cependant deux fois plus élevée chez l'homme que chez la femme. Ainsi en 2018, on estimait le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon à 31 000 chez l'homme et à 15 000 chez la femme. Il est le 2^e cancer le plus fréquent chez l'homme et le 3^e chez la femme. Le nombre de décès en 2018 par cancers du poumon était estimé à 23 000 chez l'homme et à 10 000 chez la femme, ce qui en fait respectivement le plus meurtrier chez les hommes et le deuxième chez les femmes (1).

LE TABAGISME ENCORE TRÈS RÉPANDU EN FRANCE : UN ENJEU DE LA STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

La stratégie décennale de lutte contre le cancer décidée par le président de la République en février 2021 appelle à une mobilisation de tous pour en finir avec le tabac (4). Les programmes nationaux de lutte contre le tabac (2014-2018 et 2018-2022) ont marqué un engagement de l'État sans précédent, contribuant à une réduction de 1 600 000 fumeurs entre 2016 et 2018 (5) et d'une dénormalisation du tabagisme auprès des jeunes (6, 7). Cependant, la prévalence du tabagisme s'est stabilisée depuis 2019 à un niveau qui reste trop élevé face aux enjeux de santé publique qu'il représente, avec en 2021 encore plus de 3 adultes sur 10 qui déclaraient fumer (31,9 %) et 1 sur 4 déclarant fumer quotidiennement (25,3 %). Les inégalités sociales sont très marquées avec une prévalence du tabagisme quotidien plus élevée parmi les personnes qui n'ont aucun diplôme ou un diplôme inférieur au Baccalauréat (32,0 %) et parmi le tiers de la population ayant les plus bas revenus (inférieur ou égal à 1 100 euros par unité de consommation par mois, 32,3 %) (8). Enfin, la crise liée à la pandémie de Covid-19 a pu avoir un impact sur la consommation de tabac en France pour certains fumeurs. La majorité des fumeurs ont déclaré que la crise sanitaire n'avait pas influencé leur consommation, cependant les fumeurs qui identifiaient la cigarette comme un moyen de soulager le stress ont eu tendance à davantage fumer (9, 10).

Ces constats justifient l'objectif de la stratégie cancer en matière de tabac, qui est de dénormaliser totalement ce produit et de supprimer l'exposition de la population au tabac, premier facteur de risque de cancer. D'ici 2027, l'objectif est d'abaisser de moins de 16 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, soit 5 millions de fumeurs en moins par rapport à 2017, et de parvenir à la première génération sans tabac d'ici 2032,

c'est-à-dire atteindre moins de 5 % de prévalence de tabagisme pour la génération née en 2014.

QUELLE PERCEPTION DES RISQUES DE CANCER LIÉS AU TABAGISME EN 2021 DANS LA POPULATION ?

Augmenter les connaissances et la perception des risques du tabagisme est un des leviers pour diminuer la prévalence du tabagisme, les perceptions de la population pouvant influencer les comportements (11). La littérature scientifique internationale récente a montré que le tabac est clairement appréhendé comme un facteur de risque de cancer (12-14). En 2015 en France, le Baromètre cancer avait montré que les seuils de dangerosité perçus vis-à-vis du cancer étaient élevés (12 cigarettes par jour et 16,5 années en moyenne), et qu'une grande partie de la population française adhérait encore à des

idées fausses (15). L'édition 2018 de l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) a montré une amélioration de la connaissance des seuils de dangerosité depuis 20 ans, avec désormais un Français sur deux qui considère, à juste titre, que l'expérimentation ou la consommation occasionnelle de tabac est nocive pour la santé. Cependant, 15 % des personnes interrogées estimaient encore que l'on pouvait fumer jusqu'à 10 cigarettes par jour sans danger pour la santé (16).

La présente étude, réalisée à partir des données du Baromètre cancer 2021, permet de mesurer les évolutions de la perception des risques de cancer liés à la consommation de tabac depuis les dernières éditions 2015 et 2010 et d'identifier d'éventuels points d'attention pour de futures actions de prévention et de promotion de la santé, en particulier concernant les campagnes d'information.

MÉTHODE

La méthode et le questionnaire utilisés pour l'enquête sont détaillés dans les parties « Gouvernance et méthode de l'enquête » et « Questionnaire » du présent ouvrage.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

Entre avril et août 2021, 4 938 personnes de 15-85 ans résidant en France métropolitaine ont été interrogées par téléphone. Les estimations ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion et redressées sur la structure par sexe croisé par l'âge en tranches décennales, région de résidence, taille d'agglomération, niveau de diplôme et nombre d'habitants dans le foyer de la population de France métropolitaine.

COMPARAISONS AVEC LES ÉDITIONS 2015 ET 2010

Concernant les évolutions, les résultats présentés dans ce chapitre portent sur des questions identiques dans les trois Baromètres cancer 2010, 2015 et 2021 sauf indication contraire. Un travail de refonte du Baromètre cancer a été effectué en 2021, certaines questions et opinions ont été modifiées pour recentrer l'enquête sur la thématique du cancer. Ces modifications seront indiquées au fil du chapitre. Les analyses descriptives et multivariées ont porté sur les tranches d'âge 15-85 ans et 16-75 ans pour les opinions vis-à-vis du tabagisme (questions non posées aux 76-85 ans). Le Baromètre cancer 2021 permet de décrire les résultats en fonction de l'intensité de la consommation de tabac ; en 2015, ces analyses en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour étaient impossibles en raison de l'indisponibilité des données concernant le tabac à rouler. Les évolutions tenant compte du nombre de cigarettes fumées par jour sont ainsi analysées par rapport à 2010.

VARIABLES

Les questions utilisées pour chaque variable d'intérêt portant sur les perceptions des risques de cancer liés au tabac sont décrites en détail au fil du chapitre. Il s'agit de 15 questions portant sur les risques perçus de cancers liés au tabagisme, les seuils de dangerosité perçus en nombre de cigarettes fumées et nombre d'années de tabagisme, la crainte d'avoir un cancer lié au tabac, la place du professionnel de santé, l'exposition à la fumée, le sentiment d'information sur les risques et des opinions sur le tabagisme.

Est qualifié de fumeur quotidien un individu déclarant fumer tous les jours ou déclarant une consommation de cigarettes (manufacturées ou roulées) par jour, et comme fumeur occasionnel un individu déclarant fumer, mais pas quotidiennement. Sans précision, le terme « fumeur » regroupe les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels. Les fumeurs quotidiens ont été divisés en deux groupes en fonction de leur consommation : moins de 10 cigarettes par jour et 10 cigarettes et plus par jour.

ANALYSES STATISTIQUES

Les différents indicateurs de ce chapitre ont fait l'objet d'une analyse descriptive et d'une étude des facteurs associés à partir de régressions logistiques ajustées sur les variables d'intérêt suivantes : sexe, âge, diplôme, revenu (par unité de consommation), statut tabagique. La situation professionnelle (actifs occupés, au chômage, retraités et inactifs) ainsi que la catégorie socioprofessionnelle ont été testées pour chaque modèle, mais ont été maintenues uniquement lorsqu'elles étaient associées à la variable d'intérêt. Les modalités de référence sont identiques pour tous les modèles : homme, 15-24 ans, aucun diplôme ou diplôme inférieur au Baccalauréat, 1^{er} tercile de revenus (les plus faibles revenus), actif occupé, cadre et profession intellectuelle supérieure.

Les évolutions temporelles des variables discrètes ont été testées au moyen du test de Chi² de Pearson avec correction de second ordre de Rao-Scott, pour tenir compte du plan de sondage, et au moyen du test de Wald pour les moyennes des variables continues.

Seules les différences entre sous-populations, les évolutions et les odds-ratios (régressions logistiques) significatifs au seuil de 5 % sont retenus et commentés.

RÉSULTATS

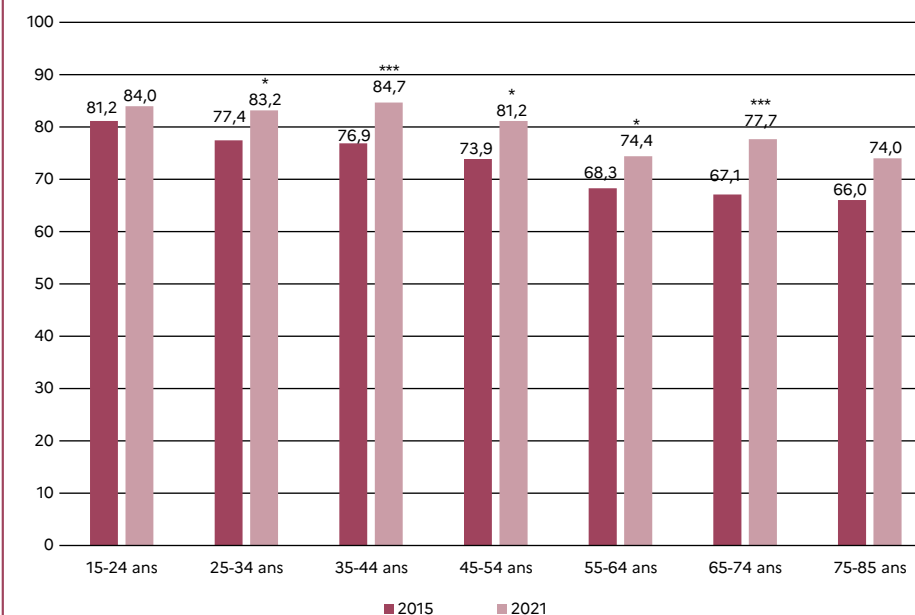
RISQUE PERÇU DE CANCER LIÉ AU FAIT DE FUMER

toutes les classes d'âge entre 25 et 74 ans (Figure 1).

En 2021, à la question « Parmi les propositions suivantes, pouvez-vous me dire si elles favorisent l'apparition d'un cancer », pour la proposition « Fumer du tabac », la quasi-totalité des répondants considèrent que fumer du tabac peut favoriser l'apparition d'un cancer : 80,3 % des 15-85 ans répondent « certainement » et 18,6 % répondent « probablement ». La proportion de personnes répondant « certainement » est en hausse par rapport à 2015 (73,9 %, $p < 0,001$). Le fait de déclarer que fumer du tabac favorise « certainement » l'apparition d'un cancer est associé à l'âge : les 15-24 ans sont 84,0 % à le déclarer contre 74,0 % des 75-85 ans. On observe une hausse significative de la proportion de personnes répondant « certainement » pour

Après ajustement sur les caractéristiques socioéconomiques (Tableau 1), le gradient est maintenu selon l'âge. Les femmes sont moins nombreuses à déclarer que fumer favorise « certainement » l'apparition d'un cancer (OR = 0,8). Par ailleurs, le risque perçu augmente avec le niveau de diplôme, les personnes ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat déclarant plus souvent que fumer favorise « certainement » l'apparition d'un cancer (OR = 1,7), que les personnes n'ayant pas de diplôme ou un diplôme inférieur au Bac. Les fumeurs quotidiens, quelle que soit leur consommation (OR = 0,7), ont une plus faible probabilité de déclarer que fumer du tabac favorise « certainement » l'apparition d'un cancer par rapport aux non-fumeurs.

FIGURE 1
RISQUE PERÇU DE CANCER LIÉ AU FAIT DE FUMER EN 2015 ET 2021



Les * indiquent une évolution significative entre 2015 et 2021 : * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

TABLEAU 1 FACTEURS ASSOCIÉS AU RISQUE PERÇU DE CANCER LIÉ AU FAIT DE FUMER

	n = 4 924 observations			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
● Homme (réf.)	2 237	81,4	1	
● Femme	2 687	79,2	0,8**	[0,7-0,9]
Âge				

● 15-24 ans (réf.)	449	84,1	1	
● 25-34 ans	624	83,2	0,6*	[0,4-0,9]
● 35-44 ans	734	84,7	0,7*	[0,5-1,0]
● 45-54 ans	901	81,1	0,5***	[0,4-0,8]
● 55-64 ans	951	74,4	0,4***	[0,3-0,6]
● 65-74 ans	860	77,7	0,4***	[0,3-0,6]
● 75-85 ans	405	73,8	0,3***	[0,2-0,5]
Diplôme				

● Inférieur au Bac (réf.)	1 690	75,1	1	
● Bac	1 033	81,8	1,2	[1,0-1,5]
● Supérieur au Bac	2 201	87,1	1,7***	[1,4-2,1]
Revenus par unité de consommation				
**				
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros) (réf.)	1 235	78,2	1	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	1 556	81,7	1,2*	[1,0-1,5]
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	1 663	83,7	1,2	[0,9-1,4]
● NSP/Refus	470	74,5	0,8*	[0,6-1,0]
Statut tabagique				
*				
● Non-fumeur (réf.)	1 828	80,3	1	
● Ex-fumeur	1 864	80,8	1,1	[0,9-1,3]
● Fumeur occasionnel	317	87,6	1,0	[0,7-1,4]
● Fumeur quotidien 1-9 cigarettes/jour	335	77,2	0,7*	[0,5-0,9]
● Fumeur quotidien au moins 10 cigarettes/jour	580	76,9	0,7*	[0,6-0,9]

***: p < 0,001 ; **: p < 0,01 ; *: p < 0,05 ; réf. = référence.

SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU EN NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR

Le seuil moyen perçu à partir duquel les fumeurs jugent qu'il existe un risque de cancer lié au tabac est de 9,2 cigarettes par jour. Un peu moins d'un tiers (30,2 %) des fumeurs pensent qu'il existe un risque de cancer à partir d'une cigarette par jour, 25,3 % entre 2 et 9 cigarettes par jour, 18,9 % entre 10 et 19 cigarettes par jour et 21,2 % au-delà de 20 cigarettes par jour (4,4 % ne se prononcent pas). Le seuil moyen est en baisse par rapport à 2015 (12,6 cigarettes par jour, p < 0,01), passant ainsi en dessous du seuil du demi-paquet de cigarettes par jour.

Des différences sont observées selon l'âge (Figure 2A). La part de personnes annonçant un seuil de risque d'au moins 10 cigarettes par jour est la plus élevée parmi les 55-85 ans (52,2 %), et la moins élevée parmi les 25-34 ans (24,5 %). Près de la moitié des 25-34 ans (48,2 %) annoncent un seuil inférieur ou égal à une cigarette par jour, taux le plus élevé sur l'ensemble des classes d'âge. L'analyse des évolutions par tranche d'âge montre une diminution significative du seuil de dangerosité perçu en nombre de cigarettes par jour entre 2015 et 2021 chez les 15-24 ans et chez les 25-34 ans (Figure 2B).

Toutes choses égales par ailleurs, le diplôme et la situation professionnelle ne

FIGURE 2A SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU EN NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR PARMIS LES FUMEURS EN 2021 (N = 1 235)

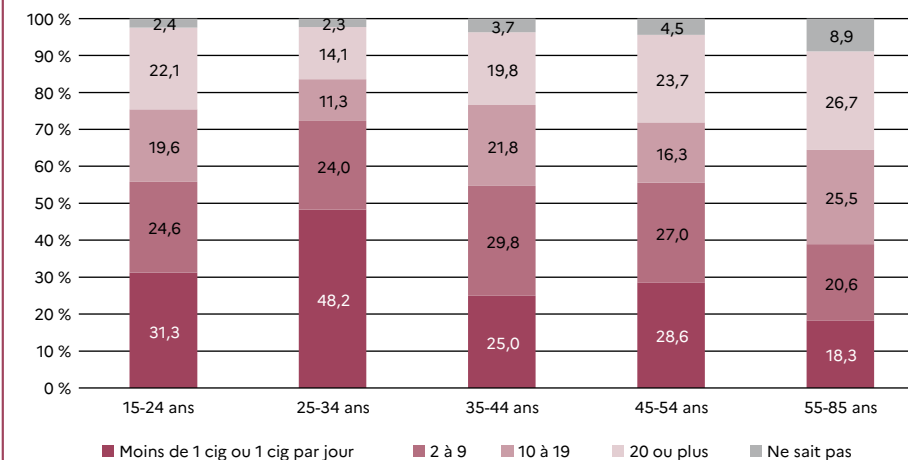
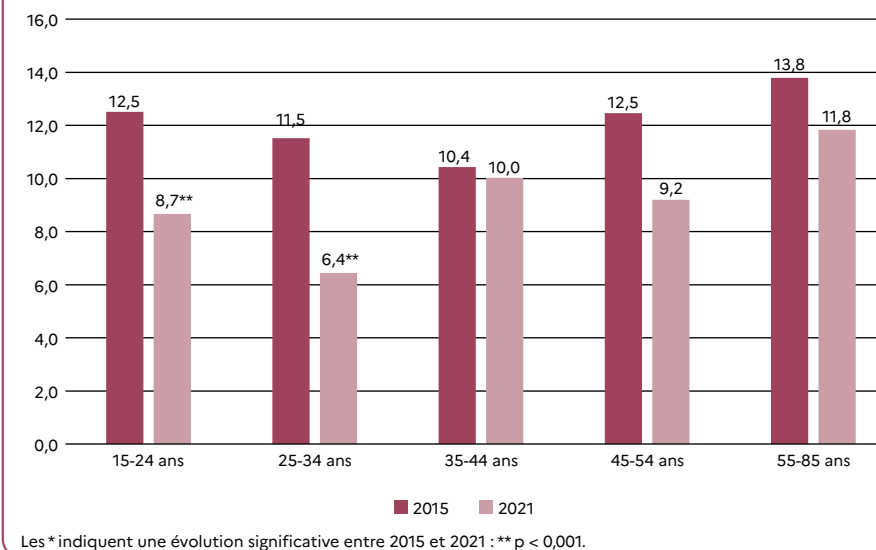


FIGURE 2B SEUIL MOYEN DE DANGÉROSITÉ PERÇU EN NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR EN 2015 ET 2021 PARMIS LES FUMEURS



sont pas significativement associés au fait de déclarer un seuil de dangerosité supérieur à 10 cigarettes par jour en 2021. Les personnes aux revenus les plus élevés ont une

probabilité de déclarer un seuil supérieur à 10 cigarettes par jour plus faible que les personnes aux revenus les plus bas (OR = 0,5) (Tableau 2).

TABEAU 2 FACTEURS ASSOCIÉS À UN SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU DE 10 CIGARETTES OU PLUS PAR JOUR PARMIS LES FUMEURS

	n = 1 182 observations			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
● Homme (réf.)	601	40,7	1	
● Femme	581	43,7	1,1	[0,8-1,5]
Âge				

● 15-24 ans (réf.)	147	43,5	1	
● 25-34 ans	228	26,0	0,5*	[0,3-0,8]
● 35-44 ans	238	43,2	1,1	[0,6-1,8]
● 45-54 ans	265	41,8	1,0	[0,6-1,7]
● 55-85 ans	304	57,3	1,9*	[1,1-3,1]
Diplôme				

● Inférieur au Bac (réf.)	413	48,2	1	
● Bac	277	41,0	0,9	[0,6-1,3]
● Supérieur au Bac	492	31,9	0,7	[0,5-1,0]
Revenus par unité de consommation				
**				
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros) (réf.)	359	47,3	1	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	390	40,3	0,8	[0,5-1,1]
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	339	31,1	0,5**	[0,3-0,8]
● NSP/Refus	94	52,4	1,2	[0,6-2,2]

*** : p < 0,001 ; ** : p < 0,01 ; * : p < 0,05 ; NSP : ne sait pas ; réf. = référence.

SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU EN NOMBRE D'ANNÉES DE TABAGISME

En 2021, à la question : « Et toujours selon vous, au bout de combien d'années une personne qui fume ce nombre de cigarettes par jour a-t-elle un risque élevé de cancer ? », les fumeurs annoncent en moyenne 13,4 années de tabagisme. Ce chiffre ne varie pas de façon significative par rapport à 2015, mais est en baisse par rapport à 2010, où les fumeurs annonçaient 16 années de tabagisme. Un tiers (32,8 %) des fumeurs déclarent que le seuil est inférieur à 10 ans, 27,7 % qu'il est compris entre 10 ans et 19 ans, 16,9 % entre 20 ans et 30 ans et 22,4 % qu'il est supérieur à 30 ans¹.

Le seuil de dangerosité perçue en nombre d'années de tabagisme diffère selon l'âge. Les plus jeunes (15-24 ans) sont les plus

nombreux à déclarer une durée inférieure à 10 ans (62,3 %). Cette proportion diminue avec l'âge, les 25-34 ans sont 46,9 %, les 35-44 ans sont 32,3 %, les 45-54 ans sont 22,1 % et les 55-85 ans sont 19,1 % (Figure 3A). Par rapport à 2015, le seuil moyen déclaré est en baisse uniquement parmi les 15-24 ans (Figure 3B).

Le gradient selon l'âge est conservé après ajustement sur les autres variables du modèle logistique (Tableau 3). Parmi les caractéristiques sociodémographiques, seul le revenu est associé au seuil déclaré : les personnes aux revenus les plus élevés (3^e tercile) déclarent moins souvent un seuil supérieur à 20 années que celles aux revenus les plus bas (1^{er} tercile) (OR = 0,5). De plus, les personnes qui annoncent un seuil de risque élevé en nombre de cigarettes sont également celles qui déclarent un seuil élevé en nombre d'années de tabagisme.

FIGURE 3A SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU EN NOMBRE D'ANNÉES DE TABAGISME PARMIS LES FUMEURS EN 2021 (N = 1 234)

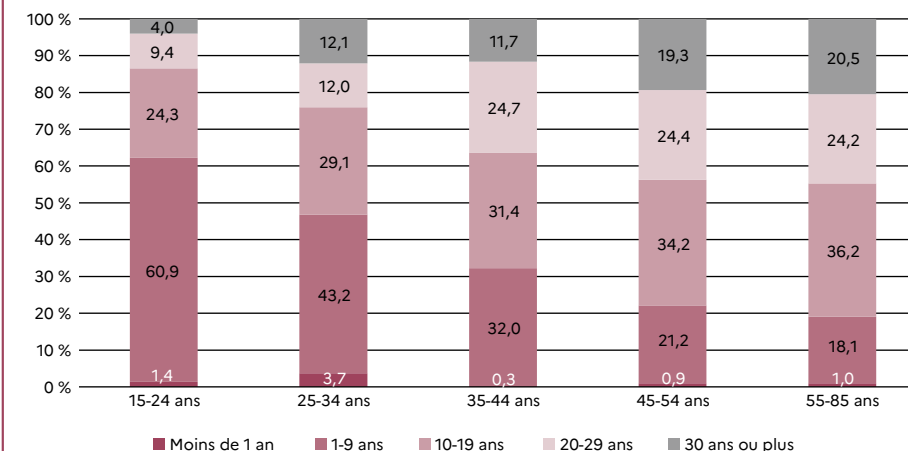
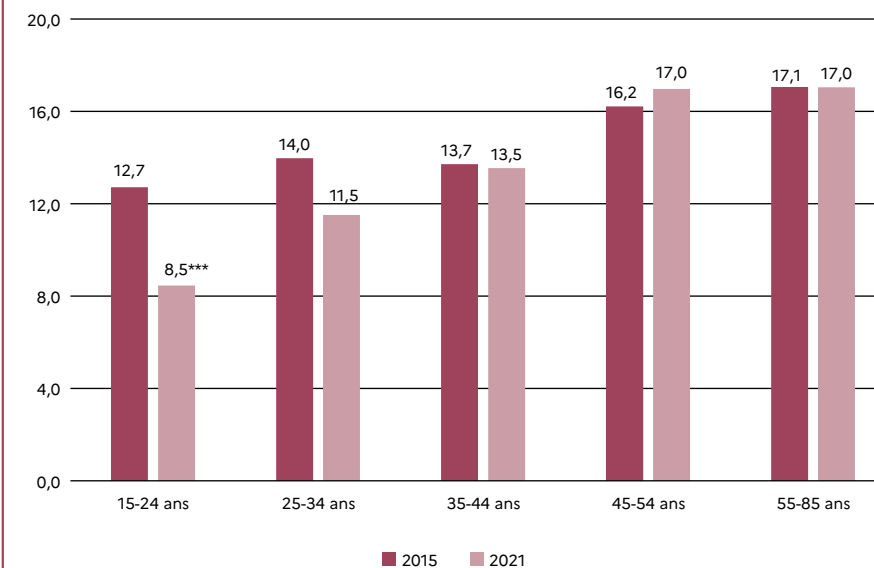


FIGURE 3B SEUIL MOYEN DE DANGÉROSITÉ PERÇU EN NOMBRE D'ANNÉES DE TABAGISME PARMIS LES FUMEURS EN 2015 ET 2021



Les * indiquent une évolution significative entre 2015 et 2021 : *** p < 0,001.

1. 0,2 % des fumeurs pensent qu'il n'y a pas de risque, modalité de réponse non citée.

TABEAU 3 FACTEURS ASSOCIÉS À UN SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU DE 20 ANNÉES OU PLUS DE TABAGISME PARMIS LES FUMEURS

	n = 1 178 observations			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
● Homme (réf.)	601	40,7	1	
● Femme	581	43,7	1,0	[0,7-1,4]
Âge				

● 15-24 ans (réf.)	147	43,5	1	
● 25-34 ans	228	26,0	0,4**	[0,2-0,7]
● 35-44 ans	238	43,2	0,7	[0,4-1,3]
● 45-54 ans	265	41,8	0,6*	[0,3-1,0]
● 55-85 ans	304	57,3	1,1	[0,6-1,8]
Diplôme				

● Inférieur au Bac (réf.)	413	48,2	1	
● Bac	277	41,0	0,8	[0,5-1,2]
● Supérieur au Bac	492	31,9	0,7	[0,5-1,0]
Revenus par unité de consommation				
**				
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros) (réf.)	359	47,3	1	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	390	40,3	0,7	[0,5-1,0]
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	339	31,1	0,5**	[0,3-0,8]
● NSP/Refus	94	52,4	1,2	[0,6-2,3]
Seuil de danger en nombre d'années de tabagisme				

● Moins d'1 an ou 1 an (réf.)	132	11,5	1	
● 2-9 ans	228	30,9	3,3**	[1,5-6,9]
● 10-19 ans	368	45,0	6,7***	[3,3-13,6]
● 20-29 ans	220	54,8	9,6***	[4,5-20,7]
● 30 ans ou plus	230	59,1	10,5***	[5,0-22,0]

***: p < 0,001 ; **: p < 0,01 ; *: p < 0,05 ; réf. = référence.

SEUILS DE DANGÉROSITÉ PERÇUS SELON LA CONSOMMATION DES FUMEURS

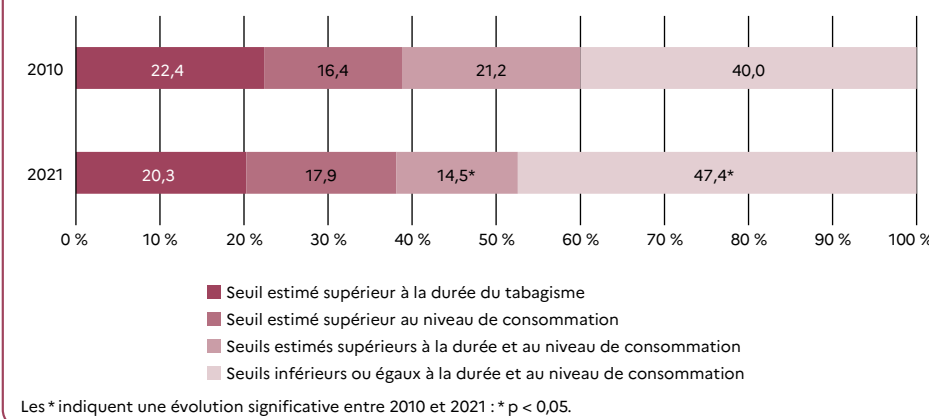
Parmi les fumeurs quotidiens, seulement 47,4 % déclarent des seuils de risque perçus d'avoir un cancer inférieurs à la fois à leur durée de tabagisme et à leur consommation quotidienne (Figure 4). Les fumeurs quotidiens sont 17,9 % à annoncer uniquement un seuil de consommation de cigarettes par jour au-dessus de leur propre consommation et 20,3 % à annoncer uniquement un seuil au-dessus de leur durée de tabagisme. Enfin, 14,5 % déclarent des seuils supérieurs à la fois à leur durée de tabagisme et à leur consommation quotidienne de cigarette. Ensemble,

il s'agit de 52,6 % des fumeurs quotidiens qui placent au moins un des seuils au-dessus de leur propre consommation.

Cette proportion est en baisse par rapport à 2010 (60,0 %), principalement du fait de la baisse de la proportion de fumeurs quotidiens qui annoncent à la fois un seuil en nombre de cigarettes et un seuil en nombre d'années de tabagisme supérieurs à leur propre consommation. À l'inverse, la proportion de fumeurs annonçant des seuils inférieurs à leur consommation augmente (de 40,0 % à 47,4 %).

Les fumeurs de 15-24 ans sont les plus nombreux à considérer leur pratique comme

FIGURE 4 SEUILS DE DANGÉROSITÉ PERÇUS SELON LA CONSOMMATION DES FUMEURS QUOTIDIENS



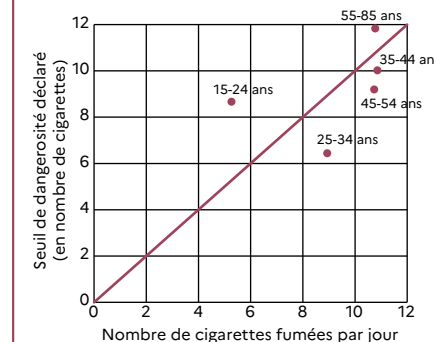
Les * indiquent une évolution significative entre 2010 et 2021 : * p < 0,05.

peu risquée. En moyenne, ils annoncent 8,7 cigarettes par jour pour avoir un risque de cancer, alors qu'ils fument en moyenne 5,3 cigarettes par jour (Figure 5).

DANGÉROSITÉ RELATIVE : DURÉE DU TABAGISME ET CONSOMMATION QUOTIDIENNE

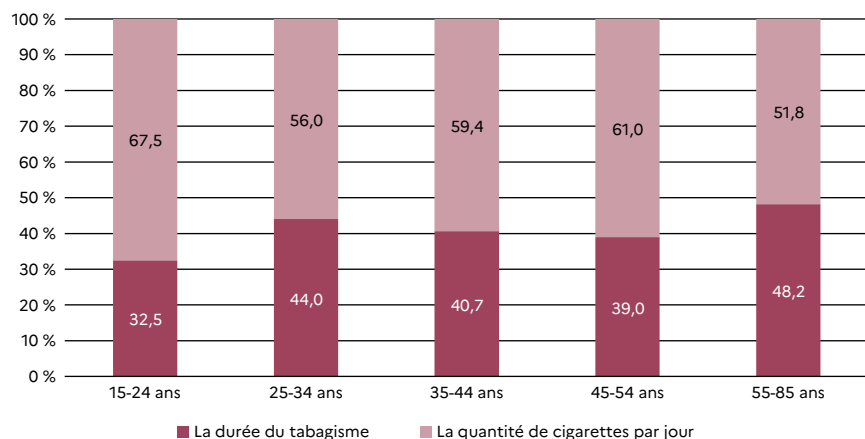
À la question « D'après vous, qu'est-ce qui influence le plus l'apparition d'un cancer lié au tabac, le nombre d'années de tabagisme ou la quantité de cigarettes par jour ? » (introduite en 2021 et posée uniquement aux fumeurs), 40,6 % des fumeurs pensent que la durée du tabagisme influence davantage l'apparition de cancer, 58,1 % pensent que c'est le nombre de cigarettes fumées par jour (1,3 % ne savent pas). Il n'y a pas de différence de perception observée en fonction de l'intensité de consommation de tabac. Les plus jeunes (15-24 ans, 32,5 %) sont les moins nombreux à juger que c'est la durée du tabagisme qui influence le plus l'apparition d'un cancer lié au tabac, les 25-34 ans sont 44 % à le penser, les 35-54 ans environ 40 % et les 55-85 ans (48,9 %) sont les plus nombreux à le penser (Figure 6).

FIGURE 5 SEUIL DE RISQUE PERÇU ET CONSOMMATION PARMIS LES FUMEURS QUOTIDIENS



Après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, le fait de déclarer la durée du tabagisme comme étant plus dangereuse est associé à l'âge. Les 55-85 ans déclarent plus souvent la durée du tabagisme comme étant plus à risque que les 15-24 ans (OR = 2,0). Concernant la catégorie socioprofessionnelle, les professions intermédiaires (OR = 0,5), les employés (OR = 0,4) et

FIGURE 6
DANGÉROSITÉ RELATIVE ENTRE L'ANCIENNETÉ DU TABAGISME ET LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE PARMIS LES FUMEURS QUOTIDIENS EN 2021



les ouvriers (OR = 0,4) déclarent moins souvent que la durée du tabagisme est plus à risque par rapport aux cadres (Tableau 4). Les personnes avec un diplôme supérieur au Baccalauréat (OR = 1,6) déclarent plus souvent la durée comme étant plus dangereuse que le nombre de cigarettes par jour que les personnes avec un diplôme inférieur au Baccalauréat. La crainte d'avoir un cancer lié au tabac n'est pas significativement liée au fait de déclarer la durée du tabagisme comme étant plus dangereuse.

CRAINTE D'AVOIR UN CANCER

La crainte d'avoir un cancer lié au tabac varie en fonction du statut tabagique. À la question : « Craignez-vous personnellement d'avoir un jour un cancer dû au tabac ? », 77,1 % des fumeurs quotidiens qui consomment plus de 10 cigarettes par jour craignent d'avoir un cancer, 66,7 % des fumeurs quotidiens qui consomment moins de 10 cigarettes par jour, 40,1 % des fumeurs occasionnels, 26,8 % des ex-fumeurs et 19,6 % des non-fumeurs. Il n'y a pas d'évolution significative de ces proportions par rapport à 2010.

Après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques et le statut tabagique détaillé (Tableau 5), la probabilité de crainte d'avoir un cancer dû au tabac tend à diminuer avec l'âge. Les personnes aux revenus intermédiaires (OR = 1,4) ont davantage tendance à craindre d'avoir un cancer dû au tabac que les personnes aux revenus les plus bas (1^{er} tercile), alors que les plus diplômées ont moins tendance à craindre ce type de cancer. L'âge d'entrée dans le tabagisme n'a pas d'influence sur la crainte d'avoir un cancer.

PROFESSIONNEL DE SANTÉ

En 2021, moins d'un quart des fumeurs (22,5 %) répondent « Oui » à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous abordé la question du tabac avec un professionnel de santé ? » ; 14,7 % l'ont fait de leur initiative et 7,8 % à l'initiative du professionnel de santé. Ces proportions sont en baisse par rapport à 2015 (p < 0,001), où 30,6 % des fumeurs l'avaient abordée avec leur médecin². Les fumeurs de 10 cigarettes au moins par jour sont plus nombreux à avoir abordé la

2. En 2015, la question était formulée différemment : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous abordé la question du tabac avec un médecin lors d'une consultation ? ».

TABLEAU 4 FACTEURS ASSOCIÉS AU FAIT DE DÉCLARER QUE LA DURÉE DU TABAGISME INFLUENCE PLUS L'APPARITION DE CANCER QUE LE NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR, PARMIS LES FUMEURS QUOTIDIENS

	n = 1 218 observations			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
● Homme (réf.)	617	44,3	1	
● Femme	601	37,2	0,8	[0,5-1,1]
Âge				
● 15-24 ans (réf.)	148	32,3	1	
● 25-34 ans	232	44,0	1,2	[0,7-2,2]
● 35-44 ans	241	40,6	1,0	[0,6-1,9]
● 45-54 ans	273	39,0	1,1	[0,6-1,9]
● 55-85 ans	324	48,2	2,0*	[1,1-3,4]
Situation professionnelle				
● Actifs travaillant (réf.)	788	44,0	1	
● Chômage	115	39,7	0,9	[0,5-1,6]
● Retraités et autres inactifs	315	34,8	0,6*	[0,4-1,0]
Diplôme				
		**		
● Inférieur au Bac (réf.)	434	37,4	1	
● Bac	281	37,5	1,1	[0,7-1,6]
● Supérieur au Bac	503	50,4	1,6*	[1,0-2,3]
Revenus par unité de consommation				
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros) (réf.)	377	39,7	1	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	388	41,4	0,8	[0,6-1,2]
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	349	46,7	0,8	[0,5-1,2]
● NSP/Refus	104	33,3	0,7	[0,4-1,4]
Catégorie socioprofessionnelle				

● Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	92	48,7	0,6	[0,3-1,2]
● Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.)	219	57,8	1	
● Professions intermédiaires	325	42,2	0,5**	[0,3-0,8]
● Employés	320	35,6	0,4**	[0,3-0,7]
● Ouvriers	241	37,1	0,4**	[0,2-0,7]
● Autres sans activité professionnelle	21	20,6	0,3*	[0,1-1,0]
Statut tabagique				
● Fumeur occasionnel (réf.)	314	37,0	1	
● Fumeur quotidien 1-9 cigarettes par jour	334	42,4	1,4	[0,9-2,1]
● Fumeur quotidien au moins 10 cigarettes par jour	570	42,5	1,4	[1,0-2,1]

***: p < 0,001 ; **: p < 0,01 ; *: p < 0,05 ; réf. = référence.

question du tabac avec un professionnel de santé (28,9 %) que les fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour (22,3 %). On observe une diminution significative de la proportion de personnes abordant la question avec un professionnel de santé entre 2010 et 2021

chez les fumeurs quotidiens, quel que soit leur niveau de consommation (Figure 7).

Après ajustement sur les autres caractéristiques du modèle, la probabilité d'avoir abordé le sujet du tabac à son initiative

TABLEAU 5 FACTEURS ASSOCIÉS À LA CRAINTE D'AVOIR UN CANCER DÛ AU TABAC PARMIS LES FUMEURS

	n = 4 432 observations			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe **				
● Homme (réf.)	2 058	38,6	1	
● Femme	2 374	32,4	0,9	[0,7-1,1]
Âge ***				
● 15-24 ans (réf.)	444	39,2	1	
● 25-34 ans	609	46,0	0,9	[0,7-1,3]
● 35-44 ans	703	40,7	0,7*	[0,5-1,0]
● 45-54 ans	831	44,0	0,8	[0,6-1,2]
● 55-64 ans	840	29,1	0,4***	[0,3-0,6]
● 65-74 ans	707	18,9	0,3***	[0,2-0,4]
● 75-85 ans	298	14,4	0,3***	[0,2-0,5]
Diplôme **				
● Inférieur au Bac (réf.)	1 496	38,0	1	
● Bac	939	36,6	0,8	[0,6-1,1]
● Supérieur au Bac	1 997	31,0	0,8*	[0,6-0,9]
Revenus par unité de consommation **				
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros) (réf.)	1 131	37,7	1	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	1 396	38,7	1,4*	[1,1-1,7]
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	1 489	30,5	1,1	[0,8-1,4]
● NSP/Refus	416	32,0	0,9	[0,6-1,3]
Statut tabagique ***				
● Non-fumeur (réf.)	1 673	19,6	1	
● Ex-fumeur	1 617	26,8	1,7***	[1,4-2,2]
● Fumeur occasionnel	303	40,3	2,4***	[1,7-3,4]
● Fumeur quotidien 1-9 cigarettes/jour	312	66,7	7,3***	[5,1-10,3]
● Fumeur quotidien au moins 10 cigarettes/jour	527	77,0	12,9***	[9,3-17,9]

*** : p < 0,001 ; ** : p < 0,01 ; * : p < 0,05 ; réf. = référence.

était plus élevée chez les femmes et chez les fumeurs de 35 à 85 ans (comparativement au fait de ne pas avoir abordé le sujet). Pour les fumeurs qui déclaraient que le sujet avait été abordé par le professionnel de santé, aucune caractéristique sociodémographique n'était associée. Le niveau de consommation des fumeurs quotidiens (plus ou moins de 10 cigarettes par jour) n'est plus associé au fait d'avoir abordé le sujet une fois contrôlé par les caractéristiques sociodémographiques, seul le fait d'être un fumeur occasionnel diminue la probabilité d'en avoir parlé (Tableau 6).

EXPOSITION À LA FUMÉE

En 2021, 84,1 % des non-fumeurs ne sont pas exposés à la fumée du tabac, 12,1 % sont exposés moins d'une heure par jour et 3,8 % plus d'une heure par jour. Bien que la proportion de non-fumeurs non exposés reste stable par rapport à 2015, la part exposée plus d'une heure diminue significativement (7,1 % en 2015, p < 0,001). L'exposition diminue avec l'âge : la proportion de personnes déclarant être exposées à la fumée est de 31,3 % chez les 15-24 ans et elle est minimale parmi les 75-85 ans (6,6 %). On observe une diminution significative de la proportion de personnes déclarant être exposées plus de 1 heure par

TABLEAU 6 FACTEURS ASSOCIÉS AU FAIT D'AVOIR ABORDÉ LA QUESTION DU TABAC, QUE CE SOIT À L'INITIATIVE DU FUMEUR OU DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ EN 2021 (N = 1 231)

	Effectifs	Oui à l'initiative du fumeur			Oui à l'initiative du professionnel de santé		
		%	RRR	IC à 95 %	%	RRR	IC à 95 %
Sexe							
● Homme (réf.)	626	11,4	1		7,5	1	
● Femme	605	18,7	1,7***	[1,3-2,5]	8,2	1,3	[0,9-1,9]
Âge							
● 15-24 ans (réf.)	149	4,3	1		6,9	1	
● 25-34 ans	232	10,4	2,1	[0,8-5,2]	7,2	1,0	[0,5-2,1]
● 35-44 ans	243	17,2	3,2*	[1,3-7,9]	5,6	0,7	[0,3-1,5]
● 45-54 ans	278	22,8	2,0**	[1,9-10,8]	5,0	0,6	[0,3-1,4]
● 55-85 ans	329	17,1	3,8**	[1,6-9,3]	14,5	1,6	[0,8-3,2]
Diplôme							
● Inférieur au Bac (réf.)	441	15,7	1		8,5	1	
● Bac	283	14,7	1,0	[0,6-1,5]	5,8	0,7	[0,4-1,3]
● Supérieur au Bac	507	12,3	1,1	0,7-1,7]	8,0	1,2	[0,7-2,0]
Revenus par unité de consommation							
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros) (réf.)	380	15,4	1		8,3	1	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	393	16,0	0,9	[0,6-1,4]	7,2	0,8	[0,5-1,4]
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	352	14,3	1,0	[0,7-1,6]	7,6	0,8	[0,5-1,4]
● NSP/Refus	106	9,2	0,5	[0,3-1,1]	8,0	0,7	[0,3-1,6]
Statut tabagique							
● Fumeur occasionnel	317	5,1	0,2***	[0,1-0,4]	4,9	0,5*	[0,3-0,9]
● Fumeur quotidien 1-9 cigarettes/jour (réf.)	335	14,8	1		7,5	1	
● Fumeur quotidien au moins 10 cigarettes/jour	579	19,4	1,3	[0,9-1,9]	9,5	1,5	[0,9-2,4]

RRR : Rapport de risques relatifs ; réf. = référence.

jour chez les 15-24 ans, les 25-34 ans et les 55-64 ans par rapport à 2015 (Figure 8).

Après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, l'exposition à la fumée diminue significativement avec l'âge (Tableau 7). Les personnes ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat ont une probabilité plus faible (OR = 0,6) d'être exposées à la fumée du tabac que les personnes ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat. Les personnes aux revenus les plus élevés (OR = 0,7) sont moins souvent exposées à la fumée que les personnes du 1^{er} tercile de revenus. Concernant la catégorie socioprofessionnelle, les ouvriers (OR = 1,7) déclarent

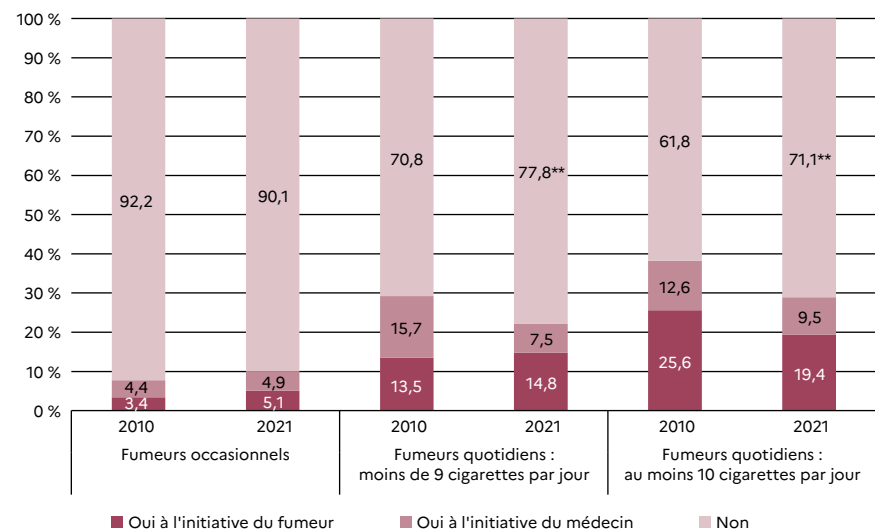
plus souvent être exposés à la fumée que les cadres.

SENTIMENT D'INFORMATION

En 2021, 92,8 % des personnes interrogées se sentent très bien ou bien informées sur les effets du tabac sur la santé. Cette proportion est stable par rapport à 2015.

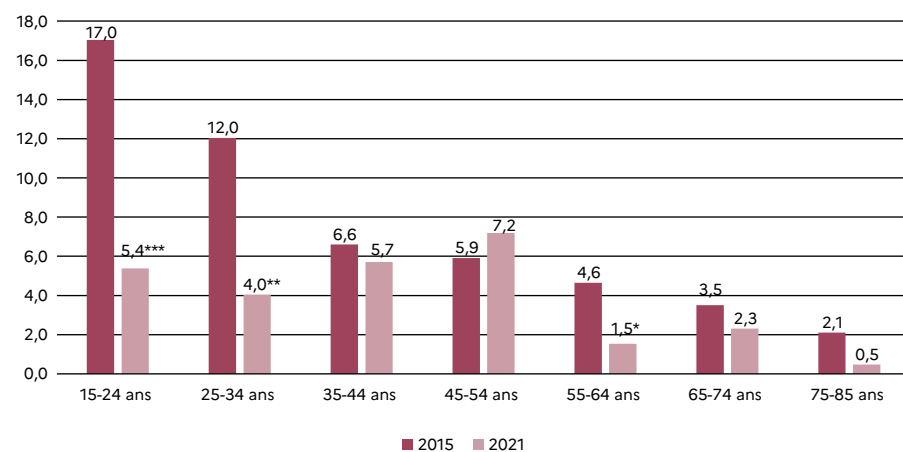
Après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, le sentiment d'être bien ou très bien informé est associé aux revenus (Tableau 8). Les personnes appartenant au 2^e tercile de revenus (OR = 1,9) et les personnes appartenant au 3^e tercile (OR = 3,7)

FIGURE 7
RÉPARTITION DES FUMEURS AYANT ABORDÉ LA QUESTION DU TABAC AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ



Les * indiquent des évolutions significatives entre 2010 et 2021 : ** p < 0,01.

FIGURE 8
EXPOSITION DES NON-FUMEURS À LA FUMÉE DU TABAC PLUS D'UNE HEURE PAR JOUR EN 2015 ET 2021 (N = 3 702)



Les * indiquent des évolutions significatives entre 2015 et 2021 : * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001.

TABLEAU 7 FACTEURS ASSOCIÉS À L'EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC (QUELLE QUE SOIT LA DURÉE) PARMI LES NON-FUMEURS

	N = 3 693			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe	*			
● Homme (réf.)	1 610	18,1	1	
● Femme	2 083	14,2	0,8	[0,6-1,0]
Âge	***			
● 15-24 ans (réf.)	300	31,4	1	
● 25-34 ans	392	20,2	0,6	[0,4-1,0]
● 35-44 ans	490	17,5	0,5*	[0,3-0,9]
● 45-54 ans	623	17,6	0,4**	[0,3-0,7]
● 55-64 ans	747	11,2	0,3***	[0,2-0,4]
● 65-74 ans	753	8,8	0,2***	[0,1-0,4]
● 75-85 ans	388	6,6	0,2***	[0,1-0,3]
Situation professionnelle	**			
● Actifs Travaillant (réf.)	1 855	16,9	1	
● Chômage	147	26,9	1,3	[0,8-2,3]
● Retraités et autres inactifs	1 691	13,8	0,8	[0,6-1,3]
Diplôme	***			
● Inférieur au Bac (réf.)	1 249	18,7	1	
● Bac	749	17,6	0,8	[0,5-1,1]
● Supérieur au Bac	1 695	11,2	0,6**	[0,4-0,9]
Revenus par unité de consommation	***			
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros) (réf.)	856	21,9	1	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	1 162	13,9	0,8	[0,5-1,1]
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	1 311	10,3	0,7*	[0,5-1,0]
● NSP/Refus	364	18,9	0,8	[0,5-1,3]
Catégorie Socioprofessionnelle	***			
● Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	352	13,8	0,9	[0,5-1,6]
● Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.)	816	14,0	1	
● Professions intermédiaires	1 035	10,2	0,7	[0,5-1,1]
● Employés	967	16,2	1,1	[0,7-1,7]
● Ouvriers	462	26,6	1,7*	[1,1-2,7]
● Autres sans activité professionnelle	61	17,2	0,9	[0,3-2,4]

***: p < 0,001 ; **: p < 0,01 ; *: p < 0,05 ; réf. = référence.

ont une plus grande probabilité de déclarer se sentir bien ou très bien informées que celles du 1^{er} tercile. De même, les personnes ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat (OR = 2,3) déclarent plus souvent être bien ou très bien informées que celles ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat. Les ex-

fumeurs (OR = 1,8) et les fumeurs quotidiens qui consomment moins de 10 cigarettes par jour (OR = 2,6) déclarent plus souvent être bien ou très bien informés par rapport aux non-fumeurs. Contrairement à 2015, où on observait que les femmes se sentaient mieux informées, en 2021 cette différence n'est plus constatée.

TABEAU 8 FACTEURS ASSOCIÉS AU FAIT DE SE DÉCLARER BIEN OU TRÈS BIEN INFORMÉ SUR LES EFFETS DU TABAC SUR LA SANTÉ

	n = 4 922 observations			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
● Homme (réf.)	2 234	93,7	1	
● Femme	2 688	92,3	1,0	[0,7-1,4]
Âge				
*				
● 15-24 ans (réf.)	449	90,4	1	
● 25-34 ans	624	95,1	1,3	[0,7-2,7]
● 35-44 ans	734	93,5	1,1	[0,6-2,1]
● 45-54 ans	900	94,1	1,2	[0,6-2,4]
● 55-64 ans	950	92,8	1,0	[0,5-2,0]
● 65-74 ans	860	94,4	1,4	[0,7-2,8]
● 75-85 ans	405	88,0	0,7	[0,4-1,4]
Diplôme				

● Inférieur au Bac (réf.)	1 689	89,8	1	
● Bac	1 032	93,9	1,5	[1,0-2,3]
● Supérieur au Bac	2 201	97,0	2,3***	[1,5-3,5]
Revenus par unité de consommation				

● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros) (réf.)	1 234	89,1	1	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	1 555	94,6	1,9**	[1,3-2,8]
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	1 663	97,8	3,7***	[2,3-6,1]
● NSP/Refus	470	88,4	1	[0,6-1,7]
Statut tabagique				
**				
● Non-fumeur (réf.)	1 827	90,5	1	
● Ex-fumeur	1 863	94,9	1,8**	[1,2-2,6]
● Fumeur occasionnel	317	95,6	1,8	[0,8-4,1]
● Fumeur quotidien 1-9 cigarettes/jour	335	96,3	2,6*	[1,1-6,0]
● Fumeur quotidien au moins 10 cigarettes/jour	580	91,3	1,2	[0,7-1,9]

*** : p < 0,001 ; ** : p < 0,01 ; * : p < 0,05 ; réf. = référence.

OPINIONS VIS-À-VIS DU TABAGISME

À l'affirmation « Fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps », 33,9 % des personnes sont tout à fait ou plutôt d'accord. Parmi les personnes interrogées, 43,3 % pensent que « La pollution provoque plus de cancer que le tabac », 54,6 % que « Faire du sport permet de se nettoyer les poumons du tabac » et 61,6 % que « Un fumeur peut éviter d'avoir un cancer à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps ». Les deux opinions les plus partagées sont « Un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer » (94,4 %) et « Même si on ne fume pas soi-même, être exposé à la fumée du tabac peut provoquer un cancer » (94,4 %) (Figure 9).

avoir arrêté de fumer » à laquelle 89,8 % des personnes adhèrent et « Même si on ne fume pas soi-même, être exposé à la fumée du tabac peut provoquer un cancer » (94,4 %) (Figure 9).

Aucune évolution significative n'est observée depuis 2015 pour les opinions dont la formulation est restée la même (Figure 10).

OPINIONS SUR LES SOLUTIONS POUR DIMINUER LA CONSOMMATION DE TABAC

Une question inédite a été introduite dans le Baromètre cancer 2021 : « Selon vous, quelles sont les deux solutions les plus

FIGURE 9 OPINIONS VIS-À-VIS DU TABAGISME PARI MI LES 15-75 ANS EN 2021

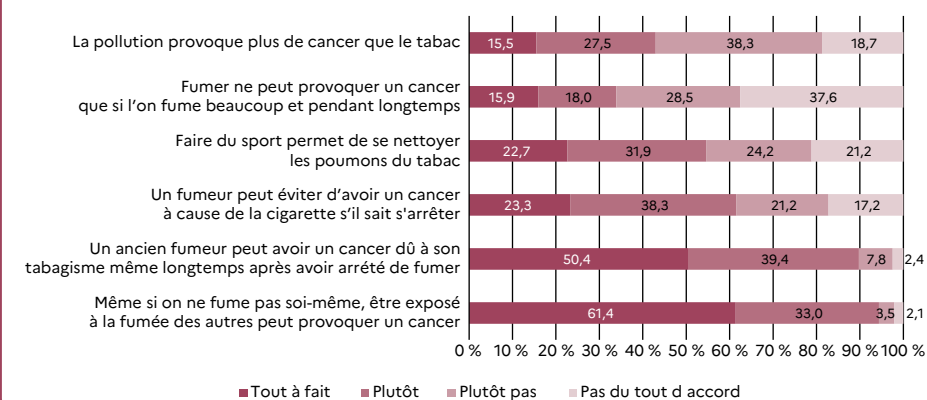
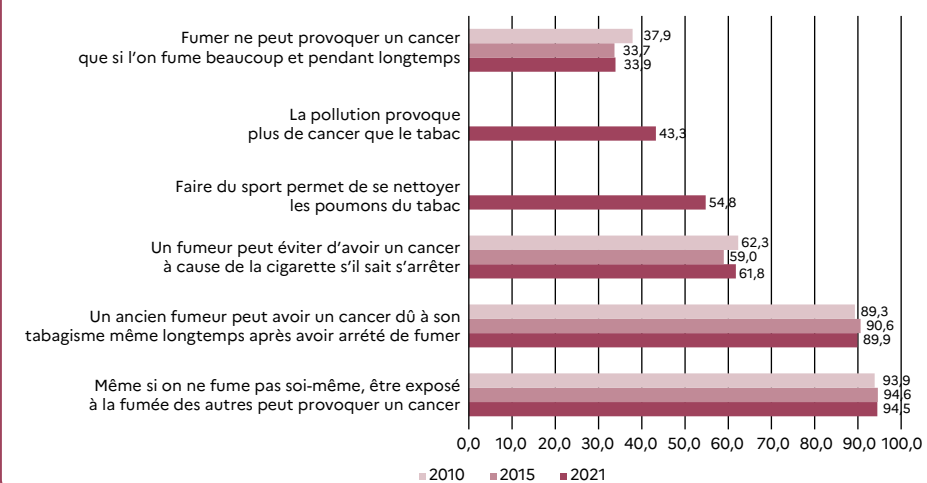


FIGURE 10 ÉVOLUTION DES OPINIONS VIS-À-VIS DU TABAGISME PARI MI LES 16-75 ANS ENTRE 2010 ET 2021



efficaces pour diminuer la consommation de tabac en France ? ». Les personnes interrogées devaient choisir deux solutions parmi une liste de sept solutions.

Deux propositions se démarquent : « Faire respecter l'interdiction de vente de tabac aux mineurs » a été citée par 43,0 % des personnes interrogées et « Améliorer l'accompagnement des fumeurs à l'arrêt du tabac » a

été citée par 40,4 % d'entre elles. « Multiplier les campagnes de prévention » est citée par 29,0 % des répondants, « Augmenter le prix du tabac » par 23,8 %, « Interdire la vente du tabac » par 17,5 %, « Élargir l'interdiction de consommation de tabac à plus de lieux » par 15,8 %. La proposition la moins citée est « Ne pas montrer de fumeurs dans les films et séries » citée par seulement 13,3 % des personnes.

DISCUSSION

RISQUE PERÇU DE CANCERS LIÉS AU TABAC

Le niveau de perception du risque de cancer induit par le tabagisme augmente encore en 2021 par rapport à 2015 : plus de 8 personnes sur 10 déclarent que fumer du tabac provoque *certainement* l'apparition d'un cancer, en cohérence avec les niveaux élevés retrouvés dans d'autres pays comme en Espagne et aux États-Unis (13, 14). De même, le seuil de dangerosité perçue en nombre de cigarettes fumées par jour est en recul par rapport à 2015, passant de 12,6 à 9,2 cigarettes par jour en moyenne. Bien que ce résultat évolue dans un sens favorable, ce seuil reste très élevé, ainsi que le seuil de dangerosité perçue en nombre d'années de tabagisme (13,4 ans en moyenne). Les personnes interrogées perçoivent très bien le fait que fumer engendre un risque, mais une part importante des fumeurs pensent qu'une consommation faible ou limitée dans le temps n'engendre pas de risque, élément en cohérence avec les résultats d'une autre étude française (12). Or une étude américaine a montré que même une consommation occasionnelle de tabac augmente la mortalité (17).

Une mise à distance des risques pour soi-même est également observée parmi les fumeurs. Plus de un fumeur sur deux place au moins un des seuils de dangerosité perçus, en nombre d'années de tabagisme ou en nombre de cigarettes fumées par jour, au-dessus de leur propre consommation (comme observé par ailleurs (12)). Les classes d'âge les plus jeunes considèrent en particulier leurs pratiques comme peu risquées : au sein de celles-ci, ils sont nombreux à considérer que le nombre de cigarettes qu'ils fument quotidiennement n'est pas à risque.

Plus de 7 fumeurs quotidiens sur 10 craignent d'avoir un cancer un jour, proportion stable par rapport à 2015.

Ces résultats peuvent sembler paradoxaux, car si une part importante de la

population se sent informée sur les risques de cancer, beaucoup de personnes semblent minimiser la dangerosité des pratiques à risque et la dangerosité de leurs propres pratiques. Or améliorer la perception des risques fait partie des leviers efficaces pour l'arrêt du tabac, de même que des mesures de soutien au maintien de l'abstinence tabagique qui augmentent les chances de succès. Une étude française a montré que la nocivité perçue du tabagisme et la peur de ses conséquences sur la santé étaient associées à la réussite des tentatives d'arrêt (18).

En 2021, presque 6 personnes interrogées sur 10 pensent, à tort, que le nombre de cigarettes consommées par jour est plus dangereux que la durée du tabagisme. En effet, l'exposition prolongée dans le temps aux substances cancérigènes de la fumée du tabac est nettement plus dangereuse : quand la durée du tabagisme double, le risque de cancer est multiplié par vingt. Doubler la consommation quotidienne quant à elle multiplie par deux le risque de cancer (19). Le contraste entre les connaissances scientifiques et les connaissances de la population générale sur ce sujet est grand. Cette information, qui a déjà fait l'objet d'une campagne de l'Institut national du cancer en 2021, constitue un axe potentiel d'amplification des campagnes d'information et de prévention, afin d'inciter les fumeurs à s'arrêter le plus tôt possible, quelle que soit la quantité de tabac fumé (20).

Enfin, la période de crise sanitaire, psychologique et sociale exceptionnelle liée à l'épidémie de Covid-19 a pu avoir un impact sur la perception des risques sanitaires liés au tabagisme. Cette épidémie a bouleversé la vie personnelle et professionnelle d'une large partie de la population, a été une préoccupation de premier plan pendant deux ans, et les risques liés à d'autres comportements ont pu passer au second plan pour certains, ou au contraire être exacerbés pour d'autres. Une étude américaine menée fin 2020 a montré

une relation complexe entre perception des risques liés au Covid-19 et évolution de la consommation de tabac (21), alors même que le tabagisme augmente le risque de forme grave de Covid-19 et la mortalité associée (22). À ce jour, peu d'études publiées ont étudié l'évolution de la perception des risques liés au tabagisme en lien avec l'épidémie de Covid-19, sujet à suivre à l'avenir.

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ RELATIVES À LA PERCEPTION DES RISQUES DU TABAGISME

Les différences observées en 2015 selon les caractéristiques socioéconomiques sont toujours présentes en 2021 et sont également retrouvées dans d'autres pays (13). Les personnes les moins diplômées sont moins nombreuses à percevoir le risque de cancer lié au tabac. Concernant les seuils de dangerosité perçus liés au tabagisme, les personnes aux revenus les plus faibles sont celles qui déclarent les seuils les plus élevés. La connaissance de la dangerosité relative de la consommation quotidienne par rapport à la durée du tabagisme est moins bien connue par les catégories socioprofessionnelles les moins élevées et les personnes les moins diplômées. Ces différences se retrouvent dans le sentiment d'information, les personnes aux revenus les plus faibles et les moins diplômées sont celles qui se sentent les moins bien informées. Cependant, les différences semblent s'atténuer légèrement depuis 2015. En effet, la situation professionnelle n'est quasiment plus associée aux différents indicateurs de perception des risques, le niveau de diplôme n'est plus associé au seuil de risque perçue en nombre de cigarettes fumées par jour.

Ces inégalités sociales en matière de perception des risques de cancer liés au tabagisme font écho aux inégalités observées dans la prévalence du tabagisme en France et à leurs évolutions. Une stabilisation des inégalités sociales en termes de prévalence du tabagisme a été observée entre 2016 et 2019, avec pour la première fois depuis le début des années 2000 une baisse de la prévalence parmi

les personnes les moins diplômées et parmi celles aux plus bas revenus (23). Un rebond de la prévalence du tabagisme quotidien a cependant été observé en 2020 parmi les personnes aux plus bas revenus et en 2021 parmi les moins diplômées (8). Les inégalités sociales d'accès et de recours aux soins peuvent engendrer un moindre accès aux conseils pour arrêter de fumer pour les personnes les plus défavorisées, et peuvent également jouer un rôle dans la moins bonne perception des risques. La lutte contre les inégalités sociales reste ainsi un des enjeux prioritaires du Programme national de lutte contre le tabac et de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, à travers son axe 4 « S'assurer que les progrès bénéficient à tous » (4).

LE RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La part de fumeurs déclarant avoir abordé la question du tabac avec un professionnel de santé diminue de façon marquée depuis 2015. Seulement moins d'un quart des fumeurs déclarent en avoir parlé avec un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois. Le rôle de ces derniers est pourtant important dans les mécanismes d'arrêt du tabac. Leur implication se révèle très efficace, un conseil d'arrêt du tabac par un professionnel de santé augmente les taux d'arrêt du tabac à 6 mois de l'ordre de 70 % (24). Elle pourrait potentiellement être plus efficace que les mesures d'augmentation des prix du tabac (25). Des efforts importants restent ainsi à faire pour sensibiliser les professionnels de santé à l'importance de détecter, d'orienter ou de prendre en charge le tabagisme, et pour promouvoir l'efficacité de leur aide auprès des fumeurs.

Ce résultat contraste avec le souhait d'être plus accompagné observé dans les réponses sur les mesures publiques pour diminuer le tabagisme en France. Plus de 4 personnes sur 10 pensent qu'améliorer l'accompagnement des fumeurs fait partie des mesures les plus efficaces.

Ces résultats peuvent avoir été influencés par le changement de formulation de

la question entre 2015 et 2021, le terme « professionnel de santé » peut être moins bien perçu et compris par la population que le terme « médecin » plus précis. De plus, le contexte de crise sanitaire a pu avoir un impact, l'indicateur portant sur les 12 derniers mois. Le nombre de consultations a diminué pendant le deuxième confinement en fin d'année 2020, sans réel rattrapage en sortie de confinement (26). Le sujet du tabac était peut-être également moins prioritaire pour les patients, alors que les demandes de soins liés à la santé mentale ont augmenté dans ce contexte de crise (27).

Les niveaux observés sont également inférieurs à ceux relevés dans le cadre du Baromètre santé 2017 puisque parmi les personnes de 18 à 75 ans ayant consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, 36,7 % déclaraient que le sujet du tabac avait été discuté en consultation (28). Si l'impact du contexte sanitaire cité précédemment peut en partie expliquer la différence, notons que la population interrogée (personnes ayant consulté au cours des 12 derniers mois) et la formulation différente de la question ont également pu avoir un impact sur les résultats, rendant la comparaison délicate.

Cet indicateur est à surveiller et sera très attendu lors de la prochaine édition du Baromètre cancer.

EXPOSITION À LA FUMÉE

L'exposition à la fumée du tabac des non-fumeurs a diminué spectaculairement entre 2015 et 2021 chez les 15-24 ans et les 25-34 ans. En 2021, moins d'un dixième des 15-24 ans déclarent être exposés plus d'une heure à la fumée du tabac, ils étaient plus d'un tiers en 2015. Ces résultats sont cohérents avec les baisses de prévalence du tabagisme observées chez les adolescents (6), un moins grand nombre de fumeurs exposant mécaniquement un moins grand nombre d'adolescents. Cette diminution est également à mettre en lien avec l'effet positif des mesures de dénormalisation, le tabac prenant vraisemblablement de moins en moins de place dans la vie des jeunes (7).

Cependant, la crise sanitaire peut également expliquer en partie ces diminutions, les occasions de sortie étaient moins fréquentes en 2020 et 2021 avec les confinements successifs, les couvre-feux et le développement des cours à distance et du télétravail. La tendance observée en 2021 devra être confirmée par la prochaine édition.

OPINIONS VIS-À-VIS DU TABAGISME

Certaines idées reçues restent d'actualité et n'ont pas évolué entre 2015 et 2021. Une part importante des fumeurs adhère ainsi à des idées fausses, mettant ainsi à distance les risques qu'ils encourent (29). Plus de 3 personnes sur 10 pensent que « Fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps ». De même, 1 personne sur 2 pense que « Faire du sport permet de se nettoyer les poumons du tabac ». Et plus de 4 personnes sur 10 pensent que « La pollution provoque plus de cancers que le tabac ». Les résultats de ces trois items montrent un décalage entre connaissances scientifiques et opinions de la population.

Le tabac est le premier facteur de risque de cancer. Réussir à mieux communiquer sur les facteurs de risques et leur hiérarchie pourrait permettre une meilleure compréhension des cancers et une meilleure connaissance des risques liés au tabac. Mieux communiquer sur le poids respectif des différents facteurs de risque permettrait également aux individus de mieux cibler les interventions efficaces pour éviter d'avoir un cancer. Cette stratégie devrait toutefois être relayée auprès des professionnels de santé pour émettre des messages ciblés à leurs patients. De fait, en l'état actuel de nos connaissances, la hiérarchisation des facteurs de risque est réelle, mais il semble compliqué de privilégier une communication en faveur d'une cause au détriment d'une autre. La pollution de l'air extérieur représenterait 0,4 % des nouveaux cas de cancer en 2015 (1). Cependant, elle est responsable d'autres pathologies graves et à l'origine de 40 000 décès par an (30). Par ailleurs, les risques environnementaux prennent une place de plus en plus importante au sein des

préoccupations de la population et peuvent aussi être signe d'une mise à distance puisque peu maîtrisables à une échelle individuelle.

POLITIQUES ET SOLUTIONS POUR DIMINUER LE TABAGISME EN FRANCE

La mesure « faire respecter l'interdiction du tabac aux mineurs » est la solution la plus citée comme mesure efficace pour diminuer la prévalence du tabagisme en France. La popularité de cette mesure révèle une forte adhésion à une mesure qui ne concerne pas directement l'individu (la très grande majorité des personnes interrogées étant adultes).

La mesure sur l'accompagnement des fumeurs, qui arrive en second, montre que le besoin de recourir à une aide pour réussir à arrêter de fumer est bien perçu par une partie de la population. Cette perception reste cependant minoritaire (citée par 40,4 % des personnes interrogées) et ne se traduit pas dans les évolutions des consultations avec un professionnel de santé abordant la question du tabac. Les campagnes de promotion des outils d'aide à l'arrêt du tabac et d'incitation à aborder le sujet du tabac avec un professionnel de santé, comme celles de Santé publique France, ont également toute leur place pour promouvoir ces aides auprès des fumeurs (31).

Les mesures contraignantes, comme augmenter le prix du tabac ou bien interdire sa vente, reçoivent cependant un niveau d'adhésion non négligeable, résultat encourageant pour des mesures qui ont montré leur efficacité pour réduire la consommation (32, 33). Il faut noter que cette adhésion à l'augmentation des prix ne se retrouve pas pour l'alcool (voir le chapitre « Alcool et cancer »).

Enfin, ne pas montrer de fumeurs dans les films et séries ne suscite pas une franche adhésion des personnes interrogées, même si, dans la continuité avec l'interdiction de la publicité pour le tabac, cette mesure pourrait se montrer efficace pour aller vers une dénormalisation du tabac dans la société. Des efforts de pédagogie pourraient être nécessaires pour expliquer l'intérêt de cette mesure et favoriser son adhésion.

FORCES ET LIMITES

Les Baromètres cancer sont des enquêtes transversales répétées basées sur des échantillons représentatifs de la population. Elles permettent de suivre des indicateurs dans le temps, d'appréhender et de décrire les opinions vis-à-vis du tabagisme et les perceptions des risques de cancer liés aux déterminants de santé comme le tabac, études essentielles pour identifier des freins à l'arrêt du tabac.

Le Baromètre cancer 2021 a été précédé d'un travail de refonte du questionnaire afin de recentrer les questions sur le risque de cancer et non sur les risques sur la santé en général. Cette évolution a très peu concerné les questions sur le tabagisme, mais certaines questions sur les opinions ne sont plus comparables aux éditions précédentes.

Les variables de situation professionnelle et de catégorie socioprofessionnelle ont été introduites dans les modèles, mais sont rarement associées de façon significative à la variable d'intérêt. Cependant, un manque de puissance statistique pour détecter des différences ne peut pas être exclu ; il y a en particulier peu de chômeurs dans l'échantillon et peu d'artisans, commerçants ou chefs d'entreprise.

CONCLUSION

Suivre dans le temps les perceptions et connaissances de la population sur les risques de cancer liés au tabagisme permet une évaluation des politiques publiques et permet d'orienter les actions à venir. Cette étude montre une perception globale correcte, mais encore trop imparfaite des risques liés au tabac par la population. Elle montre en effet qu'il reste des enjeux pour les années à venir pour lutter contre une minimisation de la dangerosité de sa propre consommation par les fumeurs, des inégalités sociales marquées en matière de perception des risques et une place insuffisante des professionnels de santé.

Les objectifs ambitieux de la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 de dénormaliser totalement le tabac et d'atteindre la première génération sans tabac d'ici 2032 ne pourront être atteints que si tous les acteurs se mobilisent. Il est nécessaire d'approfondir l'engagement de l'État, de continuer les actions de prévention et promotion de la santé et de développer des actions au plus près des fumeurs. L'accompagnement des fumeurs par l'ensemble des professionnels de santé et du domaine médico-social est également indispensable, en particulier pour mieux aider les fumeurs les plus défavorisés à sortir du tabagisme et réduire les inégalités sociales encore très fortes en la matière en 2021.

Relecteurs

Carolyn REYES-GUZMAN, National Cancer Institute, National Institutes of Health
Emmanuel LAHAIE, Santé publique France

Liens d'intérêts : aucun lien d'intérêt déclaré.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Centre international de recherche sur le cancer. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine 2018. Available from: https://gco.iarc.fr/includes/PAF/PAF_FR_report.pdf.
- Institut national du cancer. Panorama des cancers en France, édition 2022 : Institut national du cancer ; 2022.
- Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd [Internet]*. 2019 ; (15):[278-84 pp.]. Available from: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_2.html.
- Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. : Paris : ministère des Solidarités et de la Santé ; 2021. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-_strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf.
- Bourdillon F. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits [Éditorial]. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019(15):270-1.
- Spilka S, Philippon A, Le Nezet O, Janssen E, Eroukmanoff V, Godeau E. n° 148 – Décembre 2021 – Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves de 3^e en 2021. *Tendances*. 2021:4 p.
- Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. *Tendances [Internet]*. 2017 ; 122:[8 p. p.]. Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssw9.pdf>.
- Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB, et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. *Bull Épidémiol Hebd*. 2022;(26):470-80. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/2022_26_1.html
- Jartoux C, Guignard R, Quatremère G, Andler R, Pasquereau A, Nguyen Thanh V. Attitudes des fumeurs en période de crise sanitaire liée à la Covid-19 : synthèse d'études qualitatives et quantitatives. *Saint-Maurice : Santé publique France ; 2022*.
- Guignard R, Andler R, Quatremère G, Pasquereau A, du Roscoät E, Arwidson P, et al. Changes in smoking and alcohol consumption during Covid-19-related lockdown: a cross-sectional study in France. *Eur J Public Health*. 2021:1-26.
- Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006;15 Suppl 3:iii83-94.
- Greillier L, Cortot AB, Viguier J, Brignoli-Guibaudet L, Lhomel C, Eisinger F, et al. Perception of Lung Cancer Risk: Impact of Smoking Status and Nicotine Dependence. *Curr Oncol Rep*. 2018;20(Suppl 1):18.
- Petrova D, Borrás JM, Pollán M, Bayo Lozano E, Vicente D, Jiménez Moleón JJ, et al. Public Perceptions of the Role of Lifestyle Factors in Cancer Development: Results from the Spanish Onco-Barometer 2020. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19).
- Land SR, Baker L, Bachand J, Twesten J, Reyes-Guzman CM, Kaufman AR. Associations of Daily Versus Nondaily Smoking, Tobacco-Related Risk Perception, and Cancer Diagnosis Among Adults in the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2022.
- Pasquereau A, Deutsch A, Richard J, Guignard R, Andler R, Estaquio C. Tabac et cancer. Perception des risques en 2015 et évolutions récentes. *Baromètre cancer 2015*. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2019.
- Spilka S, Le Nezet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Chyderiotis S. n° 131 – Avril 2019 – Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. *Tendances*. 2019:8 p.
- Inoue-Choi M, Christensen CH, Rostron BL, Cosgrove CM, Reyes-Guzman C, Apelberg B, et al. Dose-Response Association of Low-Intensity and Nondaily Smoking With Mortality in the United States. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e206436.
- El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study. *Addict Behav*. 2018;80:110-5.
- Doll R, Peto R. Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *J Epidemiol Community Health*. 1978;32(4):303-13.
- Institut national du cancer. Campagne de communication. Affiche – Savoir que fumer longtemps, même peu, augmente le risque de cancer, c'est pouvoir agir. 2021 [Available from: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Affiche-40-60-Savoir-que-fumer-longtemps-meme-peu-augmente-le-risque-de-cancer-c'est-pouvoir-agir>].

21. Vogel EA, Henriksen L, Schleicher NC, Prochaska JJ. Perceived Susceptibility to and Seriousness of Covid-19: Associations of Risk Perceptions with Changes in Smoking Behavior. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14).
22. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking Is Associated With Covid-19 Progression: A Meta-analysis. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2020;22(9):1653-6.
23. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bull Epidemiol Hebd [Internet]*. 2020; 14:[273-81 pp.]. Available from: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html.
24. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(5):Cd000165.
25. Wang R, Gao X, Qiang Y, Yang Q, Li X, Li B. The Estimated Effect of Physicians' Advice for Smoking Cessation and Assumed Tobacco Retail Price Increase on Smoker's Intention to Quit in Shanghai, China: A Cross-Sectional Study. *Front Public Health*. 2021;9:740476.
26. Gabet A, Grave C, Tuppin P, Lesuffleur T, Guenancia C, Nguyen-Thanh V, et al. Nationwide Initiation of Cardiovascular Risk Treatments During the Covid-19 Pandemic in France: Women on a Slippery Slope ? *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:856689.
27. Direction de la recherche dé, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Confinement de novembre-décembre 2020 : une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale. *Études et résultats [Internet]*. 2021 ; 1186:[6 p. p.]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ER1186.pdf>.
28. Cogordan C, Quatremère G, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2020;68(6):319-26.
29. 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 ? *Prev Med*. 2004;39(4):776-82.
30. Medina S, Adélaïde L, Wagner V, de Crouy Chanel P, Real E, Colette A, et al. Impact de pollution de l'air ambiant sur la mortalité en France métropolitaine. Réduction en lien avec le confinement du printemps 2020 et nouvelles données sur le poids total pour la période 2016-2019. *Saint-Maurice : Santé publique France ; 2021*.
31. David F, Pasquereau A, Avenel J, Guignard R, Davies J, Nguyen-Thanh V. Campagne d'incitation à l'arrêt du tabac auprès des fumeurs défavorisés au niveau socio-économique. *Les rencontres de Santé publique France ; Paris2022*.
32. Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tob Control*. 2012;21(2):172-80.
33. Pasquereau A, Hochet M, Andler R, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Opinions vis-à-vis de l'augmentation des taxes sur le tabac et conséquences sur la motivation à l'arrêt. *Résultats du Baromètre de Santé publique France 2018*. *Saint-Maurice : Santé publique France ; 2020*.

COMMENT CITER CE CHAPITRE

- Pereira G, Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Deutsch A, Nguyen-Thanh V, Foucaud J, Arwidson P. Baromètre cancer 2021. Tabac et cancer : perception des risques en 2021 et évolutions depuis 2015. *Institut national du cancer. Santé publique France*, p. 78-107.

8 %

des 15-85 ans déclarent boire quotidiennement de l'alcool en 2021, contre 14,5 % en 2005

23,5 %

des 15-85 ans pensent que globalement, boire un peu de vin diminue le risque de cancer, plutôt que de ne pas en boire du tout

5,4 %

des 15-85 ans déclarent que la question de l'alcool a été abordée avec un professionnel de santé **au cours des 12 derniers mois**

14,6 %

des 15-85 ans pensent qu'augmenter le prix de l'alcool est une mesure efficace pour réduire la consommation d'alcool en France

L'alcool est cité spontanément par les 15-85 ans comme la

3^e cause

principale de cancer, derrière le tabac et l'alimentation

4 ALCOOL ET CANCER

Comportements, opinions et perceptions des risques

○ Résumé	110
○ Introduction	111
○ Méthode	113
○ Résultats	115
○ Discussion	129
○ Conclusion	134

- Anne-Fleur **GUILLEMIN**
- Iris **CERVENKA**
- Raphaël **ANDLER**
- Karine **GALLOPEL MORVAN**
- Antoine **DEUTSCH**
- Viet **NGUYEN-THANH**
- Jérôme **FOUCAUD**

RÉSUMÉ

ALCOOL ET CANCER

Comportements, opinions et perceptions des risques

L'ALCOOL COMME CAUSE DE CANCER

La nocivité de l'alcool a clairement été mise en évidence et son caractère cancérigène est reconnu depuis plus de 35 ans. Il est en France l'une des principales causes de mortalité avec 41 000 décès estimés en 2015, dont 16 000 par cancers, et 28 000 nouveaux cas de cancers, ce qui en fait le deuxième facteur de risque de cancer évitable après le tabac. Si la consommation d'alcool se stabilise ces dernières années, elle est encore élevée en France et reste un enjeu important de santé publique.

ANALYSER LES PERCEPTIONS SUR L'ALCOOL POUR ORIENTER LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION

L'enquête Baromètre cancer 2021 vise à dresser un état des lieux des perceptions en France sur le cancer et notamment sur le risque de cancers liés à l'alcool ; ceci afin de mieux appréhender les usages et pouvoir agir d'une part sur les comportements, d'autre part pour orienter les stratégies de santé publique. 4 938 personnes de 15 à 85 ans ont été interrogées sur la thématique de l'alcool. Les résultats ont été analysés pour 2021 puis comparés sur la période 2005-2021 pour les questions communes.

LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION D'ALCOOL DÉCLARÉE : STABILITÉ ET DÉTERMINANTS SOCIAUX

Les résultats montrent que 80,3 % des personnes interrogées déclarent avoir bu au moins une fois de l'alcool dans l'année, 44,4 % en ont consommé tous les mois, 47,4 % toutes les semaines et 8,0 % tous les jours. Depuis 2005, les consommations annuelle et quotidienne ont baissé puis se sont stabilisées dès 2015 avec des proportions quasi identiques en 2015 et 2021. Les hommes déclarent plus souvent boire quotidiennement de l'alcool

que les femmes (10,1 % vs 3,0 %). La consommation quotidienne diffère fortement selon l'âge : les plus de 75 ans sont trois fois plus nombreux à déclarer consommer quotidiennement de l'alcool que les 45-54 ans.

UNE SOUS-ESTIMATION DU LIEN ENTRE CANCER ET ALCOOL

Les répondants sous-estiment le lien entre l'alcool et le cancer : l'alcool est spontanément cité comme cause de cancer par un tiers des personnes interrogées, derrière le tabac et l'alimentation. Par ailleurs, en les interrogeant sur la nocivité perçue de l'alcool face à d'autres risques, depuis 2005, 8 répondants sur 10 pensent que les accidents de la route et la violence sont les principaux risques liés à la consommation d'alcool. Cette opinion est plus fortement partagée par les personnes de plus de 65 ans, celles ayant un diplôme inférieur au Bac et celles ayant des revenus mensuels inférieurs à 1 100 euros.

L'ALCOOL : UN SUJET PEU DISCUTÉ EN CONSULTATION

Les répondants ont été questionnés pour la première fois dans l'enquête Baromètre cancer sur l'alcool comme sujet de discussion avec un professionnel de santé. Les résultats montrent que l'alcool reste un sujet encore peu discuté, car seules 5,4 % des personnes interrogées ont déclaré que ce sujet avait été abordé avec un professionnel de santé.

LES POLITIQUES PUBLIQUES DE RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Les participants ont été interrogés pour la première fois sur les mesures qu'ils estimaient être les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool en France. Parmi les mesures proposées, « faire respecter l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs » est la mesure la plus citée (6 personnes sur 10).

INTRODUCTION

IMPACTS DE L'ALCOOL SUR LA SANTÉ

La nocivité de l'alcool sur la santé a clairement été mise en évidence, dès des niveaux de consommation faibles (1). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait en 2016 que l'alcool serait responsable de plus de 3 millions de décès dans le monde, dont trois quarts concerneraient les hommes (2). Par ailleurs, les conséquences sociales, sanitaires et morbides liées à l'alcool sont clairement établies.

En France, l'alcool est l'une des principales causes de mortalité évitable avec 41 000 décès estimés en 2015 toutes causes confondues (3) : cancers (16 000 décès), maladies des systèmes cardiovasculaires, digestifs ou nerveux, traumatismes, notamment consécutifs aux accidents de la route. Cette mortalité est plus fortement observée chez les hommes que chez les femmes : respectivement 30 000 et 11 000 décès (4). Il est par ailleurs l'une des premières causes d'hospitalisation, comme le soulignait une étude réalisée en 2012 sur les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation (SSR) (5). Ces hospitalisations représentaient 2,2 % des séjours en MCO, 10,4 % en psychiatrie, 5,6 % de l'activité des SSR et 3,7 % des actes ambulatoires en psychiatrie.

LA DEUXIÈME CAUSE DE CANCER

La consommation d'alcool est reconnue cancérigène depuis 1988 par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). En France, ce produit est la deuxième cause de cancer avec près de 28 000 nouveaux cas attribuables à sa consommation en 2015, soit 8,0 % des nouveaux cas de cancer cette année-là, toutes localisations confondues (6). L'alcool est impliqué dans 8 localisations de cancer : VADS (voies aéro-digestives supérieures : bouche, pharynx,

larynx), œsophage, sein, foie, estomac et colorectal. Le cancer du sein est le plus impacté avec 8 000 cas attribuables. Si la littérature montre une augmentation significative du risque de cancers des VADS, du foie, du côlon-rectum, de l'estomac et du sein, aucun travail n'a pu identifier un seuil d'innocuité (7).

Concernant le coût social lié à l'alcool, on l'estime en France en 2010 à 118 milliards d'euros (vs 122 milliards pour le tabac), comprenant principalement des coûts liés à la mortalité (valeur des années de vie perdues) (66 milliards d'euros) et à la morbidité (valeur des soins et des années vécues avec incapacité) (39 milliards d'euros) (8).

CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE : ÉVOLUTIONS ET COMPARAISONS

L'Europe est l'une des régions du monde où la consommation d'alcool est la plus élevée. Les dernières données de l'OMS publiées en 2016 indiquaient qu'on y enregistrait 59,9 % de buveurs (personnes âgées de 15 ans et plus ayant consommé des boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois) contre 54,1 % dans la région des Amériques et 53,8 % dans la région du Pacifique occidental (2).

En France, l'alcool reste un enjeu majeur de santé publique, car son niveau de consommation est l'un des plus élevés au monde selon l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (14^e rang sur 49) (9) avec une moyenne en 2020 de 2,28 verres standard d'alcool consommés par jour et par personne de 15 ans et plus (10). Si la consommation a fortement diminué au cours des dernières décennies dans notre pays (26,0 litres d'alcool pur consommés en moyenne par habitant âgé de 15 ans et plus en 1961, à 10,4 litres en 2020), elle se stabilise depuis une dizaine d'années (10). Par ailleurs, en 2020, 23,7 % des

18-75 ans déclaraient dépasser au moins un des repères¹ de consommation à moindre risque établis en 2017 par un groupe d'experts sous l'égide de Santé publique France et de l'Institut national du cancer (11,12). Ces comportements étaient davantage présents chez les hommes (33,2 %) que chez les femmes (14,7 %) (12).

Cette consommation élevée d'alcool en France s'inscrit dans un contexte historique, culturel et économique, valorisée par les représentants de la filière vitivinicole, certains élus et politiques qui la décrivent comme un « socle de l'identité française » (13). L'alcool est, par ailleurs, associé à une pratique festive et un enjeu de sociabilité, notamment exprimé chez les jeunes (14), parmi lesquels on observe de nouveaux modes de consommation plus excessifs. En 2017, on estimait que les alcoolisations ponctuelles importantes (boire 5 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion) concernaient 44,0 % des jeunes âgés de 17 ans (49,6 % des garçons et 38,1 % des filles) (15).

ANALYSER LES PERCEPTIONS POUR APPRÉHENDER LES USAGES ET PENSER LES INTERVENTIONS

L'analyse de la littérature scientifique met en évidence la relation entre perceptions et usages : l'analyse des unes permettant de mieux appréhender les autres (16). Les enquêtes d'opinion sont un outil pertinent pour mieux comprendre les consommations d'alcool, les perceptions de ce produit et les faire évoluer avec l'appui des politiques

publiques. Il existe une littérature importante sur la perception de l'alcool comme facteur de risque. Ce facteur est notamment analysé dans les échelles de mesure des perceptions de facteurs de risque de cancer (17).

Dans l'Hexagone, l'enquête Baromètre cancer vise notamment à analyser les usages (consommations déclarées) de l'alcool et sa perception comme facteur de risque de cancers dans la population générale. Cette enquête conduite tous les 5 ans est l'une des rares à s'inscrire dans une double perspective : d'une part, faire un état des usages et des perceptions de l'alcool comme facteur de risque à un instant T et d'autre part analyser leurs évolutions. Le dernier Baromètre cancer montrait notamment des niveaux de consommation déclarée plus élevés chez les hommes et les personnes âgées, des différences sociales sur la nocivité perçue de l'alcool et le sentiment d'information ; se pose alors la question de savoir ce qu'il en est en 2021. De plus, alors que le rôle des professionnels de santé est essentiel pour prévenir, diagnostiquer et accompagner les personnes qui présentent des troubles liés à l'alcool (18), le dernier Baromètre cancer ne permettait pas de l'analyser. De même, les politiques publiques sont un élément important dans la réduction de la consommation d'alcool et n'avaient jusqu'alors pas été appréhendées. Cette nouvelle édition propose de les analyser.

Ce chapitre dresse un état des lieux et étudie les évolutions des comportements et perceptions liés à l'alcool depuis 2005, date du premier Baromètre cancer.

1. Ces repères consistent à ne pas dépasser 2 verres d'alcool par jour, d'avoir au moins deux jours sans consommation dans la semaine et de ne pas dépasser 10 verres par semaine. Ils visent à promouvoir une consommation d'alcool à moindre risque.

MÉTHODE

La méthode utilisée pour réaliser l'enquête et le questionnaire du Baromètre cancer sont présentés dans des parties dédiées de cet ouvrage. Sont présentés ci-après les éléments de méthodes spécifiques aux questions posées sur l'alcool.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les données présentées dans ce chapitre sont issues du Baromètre cancer 2021 ainsi que des trois éditions antérieures : 2005, 2010 et 2015.

Pour l'édition 2021, un échantillon de 4 938 personnes résidant en France métropolitaine âgées de 15 à 85 ans a été interrogé, entre avril et août 2021.

Les trois questions relatives à la consommation d'alcool ont été posées à l'ensemble de l'échantillon, excepté les femmes enceintes (n = 25), soit à 4 913 personnes au total. Par ailleurs, pour optimiser la durée de passation du questionnaire, la question portant sur les solutions pour diminuer la consommation d'alcool en France a été posée à la moitié de l'échantillon, soit 2 466 personnes (échantillon C, voir partie « Questionnaire »).

COMPARAISONS 2005-2010-2015-2021

Les comparaisons avec les données des Baromètres précédents n'ont été réalisées que sur des données comparables, c'est-à-dire, celles pour lesquelles le libellé des questions et les personnes cibles interrogées étaient strictement identiques.

Concernant les comparaisons sur les fréquences de consommation d'alcool déclarées, les résultats présentés dans ce chapitre diffèrent de ceux présentés en 2015 qui concernaient uniquement les personnes jamais soignées pour un cancer.

QUESTIONS POSÉES SUR L'ALCOOL

Les données analysées dans ce chapitre présentent les réponses obtenues pour les sept questions du module alcool du questionnaire.

Les deux premières questions portaient sur la fréquence déclarée de consommation d'alcool : une première interrogeait les personnes sur le fait d'avoir bu une boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois ; la seconde mesurait la fréquence de consommation, définie selon les catégories suivantes : abstinent, consommation mensuelle (« une fois/mois ou moins » et « deux à quatre fois/mois »), consommation hebdomadaire (« une fois/semaine », « deux ou trois fois/semaine » et « quatre fois/semaine ou plus ») et consommation quotidienne (« tous les jours »).

Suivaient trois questions portant sur les interactions avec un professionnel de santé autour du thème de l'alcool : est-ce que la question de l'alcool avait déjà été abordée avec un professionnel de santé, si oui à l'initiative de qui ; et est-ce qu'une aide à la réduction de la consommation avait été proposée ?

Une question portait sur la nocivité perçue de l'alcool en interrogeant les répondants sur leur degré d'accord ou de désaccord aux neuf propositions suivantes : 1/ la consommation de charcuterie provoque plus de cancers que boire de l'alcool ; 2/ la consommation de boissons sucrées provoque plus de cancers que boire de l'alcool ; 3/ la pollution provoque plus de cancers que l'alcool ; 4/ boire de l'alcool peut provoquer un cancer seulement si on boit beaucoup et pendant longtemps ; 5/ certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais avoir de cancer ; 6/ globalement, boire un peu de vin diminue le risque de cancer plutôt que ne pas en boire du tout ; 7/ ce sont

surtout les alcools forts qui augmentent le risque de cancer ; 8/ le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence ; 9/ boire un verre d'alcool par jour augmente le risque de développer un cancer.

Enfin, une question interrogeait les répondants sur les mesures et politiques publiques qu'ils estimaient être les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool en France, parmi sept citées : 1/ augmenter le prix de l'alcool ; 2/ interdire la vente d'alcool ; 3/ interdire la consommation d'alcool dans certains lieux publics ; 4/ interdire la publicité pour l'alcool ; 5/ améliorer l'accompagnement des individus à l'arrêt de la consommation d'alcool ; 6/ multiplier les campagnes de prévention ; 7/ faire respecter l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs.

Dans ce chapitre sont également analysées des questions qui portent d'une part sur le sentiment d'information des personnes interrogées par rapport au risque de cancers liés à l'alcool : « Avez-vous le sentiment d'être très bien, plutôt bien, plutôt mal ou très mal informé sur les risques de cancer liés à l'alcool ? » ; puis d'autre part sur leur perception du risque de cancers liés à la consommation d'alcool : « Parmi les propositions suivantes, pouvez-vous me dire si elles favorisent l'apparition d'un cancer ? Selon vous, boire de l'alcool, favorise l'apparition d'un cancer : certainement, probablement, probablement pas, certainement pas » et « Quelles sont selon vous les trois principales causes de cancer ? » (réponse spontanée par la personne interrogée).

ÉVOLUTION DU QUESTIONNAIRE

Les trois questions portant sur les professionnels de santé ainsi que celle sur les politiques publiques les plus efficaces pour

réduire la consommation d'alcool en France ont été posées pour la première fois dans l'enquête 2021.

Concernant les questions de nocivité perçue, une partie des modalités proposées ont été reformulées en 2021 pour un recentrage sur les risques de cancers et non sur les risques pour la santé en général comme c'était le cas dans les éditions précédentes.

ANALYSES STATISTIQUES

Le logiciel SPSS Statistics version 28 a été utilisé pour les analyses statistiques. Les estimations ont été pondérées afin d'être représentatives de la population française (voir partie « Gouvernance et méthode de l'enquête »).

Des analyses descriptives et des tests d'indépendance du Chi² ont été effectués pour 1/ décrire les données et 2/ évaluer les différences de consommation et de perceptions de l'alcool en fonction des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon interrogé.

La sélection des variables sociodémographiques considérées s'est appuyée sur l'analyse de la littérature scientifique et sur les résultats des éditions précédentes du Baromètre cancer : âge, sexe, situation matrimoniale (être en couple ou non), revenu, diplôme, zone d'habitation (découpée en 5 zones géographiques), statut tabagique et catégorie socioprofessionnelle (CSP). Pour les questions relatives à la nocivité, le sentiment d'information et le risque de cancers liés à l'alcool, la fréquence déclarée de consommation d'alcool a également été considérée.

Pour étudier l'évolution des réponses entre les différentes éditions du Baromètre cancer, des tests de Chi² ont été réalisés.

RÉSULTATS

FRÉQUENCE DE CONSOMMATION D'ALCOOL DÉCLARÉE EN 2021

En 2021, 80,3 % des personnes interrogées entre 15 et 85 ans déclarent avoir bu au moins une fois des boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois, 44,4 % en ont consommé tous les mois (1 à 4 fois par mois), 47,4 % toutes les semaines (1 à 4 fois par semaine) et 8,0 % tous les jours. Concernant les personnes qui déclarent consommer de l'alcool toutes les semaines, 21,4 % en consomment 1 fois, 19,7 % 2 à 3 fois et 6,3 % 4 fois et plus par semaine (mais pas tous les jours).

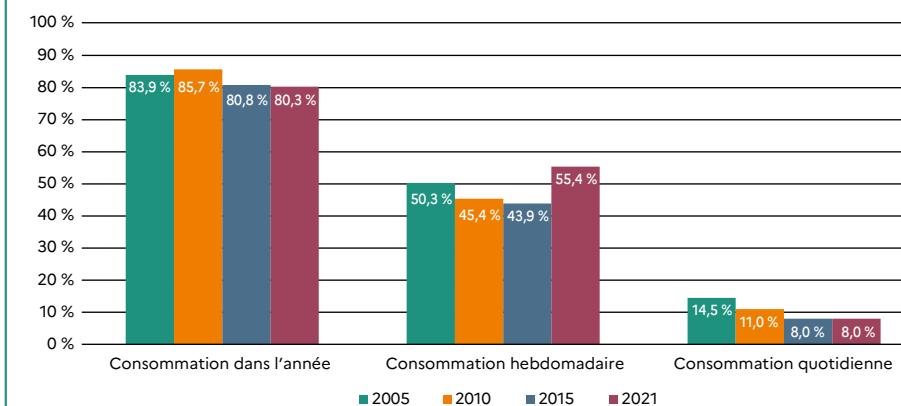
Les hommes consomment significativement plus fréquemment de l'alcool que les femmes : respectivement 88,1 % et 81,1 % pour la consommation annuelle, 45,5 % et 31,2 % pour la consommation hebdomadaire, et 10,1 % et 3,0 % pour la consommation quotidienne.

ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION D'ALCOOL DÉCLARÉE ENTRE 2005 ET 2021

Sur la période 2005-2021, la consommation dans l'année d'alcool se stabilise avec un niveau en 2021 similaire à celui de 2015 (Figure 1).

Concernant la consommation hebdomadaire, la baisse régulière observée depuis 2005 s'estompe en 2021 avec une tendance à la hausse significative entre 2015 et 2021 : de 43,9 % à 55,4 % de personnes qui déclarent boire toutes les semaines de l'alcool. La part de consommateurs hebdomadaires en 2021 est la plus haute enregistrée sur la période 2005-2021.

FIGURE 1
ÉVOLUTION DES FRÉQUENCES DE CONSOMMATION D'ALCOOL DÉCLARÉE ENTRE 2005 ET 2021 : CONSOMMATEUR DANS L'ANNÉE, CONSOMMATEUR HEBDOMADAIRE, CONSOMMATEUR QUOTIDIEN PARMIS LES 15-85 ANS



La comparaison concerne l'ensemble de l'échantillon des 15-85 ans (n = 4 046 en 2005, n = 3 727 en 2010, n = 4 139 en 2015 et n = 4 913 en 2021). À noter que les femmes enceintes n'ont pas été interrogées en 2021.

La consommation hebdomadaire correspond à la consommation d'alcool 1 à 4 fois par semaine et plus. La consommation annuelle correspond à la consommation d'alcool au moins une fois dans l'année et plus.

Sources : Baromètres cancer 2005, 2010, 2015 et 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE EN 2021 ET SON ÉVOLUTION DEPUIS 2005

En 2021, la part des personnes qui déclarent consommer tous les jours de l'alcool est de 8,0 %. Le niveau est identique à celui de 2015. Les consommateurs quotidiens d'alcool sont trois fois plus nombreux chez les hommes (10,1 %) que chez les femmes (3,0 %) (Tableau 1).

La consommation quotidienne diffère selon l'âge : les personnes âgées de plus de 75 ans sont trois fois plus nombreuses à déclarer consommer quotidiennement de l'alcool que les personnes âgées de 45 à 54 ans (15,9 % vs 5,2 %). La consommation déclarée quotidienne d'alcool varie également selon la catégorie socioprofessionnelle : elle est plus importante chez les indépendants que chez les employés, respectivement 15,6 % et 3,6 %. Enfin, parmi les fumeurs quotidiens et ex-fumeurs (9,1 % et 9,3 %), les consommateurs quotidiens d'alcool sont trois fois plus nombreux que chez les non-fumeurs (2,9 %).

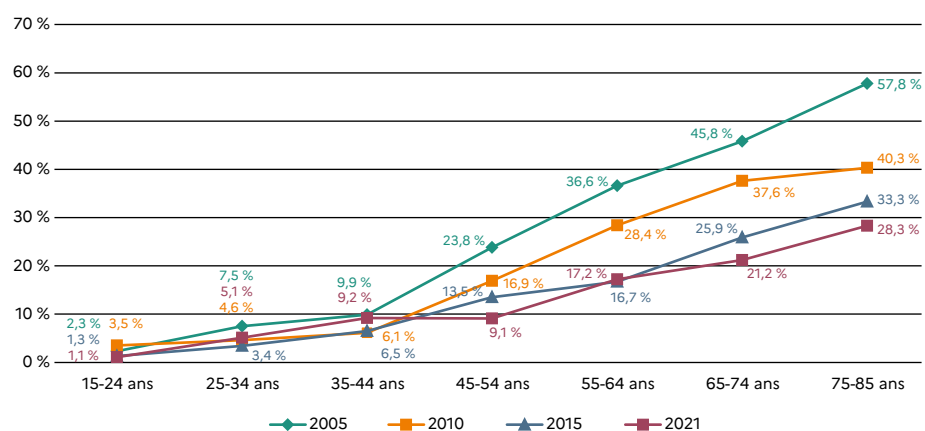
Sur la période 2005-2021, la consommation quotidienne d'alcool diminue globalement pour toutes les classes d'âge (Figures 2 et 3). Chez les hommes, c'est à partir de 45 ans que cette baisse est la plus marquée. Pour les femmes, cette baisse est la plus marquée à partir de 55 ans ; étonnamment, on observe une hausse sur la période 2015-2021 pour les femmes de plus de 75 ans.

LES ÉCHANGES SUR L'ALCOOL AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Pour la première fois en 2021, les personnes ont été interrogées sur l'abord de la question de l'alcool avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.). Seulement 5,4 % des 15-85 ans déclarent avoir abordé ce sujet avec un soignant ; cette proportion est significativement plus élevée chez les buveurs quotidiens (12,0 %).

Concernant l'initiateur (le professionnel de santé ou le patient) de cet échange, lorsqu'il a eu lieu, il était à 55,3 % le fait du patient et à 44,7 % à l'initiative du professionnel de santé.

FIGURE 2
ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL CHEZ LES HOMMES PAR CLASSE D'ÂGE ENTRE 2005 ET 2021



Les résultats ci-dessus diffèrent de ceux présentés dans les précédentes éditions du Baromètre cancer. En raison de filtres différents sur cette question pour les différentes éditions, la comparaison concerne l'ensemble de l'échantillon des 15-85 ans (n = 1 624 en 2005, n = 1 603 en 2010, n = 1 843 en 2015 et n = 2 241 en 2021).

Sources : Baromètres cancer 2005, 2010, 2015 et 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

TABLEAU 1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES INTERROGÉES QUI DÉCLARENT CONSOMMER QUOTIDIENNEMENT DE L'ALCOOL

	Effectifs de consommateurs quotidiens	% de consommateurs quotidiens	Chi ² (p value)
Sexe			< 0,001
● Hommes	234	10,1	
● Femmes	93	3,0	
Âge			< 0,001 ^a
● 15-34 ans	10	1,3	
● 35-44 ans	31	5,5	
● 45-54 ans	40	5,2	
● 55-64 ans	69	8,9	
● 65-74 ans	109	11,8	
● 75-85 ans	68	15,6	
Diplôme			< 0,001
● Inférieur au Bac	136	7,6	
● Bac	72	5,9	
● Supérieur au Bac	118	5,0	
Revenus			< 0,001
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 €)	83	6,9	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 €)	100	5,9	
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 €)	116	7,2	
● Ne sait pas/Ne veut pas dire	28	5,0	
Vivre en couple			0,121
● Oui	235	7,8	
● Non	92	4,3	
Catégorie socioprofessionnelle			< 0,001
● Indépendants	56	15,9	
● Cadres/professions intellectuelles supérieures	66	6,9	
● Professions intermédiaires	86	5,8	
● Employés	50	3,6	
● Ouvriers	64	9,8	
Zone d'habitation			< 0,001
● Région parisienne	36	4,5	
● Nord-Ouest	80	5,8	
● Nord-Est	73	7,6	
● Sud-Ouest	50	7,4	
● Sud-Est	88	7,0	
Statut tabagique			< 0,001
● Jamais ou a juste essayé	62	2,9	
● Ex-fumeur	164	9,3	
● Fumeur occasionnel	13	3,3	
● Fumeur quotidien	88	9,1	

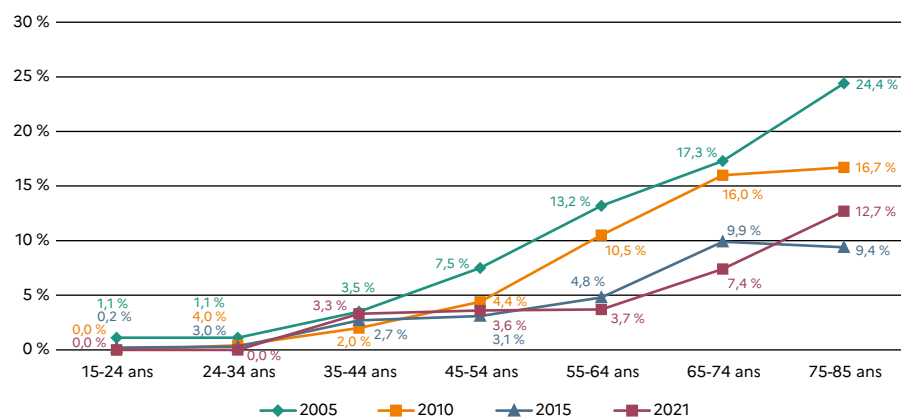
N = 4 907, dont 327 consommateurs quotidiens (25 femmes enceintes et 6 « ne sait pas » sont exclus).

^a Au vu des faibles effectifs, les 15-24 ans et 25-34 ans ont été regroupés pour le calcul du Chi².

Aide à la lecture : Parmi les hommes interrogés, 10,1 % déclarent consommer quotidiennement de l'alcool.

Source : Baromètre cancer 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

FIGURE 3
ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL CHEZ LES FEMMES PAR CLASSE D'ÂGE ENTRE 2005 ET 2021



Les résultats ci-dessus diffèrent de ceux présentés dans les précédentes éditions du Baromètre cancer. En raison des filtres différents sur cette question pour les différentes éditions, la comparaison concerne l'ensemble de l'échantillon des 15-85 ans (n = 2 422 en 2005, n = 2 124 en 2010, n = 2 296 en 2015 et n = 2 165 en 2021).

Sources : Baromètres cancer 2005, 2010, 2015 et 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

Enfin, parmi les personnes qui déclarent que la question de l'alcool a été abordée avec un professionnel de santé, moins d'un quart (22,9 %) rapportent qu'une aide pour réduire ou arrêter de consommer de l'alcool leur a été proposée : 47,7 % pour les buveurs quotidiens et 27,4 % pour les personnes qui consomment plus de 4 fois par semaine de l'alcool.

LE SENTIMENT D'INFORMATION À PROPOS DU RISQUE DE CANCERS LIÉS À L'ALCOOL

En 2021, 67,7 % des personnes interrogées déclarent être bien informées (10,7 % très bien et 57,0 % plutôt bien) sur le risque de cancers, quel que soit le facteur de risque.

Concernant le risque de cancers liés à l'alcool en particulier, 76,4 % des personnes interrogées estiment être bien informées : 25,0 % très bien, et 51,4 % plutôt bien.

Les personnes qui déclarent consommer quotidiennement de l'alcool se sentent mieux informées que les abstinentes sur le risque de cancers liés à l'alcool : respectivement 78,0 %

et 74,1 % (Tableau 2). Les personnes qui ont des revenus supérieurs à 1 800 euros par mois (82,3 %) expriment également se sentir mieux informées que celles ayant des revenus inférieurs à 1 100 euros (74,1 %).

Ce sentiment diffère avec l'âge : 66,5 % des 15-24 ans expriment se sentir bien informés sur le risque de cancers liés à l'alcool ; ce sentiment est partagé par 87,7 % des 65-74 ans. Enfin, ce sentiment ne diffère pas significativement selon le sexe et le niveau de diplôme.

LA PERCEPTION DU RISQUE DE CANCERS LIÉS À L'ALCOOL

Au sujet de la perception, 91,4 % des personnes interrogées considèrent que boire de l'alcool favorise l'apparition d'un cancer (52,2 % certainement et 39,2 % probablement). Ce résultat ne varie pas de manière significative selon l'âge, le sexe, le niveau de diplôme ou la fréquence déclarée de consommation d'alcool.

À l'occasion d'une autre question sur la perception du risque de cancers, les personnes

TABLEAU 2 SENTIMENT DÉCLARÉ D'ÊTRE BIEN INFORMÉ SUR LE RISQUE DE CANCERS LIÉS À L'ALCOOL SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

	Effectifs de personnes se sentant bien informées	% de personnes se sentant bien informées	Test du Chi ² (valeur du p)
Sexe			0,059
● Hommes	1 771	77,8	
● Femmes	2 096	75,6	
Âge			< 0,001
● 15-24 ans	303	66,5	
● 25-34 ans	443	71,5	
● 35-44 ans	535	73,0	
● 45-54 ans	715	78,1	
● 55-64 ans	792	80,2	
● 65-74 ans	747	87,7	
● 75-85 ans	332	82,1	
Diplôme			0,925
● Inférieur au Bac	1 324	76,6	
● Bac	822	77,1	
● Supérieur au Bac	1 712	76,4	
Revenus			< 0,001
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 €)	919	74,1	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 €)	1 224	77,4	
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 €)	1 382	82,3	
● Ne sait pas/Ne veut pas dire	342	69,6	
Vivre en couple			< 0,001
● Oui	2 485	79,8	
● Non	1 376	71,6	
Catégorie socioprofessionnelle			< 0,001
● Indépendants	340	82,4	
● Cadres/professions intellectuelles supérieures	737	77,3	
● Professions intermédiaires	1 082	80,4	
● Employés	1 001	74,7	
● Ouvriers	504	77,2	
● Manquants	203	67,0	
Zone d'habitation			< 0,001
● Région parisienne	577	70,8	
● Nord-Ouest	1 023	78,6	
● Nord-Est	837	76,7	
● Sud-Ouest	452	74,4	
● Sud-Est	978	80,3	
Fréquence de consommation			0,004
● Abstinent	562	74,1	
● Mensuelle	1 340	75,1	
● Hebdomadaire	1 678	79,2	
● Quotidienne	264	78,0	

N = 4 929, sont exclues les personnes ayant répondu « ne sait pas » (n = 9)

Aide à la lecture : Parmi les hommes, 77,8 % expriment se sentir bien informés sur le risque de cancers liés à l'alcool.

Source : Baromètre cancer 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

interrogées devaient citer de manière spontanée ce qu'elles estimaient être les trois principales causes de cancer. 61,2 % des répondants ont cité spontanément le tabac ; 38,8 % l'alimentation ; 36,8 % l'alcool et 17,4 % la pollution.

L'analyse du tableau 3 montre que les personnes qui consomment de l'alcool à une fréquence hebdomadaire ou mensuelle avaient une probabilité plus faible de citer spontanément l'alcool comme l'une des principales causes de cancer par rapport aux abstinentes. Les personnes qui ont un diplôme supérieur au Baccalauréat sont également moins susceptibles de le citer par rapport aux personnes qui ont un diplôme inférieur au Baccalauréat.

De même, il apparaît que la perception de l'alcool comme cause de cancer diffère selon l'âge : les plus de 75 ans (48,3 %) sont 1,5 fois plus nombreux que les 15-24 ans (30,7 %) à citer spontanément l'alcool comme l'une des trois principales causes de cancer (Tableau 3).

Cette perception est également fortement liée au sentiment d'information (Tableau 3) : les personnes qui citent spontanément l'alcool comme cause de cancer, sont celles qui expriment le plus être bien informées sur le risque de cancers liés à l'alcool, et d'autant plus avec l'avancée en âge (Figure 4).

TABEAU 3 CITATION DE L'ALCOOL COMME L'UNE DES TROIS PRINCIPALES CAUSES DE CANCER SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES 15-85 ANS ET LES FACTEURS ASSOCIÉS

	Effectifs de personnes citant l'alcool	% de personnes citant l'alcool	OR	IC 95 %		Valeur du p
				inférieur	supérieur	
Sexe						
● Hommes (réf.)	892	39,7	1			
● Femmes	909	34,4	0,79	0,71	0,89	< 0,001
Âge						
● 15-24 ans (réf.)	141	30,7	1			
● 25-34 ans	173	27,9	0,87	0,70	1,10	0,243
● 35-44 ans	210	29,8	0,95	0,77	1,19	0,682
● 45-54 ans	315	36,9	1,32	1,07	1,63	0,010
● 55-64 ans	401	42,8	1,68	1,36	2,08	< 0,001
● 65-74 ans	367	47,2	2,01	1,62	2,50	< 0,001
● 75-85 ans	194	48,3	2,10	1,64	2,70	< 0,001
Diplôme						
● Inférieur au Bac (réf.)	748	41,9	1			
● Bac	383	35,6	0,87	0,75	1,03	0,101
● Supérieur au Bac	668	30,2	0,68	0,60	0,79	< 0,001
Revenus						
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 €) (réf.)	473	35,8	1			
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 €)	578	36,5	0,95	0,82	1,11	0,514
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 €)	600	37,2	0,96	0,82	1,12	0,580
● Ne sait pas/Ne veut pas dire	180	40,3	1,20	0,98	1,47	0,077
Vivre en couple						
● Oui	1 139	37,7	1,01	0,88	1,15	0,924
● Non (réf.)	661	35,5	1			



SUITE TABLEAU 3

	Effectifs de personnes citant l'alcool	% de personnes citant l'alcool	OR	IC 95 %		Valeur du p
				inférieur	supérieur	
Catégorie socioprofessionnelle						
● Indépendants	183	45,8	1,19	0,94	1,50	0,144
● Cadres/professions intellectuelles supérieures	311	34,1	0,83	0,68	1,02	0,072
● Professions intermédiaires	457	35,0	0,90	0,76	1,07	0,227
● Employés (réf.)	486	36,2	1			
● Ouvriers	273	42,1	1,15	0,95	1,39	0,155
● Manquants	91	29,4	0,85	0,65	1,12	0,252
Sentiment d'information sur les risques liés à l'alcool						
● Bien informé (réf.)	1 565	41,1	1			
● Mal informé	233	23,2	0,47	0,41	0,55	< 0,001
Zone d'habitation						
● Région parisienne	252	31,9	0,81	0,67	0,98	0,029
● Nord-Ouest	481	36,5	0,93	0,78	1,11	0,398
● Nord-Est (réf.)	402	38,3	1			
● Sud-Ouest	212	36,0	0,92	0,74	1,13	0,419
● Sud-Est	454	40,2	1,10	0,93	1,30	0,285
Fréquence consommation						
● Abstinent (réf.)	291	40,0	1			
● Mensuelle	576	33,4	0,74	0,62	0,87	< 0,001
● Hebdomadaire	782	37,3	0,82	0,69	0,96	0,016
● Quotidienne	145	45,6	0,91	0,69	1,18	0,469

N = 4 938 dont 1 801 ont cité l'alcool ; réf. = référence.

Aide à la lecture : Les personnes âgées de 75 à 85 ans ont plus de chance de citer spontanément l'alcool par rapport aux 15-24 ans (OR > 1), toutes choses étant égales par ailleurs.

Source : Baromètre cancer 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

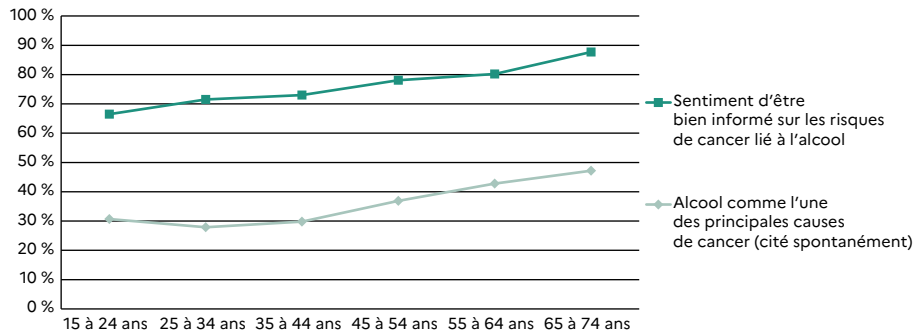
OPINIONS SUR LA NOCIVITÉ DE L'ALCOOL

Les résultats sur la nocivité perçue de l'alcool sont présentés dans la figure 5.

Il ressort de l'analyse de la figure 5 que les trois opinions qui sont les plus citées (tout à fait et plutôt d'accord) sont « le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence » (82,2 %), « certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais avoir de cancer » (81,3 %), puis « boire de l'alcool peut provoquer un cancer seulement si on boit beaucoup et pendant longtemps » (56,0 %).

Les opinions suivantes sont également citées par une majorité de personnes interrogées : « la pollution provoque plus de cancers que l'alcool » (57,4 %), et « boire un verre d'alcool par jour augmente le risque de développer un cancer » (50,2 %). En revanche 38,6 % des personnes interrogées partagent l'opinion que « ce sont surtout les alcools forts qui augmentent le risque de cancer » et 23,5 % que « globalement, boire un peu de vin diminue le risque de cancer plutôt que de ne pas en boire du tout ». Enfin, les opinions « la consommation de boissons sucrées provoque plus de cancers que boire de l'alcool » et « la consommation de charcuterie provoque plus de cancers que boire de l'alcool »

FIGURE 4
SENTIMENT D'INFORMATION ET PERCEPTION DU RISQUE DE CANCERS LIÉS À L'ALCOOL PAR CLASSE D'ÂGE EN 2021



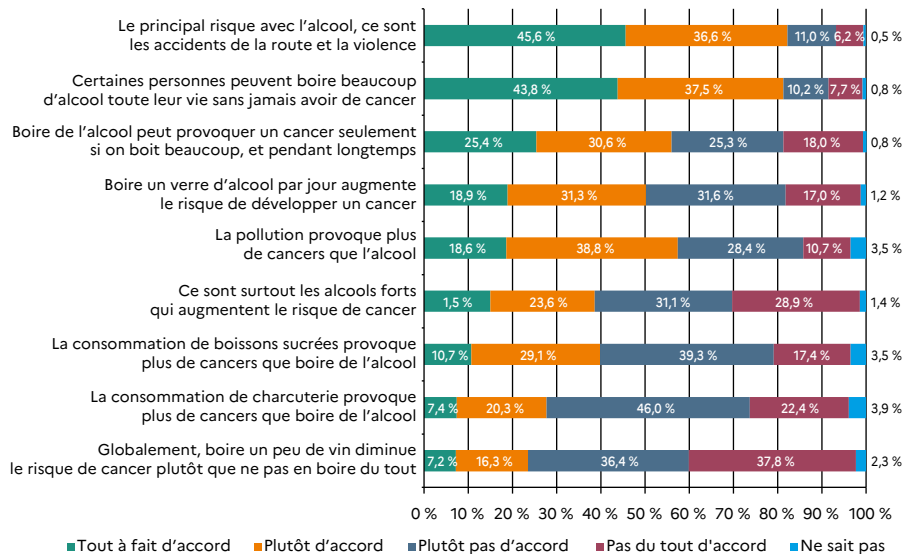
N = 4 929 (9 exclus, car « ne sait pas ») pour la question concernant le sentiment d'information sur les risques de cancer liés à l'alcool.

N = 4 938 pour la perception du risque de cancers liés à l'alcool.

Aide à la lecture : Le sentiment d'être bien informé sur le risque de cancers liés à l'alcool diffère selon l'âge (p < 0,001) : 71,5 % des 25-34 ans et 87,7 % des 65-74 ans se sentent bien informés. La perception de l'alcool comme cause de cancer diffère également selon l'âge (p < 0,001) : il est cité spontanément comme l'une des trois principales causes de cancer par 27,9 % des 25-34 ans et 47,2 % des 65-74 ans.

Source : Baromètre cancer 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

FIGURE 5
OPINIONS SUR LA NOCIVITÉ DE L'ALCOOL PARMIS LES 15-85 ANS



N = 4 938.

Aide à la lecture : 45,6 % des 15-85 ans sont tout à fait d'accord avec l'opinion selon laquelle le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence. 36,6 % sont plutôt d'accord avec cette opinion.

Source : Baromètre cancer 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

sont partagées respectivement par 39,8 % et 27,7 % des personnes interrogées.

Par ailleurs, on observe que les répondants sont capables de se prononcer sur les différentes propositions puisque seulement 4,0 % maximum préfèrent se positionner sur « ne sait pas ».

Aussi, des analyses complémentaires ont été réalisées sur les trois opinions les plus citées qui sont présentées dans le tableau 4. Il ressort que les personnes âgées de plus de 65 ans, celles ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat (88,5 %) et celles ayant des revenus mensuels inférieurs à 1 100 euros/mois (85,0 %) partagent plus fortement l'opinion selon laquelle les accidents de la route et la violence sont le principal risque avec l'alcool. Ces mêmes personnes partagent également fortement l'opinion selon laquelle boire de l'alcool peut provoquer un cancer seulement si on boit beaucoup et pendant longtemps.

La fréquence déclarée de consommation influe sur les opinions, car les buveurs

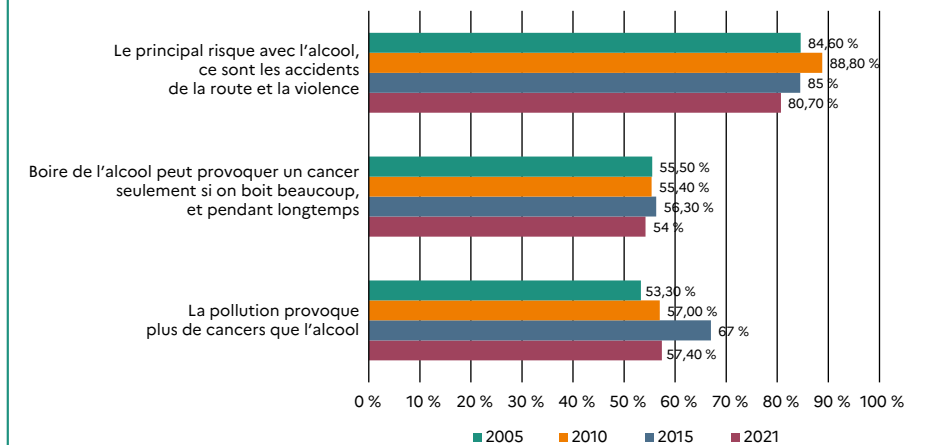
quotidiens partagent davantage ces trois opinions que les abstinentes. Enfin, pour ces trois opinions, l'âge est une variable pour laquelle les réponses diffèrent significativement (p < 0,001).

ÉVOLUTION DES OPINIONS SUR LA NOCIVITÉ DE L'ALCOOL DE 2005 À 2021

Concernant la comparaison des résultats de 2021 avec ceux des autres éditions, elle a été réalisée uniquement pour les réponses communes à toutes les éditions (voir partie « Gouvernance et méthode de l'enquête »), soit sur trois opinions.

L'analyse des données depuis 2005 montre que l'opinion « le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence » est la plus partagée parmi les personnes interrogées : en moyenne plus de 8 personnes sur 10 (Figure 6). La part des personnes qui répondent être tout à fait ou plutôt d'accord avec cette opinion en 2021 est significativement la plus faible enregistrée depuis 2005, avec notamment

FIGURE 6
ÉVOLUTION DES OPINIONS SUR LA NOCIVITÉ DE L'ALCOOL PARMIS LES 15-75 ANS JAMAIS ATTEINTS DE CANCER DE 2005 À 2021 (« TOUT À FAIT D'ACCORD » ET « PLUTÔT D'ACCORD »)



Les résultats ci-dessus diffèrent de ceux présentés dans l'édition 2015 du Baromètre cancer. En raison des différents filtres de cette question pour les différentes éditions, la comparaison concerne uniquement les personnes âgées de 15 à 75 ans et jamais atteintes d'un cancer (n = 3 605 en 2005, n = 3 359 en 2010, n = 3 613 en 2015 et n = 4 213 en 2021).

Sources : Baromètres cancer 2005, 2010, 2015 et 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

TABLEAU 4 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES 15-85 ANS QUI CITENT LES TROIS OPINIIONS LES PLUS PARTAGÉES (« TOUT À FAIT D'ACCORD » ET « PLUTÔT D'ACCORD »)

	Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence				Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais avoir de cancer			Boire de l'alcool peut provoquer un cancer seulement si on boit beaucoup et pendant longtemps		
	Eff.	%	Test du Chi ² valeur du p		Eff.	%	Test du Chi ² valeur du p	Eff.	%	Test du Chi ² valeur du p
Sexe			0,328				0,926			0,308
● Hommes	1 792	82,1			1 778	81,8		1 234	55,7	
● Femmes	2 203	83,2			2 198	82,0		1 498	57,1	
Âge			< 0,001				< 0,001			< 0,001
● 15-24 ans	373	82,5			386	84,1		224	50,6	
● 25-34 ans	425	71,9			539	87,8		240	42,1	
● 35-44 ans	529	75,4			599	82,5		345	50,4	
● 45-54 ans	696	79,9			707	80,3		489	56,2	
● 55-64 ans	796	86,5			756	80,9		550	59,1	
● 65-74 ans	787	93,1			668	78,0		579	69,2	
● 75-85 ans	389	96,1			321	78,1		305	77,8	
Diplôme			< 0,001				0,322			< 0,001
● Inférieur au Bac	1 503	88,5			1 339	81,3		1 075	63,6	
● Bac	863	82,5			843	83,5		556	51,5	
● Supérieur au Bac	1 618	74,0			1 784	81,9		1 098	48,7	
Revenus			< 0,001				0,652			< 0,001
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 €)	1 045	85,0			995	81,3		727	59,2	
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 €)	1 247	81,1			1 259	82,2		852	56,6	
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 €)	1 288	78,9			1 326	81,6		854	49,8	
● Ne sait pas/Ne veut pas répondre	415	88,6			396	83,5		299	62,7	
Vivre en couple			0,069				0,042			0,313
● Oui	2 439	81,9			2 442	81,0		1 650	57,4	
● Non	1 552	83,9			1 528	83,3		1 080	55,9	
Catégorie socioprofessionnelle			< 0,001				0,174			< 0,001
● Indépendants	353	84,6			342	83,1		268	66,4	
● Cadres/professions intellectuelles supérieures	670	73,0			736	80,7		468	49,6	
● Professions intermédiaires	1 038	79,4			1 075	82,6		690	50,9	
● Employés	1 122	85,4			1 048	80,4		742	57,2	
● Ouvriers	556	86,8			519	82,0		384	59,2	
● Manquants	256	86,3			256	85,4		180	62,1	
Zone d'habitation			0,005				0,799			0,054
● Région parisienne	636	78,9			663	80,8		449	60,3	
● Nord-Ouest	1 054	84,3			1 021	81,5		731	57,0	
● Nord-Est	841	81,8			854	82,4		580	54,8	
● Sud-Ouest	480	85,3			465	82,0		310	53,4	
● Sud-Est	984	83,5			973	82,6		662	55,9	
Fréquence consommation			0,258				< 0,001			0,002
● Abstinente	640	84,0			585	77,0		430	58,5	
● Mensuelle	1 400	82,6			1 407	83,7		953	55,8	
● Hebdomadaire	1 654	81,6			1 694	82,5		1 117	54,1	
● Quotidienne	275	85,0			264	83,3		211	65,2	

N = 4 938, les réponses « ne sait pas » ont été exclues : n = 19 pour « Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence », n = 33 pour « Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais avoir de cancer », et n = 42 pour « Boire de l'alcool peut provoquer un cancer seulement si on boit beaucoup et pendant longtemps ».

Aide à la lecture : Parmi les hommes (n = 1 792), 82,1 % partagent l'opinion selon laquelle le principal risque avec l'alcool ce sont les accidents de la route et la violence. Le sexe n'est pas associé significativement à ces 3 opinions, contrairement à l'âge (p < 0,001).

Source : Baromètre cancer 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

une baisse significative de la proportion de répondants favorables à cette opinion depuis le Baromètre cancer 2015 : de 84,5 % en 2015 à 80,7 % en 2021 ($p < 0,001$).

Concernant l'opinion « *la pollution provoque plus de cancers que l'alcool* », l'analyse des données montre une baisse significative sur la période 2015-2021 des personnes qui sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'opinion (67,0 % en 2015 et 57,7 % en 2021 ; $p < 0,001$). On retrouve en 2021 le niveau de 2010 (57,0 %).

Enfin, l'opinion « *boire de l'alcool peut provoquer un cancer seulement si on boit beaucoup, et pendant longtemps* » est partagée par un peu plus d'une personne sur deux de manière stable sur la période 2005-2021.

OPINIONS SUR LES MESURES EFFICACES POUR DIMINUER LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

Pour la première fois dans le Baromètre cancer, les participants ont sélectionné deux

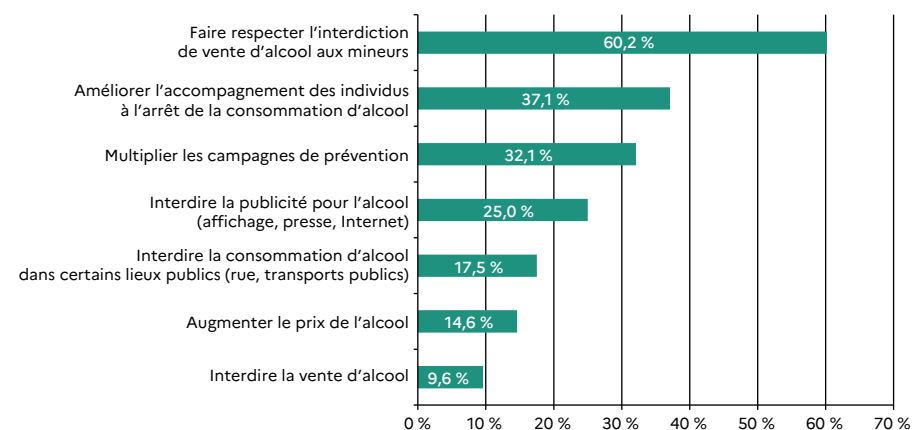
mesures qu'ils considéraient comme les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool en France, parmi sept propositions.

Comme le montre la figure 7, la mesure « *faire respecter l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs* » a été retenue par 60,2 % d'entre eux comme une mesure efficace. Deux autres mesures : « *améliorer l'accompagnement des individus à l'arrêt de la consommation d'alcool* » et « *multiplier les campagnes de prévention* » sont également retenues comme mesures efficaces : respectivement par 37,1 % et 32,1 %.

Les quatre autres mesures proposées sont retenues par moins d'une personne sur quatre : « *interdire la publicité pour l'alcool* » (25,0 %), « *interdire la consommation d'alcool dans certains lieux publics* » (17,5 %), « *augmenter le prix de l'alcool* » (14,6 %) et « *interdire la vente de l'alcool* » (9,6 %).

Ici aussi, des analyses complémentaires ont été réalisées sur les variables de l'âge et du sexe afin de déterminer leur influence

FIGURE 7
OPINIONS SUR LES MESURES LES PLUS EFFICACES POUR RÉDUIRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE PARMI LES 15-85 ANS

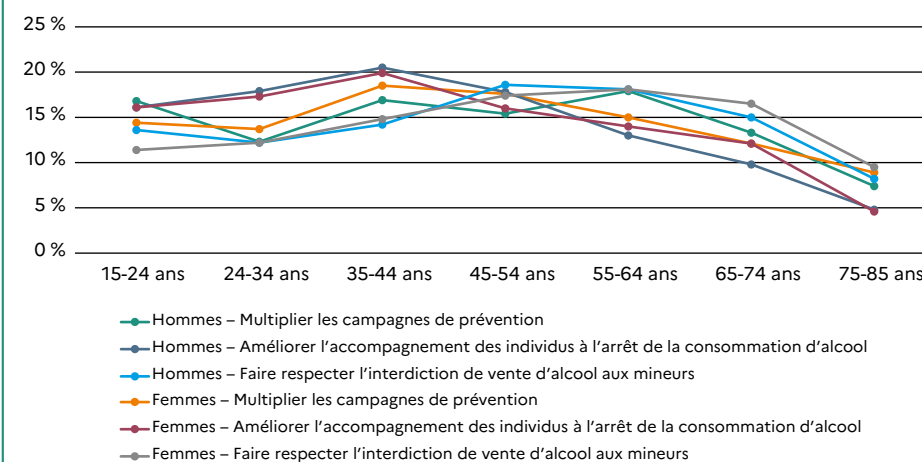


N = 2 466, la moitié de l'échantillon a été interrogé sur cette question.

Aide à la lecture : Parmi les personnes interrogées, 60,2 % ont cité l'opinion « *faire respecter l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs* » comme étant l'une des deux mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool en France.

Source : Baromètre cancer 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

FIGURE 8
OPINIONS PAR SEXE ET ÂGE POUR LES TROIS MESURES CITÉES COMME LES PLUS EFFICACES POUR RÉDUIRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL



N = 1 337 femmes et 1 129 hommes.

Aide à la lecture : Parmi les femmes, 11,4 % des 15-24 ans ont cité la mesure « *faire respecter l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs* ».

Source : Baromètre cancer 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

sur les mesures sélectionnées par les personnes interrogées (Figure 8). Concernant la mesure « *Faire respecter l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs* », les opinions varient peu entre les hommes et les femmes, mais elle évolue avec l'âge. En effet, elle est la mesure la plus citée par les adultes âgés de 45 à 64 ans (parmi les 45-54 ans : 18,6 % des hommes et 17,4 % des femmes ; parmi les 55-64 ans : 18,1 % des hommes et 18,1 % des femmes).

Les plus jeunes et les adultes, jusqu'à 44 ans, sont plus susceptibles de sélectionner la mesure « *Améliorer l'accompagnement des individus à l'arrêt de la consommation* ». 20,5 % des hommes et 19,9 % des femmes des 35-44 ans la sélectionnent, contre 4,8 % des hommes et 4,6 % des femmes âgées de plus de 75 ans.

Concernant la mesure « *Multiplier les campagnes de prévention* », on observe une différence selon le sexe : avant 54 ans, cette mesure est plus retenue par les femmes ; après cet âge, ce sont les hommes qui la sélectionnent davantage.

La fréquence déclarée de consommation d'alcool influe sur la sélection de ces mesures (Tableau 5). Il ressort que les abstinentes se prononcent davantage en faveur de mesures liées à la réglementation de la consommation et du prix que les consommateurs d'alcool. Parmi les buveurs quotidiens, 68,7 % sont favorables à une meilleure application de l'interdiction de vente aux mineurs, et 33,5 % à une amélioration de l'accompagnement à l'arrêt de la consommation. Ils ne sont que 2,8 % à partager l'idée que l'interdiction de la vente d'alcool est une mesure efficace.

TABLEAU 5 OPINIONS SUR LES MESURES LES PLUS EFFICACES POUR RÉDUIRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, SELON LA FRÉQUENCE DÉCLARÉE DE CONSOMMATION D'ALCOOL DES 15-85 ANS – (N) ET %

	Abstinent %	Fréquence déclarée mensuelle %	Fréquence déclarée hebdomadaire %	Fréquence déclarée quotidienne %
● Faire respecter l'interdiction de vente aux mineurs	(218) 55,0	(519) 61,2	(626) 61,2	(107) 68,7
● Améliorer l'accompagnement des individus à l'arrêt de la consommation d'alcool	(128) 27,9	(359) 32,1	(434) 34,3	(42) 33,5
● Multiplier les campagnes de prévention	(115) 32,0	(281) 39,1	(373) 38,9	(60) 28,3
● Interdire la publicité pour l'alcool	(88) 21,6	(202) 23,9	(293) 27,0	(46) 30,1
● Interdire la consommation d'alcool dans certains lieux	(80) 21,7	(138) 17,6	(153) 15,5	(24) 16,1
● Augmenter le prix de l'alcool	(73) 18,6	(114) 14,7	(127) 12,0	(17) 15,5
● Interdire la vente d'alcool	(75) 19,3	(52) 8,2	(50) 7,0	(3) 2,8

N = 2 466, la moitié de l'échantillon a été interrogé sur cette question.

Aide à la lecture : Parmi les abstinentes, 55 % ont cité « faire respecter l'interdiction de vente aux mineurs » comme l'une des deux mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool en France.

Source : Baromètre cancer 2021, Institut national du cancer – Santé publique France.

DISCUSSION

Les résultats du Baromètre cancer 2021 permettent de dresser un état des lieux des comportements, perceptions et opinions des personnes de 15 à 85 ans sur le sujet de l'alcool et du cancer dans un contexte spécifique depuis l'enquête 2015 : adoption de nouveaux repères de consommation en 2017 et orientation de l'enquête sur le risque de cancers liés à l'alcool. En complément, de nouvelles questions ont été intégrées à l'enquête afin de couvrir un large spectre des comportements et opinions sur cette thématique : interaction avec un professionnel de santé, politiques publiques pour réduire la consommation d'alcool en France.

UNE CONSOMMATION D'ALCOOL ÉLEVÉE, MAIS STABLE DEPUIS 2015

Les résultats de l'enquête montrent que la consommation d'alcool reste une pratique courante pour les personnes âgées de 15 à 85 ans résidant en France métropolitaine. En 2021, 8 personnes sur 10 déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Ce résultat confirme ceux des éditions précédentes du Baromètre cancer ; il est également comparable à ceux du Baromètre santé 2017 (4).

Concernant les fréquences déclarées de consommation d'alcool, certains indicateurs confirment la baisse globale de consommation sur la période 2005-2021 : de 83,9 % à 80,3 % pour la consommation annuelle et de 14,5 % à 8,0 % pour la consommation quotidienne. Toutefois, on constate une relative stabilité de la consommation sur la période récente 2015-2021, ce qui marque une rupture avec la tendance antérieure à la baisse. La part de consommateurs quotidiens d'alcool en France en 2021 est comparable à la moyenne européenne de 2019 : 8,4 %. À titre de comparaison, les consommations quotidiennes d'alcool sont les plus élevées au Portugal (20,7 %), en Espagne (13,0 %) et en Italie (12,1 %) ; elles sont en revanche les plus faibles en Lettonie et Lituanie avec 1,0 % de

la population (19). À noter, cependant, que l'on enregistre une hausse de la consommation déclarée quotidienne chez les femmes de plus de 75 ans sur la période 2015-2021. L'enquête ayant été réalisée après plusieurs mesures anti-Covid, les résultats peuvent avoir été impactés par ce contexte particulier (20). Il peut également être retenu comme l'une des causes explicatives au résultat de la consommation hebdomadaire. En effet, la proportion de consommateurs hebdomadaires en 2021 est la plus haute enregistrée sur la période 2005-2021 (43,9 % en 2015 et 55,0 % en 2021). Les confinements associés au Covid-19 ont pu influencer la consommation d'alcool différemment selon les groupes sociaux. Les résultats d'enquêtes européennes sur ce point sont contrastés. Certains auteurs n'ont pas observé d'augmentation de consommation d'alcool significative pendant le confinement (21). Pour ceux qui ont observé une augmentation de la consommation, ils ont avancé des facteurs émotionnels et psychologiques (stress, sentiment de solitude) pour l'expliquer (22). En France, on retrouve également ces résultats contrastés : 10,0 % des buveurs d'alcool ont déclaré avoir augmenté leur consommation pendant le premier confinement de 2020, et 24,4 % ont déclaré une diminution (23). Ce résultat sur la consommation hebdomadaire déclarée devra être confirmé lors de la prochaine édition du Baromètre santé.

UNE CONSOMMATION D'ALCOOL INFLUENCÉE PAR L'ÂGE ET LE SEXE

Notre étude montre que la consommation d'alcool reste une pratique davantage masculine à mesure que la fréquence augmente, comme cela s'observait déjà dans le Baromètre cancer 2015 (24) et le Baromètre santé 2017 (4). En effet, la part de buveurs quotidiens est trois fois plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes. Le même constat est observable au niveau européen où 4,1 % des femmes européennes déclarent boire tous les jours contre 13,0 % des hommes (19).

La fréquence de consommation d'alcool est très fortement dépendante de l'âge et augmente avec l'avancée en âge : les plus de 75 ans sont trois fois plus nombreux à déclarer consommer de l'alcool quotidiennement que les 45-54 ans. La relation entre consommation d'alcool et âge peut s'expliquer par un effet de génération (les modalités de consommation d'alcool évoluant selon les générations), mais également par un changement de statut social à l'âge de la retraite. Certains travaux ont montré que le passage à la retraite est souvent révélateur d'un manque d'interactions sociales et l'alcool peut apparaître comme une aide à affronter ce changement d'une nouvelle situation (25). L'alcool peut également être associé à une routine régulière difficilement modifiable à la retraite (25). Bien que la consommation d'alcool soit susceptible d'entraîner des comportements à risque à tous les âges, une attention particulière est à porter aux plus âgés et à l'évolution de leur perception du risque. Cette population rencontre davantage de problèmes de santé que les autres classes d'âge, nécessitant la prise de médicaments dont l'efficacité de certains peut être altérée par l'alcool (26). De plus, c'est parmi cette population que la consommation quotidienne déclarée est la plus importante, comme les résultats l'ont démontré.

Notre étude met en avant une stabilité de la consommation quotidienne pour les hommes comme pour les femmes (10,1 % vs 3,0 %), mais elle ne permet pas de mesurer les quantités consommées. En effet, le choix a été fait de ne pas poser de question sur le nombre de verres bus. Par ailleurs, les comportements d'alcoolisation sont fortement dépendants du contexte et de l'environnement de consommation. La littérature a mis en évidence que la fréquentation de certains lieux – pouvant être associés à des moments festifs, tels que les bars et boîtes de nuit ou le domicile d'amis – étaient des lieux propices à une consommation excessive d'alcool, notamment chez les jeunes (27) et chez les « gros consommateurs » qui privilégient ces lieux pour consommer de l'alcool (28). Une intégration de ces éléments dans la prochaine enquête du Baromètre cancer

permettrait d'analyser la consommation d'alcool en France avec des indicateurs complémentaires.

L'ALCOOL, UN SUJET ENCORE PEU ABORDÉ PAR ET AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Notre étude montre qu'aborder la question de l'alcool avec un professionnel de santé est peu fréquent : 5,4 % des répondants déclarent que la question de l'alcool a été abordée avec un professionnel au cours des 12 derniers mois, et plus de la moitié des échanges étaient à l'initiative des patients. Ce résultat est cohérent avec ceux du Baromètre santé 2017 qui concluaient également que l'alcool était un sujet encore peu abordé en consultation avec un médecin, voire « tabou », puisque 16,8 % des patients ayant consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois déclaraient en avoir discuté (29).

Des études ont permis d'analyser le point de vue des patients sur cette question et ont montré que ces derniers l'acceptent d'autant mieux lorsque la discussion est à leur initiative (30). La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a analysé le comportement et le point de vue des médecins généralistes sur cet aspect : dans la vague de son panel d'observation menée de décembre 2019 à mars 2020, 43,0 % déclaraient effectuer un repérage systématique et renouvelé de l'usage d'alcool au sein de leur patientèle (31).

Bien que les médecins généralistes soient des acteurs clés de la prévention des cancers (18), plusieurs études ont montré une mobilisation encore faible de ces professionnels de santé, dont les principaux freins évoqués étaient le manque de temps, de compétence, de formation, de connaissances sur les dispositifs de prise en charge et le défaut de réceptivité des usagers (32, 11, 33). Cette mobilisation a été d'autant plus affectée dans un contexte d'enquête de mesures liées à la pandémie du Covid 19, non sans conséquence sur l'organisation des soins, la redéfinition des priorités de santé de publique et la charge de travail des professionnels. Des

dispositifs d'accompagnement peuvent être proposés pour améliorer la prise en charge des facteurs de risque de cancers, dont l'alcool. Comme il était indiqué dans l'Expertise collective Inserm (34), pour avoir une baisse importante de la morbi-mortalité attribuable à la consommation d'alcool, il est nécessaire de former l'ensemble des professionnels de santé aux méthodes d'intervention efficaces et d'encourager le dépistage de la consommation d'alcool à risque et la mise en place de l'intervention brève. Par ailleurs, des outils de suivi et de surveillance à destination des patients sur leur consommation d'alcool pourraient être mis en place. Enfin, l'incitation au dialogue avec le patient sur son niveau de consommation d'alcool et les conséquences pour sa santé pourrait être encouragée et systématiquement préconisée lors de consultation.

LE LIEN ENTRE ALCOOL ET CANCERS EST SOUS-ESTIMÉ

Notre étude a permis d'analyser la perception du lien entre l'alcool et les cancers liés l'alcool. Si 7 personnes interrogées sur 10 (76,4 %) ont le sentiment d'être bien informées du risque de cancers liés à l'alcool, seulement plus d'un tiers (36,8 %) le citent spontanément comme l'une des principales causes de cancer. En effet, il est la troisième cause de cancers citée spontanément, derrière le tabac et l'alimentation. Ce résultat montre que si le lien entre cancer et alcool est connu, il reste sous-estimé. Des études européennes déjà publiées sur ce sujet et notamment au Royaume-Uni (35, 36) montraient que l'alcool était cité comme troisième voire quatrième cause de cancer, derrière le tabac, l'alimentation, la génétique. Pour ces deux études britanniques, en moyenne, un tiers de l'échantillon interrogé percevait un lien entre l'alcool et le cancer. On retrouve un résultat similaire aux États-Unis : l'analyse des données de l'étude HINTS 2019 a mis en avant que 34,4 % des personnes interrogées déclaraient que l'alcool était un facteur de cancer ; ils étaient 39,4 % à ne pas être capables de se prononcer sur cette question (37). La littérature a mis en avant l'importance de prendre en compte les perceptions

dans la définition des interventions de prévention afin de répondre aux enjeux de santé publique, et participer à une connaissance sur la nocivité de l'alcool et de son impact sur la santé (38).

Enfin, nos résultats montrent que les consommateurs d'alcool sont plus susceptibles de sous-estimer le lien entre l'alcool et le cancer. S'ils expriment un sentiment d'information plus fort que les non-consommateurs, ils sont en revanche moins susceptibles de citer spontanément l'alcool comme l'une des principales causes de cancer que les abstinentes. Ce résultat confirme celui déjà observé dans le Baromètre cancer 2015.

LE SENTIMENT D'INFORMATION ET LA PERCEPTION DU RISQUE DE CANCERS LIÉS À L'ALCOOL

Contrairement aux résultats présentés en 2015 sur le sentiment d'information, en 2021, aucune différence n'est observée selon le niveau de diplôme. Cependant, cet indicateur ne peut être analysé isolément et nécessite d'être mis en perspective avec les comportements d'alcoolisation.

Notre étude met en avant le fait que les personnes les plus âgées se sentent mieux informées et plus conscientes du risque de cancers que les jeunes, bien qu'elles soient plus nombreuses à déclarer consommer quotidiennement de l'alcool. Certaines données de la littérature montrent que les personnes âgées peuvent ne pas reconnaître les risques associés à l'alcool bien qu'elles se perçoivent comme des consommateurs d'alcool dits « responsables » (30). Un effet générationnel lié au type d'alcool consommé peut être un des éléments explicatifs. En effet, certains alcools tels que le vin, davantage consommé par les personnes plus âgées, ont longtemps été perçus comme revêtant un caractère protecteur, voire bénéfique pour la santé, notamment dans la diminution de maladies coronariennes ou chroniques du fait de la présence d'antioxydants (39, 40). Ces éléments pourraient être intégrés dans la prochaine enquête du Baromètre cancer, afin de tenir compte des spécificités générationnelles de

consommation d'alcool et de leur perception et nocivité sur la santé.

LES OPINIONS SUR LA NOCIVITÉ DE L'ALCOOL ÉVOLUENT PEU

En 2021, 82,2 % des personnes de 15 à 85 ans partagent l'opinion que les accidents de la route et la violence sont le principal risque lié à la consommation d'alcool. Depuis 2005, elle reste la première opinion et dans des proportions très fortes (plus de 8 personnes sur 10). La persistance de cette croyance amène à se questionner sur l'impact et la perception des messages de prévention, notamment ceux issus de la sécurité routière ou des violences domestiques, qui bénéficient d'une couverture médiatique forte. L'effort des campagnes de prévention sur les conséquences sanitaires doit être poursuivi, car cette croyance est plus fortement partagée par les personnes ayant un diplôme inférieur au Bac et de faibles revenus. Ces résultats confirment la sous-estimation du lien entre l'alcool et le cancer ; ce qui rejoint les résultats sur la perception du risque de cancers lié à l'alcool.

Par ailleurs, 8 personnes interrogées sur 10 partagent l'opinion selon laquelle certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais développer de cancer. La littérature a pourtant clairement mis en évidence la dangerosité de l'alcool, dès de faibles niveaux de consommation (41). Ce caractère nocif de l'alcool semble méconnu, car 1 répondant sur 2 est d'accord avec le fait que boire un verre d'alcool par jour augmente le risque de développer un cancer. L'analyse de ces opinions suggère une mise à distance du risque de cancers, qui est plus fortement exprimée par les buveurs quotidiens. On retrouve ce résultat dans la littérature scientifique (42). En effet, les personnes qui ont une consommation d'alcool excessive ont une plus forte probabilité à sous-estimer les effets négatifs de l'alcool sur la santé, les conséquences sociales, les accidents ou autres blessures. Enfin, 23,5 % des personnes interrogées pensent que globalement, boire un peu de vin diminue le risque de cancer

plutôt que de ne pas en boire du tout. Ce résultat confirme la stabilité de croyances sur les effets protecteurs du vin sur la santé, comme discuté précédemment. Il soulève également un enjeu majeur lié à la transférabilité des connaissances, des données probantes et leur utilisation par les décideurs dans les stratégies publiques de prévention et de promotion de la santé (43, 44).

LES MESURES LES PLUS EFFICACES POUR DIMINUER LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

L'opinion publique est divisée quant à une réglementation trop contraignante sur les substances psychoactives, dont l'alcool, portant par exemple sur leur prix. Il a été montré que les politiques les moins intrusives et contraignantes – telles que les campagnes de prévention, d'information et d'éducation, ou qui ciblent une population à risque – sont les plus appréciées. À l'inverse, les politiques qui ciblent la population générale et imposent une forme de contrainte sont moins populaires (prix, accessibilité des produits) (45).

Nos résultats confirment ceux de la littérature, car les trois premières mesures citées par les personnes interrogées comme étant les plus efficaces ciblent davantage des consommateurs excessifs ou à risque : 37,1 % sont favorables à une amélioration de l'accompagnement pour l'arrêt de la consommation, et 60,2 % à faire respecter l'interdiction de vente aux mineurs. On peut interpréter ce dernier chiffre comme l'expression d'un intérêt majeur pour la consommation d'alcool chez les jeunes, dont les effets néfastes sont très largement relayés dans les médias. De plus, 32,1 % des personnes interrogées dans notre étude sont favorables à l'intensification des campagnes de prévention. La prévention dans ses formes éducatives est un levier pertinent pour réduire la consommation d'alcool et doit être davantage développée. Face à la puissance des actions de marketing des industriels de l'alcool, la « débanalisation » est indispensable (34). Ces actions participent ainsi à une meilleure perception et connaissance des risques pour les

consommateurs, qui peut mener *in fine* à des changements de comportements.

À l'opposé, des mesures telles que l'interdiction de vente d'alcool et l'augmentation du prix – qui peuvent concerner l'ensemble de la population – sont les moins populaires dans notre étude : respectivement 9,6 % et 14,6 %. L'analyse de la littérature met en avant l'hostilité des buveurs aux politiques publiques de contrôle de l'alcool : plus un individu consomme de l'alcool et plus il s'oppose aux réglementations contraignantes (33, 46). Des résultats similaires sont retrouvés dans notre étude : parmi les buveurs quotidiens, 2,8 % partagent l'idée qu'interdire la vente est une solution efficace (vs 19,3 % des abstinentes). Pour une meilleure appréhension de ces résultats, il conviendra de prendre en compte l'efficacité perçue de ces mesures et d'intégrer l'ensemble de l'écosystème, du producteur au consommateur (47).

Enfin, la mise en place de ces mesures ouvre la réflexion sur la régulation du marché de l'alcool en France et son impact en termes de santé publique dans une vision à long terme. La politique française de prévention sur l'alcool est davantage centrée sur une alcoolisation à risque et excessive aux conséquences à court terme. L'examen de la littérature souligne la nécessité de renforcer la prise en compte des impacts à long terme de la consommation d'alcool, dont l'apparition de cancers. Une équipe française a modélisé l'impact significatif du changement

de comportement d'alcoolisation sur l'incidence des nouveaux cas de cancers, dans le cas où les consommateurs d'alcool respectaient les nouveaux repères de consommation (48). Cette modélisation s'appuyait sur les données épidémiologiques des risques de cancers et de la population étudiée. Ainsi, les messages préventifs et d'information sur les risques de cancers liés à l'alcool doivent s'inscrire dans cette approche à long terme de gestion des risques et dans une approche populationnelle afin de tenir compte des vulnérabilités.

QUELQUES LIMITES

Cette étude présente plusieurs limites et biais. Tout d'abord, les biais qui affectent les données issues d'enquêtes : biais de couverture (e.g. les personnes sans téléphone dans le cas d'une enquête téléphonique), non-réponse (e.g. les personnes qui refusent de participer), mémoire ou désirabilité sociale (adapter ses réponses pour apparaître sous un jour plus vertueux devant l'enquêteur). Sont également à prendre en compte les biais liés à la thématique de l'alcool, qui peut renvoyer à des stigmates, des jugements de valeurs sur un comportement individuel. Par ailleurs, comme indiqué dans le chapitre « Méthode », les comparaisons avec les éditions précédentes sont limitées. Cependant, les grands principes méthodologiques ayant été conservés dans les différentes éditions, les séries longues des indicateurs peuvent être étudiées à biais constant.

CONCLUSION

L'enquête Baromètre cancer 2021 a permis, dans le contexte faisant suite à certaines mesures de lutte contre le Covid 19, de décrire la perception des personnes de 15-85 ans sur la nocivité de l'alcool et le risque de cancers liés à l'alcool ; ainsi que de dresser un panorama de leurs consommations déclarées d'alcool en 2021 et sur la période 2005-2021.

Il ressort que les fréquences de consommation se stabilisent sur la dernière période 2015-2021 et diminuent pour tous les âges, chez les hommes comme chez les femmes. La consommation d'alcool reste toujours une pratique majoritairement masculine à tous les âges. Concernant la fréquence quotidienne, elle augmente très sensiblement avec l'avancée en âge. Ces données seront à mettre en perspective avec celles du Baromètre santé 2021, et à compléter par des données sur les quantités d'alcool consommées.

Cette étude a également permis d'identifier la connaissance du lien entre l'alcool et le cancer. Si 7 Français sur 10 expriment avoir une bonne perception du risque de cancer lié à l'alcool, les accidents de la route et la violence sont perçus comme les risques principaux de l'alcool depuis 2005. Cette étude met donc en avant que la relation alcool-cancer est sous-estimée. En effet, bien que l'alcool soit la deuxième cause de cancers, seul un tiers des Français le citent

spontanément comme l'une des principales causes. Les risques sanitaires liés à l'alcool dès de faibles quantités consommées doivent être davantage explicités, notamment auprès des personnes à faibles revenus et niveaux d'études, et une réflexion doit être poursuivie sur la meilleure manière de faire connaître ces risques.

Cette étude a permis pour la première fois d'identifier et d'analyser les politiques publiques qui sont perçues par les répondants comme les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool en France. D'autre part, cette étude a permis de mieux appréhender les échanges encore trop insuffisants sur l'alcool avec un professionnel de santé. L'ensemble de ces données permettent de mieux comprendre les perceptions des Français sur l'alcool et leur mode de consommation, afin de pouvoir proposer des stratégies de promotion de la santé et des campagnes de prévention adaptées, bénéficiant davantage aux plus vulnérables.

Enfin, pour améliorer le dispositif de prévention français et garantir la mobilisation de tous les acteurs, il est important de lancer un programme national, interministériel et pluridisciplinaire dédié à la réduction de la consommation d'alcool, tel qu'inscrit dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 (49).

Relecteurs

Camille DE BRAUER, Institut national du cancer
Bernard SROUR, Université Sorbonne Paris Nord, Cnam (Eren) CRESS

Liens d'intérêts : aucun lien d'intérêt déclaré.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- GBD 2020 Alcohol Collaborators. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *Lancet*. 2022 Jul 16;400(10347):185-235
- Global status report on alcohol and health 2018. Geneva : World Health Organization; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Bourdillon F. Éditorial. Alcool et réduction des risques. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019; (5-6):88-9. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_0.html
- Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019; (5-6):89-97. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html
- Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(24-25):440-9
- Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine, Rapport CIRC/INCa, 2018
- Nutrition et prévention primaire des cancers : actualisation des données, Nacre/Institut national du cancer, 2015
- Kopp.P, Le coût social des drogues en France, ODFT, 2015
- OCDE (2021), « Consommation d'alcool chez les adultes », dans Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE
- Alcool : évolution des quantités consommées par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961, ODFT, déc 2021 ; source données OMS, groupe IDA, Insee/OFDT ; <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>
- Santé publique France, Institut national du cancer (INCa). Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017. « Pas plus de 10 verres par semaine, pas plus de 2 verres par jour, au moins 2 jours sans alcool par semaine »
- Andler R, Quatremère G, Gautier A, Soullier N, Lahaie E, Richard JB, et al. Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : résultats du Baromètre santé de Santé publique France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2021;(17):304-12
- Basset Bernard, « Alcool : la culture ou la santé », *Les Tribunes de la santé*, 2017/4 (n° 57), p. 57-61. DOI : 10.3917/seve.057.0057
- Obradovic I, Douchet MA. Focus. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(5-6):116-7
- Com-Ruelle L, Choquet M. La consommation d'alcool des jeunes adultes : un risque global d'alcoolisation excessive bien plus élevé pour les hommes, mais un risque ponctuel en augmentation pour les femmes. *Questions d'économie de la santé*. (2022) ; (265)
- Trevethan R (2017) Deconstructing and Assessing Knowledge and Awareness in Public Health Research. *Frontiers in Public Health* 5:194. doi: 10.3389/fpubh.2017.00194
- Stubbings S, Robb K, Waller J, Ramirez A, Austoker J, Macleod U, Hiom S, Wardle J. Development of a measurement tool to assess public awareness of cancer. *British Journal of Cancer*.2009;101(Suppl 2):S13-7
- Lasserre A, Gaillot J, Deutsch A, Chauvet C, Bessette D, Ancellin R. Prévention des cancers en France : quel rôle pour les professionnels de santé ? (Cancer prevention in France: Implication of health professionals). *Bull Cancer*. 2017
- One in twelve adults in the EU consumes alcohol every day, Eurostat, 6/08/2021 : <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-eurostat-news/-/EDN-20210806-1>
- Jauffret-Roustide M, Barratt M, De Dinechin S et al., « Consommation d'alcool et d'autres produits psychoactifs pendant la pandémie de Covid-19 dans la Global Drug Survey : une perspective française », *Psychotropes*, 2020/2-3 (Vol. 26), p. 209-219
- Kilian C, Rehm J, Allebeck P, Braddick F, Gual A, Barták M, Bloomfield K, Gil A, Neufeld M, O'Donnell A, Petruželka B, Rogalewicz V, Schulte B, Manthey J; European Study Group on Alcohol Use and Covid-19. Alcohol consumption during the Covid-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction*. 2021
- Matone A, Ghirini S, Gandin C, Scafato E ; European Study Group on Alcohol Use and Covid-19. Alcohol consumption and Covid-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Ann Ist Super Sanita*. 2022 Jan-Mar;58(1):6-15
- Guignard R, Andler R, Quatremère G, Pasquereau A, Du Roscoät E, Arwidson P, Berlin I, Nguyen-Thanh V. Changes in smoking and alcohol consumption during Covid-19-related lockdown: A cross-sectional study in France. *European Journal of Public Health*, 2021, 31(5): 1076-83

24. Cogordan C, Richard JB, Andler R, Ancellin R, Deutsch A. Baromètre cancer 2015. Alcool et cancer. Comportements, opinions et perceptions des risques. Institut national du cancer, Santé publique France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 16 p
25. Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A, Brayne C, Lafortune L (2018) Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. *PLoS ONE* 13(1): e0191189
26. Bareham BK, Kaner E, Spencer LP, Hanratty B. Drinking in later life: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people's perceptions and experiences. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48(1): 134-146. doi: 10.1093/ageing/afy069
27. Huckle T, Gruenewald P, Ponicki WR. Context-Specific Drinking Risks Among Young People. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016 May;40(5):1129-35
28. Gruenewald PJ, Remer LG, LaScala EA. Testing a social ecological model of alcohol use : the California 50-city study. *Addiction*. 2014 May;109(5):736-45
29. Cogordan C, Quatremer G, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Nguyen-Thanh V, Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 68 (2020) 319-326
30. Karlsson N, Skagerström J, O'Donnell A, Abidi L, Thomas K, Nilsen P, Lid TG. Public perceptions of how alcohol consumption is dealt with in Swedish and Norwegian health care. *Nordisk Alkohol Nark*. 2021 Jun;38(3):243-255
31. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Les Dossiers de la DREES N° 80. Paris : DREES; 2021
32. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris ; 2008
33. Cloutier A, Tremblay-Antoine C, Dufresne Y, Fréchet N. Highs and downs : A scoping review of public opinion about cannabis, alcohol and tobacco in Canada. *Drug Alcohol Rev*. 2022 Feb;41(2):396-405
34. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 2021
35. Ryan AM, Cushen S, Schellekens H, Bhuachalla EN, Burns L, Kenny U, Power DG. Poor awareness of risk factors for cancer in Irish adults: results of a large survey and review of the literature. *Oncologist*. 2015 Apr;20(4):372-8
36. Redeker C, Wardle J, Wilder D, Hiom S, Miles A. The launch of Cancer Research UK's 'Reduce the Risk' campaign: baseline measurements of public awareness of cancer risk factors in 2004. *Eur J Cancer*. 2009 Mar;45(5):827-36
37. Kiviniemi MT, Orom H, Hay JL, Waters EA. Limitations in American adults' awareness of and beliefs about alcohol as a risk factor for cancer. *Prev Med Rep*. 2021 Jun 9;23:101433
38. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*. 1974;2(4):354-86
39. Castaldo L, Narváez A, Izzo L, Graziani G, Gaspari A, Minno GD, Ritieni A. Red Wine Consumption and Cardiovascular Health. *Molecules*. 2019 Oct 8;24(19):3626
40. Snopek L, Mlcek J, Sochorova L, Baron M, Hlavacova I, Jurikova T, Kizek R, Sedlackova E, Sochor J. Contribution of Red Wine Consumption to Human Health Protection. *Molecules*. 2018 Jul 11;23(7):1684
41. Shield KD, Marant Micallef C, Hill C, Touvier M, Arwidson P, Bonaldi C, Ferrari P, Bray F, Soerjomataram I. New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption. *Addiction*. 2018 Feb;113(2):247-256
42. Sanchez-Ramirez DC, Franklin RC, Voaklander D. Perceptions About Alcohol Harm and Alcohol-control Strategies Among People With High Risk of Alcohol Consumption in Alberta, Canada and Queensland, Australia. *J Prev Med Public Health*. 2018 Jan;51(1):41-50
43. Cambon L., Ridde V., Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'évidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2010, vol. 58, no 4 : p. 277-283
44. Affret A, Prigent O, Porcherie M, Aromatarario O, Cambon L. Development of a knowledge translation taxonomy in the field of health prevention: a participative study between researchers, decision-makers and field professionals. *Health Res Policy Syst*. 2020 Aug 15;18(1):91
45. Li J, Lovatt M, Eadie D, Dobbie F, Meier P, Holmes J, Hastings G, MacKintosh AM. Public attitudes towards alcohol control policies in Scotland and England: Results from a mixed-methods study. *Soc Sci Med*. 2017 Mar;177:177-189
46. Buyck P, Gilligan C, Ward B, Kippen R, Chapman K. Public support for alcohol policies associated with knowledge of cancer risk. *Int J Drug Policy*. 2015 Apr;26(4):371-9
47. Neufeld M, Wittchen HU, Ross LE, Ferreira-Borges C, Rehm J. Perception of alcohol policies by consumers of unrecorded alcohol – an exploratory qualitative interview study with patients of alcohol treatment facilities in Russia. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2019 Nov 21;14(1):53
48. Ren Y, Chase E, d'Almeida T, Allègre J, Latino-Martel P, Deschamps V, Arwidson P, Etilé F, Hercberg S, Touvier M, Julia C. Modelling the number of avoidable new cancer cases in France attributable to alcohol consumption by following official recommendations: a simulation study. *Addiction*. 2021 Sep;116(9):2316-2325
49. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt, 2021

COMMENT CITER CE CHAPITRE

- Guillemin AF, Cervenka I, Andler R, Galloper Morvan K, Deutsch A, Nguyen-Thanh V, Foucaud J, Alcool et cancer : Comportements, opinions et perceptions des risques. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, p. 108-137.

Recommandations des experts en termes de consommation d'alcool

- Informer le grand public des risques liés à la consommation d'alcool pour la santé au cours de la vie qui augmentent avec la quantité consommée.
- Générer une notoriété importante des nouveaux repères de consommation diffusés après du grand public.
- Accentuer la présence des pouvoirs publics, afin de contrer le poids des actions de promotion des producteurs d'alcool : renforcer les informations sanitaires obligatoires, renouveler les stratégies publiques de prévention.
- Informer les professionnels de la santé et du secteur médico-social, les sensibiliser et les outiller pour faire face aux risques liés à la consommation d'alcool.
- Définir des taxes proportionnelles à la quantité d'alcool et non pas au type de boissons alcoolisées à des fins de clarté du discours public et de cohérence de l'action publique.
- Construire une politique publique cohérente qui tienne compte de la prévention des dommages sanitaires et sociaux, sans pour autant nier le souci gouvernemental du développement économique des filières concernées.
- Allouer une part des taxes sur l'alcool à un fonds dédié aux actions publiques de prévention et de recherche dans le domaine de l'alcool, afin de mieux comprendre, suivre, adapter les politiques en fonction de l'évolution des connaissances et de la société.
- Revoir l'avertissement réglementaire obligatoire apposé sur les publicités pour l'alcool.
- Faire figurer sur l'étiquette des contenants par unité de conditionnement les informations suivantes : le nombre de verres standard à 10 grammes, le nombre de calories par verre standard, un avertissement sanitaire tel que « Toute consommation d'alcool comporte des risques pour votre santé », un pictogramme pour la femme enceinte plus visible.
- Renforcer l'encadrement de la publicité pour les boissons alcoolisées sur Internet en tenant compte des évolutions et des usages de ce support.

80,3 %

des répondants ont le sentiment d'être très bien ou plutôt bien informés sur les risques de cancer liés à l'exposition au soleil, **moins d'un sur 2, 47,9 %** a ce sentiment pour l'exposition aux cabines UV

6,5 %

des **15-75 ans** n'ayant jamais eu de cancer sont d'accord avec la croyance « mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer toute la journée », contre **9,4 % en 2015** (diminution significative) chez les hommes et les femmes

64,5 %

Soit plus des deux tiers des **moins de 50 ans** déclarent avoir bronzé en 2020

De manière stable depuis 2005, les UV sont largement reconnus comme des facteurs de risque de cancer par les répondants :

89,5 %

les cabines UV

95,7 %

citent les UV naturels

20 %

estiment encore que cette exposition aux UV artificiels est moins nocive que le soleil

5 CANCERS ET ULTRAVIOLETS, NATURELS OU ARTIFICIELS

Connaissances, croyances et pratiques

□ Résumé	140
□ Introduction	141
□ Méthode	143
□ Résultats	146
□ Discussion	159
□ Conclusion	161

- Anne THURET
- Iris CERVENKA
- Stéphane FAURY

RÉSUMÉ

CANCERS ET ULTRAVIOLETS, NATURELS OU ARTIFICIELS

Connaissances, croyances et pratiques

UN BESOIN DE DOCUMENTER LES CONNAISSANCES, LES CROYANCES ET LES PRATIQUES

Le facteur de risque le plus évitable des cancers cutanés est l'exposition excessive aux rayons ultraviolets (UV), naturels et artificiels. L'exposition aux UV dans la population est peu documentée. L'objectif de cette étude était de décrire les connaissances, le niveau d'information sur les risques liés aux UV des Français en 2021 et de comparer les résultats par rapport aux années précédentes.

L'EXPOSITION AU SOLEIL, UN RISQUE IDENTIFIÉ MAIS UNE INFORMATION À CONSOLIDER

En 2021, plus de 9 personnes sur 10 (95,7 %) déclarent que l'exposition au soleil constitue un risque de cancer et 8 personnes sur 10 (80,3 %) ont le sentiment d'être très bien ou plutôt bien informées sur ce risque. Il est observé qu'un quart (25,7 %) des personnes interrogées indique connaître combien de temps par jour il est nécessaire de s'exposer au soleil pour avoir assez de vitamine D ; moins de la moitié (48,3 %) des 15-75 ans s'inquiète d'un changement d'un grain de beauté pour les cinq critères de la règle ABCDE ; plus des deux tiers (64,5 %) des moins de 50 ans déclarent avoir bronzé en 2020. Si moins d'un homme sur 10 (8,9 %) est d'accord, à tort, avec le fait que « mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer toute la journée », deux fois moins (4,1 %) de femmes partagent cette croyance. Cette dernière est en net recul depuis 2010.

LES UV ARTIFICIELS : UNE UTILISATION RÉCENTE EN BAISSÉ MAIS STABLE EN VIE ENTIÈRE, AVEC DES RISQUES PLUTÔT MAL CONNUS

Alors que les UV artificiels sont tout autant cancérigènes que les UV solaires, une personne sur 4 (20,9 %) estime que les séances UV en cabine sont moins nocives que le soleil. Par ailleurs, 89,5 % déclarent qu'avoir recours aux cabines UV est une cause d'avoir un cancer et 47,9 % ont le sentiment d'être très bien ou plutôt bien informées sur les risques cancérigènes liés à l'exposition aux cabines UV. Quant à leur usage, 15,2 % des personnes interrogées déclarent avoir pratiqué des séances d'UV au cours de leur vie : ce chiffre est stable depuis 2010. Seul 1,0 % déclare l'avoir fait au cours des 12 derniers mois, ce qui montre une diminution significative depuis 2010 (3,5 %). Près d'un quart (23,9 %) est d'accord, à tort, avec le fait que « faire des UV avant les vacances permet de préparer sa peau pour se protéger du soleil ».

LA NÉCESSITÉ DE RENFORCER LA PRÉVENTION SUR LES UV

Les messages de sensibilisation et les actions de prévention actuellement menées n'ont pas permis de stabiliser ou réduire l'incidence des mélanomes cutanés, toujours en augmentation. Les résultats observés incitent à un net renforcement des actions de prévention solaire en France.

INTRODUCTION

LES RAYONNEMENTS ULTRAVIOLETS, DES EFFETS BÉNÉFIQUES ET DÉLÉTÈRES CONNUS POUR LA SANTÉ

Il est bien documenté que les rayonnements ultraviolets (UV) émis par le soleil ont des effets à la fois bénéfiques et délétères sur la santé. Afin de sensibiliser les populations aux effets nocifs des UV du soleil, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en collaboration avec d'autres organismes internationaux a créé un outil pédagogique sur l'intensité des UV solaires avec la mise en place de l'indice UV (1). Celui-ci varie au cours de la journée avec un maximum lorsque le soleil est au zénith (14 heures en été en France métropolitaine). Plus sa valeur est élevée, plus les dommages causés au niveau de la peau et des yeux sont importants et plus le temps nécessaire pour leurs survenues est court. Dès que l'indice UV vaut 3, il est recommandé d'adapter ses activités en extérieur et d'utiliser les moyens de protection solaire (port de vêtement couvrant, de chapeau et de lunette de soleil) ; s'il vaut 7 ou plus, il est recommandé de rester à l'ombre et d'éviter de s'exposer entre 12 heures et 16 heures.

L'exposition à la lumière du soleil permet à l'organisme de produire de la vitamine D. Sauf exception, il est admis qu'une exposition quotidienne de quelques minutes en été du visage, des avant-bras et des mains est suffisante pour maintenir les niveaux de vitamine D pour la population française (2).

Au-delà de cette durée, une exposition excessive aux UV provoque à court terme des rougeurs au soleil (érythème, appelé familièrement « coup de soleil ») ou des inflammations oculaires (photokératoses, photoconjonctivites). Les UV vont stimuler la production de mélanine par les mélanocytes à l'origine du bronzage et provoquer un épaissement des couches cutanées superficielles afin d'atténuer la pénétration des UV dans les couches profondes de la peau (3).

Ces changements, première conséquence d'une exposition excessive aux UV, signifient que les cellules cutanées et leur ADN subissent des dommages que l'organisme peine à réparer : une peau bronzée n'est pas un signe de bonne santé (4).

Les excès d'exposition aux UV se cumulent au fil des années et se traduisent par des changements des tissus, que ce soit au niveau de l'œil (cataracte, ptérygion) ou de la peau. Pour la peau, il s'agit d'une accélération de son vieillissement avec une perte prématurée de son élasticité, une apparition de rides et de pigmentation (taches de rousseur, grains de beauté), des lésions précancéreuses et les cancers de la peau (carcinomes basocellulaires ou épidermoïdes ou mélanomes) (3). En effet, les UV, qu'ils soient naturels ou artificiels, sont classés cancérigènes par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) (5). Ils sont des cancérigènes complets car à la fois « initiateurs » de cancérogenèse en raison de leur génotoxicité et « promoteurs » parce qu'immunosuppresseurs.

LES CANCERS DE LA PEAU : DES CANCERS FRÉQUENTS ET EN AUGMENTATION

Il est reconnu que le principal facteur de risque des cancers de la peau correspond aux UV. Les pays européens les enregistrant observent que les cancers de la peau sont les cancers les plus fréquents. Le Royaume-Uni dénombre près de 156 000 nouveaux cas de cancers cutanés non mélanocytaires (CCNM) et 16 744 nouveaux cas de mélanomes cutanés par an entre 2016-2018 (6) et l'Allemagne 199 430 nouveaux cas de CCNM et 22 890 nouveaux cas de mélanomes cutanés en 2018 (7). Dans ces deux pays, les mélanomes cutanés représentent environ 10 % des cancers cutanés. En France, il peut être supposé que l'incidence des cancers cutanés soit du même ordre de grandeur : soit près de 150 000 nouveaux cas de CCNM par an sur la base d'en-

viron 15 500 mélanomes cutanés incidents estimés en 2018 (8). Selon les estimations nationales, les mélanomes cutanés ont été multipliés par cinq chez l'homme et par trois chez la femme entre 1990 et 2018 en France métropolitaine (8). Cette augmentation est observée pour toutes les classes d'âge entre 20 et 80 ans. Les mélanomes cutanés sont l'un des cancers les plus incidents entre 20 et 50 ans pour les deux sexes : ils constituent la 3^e cause de cancers parmi les jeunes adultes de 20-24 ans. La mortalité des cancers cutanés est faible avec moins de 1 000 décès par an pour les CCNM (données CépiDc, cf. <http://cepidc-data.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>) et moins de 2 000 décès par an pour les mélanomes cutanés (8).

LES COMPORTEMENTS D'EXPOSITION EXCESSIVE AUX UV NATURELS ET ARTIFICIELS REPRÉSENTENT L'ENJEU MAJEUR DE LA PRÉVENTION DES CANCERS CUTANÉS

L'augmentation des mélanomes cutanés s'explique en grande partie par une exposition excessive aux UV : en France, selon le CIRC, près de 83,5 % des mélanomes cutanés seraient dus à une exposition excessive au soleil (9) notamment par manque d'utilisation systématique des moyens de protection (10-12). L'hypothèse principale pour expliquer cette surexposition est l'envie d'avoir une peau bronzée durant les beaux jours considérée en Europe comme le gage

de vacances réussies, un atout esthétique et, à tort, comme un repère de bonne santé, notamment chez les enfants. En effet, des études en population générale ont montré que 1 personne sur 10 (13-14) bronze intentionnellement à l'extérieur alors que d'autres, plus récentes, estiment la prévalence d'exposition intentionnelle au soleil à 31,9 % en Allemagne (15). Ce comportement à risque peut se cumuler avec un faible usage des moyens de protection et la survenue de coups de soleil dont près d'un tiers des adultes en sont victimes chaque année (10, 12).

En complément de la surveillance épidémiologique des effets sanitaires liés à cette exposition, les enquêtes en population générale documentant les comportements, les connaissances ou les attitudes sont essentielles pour identifier les leviers d'actions pour la prévention. Ceux-ci s'appuient sur des actions probantes pour promouvoir des comportements sains par rapport aux UV (16-18).

Les Baromètres cancer sont des enquêtes mises en place en 2005 (19), et 2010 (20) par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), puis par l'Institut national du cancer (INCa) en 2015 (11) et 2021 en collaboration avec Santé publique France. Ce chapitre présente l'analyse de ces études sur les croyances et comportements de prévention (consultation de l'indice UV, pratique du bronzage...) face aux risques sanitaires liés à l'exposition aux UV naturels et aux UV artificiels.

MÉTHODE

La méthode et le questionnaire de l'enquête du Baromètre Cancer sont présentés dans le détail dans des parties dédiées du présent ouvrage (voir parties « Gouvernance et méthode de l'enquête » et « Questionnaire »). Sont présentés ci-après des éléments de méthodes spécifiques à ce chapitre en vue de faciliter sa lecture.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les données présentées dans ce chapitre sont issues du Baromètre cancer 2021 ainsi que des trois éditions antérieures : 2005, 2010 et 2015. Pour l'édition 2021, l'enquête a été réalisée entre avril et août 2021 auprès de 4 938 personnes résidant en France métropolitaine et âgées de 15 à 85 ans.

Afin d'optimiser le temps de passation de questionnaire, le bloc de questions portant sur la thématique des UV naturels et artificiels n'a été soumis qu'à la population âgée de 15 à 75 ans, soit 4 595 personnes. En raison de cette même contrainte, la question relative à l'importance de bronzer n'a été posée qu'aux répondants âgés de moins de 50 ans, la question relative à l'indice UV n'a été posée qu'à la moitié de l'échantillon (sous-échantillon C de 2 303 personnes, voir partie « Questionnaire »), et l'avis quant à la réglementation sur les cabines UV n'a été recueilli qu'auprès d'un quart des enquêtés (sous-échantillon B de 1 151 personnes, voir partie « Questionnaire »).

QUESTIONS POSÉES

Les questions portent sur la perception des cancers, dont les cancers cutanés et des risques associés à l'exposition aux UV (naturels et artificiels), sur le niveau d'information et les croyances relatives à ces expositions ; l'usage de moyen de protection figurant dans le Baromètre santé 2021 de Santé publique France (21). Le Baromètre cancer permet également de disposer de données sur le recours aux UV artificiels (au cours de la vie et dans les 12 derniers mois).

Dans un premier temps, le Baromètre cancer 2021 comporte une série de questions relatives à la vitamine D et à l'indice UV (ces questions ont été testées lors de la phase pilote afin de vérifier leur bonne compréhension). Tout d'abord, il était demandé à la moitié de l'échantillon, si elle avait déjà vu l'indice UV, qui fournit une indication sur l'intensité des UV solaires dans certains bulletins ou applications météo selon les modalités suivantes : 1) Oui, mais vous n'y prêtez pas attention ; 2) Oui, vous adaptez les moyens de protection après l'avoir consulté ; 3) Non, vous ne connaissez pas cet indice. Ensuite, il était demandé, en précisant en préambule que l'exposition au soleil permet à l'organisme de produire de la vitamine D, si les participants savaient combien de temps par jour ils devaient s'exposer au soleil pour avoir assez de vitamine D (Oui/Non). Pour ceux ayant répondu « Oui » à cette question, il leur était demandé combien de temps par jour ils devaient exposer au soleil en été la peau du visage et des mains pour avoir assez de vitamine D avec les modalités suivantes : 1) moins de 15 minutes ; 2) entre 15 et 30 minutes ; 3) entre 31 minutes et 1 heure ; 4) plus de 1 heure.

Dans un deuxième temps, de nouvelles questions par rapport aux éditions précédentes sur les pratiques de bronzage étaient posées aux personnes âgées de moins de 50 ans. Il leur était demandé si c'était important pour elles de bronzer ou non. Si les participants ne rapportaient pas avoir la peau noire ou foncée, il leur était demandé s'ils avaient bronzé en 2020 (Oui/Non).

Dans un troisième temps, des propositions leur étaient soumises en leur demandant leur degré d'accord avec chacune d'entre elles (de tout à fait d'accord à pas du tout d'accord) : 1) Mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée ; 2) Faire des UV avant les vacances permet de préparer sa peau pour se protéger des coups de soleil.

Dans un quatrième temps, des questions relatives à la pratique des UV ont été posées comme « avez-vous déjà fait des UV au cours de votre vie ? » (Oui, une ou deux fois ; Oui, plus de deux fois ; Non ; Dit spontanément avoir la peau noire ou foncée). Si la personne déclarait en avoir déjà fait, il lui était alors demandé si elle avait fait des UV au cours des 12 derniers mois ? (Oui/Non). Une question relative à la perception des cabines UV était posée pour savoir, si, selon le participant, les séances d'UV en cabine de bronzage sont moins novices que le soleil ? (Oui, tout à fait ; Oui, plutôt ; Non, plutôt pas ; Non pas du tout). À un quart de l'échantillon, il a été demandé leur avis quant au fait qu'actuellement en France, les cabines UV sont interdites aux personnes âgées de moins de 18 ans : 1) cette réglementation est satisfaisante ; 2) les cabines devraient être interdites à tous, y compris aux personnes de 18 ans ou plus ; 3) les cabines devraient être autorisées à tout le monde quel que soit l'âge.

Dans une dernière partie, une question portait sur la connaissance des critères de la règle ABCDE destinée au dépistage précoce des mélanomes cutanés par autosurveillance en demandant « qu'est-ce qui vous ferait vous inquiéter pour un grain de beauté ? ». Des propositions étaient faites et pour chacune d'entre elles, les participants devaient répondre oui ou non : 1) Si la forme est asymétrique (critère A) ; 2) Si les bords sont irréguliers (critère B) ; 3) S'il comporte plusieurs couleurs (critère C) ; 4) Si le diamètre est en augmentation ou supérieur à 5 mm (critère D) ; 5) S'il évolue, c'est-à-dire qu'il change d'aspect trop rapidement (critère E) ; 6) Si un nouveau grain de beauté apparaît ; 7) autre chose (à préciser). Enfin, il était demandé aux participants la couleur de leur peau sans bronzage selon six modalités retrouvées pour déterminer le phototype de la classification de Fitzpatrick (22) qui permet d'approcher la sensibilité de la peau à l'exposition solaire et le risque individuel de cancer de la peau.

Par ailleurs, les questions dans la partie « état de santé » du questionnaire relatives aux cancers de la peau (est soigné ou a été soigné pour un cancer de la peau) ont été

analysées dans ce chapitre en considérant également les réponses contenant les termes « mélanome », « melanome », « peau » ou « Merckel ».

Dans la partie « opinions » interrogeant les enquêtés sur les trois cancers les plus graves selon eux et la question « De quels cancers pensez-vous peut-être être atteint un jour ? », les réponses comportant les termes « mélanome », « melanome » ou « peau » ont été de même considérées. La modalité « Exposition au soleil » de la question « Quelles sont selon vous les trois principales causes de cancer ? » a par ailleurs été consolidée avec les réponses contenant les termes « solaire », « soleil » et « UV ». Les personnes qui avaient répondu affirmativement à la question demandant si elles étaient professionnellement exposées à des nuisances favorisant le cancer et qui avaient indiqué dans le champ libre les réponses incluant les mots « (rayon/rayonnement) solaire », « soleil » et « (rayon/rayonnement) UV » ont été identifiées comme étant exposées aux UV solaires professionnellement.

Dans le présent chapitre, ont également été analysées les modalités « S'exposer au soleil sans protéger sa peau » et « Avoir recours aux cabines UV » de la question demandant ce qui peut favoriser l'apparition d'un cancer avec six choix de réponse entre, très bien, plutôt bien, plutôt mal, très mal informé(e), refus ou ne sait pas.

ÉVOLUTION DU QUESTIONNAIRE

De nouvelles questions ont été ajoutées dans le module UV de l'enquête de 2021 par rapport aux éditions antérieures du Baromètre cancer. Ces questions portaient sur la vitamine D, l'indice UV ainsi que le bronzage. Ces questions ont été posées afin de mesurer le niveau de connaissance concernant la vitamine D ou l'indice UV, l'importance pour la personne interrogée de bronzer et le fait d'avoir bronzé au cours de l'année 2020. L'intégration a minima de quelques questions sur ces sujets se justifiait par les avis successifs de 2019 (23) et 2020 (24) du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur l'indice UV.

COMPARAISONS 2005, 2010, 2015 ET 2021

Certaines questions du Baromètre cancer sont reconduites périodiquement. Afin d'assurer une comparabilité avec les Baromètres cancer de 2005, 2010 et 2015, l'analyse des tendances pour les questions historiques du bloc UV naturels et artificiels porte sur la population des personnes âgées de 15 à 75 ans n'étant pas traitées ou n'ayant pas été traitées pour un cancer, dénommées par la suite « n'ayant jamais eu de cancer ». En effet, ces questions n'étaient pas posées aux personnes ayant été traitées pour un cancer dans les précédentes éditions. Au total, 3 605, 3 359, 3 613 et 4 213 individus de 15 à 75 ans n'ayant jamais eu de cancer ont été interrogés en 2005, 2010, 2015 et 2021 respectivement. Les pondérations annuelles de chaque enquête ont été utilisées pour analyser l'évolution des indicateurs. Les structures de référence sont issues des

données des Enquêtes emploi 2005, 2011, 2014, et les variables de calages utilisées sont les suivantes : sexe croisé par âge en tranche décennale, région, taille d'agglomération, niveau de diplôme, taille du foyer (voir partie « Gouvernance et méthode de l'enquête »).

ANALYSES STATISTIQUES

Le logiciel STATA version 15 a été utilisé pour les analyses statistiques. Les données ont été pondérées afin qu'elles soient le plus représentatives de la population française (voir partie « Gouvernance et méthode de l'enquête »). Des analyses descriptives ont été réalisées (pourcentages) et des tests du Chi² ont été effectués pour évaluer les différences en fonction du sexe et de la couleur de peau pour certaines questions.

Pour étudier l'évolution des réponses entre les différentes éditions du Baromètre cancer, des tests de Chi² ont été réalisés.

RÉSULTATS

LES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES, LES ATTITUDES ET LES COMPORTEMENTS FACE AU BRONZAGE

Quatre personnes interrogées sur 10 (39,8 %) déclarent avoir une couleur de peau « claire » sans bronzage et plus d'une personne sur quatre, une peau « assez claire ou légèrement mate » (27,0 %). Il est observé une différence significative entre hommes et femmes : les femmes ont davantage tendance à déclarer une peau plus claire que les hommes (Tableau 1).

Parmi les personnes âgées de moins de 50 ans, moins d'un tiers (31,8 %) d'entre elles indiquent qu'il leur est important de

bronzer : cette proportion est significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes (respectivement, 36,3 % vs 27,2 % ; $p < 0,01$). Et à la question « Avez-vous bronzé en 2020 ? », plus de deux tiers (64,5 %) des moins de 50 ans ont répondu « oui » : cette affirmation est significativement plus retrouvée parmi les hommes que parmi les femmes (respectivement, 68,6 % vs 60,4 % ; $p < 0,01$).

PERCEPTIONS DES CANCERS CUTANÉS

En sein de l'échantillon, 6,9 % des personnes âgées de 15 à 75 ans indiquent avoir été soignées ou être actuellement soignées pour un cancer. Parmi elles, 0,7 % le sont pour

TABLEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES INTERROGÉES SELON LE SEXE (N = 4 595)

	Sexe			p
	Total (%)	Homme (%)	Femme (%)	
Couleur de peau sans bronzage				***
● Très blanche	9,5	6,5	12,4	
● Claire	39,8	36,9	42,6	
● Assez claire/légèrement mate	27,0	30,4	23,8	
● Mate	18,3	19,9	16,6	
● Foncée	2,2	2,9	1,4	
● Noire	3,1	3,3	3,0	
● Ne sait pas	0,1	0,1	0	
Soigné(e) pour un cancer				***
● Oui	6,9	5,4	8,4	
● Oui, soigné(e) pour un cancer	5,1	3,6	6,6	
● Oui, actuellement soigné(e)	1,8	1,8	1,8	
Si soigné(e) pour un cancer, de quel cancer ?				***
● Cancer du sein	1,7	nd	3,3	
● Cancer de la prostate	0,7	1,3	nd	
● Cancer du col de l'utérus	0,7	nd	1,4	
● Cancer de la peau	0,6	0,6	0,6	
● Cancer colorectal	0,5	0,4	0,5	
● Cancer du poumon	0,2	0,3	0,2	
● Autre	2,6	2,9	2,3	

nd : non disponible.

***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; NS, non significatif.

un cancer de la peau qui se place derrière le cancer du sein (1,7 %) et dans un même ordre de grandeur que les cancers colorectaux (0,5 %) ou de la prostate (0,7 %).

Les cancers cutanés ne sont pas cités parmi les cancers les plus graves ou les plus craints. En effet, parmi les personnes interrogées âgées de 15 à 75 ans, les cancers les plus fréquemment cités comme étant un des trois cancers les plus graves sont les cancers du poumon ou du sein (voir chapitre « Cancer et facteurs de risque – opinions et perceptions de la population française »). Seuls 6,8 % d'entre eux citent les cancers cutanés comme étant un cancer grave avec une différence significative entre les hommes et les femmes. En effet, les hommes citent davantage les cancers cutanés parmi les trois plus graves par rapport aux femmes (respectivement, 7,8 % vs 5,9 % ; $p < 0,05$). Moins de 2 personnes sur 10 (1,6 %) citent spontanément en première intention les cancers cutanés comme l'un des trois cancers les plus graves : ils sont 2,1 % à le citer en 2^e et 3,2 % en 3^e position.

Par ailleurs, parmi les personnes âgées de 15 à 75 ans pensant courir un risque de cancer (64,3 %), moins de 5 % d'entre elles (4,5 %) citent les cancers cutanés comme l'un des cancers le plus craint.

INQUIÉTUDES RELATIVES AUX GRAINS DE BEAUTÉ

Un mélanome cutané peut survenir sur un nævus préexistant ou non, appelé communément « grain de beauté ». Un « grain de beauté », nouveau ou ancien, nécessite une consultation dermatologique lorsqu'un changement concerne l'un des critères de la règle ABCDE, le critère le plus inquiétant étant l'évolution dans le temps, le critère E. Sur l'ensemble des cinq critères (Tableau 2), moins de la moitié (48,3 %) des personnes interrogées entre 15 et 75 ans est inquiète pour un grain de beauté pour les cinq critères ABCDE : les femmes étant significativement plus inquiètes que les hommes (respectivement, 54,9 % vs 41,4 % ; $p < 0,001$). Elles le sont également pour chacun des

quatre critères ABCD séparément : critère A (67,4 % vs 53,7 %, respectivement ; $p < 0,001$), critère B (75,6 % vs, 59,9 %, respectivement ; $p < 0,001$), critère C (88,6 % vs 83,0 %, respectivement ; $p < 0,001$) et critère D (90,5 % vs 86,2 %, respectivement ; $p < 0,001$). Pour le critère E, il n'est pas observé de différence entre les hommes (96,3 %) et les femmes (97,8 %) ainsi que pour l'apparition d'un grain de beauté.

Cet ensemble de questions figure dans le questionnaire depuis 2015. Parmi les personnes n'ayant jamais eu de cancer, une diminution de l'inquiétude est mise en évidence pour les 15-75 ans (Tableau 3) entre 2015 et 2021 pour les critères A (forme asymétrique), B (bords irréguliers) et C (plusieurs couleurs), une stabilité pour le critère D (diamètre augmente ou supérieur à 5 mm), et une augmentation pour le critère E (évolution dans le temps). Comme en 2015, il est mis en évidence une inquiétude qui est significativement supérieure chez les femmes pour tous les critères, excepté le critère E. Pour les critères A, B et C pour lesquels une diminution de l'inquiétude entre 2015 et 2021 est observée, cette baisse est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Pour le critère E, l'écart hommes/femmes observé en 2015 n'est pas retrouvé en 2021. Pour le critère d'apparition d'un nouveau grain de beauté (hors règle ABCDE), la proportion des répondants inquiets est stable entre 2015 et 2021 lorsque les hommes et les femmes sont étudiés ensemble ou séparément.

PERCEPTION DU RISQUE CANCÉROGÈNE DES UV

La plupart des 15-75 ans (95,7 %) affirment, à raison, que s'exposer au soleil sans protéger sa peau favorise « certainement » (66,5 %) ou « probablement » (29,2 %) l'apparition d'un cancer (Figure 1a). Il est observé une différence significative entre les hommes et les femmes : celles-ci affirment davantage que s'exposer au soleil sans protéger sa peau favorise « certainement » l'apparition d'un cancer (69,4 % chez les femmes vs 63,5 % chez les hommes ; $p < 0,05$). Dans le même temps, deux fois plus d'hommes assurent, à

TABLEAU 2 INQUIÉTUDES DES 15-75 ANS PAR RAPPORT AU CHANGEMENT POUR UN GRAIN DE BEAUTÉ (N = 4 595)

	Ensemble (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	p
● A-Forme asymétrique	60,7	53,7	67,4	***
● B-Bords irréguliers	67,9	59,9	75,6	***
● C-Plusieurs couleurs	85,8	83,0	88,6	***
● D-Diamètre augmente ou supérieur à 5 mm	88,4	86,2	90,5	***
● E-Évolution dans le temps	97,1	96,3	97,8	ns
● Apparition d'un grain de beauté	40,3	41,5	39,1	ns
Nombre de critères d'inquiétudes parmi les 5 critères ABCDE				***
● 5/5 des critères ABCDE cités	48,3	41,4	54,9	
● 4/5 des critères ABCDE cités	20,7	20,0	21,3	
● 3/5 des critères ABCDE cités	18,8	21,8	16,0	
● 2/5 des critères ABCDE cités	8,6	11,8	5,5	
● 1/5 des critères ABCDE cités	2,2	3,1	1,4	
● 0/5 des critères ABCDE cités	1,4	1,9	0,9	
Critère cité spontanément				
● Dououreux/sensible...	4,3	3,5	5,1	*
● Gratte/démange	3,5	2,7	4,4	**
● Aspect	3,2	2,8	3,6	ns
● Altéré	3,0	3,4	2,6	ns
● Sang/saigne	2,8	2,0	3,5	**
● Suinte/suppure/sécrétion...	0,6	0,4	0,7	ns
● Localisation	0,6	0,5	0,7	ns
● Poilu	0,6	1,0	0,2	**
● Infecté	0,5	0,8	0,2	*
● Gène/placement/frottement...	0,2	0,2	0,1	ns
● Nombre	0,2	0,3	0,1	ns
● Non attribué	0,2	0,3	0,1	ns

*** : p < 0,001 ; ** : p < 0,01 ; * : p < 0,05 ; ns : non significatif.

tort, que s'exposer au soleil sans protéger sa peau ne favorise « probablement pas » l'apparition d'un cancer (3,9 %, vs 1,6 %, respectivement ; p < 0,05).

Pour ce qui concerne le recours aux cabines UV, 89,5 % des 15-75 ans affirment, à raison, qu'avoir recours aux cabines UV favorise « certainement » (46,4 %) ou « probablement » (43,1 %) l'apparition d'un cancer (Figure 1b), sans qu'il soit observé de différence significative selon le genre. Il n'est pas non plus observé de différence entre ceux ayant fait des UV durant leur vie et ceux n'en ayant jamais fait durant leur vie ou entre ceux ayant fait des UV au cours des 12 derniers mois et ceux n'en ayant pas fait au cours des 12 derniers mois.

Le risque cancérigène du soleil et des UV artificiels semble davantage perçu parmi les personnes plus à risque de cancer. En effet, la perception du risque cancérigène est variable en fonction de la couleur de peau. Plus les personnes ont une peau claire, plus elles affirment que s'exposer au soleil sans protéger sa peau favorise « certainement » ou « probablement » un cancer (Tableau 4). Pour les cabines UV, le risque cancérigène est significativement moins perçu parmi les personnes à peau foncée et noire (Tableau 4).

Les connaissances concernant le risque cancérigène du soleil et celui des UV artificiels sont questionnées parmi les personnes n'ayant jamais eu de cancer respectivement

TABLEAU 3 ÉVOLUTION DES INQUIÉTUDES DES 15-75 ANS N'AYANT JAMAIS EU DE CANCER PAR RAPPORT AU CHANGEMENT POUR UN GRAIN DE BEAUTÉ ENTRE 2015 ET 2021

	Année d'enquête				p
	2005 (%)	2010 (%)	2015 (%)	2021 (%)	
A-Forme asymétrique					
● Ensemble	nd	nd	64,6	59,8	**
● Hommes	nd	nd	60,6	53,2	**
● Femmes	nd	nd	68,5	66,3	ns
B-Bords irréguliers					
● Ensemble	nd	nd	73,1	66,8	***
● Hommes	nd	nd	68,4	59,2	***
● Femmes	nd	nd	77,7	74,4	ns
C-Plusieurs couleurs					
● Ensemble	nd	nd	89,3	85,5	***
● Hommes	nd	nd	86,7	82,5	**
● Femmes	nd	nd	91,8	88,5	**
D-Diamètre augmente ou supérieur à 5 mm					
● Ensemble	nd	nd	87,9	87,9	ns
● Hommes	nd	nd	86,4	85,7	ns
● Femmes	nd	nd	89,4	90,2	ns
E-Évolution dans le temps					
● Ensemble	nd	nd	94,9	96,9	**
● Hommes	nd	nd	93,3	96,0	*
● Femmes	nd	nd	96,4	97,8	ns
Apparition d'un grain de beauté					
● Ensemble	nd	nd	41,8	40,1	ns
● Hommes	nd	nd	45,1	41,2	ns
● Femmes	nd	nd	38,5	39,1	ns

nd : non disponible (question non posée en 2005 et en 2010).

*** : p < 0,001 ; ** : p < 0,01 ; * : p < 0,05 ; ns : non significatif.

N.B. : L'analyse des tendances pour les questions historiques porte sur la population des personnes âgées de 15 à 75 ans n'étant pas traitées ou n'ayant pas été traitées pour un cancer. De ce fait, les pourcentages indiqués pour l'année 2021 peuvent légèrement varier.

depuis 2005 et 2010. Pour les UV solaires, il n'est pas observé d'évolution. La proportion de personnes n'ayant jamais eu de cancers, affirmant que s'exposer au soleil favorise « certainement » ou « probablement » l'apparition d'un cancer, est stable depuis 2005 (Tableau 5). Il en est de même pour le recours aux cabines UV : il n'est pas observé d'évolution au cours des années d'enquêtes depuis 2010 que ce soit sur l'ensemble des personnes interrogées ou selon le sexe.

Par ailleurs, près de 3 personnes âgées de 15 à 75 ans sur 10 (3,2 %) citent spontanément les « UV » ou le « soleil » (ou « rayonnement solaire » ou « exposition solaire ») parmi les principales causes de cancer. Si 36,4 % des personnes interrogées et âgées entre 15 et 75 ans pensent avoir été exposées à des nuisances professionnelles pouvant favoriser l'apparition d'un cancer, seuls 1,6 % d'entre elles citent les UV naturels (en citant spontanément « soleil », « exposition solaire » ou « radiations/rayonnements solaires ») ou les UV.

FIGURE 1
PERCEPTIONS DES RISQUES CANCÉROGÈNES DES ULTRAVIOLETS (A) NATURELS
OU (B) ARTIFICIELS (N = 4 595)

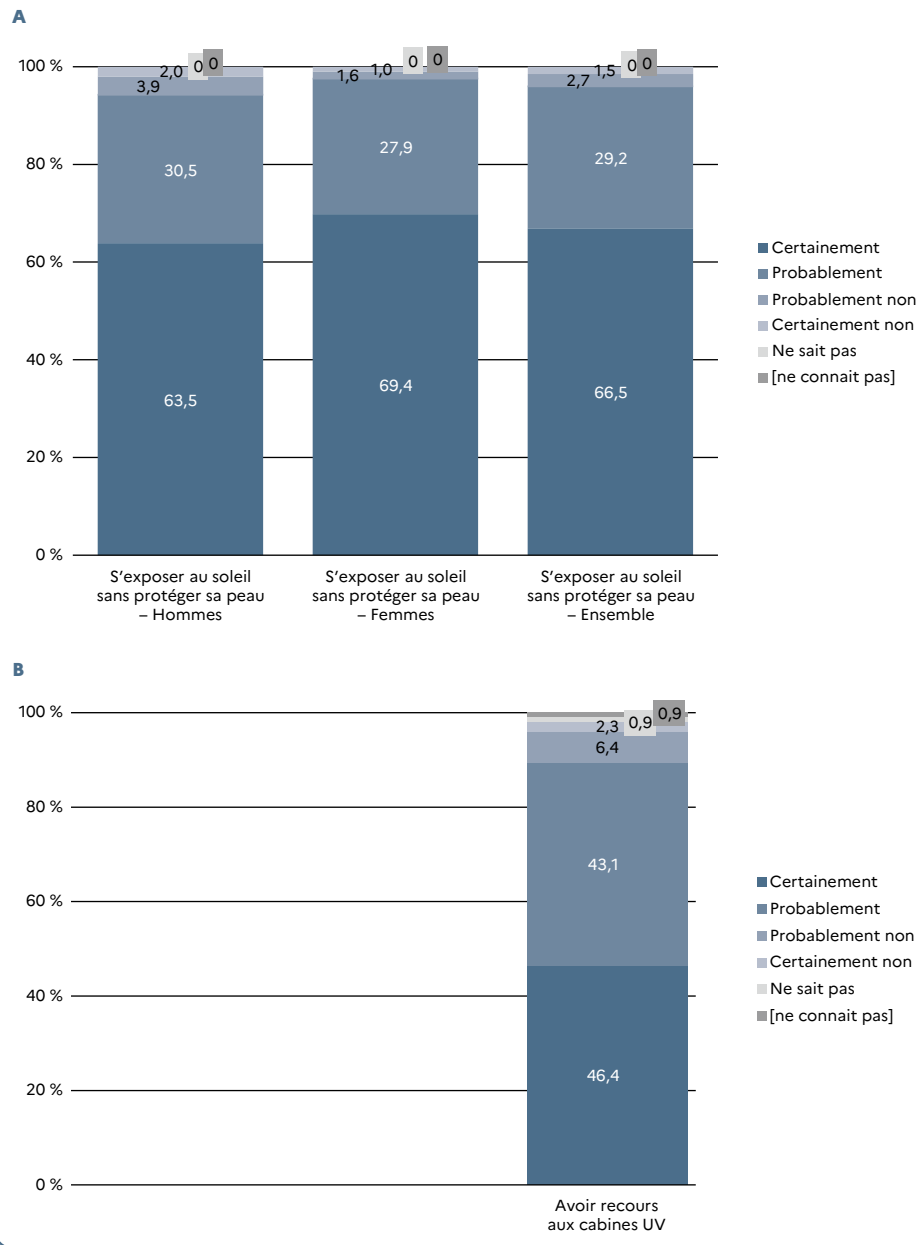


TABLEAU 4 PERCEPTIONS DU RISQUE CANCÉROGÈNE DES ULTRAVIOLETS NATURELS OU ARTIFICIELS ET SENTIMENT D'INFORMATION SUR CES RISQUES, EN FONCTION DE LA COULEUR DE PEAU (N = 4 590)

	Couleur de peau sans bronzage, 3 modalités				P
	Total (%)	très blanche et claire (%)	assez claire/légèrement mate et mate (%)	foncée et noire (%)	
S'exposer au soleil sans protéger sa peau					***
● Certainement et probablement oui	95,8	98,3	95,7	72,9	
● Certainement et probablement non	4,2	1,7	4,3	27,1	
Avoir recours aux cabines UV					***
● Certainement et probablement oui	91,1	92,2	90,9	82,6	
● Certainement et probablement non	8,9	7,8	9,1	17,4	
Sentiment d'information sur les risques de cancer liés à l'exposition au soleil					***
● Plutôt bien ou très bien informé	80,4	82,3	82,3	45,4	
● Plutôt mal ou très mal informé	19,6	17,7	17,7	54,6	
Sentiment d'information sur les risques de cancer liés aux UV artificiels					**
● Plutôt bien ou très bien informé	51,6	50,6	50,7	67,6	
● Plutôt mal ou très mal informé	48,4	49,4	49,3	32,4	

*** : p < 0,001 ; ** : p < 0,01 ; * : p < 0,05 ; ns : non significatif.

SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES RISQUES LIÉS AUX UV SOLAIRES ET AUX CABINES UV

En général, plus de la moitié (56,2 %) des personnes interrogées et âgées de 15 à 75 ans indiquent se sentir plutôt « bien informées » sur les risques de cancer. Toutefois, près de 1 personne sur 4 (25,5 %) estime être plutôt « mal informée » sur les risques de cancer.

Pour ce qui concerne tout particulièrement les risques cancérogènes liés à l'exposition au soleil, près de 80,3 % des 15-75 ans ont le sentiment d'être « très bien » (24,7 %) ou « plutôt bien » (55,5 %) informés sur ce risque. Il est mis en évidence une différence entre les hommes et les femmes : les femmes se déclarant significativement être davantage « très bien informées » que les hommes (respectivement, 27,4 % vs 22,0 % ; p < 0,05) (Figure 2a).

Près de 47,9 % des 15-75 ans ont le sentiment d'être « très bien » (13,3 %) ou « plutôt bien » (34,6 %) informés sur les risques cancérogènes liés à l'exposition aux cabines UV.

Une différence significative est également observée entre les hommes et les femmes : les femmes se déclarant davantage « très bien informées » que les hommes (respectivement, 16,0 % vs 10,6 % ; p < 0,05) (Figure 2b).

Le sentiment d'information est variable en fonction de la couleur de peau. Les personnes ayant une peau claire à mate se sentent significativement plus « bien informées » que les personnes à peau foncée ou noire sur les risques de cancer liés à l'exposition au soleil et moins « bien informées » sur les risques de cancer liés aux UV artificiels (Tableau 4).

En 2010 et 2015, il existait un écart significatif entre les hommes et les femmes sur le sentiment d'être « bien informé » sur les risques de cancer liés à l'exposition au soleil parmi les personnes n'ayant jamais eu de cancer (Tableau 6). Le sentiment d'être « bien informé » était supérieur chez les femmes avec un écart de cinq points. Si cette différence existait toujours en 2015, elle n'est plus observée en 2021.

TABLEAU 5 TENDANCES DE LA PERCEPTION DU RISQUE CANCÉROGÈNE DES UV NATURELS ET DES CABINES UV PARMIS LES PERSONNES N'AYANT JAMAIS EU DE CANCER

	Année d'enquête				P
	2005 (%)	2010 (%)	2015 (%)	2021 (%)	
S'exposer au soleil sans protéger sa peau					
Ensemble					ns
● Certainement et probablement	96,9	96,6	96,0	95,5	
● Certainement et probablement pas	3,1	3,4	4,0	4,5	
Hommes					ns
● Certainement et probablement	96,9	96,6	96,0	95,5	
● Certainement et probablement pas	3,1	3,4	4,0	4,5	
Femmes					ns
● Certainement et probablement	97,6	97,5	96,8	97,1	
● Certainement et probablement pas	2,4	2,5	3,2	2,9	
Avoir recours aux cabines UV					
Ensemble					*
● Certainement et probablement	nd	89,2	91,6	90,9	
● Certainement et probablement pas	nd	10,8	8,4	9,1	
Hommes					ns
● Certainement et probablement	nd	90,5	93,2	91,4	
● Certainement et probablement pas	nd	9,5	6,8	8,6	
Femmes					ns
● Certainement et probablement	nd	87,9	90,0	90,5	
● Certainement et probablement pas	nd	12,1	10,0	9,5	

nd : non disponible (question non posée en 2005).

***: p < 0,001 ; **: p < 0,01 ; *: p < 0,05 ; ns : non significatif.

N.B. : L'analyse des tendances pour les questions historiques porte sur la population des personnes âgées de 15 à 75 ans n'étant pas traitées ou n'ayant pas été traitées pour un cancer. De ce fait, les pourcentages indiqués pour l'année 2021 peuvent légèrement varier.

FIGURE 2 SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES RISQUES POTENTIELS DE CANCER LIÉS AUX EXPOSITIONS (A) AU SOLEIL OU (B) AUX UV ARTIFICIELS CHEZ LES 15-75 ANS (N = 4 595)

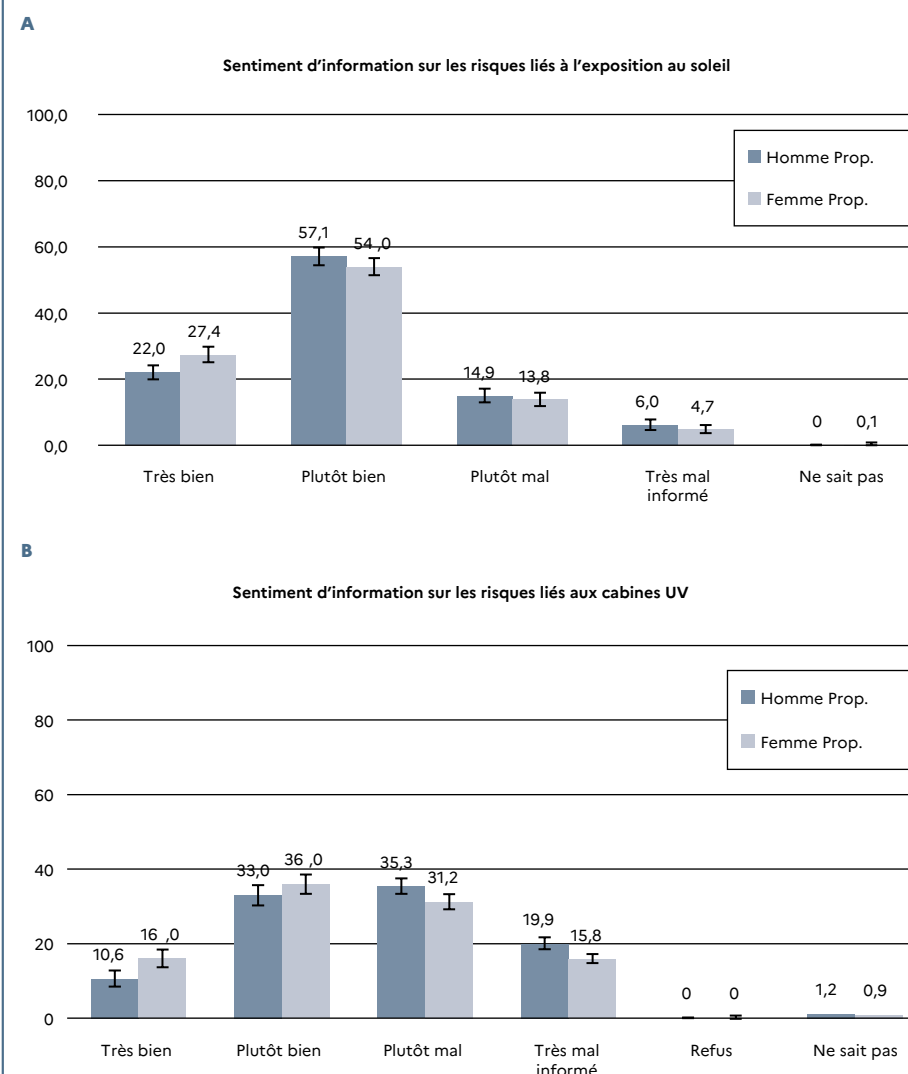


TABLEAU 6 ÉVOLUTION DU SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES RISQUES DE CANCER PARMIS LES PERSONNES N'AYANT PAS ÉTÉ TRAITÉES POUR UN CANCER

	Année d'enquête				p
	2005 (%)	2010 (%)	2015 (%)	2021 (%)	
Sentiment d'information sur les risques de cancer liés à l'exposition au soleil					
Ensemble					**
● Mal informé	nd	18,6	16,2	20,0	
● Bien informé	nd	81,4	83,8	80,0	
Hommes					ns
● Mal informé	nd	21,1	18,7	20,9	
● Bien informé	nd	78,9	81,3	79,1	
Femmes					**
● Mal informé	nd	16,3	13,7	19,0	
● Bien informé	nd	83,7	86,3	81,0	
Sentiment d'information sur les risques de cancer liés aux UV artificiels					
Ensemble					*
● Mal informé	nd	51,8	55,0	51,7	
● Bien informé	nd	48,2	45,0	48,3	
Hommes					ns
● Mal informé	nd	55,4	59,5	55,9	
● Bien informé	nd	44,6	40,5	44,1	
Femmes					ns
● Mal informé	nd	48,3	50,5	47,6	
● Bien informé	nd	51,7	49,5	52,4	

nd : non disponible (question non posée en 2005).

*** : p < 0,001 ; ** : p < 0,01 ; * : p < 0,05 ; ns : non significatif.

N.B. : L'analyse des tendances pour les questions historiques porte sur la population des personnes âgées de 15 à 75 ans n'étant pas traitées ou n'ayant pas été traitées pour un cancer. De ce fait, les pourcentages indiqués pour l'année 2021 peuvent légèrement varier.

Pour le sentiment d'être « bien informé » sur les risques de cancer liés aux cabines UV, il est observé une différence significative selon le sexe (Tableau 6) : les femmes indiquant davantage se sentir « bien informées » par rapport

aux hommes. Cette différence est observée à chaque édition de l'enquête. La proportion du sentiment d'être « bien informé » sur les risques de cancer liés aux cabines UV est relativement stable sur les trois années d'enquêtes.

Si l'indice UV est relativement bien connu, la plupart des personnes interrogées n'y prêtent pas attention

Pour la première fois dans le Baromètre Cancer 2021, une question portait sur le fait d'avoir déjà vu l'indice UV dans un bulletin météo ou une application météo. Cette question n'a été posée qu'à un sous-échantillon d'enquêtés (N = 2 303). Parmi les 15-75 ans, près de 7 personnes sur 10 (69,5 %) indiquent avoir « déjà vu l'indice UV dans certains bulletins ou applis météo » mais la plupart n'y prêtent pas attention (38,7 %), et plus particulièrement les hommes (42,6 % vs 34,9 % chez les femmes ; p < 0,01).

LES PERCEPTIONS DE MESURES SUPPOSÉES DE PROTECTION

Plus de 9 personnes sur 10 (93,3 %) parmi les personnes interrogées et âgées de 15 à 75 ans indiquent, à raison, n'être « plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord » sur le fait que « mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée ». Il est observé une différence significative selon le genre (Figure 3a) : significativement plus de femmes ne sont « pas du tout d'accord » ou « pas d'accord » avec cette allégation par rapport aux hommes (96,2 % vs 91,1 %, respectivement ; p < 0,01). Cette différence est notamment retrouvée pour la réponse « pas du tout d'accord » (79,9 % chez les femmes vs 43,3 %, chez les hommes ; p < 0,01) alors que les hommes se disent significativement « plutôt pas d'accord » (23,8 % vs 15,7 %, chez les femmes ; p < 0,01). En parallèle, les hommes se disent trois fois plus « tout à fait » d'accord avec cette affirmation par rapport aux femmes (1,3 % vs 3,9 % chez les hommes ; p < 0,01).

Près de 3 personnes sur 4 (75,0 %) parmi les personnes interrogées et âgées de 15 à 75 ans indiquent, à raison, n'être « plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord » sur le fait que « faire des UV avant les vacances permet de préparer sa peau pour se protéger des coups de soleil ». Si une différence significative est observée entre les hommes et les femmes, elle réside entre les modalités « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord » (Figure 3b) : les femmes étant significativement davantage à être « pas du tout d'accord » que les hommes (respectivement, 48,5 % vs 43,3 % ; p < 0,05) et les hommes étant significativement davantage à être « plutôt pas d'accord » que les femmes (32,0 % vs 26,3 %, respectivement ; p < 0,05).

Parmi les personnes n'ayant jamais eu de cancer, il est observé une diminution significative de la proportion de personnes étant « d'accord » que « mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée » (Tableau 7), passant de 8,5 % en 2010 à 6,5 % en 2021 (p < 0,001). Cette diminution est uniquement retrouvée

parmi les femmes : de 6,3 % en 2010 à 4,1 % en 2021 (p < 0,01). Alors que pour la croyance « faire des UV avant les vacances permet de préparer sa peau pour se protéger des coups de soleil », il n'est pas observé d'évolution au cours des quatre enquêtes (2005, 2010, 2015, 2021) que ce soit chez les hommes ou les femmes.

CONNAISSANCES RELATIVES À LA VITAMINE D

Un quart (25,7 %) des personnes interrogées et âgées entre 15 et 75 ans indique connaître combien de temps par jour il est nécessaire de s'exposer au soleil pour avoir assez de vitamine D. Les femmes déclarent davantage connaître ce temps par rapport aux hommes (28,6 % chez les femmes vs 22,7 % chez les hommes ; p < 0,001).

Parmi les personnes indiquant connaître la durée nécessaire d'exposition au soleil par jour pour avoir assez de vitamine D, 14,6 % d'entre elles indiquent qu'une exposition de moins de 15 minutes par jour au soleil en été de la peau du visage et des mains est nécessaire pour avoir assez de vitamine D comme cela est recommandé par l'OMS (25). Les hommes ont tendance à indiquer des durées plus longues que les femmes (Figure 4). Plus de la moitié des femmes (52,2 % vs 41,8 % chez les hommes ; p < 0,001) estiment cette durée d'exposition entre 15 et 30 minutes. L'analyse en fonction de la couleur de peau (en regroupant les six modalités deux à deux) ne met pas en évidence de différence significative de la durée d'exposition au soleil nécessaire par jour pour avoir assez de vitamine D.

LES UV ARTIFICIELS DES CABINES DE BRONZAGE

Si 76,7 % des 15-75 ans estiment, à raison, que les UV en cabine de bronzage ne sont pas moins nocifs que le soleil, moins de la moitié le fait de façon très affirmative (48,7 % de « Non, pas du tout »). Par ailleurs, il est observé que 20,2 % des 15-75 ans estiment, à tort, que les UV en cabine de bronzage sont moins nocifs que le soleil. Pour cette

FIGURE 3
CROYANCES SUR CERTAINS RISQUES LIÉS AU SOLEIL, PARMIS LES 15-75 ANS (N = 4 595)

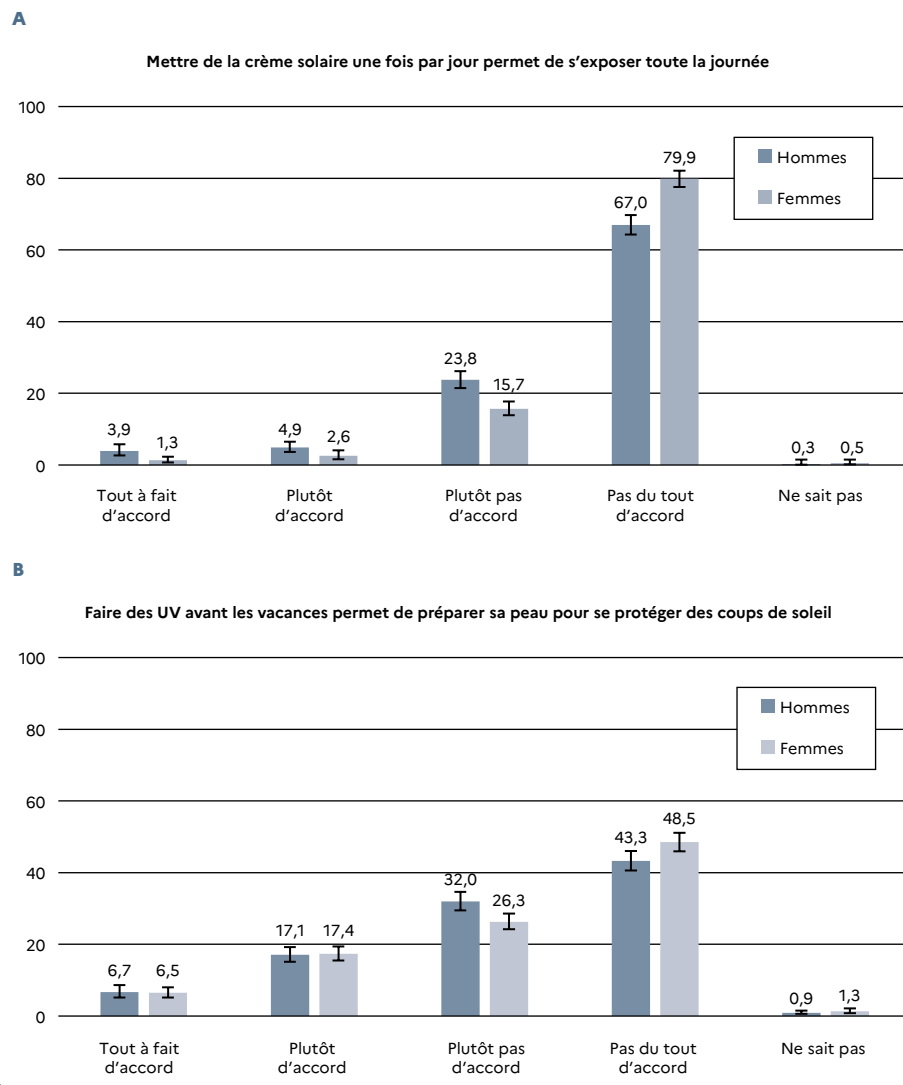


TABLEAU 7 ÉVOLUTIONS DES CROYANCES ENTRE 2005, 2010, 2015 ET 2021 CHEZ LES 15-75 ANS N'AYANT JAMAIS EU DE CANCER

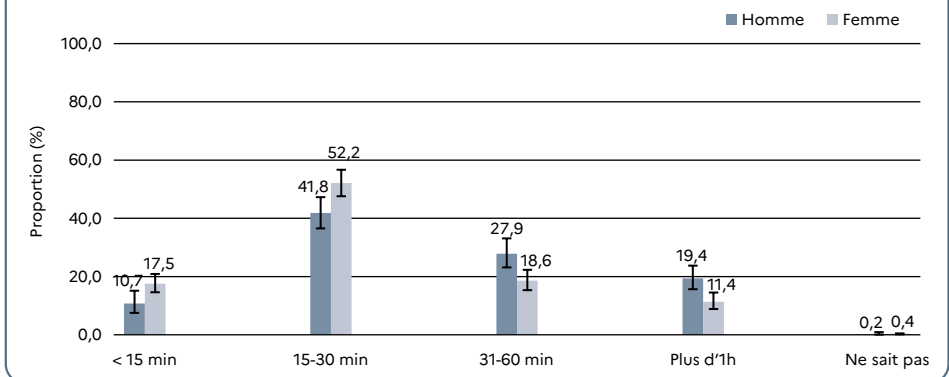
	Année d'enquête				p
	2005 (%)	2010 (%)	2015 (%)	2021 (%)	
Mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer toute la journée					
Ensemble					**
● Pas d'accord	nd	91,5	90,6	93,5	
● D'accord	nd	8,5	9,4	6,5	
Hommes					
● Pas d'accord	nd	89,1	88,0	91,1	ns
● D'accord	nd	10,9	12,0	8,9	
Femmes					
● Pas d'accord	nd	93,7	93,3	95,9	*
● D'accord	nd	6,3	6,7	4,1	
Faire des UV avant les vacances permet de préparer sa peau pour se protéger du soleil					
Ensemble					ns
● Pas d'accord	73,2	75,9	76,1	76,1	
● D'accord	26,8	24,1	23,9	23,9	
Hommes					
● Pas d'accord	74,2	76,7	77,9	75,9	ns
● D'accord	25,8	23,3	22,1	24,1	
Femmes					
● Pas d'accord	72,3	75,1	74,3	76,2	ns
● D'accord	27,7	24,9	25,7	23,8	

nd : non disponible (question non posée en 2005).

***: p < 0,001 ; **: p < 0,01 ; *: p < 0,05 ; ns : non significatif.

N.B. : L'analyse des tendances pour les questions historiques porte sur la population des personnes âgées de 15 à 75 ans n'étant pas traitées ou n'ayant pas été traitées pour un cancer. De ce fait, les pourcentages indiqués pour l'année 2021 peuvent légèrement varier.

FIGURE 4
TEMPS ESTIMÉ PAR JOUR À S'EXPOSER AU SOLEIL EN ÉTÉ LA PEAU DU VISAGE ET DES MAINS POUR AVOIR ASSEZ DE VITAMINE D (N = 1 311)



connaissance, il n'est pas observé de différence entre les hommes et les femmes ou de différences significatives entre ceux ayant fait des UV au cours de la vie ou au cours des 12 derniers mois.

Près de trois fois plus de femmes âgées de 15 à 75 ans déclarent avoir fait des UV au cours de leur vie que les hommes (7,9 % vs 22,2 % chez les femmes ; $p < 0,001$). Il est retrouvé que 1,2 % des usagers sont mineurs. Parmi ceux ayant fait des UV artificiels au cours de leur vie, 6,8 % déclarent s'y être exposés au cours des 12 derniers mois, sans aucun mineur parmi ceux-ci et sans différence entre les hommes et les femmes.

Depuis 2010, la proportion d'usagers d'UV en cabine au cours de la vie est stable et varie entre 13,4 % en 2010 et 15,2 % en 2021 (Tableau 8) avec un usage près de trois fois supérieur parmi les femmes par rapport aux hommes. En parallèle, la proportion d'usagers d'UV en cabine au cours des 12 derniers mois

a diminué significativement entre 2010 et 2021, passant ainsi de 3,5 % à 1,1 % ($p < 0,001$). La diminution mise en évidence depuis 2010 est retrouvée tant chez les hommes que chez les femmes (Tableau 8) avec un sex-ratio H/F passant de 0,4 en 2010 à 0,3 en 2021.

Pour la première fois dans le Baromètre cancer 2021, une question portait sur une potentielle évolution de la législation des cabines UV. Cette question n'a porté que sur un sous-échantillon d'enquêtés ($N = 1\,151$). Si pour un peu plus de la moitié (51,1 %) de cet échantillon, la réglementation actuelle (interdiction d'usage chez les mineurs) est satisfaisante, les personnes qui souhaitent une évolution sont davantage à s'orienter vers un usage des cabines UV qui « [devrait] être interdit, y compris aux personnes de 18 ans ou plus » (37,9 %) plutôt que vers un usage qui « [devrait] être autorisées à tout le monde quel que soit l'âge » (7,3 %).

TABLEAU 8 ÉVOLUTIONS DE L'USAGE DES UV EN CABINES

	Année d'enquête				P
	2005 (%)	2010 (%)	2015 (%)	2021 (%)	
A fait des UV au cours de la vie					
● Ensemble	nd	13,4	14,0	15,2	ns
● Hommes	nd	7,1	7,1	8,1	ns
● Femmes	nd	19,4	20,8	22,3	ns
A fait des UV au cours des 12 derniers mois					
● Ensemble	nd	3,5	1,6	1,1	***
● Hommes	nd	2,0	0,8	0,5	***
● Femmes	nd	5,0	2,4	1,7	***

nd : non disponible (question non posée en 2005).

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$; ns : non significatif.

N.B. : L'analyse des tendances pour les questions historiques porte sur la population des personnes âgées de 15 à 75 ans n'étant pas traitées ou n'ayant pas été traitées pour un cancer. De ce fait, les pourcentages indiqués pour l'année 2021 peuvent légèrement varier.

DISCUSSION

Les cancers cutanés ne sont pas cités, à raison, comme les plus graves et ils sont peu craints. Néanmoins, la proportion de répondants indiquant avoir été traités ou étant traités en 2021 pour un cancer cutané (0,7 % des 15-75 ans) met en évidence à quel point ce cancer est fréquent : presque autant de personnes ont indiqué avoir un cancer cutané qu'un cancer colorectal ou de la prostate. Les données françaises disponibles dans le département du Doubs peuvent faire supposer d'une telle fréquence en France métropolitaine. En effet, dans ce département, l'ensemble des cancers cutanés représente près de 30 % des cancers incidents (26). Sur la base de l'incidence nationale des mélanomes cutanés en 2018 (8) qui estime près de 15 500 nouveaux cas en France métropolitaine, il peut être estimé près de 170 500 cancers de la peau en France. Ainsi, les cancers cutanés représenteraient le cancer le plus incident en France devant le cancer du sein, de la prostate, du poumon ou le cancer colorectal.

Concernant le dépistage précoce des mélanomes cutanés par autosurveillance, une faible majorité (48,5 %) des personnes interrogées seraient inquiètes pour l'ensemble des cinq critères de la règle ABCDE. Cette règle semble moins connue des hommes. Les grains de beauté apparaissent dans l'enfance, se développent au cours de la vie et peuvent survenir jusqu'à l'âge de 30 ans environ (27). Ces nouveaux grains de beauté dépendent notamment des expositions précédentes aux UV ; plus les grains de beauté apparaissent, plus l'exposition passée aux UV a été importante, et, de fait, plus le risque de cancers cutanés augmente. Ainsi, la connaissance et la diffusion de cette règle d'autosurveillance semble actuellement partiellement acquise, notamment chez les hommes et mériterait d'être davantage connue de tous.

Déjà bien connues en 2005, la quasi-totalité des enquêtés (plus de 9 personnes sur 10, 95,7 %) a la conviction que les expositions au

soleil sont une cause « certaine » ou « probable » des cancers de la peau. Néanmoins seuls deux tiers des personnes en sont « certaines » alors qu'il s'agit d'un cancérogène avéré pour le CIRC (5). De plus, les UV ou le soleil sont peu cités spontanément parmi les principales causes de cancer.

Malgré le sentiment de se sentir bien informé sur les risques de cancer liés aux expositions solaires déclaré par une majorité des personnes interrogées, il est néanmoins observé que près d'un quart des personnes interrogées disent connaître le temps nécessaire par jour pour s'exposer au soleil afin d'avoir un niveau de vitamine D satisfaisant. Parmi elles, la plupart indiquent une durée bien supérieure aux recommandations : pour une majorité d'entre-elles, la durée d'exposition est de 15 minutes à plus d'une heure. Or, une sortie quotidienne de 10 à 15 minutes au printemps ou en été sans se protéger suffit, dans la plupart des cas, pour produire une quantité suffisante de vitamine D (25). Si l'étude Nutrinet atteste que la population française semble bien identifier l'exposition au soleil comme une source de vitamine D (28), la durée d'exposition semble mal connue. Cette méconnaissance pourrait induire une surexposition en raison d'une surestimation dans la perception de la durée nécessaire par crainte d'une carence en vitamine D pourtant relativement peu fréquente en France (29).

Par ailleurs, il est observé que plus des deux tiers des personnes de moins de 50 ans ont indiqué avoir bronzé en 2020. Or, le bronzage, avec ou sans coup de soleil, est le signe d'une exposition excessive aux UV (30). En effet, il s'agit d'une réaction de l'organisme pour se protéger des lésions qui sont survenues notamment au niveau de l'ADN. D'ailleurs, l'OMS a intégré le bronzage en tant qu'anomalie acquise de la couleur de la peau dans la nouvelle version de 2022 de la Classification internationale des maladies (CIM-11, « suntan », en anglais avec le code

ED60.00). Le fait que le bronzage atteste des dommages des UV au niveau de la peau ne semble pas suffisamment connu par la population du fait, peut-être que ce message n'est pas porté à la connaissance de la population lors des campagnes malgré les recommandations de 2020 du HCSP (24). À l'international, ce message est dorénavant intégré dans les programmes de prévention des cancers cutanés avec la consultation de l'indice UV et la préconisation des moyens de protections à l'instar du programme SunSmart en Australie qui a démontré son efficacité (31). Ce programme fait appel à des changements structurels et environnementaux ainsi qu'à des modifications législatives et à l'éducation par les médias pour diffuser et promouvoir son message. Il est non seulement mené en milieu scolaire mais aussi dans les lieux de loisirs pour les enfants et sur les lieux de travail (32). Au Royaume-Uni, la campagne « *Own Your Tone* »¹, conduite par *UK-Cancer Research* (33), tout comme la campagne « *On ne gagne rien à bronzer* » (34) au Canada ont été élaborées à l'attention des adolescents et des jeunes adultes afin de promouvoir le teint naturel.

Cette nouvelle édition du Baromètre cancer montre que les UV artificiels sont moins perçus comme cancérigènes que les UV solaires, et ce, avec moins de certitude, alors que le CIRC les classe avec les UV solaires parmi les cancérigènes avérés (5). De même, les personnes interrogées indiquent se sentir moins bien informées sur les risques de cancer liés aux UV artificiels que sur ceux liés à l'exposition au soleil. Par ailleurs, la croyance que « faire des UV avant les vacances permet

de préparer sa peau pour se protéger du soleil » ne faiblit pas par rapport à ce qui était observé lors des éditions antérieures.

L'usage des UV en cabines au cours de sa vie reste stable depuis 2010 (13,4 % vs 15,2 % en 2021) alors que celui au cours des 12 derniers mois est en net recul (passant de 3,5 % en 2010 à 1,0 % en 2021). Cette dernière information est encourageante mais ne modifie pas la part attribuable des mélanomes cutanés dus à l'exposition aux UV artificiels du fait de la stabilité de l'exposition vie entière prise en compte pour de telles estimations (9). Par ailleurs, les personnes interrogées sur une éventuelle évolution de la réglementation indiquent préférentiellement une interdiction à tous comme cela est préconisé par certaines agences internationales (35-36) ou françaises depuis 2012 (37-38).

Il faut noter que pour cette édition, seule la question de la couleur de peau sans bronzage a été posée afin d'approcher le phototype des personnes. Il s'agit d'une déclaration sans possibilité de repère visuel pour la personne questionnée et sans aide de l'enquêteur puisque la passation du questionnaire se fait par téléphone. Plus de la moitié des répondants déclarent avoir « une peau claire », « assez claire » ou « légèrement mate » sans bronzage. Ainsi, il pourrait y avoir un biais sur la déclaration. La couleur de peau reste l'un des paramètres essentiels pour déterminer le phototype de la personne et donc son niveau de risque de cancers de la peau : plus la peau est claire ou blanche, plus le risque est augmenté.

CONCLUSION

Si le risque cancérigène des UV solaires est plutôt bien connu de la population étudiée, il n'en demeure pas moins que des connaissances nécessiteraient d'être consolidées et complétées comme, par exemple, la méconnaissance du temps d'exposition au soleil nécessaire pour avoir suffisamment de vitamine D. De plus, la perception du risque cancérigène des UV naturels et des cabines UV n'évolue pas entre 2005 et 2021. Il est par ailleurs important d'augmenter la littératie en santé vis-à-vis des UV, notamment grâce à des campagnes d'information déconstruisant certaines fausses croyances comme celles relatives au bronzage perçu

à tort comme bénéfique pour la santé. Les résultats de cette nouvelle édition du Baromètre cancer encouragent à poursuivre les efforts de prévention pour la réduction de l'exposition aux UV naturels et artificiels, tant au niveau individuel par la diffusion de messages au plus près des populations cibles et à des moments clés tel que le printemps en amont de l'été, qu'au niveau collectif avec par exemple des aménagements (zones ombragées au sein des villes, écoles, vitrage avec filtre UV...), qu'en impliquant les professionnels relais (milieu scolaire ou périscolaire, associations, professionnels de santé...).

Rellecteurs

Florence COUSSON-GÉLIE, Professeure des Universités, Directrice scientifique d'Épidaure, département prévention de l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM), Université Paul-Valéry Montpellier 3
 Karine GALLOPEL-MORVAN, Professeure des Universités (Marketing social), École des Hautes Études en Santé publique, ARENES (UMR CNRS 6051) et unité INSERM U1309
 Marie-Ève ROUGE BUGAT, Professeure des Universités, département universitaire de Médecine générale, Faculté de Médecine Rangueil – Université Paul Sabatier Toulouse III
 Florence DE MARIA, Responsable de l'unité Cancer Direction des maladies non transmissibles et traumatismes, Santé publique France

Liens d'intérêts : aucun lien d'intérêt déclaré.

1. Proposition de traduction : « Garder votre teint naturel ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS, OMM, PNUe et ICNIRP. Indice universel de rayonnement UV solaire : guide pratique. 1992. 32p. WHO/SDE/OEH/02,2 [Disponible sur : [L'indice universel de rayonnement UV solaire \(who.int\)](https://www.who.int), consulté le 13/10/2022]
2. CIRC. Code européen contre le cancer. 12 façons de réduire votre risque de cancer. Exposition au soleil/aux UV : À partir de quand parle-t-on d'exposition trop importante au soleil ? [Disponible sur : [Code européen contre le cancer – À partir de quand parle-t-on d'exposition trop importante au soleil ? \(iacr.fr\)](https://www.who.int), consulté le 13/10/2022]
3. OMS. Les effets connus des UV sur la santé. 2017 [Disponible sur : [Les effets connus des UV sur la santé \(who.int\)](https://www.who.int), consulté le 13/10/2022]
4. CIRC. Code européen contre le cancer. 12 façons de réduire votre risque de cancer. Exposition au soleil/aux UV : Existe-t-il un « bronzage sain » ? [Disponible sur : [Code européen contre le cancer – Existe-t-il un « bronzage sain » ? \(iacr.fr\)](https://www.who.int), consulté le 13/10/2022]
5. CIRC. A review of human carcinogens. D. Radiation. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Solar and UV Radiation. IARC Monogr 2012 ; 100:35–101 (D)
6. Cancer Research UK 2022. Statistics by cancer type, Cancer Research UK. [Disponible sur : <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/non-melanoma-skin-cancer>, consulté le 13/03/2022]
7. Cancer in Germany -2015/2016. Berlin: Robert Koch Institute ; 2020. [Disponible sur : https://www.krebsdaten.de/Krebs/EN/Content/Publications/Cancer_in_Germany/cancer_in_germany_node.html, consulté le 13/03/2022]
8. Defossez G et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 – volume 1 : Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. 2019. 372 p.
9. Arnold M, Kvaskoff M, Thuret A, Guénel P, Bray F, Soerjomataram I. Cutaneous melanoma in France in 2015 attributable to solar ultraviolet radiation and the use of sunbeds. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. doi:10.1111/jdv.15022
10. Kæster B, Thorgaard C, Philip A, Clemmensen IH. Prevalence of sunburn and sun-related behaviour in the Danish population: a cross-sectional study *Scand J Public Health*. 2010 Jul;38(5):548-52. doi:10.1177/1403494810371250.
11. Ménard C, Thuret A. Baromètre cancer 2015. Ultraviolets, naturels ou artificiels. Connaissances, croyances et pratiques de la population en 2015. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 46 p.
12. Holman DM, Ding H, Guy GP, Jr, Watson M., Hartman AM, Perna FM. Prevalence of Sun Protection Use and Sunburn and Association of Demographic and Behavioral Characteristics With Sunburn Among US Adults. *JAMA Dermatol*. 2018 May ; 154(5): 561–568 doi:10.1001/jamadermatol.2018.0028
13. Shoemaker ML, Berkowitz Z, Watson M. Intentional outdoor tanning in the United States: Results from the 2015 Summer ConsumerStyles survey. *Prev. Med.* 2017, 101, 137–141
14. Haluza D, Simic S, Moshammer H. Sun Exposure Prevalence and Associated Skin Health Habits: Results from the Austrian Population-Based UVSkinRisk Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016, 13, 141
15. Diehl K, Breitbart EW, Greinert R, Hillhouse J, Stapleton JL, Görig T. Nationwide Analysis on Intentional Indoor and Outdoor Tanning: Prevalence and Correlates. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct ; 19(19): 12309. doi:10.3390/ijerph191912309
16. Lana, A., G. Faya-Ornia, and M. L. Lopez. "Impact of a Web-Based Intervention Supplemented with Text Messages to Improve Cancer Prevention Behaviors among Adolescents: Results from a Randomized Controlled Trial." *Prev Med*. 2014 ; 59 : 54-9
17. Sancho-Garnier H, Pereira B, Césarini P. A Cluster Randomized Trial to Evaluate a Health Education Programme "Living with Sun at School" *Int.J.Environ. Res. Public Health* 2012 ; 9 (7) : 2345-2361. <https://doi.org/10.3390/ijerph9072345>
18. Rennie LJ, Bazillier-Bruneau C, Rouëssé JJ. *Canc Educ* (2015) 30: 759. <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0773-0>
19. Guilbert Ph, Peretti-Watel P, Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2005. Saint-Denis : INPES ; 2006
20. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis : INPES ; 2012
21. Baromètre de Santé publique France 2021. Questionnaire/Volet métropole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022. 43 p.
22. Fitzpatrick, T.B. (1988) « The validity and practicality of sun reactive skin types I through VI », *Arch Dermatol*. 124 ; 869-71
23. HCSP. Recommandations sanitaires associées aux index UV. 2019 [Disponible sur : [Recommandations sanitaires associées aux index UV \(hcsp.fr\)](https://www.hcsp.fr), consulté le 13/10/2022].
24. HCSP. Recommandations sanitaires associées aux index UV (complément). 2020 [Disponible sur : [Recommandations sanitaires associées aux index UV \(complément\) \(hcsp.fr\)](https://www.hcsp.fr), consulté le 13/10/2022].
25. Code européen contre le cancer. 12 façons de réduire votre risque de cancer. Exposition au soleil/aux UV. Si je ne m'expose pas trop au soleil, dois-je m'inquiéter d'une carence en vitamine D ? [Disponible sur : <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/fr/12-facons/exposition-au-soleil-aux-uv/1237-si-je-ne-m-expose-pas-trop-au-soleil-dois-je-m-inquieter-d-une-carence-en-vitamine-d>, consulté le 19/10/2022]
26. Woronoff AS, Fournier E. Épidémiologie du cancer en Franche-Comté -Données observées par le Registre des tumeurs. 2017. 88 p.
27. British Association of Dermatologist. Melanocytic naevi (pigmented moles). [Disponible depuis : [Melanocytic naevi \(pigmented moles\) – BAD Patient Hub \(skinhealthinfo.org.uk\)](https://www.skinhealthinfo.org.uk), consulté le 23/11/2022]
28. Deschasaux M, Souberbielle JC, Partula V et al. What Do People Know and Believe about Vitamin D? *Nutrients*. 2016. 11 ; 8 (11) : 718. doi:10.3390/nu8110718
29. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Dosages biologiques : vitamines et minéraux. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 61 p [Disponible sur : [Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition \(Esteban 2014-2016\). Volet Nutrition. Chapitre Dosages biologiques : vitamines et minéraux \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr), consulté le 25/10/2022].
30. Code européen contre le cancer. 12 façons de réduire votre risque de cancer. Exposition au soleil/aux UV. Existe-t-il un « bronzage sain » ? [Disponible sur : [Code européen contre le cancer – Existe-t-il un « bronzage sain » ? \(iacr.fr\)](https://www.who.int), consulté le 19/10/2022]
31. Tabbakh T, Volkov A, Wakefield M, Dobbinson S (2019) Implementation of the SunSmart program and population sun protection behaviour in Melbourne, Australia: Results from cross-sectional summer surveys from 1987 to 2017. *PLoS Med* 16(10) : e1002932.
32. Cancer Council. Be SunSmart. [disponible sur : <https://www.cancer.org.au/cancer-information/causes-and-prevention/sun-safety/be-sunsmart>, consulté le 08/12/2022]
33. Cancer Research UK. Own your tone. [Disponible sur : [Own Your Tone | Cancer Research UK](https://www.cancer.org.uk), consulté le 17/10/2022].
34. Société canadienne du cancer. On ne gagne rien à bronzer [Disponible sur : [Accueil 2 – Miss UV](https://www.ccs.ca), consulté le 14/10/2022]
35. SCHEER (Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks). Opinion on Biological effects of ultraviolet radiation relevant to health with particular reference to sunbeds for cosmetic purposes. 2017. 102p [Disponible sur : [Biological effects of ultraviolet radiation relevant to health with particular reference to sunbeds for cosmetic purposes \(europa.eu\)](https://www.euro.who.int), consulté le 29/10/2022]
36. OMS. Artificial tanning devices: public health interventions to manage sunbeds. 2017. 42p [Disponible sur : [Artificial tanning devices: public health interventions to manage sunbeds \(who.int\)](https://www.who.int), consulté le 29/10/2022]
37. Anses. Les dangers du bronzage artificiel. Travaux et recommandations de l'Anses. 2018. [Disponible sur : [Les dangers du bronzage artificiel | Anses – Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail](https://www.anses.fr), consulté le 25/10/2022]
38. BEH. Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique. 2012 ; 18-19 : 203-222. [Disponible sur : [Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 23 mai 2012, n° 18-19 Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.bulletin-epidemiologiquehebdomadaire.santepubliquefrance.fr), consulté le 25/10/2022]

COMMENT CITER CE CHAPITRE

- Thuret A, Cervenka I, Faury S. Baromètre cancer 2021. Cancers et ultraviolets, naturels ou artificiels – Connaissances, croyances et pratiques. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, p. 138-163.

La très grande majorité des Français âgés
de **15 à 85 ans**,

91,8 %

perçoivent l'alimentation comme ayant
un rôle possible sur la survenue d'un cancer

Toutefois,

55,9 %

des répondants se sentent « très bien »
ou « plutôt bien » informés sur les risques
de cancers liés à l'alimentation

La perception des facteurs protecteurs ou de risques liés
à la nutrition a considérablement évolué depuis 2010 :

73,9 %

des Français perçoivent la
charcuterie comme un facteur
de risque de cancer, soit
26,5 points de plus qu'en 2010

62,9 %

des Français perçoivent la
viande rouge comme un facteur
de risque de cancer, soit
31,7 points de plus qu'en 2010

62,8 %

des Français perçoivent les fruits
et légumes comme un facteur
protecteur de cancer, soit
6,9 points de plus qu'en 2010

6 NUTRITION ET CANCER

Perception des facteurs
de risque et des facteurs
protecteurs

□ Résumé	166
□ Introduction	167
□ Méthode	169
□ Résultats	171
□ Discussion	188
□ Conclusion	194

- Kristopher **LAMORE**
- Iris **CERVENKA**
- Bernard **SROUR**
- Jérôme **FOUCAUD**

RÉSUMÉ

NUTRITION ET CANCER

Perception des facteurs de risque et des facteurs protecteurs

LA PERCEPTION DE LA NUTRITION COMME FACTEUR DE RISQUE DE CANCER : UN BAROMÈTRE EN ÉVOLUTION

L'alimentation déséquilibrée représente le troisième facteur de risque de cancer évitable. Ainsi, depuis 2010, le Baromètre cancer interroge les Français sur leurs perceptions des facteurs de risque et de protection des cancers liés à la nutrition. Pour une meilleure adéquation avec les connaissances et les pratiques, des questions sur de nouveaux groupes d'aliments (i.e., féculents complets, compléments alimentaires, aliments ultra-transformés, aliments bio et légumes secs) ont été rajoutées dans cette nouvelle édition afin d'évaluer leurs perceptions par la population. Les perceptions sur la pratique du jeûne et la consommation de compléments alimentaires étaient également questionnées pour la première fois.

UNE PERCEPTION PLUS IMPORTANTE DE L'ALIMENTATION COMME FACTEUR DE RISQUE

Parmi les 4 938 enquêtés interrogés, 91,8 % perçoivent l'alimentation comme jouant un rôle important sur le risque de développer un cancer. Ce résultat évolue significativement et positivement depuis 10 ans, soulignant une perception de plus en plus importante de ce facteur de risque par la population. Les risques associés à la consommation de charcuteries et de viandes rouges sont perçus par une majorité des participants (74,1 % et 62,4 % respectivement), de même que les bénéfices associés à la consommation de fruits et légumes (62,0 %). Pour ces différents groupes d'aliments, une évolution positive de, respectivement, 26,5,

31,7 et 6,9 points a été observée. Les aliments ultra-transformés sont également perçus par une grande majorité des participants (88,2 %) comme un facteur de risque de développer un cancer.

UNE PERCEPTION DES ALIMENTS PROTECTEURS DE CANCER À DÉVELOPPER

A contrario, les bénéfices associés à la consommation de féculents complets et de produits laitiers sont peu perçus (36,6 % et 12,7 %, respectivement), de même que les risques associés à la consommation de compléments alimentaires (33,6 %). La connaissance du caractère potentiellement protecteur de la consommation de produits laitiers s'améliore au fil des 10 dernières années (+13,8 points) même si elle demeure globalement faible. La consommation d'aliments bio et de légumes secs est, quant à elle, perçue en grande partie comme diminuant le risque de cancer ou comme sans influence sur ces risques. Ces perceptions varient en fonction de différents facteurs sociodémographiques comme le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle, le sentiment d'être informé sur les risques de cancers en lien avec l'alimentation et le risque perçu d'avoir un jour un cancer dans sa vie.

UNE MAJORITÉ DE RÉPONDANTS SE SENTENT BIEN INFORMÉS, MAIS...

Même si 55,9 % des enquêtés se sentent bien informés sur les liens entre alimentation et cancers, il apparaît important de continuer de sensibiliser la population sur les bénéfices et les risques pour la santé (et le cancer en particulier) associés à la consommation de certains aliments.

INTRODUCTION

L'ALIMENTATION JOUE UN RÔLE ESSENTIEL POUR LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES CANCERS

De nombreux facteurs peuvent être à l'origine du développement d'un cancer. Il est établi que 40 % des cancers sont évitables et la majorité de ces cancers est liée au mode de vie. L'alimentation et le surpoids représentent ainsi le troisième et le quatrième facteur de risque de cancers évitables, après le tabac et l'alcool (1,2). Plus particulièrement, près de 5,4 % des cancers sont liés à une alimentation déséquilibrée et 5,4 % à un surpoids (2). L'alimentation joue également un rôle clé dans le développement de différentes maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 ou l'obésité (3-5) avec des résultats d'études scientifiques formulant des conclusions en fonction des différents groupes d'aliments. Ce constat est connu de longue date, ainsi l'alimentation est au cœur des politiques de santé publique depuis plusieurs décennies.

En effet, en France, le Programme national nutrition santé (PNNS) définit depuis 2001 des objectifs qui ciblent la nutrition afin d'améliorer l'état de santé général de la population (6-10). La nutrition s'intéresse plus particulièrement aux liens entre l'alimentation et la santé, mais intègre également l'activité physique dans une perspective de santé publique (10). Avoir une alimentation équilibrée et des niveaux suffisants d'activité physique pourrait contribuer à l'accomplissement d'un meilleur état de santé (10). A contrario, une alimentation qui s'éloigne des recommandations officielles ou un niveau insuffisant d'activité physique pourraient représenter des facteurs de risque pour un ensemble de maladies (10). Le cancer reste notamment la première cause de mortalité prématurée en France (11,12). Son incidence

pourrait être réduite en améliorant, entre autres, les pratiques alimentaires et d'activité physique de la population. À travers les actions du PNNS, mais aussi du Plan cancer 2014-2019 (13) et de la stratégie décennale de lutte contre les cancers [14], la France met en place une politique volontariste en la matière. Cette politique porte aussi bien sur les stratégies de prévention et de promotion de la santé que de recherche.

NUTRITION ET CANCER : PLUS D'UN SIÈCLE DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Les liens entre nutrition et cancer sont étudiés depuis les années 1900. Les premières études ont été réalisées chez des animaux et ont identifié la nutrition comme étant un facteur pouvant expliquer le développement d'un cancer (15,16). Chez l'être humain, des études épidémiologiques s'y sont intéressées dès les années 1970 notamment sur l'incidence des cancers colorectaux dans différents pays en fonction de la consommation de viande rouge (17). Dans certains cas, les travaux réalisés ont contribué à la formulation de recommandations internationales (18) ou nationales (19) en matière de prévention en santé, et des cancers. Plusieurs ont fait l'objet de campagnes nationales (e.g., « Manger bouger ») qui ont pu contribuer à sensibiliser le grand public sur l'importance d'une alimentation équilibrée. À l'international, le troisième rapport du World Cancer Research Fund (WCRF) et de l'American Institute for Cancer Research (AICR) publié en 2018 (18) présente ces liens entre nutrition et cancers avec des niveaux de preuves¹ (convaincant, probable, limité ou substantiel). Selon le WCRF, l'alcool, la viande rouge, les charcuteries, et les compléments alimentaires à base de bêta-carotène à forte dose augmentent le risque de cancer avec

1. Le mot « preuve » est utilisé dans ce chapitre en référence au rapport du WCRF et AICR (18) qui utilise ce terme. Les conclusions formulées dans ce rapport utilisent une approche par niveau de preuve basée sur l'accumulation des études épidémiologiques ayant des résultats similaires. Notons également que les termes « niveaux de preuves » ne sont pas employés de la même manière en fonction des organisations nationales ou internationales.

un niveau de preuve convaincant ou probable. A contrario, des niveaux de preuve convaincants ou probables pour une réduction du risque de développer un cancer ont été retrouvés pour les fruits et légumes, les céréales complètes et les aliments riches en fibres alimentaires (tous regroupés), ainsi que les produits laitiers. Pour d'autres facteurs, comme les viandes blanches et les légumes secs (e.g., lentilles, haricots, pois chiches), les niveaux de preuves ne sont pas suffisants à l'heure actuelle pour formuler des conclusions. Les monographies du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'Organisation mondiale de la santé (20) constituent également un support pour des repères sur les facteurs environnementaux susceptibles d'accroître le risque de cancer chez l'humain, dans le cadre d'expositions professionnelles, environnementales ou comportementales, dont les facteurs nutritionnels (viande rouge, charcuterie, éthanol, par exemple).

Enfin, des recherches conduites en France ces dernières années ont exploré les relations entre cancers et certains facteurs « émergents », comme les aliments ultra-transformés (21), les aliments issus de l'agriculture biologique (22), le jeûne et les régimes restrictifs (23), ou encore les « rythmes circadiens nutritionnels »² (24). L'opinion publique s'est souvent intéressée à ces questions, qui ont été largement médiatisées. En revanche, même si des associations ont été suggérées entre certains de ces facteurs et le risque de cancer dans des études de cohorte (21-24), les études existantes ne sont pas suffisantes pour établir des recommandations.

QUELLES PERCEPTIONS DE LA NUTRITION EN LIEN AVEC LE CANCER EN 2021 ?

Comme cela a pu être indiqué dans la littérature scientifique, le développement des comportements alimentaires et de la pratique d'activité physique, protecteurs de santé, favoriserait la diminution du risque de cancers (25,26). L'adoption de comportements de santé dépend d'un nombre important de facteurs, tels que les niveaux de connaissances, le milieu socioéconomique, les attitudes des individus ou l'environnement dans lequel la personne évolue (27-30). Un des leviers d'action reste toutefois une meilleure perception des facteurs nutritionnels potentiellement protecteurs et délétères associés à la survenue du cancer (31,32). Au niveau international, quelques enquêtes se sont notamment intéressées aux perceptions des facteurs de risque et de protection des cancers liés à la nutrition (33-35). Celles-ci ont ainsi identifié des pistes d'action pour sensibiliser davantage leurs populations sur les facteurs de risques et de protection des cancers.

Dans l'Hexagone, depuis 2010, le Baromètre cancer de l'Institut national du cancer (INCa) et de Santé publique France (SpF) interroge les Français tous les cinq ans sur leurs perceptions des facteurs de risque et de protection des cancers liés à la nutrition (36,37). Ce travail est réalisé avec une double perspective : faire un état des perceptions de la population française et analyser l'évolution de ces perceptions. À ce titre, le Baromètre cancer est l'une des rares études en France, sur le champ du cancer, à avoir un tel objectif. Ce chapitre vise à présenter les résultats de l'enquête réalisée en 2021 et à décrire l'évolution de ces perceptions depuis 2010.

2. Les rythmes circadiens correspondent au rythme biologique de chacun, basé sur 24 heures, qui régissent certains processus physiologiques comme le sommeil et l'alimentation. Il est entendu par « rythmes circadiens nutritionnels », les patterns de comportements nutritionnels définis par les heures de prises alimentaires et la durée du jeûne nocturne.

MÉTHODE

La méthodologie utilisée pour réaliser l'enquête et le questionnaire utilisé sont présentés dans des parties dédiées de cet ouvrage.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les données traitées dans ce chapitre sont issues des Baromètres cancer 2010, 2015 et 2021. En 2021, l'enquête a été réalisée entre avril et août auprès de 4 938 personnes âgées de 15 à 85 ans³.

COMPARAISONS 2010-2015-2021

Dans les éditions 2010 et 2015, les personnes en cours de traitement pour un cancer ou ayant eu un cancer n'ont pas été interrogées sur la nutrition et le cancer, et en 2010, ces questions n'ont également pas été posées aux plus de 75 ans. Les réponses de ces personnes n'ont donc pas été prises en compte dans les comparaisons de cette nouvelle édition. Au total, 3 243 et 3 508 individus ont été interrogés en 2010 et en 2015. Seules les questions communes aux différentes années ont été exploitées pour ces comparaisons⁴.

VARIABLES

Différentes questions descriptives ont été posées aux participants, permettant de recueillir des informations sur leur âge, sexe, niveau d'études, statut marital, composition du foyer, catégorie socioprofessionnelle (déterminée à partir de la profession la plus récente), lieu d'habitation, revenus, indice de masse corporelle (IMC), risque perçu d'avoir un jour un cancer, antécédents de cancer, état de santé perçu, et consommation d'alcool et de tabac. De plus, le fait d'avoir consulté un médecin généraliste dans les

12 derniers mois, le risque perçu d'avoir un cancer un jour dans sa vie et la proximité avec le cancer (i.e., avoir une personne ou plus de son entourage atteint de cancer) étaient également questionnés. Concernant la catégorie socioprofessionnelle, les « agriculteurs exploitants » ne représentant que 1,8 % de l'échantillon en 2021, ont été regroupés avec les « artisans, commerçants et chefs d'entreprise ». Il en avait été de même en 2015.

Les personnes interrogées devaient également répondre à plusieurs questions en lien avec leurs perceptions de l'alimentation comme facteur de risque de cancers. Dans un premier temps, il leur était demandé si elles pensaient être très bien, plutôt bien, plutôt mal ou très mal informées sur les risques de cancers en lien avec l'alimentation. Dans un second temps, les participants étaient interrogés sur leurs perceptions de l'alimentation comme ayant un rôle dans l'apparition du cancer (très important, plutôt important, plutôt pas important, pas du tout important, ne sait pas). Dans un troisième temps, les personnes étaient interrogées sur différents groupes d'aliments afin d'indiquer quel était, selon elles, l'impact d'une consommation fréquente de ces groupes sur le risque de cancers (diminuer, augmenter, pas d'influence, ne sait pas). Les groupes d'aliments d'intérêt étaient : les fruits et légumes, la viande rouge, les produits laitiers, la charcuterie, la viande blanche, le poisson, les aliments bio, les féculents complets, les légumes secs, les compléments alimentaires et les aliments ultra-transformés. Enfin, les personnes étaient interrogées sur le fait de sauter des repas ou de ne pas manger pendant un certain temps comme comportement pouvant représenter un risque de cancers (diminuer, augmenter, pas d'influence, ne sait pas).

3. Dans l'enquête réalisée en 2021, les personnes en cours de traitement pour un cancer ou ayant eu un cancer ont été interrogées et leurs réponses ont été incluses dans l'échantillon global (voir partie « Gouvernance et méthode de l'enquête »).

4. Le groupe d'aliment « lait » a évolué en « produits laitiers » dans le Baromètre cancer 2022. Pour cette question, il a été décidé de continuer d'étudier l'évolution des résultats depuis 2010. Pour les autres questions exploitées, aucune modification dans leurs dénominations n'a été réalisée.

ÉVOLUTION DU QUESTIONNAIRE

De nouvelles questions ont été ajoutées en 2021, en lien avec l'évolution des connaissances scientifiques et les pratiques alimentaires habituelles des Français. Les enquêtés ont été interrogés sur de nouveaux « groupes » d'aliments comme les aliments bio, les féculents complets, les légumes secs, les compléments alimentaires et les aliments ultra-transformés. La pratique du jeûne (sauter des repas ou ne pas manger pendant un certain temps) était également un comportement nouvellement questionné.

En outre, certains groupes d'aliments n'ont pas été considérés comparativement aux éditions de 2010 et 2015 : le sel et les aliments salés, les pommes de terre. En accord avec les recommandations internationales (18), la question portant sur la consommation de « lait » a été modifiée par « produits laitiers ».

Par ailleurs, dans les éditions de 2010 et 2015, les chapitres nutrition et cancer du Baromètre cancer présentaient également les réponses à des questions sur la perception de l'allaitement, de l'activité physique, du surpoids et de l'obésité comme facteurs de risque de cancers. En 2021, il a été décidé d'inclure ces questions dans le chapitre portant sur les représentations et qui comprend une comparaison des différents facteurs de risque de cancers.

ANALYSES STATISTIQUES

Le logiciel SPSS Statistics version 28 a été utilisé pour les analyses statistiques. Dans un premier temps, les données ont été pondérées afin d'être représentatives de la population française (voir partie « Gouvernance et méthode de l'enquête »). Dans un second temps, des analyses descriptives ont été réalisées (pourcentages) et des tests du Chi² ont été effectués. Ces tests permettent d'explorer les différences au niveau des réponses aux questions posées sur la nutrition et le risque de cancers, en lien avec les variables descriptives des participants. Les résultats de ces analyses étaient similaires lorsqu'elles étaient menées avec l'échantillon complet, ou uniquement parmi les personnes n'ayant jamais eu de cancer. Les résultats présentés incluent donc l'ensemble des participants dans un même échantillon. Dans un troisième temps, des régressions logistiques ont été conduites. Afin d'identifier les variables explicatives, les variables descriptives associées de manière statistiquement significative (au seuil de 20 %) à la perception de l'importance de l'alimentation dans l'apparition d'un cancer ont été considérées puis une sélection de ces variables à travers la méthode « stepwise » descendante a été appliquée. Les variables sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et niveau de diplôme ont été forcées dans le modèle indépendamment de leur association ou non avec le fait de considérer comme importante l'alimentation dans l'apparition d'un cancer. L'ensemble des résultats des régressions logistiques présentés dans ce chapitre sont ajustés sur cette sélection de variables. Enfin, pour étudier l'évolution entre les différentes éditions du Baromètre cancer, des tests de Chi² ont été réalisés.

Les différences mentionnées dans le texte sont statistiquement significatives au seuil de 5 %.

RÉSULTATS

SENTIMENT D'INFORMATION ET PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DE L'ALIMENTATION COMME FACTEUR DE RISQUE

En 2021, en France hexagonale, 55,9 % des personnes interrogées déclarent être très bien ou plutôt bien informées sur les risques de cancers liés à l'alimentation (11,9 % « très bien informé » et 44,0 % « plutôt bien informé »). Aussi, 91,8 % des personnes interrogées pensent que l'alimentation a un rôle important dans l'apparition d'un cancer (41,1 % « très important » et 50,7 % « plutôt important »).

La perception de l'importance de l'alimentation dans l'apparition d'un cancer a été étudiée à travers des régressions logistiques (Tableau 1). Il a été demandé aux personnes « Pensez-vous que l'alimentation ait un rôle très important, plutôt important, plutôt pas important ou pas important du tout dans l'apparition du cancer ? ». Comme indiqué dans le tableau, la perception des participants (regroupés en très et plutôt important vs plutôt et pas du tout important) change en fonction de différentes variables. Ainsi, l'importance de l'alimentation est mieux appréhendée par les non-fumeurs, les personnes qui ont un IMC dit « normal » (entre 18,5 et 24,9), les personnes qui se sentent très bien informées sur les risques de cancers liés à l'alimentation, les personnes qui ont consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, les personnes qui sont ou ont été soignées pour un cancer, les personnes qui pensent courir un risque d'avoir un cancer et les personnes ayant un proche atteint de cancer, mais moins bien appréhendée chez les 75-85 ans comparé aux 15-24 ans (sans différence pour les autres groupes d'âges). Aucune différence significative n'apparaît entre les catégories pour les variables de sexe, de catégorie socioprofessionnelle, de diplôme ou de région d'habitation.

PERCEPTIONS DES GROUPES D'ALIMENTS COMME FACTEURS PROTECTEURS OU DE RISQUES

La perception des aliments représentant un facteur protecteur ou de risque de développer un cancer varie selon l'aliment considéré (Tableau 2). La majorité des participants ont indiqué que la consommation de viandes rouges et de charcuteries augmentait le risque de cancers (respectivement : 62,4 % et 74,1 %). Les risques liés à la consommation de compléments alimentaires ne sont, quant à eux, perçus comme facteurs de risque que par 33,6 % des enquêtés, la majorité (52,4 %) indiquant que ces derniers n'ont pas d'influence sur le risque de développer un cancer. Concernant les facteurs protecteurs, la consommation de fruits et légumes est perçue par une majorité des enquêtés (62,0 %) comme diminuant le risque de cancers. Toutefois, les bénéfices de la consommation de produits laitiers et de féculents complets ne sont perçus que par 12,7 % et 36,6 % des enquêtés : plus de la moitié (respectivement, 67,8 % et 58,1 %) indique que ces groupes d'aliments n'ont pas d'influence sur le risque de développer un cancer.

La perception des aliments, pour lesquels les données scientifiques sont insuffisantes pour conclure sur le risque ou non de développer un cancer, indique des résultats variables en fonction du groupe d'aliment considéré. La consommation d'aliments ultra-transformés est grandement perçue (88,2 %) comme augmentant le risque de cancers. La consommation d'aliments bio est perçue par 48,5 % des participants comme diminuant le risque de cancers et par 48,8 % des enquêtés comme n'ayant pas d'influence. Des groupes d'aliments pour lesquels aucun lien avec le cancer n'a été montré ont également été questionnés (viande blanche, poisson et légumes secs). Ces derniers sont perçus en majorité comme n'ayant pas d'influence sur le risque de développer un cancer, bien que 43,2 % et 40,4 % des enquêtés rapportent que la consommation de légumes secs et de poisson diminue le risque de cancer.

TABLEAU 1 FACTEURS ASSOCIÉS AU FAIT DE CONSIDÉRER L'ALIMENTATION COMME UN FACTEUR IMPORTANT DANS L'APPARITION DU CANCER : RÉSULTATS DE RÉGRESSIONS LOGISTIQUES (N = 4 643)

	Univarié	Multivarié ^a			
	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur
Sexe	ns				
● Homme (réf.)	92,2	1			
● Femme	91,7	0,9	0,7	1,1	
Âge	***				
● 15-24 ans (réf.)	89,9	1			
● 25-34 ans	94,3	1,0	0,6	1,6	
● 35-44 ans	92,1	0,8	0,5	1,2	
● 45-54 ans	91,6	0,7	0,5	1,2	
● 55-64 ans	93,3	1,0	0,6	1,7	
● 65-74 ans	93,9	0,9	0,5	1,6	
● 75-85 ans	86,1	0,3	0,2	0,6	***
Catégorie socioprofessionnelle	***				
● Employés (réf.)	91,6	1			
● Indépendants	94,0	1,6	1,0	2,6	
● Cadres et prof. intellectuelles sup.	95,6	1,4	0,9	2,3	
● Professions intermédiaires	94,0	1,1	0,8	1,6	
● Ouvriers	87,7	0,7	0,5	1,0	
● Manquants	89,2	0,7	0,5	1,2	
Diplôme	***				
● Inférieur au Bac (réf.)	90,0	1			
● Bac	91,8	1,0	0,7	1,3	
● Supérieur au Bac	95,1	1,3	0,9	1,8	
Tabagisme	***				
● Non (réf.)	92,5	1			
● Oui	90,6	0,7	0,5	0,9	***
Indice de masse corporelle	***				
● 18,5-24,9 (réf.)	86,1	1			
● < 18,5	94,0	0,4	0,3	0,7	***
● 25-29,9	91,5	0,6	0,5	0,8	***
● ≥ 30	88,7	0,5	0,4	0,7	***
Région d'habitation	**				
● Pays de la Loire (réf.)	91,9	1			
● Île-de-France	91,6	1,1	0,6	1,8	
● Centre-Val de Loire	92,1	1,1	0,6	2,3	
● Bourgogne-Franche-Comté	88,2	1,0	0,5	1,9	
● Normandie	92,1	1,3	0,6	2,5	
● Hauts-de-France	87,5	0,7	0,4	1,3	
● Grand Est	94,3	1,5	0,8	2,7	
● Bretagne	95,1	1,5	0,7	3,1	
● Nouvelle-Aquitaine	93,4	1,2	0,7	2,3	
● Occitanie	94,2	1,3	0,7	2,3	
● Auvergne-Rhône Alpes	92,3	0,9	0,5	1,6	
● PACA	90,3	0,8	0,4	1,4	


SUITE TABLEAU 1

	Univarié	Multivarié ^a			
	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur
Sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation	***				
● Très bien (réf.)	93,5	1			
● Plutôt bien	93,3	0,6	0,4	0,9	*
● Plutôt mal	90,9	0,4	0,3	0,6	***
● Très mal informé	88,3	0,4	0,2	0,7	***
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, pour vous-même, un médecin généraliste	***				
● Oui (réf.)	92,6	1			
● Non	89,1	0,7	0,5	0,9	*
Avez-vous déjà été soigné(e) ou êtes-vous actuellement soigné(e) pour un cancer	ns				
● Non (réf.)	92,2	1			
● Oui	89,5	1,5	1,0	2,2	*
Vous personnellement, pensez-vous courir, au cours de votre vie, un risque d'avoir un cancer	***				
● Oui (réf.)	94,4	1			
● Non	87,5	0,5	0,4	0,7	***
Au moins un proche atteint de cancer	***				
● Non (réf.)	82,7	1			
● Oui	93,0	1,9	1,4	2,6	***

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

^a Modèle de régression logistique, référence : pas important (plutôt et pas du tout important) ; variables d'ajustement : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau de diplôme, tabagisme, indice de masse corporelle, région d'habitation, sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation, avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, être ou avoir été soigné pour un cancer, penser courir le risque d'avoir un cancer et avoir au moins un proche atteint de cancer.

Les * dans la colonne pourcentage indiquent les résultats au test du Chi² global. Par exemple, en analyse univariée, la variation de pourcentage selon le sexe des individus qui considèrent comme important le rôle de l'alimentation dans la survenue d'un cancer est non significative.

Bac = Baccalauréat ; IC = Intervalle de confiance à 95 % ; ns = non significatif au seuil de 5 % ; OR = Odds ratio ; réf. = référence.

Enfin, le fait de sauter des repas ou de ne pas manger pendant un certain temps est également perçu par une majorité des personnes (72,1 %) comme n'ayant pas d'influence sur le risque de développer un cancer (Tableau 2).

Afin d'analyser plus finement les variables descriptives associées aux perceptions de ces aliments comme facteurs de risque ou de protection des cancers, des modèles de régressions logistiques ont été réalisés. Les tableaux 3, 4 et 5 présentent les résultats des différents modèles statistiques testés pour les facteurs de risques ou protecteurs reconnus de cancers (fruits et légumes, féculents

complets, produits laitiers, viandes rouges et charcuteries) et pour certains groupes d'aliments pour lesquels les données scientifiques ne sont pas suffisantes actuellement pour formuler des conclusions sur le caractère protecteur ou de risque de cancer (légumes secs et aliments ultra-transformés)⁵. Les variables associées aux perceptions des enquêtés changent en fonction du groupe d'aliments.

Les résultats des sept régressions logistiques présentées dans les tableaux 3 (facteurs protecteurs de cancers), 4 (facteurs de risque de cancers) et 5 (facteurs pour lesquels les liens

5. Les légumes secs et les aliments ultra-transformés ne sont pas des facteurs protecteurs ou de risques reconnus de développer un cancer. Ces groupes d'aliments font toutefois partie de facteurs d'intérêt pour ce Baromètre au regard des recommandations de santé concernant leur consommation. Pour les aliments ultra-transformés, plusieurs études scientifiques montrent également les risques possibles liés à leur consommation, en lien avec le développement de plusieurs maladies chroniques (38).

TABLEAU 2 PERCEPTION DE L'INFLUENCE DE LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE 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	62,0	2,7	34,5	0,7
● Viande rouges	3,2	62,4	32,9	1,5
● Produits laitiers	12,7	18,0	67,8	1,4
● Charcuterie	2,5	74,1	22,4	1,0
● Viande blanche	24,9	7,1	66,9	1,2
● Poisson	40,4	8,0	50,7	1,0
● Aliments bio	48,5	1,5	48,8	1,2
● Féculents complets	36,6	4,0	58,1	1,2
● Légumes secs	43,2	1,7	53,9	1,3
● Compléments alimentaires	10,0	33,6	52,4	4,0
● Aliments ultra-transformés	1,5	88,2	9,4	0,9
Selon vous, le fait de sauter des repas ou de ne pas manger pendant un certain temps peut-il...				
	8,3	18,3	72,1	1,2

En gras : facteurs de risque ou protecteurs avérés (i.e., pour lesquels il a été prouvé une diminution ou une augmentation du risque de certains cancers).

avec le cancer ne sont pas encore reconnus) seront présentés de la manière suivante : dans un premier temps, une comparaison a été réalisée afin de rapporter les points communs et les différences majeures entre les variables ayant un effet significatif dans ces différents modèles de régressions ; dans un second temps, les modèles de régression seront présentés individuellement pour chacun des groupes d'aliments.

Tout d'abord, la perception par les enquêtés des différents groupes d'aliments comme facteurs de risques ou protecteurs vis-à-vis du cancer ne varie pas significativement avec le fait d'être ou d'avoir été soigné pour un cancer⁶. Le fait de penser courir un risque d'avoir un cancer est systématiquement associé à la perception des facteurs protecteurs ou de risques de cancers des différents groupes d'aliments évalués. Les personnes pensant courir un risque d'avoir un jour un cancer perçoivent davantage les bénéfices et les risques représentés par les différents groupes d'aliments testés dans ces modèles de régressions logistiques (sauf pour la perception des

bénéfices des produits laitiers pour laquelle il n'y a pas de différence significative).

Ensuite, trois autres variables apparaissent également systématiquement associées significativement à ces sept facteurs alimentaires (Tableaux 3, 4 et 5), à savoir : le diplôme, la catégorie socioprofessionnelle (hormis pour les produits laitiers) et le sentiment d'être informé sur les risques de cancers en lien avec l'alimentation. Les personnes ayant un diplôme équivalent ou supérieur au Baccalauréat perçoivent davantage les risques et bénéfices des différents groupes d'aliments. Pour la catégorie socioprofessionnelle, des variations sont observées en fonction du groupe d'aliment, tel que présenté dans les tableaux 3, 4 et 5. Comparés aux employés, les ouvriers perçoivent significativement moins le caractère protecteur de la consommation de féculents complets ou les risques que représente la consommation de viandes rouges et d'aliments ultra-transformés. Les personnes exerçant une profession intermédiaire perçoivent davantage le caractère protecteur de la consommation de fruits et légumes, de légumes secs, ainsi que les risques

associés à la consommation de charcuteries et d'aliments ultra-transformés. Les perceptions entre les employés et les cadres ou professions intellectuelles supérieures ne sont pas significativement différentes excepté pour deux groupes d'aliments : les fruits et légumes et les charcuteries. Pour la perception des bénéfices associés à la consommation de produits laitiers, aucune différence significative n'a été observée pour la catégorie socioprofessionnelle. Concernant le sentiment d'être informé sur les liens entre alimentation et cancers, les facteurs protecteurs et de risque sont globalement mieux appréhendés par les personnes indiquant se sentir très bien informés ; à l'exception des aliments ultra-transformés qui sont mieux perçus par les personnes indiquant se sentir plutôt mal informées.

Enfin, la perception des aliments représentant un facteur de risque reconnu (viandes rouges et charcuteries) de développer un cancer varie systématiquement et significativement avec l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le diplôme, l'IMC, la région d'habitation et le fait d'avoir ou non consulté un médecin généraliste dans les 12 derniers mois. Cette tendance est similaire pour les aliments ultra-transformés. Cela diffère pour certains aliments représentant un facteur protecteur reconnu (fruits et légumes, féculents complets), et les légumes secs. Pour ces facteurs, seules les perceptions de la consommation de légumes secs et de féculents complets changent en fonction des mêmes variables : du sexe, de l'âge, de la catégorie socioprofessionnelle, du diplôme, du statut tabagique et du sentiment d'être informé sur les risques de cancers en lien avec l'alimentation.

Plus précisément, ci-après, sont décrits les résultats des différents modèles de régressions logistiques pour chaque groupe d'aliments (Tableaux 3, 4 et 5).

Le caractère protecteur de la consommation de fruits et légumes (Tableau 3, modèle 1) dans la survenue d'un cancer est mieux appréhendé par les personnes ayant un poste de cadre et de profession intellectuelle supérieure ou de profession intermédiaire, un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Baccalauréat, habitant en Pays de la Loire (comparé à

en Normandie ou dans le Grand Est). Les personnes qui pensent courir un risque d'avoir un cancer et ayant un proche atteint de cancer perçoivent également davantage les bénéfices de ce groupe d'aliment. Aussi, plus les personnes se sentent bien informées sur les risques de cancers liés à l'alimentation, plus elles perçoivent l'effet protecteur de la consommation de fruits et légumes.

Les bénéfices associés à la consommation de féculents complets (Tableau 3, modèle 2), en lien avec le risque de survenue d'un cancer, sont davantage perçus par les femmes, les employés, les personnes ayant un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Baccalauréat et qui pensent courir un jour un risque d'avoir un cancer. Celles non fumeuses et ayant un IMC entre 18,5 et 24,9 perçoivent également davantage l'effet protecteur des féculents complets sur le risque de développer un cancer. De même, plus les personnes se sentent très bien informées sur les risques de cancers liés à l'alimentation, plus elles perçoivent l'effet protecteur de ce groupe d'aliments. Toutefois, les bénéfices des féculents complets sont moins bien perçus par les 25-34 ans comparés aux 15-24 ans.

Le caractère protecteur de la consommation de produits laitiers (Tableau 3, modèle 3) dans la survenue d'un cancer est davantage perçu par les hommes, les personnes ayant un IMC inférieur à 18,5 et qui se sentent bien informées sur les risques de cancers liés à l'alimentation. Toutefois, les personnes de 25-34 ans (comparées aux 15-24 ans), les personnes qui ont un niveau de diplôme supérieur au Baccalauréat (comparées aux personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat) et les personnes qui habitent dans les régions Occitanie ou Auvergne-Rhône-Alpes (comparées à Pays de la Loire) perçoivent moins les bénéfices associés à la consommation de produits laitiers.

La perception des risques de cancers associés à la consommation de viandes rouges (Tableau 4, modèle 4) est mieux appréhendée par les hommes, les 25-64 ans, les employés, les personnes ayant un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Baccalauréat et qui pensent courir un jour un risque d'avoir

6. Pour rappel, le fait d'être ou d'avoir été soigné pour un cancer est une variable incluse dans les analyses des données du Baromètre cancer 2021 uniquement. Dans les éditions précédentes de l'enquête (2010 et 2015), les personnes qui avaient ou avaient eu un cancer n'étaient pas interrogées.

TABLEAU 3 FACTEURS ASSOCIÉS À LA PERCEPTION DE L'INFLUENCE DE LA CONSOMMATION FRÉQUENTE DE CERTAINS TYPES D'ALIMENTS COMME FACTEURS PROTECTEURS DE CANCERS (3 RÉGRESSIONS LOGISTIQUES DIFFÉRENTES)

	Fruits et légumes (n = 4 638) comme facteur protecteur					Féculeux complets (n = 4 611) comme facteur protecteur					Produits laitiers (n = 4 593) comme facteur protecteur				
	Modèle 1					Modèle 2					Modèle 3				
	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur
Sexe															
● Homme (réf.)	62,9	1				34,5	1				15,1	1			
● Femme	62,1	0,9	0,8	1,1		39,5	1,2	1,1	1,4	**	10,9	0,6	0,5	0,8	***
Âge															
● 15-24 ans (réf.)	62,4	1				34,1	1				17,1	1			
● 25-34 ans	68,7	1,2	0,9	1,6		33,7	0,7	0,6	1,0	*	8,4	0,7	0,4	1,0	*
● 35-44 ans	61,1	0,9	0,7	1,2		36,5	0,9	0,7	1,1		10,4	0,9	0,6	1,3	
● 45-54 ans	60,5	1,0	0,7	1,3		34,8	0,9	0,7	1,2		12,0	1,0	0,7	1,4	
● 55-64 ans	64,1	1,2	0,9	1,6		42,2	1,2	0,9	1,6		14,4	1,2	0,8	1,7	
● 65-74 ans	63,4	1,1	0,8	1,5		44,6	1,3	0,9	1,7		14,0	1,1	0,8	1,7	
● 75-85 ans	53,9	0,8	0,6	1,1		31,6	0,7	0,5	1,0		15,2	1,4	0,9	2,1	
Catégorie socioprofessionnelle															
● Employés (réf.)	57,4	1				37,2	1				12,4	1			
● Indépendants	57,1	0,9	0,7	1,2		34,6	0,9	0,7	1,2		12,3	0,8	0,5	1,1	
● Cadres et prof. intellectuelles sup.	78,9	1,7	1,3	2,2	***	45,3	1,2	0,9	1,5		11,0	0,8	0,6	1,2	
● Professions intermédiaires	70,5	1,3	1,1	1,6	*	44,3	1,2	1,0	1,5		10,9	0,8	0,6	1,1	
● Ouvriers	49,3	0,8	0,7	1,0	*	25,7	0,7	0,6	0,9	**	14,9	0,9	0,7	1,2	
● Manquants	65,7	1,5	1,1	2,0	**	32,4	0,9	0,6	1,1		18,5	1,2	0,8	1,8	
Diplôme															
● Inférieur au Bac (réf.)	52,0	1				31,7	1				14,7	1			
● Bac	67,3	1,6	1,4	1,9	***	36,6	1,2	1,0	1,4	*	13,3	1,0	0,8	1,2	
● Supérieur au Bac	75,3	2,0	1,7	2,4	***	45,6	1,6	1,3	1,8	***	9,9	0,8	0,6	1,0	*
Tabagisme															
● Non (réf.)	63,8	1				39,2	1				13,3	1			
● Oui	59,4	0,9	0,7	1,0		32,0	0,8	0,7	0,9	**	12,0	0,9	0,7	1,1	
Indice de masse corporelle															
● 18,5-24,9 (réf.)	61,8	1				30,7	1				12,7	1			
● < 18,5	65,2	0,9	0,6	1,2		39,9	0,7	0,5	0,9	*	20,0	1,8	1,2	2,7	*
● 25-29,9	61,2	0,9	0,8	1,0		34,5	0,8	0,7	0,9	**	11,8	0,9	0,7	1,1	
● ≥ 30	58,4	0,9	0,8	1,1		36,8	0,9	0,8	1,1		14,0	1,0	0,8	1,3	
Région d'habitation															
● Pays de la Loire (réf.)	63,9	1				36,4	1				15,5	1			
● Île-de-France	67,0	1,0	0,8	1,4		41,0	1,1	0,8	1,5		14,6	1,1	0,7	1,6	
● Centre-Val de Loire	58,5	0,9	0,6	1,3		30,9	0,8	0,5	1,2		12,6	0,7	0,4	1,3	
● Bourgogne-Franche-Comté	64,0	1,2	0,8	1,7		37,1	1,1	0,7	1,6		15,3	1,0	0,6	1,7	
● Normandie	54,7	0,7	0,5	1,0	*	32,0	0,8	0,5	1,2		9,8	0,6	0,4	1,1	
● Hauts-de-France	59,3	0,9	0,6	1,3		33,7	0,9	0,7	1,3		16,4	1,2	0,8	1,9	
● Grand Est	55,2	0,7	0,5	1,0	*	35,8	0,9	0,7	1,3		11,9	0,7	0,4	1,1	

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

Variables d'ajustement dans les 3 modèles : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau de diplôme, tabagisme, indice de masse corporelle, région d'habitation, sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation, avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, être ou avoir été soigné pour un cancer, penser courir le risque d'avoir un cancer et avoir au moins un proche atteint de cancer.

Bac = Baccalauréat ; IC = Intervalle de confiance ; OR = Odds ratio ; réf. = référence.

SUITE TABLEAU 3

	Fruits et légumes (n = 4 638) comme facteur protecteur					Féculeux complets (n = 4 611) comme facteur protecteur					Produits laitiers (n = 4 593) comme facteur protecteur				
	Modèle 1					Modèle 2					Modèle 3				
	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur
Région d'habitation															
● Bretagne	66,4	1,1	0,7	1,6		43,9	1,3	0,9	1,8		12,0	0,8	0,5	1,3	
● Nouvelle-Aquitaine	65,2	1,0	0,7	1,4		34,5	0,8	0,6	1,2		15,9	1,0	0,7	1,6	
● Occitanie	61,8	0,8	0,6	1,1		41,6	1,1	0,8	1,5		9,9	0,6	0,4	1,0	*
● Auvergne-Rhône Alpes	63,5	0,9	0,7	1,2		35,4	0,8	0,6	1,1		9,5	0,6	0,4	0,9	*
● PACA	62,1	0,8	0,6	1,1		36,7	1,0	0,7	1,3		11,2	0,7	0,4	1,1	
Sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation															
● Très bien (réf.)	64,7	1				44,3	1				17,0	1			
● Plutôt bien	65,9	1,0	0,8	1,2		39,3	0,7	0,6	0,9	**	13,5	0,8	0,6	1,0	
● Plutôt mal	60,2	0,7	0,6	0,9	**	35,6	0,7	0,5	0,8	***	11,0	0,6	0,5	0,9	**
● Très mal informé	53,2	0,7	0,5	0,9	**	24,5	0,5	0,3	0,6	***	12,2	0,7	0,5	1,0	*
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, pour vous-même, un médecin généraliste															
● Oui (réf.)	62,9	1				38,2	1				13,1	1			
● Non	60,5	1,0	0,8	1,1		32,2	0,8	0,7	1,0		12,0	1,0	0,8	1,2	
Avez-vous déjà été soigné(e) ou êtes-vous actuellement soigné(e) pour un cancer															
● Non (réf.)	62,8	1				36,8	1				12,7	1			
● Oui	59,1	1,1	0,9	1,4		40,5	1,0	0,8	1,2		15,7	0,8	0,6	1,1	
Vous personnellement, pensez-vous courir, au cours de votre vie, un risque d'avoir un cancer															
● Oui (réf.)	65,7	1				38,2	1				12,2	1			
● Non	56,4	0,8	0,7	0,9	***	34,2	0,9	0,7	1,0	*	13,6	0,9	0,8	1,2	
Au moins un proche atteint de cancer															
● Non (réf.)	50,6	1				31,0	1				15,8	1			
● Oui	63,8	1,4	1,2	1,8	**	37,7	1,0	0,8	1,3		12,6	0,9	0,7	1,2	

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

Variables d'ajustement sans les 3 modèles : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau de diplôme, tabagisme, indice de masse corporelle, région d'habitation, sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation, avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, être ou avoir été soigné pour un cancer, penser courir le risque d'avoir un cancer et avoir au moins un proche atteint de cancer. Bac = Baccalauréat ; IC = Intervalle de confiance ; OR = Odds ratio ; réf. = référence.

un cancer. Les personnes qui ne consomment pas de tabac, ayant un IMC entre 18,5 et 24,9, habitant dans la région Pays de la Loire (comparés à ceux de Centre-Val de Loire) et qui ont consulté un médecin généraliste dans les 12 derniers mois perçoivent également davantage les risques de cancers associés à la consommation de viandes rouges. De même, plus les personnes se sentent très bien informées sur les risques de cancers liés à l'alimentation, plus elles perçoivent les risques associés à la consommation de ce groupe d'aliment.

La perception des risques de cancers associés à la consommation de charcuteries (Tableau 4, modèle 5) est mieux perçue par

les personnes de 45-64 ans comparées aux 15-24 ans, celles exerçant une profession intermédiaire ou cadre et profession intellectuelle supérieure et les personnes ayant un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Baccalauréat. Les personnes qui ne consomment pas de tabac, ayant un IMC entre 18,5 et 24,9, habitant dans la région Pays de la Loire et qui ont consulté un médecin généraliste dans les 12 derniers mois, perçoivent davantage les risques de cancers associés à la consommation de charcuteries. De même, plus les personnes se sentent très bien informées sur les risques de cancers liés à l'alimentation, plus elles perçoivent les risques associés à la consommation de charcuteries.

FIGURE 1
ÉVOLUTION DE L'IMPORTANCE PERÇUE DU RÔLE DE L'ALIMENTATION DANS LA SURVENUE D'UN CANCER ENTRE 2010 (N = 3 359), 2015 (N = 3 771) ET 2021 (N = 4 938) (P < 0,001)

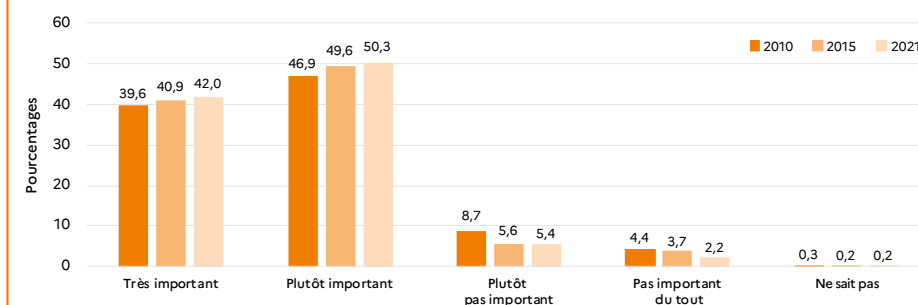


TABLEAU 4 FACTEURS ASSOCIÉS À LA PERCEPTION DE L'INFLUENCE DE LA CONSOMMATION FRÉQUENTE DE CERTAINS TYPES D'ALIMENTS COMME FACTEURS DE RISQUES DE CANCERS (2 RÉGRESSIONS LOGISTIQUES DIFFÉRENTES)

	Viandes rouges (n = 4 613) comme facteur de risque					Charcuteries (n = 4 627) comme facteur de risque				
	Modèle 4					Modèle 5				
	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur
Sexe										
● Homme (réf.)	64,6	1				74,1	1			
● Femme	62,1	0,8	0,7	0,9	**	75,6	1,0	0,9	1,2	
Âge										
● 15-24 ans (réf.)	58,6	1				67,9	1			
● 25-34 ans	67,7	1,4	1,0	1,8	*	76,2	1,1	0,8	1,5	
● 35-44 ans	64,7	1,3	1,0	1,7	*	71,3	0,9	0,7	1,2	
● 45-54 ans	64,5	1,4	1,1	1,8	*	77,7	1,4	1,1	1,9	*
● 55-64 ans	65,7	1,5	1,2	2,0	**	78,6	1,5	1,1	2,1	**
● 65-74 ans	62,8	1,2	0,9	1,6		77,3	1,3	0,9	1,8	
● 75-85 ans	55,3	1,0	0,7	1,3		74,9	1,2	0,8	1,7	
Catégorie socioprofessionnelle										
● Employés (réf.)	60,4	1				71,3	1			
● Indépendants	57,8	0,8	0,6	1,0		72,7	1,0	0,8	1,3	
● Cadres et prof. intellectuelles sup.	75,6	1,3	1,0	1,6		85,4	1,4	1,1	1,9	*
● Professions intermédiaires	70,8	1,2	1,0	1,5		84,2	1,7	1,3	2,1	***
● Ouvriers	52,5	0,7	0,6	0,8	***	64,5	0,9	0,7	1,1	
● Manquants	62,2	1,4	1,0	1,8	*	70,3	1,3	0,9	1,7	
Diplôme										
● Inférieur au Bac (réf.)	55,1	1				67,2	1			
● Bac	67,7	1,5	1,3	1,8	***	76,1	1,5	1,2	1,8	***
● Supérieur au Bac	72,8	1,6	1,3	1,9	***	85,6	2,2	1,8	2,7	***
Tabagisme										
● Non (réf.)	64,7	1				76,9	1			
● Oui	59,8	0,8	0,7	0,9	**	70,0	0,7	0,6	0,9	***
Indice de masse corporelle										
● 18,5-24,9 (réf.)	54,3	1				68,1	1			
● < 18,5	66,6	0,6	0,5	0,9	**	76,9	0,6	0,4	0,9	**
● 25-29,9	61,3	0,8	0,7	0,9	**	74,7	0,9	0,7	1,0	
● ≥ 30	59,9	0,8	0,7	1,0	*	72,1	0,8	0,7	1,0	
Région d'habitation										
● Pays de la Loire (réf.)	65,8	1				81,4	1			
● Île-de-France	68,1	1,1	0,8	1,4		75,6	0,7	0,5	1,0	
● Centre-Val de Loire	52,7	0,6	0,4	0,9	*	74,1	0,7	0,5	1,2	
● Bourgogne-Franche-Comté	62,3	1,0	0,6	1,4		74,5	0,8	0,5	1,3	
● Normandie	59,5	0,8	0,5	1,1		72,9	0,6	0,4	1,0	*
● Hauts-de-France	58,7	0,8	0,6	1,1		68,9	0,6	0,4	0,8	**
● Grand Est	57,4	0,7	0,5	1,0		75,6	0,8	0,5	1,1	

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

Variables d'ajustement des modèles 1 à 2 : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau de diplôme, tabagisme, indice de masse corporelle, région d'habitation, sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation, avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, être ou avoir été soigné pour un cancer, penser courir le risque d'avoir un cancer et avoir au moins un proche atteint de cancer. Bac = Baccalauréat ; IC = Intervalle de confiance ; OR = Odds ratio ajustés ; réf. = référence.

Enfin, celles qui pensent courir un risque d'avoir un cancer et qui ont un proche atteint de cancer sont plus nombreuses à percevoir les risques de ce groupe d'aliments comparées à celles qui ne pensent pas courir de risque de cancer et qui n'ont pas de proche atteint de cancer.

Par ailleurs, les hommes, les 15-24 ans, les personnes exerçant une profession intermédiaire, ayant un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Baccalauréat, ne consommant pas de tabac, se sentant très bien informés sur les risques de cancers liés à l'alimentation et qui pensent courir un risque d'avoir un cancer un jour dans leur vie sont plus susceptibles de considérer les légumes secs comme protecteurs vis-à-vis de la survenue d'un cancer (Tableau 5, modèle 6).

En ce qui concerne les aliments ultra-transformés (Tableau 5, modèle 7), les hommes, les personnes de 55-64 ans, celles exerçant une profession intermédiaire ou les employés, les personnes ayant un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Baccalauréat, ayant un IMC entre 18,5 et 24,9 et habitant dans la région Pays de la Loire sont plus susceptibles de considérer ces aliments comme un facteur de risque du cancer. Les personnes qui pensent courir un risque d'avoir un cancer, qui ont un proche atteint de cancer et qui ont consulté un médecin généraliste dans les 12 derniers mois perçoivent également davantage les risques de cancers associés à la consommation d'aliments ultra-transformés. Enfin, plus les personnes se sentent bien informées sur les risques de cancers liés à l'alimentation, plus elles perçoivent les risques associés à la consommation d'aliments ultra-transformés.

ÉVOLUTION DES PERCEPTIONS ENTRE 2010 ET 2021

Pour la troisième fois, les perceptions des Français concernant les facteurs de risques associés à l'alimentation ont été questionnées dans le Baromètre cancer. Les résultats collectés en 2010, 2015 et 2021 indiquent que de plus en plus de personnes interrogées sont sensibles à la perception de l'alimentation comme pouvant représenter un facteur de risque de cancers (Figure 1).

SUITE TABLEAU 4

	Viandes rouges (n = 4 613) comme facteur de risque					Charcuteries (n = 4 627) comme facteur de risque				
	Modèle 4					Modèle 5				
	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur
Région d'habitation										
● Bretagne	70,1	1,2	0,8	1,7		85,8	1,3	0,8	2,1	
● Nouvelle-Aquitaine	63,2	0,9	0,6	1,2		74,0	0,6	0,4	0,9	*
● Occitanie	64,3	0,9	0,6	1,2		73,6	0,6	0,4	1,0	*
● Auvergne-Rhône Alpes	61,9	0,8	0,6	1,1		72,2	0,6	0,4	0,8	**
● PACA	66,2	1,0	0,7	1,4		75,6	0,7	0,4	1,0	
Sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation										
● Très bien (réf.)	68,3	1				75,0	1			
● Plutôt bien	65,1	0,8	0,6	0,9	*	78,4	1,0	0,8	1,3	
● Plutôt mal	61,1	0,6	0,5	0,8	***	72,5	0,7	0,6	0,9	**
● Très mal informé	57,2	0,6	0,4	0,8	***	67,8	0,7	0,5	1,0	*
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, pour vous-même, un médecin généraliste										
● Oui (réf.)	65,0	1				76,6	1			
● Non	55,4	0,7	0,6	0,8	***	67,0	0,7	0,6	0,8	***
Avez-vous déjà été soigné(e) ou êtes-vous actuellement soigné(e) pour un cancer										
● Non (réf.)	63,4	1				74,7	1			
● Oui	62,5	1,0	0,8	1,3		77,3	1,0	0,8	1,3	
Vous personnellement, pensez-vous courir, au cours de votre vie, un risque d'avoir un cancer										
● Oui (réf.)	67,5	1				79,0	1			
● Non	55,9	0,7	0,6	0,8	***	67,3	0,7	0,6	0,8	***
Au moins un proche atteint de cancer										
● Non (réf.)	52,6	1				57,9	1			
● Oui	64,5	1,2	1,0	1,5		76,7	1,6	1,3	2,0	***

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

Variables d'ajustement des modèles 4 et 5 : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau de diplôme, tabagisme, indice de masse corporelle, région d'habitation, sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation, avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, être ou avoir été soigné pour un cancer, penser courir le risque d'avoir un cancer et avoir au moins un proche atteint de cancer. Bac = Baccalauréat ; IC = Intervalle de confiance ; OR = Odds ratio ajustés ; réf. = référence.

Les enquêtés attribuant un rôle très ou plutôt important à l'alimentation dans la survenue d'un cancer étaient 86,5 % en 2010 et 90,5 % en 2015, pour atteindre 92,3 % en 2021. Une évolution significative dans la perception de ce facteur de risque de cancers est ainsi observée entre 2010 et 2021 (p < 0,001).

Concernant les différents facteurs nutritionnels questionnés depuis 2010, des évolutions significatives sont également observées entre 2010 et 2021. La quasi-totalité des personnes interrogées ont exprimé leur avis en 2021 : moins de 2 % des enquêtés indiquent « ne sait pas » à chaque question concernant les groupes d'aliments, alors qu'ils étaient de 8,0 à 21,3 % en 2015 et de 23,0 à 57,3 % en 2010. Il s'agit d'une baisse considérable au cours de ces dernières années.

Concernant la perception des facteurs de risques de cancers, les résultats sont présentés dans la figure 2. Une évolution significative de plus de 30 points est observée entre 2010 et 2021 pour les risques associés à la consommation de viandes rouges. Ainsi, 31,2 % des enquêtés en 2010 percevaient la consommation de viandes rouges comme augmentant les risques de cancers, 42,7 % en 2015 et 62,9 % en 2021 (p < 0,001). Pour les charcuteries, une augmentation significative de près de 25 points est observée entre 2010 et 2021, passant de 47,4 % en 2010, 62,2 % en 2015 à 73,9 % en 2021 (p < 0,001).

FIGURE 2
ÉVOLUTION DE LA PERCEPTION DES FACTEURS DE RISQUES AVÉRÉS SUR LE RISQUE DE CANCERS ENTRE 2010 (N = 3 359), 2015 (N = 3 771) ET 2021 (N = 4 938) (P < 0,001)

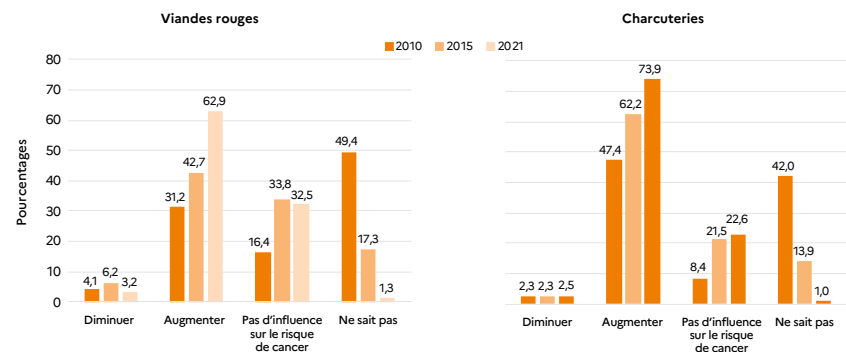
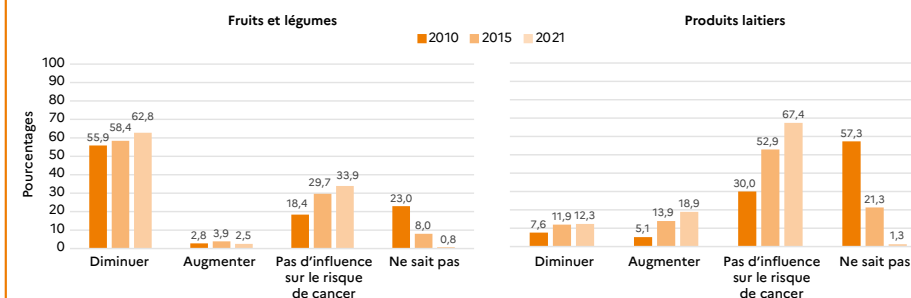


FIGURE 3
ÉVOLUTION DE LA PERCEPTION DE LA CONSOMMATION DE FRUITS ET LÉGUMES COMME FACTEUR PROTÉCTEUR AVÉRÉ SUR LE RISQUE DE CANCERS EN 2010 (N = 3 359), 2015 (N = 3 771) ET 2021 (N = 4 938) (P < 0,001)



TABEAU 5 FACTEURS ASSOCIÉS À LA PERCEPTION DE L'INFLUENCE DE LA CONSOMMATION FRÉQUENTE DE CERTAINS TYPES D'ALIMENTS (2 RÉGRESSIONS LOGISTIQUES DIFFÉRENTES)

	Légumes secs (n = 4600) comme facteur protecteur					Aliments ultra-transformés (n = 4 627) comme facteur de risque				
	Modèle 6					Modèle 7				
	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur
Sexe										
● Homme (réf.)	45,2	1				89,3	1			
● Femme	42,4	0,8	0,7	0,9	**	88,6	0,8	0,6	1,0	*
Âge										
● 15-24 ans (réf.)	42,4	1				88,3	1			
● 25-34 ans	44,1	0,9	0,7	1,1		91,6	1,1	0,7	1,8	
● 35-44 ans	41,2	0,8	0,6	1,1		87,5	0,9	0,6	1,3	
● 45-54 ans	43,9	1,0	0,8	1,3		86,0	0,7	0,5	1,1	
● 55-64 ans	48,8	1,2	1,0	1,6		93,8	1,9	1,2	3,0	**
● 65-74 ans	46,7	1,1	0,9	1,5		88,9	0,9	0,6	1,4	
● 75-85 ans	35,1	0,7	0,5	1,0	*	84,9	0,7	0,4	1,1	
Catégorie socioprofessionnelle										
● Employés (réf.)	40,9	1				87,4	1			
● Indépendants	37,8	0,8	0,6	1,1		87,9	0,9	0,6	1,3	
● Cadres et prof. intellectuelles sup.	52,8	1,2	0,9	1,5		94,7	1,2	0,8	1,9	
● Professions intermédiaires	51,5	1,3	1,1	1,5	*	93,8	1,5	1,0	2,1	*
● Ouvriers	36,2	0,8	0,7	1,0		80,7	0,6	0,5	0,9	**
● Manquants	41,8	1,0	0,7	1,3		90,9	1,8	1,2	2,9	*
Diplôme										
● Inférieur au Bac (réf.)	37,1	1				83,9	1			
● Bac	46,5	1,4	1,2	1,7	***	92,1	1,8	1,3	2,4	***
● Supérieur au Bac	51,9	1,6	1,4	1,9	***	94,7	2,3	1,7	3,2	***
Tabagisme										
● Non (réf.)	45,3	1				89,4	1			
● Oui	39,9	0,8	0,7	0,9	**	87,8	0,9	0,7	1,2	
Indice de masse corporelle										
● 18,5-24,9 (réf.)	43,7	1				89,8	1			
● < 18,5	45,0	1,1	0,8	1,5		90,6	0,8	0,5	1,4	
● 25-29,9	43,2	0,9	0,8	1,0		88,5	0,8	0,6	1,0	*
● ≥ 30	41,5	0,9	0,8	1,1		85,9	0,8	0,6	1,0	
Région d'habitation										
● Pays de la Loire (réf.)	46,0	1				90,0	1			
● Île-de-France	46,8	1,0	0,7	1,3		85,7	0,5	0,3	0,9	*
● Centre-Val de Loire	38,9	0,8	0,5	1,2		81,4	0,4	0,2	0,8	**
● Bourgogne-Franche-Comté	42,7	0,9	0,6	1,4		85,6	0,8	0,4	1,6	
● Normandie	39,3	0,8	0,6	1,2		89,2	0,8	0,4	1,6	
● Hauts-de-France	41,9	1,0	0,7	1,3		86,1	0,7	0,4	1,3	
● Grand Est	42,2	0,9	0,7	1,3		90,4	1,0	0,6	1,9	

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

Variables d'ajustement des modèles 6 et 7 : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau de diplôme, tabagisme, indice de masse corporelle, région d'habitation, sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation, avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, être ou avoir été soigné pour un cancer, penser courir le risque d'avoir un cancer et avoir au moins un proche atteint de cancer.

Bac = Baccalauréat ; IC = Intervalle de confiance ; ORa = Odds ratios ajustés ; réf. = référence.

Pour le facteur protecteur que serait la consommation de fruits et légumes, une évolution plus modérée est observée en ce qui concerne les personnes qui perçoivent ces aliments comme protecteurs (Figure 3). Une augmentation de 2,5 points avait été observée entre 2010 et 2015 (respectivement, 55,9 % et 58,4 %), et une augmentation de 4 points est observée entre 2015 et 2021 (62,8 %). Néanmoins, de plus en plus de personnes indiquent que ce facteur n'a pas d'influence sur le risque de cancer : 18,4 % en 2010, 29,7 % en 2015 et 33,9 % en 2021 (p < 0,001).

Concernant le lait et les produits laitiers⁷, les enquêtés étaient seulement 7,6 % en 2010 à percevoir ce facteur comme diminuant le risque de cancer, 11,9 % en 2015 et 12,3 % en 2021. Toutefois, bien qu'il s'agisse d'un facteur protecteur, les enquêtés sont de plus en plus nombreux à indiquer que la consommation de ces produits n'a pas d'influence sur le risque de développer un cancer. Ce pourcentage a augmenté au cours du temps, passant de 30,0 % en 2010, 52,9 % en 2015, à 67,4 % en 2021. Une part plus importante des enquêtés, entre 2010 et 2021, pense également que la consommation de produits laitiers augmente le risque de cancer (+ 13,8 points, soit près de 3 fois plus de personnes qu'en 2010, p < 0,001).

Concernant les groupes d'aliments pour lesquels aucun risque avéré de cancer n'a été démontré, les enquêtés sont de plus en plus nombreux à indiquer qu'ils n'ont pas d'influence sur le risque de développer un cancer (Figure 4). C'est le cas à la fois pour les viandes blanches (32,3 % en 2010, 57,3 % en 2015 et 68,0 % en 2021, p < 0,001) et le poisson (21,6 % en 2010, 39,3 % en 2015 et 51,2 % en 2021, p < 0,001). Toutefois, une part plus importante des enquêtés, entre 2010 et 2021, pense également que ces différents aliments augmentent le risque de cancer (+ 4,9 points pour le poisson ainsi que les viandes blanches, soit près de 3 fois plus de personnes entre 2010 et 2021).

7. En 2010 et 2015, les enquêtés étaient interrogés sur leur perception de la consommation « lait » comme facteur de risque de cancers. En 2021, cette question a été modifiée par « produits laitiers ».

SUITE TABLEAU 5

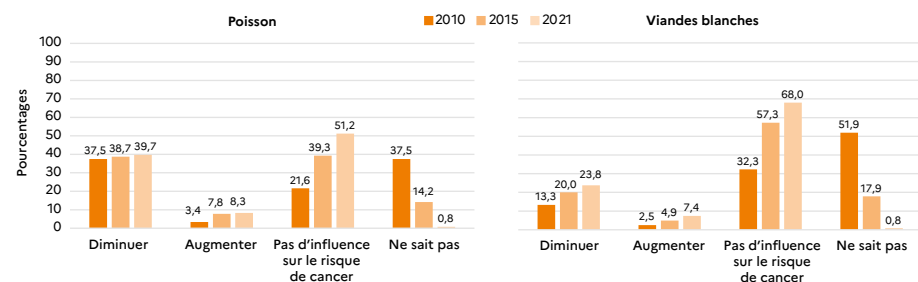
	Légumes secs (n = 4 600) comme facteur protecteur						Aliments ultra-transformés (n = 4 627) comme facteur de risque				
	Modèle 6						Modèle 7				
	%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur		%	OR	IC inférieur	IC supérieur	p-valeur
Région d'habitation											
● Bretagne	47,8	1,0	0,7	1,5			93,2	1,3	0,6	2,5	
● Nouvelle-Aquitaine	42,5	0,8	0,6	1,1			93,0	1,2	0,7	2,1	
● Occitanie	45,5	1,0	0,7	1,3			94,4	1,7	0,9	3,2	
● Auvergne-Rhône Alpes	42,6	0,8	0,6	1,1			87,6	0,7	0,4	1,1	
● PACA	43,7	0,8	0,6	1,2			91,0	1,0	0,5	1,7	
Sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation											
● Très bien (réf.)	47,9	1					84,6	1			
● Plutôt bien	46,8	0,9	0,8	1,1			90,1	1,4	1,0	1,8	
● Plutôt mal	39,3	0,7	0,6	0,9	**		90,7	1,5	1,1	2,1	*
● Très mal informé	40,5	0,8	0,6	1,1			83,6	1,0	0,7	1,5	
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, pour vous-même, un médecin généraliste											
● Oui (réf.)	44,1	1					90,1	1			
● Non	42,3	1,0	0,8	1,1			83,6	0,7	0,5	0,8	**
Avez-vous déjà été soigné(e) ou êtes-vous actuellement soigné(e) pour un cancer											
● Non (réf.)	43,6	1					88,8	1			
● Oui	45,3	0,9	0,7	1,2			90,9	0,8	0,5	1,2	
Vous personnellement, pensez-vous courir, au cours de votre vie, un risque d'avoir un cancer											
● Oui (réf.)	45,6	1					92,1	1			
● Non	39,7	0,8	0,7	1,0	*		83,9	0,6	0,5	0,8	***
Au moins un proche atteint de cancer											
● Non (réf.)	42,0	1					74,3	1			
● Oui	43,9	0,9	0,8	1,2			90,6	2,4	1,8	3,2	***

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

Variables d'ajustement des modèles 6 et 7 : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau de diplôme, tabagisme indice de masse corporelle, région d'habitation, sentiment d'information sur les risques de cancers liés à l'alimentation, avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, être ou avoir été soigné pour un cancer, penser courir le risque d'avoir un cancer et avoir au moins un proche atteint de cancer.

Bac = Baccalauréat ; IC = Intervalle de confiance ; ORa = Odds ratios ajustés ; réf. = référence.

FIGURE 4
ÉVOLUTION DE LA PERCEPTION DES AUTRES FACTEURS CONSIDÉRÉS EN ENTRE 2010 (N = 3 359), 2015 (N = 3 771) ET 2021 (N = 4 938) (P < 0,001)



Pour la consommation de viandes blanches, davantage de personnes pensent également qu'elles pourraient diminuer le risque de cancer (+ 10,5 points entre 2010 et 2021).

Enfin, les aliments bio, les féculents complets, les légumes secs, les compléments alimentaires et les aliments ultra-transformés n'étaient pas intégrés dans les précédentes éditions du Baromètre cancer et ne peuvent donc pas faire l'objet de comparaison à ce stade.

DISCUSSION

Les résultats du Baromètre cancer 2021 montrent une évolution favorable des perceptions de la population sur les facteurs de risque et de protection des cancers liés à la nutrition. Il s'agit de la seule enquête, à notre connaissance, à explorer finement les perceptions des facteurs nutritionnels et des liens entre celles-ci et les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées. Près de 92 % des Français perçoivent l'alimentation comme ayant un rôle possible sur la survenue d'un cancer. Toutefois, des actions peuvent être entreprises afin de sensibiliser davantage les personnes aux bénéfices ou aux risques que peut représenter la consommation de certains aliments, en lien avec le cancer. Les perceptions par les Français des différents aliments pouvant diminuer ou augmenter ce risque ne sont pas toujours en accord avec les recommandations. Par ailleurs, la quasi-totalité des Français a formulé un avis tranché sur les questions qui leur étaient posées (moins de 2 % ont répondu « je ne sais pas »), alors qu'une proportion considérable de Français déclarait ne pas savoir en 2010 (entre 23 % et 57,3 % pour les différents aliments questionnés). Près d'un Français sur deux se sent toutefois bien informé sur les liens entre alimentation et cancers. Ce résultat pourrait expliquer que certaines perceptions des facteurs nutritionnels protecteurs ou de risques diffèrent des recommandations nutritionnelles officielles qui sont davantage centrées sur les bénéfices ou risques pour la santé et non sur le risque de développer un cancer.

Afin de faciliter la lecture de cette partie, il a été choisi de discuter des résultats en les rassemblant sous de grandes thématiques : les perceptions (1) de l'alimentation comme un facteur de risque de survenue de cancer, (2) des facteurs nutritionnels protecteurs de cancers, (3) des facteurs nutritionnels de risques de cancers, et (4) des facteurs pour

lesquels les données scientifiques ne sont pas suffisantes actuellement pour formuler des conclusions sur le caractère protecteur ou de risque de cancer.

L'ALIMENTATION : UN FACTEUR PERÇU COMME AYANT UN IMPACT IMPORTANT SUR LE RISQUE DE SURVENUE D'UN CANCER

Depuis 2010, la perception de l'alimentation comme un facteur ayant un rôle important sur le risque de survenue d'un cancer augmente. Depuis 2015, plus de 90 % des Français perçoivent ce facteur comme ayant un rôle important sur le risque de développer un cancer. Des enquêtes similaires réalisées en Espagne (34) et au Royaume-Uni (35) rapportent que 80,7 %⁸ et 36,2 %⁹ des individus perçoivent le rôle de l'alimentation sur les risques de développer un cancer. La population française semble ainsi être bien sensibilisée à ce facteur de risque de cancer comparée à celles d'autres pays de l'Europe de l'Ouest. Aussi, la différence assez nette observée avec le Royaume-Uni peut s'expliquer en partie par les différentes périodes d'enquête, mais aussi par la méthode utilisée (question fermée vs question ouverte). Il se pourrait également que ces résultats soient influencés par les politiques existantes dans chaque pays en matière de recommandations sur l'alimentation et la santé et les cancers. En France, le PNNS, Santé publique France et l'Institut national du cancer contribuent pour beaucoup aux actions mises en place.

Les facteurs qui expliquent plus finement les perceptions des Français ont évolué entre 2010 et 2021. En 2021, ces perceptions varient en fonction de l'âge, du statut tabagique, de l'IMC, du sentiment d'être informé sur les risques de cancers liés à l'alimentation, du fait d'avoir consulté un médecin généraliste

au cours des 12 derniers mois, d'avoir ou non été soigné pour un cancer, de penser courir un risque d'avoir un cancer et d'avoir ou non un proche atteint de cancer. Contrairement aux Baromètres cancer 2010 et 2015 (36,37), la catégorie socioprofessionnelle et les revenus ne semblent plus jouer un rôle central dans ces perceptions. En ce qui concerne le sexe, cette variable n'apparaît plus comme ayant un rôle significatif dans la perception de l'alimentation comme facteur de risque de cancer. En 2010 (36) et 2015 (37), les femmes percevaient significativement plus que les hommes l'importance de l'alimentation sur les risques de cancers. Cette différence entre les femmes et les hommes n'était toutefois pas significative sur les deux modèles. En 2021, l'absence de différence en fonction du sexe pourrait s'expliquer par une meilleure appréhension des recommandations par les hommes ou par un intérêt en évolution pour les facteurs nutritionnels par ces derniers. En 2021, aucune donnée de la littérature scientifique n'a exploré cela. Ces hypothèses nécessitent d'être explorées à travers des études scientifiques afin de mieux comprendre l'appréhension des facteurs nutritionnels et de l'importance de la nutrition accordée par les individus en fonction de leur genre. En ce sens, il serait pertinent d'évaluer également le rôle que le Nutri-Score pourrait avoir joué dans la réduction des inégalités liées au genre dans ces perceptions entre alimentation et cancer.

Par ailleurs, pour la première fois dans cette enquête, les personnes les plus âgées perçoivent moins que les jeunes (75-85 ans vs 15-24 ans ; sans différence entre les autres tranches d'âges comparées aux 15-24 ans) l'importance du rôle de l'alimentation sur le risque de développer un cancer. Dans les éditions précédentes, les résultats observés étaient inverses. Une hypothèse serait que les informations sur la santé sont de plus en plus transmises par les réseaux sociaux (e.g., recommandations de santé, danger de certains aliments pour la santé, les liens entre alimentation et cancer) et sont différentes d'un réseau social à un autre (39). Plus particulièrement, certains réseaux sociaux où de

nombreuses « infox » (ou « fake news » en anglais) sont susceptibles d'être transmises sont davantage utilisés par les plus de 30 ans. Le prochain Baromètre cancer nous permettra de vérifier si ce résultat se maintient dans le temps. Il serait pertinent de croiser ces résultats avec les types de source d'information des individus et la perception de leur fiabilité : cette analyse fera l'objet d'un travail ultérieur.

Malgré une perception quasi généralisée de l'importance de l'alimentation sur les risques de développer un cancer, plus d'un Français sur deux (55,9 %) pense être bien informé sur ces risques. Ce taux a diminué de près de 10 points par rapport aux Baromètres cancer 2010 et 2015 (respectivement, 67,0 % en 2010, 66,0 % en 2015) où le sentiment d'être bien informé sur les effets de l'alimentation sur la santé était questionné. Alors que l'alimentation comme facteur protecteur de santé, de bien-être ou de lutte contre les maladies cardiovasculaires est l'objet d'importantes communications (notamment des industriels en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires), le lien entre cancer et alimentation est moins présent dans l'espace public. Aussi, c'est pour mieux appréhender les perceptions des Français en lien avec le cancer et sa prévention que cet item a été modifié pour cette nouvelle édition. Le changement de formulation de la question (risques pour la santé vs risques de développer un cancer) pourrait expliquer cette variation dans le temps. Les Français se sentiraient moins bien informés sur les risques de cancers que véhicule l'alimentation, en comparaison de leur perception de ses risques globaux pour la santé. Aucune autre étude, à notre connaissance, n'a questionné cette perception. Le fait que près d'un Français sur deux se sente bien informé sur ces risques de cancers liés à l'alimentation souligne l'importance de leur marge d'amélioration sur ce sujet, comme il pourrait expliquer pourquoi les bénéfices et les risques des différents groupes d'aliments sont modérément ou peu perçus. Les sections suivantes déclinent les résultats relatifs aux différents facteurs nutritionnels questionnés dans l'enquête.

8. Une question fermée, similaire à celle utilisée dans le Baromètre cancer, était posée aux participants.

9. Les participants étaient invités à travers une question ouverte à nommer les facteurs qui peuvent représenter un risque de développer un cancer.

LES GROUPES D'ALIMENTS ASSOCIÉS À UNE DIMINUTION DU RISQUE DE CANCER : UNE PERCEPTION VARIABLE

Les bénéfices des aliments représentant un facteur protecteur, comme les fruits et légumes, les féculents complets et les produits laitiers, sont perçus. À l'exception des fruits et légumes perçus par une majorité des Français (62 %) comme diminuant le risque de cancer, le caractère protecteur de la consommation de féculents complets et des produits laitiers est respectivement perçu par seulement 36,6 % et 12,7 % des Français.

La perception du caractère protecteur de la consommation de fruits et légumes, en lien avec le cancer, est en augmentation depuis 2010 (36,37). Comme en 2010 et 2015 (36,37), les personnes les plus diplômées exerçant une profession intermédiaire et les cadres et professions intellectuelles supérieures perçoivent davantage le caractère potentiellement protecteur des fruits et légumes sur le risque de développer un cancer. Il s'agit de l'un des groupes d'aliments pour lequel des campagnes de prévention existent depuis de nombreuses années et auquel la population semble sensibilisée (30). À l'international, ce facteur protecteur est relativement moins bien perçu (42,0 % aux États-Unis (33) et 0,2 % au Royaume-Uni (35)). Toutefois, ces résultats peuvent être liés à la méthode de l'enquête, comme l'utilisation de questions ouvertes demandant aux enquêtés de lister les facteurs de risques ou de protection de cancer qu'ils connaissent. Les résultats des différentes enquêtes réalisées, tout comme ceux observés dans le Baromètre cancer, pourraient s'expliquer par le fait que les campagnes de prévention n'indiquent pas l'effet protecteur, en lien avec le cancer, liés à la consommation de fruits et légumes et par les messages contradictoires qui peuvent être diffusés en ligne. À ce titre, la contamination des fruits et légumes par des pesticides est fréquemment diffusée dans les médias, soulignant l'existence des risques

pour la santé associés à la consommation de ces produits¹⁰. Cela pourrait également expliquer que près de 34 % des Français interrogés indiquent que la consommation de fruits et légumes n'a pas d'influence sur le risque de survenue d'un cancer. Les bénéfices pour la santé associés à la consommation de fruits et légumes ne seraient donc pas toujours perçus, ce qui démontre l'importance de continuer de sensibiliser la population sur les bienfaits de la consommation de fruits et légumes pour l'organisme.

En ce qui concerne la faible perception des bénéfices associés à la consommation de féculents complets, celle-ci pourrait être due au fait que la recommandation visant à augmenter la consommation de ces produits (« au moins un féculent complet par jour, car ils sont naturellement riches en fibres » (40)) est relativement récente (2019), de même que la communication autour de cette recommandation et des bénéfices sur la santé (10). L'enquête nationale menée par l'American Institut for Cancer Research sur les facteurs de risques de cancers (33) rapporte un résultat similaire en ce qui concerne la perception des féculents complets comme facteur protecteur des cancers, qui était également un groupe d'aliments questionné pour la première fois dans cette enquête. Près de 38 % des Américains percevaient en 2019 les bénéfices d'une alimentation riche en fibres. Il serait ainsi intéressant de suivre l'évolution de ce résultat dans différents pays utilisant un format d'enquête similaire, afin d'apprécier l'effet des recommandations disponibles dans ces pays et des campagnes de marketing social qui auront pu être déployées. En France, les féculents complets ont fait l'objet d'une campagne rediffusée à trois reprises depuis 2019. À noter cependant que seul l'impact favorable sur la santé est mis en avant et pas spécifiquement le lien avec le cancer.

En ce qui concerne les bénéfices associés à la consommation de produits laitiers, le Baromètre cancer est la seule enquête où le

lien entre ce groupe d'aliments et les risques de cancers est questionné. Il s'agit du facteur protecteur de cancer (pour le cancer colorectal) dont le lien avec le risque de développer un cancer est le moins perçu par les Français. Ce faible niveau de perception (12,7 %) pourrait s'expliquer par différents messages contradictoires véhiculés sur ce groupe d'aliments en fonction des localisations de cancer : en effet, le niveau de preuve pour l'association protectrice entre la consommation de produits laitiers et le risque de cancer colorectal est jugé « probable » par le WCRF (18). A contrario, quelques études récentes ont montré des associations délétères avec le cancer de la prostate, possiblement liées au calcium, mais avec, selon le WCRF, un niveau de preuve « suggéré » donc moins élevé que le niveau « probable » (18). Ce doute pourrait être accentué par l'existence d'une communication importante autour d'autres risques associés à la consommation de ces produits. En particulier, certaines associations de protection des animaux ou végan communiquent sur les risques pour les animaux ou l'environnement associés à la production des produits laitiers, à travers leurs sites Internet et sur les réseaux sociaux¹¹. Cette désinformation peut également être renforcée par des croyances diffusées dans certains articles de presse¹² sur la diminution du risque de cancers chez les personnes intolérantes aux lactoses. Les résultats observés pourraient enfin être expliqués par l'évolution des recommandations de consommation de produits laitiers par jour pour les adultes (40), abaissée de 3 dans les éditions précédentes du PNNS, à 2 par prudence, notamment du fait du doute décrit un peu plus haut sur l'augmentation du risque de cancer de la prostate, dont le niveau de preuve était limité (18). Cette diminution aurait pu être source de confusion auprès de la population française. Notons également que les campagnes de prévention sur les liens entre

produits laitiers et cancer restent rares en France, ce qui pourrait également expliquer une connaissance plus fragile.

LES FACTEURS NUTRITIONNELS ASSOCIÉS À UN RISQUE AUGMENTÉ DE CANCER : UNE ÉVOLUTION FAVORABLE DES PERCEPTIONS

Les facteurs nutritionnels représentant un facteur de risque de cancer, que sont les charcuteries, les viandes rouges et les compléments alimentaires, sont perçus par plus de la moitié des Français comme augmentant le risque de cancer sauf pour les compléments alimentaires (33,6 %).

Les perceptions du risque de développer un cancer associé à la consommation de viandes rouges et de charcuteries ont augmenté de manière considérable entre 2010 et 2022, passant respectivement de 31,2 % à 62,9 % et de 47,4 % à 73,9 %. Bien que les recommandations nutritionnelles (40) ne fassent pas spécifiquement le lien avec les risques potentiels de survenue de cancers et qu'il y ait peu de communication sur les liens entre ces aliments et le risque de cancer, la population semble de plus en plus sensibilisée aux risques associés à une consommation importante de ces aliments. En 2021, les médias ont à plusieurs reprises abordé les liens entre les sels nitrités rajoutés aux charcuteries et les risques de développer un cancer¹³. Un projet de loi a été déposé en 2021 afin de limiter l'utilisation de nitrites pour la conservation des charcuteries, projet qui a été annulé avant d'être examiné et adopté en 2022¹⁴. L'Anses a également produit un rapport en 2022 confirmant les risques pour la santé associés à la présence de nitrites dans les denrées alimentaires (41). De même pour les viandes rouges, les mois précédant la réalisation de l'enquête, plusieurs médias

10. GEO (2022). 50 % de fruits et légumes sont contaminés par des pesticides à risque. Disponible sur : <https://www.geo.fr/environnement/50-de-fruits-et-legumes-sont-contamines-par-des-pesticides-a-risques-208980>

L'actualité (2022). Non, les pesticides ne rendent pas les fruits et légumes mauvais pour la santé. Disponible sur : <https://lactualite.com/sante-et-science/non-les-pesticides-ne-rendent-pas-les-fruits-et-legumes-mauvais-pour-la-sante/>

11. Sur ce sujet, les associations BE Vegan (<https://bevegan.be/fr/home/>) et Peta France (<https://www.petafrance.com/nos-campagnes/alimentation/les-animaux-eleves-pour-leur-lait/>) communiquent fréquemment sur le sujet.

12. Santé Log (2015). CANCER: L'intolérance au lactose, un facteur réducteur de risque? Disponible sur : <https://www.santelog.com/actualites/cancer-lintolerance-au-lactose-un-facteur-reducteur-de-risque>

13. The conversation (2019). Charcuterie : entre nitrate sans danger et nitrite toxique, comment s'y retrouver ? Disponible sur : <https://theconversation.com/charcuterie-entre-nitrate-sans-danger-et-nitrite-toxique-comment-sy-retrouver-125584>

L'Obs (2020). Une bataille sur les nitrites se prépare à l'Assemblée. Disponible sur : <https://www.nouvelobs.com/economie/20200301.OBS25495/une-bataille-sur-les-nitrites-se-prepare-a-l-assemblee.html>

14. La loi n'a pas été promulguée au moment de la publication de ce document.

ont abordé des liens potentiels entre la consommation de ces aliments et le risque de développer un cancer colorectal¹⁵.

En ce qui concerne les risques associés à la consommation de compléments alimentaires, seuls ceux à base de bêta-carotène à forte dose représentent un risque, en particulier chez les fumeurs (18). Près d'un Français sur trois indique que la consommation de ces produits augmente le risque de cancer et pour 52,4 % des Français que cela n'a pas d'influence. Ces premiers résultats sont à prendre avec précaution, car la question formulée précisait uniquement « compléments alimentaires », sans que soit spécifiés ceux contenant des bêta-carotènes à fortes doses. Aucune autre étude à notre connaissance n'a interrogé les perceptions de la population sur ce facteur de risque. Les recommandations nutritionnelles officielles (40) précisent que la consommation de ces produits est inutile dès lors qu'une alimentation variée et équilibrée est adoptée. Ces résultats seraient à explorer à travers une question qualitative pour mieux comprendre la perception des individus sur ce sujet.

LES FACTEURS POUR LESQUELS LES DONNÉES SCIENTIFIQUES NE SONT PAS SUFFISANTES ACTUELLEMENT

Différents facteurs nutritionnels pour lesquels les données scientifiques ne sont actuellement pas suffisantes pour indiquer un bénéfice ou un risque de développer un cancer ont été questionnés pour la première fois dans cette enquête. Il s'agit plus particulièrement des légumes secs, des aliments ultra-transformés, des aliments bio et aussi de la pratique du jeûne. Parmi ceux-ci, des recommandations nutritionnelles existent pour les légumes secs et les aliments ultra-transformés depuis 2019 (40).

Il est, en effet, recommandé de consommer des légumes secs au moins deux fois par semaine en raison de leurs teneurs en protéines végétales et richesses en fibres (18). Toutefois, les données scientifiques actuelles ne permettent pas de conclure sur le caractère protecteur de cancer, ou non, de la consommation de légumes secs.

Concernant les aliments ultra-transformés, une revue de la littérature a identifié une cinquantaine d'études dans le monde qui ont observé des associations entre la consommation de ces aliments et des risques plus élevés de maladies chroniques (38) : il est recommandé par le PNNS de réduire leur consommation (40). Pourtant, 88,2 % des Français ont indiqué percevoir un risque de développer un cancer associé à la consommation de ces produits. Ce résultat pourrait être lié à la médiatisation importante qui existe autour des aliments ultra-transformés (risques pour la santé associés à leur consommation), notamment avec les résultats de la cohorte française NutriNet-Santé sur le sujet (42) ; ainsi qu'à l'essor d'applications mobiles permettant aux consommateurs d'identifier les aliments ultra-transformés et de réduire leur quantité dans le but d'améliorer la qualité des paniers d'achats.

Concernant les aliments bio, ils sont perçus par près de la moitié des Français comme diminuant le risque de cancer (48,5 %) ou comme n'ayant pas d'influence (48,8 %). Ce dernier résultat pourrait s'expliquer par l'état actuel des données scientifiques qui montrent qu'une consommation importante d'aliments issus de l'agriculture biologique diminue le risque de cancer (22), mais qui nécessitent d'être confirmées avec d'autres études. Aussi, l'intérêt de la population pour une alimentation saine, sans pesticides, et par une médiatisation importante du sujet¹⁶, pourrait expliquer ces résultats. Les résultats

15. Pourquoi Docteur (2021). Viande rouge et cancer colorectal : des dommages constatés sur l'ADN. <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/36594-Viande-rouge-cancer-colorectal-dommages-constates-l-ADN>

Ouest France (2021). Cancer colorectal. La surconsommation de viande rouge favoriserait une mutation ADN, selon une étude. Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/sante/cancer/cancer-colorectal-la-surconsommation-de-viande-rouge-favoriserait-une-mutation-adn-selon-une-etude-e9b5d024-d265-11eb-8758-469341d1a13a>

16. Capital (2020). Pesticides : les vrais dangers... et les fausses peurs ! Disponible sur : <https://www.capital.fr/conso/pesticides-les-vrais-dangers-et-les-fausse-peurs-1363442>

France 3 Régions (2020). Mobilisations pour une alimentation saine, de la fourche à la fourchette. Disponible sur : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/mobilisations-alimentation-saine-fourche-fourchette-1885462.html>

du 18^e baromètre de consommation et perception des produits biologiques en France (43) indiquent, en effet, que plus des 80 % des enquêtés perçoivent des effets bénéfiques pour la santé liés à la consommation d'aliments bio, saluent le caractère plus naturel de ces aliments et l'impact positif de leur production sur l'environnement.

En ce qui concerne la pratique du jeûne (sauter des repas ou de ne pas manger pendant un certain temps), la majorité des Français (72,1 %) indiquent que cette pratique n'a pas d'influence sur le risque de cancers. Ce résultat est en cohérence avec les données de la littérature et un état des lieux et des connaissances, publié par le Réseau NACRe (Nutrition Activité physique Cancer Recherche) en partenariat avec l'Institut national du cancer en 2017, qui soulignait l'absence de preuve scientifique de bénéfices pour le cancer liés à la pratique du jeûne ou de régimes restrictifs (44).

Deux autres groupes d'aliments pour lesquels aucun lien n'a été mis en évidence avec le risque de développer un cancer (18) ont été questionnés (poissons et viandes blanches). La majorité des Français indiquent que ces

aliments n'ont pas d'influence sur le risque de cancer. Une évolution positive de plus de 10 % a été observée entre 2015 et 2021. Cependant, pour la consommation de poissons, près de 40 % des répondants perçoivent ce facteur comme permettant de diminuer le risque de cancer. Cela pourrait être lié aux recommandations nutritionnelles, indiquant de consommer du poisson pour ses apports en protéines, et en acides gras (Oméga-3) (40), soulignant des bénéfices potentiels pour la santé associés à la consommation de poisson.

Pour les viandes blanches, relevons l'évolution de 12,3 % en 2010 à 23,8 % des Français, en 2021, qui indiquent que la consommation de ces aliments diminue le risque de cancer. Des études récentes rapportent une diminution du risque de cancer du sein associé à la consommation de volailles (45). Bien que les données scientifiques soient insuffisantes, certains médias ont rapporté ces résultats en lien avec la prévention des cancers du sein (46). À nouveau, les informations diffusées dans les médias, bien que non soutenues par les instances nationales référentes en matière de santé, pourraient expliquer l'évolution de ces perceptions¹⁷.

17. Le Journal des Femmes – Santé (2019). Manger de la volaille réduirait de 15 % le risque de cancer du sein. Disponible sur : <https://sante.journaldesfemmes.fr/maladies/2555440-cancer-du-sein-viande-rouge-blanche-volaille/>

CONCLUSION

Le Baromètre cancer étudie depuis 2010 les perceptions des Français sur la nutrition en lien avec le cancer. Peu d'études à l'international s'intéressent à ce sujet. Alors que la majorité de celles-ci s'intéressent aux perceptions des liens entre nutrition et cancer à un niveau descriptif, le Baromètre cancer est la seule enquête à notre connaissance à s'intéresser aux liens entre ces perceptions et des variables sociodémographiques.

Ce Baromètre 2021 permet d'explorer des questions jamais posées et dont il faudra voir évoluer les résultats dans le temps, le questionnaire lui-même ayant été un peu modifié pour être en accord avec l'évolution à la fois des recommandations et des habitudes alimentaires des Français.

L'alimentation reste un facteur perçu par la majorité des Français comme jouant un rôle important sur le risque de développer un cancer. Cependant, leur perception des bénéfices ou risques liés à chaque grande catégorie d'aliment demeure au mieux imprécise, et influencée par des messages partisans. Or près d'un Français sur deux pense être bien informé sur les risques de cancers liés à l'alimentation. Ce constat en demi-teinte incite à continuer les actions de sensibilisation sur la nutrition et le cancer, en ciblant certains facteurs spécifiques.

Cette enquête a permis de confirmer certains résultats observés depuis 2010 et d'étudier l'évolution favorable des perceptions des Français sur les facteurs de risques nutritionnels de cancer. Toutefois, les résultats mis en évidence doivent être confirmés et affinés, ce qui pourrait aider à penser les campagnes de prévention et la communication réalisées autour des recommandations nutritionnelles.

Pour conclure, ce travail suggère la nécessité de poursuivre le développement des recherches sur la nutrition et le cancer, afin d'identifier, développer et évaluer de nouvelles approches pour augmenter la sensibilisation des Français sur ces facteurs de risques. De nombreuses données ont été récoltées à travers le Baromètre cancer. Ces données feront l'objet d'analyses supplémentaires afin d'explorer les liens entre le sentiment d'être informé et la perception des facteurs protecteurs ou de risques de cancer. La fiabilité perçue des sources d'information utilisées sera également prise en compte. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les liens entre la perception des facteurs protecteurs ou de risques de cancer et les comportements alimentaires des Français. Cela n'était pas l'objet de la présente enquête. Pourtant, des informations croisant les perceptions et les comportements pourraient apporter des éléments pertinents pour continuer de penser les campagnes de prévention.

Relecteurs

Pauline DUCROT, chef de projet, département Prévention, Santé publique France
Florence ROSTAN, chargée de mission, direction Prévention Promotion de la Santé, Santé publique France

Liens d'intérêts : aucun lien d'intérêt déclaré.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Wild CP, Ifrah N, Bourdillon F. Mesurer les parts de cancers évitables pour mieux guider la lutte et la prévention. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;21:430-431
- Centre international de Recherche sur le Cancer. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine [Internet]. CIRC. 2018 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : https://gco.iarc.fr/includes/PAF/PAF_FR_report.pdf
- Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. *Circulation.* 2016;133:187-225
- Negash Seifu C, Fahey PP, Hailemariam TG, Frost SA, Atlantis E. Dietary patterns associated with obesity outcomes in adults: an umbrella review of systematic reviews. *Public Health Nutr.* 2021;24(18):1-49
- Neuenschwander M, Weber KS, Norat T, Aune D, Schwingshackl L, Schlesinger S. Role of diet in type 2 diabetes incidence: umbrella review of meta-analyses of prospective observational studies. *BMJ.* 2019;365:l2368
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ministère délégué à la Santé. Programme national nutrition-santé 2001-2005 [Internet]. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 2001 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Deuxième Programme national nutrition santé — 2006-2010 : actions et mesures [Internet]. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. 2006 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.irbms.com>
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé 2011-2015 [Internet]. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 2011 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
- Haut Conseil de la santé publique. Pour une Politique nationale nutrition santé en France PNNS 2017-2021 [Internet]. Haut Conseil de la Santé publique. 2017 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national nutrition santé : 2019-2023 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- Chérié-Challine L, Paty AC, Yhry Z. La mortalité prématurée par cancer : une spécificité française ? *Bull Epidemiol Hebd.* 2003;30-31:146-149
- Boulat T, Ghosn W, Morgand C, Falissard L, Roussel S, Rey G. Principales évolutions de la mortalité par cause médicale sur la période 2000-2016 en France métropolitaine. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;29-30:576-584
- Institut national du cancer (INCa). Le Plan cancer 2014-2019 [Internet]. INCa. 2014 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr>
- Institut national du cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Feuille de route 2021-2025 [Internet]. INCa. 2021 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- Moreschi C. Beziehungen zwischen Ernährung und Tumorwachstum. *Ztschr f Immunitätsforsch.* 1909;2:651
- McCay CM, Pope F, Lunsford W. Experimental prolongation of the life span. *Bull N Y Acad Med* 1956;32:91-101.13284491
- Armstrong B, Doll R. Environmental factors and cancer incidence and mortality in different countries, with special reference to dietary practices. *Int J Cancer* 1975;15:617-31
- World cancer research fund (WCRF), American institute for cancer research (AICR). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018 [Internet]. WCRF. 2018 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.wcrf.org>
- Institut national du cancer. Nutrition et prévention primaire des cancers : actualisation des données [Internet]. INCa. 2015 [cité 12 août 2022] Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr>
- International Agency for Research on Cancer and World Health Organization (2018). Red Meat and Processed Meat: IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume 114 [Internet]. IARC. 2018 [cité 12 août 2022] Disponible sur : <https://monographs.iarc>
- Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ.* 2018;360:k322
- Baudry J, Assmann E, Touvier M, Allès B, Seconda L, Latino-Martel P, et al. Association of frequency of organic food consumption with cancer risk. *JAMA Intern Med.* 2018;178:1597-1606
- Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche (NACRe). Jeûne, régimes restrictifs et cancer : revue systématique des données scientifiques et analyse socio-anthropologique sur la place du jeûne en France [Internet]. NACRe. 2017 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www6.inrae.fr>
- Srour B, Plancoulaine S, Andreeva VA, Fassier P, Julia C, Galan P, et al. Circadian nutritional

- behaviours and cancer risk: New insights from the NutriNet-santé prospective cohort study. *Int J Cancer*. 2018 Nov 15;143(10):2369-79
25. Lavalette C, Adjibade M, Srour B, Sellem L, Fiolet T, Hercberg S, et al. Cancer-specific and general nutritional scores and cancer risk: results from the prospective NutriNet-Santé cohort. *Cancer Res*. 2018;78:4427-4435
 26. Romaguera D, Vergnaud AC, Peeters PH, van Gils CH, Chan DS, Ferrari P, et al. Is concordance with World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research guidelines for cancer prevention related to subsequent risk of cancer? Results from the EPIC study. *Am J Clin Nutr*. 2012;96:150-163
 27. Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles : De Boeck-Wesmael ; 1989. 239 p
 28. Bury J, Foucaud J. L'éducation thérapeutique In : F. Traité de prévention, Paris : Flammarion Médecine-Sciences, coll Traités. 2009:81-7
 29. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50:179-211
 30. Dyen, M. Application des recommandations Manger Bouger et AntiGaspi : quels enseignements d'une étude holistique de l'alimentation ? Approche par les théories des pratiques [Thèse de doctorat]. [Montpellier] : Université de Montpellier ; 2018
 31. Contento IR. Nutrition education: linking research, theory, and practice. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2008;17:176-179
 32. Spronk I, Kullen C, Burdon C, O'Connor H. Relationship between nutrition knowledge and dietary intake. *Br J Nutr*. 2014;111:1713-1726
 33. American Institute for Cancer Research (AICR). 2019 AICR Cancer risk awareness survey [Internet]. AICR. 2019 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.aicr.org>
 34. Petrova D, Borrás JM, Pollán M, Bayo Lozano E, Vicente D, Jiménez Moleón JJ, Sánchez MJ. Public perceptions of the role of lifestyle factors in cancer development: Results from the Spanish Onco-Barometer 2020. *Int J Environ Res Public Health*. 18(19):10472
 35. Power E, Connor C, Crawford C. Cancer awareness measure 2017 [Internet]. *Cancer Research UK*. 2017 [cité 17 février 2019]. Disponible sur : <https://www.cancerresearchuk.org>
 36. Escalon H, Ancellin R. Baromètre cancer 2010. Nutrition et cancer. Perception des risques et des facteurs protecteurs. Santé publique France. 2012 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr>
 37. Soler M, Ducrot P, Lamore K, Latino-Martel P, Serry AJ, Foucaud J. Baromètre cancer 2015. Nutrition et cancer. Perception des risques et des facteurs protecteurs [Internet]. Institut national du cancer et Santé publique France. 2019 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr>
 38. Srour B, Kordahi MC, Bonazzi E, Deschasaux-Tanguy M, Touvier M, Chassaing B. Ultra-processed foods and human health: from epidemiological evidence to mechanistic insights. *Lancet*. 2022;forthcoming
 39. Kantar Public Onepoint et La Croix (2021). Baromètre 2021 de la confiance des Français dans les médias [Internet]. 2021 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.kantar.com>
 40. Manger bouger : Programme national Nutrition Santé. Les recommandations alimentaires pour les adultes [Internet]. République française, Santé publique France, Manger bouger : Programme national Nutrition Santé. 2022 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.mangerbouger.fr>
 41. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Évaluation des risques liés à consommation de nitrates et nitrites [Internet]. Anses. 2022 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.anses.fr>
 42. Debrasa C, Srourab B, Chazelas E, Julia C, Kesse-Guyot E, Allè B, et al. Aliments ultra-transformés, maladies chroniques, et mortalité : résultats de la cohorte prospective NutriNet-Santé. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 2022;57(3):222-234
 43. Agence BIO (2022). Baromètre de consommation et de perception des produits biologiques en France [Internet]. Agence BIO. 2022 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.agencebio.org>
 44. Institut national du cancer. Jeûne, régimes restrictifs et cancer [Internet]. INCa. 2017 [cité 12 août 2022]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr>
 45. Lo JL, Park YMM, Sinha R, Sandler DP. Association between meat consumption and risk of breast cancer: Findings from the Sister Study. *Cancer Epidemiol*. 2019;146(8):2156-2165
 46. Lo JJ, Park YMM, Sinha R, Sandler DP. Association between meat consumption and risk of breast cancer: Findings from the Sister Study. *Cancer Epidemiol*. 2019;146(8):2156-2165

COMMENT CITER CE CHAPITRE

- Lamore K, Cervenka I, Srour B, Foucaud J. Baromètre cancer 2021. Nutrition et cancer : Perception des facteurs de risque et des facteurs protecteurs. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, p. 164-197.

99,6 %

des personnes interrogées savent ce qu'est une cigarette électronique

79,4 %

des répondants pensent que l'utilisation de la cigarette électronique peut provoquer un cancer

75 %

des personnes jugent la cigarette électronique nocive pour la santé

52,9 %

des répondants considèrent la cigarette électronique comme aussi ou plus nocive que la cigarette traditionnelle

79,8 %

des personnes considèrent la nicotine contenue dans la cigarette électronique comme nocive pour la santé et elles sont **70 %** à avoir la même opinion concernant les arômes

82,7 %

des répondants pensent que la nicotine contenue dans la cigarette électronique peut provoquer un cancer et **73,7 %** pensent de même en ce qui concerne les arômes

7 CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Quelles perceptions en France ?

□ Résumé	200
□ Introduction	201
□ Méthode	203
□ Résultats	205
□ Discussion	212
□ Conclusion	217

- Jérôme FOUCAUD
- Iris CERVENKA
- Karine GALLOPEL MORVAN
- Philémon AUROUET
- Anne-Fleur GUILLEMIN
- Benoît LABARBE
- Carolyn REYES-GUZMAN

RÉSUMÉ

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Quelles perceptions en France ?

LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE : UN OBJET DE CONTROVERSES

Depuis 2010, les cigarettes électroniques se présentent comme des alternatives aux cigarettes traditionnelles. Néanmoins, les cigarettes électroniques sont au cœur de plusieurs controverses, concernant leur impact sur la santé, la trajectoire de ses usagers, son potentiel de re-normalisation du fait de fumer et donc du tabagisme. Il est important d'analyser finement les perceptions pour mieux comprendre les usages et définir des stratégies publiques de prévention et d'intervention.

L'ANALYSE DES PERCEPTIONS DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE : QUELLE MÉTHODE ?

L'enquête a été réalisée sur un échantillon représentatif de 4 938 personnes. Selon les questions et les sous-échantillons, le nombre de répondants aux questions concernant la cigarette électronique a varié de 4 595 à 2 292 personnes âgées de 15 à 75 ans.

UNE BONNE CONNAISSANCE DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE ET UN USAGE EN DÉVELOPPEMENT

Il apparaît que 99,6 % des participants déclarent avoir connaissance des cigarettes électroniques. Plus d'un tiers les ont essayées, dont notamment les hommes, les jeunes, les fumeurs et ex-fumeurs, ainsi que les personnes sans activité ou vivant dans de grandes agglomérations. La prévalence d'usage courant de la cigarette électronique s'élève à 7,5 % de la population, soit une augmentation de 2,1 % par rapport aux données de 2020. Parmi les usagers de la cigarette électronique, une

grande majorité déclare les utiliser afin de modifier leur tabagisme dont 48 % dans le but d'arrêter de fumer.

UNE PERCEPTION NÉGATIVE DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Les répondants ont une perception négative des cigarettes électroniques. Un tiers estime qu'elles sont très, voire extrêmement nocives pour la santé (respectivement 18,5 % et 10,3 %), notamment les femmes et les personnes de plus de 55 ans. Les cigarettes électroniques sont également majoritairement perçues comme autant, voire plus nocives que les cigarettes traditionnelles (respectivement 41,4 % et 11,5 %). Enfin, elles sont perçues comme moins nocives par les fumeurs et les personnes avec un niveau plus élevé de revenus ou de diplômes.

Les composants des cigarettes électroniques sont également perçus comme plutôt nocifs : plus d'un tiers estiment que la nicotine pouvant y être contenue est très ou extrêmement nocive ; et moins de 28 % déclarent les arômes comme très ou extrêmement nocifs, dont notamment les jeunes.

LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE : UN DISPOSITIF CANCÉRIGÈNE ?

Concernant la perception de la cigarette électronique comme facteur de risque de cancer, un tiers des répondants sont certains de cette proposition et plus de 46 % sont plutôt d'accord sur le fait qu'elle peut provoquer un cancer ; plus d'un tiers sont tout à fait d'accord sur l'idée que la nicotine contenue peut revêtir un caractère cancérigène ; et la moitié des répondants déclarent que les arômes sont une cause possible de cancer.

INTRODUCTION

QUEL HISTORIQUE ET QUELLE DÉNOMINATION DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE ?

Les systèmes électroniques de délivrance de la nicotine¹ (SEDEN), plus connus sous le terme de « cigarette électronique », « e-cigarette » ou encore « vapoteuse », ont été commercialisés pour la première fois en 2004 sur le marché asiatique (1). Ils ont fait leur apparition en France en 2007 et connaissent un essor en Europe depuis 2010 (2). Alors que le terme de SEDEN est la dénomination générique de tous les dispositifs de ce type, c'est bien celui de cigarette électronique qui est le plus utilisé dans la littérature scientifique et les médias (3-5). Les cigarettes électroniques ont différentes formes et aspects, mais elles sont globalement toutes composées d'une batterie alimentant une résistance chauffante, d'une cartouche ou d'un réservoir pour un liquide contenant généralement du propylène glycol et de la glycérine végétale, d'un mélange d'un ou plusieurs arômes et additifs et souvent de la nicotine : un aérosol est produit sous l'effet du dispositif chauffant (6, 7). Les cigarettes électroniques et les liquides à vapoter (« e-liquides ») qui les alimentent sont regroupés sous la dénomination de « produits du vapotage ».

QUELLES CONTROVERSES AUTOUR DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE ?

Les cigarettes électroniques ont été développées et promues comme un produit de réduction des risques, une alternative à la cigarette traditionnelle afin d'être le plus proche possible des sensations de celle-ci (8), puis une aide au sevrage tabagique. Du fait de l'absence de combustion, leur moindre nocivité par rapport aux cigarettes traditionnelles

est un argument avancé en faveur de leur usage au Royaume-Uni notamment (9). Étant donné les débats existant autour de ce nouveau produit, les cigarettes électroniques peuvent être perçues négativement. Elles ont été notamment au centre d'une médiatisation importante lors de l'épidémie de pneumopathies sévères aux États-Unis en 2019, « EVALI »² (10).

La question de leur impact sanitaire, de la trajectoire des usagers vers le sevrage, ou encore du risque de la re-normalisation du fait de fumer et donc du tabagisme en lien avec la cigarette électronique, sont au cœur de controverses scientifiques, journalistiques et parmi les acteurs de santé publique (6, 7). En France, c'est dans ce contexte que le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par le gouvernement sur ces questions. Le rapport publié en janvier 2022 indique que les données disponibles ne permettent pas de conclure avec certitude sur ces points majeurs de controverse et que des recherches complémentaires sont nécessaires (11).

QUELLE EST LA RÉGLEMENTATION EN VIGUEUR SUR LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE EN FRANCE ?

En France comme en Europe, les produits du vapotage contenant de la nicotine (cigarettes électroniques et e-liquides) sont régis depuis mai 2016 par des dispositions transposées de la directive européenne sur les produits du tabac (2014/40/UE). Aux réglementations existantes pour des produits de consommation de ce type (obligation générale de sécurité, étiquetage et emballage, conformité des dispositifs électroniques) s'ajoutent des mesures spécifiques : interdiction de vente aux moins de 18 ans, interdiction de publicité ou de promotion directe ou indirecte (à l'instar des produits du tabac),

1. Ces dispositifs sont parfois utilisés sans nicotine.

2. En anglais, "E-cigarette, or Vaping, product use Associated Lung Injury" (EVALI) ou pneumopathie associée au vapotage. Cette épidémie a provoqué plus de 2 800 hospitalisations et le décès de 68 personnes, surtout des jeunes, entre mars 2019 et février 2020, et principalement dans un contexte de consommation d'e-liquides de cannabis frelatés.

limitation du volume des contenants à 2 ou 10 mL et de la teneur en nicotine à 20 mg/mL, enregistrement préalable des produits et de leur composition en ingrédients auprès des autorités avant toute commercialisation.

QUEL EST L'USAGE DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE EN FRANCE ET DANS CERTAINS PAYS ?

Depuis l'introduction de la cigarette électronique sur les marchés mondiaux, il y a une quinzaine d'années, sa prévalence d'usage est faible, mais en augmentation. En effet, aux États-Unis en 2018, ce sont 3,2 % des adultes qui l'utilisent quotidiennement (12). En Angleterre, en 2021, en fonction des études, l'usage actuel se situe entre 6,9 % et 7,1 % (13). En France, ils étaient 3,0 % de vapoteurs adultes quotidiens en 2014, 4,3 % en 2020, et l'usage actuel d'une vapoteuse a été déclaré par 5,4 % des 18-75 ans sur cette même période (14). D'après le dernier Eurobaromètre 2021 sur le tabac, 6 % des Français de 15 ans et plus utilisent la cigarette électronique, plaçant ainsi la France au deuxième rang européen derrière l'Irlande (7 %) : la moyenne européenne est de 2 % (15).

QUELLES PERCEPTIONS DE LA POPULATION GÉNÉRALE SUR LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE ?

Afin de mieux comprendre l'usage de la cigarette électronique, des chercheurs se sont intéressés dès le début des années 2010 aux perceptions et attitudes de la population générale envers ces produits (16, 17). En effet, le lien entre perceptions, attitudes et comportement est connu de longue date : ces concepts sont constitutifs de nombreux modèles descriptifs ou compréhensifs des comportements de santé (voir par exemple la théorie du comportement planifié ou la théorie de l'action raisonnée) (18). La production scientifique sur la cigarette électronique en général s'est considérablement

accrue (plus de 2 000 travaux publiés en 2020 contre moins de 1 000 jusqu'en 2018) et la recherche sur les perceptions de ce produit suit cette expansion. Trois revues systématiques et une méta-analyse ont été publiées à partir de données d'enquêtes en population générale (3-5, 15). Ces recherches ont montré d'une part que la cigarette électronique est perçue globalement comme moins nocive que la cigarette traditionnelle et, d'autre part, une diversité de perceptions de ce produit selon les catégories d'âge, le sexe, les catégories socioprofessionnelles (CSP) et les statuts tabagiques des enquêtés. La majorité de ces recherches publiées ont été conduites aux États-Unis. Quelques rares études européennes sont incluses dans ces recherches, alors que les contextes culturels, communicationnels et les cadres réglementaires ne sont pas comparables (19). Neuf enquêtes ont été réalisées en Europe en population générale. La plupart ont analysé la connaissance de la cigarette électronique, la prévalence d'usage, les motivations et l'utilisation pour l'arrêt du tabac (17, 20-26). Quelques rares études ont porté sur la perception de ce produit, notamment sa nocivité, par rapport à la cigarette traditionnelle (2, 20, 22, 26, 27). En France, la perception de la toxicité de la cigarette électronique par rapport à la cigarette traditionnelle a été abordée, mais non par rapport à la santé (23). Alors que les facteurs de risque de cancer sont une préoccupation forte des populations et notamment des Français (28), il est étonnant de constater que la perception de la cigarette électronique et de ses constituants comme facteurs de cancers n'a été que très peu étudiée dans la littérature (25, 26). C'est d'autant plus problématique que l'analyse des perceptions de la population générale est déterminante pour mieux saisir les usages, comprendre les pratiques et, *in fine*, concevoir les stratégies d'action, définir les politiques publiques de prévention et tracer de nouvelles perspectives de recherche. L'objectif de ce chapitre est de présenter les résultats d'une enquête réalisée sur la perception des Français par rapport à la cigarette électronique et ses constituants.

MÉTHODE

La méthode et le questionnaire de l'enquête sont présentés dans le détail dans des parties dédiées du présent ouvrage. Néanmoins, sont présentés ci-après des éléments de méthode spécifiques pour ce chapitre en vue d'en faciliter sa lecture. Il s'agira notamment de préciser la population d'étude, les dimensions investiguées (questions posées par rapport à la cigarette électronique) et les analyses statistiques réalisées.

POPULATION INTERROGÉE

Pour ce chapitre, c'est la population âgée de 15 à 75 ans, et non les 15-85 ans comme pour la plupart des autres chapitres, qui a été interrogée afin d'optimiser le temps de passation du questionnaire. Dans cette même perspective, certaines questions n'ont été soumises qu'à la moitié de l'échantillon (échantillons A et B, sous-échantillon tiré aléatoirement au sein de l'échantillon principal, voir partie « Questionnaire »).

QUESTIONS POSÉES

Douze questions fermées à choix unique sur la cigarette électronique ont été posées aux deux échantillons interrogés (voir partie « Questionnaire »). Elles étaient issues de la littérature scientifique internationale (2, 17, 29-32) et ont pour la plupart fait l'objet de traductions et d'adaptations pour être en adéquation avec les objectifs de ce travail. Ces questions ont été testées lors de la phase pilote afin de vérifier leur bonne compréhension.

Dans un premier temps, il a été demandé aux enquêtés s'ils avaient connaissance de la cigarette électronique, s'ils l'avaient déjà essayée, s'ils en utilisaient une actuellement et, si oui, dans quelle perspective : de diminuer la consommation de tabac, d'arrêter de fumer, de remplacer le tabac, mais sans intention d'arrêter.

Dans un deuxième temps, les répondants des sous-échantillons A et B étaient interrogés sur leurs perceptions de la nocivité de la cigarette électronique, de la nicotine et des arômes qu'elle contient. Ces questions étaient associées à différentes modalités de réponse : pas du tout, légèrement, plutôt, très, extrêmement nocifs, ou ne sait pas.

Dans un troisième temps, l'ensemble de l'échantillon a été questionné sur sa perception de la nocivité de la cigarette électronique par rapport à la cigarette traditionnelle : moins nocive, aussi nocive, plus nocive, ne sait pas.

Dans un quatrième temps, il était demandé aux personnes des sous-échantillons A et B si la nicotine ou les arômes contenus pouvaient provoquer un cancer, avec les modalités de réponse suivantes : tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord, ne sait pas.

Enfin, des questions sur leurs profils socio-démographiques ont été posées à l'ensemble de l'échantillon, permettant de caractériser la population d'étude et d'élaborer les modèles d'analyse³.

ANALYSES STATISTIQUES

Alors que les autres chapitres de cet ouvrage comparent les résultats de la présente enquête à celles des deux ou trois éditions précédentes du Baromètre cancer (2005, 2010 et 2015), cela ne sera pas réalisé pour les perceptions de la cigarette électronique qui est une thématique nouvelle en 2021.

Des tests d'indépendance de Chi² ont été effectués pour évaluer les différences de consommation et de perceptions de la cigarette électronique en fonction des caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.

3. À l'instar du Baromètre cancer 2015, la CSP « agriculteurs exploitants », du fait de son faible effectif, a été regroupée avec la catégorie « artisans, commerçants et chefs d'entreprise ».

Par ailleurs, des *odds ratios* (OR) et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) ont été estimés avec des modèles de régressions logistiques binomiale et multinomiale, afin d'examiner séparément l'association entre les réponses relatives à la cigarette électronique et les caractéristiques sociodémographiques des répondants (sexe, classe d'âge, être en couple, être en emploi, catégorie socioprofessionnelle, tercile de revenu, niveau d'étude, zone géographique, taille d'agglomération, statut tabagique).

Des modèles de régression logistique binomiale ont été utilisés pour évaluer l'expérimentation de la cigarette électronique et analyser la perception de la cigarette électronique comme facteur de risque de cancer, tandis que des modèles de régression multinomiale ont été effectués pour étudier les perceptions de la cigarette électronique par rapport à sa nocivité, sur la santé

et relativement aux cigarettes traditionnelles. Les covariables étaient similaires dans tous les modèles. Après vérification de multicolinéarité potentielle entre les covariables, aucune n'a été exclue des modèles finaux.

Les différences sont mentionnées dans le texte dès lors qu'elles sont statistiquement significatives au seuil de risque égal ou inférieur à 5 % de se tromper.

Le logiciel SPSS Statistics version 28 a été utilisé pour les analyses statistiques, excepté pour la réalisation des modèles de régression logistique multinomiale, pour lesquels le logiciel SAS-Callable SUDAAN (version 11.0.3) a été mobilisé.

Toutes les données présentées ont été redressées afin d'être représentatives de la population française.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON INTERROGÉ

Comme cela est précisé dans la partie méthode, les personnes de plus de 75 ans n'ont pas été interrogées sur cette thématique. Il apparaît que 343 personnes ont plus de 75 ans, aussi l'échantillon complet interrogé sur la cigarette électronique est composé de 4 595 personnes. Le demi-échantillon est composé de 2 292 individus.

Ces échantillons sont représentatifs de la population française hexagonale.

CONNAISSANCE ET USAGE DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

La quasi-totalité de l'échantillon déclare spontanément connaître la cigarette électronique (98,4 %). Ils sont seulement 18 sur 4 595 (0,3 %) à ne pas la connaître. Après sa définition donnée par l'enquêteur, 99,6 % des interrogés déclarent connaître la cigarette électronique.

Parmi ceux qui connaissent ce dispositif, 36,9 % l'ont déjà essayé au moins une fois. Les hommes ont plus tendance que les femmes à l'avoir expérimentée : respectivement 40,7 % contre 33,3 %. Plus de 50 % des 15-24 ans (53,6 %) et des 25-34 ans (56,8 %) l'ont déjà essayée. Les personnes ayant une activité professionnelle, résidant dans de grandes villes, les ex-fumeurs et fumeurs actuels, ainsi que ceux qui pensent courir un risque de cancer ont plus tendance à avoir essayé la cigarette électronique (Tableau 1).

Sur l'échantillon interrogé, le niveau d'études, de revenu ou la CSP n'ont pas d'influence sur l'expérimentation de la cigarette électronique

S'agissant de la prévalence d'usage, 7,5 % des personnes interrogées déclarent utiliser régulièrement la cigarette électronique (n = 308).

Parmi celles qui ont déjà expérimenté la cigarette électronique, lorsque qu'elles sont questionnées sur leur utilisation actuelle : 12,2 % répondent oui quotidiennement, 8 % par l'affirmative également, mais de façon occasionnelle et 79,8 % déclarent ne pas l'utiliser au moment du sondage.

La plupart des personnes utilisant la cigarette électronique (n = 308) le font dans la perspective d'un sevrage tabagique complet (48 %). 21,5 % déclarent l'utiliser pour remplacer le tabac sans intention d'arrêter, et 16,7 % pour réduire leur consommation de tabac, c'est-à-dire en l'utilisant tout en continuant à fumer. Un peu plus de 13 % de l'échantillon évoque d'autres raisons (n = 32) : 15 précisent que c'est pour le plaisir, 4 pour éviter certains inconvénients du tabac (nécessité d'en sortir, mauvaise odeur), 4 pour protéger leur entourage, 2 pour des questions économiques et 7 pour d'autres raisons.

PERCEPTION DE LA NOCIVITÉ DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, DE LA NICOTINE ET DES ARÔMES DÉLIVRÉS

À la question sur la perception de la nocivité de la cigarette électronique, presque tous les répondants ont un avis sur le sujet (1,1 % *ne sait pas*). Plus des trois quarts jugent la cigarette électronique plutôt nocive (45,8 %) voire très (18,5 %) à extrêmement (10,3 %) nocive. 24,3 % la considèrent légèrement (22,1 %) voire pas du tout nocive (2,2 %) (Figure 1).

Les femmes et les personnes de moins de 55 ans ont plus tendance à percevoir la cigarette électronique comme très ou extrêmement nocive (Tableau 1). Les personnes diplômées au niveau Baccalauréat ou études supérieures ont moins tendance à penser qu'elle est très ou extrêmement nocive, de même que les fumeurs occasionnels (par rapport aux non-fumeurs).

TABLEAU 1 MODÈLES DE RÉGRESSIONS LOGISTIQUES BINOMIALES ET MULTINOMIALES, AJUSTÉS SUR L'ENSEMBLE DES CO-VARIABLES

Descriptif des caractéristiques de l'échantillon complet n = 4 595	(n) %	« A déjà essayé la CE n = 4 300 »		« Nocivité de la cigarette électronique pour la santé n = 2 117 »		« Nocivité de la cigarette électronique vs tabac n = 4 250 »		« Pense que CE peut provoquer le cancer n = 2107 »
		Oui vs non		Très ou extrêmement nocive vs pas du tout ou légèrement nocive	Plutôt vs pas du tout ou légèrement nocive	Plus nocive vs moins nocive	Aussi nocive vs moins nocive	Oui vs non
		OR (IC 95 %)						
Sexe								
● Homme (réf.)	(2 112) 48,8	1						
● Femme	(2 483) 51,2	0,82 (0,68 – 0,98)		1,54 (1,09 – 2,16)	1,20 (0,89 – 1,61)	1,32 (0,94 – 1,85)	1,31 (1,09 – 1,56)	1,14 (0,89 – 1,47)
Âge								
● 15 à 24 ans	(452) 15,8	21,19 (14,25 – 31,51)		2,92 (1,42 – 5,99)	1,20 (0,65 – 2,21)	0,85 (0,41 – 1,76)	0,79 (0,53 – 1,17)	2,06 (1,26 – 3,35)
● 25 à 34 ans	(624) 15,6	8,51 (6,36 – 11,40)		3,91 (2,30 – 6,66)	1,66 (1,05 – 2,62)	1,40 (0,85 – 2,30)	1,08 (0,82 – 1,43)	3,09 (2,03 – 4,71)
● 35 à 44 ans	(734) 16,9	4,40 (3,31 – 5,84)		3,57 (2,10 – 6,07)	1,73 (1,09 – 2,76)	2,11 (1,29 – 3,45)	1,24 (0,93 – 1,65)	2,28 (1,54 – 3,39)
● 45 à 54 ans	(905) 18	2,26 (1,73 – 2,95)		2,01 (1,22 – 3,32)	1,37 (0,90 – 2,08)	1,65 (1,03 – 2,66)	1,13 (0,87 – 1,46)	1,17 (0,83 – 1,65)
● 55 à 75 ans (réf.)	(1 880) 33,7	1						
En couple								
● Non (réf.)	(1 693) 38,5	1						
● Oui	(2 896) 61,5	0,86 (0,71 – 1,04)		0,99 (0,69 – 1,42)	0,88 (0,65 – 1,19)	0,74 (0,54 – 1,02)	0,94 (0,77 – 1,14)	1,31 (1,02 – 1,69)
Travaille actuellement (dont apprentissage ou stage rémunéré)								
● Oui (réf.)	(2 697) 56,6	1						
● Non	(1 898) 43,4	0,73 (0,58 – 0,90)		1,08 (0,72 – 1,62)	1,11 (0,79 – 1,55)	0,80 (0,55 – 1,16)	0,78 (0,79 – 1,21)	0,96 (0,72 – 1,27)
Catégorie socioprofessionnelle								
● Indépendants	(361) 8	0,72 (0,51 – 1,03)		1,19 (0,65 – 2,18)	0,94 (0,54 – 1,64)	0,87 (0,47 – 1,62)	0,81 (0,58 – 1,15)	1,55 (0,94 – 2,55)
● Cadres et prof intellectuelles sup	(874) 13,9	0,71 (0,50 – 1,01)		0,78 (0,43 – 1,42)	0,85 (0,54 – 1,35)	0,73 (0,40 – 1,33)	0,62 (0,46 – 0,84)	0,96 (0,62 – 1,48)
● Professions intermédiaires	(1 233) 21,7	0,86 (0,66 – 1,11)		1,01 (0,65 – 1,55)	1,42 (0,96 – 2,11)	0,78 (0,49 – 1,24)	0,79 (0,62 – 1,00)	1,18 (0,84 – 1,66)
● Employés (réf.)	(1 215) 28,8	1						
● Ouvriers	(616) 18,2	0,85 (0,65 – 1,12)		1,07 (0,60 – 1,88)	1,17 (0,70 – 1,96)	1,23 (0,77 – 1,94)	0,91 (0,67 – 1,23)	1,29 (0,87 – 1,91)
● Jamais travaillé	(255) 9,4	0,92 (0,61 – 1,38)		0,51 (0,21 – 1,22)	0,99 (0,49 – 2,01)	0,61 (0,26 – 1,44)	0,56 (0,35 – 0,90)	0,89 (0,51 – 1,55)
Revenus/unité de consommation en terciles								
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 euros) (réf.)	(1 167) 34,6	1						
● 2 ^e tercile (1 101-1 799 euros)	(1 432) 31,2	1,15 (0,93 – 1,43)		0,80 (0,53 – 1,20)	0,76 (0,53 – 1,09)	0,58 (0,41 – 0,82)	1,07 (0,86 – 1,34)	0,74 (0,55 – 1,00)
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 euros)	(1 565) 27,5	1,02 (0,8 – 1,31)		0,73 (0,47 – 1,14)	0,82 (0,56 – 1,22)	0,42 (0,28 – 0,62)	0,90 (0,71 – 1,14)	0,75 (0,54 – 1,04)
● Ne sait pas ou ne veut pas dire	(189) 6,6	1,30 (0,89 – 1,90)		1,56 (0,65 – 3,74)	1,90 (0,89 – 4,08)	1,88 (0,96 – 3,67)	2,11 (1,30 – 3,44)	1,04 (0,59 – 1,83)
Diplôme								
● Inférieur au Bac (réf.)	(1 500) 46,7	1						
● Bac	(976) 20	1,24 (0,99 – 1,56)		0,56 (0,35 – 0,88)	0,95 (0,64 – 1,40)	0,53 (0,36 – 0,78)	0,91 (0,72 – 1,14)	0,78 (0,57 – 1,07)
● Bac + 2 à Bac + 4	(1 352) 20,6	0,99 (0,77 – 1,28)		0,56 (0,36 – 0,86)	0,98 (0,67 – 1,43)	0,55 (0,36 – 0,85)	0,93 (0,73 – 1,18)	0,93 (0,66 – 1,31)
● ≥ Bac + 5	(757) 12,7	1,07 (0,75 – 1,54)		0,47 (0,25 – 0,87)	0,73 (0,45 – 1,17)	0,36 (0,19 – 0,67)	0,73 (0,53 – 1,01)	0,60 (0,38 – 0,93)

réf. = référence.

Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

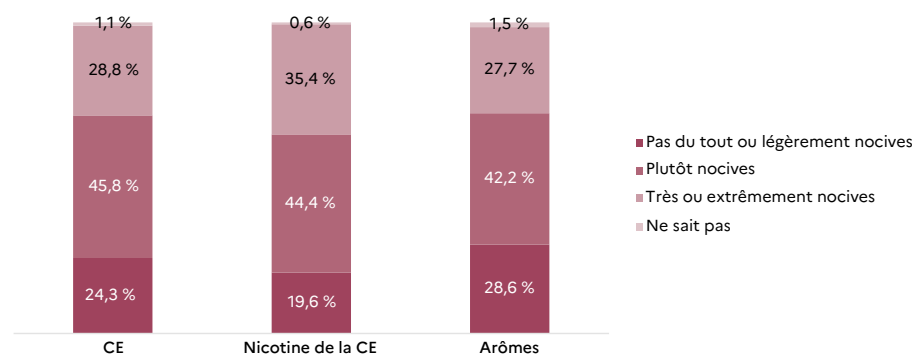
SUITE TABLEAU 1

Descriptif des caractéristiques de l'échantillon complet n = 4 595	(n) %	« A déjà essayé la CE n = 4 300 »		« Nocivité de la cigarette électronique pour la santé n = 2 117 »		« Nocivité de la cigarette électronique vs tabac n = 4 250 »		« Pense que CE peut provoquer le cancer n = 2107 »
		Oui vs non		Très ou extrêmement nocive vs pas du tout ou légèrement nocive	Plutôt vs pas du tout ou légèrement nocive	Plus nocive vs moins nocive	Aussi nocive vs moins nocive	Oui vs non
		OR (IC 95 %)		OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	OR (IC 95 %)
Région (UDA)								
● Région parisienne	(767) 18,9	1,01 (0,76 – 1,35)		1,21 (0,69 – 2,13)	1,00 (0,62 – 1,62)	0,91 (0,54 – 1,54)	0,85 (0,63 – 1,16)	1,12 (0,77 – 1,64)
● Nord-Ouest	(1 187) 22,4	1,04 (0,81 – 1,34)		0,91 (0,58 – 1,41)	1,34 (0,92 – 1,96)	0,82 (0,53 – 1,25)	0,95 (0,75 – 1,20)	1,36 (0,97 – 1,89)
● Nord Est (réf.)	(974) 21,7	1						
● Sud-Ouest	(550) 12,1	0,96 (0,71 – 1,29)		1,74 (0,98 – 3,11)	1,48 (0,89 – 2,48)	1,01 (0,61 – 1,65)	0,90 (0,67 – 1,20)	1,42 (0,94 – 2,13)
● Sud Est	(1 117) 24,9	1,02 (0,80 – 1,30)		1,10 (0,69 – 1,76)	1,16 (0,77 – 1,73)	0,99 (0,66 – 1,49)	0,76 (0,60 – 0,98)	1,39 (1,00 – 1,94)
Taille d'agglomération								
● < 200 khabs (réf.)	(2 898) 58,8	1						
● ≥ 200 khabs	(1 687) 41,2	1,24 (1,02 – 1,51)		0,72 (0,48 – 1,07)	0,99 (0,71 – 1,39)	0,85 (0,60 – 1,20)	0,85 (0,69 – 1,04)	0,94 (0,72 – 1,23)
Tabagisme								
● Jamais ou a juste essayé (réf.)	(1 671) 35,9	1						
● Ex-fumeur	(1 699) 33,4	12,15 (9,29 – 15,89)		0,76 (0,52 – 1,12)	0,96 (0,69 – 1,32)	0,58 (0,41 – 0,82)	0,92 (0,75 – 1,12)	0,79 (0,59 – 1,04)
● Fumeur occasionnel	(334) 7,9	27,72 (19,8 – 38,82)		0,47 (0,25 – 0,88)	0,56 (0,34 – 0,95)	0,37 (0,18 – 0,75)	0,81 (0,58 – 1,14)	0,78 (0,50 – 1,22)
● Fumeur quotidien	(889) 22,8	75,80 (56,35 – 101,95)		0,88 (0,55 – 1,41)	0,91 (0,61 – 1,37)	0,88 (0,58 – 1,32)	1,17 (0,92 – 1,49)	0,87 (0,62 – 1,21)
Pense courir un risque de cancer un jour								
● Oui (réf.)	(3 128) 64,4	1						
● Non	(1 289) 31,2	0,77 (0,64 – 0,93)		1,10 (0,78 – 1,56)	0,70 (0,52 – 0,95)	1,38 (1,00 – 1,91)	0,97 (0,80 – 1,18)	0,83 (0,65 – 1,07)
● Ne sait pas	(175) 4,4	0,52 (0,33 – 0,84)		0,78 (0,32 – 1,88)	0,75 (0,37 – 1,54)	2,24 (1,19 – 4,19)	0,99 (0,62 – 1,60)	1,44 (0,75 – 2,79)

réf. = référence.

Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

FIGURE 1
PERCEPTION DE LA NOCIVITÉ DE LA CE, DE LA NICOTINE ET DES ARÔMES (N = 2 284)

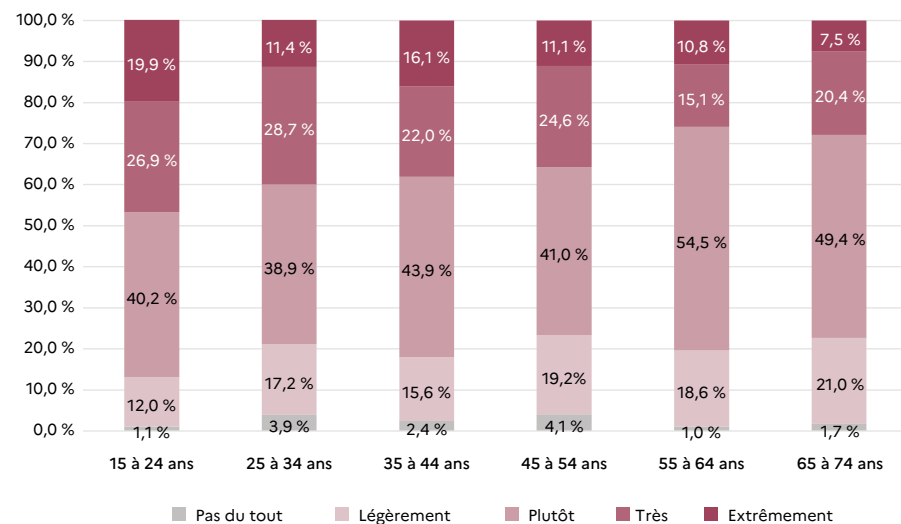


Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

La nicotine est perçue comme plutôt nocive pour la santé par 44,4 % des personnes, alors que 22,7 % la perçoivent comme très nocive et 12,7 % comme extrêmement nocive : ainsi un tiers des répondants perçoivent la nicotine de la cigarette électronique comme très ou extrêmement nocive. Ils sont moins de 20 % à considérer ce composant comme légèrement ou pas du tout nocif (respectivement 17,2 % et 2,4 %). Moins de 1 % de l'échantillon ne sait pas répondre à la question (0,6 %). Les jeunes ont plus tendance à percevoir la nicotine contenue dans les cigarettes électroniques comme nocive pour la santé que les plus de 55 ans (Figure 2).

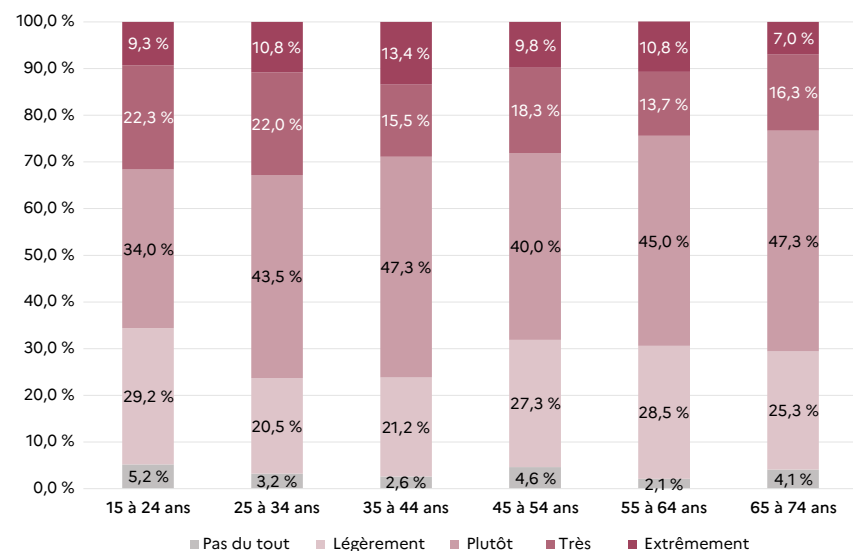
Quant aux arômes qui sont contenus dans les cigarettes électroniques, 42,2 % des répondants les perçoivent comme plutôt nocifs pour la santé et 25 % comme légèrement nocifs. Ils sont 17,7 % à les considérer comme très nocifs et 10,1 % comme extrêmement nocifs. Enfin, 3,6 % considèrent que les arômes ne sont pas du tout nocifs pour la santé et 1,5 % ne savent pas répondre. Ainsi, moins de 28 % de l'échantillon considèrent les arômes de la cigarette électronique comme très ou extrêmement nocifs, et quasiment autant considèrent qu'ils ne sont pas du tout ou légèrement nocifs. À l'instar de la nicotine, les 15-34 ans ont tendance à penser que les arômes contenus dans la cigarette électronique sont plus nocifs (très et extrêmement) comparés aux plus de 55 ans (Figure 3).

FIGURE 2
PERCEPTION DE LA NOCIVITÉ DE LA NICOTINE CONTENUE DANS LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE EN FONCTION DE L'ÂGE (N = 2 284)



Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

FIGURE 3
PERCEPTION DE LA NOCIVITÉ DES ARÔMES CONTENUS DANS LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE EN FONCTION DE L'ÂGE (N = 2 284)



Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

PERCEPTION DE LA NOCIVITÉ DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE PAR RAPPORT À LA CIGARETTE TRADITIONNELLE

Concernant la perception de la nocivité de la cigarette électronique par rapport à la cigarette traditionnelle, 45,7 % des répondants considèrent qu'elle est moins nocive que la cigarette classique, 41,4 % aussi nocive, 11,5 % plus nocive, et 1,3 % n'ont pas d'idée sur le sujet. En d'autres termes, la cigarette électronique est majoritairement perçue comme autant, voire plus nocive que la cigarette traditionnelle.

On peut noter des différences selon le revenu, le niveau de diplômes et le statut tabagique (Tableau 1). En effet, les répondants de revenus moyens à élevés, diplômés, ex-fumeurs ou fumeurs occasionnels ont moins tendance à percevoir la cigarette électronique comme plus nocive que la cigarette traditionnelle.

PERCEPTION DE LA CANCÉROGÉNÉCITÉ DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE : IMPACT DE LA NICOTINE ET DES ARÔMES

Concernant la perception de la cigarette électronique comme pouvant provoquer ou non un cancer, les personnes interrogées ont très majoritairement un point de vue sur la question (moins de 2 % de l'échantillon répond ne pas savoir). Aussi, 46,4 % pensent que l'usage de la cigarette électronique

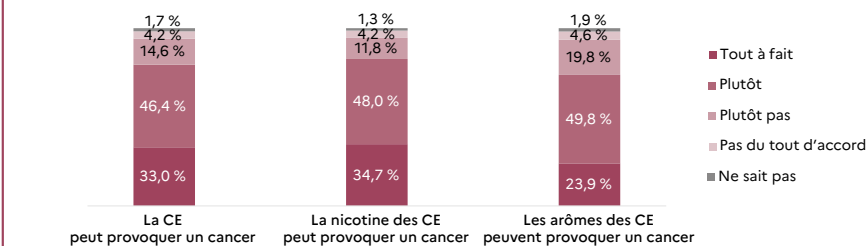
peut potentiellement provoquer un cancer (réponse « plutôt »), 33 % sont convaincus que vapoter peut provoquer un cancer, 14,6 % ne sont plutôt pas d'accord avec cette affirmation, et 4,2 % pas du tout d'accord (Figure 4).

Les personnes de moins de 45 ans, par rapport à celles de 55-75 ans, ont plus tendance à percevoir l'utilisation de la cigarette électronique comme pouvant causer un cancer (Tableau 1). De même, les personnes ne vivant pas en couple et celles ayant un niveau de formation à Bac + 5 ont plus tendance à percevoir l'utilisation de la cigarette électronique comme pouvant causer un cancer.

Concernant la proposition selon laquelle la nicotine contenue dans la cigarette électronique peut provoquer un cancer, des résultats similaires se dégagent : 48 % sont plutôt d'accord avec cette idée, 34,7 % (soit plus du 1/3) des répondants sont tout à fait d'accord, 11,8 % plutôt pas d'accord et 4,2 % pas du tout d'accord (Figure 4).

Pour les arômes qui sont contenus dans la cigarette électronique, la répartition est un peu différente. En effet, quasiment la moitié de l'échantillon est plutôt d'accord avec l'idée que les arômes qui sont contenus dans la cigarette électronique peuvent provoquer un cancer (49,8 %), environ 24 % sont tout à fait d'accord avec cette proposition et un peu moins de 25 % sont plutôt pas ou pas du tout d'accord avec cette idée (respectivement 19,8 % et 4,6 %) (Figure 4).

FIGURE 4
PERCEPTION QUE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, LA NICOTINE ET LES ARÔMES CONTENUS DANS LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE PEUVENT PROVOQUER UN CANCER (N = 2 284)



Source : Baromètre cancer 2021 – Institut national du cancer, Santé publique France.

DISCUSSION

LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE :
UN DISPOSITIF TRÈS LARGEMENT
CONNU À TOUS LES ÂGES

Cette étude est la première en Europe à investiguer la perception de la cigarette électronique dans différentes dimensions (notoriété, usage, perception de la nocivité et comparaison avec le tabac traditionnel) sur un échantillon aléatoire représentatif.

Concernant sa notoriété, il apparaît que presque toute la population française a déjà entendu parler de la cigarette électronique. Ce résultat caractérise, en quelque sorte, l'aboutissement de la tendance au développement de cette perception qui a été pointée, il y a quelques années déjà (3, 4, 17). Le taux rapporté sur notre échantillon français est comparable à celui constaté par Puharić *et al.* en 2020, dans un échantillon de taille inférieure (25). Ce taux est même supérieur à ceux constatés dans d'autres pays frontaliers, par exemple 91 % pour l'Italie (2) ou encore 79 % pour l'Espagne (20). Ces différences s'expliquent très certainement par quatre principales raisons : 1/ l'ancienneté des travaux cités (qui ont déjà plus de 6 ans) ; 2/ une médiatisation forte de ce produit ces dernières années. En effet, bien que ne pouvant pas faire l'objet de publicité dans l'espace européen, la cigarette électronique fait régulièrement l'objet d'articles dans les médias, ce qui contribue à développer la popularité de ce produit dans la population générale ; 3/ une industrie du tabac qui continue à promouvoir la cigarette électronique sur les réseaux sociaux, média très difficile à contrôler dans les pays où l'interdiction de publicité est en place (33, 34) ; 4/ la présence des boutiques et la visibilité des dispositifs et vapoteurs dans le paysage urbain de plus en plus prégnante.

UNE ÉVOLUTION DES USAGES
DE LA CIGARETTE
ÉLECTRONIQUE ?

Environ 35 % des répondants de l'échantillon ont déjà expérimenté au moins une

fois la cigarette électronique. Ce taux se situe entre ceux rapportés en 2019 et 2020. Ainsi, en 2020, 37,4 % des 18-75 ans ont déclaré avoir déjà expérimenté la cigarette électronique, en hausse par rapport à 2019 34,4 % (14). L'expérimentation diffère selon les profils des répondants interrogés : les femmes ont moins tendance à l'expérimenter que les hommes. Ce résultat rejoint les conclusions d'enquêtes menées dans des contextes socioculturels différents de la France : aux États-Unis (12) et en Europe (13, 25). La différence hommes/femmes sur le rapport à la cigarette électronique a été spécifiquement étudiée par Pineirio *et al.* (35) aux États-Unis. Outre les différences dans l'expérimentation, ces auteurs pointent des dissemblances sur d'autres aspects : les dispositifs utilisés, les motivations des usages et surtout les sources d'information (principalement l'entourage des individus). Selon ces auteurs, c'est le rapport à la santé et les sources d'information qui expliqueraient ces différences. De plus, il apparaît que les jeunes, les personnes sans activité, résidant dans de grandes villes et les fumeurs/ex-fumeurs ont plus tendance à avoir expérimenté la cigarette électronique. Notre travail vient conforter là encore des études réalisées dans d'autres pays (12, 25), mais également dans l'Hexagone (23, 36) sur l'impact du statut tabagique et de l'âge. Au sujet de l'impact du statut tabagique, la cigarette électronique étant souvent utilisée pour arrêter de fumer (13, 25, 37), il est cohérent de constater un taux plus important « d'expérimentateurs » chez les fumeurs et ex-fumeurs. Concernant les jeunes, nos résultats montrent que les 15-24 ans expérimentent environ 3 fois plus la cigarette électronique que les personnes de 55 à 75 ans soulignant ainsi la nécessité de porter la meilleure attention sur les jeunes : il a été montré le caractère populaire de la cigarette électronique et son attractivité, dans cette population notamment chez les jeunes fumeurs (38). Dans l'Hexagone, une étude qualitative permet de mieux saisir ce constat et d'identifier les principales motivations d'usage.

En effet, l'expérimentation dans cette population serait favorisée par l'influence des pairs, le besoin de se sentir intégré dans le groupe et la découverte de nouvelles sensations (fumée, vapeur) (39). Cette attractivité pose la question du rôle de la cigarette électronique dans l'entrée dans le tabagisme. Il n'existe pas actuellement de réponse connue et cela reste un sujet de préoccupation majeur. Concernant l'association mise en évidence dans les grandes agglomérations, ce résultat vient conforter les conclusions d'une récente étude (25) et semble confirmer le développement de points de vente et d'une communication plus importante dans les villes. Enfin, concernant les personnes sans activité professionnelle, nos résultats montrent qu'elles ont moins tendance à avoir essayé la cigarette électronique : Villarroel *et al.*, ont rapporté récemment des éléments allant dans cette perspective (12).

L'utilisation de la cigarette électronique est étudiée depuis plusieurs années dans divers pays et notamment en France. Des fluctuations notables de son utilisation apparaissent au moment de ces différentes enquêtes. En effet, aux États-Unis, un taux de 5,5 % d'utilisateurs actuels a été constaté en 2014 (40) ; il est de 3,2 % en 2018 (12). En Angleterre, en 2021, en fonction des études, il se situe entre 6,9 % et 71 %, et il serait de plus de 8 % en 2022 (13). En France, ils étaient 5,9 % en 2014, 3,3 % en 2016 et de 5,4 % en 2020 chez les 18-75 (14). Nos résultats montrent un taux de 7,5 % d'utilisateurs actuels. Ce chiffre est le plus haut constaté en France. Il semble attester du développement de cet usage qui a été pointé dans différents travaux (13, 15). Aussi, notre résultat devra être confirmé dans le prochain Baromètre santé qui est en cours. Il apparaît que la majorité des vapoteurs de notre échantillon utilisent la cigarette électronique pour arrêter de fumer. Ce résultat est en cohérence avec plusieurs études (13, 25, 37, 41). Aussi, bien que l'on ne dispose de pas de preuve sur l'efficacité de son utilisation pour l'arrêt du tabac – notamment sur le long terme (42) et comme cela a été souligné dans le rapport du Haut Conseil de la santé publique (11) – ces résultats montrent que dans la pratique, elle est perçue et utilisée

par les usagers comme un outil de sevrage. De plus, c'est bien comme un dispositif d'arrêt au tabac qu'elle est considérée dans la population générale dans certains pays d'Europe, comme en attestent plusieurs publications (20, 21).

UNE PERCEPTION PLUTÔT
NÉGATIVE DE LA CIGARETTE
ÉLECTRONIQUE

Les résultats du Baromètre cancer 2021 montrent, en comparaison avec les Baromètres santé précédents, que le nombre de personnes qui n'ont pas d'avis (« ne sait pas ») sur la nocivité de la cigarette électronique a tendance à baisser : 2 % de notre enquête. Elles étaient 7,4 % en 2014 et 13,4 % en 2017 à ne pas se positionner sur cette réponse dans les Baromètres santé. Ce résultat semble cohérent avec le fait que la quasi-totalité des Français connaissent la cigarette électronique et montre que les différentes communications sur ce produit leur permettent d'avoir une idée sur ces dispositifs. Globalement, la cigarette électronique est perçue assez négativement, que cela soit par rapport à la santé, comme potentiellement cancérigène, ou en comparaison avec la cigarette traditionnelle : environ un tiers des personnes de l'échantillon considèrent la cigarette électronique comme très nocive pour la santé. La même proportion la considère comme pouvant être une cause de cancer et plus de la moitié comme aussi ou plus nocive que la cigarette traditionnelle.

En Europe, certains travaux se sont intéressés à la perception de l'impact de la cigarette électronique sur la santé. Sur des données de 2013, une recherche conduite en Espagne montre que 40 % des répondants pensent que la cigarette électronique peut avoir un effet nocif sur la santé. D'autres études montrent des taux plus importants : 68 % des « Italiens » (2) et 65 % des « Serbes » (27) perçoivent la cigarette électronique comme nocive sur la santé. Les différences observées ici avec nos résultats sont notamment à attribuer au format des questions. En effet, dans ces deux études, il s'agit d'une question fermée. Une lecture de nos données en

regroupant certaines modalités montre que 75 % des répondants de notre échantillon considèrent la cigarette électronique comme plutôt nocive. Des différences de perception ont été rapportées dans notre étude par rapport à 4 variables qui ne se retrouvent pas dans les travaux de Martinez-Sanchez 2016 (Espagne)/Kilibarda 2019 (Serbie) qui ont utilisé des variables identiques aux nôtres. Ces variables avec lesquelles nous avons montré un lien sont : le sexe, l'âge, le niveau d'études et le statut tabagique. En effet, en toute cohérence avec les données sur l'expérimentation et l'usage que nous avons montrés – et qui se retrouvent dans d'autres études (12, 23, 36) – les femmes utilisent et expérimentent moins la cigarette électronique que les hommes et la perçoivent comme plus nocive sur la santé. Ce résultat réaffirme le rôle des perceptions et la nécessité de leur analyse. De même, les personnes avec un niveau d'études supérieur au Baccalauréat perçoivent la cigarette électronique peu nocive sur la santé. Concernant le statut tabagique, là encore en cohérence avec la littérature sur les usages de la cigarette électronique (25, 37, 41), il est constaté que les fumeurs la perçoivent comme peu nocive sur la santé. En revanche, les moins de 55 ans, qui sont aussi les plus expérimentateurs et utilisateurs, sont ceux qui perçoivent la cigarette électronique comme nocive sur la santé. C'est peut-être en lien avec une pluralité de sources d'information contradictoires auxquelles cette population serait exposée qui peut expliquer ce constat laissant à penser, à tort, que ce produit est sans impact sur la santé. Il s'agira d'approfondir la question en analysant comment la perception des différents produits et composants de la cigarette électronique (nicotine et arômes) influence la perception de cette population, tout en considérant le statut vapoteur ou non-vapoteur. La mise en évidence de ces perceptions de la nocivité de la cigarette électronique montre la nécessité de disposer d'un message clair sur son impact sur la santé et de pouvoir caractériser cet impact.

Si en l'état actuel des connaissances elle apparaît moins nocive que la cigarette traditionnelle (9), et dans un contexte de controverses importantes sur l'impact de

la cigarette électronique sur la santé, son utilisation n'est pas sans risque et les effets à long terme ne sont pas connus : il est déjà rapporté chez certains utilisateurs de rares effets indésirables comme des irritations de la bouche et de la gorge (43). De même, des substances nocives ont été relevées dans certaines émissions de cigarette électroniques (43). Concernant la perception de la cigarette électronique comme pouvant provoquer un cancer, même si plusieurs études ont montré la présence de substances potentiellement cancérigènes – notamment dans certains liquides, cartouches et recharges – il n'existe aucune donnée à ce jour sur son caractère cancérigène, et des travaux sont encore à conduire (13, 43). Pourtant, la perception de notre échantillon diffère sur ce point, car ils sont presque 80 % plutôt et tout à fait d'accord avec l'idée que l'utilisation de la cigarette électronique peut provoquer un cancer. Il se peut qu'une partie du taux constaté ici soit un effet de l'enquête : la thématique même de ce Baromètre cancer a peut-être eu un impact qu'il est délicat de contrôler. De rares études analysent la perception de la cigarette électronique comme facteur de risque du cancer du poumon, dont une montre que plus de 51 % des répondants ne savent pas se prononcer sur le sujet (25). En revanche, les travaux de Jankowski *et al.*, montrent que 65,8 % des répondants considèrent que la cigarette électronique peut provoquer un cancer du poumon (26). Par rapport aux autres pathologies explorées dans leur travail, il s'agit du taux le plus important constaté. Notre étude montre que les personnes de moins de 45 ans ont plus tendance à penser que la cigarette électronique peut provoquer un cancer. Ce résultat n'a pas été retrouvé dans la littérature et des travaux complémentaires sont à conduire pour mieux le saisir. Aussi, les personnes ayant un Bac + 5 perçoivent moins la cigarette électronique comme pouvant provoquer un cancer, confirmant les conclusions de Puharić *et al.* (25). Enfin, il est étonnant de constater que le sexe n'a pas d'influence, alors qu'il est présent dans nos autres modèles de régression logistique comme une variable explicative. Ce champ d'investigation est assez nouveau :

on perçoit bien ici la préoccupation des populations et la nécessité de communiquer plus clairement sur l'utilisation de la cigarette électronique et ses risques. De plus, il sera nécessaire de pouvoir comparer nos conclusions avec celles de l'étude *Population Assessment of Tobacco and Health (PATH)* qui est conduite aux États-Unis : la 4^e édition aborde cette thématique avec des items comparables aux nôtres, mais à ce jour, il semble que l'analyse des données n'est pas encore disponible sur cette dimension de l'étude. Enfin, des travaux ultérieurs pourront s'attacher à comprendre les déterminants de cette perception assez marquée, malgré l'absence de preuve scientifique.

Sur la question de la perception de la nocivité de la cigarette électronique par rapport à la cigarette traditionnelle, on remarque qu'elle est majoritairement considérée comme aussi ou plus nocive pour 52,9 % des répondants. Aux États-Unis, des travaux de 2022 montrent un taux de réponse « ne sait pas » conséquent (25 %) et des résultats moins marqués et plus en adéquation avec l'état des connaissances : environ 45 % de répondants sur l'axe plus ou aussi nocive (44). Des études européennes rapportent des constats similaires aux nôtres, notamment en Allemagne (21), en Croatie récemment (25), ou encore en Pologne, avec 70 % de personnes qui considèrent la cigarette électronique comme aussi nocive que la cigarette traditionnelle (26). La mise en perspective avec des études réalisées dans l'Hexagone, notamment les baromètres santé 2014 et 2017 montre d'une part que les répondants sont plus à même de se prononcer sur cette question (respectivement 76 % et 13,4 % de réponse ne savaient pas, contre seulement 1,3 % dans la présente étude) et, d'autre part, le développement d'une certaine méfiance vis-à-vis de ces dispositifs. En 2017, le taux était de 51,3 % des personnes interrogées considérant la cigarette électronique aussi ou plus nocive que la cigarette traditionnelle ; il était de 43,4 % en 2014 (23). Ce constat a été pointé dans l'analyse de la littérature par Romijnders *et al.* (45), alors que précédemment la perception était inverse (46). Enfin, sur cette thématique,

nos travaux viennent réaffirmer des conclusions du Baromètre santé sur le lien entre de cette perception avec différentes variables : le sexe, l'âge, le niveau d'études, de revenu et le statut tabagique : en effet, les femmes considèrent davantage que les hommes que la cigarette électronique est aussi nocive que la cigarette traditionnelle. Sur l'âge, alors que dans le Baromètre santé, les 45-75 ans la considèrent davantage comme moins nocive que la cigarette traditionnelle, on perçoit dans notre travail que les 35-54 ans considèrent davantage que les 55-75 ans la cigarette électronique comme plus nocive que la cigarette traditionnelle (23). Concernant le niveau d'études et de revenus, nos résultats confirment les conclusions du Baromètre santé : les personnes les moins favorisées socialement sont aussi celles qui sont le moins informées sur la cigarette électronique. Enfin, les fumeurs et ex-fumeurs perçoivent la cigarette électronique comme moins nocive que la cigarette traditionnelle. Ce résultat montre ici sans doute l'impact de la communication sur ce produit auprès de fumeurs pour arrêter de fumer. Ce travail montre aussi une évolution négative de la nocivité perçue de la cigarette électronique par rapport à la cigarette traditionnelle. Il vient confirmer un mouvement de défiance de la population française envers ces produits qui restent controversés en termes d'efficacité et d'innocuité, malgré des prises de positions favorables dans certains pays (9). Enfin, cette recherche a permis d'identifier que la nicotine et les arômes qui sont contenus dans la cigarette électronique sont perçus comme plutôt/extrêmement nocifs pour la santé (respectivement environ 80 % et 70 % des personnes). On fait le même constat pour ces deux produits : ils sont perçus tous deux comme pouvant provoquer un cancer (respectivement environ 83 % et 74 %). La nicotine est certes un pesticide naturel et, à forte dose, elle peut être létale. Néanmoins, aucune étude publiée sur les substituts nicotiques n'a montré d'effets nocifs pour la santé et encore moins comme facteur de cancer : les doses de nicotine délivrées par les cigarettes électroniques sont proches des substituts nicotiques classiques et il n'a pas été montré d'effet cytotoxique de la nicotine

sous forme vaporisée (43). Aussi, comme cela a été montré dans d'autres travaux, il apparaît une connaissance erronée des effets de la nicotine et une confusion plus large des facteurs de dépendance et de cancer (23, 43). Concernant les arômes, nos résultats montrent une certaine défiance de la population, défiance alimentée sans doute

par les différents articles dans la presse écrite et surtout sur les médias en ligne alertant sur les dangers et la nocivité des arômes et additifs alimentaires. Des travaux ultérieurs seront à conduire pour mieux saisir les déterminants de ces perceptions sur les arômes et la nicotine.

CONCLUSION

Ce travail est le premier de ce type en France et en Europe. Il réaffirme l'intérêt de l'analyse des perceptions pour comprendre les usages. Il apparaît aujourd'hui et pour la première fois que quasiment toutes les personnes connaissent la cigarette électronique. De plus, ce travail confirme la tendance d'une augmentation de son expérimentation et notamment de son usage avec un taux jamais constaté dans l'Hexagone, voire en Europe. D'autre part, cette recherche a pu confirmer que la cigarette électronique est de plus en plus perçue comme aussi/plus nocive que la cigarette traditionnelle et cela en dépit des données scientifiques. Elle a aussi mis en évidence des perceptions négatives de l'usage de la cigarette électronique et de ses composants principaux sur la santé. De même, la cigarette électronique et ses composants sont majoritairement perçus comme pouvant provoquer un cancer.

Pour conclure, ce travail suggère la nécessité de développer les recherches sur la cigarette électronique afin de clarifier son

impact sur la santé et de pouvoir disposer d'éléments de communication clairs pour les populations dont certaines sont à privilégier, comme ce travail a pu le montrer.

Enfin, il ouvre des espaces de réflexion sur l'analyse des déterminants de ces perceptions négatives. Il s'agirait notamment de comprendre comment la perception des produits constitutifs de la cigarette électronique influence les perceptions en termes de santé ou de cancer notamment la nicotine et les arômes. De plus, il serait pertinent d'analyser si des perceptions de risque spécifiques (par exemple, liées au cancer) sont davantage associées à certains comportements tabagiques ou à des transitions de produits du tabac vers/depuis le vapotage. Enfin, il apparaît nécessaire d'investiguer sur la manière dont une communication plus efficace sur les messages de perception des risques peut être adaptée dans ce champ.

Relecteurs

Pierre ARWIDSON, Directeur adjoint, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

Emmanuel RICARD, porte-parole et délégué au service de prévention et promotion du dépistage de la Ligue contre le cancer

Liens d'intérêts : aucun lien d'intérêt déclaré.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pauly J, Li Q, Barry MBJTC. Tobacco-free electronic cigarettes and cigars deliver nicotine and generate concern. 2007;16(5):357-
2. Gallus S, Lugo A, Pacifici R, Pichini S, Colombo P, Garattini S, et al. E-cigarette awareness, use, and harm perceptions in Italy: a national representative survey. 2014;16(12):1541-8
3. Pepper JK, Brewer NTJTC. Electronic nicotine delivery system (electronic cigarette) awareness, use, reactions and beliefs: a systematic review. 2014;23(5):375-84
4. Xu Y, Guo Y, Liu K, Liu Z, Wang XJPO. E-cigarette awareness, use, and harm perception among adults: a meta-analysis of observational studies. 2016;11(11):e0165938
5. Glasser AM, Collins L, Pearson JL, Abudayyeh H, Niaura RS, Abrams DB, et al. Overview of electronic nicotine delivery systems: a systematic review. 2017;52(2):e33-e66
6. Dinakar C, O'Connor GTJNEJoM. The health effects of electronic cigarettes. 2016;375(14):1372-81
7. Barrington-Trimis JL, Urman R, Berhane K, Unger JB, Cruz TB, Pentz MA, et al. E-cigarettes and future cigarette use. 2016;138(1)
8. Park E, Kwon M, Chacko T, Zhou Y, Chen C, Goniewicz ML, et al. Instruments to measure e-cigarette related constructs: a systematic review. 2022;22(1):1-21
9. McNeil A, Brose L, Calder R, Hitchman S, Hajek P, McRobbie HJPHE. E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. 2015;111:14-5
10. East K, Reid JL, Burkhalter R, Wackowski OA, Thrasher JF, Tattan-Birch H, et al. Exposure to Negative News Stories About Vaping, and Harm Perceptions of Vaping, Among Youth in England, Canada, and the United States Before and After the Outbreak of E-cigarette or Vaping-Associated Lung Injury ("EVALI"). 2022;24(9):1386-95
11. Publique HCdIS. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique 2021 [Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138>]
12. Villarreal MA, Cha AE, Vahratian A. Electronic Cigarette Use Among U.S. Adults, 2018. NCHS data brief. 2020(365):1-8
13. Nicotine vaping in England: an evidence update including health risks and perceptions, September 2022. [press release]. london: Office for Health Improvement and Disparities.2022
14. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard J, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020: résultats du Baromètre de Santé publique France. 2021;8:132-9
15. European Commission D-GfC. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brussel: European Commission 2021
16. Pearson JL, Richardson A, Niaura RS, Vallone DM, Abrams DBJAJoph. e-Cigarette awareness, use, and harm perceptions in US adults. 2012;102(9):1758-66
17. Dockrell M, Morrison R, Bauld L, McNeill AJN, research t. E-cigarettes: prevalence and attitudes in Great Britain. 2013;15(10):1737-44
18. Bury J, Foucaud J. L'éducation thérapeutique In: F. Traité de prévention Paris: Flammarion Médecinesciences, coll Traités. 2009:81-7
19. Neto B. SCHEER (Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks), Scientific advice on "Emerging issues at the environment-social interface." 2020 Sep 23. 2021
20. Martínez-Sánchez JM, Fu M, Martín-Sánchez JC, Ballbè M, Saltó E, Fernández EJBo. Perception of electronic cigarettes in the general population: does their usefulness outweigh their risks? 2015;5(11):e009218
21. Eichler M, Blettner M, Singer SJDÄI. The use of e-cigarettes: A population-based cross-sectional survey of 4002 individuals in 2016. 2016;113(50):847
22. Filippidis FT, Laverty AA, Gerovasili V, Vardavas CJTC. Two-year trends and predictors of e-cigarette use in 27 European Union member states. 2017;26(1):98-104
23. Pasquereau A, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Verrier F, Pourchez J, et al. Baromètre de santé publique France 2017. Usage de la cigarette électronique, tabagisme et opinions des 18-75 ans. 2017:18-75
24. Farsalinos KJTaird. Electronic cigarettes: an aid in smoking cessation, or a new health hazard? 2018;12:1753465817744960
25. Puharić Z, Smola V, Žulec M, Grabovac S, Puharić F, Petričević NJAoPRAIJoP, et al. Knowledge, Attitudes and Use of E-Cigarettes. 2021;57(1):5-14
26. Jankowski M, Wrześniewska-Wal I, Ostrowska A, Lusawa A, Wierzbna W, Pinkas JJIJoER, et al. Perception of harmfulness of various tobacco products and e-cigarettes in Poland: A nationwide cross-sectional survey. 2021;18(16):8793
27. Kilibarda B, Vukovic D, Krstev SJTID. Prevalence and correlates of concurrent use of cigarettes, electronic cigarettes, and waterpipes among Serbian youth. 2019;17
28. Foucaud J, Soler M, Bauquière C, Pannard M, Préau MJIndc, Santé publique France, Ed. Saint-Maurice. Baromètre Cancer 2015 : Cancer et Facteurs de Risqu: Opinions et Perceptions de la Population Française. 2018
29. Persoskie A, O'Brien EK, Nguyen AB, Tworek C. Measuring youth beliefs about the harms of e-cigarettes and smokeless tobacco compared to cigarettes. Addictive behaviors. 2017;70:7-13
30. Persoskie A, O'Brien EK, Poonai K. Perceived relative harm of using e-cigarettes predicts future product switching among US adult cigarette and e-cigarette dual users. Addiction. 2019;114(12):2197-205
31. Strong DR, Leas E, Elton-Marshall T, Wackowski OA, Travers M, Bansal-Travers M, et al. Harm perceptions and tobacco use initiation among youth in Wave 1 and 2 of the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study. Preventive medicine. 2019;123:185-91
32. Pasquereau A, Quatremere G, Guignard R, Andler R, Verrier F, Pourchez J, et al. E-CIGARETTE Usage de la cigarette électronique, tabagisme et opinion des 18-75 ans. 2019
33. Vassey J, Valente T, Barker J, Stanton C, Li D, Laestadius L, et al. E-cigarette brands and social media influencers on Instagram: a social network analysis. 2022
34. Vogel EA, Ramo DE, Rubinstein ML, Delucchi KL, Darrow SM, Costello C, et al. Effects of social media on adolescents' willingness and intention to use e-cigarettes: an experimental investigation. 2021;23(4):694-701
35. Piñeiro B, Correa JB, Simmons VN, Harrell PT, Menzie NS, Unrod M, et al. Gender differences in use and expectancies of e-cigarettes: Online survey results. 2016;52:91-7
36. Lermenier A, Palle CJON. Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique. 2014(2014-01)
37. Andler R, Guignard R, Spilka S, Le Nézet O, Pasquereau A, Richard J-B, et al. Consommation de tabac et usage de cigarette électronique en France. 2018;35(6):673-85
38. Jiang N, Cleland CM, Wang MP, Kwong A, Lai V, Lam THJBph. Perceptions and use of e-cigarettes among young adults in Hong Kong. 2019;19(1):1-9
39. Brossier M, Querre M, Regnier Denois VJJoPH. Are French adolescents ready to adopt the electronic cigarette? A qualitative study of their knowledge and representations. 2020:1-10
40. Coleman BN, Rostron B, Johnson SE, Ambrose BK, Pearson J, Stanton CA, et al. Electronic cigarette use among US adults in the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study, 2013-2014. 2017;26(e2):e117-e26
41. Berg CJ, Barr DB, Stratton E, Escoffery C, Kegler MJOjopm. Attitudes toward e-cigarettes, reasons for initiating e-cigarette use, and changes in smoking behavior after initiation: a pilot longitudinal study of regular cigarette smokers. 2014;4(10):789
42. Ibrahim S, Habiballah M, Sayed IEJAJoHP. Efficacy of electronic cigarettes for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. 2021;35(3):442-55
43. Vanderkam P, Boussageon R, Underner M, Langbourg N, Brabant Y, Binder P, et al. Efficacité et sécurité de la cigarette électronique pour la réduction du tabagisme: revue systématique et méta-analyse. 2016;45(11):971-85
44. Bandi P, Asare S, Majmundar A, Nargis N, Jemal A, Fedewa SA. Relative Harm Perceptions of E-Cigarettes Versus Cigarettes, U.S. Adults, 2018-2020. American journal of preventive medicine. 2022;63(2):186-94
45. Romijnders KA, Van Osch L, De Vries H, Talhout RJJoer, health p. Perceptions and reasons regarding e-cigarette use among users and non-users: a narrative literature review. 2018;15(6):1190
46. Czoli CD, Fong GT, Mays D, Hammond DJTC. How do consumers perceive differences in risk across nicotine products? A review of relative risk perceptions across smokeless tobacco, e-cigarettes, nicotine replacement therapy and combustible cigarettes. 2017;26(e1):e49-e58

COMMENT CITER CE CHAPITRE

- Foucaud J, Cervenka I, Gallopel Morvan K, Aurouet P, Guillemin AF, Labarbe B, Reyes-Guzman C, Cigarette électronique : quelles perceptions en France ? Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, p. 198-219.

68,8 %

soit la majorité des femmes de **50 à 74 ans** déclarent être à jour du dépistage du cancer du sein par mammographie soit **18,7 points de moins** qu'en 2010

43 %

seulement des personnes âgées de **50 à 74 ans** ont déclaré être à jour de leur dépistage du cancer colorectal

33,4 %

des hommes âgés de **plus de 50 ans** ont déclaré avoir déjà réalisé un examen de dépistage du cancer de la prostate. En 2010, cette proportion était **plus élevée de 18,2 points**

92,7 %

des femmes de **25 à 65 ans** rapportent avoir déjà pratiqué, au cours de leur vie, un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus

76,5 %

des femmes âgées de **15 à 75 ans** connaissent l'infection par les HPV, contre **seulement 47,6 % des hommes**

81,5 %

des consommateurs de tabac se déclarent favorables à participer à un éventuel dépistage du cancer du poumon

8 DÉPISTAGES

Perceptions et adhésion aux dépistages et à la vaccination contre les HPV

□ Résumé	222
□ Introduction	223
□ Méthode	225
□ Résultats	228
□ Discussion	248
□ Conclusion	255

- Rajae **TOUZANI**
- Françoise **HAMERS**
- Laura **PROTARD**
- Florence **DE MARIA**
- Odile **PEIXOTO**
- Jean-Baptiste **MÉRIC**

RÉSUMÉ DÉPISTAGES

Perceptions et adhésion aux dépistages et à la vaccination contre les HPV

UN MODE DE PRÉVENTION QUI PEINE À CONVAINCRE

Bien que variable d'un dépistage à l'autre, l'efficacité du dépistage en matière de prévention des cancers est établie. En France, des programmes nationaux de dépistage organisé (DO) sont en place (sein, du col de l'utérus, colorectal). Les taux de participation sont insuffisants et leur dynamique, marquée par une adhésion décroissante des Français au dépistage, est inquiétante. La Stratégie décennale de lutte contre les cancers fixe l'objectif ambitieux de réaliser un million de dépistages supplémentaires d'ici 2025 et propose des mesures de simplification à leur accès. Le soutien à la recherche vise, par ailleurs, à développer des tests plus performants et à envisager la création de nouveaux programmes de dépistage, notamment du cancer du poumon. Dans la continuité de l'édition 2010 du Baromètre, un échantillon de Français a été interrogé sur ses perceptions et sur son recours au dépistage. Les résultats confirment que les taux de dépistage déclarés en France demeurent en deçà des objectifs fixés au niveau européen. Seule une minorité des personnes de la tranche d'âge concernée (43 %) déclarent être à jour du dépistage du cancer colorectal (l'objectif européen souhaitable est fixé à 65 %). Même si la majorité des femmes déclarent avoir déjà réalisé des tests de dépistage du cancer du sein (95,6 %) ou du col de l'utérus (92,7 %), elles sont moins nombreuses à déclarer être à jour de ces dépistages (seulement 68,8 % pour le cancer du sein, pour lequel l'objectif est fixé à 75 % ; et 76,8 % pour le col de l'utérus, alors que l'objectif est fixé à plus de 85 %).

PARTICIPATION AUX DÉPISTAGES : DES NIVEAUX DE CONNAISSANCE ET DES COMPORTEMENTS VARIABLES

Il ressort de l'analyse multivariée que la participation déclarée au dépistage est fonc-

tion de la situation économique des individus. Par ailleurs, d'autres facteurs se font jour, de manière plus ou moins marquée pour les différents dépistages : les perceptions relatives à l'état de santé et au risque de cancer, l'âge ou encore la consommation de tabac ; la situation matrimoniale et familiale influe également sur la réalisation des dépistages.

Dans leur très grande majorité, les personnes interrogées déclarent avoir connaissance des conséquences des infections par les papillomavirus (HPV), mais rencontrent toujours une difficulté à identifier les cancers associés, à l'exception du cancer du col de l'utérus. La recommandation de vaccination des garçons est encore peu connue (36,3 % des personnes). L'écrasante majorité des fumeurs se déclare prête à participer à un éventuel dépistage du cancer du poumon ; volonté qui est par ailleurs associée à la perception du risque de cancer.

DES LEVIERS D'ACTION EXISTANTS ET DES PERSPECTIVES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE

Si le Baromètre cancer illustre le fait que les niveaux de participation aux dépistages observés en France sont loin d'atteindre les objectifs fixés à l'échelle européenne comme nationale, il contribue également à identifier des freins à la participation au dépistage, ainsi qu'à étayer leur compréhension. De même, il participe à valoriser les leviers d'action pour accroître les niveaux d'adhésion et de participation aux dépistages, au premier rang desquels le rôle structurant des professionnels de santé dans la mise en œuvre des interventions de prévention, lesquelles doivent être pensées en vue de répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables.

INTRODUCTION

UNE PRIORITÉ ET UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

Le dépistage des cancers a pour but de mettre en évidence, chez des personnes ne présentant aucun symptôme, des lésions précancéreuses ou des cancers à des stades précoces. Il vise à éviter le développement d'un cancer ou à le détecter suffisamment tôt pour augmenter les chances de le traiter avec succès et de réduire les séquelles.

Au regard des estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine, publiées en 2019, le nombre de nouveaux cas de cancer est en augmentation. Parmi les principaux facteurs explicatifs, on peut citer l'augmentation et le vieillissement de la population, mais également la persistance de modes de vie et de comportements à risque.

L'amélioration de l'accès au dépistage est identifiée comme un enjeu majeur par la Stratégie décennale de lutte contre les cancers, annoncée le 4 février 2021 par le président de la République. Celle-ci fixe pour objectifs la réduction du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool, ainsi que la promotion des facteurs protecteurs (nutrition et activité physique). En matière de dépistage, la Stratégie définit également des objectifs, dont la réalisation d'un million supplémentaire de dépistages chaque année d'ici à 2025, mais aussi, associée à l'action de dépistage, une couverture vaccinale contre le papillomavirus (HPV) de 80 % d'ici à 2030. La Stratégie décennale envisage l'évolution des programmes de dépistage existants, mais aussi le développement de nouveaux programmes, à commencer par le dépistage du cancer du poumon.

UNE POLITIQUE PUBLIQUE STRUCTURÉE ET ANCIENNE

Les Plans cancer successifs ont permis la mise en place de trois programmes de

dépistages organisés (DO) des cancers du sein, colorectaux et du col de l'utérus, lesquels remplissent les critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et ont montré leur efficacité (1).

Généralisé à l'ensemble du territoire national depuis 2004, le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) repose sur la réalisation d'une mammographie et d'un examen clinique tous les deux ans pour les femmes de 50 à 74 ans à risque modéré. Le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR), mis en place en 2008, cible les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans à risque modéré, auxquels est proposé tous les deux ans un test de recherche de sang occulte dans les selles, complété par une coloscopie en cas de positivité. Instauré en 2018, le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) vient compléter la pratique de dépistage spontané et propose aux femmes de 25 à 65 ans, non à jour de leur dépistage, de réaliser un test (cytologique ou recherche d'HPV) tous les 3 à 5 ans selon leur âge. La vaccination contre les HPV est recommandée en France dès l'âge de 11 ans, pour les deux sexes. Combinée au DOCCU, elle ouvre l'espoir de quasiment éliminer le cancer du col de l'utérus, dû très largement par l'infection par ces virus. Selon les objectifs de l'OMS, le vaccin contre les HPV devrait permettre d'éliminer jusqu'à 90 % des cancers du col de l'utérus et 96 % des cancers de l'anus (2).

L'ADHÉSION DES FRANÇAIS N'EST PAS À LA HAUTEUR DES MOYENS ET DE L'ORGANISATION MIS EN PLACE

Les taux de participation aux dépistages sont insuffisants, voire très nettement insuffisants pour le dépistage des cancers colorectaux, et leur dynamique est inquiétante. Le taux national de participation au programme de DOCS pour la période 2020-2021 est de 46,6 % de la population cible, en baisse continue depuis un pic à 52,3 % en 2011-2012. À

ceci s'ajoute le dépistage individuel estimé à 11 % (3). La participation au programme de DOCCR, bien qu'en hausse par rapport à la période précédente, n'atteint que 34,6 % en 2020-2021. La couverture nationale du dépistage du cancer du col de l'utérus est de 58,2 %, soit une légère baisse par rapport à la couverture pour les périodes précédentes (59,5 % pour 2016-2018). Cela reste loin des lignes directrices fixées en 2017 par l'Union européenne, lesquelles fixent un objectif à 75 % pour le programme de DOCS, à 65 % pour le programme de DOCCR et à plus de 85 % pour programme de DOCCU. Enfin, la couverture vaccinale contre les HPV reste loin de l'objectif de 80 %, même si elle connaît une importante progression : l'administration d'une dose est passée de 20 % en 2015 à 46 % en 2021, tandis que celle du schéma complet est passée de 13 % à 37 % pendant la même période (4).

LES LEVIERS D'ACTION PORTENT SUR L'AMÉLIORATION DE L'INFORMATION EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE

Les leviers pour accroître l'adhésion et la participation aux différents programmes de dépistage sont principalement l'amélioration de l'information et de la communication en matière de prévention, la simplification de l'accès aux interventions, ainsi que le recours à différentes formes d'incitation. L'une des premières étapes consiste à identifier et comprendre les perceptions de la population vis-à-vis de ces interventions de prévention. Ce chapitre du Baromètre cancer vise à contribuer à cette démarche.

Enfin, l'échec relatif des programmes de DO déjà existants interroge quant à la

mise en place de nouveaux programmes. La question de l'intérêt du dépistage du cancer de la prostate est débattue depuis des années. À ce jour, il n'est pas recommandé pour la population générale, en l'absence de test fiable. Pourtant, il est pratiqué par de nombreux hommes et pose la question de leur niveau d'information avant de consentir à ce dépistage. L'objectif de la Stratégie décennale est de poursuivre les recherches pour identifier un test plus efficace et les modalités pouvant conduire à un dépistage organisé.

À plus court terme, un programme pilote de dépistage du cancer du poumon sera lancé dès 2023. Alors que ce dépistage a démontré un rapport bénéfice-risque favorable au niveau individuel (5), sa mise en œuvre pose encore question. En effet, aucun pays n'a jusqu'à présent enregistré des taux de participation de plus de quelques points de pourcentage pour des programmes similaires. Ce chapitre vise à éclairer les motivations et perceptions des Français cibles vis-à-vis de ces éventuelles évolutions en matière de dépistage.

Le présent chapitre du Baromètre contribue à l'identification des freins et leviers d'adhésion aux programmes existants, permettant d'envisager leur évolution. À plus long terme, la mise en place de nouveaux programmes, à laquelle s'ajoutent le développement de nouvelles technologies moins invasives, plus facilement acceptables que les tests actuels, ainsi que de nouvelles modalités d'organisation des dépistages sont autant d'opportunités pour dépister plus et mieux, dans la droite ligne de l'objectif fixé par la Stratégie décennale de lutte contre les cancers.

MÉTHODE

La méthodologie ainsi que le questionnaire utilisés pour réaliser l'enquête sont présentés dans la partie dédiée de cet ouvrage.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les données traitées dans ce chapitre sont issues des Baromètres cancer de 2010 et 2021. En 2021, l'enquête a été réalisée entre avril et août auprès de 4 938 personnes, âgées de 15 à 85 ans¹.

Les sous-catégories de population éligibles aux différents programmes de dépistage sont issues de cet échantillon global de référence. S'y ajoutent les personnes concernées, pour elles-mêmes ou pour leurs proches, par la vaccination contre les HPV, élément de la stratégie de prévention des cancers, de façon complémentaire au dépistage pour le cancer du col de l'utérus.

Dans l'échantillon, en excluant les personnes ayant déjà eu un cancer ou en cours de traitement d'un cancer, on retrouve 1 129 femmes âgées de 50 à 74 ans éligibles au DOCS ; 1 622 femmes âgées de 25 à 65 ans, dont 1 573 éligibles au DOCCU (49 étant non éligibles suite à une ablation de l'utérus). Pour le DOCCR, l'échantillon se compose de 1 992 répondants âgés de 50 à 74 ans, dont 3 n'ont pas souhaité répondre aux questions relatives au DOCCR.

S'agissant de la vaccination HPV, l'échantillon se compose de 4 528 répondants, âgés de moins de 75 ans. 51,4 % des répondantes étaient des femmes, contre 48,6 % d'hommes.

L'échantillon se compose de 981 hommes de plus de 50 ans susceptibles d'entreprendre une démarche de dépistage spontané du cancer de la prostate, dont 3 n'ont pas répondu aux questions sur le sujet.

Enfin, s'agissant du cancer du poumon, la population éligible est de 1 148 consommateurs du tabac², dont 73,7 % de consommateurs quotidiens.

La description des échantillons éligibles est détaillée dans les tableaux correspondants à chaque dépistage.

VARIABLES

Les participants ont été invités à répondre à des questions visant à recueillir des informations sur leur âge, leur sexe, leur niveau d'études, leur statut marital, la composition de leur foyer, leur catégorie socioprofessionnelle (déterminée à partir de la profession la plus récente), leur lieu d'habitation, leurs revenus, leur indice de masse corporelle, leurs antécédents de cancer, leur état de santé perçue, ainsi que leur consommation d'alcool et de tabac. Des questions visaient également à renseigner si les répondants avaient consulté un médecin généraliste (au cours des 12 derniers mois) ou – s'agissant des femmes – un médecin gynécologue (au cours des deux dernières années). Les participants ont également été questionnés sur leur perception du risque d'avoir un cancer au cours de leur vie et sur leur proximité avec le cancer (cf. avoir une personne ou plus de son entourage atteint de cancer). La catégorie socio-professionnelle correspondant aux « agriculteurs exploitants », ne représentant que 1,8 % de l'échantillon (n = 98) a été regroupée avec la catégorie « Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ».

S'agissant des pratiques et perceptions associées au dépistage, les personnes étaient invitées à répondre à des questions pour chaque dépistage (sein, col de l'utérus, colorectal, prostate et poumon). Dans un premier temps, il leur était demandé si elles avaient déjà réalisé un examen de dépistage

1. Dans l'enquête réalisée en 2021, les personnes en cours de traitement pour un cancer ou ayant eu un cancer ont été interrogées et leurs réponses ont été incluses dans l'échantillon global (voir partie « Gouvernance et méthode de l'enquête »).

2. Voir le chapitre consacré à la consommation du tabac.

(sans distinction entre dépistage organisé et individuel) au cours de leur vie, et à quelle date remontait le dernier examen réalisé. Dans un second temps, les répondants étaient interrogés sur les motifs qui avaient justifié la réalisation de cet examen. Dans un troisième temps, des questions visaient à identifier, chez les personnes qui déclaraient n'avoir pas réalisé de dépistage (au cours de leur vie ou dans les délais recommandés), les motifs de non-réalisation de l'examen.

S'agissant du vaccin contre les HPV, les répondants ont été invités à répondre à des questions visant à mesurer leur niveau de connaissance relative aux infections HPV et à l'existence d'un vaccin, ainsi qu'à leur perception du lien entre les HPV et les différents types de cancers associés.

ÉVOLUTIONS DU QUESTIONNAIRE

Au titre de l'édition 2010, le questionnaire comprenait 41 questions relatives au dépistage, et était organisé par localisation de cancer et par type de dépistage, couvrant le dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer de la prostate.

Le questionnaire visait à interroger les répondants sur leur connaissance, leur perception des examens de dépistage, ainsi que sur leur recours à ces examens, y compris dans le cadre des campagnes organisées.

Le questionnaire utilisé dans le cadre de l'enquête conduite en 2021 comprenait 32 questions concernant le dépistage. Les questions relatives à la définition des différents examens de dépistage ont été supprimées. Les questions permettant de distinguer les types d'examen de dépistage ont en revanche été conservées pour les différentes localisations de cancer.

Les 1 148 personnes ayant déclaré consommer du tabac, quotidiennement ou non, ont été invitées à répondre à des questions visant à collecter des données sur le recours à une radio ou à un scanner des poumons. Ces répondants ont également été

invités à se prononcer sur leur adhésion à un programme de dépistage organisé du cancer du poumon, dans l'hypothèse où il serait mis en place en France.

ANALYSES STATISTIQUES

La description des répondants de ce chapitre est exprimée en fréquences brutes et en pourcentages pondérés. Le test de Chi² de Pearson a été utilisé pour comparer les répondants selon leurs pratiques de dépistage. Des analyses multivariées en régressions logistiques ont été par la suite appliquées pour étudier les facteurs indépendamment associés à la réalisation des différents dépistages, en ajustant sur l'âge – par tranches de 10 ans – et le sexe (pour le programme de DOCCR). Toutes les variables significativement associées à la réalisation des différents dépistages au seuil de 20 % ont été introduites dans les modèles. Puis, une sélection de pas-à-pas descendante (*backward stepwise selection*) a été utilisée avec un seuil de significativité retenu dans les modèles de 5 %.

Certaines variables significatives dans les analyses univariées (p-value < 20 %) n'ont pas été intégrées dans les analyses multivariées ou exclues des modèles : il en a été ainsi lorsqu'elles présentaient une faible variabilité entre leurs modalités, ou lorsqu'elles étaient redondantes avec d'autres variables déjà intégrées dans le modèle. Dans ces deux cas, les variables sont mentionnées dans les tableaux par « non introduit dans le modèle ».

Concernant le suivi médical (consultation chez un médecin généraliste et chez un spécialiste), plusieurs études ont déjà démontré leur effet positif sur la réalisation des différents dépistages. Selon la description des répondants de ce chapitre, peu de variabilité a été observée concernant le suivi médical chez le médecin généraliste. En effet, la majorité avait un bon suivi médical chez le médecin généraliste : 86,9 % des femmes pour le programme de DOCS, 85,1 % pour le programme de DOCCU, 85,0 % pour le programme de DOCCR. La corrélation de Spearman entre les différentes variables

explicatives a été étudiée dans le but de choisir des indicateurs pertinents à introduire dans les modèles. Le suivi médical chez le médecin généraliste a montré une forte corrélation avec l'âge des répondants, celui chez le gynécologue a montré une forte corrélation avec le revenu par unité de consommation déclaré par les répondants. Ces deux variables mesurant le suivi médical écrasaient

la puissance significative des autres facteurs explicatifs (âge/revenu) présents dans les modèles. Nous avons donc choisi de ne pas les intégrer dans nos analyses multivariées, mais de le signaler à part.

Toutes les analyses réalisées dans le cadre de ce chapitre ont été effectuées par le logiciel statistique STATA version 17.

RÉSULTATS

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Sur les 1 129 répondantes âgées de 50 à 74 ans, 95,6 % ont déclaré avoir déjà réalisé une mammographie au cours de leur vie, et 68,8 % ont déclaré l'avoir pratiquée au cours des deux dernières années (36,7 % il y a moins d'un an et 32,1 % entre un et deux ans). Parmi les 31,2 % des femmes non à jour du dépistage du cancer du sein (mammographie > à 2 ans), 4,4 % ont déclaré n'avoir jamais réalisé de mammographie ou ne pas savoir (Figure 1).

« Faire attention à sa santé » est un motif choisi par la quasi-totalité des femmes à jour de leur mammographie (96,0 %). Parmi elles, 91,8 % déclarent également avoir réalisé l'examen parce qu'il est conseillé à leur âge. Par ailleurs, 76,6 % des femmes à jour ont déclaré avoir pratiqué une mammographie à la suite de la réception du courrier d'invitation de l'Assurance maladie les invitant à ce dépistage organisé. Les professionnels de santé ainsi que les messages véhiculés par les médias sont aussi importants dans l'adhésion au dépistage du cancer du sein

(mentionnés respectivement par 66,5 % et 42,9 % des répondantes). Enfin, le fait d'avoir été confrontée à un cas de cancer dans son entourage participe de la motivation à réaliser une mammographie chez plus d'un tiers des femmes à jour du dépistage (37,9 %) (Figure 2).

Les femmes n'ayant pas réalisé de mammographie récente ont principalement invoqué des raisons d'ordre personnel : ne pas avoir pris le temps (19,5 %) et une négligence de leur part (16,5 %). La crise sanitaire du Covid-19 a provoqué un empêchement dans 10 % des cas. Un pourcentage similaire (11,3 %) de femmes non à jour au moment de l'enquête déclarent avoir un rendez-vous programmé pour réaliser l'examen de dépistage. D'autres raisons, présentées en détail dans la figure 3, ont été plus rarement citées comme freins à la réalisation d'une mammographie récente (Figure 3).

Concernant l'analyse des facteurs associés à la participation déclarée (Tableau 1), celle-ci n'est associée ni à l'âge ni au niveau d'études.

FIGURE 1
PRATIQUÉ DÉCLARÉE DE LA MAMMOGRAPHIE AU COURS DE LA VIE (N = 1 129)

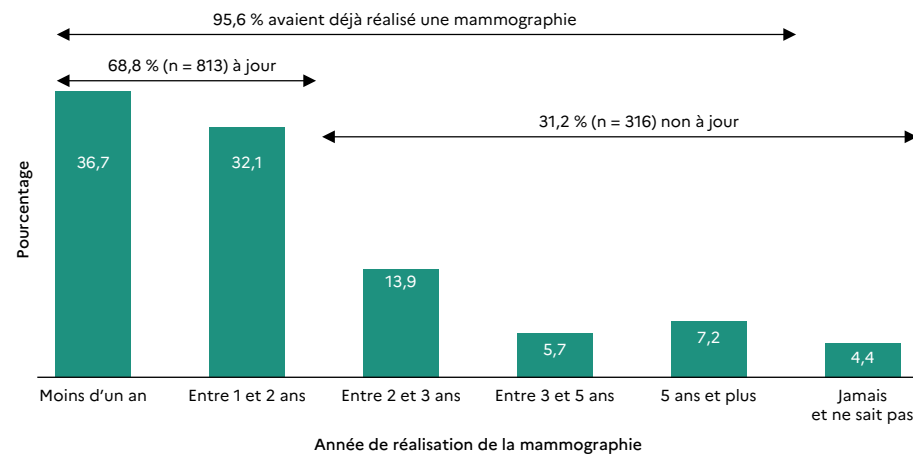


FIGURE 2
LES RAISONS D'AVOIR RÉALISÉ UNE MAMMOGRAPHIE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES (N = 813)

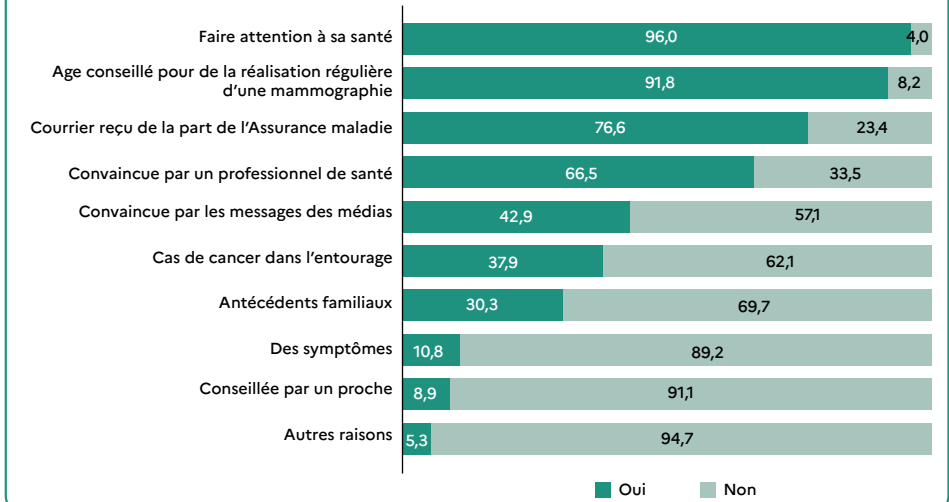
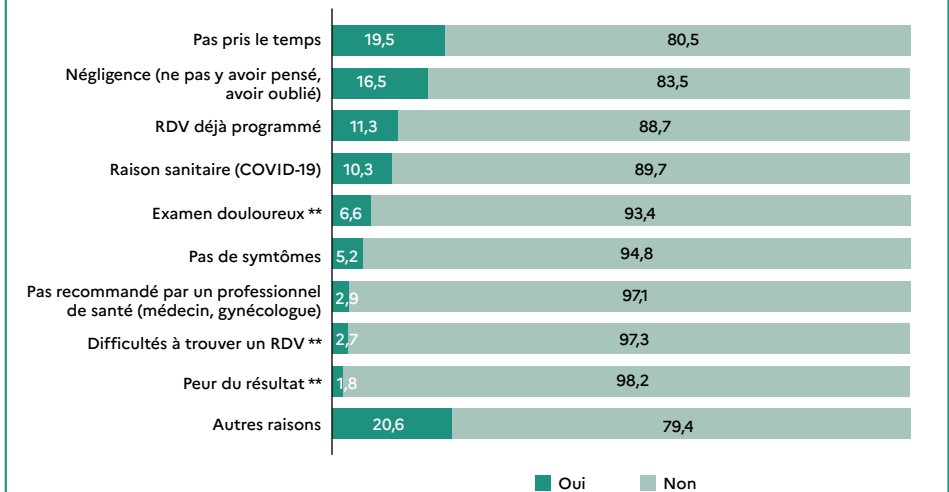


FIGURE 3
LES RAISONS DE NE PAS AVOIR RÉALISÉ SA MAMMOGRAPHIE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES (N = 314)*



* 2 participantes qui ont répondu NSP à la date de la dernière mammographie n'ont pas été interrogées sur les raisons.
** Raisons spontanément citées par les femmes qui ont répondu « Autres raisons ».

TABLEAU 1 FACTEURS ASSOCIÉS À LA RÉALISATION DE LA MAMMOGRAPHIE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES : ANALYSES UNIVARIÉES ET MULTIVARIÉES

	Total (%)	Analyses multivariées* (n = 1 129)	
		Femmes à jour	ORa** IC à 95 %
Âge p = 0,397			
● 50-59 ans (réf.)	44,3	70,7	1
● 60-69 ans	38,2	69,1	0,94 0,64 – 1,37
● 70-74 ans	17,5	63,6	0,66 0,41 – 1,07
Statut matrimonial p = 0,031			
● Célibataire/Divorcé/Veuf	34,1	63,3	NS
● Marié/Pacsé/Concubins	65,9	71,6	
Vit seule p = 0,067			
● Non	72,7	70,8	NS
● Oui	27,3	63,5	
Niveau d'études p = 0,281			
● Inférieur au Bac	59,6	66,8	Non introduit dans le modèle
● Bac	16,4	70,5	
● Supérieur au Bac	24,0	72,7	
Catégories socioprofessionnelles p = 0,006			
● Indépendants (Agriculteurs + Artisans)	7,0	58,4	
● Cadres et professions intellectuelles supérieures	10,0	79,4	
● Professions intermédiaires	20,4	76,3	
● Employés	50,8	68,4	NS
● Ouvriers	11,2	56,1	
● Inactifs	0,6	39,5	
Revenus moyens par unité de consommation p = 0,043			
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 €) (réf.)	30,9	60,5	1
● 2 ^e tercile (1 101 €-1 799 €)	30,8	70,6	1,53 0,98 – 2,38
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 €)	27,9	74,2	1,78 1,13 – 2,83
● NSP/Refus	10,4	73,9	1,78 0,85 – 3,71
État de santé général p = 0,069			
● Très bon (réf.)	23,8	64,4	1
● Bon	44,9	74,4	1,69 1,09 – 2,60
● Assez bon	23,3	65,5	1,17 0,70 – 1,96
● Mauvais – très mauvais	8,0	60,4	1,02 0,47 – 2,22
A consulté un MG au cours des 12 derniers mois p = 0,003			
● Oui	86,9	71,3	Non introduit dans le modèle
● Non	13,1	52,7	
A consulté un gynécologue au cours des 24 derniers mois p < 0,001			
● Oui	56,7	84,8	Non introduit dans le modèle
● Non	43,3	47,9	



SUITE TABLEAU 1

	Total (%)	Analyses multivariées* (n = 1 129)	
		Femmes à jour	ORa** IC à 95 %
Pense courir un risque de cancer p = 0,024			
● Oui	56,9	71,1	
● Non	36,5	63,0	NS
● NSP	6,6	81,1	
Connait au moins une personne proche atteinte de cancer p = 0,491			
● Non	4,9	63,4	Non introduit dans le modèle
● Oui	95,1	69,1	
Être informé sur les risques de cancers p = 0,044			
● Très bien	15,0	62,8	
● Plutôt bien	68,3	72,4	NS
● Mal à très mal	16,7	60,3	
Consommation d'alcool p = 0,096			
● Quotidienne	3,7	73,7	
● Hebdomadaire	36,4	72,1	NS
● Mensuelle ou moins	42,4	69,6	
● Jamais	17,5	59,2	
Consommation de tabac p = 0,114			
● Jamais ou juste a essayé	20,3	69,4	
● Ex fumeuses	29,9	72,7	NS
● Jamais ou juste a essayé	49,8	69,4	

*Référence de l'analyse multivariée : femmes non à jour (dont la récente mammographie date de plus de 2 ans).

**Modèle ajusté sur l'âge.

ORa : Odds Ratios ajustés ; IC à 95 % : Intervalle de confiance à 95 % ; p : p-value du test de Chi² ; Bac : Baccalauréat ; NSP : ne sait pas ; NS : non significative ; réf. = référence.

p-values < à 5 % en gras, les variables dont la p-values est < à 20 % sont prises en compte dans le modèle, ORa dont la p-value est < à 5 % sont en gras.

Cependant, d'autres facteurs socio-démographiques et économiques sont significativement associés à la réalisation récente de la mammographie : les femmes en couple appartenant à une catégorie socioprofessionnelle favorisée et dont le revenu par unité de consommation (RUC) moyen est élevé sont plus enclines à être à jour du dépistage du cancer du sein. Le taux de réalisation d'une mammographie dans les deux ans est plus élevé chez les personnes qui ont consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois (71,3 % contre 52,7 % ; p = 0,003) ou un gynécologue au cours des 24 derniers mois (84,8 % contre 47,9 % ; p < 0,001).

Une modélisation multivariée tenant compte de l'impact de chaque facteur précédemment identifié, ajustée sur l'âge, a permis de déterminer que disposer d'un RUC moyen supérieur ou égal à 1 800 euros et d'un bon état de santé augmentait significativement la probabilité d'être à jour de son dépistage du cancer du sein (Tableau 1).

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

La quasi-totalité des répondantes (92,7 %) a réalisé, au moins une fois au cours de sa vie, un frottis cervico-utérin (FCU) ou un test HPV.

La part des femmes qui déclarent avoir participé au dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis datant de moins de trois ans) s'élève à 76,8 % femmes, et pour 35,4 %, l'examen datait de moins d'un an (Figure 4). 7,3 % des femmes ont déclaré n'avoir jamais réalisé ni de frottis cervico-utérin ni de test HPV, ou ne pas savoir si elles en ont réalisé un. Notons que 77,4 % des femmes ayant répondu qu'elles n'avaient jamais réalisé ces examens déclarent par ailleurs ne pas bénéficier d'un suivi gynécologique, et 28,1 % ne pas être suivies par un médecin généraliste. Ce résultat semble conforter l'importance du suivi médical dans la réalisation du dépistage dans les délais recommandés dans le cadre du DO.

Le fait de ne pas avoir pris le temps (20,1 %), ainsi que la négligence (18,7 %) et l'absence de suivi gynécologique (18,5 %) sont les trois principales raisons pour lesquelles les femmes déclarent ne pas être à jour de leur dépistage du cancer du col de l'utérus (Figure 5).

Il est à noter que 58,5 % des femmes non à jour de leur dépistage du cancer du col de

l'utérus déclarent que le frottis cervico-utérin ou le test HPV n'avaient pas été recommandés par un professionnel de santé. Parmi elles, 76,3 % et 21,0 % déclarent bénéficier respectivement, d'un suivi régulier chez un médecin généraliste et chez un gynécologue (contre 75,5 % et 19,3 % des femmes qui déclarent que le dépistage leur a été recommandé par un professionnel de santé).

Pris isolément, plusieurs facteurs apparaissent associés à la récente réalisation du frottis cervico-utérin (analyses univariées). Parmi les facteurs sociodémographiques, l'âge, la vie en couple, le statut familial, le niveau d'études ainsi que la situation professionnelle sont significativement associés à la réalisation du frottis cervico-utérin dans les délais ($p < 0,001$). Concernant les facteurs socioéconomiques, les femmes en activité et dont le RUC moyen est élevé sont les plus disposées à être à jour de leur frottis cervico-utérin ($p < 0,001$ et $p = 0,004$ respectivement). Les femmes dont l'indice de masse corporelle indique une corpulence normale rapportent davantage avoir réalisé

FIGURE 4
PRATIQUE DÉCLARÉE DU FROTTIS CERVICO-UTÉRIN OU DU TEST HPV AU COURS DE LA VIE (N = 1 573)

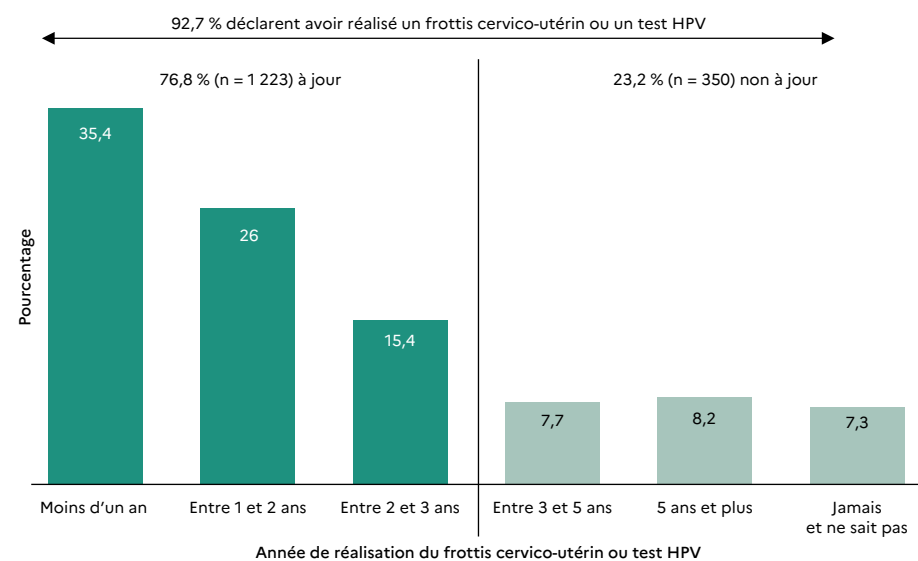
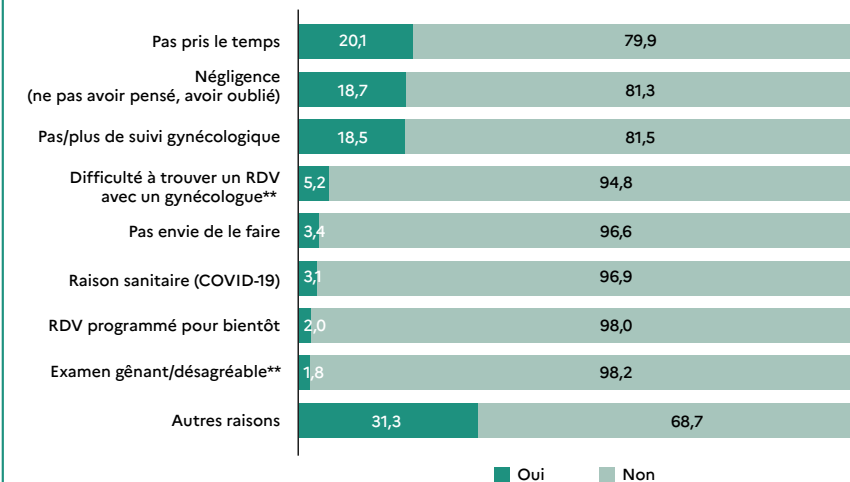


FIGURE 5
LES RAISONS DE NE PAS AVOIR RÉALISÉ DE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN OU DE TEST HPV DANS LES DÉLAIS (N = 346)*



* 4 participantes qui ont répondu NSP à la date du dernier frottis cervico-utérin n'ont pas été interrogées sur les raisons.
** Raisons spontanément citées par les femmes qui ont répondu « Autres raisons ».

un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années, que celles qui souffrent d'obésité (79,1 % vs 66,2 %, $p = 0,002$) (Tableau 2).

L'analyse multivariée nous permet d'observer qu'être en couple, avoir des enfants et avoir un niveau de revenu élevé sont associés à la réalisation du frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années. À l'inverse, la probabilité d'être à jour de son dépistage du cancer du col de l'utérus diminue significativement chez les femmes âgées de plus de 55 ans, et chez celles souffrant d'obésité (indice de masse corporelle ≥ 30) (Tableau 2).

Notons que le revenu est statistiquement associé à la consultation chez le gynécologue. 79,1 % des femmes qui ont consulté un gynécologue au cours des 24 derniers mois ont un revenu supérieur ou égal à 1 800 euros, contre 67,2 % avec un revenu inférieur ou égal à 1 100 euros ($p = 0,018$). En revanche, il n'y a pas d'effet du revenu sur la consultation chez le médecin généraliste ($p = 0,599$) (données non présentées dans le rapport).

VACCINATION CONTRE LES HPV

Parmi les répondants âgés de moins de 75 ans, 62,5 % avaient déjà entendu parler de l'infection à papillomavirus humain (HPV) ou des papillomavirus eux-mêmes. Ces résultats sont très variables selon le sexe : 76,5 % des femmes déclarent savoir « ce que sont les HPV » contre 47,6 % des hommes ($p < 0,001$).

La majorité des répondants qui déclarent connaître le virus HPV fait le lien entre l'infection à papillomavirus humain et le cancer du col de l'utérus, mais n'identifie pas correctement les autres cancers liés aux infections à HPV. En effet, si 91,6 % déclarent qu'une infection par HPV peut causer le cancer du col de l'utérus, seuls 38,3 % pensent qu'elle peut être à l'origine des cancers des voies aérodigestives supérieures (Figure 6).

De la même façon, les femmes témoignent d'une meilleure connaissance des cancers associés aux virus HPV que les hommes (Tableau 3).

TABLEAU 2 FACTEURS ASSOCIÉS À LA RÉALISATION DU FROTTIS CERVICO-UTÉRIN AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES : ANALYSES UNIVARIÉES ET MULTIVARIÉES

	Total (%)	Analyses univariées (n = 1 223)		Analyses multivariées (n = 1 555)	
		Femmes à jour	OR	IC à 95 %	
Âge		p < 0,001			
● 25-34 ans (réf.)	23,9	79,9	1		
● 35-44 ans	25,2	81,9	0,98	0,60 – 1,62	
● 45-54 ans	25,3	80,0	0,94	0,58 – 1,54	
● 55-65 ans	25,6	65,0	0,43	0,27 – 0,69	
Statut matrimonial		p < 0,001			
● Célibataire/Divorcé/Veuf (réf.)	31,0	64,1	1		
● Marié/Pacsé/Concubins	69,0	82,5	2,16	1,52 – 3,06	
Vit seule		p < 0,001			
● Non	84,0	79,7			NS
● Oui	16,0	61,0			
Statut familial		p = 0,002			
● A des enfants	80,6	78,7	1,62	1,07 – 2,45	
● Pas d'enfants (réf.)	19,4	68,6	1		
Niveau d'études		p < 0,001			
● Inférieur au Bac	42,1	70,8			NS
● Bac	17,2	78,9			
● Supérieur au Bac	40,7	81,8			
Situation professionnelle		p < 0,001			
● En activité	70,7	80,6			NS
● Inactif	29,3	67,4			
Revenus moyens par unité de consommation		p = 0,004			
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 €) (réf.)	34,9	71,2	1		
● 2 ^e tercile (1 101 €-1 799 €)	32,1	79,2	1,54	1,04 – 2,26	
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 €)	24,9	83,2	1,87	1,23 – 2,86	
● NSP/Refus	8,1	71,6	1,16	0,61 – 2,20	
État de santé général		p = 0,008			
● Très bon	34,3	76,8			NS
● Bon	40,4	80,7			
● Assez bon	19,7	73,3			
● Mauvais – très mauvais	5,6	59,4			
Consulter un MG au cours des 12 derniers mois		p < 0,001			
● Oui	85,1	79,1			Non introduit dans le modèle
● Non	14,9	63,1			
Consulter un gynécologue au cours des 24 derniers mois		p < 0,001			
● Oui	72,0	93,0			Non introduit dans le modèle
● Non	28,0	32,1			


SUITE TABLEAU 2

	Total (%)	Analyses univariées (n = 1 223)		Analyses multivariées (n = 1 555)	
		Femmes à jour	OR	IC à 95 %	
Indice de masse corporelle		p = 0,002			
● Normal (< 25) (réf.)	55,8	79,1	1		
● Surpoids (25-29)	25,4	79,8	1,07	0,72 – 1,60	
● Obésité (≥ 30)	18,8	66,2	0,56	0,37 – 0,85	
Pense courir un risque de cancer		p = 0,036			
● Oui	67,9	78,9			NS
● Non	27,8	71,0			
● NSP	4,3	81,0			
Connaît au moins une personne proche atteinte de cancer		p = 0,006			
● Non	6,3	61,6			Non introduit dans le modèle
● Oui	93,7	77,8			
Être informé sur les risques de cancers		p = 0,341			
● Très bien	11,7	71,3			Non introduit dans le modèle
● Plutôt bien	56,9	78,2			
● Mal à très mal	31,4	76,1			
Consommation d'alcool		p = 0,029			
● Quotidienne	1,9	59,8			Non introduit dans le modèle
● Hebdomadaire	35,1	80,4			
● Mensuelle ou moins	41,3	77,8			
● Jamais	21,7	70,4			
Consommation de tabac		p = 0,092			
● Fumeuses	30,8	73,1			NS
● Jamais ou juste une fois	44,5	76,8			
● Ex fumeuses	24,7	81,3			

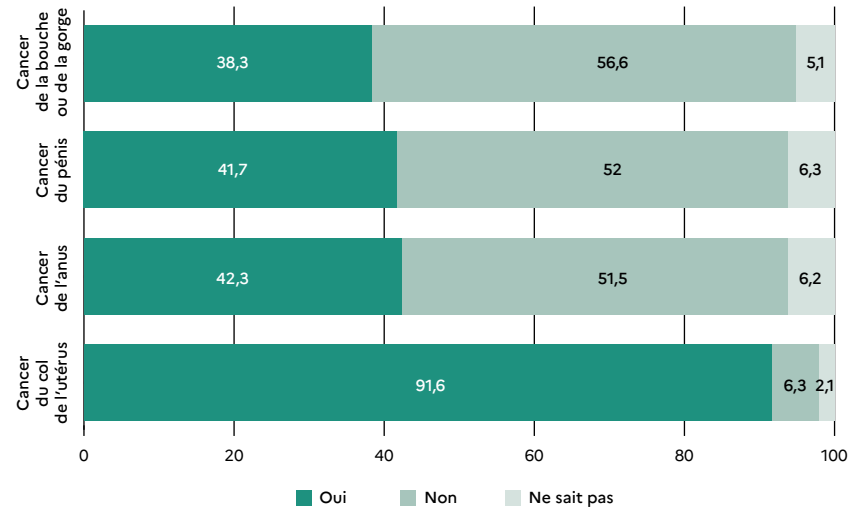
*Référence de l'analyse multivariée : femmes non à jour (dont le récent frottis cervico-utérin date de plus de 3 ans).
OR : Odds Ratios ; IC à 95 % : Intervalle de confiance à 95 % ; p : p-value du test de Chi² ; Bac : Baccalauréat ;
NSP : ne sait pas ; NS : non significative ; réf. = référence.

p-values < à 5 % en gras, les variables dont la p-values est < à 20 % sont prises en compte dans le modèle, OR dont la p-value est < à 5 % sont en gras.

TABLEAU 3 CONNAISSANCE DES CANCERS ASSOCIÉS À L'INFECTION HPV SELON LE SEXE (EN POURCENTAGE) (N = 3 090)

	Homme	Femme	p-value
● Cancer du col de l'utérus	87,5	94,0	< 0,001
● Cancer de l'anus	44,8	40,9	0,033
● Cancer du pénis	40,3	42,6	0,440
● Cancer de la bouche ou de la gorge	42,6	35,7	< 0,001

FIGURE 6
PERCEPTIONS RELATIVES AUX CANCERS ASSOCIÉS À L'INFECTION HPV DÉCLARÉS PAR CEUX QUI ONT UNE CONNAISSANCE SUR LE VIRUS (N = 3 090)



Parmi les 3 090 répondants déclarant connaître l'infection HPV, 73,1% affirment également avoir connaissance de l'existence du vaccin contre les infections liées aux HPV. Parmi eux, 93,9% pensent que le vaccin contre les HPV est recommandé pour les filles, et 36,3% seulement pensent qu'il l'est pour les garçons (Figure 7).

Les facteurs associés à la méconnaissance de la recommandation de la vaccination HPV pour les garçons sont présentés dans le Tableau 4 (analyses univariées). La connaissance de cette recommandation est significativement associée au statut matrimonial et familial.

FIGURE 7
CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS DE LA VACCINATION CONTRE L'INFECTION HPV DÉCLARÉE PAR LES RÉPONDANTS AYANT CONNAISSANCE DE L'INFECTION HPV (N = 2 391)

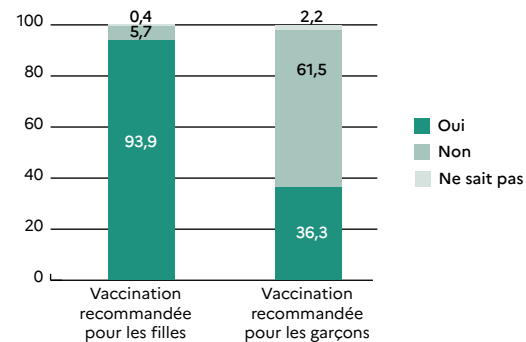


TABLEAU 4 CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS MÉCONNAISSANT LA RECOMMANDATION DE VACCINATION HPV POUR LES GARÇONS

	Total (n = 2 391)	%	Méconnaissance de la recommandation de la vaccination HPV pour les garçons Ne connaît pas*/NSP n = 1 517 (63,7%)
Sexe			p = 0,789
● Homme	701	29,8	64,2
● Femme	1 690	70,2	63,5
Âge			p = 0,074
● 15-24 ans	200	14,5	58,7
● 25-34 ans	329	16,2	69,7
● 35-44 ans	420	18,3	58,9
● 45-54 ans	515	19,6	65,7
● 55-64 ans	506	17,7	66,2
● 65-74 ans	421	13,7	61,9
Statut matrimonial			p = 0,007
● Célibataire/Divorcé/Veuf	811	34,9	66,2
● Marié/Pacsé/Concubins	1 574	65,1	59,0
Vit seul			p = 0,265
● Non	1 928	84,6	64,2
● Oui	463	15,4	60,6
Statut familial			p = 0,048
● A des enfants	1 737	80,8	63,3
● Pas d'enfants	454	19,2	69,4
Niveau d'études			p = 0,262
● Inférieur au Bac	530	33,3	61,3
● Bac	504	21,8	68,0
● Supérieur au Bac	1 351	44,9	63,2
Situation professionnelle			p = 0,976
● En activité	1 500	59,7	63,6
● Inactif	891	40,3	63,7
Revenus moyens par unité de consommation			p = 0,239
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 €)	463	24,5	61,1
● 2 ^e tercile (1 101 €-1 799 €)	778	32,5	67,2
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 €)	947	33,0	61,7
● NSP/Refus	203	10,0	65,1

*Ne connaît pas représente ceux qui pensent que le vaccin contre les HPV n'est pas recommandé pour les garçons.
Bac : Baccalauréat ; NSP : ne sait pas ; p : p-value du test de Chi².
p-values < à 5% en gras.

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

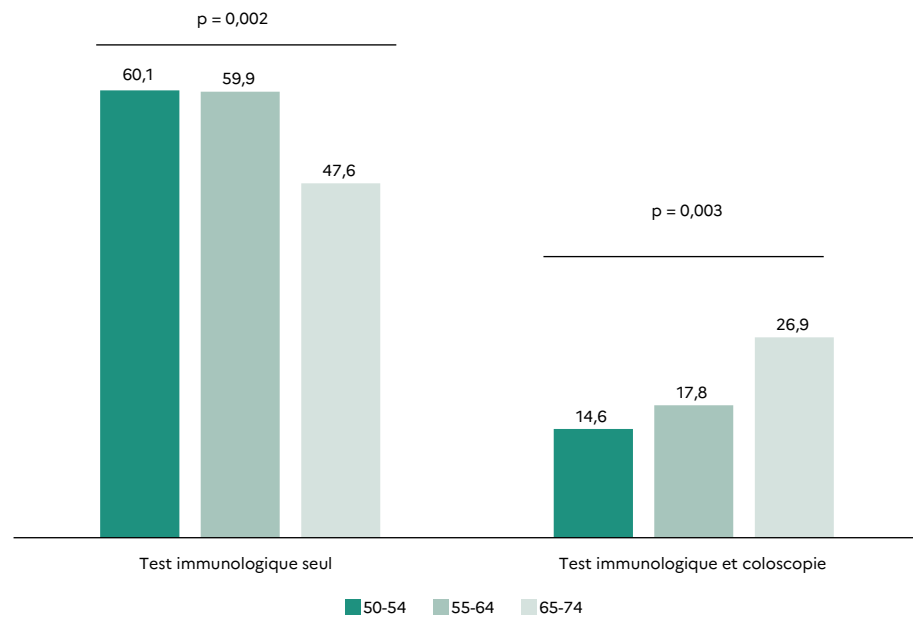
Parmi les 1 989 répondants, 68,2 % ont déclaré avoir déjà réalisé un dépistage du cancer colorectal. Parmi eux, 55,0 % avaient effectué un test immunologique de recherche de sang dans les selles (Fecal Immunologic Test ou FIT), 21,0 % un FIT et une coloscopie et 24,0 % une coloscopie seule.

Pour la suite des analyses, seuls sont pris en compte les 1 674 répondants ayant déclaré avoir réalisé, au cours de leur vie, un test immunologique seul ou combiné avec une coloscopie. En effet, en l'absence de connaissance du niveau de risque, la coloscopie seule n'est pas l'examen recommandé

dans le cadre du programme de dépistage organisé, qui se base sur l'utilisation du FIT parmi la population à risque modéré de survenue de cancer colorectal³.

L'âge est statistiquement lié au type d'examen du dépistage du cancer colorectal réalisé au cours de la vie. En effet, 60,1 % des personnes âgées entre 50 et 54 ans avaient effectué un test immunologique de détection de présence de sang dans les selles, contre 47,6 % de celles âgées entre 65 et 74 ans ($p = 0,002$). À l'opposé, les personnes âgées de 65 à 74 ans déclarent davantage avoir réalisé un FIT, puis avoir consulté un médecin pour que soit pratiquée une coloscopie au cours de leur vie que celles âgées de 50 à 54 ans ($p = 0,003$) (Figure 8).

FIGURE 8
LE TYPE D'EXAMEN RÉALISÉ AU COURS DE LA VIE SELON L'ÂGE (N = 1 356)



N.B : Au titre de la figure 8, ne sont pas pris en compte les répondants ayant déclaré n'avoir réalisé qu'une coloscopie seule.

3. La suite des analyses prend en compte 1 674 répondants (1 989 moins les 313 qui ont déclaré n'avoir réalisé que la coloscopie au cours de leur vie et 2 ayant refusé de répondre), c'est-à-dire les répondants qui ont réalisé, au cours de leur vie, un test immunologique ainsi que ceux qui ont eu une coloscopie après le test. Des analyses de sensibilité réalisées sur ceux qui n'ont effectué que le test immunologique au cours de leur vie ($n = 1 390$), non fournies ici, n'ont pas fait varier les conclusions.

Sur les 1 674 répondants considérés, un peu moins de la moitié (40,6 %) a déclaré n'avoir jamais bénéficié au cours de sa vie de dépistage du cancer colorectal (dont 2 seulement « ne sait pas »). Pour les 59,4 % déclarant avoir déjà bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal, dans 43,0 % des cas, il datait de moins de deux ans (Figure 9).

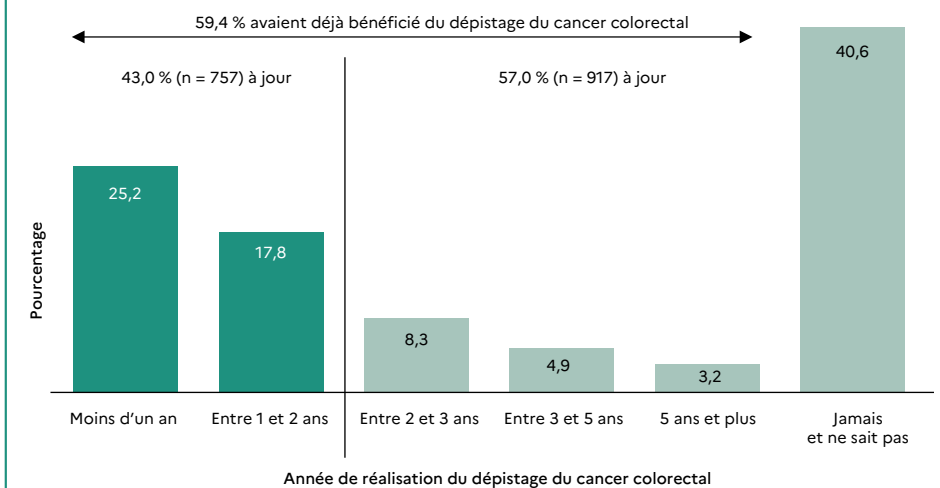
La majorité des répondants ayant bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal (tous examens confondus) identifient la réception de l'invitation envoyée par l'Assurance maladie comme une raison d'avoir réalisé cet examen (91,7 %). Les messages positifs véhiculés par les professionnels de santé ainsi que par les médias jouent un rôle important. En effet, 58,4 % et 44,9 % des personnes ayant réalisé le dépistage du cancer colorectal dans les délais déclaraient respectivement avoir été sensibilisés par les discours des professionnels de santé et par les messages des médias. L'ensemble des résultats est présenté en figure 10. L'importance des professionnels de santé est plus marquée pour les personnes

pour lesquelles l'examen consistait en un test immunologique associé à une coloscopie que pour celles pour lesquelles il s'agissait d'un test immunologique seul (74,5 % contre 53,2 %). De même, la présence d'antécédents familiaux influence favorablement la participation (Figure 10).

Des raisons d'ordre personnel ont été évoquées par les personnes non à jour de leur dépistage du cancer colorectal. « Ne pas avoir pris le temps ou par négligence » ainsi que « ne pas avoir envie d'effectuer le test de dépistage » étaient mentionnés par respectivement 32,9 % et 14,1 % des répondants dont le dépistage n'était pas à jour. De plus, 1 personne sur 10 a déclaré que le dépistage ne lui avait pas été recommandé par un professionnel de santé (11,6 %). L'ensemble des résultats est présenté dans la figure 11.

Des facteurs sociodémographiques apparaissent associés à la réalisation du dépistage du cancer colorectal dans les délais

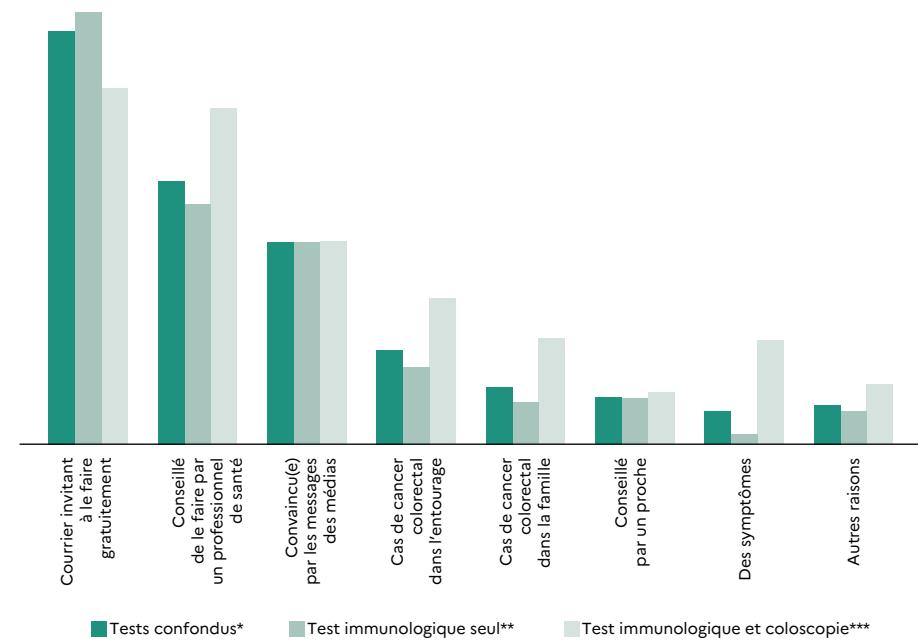
FIGURE 9
PRATIQUE DÉCLARÉE DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AU COURS DE LA VIE (N = 1 674)*



NSP : Ne sait pas.

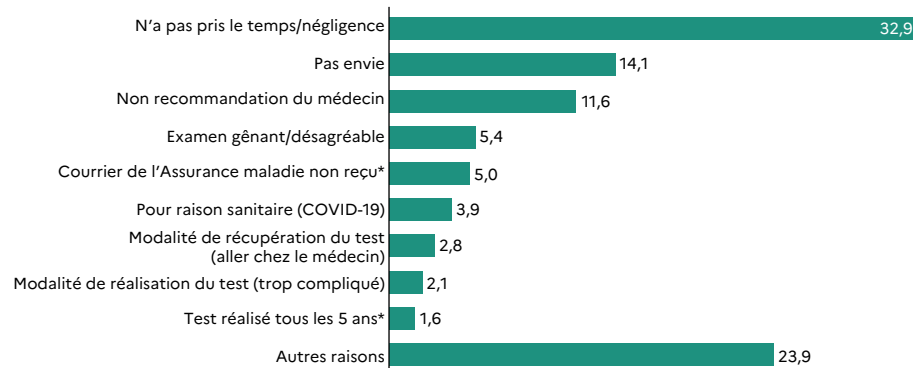
* Représente ceux qui ont effectué au cours de leur vie un test immunologique, un test immunologique combiné à une coloscopie et ceux qui n'ont jamais fait de dépistage (2 répondants ont refusé de déclarer la date du dernier examen de dépistage du cancer colorectal).

FIGURE 10
LES RAISONS D'AVOIR RÉALISÉ LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL DANS LES DÉLAIS



* N = 757 : Ceux qui ont effectué que le test d'immunologie seul ou combiné à une coloscopie (datant de moins de 2 ans).
 ** N = 578 : Ceux qui ont effectué un test d'immunologie dans les délais (datant de moins de 2 ans).
 *** N = 179 : Ceux qui ont effectué un test d'immunologie et une coloscopie dans les délais (datant de moins de 2 ans).

FIGURE 11
LES RAISONS DE NE PAS AVOIR RÉALISÉ DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL DANS LES DÉLAIS (N = 917)



* Raisons spontanément citées par les participants qui ont répondu « Autres raisons ».

TABLEAU 5 FACTEURS ASSOCIÉS À LA RÉALISATION DU DÉPISTAGE DE CANCER COLORECTAL AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES : ANALYSES UNIVARIÉES ET MULTIVARIÉES

	Total (%)	Analyses multivariées* (n = 1 674)		
		Analyses univariées (n = 757)	ORa	IC à 95 %
Sexe $p = 0,851$				
● Femme	51,6	43,2	0,99	0,77 – 1,29
● Homme (réf.)	48,4	42,6	1	
Âge $p < 0,001$				
● 50-54 ans (réf.)	23,5	31,9	1	
● 55-64 ans	41,8	45,1	1,61	1,14 – 2,28
● 65-74 ans	34,7	48,4	1,76	1,23 – 2,51
Statut matrimonial $p = 0,041$				
● Célibataire/Divorcé/Veuf	29,1	37,9		NS
● Marié/Pacsé/Concubins	70,9	45,0		
Vit seule $p = 0,316$				
● Non	77,7	43,8		Non introduit dans le modèle
● Oui	22,3	40,0		
Statut familial $p = 0,061$				
● A des enfants	86,7	44,2		NS
● Pas d'enfants	13,3	35,4		
Niveau d'études $p = 0,269$				
● Inférieur au Bac	58,8	41,1		Non introduit dans le modèle
● Bac	15,1	44,8		
● Supérieur au Bac	26,1	46,0		
Situation professionnelle $p = 0,222$				
● En activité	54,0	40,9		Non introduit dans le modèle
● Inactif	46,0	44,7		
Revenus moyens par unité de consommation $p = 0,017$				
● 1 ^{er} tercile ($\leq 1\ 100$ €) (réf.)	28,4	35,6	1	
● 2 ^e tercile (1 101 €-1 799 €)	31,4	45,2	1,43	1,01 – 2,03
● 3 ^e tercile ($\geq 1\ 800$ €)	30,8	48,4	1,62	1,16 – 2,27
● NSP/Refus	9,4	40,9	1,19	0,71 – 2,02
État de santé général $p = 0,018$				
● Très bon	25,8	42,6		
● Bon	44,6	46,5		
● Assez bon	23,5	40,8		NS
● Mauvais – très mauvais	6,1	24,6		
Consultation chez MG au cours des 12 derniers mois $p < 0,001$				
● Oui	85,0	45,7		Non introduit dans le modèle
● Non	15,0	28,8		
Indice de masse corporelle $p = 0,079$				
● Normal (< 25)	43,2	47,1		
● Surpoids (25-29)	38,1	40,7		NS
● Obésité (≥ 30)	18,7	38,5		

SUITE TABLEAU 5

	Total (%)	Analyses univariées (n = 757)		Analyses multivariées* (n = 1 674)	
		Test à jour	ORa	IC à 95 %	
Pense courir un risque de cancer		p = 0,678			
● Oui	61,6	41,7			
● Non	32,8	44,5			Non introduit dans le modèle
● NSP	5,6	45,1			
Connaît au moins une personne proche atteinte de cancer		p = 0,032			
● Non	5,9	29,7			Non introduit dans le modèle
● Oui	94,1	43,8			
Être informé sur les risques de cancers		p = 0,172			
● Très bien	12,7	39,6			
● Plutôt bien	69,3	44,9			NS
● Mal à très mal	18,0	37,8			
Consommation d'alcool		p = 0,487			
● Quotidienne	8,7	44,4			
● Hebdomadaire	42,7	43,4			Non introduit dans le modèle
● Mensuelle ou moins	34,4	44,7			
● Jamais	14,2	37,2			
Consommation de tabac		p < 0,001			
● Fumeurs (réf.)	22,5	30,8	1		
● Jamais ou juste une fois	42,4	48,1	1,85	1,28 – 2,65	
● Ex-fumeurs	35,1	44,5	1,53	1,06 – 2,22	

*Référence de l'analyse multivariée : répondants de 50 à 74 ans non à jour (dont le récent dépistage du cancer colorectal date de plus de 2 ans).

ORa : Odds Ratios ajustés ; IC à 95 % : Intervalle de confiance à 95 % ; p : p-value du test de Chi² ; Bac : Baccalauréat ; NSP : ne sait pas ; NS : non significative ; réf. = référence.

Les variables dont la valeur p est < à 20 % sont prises en compte dans le modèle, p-values < à 5 % en gras, OR dont la p-value est < à 5 % sont en gras.

recommandés (Tableau 5). Afin d'identifier les facteurs indépendamment associés à la réalisation récente du dépistage du cancer colorectal, nous avons appliqué une modélisation, ajustée sur le sexe, par régression logistique (Tableau 5). Toutes choses étant égales par ailleurs, être âgé de plus de 55 ans, avoir un RUC moyen supérieur à 1 100 euros et ne pas consommer de tabac (jamais ou avoir arrêté) augmentent significativement la probabilité d'être à jour de son dépistage du cancer colorectal.

L'analyse de sensibilité confirme que ces facteurs sont également associés à la réalisation récente du dépistage du cancer colorectal chez les personnes ayant réalisé uniquement un test immunologique.

DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

À ce jour, le dépistage du cancer de la prostate ne fait pas l'objet d'un programme de dépistage organisé.

Parmi les 978 hommes âgés de plus de 50 ans, potentiellement concernés par le dépistage du cancer de la prostate, 33,4 % ont déclaré avoir déjà réalisé ce dépistage au cours de leur vie. 90,2 % l'ont effectué par un dosage du PSA sanguin, 51,8 % par le biais d'un toucher rectal pratiqué par un médecin et 6,8 % par une autre méthode.

Le professionnel de santé joue un rôle important dans la réalisation du dépistage

du cancer de la prostate par dosage du PSA. En effet, parmi ceux qui ont déjà effectué cet examen, 65,7 % l'ont réalisé à la demande d'un professionnel de santé. 52,5 % ont déclaré avoir été informés des avantages de ce test par un professionnel de santé. Cependant, seulement 15,3 % disent avoir été avertis des inconvénients du dépistage par le professionnel de santé.

Les analyses montrent que les hommes âgés de plus de 50 ans qui ont effectué un examen de dépistage du cancer de la prostate ont davantage tendance à vivre en couple et à avoir des enfants que les hommes

qui ne l'ont pas effectué (Tableau 6). Le fait d'avoir réalisé un dépistage du cancer de la prostate est aussi associé à plusieurs variables en lien avec l'état de santé, notamment le fait de percevoir son état de santé comme « assez bon » (p = 0,004), ainsi que de bénéficier d'un suivi médical régulier (p < 0,001).

Considérant l'ensemble des facteurs précédemment identifiés (analyse multivariée), les caractéristiques indépendamment associées à la réalisation du dépistage du cancer de la prostate sont présentées dans le tableau 6. Le fait d'être âgé de 60 ans ou plus augmente la probabilité d'effectuer le

TABLEAU 6 FACTEURS ASSOCIÉS À LA RÉALISATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE : ANALYSES UNIVARIÉES ET MULTIVARIÉES

	Total (%)	Analyses univariées (n = 328)		Analyses multivariées* (n = 974)	
		Test réalisé**	OR	IC à 95 %	
Âge		p < 0,001			
● 50-59 ans (réf.)	42,3	12,0	1		
● 60-69 ans	30,3	43,9	6,33	4,04 – 9,91	
● 70-85 ans	27,4	54,7	9,50	5,96 – 15,13	
Statut matrimonial		p = 0,097			
● Célibataire/Divorcé/Veuf	25,0	27,6			
● Marié/Pacsé/Concubins	75,0	35,4			NS
Vit seul		p = 0,254			
● Non	80,9	34,5			Non introduit dans le modèle
● Oui	19,1	28,7			
Statut familial		p = 0,017			
● A des enfants	84,5	35,3			
● Pas d'enfants	15,5	23,1			NS
Niveau d'études		p = 0,824			
● Inférieur au Bac	58,9	32,5			
● Bac	13,9	35,5			Non introduit dans le modèle
● Supérieur au Bac	27,2	33,8			
Situation professionnelle		p < 0,001			
● En activité	43,5	15,4			
● Inactif	56,5	47,3			NS
Revenus moyens par unité de consommation		p = 0,262			
● 1 ^{er} tercile (≤ 1 100 €)	25,1	27,0			
● 2 ^e tercile (1 101 €-1 799 €)	32,4	36,8			Non introduit dans le modèle
● 3 ^e tercile (≥ 1 800 €)	33,3	34,4			
● NSP/Refus	9,2	35,5			

SUITE TABLEAU 6

	Total (%)	Analyses univariées (n = 328)		Analyses multivariées* (n = 974)	
		Test réalisé**	OR	IC à 95 %	
État de santé général p = 0,004					
● Très bon	25,9	23,5			NS
● Bon	43,0	33,9			
● Assez bon	26,5	42,3			
● Mauvais – très mauvais	4,6	33,4			
Consultation chez MG au cours des 12 derniers mois p < 0,001					
● Oui	84,2	36,7			Non introduit dans le modèle
● Non	15,8	15,8			
Indice de masse corporelle p = 0,471					
● Normal (< 25)	37,5	33,7			Non introduit dans le modèle
● Surpoids (25-29)	44,9	31,3			
● Obésité (≥ 30)	17,6	37,8			
Pense courir un risque de cancer p = 0,049					
● Oui (réf.)	65,5	35,4	1		
● Non	29,5	26,6	0,51	0,34 – 0,76	
● NSP	5,0	47,1	1,52	0,53 – 4,34	
Connaît au moins une personne proche atteinte de cancer p = 0,002					
● Non	6,9	13,6			Non introduit dans le modèle
● Oui	93,1	34,9			
Être informé sur les risques de cancers p = 0,065					
● Très bien	10,5	42,9			NS
● Plutôt bien	69,2	34,0			
● Mal à très mal	20,3	26,3			
Consommation d'alcool p = 0,684					
● Quotidienne	15,8	38,3			Non introduit dans le modèle
● Hebdomadaire	48,8	31,9			
● Mensuelle ou moins	24,8	31,9			
● Jamais	10,6	34,6			
Consommation de tabac p < 0,001					
● Fumeurs	22,2	18,6			NS
● Jamais ou juste une fois	35,4	35,4			
● Ex-fumeurs	42,4	39,6			

*Référence de l'analyse multivariée : répondants de plus de 50 ans qui n'ont pas réalisé le dépistage du cancer de la prostate.

**Test réalisé par dosage du PSA ou toucher rectal.

OR : Odds Ratios ; IC à 95 % : Intervalle de confiance à 95 % ; p : p-value du test Chi² ; Bac : Baccalauréat ; NSP : ne sait pas ; MG : médecin généraliste ; NS : non significative ; réf. = référence.

Les variables dont la valeur p est < à 20 % sont prises en compte dans le modèle, p-values < à 5 % en gras, OR dont la p-value est < à 5 % sont en gras.

dépistage du cancer de la prostate. Parallèlement, cette probabilité diminue chez les hommes âgés de plus de 50 ans qui ne pensent pas courir un risque de cancer au cours de leur vie.

DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON

À ce jour, le dépistage du cancer du poumon ne fait pas l'objet d'un programme de dépistage organisé. Sur les 1 148 consommateurs de tabac interrogés, 73,7 % sont des consommateurs quotidiens et 26,3 % des consommateurs moins réguliers. Parmi les consommateurs de tabac, 26,7 % ont déclaré avoir déjà réalisé une radiographie ou un scanner des poumons. La proportion est plus élevée parmi les fumeurs quotidiens que parmi les consommateurs non quotidiens (29,3 % contre 19,3 % ; p = 0,009).

Près de la moitié des personnes qui ont déjà réalisé un examen visant potentiellement au dépistage du cancer du poumon l'ont fait à la demande d'un professionnel de santé (46,4 %), et près d'un tiers ont déclaré l'avoir réalisé de leur propre initiative (31,8 %) (Figure 12).

Il n'existe pas, en France, de dépistage organisé du cancer bronchopulmonaire. La majorité des consommateurs du tabac (81,5 %) seraient favorables à une participa-

tion à un programme de dépistage du cancer du poumon s'il était mis en place en France. L'intention de participation à ce dépistage organisé varie significativement selon l'âge (p = 0,023). L'adhésion est plus importante chez les fumeurs âgés de 35 à 54 ans (87,9 % pour les 35-44 ans et 86,9 % pour les 45-54 ans) et plus faible chez les jeunes consommateurs du tabac (73,8 % des 15-24 ans) (Figure 13).

Le tabagisme quotidien influence aussi significativement l'adhésion déclarée au dépistage organisé du cancer bronchopulmonaire. En effet, 84,3 % de fumeurs quotidiens déclarent vouloir participer au dépistage organisé, contre 73,6 % de fumeurs non quotidiens (p = 0,001).

DONNÉES TRANSVERSALES

Dans le cadre des programmes de dépistage organisé des cancers, les courriers d'invitation sont envoyés aux personnes concernées par les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). Des relances sont envoyées à celles n'ayant pas réalisé de dépistage dans les délais. Dans ce cadre et dans le contexte de la pandémie de Covid qui a débuté en 2020, 18,0 % des femmes non à jour de leur mammographie ont déclaré ne pas avoir reçu, au cours des deux dernières années, le courrier d'invitation à faire le test de dépistage

FIGURE 12
LES RAISONS DÉCLARÉES À LA RÉALISATION DE LA RADIOGRAPHIE OU SCANNER DES POUMONS

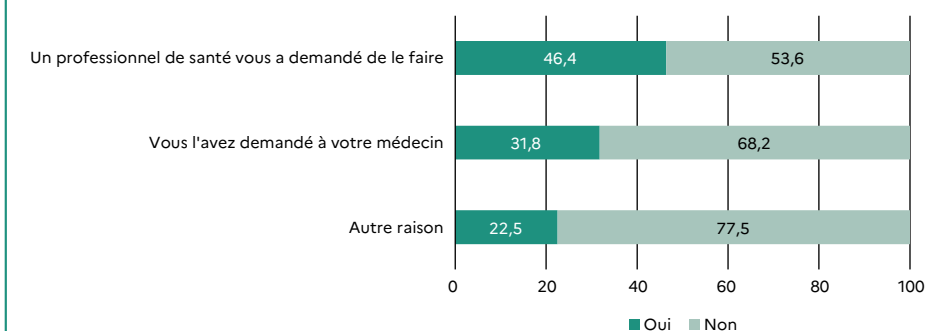
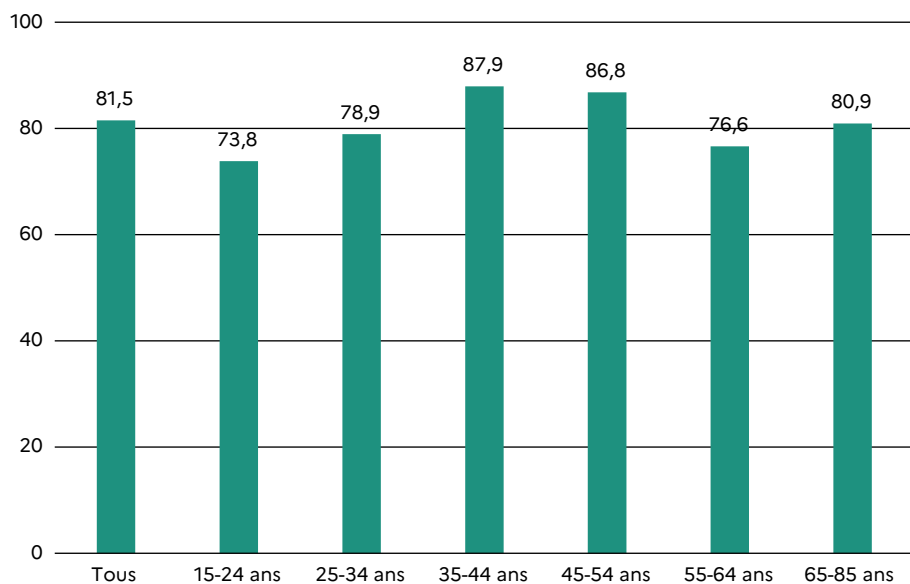


FIGURE 13
INTENTION DÉCLARÉE DE PARTICIPER À UN ÉVENTUEL DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU POUMON CHEZ LES FUMEURS (EN %) (N = 1 148)



du cancer du sein, et 4,9 % d'entre elles ne se souviennent pas l'avoir reçu. Sur les 917 répondants non à jour du dépistage du cancer colorectal, 23,4 % affirment n'avoir pas reçu le courrier d'invitation et 6,0 % ne s'en souviennent pas. Pour le cancer du col de l'utérus, la non-réception, au cours des trois dernières années, du courrier d'invitation au dépistage, a été citée par 60,3 % des femmes non à jour, alors que 6,5 % ne se souviennent pas l'avoir reçu (Tableau 7).

Les personnes âgées de 50 à 74 ans sont concernées par plusieurs dépistages de cancer. Sur les 1 130 répondantes âgées de 50 et

74 ans, seulement 28,3 % sont à jour du dépistage de trois cancers. S'agissant des femmes éligibles aux trois dépistages (âgées entre 50 et 65 ans), 25,5 % les ont réalisés dans les délais. S'agissant des femmes éligibles au dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal (âgées entre 66 et 74 ans), 34,2 % les ont effectués au cours des deux dernières années.

Quant aux hommes âgés de 50 à 74 ans, 42,6 % étaient à jour du dépistage du cancer colorectal. Leur âge moyen est supérieur à celui des hommes n'ayant pas réalisé dans les délais le dépistage du cancer colorectal (61 contre 59 ans ; $p = 0,005$).

TABLEAU 7 RÉCEPTION DU COURRIER DE RAPPEL À FAIRE LES DÉPISTAGES (EN %)

	Sein	Col de l'utérus	Côlon
	N = 316	N = 346	N = 917
● Non	18,0	60,3	23,4
● Ne se souvient plus	4,9	6,5	6,0

Les facteurs sociodémographiques n'ont pas d'impact sur la participation au DO du cancer du sein, mais restent significativement associés à la participation au DO du cancer colorectal et au DO du cancer du col utérin. On observe un effet positif de l'âge sur la participation au DOCCR, alors qu'il est négativement associé au DOCCU. Quant au gradient socioéconomique, il est présent dans les trois programmes de dépistages

organisés, et encore plus marqué pour le DOCS. En effet, les femmes appartenant à une catégorie économique modeste adhèrent significativement moins au DOCS (revenus < 1 800 euros), tandis que les femmes très précaires (revenus < 1 101 euros) participent moins au DOCCU et au DOCCR. Il semble donc nécessaire d'accompagner cette partie de la population dans les actions de prévention en réduisant les inégalités de recours.

TABLEAU 8 LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA RÉALISATION DANS LES DÉLAIS LES DIFFÉRENTS DÉPISTAGES ORGANISÉS DANS LES ANALYSES MULTIVARIÉES

	Sein	Col de l'utérus	Côlon-rectum
Facteurs sociodémographiques			
● Âge	NS	< 55 ans	55 – 74 ans
● Vie en couple	NS	En couple	NS
● Statut familial	NA	Avoir des enfants	NS
Facteurs socioéconomiques			
● Revenu moyen par unité de consommation	≥ 1 800 €	≥ 1 101 €	≥ 1 101 €
Facteurs de risque			
● État de santé général	Bon état	NS	NS
● IMC	NA	Poids normal	NS
● Consommation du tabac	NS	NA	non-fumeurs
● Perception des risques du cancer	N	NS	NA

NS : variable non significative dans le modèle ; NA : variable non intégrée dans le modèle (pas significative dans l'analyse univariée ou corrélée avec une autre variable utilisée dans le modèle multivarié).

DISCUSSION

DISCUSSION TRANSVERSALE
SUR LES DÉPISTAGES

L'étude a mis en évidence des inégalités face au dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et des cancers colorectaux. Des travaux antérieurs ont établi le lien entre la précarité et la faible participation aux programmes de dépistage (6,7). Les femmes appartenant à une catégorie sociale et économique supérieure sont plus susceptibles d'être à jour du dépistage du cancer du sein.

Environ 60 % de celles appartenant au premier tercile du revenu (inférieur ou égal à 1 100 euros) ont eu recours au dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années. Ceci est à comparer au fait que 74,2 % des femmes appartenant au troisième tercile de revenu (supérieur ou égal à 1 800 euros) déclarent être à jour. Le constat est le même pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. La proportion des femmes non à jour du DOCCU parmi les femmes appartenant au premier tercile du revenu est proche de celle constatée pour le dépistage du cancer du sein, soit environ un tiers (28,8 %). Enfin, seul un peu plus d'un tiers des personnes (35,6 %) appartenant à cette catégorie économique déclarait avoir réalisé un dépistage colorectal. Les dépistages organisés des cancers sont largement pris en charge par l'Assurance maladie. Une multiplicité de facteurs permet néanmoins d'expliquer le lien constaté entre le niveau de revenu et le taux de participation aux dépistages. Il a notamment été constaté que les personnes connaissant des difficultés financières se préoccupent sensiblement moins de leur santé et adoptent des comportements de prévention moins favorables. Cela contribue en partie à expliciter la forte corrélation entre le revenu et la consultation chez le spécialiste⁴. Les inégalités d'adhésion au dépistage doivent être analysées

comme des phénomènes complexes, dont les causes sont multiples (niveau d'éducation, conditions de vie difficiles, difficultés financières, etc.). Les disparités socioéconomiques d'adhésion aux dépistages posent en particulier la question de la prise en compte du niveau de la littératie en santé des Français dans les interventions et supports de promotion du dépistage, notamment dans la mesure où un niveau de littératie en santé limité est souvent associé à un niveau économique et social faible (8). Des études traitant de cette barrière à l'adhésion au dépistage devraient être envisagées pour mieux adapter les interventions et les supports. La Stratégie décennale de lutte contre les cancers met par ailleurs en lumière un ensemble de leviers mobilisables, au titre desquels le développement des approches opportunes, des incitations matérielles ou encore des dispositifs de type « aller vers ».

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Selon les recommandations européennes, l'objectif de participation au DOCS est de 75 % (9). En 2021, si la quasi-totalité des répondantes âgées de 50 à 74 ans avait déjà effectué une mammographie (95,6 %), le taux de participation au dépistage du cancer du sein, c'est-à-dire la réalisation d'une mammographie tous les deux ans, est moins important (68,8 %). Établi sur des données déclaratives, le taux de participation au dépistage du cancer du sein dans le cadre de cette enquête est probablement surestimé, en raison d'un biais de désirabilité sociale ou de mémoire. En effet, le taux standardisé de participation au dépistage organisé du cancer observé était, selon les données de Santé publique France, de 45,6 % pour la période de 2019-2020 (10), soit un écart de plus de 20 points, auxquels peut s'ajouter l'estimation de 11 % de participation au dépistage individuel (3). Il n'est pas possible dans

notre travail de distinguer la participation au DOCS des dépistages individuels. Parmi les 68,8 % de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie au cours des deux dernières années, 11 % ont affirmé avoir réalisé la mammographie suite à des symptômes (figure 2). Parallèlement, 76,6 % des participantes ont déclaré avoir réalisé la mammographie au cours des deux dernières années à la suite du courrier de l'Assurance maladie. Ce résultat met en évidence l'importance du maintien du rappel de la réalisation de la mammographie tous les deux ans.

Les femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir réalisé le dépistage du cancer du sein indiquent, pour la majorité d'entre elles, l'avoir fait pour faire attention à leur propre santé. Ferrat et al. (11) avaient montré dans une analyse qualitative que les femmes qui adhèrent au dépistage du cancer du sein accordaient plus d'importance à leur santé que les femmes n'y adhérant pas. En miroir, nous observons, parmi les freins les plus cités par les femmes qui n'ont pas eu recours au dépistage du cancer du sein, que 19,5 % n'ont pas pris le temps et que 16,5 % l'ont négligé. L'effectif faible ne nous permet pas de les caractériser, mais l'anxiété engendrée par l'examen et la peur du résultat sont sans doute sous-déclarées dans l'enquête (6,6 % évoquent un examen douloureux et 1,8 % déclarent avoir peur du résultat). En effet, des études ont démontré que les croyances fatalistes et la nosophobie⁵ étaient associées à la non-participation au dépistage organisé (11,12). Une communication plus efficace et plus claire sur le déroulement de l'examen et sur le bénéfice de la détection précoce du cancer demeure nécessaire pour convaincre ces femmes réticentes (13).

La sensibilisation et l'information des femmes en âge de faire une mammographie par les professionnels de santé sont aussi déterminantes. Une partie des femmes de 50 à 74 ans qui a réalisé récemment une mammographie a été largement convaincue par un professionnel de santé. Des études ont montré que la confiance des Français

envers les médecins est très élevée et a très peu diminué au cours de la crise sanitaire du Covid-19 (93,1 % en juin 2020 et 92,1 % en janvier 2021) (14,15). Le rôle structurant des professionnels de santé dans le déploiement des programmes de prévention a déjà été démontré dans d'autres études (16) et nécessite d'être maintenu et renforcé. Il est donc probable que la communication des médecins sur les bénéfices du recours au dépistage organisé du cancer du sein joue un rôle important dans l'augmentation de l'adhésion de la population cible, et plus particulièrement s'agissant des femmes les moins favorisées.

D'autres freins en lien avec la crise sanitaire du Covid-19 ont été évoqués par les femmes qui n'ont pas eu recours récent à la mammographie. La crise sanitaire a eu un impact négatif sur les différents programmes de dépistage, entraînant l'interruption de l'envoi des invitations, la fermeture des cabinets de radiologie ou la baisse de l'activité à la suite de la mise en place des restrictions sanitaires (10,17). La difficulté à obtenir un rendez-vous a été, en revanche, peu citée et 1 femme sur 10 a déclaré avoir déjà programmé un rendez-vous.

On note, en tendance, un effet négatif de l'âge, mais cette baisse de participation au dépistage avec l'augmentation de l'âge n'est pas statistiquement significative. Cependant, un état de santé perçu comme dégradé a un impact négatif sur le comportement des femmes face au dépistage du cancer du sein. Plusieurs études ont déjà démontré ce lien, mais aussi le lien avec le suivi régulier chez le médecin généraliste (18,19). Les résultats invitent à prendre en considération les besoins propres à une population issue de milieux défavorisés, présentant un état de santé dégradé et ne bénéficiant pas d'un suivi médical à travers des actions spécifiques et ciblées, comme la mise en place de « navigateurs » pouvant les assister de façon très pratique dans leur parcours (7,20). Des expérimentations en ce sens sont en cours en France (21,50).

4. La variable consultation chez le spécialiste n'ont pas été introduites dans le modèle du fait de la forte corrélation avec la variable mesurant le niveau de revenu.

5. La nosophobie est la crainte exagérée d'attraper une maladie (Larousse).

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

L'un des objectifs de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers est de dépasser les objectifs de couverture recommandés au niveau européen en matière de dépistage (85 % pour DOCCU, 80 % dans le Plan cancer 2014-2019). Dans le cadre de cette enquête, 76,8 % des femmes de 25 à 65 ans déclarent avoir effectué un dépistage du cancer du col de l'utérus il y a moins de trois ans. On note un décalage entre ce taux déclaré, et le taux du dépistage organisé obtenu à partir des données de l'Assurance maladie sur la période 2018-2020 (59 %) (22). Cette différence peut être due à des déclarations approximatives quant à la date de réalisation du dernier examen de dépistage. Selon la Haute Autorité de santé, en 2010, seulement 10 % des femmes respectaient l'intervalle recommandé (tous les 3 ans) du dépistage du cancer du col de l'utérus (23). Ce résultat est similaire à celui du Baromètre cancer 2021 (7,7 % des femmes déclarent réaliser un examen dans un intervalle allant de 3 à 5 ans). Les dernières recommandations, à ce jour, prévoient des intervalles de réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus différents selon l'âge des femmes et les tests précédemment réalisés (24). En effet, depuis juillet 2020, il est recommandé aux femmes âgées de 25 à 29 ans d'effectuer une cytologie tous les 3 ans, et à celles âgées de 30 à 65 ans de plutôt réaliser un test HPV tous les 5 ans. La difficulté à comprendre les informations et les recommandations en lien avec le dépistage du cancer du col de l'utérus est associée à une probabilité élevée de non-adhésion au programme (25). Une information claire et objective sur les nouveaux intervalles du test selon les tranches d'âge est nécessaire pour éviter les surdépistages et les traitements inutiles. Il a été montré que la mise en place de supports éducationnels par le développement d'outils simplifiés avait des résultats positifs sur le niveau de connaissances des femmes du virus HPV (26).

Les chiffres suggèrent l'importance du rôle des professionnels de santé dans l'accompagnement des femmes en matière de

prévention des cancers du col de l'utérus (79 % et 93 % des femmes qui ont consulté un médecin généraliste ou un gynécologue sont à jour du dépistage). À l'inverse, 58 % des femmes n'étant pas à jour de leur dépistage ont déclaré que le frottis ou le test HPV ne leur a pas été recommandé par un professionnel de santé. Une étude australienne a souligné le souhait des femmes de recevoir les informations sur le programme de dépistage de la part de leur médecin généraliste (27). Les professionnels de santé, et plus spécifiquement le médecin généraliste, peuvent avoir un impact notable sur l'amélioration des connaissances en matière de prévention et de promotion des dépistages. En outre, l'accès aux gynécologues étant davantage différencié selon le statut socioéconomique, les médecins généralistes sont les mieux placés pour dispenser ces soins préventifs de façon plus équitable.

Les freins les plus cités à la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus sont, dans une certaine mesure, similaires à ceux du dépistage du cancer du sein (ne pas avoir pris le temps et par négligence). Ces obstacles, qui sont d'ordre personnel, peuvent être associés à la méconnaissance du cancer du col de l'utérus et de l'utilité du dépistage. L'absence de suivi gynécologique est aussi un frein au dépistage du cancer du col de l'utérus. La précarité ainsi que l'inégalité d'accès (délai de rendez-vous trop long chez le gynécologue selon les régions, dépassement d'honoraires, etc.) aboutissent à une rupture du suivi gynécologique. Or, ce type de consultation peut être assuré par un médecin généraliste ou une sage-femme formés aux gestes d'examens gynécologiques. Au regard des données les plus récentes, 17 % des consultations chez le médecin généraliste pendant lesquelles les dépistages avaient été abordés concernaient un acte de dépistage du cancer du col de l'utérus (28).

Par ailleurs, l'analyse statistique a mis en lumière des disparités socioéconomiques de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. En effet, les femmes âgées, célibataires, sans enfants et en situation financière et sociale précaires sont plus susceptibles de

ne pas réaliser un dépistage dans les délais recommandés. Sur la base des résultats de l'enquête conduite en 2021, l'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus baisse significativement à partir de 55 ans, mais on observe, selon les données de l'Assurance maladie, une légère diminution de la couverture à partir de 50 ans et d'une manière plus importante chez les femmes de 60-65 ans (43,9 % sur la période 2017-2019) (22). La perception du risque du cancer du col de l'utérus diminue chez les femmes ménopausées, célibataires et sans enfant en accord avec les résultats d'autres études (29,30). Enfin, la précarité économique, qui favorise aussi l'obésité, est négativement associée au dépistage du cancer du col de l'utérus. L'association entre l'image de soi et l'adhésion aux programmes de prévention des cancers a été peu étudiée. Des études qualitatives avaient souligné que les femmes obèses faisaient moins de frottis cervico-utérin suite à des expériences antérieures négatives, à l'occasion desquelles elles avaient le sentiment d'être stigmatisées. L'absence de matériel médical adapté à leur morphologie était également souligné (31). Le dépistage du cancer du col de l'utérus peut aussi être un sujet tabou, non exprimé chez certaines femmes (pudeur, fatalisme) (32). Enfin, des études ont également montré que, s'agissant de ces femmes, le fait qu'elles bénéficient d'un suivi médical régulier – y compris sur le plan gynécologique – est un facteur de participation au dépistage, dès lors que ces femmes ne sont pas confrontées à des difficultés économiques. En revanche, ces mêmes études ont établi que le faible niveau de littératie en santé, le fait de vivre seule et sans enfant et de faire face à des difficultés économiques sont autant de facteurs défavorables à la participation au dépistage (51).

VACCINATION CONTRE LES HPV

En France, en 2015, on estimait à plus de 6 300 le nombre de cancers dus aux HPV. De plus, près de 35 000 femmes sont traitées chaque année pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Les principaux cancers liés aux HPV sont les cancers du col de l'utérus (44 %), de l'anus (24 %) et de

l'oropharynx (22 %). Les femmes sont les plus concernées (2 900 cancers du col de l'utérus), mais ces cancers touchent aussi les hommes (1 060 cancers de l'oropharynx, 360 cancers de l'anus et plus de 300 cancers de la cavité orale, du larynx et du pénis chaque année) (33). L'objectif de l'OMS pour réduire la mortalité causée par l'infection HPV est une couverture vaccinale de 90 % chez les jeunes de 15 ans d'ici 2030 (9).

La majorité des personnes perçoivent la gravité des infections HPV (33). Une étude française a montré que la perception vis-à-vis du vaccin contre les HPV avait une plus forte influence sur les pratiques des personnes que la perception de l'infection HPV (34). Les leviers de promotion de la vaccination restent à déterminer, puisque le taux de couverture n'a dépassé les 30 % que très récemment (4,21).

Il semble que les Français n'ont pas connaissance des nouvelles recommandations de la Haute Autorité de santé concernant la vaccination contre les infections HPV. En effet, seul un tiers des répondants déclarait les garçons éligibles à cette vaccination. L'élargissement de la vaccination contre les HPV aux garçons en 2019 ne pourra être effectif sans la diffusion de l'information auprès de la population générale sur les bénéfices du vaccin, sans distinction de sexe ni d'orientation sexuelle. Le médecin généraliste est considéré comme la première source d'information concernant la vaccination contre les HPV (34). Son rôle est donc structurant pour contribuer activement à la sensibilisation des publics. Ces efforts d'information par les professionnels peuvent être soutenus par des campagnes en milieu scolaire. Ce type d'intervention a déjà démontré des résultats positifs comme en atteste l'expérience australienne (35).

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Le dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles permet de détecter les lésions précancéreuses et le cancer à un stade précoce. Malgré la

fiabilité, la sécurité et la simplicité du test, la participation des Français éligibles demeure très insuffisante. En effet, 43 % des personnes interrogées, âgées de 50 à 74 ans, ont déclaré avoir participé au dépistage organisé du cancer colorectal au cours des deux dernières années. Ce taux est supérieur à celui observé par Santé publique France (34,6 %) (36). La réalisation d'un dépistage augmente fortement avec l'âge (31 % des 50-54 ans, contre 48,4 % des 65-74 ans ($p < 0,001$)), en cohérence avec les données de Santé publique France et d'autres études (36,37).

On constate, par ailleurs, que la probabilité de réaliser un dépistage par FIT suivi d'une coloscopie croît avec l'âge, ce qui peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de tests positifs chez les personnes les plus âgées. Nos données ne nous permettent pas de décrire les raisons réelles de la réalisation, chez la même personne, d'une coloscopie et d'un test immunologique, bien que le plus probable soit la réalisation d'une coloscopie en cas de FIT positif. La participation à ces deux examens est rapportée comme largement conseillée par un professionnel de santé. De même, le courrier de l'Assurance maladie invitant à réaliser le FIT est la raison la plus citée par les personnes à jour de leur dépistage.

Le manque de temps et la négligence sont les raisons les plus citées par les personnes n'ayant pas réalisé dans les délais le dépistage du cancer colorectal, avec une proportion plus élevée chez ceux déclarant avoir réalisé un FIT datant de plus de 2 ans. Les modalités d'accès au dépistage et la difficulté à obtenir un test peuvent décourager la population cible. Jusqu'en 2022, il était nécessaire de récupérer un kit de dépistage auprès de son médecin généraliste. La mise en place, au premier semestre 2022, de nouvelles modalités de collecte du kit, avec l'ouverture de la commande et la possibilité de remise du kit par le pharmacien pourrait remédier à ces obstacles organisationnels et contribuer à augmenter le taux de participation. Par ailleurs, les freins personnels (ne pas avoir envie de faire le test) peuvent être liés à des perceptions négatives relatives aux modalités de ce

dépistage (38,39). Une information simplifiée en support vidéo sur le mode d'emploi du test a été produite récemment par l'Institut national du cancer pour lever ces réticences.

DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

La Haute Autorité de santé avait confirmé ses recommandations de ne pas appliquer à la population générale le dépistage du cancer de la prostate (40). Dans le but d'éviter les surdiagnostics et les traitements inutiles, en raison de la très faible fiabilité du test, il est recommandé d'avoir un usage rationnel de la prescription du dosage du PSA, ainsi que d'apporter une information fiable et objective aux hommes concernés. Cependant, nos résultats montrent que l'information délivrée au patient pour prendre une décision éclairée et partagée est faible. Deux tiers des hommes ont effectué le test PSA à la demande du médecin et seulement 15 % des hommes étaient au courant des inconvénients du test. Plusieurs hommes rapportent un manque de discussion préalable au dépistage du cancer de la prostate avec le médecin généraliste (41).

Le dépistage du cancer de la prostate par toucher rectal ou par dosage du PSA est une option à partir de 50 ans, pour des hommes qui le souhaitent et ont reçu une information complète leur permettant de consentir à ces examens, en tenant compte de la balance bénéfico-risque attendue. Le taux déclaré de participation au dépistage du cancer de la prostate est en baisse par rapport aux années précédentes. Ce résultat est aussi rapporté dans l'étude EDIFICE (Étude sur le dépistage des cancers et ses facteurs de compliance), qui a montré qu'après une forte augmentation de dépistage entre 2005 et 2008 (36 % et 49 % respectivement), le taux a connu une stabilisation entre 2008 et 2014, puis une diminution significative en 2016 (42 %) (42). La faiblesse du taux de participation peut notamment s'expliquer par une évolution des pratiques des professionnels de santé, notamment au regard des recommandations les plus récentes, lesquelles invitent à restreindre la prescription

de PSA aux personnes symptomatiques. Or, le nombre de prescriptions selon les données de l'Assurance maladie n'a pas enregistré de baisse (43). Nous avons souhaité compléter ces analyses, et avons réalisé une extraction des données du Datamart « actes de biologie » de la Caisse nationale d'assurance maladie. Cette dernière montre que les dosages de PSA réalisés, toute indication confondue, ont augmenté entre 2016 (5 944 178 actes) et 2020 (6 349 724 actes). Bien qu'il ne soit pas possible d'identifier les indications de dépistage, cette tendance rend moins vraisemblable une baisse importante des dosages de PSA pour dépistage. Une étude sur les données de 2012 à 2014 du SNIIRAM rapporte que le test PSA est très souvent prescrit par le médecin généraliste, et que, dans 95 % des cas, il l'est dans le cadre d'un bilan santé (44). L'ensemble de ces éléments semble indiquer, au-delà d'un biais de mémorisation, que l'information sur les examens pratiqués ne serait pas systématique. Cet élément est pourtant essentiel pour permettre la formulation d'un consentement éclairé.

La participation déclarée au dépistage du cancer de la prostate est statistiquement différente selon l'âge. En effet, on observe un taux déclaré important chez les hommes âgés (54,7 % pour les 70-85 ans et 43,9 % pour les 60-69 ans) par rapport aux plus jeunes (12 % pour les 50-59 ans) ($p < 0,001$). Cette différence de pratique selon l'âge a déjà été soulevée dans le Baromètre cancer 2010. Toutefois, la non-participation des plus jeunes est plus marquée en 2021. Cela pourrait témoigner d'une évolution des pratiques des médecins, qui, au regard des limites du dépistage du cancer de la prostate, ne feraient pas entrer cette génération d'hommes dans une telle pratique, tout en poursuivant pour ceux déjà engagés. Cela peut aussi traduire une meilleure information des hommes. Enfin, ces hypothèses n'excluent pas que cette donnée soit aussi le reflet d'un défaut d'information des hommes auxquels un PSA serait prescrit sans précision sur son indication.

Il semble nécessaire d'améliorer la communication médecin-patient sur les incertitudes associées au dépistage du cancer de la prostate, et d'impliquer le plus possible le patient dans la prise de décision. Les hommes se sentent en mesure de prendre eux-mêmes une décision, fondée sur leurs préférences, après avoir été bien informés sur les bénéfices-risques du dépistage (45). Des interventions destinées aux professionnels de santé et aux bénéficiaires devraient être envisagées.

DÉPISTAGE DU CANCER DU POU MON

Le dépistage du cancer du poumon repose sur la réalisation d'un scanner thoracique à faible dose chez les fumeurs ou anciens fumeurs (ayant arrêté depuis moins de 10 ans) qui présentent un risque élevé de ce cancer. En France, la Haute Autorité de santé s'est prononcée en faveur de la mise en place d'un programme pilote⁶. Selon les derniers chiffres, plus de trois adultes sur dix fument du tabac, avec une augmentation observée après le premier confinement, en lien avec l'épidémie de Covid-19 (46). La prévalence du tabagisme au niveau du Baromètre cancer 2021 est similaire (29,7 %), avec une consommation quotidienne plus élevée chez les personnes les plus âgées et appartenant à un milieu social défavorisé. Des analyses plus approfondies de la consommation de tabac sont présentées dans le chapitre relatif au tabagisme.

La proportion de fumeurs ayant déclaré avoir déjà réalisé une radiographie ou un scanner des poumons est faible (26,7 %). Il a été déjà démontré qu'une perception plus élevée du risque était associée à un âge plus jeune, à un nombre important de cigarettes consommées par jour et à la présence de symptômes chez les anciens fumeurs (47). En outre, des études ont prouvé que la perception du risque et l'inquiétude d'avoir un diagnostic de cancer du poumon

6. Sur la base des revues systématiques conduites, la HAS a mis à jour son avis publié en 2016. Les auteurs concluent que le dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose chez les personnes présentant un risque augmenté de cancer réduit la mortalité spécifique. En revanche, aucun impact n'a encore pu être démontré sur la mortalité globale. Sur la base de ces résultats, la HAS préconise l'engagement d'un programme pilote de dépistage, conduit par l'Institut national du cancer.

augmentaient conjointement (47,48). Les données du Baromètre cancer 2021 ne nous permettent pas d'avoir une vision claire sur les obstacles potentiels face au dépistage du cancer du poumon. Néanmoins, la peur face au résultat et les croyances fatalistes peuvent engendrer des réticences face au programme de dépistage du cancer du poumon (49). Un accompagnement de ces personnes par des messages de sensibilisations clairs sur l'intérêt d'un diagnostic précoce du cancer du poumon peut les inciter à adhérer au dépistage.

L'intention déclarée de participer à un éventuel dépistage organisé du cancer du poumon est très partagée. Elle est plus marquée chez les jeunes de 35 à 54 ans, ainsi que chez les fumeurs quotidiens, ce qui montre que les personnes à haut risque seraient prêtes à se faire dépister. Or, l'intention

n'engendre pas systématiquement la réalisation du comportement. L'expérience américaine l'atteste bien avec un taux de participation très faible (52). Alors que l'Institut national du cancer initie un projet pilote de dépistage des cancers du poumon, sur le fondement des recommandations de la Haute Autorité de santé, l'éventuel déploiement d'un programme à l'échelle nationale se devra de prendre en considération les enseignements des échecs dans les pays ayant déjà mis en place ce programme de dépistage (à l'image des États-Unis). Il sera aussi nécessaire de prendre en compte le risque d'exclure les personnes appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées, par la mise en place d'interventions pédagogiques d'aide à la décision, par exemple, ou par la prise en compte de leur niveau de littératie en santé.

CONCLUSION

En s'appuyant sur les résultats de l'enquête d'envergure conduite auprès d'un échantillon représentatif de Français au cours de l'année 2021, cette nouvelle édition du Baromètre dresse un panorama exhaustif des perceptions de la population à l'égard du dépistage des cancers. Structuré autour des trois programmes de dépistage organisés (dépistage du cancer du sein, colorectal et du col de l'utérus), il fait également une place à la compréhension des éléments qui sous-tendent la réalisation du dépistage spontané du cancer de la prostate et à ceux qui pourraient influencer la mise en place d'un programme de dépistage du cancer du poumon.

Le Baromètre a consacré pour la première fois une partie de ce chapitre aux connaissances concernant la vaccination contre les HPV. Les résultats confirment l'important travail qu'il reste à mener dans le domaine. En effet, si l'infection par les HPV est connue, la vaccination l'est un peu moins et la recommandation de vaccination des garçons vraiment peu. Bien que la population interrogée soit plus large que la population cible des parents d'enfants en âge d'être vaccinés cela met en évidence un contexte qui pourrait freiner l'augmentation de la couverture vaccinale par manque d'information et devra être pris en compte.

Le Baromètre cancer 2021 a mis en lumière une tendance inquiétante, marquée

par une baisse continue et importante de la déclaration de participation aux programmes de dépistage organisé. Cette étude a permis de confirmer que ces derniers n'emportent pas l'adhésion de tous les Français, en dépit d'efforts et de moyens importants déployés pour sensibiliser et informer la population. L'enquête, conduite en 2021, année fortement marquée par la crise sanitaire liée au Covid-19, semble confirmer que le niveau de confiance exprimée par les Français à l'égard des professionnels de santé demeure élevé. Les professionnels de santé constituent à la fois des vecteurs essentiels à la sensibilisation auprès de la population générale, de précieux relais d'information et des acteurs clés de l'accompagnement des patients dans le cadre de la réalisation des examens de dépistage.

Le Baromètre cancer 2021 soulève la problématique prégnante et persistante des inégalités de santé en matière de dépistage. Bien que plus ou moins marquées en fonction des différents dépistages concernés, ces inégalités apparaissent – au regard des résultats obtenus concernant les inégalités de revenus – comme une problématique transversale. L'adhésion des personnes les moins favorisées économiquement aux différents programmes de dépistages ne pourra être effective sans le développement de stratégies spécifiques en faveur de ces populations.

Relecteurs

Pierre ARWIDSON, Directeur adjoint, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

Agnès ROGEL, Chargée de projets et d'expertise scientifiques Santé publique France

Cécile QUINTIN, Chargée de projets et d'expertise scientifique, Santé publique France

Anne-Sophie BARRET, Chargée de projets scientifiques, Unité Vaccination, Santé publique France

Bernard FRECHE, Professeur associé des Universités, Coordinateur du DES, Département de Médecine Générale, Université de Poitiers

Charlotte MARCHAND, Responsable Mission d'appui à la Stratégie et Partenariats, Institut national du cancer

Pierre-Jean BOUSQUET, Directeur de l'Observation, des sciences des données et de l'évaluation, Institut national du cancer

Liens d'intérêts : aucun lien d'intérêt déclaré.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Sancho-Garnier H, Triboulet JP, Villet R, Rouéssé J. Rapport 19-07. Rapport sur l'évolution des programmes de dépistage « organisé » des cancers du sein, du côlon et du rectum, et du col utérin, en France. Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 1 nov 2019;203(8):641-52
- Patel C, Brotherton JM, Pillsbury A, Jayasinghe S, Donovan B, Macartney K, et al. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? Euro Surveill. oct 2018;23(41)
- Hirtzlin I, Barré S, Rudnichi A. Dépistage individuel du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France en 2009. Service évaluation économique et santé publique, Haute Autorité de santé, Saint-Denis-La-Plaine, France. 26 sept 2012;
- Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2017-2019 [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-donnees-2017-2019>
- Dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : actualisation de l'avis de 2016 [Internet]. Haute Autorité de santé. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3310940/fr/depistage-du-cancer-bronchopulmonaire-par-scanner-thoracique-faible-dose-sans-injection-actualisation-de-l-avis-de-2016
- Deborde T, Chatignoux E, Quintin C, Beltzer N, Hamers F, Rogel A. Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein et défavorisation sociale en France métropolitaine. Revue d'Épidémiologie et de Santé publique. 1 févr 2019;67:556
- Castaldi M, Smiley A, Kechejian K, Butler J, Latifi R. Disparate access to breast cancer screening and treatment. BMC Women's Health. déc 2022;22(1):1-10
- Zanobini P, Lorini C, Lastrucci V, Minardi V, Possenti V, Masocco M, et al. Health Literacy, Socio-Economic Determinants, and Healthy Behaviours: Results from a Large Representative Sample of Tuscany Region, Italy. Int J Environ Res Public Health. 26 nov 2021;18(23):12432
- Cancer screening in the European Union (2017). Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening (second report) [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur : <https://screening.iarc.fr/EUreport.php>
- Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2019-2020 et évolution depuis 2005 [Internet]. [cité 13 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2019-2020-et-evolution-depuis-2005>
- Ferrat E, Le Breton J, Djassibel M, Veerabudun K, Brixi Z, Attali C, et al. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. Fam Pract. août 2013;30(4):445-51
- Puschel K, Thompson B, Coronado G, Gonzalez K, Rain C, Rivera S. « If I feel something wrong, then I will get a mammogram » : understanding barriers and facilitators for mammography screening among Chilean women. Family Practice. 1 févr 2010;27(1):85-92
- Mathioudakis AG, Salakari M, Pylkkanen L, Saz-Parkinson Z, Bramesfeld A, Deandrea S, et al. Systematic review on women's values and preferences concerning breast cancer screening and diagnostic services. Psycho-Oncology. 2019;28(5):939-47
- Schultz E, Ward JK, Atlani-Duault L, Holmes SM, Mancini J. French Public Familiarity and Attitudes toward Clinical Research during the Covid-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 5 mars 2021 [cité 5 avr 2021];18(5). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7967331/>
- Schultz E, Mignot L, Ward JK, Boaventura Bomfim D, Chabannon C, Mancini J. Public perceptions of the association between drug effectiveness and drug novelty in France during the Covid-19 pandemic. Therapies [Internet]. 7 mai 2022 [cité 29 août 2022]; Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040595722000932>
- Masson E. Prévention primaire et secondaire des cancers féminins : comment améliorer la sensibilisation des femmes ? Une revue de la littérature [Internet]. EM-Consulte. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1188627/prevention-primaire-et-secondaire-des-cancers-femi>
- Le Bihan Benjamin C, Simonnet JA, Rocchi M, Khati I, Ménard E, Houas-Bernat E, et al. Monitoring the impact of Covid-19 in France on cancer care: a differentiated impact. Sci Rep. 10 mars 2022;12(1):4207
- Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vedsted P. Self-assessed health, perceived stress and non-participation in breast cancer screening: A Danish cohort study. Prev Med. déc 2015;81:392-8
- Duport N. Characteristics of women using organized or opportunistic breast cancer screening in France. Analysis of the 2006 French Health, Health Care and Insurance Survey. Revue d'Épidémiologie et de Santé publique. 1 déc 2012;60(6):421-30
- Gocko X, Pelletier B, Charbonnier D, Plotton C. Documents d'information et outils d'aide à la décision pour le dépistage du cancer du sein. Santé publique. 2019;S2(HS2):105-23
- Allary C, Bourmaud A, Tinquaut F, Oriol M, Kalecinski J, Dutertre V, et al. ColoNav: patient navigation for colorectal cancer screening in deprived areas – Study protocol. BMC Cancer. 7 juill 2016;16(1):416
- Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doivent progresser pour une meilleure prévention [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/cancer-du-col-de-l-uterus-la-couverture-du-depistage-et-de-la-vaccination-doivent-progresser-pour-une-meilleure-prevention#:~:text=La%20couverture%20vaccinale%20du%20vaccin,28%25%20en%202019>
- État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Haute Autorité de santé. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/questions_reponses_depistage_cancer_col.pdf
- INCa. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique, collection Outils pour la pratique. 2020 déc
- Galvin AM, Garg A, Matthes S, Thompson EL. Utilizing a Multidimensional Health Literacy Framework to Assess Cervical Cancer Screening Nonadherence. Health Educ Behav. oct 2021;48(5):710-8
- Thiel de Bocanegra H, Dehlendorf C, Kuppermann M, Vangala SS, Moscicki AB. Impact of an educational tool on young women's knowledge of cervical cancer screening recommendations. Cancer Causes Control. juin 2022;33(6):813-21
- Nagendiram A, Bidgood R, Banks J, Heal C. Women's attitudes and understanding of cervical cancer and the new National Cervical Screening Program. Health Promot J Austr. juill 2021;32(3):372-7
- Lamort-Bouché M, Chardon M, Kellou N, Ray-Coquard I, Colin C, Letrilliart L. Cancer screening and follow-up in general practice: A French nationwide cross-sectional study. Eur J Gen Pract. déc 2020;26(1):95-101
- Factors associated with compliance to cervical cancer screening in France: The EDIFICE 6 survey. Gynecologic Oncology. 1 janv 2021;160(1):112-7
- Mignot S, Ringa V, Vigoureux S, Zins M, Panjo H, Saulnier PJ, et al. Pap tests for cervical cancer screening test and contraception: analysis of data from the CONSTANCES cohort study. BMC Cancer. déc 2019;19(1):1-13
- Aldrich T, Hackley B. The impact of obesity on gynecologic cancer screening: an integrative literature review. J Midwifery Womens Health. août 2010;55(4):344-56
- Aboud S, De Penning E, Brawner BM, Menon U, Glanz K, Sommers MS. Cervical Cancer Screening Among Arab Women in the United States: An Integrative Review. Oncol Nurs Forum. 1 janv 2017;44(1):E20-33
- INCA. Papillomavirus et cancer : état des lieux et des connaissances [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Papillomavirus-et-cancer>
- Verrier F, Gautier A, Quelet S, Bonmarin I, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2016. Infections à papillomavirus humain : influence des perceptions de la maladie et du vaccin sur le statut vaccinal. Bull Epidemiol Hebd. 2019; (22-23):450-6. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_6.html
- Loke AY, Kwan ML, Wong YT, Wong AKY. The Uptake of Human Papillomavirus Vaccination and Its Associated Factors Among Adolescents: A Systematic Review. J Prim Care Community Health. oct 2017;8(4):349-62
- Dépistage du cancer colorectal : suivi des personnes avec un test FIT positif sur la période 2018-2020 [Internet]. [cité 30 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/depistage-du-cancer-colorectal-suivi-des-personnes-avec-un-test-fit-positif-sur-la-période-2018-2020>
- Solís-Ibinagaitia M, Unanue-Arza S, Díaz-Seoane M, Martínez-Indart L, Lebeña-Maluf A, Idigoras I, et al. Factors Related to Non-participation in the Basque Country Colorectal Cancer Screening Programme. Front Public Health. 2020;8:604385
- Bridou M, Aguerre C, Gimenes G, Kubiszewski V, Le Gall A, Potard C, et al. Psychological Barriers and Facilitators of Colorectal Cancer Screening: A French Qualitative Study. Health Psychol Res. 10 juin 2013;1(2):e22
- Le Bonnicc A, Préau M, Cousson-Gélie F. Représentations du dépistage organisé du cancer colorectal : le point de vue des médecins généralistes. Santé publique. 2019;S2(HS2):91-103

40. La Haute Autorité de santé maintient ses recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate [Internet]. Haute Autorité de santé. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_961215/fr/la-haute-autorite-de-sante-maintient-ses-recommandations-sur-le-depistage-du-cancer-de-la-prostate
41. Charvin M, Moutel G, Launoy G, Berchi C. Perceptions et connaissances concernant la décision de réaliser le dépistage du cancer de la prostate. *Santé publique*. 2022;34(1):107-18
42. Morère JF, Touboul C, Lhomel C, Roupêt M. Dépistage du cancer de la prostate en France : résultats des enquêtes EDIFICE. *Progrès en Urologie*. mai 2020;30(6):332-8
43. Tuppin P, Leboucher C, Samson S, Peyre-Lanquar G, Gabach P, Rebillard X. Vers une évolution des pratiques de détection et de prise en charge du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus en France (2009-2014) ? *Bull Epidémiol Hebd*. 2016;(9):156-63. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/9/pdf/2016_9_1.pdf
44. Tuppin P, Leboucher C, Peyre-Lanquar G, Lamy PJ, Gabach P, Rébillard X. Analyse des prescriptions de PSA total et libre en France entre 2012 et 2014. *La Presse Médicale*. 1 oct 2017;46(10):e237-47
45. Kuss K, Adarkwah CC, Becker M, Donner-Banzhoff N, Schloessler K. Delivering the unexpected-Information needs for PSA screening from Men's perspective: A qualitative study. *France Expect*. août 2021;24(4):1403-12
46. pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2021;(8):132-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/8/2021_8_1.html
47. Turner J, Pond GR, Tremblay A, Johnston M, Goss G, Nicholas G, et al. Risk Perception Among a Lung Cancer Screening Population. *CHEST*. 1^{er} août 2021;160(2):718-30
48. Raz DJ, Wu G, Nelson RA, Sun V, Wu S, Alem A, et al. Perceptions and Utilization of Lung Cancer Screening Among Smokers Enrolled in a Tobacco Cessation Program. *Clin Lung Cancer*. janv 2019;20(1):e115-22
49. Jonnalagadda S, Bergamo C, Lin JJ, Lurslurchachai L, Diefenbach M, Smith C, et al. Beliefs and attitudes about lung cancer screening among smokers. *Lung Cancer*. sept 2012;77(3):526-31
50. Olivier Dejardin, Célia Berchi, Astrid Mignon, Carole Pornet, Elodie Guillaume, et al. Inégalités sociales, de santé du constat à l'action – Intérêt de la mise en place d'un accompagnement personnalisé pour la réduction des inégalités sociales en cancérologie. *Epidemiology and Public Health = Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, Elsevier Masson, 2011, 59 (1), pp.45-51. [ff10.1016/j.respe.2010.10.008](https://doi.org/10.1016/j.respe.2010.10.008). [ffhal-01934292v2](https://doi.org/10.1016/j.respe.2010.10.008)
51. Franck Je., Ringa V., Cœuret-Pellicier M. et al. The determinants of cervical cancer screening uptake in women with obesity: application of the Andersen's behavioral model to the CONSTANCES survey. *Cancer Causes Control* 31, 51–62 (2020)
52. Fedewa, S. A. et al. State Variation in Low-Dose CT Scanning for Lung Cancer Screening in the United States. *J Natl Cancer Inst* (2020) [doi:10.1093/jnci/djaa170](https://doi.org/10.1093/jnci/djaa170)

COMMENT CITER CE CHAPITRE

- Touzani R, Hamers F, Protard L, De Maria F, Peixoto O, Méric JB, Dépistage : perceptions et adhésion aux dépistages et à la vaccination anti-HPV. *Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer*, p. 220-258.



BAROMÈTRE CANCER 2021

Gouvernance et méthode de l'enquête

CONTEXTE GÉNÉRAL

Les enquêtes en population générale sur les connaissances, attitudes, perceptions et comportements dans le domaine de la santé permettent d'orienter et d'assurer le suivi des politiques de santé publique et d'ouvrir des pistes de réflexion sur la recherche. Elles permettent d'identifier les facteurs individuels et les croyances qui peuvent faire obstacle à la mise en place de comportements protecteurs de santé¹. En France, différentes enquêtes de ce type sont menées comme : l'enquête ESCAPAD¹ qui explore la consommation de substances psychoactives et les caractéristiques individuelles associées chez les jeunes de 17 ans ou le Baromètre santé, l'un des outils de référence en santé publique, qui a pour objectif de mieux connaître et comprendre les attitudes et comportements de santé en population générale.

Actuellement, en France, avec environ 400 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année et près de 150 000 décès (2), les cancers sont la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme (2, 3) : le cancer est un problème de santé publique majeur. La politique de lutte contre le cancer a suscité un investissement important de la part des pouvoirs publics dans les domaines des soins, de la recherche et de la prévention.

Afin de penser les pratiques, adapter les politiques et ouvrir des perspectives de recherche, il est nécessaire d'appréhender la perception du cancer et des facteurs de risque de cancers en population générale et de pouvoir

1. Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD)

analyser leurs évolutions. C'est ainsi qu'en 2005, le Baromètre cancer a été créé afin d'explorer spécifiquement les connaissances, opinions et comportements des Français en lien avec les cancers, leurs facteurs de risque, les moyens de prévention et de dépistage.

Les Baromètres cancer sont des enquêtes transversales, répétées et réalisées à intervalles réguliers (tous les 5 ans), avec la même méthode et des items récurrents, afin d'étudier l'évolution des principaux comportements et attitudes liés au cancer. La 3^e édition du Baromètre cancer (édition de 2015) a notamment été inscrite dans le Plan cancer 2014-2019 (Action 9.17) (4). Le Baromètre cancer 2021 est la 4^e édition de cette enquête.

La comparaison des trois premières éditions du Baromètre cancer (5-13) a permis de mesurer les évolutions des connaissances, perceptions et comportements des Français en ce qui concerne les cancers, de mettre en évidence les différents facteurs associés aux réponses des participants et d'identifier des points d'amélioration. L'édition 2015 du Baromètre cancer avait à nouveau mis en évidence une très bonne connaissance des facteurs de risque, excepté pour l'allaitement (perçu par 34 % des femmes comme pouvant diminuer le risque de cancer). Les facteurs de risque de cancer étaient également mieux connus en 2015 qu'en 2010 ou 2005. Cependant, les enquêtés se sentaient mal informés sur certains facteurs de risques comme le radon, les risques de cancers infectieux ou liés aux expositions professionnelles. Des inégalités sociales face au cancer ont également été identifiées à travers les différentes enquêtes. Ainsi, la réduction de ces inégalités était centrale dans les Plans cancer 2009-2013 et 2014-2019 (4, 14).

Les enquêtes 2005 et 2010 avaient été réalisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes ; aujourd'hui intégré à Santé publique France²), et l'Institut national du cancer (INCa). Depuis 2015, le Baromètre cancer est piloté par l'Institut national du cancer et mis en œuvre avec la collaboration de Santé publique France (SpF) : il implique également des structures et acteurs du champ.

2. En 2016, l'InVS, l'Inpes, l'Eprus et Adalis ont fusionné pour créer Santé publique France.

INSTANCES MISES EN PLACE POUR L'ÉDITION 2021

Pour cette nouvelle édition, l'Institut national du cancer a souhaité faire évoluer certains éléments du questionnaire et mettre en place une nouvelle gouvernance. En effet, il a semblé indispensable de 1) actualiser certaines questions et thématiques afin d'être en accord avec la littérature scientifique, les recommandations actuelles et les progrès importants dans la lutte contre le cancer, et 2) réduire le temps de passation pour diminuer le risque de biais de réponse lié à la fatigue et de fait, d'augmenter la qualité et la fiabilité des données obtenues.

Pour mener à bien ce travail, trois comités d'experts ont été constitués, chacun ayant un objectif spécifique décrit ci-après :

- **le comité stratégique**, composé des directeurs des différents pôles de l'Institut national du cancer (INCa) et de Santé publique France (SpF), avait pour objectif de définir les orientations stratégiques et de pilotage du Baromètre cancer 2021 ;
- **le comité d'appui**, composé de membres de l'Institut national du cancer (INCa), de Santé publique France (SpF), du comité de démocratie sanitaire de l'Institut national du cancer et d'experts travaillant pour le compte d'agences sanitaires, avait pour but de : 1) formuler des recommandations sur le questionnaire – besoins, demandes particulières, questions à garder, ajouter ou enlever ; 2) participer à la relecture des chapitres une fois ceux-ci rédigés ;
- **le comité d'élaboration et de rédaction**, composé de membres de l'Institut national du cancer, de Santé publique France, d'experts nationaux et internationaux travaillant pour le compte d'agences sanitaires et de chercheurs ou enseignants-chercheurs, avait pour objectif : 1) de participer à la sélection des questions (validité et formulation), à la formulation de nouvelles questions et à leur organisation ; 2) de traiter les données et de coordonner la rédaction de plusieurs articles (ou associé en tant que relecteur). Ce comité était divisé en quatre groupes de travail, chacun portant sur des modules thématiques spécifiques :
 - groupe de travail 1 : questions transversales (i.e., sociodémographiques, de santé et équipement téléphonique) ;
 - groupe de travail 2 : thématiques « représentations des facteurs de risque » et « représentations et informations sur le cancer » ;
 - groupe de travail 3 : thématique « dépistage » ;

- groupe de travail 4 : thématiques « alcool », « tabac », « nutrition et activité physique », et « exposition au soleil et aux ultraviolets artificiels ».

PROCÉDURE MISE EN PLACE POUR ÉLABORER LE QUESTIONNAIRE 2021

Le développement du questionnaire pour l'édition 2021 du Baromètre cancer a été réalisé avec l'aide d'une méthode structurée de consultation d'experts.

Dans un premier temps, les membres des différents comités ont été sollicités pour prioriser les questions posées en 2015 sur les 7 thématiques existantes (alcool, dépistage, exposition au soleil et aux ultraviolets artificiels, nutrition et activité physique, représentations des facteurs de risque, représentations et informations sur le cancer, tabac). Pour cela, un questionnaire était envoyé par email à chacun des membres des différents comités qui devait évaluer la pertinence des questions à l'aide d'une échelle de Likert en 4 points (1 – pas du tout pertinent à 4 – tout à fait pertinent), pour les thématiques où chacun se sentait confortable de donner son avis. Les réponses récoltées ont ensuite été présentées lors des réunions avec le comité d'appui et le comité d'élaboration et de rédaction. Les résultats ont également servi d'appui dans la sélection, la reformulation ou l'ajout de questions.

Dans un second temps, les comités stratégique et d'appui ont été rencontrés individuellement dans le but de recueillir la direction à tenir pour la construction du questionnaire pour cette nouvelle édition du Baromètre cancer et les premières recommandations sur les questions formulées.

Dans un troisième temps, les questions ont été reprises au sein des différents groupes de travail du comité d'élaboration et de rédaction. Ces groupes ont permis d'ajouter, reformuler ou supprimer certaines questions considérées comme moins prioritaires ou pertinentes pour cette édition. Ce travail de modification du questionnaire a été réalisé en s'appuyant sur l'avis des comités stratégique et d'appui, et sur des données scientifiques issues de publications scientifiques ou d'enquêtes nationales (des revues de littérature ont été réalisées par l'équipe projet afin de servir d'appui).

Enfin, une version révisée du questionnaire a été présentée et retravaillée avec les différents comités jusqu'à aboutir à une version complète satisfaisante.

QUESTIONNAIRE 2021 : QUELQUES NOUVEAUTÉS

Le questionnaire du Baromètre cancer 2015 comprenait 205 questions, pour une durée moyenne de passation de 45 minutes (8). En vue de diminuer le temps de passation, les questions jugées moins adaptées au contexte actuel ou non prioritaires ont été supprimées. Il s'agit par exemple de certaines questions sociodémographiques peu exploitées lors des éditions précédentes, les questions pour lesquelles un effet plancher ou plafond dans les extrêmes était observée (e.g. 95 % des enquêtés étaient tout à fait d'accord), certaines questions du module sur les représentations des facteurs de risque et les questions sur la prise en charge d'un cancer (ces questions étant explorées auprès d'un nombre de personnes plus important dans des enquêtes spécifiques sur le vécu d'un cancer, comme l'étude VICAN).

Par ailleurs, les modifications réalisées ont été pensées afin d'éviter de poser les mêmes questions que dans le Baromètre de Santé publique France qui interroge près de 25 000 personnes en France métropolitaine. Ainsi, les questions sur le radon et sur l'exposition au soleil ont été limitées dans le Baromètre cancer³.

Les échanges avec les différents comités ont fait apparaître la nécessité d'harmoniser les modules thématiques et d'ajouter de nouvelles questions. Tout d'abord, sur le modèle d'enquêtes nationales⁴, différentes questions ouvertes (i.e. sans induction) explorant les représentations des enquêtés ont été ajoutées. Ces questions ont été ajoutées au début des modules thématiques afin de ne pas influencer les réponses des enquêtés. Des questions ouvertes ont également été ajoutées afin d'explorer plus en détail les réponses à certaines questions fermées (e.g., Pourquoi pensez-vous que certains cancers sont contagieux ? / que le cancer est souvent héréditaire ?). Les modules alcool et tabac, qui portent sur des substances psychoactives, ont été harmonisés afin par exemple d'avoir dans les deux cas des questions sur le fait d'avoir consulté un professionnel de santé (et non uniquement un médecin, comme cela était demandé dans les éditions précédentes) et d'avoir abordé la question de l'alcool ou du tabac. Les questions sur la cigarette électronique ont quant à elles été

3. Il s'agit de deux modules thématiques conservés dans le Baromètre cancer puisqu'il s'agit de deux facteurs de risque de cancer.
4. L'enquête Cancer Awareness Measures (CAM) est réalisée au Royaume-Uni et est disponible en ligne <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/awareness-and-prevention/the-cancer-awareness-measures-cam>.

modifiées, en s'appuyant sur le questionnaire PATH⁵, afin d'explorer les représentations des enquêtés et pouvoir mettre en lien ces résultats avec ceux de l'étude barométrique américaine. De nouvelles sous-questions ont été ajoutées dans le module nutrition et activité physique, investiguant les représentations associées à la consommation d'aliments bio, de féculents complets, de légumes secs, de compléments alimentaires, d'aliments ultratransformés ou sur la pratique du jeûne. De nouvelles questions ont été ajoutées au module exposition au soleil et aux ultraviolets artificiels afin d'explorer les représentations des enquêtés sur les liens entre exposition au soleil et vitamine D et la connaissance de l'indice ultraviolet (UV) qui fournit une indication sur l'intensité des UV solaires. Le module informations sur la santé a été simplifié et affiné pour pouvoir interpréter plus facilement les réponses, notamment en ajoutant des questions sur les principales sources d'information, la fiabilité perçue de celles-ci et sur le sentiment d'être bien informé ou surchargé d'informations⁶. Enfin, le module dépistage a été profondément modifié. L'objectif de ce module a été redéfini afin de se centrer sur la pratique des dépistages, les raisons motivant la réalisation de celui-ci et d'identifier les leviers à la pratique d'un dépistage.

ADAPTATIONS À LA SUITE DE LA CRISE SANITAIRE

Face à la crise sanitaire du Covid-19 et ses conséquences, notamment le confinement de la population au premier semestre 2020, la méthode envisagée pour la conduite de la 4^e édition du Baromètre cancer a dû être adaptée. Le travail de modification du questionnaire était en cours lors du confinement, ce qui a nécessité un aménagement des échanges à travers la réalisation de réunions téléphoniques. L'avis des membres des différents comités a également été récolté par email. L'engagement des différents experts a permis de continuer le travail d'élaboration initié en janvier 2020.

De plus, compte tenu de l'impact de la crise sanitaire sur la population (impact social, psychologique, économique...), le calendrier de réalisation de l'enquête a été modifié. Initialement, une étude pilote devait être

réalisée avant l'été 2020 et la conduite de l'enquête entre septembre et novembre 2020. Afin de limiter les biais de réponses liées aux modifications de comportements à la suite de la crise sanitaire, il a été décidé de repousser la période de l'enquête à 2021 (étude pilote en octobre-novembre 2020 et réalisation de l'enquête en avril 2021).

Enfin, du fait des mesures imposées au sein des entreprises pour limiter la circulation du Covid-19, certaines interviews ont été réalisées par des enquêteurs depuis leur domicile grâce à la mise en place du système Cati@home⁷, déployé dans les principaux instituts de sondage, juste après le premier confinement de mars 2020.

ÉVOLUTION DE LA MÉTHODE DE L'ENQUÊTE EN 2021

Si la méthode d'enquête du Baromètre cancer 2015 avait été remaniée par rapport aux précédentes éditions notamment par la mise en œuvre d'un double échantillonnage avec chevauchement (deux échantillons équirépartis de numéros de téléphone fixe et de numéros de téléphone mobile), la méthode du Baromètre cancer 2021 n'a que peu évolué par rapport à 2015. Le double échantillonnage réalisé par génération aléatoire de numéros de téléphone a été conservé, avec néanmoins une répartition de numéros de téléphone fixe et de mobile légèrement modifiée (40/60) pour représenter au mieux la population enquêtée. Par ailleurs, du fait de l'usage très majoritaire d'un mobile personnel, la sélection du participant dans l'échantillon mobile n'a pas été faite parmi les utilisateurs réguliers du téléphone portable appelé comme en 2015. Le répondant sur mobile était sélectionné d'emblée à partir du moment où il remplissait les critères d'éligibilité à l'enquête.

Le Baromètre cancer 2021 consiste donc en une enquête téléphonique reposant sur un sondage aléatoire (à un degré pour l'échantillon mobile et à deux degrés pour l'échantillon fixe) auprès d'un échantillon de personnes âgées de 15 à 85 ans résidant en France métropolitaine en ménages ordinaires et équipées d'au moins un numéro de téléphone commençant par 01, 02, 03, 04, 05, 06 ou 07. Une fois le ménage contacté, il devait, pour être éligible, comporter au moins une personne âgée de 15 à 85 ans, résidant habituellement dans le foyer et parlant le français. Une seule personne a participé à l'enquête au sein de chaque foyer. Comme pour la précédente édition,

7. Computer assisted telephone interview (cati) à domicile (@home)

5. L'enquête *Population Assessment of Tobacco and Health (PATH)* est réalisée aux États-Unis et est disponible en ligne : <https://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/NAHDAP/studies/36231>.

6. Le questionnaire *Cancer Information Overload* validé par Jacob Jensen et son équipe a été utilisé dans sa version en 5 items. L'article rapportant la validité de cette version courte a été soumis dans une revue internationale et mis à disposition de l'équipe projet. Une traduction en français a été réalisée.

cette sélection a été réalisée par la méthode Kish, méthode consistant à lister l'ensemble des membres éligibles du foyer et à laisser le système informatique effectuer le tirage au sort de la personne à interroger. Si la personne sélectionnée ne pouvait ou ne souhaitait pas participer à l'enquête, aucun remplacement par un autre membre du foyer n'était effectué.

BASE DE SONDAGE

En l'absence d'annuaire universel pouvant être utilisé comme base de sondage, deux échantillons de numéros de téléphone ont été générés aléatoirement à partir des racines attribuées par l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (Arcep) : une base de numéros filaires commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05 et une base de numéros mobiles commençant par 06 ou 07. Le dimensionnement des deux échantillons, avec un objectif initial fixé à 5 000 interviews, a été proposé par l'institut de sondage ; il tenait compte de la répartition souhaitée des interviews (40 % sur téléphone fixe et 60 % sur téléphone mobile), du taux de pénétration de la population cible, des taux de refus, de non-réponses ou encore de non éligibles attendus (non francophone, absent sur la durée de l'enquête, incapacité à répondre). Au final, le taux de sondage était de 6,8 pour 10 000 sur téléphone fixe et 2,6 pour 10 000 sur téléphone mobile (Tableau 1).

À partir de ces bases de numéros de téléphone, un nettoyage a été effectué par un automate d'appels. Cette procédure a permis d'exclure des numéros non attribués : 27 % des numéros de téléphone fixe et 24 % des numéros de téléphone mobile. Deux lots d'adresses ont alors été constitués par échantillon : 1 lot principal et 1 lot de réserve. Seuls les lots principaux, soit 80 934 numéros fixes et 20 960 numéros mobiles ont été

mis en exploitation. Enfin, l'utilisation de l'annuaire inversé a permis de retrouver une partie des coordonnées postales associées à des numéros, que ce soit de fixes (4 %) ou de mobiles (6 %).

TERRAIN D'ENQUÊTE

La réalisation des entretiens téléphoniques a été confiée à l'institut de sondage Ipsos. Une étude pilote avait été préalablement menée du 26 octobre au 3 novembre 2020 auprès de 100 personnes âgées de 15 à 85 ans (60 mobiles et 40 fixes). Cette phase de test a permis de valider le questionnaire (compréhension des questions, vérification de la programmation, fluidité du questionnaire) et de mesurer la durée de passation des entretiens.

L'enquête s'est déroulée du 22 avril au 7 août 2021, tous les jours de la semaine sauf le dimanche. Les horaires d'appel s'étendaient de 9 heures à 21 heures du lundi au vendredi et de 9 h 30 à 15 h 30 le samedi. Au total, 52 enquêteurs, 40 sur le plateau téléphonique d'Ipsos à Plérin et 12 depuis leur domicile (Cati@Home) ont été impliqués dans la réalisation de cette enquête. Ils ont pour cela été formés au cours de deux sessions d'une journée et demie. Ces formations, en visioconférence, ont été assurées par l'Institut national du cancer, Santé publique France et l'équipe projet d'Ipsos afin de sensibiliser l'ensemble des enquêteurs à la thématique du cancer, expliquer la finalité des questions posées, rappeler le principe d'un échantillon aléatoire et souligner l'importance de motiver les personnes sélectionnées à répondre à l'enquête. La compréhension des enjeux de l'enquête ainsi que les exercices dispensés lors de ces formations avec la constitution d'une liste d'arguments pour contrer les refus de participer ont permis de fournir aux enquêteurs les clés pour obtenir la meilleure participation possible.

Un suivi du terrain a été assuré par l'ensemble des personnes impliquées sur le projet (unité Enquêtes de la DATA de Santé publique France coordonnant cette phase de recueil des données et l'équipe projet de l'Institut national du cancer) ; l'avancement de l'enquête faisait l'objet d'un suivi hebdomadaire complété par de nombreuses écoutes d'interviews. Par ailleurs, le Centre d'étude des supports de publicité (CESP) a été sollicité pour le contrôle de ce terrain d'enquête. Par leurs écoutes et présences régulières, les contrôleurs ont ainsi pu vérifier la bonne passation du questionnaire, la régularité de la procédure de sélection des personnes à interroger et apporter des solutions correctrices aux problèmes

TABLEAU 1. CONSTITUTION DES BASES DE SONDAGE UTILISÉES POUR LE BAROMÈTRE CANCER 2021 ET TAUX DE SONDAGE

	Fixe	Mobile
● Ensemble des numéros ayant une correspondance dans les racines Arcep	196 330 000	127 170 000
● Nombre de numéros générés pour l'enquête ayant une correspondance dans les racines Arcep	133 398	33 064
● Taux de sondage (pour 10 000)	6,79	2,60
● Nombre de numéros après automate d'appels mis en exploitation	80 934	20 960
● Taux de numéros utilisés (pour 10 000)	4,12	1,65
Dont numéros avec adresse	3 055 (4 %)	1 337 (6 %)
Dont numéros sans adresse	77 978 (96 %)	19 623 (94 %)

Source : Baromètre cancer 2021.

identifiés. Chaque enquêteur a fait l'objet d'au moins deux écoutes et s'est vu adresser le rapport d'écoute.

FAVORISER LA PARTICIPATION

Les taux de réponses aux enquêtes téléphoniques sont en nette diminution depuis plus d'une dizaine d'années. Ainsi, dans l'objectif de maximiser la participation, essentielle pour la qualité d'une telle enquête probabiliste, une série de mesures a été mise en œuvre, reprenant certains leviers utilisés dans les précédentes éditions du Baromètre cancer ou certains outils mis en place, plus récemment, dans les Baromètres de Santé publique France.

Une hotline et un site internet spécifique

Afin de faciliter la démarche des interviewés pour prendre contact avec Ipsos, une hotline avec numéro vert (ouvert de 9 h 30 à 17 h 00 du lundi au vendredi avec la possibilité de laisser un message en dehors des plages horaires d'ouverture) ainsi qu'une adresse mail dédiée ont été mises à disposition. Sur l'ensemble de la durée du terrain, la hotline a traité 2 259 appels et 20 mails : 20 % des appelants souhaitaient prendre un rendez-vous avec un enquêteur, 17 % ont exprimé un refus, 16 % demandaient des informations et 6 % attendaient le rappel d'un enquêteur (les autres appels concernaient des personnes raccrochant sans parler ou des personnes hors cibles).

Un site internet dédié à l'enquête a été développé. Outre des informations sur l'enquête et son intérêt, il offrait la possibilité de vérifier l'éligibilité des numéros de téléphone et de prendre rendez-vous pour un entretien téléphonique le cas échéant. Ce site internet a été consulté 842 fois. Cent-trente tests d'éligibilité ont eu une correspondance dans la base de sondage et 57 personnes (44 %) ont pris un rendez-vous par l'intermédiaire du site internet.

En parallèle, l'Institut national du cancer comme Santé publique France ont annoncé sur leurs sites institutionnels respectifs la réalisation de l'enquête tout au long de la phase de recueil des données.

Lettre-annonce

L'annonce préalable de l'enquête par l'envoi d'une lettre annonce a été réalisée auprès de tous les ménages dont il a été possible de récupérer l'adresse via l'annuaire inversé ; les autres se la voyant proposer au moment de l'appel (avec envoi direct par mail).

ENCADRÉ 1. LETTRE ANNONCE



Cette lettre annonce, co-signée par l'Institut national du cancer et Santé publique France (Encadré 1) a été amplement simplifiée par rapport à celle envoyée lors des précédentes vagues du Baromètre cancer afin d'être accessible au plus grand nombre. Le recto de la lettre contenait uniquement les informations essentielles, réorganisées et réécrites pour plus de compréhension. Le verso contenait une liste de questions/réponses, dont les formulations ont également été simplifiées et des pictogrammes ajoutés pour faciliter la recherche d'informations.

Protocole d'appels

Un protocole d'appels a été mis en place afin de maximiser les chances de joindre et par conséquent d'interroger les personnes tirées au sort. Les appels téléphoniques étaient réalisés avec des numéros démasqués (numéros correspondant à la zone géographique du numéro appelé pour l'échantillon fixe ou à un numéro en 06 ou 07 pour l'échantillon mobile). Chaque numéro de téléphone

était appelé jusqu'à 25 fois, dont au moins 2 fois le samedi, sans dépasser 3 appels par jour. L'enquêteur laissait sonner jusqu'à 6 fois. Si un contact était établi avec le foyer ou la personne lors de ces 25 appels, 15 appels supplémentaires étaient alors réalisés.

Un message⁸ était laissé sur les répondeurs des fixes et des mobiles par les enquêteurs au sixième appel (si les cinq premiers avaient été infructueux, c'est-à-dire sans que personne ne décroche). Au total, 7 819 messages ont pu être déposés : 3 121 sur fixes (soit 28,3 % de la base filaire exploitable) et 4 698 sur mobiles (35,3 % de la base mobile exploitable).

Les personnes appelées sur mobile n'ayant pas répondu après 5 tentatives d'appel ont reçu un message SMS généré automatiquement⁹ : 6 149 ont été envoyés, soit 46,3 % de la base mobile exploitable.

La possibilité de faire l'entretien en plusieurs fois, ainsi qu'une proposition de rendez-vous, même en dehors des plages habituelles de travail des enquêteurs, étaient offertes aux personnes sélectionnées, avec l'idée de s'adapter au maximum à leurs contraintes.

Enfin, les personnes ayant refusé de participer à l'enquête étaient rappelées lors d'une phase de réexploitation spécifique menée par une équipe réduite d'enquêteurs spécialement formés.

PROBABILITÉ D'INCLUSION ET REDRESSEMENT

Les données issues de l'enquête Baromètre cancer 2021 seront pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques (fixes et mobiles) au sein du ménage et calées sur les données de références nationales les plus récentes (Enquête emploi en continue 2020 conduite par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)¹⁰). Ce calage sur marges tient compte du sexe croisé par l'âge en tranches décennales, de la région de résidence, de la taille d'unité urbaine, du niveau de diplôme et du nombre d'habitants dans le foyer (un seul vs plusieurs). Lors des éditions

8. Le message était le suivant : « Bonjour, je vous appelle de la part de Santé publique France et de l'Institut national du cancer. Nous cherchons à vous joindre pour une enquête nationale sur la santé. Vous faites partie des 5 000 personnes sélectionnées pour évaluer les opinions et les habitudes de santé de l'ensemble de la population ; votre participation est donc essentielle. Nous vous recontacterons ultérieurement. Vous pouvez vous renseigner sur cette enquête sur le site www.barocancer2021.fr. »
 9. Le contenu du SMS était le suivant : « Santé publique France et l'Institut national du cancer cherchent à vous joindre pour une étude. Nous vous rappellerons. Informations sur www.barocancer2021.fr. »
 10. Plus d'information sur l'enquête emploi de l'Insee utilisée à consulter sur le site : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/operation/s1459/presentation>

TABLEAU 2. MARGES ISSUES DES ENQUÊTES EMPLOI 2005, 2011, 2014 ET 2020 UTILISÉES POUR LE REDRESSEMENT DES DIFFÉRENTES ÉDITIONS DU BAROMÈTRE CANCER (EN POURCENTAGES)

	2020	2014	2011	2005
Sexe et âge				
● Hommes 15-24 ans	7,4	7,1	7,3	8,1
● Hommes 25-34 ans	7,1	7,6	7,7	8,2
● Hommes 35-44 ans	7,7	8,2	8,5	8,8
● Hommes 45-54 ans	8,2	8,5	8,5	8,4
● Hommes 55-64 ans	7,7	7,8	7,9	6,9
● Hommes 65-74 ans	6,6	5,5	4,9	4,7
● Hommes 75-85 ans	3,5	3,5	3,5	3,4
● Femmes 15-24 ans	7,3	6,9	7,2	7,8
● Femmes 25-34 ans	7,5	8,0	7,9	8,1
● Femmes 35-44 ans	8,0	8,4	8,7	8,9
● Femmes 45-54 ans	8,5	8,9	8,9	8,7
● Femmes 55-64 ans	8,3	8,4	8,5	7,1
● Femmes 65-74 ans	7,5	6,3	5,6	5,6
● Femmes 75-85 ans	4,7	4,9	5,1	5,5
Régions de résidence*				
● Région parisienne	18,7	18,6	18,7	17,6
● Nord	6,5	6,3	6,3	6,9
● Est	8,5	8,5	8,6	8,7
● Bassin parisien ouest	9,0	9,3	9,3	9,4
● Bassin parisien est	6,9	7,7	7,7	8,3
● Ouest	13,5	13,6	13,6	14,3
● Sud-ouest	11,8	11,2	11,1	11,5
● Sud-est	12,4	12,2	12,0	11,8
● Méditerranée	12,7	12,7	12,7	11,5
Taille d'agglomération				
● Commune rurale	23,1	23,1	23,6	25,9
● 2 000-20 000 habitants	17,3	16,6	16,9	17,1
● 20 000-100 000 habitants	13,1	12,8	12,4	13,0
● 100 000 habitants ou plus	29,6	31,9	30,7	28,4
● Agglomération parisienne	16,9	15,6	16,4	15,6
Diplôme				
● Sans diplôme	12,9	16,3	17,8	21,7
● Inférieur au Bac	35,5	38,6	40,6	43,3
● Bac ou équivalent	19,5	18,3	17,9	15,5
● Bac + 2	12,2	11,5	10,1	9,1
● Bac + 3/+ 4	7,7	6,7	6,2	5,0
● Bac + 5 ou plus	12,2	8,6	7,4	5,3
Vit seul				
● Non	79,9	81,9	82,3	85,4
● Oui	20,1	18,1	17,8	14,6

* Régions UDA (Union des annonceurs) : découpage du territoire métropolitain en neuf grandes zones.

du Baromètre cancer 2005 et 2010, les variables de calage utilisées pour le redressement étaient différentes (en particulier, le diplôme n'était pas utilisé comme marge de calage en 2005). Afin de pouvoir conduire des analyses d'évolutions à structure de populations comparables, il a été choisi de recalculer des pondérations spécifiques pour les enquêtes de 2005 et de 2010 sur les mêmes variables qu'en 2015 et 2020. Les données de référence utilisées proviennent des Enquêtes Emploi 2005 et 2011. Les prévalences ou moyennes calculées avec ces pondérations spécifiques pour ces deux années pourraient donc parfois être légèrement différentes de celles publiées dans les Baromètres cancer 2005 et 2010.

Les structures par sexe, âge, région de résidence et taille d'agglomération de la population de référence en 2020 semblent peu différentes de celles des précédentes années (Tableau 2). Le niveau d'éducation a quant à lui évolué de manière importante en 15 ans : la proportion de personnes ne disposant d'aucun diplôme a diminué de 9 points entre 2005 et 2020 alors que la proportion de celles disposant d'au moins un Bac + 5 a augmenté de près de 7 points. Dans cette même période, la proportion de personnes vivant seules a augmenté de 14,6 % à 20,1 %.

BILAN D'EXPLOITATION

Au total, 4 938 personnes ont été interrogées, 1 657 jointes par un numéro de téléphone filaire et 3 281 par un numéro de téléphone mobile (Tableau 3). La phase de réexploitation des refus par l'équipe d'enquêteurs spécifiquement formés a permis d'interroger 486 personnes ayant initialement refusé, soit 9,8 % de l'ensemble de l'échantillon final (229 sur l'échantillon fixe et 257 sur l'échantillon mobile).

La durée moyenne de passation du questionnaire était de 37 minutes, très légèrement plus longue pour les personnes appelées sur téléphone fixe (38 minutes) que pour celles appelées sur téléphone mobile (36 minutes), du fait de la durée nécessaire à la sélection de la personne interrogée pour l'échantillon fixe (non effectuée pour les mobiles) et de par la structure même des échantillons : une proportion de personnes plus âgées plus importante dans l'échantillon fixe et pour lesquelles la durée de passation observée est habituellement plus longue que pour les personnes plus jeunes. Les phases de contact, de recueil des informations transversales (sexe, âge, revenus, professions...) et de conclusion et de remerciement ont nécessité à elles seules 8 minutes 45.

Les taux de participation à l'enquête, établis en rapportant le nombre de répondants au nombre de numéros contactés (considérés comme éligibles), s'élèvent à 32,8 % dans l'échantillon fixe et à 37,0 % dans l'échantillon mobile. Toutefois, les refus immédiats des ménages et les ménages injoignables après contact (comptabilisés dans le dénominateur) interviennent avant que l'on ait pu déterminer l'éligibilité du numéro, laissant supposer que certains d'entre eux correspondent à des ménages inéligibles¹¹. En faisant l'hypothèse que le taux d'éligibilité soit identique à celui observé parmi les numéros dont l'éligibilité a pu être qualifiée, il est possible d'apporter une correction à ces taux de participation bruts. Les taux d'éligibles sont estimés à 70 % dans l'échantillon fixe et à 76 % dans l'échantillon mobile ; les taux de participation révisés s'élèvent alors à 39,6 % dans l'échantillon fixe et 43,5 % dans l'échantillon mobile (Tableau 4).

Les taux de participation, qu'ils soient bruts ou révisés, apparaissent en nette progression par rapport à ceux obtenus lors de la précédente édition du Baromètre cancer. La durée moyenne du questionnaire, inférieure de près de 8 minutes, ainsi que les efforts déployés par l'institut de sondages pour améliorer la communication et ainsi favoriser la compréhension des objectifs de l'enquête ont sans nul doute contribué à cette meilleure acceptation.

BIAIS ET LIMITES

Les méthodes décrites ci-dessus permettent de limiter les biais de non-réponse. D'autres biais inhérents à ce type d'enquêtes déclaratives, telles que les biais de mémoire ou de désirabilité sociale (adapter ses réponses pour apparaître plus vertueux devant l'enquêteur, particulièrement dans le contexte d'une enquête portant sur une thématique cancer) peuvent être également présents. Néanmoins, la relative stabilité des grands principes méthodologiques entre les différentes éditions des Baromètres cancer permet d'étudier des séries d'indicateurs à biais constants.

11. Les taux de participation bruts pour le Baromètre cancer 2015 s'élevaient à 22,4 % pour l'échantillon fixe et de 28,0 % pour l'échantillon mobile, les taux de participation révisés respectifs à 28,4 % et 33,3 %.

TABLEAU 3. STRUCTURE DES ÉCHANTILLONS FIXE, MOBILE ET GLOBAL DU BAROMÈTRE CANCER 2021 POUR LES VARIABLES DE CALAGE UTILISÉES

	Fixe (n = 1 657)			Mobile (n = 3 281)			Global (n = 4 938)			Structure de référence
	n	% bruts	% pondérés	n	% bruts	% pondérés	n	% bruts	% pondérés	%
Sexe										
● Homme	690	41,6	46,6	1 551	47,3	48,8	2 241	45,4	48,2	48,2
● Femme	967	58,4	53,4	1 730	52,7	51,2	2 697	54,6	51,8	51,8
Âge en classes										
● 15-24 ans	109	6,6	13,2	343	10,4	15,3	452	9,2	14,7	14,7
● 25-34 ans	48	2,9	2,6	576	17,6	19,1	624	12,6	14,6	14,6
● 35-44 ans	130	7,8	6,4	604	18,4	19,3	734	14,9	15,7	15,7
● 45-54 ans	237	14,3	12,7	668	20,4	18,3	905	18,3	16,7	16,7
● 55-64 ans	394	23,8	20,1	557	17,0	14,4	951	19,3	16,0	16,0
● 65-74 ans	455	27,5	24,9	407	12,4	10,0	862	17,4	14,1	14,1
● 75-85 ans	284	17,1	20,1	126	3,8	3,6	410	8,3	8,2	8,2
Niveau de diplôme										
● Sans diplôme	91	5,5	13,5	140	4,3	12,6	231	4,7	12,9	12,9
● Inférieur au Bac	621	37,6	44,9	839	25,6	31,9	146	29,6	35,5	35,5
● Bac ou équivalent	318	19,2	16,0	715	21,9	20,8	1 033	21,0	19,5	19,5
● Bac + 2	224	13,5	12,3	436	13,3	12,2	660	13,4	12,2	12,2
● Bac + 3/+ 4	226	13,7	6,2	528	16,1	8,3	754	15,3	7,7	7,7
● Bac + 5 ou plus	174	10,5	7,1	614	18,8	14,2	788	16,0	12,2	12,2
Taille du foyer										
● 1 personne	478	28,9	18,5	699	21,3	20,7	1 177	23,8	20,1	20,1
● 2 personnes	730	44,1	45,8	1 121	34,2	30,7	1 851	37,5	34,9	34,9
● 3 personnes	183	11,0	14,1	571	17,4	18,2	754	15,3	17,1	17,1
● 4 personnes	186	11,2	14,2	586	17,8	19,3	772	15,6	17,9	17,9
● 5 personnes et plus	80	4,8	7,4	304	9,3	11,1	384	7,8	10,1	10,1
Région										
● Île-de-France	202	12,2	13,6	616	18,8	20,7	818	16,6	18,7	18,7
● Centre-Val de Loire	91	5,5	4,8	131	4,0	3,6	222	4,5	3,9	3,9
● Bourgogne-Franche-Comté	93	5,6	5,6	136	4,2	3,8	229	4,6	4,3	4,3
● Normandie	116	7,0	7,1	164	5,0	4,3	280	5,7	5,1	5,1
● Hauts-de-France	128	7,7	7,6	283	8,6	9,7	411	8,3	9,1	9,1
● Grand Est	133	8,0	7,4	280	8,5	8,9	413	8,4	8,5	8,5
● Pays de la Loire	116	7,0	6,9	191	5,8	5,4	307	6,2	5,8	5,8
● Bretagne	135	8,2	7,6	187	5,7	4,2	322	6,5	5,2	5,2
● Nouvelle-Aquitaine	181	10,9	10,7	304	9,3	8,9	485	9,8	9,4	9,4
● Occitanie	136	8,2	8,3	320	9,7	9,6	456	9,2	9,3	9,3
● Auvergne-Rhône-Alpes	212	12,8	13,5	413	12,6	11,9	625	12,7	12,4	12,4
● PACA et Corse	114	6,9	6,6	256	7,8	9,0	352	7,5	8,4	8,4
Taille d'unité urbaine										
● Commune rurale	591	35,7	33,7	772	23,6	19,0	1 363	27,6	23,1	23,1
● < 20 000 hab.	327	19,7	20,0	561	17,1	16,3	888	18,0	17,3	17,3
● 20 000-99 999 hab.	208	12,6	12,8	393	12,0	13,2	601	12,2	13,1	13,1
● 100 000-199 999 hab.	76	4,6	4,3	193	5,9	6,2	269	5,5	5,7	5,7
● ≥ 200 000 hab.	274	13,6	16,8	805	24,6	26,6	1 079	21,9	23,9	23,9
● Agglomération parisienne	179	10,8	12,4	548	16,8	18,7	727	14,8	16,9	16,9

Sources : Baromètre cancer 2021, Enquête Emploi 2020.

TABLEAU 4. BILAN D'EXPLOITATION DU BAROMÈTRE CANCER 2021

	Fixe		Mobile	
Numéros générés après passage par l'automate d'appels	80 934		20 960	
● Numéros hors cible (collectivités, entreprises)	5 565		666	
● Numéros non attribués	63 923		6 948	
● Fax	434		55	
Numéros joignables	11 012		13 291	
● Ménages inéligibles	459		52	
● Hors tranche d'âge ^b	353		401	
● Individus inéligibles (impossibilité physique ou mentale, individu non francophone)	100		632	
● Ménages non joints	5 052		3 329	
Numéros contactés	5 048	100 %	8 877	100 %
● Ménages non joints après contact	518	10,3 %	1 770	19,9 %
● Refus ménage/Refus avant sélection	2 368	46,9 %	3 718	41,9 %
● Refus individu éligible	442	8,8 %	non adapté ^c	
● Abandon	63	1,2 %	108	1,2 %
Interviews complètes / Taux de participation	1 657	32,8 %	3 281	37,0 %
	Fixe-révisé		Mobile-révisé	
● e : taux d'éligibles (numéros éligibles/numéros éligibles + numéros non éligibles) ^d	0,70		0,76	
● Refus ménages révisés (x e)	1 657		2 825	
● Ménages non joints après contact révisés (x e)	362		1 327	
● Numéros contactés révisés	4 181		7 541	
Interviews complètes / Taux de participation révisé	1 657	39,6 %	3 281	43,5 %

Source : Baromètre cancer 2021.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Gumucio S, Merica M, Luhmann N, Fauvel G, Zoppi S, Ronse A, Courcaud A, Bouchon M, Trehin C, Schapman S, Cheminat O, Ranchal H, Simon S, Médecins du Monde, Collecte de donnée : méthode quantitative, les enquêtes CAP (Connaissances, Attitudes & Pratiques), Médecins du Monde, 2011, 80 p. En ligne : https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2017/08/201111_Collecte-de-donnees-Methodes-quantitatives-les-enquetes-CAP.pdf, [Consulté le 30 juin 2020]
- Institut national du cancer (INCa), Les cancers en France, 2017, Boulogne-Billancourt : INCa ; 2018. En ligne : http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/, [Consulté le 30 juin 2020]
- Santé publique France, Cancers, 2020, En ligne, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>, [Consulté le 30 juin 2020]
- Institut national du cancer (INCa), Plan cancer 2014-2019, Boulogne Billancourt : INCa, 2^e éd. ; 2015. En ligne : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>, [Consulté le 30 juin 2020]
- Guilbert P, Peretti-Watel P, Beck F, Gautier A, dir, Baromètre cancer 2005, Saint-Denis : Inpes, coll, Baromètres santé ; 2006
- Beck F, Gautier A, dir, Baromètre cancer 2010, Saint-Denis : Inpes, coll, Baromètres santé ; 2012
- Estaquio C, Richard JB, Léon C, Arwidson P, Nabi H, Baromètre cancer 2015, Gouvernance et méthodologie de l'enquête, Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 10 p
- Foucaud J, Soler M, Bauquier C, Pannard M, Préau M, Baromètre cancer 2015, Cancer et facteurs de risque, Opinions et perceptions de la population française, Institut national du cancer, Santé publique France, Ed, Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 19 p
- Cogordan C, Richard JB, Andler R, Ancellin R, Deutsch A, Baromètre cancer 2015, Alcool et cancer, Comportements, opinions et perceptions des risques, Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 16 p
- Ménard C, Thuret A, Baromètre cancer 2015, Les ultraviolets, naturels ou artificiels, Connaissances, croyances et pratiques, Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 45 p
- Stoebner-Delbarre A, Soler M, Estaquio C, Baromètre cancer 2015, Représentations des soins et information sur le cancer et ses facteurs de risque, INCa, Santé publique France, Ed, Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 27 p
- Pasquereau A, Deutsch A, Richard JB, Guignard R, Andler R, Estaquio C, Tabac et cancer, Perception des risques en 2015 et évolutions récentes, Baromètre cancer 2015, Saint Maurice : Santé publique France, 2019, 18 p
- Soler M, Ducrot P, Lamore K, Latino-Martel P, Serry AJ, Foucaud J, Baromètre cancer 2015, Nutrition et cancer, Perception des risques et des facteurs protecteurs, Institut national du cancer, Santé publique France, Ed, Saint-Maurice : Santé publique France, 2019, 22 p
- Institut national du cancer (INCa), Plan cancer 2009-2013, Boulogne Billancourt : INCa, 2^e éd. ; 2015. En ligne : <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>, [Consulté le 30 juin 2020]

COMMENT CITER CE CHAPITRE

- Faury S, Gautier A, Lamore K, Cervenka I, Foucaud J, Baromètre cancer 2021, Gouvernance et méthode de l'enquête, Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, p. 259-277.

QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE

Sommaire

Grille de lecture du questionnaire	279
Caractéristiques 1	280
État de santé	280
Opinion	281
Information sur le cancer	284
Alcool	285
Exposition au soleil et aux ultraviolets artificiels	286
Tabac	288
Cigarette électronique	291
Nutrition	292
Radon	293
Dépistage	293
Bloc cancer du sein	293
Bloc cancer du col de l'utérus et vaccination	294
Bloc cancer colorectal	296
Bloc cancer de la prostate	297
Bloc cancer du poumon	298
Caractéristiques 2	298
Description du foyer	298
Situation financière perçue	299
Situation professionnelle	299
Niveau d'éducation	301
Revenus	302
Équipement téléphonique	302
Lieu de résidence	303
Fin du questionnaire	303

GRILLE DE LECTURE DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire du Baromètre cancer 2021 est présenté dans son intégralité. Il reprend les consignes telles qu'elles apparaissent sur l'écran des enquêteurs, ainsi que les conditions filtres des questions.

Thème abordé

CONDITION DE LA QUESTION NOM DE LA QUESTION

Intitulé de la question

Consignes données aux enquêteurs

- 1. Sous-question 1
- 2. Sous-question 2
- n. Sous-question n

1. Item de réponse 1
2. Item de réponse 2
- n. Item de réponse n

Les items de réponse apparaissant entre parenthèses ne sont pas lus par les enquêteurs.

Pour chacune des questions, le répondant pouvait répondre « ne sait pas ». Les items spécifiques à la non-réponse « ne sait pas » ou « refus » ne sont pas indiqués dans ce questionnaire, mais pouvaient être codés si nécessaire par les enquêteurs, quelle que soit la question posée.

Les consignes « citer » et « une seule réponse possible » sont les consignes par défaut et ne sont donc pas mentionnées.

Afin d'optimiser le temps de passation du questionnaire, certaines thématiques n'ont été abordées qu'auprès d'une partie des personnes interrogées. Ainsi, les répondants ont été répartis aléatoirement en trois sous-échantillons, utilisés le cas échéant comme filtre : le sous-échantillon A (n = 1 228), le sous-échantillon B (n = 1 244) et le sous-échantillon C (n = 2 466). Sans précision, la question ou thématique a par défaut été abordée avec l'ensemble de l'échantillon.

Caractéristiques 1

RS1

Sexe de l'interviewé(e)

1. Homme
2. Femme

QAGE

Âge de l'interviewé(e)

Saisir la réponse (min = 15 ans, max = 85 ans), il s'agit de l'âge révolu.

LABOUR1

Pour commencer, je vais vous demander...

Quelle est actuellement votre situation professionnelle ? Vous êtes...

Citer jusqu'à ce que la personne vous arrête.

Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps.

Si arrêt maladie inférieur à trois ans, congé maternité, congé parental, congé formation, aide d'un membre de la famille sans être rémunéré(e), coder item 1.

Si l'agit d'un(e) étudiant(e) qui travaille et qui hésite, coder item 3.

Si formation rémunérée par pôle emploi, coder item 4.

1. En emploi
2. Apprenti(e) ou en stage rémunéré
3. Étudiant(e), lycéen(ne), en formation ou en stage non rémunéré
4. Au chômage (inscrit(e) ou non à pôle emploi)
5. Retraité(e) ou préretraité(e)
6. Femme ou homme au foyer
7. Autre situation (congé longue durée, personne handicapée, etc.)

État de santé

Nous allons aborder des questions sur votre santé.

Q2

Comment est votre état de santé en général ?

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais

Q3

Avez-vous déjà été soigné(e) ou êtes-vous actuellement soigné(e) pour un cancer ?

Ne pas poser la question et cocher la réponse correspondante si l'enquêté(e) a déjà dit lors de la prise de contact qu'il ou elle a un cancer ou a été soigné(e) pour un cancer.

1. Oui, vous avez été soigné(e) pour un cancer
2. Oui, vous êtes actuellement soigné(e) pour un cancer
3. Non

Q4

SI EST SOIGNÉ(E) POUR UN CANCER

Pour quel cancer êtes-vous soigné(e) ?

SI A DÉJÀ ÉTÉ SOIGNÉ(E)

pour un cancer pour quel cancer étiez-vous soigné(e) ?

Ne pas citer.

Si l'interviewé(e) cite plusieurs cancers, saisir le premier cité.

Si l'interviewé(e) dit « carcinome », demander de préciser l'organe touché/la localisation.

1. Cancer du col de l'utérus
2. Cancer colorectal (côlon, rectum)
3. Cancer de la prostate
4. Cancer du sein
5. Cancer de la peau/mélanome cutané
6. Cancer du poumon
7. Cancer du pancréas
8. Autre (préciser)

Q5

Avez-vous, ou avez-vous eu, parmi vos proches, une personne atteinte d'un cancer (famille, amis, collègues...) ?

Poser les sous-questions en oui/non ; plusieurs réponses possibles sauf item 5.

- 1. Dans votre famille
- 2. Parmi vos ami(e)s
- 3. Parmi vos collègues
- 4. Parmi d'autres connaissances
- 5. Aucun

Q6

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, pour vous-même, un médecin généraliste ?

Si demandé, comprend également les consultations en visio.

1. Oui
2. Non

SI FEMME

Q7

Au cours des deux dernières années, avez-vous consulté, pour vous-même, un gynécologue ?

1. Oui
2. Non

SI FEMME DE 40 ANS ET PLUS

Q9

Êtes-vous ménopausée ?

1. Oui
2. Non

SI FEMME NON MÉNOPAUSÉE DE 49 ANS ET MOINS

Q8

Êtes-vous enceinte ?

1. Oui
2. Non

SI FEMME MÉNOPAUSÉE

Q10

Prenez-vous un traitement hormonal de la ménopause ?

1. Oui
2. Non

Q11

Quelle est votre taille ?

Noter la réponse en cm même si approximative (min = 70, max = 250) – exemple : si 1 m 80 coder 180.

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question », et coder refus.

Q12

SI ENCEINTE

Quel était votre poids avant la grossesse ?

SINON

quel est votre poids ?

Noter la réponse en kg même si approximative (min = 20, max = 250). Si la personne hésite, ne pas relancer et coder le plus grand poids.

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question », et coder refus.

Opinion

Nous allons maintenant aborder votre perception du cancer.

SI ÉCHANTILLON A

Q16

Quand je vous dis le mot « cancer », quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit ?

Relancer une seule fois si l'interviewé(e) n'a pas cité les trois mots. Si ne sait pas quoi répondre, relancer par « Selon vous, quelle idée vous vient à l'esprit quand je vous dis "cancer" ? ».

Q17

D'après vous, quels sont les trois cancers les plus graves ?

Ne pas citer.

Si répond Ne sait pas, ne pas relancer. Dans les autres cas, relancer jusqu'à l'obtention de trois réponses.

Si l'interviewé(e) dit « carcinome », demander de préciser l'organe touché/la localisation.

Si l'interviewé(e) ne donne pas la localisation du cancer, relancer pour identifier la localisation et si ne sait pas coder Ne sait pas.

Si « Autre », noter la localisation ou l'organe touché uniquement. Par exemple, si la personne dit « un cancer de l'os », noter uniquement « os ».

1. Tumeurs cérébrales (cancer du cerveau)
2. Cancer colorectal (côlon, rectum, intestins)
3. Cancer de la prostate
4. Cancer du sein
5. Cancer du foie
6. Cancer du poumon
7. Cancer du pancréas
8. Autre (préciser)

Q18

Vous personnellement, pensez-vous courir, au cours de votre vie, un risque d'avoir un **SI EST SOIGNÉ(E) OU A ÉTÉ SOIGNÉ(E) POUR UN CANCER < nouveau > cancer ?**

Si l'interviewé(e) évoque une récurrence, coder « Oui ».

1. Oui
2. Non

SI PENSE COURIR UN RISQUE D'AVOIR UN < NOUVEAU > CANCER

Q19

Concernant le risque d'avoir un **SI EST SOIGNÉ(E) OU A ÉTÉ SOIGNÉ(E) POUR UN CANCER < nouveau > cancer, pensez-vous qu'il soit...**

Si répond Ne sait pas, ne pas relancer.

1. Très grand
2. Grand
3. Moyen
4. Faible
5. Très faible

SI PENSE COURIR UN RISQUE D'AVOIR UN < NOUVEAU > CANCER

Q20

De quel(s) cancer(s) pensez-vous peut-être être atteint un jour ?

Ne pas citer.

Si répond Ne sait pas, ne pas relancer. Dans les autres cas, relancer une fois.

Si l'interviewé(e) dit « carcinome », demander de préciser l'organe touché/la localisation.

Plusieurs réponses possibles.

Si « Autre », noter la localisation ou l'organe touché uniquement. Par exemple, si la personne dit « un cancer de l'os », noter uniquement « os ».

1. Col de l'utérus
2. Cancer colorectal (côlon, rectum, intestins)
3. Cancer de la prostate
4. Cancer du sein
5. Cancer de la peau/Mélanome cutané
6. Cancer du poumon
7. Autre (préciser)

Q21

Quelles sont, selon vous, les trois principales causes de cancer ?

Ne pas citer.

Relancer jusqu'à l'obtention de trois réponses.

Si répond Ne sait pas, ne pas relancer.

Une à trois réponses possibles.

Coder dans la liste prédéfinie, sinon coder « Autre » et noter mot pour mot ce que la personne a dit. Il n'y a pas besoin de demander de précisions.

1. Tabac
2. Alcool
3. Manque d'activité physique/sédentarité
4. Air pollué/la pollution de l'air
5. Environnement
6. Hygiène de vie/Mode de vie
7. Alimentation
8. Hérité
9. Autre (préciser)

Q22

Parmi les propositions suivantes, pouvez-vous me dire si elles favorisent l'apparition d'un cancer ? Certainement, probablement, probablement pas, certainement pas, vous ne savez pas ce que c'est.

Pour la sous-question 6, si la personne indique « uniquement auprès des antennes 5G » : considérer que l'antenne 5G fait partie des antennes relais et prendre la réponse sur la 5G.

Pour la sous-question 11, si l'interviewé(e) demande « avec ou sans tabac », préciser « comme vous l'entendez ».

Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1. Fumer du tabac
- 2. Boire de l'alcool
- 3. S'exposer au soleil sans protéger sa peau
- 4. Le manque d'activité physique
- 5. Respirer un air pollué (gaz d'échappement, fumées d'usine, incinérateur d'ordures ménagères...)
- 6. Vivre à côté d'une antenne relais pour téléphones portables
- 7. Ne pas arriver à exprimer ses émotions
- 8. Avoir subi des événements traumatiques (un deuil, une séparation, le chômage)

- 9. Subir un stress de la vie moderne
- 10. Avoir recours aux cabines UV
- 11. Fumer du cannabis
- 12. Avoir été exposé(e) à des substances chimiques au cours de son activité professionnelle (pesticides, perturbateurs endocriniens, métaux lourds, composés organiques...)
- 13. Prendre des contraceptifs hormonaux
- 14. Manger des aliments traités avec des pesticides
- 15. Présenter à l'âge adulte un surpoids ou une obésité
- 16. Avoir travaillé de nuit
- 17. Avoir été infecté(e) par certains virus ou bactéries

1. Certainement
2. Probablement
3. Probablement pas
4. Certainement pas

SI EN EMPLOI OU RETRAITÉ(E) OU PRÉRÉTRAITÉ(E) OU CHÔMEUR/CHÔMEUSE

Q23

Dans le cadre de votre activité professionnelle présente ou passée, pensez-vous avoir déjà été exposé(e) à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer ?

1. Oui
2. Non

SI PENSE AVOIR ÉTÉ EXPOSÉ(E) À DES NUISANCES

Q24

À quelle(s) nuisances avez-vous été exposé(e) ?

Relancer : « À quelles autres nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer avez-vous été exposé(e) ? »

Q25

Je vais maintenant vous citer 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 l'interviewé(e) répond « Ça dépend du type de cancer, du stade... », relancer par « Selon vous, en général. »

Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1. Certains cancers sont contagieux
- 2. Le cancer, c'est souvent héréditaire
- 3. Le cancer, on ne peut rien faire pour l'éviter
- 4. Quand on a un cancer, on est souvent mis à l'écart
- 5. Quand on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant
- 6. Aujourd'hui, quand on a un cancer, on est mieux soigné si on a plus d'argent
- 7. Aujourd'hui, de nombreuses personnes atteintes d'un cancer peuvent être guéries

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout d'accord

SI EST TOUT À FAIT D'ACCORD AVEC LA SOUS-QUESTION « CERTAINS CANCERS SONT CONTAGIEUX » ET SI ÉCHANTILLON A OU B

Q26

Pourquoi pensez-vous que certains cancers sont contagieux ?

Relancer : « Pour quelles autres raisons pensez-vous que certains cancers sont contagieux ? ».

SI EST TOUT À FAIT D'ACCORD AVEC LA SOUS-QUESTION « LE CANCER C'EST SOUVENT HÉRÉDITAIRE » ET SI ÉCHANTILLON C

Q26B

Pourquoi pensez-vous que le cancer est souvent héréditaire ?

Relancer : « Pour quelles autres raisons pensez-vous que le cancer est souvent héréditaire ? ».

Q27

Selon vous, est-il possible aujourd'hui de vivre plusieurs années avec un cancer ?

Si l'interviewé(e) demande « avec ou sans traitement ? », répondre « comme vous l'entendez ».

1. Oui
2. Non

Information sur le cancer

Nous allons maintenant parler d'information sur le cancer.

Q75

Avez-vous le sentiment d'être très bien, plutôt bien, plutôt mal ou très mal informé(e) sur les risques de cancer ?

1. Très bien informé(e)
2. Plutôt bien informé(e)
3. Plutôt mal informé(e)
4. Très mal informé(e)

Plus spécifiquement,

Q76

Avez-vous le sentiment d'être très bien, plutôt bien, plutôt mal ou très mal informé(e) sur les risques de cancer liés... ?

Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1. Au tabac
 - 2. À l'alcool
 - 3. À l'alimentation
 - 4. Au manque d'activité physique
 - 5. À des virus ou bactéries
 - 6. À l'exposition au soleil
 - 7. Aux cabines UV
 - 8. Aux ondes émises par le wifi, le téléphone mobile et les antennes relais de téléphonie mobile
 - 9. À la pollution de l'air ambiant par des substances chimiques (particules, nanomatériaux, composés organiques, etc.)
 - 10. À des expositions professionnelles
 - 11. Au surpoids et à l'obésité
 - 12. Aux pesticides
1. Très bien
 2. Plutôt bien
 3. Plutôt mal
 4. Très mal informé(e)

Q77

Quelles sont vos principales sources d'information sur le cancer ?

Ne pas citer -plusieurs réponses possibles sauf item 10.

1. Télévision
2. Internet
3. Entourage (famille, amie...)
4. Magazines de santé
5. Journaux
6. Réseaux sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn...)
7. Radio
8. Un professionnel de santé (médecin, infirmier...)
9. Autre (préciser)
10. Ne s'informe pas

SI CONSIDÈRE INTERNET COMME PRINCIPALE SOURCE D'INFORMATION SUR LE CANCER

Q78

Vous avez cité internet, est-ce plutôt...

Plusieurs réponses possibles.

1. Des forums
2. Des sites d'information
3. Des réseaux sociaux
4. Autre (préciser)

SI A RÉPONDU À Q77

Q79

Selon vous, parmi les sources d'information que vous avez citées, laquelle est la plus fiable ?

Ne s'affichent que les réponses codées en Q77.

1. Télévision
2. Internet
3. Entourage (famille, amis...)
4. Magazines de santé
5. Journaux
6. Réseaux sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn...)
7. Radio
8. Un professionnel de santé (médecin, infirmier...)
9. Autre

SI ÉCHANTILLON C

Q80

Pour chacune des propositions suivantes, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord :

- 1. Il y a tellement d'informations sur le cancer que je ne tiens pas à en savoir plus
- 2. Il y a tellement d'informations sur le cancer que j'ai l'impression que tout commence à se répéter
- 3. Il y a tellement d'informations sur le cancer, que j'en oublie la plupart juste après les avoir reçues
- 4. Je me sens submergé(e) par la quantité d'information sur le cancer que je suis censé(e) connaître
- 5. Il y a tellement de recommandations différentes concernant le cancer qu'il est difficile de savoir lesquelles suivre
- 6. J'ai l'impression de recevoir des informations contradictoires sur le cancer.

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout d'accord

Alcool

Nous allons maintenant aborder d'autres sujets. Nous allons commencer par l'alcool.

TOUS SAUF FEMMES ENCEINTES

Q28

Au cours des 12 derniers 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 même peu alcoolisé) ?

Considérer tous les types d'alcool : bière, vin, champagne ou tout autre type d'alcool.

1. Oui
2. Non

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET N'EST PAS UNE FEMME ENCEINTE

Q29

Toujours au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées (c'est-à-dire de la bière, du vin, des alcools forts, du champagne ou tout autre type d'alcool même peu alcoolisé) ?

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

Q30

Je vais maintenant vous citer plusieurs opinions. Dites-moi pour chacune d'entre-elles si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord :

Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1. Aujourd'hui, la consommation de charcuterie provoque plus de cancers que boire de l'alcool
- 2. Aujourd'hui, la consommation de boissons sucrées provoque plus de cancers que boire de l'alcool
- 3. Aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool
- 4. Boire de l'alcool peut provoquer un cancer seulement si on boit beaucoup, et pendant longtemps
- 5. Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais avoir de cancer
- 6. Globalement, boire un peu de vin diminue le risque de cancer plutôt que ne pas en boire du tout
- 7. Ce sont surtout les alcools forts qui augmentent le risque de cancer
- 8. Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence
- 9. Boire un verre d'alcool par jour augmente le risque de développer un cancer

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout d'accord

SI A BU DE L'ALCOOL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Q31

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous abordé la question de l'alcool avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, etc.) ?

1. Oui
2. Non

SI A ABORDÉ LA QUESTION AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Q32

Était-ce...

1. À votre initiative
2. Ou à son initiative

SI A ABORDÉ LA QUESTION AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Q33

Vous a-t-il proposé une aide à la réduction ou à l'arrêt de consommation d'alcool ?

Si nécessaire, préciser : « On parle du professionnel de santé ».

1. Oui
2. Non

SI ÉCHANTILLON C

Q34

Selon vous, quelles sont les deux solutions les plus efficaces pour diminuer la consommation d'alcool en France ?

Relancer pour avoir une deuxième solution.

Une à deux réponses possibles.

1. Augmenter le prix de l'alcool
2. Interdire la vente d'alcool
3. Interdire la consommation d'alcool dans certains lieux publics (rue, transports publics)
4. Interdire la publicité pour l'alcool (affichage, presse, Internet)
5. Améliorer l'accompagnement des individus à l'arrêt de la consommation d'alcool
6. Multiplier les campagnes de prévention
7. Faire respecter l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs

SI ÂGE INFÉRIEUR À 76 ANS

Exposition au soleil et aux ultraviolets artificiels

Nous allons maintenant parler de l'exposition au soleil et aux UV.

SI ÉCHANTILLON C

Q47

Avez-vous déjà vu l'indice UV, qui fournit une indication sur l'intensité des UV solaires dans certains bulletins ou applications météo ?

Si nécessaire, préciser : « Il varie entre 1, niveau vert, et 11, niveau violet. »

1. Oui, mais vous n'y prêtez pas attention
2. Oui, vous adaptez les moyens de protection après l'avoir consulté
3. Non, vous ne connaissez pas cet indice

Q37

L'exposition au soleil permet à l'organisme de produire de la vitamine D. Savez-vous combien de temps par jour vous devez vous exposer au soleil pour avoir assez de vitamine D ?

Si nécessaire, préciser « une exposition au minimum du visage et des mains ».

1. Oui
2. Non

SI DIT CONNAITRE LA DURÉE D'EXPOSITION POUR AVOIR ASSEZ DE VITAMINE D

Q38

À votre avis, combien de temps par jour devez-vous exposer au soleil en été la peau du visage et des mains pour avoir assez de vitamine D ?

Ne pas citer.

Si nécessaire, préciser « une exposition au minimum du visage et des mains ».

1. Moins de 15 minutes
2. Entre 15 et 30 minutes
3. Entre 31 minutes et 1 heure
4. Plus de 1 heure

SI ÂGE INFÉRIEUR À 50 ANS

Q36

Est-ce important pour vous de bronzer ?

1. Oui
2. Non
3. (Dit spontanément avoir la peau noire ou foncée)

SI A DIT SPONTANÉMENT AVOIR LA PEAU NOIRE OU FONCÉE EN Q36 NE PAS POSER

Q36BIS

Avez-vous bronzé en 2020 ?

Si nécessaire, préciser « quelle que soit la saison (pas seulement en été) et les circonstances (travail en extérieur, sport ou activité de loisirs en extérieur, bain de soleil ou non) ».

1. Oui
2. Non
3. (Dit spontanément avoir la peau noire ou foncée)

Q39

Pour chacune des propositions suivantes, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord :

Pour la sous-question 2 : Si nécessaire, préciser que faire des UV correspond à un bronzage artificiel à l'aide de lampes à ultraviolet.

Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1. Mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée
- 2. Faire des UV avant les vacances permet de préparer sa peau pour se protéger des coups de soleil

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout d'accord

SI A DIT SPONTANÉMENT AVOIR LA PEAU NOIRE OU FONCÉE EN Q36 NE PAS POSER

Q40

Avez-vous déjà fait des UV au cours de votre vie ?

Si nécessaire, préciser que faire des UV correspond à un bronzage artificiel à l'aide de lampes à ultraviolet.

1. Oui, une ou deux fois
2. Oui, plus de deux fois
3. Non
4. (Dit spontanément avoir la peau noire ou foncée)

SI A DÉJÀ FAIT DES UV

Q40BIS

Avez-vous fait des UV au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui
2. Non

Q42

Selon vous, les séances d'UV en cabines de bronzage sont-elles moins nocives que le soleil ?

1. Oui, tout à fait
2. Oui, plutôt
3. Non, plutôt pas
4. Non, pas du tout

SI ÉCHANTILLON B

Q43

Actuellement en France, les cabines UV sont interdites aux personnes âgées de moins de 18 ans. Selon vous...

1. Cette réglementation est satisfaisante
2. Les cabines devraient être interdites à tous, y compris aux personnes de 18 ans ou plus
3. Les cabines devraient être autorisées à tout le monde quel que soit l'âge

Q44

Parmi les propositions suivantes, qu'est-ce qui vous ferait vous inquiéter pour un grain de beauté ?

Poser la question en oui/non ; plusieurs réponses possibles.

1. Si la forme est asymétrique (avec deux moitiés qui ne se ressemblent pas)
2. Si les bords sont irréguliers
3. S'il comporte plusieurs couleurs
4. Si le diamètre est en augmentation ou supérieur à 5 mm
5. S'il évolue, c'est-à-dire qu'il change d'aspect trop rapidement (taille, couleur, forme)
6. Si un nouveau grain de beauté apparaît
7. Autre chose (préciser)

Q45

Selon vous quelle est la couleur de votre peau sans bronzage ?

Si la personne demande pourquoi cette question est posée, préciser : « Les effets de l'exposition au soleil peuvent être différents selon la couleur de peau. C'est pourquoi cette question vous est posée. Si vous acceptez de répondre à cette question, votre réponse ne sera traitée que dans le cadre d'analyses relatives aux effets de l'exposition au soleil sur la santé ».

Si la personne hésite entre les deux premières modalités, préciser « peau très blanche, qui ne bronze pas », « peau claire, qui bronze un peu ».

Si la personne hésite de manière générale, préciser : « il s'agit de la couleur à l'intérieur des avant-bras ».

1. Peau très blanche
2. Peau claire
3. Peau assez claire à légèrement mate
4. Peau mate
5. Peau foncée
6. Peau noire

Tabac

Nous allons maintenant parler du tabac. Cela inclut les cigarettes roulées, la chicha et le narguilé, mais cela n'inclut pas la cigarette électronique ou le vapotage.

Q48

Est-ce que vous fumez du tabac (quel que soit le type de tabac), ne serait-ce que de temps en temps ?

Cela inclut tous les types de tabac : les cigarettes, les cigares et les cigarillos, le tabac à rouler, la chicha et le narguilé, mais pas la cigarette électronique ou autres dispositifs de vapotage.

Si répond « La cigarette électronique uniquement », répondre « Nous en parlerons plus tard » et coder Non.

Si la personne est enceinte et qu'elle s'est arrêtée de fumer pendant sa grossesse, coder Non.

1. Oui
2. Non

SI FUMEUR/FUMEUSE**Q49**

Fumez-vous tous les jours ?

Cela inclut tous les types de tabac : les cigarettes, les cigares et les cigarillos, le tabac à rouler, la chicha et le narguilé, mais pas la cigarette électronique ou autres dispositifs de vapotage.

1. Oui
2. Non

SI NON-FUMEUR/NON-FUMEUSE OU NE SAIT PAS**Q50**

Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer du tabac ?

Si la personne dit qu'il/elle a (déjà) fumé, coder « Oui ».

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ESSAYÉ DE FUMER OU NE SAIT PAS**Q51**

Avez-vous fumé...

Si déclare « Quotidiennement, mais pendant moins de six mois », coder item 2.

1. Juste une fois pour essayer ?
2. Occasionnellement (ou quotidiennement pendant moins de six mois) ?
3. Quotidiennement pendant au moins six mois ?

SI NON-FUMEUR/NON-FUMEUSE OU NE SAIT PAS**Q52**

Actuellement, êtes-vous exposé(e) à la fumée du tabac ?

« Actuellement » veut dire dans votre vie de tous les jours, habituellement.

1. Jamais ou presque jamais
2. Moins d'une heure par jour
3. Plus d'une heure par jour

SI FUMEUR/FUMEUSE**Q53**

Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne ? Cela inclut les cigarettes en paquet et cigarettes roulées, mais pas les cigares, les cigarillos, les pipes ni la chicha ou le narguilé.

Si nécessaire, préciser « cigarette de tabac à rouler ».

Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an.

Si donne une fourchette, par exemple « 10 à 15 », relancer pour avoir une valeur plus précise.

Si n'arrive pas à préciser, saisir la quantité la plus grande (dans l'exemple : 15).

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois
4. Par an

SI FUMEUR/FUMEUSE OU SI ANCIEN(NE) FUMEUR/FUMEUSE**Q54**

À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?

Si donne un intervalle, renseigner la plus petite valeur.

Si l'interviewé(e) précise avoir commencé à fumer puis s'être arrêté pendant des mois/années avant de recommencer à fumer, prendre en compte l'âge auquel la personne a commencé à fumer régulièrement la première fois.

SI FUMEUR/FUMEUSE**Q55**

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous abordé la question du tabac avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, dentiste, sage-femme, kiné, etc.) ?

1. Oui
2. Non

SI A ABORDÉ LA QUESTION AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ**Q56**

Était-ce...

1. À votre initiative ?
2. Ou à son initiative ?

SI A ABORDÉ LA QUESTION AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ**Q57**

Vous a-t-il proposé une aide au sevrage tabagique ?

Si nécessaire, préciser : « On parle du professionnel de santé ».

1. Oui
2. Non

SI N'EST PAS ACTUELLEMENT OU N'A JAMAIS ÉTÉ SOIGNÉ(E) POUR UN CANCER**Q58**

Craignez-vous, personnellement, d'avoir un jour un cancer dû au tabac ?

1. Oui
2. Non

SI ÂGE DE 15 À 75 ANS

Q59

Je vais maintenant vous citer des opinions que l'on peut entendre à propos du tabac. Dites-moi pour chacune d'entre-elles si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord :

Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1. Aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que le tabac
- 2. Fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps
- 3. Un fumeur peut éviter d'avoir un cancer à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps
- 4. Même si on ne fume pas soi-même, être exposé(e) à la fumée des autres peut provoquer un cancer
- 5. Faire du sport permet de se nettoyer les poumons du tabac
- 6. Un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout d'accord

Q60

Selon vous, à partir de combien de cigarettes par jour un fumeur risque-t-il d'avoir un cancer dû à la cigarette ?

Si l'interviewé(e) répond « Cela dépend du type de cigarettes, de l'âge de la personne, de son activité physique, etc. », indiquer qu'il faut répondre « en général », pour un individu lambda.

Si l'interviewé(e) répond « moins d'une cigarette par jour », coder 0.

SI A DONNÉ UNE RÉPONSE EN Q60

Q61

SI CONSIDÈRE QU'UN FUMEUR RISQUE D'AVOIR UN CANCER DÙ À LA CIGARETTE À PARTIR DE MOINS D'UNE CIGARETTE PAR JOUR

Et, toujours selon vous, au bout de combien d'années une personne qui fume moins d'une cigarette par jour a-t-elle un risque élevé d'avoir un cancer ?

SINON

Et, toujours selon vous, au bout de combien d'années une personne qui fume < NOMBRE DE CIGARETTES INDIQUÉES PAR L'INTERVIEWÉ(E) EN Q60 > cigarette(s) par jour a-t-elle un risque élevé d'avoir un cancer ?

Si l'interviewé(e) répond « moins d'une année », coder 0.

SI FUMEUR/FUMEUSE

Q62

D'après-vous, qu'est-ce qui influence le plus l'apparition d'un cancer lié au tabac...

Si l'interviewé(e) répond « les deux », précisez « une seule réponse est possible » et redonner les modalités de réponse.

1. Le nombre d'années de tabagisme
2. Ou la quantité de cigarettes fumées par jour

SI ÉCHANTILLON C

Q63

Selon vous, quelles sont les deux solutions les plus efficaces pour diminuer la consommation de tabac en France ?

Relancer pour une deuxième solution.

Une à deux réponses possibles.

1. Augmenter le prix du tabac
2. Interdire la vente de tabac
3. Élargir l'interdiction de consommation de tabac à plus de lieux
4. Ne pas montrer de fumeurs dans les films et séries
5. Améliorer l'accompagnement des fumeurs à l'arrêt du tabac
6. Multiplier les campagnes de prévention
7. Faire respecter l'interdiction de vente de tabac aux mineurs

SI ÂGE DE 15 À 75 ANS.

Cigarette électronique

Q64B

Nous allons maintenant parler des cigarettes électroniques, aussi appelées e-cigarettes ou vapoteuses. Voyez-vous ce dont je parle ?

Si besoin préciser : « Cela n'inclut pas le tabac à chauffer ».

1. Oui
2. Non

SI NE VOIT PAS CE QU'EST LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Q64C

Certaines ressemblent à des cigarettes, d'autres à des stylos ou sont rectangulaires ou en forme de boîte. Elles fonctionnent avec une batterie, contiennent généralement de la nicotine liquide et produisent de la vapeur au lieu de la fumée. Voyez-vous maintenant ce dont je parle ?

Si besoin préciser : « Cela n'inclut pas le tabac à chauffer ».

1. Oui
2. Non

SI CONNAIT CE QU'EST LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Q64

Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique, même une fois ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ESSAYÉ

Q65

Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement ?

1. Oui, occasionnellement
2. Oui, tous les jours
3. Non, je ne l'utilise pas actuellement

SI UTILISE ACTUELLEMENT

Q66

Utilisez-vous actuellement la cigarette électronique dans l'idée...

1. De diminuer votre consommation de tabac
2. D'arrêter de fumer
3. Pour remplacer le tabac, mais sans intention d'arrêter un jour
4. Pour une autre raison (préciser)

SI ÉCHANTILLON A OU B ET SI CONNAIT CE QU'EST LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Q67

Pensez-vous que... < affichage des sous-questions > pas du tout, légèrement, plutôt, très, extrêmement nocives/nocifs pour la santé

Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1. Les cigarettes électroniques sont...
 - 2. La nicotine contenue dans les cigarettes électroniques est...
 - 3. Les arômes contenus dans les cigarettes électroniques sont...
1. Pas du tout nocive(s)
 2. Légèrement nocive(s)
 3. Plutôt nocive(s)
 4. Très nocive(s)
 5. Extrêmement nocive(s)

SI CONNAIT CE QU'EST LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Q68

En comparaison avec le tabac fumé, pensez-vous que l'utilisation de cigarettes électroniques est moins nocive, aussi nocive ou plus nocive ?

1. Moins nocive
2. Aussi nocive
3. Plus nocive

SI ÉCHANTILLON A OU B ET SI CONNAIT CE QU'EST LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE Q69

Je vais vous citer des opinions à propos de la cigarette électronique. Dites-moi pour chacune d'entre elles si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord :

Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1. La cigarette électronique peut provoquer un cancer
- 2. La nicotine contenue dans les cigarettes électroniques peut provoquer un cancer
- 3. Les arômes contenus dans les cigarettes électroniques peuvent provoquer un cancer

1. Tout à fait
2. Plutôt
3. Plutôt pas
4. Pas du tout d'accord

Nutrition

Nous allons maintenant parler de la nutrition.

Q70

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 besoin, préciser : « Quelle que soit la localisation ou le type de cancer ».

1. Très important
2. Plutôt important
3. Plutôt pas important
4. Pas du tout important

Q71

Selon vous, la consommation fréquente <affichage des sous-questions> peut-elle diminuer le risque de cancer, l'augmenter, n'a pas d'influence sur le risque de cancer ?

Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1. De fruits et légumes
- 2. De viande rouge
- 3. De produits laitiers
- 4. De charcuterie
- 5. De viande blanche
- 6. De poisson

- 7. D'aliments « bio »
- 8. De féculents complets tels que du pain complet, des pâtes complètes ou du riz complet
- 9. De légumes secs tels que des lentilles, pois chiches, haricots secs
- 10. De compléments alimentaires.

1. Diminuer le risque de cancer
2. L'augmenter
3. N'a pas d'influence sur le risque de cancer

Q72

Les aliments ultra-transformés sont des aliments qui ont subi différents procédés de transformation et intègrent des ingrédients qui ne sont pas utilisés en cuisine domestique, comme des additifs. Il peut s'agir par exemple de steaks végétaux reconstitués, de boissons édulcorées, de nuggets de poulet ou de poisson, ou de soupes en poudre. Selon vous, la consommation fréquente d'aliments ultra-transformés peut-elle diminuer, augmenter ou n'a pas d'influence sur le risque de cancer ?

1. Diminuer le risque de cancer
2. L'augmenter
3. N'a pas d'influence sur le risque de cancer

SI ÉCHANTILLON C

Q73

Selon vous, le fait de sauter des repas ou de ne pas manger pendant un certain temps peut-il...

1. Diminuer le risque de cancer
2. L'augmenter
3. N'a pas d'influence sur le risque de cancer

Q74

Selon vous, l'allaitement de l'enfant peut-il...

1. Diminuer le risque de cancer du sein chez la mère
2. Augmenter le risque de cancer du sein
3. N'a pas d'influence sur le risque de cancer du sein

Radon

Changeons de sujet.

Q81

Avez-vous déjà entendu parler du radon ?

Si la personne ne sait pas ce qu'est le radon, relancer et si elle répond à nouveau qu'elle ne sait pas ce que c'est coder Non.

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ ENTENDU PARLER DU RADON

Q82

Selon vous, le radon est...

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.

SI A DÉJÀ ENTENDU PARLER DU RADON

Q83

Que pensez-vous de l'affirmation suivante : Le radon dans les habitations peut favoriser les cancers du poumon. Êtes-vous 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

Dépistage

Nous allons maintenant parler des dépistages du cancer.

BLOC CANCER DU SEIN

FEMME, SI N'A JAMAIS ÉTÉ SOIGNÉE POUR UN CANCER ET SI ÂGE ENTRE 50 ET 74 ANS

Q85

En France, le dépistage du cancer du sein se fait par mammographie.

La mammographie est une radiographie des seins. En avez-vous déjà réalisé ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ FAIT UNE MAMMOGRAPHIE

Q86

À quand remonte la dernière ?

Ne pas citer.

Si la personne dit avoir fait une tomosynthèse, demander à quand remonte son dernier examen et cocher la réponse appropriée.

Si la personne indique 1 an, relancer en confirmant « entre 1 et 2 ans ? ».

Si la personne indique 2 ans, relancer en confirmant « entre 2 et 3 ans ? ».

Si la personne indique 3 ans, relancer en confirmant « entre 3 et 4 ans ? ».

1. Moins de 1 an
2. Entre 1 et 2 ans (1 an, mais moins de 2 ans)
3. Entre 2 et 3 ans (2 ans, mais moins de 3 ans)
4. Entre 3 et 5 ans (3 ans, mais moins de 5 ans)
5. 5 ans et plus

SI A PASSÉ UNE MAMMOGRAPHIE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES

Q87

Vous avez passé cet examen parce que...

Ordre aléatoire des sous-questions de 1 à 9.

La sous-question 10 qui doit toujours être posée à la fin.

- 1. Vous aviez des symptômes (douleur dans un sein, boule dans un sein...)
- 2. Il y a des cas de cancer du sein dans votre famille ?
- 3. Il y a des cas de cancer dans votre entourage (amis, collègues, voisins...)
- 4. Vous faites attention à votre santé ?
- 5. Vous êtes à un âge où il est conseillé de passer une mammographie régulièrement ?
- 6. Vous avez été convaincue par les messages des médias (télévision, affiches, magazines) ?
- 7. Un professionnel de santé vous a conseillé de le faire (généraliste, gynécologue, radiologue...)
- 8. Vous avez reçu un courrier vous invitant à le faire gratuitement ?
- 9. Un proche vous l'a conseillé ?
- 10. Pour une autre raison ? (Préciser)

1. Oui
2. Non

Q88**SI N'A JAMAIS PASSÉ DE MAMMOGRAPHIE**

Pour quelles raisons n'avez-vous jamais passé cet examen ?

SI MAMMOGRAPHIE DATE DE PLUS DE DEUX ANS

Pour quelles raisons n'avez-vous pas fait faire cet examen depuis longtemps ?

Ne pas citer. Ne pas relancer.

Plusieurs réponses possibles.

1. Pas de symptômes
2. N'a pas pris le temps
3. Négligence (Je n'y ai pas pensé, j'ai oublié)
4. N'a pas été recommandé par un médecin/gynécologue
5. A bientôt rendez-vous pour une mammographie (RDV programmé)
6. Pour raison sanitaire (Covid-19)
7. Autre (préciser)

SI N'A JAMAIS PASSÉ DE MAMMOGRAPHIE OU SI MAMMOGRAPHIE DATE DE PLUS DE DEUX ANS**Q89**

Un professionnel de santé vous a-t-il déjà recommandé de faire une mammographie ?

Si nécessaire, préciser « On entend par professionnel de santé : médecin généraliste, gynécologue, radiologue... ».

1. Oui
2. Non

SI FEMME ÂGÉE ENTRE 50 ET 74 ANS**SI A DÉJÀ RÉPONDU AVOIR REÇU UN COURRIER EN Q87, NE PAS POSER ET CODER OUI****Q90**

Avez-vous reçu il y a moins de 2 ans un courrier d'invitation à faire un test de dépistage du cancer du sein (mammographie) ?

1. Oui
2. Non
3. Vous ne vous souvenez plus avoir reçu de lettre

BLOC CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ET VACCINATION**SI ÂGE INFÉRIEUR À 75 ANS****Q91**

Avez-vous déjà entendu parler de l'infection HPV ou du papillomavirus ?

1. Oui
2. Non

SI L'INTERVIEWÉ(E) A DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'INFECTION HPV OU DU PAPILLOMAVIRUS**Q92**

Pensez-vous que l'infection HPV peut, oui ou non, causer... ?

Ordre aléatoire des sous-questions 1 à 3. La sous-question 4 doit toujours être posée en dernier.

- 1. Un cancer du col de l'utérus
- 2. Un cancer du pénis
- 3. Un cancer de l'anus
- 4. Un cancer de la bouche ou de la gorge

1. Oui
2. Non

SI L'INTERVIEWÉ(E) A DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'INFECTION HPV OU DU PAPILLOMAVIRUS**Q93**

Un vaccin contre les infections liées au papillomavirus ou HPV existe en France. Avant aujourd'hui, en avez-vous déjà entendu parler ?

1. Oui
2. Non

SI L'INTERVIEWÉ(E) A DÉJÀ ENTENDU PARLER DU VACCIN CONTRE LES INFECTIONS LIÉES AU PAPILLOMAVIRUS OU HPV**Q94**

Pensez-vous que ce vaccin est recommandé AUX FILLES ?

1. Oui
2. Non

SI L'INTERVIEWÉ(E) A DÉJÀ ENTENDU PARLER DU VACCIN CONTRE LES INFECTIONS LIÉES AU PAPILLOMAVIRUS OU HPV**Q94BIS**

Pensez-vous que ce vaccin est recommandé AUX GARÇONS ?

1. Oui
2. Non

FEMME, SI N'A JAMAIS ÉTÉ SOIGNÉE POUR UN CANCER ET SI ÂGE ENTRE 25 ET 65 ANS**Q95**

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait par frottis ou par test HPV. Il s'agit d'un examen médical destiné à prélever des cellules provenant du col de l'utérus. Avez-vous déjà réalisé un frottis ou un test HPV ?

Si l'enquêtée dit avoir fait un dépistage cytologique, coder Oui.

1. Oui
2. Non

SI A FAIT DÉJÀ FAIT UN FROTTIS**Q96**

À quand remonte votre dernier frottis ou test HPV ?

Ne pas citer.

Si l'enquêtée dit avoir fait un dépistage cytologique, demander à quand remonte son dernier dépistage et cocher la réponse appropriée.

Si la personne indique 1 an, relancer en confirmant « entre 1 et 2 ans ? »

Si la personne indique 2 ans, relancer en confirmant « entre 2 et 3 ans ? »

Si la personne indique 3 ans, relancer en confirmant « entre 3 et 4 ans ? »

1. Moins de 1 an
2. Entre 1 et 2 ans (1 an, mais moins de 2 ans)
3. Entre 2 et 3 ans (2 ans, mais moins de 3 ans)
4. Entre 3 et 5 ans (3 ans, mais moins de 5 ans)
5. 5 ans et plus

Q98**SI N'A JAMAIS FAIT DE FROTTIS/TEST HPV**

Pour quelles raisons n'avez-vous jamais passé cet examen ?

SI PAS RÉALISÉ AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES

Pour quelles raisons n'avez pas fait faire cet examen depuis longtemps ?

Ne pas citer. Ne pas relancer.

Plusieurs réponses possibles.

1. N'a pas pris le temps
2. Négligence (Je n'y ai pas pensé, j'ai oublié)
3. Pas/plus de suivi gynécologique
4. A eu une ablation de l'utérus/hystérectomie
5. A bientôt rendez-vous chez son gynécologue (RDV programmé)
6. Pour raison sanitaire (Covid-19)
7. Autre (préciser)

SI N'A JAMAIS FAIT DE FROTTIS/TEST HPV OU PAS RÉALISÉ AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES**Q99**

Un professionnel de santé vous a-t-il déjà recommandé de faire un frottis ou test HPV ou test de dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis, cytologie ou test HPV) ?

Si nécessaire, préciser « On entend par professionnel de santé : médecin généraliste, gynécologue, sage-femme... ».

1. Oui
2. Non
3. (Vous avez eu une hystérectomie, une ablation de l'utérus)

SI FEMME ÂGÉE ENTRE 25 ET 65 ANS**Q100**

Avez-vous reçu il y a moins de 3 ans un courrier d'invitation à faire un test de dépistage du cancer du col de l'utérus (cytologie ou test HPV) ?

1. Oui
2. Non
3. Vous ne vous souvenez plus avoir reçu de lettre

BLOC CANCER COLORECTAL

SI N'A JAMAIS ÉTÉ SOIGNÉ(E) POUR UN CANCER ET SI ÂGE ENTRE 50 ET 74 ANS

Q101

Avez-vous déjà réalisé un dépistage du cancer colorectal ?

1. Oui
2. Non

SI A DÉJÀ FAIT UN DÉPISTAGE COLORECTAL

Q102

Quel test ou examen avez-vous réalisé ?

1. Un test de recherche de sang dans les selles (test immunologique)
2. Une coloscopie

SI A DÉJÀ FAIT UN DÉPISTAGE COLORECTAL

Q103

SI A RÉPONDU AVOIR DÉJÀ FAIT UN TEST DE RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES

À quand remonte votre dernier test de recherche de sang dans les selles (test immunologique) ?

SI A RÉPONDU AVOIR DÉJÀ FAIT UNE COLOSCOPIE

À quand remonte votre dernière coloscopie ?

SI A RÉPONDU AVOIR DÉJÀ FAIT UN TEST DE RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES ET UNE COLOSCOPIE

À quand remonte votre dernier dépistage ?

Ne pas citer.

Si la personne indique 1 an, relancer en confirmant « entre 1 et 2 ans ? ».

Si la personne indique 2 ans, relancer en confirmant « entre 2 et 3 ans ? ».

Si la personne indique 3 ans, relancer en confirmant « entre 3 et 4 ans ? ».

1. Moins de 1 an
2. Entre 1 et 2 ans (1 an, mais moins de 2 ans)
3. Entre 2 et 3 ans (2 ans, mais moins de 3 ans)
4. Entre 3 et 5 ans (3 ans, mais moins de 5 ans)
5. 5 ans et plus

SI A FAIT UN DÉPISTAGE COLORECTAL AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES

Q104

Vous avez passé, oui ou non, ce test parce que...

Ordre aléatoire des sous-questions sauf la sous-question 8 qui doit toujours être posée en dernier.

- 1. Vous aviez des symptômes (douleurs au ventre, problèmes intestinaux, problèmes digestifs, sang dans les selles...) ?
- 2. Il y a des cas de cancer colorectal dans votre famille ?
- 3. Il y a des cas de cancer dans votre entourage (amis, collègues, voisins...) ?
- 4. Vous avez été convaincu(e) par les messages des médias (télévision, affiches, magazines) ?
- 5. Un professionnel de santé vous a conseillé de le faire (généraliste, gynécologue, radiologue...) ?
- 6. Vous avez reçu un courrier vous invitant à le faire gratuitement ?
- 7. Un proche vous l'a conseillé ?
- 8. Pour une autre raison ? (Préciser)

1. Oui
2. Non

Q105

SI N'A JAMAIS FAIT DE DÉPISTAGE COLORECTAL

Pour quelles raisons n'avez-vous jamais passé ce test ?

SI N'A PAS RÉALISÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES

Pour quelles raisons n'avez-vous pas fait faire ce test depuis longtemps ?

Ne pas citer. Ne pas relancer.

Plusieurs réponses possibles.

1. Non recommandation du médecin
2. Modalité de récupération du test (parce qu'il faut aller chez le médecin...)
3. Modalité de réalisation du test (trop compliqué...)
4. Examen gênant/désagréable
5. N'a pas pris le temps/Négligence
6. Pas envie
7. Pour raison sanitaire (Covid-19)
8. Autre (préciser)

SI N'A JAMAIS FAIT DE DÉPISTAGE COLORECTAL OU PAS RÉALISÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES

Q106

Un professionnel de santé vous a-t-il déjà recommandé de faire un dépistage du cancer colorectal ?

Si nécessaire, préciser « On entend par professionnel de santé : médecin généraliste, gynécologue, gastroentérologue... ».

1. Oui
2. Non

SI N'A JAMAIS ÉTÉ SOIGNÉ(E) POUR UN CANCER ET SI ÂGE ENTRE 50 ET 74 ANS

SI A DÉJÀ RÉPONDU AVOIR REÇU UN COURRIER EN Q104, NE PAS POSER ET CODER OUI

Q107

Avez-vous reçu il y a moins de 2 ans un courrier d'invitation à faire un test de dépistage du cancer colorectal (test immunologique) ?

1. Oui
2. Non
3. Vous ne vous souvenez plus avoir reçu de lettre

BLOC CANCER DE LA PROSTATE

HOMME, SI N'A JAMAIS ÉTÉ SOIGNÉ POUR UN CANCER ET SI ÂGE DE 40 ANS OU PLUS

Q108

Avez-vous déjà fait un test de dépistage du cancer de la prostate ?

1. Oui
2. Non

SI A FAIT UN TEST DE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Q109

Par quelle(s) méthode(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

1. Un dosage du PSA ou une prise de sang
2. Un toucher rectal pratiqué par un médecin
3. Autre (préciser)

SI A FAIT UN DOSAGE DU PSA OU TOUCHER RECTAL

Q110

À quand remonte votre dernier dépistage (que ce soit un dosage ou un toucher rectal) ?

Ne pas citer.

Si la personne indique 1 an, relancer en confirmant « entre 1 et 2 ans ? ».

Si la personne indique 2 ans, relancer en confirmant « entre 2 et 3 ans ? ».

Si la personne indique 3 ans, relancer en confirmant « entre 3 et 4 ans ? ».

1. Moins de 1 an
2. Entre 1 et 2 ans (1 an, mais moins de 2 ans)
3. Entre 2 et 3 ans (2 ans, mais moins de 3 ans)
4. Entre 3 et 5 ans (3 ans, mais moins de 5 ans)
5. 5 ans et plus

SI A FAIT UN DOSAGE DU PSA

Q111

SI A FAIT UN DOSAGE DU PSA UNIQUEMENT

Avez-vous passé ce test...

SI A FAIT UN DOSAGE DU PSA ET UN TEST DE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE PAR UNE AUTRE MÉTHODE

Concernant le dernier dosage du PSA ou la dernière prise de sang que vous avez réalisé, vous avez passé ce test...

Si l'interviewé répond « les deux », demander « Est-ce vous qui l'avez demandé dans un premier temps à votre médecin ou un professionnel de santé qui vous a dit de le faire ? » et cocher la réponse.

1. Parce que vous l'avez demandé à votre médecin ?
2. Parce qu'un professionnel de santé vous avait dit qu'il fallait le faire ?
3. Pour une autre raison (préciser)

SI A FAIT UN DOSAGE DU PSA

Q112

SI A FAIT UN DOSAGE DU PSA
UNIQUEMENT

Est-ce qu'un professionnel de santé vous a parlé des avantages de ce test de dépistage ?

SI A FAIT UN DOSAGE DU PSA ET
UN TEST DE DÉPISTAGE DU CANCER DE
LA PROSTATE PAR UNE AUTRE MÉTHODE

Concernant le dosage du PSA ou la prise de sang que vous avez réalisé, est-ce qu'un professionnel de santé vous a parlé des avantages de ce test de dépistage ?

- Oui
- Non

SI A FAIT UN DOSAGE DU PSA

Q113

SI A FAIT UN DOSAGE DU PSA
UNIQUEMENT

Est-ce qu'un professionnel de santé vous a parlé des inconvénients de ce test de dépistage ?

SI A FAIT UN DOSAGE DU PSA ET
UN TEST DE DÉPISTAGE DU CANCER DE
LA PROSTATE PAR UNE AUTRE MÉTHODE

Concernant le dosage du PSA ou la prise de sang que vous avez réalisé, est-ce qu'un professionnel de santé vous a parlé des inconvénients de ce test de dépistage ?

- Oui
- Non

BLOC CANCER DU POU MON

SI N'A JAMAIS ÉTÉ SOIGNÉ(E) POUR
UN CANCER ET SI FUMEUR/FUMEUSE

Q114

Avez-vous déjà réalisé une radiographie ou un scanner des poumons afin de détecter un cancer du poumon ?

- Oui
- Non

SI A DÉJÀ RÉALISÉ UNE RADIOGRAPHIE
OU SCANNER DES POU MONS

Q115

Concernant votre dernier examen, pour quelles raisons l'avez-vous fait ?

Plusieurs réponses possibles.

- Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- Parce qu'un professionnel de santé vous avait dit qu'il fallait le faire
- Pour une autre raison (préciser)

SI N'A PAS ÉTÉ OU N'EST PAS SOIGNÉ(E)
POUR UN CANCER ET SI FUMEUR/FUMEUSE

Q116

Si un dépistage organisé du cancer du poumon était proposé en France, y participeriez-vous ?

- Oui
- Non

Caractéristiques 2

Nous allons terminer par quelques questions vous concernant, vous et votre foyer.

DESCRIPTION DU FOYER

Q119

Actuellement, quel est votre statut matrimonial ?

Si « célibataire » ou « union libre » ou « concubinage » répondu spontanément, saisir directement.

- Marié(e)
- Pacsé(e)
- Célibataire
- Veuf/veuve
- Union libre ou concubinage
- Divorcé(e), en instance de divorce ou séparé(e)

NPER14M

Combien de personnes de 0 à 13 ans vivent actuellement dans votre foyer ?

En cas de doute : si une personne a plusieurs domiciles, on prend celui que la personne considère comme son domicile principal, à défaut celui dans lequel la personne réside le plus souvent.

Compter les enfants en garde alternée.

NPER14P

Combien de personnes de 14 ans et plus vivent actuellement dans votre foyer, y compris vous-même ?

En cas de doute : si une personne a plusieurs domiciles, on prend celui que la personne considère comme son domicile principal, à défaut celui dans lequel la personne réside le plus souvent.

Compter les enfants en garde alternée.

SI ÂGE ENTRE 25 ET 85 ANS

ENF

Avez-vous des enfants ?

Si a eu un/des enfants, mais est/sont décédés, coder Non.

Si l'interviewé(e) dit avoir adopté des enfants, coder Oui.

Les enfants peuvent vivre au domicile ou non, être mineur ou adulte. Il s'agit d'identifier si la personne a des enfants « en général ».

- Oui
- Non

SITUATION FINANCIÈRE PERÇUE

Q133

Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre foyer, financièrement...

Marquer un temps entre « ça va » et « c'est juste ».

- Vous êtes à l'aise
- Ça va
- C'est juste
- Vous y arrivez difficilement
- Vous ne pouvez pas y arriver sans avoir de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation)

SITUATION PROFESSIONNELLE

Vous m'avez dit en début de notre entretien que vous étiez < situation professionnelle – LABOUR1 >

SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT
LABOUR2

Avez-vous déjà travaillé, si étudiant(e) au moins à mi-temps pendant au moins six mois ?

- Oui
- Non

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

STATUS1

SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT

Exercez-vous votre profession en tant que...

SINON

Parlons du dernier emploi que vous avez exercé. Exercez-vous cette profession en tant que...

Si Free-lance ou auto-entrepreneur coder item 1.

Salariés = de l'état, d'une collectivité locale, des HLM, des hôpitaux, d'une entreprise privée, d'un artisan, d'une association, d'un ou plusieurs particuliers, stages rémunérés.

Si chef d'entreprise salarié(e), coder item 2.

- Indépendant(e) ou à votre compte
- Chef d'entreprise, PDG, gérant(e) minoritaire, associé(e)
- Salarié(e) (autre que chef d'entreprise)
- Vous travaillez pour un membre de votre famille sans être rémunéré(e)

SI SALARIÉ(E)

CPF

SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT

Dans cet emploi, êtes-vous classé(e) comme...

SINON

Dans cet emploi, étiez-vous classé(e) comme...

Si ouvrier/ouvrière spécialisé(e), qualifié(e), hautement qualifié(e), technicien(ne) d'atelier : coder item 1.

Si aide-soignant(e), gardien(ne) d'enfants, agent de service, militaire de rang, gendarme auxiliaire volontaire : coder item 2.

Si instituteur/institutrice, professeur des écoles, assistant(e) sociale, sous-officier, infirmier/infirmière : coder item 3.

Si professeur, officier : coder item 4.

- Manœuvre ou ouvrier/ouvrière
- Employé(e) de bureau, de commerce, personnel de service ou personnel de catégorie C ou D de la fonction publique
- Agent de maîtrise, maîtrise administrative ou commerciale, technicien(ne), VRP (non cadre) ou personnel de catégorie B de la fonction publique
- Ingénieur, cadre, directeur/directrice général ou personnel de catégorie A de la fonction publique
- Autre

SI TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ JOB0

SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT POUR
UN MEMBRE DE SA FAMILLE SANS ÊTRE
RÉMUNÉRÉ(E)

Quelle est la profession de la personne
que vous aidez ?

SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT,
MAIS A TRAVAILLÉ POUR UN MEMBRE
DE SA FAMILLE SANS ÊTRE RÉMUNÉRÉ(E)

Quelle est la profession de la personne
que vous aidiez ?

SI TRAVAILLE ACTUELLEMENT EN ÉTANT
RÉMUNÉRÉ(E)

Quelle est votre profession actuelle ?

SI NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT,
MAIS A TRAVAILLÉ EN ÉTANT RÉMUNÉRÉ(E)

Quelle était votre dernière profession ?

Noter en majuscule et sans accent ni caractères
spéciaux.

Noter la profession/fonction indiquée sur la fiche
de paie. Si la personne a plusieurs emplois,
demander la profession actuelle principale.

Si enseignant(e), préciser aussi le type
d'établissement (maternelle, primaire, lycée
professionnel, lycée général, supérieur, hors
Éducation nationale).

Si militaire, préciser le grade.

Faire préciser si profession = vendeur/vendeuse,
agent, technicien(ne), attaché(e), assistant(e), chef,
mécanicien(ne), responsable, surveillant(e), artiste.

SI APPRENTI(E), ÉTUDIANT(E), AU FOYER
OU DANS UNE AUTRE SITUATION
D'INACTIVITÉ OU SI N'A JAMAIS TRAVAILLÉ
CDF

SI ÂGE DE MOINS DE 30 ANS

Parmi vos parents, qui a le plus haut
revenu ?

SINON

Dans votre foyer, qui a le plus haut revenu ?

Si vit seul(e) ou en colocation, demander « parmi
vos parents ».

Si revenu équivalent prendre la personne la plus
âgée. Si même âge, demander le référent.

Si ne sait pas, demander qui est la personne
référente.

Réponse codée automatiquement 1 si personne
de plus de 30 ans vivant seule.

1. Vous
2. Père
3. Mère
4. Conjoint(e)
5. Autre (préciser)

SI LA PERSONNE INTERROGÉE N'A PAS
LE PLUS HAUT REVENU DU FOYER

LABCDF

Quelle est actuellement sa situation
professionnelle ? Est-il/elle...

Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend
le plus de temps.

Si arrêt maladie inférieur à 3 ans, congé
maternité, congé parental, congé formation, aide
d'un membre de la famille sans être rémunéré(e),
coder item 1.

S'il s'agit d'un(e) étudiant(e) qui travaille et qui
hésite entre ces deux activités, coder item 3.

Si formation rémunérée par Pôle Emploi, coder
item 4.

1. En emploi
2. Apprenti(e) ou en stage rémunéré
3. Étudiant(e), lycéen(ne), en formation
ou en stage non rémunéré
4. Au chômage (inscrit(e) ou non à pôle emploi)
5. Retraité(e) ou Pré-retraité(e)
6. Femme ou homme au foyer
7. Autre situation (congés longue durée,
personne handicapée...)

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT
REVENU N'OCCUPE PAS D'EMPLOI
ET N'EST PAS APPRENTI(E)

LAB2CDF

A-t-il/elle déjà travaillé si étudiant(e)
< au moins à mi-temps pendant au moins
6 mois > ?

1. Oui
2. Non

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT
REVENU TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ

STACDF

SI TRAVAILLE

Exerce-t-il/elle une activité professionnelle
en tant que...

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ

Parlons du dernier emploi qu'il/elle
a exercé. Exerçait-il/elle une activité
professionnelle en tant que...

Si Free-lance ou autoentrepreneur, coder item 1.

Salariés = de l'état, d'une collectivité locale,
des HLM, des hôpitaux, d'une entreprise privée,
d'un artisan, d'une association, d'un ou plusieurs
particuliers, stages rémunérés.

Si chef d'entreprise salarié, coder item 2.

1. Indépendant(e) ou à son compte
2. Chef d'entreprise, PDG, gérant(e)
minoritaire, associé(e)
3. Salarié(e) (autre que chef d'entreprise)
4. il/elle travaille pour un membre de votre
famille sans être rémunéré(e)

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT
REVENU EST SALARIÉE

CPFCDF

SI TRAVAILLE

Dans cet emploi, est-il/elle classée
comme... ?

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ

Dans cet emploi, était-il/elle classée
comme... ?

Si ouvrier/ouvrière spécialisé(e), qualifié(e),
hautement qualifié(e), technicien(ne) d'atelier,
coder item 1.

Si aide-soignant(e), gardien(ne) d'enfants, agent
de service, militaire de rang, gendarme auxiliaire
volontaire, coder item 2.

Si instituteur/institutrice, professeur des écoles,
assistant(e) social(e), sous-officier, infirmier/
infirmière, coder item 3.

Si professeur, officier, coder item 4

1. Manœuvre ou ouvrier/ouvrière
2. Employé(e) de bureau, de commerce,
personnel de service ou personnel de
catégorie C ou D de la fonction publique
3. Agent de maîtrise, maîtrise administrative
ou commerciale, technicien(ne), VRP
(non cadre) ou personnel de catégorie B
de la fonction publique
4. Ingénieur, cadre, directeur/directrice
général(e) ou personnel de catégorie A
de la fonction publique
5. Autre

SI LA PERSONNE AYANT LE PLUS HAUT
REVENU TRAVAILLE OU A DÉJÀ TRAVAILLÉ
JOB0CDF

SI TRAVAILLE

Quelle est plus précisément sa profession
actuelle ?

SI A DÉJÀ TRAVAILLÉ

Quelle était plus précisément sa dernière
profession ?

Noter en majuscule et sans accent ni caractères
spéciaux.

Noter la profession/fonction indiquée sur la fiche
de paie. Si la personne a plusieurs emplois,
demander la profession actuelle principale.

Si enseignant(e), préciser aussi le type d'établissement
(maternelle, primaire, lycée professionnel, lycée
général, supérieur, hors Éducation nationale).

Si militaire, préciser le grade.

Faire préciser si profession = vendeur/vendeuse,
agent, technicien(ne), attaché(e), assistant(e), chef,
mécanicien(ne), responsable, surveillant(e), artiste.

NIVEAU D'ÉDUCATION

SI APPRENTI(E) OU ÉTUDIANT(E),
LYCÉEN(NE)

ETUD3

En quelle année d'étude êtes-vous ?

Une seule réponse possible.

Si deux inscriptions à l'université ou si inscrit(e)
à l'université tout en étant élève d'une école,
prendre la formation principale.

Pour les étudiant(e)s n'ayant pas encore les résultats
de la 2^e session, prendre la classe de l'année dernière.

1. Collège
2. CAP, BEP
3. Lycée (seconde au Bac professionnel,
technique ou général)
4. Bac + 1 (1^{re} année de Licence, d'IUT,
de BTS, d'études médicales, prépa...)
5. Bac + 2 (2^e année de Licence, d'IUT,
de BTS, d'études médicales, prépa...)
6. Bac + 3 (3^e année de Licence, d'études
médicales, école supérieure, IUP
ou 1^{re} année d'école d'ingénieur...)
7. Bac + 4 (1^{re} année de master, d'IUFM,
école supérieure, IUP ou 2^e année
d'école d'ingénieur...)

8. Bac + 5 (2^e année de master, d'IUFM, école supérieure, IUP ou 3^e année d'école d'ingénieur...)
9. Bac + 6 et plus (Thèse de doctorat, HDR, post doc, MBA, école supérieure ou internat en médecine...)
10. Autre (préciser)

DIP2

Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

1. Aucun diplôme
2. Certificat d'études primaires
3. CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle), brevet de compagnon
4. Brevet des collèges, BEPC
5. BEP : Brevet d'Enseignement Professionnel
6. Brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, capacité en droit
7. Baccalauréat d'Enseignement technique ou professionnel
8. Baccalauréat d'Enseignement général
9. Bac + 2 (DEUG, DUT, BTS),
10. Bac + 3 (Licence), DEUST, diplôme des professions sociales ou de la santé, d'infirmières
11. Bac + 4 (maîtrise, master1)
12. Bac + 5 ou plus (DEA, DESS, master 2, MBA, doctorat, médecine, pharmacie, dentaire), diplôme d'ingénieur, d'une grande école, doctorat, etc.
13. Autre diplôme (préciser)

REVENUS

Pour terminer, nous allons vous poser quelques questions qui seront exploitées uniquement à des fins statistiques.

RSREV1

SI UNE SEULE PERSONNE DANS LE FOYER

La somme de vos revenus nets par mois après prélèvement des impôts, en incluant les allocations, est-elle inférieure ou supérieure à 1 500 euros par mois ?

SINON

La somme des revenus nets par mois après prélèvement des impôts de l'ensemble des personnes de votre foyer, en incluant les allocations, est-elle inférieure ou supérieure à 1 500 euros par mois ?

Si besoin, cela inclut les allocations, rentes et tous types de bénéfices.

1. Inférieure
2. Supérieure (ou égal)

RSREV2

Dans quelle tranche se situe-t-elle ?

Si REVENUS <1500 EUROS/MOIS, poser items 1 à 6.

Si REVENUS > 1500 EUROS/MOIS, poser items 7 à 12.

1. Moins de 230 € par mois
2. De 230 à moins de 380 € par mois
3. De 380 à moins de 600 € par mois
4. De 600 à moins de 1 000 € par mois
5. De 1 000 à moins de 1 200 € par mois
6. De 1 200 à moins de 1 500 € par mois
7. De 1 500 à moins de 2 000 € par mois
8. De 2 000 à moins de 2 400 € par mois
9. De 2 400 à moins de 3 000 € par mois
10. De 3 000 à moins de 4 500 € par mois
11. De 4 500 à moins de 7 600 € par mois
12. Plus de 7 600 € par mois

ÉQUIPEMENT TÉLÉPHONIQUE

RSNBMOB

Vous personnellement, de combien de numéros de téléphones mobiles disposez-vous à titre privé ou professionnel

Si appelé(e) sur mobile <y compris celui sur lequel je vous appelle > ?

Si nécessaire : « Nous avons besoin de savoir quelle était votre probabilité d'être appelé(e) (si deux numéros vous avez deux fois plus de chance d'être appelé(e)). »

RSNBFIX

De combien de numéros de téléphones fixes, dispose-t-on dans votre foyer

Si appelé(e) sur fixe < y compris celui sur lequel je vous appelle > ?

Relancer si nécessaire : « On entend par ligne de téléphone fixe les lignes des abonnés France Télécom et les lignes de téléphonie fixe illimitée du type Freebox, Livebox que vous utilisez pour recevoir des appels » (numéros exclusivement dédiés aux fax et modems exclus).

SI DISPOSE DE PLUS DE DEUX NUMÉROS DE TÉLÉPHONE FIXE

CTRLFIX

Vous m'avez dit disposer de [nombre de numéros – RSNBFIX] numéros de téléphones fixes.

Attention, nous parlons ici de numéros de téléphone et non pas du nombre des téléphones que vous possédez. Est-ce correct ?

Relancer si nécessaire « On entend par ligne de téléphone fixe les lignes des abonnés France Télécom et les lignes de téléphonie fixe illimitée du type Freebox, Livebox que vous utilisez pour recevoir des appels » (numéros exclusivement dédiés aux fax et modems exclus).

SI DISPOSE D'AU MOINS UN NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE

RSNCL

SI UN SEUL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE

Votre numéro de téléphone FIXE commence-t-il...

SI PLUSIEURS NUMÉROS DE TÉLÉPHONE FIXE

Parmi vos < nombre de numéros à RSNBFIX > numéros de téléphones fixes, combien commencent...

...par 01, 02, 03, 04 ou 05 (selon votre région) ?

Nous parlons ici des lignes de téléphone fixe classiques (France Télécom et autres opérateurs).

Si le répondant a un numéro de téléphone commençant par 09, coder 0.

Si Oui coder 1, si Non coder 0.

Réponse codée automatiquement 1 si échantillon fixe et un seul numéro.

LIEU DE RÉSIDENCE

RSDEP2

Quel est le numéro du département dans lequel vous résidez ?

GEO9A

Dans quelle commune résidez-vous ?

Si la personne se plaint du caractère personnel de cette question, préciser : « Vous pouvez poursuivre le questionnaire sans répondre à cette question », et coder Refus.

SI REFUSE DE DONNER LA COMMUNE OU SI LE NUMÉRO DE DÉPARTEMENT EST 77, 78, 91 OU 95

GEO10

Résidez-vous dans l'agglomération parisienne ?

Si le numéro de département est 75, 92, 93 ou 94, coder automatiquement Oui.

1. Oui
2. Non

SI REFUSE DE DONNER LA COMMUNE OU NE RÉSIDE PAS DANS L'AGGLOMÉRATION PARISIENNE

GEO11

Quelle est la taille de l'agglomération dans laquelle vous résidez ?

Si ne sait pas, relancer par « Même approximativement ? ».

1. Moins de 2 000 habitants
2. De 2 000 à 20 000 habitants
3. De 20 000 à 100 000 habitants
4. Plus de 100 000 habitants

Fin du questionnaire

Conformément à la loi applicable, vous disposez de droits relatifs à vos données personnelles tels que le droit d'accès, de rectification, de portabilité, de suppression ou de limitation du traitement de vos données.

En outre, vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour des raisons tenant à votre situation particulière et vous disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant par courriel à : dpo.france@ipsos.com ou par courrier à : Ipsos – Data Protection Officer – 35 rue du Val de Marne, 75013 Paris.



Vos données seront conservées par Ipsos pendant 12 mois suivant la fin de l'étude. En cas de non-conformité, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle, la CNIL.

Pour plus d'informations, consulter la section Droit des interviewés de notre site internet Ipsos : <https://www.ipsos.com/fr-fr>

Notre entretien est terminé. Au nom de Santé publique France et de l'Institut national du cancer, je vous remercie pour votre précieuse participation à cette importante étude. Je vous souhaite une bonne journée/soirée.

COM1

Enquêteur avez-vous des commentaires à rajouter ?

1. Oui (préciser)
2. Non




Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Impression : CIA graphic
Crédit photo :
jokerpro - stock.adobe.com

ISSN 2104-953X

ISBN : 978-2-37219-966-7
ISBN net : 978-2-37219-967-4

DEPÔT LÉGAL JANVIER 2023



BAROMÈTRE CANCER 2021

Les Baromètres cancer sont des enquêtes régulières effectuées auprès des Français avec pour objectif d'analyser l'évolution de leurs connaissances, perceptions et habitudes de vie en lien avec le cancer et ses principaux facteurs de risque. Cette quatrième édition, qui présente les résultats de l'enquête de 2021, réalisée par l'Institut national du cancer, en collaboration avec Santé publique France — à l'issue du premier confinement et au moment du lancement de la stratégie décennale de lutte contre les cancers — est un formidable outil de réflexion pour les pratiques et politiques à venir et ouvre de nouvelles perspectives de recherche dans le champ de la lutte contre les cancers.