

BAROMÈTRE CANCER 2015

CANCER ET FACTEURS DE RISQUE

Opinions et perceptions de la population française

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, le nombre de nouveaux cas de cancers n'a cessé de progresser en Europe. En France, bien que l'on constate une baisse de la prévalence chez les hommes et un ralentissement de la progression chez les femmes, du fait des évolutions démographiques et de l'exposition aux facteurs de risque, l'incidence du cancer a doublé sur les trente dernières années [1, 2]. Au début des années 2000¹, le cancer constituait la deuxième cause de mortalité derrière les maladies cardiovasculaires. Aujourd'hui, bien qu'une amélioration de la survie à cinq ans soit observée [3], le cancer reste la première cause de mortalité prématurée en France. Face à cet enjeu majeur de santé publique, la France a mené une politique volontariste à travers les différents plans cancer. L'une des actions du Plan cancer 2014-19 (action 9.17) porte sur le renouvellement du Baromètre cancer, étude nationale qui vise à analyser les représentations/croyances de la population vis-à-vis des cancers et leurs évolutions au cours du temps.

C'est parce que les représentations sociales développées autour du cancer et des facteurs de risque peuvent guider nos comportements, tant à l'égard des malades que de la prévention de la maladie, qu'il est essentiel de les étudier. En effet, les représentations constituent une vision fonctionnelle du monde qui permet à un individu d'orienter ses comportements, de leur donner sens et de comprendre son

environnement à travers son propre système de référence [4]. Ces formes de connaissances qui renvoient notamment aux opinions, perceptions, et plus largement à des « théories profanes », ne sont ni vraies, ni fausses, ni bonnes, ni mauvaises ; il s'agit de conceptions autres que celles de la science : elles sont un guide pour l'action des individus et les relations sociales [5]. En ce sens, le caractère social des représentations provient à la fois de leur système d'élaboration, de partage et de leurs fonctions dans le rapport aux autres et à l'environnement [6] : s'intéresser aux représentations du cancer et des facteurs de risque ne revient donc pas à mesurer les connaissances scientifiques/les connaissances objectives des individus, mais à mettre en évidence la façon dont les individus perçoivent cette maladie et ses déterminants. Dans la perspective des représentations, le caractère fondamental des croyances se pose par leur présence dynamique dans la vie sociale. C'est le pouvoir des croyances qui fournit la force à travers laquelle les représentations constituent les réalités pour les individus [7]. Ainsi, la façon dont un individu va se représenter le cancer et les facteurs de risque va impacter d'une part ses comportements – si par exemple un individu pense que le cancer est héréditaire et que l'on ne peut rien faire pour l'éviter, pourquoi adopterait-il des comportements protecteurs de santé ? – et d'autre part ses interactions sociales – penser que le cancer est contagieux pourrait engendrer des comportements de stigmatisation ou d'isolement des malades [8]. Aussi, de nombreux modèles montrent le rôle des représentations et croyances de santé sur les comportements individuels [modèle des croyances de santé [9], théorie des comportements planifiés] [10, 11], et soulignent que ces représentations sont évolutives dans le temps [12].

1. En France, le cancer est devenu la première cause de décès devant les maladies cardiovasculaires, en 1988 chez l'homme et en 2002 chez la femme.

Il existe une littérature scientifique abondante sur les représentations des patients atteints de cancer et les personnes à haut risque de cancer [13-16]. L'on remarque également dans la littérature des études en population générale, qui ont été conduites dans différents pays [17, 18]. En France, le Baromètre cancer de l'Institut national du cancer (INCa) et de Santé publique France est la seule étude répétée réalisée sur cette population. Cette étude concerne un très large spectre de domaines dans le champ du cancer. Le présent travail porte sur des données

extraites des Baromètres cancer 2015, 2010 et 2005. Il vise à mettre en évidence les représentations de la population générale et des personnes atteintes ou ayant eu un cancer sur cette maladie et la perception des facteurs de risque. Les résultats de l'enquête de 2015 seront présentés, suivis d'une analyse comparative avec les données de 2010 et 2005. Elle visera à souligner les évolutions au cours de ces périodes. En conclusion, des pistes de réflexion seront proposées pour pouvoir questionner les politiques et faire évoluer les pratiques de façon adéquate.

Méthodologie

Les données sont issues des Baromètres cancer 2005, 2010 et 2015. La méthode de l'enquête 2015 est décrite dans un chapitre dédié (19).

Population

L'échantillon de l'édition 2015 compte 4 139 personnes âgées de 15 à 85 ans, dont 375 ont déjà été ou sont soignées pour un cancer. Les questions concernant la perception des facteurs de risque de cancer ont été posées aux personnes n'étant pas actuellement ou n'ayant jamais été soignées pour un cancer. Une question ouverte sur le mot « cancer » a été posée à un tiers de l'échantillon sélectionné de manière aléatoire.

Comparaisons 2005-2010-2015

Les personnes interrogées ayant plus de 85 ans (interrogées uniquement en 2005), ainsi que celles ayant 15 ans (interrogées uniquement en 2010 et 2015) n'ont pas été prises en compte dans les comparaisons. L'échantillon des 16-75 ans pour 2005, 2010 et 2015 regroupe respectivement 3 736, 3 392 et 3 817 individus. Seules les questions posées de manière strictement identique entre 2005 et 2015 ou 2010 et 2015 ont été exploitées pour la partie comparaison.

Analyses statistiques

Le logiciel SAS entreprise guide 7.13 a été utilisé pour les analyses statistiques.

Des tests du Chi² ont été effectués, afin de comparer les différences de proportions concernant les perceptions en fonction de caractéristiques de la population d'étude. Des odds ratios ont été calculés pour mesurer

l'effet de variables sociodémographiques et de comportements ; les variables ont été ajustées sur l'âge et le sexe. Pour calculer les odds ratios, les « ne sait pas », vu leur faible représentation, ont été considérés comme données manquantes.

Analyse qualitative

Une analyse thématique a été menée sur l'ensemble des premiers mots cités pour la question ouverte par les personnes interrogées, afin de faire ressortir uniquement le terme le plus accessible.

Variables

Les questions concernant la perception des facteurs de risque de cancer étaient proposées dans un ordre aléatoire. Les personnes interrogées devaient indiquer si elles pensaient que ces facteurs pouvaient favoriser l'apparition d'un cancer (« certainement », « probablement », « probablement pas », « certainement pas », « ne sait pas / pas de réponse »).

Les questions portant sur l'opinion générale des cancers étaient aussi posées dans un ordre aléatoire et les interviewés indiquaient s'ils étaient « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas du tout d'accord », « ne sait pas » avec l'opinion proposée.

Les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) : en 2015, les agriculteurs exploitants ne représentant que 1,6 % de l'échantillon ont été regroupés avec les artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Les retraités et les chômeurs se sont vu attribuer leur dernière PCS.

Le statut marital : étaient considérées « en couple » les personnes mariées, remariées, pacées, en union libre ou en concubinage.

* La question posée est « Quand je vous dis le mot cancer, quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit ? ».

RÉSULTATS

LES OPINIONS SUR LE CANCER

Les personnes de l'échantillon ont été interrogées sur leurs conceptions des maladies les plus graves, sur leur adhésion à différentes idées répandues sur le cancer et une analyse de l'évolution de l'adhésion à ces idées au cours des dernières années a été conduite. De plus, des questions sur leurs perceptions des localisations cancéreuses les plus fréquentes et les plus graves ont été posées. De même, leurs univers sémantiques relatifs au cancer ont été mis en évidence. Enfin, un item a permis d'explorer la perception des Français de leur risque de développer un cancer.

Une maladie perçue comme l'une des plus graves

Lorsque l'on demande aux enquêtés de citer les trois maladies qu'ils jugent les plus graves (Figure 1), il ressort que plus de 96 % citent le cancer, loin devant le VIH-SIDA (40,5 %), les maladies cardiovasculaires (31,5 %), la maladie d'Alzheimer (22,2 %) et le diabète (10,2 %).

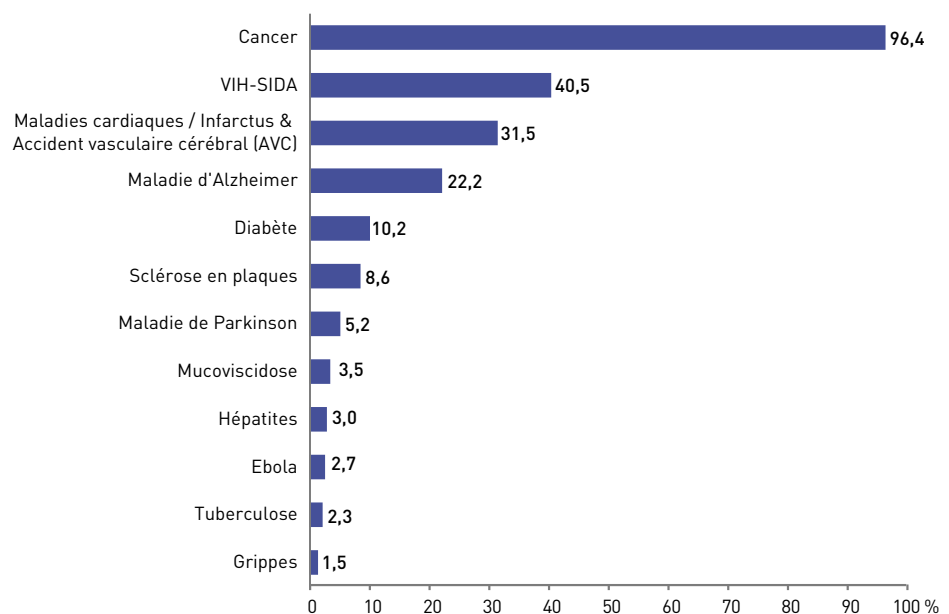
Plus de 96 % des Français citent le cancer comme la maladie la plus grave

(10,2 %). Le fait de citer le cancer comme étant l'une des trois maladies les plus graves ne varie pas selon l'expérience personnelle ou celle d'un proche atteint de cancer (expérience passée ou présente, pour soi ou un proche) ; par ailleurs, cette perception de la gravité du cancer est homogène dans l'ensemble des classes d'âge. En revanche, la perception de gravité du cancer est liée au sexe, les femmes étant plus enclines à citer le cancer comme l'une des trois maladies les plus graves. De même, on observe que les personnes sans diplôme, sans emploi ou ayant un revenu inférieur à 1 500 euros par mois citent significativement moins le cancer comme étant l'une des trois maladies les plus graves.

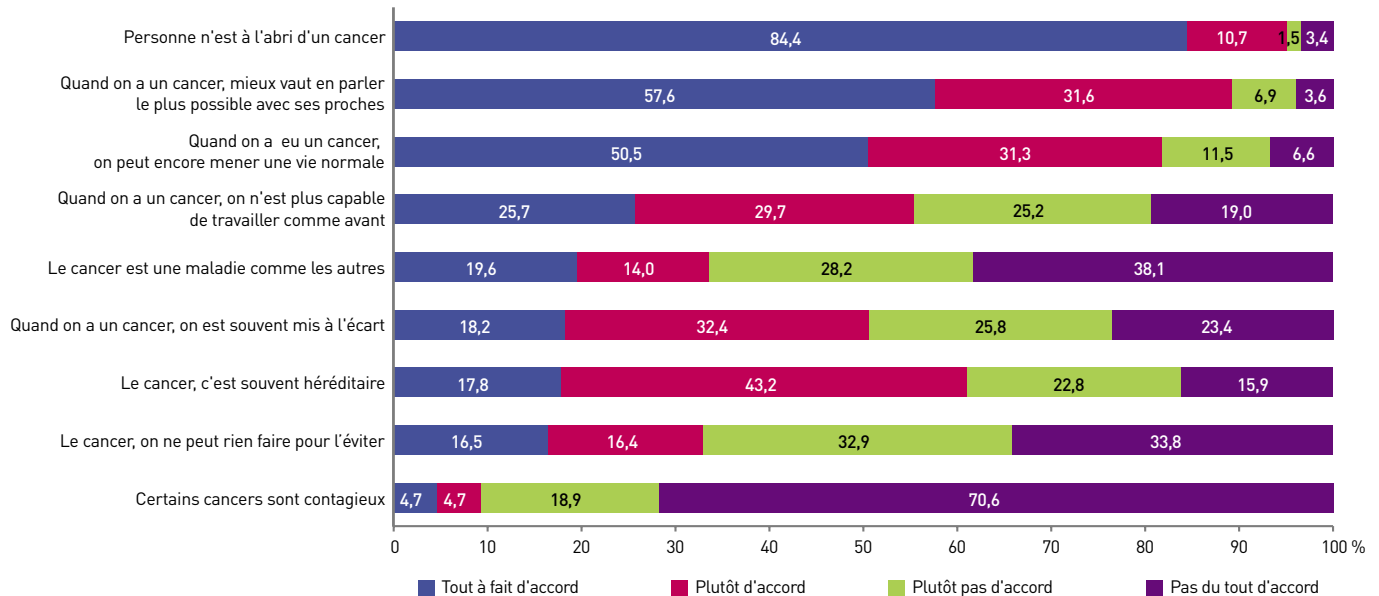
Une maladie qui concerne tout le monde

Afin d'étudier les représentations au sujet du cancer, des propositions ont été soumises aux enquêtés : issues des précédentes versions du Baromètre cancer INCa/Santé publique France, elles sont présentées dans la figure 2. L'analyse de cette figure montre que trois propositions suscitent une large adhésion : « personne n'est à l'abri d'un cancer », « quand on a un cancer, mieux vaut en parler le plus possible avec ses proches » et « quand on a eu un cancer, on peut encore mener une vie normale ». À l'inverse, la proposition « certains cancers sont contagieux » suscite un large rejet puisque ce sont environ 90 % des enquêtés qui considèrent que le cancer n'est pas contagieux.

FIGURE 1 | Maladies citées comme faisant partie des trois plus graves (n = 4 139)



Note de lecture : seuls les douze premiers résultats sont présentés afin de faciliter la lecture. Trois ne sont pas présentés (paludisme, chikungunya et infections nosocomiales) : ils représentent moins de 0,60 % des répondants.

FIGURE 2 | Opinions générales sur le cancer 2015 (n = 3 764)

Les enquêtés sont 61,0 % à considérer qu'il s'agit d'une maladie héréditaire et ils rejettent majoritairement l'idée que l'on ne puisse rien faire pour éviter un cancer ou que le cancer soit une maladie comme les autres (respectivement 66,7 % et 66,3 %). Les avis sont plus partagés quant à l'impact du cancer sur la vie professionnelle et sociale : 55,4 % des personnes interrogées considèrent que l'on n'est plus capable de travailler comme avant suite à un cancer et 50,6 % estiment que le cancer est source d'isolement.

Des évolutions en dix ans sur la dimension héréditaire, le sentiment d'isolement et la contagiosité

Les évolutions de l'adhésion aux propositions présentées ci-dessous ont quasiment toutes été analysées sur dix ans (Figure 3). Parmi ces neuf propositions, trois apparaissent comme consensuelles et s'avèrent des plus stables dans le temps. De 2010 à 2015, on observe un rejet majoritaire et stable de la représentation « le cancer, on ne peut rien faire pour l'éviter ». En d'autres termes, plus de deux personnes sur trois pensent que l'on peut agir pour éviter le cancer.

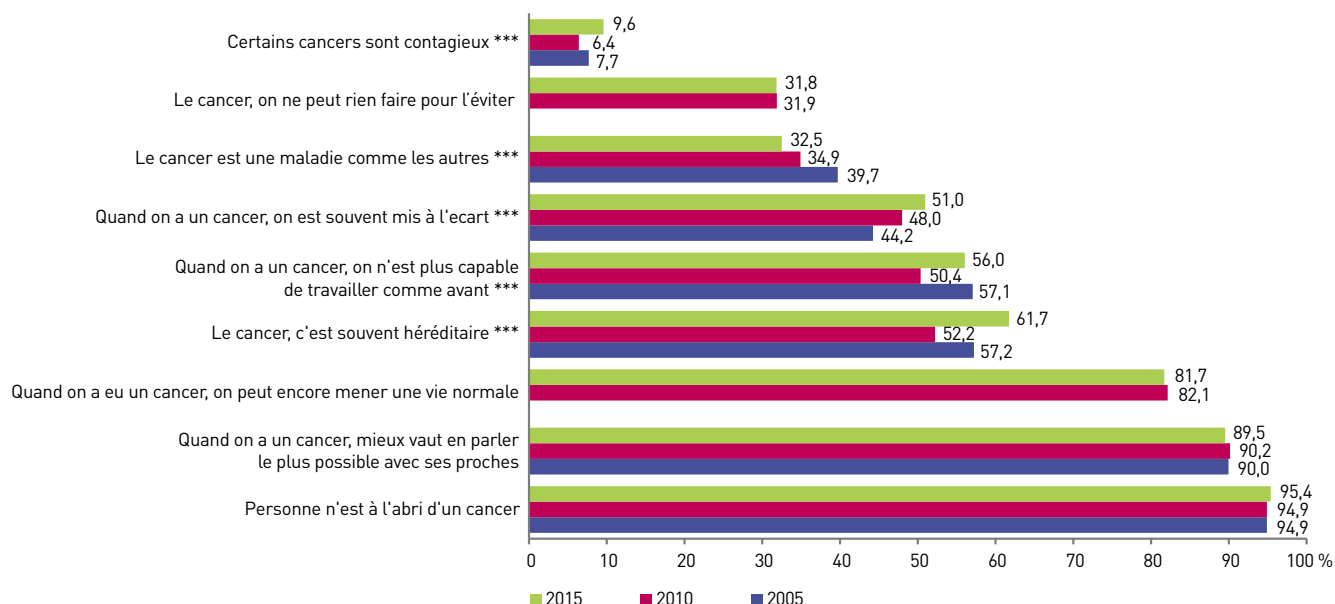
En revanche, concernant les cinq autres propositions les différences observées sont statistiquement significatives. En 2015, presque 10 % des personnes considèrent que « certains cancers sont contagieux » ; ils étaient respectivement 6,4 % en 2010 et 7,7 % en 2005. De plus, il apparaît qu'environ 32 % des enquêtés

considèrent que le « cancer est une maladie comme les autres », ce qui signifie que 68 % considèrent globalement que c'est une maladie à part. Il ressort une stabilité de cette représentation sur la période étudiée : environ 65 % en 2010 et 60 % en 2005. Une majorité des personnes interrogées pensent que « quand on a un cancer, on est souvent mis à l'écart ». Cette perception d'isolement des patients atteints de cancer augmente progressivement de 2005 à 2015 (44,2 % en 2005, 48,0 % en 2010, 50,6 % en 2015, soit une progression de presque 7 points). Concernant l'opinion selon laquelle « quand on a un cancer on n'est plus capable de travailler comme avant », le taux de 2015 (56,0 %) est proche de celui de 2005 (57,1 %), alors qu'il avait baissé d'environ 5 points en 2010. Ainsi, aujourd'hui, les conséquences du cancer sur la vie professionnelle sont perçues comme aussi importantes qu'il y a dix ans. Enfin, l'idée selon laquelle le cancer est souvent héréditaire suscite une importante adhésion actuellement avec 61,0 % des enquêtés qui se prononcent en ce sens ; cette adhésion a augmenté de presque 10 points depuis 2010 où les perceptions semblaient plus partagées.

Les conséquences du cancer sur la vie professionnelle sont perçues comme aussi importantes qu'il y a dix ans

Plus de deux personnes sur trois pensent que l'on peut agir pour éviter le cancer

Presque 10 % des personnes considèrent que « certains cancers sont contagieux »

FIGURE 3 | Opinions générales sur le cancer 2005-10-15 (Pourcentages se déclarant d'accord et plutôt d'accord)


Le cancer du sein perçu comme le plus fréquent et le cancer du poumon comme le plus grave

Concernant les localisations les plus fréquentes, 65,3 % des personnes interrogées (Tableau I)² citent le cancer du sein, suivi par le cancer des poumons (58,4 %), puis de la prostate (27,4 %). Pour la gravité, le tableau I montre que 57,6 % des enquêtés ont

cité le cancer du poumon, 27,0 % le cancer du sein et 22,1 % celui du pancréas. Le croisement de ces réponses avec la variable « sexe » montre une différence significative pour la plupart des cancers cités. Pour les deux questions, les cancers féminins sont plus fréquemment cités par les femmes et les cancers masculins par les hommes. Les hommes sont plus nombreux à citer le cancer du poumon comme étant un des trois cancers les plus fréquents et les

TABLEAU I | Proportions de localisations de cancer les plus fréquentes et les plus graves selon le sexe des enquêtés (n = 4 139)

	TOTAL		HOMME		FEMME		Chi ²
	n	%	n	%	n	%	
D'après vous, quelles sont les trois localisations de cancer les plus fréquentes ?							
Col de l'utérus	691	16,7	65	3,3	626	29,2	<0,0001
Colorectal / Colon / Rectum	844	20,4	437	21,9	407	19,0	0,0191
Prostate	1 024	24,7	653	32,7	371	17,3	<0,0001
SEIN	2 702	65,3	902	45,2	1 800	84,0	<0,0001
Peau, mélanome cutané	398	9,6	222	11,1	176	8,2	0,0014
Poumon	2 417	58,4	1 300	65,2	1 117	52,1	<0,0001
Pancréas	328	7,9	177	8,9	151	7,0	0,0289
D'après vous, quelles sont les trois localisations de cancer les plus graves ?							
Col de l'utérus	308	7,4	43	2,2	265	12,3	<0,0001
Colorectal / Colon / Rectum	549	13,3	282	14,1	267	12,5	0,1192
Prostate	475	11,5	323	16,2	152	7,1	<0,0001
Sein	1 117	27,0	398	19,9	719	33,5	<0,0001
Peau, mélanome cutané	303	7,3	148	7,4	155	7,2	0,7907
POUMON	2 382	57,6	1 239	62,1	1 143	53,3	<0,0001
Pancréas	913	22,1	401	20,1	512	23,9	0,0035

2. Pour une meilleure lisibilité des graphiques, les items ont été tronqués en gardant les idées essentielles.

plus graves (respectivement 65,2 % et 62,1 %) que les femmes (respectivement 52,1 % et 53,3 %).

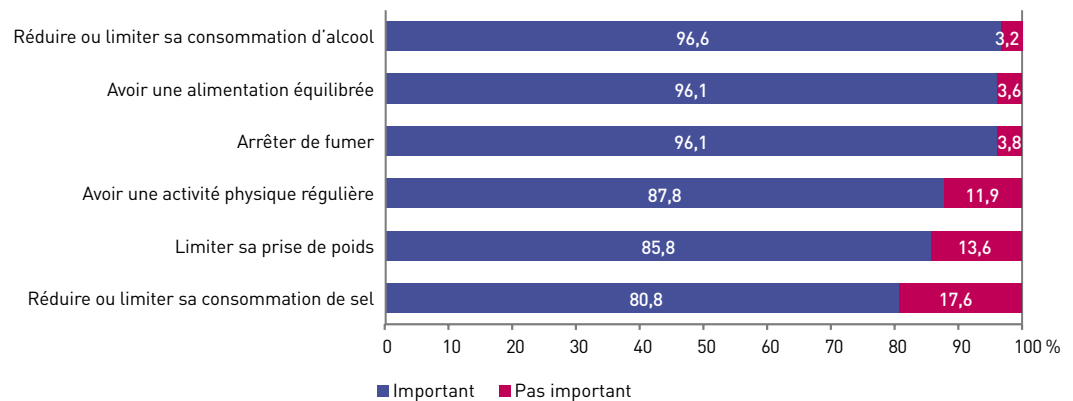
Des représentations de conduite et de prévention tertiaire consensuelles

Alors que la plupart des personnes interrogées estiment que l'on peut reprendre une vie normale après

avoir eu un cancer, on peut noter qu'elles sont largement majoritaires à considérer comme importante l'adoption de comportements de prévention suite à un cancer (Figure 4) : réduction de la consommation d'alcool (96,6 %), adoption d'une alimentation équilibrée (96,1 %), arrêt de la consommation de tabac (96,1 %), pratique d'une activité physique régulière (87,8 %), limitation de la prise de poids (85,8 %) et réduction de la consommation de sel (80,8 %) par exemple.

La plupart des personnes interrogées estiment que l'on peut reprendre une vie normale après avoir eu un cancer

FIGURE 4 | Opinions sur les conduites à tenir lorsque l'on est atteint d'un cancer



Une maladie associée aux champs sémantiques du médical et de la mort

Afin d'analyser les représentations du cancer des enquêtés, des associations libres ont été proposées à un quart de l'échantillon sélectionné au hasard. À ces personnes, il a été demandé quels étaient les trois premiers mots qu'évoquaient pour eux le mot « cancer ». L'analyse thématique a permis d'obtenir dix-neuf sous-catégories regroupées en sept catégories d'ordre supérieur : elles sont présentées dans la figure 5 et analysées ci-dessous par ordre d'importance. Douze termes n'ont pas pu être classés et dix-neuf personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question.

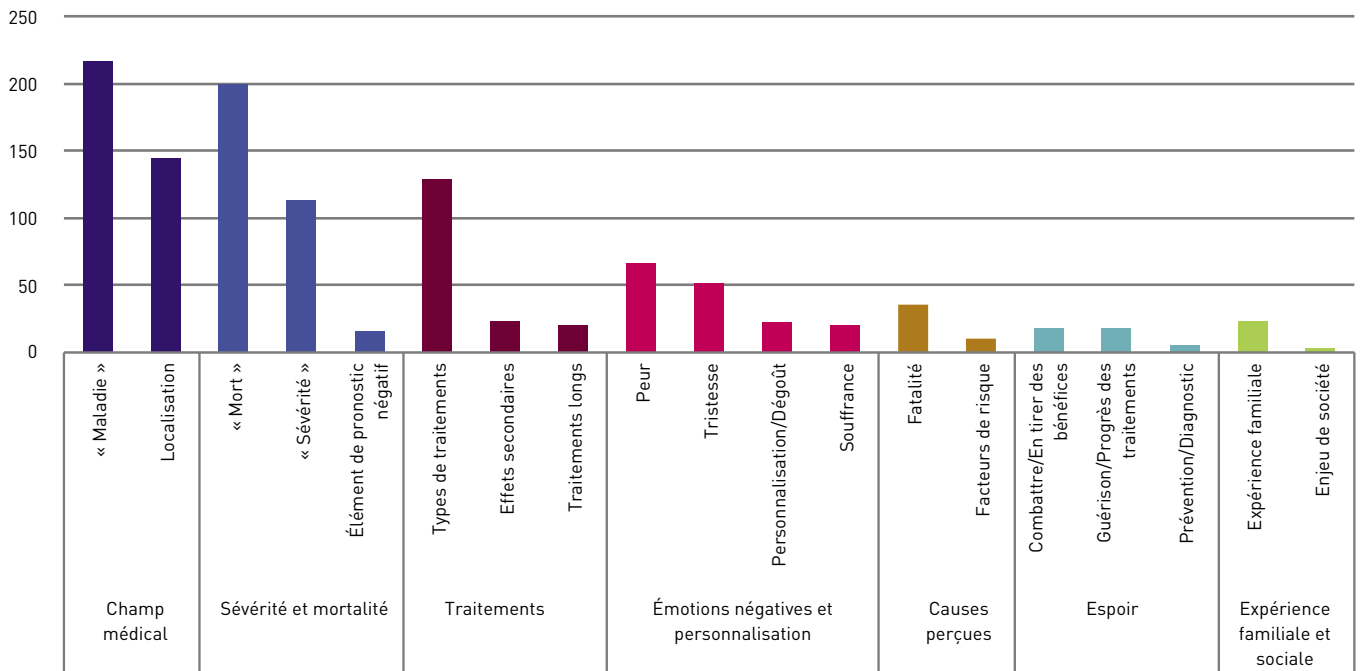
La thématique la plus présente est composée de termes qui lient le cancer au champ médical : soit en référence à sa définition en tant que « maladie » (terme le plus cité en premier au sein de notre échantillon) associée à une « tumeur », soit en renvoyant à des exemples spécifiques en lien avec les différentes localisations possibles de la pathologie, les termes « cancer du sein », « cancer colorectal » et « cancer du poumon » étant alors les plus souvent mentionnés.

La deuxième thématique évoquée est celle qui ramène le cancer au rang de maladie sévère et potentiellement mortelle. L'association entre le cancer et la mort ou la fin de vie est très prégnante (« mort », « décès », « incurable »), le mot « mort » étant le second mot le plus présent au sein de la population interrogée. La sévérité de la maladie (« grave », « maladie grave »), ainsi que sa possible évolution négative (« métastase », « généralisé ») soulignent également que le danger associé au cancer reste très présent.

La troisième thématique renvoie aux moyens de traiter la maladie et à leurs implications. Les références aux traitements sont nombreuses (« chimiothérapie », « radiothérapie », « chirurgie ») ; il est à souligner que la chimiothérapie en est l'élément prototypique et fait partie des termes les plus fréquemment cités au sein de la population interrogée. Ces traitements sont perçus comme associés à des effets secondaires importants (« traitements lourds », « fatigue », « handicapant »), mais aussi qui durent dans le temps et inscrivent le cancer dans le long terme (« long », « longue maladie »).

Les émotions négatives provoquées par l'évocation du cancer sont également mentionnées : elles sont rassemblées dans la quatrième thématique.

FIGURE 5 | Ventilation des réponses à l'évocation du mot cancer (n = 1 178 ayant au moins une réponse à la question)



Ces émotions peuvent prendre plusieurs formes : la peur (« peur », « crainte », « angoisse »), la tristesse (« dur », « tristesse »), le dégoût associé à cette pathologie personnalisée (« saloperie », « crabe », « maladie sournoise ») et la douleur (« souffrance », « douleur »).

La cinquième thématique porte sur les causes perçues. Bien que moins fréquemment citées, elles sont évoquées sous deux modalités : le cancer comme une fatalité (« pas de chance », « pourquoi moi ? », « aléatoire ») ou comme associé à des facteurs de risque (« tabac », « pollution », « malbouffe »). Cette thématique est plus fréquemment évoquée par les hommes que par les femmes.

La sixième thématique rassemble des termes positifs qui renvoient à des sources d'espoir. Bien que le cancer renvoie plutôt à une maladie qui inquiète, on retrouve néanmoins des éléments positifs : la lutte contre la maladie qui renvoie à l'état d'esprit attendu de la part des patients atteints de cancer (« combat », « bataille », « se soigner »), la guérison et les progrès des traitements (« rémission », « guérison », « recherche »), mais aussi la prévention de la maladie (« dépistage », « prévention »).

Enfin le cancer peut, bien que plus rarement, être rapporté en lien avec une expérience qui peut être

familiale ou individuelle (« famille », « père ») ou même prendre une dimension sociale (« répandu », « phénomène de société »).

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

Enfin, cette étude a visé à identifier auprès des enquêtés leur perception du risque, au cours de leur vie, d'être affecté par un cancer. En toute cohérence avec les résultats déclinés ci-dessus, seulement un quart des enquêtés ne pensent pas courir, au cours de leur vie, le risque d'être affectés par un cancer.

L'âge est un facteur associé au fait de penser courir un risque d'être concerné personnellement par un cancer (Tableau II). En effet, les enquêtés de moins de 25 ans sont moins nombreux à se dire à risque que leurs aînés. Une fois ajusté sur l'âge et le sexe, il s'avère que le statut tabagique, la CSP, la situation professionnelle, le niveau de diplôme, ainsi que le statut marital ressortent comme facteurs associés à cette vulnérabilité perçue³.

3. La notion de vulnérabilité perçue se réfère à l'évaluation subjective du risque de développer un problème de santé, telle que définie par Rosenstock en 1974. Elle est centrale dans différents modèles de comportements de santé.

TABLEAU II | Proportion d'enquêtés pensant courir, au cours de leur vie, un risque d'être affecté par un cancer

Vous personnellement, pensez-vous courir, au cours votre vie, un risque d'être affecté par un cancer ?

	Oui		Non		Total N	OR	IC
	n	%	n	%			
SEXE							
Homme	1 343	69,7	584	30,3	1 928	ref	
Femme	1 499	71,8	589	28,2	2 089	0,90	[0,79-1,04]
ÂGE ***							
15-24 ans	339	59,4	232	40,6	570	ref	
25-34 ans	468	73,4	170	26,6	638	1,89	[1,48-2,41] ***
35-44 ans	507	75,3	167	24,7	674	2,09	[1,64-2,66] ***
45-54 ans	527	75,1	174	24,9	701	2,07	[1,63-2,63] ***
55-64 ans	482	74,8	162	25,2	644	2,04	[1,60-2,60] ***
65-74 ans	324	70,1	138	29,9	462	1,61	[1,24-2,09] ***
75-85 ans	195	59,9	131	40,1	326	1,02	[0,77-1,35]
STATUT TABAGIQUE ***							
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE							
Fumeur occasionnel	163	72,3	62	27,7	225	1,56	[1,14-2,14] **
Fumeur régulier / quotidien	847	77,5	245	22,5	1 092	2,04	[1,71-2,45] ***
Ex-fumeur	920	72,4	351	27,6	1 270	1,48	[1,25-1,76] ***
Jamais ou juste pour essayer	910	63,9	514	36,1	1 424	ref	
CSP *							
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE							
Agriculteurs, artisans, commerçants	197	67,2	96	32,8	293	0,83	[0,63-1,10]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	539	72,1	208	27,9	748	1,04	[0,84-2,28]
Professions intermédiaires	582	74,0	205	26,0	787	1,14	[0,93-1,41]
Employés	735	71,3	296	28,7	1 031	ref	
Ouvriers	658	69,5	289	30,5	947	0,92	[0,76-1,11]
Autres inactifs	131	62,3	79	37,7	211	0,67	[0,49-0,91] *
SITUATION PROFESSIONNELLE ***							
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE							
Travail	1 493	74,5	511	25,5	2 004	ref	
Études	252	60,0	168	40,0	421	0,50	[0,39-0,65] ***
Chômage	209	66,6	105	33,4	314	0,68	[0,53-0,88] **
Retraite	668	68,7	305	31,3	973	0,77	[0,60-0,99] *
Autres inactifs	220	72,3	84	27,7	305	0,87	[0,66-1,15]
NIVEAU DE DIPLÔME ***							
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE							
< BAC	1 478	67,5	711	32,5	2 189	ref	
BAC	524	70,6	218	29,4	743	1,19	[0,99-1,43]
> BAC	840	77,5	245	22,5	1 084	1,69	[1,43-2,01] ***
TYPE D'AGGLOMERATION							
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE							
Rural	656	70,6	274	29,4	930	1,03	[0,82-1,31]
<20 000	487	73,4	177	26,6	664	1,18	[0,92-1,53]
[20 000 ; 100 000[360	69,9	155	30,1	514	ref	
≥100 000	912	71,1	371	28,9	1 283	1,06	[0,84-1,32]
Agglomération parisienne	428	68,4	197	31,6	625	0,94	[0,72-1,21]
STATUT MARITAL ***							
AJUSTÉ SUR ÂGE ET SEXE							
Autres	1 026	66,2	523	33,7	1 550	ref	
En couple	1 813	73,7	645	26,2	2 459	1,45	[1,25-1,67] ***

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

LA PERCEPTION DES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER

Cette étude a aussi exploré les représentations des enquêtés quant à certains facteurs de risque de cancer. Une liste de vingt-trois facteurs a été soumise aux enquêtés qui ont pu indiquer si selon eux les facteurs proposés pouvaient favoriser l'apparition d'un cancer. Une analyse comparative a pu être menée entre différentes périodes sur quatorze d'entre eux. Enfin, les représentations concernant le radon (facteur de risque peu connu par les français en 2010) ont fait l'objet d'une analyse spécifique. Il en est de même de la perception d'être exposé à des situations ou des facteurs de risque dans le cadre professionnel. La problématique cancer et emploi est présente dans les médias et elle concerne un objectif du Plan cancer 3 : cet item a été traité pour la première fois dans un Baromètre cancer.

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

La figure 6 permet de visualiser la liste des facteurs proposés. Il s'agit de facteurs comportementaux,

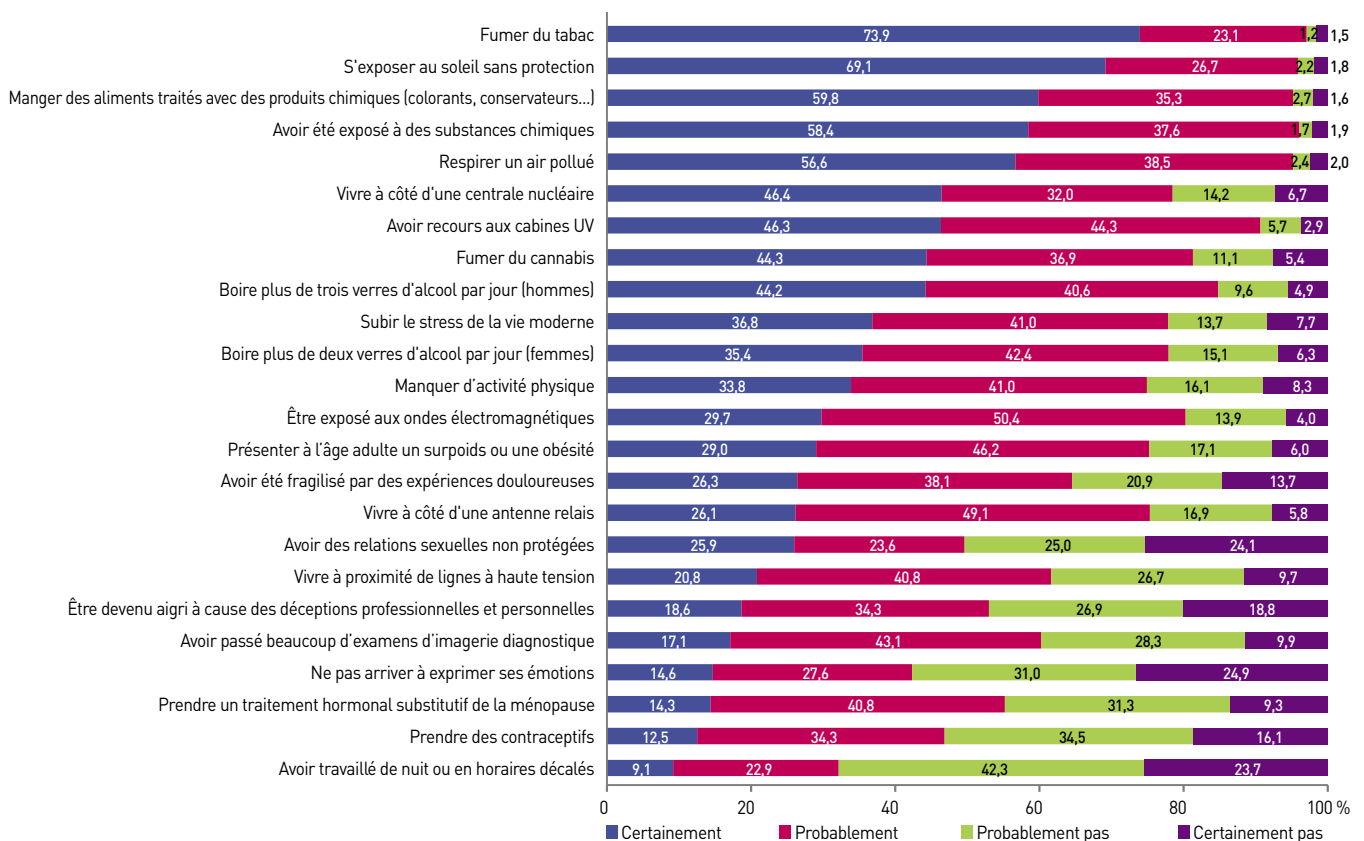
environnementaux ou psychologiques qui renvoient pour certains à des risques avérés et font l'objet d'une information soutenue dans les médias (par exemple le tabac, l'alcool, l'exposition non-protégée au soleil), pour d'autres à des risques dont l'impact est établi mais peu diffusé auprès de la population (par exemple le fait de fumer du cannabis), qui font débat dans les sphères publiques et scientifiques (par exemple le fait de vivre à côté d'une centrale nucléaire) ou dont « l'effet cancérigène » n'est pas fondé scientifiquement (par exemple les déceptions ou les expériences douloureuses).

L'analyse montre que la quasi-totalité des enquêtés ont 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 cinq catégories.

Dans la première catégorie, on retrouve deux facteurs largement considérés comme certainement cancérigènes : « fumer du tabac » et « s'exposer au soleil sans protection » pour lesquels respectivement environ 74 % et 70 % des personnes considèrent qu'ils sont certainement cancérigènes. Si l'on agrège ces

La quasi-totalité de l'échantillon considère que fumer du tabac et s'exposer au soleil sans protection peut provoquer un cancer

FIGURE 6 | Perception des facteurs pouvant favoriser l'apparition d'un cancer (en pourcentage)



Note de lecture : vu leur faible présence, les « Ne pas connaître le facteur proposé » ont été retirés pour une meilleure lisibilité.

taux avec ceux des personnes les considérant comme probablement à l'origine d'un cancer, on obtient que la quasi-totalité de l'échantillon considère que fumer du tabac et s'exposer au soleil sans protection peut provoquer un cancer (respectivement 97,0 % et 95,8 %).

Dans la deuxième catégorie, sont rassemblés les facteurs pour lesquels au moins 44,0 % 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 78,4 % et 96,0 %. Les opinions concernées sont : « avoir été exposé à des substances chimiques » (96,0 %), « manger des aliments traités » (95,1 %), « respirer de l'air pollué » (95,1 %), « avoir recours aux cabines UV » (90,6 %), « boire plus de trois verres d'alcool par jour »⁴ (84,8 %), « fumer du cannabis » (81,2 %) et « vivre à côté d'une centrale nucléaire » (78,4 %) ; et il est à souligner qu'un peu plus de 16 % de l'échantillon considèrent que le cannabis ne constitue pas un facteur de risque de cancer.

La troisième catégorie regroupe des facteurs majoritairement considérés comme à risque (certainement et probablement, les taux cumulés varient entre 74,9 % et 77,9 %), mais pour lesquels la certitude exprimée est moindre, c'est-à-dire entre 29,0 % et 36,8 % pour la réponse « certainement », la réponse « probablement » étant privilégiée par les enquêtés. Il s'agit des facteurs de risque suivants : « être exposé aux ondes électromagnétiques » (80,1 %), consommation de « plus de deux verres d'alcool par jour » (77,8 %)⁵, « subir le stress de la vie moderne » (77,8 %), « présenter à l'âge adulte un surpoids ou une obésité » (75,2 %) et « manquer d'activité physique » (74,8 %). Près du quart des enquêtés considèrent que le manque d'activité physique ne favorise probablement pas/certainement pas l'apparition d'un cancer. Les femmes sont 21,4 % à estimer que la consommation de plus de deux verres d'alcool par jour n'est pas facteur de risque de cancer. On retrouve également dans cette catégorie les items « vivre à proximité de lignes à haute tension » (61,6 %) et « avoir passé beaucoup d'exams d'imagerie diagnostique » (60,2 %).

La quatrième catégorie rassemble les propositions ayant les avis les plus mitigés, montrant encore des croyances peu ancrées pour lesquelles les réponses « probablement/probablement pas » sont les plus importantes. Dans cette catégorie sont cités deux facteurs environnementaux et trois facteurs

psychologiques. Une personne sur deux considère ainsi que « vivre à côté d'une antenne relais pour téléphone » favorise probablement l'apparition d'un cancer et un quart des personnes (26 % environ) considère le lien entre ce facteur et l'apparition d'un cancer comme certain, soit un taux cumulé de 75,2 %. Concernant le deuxième facteur environnemental, il porte sur l'environnement professionnel : 66,0 % des enquêtés estiment qu'avoir travaillé de nuit ou en horaires décalés ne favorise certainement pas/probablement pas l'apparition d'un cancer. En ce qui concerne les facteurs psychologiques, leurs effets sur l'apparition de cancers sont ceux qui sont le moins certains pour les personnes interrogées. En effet, un peu plus d'un quart d'entre elles, soit 26,3 %, considèrent qu'avoir été « fragilisé par des expériences douloureuses » peut certainement favoriser l'apparition d'un cancer ; si l'on ajoute cela aux réponses « probablement » de cet item, une majorité de personnes adhèrent à cette idée (environ 65 %). Les enquêtés sont respectivement 18,6 % et 14,6 % à se dire certains qu'« être devenu aigri à cause des déceptions professionnelles ou personnelles » et « ne pas arriver à exprimer ses émotions » peuvent être responsables de l'apparition d'un cancer. Au total, ce sont respectivement une personne sur deux (52,9 %) et quatre sur dix (42,2 %) qui considèrent que les déceptions et la difficulté à exprimer ses émotions favorisent certainement/probablement la survenue d'un cancer.

La dernière catégorie rassemble trois facteurs relevant de la sexualité et des traitements hormonaux. Ces facteurs recueillent des réponses partagées. Ainsi pour l'item « avoir des relations sexuelles non protégées », les réponses se répartissent uniformément sur les quatre modalités de réponse. La prise d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause serait certainement/probablement cancérigène pour 55,1 % des personnes interrogées. La moitié de l'échantillon (50,6 %) estime que la prise de contraceptifs ne serait certainement/probablement pas liée à la survenue d'un cancer.

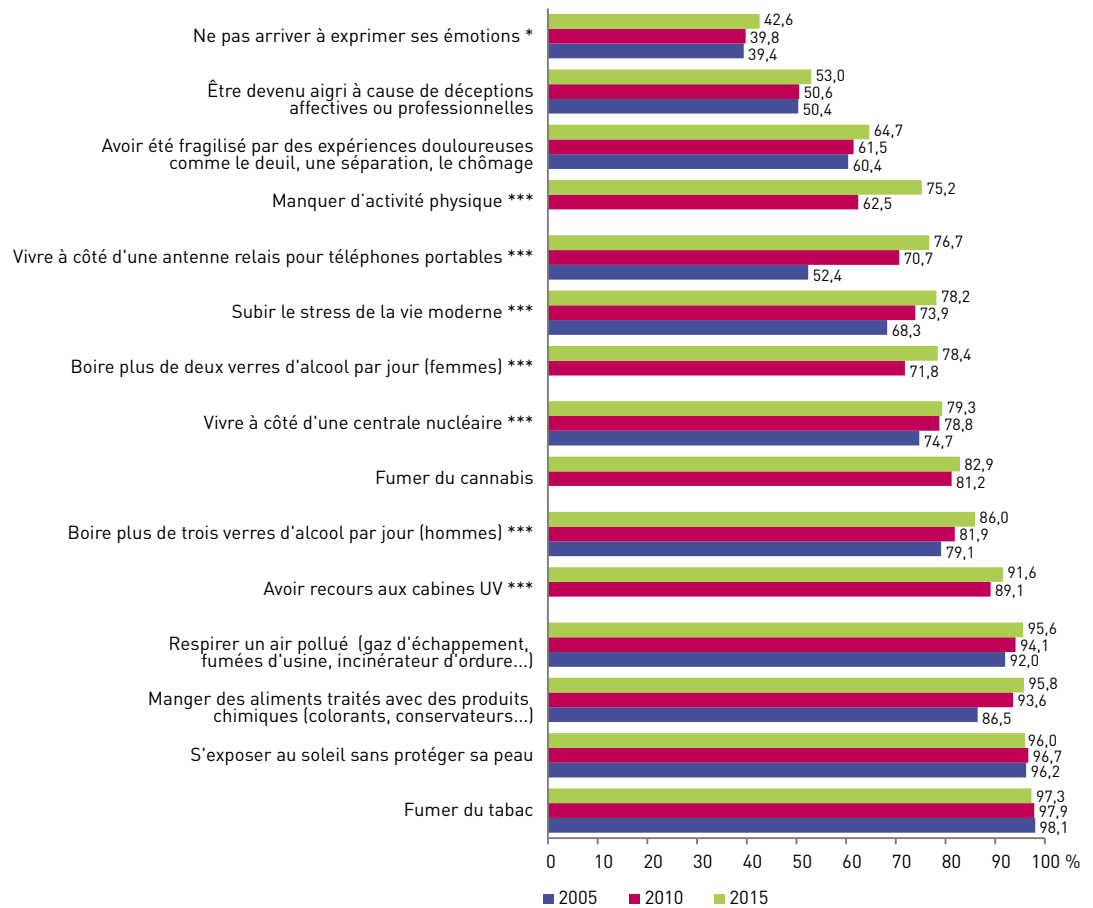
La perception des facteurs de risque de cancer : des évolutions sur l'impact des antennes relais, de l'activité physique et du stress de la vie moderne

Parmi la liste présentée ci-dessus, quinze des vingt-quatre items ont été analysés sur dix ans (Figure 7). Comme ci-dessus, l'analyse des réponses montre que deux facteurs proposés sont très largement associés au risque de cancer et ce de façon stable dans le temps : l'exposition au soleil et la consommation de tabac. Pour les autres items, il est observé des

4. Cette question a été adaptée en fonction du sexe et la réponse ici ne concerne que les hommes.

5. Cette question a été adaptée en fonction du sexe et il s'agit des réponses des femmes.

FIGURE 7 | Les facteurs de risque de cancers perçus, en 2005, 2010 et 2015



différences significatives et des augmentations de taux qui peuvent atteindre les 25 points.

Trois facteurs sont considérés comme « cancérogènes » par au moins 80 % des personnes interrogées et les taux ont évolué au cours de ces dix dernières années. Tout d'abord, la conviction que « manger des aliments traités avec des produits chimiques » est lié à un risque de cancer a augmenté de 9,3 points entre 2005 et 2015. Le taux de personnes interrogées qui considèrent le fait de « respirer un air pollué » comme un facteur de risque était déjà de 92,0 % en 2005 et atteint 95,6 % en 2015, soit des taux proches de ceux observés pour le tabac. Pour la première fois, un seuil a été franchi pour la consommation d'alcool (plus de trois verres pour les hommes) : plus de 85 % des enquêtés la considèrent comme « probablement/certainement » à risque de cancer. Il est à noter pour cet item une augmentation de 4,1 points entre 2010 et 2015 et de 2,8 points entre 2005 et 2010.

Trois autres facteurs ont des taux de réponse « probablement/certainement » à risque de cancer se situant

entre 75 % et 79 %. Parmi eux, on trouve d'abord le fait de « vivre à côté d'une centrale nucléaire », considéré comme à risque par une proportion grandissante d'enquêtés depuis 2005 : presque 80 % en 2015, et alors que la différence est de moins de 1 point entre 2010 et 2015, elle est de 4,6 points en dix ans (2005 et 2015). Les enquêtés sont de plus en plus nombreux à estimer que « subir le stress de la vie moderne » constitue un facteur de risque de cancer (augmentation régulière de 10 points entre 2005 et 2015). Enfin, ce sont 76,7 % des enquêtés qui considèrent que « vivre à côté d'une antenne relais » pour les téléphones constitue un facteur de risque de cancer, avec une augmentation de presque 25 points depuis 2005 : ceci en fait l'item pour lequel l'évolution est la plus importante.

La conviction que « manger des aliments traités avec des produits chimiques » est lié à un risque de cancer a augmenté de 9,3 points entre 2005 et 2015

Actuellement, 76 % des personnes considèrent que vivre à côté d'une antenne relais pour les téléphones est un facteur de risque de cancer contre 52,4 % en 2005

Trois items que l'on pourrait qualifier « d'émotionnels » voient progresser la proportion des enquêtés qui les considèrent comme facteurs de risque de cancer. Les réponses restent cependant plus tranchées que pour les items mentionnés précédemment. Ainsi, en 2005, 60,4 % des enquêtés estimaient qu'« avoir été fragilisé par des expériences douloureuses comme le deuil, une séparation, le chômage » pouvait provoquer un cancer ; ils sont 64,7 % en 2015. « Être devenu aigri à cause de déceptions affectives ou professionnelles » est également davantage considéré comme un facteur de risque de cancer en 2015 qu'en 2005 et 2010, avec une augmentation de l'ordre de 2 points. En 2005, 60,6 % des enquêtés ne considéraient pas le fait de « ne pas arriver à exprimer ses émotions » comme un facteur de risque de cancer ; ils sont moins nombreux en 2015 (57,3 %). La non-expression des émotions est donc davantage associée aux risques de cancer qu'elle ne l'était dix ans plus tôt.

Enfin, il se dégage un dernier bloc de quatre facteurs qui ont été analysés sur la période 2010-2015 (questions non posées en 2005). Excepté l'item sur le cannabis, ils montrent des évolutions qui sont toutes statistiquement significatives. Tout d'abord, 91,6 % des personnes interrogées considèrent en 2015 qu'« avoir recours aux cabines UV » est un facteur de risque de cancer, contre 89,1 % en 2010. De plus en plus d'hommes (augmentation de 4,5 points) et de femmes (augmentation de 6,6 points) estiment que « boire plus de deux verres d'alcool par jour (femmes) » constitue un facteur de risque de cancer. Enfin, « le manque d'activité physique » est l'un des facteurs pour lesquels l'évolution est la plus importante : 62,5 % des enquêtés le considéraient comme un facteur de risque en 2010 contre 75,2 % en 2015.

Le radon : un facteur de risque qui fait peu sens et aux représentations hétérogènes

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle, issu de la désintégration de l'uranium présent dans le sol*. Ce gaz, inodore, incolore et sans saveur, peut s'infiltrer et s'accumuler dans les pièces les plus basses et les moins ventilées des habitations. Son inhalation est cancérigène : l'exposition au radon est la seconde cause de cancer du poumon après le tabagisme (20).

* En France, les départements suivants sont concernés par le risque radon en raison de leurs spécificités géologiques : Allier, Ardèche, Ariège, Aveyron, Calvados, Cantal, Corrèze, Corse du Sud, Côtes d'Armor, Creuse, Deux-Sèvres, Doubs, Finistère, Haute-Corse, Haute-Loire, Haute-Marne, Haute-Saône, Haute-Vienne, Hautes-Alpes, Hautes-Pyrénées, Indre, Loire, Lozère, Morbihan, Nièvre, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône et Loire, Savoie, Territoire de Belfort, Vosges.

Les trois quarts des interrogés (73,2 %) indiquent n'avoir jamais entendu parler du radon. Parmi ceux qui en ont déjà entendu parler, 78,0 % savent qu'il s'agit d'un gaz d'origine naturelle provenant du sol, 14,9 % pensent que c'est une substance chimique utilisée dans les peintures, 4,4 % pensent qu'il s'agit d'une bactérie présente dans les canalisations. Ainsi, 20,7 % des enquêtés définissent correctement le radon. Plus des trois quarts des interrogés (78,4 %) s'estiment plutôt mal ou très mal informés en matière de santé par rapport à la présence de radon dans les habitations.

Parmi les 1 097 personnes qui ont entendu parler du radon, seules 23,4 % pensent que le radon peut présenter un risque élevé ou plutôt élevé pour la santé dans leur département. En revanche, 70,0 % de ces 23,4 % considèrent que la présence de radon dans les habitations peut favoriser l'apparition du cancer du poumon. Toujours parmi celles qui ont déjà entendu parler du radon, 77,3 % ne pensent pas être personnellement concernées par un risque de radon dans leurs habitations ou ne le savent pas alors que seulement 4,4 % d'entre elles ont déjà effectué un diagnostic radon chez eux.

Le milieu professionnel : un espace susceptible d'exposer à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer

Toujours afin d'analyser les représentations des enquêtés quant aux facteurs de risque de cancer, et plus précisément dans le cadre professionnel, il leur a été demandé, si dans leur activité professionnelle présente ou passée, ils pensaient avoir déjà été exposés à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer.

TABLEAU III | Proportion d'enquêtés pensant avoir déjà été exposés à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer dans leur activité professionnelle

Sentiment d'exposition à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer

	n	%
Oui	1 183	39,1
Non	1 830	60,5
NSP	8	0,2

Posée aux actifs n'ayant pas été soignés pour un cancer.

Les trois quarts des interrogés (73,2 %) indiquent n'avoir jamais entendu parler du radon

Parmi les actifs occupés, soit 3 013 répondants, deux tiers pensent avoir déjà été exposés à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer dans le cadre de leur activité professionnelle (Tableau III). 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 26-64 ans se sentent plus exposés que les plus de 65 ans) et à la catégorie socioprofessionnelle (les ouvriers, agriculteurs et professions intermédiaires se sentent plus exposés que les cadres). Le type d'agglomération semble également jouer un rôle : les enquêtés vivant en milieu rural ou dans une commune de moins de 20 000 habitants se sentent plus exposés professionnellement que ceux habitant en région parisienne.

DISCUSSION

Compte tenu du volume des données, il a été choisi de discuter les éléments principaux et de les rassembler sous de grandes thématiques. L'étude étant basée sur des questions précises, il n'est pas possible d'expliquer la raison à l'origine des réponses aux questions ou de leur évolution au cours des années des enquêtes du Baromètre cancer. Néanmoins, nous nous sommes permis certaines conclusions qui ne sont pas exhaustives et qui nécessiteront des études complémentaires.

LE CANCER : UNE MALADIE TOUJOURS PERÇUE COMME GRAVE ET QUI CONCERNE TOUT LE MONDE

Depuis plus de dix ans, le cancer est pour les Français la maladie la plus grave. On note ainsi que lorsque l'on demande aux enquêtés ce que leur évoque le cancer, la thématique de la mort reste importante au sein de l'échantillon, le mot « mort » étant d'ailleurs le second mot le plus cité après celui de « maladie ». Sur ce point, peu d'évolution au cours des trois dernières décennies puisque, comme l'affirmait déjà Saillant en 1988, « c'est devenu un lieu commun d'affirmer que le cancer est associé, de façon stéréotypée, à la mort » [21]. Ainsi pour Sarrandon [22], « même si le discours médical et la culture de masse ne véhiculent plus l'image du fléau que le cancer a incarné jusque dans les années 70, il reste dans la pensée populaire une maladie mortelle ». La perception de la gravité du cancer est également très ancrée, comme en témoigne l'important nombre de participants qui font référence aux évolutions négatives possibles de la maladie, sous forme de « récurrence » ou

de « métastases » par exemple. L'évocation fréquente de termes associés aux émotions négatives telles que la peur, la tristesse, la souffrance ou le dégoût renforce la description du cancer comme une pathologie particulièrement crainte, bien que les participants mentionnent également très souvent les traitements du cancer, principalement la chimiothérapie, et leurs effets secondaires. Cette représentation encore négative du cancer contraste quelque peu avec l'amélioration significative des taux de survie que l'on observe pour les localisations les plus fréquentes et les avancées de la médecine : l'analyse de la littérature montre, au cours des dix dernières années, des avancées tant dans la compréhension du cancer que des traitements [23]. Cette étude permet ainsi de pointer le hiatus entre les représentations de la population et la progression concrète de la science. Ce hiatus semble explicable d'une part par la différence de point de vue de ces deux sphères (les citoyens ne perçoivent pas ces avancées comme les chercheurs ou cliniciens) et d'autre part par le déséquilibre entre la diffusion encore limitée des avancées scientifiques et la communication sur les facteurs de risque avérés ou non.

Les personnes interrogées considèrent le cancer du sein comme le plus répandu et le cancer du poumon comme le plus grave. Il ne s'agit pas ici d'opposer les bonnes aux mauvaises réponses, mais on peut souligner que ces représentations rejoignent pour partie les données épidémiologiques si on considère comme critère la mortalité toute localisation confondue [1]. Sur cette question de la gravité, outre les différences de perception entre les hommes et les femmes qui sont constatées pour la première fois dans le Baromètre cancer 2015, celles en lien avec les revenus ont été montrées dans les éditions précédentes [20, 24] comme celles en lien avec les inégalités sociales. Ces dernières sont aussi rapportées dans une récente étude menée au Royaume-Uni [25]. Cette question des inégalités est au cœur de la stratégie nationale de santé et l'ensemble des travaux soulignent la nécessité d'avoir une approche différenciée pour les populations à faible gradient social en s'orientant vers le paradigme d'équité. Concernant les localisations des cancers, les représentations mises en évidence sont en partie proches des constats épidémiologiques de survie, le cancer du poumon étant le plus mortel chez les hommes, alors que chez les femmes, il s'agit du cancer du sein suivi de près par le cancer du poumon [2]. Ces données montrent que l'impact de la survie est supérieur à la prévalence puisque le cancer de la prostate est le plus répandu chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes [2].

Si le cancer est une maladie perçue comme grave, il s'agit aussi d'une maladie face à laquelle on se

sent concerné, comme en témoigne le fait que la quasi-totalité des personnes interrogées pensent que personne n'est à l'abri d'un cancer. Ce résultat est concordant avec les données des Baromètres précédents [20, 24]. Cette représentation du cancer est à rapprocher de la vulnérabilité perçue face à cette maladie [26-28], qui a été analysée pour la première fois dans ce Baromètre cancer avec l'item « *vous personnellement, pensez-vous courir, au cours de votre vie, un risque d'être affecté par un cancer* ». Alors que ce sentiment est perçu dans plus de 70 % de l'échantillon dans toutes les catégories d'âge de 25 à 64 ans, il est plus faible chez les 15-25 ans (près de 60 %). Ceci pourrait s'expliquer par la faible prévalence des cancers chez les adolescents et jeunes adultes et la difficulté de cette population à se projeter. De façon intéressante, cette perception décroît après 75 ans, alors que l'âge constitue un facteur de risque important dans la plupart des cancers. Une explication de ce constat pourrait se trouver dans les limites d'âge des différentes politiques de dépistage (sein et colon) et recommandations de frottis cervico-utérin qui ciblent les individus âgés de 50 à 74 ans et les femmes de 25 à 65 ans respectivement, pouvant laisser entendre que le risque de cancer est moins important au-delà de cette tranche d'âge [29, 30]. La population des fumeurs, quel que soit leur âge, se sent plus vulnérable face au cancer. Cela confirme les conclusions d'une précédente édition du Baromètre cancer et d'autres travaux [31] et souligne ainsi la pertinence des dispositifs d'information. Cependant, les résultats montrent également qu'environ 74 % des Français ont un degré de certitude élevé quant au lien entre tabac et cancer.

Cette perception face au risque de cancer est peut-être induite par la multitude des facteurs de risque perçus d'importance égale par les participants, qu'il s'agisse de facteurs comportementaux, environnementaux ou psychologiques : il semble délicat en effet de se croire totalement à l'abri lorsque l'on considère l'ensemble de ces facteurs. On observe que pour les participants la quasi-totalité des facteurs proposés sont considérés comme pouvant entraîner le développement de cancers. Cela peut s'expliquer par le fait que la multiplication des études épidémiologiques médiatisées mettant en évidence de nombreux facteurs de risque non seulement n'expliquent pas comment ils portent atteinte à notre état de santé, mais en plus ne précisent pas qu'ils ne sont pas toujours fortement cancérogènes, ayant au contraire de faibles effets sur la santé [32]. Dans la perspective d'un futur Baromètre cancer, il faudra d'une part envisager d'analyser l'explication de ces représentations et d'autre part introduire l'analyse des représentations d'autres facteurs comme l'exposition aux pesticides et perturbateurs

endocriniens, qui n'ont pas été investigués dans ce Baromètre cancer 2015.

Les messages préventifs concernant les comportements à risque (arrêt du tabac, vaccination, exposition au soleil...), mais aussi ceux incitant à la pratique du dépistage (cancer du sein, cancer colorectal, surveillance des grains de beauté...), semblent être bien connus. Cependant, les appropriations de ces messages restent très variables en fonction de plusieurs facteurs psychosociaux et culturels tels que le niveau de diplôme [33].

Bien que les personnes interrogées confirment que les facteurs de risque présentés dans l'enquête puissent entraîner le développement d'un cancer, elles sont plus hésitantes quant à leur nature cancérogène. Pour les items « *avoir été fragilisé par des expériences douloureuses* », « *être devenu aigri* » et « *ne pas arriver à exprimer ses émotions* », ces opinions ne semblent pas s'appuyer sur des arguments scientifiques mais plutôt sur une représentation plus ancienne et profane des émotions ou des « humeurs » comme cause de cancer [34].

LE CANCER : UNE PATHOLOGIE PERÇUE COMME HÉRÉDITAIRE ET/OU CONTAGIEUSE

Il apparaît qu'une majorité de personnes de l'enquête pensent que le cancer est héréditaire (18 % en sont certaines soit 1 % de plus qu'en 2010) et 70 % d'entre elles ont la certitude que le cancer n'est pas contagieux.

L'idée selon laquelle le cancer serait héréditaire a émergé dès le XIX^e siècle. Aujourd'hui elle reste significative : 61 % des personnes interrogées pensent que le cancer est souvent héréditaire, alors qu'elles étaient 52 % en 2010 et 57 % en 2005 (somme des réponses « probablement » et « certainement »). La prévalence élevée de cette perception n'a jamais été aussi forte, alors que les travaux les plus emblématiques sur cette question datent des années quatre-vingt-dix. Une explication de cette évolution pourrait se trouver dans le développement du dispositif national d'oncogénétique et l'« effet Angelina Jolie » constaté outre-Manche et en France [35, 36] : l'actrice américaine avait médiatisé ses opérations de mastectomie préventive en 2013 et 2015 après avoir découvert être porteuse du gène BRCA 1. Une autre explication réside dans le langage courant lorsque l'on évoque les altérations et mutations génétiques associées aux cancers : l'idée

de « génétique » est très souvent associée à celle d'« hérédité ».

Aujourd'hui, cette perception des français autour de l'hérédité du cancer doit être prise en compte pour développer des communications plus claires sur le terme « génétique » et les facteurs de risque exogènes du cancer : penser que le cancer est héréditaire pourrait conduire la population à considérer que les comportements de prévention sont superflus car le cancer serait transmis avec le capital génétique familial.

Concernant la perception de la contagiosité des cancers, pour la première fois en 2015, presque 10 % des personnes de l'échantillon considèrent que « certains cancers sont contagieux » ; ils étaient respectivement 6,4 % en 2010 et 7,7 % en 2005. L'idée de la contagiosité des cancers a été constatée dans différents traités médicaux et « politiques publiques » depuis le XVIII^e siècle [37]. Cette idée est peut-être aujourd'hui nourrie par l'utilisation de rédactions liées plutôt aux maladies infectieuses comme « l'épidémie du cancer »⁶ [38]. Les campagnes de vaccination contre l'hépatite B ou les infections à papillomavirus humains (HPV) conduites depuis 2010 sont aussi probablement des éléments à considérer. Ce résultat pousse ici aussi à parfaire la communication sur la place des virus dans l'étiologie des cancers.

Malgré le sentiment de vulnérabilité rapporté par les enquêtés, de par leur conscience de la multiplicité des facteurs de risque et de leur représentation de la maladie perçue comme héréditaire, ceux-ci ne se montrent pas pour autant fatalistes : ils sont aussi nombreux à rejeter l'idée que l'on ne puisse rien faire pour éviter un cancer. Ce refus de l'impuissance face à la maladie s'étend jusqu'à la prévention des potentielles récurrences du cancer comme en témoigne l'importance de la proportion d'enquêtés à juger important d'adopter des comportements de prévention tertiaire suite à un cancer, comme la réduction de la consommation d'alcool et de tabac ou encore l'adoption d'une alimentation équilibrée. Cette valorisation des comportements de prévention tertiaire correspond effectivement aux préoccupations des personnes ayant été atteintes de cancer [39-41]. Ce rejet du fatalisme et cet accent mis sur la nécessité d'adopter des comportements de santé s'ancre dans un contexte de démocratie sanitaire croissant [42], au sein duquel l'individu, considéré comme le premier maillon de la chaîne de soin, est toujours plus responsabilisé quant à son état de santé [5].

LE CANCER : UN VECTEUR D'ISOLEMENT ET DE MODIFICATION DES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES

En 2015, les enquêtés pensent majoritairement que l'on peut retrouver une vie normale après un cancer et qu'il est important d'en parler à son entourage. Ce travail montre l'importance et la stabilité de ces représentations. Dire qu'un retour à une vie normale après la maladie semble possible pourrait impliquer que le cancer ne semble plus totalement perçu comme constituant une « rupture biographique » [43]. Cependant les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle sont perçues de manière hétérogène par les enquêtés. Pour la première fois le sentiment d'isolement dû au cancer est constaté dans plus de 50 % de la population. Ce retentissement semble augmenter progressivement de 2005 à 2015 (44,2% en 2005, 48 % en 2010, 51 % en 2015). Concernant l'opinion selon laquelle « quand on a un cancer on n'est plus capable de travailler comme avant », le taux de 2015 (56 %) est proche de celui de 2005 (57,1 %), alors qu'il avait baissé d'environ 5 points en 2010. Ainsi, aujourd'hui, les personnes interrogées perçoivent les conséquences du cancer sur la vie professionnelle comme aussi fortes qu'il y a dix ans. Ce lien entre cancer et isolement est une préoccupation constante qui semble accrue par la prise en compte de l'impact du cancer sur l'employabilité des malades : éviter la « double peine » (maladie et exclusion du marché du travail) liée au cancer est l'un des attendus majeurs du troisième plan cancer (2014-2019). Cette représentation de l'impact du cancer sur l'activité professionnelle et l'isolement qui peut en découler corrobore des données de la littérature scientifique. Une méta-analyse américaine a montré que le risque de chômage des survivants de cancer est égal à 1.37 en référence à une population en bonne santé [44]. En France, seuls deux tiers des personnes en emploi au moment du diagnostic le sont encore deux ans après [45]. Des travaux récents menés en France confirment ces conclusions avec un suivi à cinq ans et soulignent que l'impact est plus important chez les sujets âgés [46]. L'effet négatif du cancer sur la trajectoire professionnelle semble majoritairement imputable à des limitations physiques [46, 47], mais aussi à des épisodes dépressifs [48].

Il est intéressant de noter que pour la question des représentations de cancer et emploi presque 40 % des enquêtés pensent avoir déjà été exposés à des nuisances pouvant favoriser l'apparition d'un cancer dans le cadre de leur activité professionnelle. Même si cette représentation semble plus marquée dans

6. Le Monde a titré à plusieurs reprises des articles avec cette idée « d'épidémie de cancer » : https://www.lemonde.fr/idees/article/2008/10/07/arretons-l-epidemie-de-cancer-par-david-servan-schreiber_1104156_3232.html. Elle se retrouve également dans le BHE [45].

les professions agricoles et ouvrières (environ 24 % de l'échantillon total) et pour lesquelles des expositions aux principaux agents cancérogènes rencontrés en milieu de travail sont connues⁷, elle se retrouve également dans les autres professions pourtant peu exposées à des agents connus ou suspectés. Des études complémentaires sont à mener pour mettre en évidence les facteurs amenant à cette perception.

CONCLUSIONS

Les Baromètres cancer visent à analyser les représentations d'échantillons représentatifs de la population française vis-à-vis des cancers à un temps donné et leurs évolutions : pour la première fois cet outil permet d'avoir un recul sur dix ans.

Le cancer reste pour les Français la maladie qu'ils perçoivent comme la plus grave, qui peut concerner chacun et, pour la majorité d'entre eux, une maladie sur laquelle on peut agir pour l'éviter. 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, connaissent les comportements à adopter pour prévenir un cancer ou une

récidive. Ces constats suggèrent un maintien de la « culture sanitaire » autour du cancer dans la population enquêtée au cours de ces dix dernières années. Les conséquences du cancer sur la vie professionnelle sont perçues comme aussi importantes maintenant qu'il y a dix ans.

Ce travail a surtout permis d'identifier des perceptions nouvelles ou persistantes qui nécessiteront des études complémentaires et de nouvelles interventions à valider. Elles concernent certaines perceptions variables selon le statut social, « le caractère contagieux et héréditaire » du cancer, l'absence de relativité entre les facteurs de risque et le sentiment d'être exposé à des nuisances cancérogènes dans le milieu professionnel. Ce travail montre que les éléments fondés sur la rumeur sont autant repris que les données probantes, ouvrant ainsi un espace de recherche à investir.

En résumé ce travail suggère la nécessité de développer les recherches afin d'identifier et évaluer de nouvelles approches pour permettre à la population française d'appréhender les facteurs de risque avérés ; ces recherches concernent notamment le champ de la communication et de l'éducation pour la santé, afin d'être encore plus efficace dans les politiques à venir.

7. Les facteurs reconnus cancérogènes (groupe 1 du CIRC) faisant l'objet d'une surveillance ciblée sur des formes tumorales sont l'amiante (cancers du poumon, de la plèvre-mésothéliome, cancers du larynx et de l'ovaire), les poussières de bois (cancers nasosinusiens), les rayonnements ionisants (hémopathies malignes, cancers du poumon, du sein et de la thyroïde), le radon (cancers des bronches et du poumon), la silice (cancers du poumon), les métaux -cadmium, chrome VI, nickel, cobalt- (cancers du poumon), le benzène (hémopathies malignes), les brouillards d'acides forts minéraux (cancers du larynx), les hydrocarbures aromatiques polycycliques -HAP- (cancers du poumon, de la peau et de la vessie, lien suggéré avec les cancers du sein).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh J-WW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer*. 2013;49(6):1374-403.
- [2] Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff A, Delafosse P, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2015.
- [3] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff A-S, Remontet L, et al. Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period: solid tumors. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2014;62(2):95-108.
- [4] 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.
- [5] Jodelet D. Les représentations sociales. Paris: Presses universitaires de France; 1989.
- [6] Paicheler G. Psychologie sociale. *Encycl Med Chir*. 1994;37-876-A-50.
- [7] Apostolidis T, Duveen G, Kalampalikis N. Représentations et croyances. *Psychologie & Société*. 2002;(5):7-11.
- [8] Moulin P. Imaginaire social et cancer. *Revue francophone de psycho-oncologie*. 2005;4(4):261-7.
- [9] Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*. 1974;2(4):354-86.
- [10] Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. 1991;50(2):179-211.
- [11] Hagger MS, Chatzisarantis NL, Biddle SJ. A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of sport and exercise psychology*. 2002;24(1):3-32.
- [12] Bauer MW, Gaskell G. Towards a paradigm for research on social representations. *Journal for the theory of social behaviour*. 1999;29(2):163-86.
- [13] Pelard J, Apostolidis T, Soussan PB, Goncalves A. Approche psychosociale du discours de femmes en récidive métastatique d'un cancer du sein : la question de la temporalité. *Bulletin du cancer*. 2008;95(9):859-69.
- [14] Restivo L, Apostolidis T, Julian-Reynier C. Les représentations de la maladie : choix des outils de mesure et applications dans le champ du cancer. *Psycho-oncologie*. 2015;1-13.
- [15] Marie D, Dany L, Cannone P, Dudoit E, Duffaud F. Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie : enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. *Bulletin du cancer*. 2010;97(5):577-87.
- [16] Tilburt JC, James KM, Sinicropo PS, Eton DT, Costello BA, Carey J, et al. Factors influencing cancer risk perception in high risk populations: a systematic review. *Hereditary cancer in clinical practice*. 2011;9(1):2.
- [17] Sanz-Barbero B, Prieto-Flores ME, Otero-García L, Abt-Sacks A, Bernal M, Cambas N. Percepción de los factores de riesgo de cáncer por la población española. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(2):137-45.
- [18] Wardle J, Waller J, Brunswick N, Jarvis M. Awareness of risk factors for cancer among British adults. *Public health*. 2001;115(3):173-4.
- [19] 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. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1853.pdf>.
- [20] Peretti-Watel P, Amsellem N, Beck F. Ce que les français pensent du cancer. In: Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis: Inpes; 2012 p. 47-70.
- [21] Saillant F. Cancer et culture. Produire le sens de la maladie. Montréal: Éditions Saint-Martin; 1988.
- [22] 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. p. 31-45.
- [23] Morère JF, Mornex F, Soulières D. Thérapeutique du cancer. Paris: Springer Science & Business Media; 2011.
- [24] Peretti-Watel P. Ce que la population pense du cancer. Opinions, risques perçus et causes présumées. In: Guilbert P, Peretti-Watel P, Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2005. Saint-Denis: Inpes, 2006.p. 31-52.
- [25] Quaife SL, Winstanley K, Robb KA, Simon AE, Ramirez AJ, Forbes LJJ, et al. Socioeconomic inequalities in attitudes towards cancer: An international cancer benchmarking partnership study. *European Journal of Cancer Prevention*. 2015;24(3):253-60.
- [26] Boujut É. III. Comprendre et prévoir les comportements en santé. In: Sultan S, Varescon I. Psychologie de la santé. Toulouse: Presses universitaires de France; 2012. p. 67-86.

- [27] Bury J, Foucaud J. L'éducation thérapeutique
In: Bourdillon F. Traité de prévention. Paris:
Flammarion Médecine-Sciences; 2009. p. 81-7.
- [28] Cousson-Gélie F, Sordes-Ader F. Psychologie
de la santé et cancers : quels apports et quelles
perspectives ? *Psychologie française*. 2012;57(2):
119-29.
- [29] Institut national du cancer. Prévention et
dépistage du cancer du col de l'utérus. Boulogne-
Billancourt: INCa, coll fiches repères; 2013.
- [30] Institut national du cancer. Cancer colorectal :
dépistage par test immunologique et autres
modalités. Boulogne-Billancourt: INCa, coll fiches
repères ; 2015.
- [31] Guignard R, Beck F, Deutsch A. Tabac et cancer.
Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des
risques. In: Beck F, Gautier A. Baromètre cancer
2010. Saint-Denis: Inpes; 2012. p.100-24.
- [32] Moatti JP, Peretti-Watel P. Le Principe de
prévention. Paris: Seuil, coll La République des
idées; 2009.
- [33] Kivits J, Hanique M, Jacques B, Renaud L.
L'appropriation de l'information médiatique au sujet
de la prévention et du dépistage des cancers.
Le Temps des médias. 2014;(2):151-63.
- [34] 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.
- [35] Evans DGR, Barwell J, Eccles DM, Collins A,
Izatt L, Jacobs C, et al. The Angelina Jolie effect:
how high celebrity profile can have a major impact
on provision of cancer related services. *Breast
Cancer Research*. 2014;16(5):442.
- [36] Derbez B, Rollin Z. *Sociologie du cancer*. Paris:
La Découverte; 2016.
- [37] Bacque MF. Les représentations archaïques
des cancers traités par les biotechnologies
avancées. Archaic representations of cancers that
are treated by advanced bio-technological methods.
Psycho-oncologie. 2008;2(4):225-33.
- [38] Hill C, Jouglu E, Beck F. Le point sur l'épidémie
de cancer du poumon dû au tabagisme. *Bulletin
Epidémiologique Hebdomadaire*. 2010;(19-20):
210-3.
- [39] Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland
JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable
moment: promoting long-term health after the
diagnosis of cancer. *Journal of clinical oncology:
official journal of the American Society of Clinical
Oncology*. 2005;23(24):5814.
- [40] Demark-Wahnefried W, Peterson B, McBride
C, Lipkus I, Clipp E. Current health behaviors and
readiness to pursue life-style changes among men
and women diagnosed with early stage prostate and
breast carcinomas. *Cancer*. 2000;88(3):674-84.
- [41] Pannard M, Carretier J, Fervers B, Préau M,
Kalampalikis N. Pertinence d'un programme
associant un suivi diététique et une activité physique
adaptée au regard des priorités de patientes atteintes
de cancer du sein traitées par chimiothérapie
adjuvante. *Psycho-oncologie*. 2016;10(4):293-7.
- [42] Bauquier C, Pannard M, Préau M. Une démarche
innovante pour favoriser la recherche commu-
nautaire et faire vivre la démocratie sanitaire
en oncologie: les Seintinelles. *Santé Publique*.
2017;29(4):547-50.
- [43] Bury M. Chronic illness as biographical interrup-
tion. *Sociology of health & illness*. 1982;4(2):167-82.
- [44] De Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, Van Dijk FJ,
Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment:
a meta-analysis and meta-regression. *Jama*.
2009;301(7):753-62.
- [45] Paraponaris A, Teyssier LS, Ventelou B. Job
tenure and self-reported workplace discrimination
for cancer survivors 2 years after diagnosis: does
employment legislation matter? *Health Policy*.
2010;98(2):144-55.
- [46] Barnay T, Halima MB, Duguet E, Lanfranchi J,
Le Clainche C. La survenue du cancer: effets
de court et moyen termes sur les situations
professionnelles. *Economie et statistique*.
2015;475:157-86.
- [47] Blinder VS, Patil S, Thind A, Diamant A, Hudis
CA, Basch E, et al. Return to work in low-income
Latina and non Latina white breast cancer survivors:
a 3 year longitudinal study. *Cancer*. 2012;118(6):
1664-74.
- [48] Damkjæ LH, Deltour I, Suppli NP, Christensen J,
Kroman NT, Johansen C, et al. Breast cancer and
early retirement. Associations with disease charac-
teristics, treatment, comorbidity, social position and
participation in a six-day rehabilitation course in a
register-based study in Denmark. *Acta oncologica*.
2011;50(2):274-81.

AUTEURS

Jérôme Foucaud
Marion Soler

Institut national du cancer

Charlotte Bauquier
Myriam Pannard
Marie Préau

Groupe de Recherche en Psychologie Sociale - Université Lyon 2

RELECTEURS

Christine Chomienne

Institut national du cancer

Hermann Nabi

Université Laval - Centre de Recherche du CHU de Québec

REMERCIEMENTS

Tristan Roué
Valérie Letertre

Institut national du cancer

Les auteurs remercient Christine Chomienne et Jean-Claude Desenclos pour leur relecture attentive et leurs conseils.

Édition

Jeanne Herr

Santé publique France

Documentation

Manon Jeuland

Santé publique France

Auteur à contacter

Jérôme Foucaud

jfoucaud@institutcancer.fr

Citation suggérée : 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.
