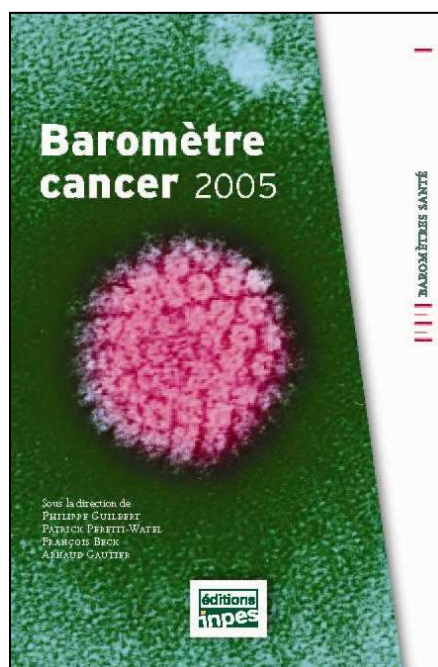


11 décembre 2006

BAROMETRE CANCER 2005



Sommaire

Communiqué de presse	p.3
-----------------------------------	-----

Comment les Français voient le cancer	p.4-6
--	-------

1. Une maladie crainte, aujourd'hui comme hier..... p.4
2. Un risque perçu différent selon l'âge et son vécu p.4
3. Héritéité et contagion..... p.5
4. Les causes de cancer : une prolifération des facteurs..... p.5
5. La nécessaire prise en compte des représentations profanes
dans les actions de prévention p.6

Perception de la prise en charge médicale	p.7-9
--	-------

1. Le cancer et l'entourage p.7
2. La guérison p.7
3. L'information p.8
4. La perception générale de la prise en charge..... p.8
5. Le rapport au médecin p.8
6. Le traitement..... p.9

Tabac et cancer	p.10-11
------------------------------	---------

1. Le Projet d'arrêt du tabagisme..... p.10
2. Juger le tabagisme dangereux n'est pas juger son propre
Tabagisme dangereux p.10
3. Le déni du risque tabagique p.10
4. Des connaissances souvent erronées p.11

Alcool et cancer	p.12-13
-------------------------------	---------

1. Le déni du risque alcoolique p.12
2. Déni du risque et campagnes médiatiques..... p.12-13

Soleil et cancer	p.14-15
-------------------------------	---------

1. Les idées reçues..... p.14
2. Les usages sociaux du soleil : la cas du genre..... p.14
3. Un sujet de préoccupation : les croyances et les
Comportements des plus jeunes p.15

Présentation de l'enquête	p.16
--	------

Méthode d'enquête	p.17
--------------------------------	------

Structure de l'échantillon	p.18
---	------

Bibliographie	p.19
----------------------------	------

BAROMETRE CANCER 2005

L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) présente les résultats du premier Baromètre cancer. Ce nouveau Baromètre sur le cancer s'inscrit dans le dispositif des enquêtes de l'INPES centré sur l'observation des comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français en matière de santé.

Pour la première fois, plus de **4 000 Français âgés de 16 ans et plus** ont été interrogés sur ce qu'ils pensent du cancer en général, de la prise en charge de cette maladie, sur ce qui selon eux peut provoquer l'apparition d'un cancer, sur ce qu'ils feraient en premier s'ils détectaient des signes leur faisant penser qu'ils pouvaient avoir un cancer et bien d'autres sujets encore en lien avec cette maladie.

Cette grande enquête nationale investit pour la première fois le champ des perceptions et des croyances qui gravitent autour du cancer. Elle s'inscrit dans les priorités du Plan cancer en répondant à l'objectif de mieux *comprendre* cette maladie.

Cette enquête nous enseigne qu'en dépit des progrès préventifs et curatifs, **le cancer demeure encore aujourd'hui la maladie grave par excellence.** 92,3 % des Français le mentionnent parmi les trois maladies qu'ils jugent la plus grave, devant le sida (65,2 %) et les maladies cardio-vasculaires. **Le monde apparaît aux Français potentiellement chargé de facteurs cancérigènes.** Ainsi, quel que soit le facteur proposé (aussi improbable qu'il puisse paraître) au moins quatre personnes sur dix estiment qu'il est certainement ou probablement cancérigène.

Pour près de 90 % des Français de nombreux cancers sont guérissables et la douleur des malades est mieux prise en charge. Mais, sans que ce soit paradoxal, cette perception des progrès de la médecine s'accompagne d'une demande forte de prise en compte de la dimension humaine dans le traitement de la maladie. Ainsi, pour près de 60 % des Français, les médecins s'intéressent plus à la maladie qu'au malade et une même proportion considère que les malades du cancer sont confrontés à des décisions unilatérales du médecin concernant les traitements à suivre.

60 % des Français pensent que l'on est aussi bien soigné dans un hôpital public qu'une clinique privée, mais 45,8 % estiment qu'on est mieux soigné quand on a plus d'argent. Ce sentiment d'inégalité sociale dans le traitement de la maladie est particulièrement ressenti chez les personnes à bas niveau de revenus. Ce sont aussi ces personnes à bas revenus qui sont les plus nombreuses à ne pas consulter un professionnel de santé quand elles ont un signe d'alerte : 12,7 % déclarent préférer attendre pour voir si le symptôme disparaît de lui-même contre seulement 7,8 % parmi les plus hauts revenus.

Concernant les **facteurs de risques liés à la consommation de tabac ou d'alcool**, le déni du risque dont on parle parfois est davantage un déni de son propre risque et non du risque en général. Le consommateur à risque a tendance à relativiser, à minimiser son propre risque et à adopter en quelque sorte une stratégie de défense qui peut du même coup contrecarrer les messages de prévention.

Tous ces résultats et bien d'autres (sur le soleil, le dépistage...) fournissent à l'institut et à tous les organismes intéressés par ces données une meilleure perception des modes de vie de nos contemporains. Le Baromètre Cancer participe ainsi à l'évaluation et à l'orientation des politiques publiques de prévention et d'éducation pour la santé.

CONTACT PRESSE

INPES : Sandra Garnier – Tél. : 01 49 33 23 06 – Email : sandra.garnier@inpes.sante.fr

Comment les Français voient le cancer

1. Une maladie crainte, aujourd'hui comme hier

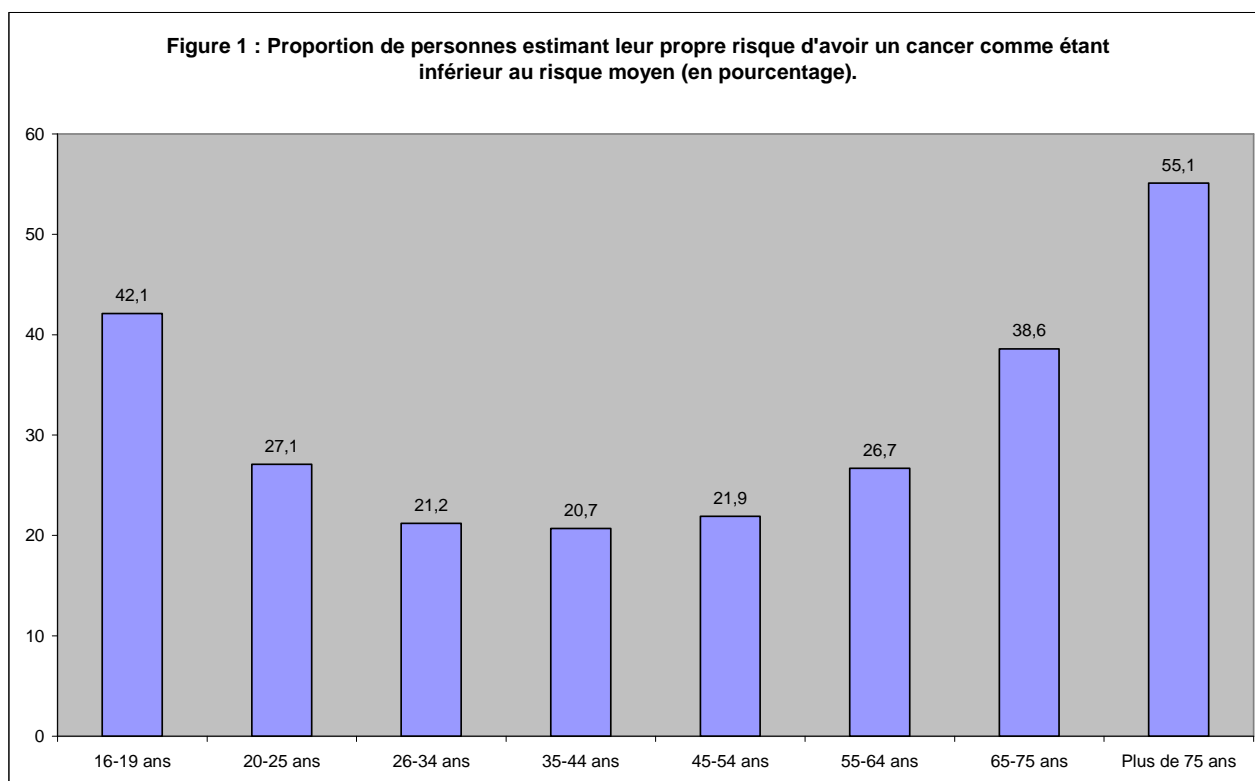
Le cancer est toujours perçu comme la maladie grave par excellence : 92,3 % le mentionnent parmi les trois maladies qu'ils jugent les plus graves, loin devant le sida (65,2 %) ou les maladies cardio-vasculaires (30,1 %). C'est aussi une maladie dont personne n'est à l'abri pour la plupart des enquêtés (95,2 %), et une maladie pas comme les autres pour la majorité d'entre eux (58,2 %). Cette représentation du cancer n'est pas nouvelle. Déjà, au XVII^{ème} siècle, le cancer était considéré comme un « *mal hors du commun par les douleurs qu'il occasionne, une issue presque toujours fatale (...)* », mais aussi comme un mal « *qui n'épargne ni grands ni petits, et personne ne peut se dire exempt d'être attaqué d'un cancer en sa vie* » [1].

2. Un risque perçu différent selon l'âge et son vécu

- Selon l'âge :

Les personnes qui sont en proportion les plus nombreuses à considérer leur risque d'avoir un cancer comme étant inférieur à la moyenne sont les plus jeunes et les plus âgés - **figure 1**.

Pour les premiers, le cancer reste sans doute une menace très lointaine, tandis que les seconds pourraient avoir le sentiment que le risque est désormais derrière eux.



- Selon le mode de vie et l'entourage :

Les fumeurs se jugent plus « à risque » que les non-fumeurs (26,1 % déclarent avoir un risque supérieur à la moyenne de développer un cancer versus 13,2 % des non-fumeurs), même si leur estimation reste inférieure au risque moyen, ce qui rejoint de nombreuses études antérieures [2].

De même, ceux qui ont eu un proche atteint se *sentent plus* « à risque » que la moyenne (20,8 % versus 9,2 %). Cela peut être dû à des raisons objectives, par exemple si un proche parent est atteint d'un cancer réputé pour être souvent héréditaire.

Toutefois, la confrontation soudaine et réelle à cette maladie dans l'entourage est à même de modifier sensiblement le risque perçu pour soi, même lorsque le proche atteint n'est pas un parent et que son cancer n'est pas génétique.

3. Hérité et contagion

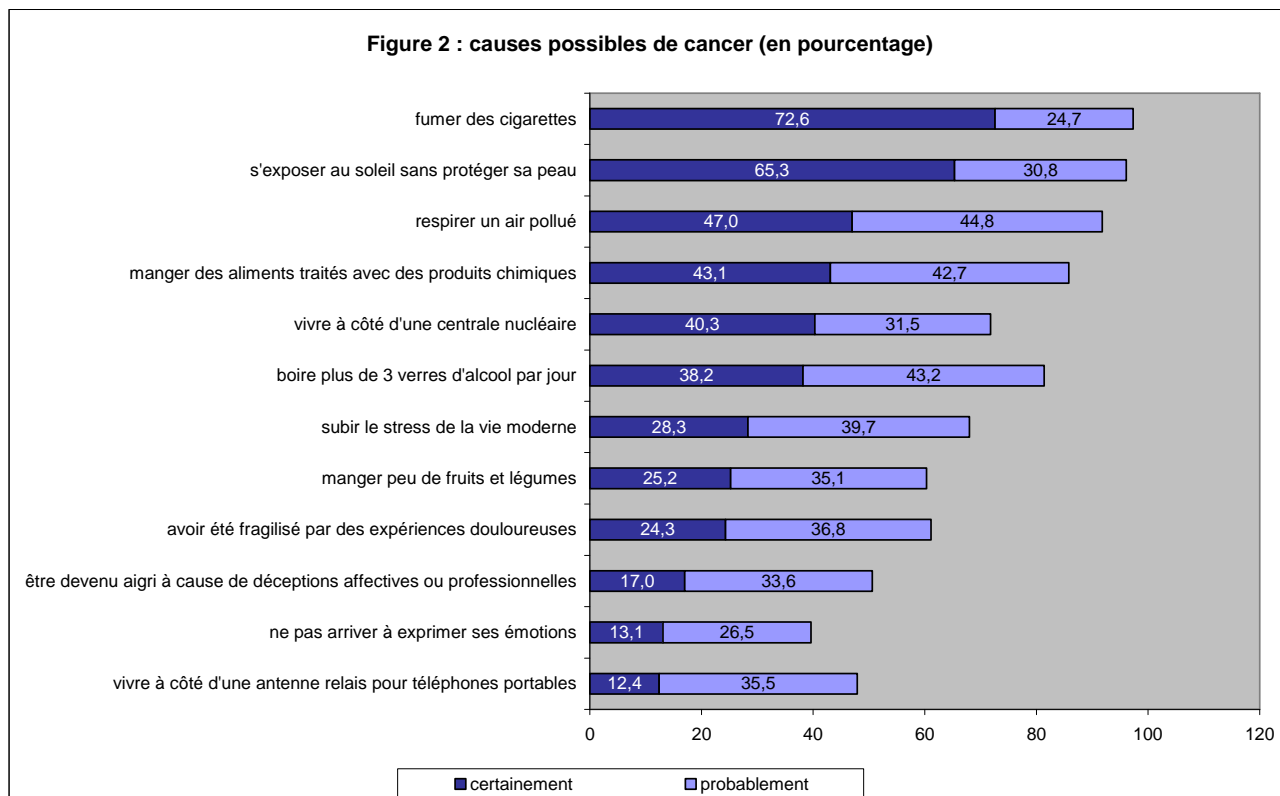
Dans notre enquête, une majorité de personnes juge que le cancer est souvent héréditaire (57,4 %), et une petite minorité pense que certains cancers sont contagieux (6,7 %). Il ne s'agit pas ici d'opposer les bonnes aux mauvaises réponses, même si l'état de la science conduirait à valider partiellement la première opinion et à rejeter clairement la seconde.

La plus grande fréquence de cette seconde opinion parmi les ouvriers (11,4 %) et parmi les chômeurs (10,6 %) peut être une manière d'exprimer un rapport particulier au monde, marqué par un sentiment de vulnérabilité matérielle professionnelle ou affective [3].

4. Les causes de cancer : une prolifération des facteurs

S'agissant des facteurs susceptibles de favoriser l'apparition d'un cancer, un premier constat s'impose : quel que soit le facteur proposé, aussi improbable puisse-t-il paraître, au moins quatre personnes sur dix estiment qu'il est certainement ou probablement cancérigène - **figure 2**.

C'est dire à quel point le public a le sentiment de vivre dans un environnement cancérigène, saturé de substances (produits chimiques, particules en suspension dans l'air, etc.), d'installations (centrales nucléaires, antennes, etc.) ou de conduites (fumer, boire, ne pas manger assez de fruits et légumes, etc.) jugées autrefois anodines, mais désormais désignées comme nocives pour notre santé, tout en reconnaissant également une part non négligeable à la santé psychologique au sens large (stress, émotions, etc.) dans la genèse des cancers.



L'attention portée à ces facteurs traduit en partie le succès des campagnes de prévention mais aussi l'importance de la médiatisation des risques potentiels pour la santé liés par exemple aux centrales nucléaires et aux antennes relais. Toutefois, les campagnes de prévention rencontrent aussi des résistances : ainsi, malgré les messages préventifs qui se sont multipliés ces dernières années, le risque associé à l'alcool reste en retrait, même s'il est perçu par une majorité d'enquêtés (81,4 %).

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

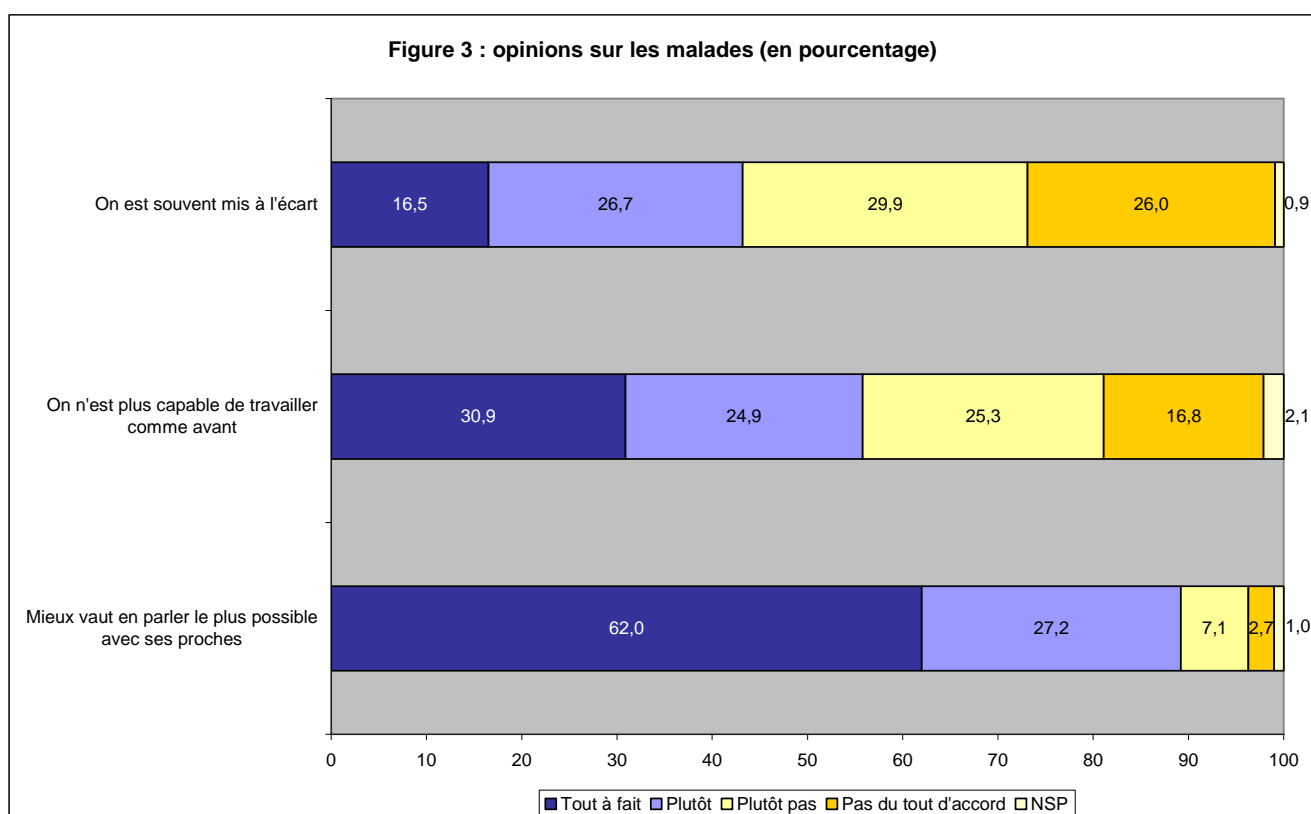
Nos résultats confirment la persistance de représentations péjoratives liées au mot cancer ainsi que la croyance en de multiples – voire nouveaux – facteurs cancérigènes. Bien évidemment ces résultats sont à mettre en regard du risque moyen de développer un cancer au cours de la vie qui correspond objectivement à un risque médical majeur. Pour parler de la prévention, la question revient alors de savoir dans quelle mesure certaines opinions peuvent freiner ou inciter divers comportements jugés bénéfiques ou au contraire nocifs pour la santé.

En outre, nos résultats suggèrent aussi que la prolifération des risques perçus peut permettre à certains individus de relativiser un risque spécifique. Ainsi, les fumeurs et les consommateurs quotidiens d'alcool sont-ils surreprésentés dans les profils d'individus qui jugent cancérigènes de nombreux facteurs comportementaux, mais aussi environnementaux et/ou psychologiques.

Perception de la prise en charge médicale

1. Le cancer et l'entourage

Parler de sa maladie dans son entourage n'est plus tabou autant que cela pouvait l'être il y a quelques décennies¹, mais devient au contraire souhaitable pour 89,2 % de la population – **figure 3**. Par ailleurs, un peu plus d'une personne sur deux estime que le cancer induit une limitation de la capacité de travail des malades (55,8 %). On sait que le maintien ou la reprise d'une activité professionnelle est un facteur essentiel de la réhabilitation sociale des malades, de leur retour à une vie « normale », mais aussi d'une amélioration de leur bien-être psychique, d'une reprise de confiance.



2. La guérison

Si le cancer continue sans doute de cristalliser les angoisses des sociétés modernes et se présenter sous les traits d'un fléau – ne serait-ce que par les progrès continus de son incidence –, néanmoins son association avec la mort est peut-être en train de se distendre sous l'effet des progrès thérapeutiques accomplis ces dernières décennies. Ainsi, une très forte majorité des personnes interrogées (86,2 %) estiment qu'on sait guérir de nombreux cancers aujourd'hui. Rappelons, à titre indicatif, que le rapport de la mortalité observée par cancer sur son incidence estimée, toutes localisations confondues, est pour les deux sexes de 53,9 %, ce qui suggère que près d'un cancer sur deux est actuellement guéri² (ratio meilleur chez les femmes : 49,2 %, que chez les hommes : 57,3 %). Ce rapport était de 73,5 % en 1980 et de 64,3 % en 1990. Il varie en outre sensiblement selon la localisation tumorale [6].

¹ On pouvait ainsi encore écrire en 1984, à propos du cancer : « Il est rare aussi que les malades s'expriment sur leur mal » [4], dans toutes les acceptions du verbe « s'exprimer ».

² Le suivi d'un échantillon de 4 166 patients en Ile-de-France, dont le cancer a été diagnostiqué en 1994 (cohorte Petri) a montré que, tous cancers confondus, la survie relative à cinq ans était de 65 % pour les femmes et de 51 % pour les hommes [5].

3. L'information

70 % des enquêtés se disent bien informés sur le cancer. Cela peut contribuer sinon à sa banalisation du moins à une certaine démythification de cette maladie [7], puisque ceux qui se disent bien informés sur le cancer sont plus nombreux à considérer qu'il s'agit d'une maladie comme les autres (44,3 % vs 33,1 % de ceux qui se disent mal informés).

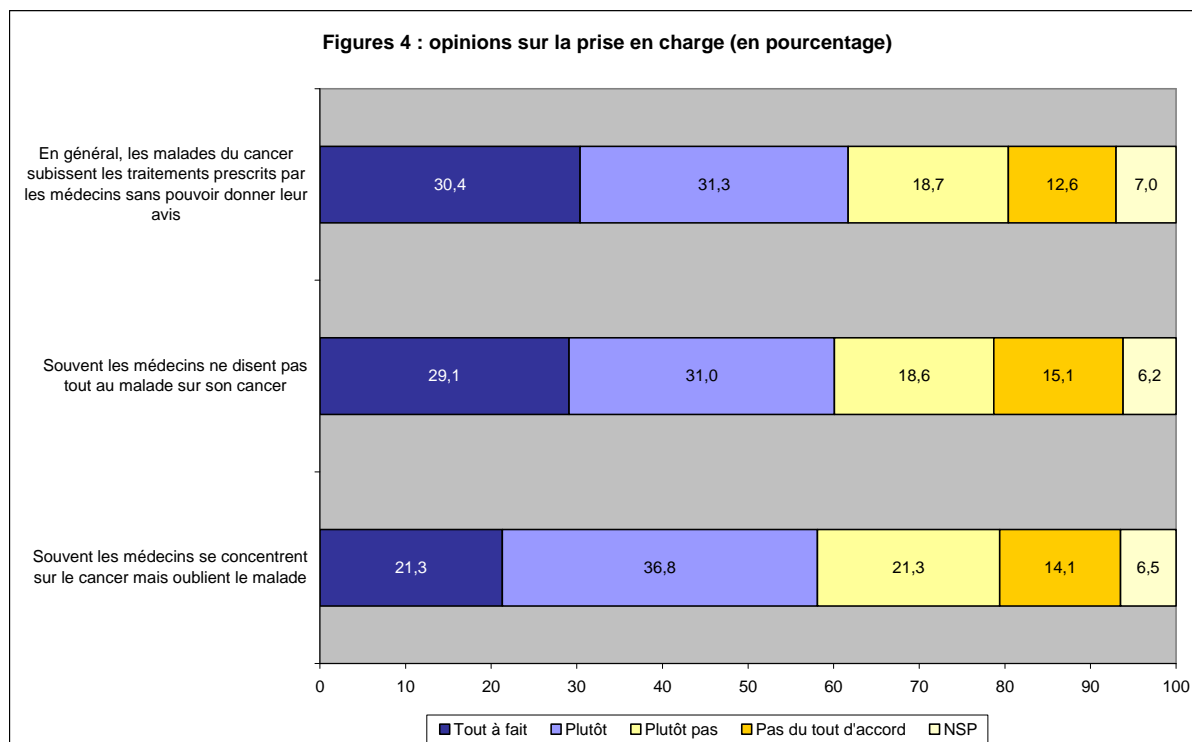
4. La perception générale de la prise en charge

Dans l'ensemble, la perception de la prise en charge médicale du cancer apparaît assez critique. La représentation dominante de l'oncologie médicale, pour trois personnes sur cinq, est celle d'une pratique qui s'intéresse plus à la maladie qu'au malade (58,1 %), où la dimension technoscientifique, prime sur l'aspect humain de la clinique, selon un schéma déjà ancien de critique de la médecine. Sans doute cette perception est-elle liée à la sophistication technique des moyens diagnostiques et thérapeutiques mis en œuvre pour lutter contre la maladie.

5. Le rapport au médecin

Trois enquêtés sur cinq pensent que le médecin ne délivre pas la totalité de l'information sur sa maladie au patient (60,1 %). On ne peut être certain, à partir d'une telle réponse, que « tout dire » au malade sur sa maladie, en particulier quand le pronostic est des plus sombres, soit souhaitable pour quiconque. Quatre malades sur cinq (81,2 %) et trois proches de malade(s) sur cinq (59,4 %) estiment que les patients disposent de suffisamment d'information sur la maladie au cours de leur prise en charge.

Une proportion du même ordre (61,7 %) voit les malades du cancer confrontés à une décision unilatérale du médecin concernant les traitements à suivre – **figure 4**. Là aussi, ce résultat ne signifie pas pour autant que la participation à la décision thérapeutique ou vouloir donner son avis sur le choix des traitements, est un souhait partagé dans la même proportion par les patients. Une enquête française menée en 2001 auprès de 1 870 patientes dans quatre-vingt-cinq centres de soins révèle ainsi que 63 % d'entre elles se sont vu offrir la possibilité de choisir entre différentes options de traitements, mais 18 % d'entre elles seulement ont effectivement participé à la décision thérapeutique [8].



6. Le traitement

L'amélioration de la prise en charge de la douleur des malades du cancer, symptôme ou effet secondaire des traitements souvent évoqué comme des plus gênants pour les malades (avec la fatigue), est manifeste pour une large majorité des enquêtés (87 %). Sans toutefois que l'on puisse préciser la période de comparaison que suppose l'adverbe « aujourd'hui » dans la formulation de la question, mais on peut observer que cette perception d'une amélioration s'accroît avec l'âge, notamment de 45 à 75 ans, ce qui implique la possibilité de plusieurs décennies de recul chez ces répondants.

Le sentiment d'inégalités sociales dans la prise en charge médicale du cancer persiste, puisque près d'un enquêté sur deux (45,8 %) estime qu'on est mieux soigné quand on a plus d'argent. Ce sentiment est plus aigu chez ceux qui ont les plus faibles niveaux de revenus, c'est-à-dire chez ceux qui ont le plus à pâtir de ces inégalités.

1. Le projet d'arrêt du tabagisme

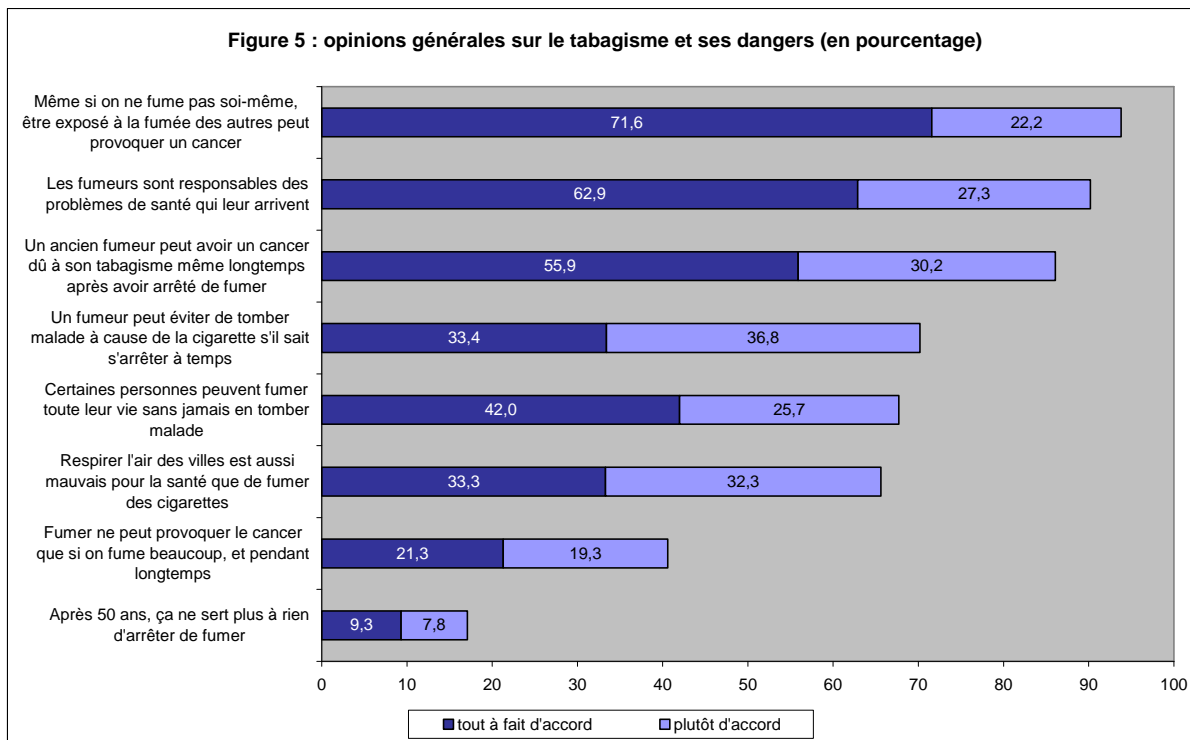
En amont de l'arrêt effectif, le projet d'arrêter est plus fréquent parmi les fumeurs qui ont discuté du tabac avec leur médecin au cours de l'année (88,4 % versus 75,5 %). Dès lors, il importerait d'inciter les médecins à initier davantage de telles discussions avec leurs patients. En effet, d'après nos résultats, même pour les fumeurs les plus âgés et pour ceux qui ont les plus grosses consommations de cigarettes, moins de 50 % ont discuté du tabac avec leur médecin au cours de l'année, et le plus souvent cette discussion a été initiée par le fumeur, non par le médecin.

2. Juger le tabagisme dangereux n'est pas juger son propre tabagisme dangereux

Il s'agit ici de comparer les seuils de consommation que les fumeurs estiment à risque avec leur propre consommation. Il apparaît ainsi que même si les fumeurs reconnaissent pour la plupart que fumer des cigarettes favorise certainement l'apparition d'un cancer (97,9 %), ils associent généralement ce risque à des seuils supérieurs à leur propre consommation : près de 70 % estiment qu'ils ne fument pas assez, ou pas depuis assez longtemps, pour être exposés à un risque élevé de cancer dû au tabac.

3. Le déni du risque tabagique

Plusieurs études ont déjà mis en évidence la capacité des fumeurs à adhérer à des croyances qui leur permettent de nier ou de relativiser les risques auxquels ils s'exposent [9,10,11]. Les opinions sur le tabagisme présentées ici ne sont pas forcément « justes » ou « fausses », mais elles sont suffisamment ambiguës et convaincantes pour susciter l'adhésion et dès lors nourrir efficacement un déni du risque tabagique – **figure 5**.



Ainsi, il est exact que la pollution de l'air provoque des cancers, même si ceux-là ne sont pas forcément aussi nombreux que ceux causés par le tabac, et il est bien vrai que certaines personnes fument toute leur vie sans jamais en tomber malade. Mieux encore, l'idée selon laquelle un fumeur peut se soustraire aux effets nocifs du tabac s'il sait s'arrêter à temps est un message clé des campagnes d'information qui essaient de promouvoir l'arrêt.

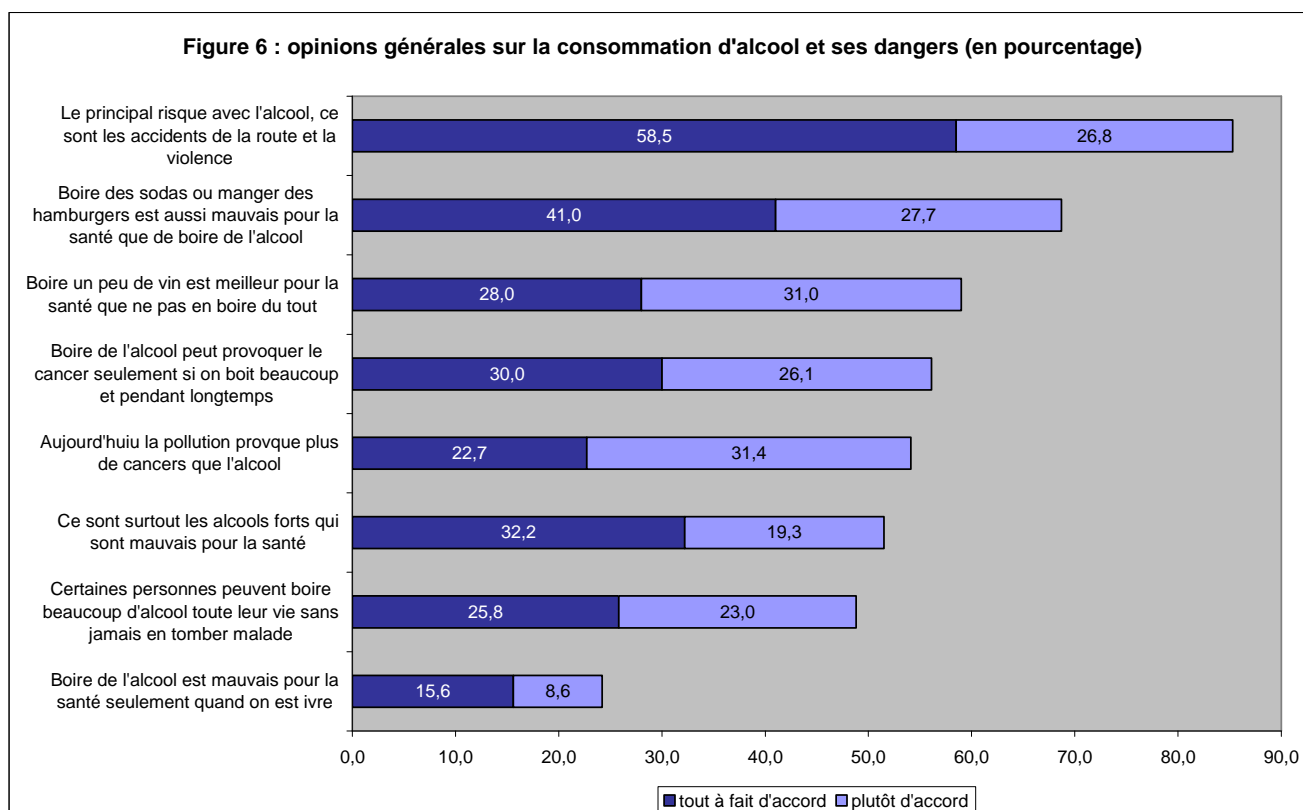
4. Des connaissances souvent erronées

Fumeurs et non-fumeurs se disent généralement « bien informés » (90,3 %), mais du point de vue des données validées en santé publique ils ont des connaissances souvent erronées, par exemple concernant la croyance en un seuil de dangerosité pour le tabac. En outre, ces croyances sont souvent calées sur l'observation de leur propre comportement, ce qui les rend sans doute plus difficiles à remettre en cause.

Par ailleurs, il apparaît que les fumeurs disposent de tout un arsenal argumentatif pour nier ou relativiser ce risque pour eux-mêmes, tout en l'acceptant pour les fumeurs en général. Ce déni du risque ne reflète pas simplement un manque d'information, il s'apparente aussi à une capacité cognitive développée et entretenue par les fumeurs ; aussi, les actions de prévention ne devront-elles pas sous-estimer l'aptitude des fumeurs à maintenir ou adapter leur déni du risque tabagique .

1. Le déni du risque alcoolique

Les personnes interrogées estiment pour la plupart que boire plus de trois verres d'alcool par jour favorise l'apparition d'un cancer (81,4 %). Toutefois, notre enquête montre aussi que les enquêtés sont nombreux à adhérer à des opinions qui ne sont pas forcément « fausses » – **figure 6**, mais qui peuvent toutes, à un degré ou à un autre, nourrir un déni du risque associé à l'alcool, en le minimisant, en le relativisant, en mettant l'accent sur les effets criminogènes de l'alcool, ou encore en différenciant les types d'alcool selon leurs effets, par exemple en valorisant le vin et en dépréciant les alcools forts.



Cette interprétation en termes de déni du risque est renforcée par le fait que ces opinions sont liées. En effet, ces opinions sont corrélées positivement deux à deux : autrement dit une personne qui partage l'une de ces opinions a plus de chances d'adhérer également aux autres.

Au total, huit enquêtés sur dix partagent au moins trois de ces opinions, la moitié en partage au moins cinq, et un tiers des personnes interrogées se disent simultanément d'accord avec au moins six de ces assertions.

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

2. Déni du risque et campagnes médiatiques

Certaines de ces opinions, même minoritaires, prennent clairement le contre-pied des messages préventifs diffusés ces dernières années : cantonner le risque alcoolique à l'ivresse (alors que l'un des slogans des campagnes de prévention menées en 2004 était : « L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir »), ou incriminer les seuls alcools forts (tandis que les campagnes de prévention tentent de promouvoir l'idée d'une équivalence entre les différents types d'alcool, en

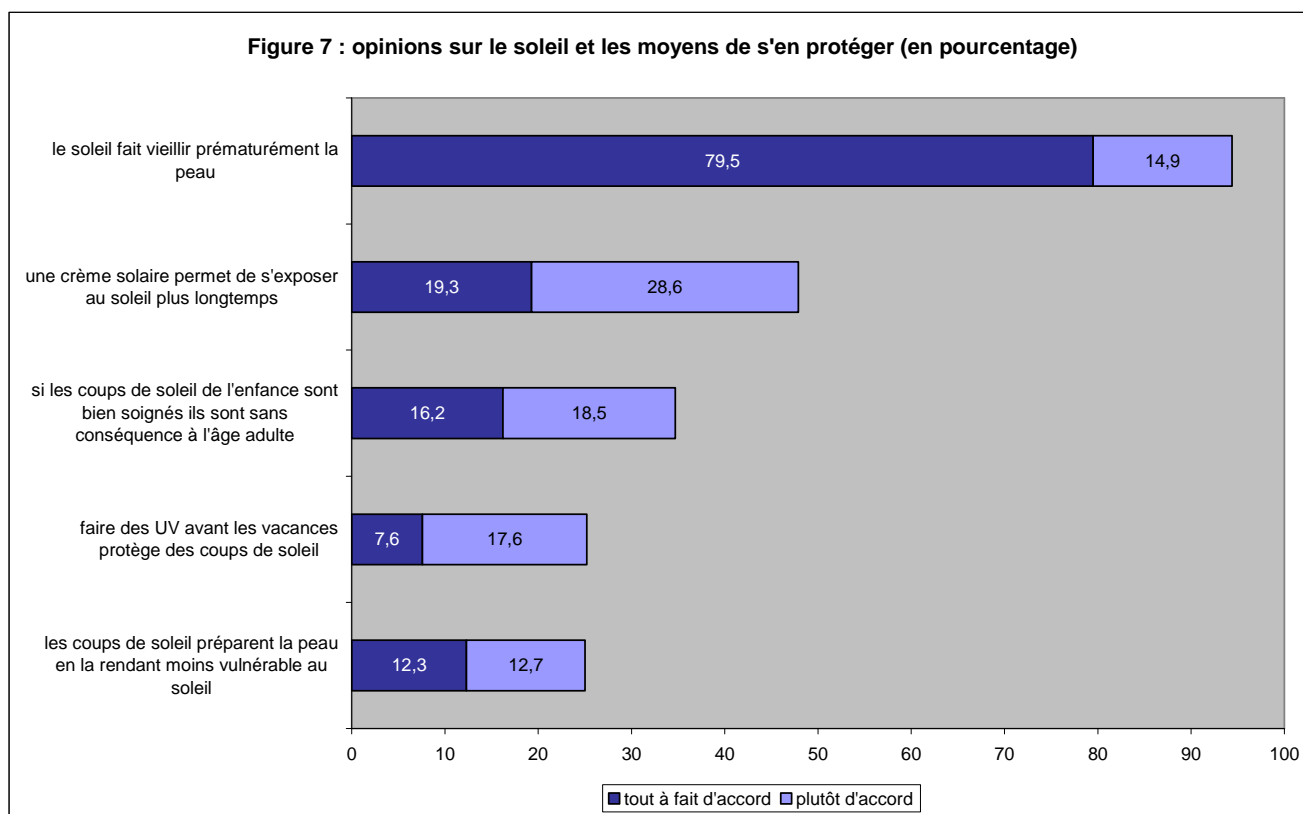
particulier du point de vue des quantités consommées à l'unité : « Il y a la même quantité d'alcool dans un demi de bière, une coupe de champagne, un ballon de vin, un verre de pastis... »).

Par ailleurs, il faut également mentionner la médiatisation des effets bénéfiques du vin sur la santé, médiatisation assurée principalement par les producteurs vinicoles, qui trouvent un certain écho dans l'opinion, puisque lors d'une enquête réalisée en 2000, 44 % des Français interrogés jugeaient qu'une consommation modérée de vin rouge protège de certaines maladies, en particulier les maladies cardio-vasculaires [12].

Cet ensemble de messages compose des repères de consommation pour le moins subtils, qui à leur insu, peuvent contribuer à nourrir un déni du risque alcoolique.

1. Les idées reçues

S'agissant des idées reçues relatives aux coups de soleil, environ un Français sur quatre estime que le bronzage artificiel prépare la peau (25,2 %) et la protège donc des coups de soleil, tandis que l'opinion selon laquelle les coups de soleil de l'enfance sont sans conséquences s'ils sont bien soignés concerne 34,7 % des Français – **figure 7**.



Concernant les moyens mis en œuvre pour se protéger du soleil, le choix de mettre ou de ne pas mettre un chapeau, une casquette, des lunettes de soleil ou un vêtement dépend sans doute avant tout de considérations esthétiques immédiates, au moins pour une partie de la population.

2. Les usages sociaux du soleil : le cas du genre

Cette dernière remarque permet de mieux comprendre pourquoi les facteurs sociodémographiques associés aux connaissances et aux comportements ne donnent pas forcément à voir des profils cohérents. Par exemple, dans notre enquête, les femmes ont généralement de meilleures connaissances que les hommes (concernant notamment les heures dangereuses (53,1 % versus 38,1 % chez les hommes), le vieillissement prématuré de la peau (96,2 % versus 92,4 %), les conséquences des coups de soleil (20,7 % déclarent qu'ils protègent la peau versus 29,6 % des hommes), elles examinent plus fréquemment leur peau à la recherche d'une éventuelle anomalie (34 % le font régulièrement versus 20 %), elles mettent plus souvent des lunettes de soleil (48,6 % le font systématiquement contre 34,2 % des hommes) ou de la crème solaire (18,9 % vs 7,7 %) alors qu'elles se protègent moins souvent en portant un chapeau ou une casquette (20,0 % vs 26,1 %).

3. Un sujet de préoccupation : les croyances et les comportements des plus jeunes

Nos résultats montrent aussi que les plus jeunes semblent particulièrement exposés au « risque solaire ». En effet, les plus jeunes, et en particulier les 16-19 ans, s'avèrent les moins bien informés sur les heures durant lesquelles l'exposition au soleil est dangereuse (26,9 %), mais aussi les moins enclins à se protéger en utilisant des lunettes de soleil (20,2%), un chapeau ou une casquette (11,9 %), ou en évitant les heures les plus ensoleillées (8,8 %).

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

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

Présentation de l'enquête

Le Baromètre cancer est la première enquête sur les comportements, attitudes, opinions et connaissances des Français dans le domaine du cancer. Réalisée par téléphone auprès de la population générale âgée de 16 ans et plus, cette enquête s'inscrit dans la lignée des enquêtes barométriques de l'INPES (Baromètre santé population générale, Baromètre santé professionnels de santé, Baromètre santé nutrition, etc.). Riche de plus de 120 questions, cette enquête participe à l'objectif de mieux comprendre cette maladie, un des six chapitres prioritaires du plan cancer.

Cette étude a été réalisée par :

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

En partenariat avec :

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

Et, avec le concours de :

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

L'Institut national du cancer (Inca),

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm 357),

L'Institut national de veille Sanitaire (InVS),

La Ligue nationale de lutte contre le cancer (LNLCC),

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

La Mission interministérielle de lutte contre le cancer (Milc),

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

Auteurs :

Norbert Amsellem, sociologue (Inca),

Rosemary Ancelle-Park, médecin-épidémiologiste (InVS),

Juliette Bloch, médecin-épidémiologiste (InVS),

Nicolas Duport, médecin-épidémiologiste (InVS),

Arnaud Gautier, biostatisticien (INPES),

Hélène Goulard, épidémiologiste (InVS),

Philippe Guilbert, économètre (INPES),

Patrick Peretti-Watel, Sociologue (ORS Paca-UMR 379),

Corinne Régnard, démographe (INPES).

Méthode d'enquête

Le Baromètre cancer 2006 est un sondage aléatoire réalisé par téléphone par l'institut de sondages Atoo. L'enquête s'est déroulée du 26 avril au 15 juin 2005, tous les jours de la semaine sauf le dimanche, de 16 heures à 21 heures (de 10 heures à 18 heures le samedi). Les différents taux de refus observés à la fin de l'enquête sont conformes aux différentes enquêtes réalisées ces dernières années. Au final, 4 046 personnes francophones et âgées de 16 ans ou plus ont été interrogées. Les 226 personnes soignées dans leur vie (ou au moment de l'enquête) pour un cancer, n'ont pas répondu à la totalité du questionnaire.

- Taux de refus ménage : 25,4%

(% de personnes qui décrochent le téléphone et refusent qu'une personne de son ménage participe à l'enquête).

- Taux de refus individu : 7,8%

(% de personnes qui une fois sélectionnées refusent de participer à l'enquête).

- Taux d'abandon : 6,3%

(% de personnes qui ne finissent pas le questionnaire)

Structure de l'échantillon

Observé et obtenu après pondération et redressement selon certaines caractéristiques (en %)

En %	n=4 046	
	Brut	Pondéré et redressé ¹
Sexe		
○ Hommes	40,1	47,9
○ Femmes	59,9	52,1
Age		
○ 16-19 ans	7,4	6,7
○ 20-25 ans	8,2	9,5
○ 26-34 ans	16,3	16,1
○ 35-44 ans	19,7	18,1
○ 45-54 ans	14,8	17,3
○ 55-64 ans	15,1	11,6
○ 65-75 ans	12,1	12,1
○ 76 ans et plus	6,4	8,6
Taille d'agglomération		
○ Commune rurale	28,8	24,6
○ Moins de 20 000 hab.	18	16,7
○ De 20 000 à 100 000 hab.	12	13,4
○ De 100 000 à 200 000 hab.	5,6	5,6
○ 200 000 hab. et plus	22,2	23
○ Agglomération parisienne	13,1	16,4
○ Non renseignée	0,3	0,3
Région		
○ Ile-de-France	14,8	18,3
○ Bassin parisien ouest	10	9,9
○ Bassin parisien est	8,1	7,8
○ Nord	6,9	6,6
○ Ouest	15,2	13,3
○ Est	9,7	8,8
○ Sud-Ouest	12,7	10,9
○ Rhône-Alpes	11,1	11,9
○ Méditerranée	11,2	12,2
○ Non renseignée	0,3	0,3

1. Le redressement est réalisé à partir des données du recensement 1999 de l'Insee. La pondération correspond quant à elle au nombre de personnes éligibles du ménage.

Bibliographie

- [1] Le Brun J. Cancer serpit. Recherches sur la représentation du cancer dans les biographies spirituelles féminines du XVIIIème siècle. *Sciences Sociales et Santé* 1984 ; 2(2) : 9-31.
- [2] Sutton S.R. How accurate are smokers' perceptions of risk? *Health, Risk & Society* 1999; 1(2): 223-30.
- [3] Douglas M. Risk and Blame. *Essays in cultural theory*. Londres : Routledge, 1992.
- [4] C. Herzlich, J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984, p. 87.
- [5] F. Chinaud, L. Slota, M. Souques et al., "Survie à cinq ans des patients ayant eu un diagnostic de cancer en 1994 en Ile de France", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2005, 5, 53, pp. 477-490.
- [6] L. Remontet, A. Buemi, M. Velten, E. Jouglu, J. Esteve, Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, *InVS*, 2002.
- [7] F. Steudler, "La fin d'un mythe", in Henri Pujol, Simon Schraub, Daniel Serin (dir.), *Les enjeux de la prise en charge des malades du cancer*, Paris, Flammarion, 1997.
- [8] D. Serin, J.M. Dilhuydy, P. Romestaing et al., "Parcours de femmes 2001. Enquête française sur la prise en charge globale de la maladie, auprès de 1870 patientes atteintes de cancers mammaires ou gynécologiques et de leurs soignants", *Oncologie*, 2004, 6, pp. 494-504.
- [9] Oakes W., Chapman S., Borland R., Balmford J., Trotter L. "Bulletproof skeptics in life's jungle": which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? *Preventive Medicine* 2004 ; 39 (4) : 776-82.
- [10] Chapman S., Wong W.L., Smith W. Self-exempting beliefs about smoking and health: Differences between smokers and ex-smokers. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 215-19.
- [11] Grémy I., Halfen S., Sasco A., Slama K. *Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac*. Paris : ORSIF, 2002.
- [12] Anonyme. Enquête ONIVINS INRA 2000. La consommation modérée de vin et ses effets sur les maladies : les Français ont-ils un avis sur la question ? *ONIVINS Infos* 2001, 84 (juin).