

# BAROMÈTRE CANCER 2015

## REPRÉSENTATIONS DES SOINS ET INFORMATION SUR LE CANCER ET SES FACTEURS DE RISQUE

### Ce qu'il faut retenir

- Les résultats du Baromètre cancer 2015 confortent ceux des éditions précédentes et montrent que certaines catégories socioprofessionnelles méritent une attention particulière pour combler le déficit d'information.
- La majorité des Français semblent bien informés sur l'influence des habitudes de vie sur la santé. Le déficit d'information concerne plutôt les facteurs de risque environnementaux naturels et les agents physiques et infectieux.
- Moins d'une personne sur dix cite les campagnes de prévention comme source d'information.
- La télévision n'est plus le média-roi mais reste la principale source pour les catégories socioprofessionnelles défavorisées.
- Il apparaît nécessaire d'améliorer les connaissances sur les signes d'alerte, surtout parmi les plus défavorisés.
- Neuf personnes sur dix sont d'accord avec l'idée que l'on sait guérir aujourd'hui de nombreux cancers.
- La quasi totalité des personnes ayant vécu cette maladie personnellement ou dans leur entourage sont satisfaites de la prise en charge.

### INTRODUCTION

Il est reconnu que les principaux leviers pour améliorer l'état de santé et lutter contre les inégalités sociales de santé se situent en amont du soin, dans la prévention primaire et secondaire.

Selon le Baromètre cancer 2010 [1], un tiers des Français pensaient qu'on ne pouvait rien faire pour éviter le cancer tandis que les études épidémiologiques montrent que 40 % des cancers résultent de l'exposition à des facteurs de risque évitables, liés à nos modes de vie et à notre environnement [2]. Toutefois ces différents facteurs n'ont pas tous le même impact sur le risque de développer un cancer et des données scientifiques permettent d'en établir une hiérarchisation. Même si les Français s'estiment bien informés sur les causes du cancer, leur hiérarchisation des différents

facteurs de risque dans la survenue de la maladie est souvent éloignée des connaissances scientifiques [3]. L'objectif 11 du Plan Cancer 2014-2019 [4] (donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer) se donne comme but d'éclairer les choix individuels et collectifs pour permettre à chaque citoyen d'adapter les comportements face au cancer en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque.

Les connaissances scientifiques sont reprises lors des campagnes de prévention lancées, entre autres, par les agences sanitaires et en parallèle, les médias véhiculent une hiérarchisation des principaux cancers en termes d'incidence, de mortalité et de taux de guérison [5]. Les Français sont ainsi exposés à de nombreux messages de prévention relayés dans les médias, ou par certains professionnels de santé, qui font état d'une grande diversité de facteurs de risque de

cancer potentiels. Ces informations peuvent cependant parfois créer de la confusion et générer une perte de repères qui peut favoriser les attitudes de déni, de mise à distance du risque, d'inaction ou des stratégies individuelles de prévention fondées sur des idées fausses [6].

La communication en santé permet de mettre en avant des problématiques de santé publique auprès de la population et auprès des relais d'opinion (médias, décideurs, professionnels de santé, etc.). Cette communication vise alors à sensibiliser la population, voire à faire évoluer ou à changer sa perception. De nombreuses campagnes d'information reposent ainsi sur le Health Belief Model [7] c'est-à-dire sur la croyance que les individus n'agissent pas « correctement » car ils ne disposent pas de l'information qui pourrait leur permettre d'opérer les bons choix. Plusieurs constats incitent cependant à penser qu'une bonne information, même si elle est indispensable, est insuffisante pour entraîner un changement de comportement [6]. La littérature montre que si les campagnes de prévention sont en mesure de changer les connaissances qu'ont les individus sur tel ou tel facteur de risque, elles ont, le plus souvent, peu d'impact sur les modifications de comportements [8, 9]. Ainsi, même lorsque les citoyens connaissent les comportements favorables à la santé, ils ne font pas toujours des choix rationnels.

Les résultats du Baromètre cancer 2015 donnent une mesure du niveau et des sources d'information de la population sur le cancer et ses principaux facteurs de risque liés aux habitudes de vie. Ils permettent d'examiner l'incidence de cette information sur les modifications de comportements.

D'après l'OMS, il existe deux composantes majeures reconnues dans la détection précoce du cancer : l'éducation pour promouvoir le diagnostic précoce et le dépistage. La promotion du diagnostic précoce passe notamment par la reconnaissance d'éventuels signes d'alerte évocateurs de cancer qui permettront de prendre des mesures rapides (comme par exemple un rendez-vous chez son médecin traitant) [10, 11]. La sensibilisation accrue des éventuels signes avant-coureurs de cancer auprès des médecins, des infirmières [12] et de la population générale serait ainsi associée à une meilleure survie.

Pour la première fois en France, le recueil des besoins a fait apparaître la nécessité d'interroger la population sur les signes d'alerte évocateurs de la maladie. Comme cela a été décrit dans le chapitre méthodologie [13], le questionnaire du Baromètre cancer a été adapté en 2015 [14] pour tenir compte du nouveau Plan Cancer 2014-2019 mais aussi des progrès importants dans la lutte contre le cancer.

Connaître les signes d'alerte qui interpellent la population générale est en effet essentiel. Ce résultat pourrait éclairer les décideurs politiques et orienter de futures campagnes de prévention sur le cancer, comme c'est déjà le cas au Danemark et au Royaume-Uni [15, 16].

Le cancer est un sujet important au sein de notre société et la communication sur ce thème dans les médias est un des vecteurs pour sensibiliser la population générale et contribuer à lutter contre la stigmatisation des malades. L'Institut national du cancer a conduit il y a une dizaine d'années un programme dont l'objectif était de contribuer à modifier l'image sociale des cancers afin de changer le regard de la population sur cette maladie. Ces campagnes de communication avaient pour objectif de réduire le décalage qui existe aujourd'hui encore entre, d'une part, une perception très sombre de la maladie associée à la mort [17, 18] et, d'autre part, les progrès médicaux qui permettent aux personnes atteintes d'un cancer une survie améliorée [19].

Les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements ont permis de faire reculer la mortalité par cancer en France au cours des vingt dernières années [19, 20]. Si le pronostic demeure mauvais pour certaines localisations, les perspectives de guérison et de survie à long terme évoluent très favorablement pour de nombreux cancers. De plus en plus, les cancers sont des maladies avec lesquelles on peut vivre et dont on peut guérir. Les personnes malades et leurs proches revendiquent leur droit à être pleinement associées aux décisions thérapeutiques qui les concernent. Elles réaffirment leur besoin d'être informées et écoutées par les soignants. L'un des objectifs du Plan Cancer 2014-2019 est de rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée à leur situation et répondant au mieux à leurs besoins (action 7.13). Cette information devant être accompagnée par l'équipe soignante, les professionnels de santé et les acteurs associatifs.

Mieux comprendre les opinions et les représentations de la population générale et des personnes atteintes de cancer quant à la prise en charge est aussi un enjeu important pour éclairer les décideurs et les acteurs afin d'en atténuer les effets et de réduire les inégalités sociales qui pourraient en résulter. Les résultats observés en 2015 ainsi que les évolutions des opinions et des perceptions de la population générale, des personnes atteintes d'un cancer ou ayant eu un cancer ou de leurs proches permettront de connaître les avancées depuis le lancement du premier Plan Cancer et de décrire les efforts restant à produire pour répondre aux objectifs du Plan Cancer 2014-2019.

## Méthodologie

### Description de la population

Les données sont issues des Baromètres cancer 2005, 2010 et 2015. La méthode de l'enquête 2015 est décrite dans un chapitre dédié [13]. L'échantillon de la vague de 2015 compte 4139 interrogés âgés de 15 à 85 ans dont 375 ont déjà été ou sont soignés pour un cancer.

Certaines questions n'ont pas été posées aux personnes n'ayant jamais été soignées pour un cancer. Ce filtre a été introduit pour écarter un éventuel biais lié à la modification de perception du fait de l'apparition de la maladie.

### Comparaisons 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 16-85 ans pour 2005, 2010, 2015 regroupe respectivement 4 021, 3 674 et 4 100 individus.

Seules les questions posées de manière strictement identique entre 2005 et 2015 ont été exploitées pour la partie comparaison.

### Analyses statistiques

Le logiciel SAS enterprise guide 7.13 a été utilisé.

Des tests du Chi<sup>2</sup> ont été effectués afin d'étudier les différentes associations.

Des odds ratios ont été calculés pour mesurer l'effet de certains facteurs ; ils ont été ajustés sur l'âge et le sexe.

Une régression logistique a été effectuée afin d'évaluer l'association entre les caractéristiques individuelles et le fait que l'information sur les différents risques de cancer ait amené une modification de comportement. Afin de définir les variables explicatives du modèle de régression, une sélection de variables « pas à pas » a été appliquée.

### Variables

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

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

Opinions sur les relations humaines avec l'équipe soignante parmi les personnes soignées ou ayant été soignées pour un cancer : ont été regroupées les modalités « très satisfaisante » et « plutôt satisfaisante » ainsi que « plutôt pas satisfaisante » et « pas du tout satisfaisante ».

## RÉSULTATS

### INFORMATION SUR LE CANCER ET COMPORTEMENTS LIÉS

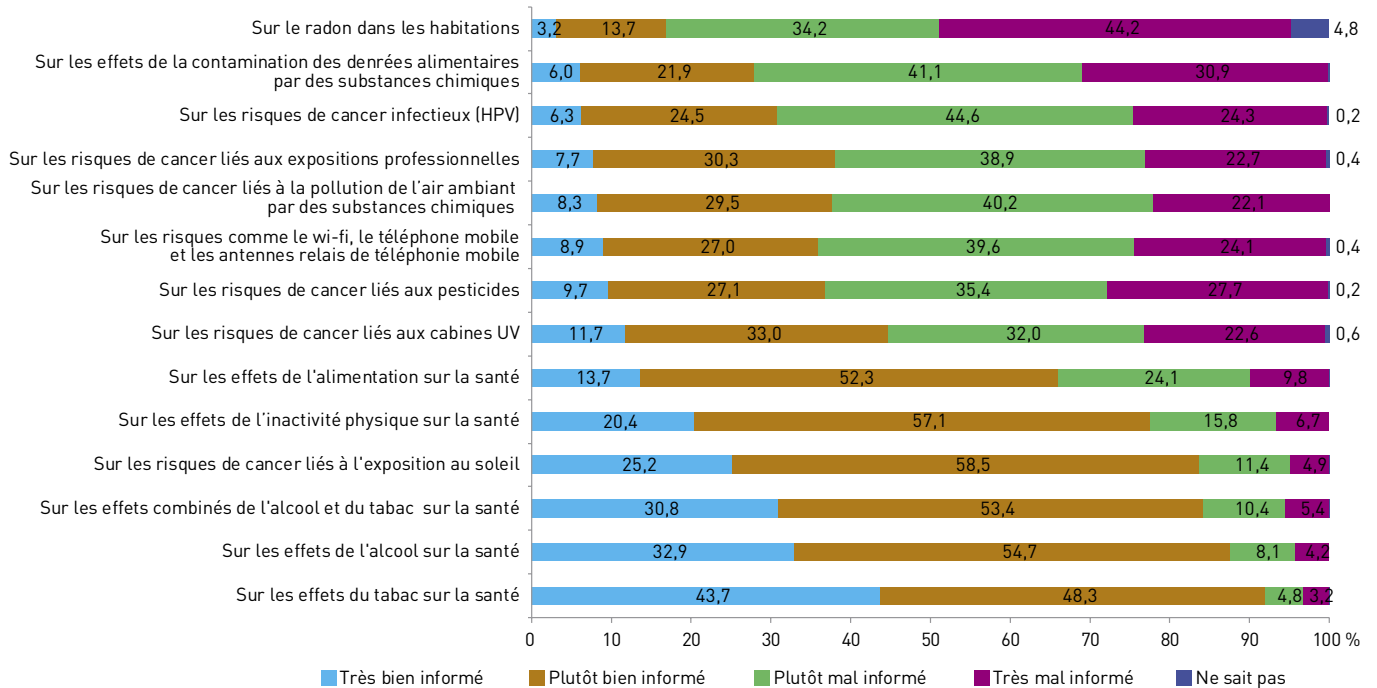
#### Niveau d'information sur les risques pour la santé

La majorité des Français âgés de 15 à 85 ans ont le sentiment d'être globalement bien informés sur les six facteurs de risque suivants : tabac, alcool, effets combinés de l'alcool et du tabac, exposition au soleil, inactivité physique et alimentation (Figure 1).

Ceci est observé surtout pour ce qui concerne les effets du tabac ou de l'alcool sur la santé : neuf personnes sur dix se sentent « très bien » ou « plutôt

bien » informées sur les effets du tabac sur la santé (92,0 %) et sur les effets de l'alcool (87,6 %). D'autres thèmes sont aussi majoritairement remarqués : 83,7 % des personnes interrogées estiment être informées sur les risques de cancer liés à l'exposition au soleil et 77,5 % sur les effets de l'inactivité physique. Enfin, deux tiers des personnes ont le sentiment d'être « très bien » ou « plutôt bien » informés sur les effets de l'alimentation sur la santé.

En revanche, huit facteurs de risque pour la santé sont moins identifiés et l'information est jugée insuffisante. Ainsi, plus d'une personne sur deux estime être « plutôt mal informée » ou « très mal informée » sur les risques de cancer liés aux cabines UV, aux pesticides, aux ondes électromagnétiques, à la pollution de l'air ambiant ou aux expositions

**FIGURE 1 | Niveau d'information perçu des risques liés à la santé (n=3 764)**

Source : Baromètre cancer 2015, INCa – Santé publique France

professionnelles. Le sentiment de mauvaise information est encore plus important pour les risques de cancer infectieux, les effets de la contamination des denrées alimentaires et le radon dans les habitations (respectivement 68,9 %, 72,0 % et 78,4 % des Français s'estiment « plutôt mal » ou « très mal informés »).

Le sentiment d'information sur les facteurs de risque varie selon plusieurs caractéristiques socio-démographiques et de santé. Les résultats de la régression logistique effectuée sont présentés dans le tableau I.

Il existe un lien entre le sentiment d'être bien informé sur les effets de l'alcool et le fait d'avoir fait des études supérieures au bac, d'être cadre ou d'avoir une profession intermédiaire et d'habiter dans une ville de moins de 20 000 habitants. À l'opposé, le sentiment d'être mal informé sur les effets de l'alcool est significativement associé au fait de ne jamais avoir consommé de l'alcool, d'être au chômage ou inactif ou d'avoir un travail exposant occasionnellement à des horaires décalés. Les autres facteurs liés à ce dernier sentiment sont le fait d'avoir de faibles revenus, d'avoir renoncé aux soins pour des raisons financières, d'avoir une CMU, d'être limité depuis plus de six mois dans ses activités et d'avoir un état de santé général assez bon, mauvais ou médiocre.

Se déclarer bien informé sur les effets du tabac sur la santé est significativement associé au fait d'être une femme ( $p < 0,001$ ), d'avoir un diplôme de niveau bac ou supérieur, d'être artisan, commerçant, cadre, d'avoir une profession intermédiaire ou d'être en cours d'études. Le fait d'être ex-fumeur est aussi lié au sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac.

Se déclarer bien informé sur les risques pour la santé liés à l'exposition au soleil est significativement associé au fait d'être une femme ( $p < 0,0001$ ), d'être âgé de plus de 24 ans, d'avoir un diplôme de niveau bac ou supérieur et d'exercer une profession intermédiaire ou de cadre. À l'inverse, les personnes ayant des revenus inférieurs ou égaux à 1 800 €/unité de consommation (UC) se déclarent moins bien informées que celles qui ont des revenus supérieurs ( $p < 0,001$ ). Les artisans et commerçants aussi estiment moins fréquemment être bien informés que les employés sur ce type de risque ( $p < 0,05$ ). Cette tendance s'observe également pour les personnes résidant dans la région parisienne par rapport aux participants habitant dans une commune comptant entre 20 000 et 100 000 habitants ( $p < 0,05$ ). Les personnes qui ont un état de santé moyen (assez bon, mauvais ou très mauvais) se déclarent moins fréquemment bien informées sur ce risque que les personnes en très bon état général. Il en est de

même pour les personnes ayant renoncé aux soins pour raison économique ou bénéficiant de la CMU par rapport aux autres ( $p < 0,0001$ ).

Les facteurs associés à un bon ou à un mauvais niveau d'information sur les cabines UV sont identiques à ceux liés à l'exposition au soleil. Ce niveau est significativement meilleur chez les femmes et augmente avec l'âge notamment après 25 ans et avec la pratique des UV en cabine. Ainsi, 72 % des personnes qui ont eu recours au bronzage artificiel à l'aide de lampes à ultra-violet au cours des douze derniers mois ont le sentiment d'être très bien ou bien informées contre 43 % des personnes qui n'ont jamais eu de pratique des UV au cours de leur vie ( $p < 0,0001$ ).

Se déclarer bien informé sur les risques liés à l'inactivité physique est significativement associé au fait d'être une femme ( $p < 0,0001$ ), d'avoir un diplôme de niveau bac ou supérieur ( $p < 0,0001$ ) et d'habiter dans une commune de moins de 20 000 habitants ( $p < 0,01$ ).

De la même façon, les risques liés à l'alimentation sont statistiquement plus fréquemment connus des femmes ( $p < 0,001$ ), des personnes ayant fait des études supérieures au bac, habitant en région parisienne ou dans des communes de moins de 20 000 habitants. À l'opposé, les risques liés à l'alimentation sont statistiquement moins bien connus des adultes âgés de 26 à 64 ans, des personnes ayant renoncé aux soins pour des raisons économiques ( $p < 0,001$ ) mais aussi des personnes qui estiment leur santé « assez bonne » ou « mauvaise » ou qui sont limitées depuis au moins six mois dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé ( $p < 0,01$ ).

Le sentiment d'être bien informé (« très bien » et « plutôt bien ») sur les risques de cancers liés aux ondes électromagnétiques (Wi-fi, téléphone, antennes relais) est plus fréquent chez les femmes ( $p < 0,001$ ), chez les personnes ayant un niveau égal ou supérieur au bac et en cas de revenus inférieurs ou égal à 1 800 €/UC. Les personnes bénéficiant de la CMU ont également significativement plus le sentiment d'être bien informées sur ce risque que celles qui n'en bénéficient pas (45,6 % s'estiment bien informés vs 34,5 % des personnes ne bénéficiant pas de la CMU ;  $p < 0,0001$ ).

Les risques liés aux pesticides sont statistiquement mieux connus dans les tranches d'âges 35-44 ans et 55-85 ans, par les artisans commerçants ( $p < 0,0001$ ) et chez les personnes résidant en milieu rural ou dans des villes de moins de 20 000 habitants ou en agglomération parisienne.

Le radon est un facteur de risque mal connu. Les personnes qui se déclarent le plus fréquemment bien informées (« très bien » et « plutôt bien ») sont les adultes de plus de 65 ans, les personnes ayant des revenus de moins de 1 101 €/UC ou résidant dans des communes rurales, de moins de 20 000 ou de plus de 100 000 habitants.

Les personnes qui considèrent leur état de santé mauvais ou médiocre sont plus aptes à estimer être mal informées que les personnes se considérant en très bonne santé ( $p < 0,05$ ). Cette tendance est également observée en cas de renoncement aux soins pour la majorité des facteurs de risque étudiés. Des différences de l'ordre de 6 à 10 points sont ainsi observées entre les catégories extrêmes quant au sentiment d'être bien informé suivant les thématiques.

## Les principales sources d'information sur le cancer

Comme principale source d'information sur le cancer, les Français privilégient la télévision (21,2 %) aux médias (13,5 %) ou à leur entourage et internet (12,0 % chacun) (Figure 2). Moins d'une personne sur dix est sensibilisée par les campagnes de prévention ou les professionnels de santé (respectivement 7,4 % et 6,3 %) et moins d'une personne sur vingt cite les magazines de santé, les journaux ou encore la radio comme principale source d'information (respectivement 4 %, 3 % et 3 %).

**La télévision** est une source d'information privilégiée par les personnes âgées de plus de 25 ans (sans la tranche d'âge des 45-54 ans) : 25 % des 35-44 ans et des 55-85 ans disent trouver leurs informations à la télévision contre seulement 15 % des 15-24 ans et 17 % des 45-54 ans ( $p < 0,001$ ). La télévision est significativement moins utilisée comme principale source d'information sur le cancer par les personnes ayant un niveau d'études égal ou supérieur au bac, en cours d'études ou exerçant une profession intermédiaire ou de cadres ( $p < 0,001$ ). Elle est également moins une source d'information sur le cancer lorsqu'un proche a un cancer. Elle est davantage une source d'information pour les personnes vivant dans un foyer aux revenus mensuels inférieurs ou égaux à 1 800 €/UC.

**La presse écrite (journaux et magazines de santé)** est plus souvent une source d'information sur le cancer pour les personnes ayant fait des études supérieures, exerçant une profession intellectuelle ou de cadre et à mesure que l'âge croît ( $p < 0,001$ ).

**TABLEAU I | Facteurs sociodémographiques associés à un niveau d'information jugé « très bon » ou « plutôt bon » concernant les facteurs de risque pour la santé (n=3 764)**

SEXE	Alcool			Tabac			Tabac & alcool			Alimentation			Inactivité physique			Exposition au soleil			Cabines UV		
	n	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	% TB/PB	OR	% TB/PB	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR
Hommes	1 846	87,1	ref	90,6	ref	83,1	ref	63,4	ref	73,7	ref	81,2	ref	81,2	ref	40,6	ref				
Femmes	1 918	88,2	1,10(0,91-1,34)	93,4	1,46(1,15-1,85)**	85,3	1,18(0,99-1,41)	68,6	1,26(1,10-1,44)**	81,3	1,55(1,32-1,80)**	86,2	1,45(1,22-1,73)**	86,2	1,45(1,22-1,73)**	49,3	1,42(1,25-1,62)**				
<b>Âge</b>																					
15-24 ans	577	87,4	ref	92,3	ref	84,2	ref	71,7	ref	78,9	ref	75,1	ref	75,1	ref	33,8	ref				
25-34 ans	631	87,6	1,01(0,72-1,43)	92,1	0,98(0,64-1,49)	77,9	0,66(0,49-0,89)**	60,6	0,61(0,48-0,77)**	72,6	0,71(0,54-0,93)*	81,2	1,43(1,09-1,88)*	81,2	1,43(1,09-1,88)*	42,6	1,45(1,15-1,83)**				
35-44 ans	658	88,9	1,14(0,91-1,62)	94,9	1,56(0,98-2,47)	83,5	0,95(0,70-1,29)	60,8	0,61(0,48-0,78)**	76,7	0,88(0,67-1,16)	84,9	1,87(1,41-2,49)**	84,9	1,87(1,41-2,49)**	42,8	1,46(1,16-1,84)**				
45-54 ans	667	85,3	0,83(0,60-1,15)	89,1	0,68(0,46-1,01)	84,5	1,03(0,76-1,40)	64,0	0,70(0,55-0,89)**	74,1	0,77(0,59-1,00)	86,2	2,07(1,55-2,76)**	86,2	2,07(1,55-2,76)**	45,0	1,60(1,27-2,02)**				
55-64 ans	598	88,5	1,10(0,78-1,57)	93,4	1,18(0,75-1,83)	86,6	1,22(0,88-1,68)	65,6	0,76(0,59-0,97)**	78,8	1,00(0,76-1,32)	87,3	2,28(1,68-3,09)**	87,3	2,28(1,68-3,09)**	52,9	2,20(1,73-2,78)**				
65-74 ans	370	90,5	1,36(0,89-2,08)	93,5	1,21(0,72-2,02)	89,1	1,54(1,04-2,29)*	75,3	1,21(0,89-1,62)	85,6	1,60(1,12-2,27)*	89,4	2,81(1,92-4,11)**	89,4	2,81(1,92-4,11)**	55,7	2,46(1,88-3,21)**				
75-85 ans	264	85,7	0,86(0,56-1,32)	86,7	0,55(0,34-0,87)*	88,9	1,52(0,97-2,37)	73,0	1,07(0,77-1,48)	83,3	1,34(0,92-1,96)	83,7	1,71(1,17-2,49)**	83,7	1,71(1,17-2,49)**	48,7	1,86(1,38-2,50)**				
<b>Niveau de diplôme</b>																					
< BAC	1 996	85,9	ref	88,9	ref	84,2	ref	65,3	ref	74,4	ref	80,5	ref	80,5	ref	42,4	ref				
BAC	718	88,4	1,25(0,96-1,63)	95,2	2,47(1,69-3,60)**	83,6	1,03(0,82-1,31)	66,9	1,09(0,90-1,31)	80,7	1,53(1,24-1,91)**	84,8	1,62(1,27-2,06)**	84,8	1,62(1,27-2,06)**	46,2	1,35(1,13-1,62)**				
> BAC	1 050	90,5	1,60(1,25-2,05)**	95,8	2,83(2,02-3,98)**	84,7	1,20(0,97-1,49)	66,9	1,22(1,03-1,44)*	81,4	1,74(1,43-2,11)**	89,2	2,20(1,75-2,78)**	89,2	2,20(1,75-2,78)**	49,3	1,46(1,25-1,71)**				
<b>Revenus par unité de consommation</b>																					
1 <sup>er</sup> tertile	1 190	83,4	0,49(0,37-0,64)**	89,1	0,27(0,18-0,40)**	82,9	0,74(0,58-0,95)*	65,8	0,89(0,74-1,07)	73,9	0,56(0,45-0,69)**	78,4	0,42(0,32-0,54)**	78,4	0,42(0,32-0,54)**	41,9	0,73(0,61-0,87)**				
2 <sup>e</sup> tertile	1 307	89,2	0,82(0,62-1,09)	92,5	0,44(0,29-0,66)**	84,4	0,84(0,66-1,07)	64,9	0,88(0,74-1,05)	77,4	0,71(0,57-0,87)**	85,2	0,65(0,5-0,85)**	85,2	0,65(0,5-0,85)**	42,7	0,72(0,61-0,85)**				
3 <sup>e</sup> tertile	944	91,0	ref	96,5	ref	86,6	ref	67,9	ref	82,7	ref	89,8	ref	89,8	ref	50,6	ref				
NSP/Retus	323	87,3	0,67(0,45-1,01)	87,7	0,25(0,15-0,41)**	82,0	0,64(0,45-0,90)*	66,0	0,82(0,62-1,07)	76,7	0,60(0,44-0,82)**	79,9	0,45(0,32-0,64)**	79,9	0,45(0,32-0,64)**	50,0	0,94(0,74-1,25)				
<b>Situation professionnelle</b>																					
Travail	1 953	88,6	ref	93,4	ref	83,0	ref	62,8	ref	77,3	ref	85,4	ref	85,4	ref	43,8	ref				
Études	424	89,1	1,20(0,73-1,99)	95,3	2,29(1,22-4,31)**	86,0	1,42(0,91-2,22)	75,9	1,91(1,33-2,76)**	78,8	0,85(0,56-1,27)	76,8	1,02(0,69-1,52)	76,8	1,02(0,69-1,52)	35,9	1,22(0,85-1,75)				
Chômage	308	80,2	0,52(0,38-0,72)**	85,6	0,44(0,30-0,64)**	77,3	0,73(0,54-0,98)*	61,6	0,96(0,75-1,24)	67,1	0,58(0,44-0,75)**	76,0	0,60(0,45-0,81)**	76,0	0,60(0,45-0,81)**	41,4	0,98(0,76-1,25)				
Retraite	813	88,7	0,90(0,57-1,42)	90,7	0,46(0,26-0,81)**	87,9	0,88(0,57-1,37)	71,3	0,88(0,64-1,21)	82,3	0,77(0,53-1,11)	87,2	0,89(0,57-1,38)	87,2	0,89(0,57-1,38)	53,8	1,25(0,93-1,69)				
Autres inactifs	267	84,2	0,66(0,45-0,96)*	88,2	0,43(0,28-0,67)**	87,4	1,21(0,82-1,78)	63,1	0,85(0,64-1,12)	75,3	0,70(0,51-0,95)*	81,0	0,59(0,42-0,84)**	81,0	0,59(0,42-0,84)**	46,7	0,95(0,73-1,25)				
<b>CSP</b>																					
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises et agriculteurs exploitants	270	85,1	0,86(0,58-1,28)	92,6	1,70(1,01-2,86)*	83,6	0,93(0,64-1,35)	67,0	0,97(0,72-1,30)	78,8	1,05(0,75-1,48)	76,5	0,70(0,49-0,98)*	76,5	0,70(0,49-0,98)*	46,9	1,22(0,92-1,61)				
Cadres et professions intellectuelles supérieures	717	90,2	1,42(1,03-1,96)*	95,4	2,85(1,86-4,38)**	86,0	1,24(0,95-1,67)	68,5	1,12(0,90-1,39)	79,3	1,19(0,93-1,53)	90,1	2,20(1,62-3,00)**	90,1	2,20(1,62-3,00)**	50,0	1,50(1,22-1,84)**				
Professions intermédiaires	721	90,6	1,46(1,06-2,00)*	95,3	2,53(1,67-3,84)**	84,9	1,13(0,86-1,49)	67,0	1,05(0,85-1,29)	81,4	1,32(1,03-1,69)*	87,7	1,57(1,18-2,09)**	87,7	1,57(1,18-2,09)**	46,8	1,22(1,00-1,49)				
Employés	962	87,4	ref	90,5	ref	83,9	ref	67,1	ref	78,7	ref	83,4	ref	83,4	ref	44,3	ref				
Ouvriers	896	87,0	1,06(0,79-1,41)	90,0	1,22(0,88-1,70)	84,9	1,18(0,9-1,54)	63,0	0,93(0,76-1,14)	73,7	0,93(0,74-1,17)	78,0	0,81(0,63-1,04)	78,0	0,81(0,63-1,04)	40,2	1,00(0,82-1,22)				
Autres inactifs	199	75,7	0,47(0,32-0,68)**	83,9	0,58(0,37-0,91)*	75,5	0,6(0,42-0,88)**	60,5	0,74(0,54-1,02)	68,1	0,60(0,43-0,85)**	83,7	1,23(0,81-1,87)	83,7	1,23(0,81-1,87)	43,4	1,13(0,82-1,55)				
<b>Taille d'unité urbaine</b>																					
Commune rurale	884	87,4	1,09(0,78-1,51)	93,0	1,03(0,67-1,58)	83,1	1,01(0,75-1,37)	65,8	1,25(0,99-1,58)	77,1	1,03(0,79-1,35)	83,9	0,83(0,60-1,14)	83,9	0,83(0,60-1,14)	42,5	0,94(0,75-1,18)				
< 20 000 habitants	623	91,3	1,64(1,12-2,41)*	94,0	1,18(0,73-1,90)	88,9	1,66(1,17-2,36)**	69,4	1,47(1,14-1,90)**	83,4	1,54(1,14-2,09)**	88,3	1,20(0,84-1,73)	88,3	1,20(0,84-1,73)	43,5	0,98(0,77-1,25)				
20 000 - 99 999 habitants	466	86,2	ref	92,3	ref	83,2	ref	61,3	ref	76,6	ref	86,0	ref	86,0	ref	43,6	ref				
≥ 100 000 habitants	1 188	87,8	1,13(0,82-1,55)	90,1	0,70(0,47-1,04)	83,5	1,04(0,79-1,41)	65,8	1,23(0,98-1,54)	75,6	0,95(0,73-1,22)	82,2	0,78(0,57-1,05)	82,2	0,78(0,57-1,05)	45,6	1,12(0,89-1,39)				
Agglomération parisienne	604	85,3	0,92(0,65-1,31)	92,2	0,94(0,59-1,48)	83,5	1,10(0,79-1,52)	67,1	1,34(1,04-1,73)*	76,8	1,05(0,78-1,40)	80,1	0,68(0,49-0,95)*	80,1	0,68(0,49-0,95)*	50,4	1,39(1,08-1,78)*				

	n	Alcool		Tabac		Tabac & alcool		Alimentation		Inactivité physique		Exposition au soleil		Cabines UV	
		% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR
<b>Statut tabagique</b>															
Fumeur occasionnel	217	93,1	1,35[0,76-2,38]	82,9	0,87[0,59-1,29]										
Fumeur régulier / quotidien	1 055	90,7	0,97[0,72-1,30]	80,9	0,77[0,62-0,97]*										
Ex-fumeur	1 165	94,0	1,75[1,27-2,41]**	85,8	0,93[0,74-1,18]										
Jamais ou juste pour essayer (ref)	1 323	91,2	ref	85,8	ref										
<b>Alcool</b>															
Quotidien	282	88,2	ref	85,3	ref										
Hebdomadaire	1 387	89,3	1,08[0,72-1,64]	85,2	0,90[0,55-1,47]										
Mensuel ou moins	1 404	88,9	1,02[0,67-1,54]	84,6	1,06[0,64-1,76]										
Jamais	691	81,6	0,54[0,35-0,83]**	81,1	0,39[0,23-0,65]**										
<b>Pratique UV</b>															
Jamais	3 258														42,8
Il y a plus d'un an	449														57,7
Dans l'année	57														71,7
<b>État de santé général</b>															
Très bon	1 241	89,8	ref	92,9	ref	84,7	ref	67,3	ref	78,5	ref	84,7	ref	46,2	ref
Bon	1 679	87,8	0,79[0,62-1,00]	93,5	1,09[0,81-1,47]	85,0	0,94[0,77-1,16]	67,1	0,95[0,81-1,11]	79,2	0,96[0,80-1,16]	84,5	0,86[0,70-1,06]	45,2	0,85[0,73-0,99]*
Assez bon	683	85,6	0,64[0,48-0,86]**	88,7	0,60[0,43-0,84]**	83,6	0,78[0,59-1,01]	63,4	0,76[0,62-0,93]**	74,5	0,67[0,53-0,84]**	82,5	0,66[0,50-0,86]**	44,9	0,76[0,63-0,93]**
Mauvais / très mauvais	156	78,2	0,40[0,26-0,62]**	84,3	0,43[0,26-0,70]**	75,1	0,46[0,30-0,68]**	54,7	0,53[0,38-0,75]**	67,0	0,47[0,33-0,69]**	73,3	0,34[0,24-0,54]**	33,9	0,47[0,33-0,67]**
<b>Travail en horaires décalés</b>															
Oui, systématiquement	261	90,5	ref	92,0	ref	84,4	ref	61,4	ref	76,4	ref	88,8	ref	46,7	ref
Oui, régulièrement	236	83,9	1,07[0,68-1,69]	90,5	0,82[0,49-1,37]	79,1	1,14[0,79-1,65]	59,4	0,88[0,67-1,16]	74,2	0,93[0,68-1,29]	79,7	1,36[0,89-2,08]	37,4	1,19[0,91-1,57]
Oui, occasionnellement	289	88,2	0,58[0,39-0,87]**	95,8	0,63[0,38-1,04]	83,8	0,77[0,54-1,10]	61,0	0,81[0,61-1,08]	76,5	0,81[0,58-1,12]	82,9	0,64[0,45-0,92]*	42,2	0,79[0,59-1,06]
Non	1 183	90,0	0,87[0,58-1,31]	93,7	1,96[1,04-3,68]*	83,8	1,04[0,74-1,51]	65,2	0,86[0,66-1,13]	79,0	0,96[0,71-1,32]	84,5	0,86[0,61-1,23]	44,6	1,02[0,78-1,33]
<b>Maladie ou problème de santé chronique</b>															
Oui	1 354	87,4	0,94[0,76-1,16]	91,2	0,85[0,66-1,10]	84,0	0,84[0,71-1,04]	64,6	0,85[0,73-0,98]*	76,7	0,83[0,71-0,98]*	85,4	1,04[0,86-1,26]	46,4	0,95[0,82-1,09]
Non	2 406	87,9	ref	92,5	ref	84,5	ref	66,8	ref	78,0	ref	82,9	ref	44,3	ref
<b>Limité depuis plus de six mois dans ses activités</b>															
Oui, fortement limité	238	76,2	0,39[0,28-0,54]**	86,2	0,48[0,32-0,72]**	79,0	0,55[0,39-0,78]**	55,0	0,53[0,40-0,70]**	63,5	0,40[0,30-0,53]**	83,0	0,77[0,53-1,10]	37,2	0,58[0,44-0,76]**
Oui, mais pas fortement	477	86,2	0,78[0,58-1,04]	89,2	0,67[0,48-0,93]*	83,6	0,82[0,63-1,07]	62,3	0,75[0,61-0,92]**	77,4	0,87[0,68-1,10]	84,6	0,97[0,74-1,27]	45,5	0,90[0,74-1,10]
Non	3 041	88,9	ref	93,1	ref	84,9	ref	67,6	ref	78,8	ref	83,7	ref	45,7	ref
<b>Renoncement aux soins pour raison financière</b>															
Oui	558	82,9	0,63[0,49-0,80]**	85,1	0,39[0,29-0,51]**	77,8	0,61[0,49-0,77]**	58,2	0,70[0,58-0,84]**	69,4	0,61[0,50-0,75]**	78,6	0,61[0,49-0,77]**	38,5	0,70[0,58-0,84]**
Non	3 199	88,5	ref	93,2	ref	85,3	ref	67,4	ref	78,9	ref	84,7	ref	46,2	ref
<b>CMU</b>															
Oui	480	82,8	0,61[0,46-0,80]**	86,2	0,42[0,31-0,58]**	80,3	0,79[0,61-1,02]	64,3	0,92[0,75-1,14]	72,2	0,74[0,59-0,93]**	73,9	0,58[0,46-0,73]**	37,8	0,82[0,67-1,01]
Non	3 179	88,4	ref	92,9	ref	84,8	ref	66,1	ref	78,4	ref	85,3	ref	46,5	ref
<b>Plus haut revenu du ménage</b>															
Oui	2 075	86,9	0,84[0,68-1,05]	91,3	0,89[0,68-1,17]	83,3	0,84[0,69-1,02]	63,8	0,87[0,75-1,01]	75,9	0,90[0,75-1,07]	88,8	0,93[0,76-1,13]	45,5	1,02[0,88-1,18]
Non	1 689	88,6	ref	93,0	ref	85,4	ref	68,8	ref	79,6	ref	83,6	ref	44,5	ref

\* : p < 0,05 ; \*\* : p < 0,01 ; \*\*\* : p < 0,001  
Ajusté sur âge et sexe  
Source : Baromètre cancer 2015, INCa – Santé publique France

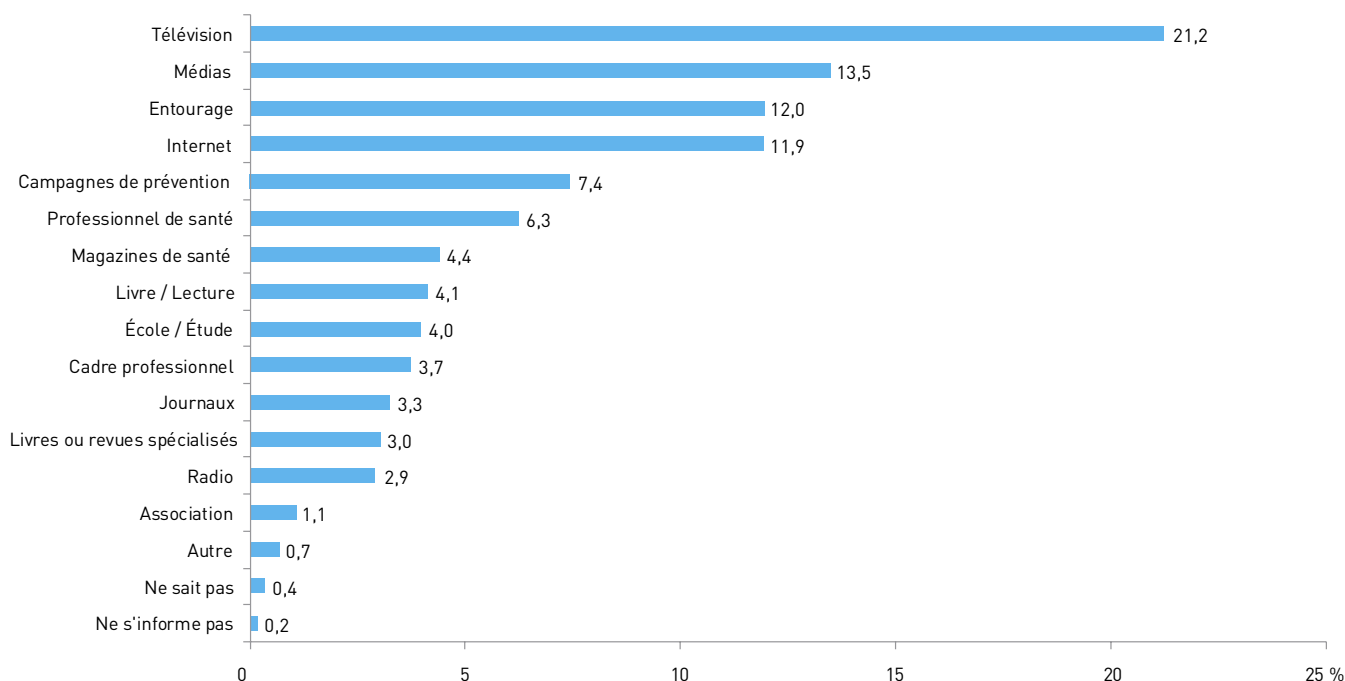
**TABLEAU 1 SUITE | Facteurs sociodémographiques associés à un niveau d'information jugé « très bon » ou « plutôt bon » concernant les facteurs de risque pour la santé (n=3 764)**

SEXE	n	Wi-fi, téléphone, antennes relais		Pesticides		Radon		Cancers infectieux		Expositions professionnelles		Contaminations alimentaires par substances chimiques		Pollution de l'air	
		% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR
Hommes	1 846	32,2	ref	34,4	ref	19,8	ref	29,8	ref	39,5	ref	27,2	ref	37,2	ref
Femmes	1 918	39,9	1,40[1,22-1,60]**	39,2	1,23[1,07-1,40]**	15,6	0,75[0,63-0,90]**	32,0	1,11[0,97-1,28]	36,9	0,90[0,79-1,02]	28,7	1,08[0,94-1,24]	38,3	1,05[0,92-1,20]
Âge		***		***		***		***		***		***		***	
15-24 ans	577	45,4	ref	31,1	ref	16,9	ref	32,0	ref	32,3	ref	28,2	ref	36,2	ref
25-34 ans	631	31,7	0,56[0,44-0,71]**	23,0	0,66[0,51-0,86]**	12,6	0,71[0,51-0,98]*	25,1	0,71[0,55-0,91]**	31,5	0,96[0,76-1,23]	19,8	0,63[0,48-0,82]**	27,3	0,66[0,52-0,84]**
35-44 ans	658	32,1	0,57[0,45-0,72]**	37,3	1,32[1,04-1,67]*	12,8	0,72[0,52-0,99]*	27,7	0,82[0,64-1,04]	36,0	1,18[0,93-1,49]	26,3	0,91[0,71-1,17]	41,2	1,24[0,98-1,56]
45-54 ans	667	32,4	0,57[0,46-0,72]**	34,8	1,18[0,93-1,50]	16,8	0,99[0,79-1,34]	29,5	0,89[0,70-1,13]	41,8	1,51[1,20-1,90]**	23,7	0,79[0,61-1,02]	34,3	0,92[0,73-1,16]
55-64 ans	598	36,9	0,70[0,56-0,89]**	43,7	1,72[1,36-2,19]**	21,5	1,34[1,00-1,81]	36,4	1,22[0,95-1,55]	42,7	1,57[1,24-1,99]**	31,9	1,20[0,93-1,54]	39,3	1,14[0,90-1,44]
65-74 ans	370	40,1	0,80[0,62-1,05]	48,2	2,04[1,57-2,70]**	23,2	1,48[1,06-2,06]*	39,2	1,37[1,04-1,80]*	43,0	1,59[1,21-2,08]**	38,2	1,58[1,20-2,08]**	46,2	1,52[1,16-1,98]**
75-85 ans	264	38,3	0,75[0,55-1,01]	54,8	2,68[1,99-3,62]**	30,1	2,11[1,49-3,00]**	30,3	0,92[0,67-1,27]	46,5	1,83[1,36-2,47]**	38,8	1,62[1,19-2,20]**	50,5	1,80[1,34-2,41]**
Niveau de diplôme		***		***		***		***		***		***		***	
< BAC	1 996	40,5	ref	38,0	ref	20,6	ref	34,4	ref	38,2	ref	28,4	ref	39,4	ref
BAC	718	36,6	0,80[0,67-0,96]*	34,9	1,00[0,83-1,21]	16,7	0,85[0,67-1,08]	32,7	0,96[0,80-1,16]	38,3	1,12[0,93-1,34]	27,3	1,02[0,83-1,24]	37,3	0,96[0,81-1,16]
> BAC	1 050	27,3	0,58[0,49-0,68]**	35,9	1,10[0,93-1,30]	12,8	0,65[0,52-0,81]**	23,1	0,61[0,52-0,73]**	38,0	1,09[0,93-1,28]	27,6	1,12[0,94-1,33]	34,8	0,90[0,77-1,06]
Revenus par unité de consommation		***		***		***		***		***		***		***	
1 <sup>er</sup> tertile	1 190	43,8	1,92[1,59-2,31]**	37,4	1,05[0,88-1,27]	19,0	1,44[1,14-1,83]**	34,9	1,53[1,26-1,86]**	39,9	1,10[0,92-1,32]	30,6	1,15[0,95-1,39]	40,5	1,34[1,12-1,61]**
2 <sup>e</sup> tertile	1 307	32,5	1,23[1,02-1,48]*	35,7	0,94[0,78-1,12]	15,7	1,03[0,81-1,30]	29,2	1,16[0,96-1,40]	36,2	0,88[0,74-1,05]	24,5	0,81[0,67-0,98]*	36,3	1,08[0,91-1,30]
3 <sup>e</sup> tertile	944	28,1	ref	37,2	ref	15,8	ref	26,8	ref	39,5	ref	28,8	ref	34,5	ref
NSP/Refus	323	45,5	1,93[1,48-2,52]**	38,6	0,95[0,73-1,24]	26,9	1,89[1,37-2,61]**	35,1	1,43[1,09-1,89]*	36,0	0,86[0,66-1,12]	29,9	0,96[0,72-1,27]	42,7	1,33[1,02-1,73]*
Situation professionnelle		***		***		***		***		***		***		***	
Travail	1 953	30,0	ref	33,1	ref	14,9	ref	27,7	ref	37,9	ref	24,8	ref	34,4	ref
Études	424	48,4	1,83[1,29-2,60]**	32,0	1,15[0,79-1,67]	16,3	0,94[0,60-1,53]	33,5	1,30[0,90-1,88]	30,1	0,68[0,48-0,98]*	26,8	0,86[0,59-1,26]	39,1	1,49[1,04-2,14]*
Chômage	308	39,3	1,47[1,14-1,90]**	28,8	0,86[0,65-1,13]	15,9	1,10[0,78-1,56]	26,6	0,95[0,72-1,26]	28,8	0,68[0,52-0,89]**	25,3	1,01[0,76-1,34]	28,2	0,79[0,60-1,03]
Retraite	813	39,0	1,41[1,03-1,92]*	48,3	1,03[0,76-1,39]	24,3	1,00[0,69-1,45]	36,7	1,36[0,99-1,85]	44,2	1,07[0,79-1,45]	36,5	1,03[0,75-1,41]	44,7	0,99[0,73-1,35]
Autres inactifs	267	48,7	2,00[1,53-2,62]**	45,9	1,38[1,05-1,81]*	22,7	1,62[1,14-2,28]**	37,6	1,50[1,14-1,98]**	45,3	1,33[1,02-1,74]*	29,8	1,11[0,83-1,50]	50,0	1,74[1,33-2,28]**
CSP		***		**		***		**		**		**		**	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises et agriculteurs exploitants	270	36,5	0,89[0,67-1,19]	48,8	1,69[1,27-2,25]**	22,1	1,11[0,77-1,59]	30,8	0,85[0,63-1,15]	46,1	1,54[1,16-2,04]**	31,9	1,14[0,84-1,54]	37,8	0,89[0,67-1,19]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	717	32,8	0,79[0,64-0,97]*	38,1	1,27[1,03-1,58]	15,2	0,74[0,57-1,01]	25,8	0,70[0,56-0,88]**	39,1	1,23[1,00-1,52]	27,9	1,05[0,83-1,31]	38,5	1,03[0,84-1,27]
Professions intermédiaires	721	30,1	0,69[0,56-0,85]**	35,6	1,11[0,90-1,37]	14,5	0,78[0,59-1,03]	29,5	0,86[0,69-1,06]	37,6	1,16[0,94-1,42]	27,4	1,04[0,83-1,30]	35,7	0,93[0,76-1,14]
Employés	962	40,1	ref	34,8	ref	16,8	ref	33,2	ref	34,1	ref	27,2	ref	37,7	ref
Ouvriers	896	37,0	1,01[0,83-1,23]	35,3	1,14[0,93-1,40]	21,4	1,19[0,92-1,54]	32,3	0,99[0,80-1,21]	40,0	1,25[1,02-1,53]*	28,5	1,13[0,91-1,40]	37,7	1,02[0,83-1,24]
Autres inactifs	199	45,5	1,22[0,89-1,67]	37,3	1,23[0,89-1,70]	20,0	1,28[0,86-1,92]	37,7	1,27[0,92-1,75]	37,4	1,22[0,89-1,69]	26,0	0,99[0,69-1,40]	42,0	1,24[0,91-1,70]
Taille d'unité urbaine		*		***		***		*		*		*		*	
Commune rurale	884	32,5	0,85[0,67-1,08]	39,7	1,33[1,05-1,70]*	18,9	1,67[1,20-2,33]**	34,2	1,11[0,87-1,41]	42,1	1,37[1,08-1,73]**	27,5	1,04[0,80-1,34]	36,4	0,93[0,73-1,17]
< 20 000 habitants	623	40,6	1,20[0,93-1,54]	38,6	1,29[1,00-1,67]*	22,9	2,23[1,58-3,14]**	30,7	0,95[0,73-1,23]	39,7	1,27[0,98-1,63]	27,7	1,07[0,81-1,40]	41,6	1,18[0,92-1,51]
20 000 - 99 999 habitants	466	36,3	ref	33,5	ref	12,9	ref	32,0	ref	35,1	ref	27,0	ref	38,3	ref
≥ 100 000 habitants	1 188	35,9	0,96[0,76-1,20]	34,7	1,10[0,87-1,39]	17,2	1,51[1,09-2,08]*	29,0	0,88[0,69-1,11]	36,4	1,12[0,89-1,40]	26,9	1,01[0,79-1,29]	36,7	0,95[0,76-1,19]
Agglomération parisienne	604	36,8	1,02[0,79-1,32]	37,8	1,35[1,04-1,75]*	14,9	1,32[0,91-1,90]	29,3	0,91[0,70-1,19]	36,6	1,14[0,88-1,47]	31,8	1,36[1,04-1,78]*	37,2	1,02[0,79-1,31]



	Wi-fi, téléphone, antennes relais		Pesticides		Radon		Cancers infectieux		Expositions professionnelles		Contaminations alimentaires par substances chimiques		Pollution de l'air	
	n	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB	OR	% TB/PB
<b>Statut tabagique</b>														
Fumeur occasionnel	217													
Fumeur régulier / quotidien	1 055													
Ex-fumeur	1 165													
Jamais ou juste pour essayer (ref)	1 323													
<b>Alcool</b>														
Quotidien	282													
Hebdomadaire	1 387													
Mensuel ou moins	1 404													
Jamais	691													
<b>Pratique UV</b>														
Jamais	3 258													
Il y a plus d'un an	449													
Dans l'année	57													
<b>État de santé général</b>														
Très bon	1 241	37,0	ref	35,7	ref	17,5	ref	30,0	ref	38,9	ref	27,1	ref	36,4
Bon	1 679	35,7	0,94[0,81-1,10]	37,2	0,93[0,79-1,09]	17,9	0,94[0,77-1,15]	31,5	1,03[0,88-1,21]	38,5	0,91[0,78-1,06]	28,7	1,00[0,84-1,18]	38,5
Assez bon	683	34,4	0,88[0,72-1,08]	38,7	0,86[0,70-1,06]	18,4	0,89[0,68-1,15]	32,7	1,06[0,86-1,30]	36,1	0,76[0,62-0,93]**	29,5	0,95[0,77-1,18]	37,5
Mauvais / très mauvais	156	38,2	1,05[0,74-1,50]	32,1	0,67[0,46-0,96]*	13,5	0,64[0,39-1,07]	25,6	0,75[0,51-1,10]	36,3	0,76[0,54-1,09]	20,7	0,62[0,41-0,94]*	38,7
<b>Travail en horaires décalés</b>														
Oui, systématiquement	261	31,2	ref	25,6	ref	14,0	ref	33,1	ref	36,2	ref	29,0	ref	37,8
Oui, régulièrement	236	30,2	1,17[0,87-1,57]	29,2	0,71[0,53-0,97]*	15,5	0,94[0,63-1,40]	27,4	1,37[1,02-1,83]**	33,0	0,96[0,73-1,28]	21,7	1,42[1,05-1,93]*	30,9
Oui, occasionnellement	289	33,0	1,10[0,81-1,50]	38,4	0,82[0,60-1,12]	16,6	1,03[0,69-1,54]	26,0	1,03[0,75-1,41]	46,8	0,82[0,61-1,11]	30,5	0,92[0,66-1,30]	34,6
Non	1 183	29,0	1,27[0,96-1,68]	34,2	1,26[0,96-1,65]	15,3	1,00[0,69-1,43]	27,4	0,94[0,70-1,26]	37,4	1,42[1,09-1,85]**	23,7	1,50[1,12-2,00]**	34,1
<b>Maladie ou problème de santé chronique</b>														
Oui	1 354	34,8	0,90[0,78-1,04]	38,4	0,92[0,80-1,07]	17,4	0,88[0,71-1,03]	28,1	0,75[0,64-0,87]**	37,6	0,87[0,76-1,01]	29,1	0,88[0,84-1,14]	40,0
Non	2 406	36,8	ref	36,0	ref	17,8	ref	32,5	ref	38,4	ref	27,4	ref	36,5
<b>Limité depuis plus de six mois dans ses activités</b>														
Oui, fortement limité	238	35,1	0,95[0,72-1,26]	37,9	0,80[0,60-1,05]	17,3	0,81[0,58-1,18]	29,7	0,85[0,64-1,15]	35,9	0,77[0,58-1,02]	26,5	0,79[0,58-1,07]	38,6
Oui, mais pas fortement	477	36,5	1,02[0,83-1,26]	35,7	0,82[0,66-1,01]	17,7	0,89[0,68-1,16]	30,6	0,94[0,76-1,16]	39,0	0,93[0,76-1,14]	28,1	0,92[0,74-1,15]	39,2
Non	3 041	36,2	ref	37,0	ref	17,7	ref	31,1	ref	38,3	ref	28,1	ref	37,5
<b>Renoncement aux soins pour raison financière</b>														
Oui	558	31,5	0,81[0,67-0,99]*	31,2	0,77[0,63-0,94]**	14,8	0,86[0,66-1,12]	25,9	0,76[0,62-0,94]*	29,9	0,66[0,54-0,80]**	25,7	0,93[0,75-1,14]	32,0
Non	3 199	36,9	ref	37,8	ref	18,2	ref	31,8	ref	39,6	ref	28,3	ref	38,7
<b>CMU</b>														
Oui	480	45,6	1,56[1,27-1,91]**	33,9	1,09[0,88-1,35]	15,6	0,97[0,73-1,28]	33,9	1,27[1,02-1,57]*	37,0	1,09[0,88-1,34]	29,0	1,22[0,98-1,53]	37,0
Non	3 179	34,5	ref	37,2	ref	18,1	ref	30,4	ref	38,5	ref	27,5	ref	37,9
<b>Plus haut revenu du ménage</b>														
Oui	2 075	34,6	1,07[0,92-1,24]	37,7	1,06[0,91-1,24]	19,2	1,13[0,93-1,38]	31,3	1,10[0,94-1,29]	40,4	1,12[0,96-1,30]	28,4	1,06[0,90-1,25]	37,6
Non	1 689	38,0	ref	35,7	ref	15,8	ref	30,4	ref	35,5	ref	27,4	ref	37,9

\* : p < 0,05 ; \*\* : p < 0,01 ; \*\*\* : p < 0,001  
Ajusté sur l'âge et le sexe  
Source : Baromètre cancer 2015, INCa - Santé publique France

**FIGURE 2 | Principales sources d'information sur le cancer (n=3 764)**

Source : Baromètre cancer 2015, INCa – Santé publique France

**Internet** est significativement plus utilisé comme principale source d'information par les jeunes (21 % pour les 15-24 ans contre 16 % pour les 25-34 ans, 9 % pour les 45-54 ans et 2 % pour les 75-85 ans) et moins souvent par les femmes ( $p < 0,05$ ) ou les ouvriers ( $p < 0,001$ ).

**La radio**, qui arrive en septième position des sources d'information sur le cancer, est davantage citée par les plus de 25 ans, par les hommes et les ouvriers ou les personnes sans activité ( $p < 0,05$ ).

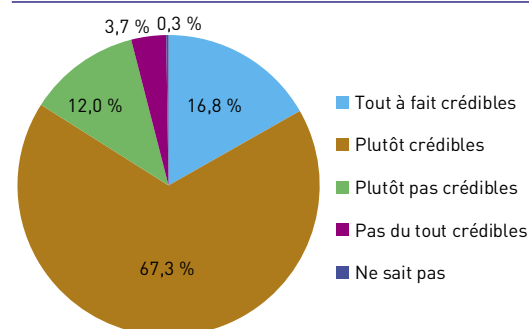
**Les campagnes de prévention** constituent plus souvent une source d'information pour les jeunes de 15-24 ans, les diplômés de niveau bac ou supérieur, les cadres et les personnes qui ont une profession intermédiaire.

**Les professionnels de santé**, qui sont la principale source d'information sur le cancer pour 6,3 % des Français, sont plus cités par les cadres, les professions intermédiaires, les inactifs et les personnes entre 25-44 ans et 55-74 ans.

**L'entourage** est une source privilégiée d'information sur le cancer pour les personnes sans activité et inactives et lorsqu'un proche est atteint d'un cancer ( $p < 0,001$ ).

### Internet comme source d'information sur le cancer

Les personnes ayant cité internet comme principale source d'information sur le cancer ont été interrogées sur la crédibilité des informations recueillies ; 84,1 % d'entre elles estiment ainsi que les informations relayées par internet sont « tout à fait » ou « plutôt » crédibles (Figure 3) même si cette crédibilité est davantage partagée par les 35-74 ans (entre 94,0 % et 91,0 %) que par les 15-34 ans (75,0 %) ou les 75-85 ans (71,9 %) ( $p < 0,001$ ) (Tableau II). Les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au bac sont

**FIGURE 3 | Crédibilité des informations recueillies sur internet (n=449)**

Source : Baromètre cancer 2015, INCa – Santé publique France

plus critiques vis-à-vis des informations sur internet. Ainsi, près d'une personne sur quatre ayant un niveau d'étude inférieur au bac (23,5 %) estime l'information « plutôt pas » ou « pas du tout crédible » contre une personne sur dix ayant le bac ou un niveau d'étude supérieur (9,8 %) ( $p < 0,0001$ ). Les chômeurs

sont encore plus critiques, puisque 31,1 % d'entre eux estiment l'information sur le cancer sur internet « plutôt pas » ou « pas du tout crédible » versus 20,9 % pour les personnes en cours d'études, 11,6 % pour les retraités ou 11,2 % pour les personnes exerçant une activité professionnelle ( $p < 0,01$ ).

**TABLEAU II | Crédibilité des informations recueillies sur internet en fonction des variables sociodémographiques**

	Tout à fait / Plutôt crédibles		Plutôt pas / Pas du tout crédibles / NSP		Total	p
	N=376	%	N=72	%	N=447	
<b>Sexe</b>						
Hommes	201	82,8	42	17,2	242	0,466
Femmes	175	85,4	30	14,6	205	
<b>Âge</b>						
15-24 ans	89	73,0	33	27,0	122	<0,0001
25-34 ans	79	77,5	23	22,5	101	
35-44 ans	81	93,5	6	6,5	87	
45-54 ans	55	92,6	4	7,4	59	
55-64 ans	47	95,0	2	5,0	49	
65-74 ans	23	90,8	2	9,2	25	
75-85 ans	3	71,9	1	28,1	4	
<b>Revenus</b>						
Inférieurs à 1500 €	78	78,1	22	21,9	100	0,166
Supérieurs à 1500 €	270	86,0	44	14,0	313	
Refus	28	83,2	6	16,8	33	
<b>Situation professionnelle</b>						
Travail	201	88,8	25	11,2	226	0,004
Études	67	79,1	18	20,9	85	
Chômage	38	68,9	17	31,1	56	
Retraite	41	88,4	5	11,6	46	
Autres inactifs	28	82,7	6	17,3	34	
<b>Niveau de diplôme</b>						
< Bac	158	76,5	49	23,5	207	0,0001
Bac	99	90,8	10	9,2	109	
> Bac	118	90,2	13	9,8	131	
<b>Taille d'unité urbaine</b>						
Commune rurale	66	81,9	15	18,2	80	0,523
< 20 000 habitants	66	79,1	17	20,9	83	
20 000 - 99 999 habitants	54	84,6	10	15,5	64	
≥100 000 habitants	124	85,4	21	14,6	146	
Agglomération parisienne	65	88,7	8	11,3	74	
<b>CSP</b>						
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise et agriculteurs exploitants	24	67,9	11	32,1	35	0,024
Cadres et professions intellectuelles supérieures	85	92,7	7	7,3	91	
Professions intermédiaires	71	84,8	13	15,2	83	
Employés	103	81,8	23	18,2	126	
Ouvriers	70	82,3	15	17,7	85	
Autres inactifs	23	88,8	3	11,2	26	

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

À la question « Est-ce que l'information dont vous disposez sur ces différents risques de cancer vous a amené à modifier votre comportement ? » 64 % des personnes interrogées ont répondu « Oui ». Ce changement de comportement concerne 58 % des

15-24 ans puis augmente avec l'âge jusqu'à 67 % des 35-44 ans et décroît à partir de 55 ans et ne concerne plus que 51 % des 75-85 ans ( $p < 0,0001$ ). Les femmes semblent plus concernées par ce changement de comportement que les hommes entre 35 et 44 ans (71,3 % vs 63,2 %), entre 65 et 74 ans (71,4 % vs 62,1 %) et entre 75 et 85 ans (54,3 % vs 46,0 %) (Tableau III et Figure 4). Il n'y a pas de différence selon le sexe pour les autres catégories d'âge.

**TABLEAU III | Est-ce que l'information dont vous disposez sur les différents risques vous a amené à modifier votre comportement ? ( Personnes non suivies pour un cancer, n=3 764)**

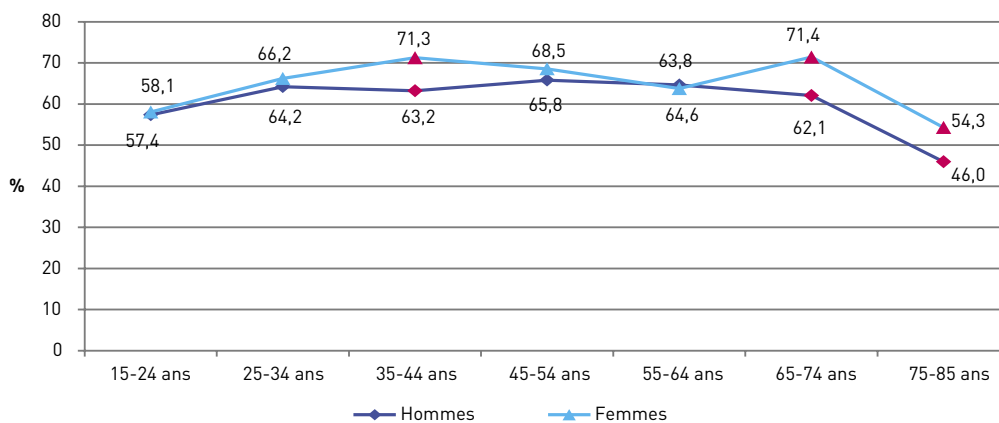
	Oui		Non		Total	p	Modèle (ref = oui)
	N=2 389	%	N=1 358	%			
<b>Sexe</b>							
Hommes	1 138	62,0	697	38,0	1 835	0,0293	0,84[0,72-0,97]*
Femmes	1 251	65,4	661	34,6	1 912		ref
<b>Âge</b>							
15-24 ans	333	57,7	244	42,3	577	<0,0001	ref
25-34 ans	412	65,2	220	34,8	631		1,10[0,85-1,43]
35-44 ans	442	67,3	215	32,7	657		1,21[0,94-1,56]
45-54 ans	440	67,2	215	32,8	656		1,23[0,95-1,60]
55-64 ans	383	64,2	214	35,8	596		1,08[0,83-1,40]
65-74 ans	246	66,9	122	33,1	368		1,13[0,83-1,52]
75-85 ans	133	50,9	129	49,1	262		0,61[0,44-0,84]**
<b>Revenus</b>							
0-1 100 €/UC	745	62,7	443	37,3	1 188	<0,0001	1,25[1,00-1,56]*
1 101-1 800 €/UC	817	63,1	478	36,9	1 295		1,02[0,84-1,25]
>1 800 €/UC	651	69,0	293	31,0	943		ref
NSP / Refus	176	55,0	145	45,0	321		0,83[0,63-1,10]
<b>Niveau de diplôme</b>							
< Bac	1 162	58,7	817	41,3	1 980	<0,0001	0,66[0,54-0,81]***
Bac	453	63,1	265	36,9	718		0,75[0,60-0,94]*
> Bac	774	73,8	275	26,3	1 049		ref
<b>CSP</b>							
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise et agriculteurs exploitants	165	61,3	104	38,7	269	<0,0001	0,77[0,56-1,05]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	507	70,8	209	29,2	715		ref
Professions intermédiaires	512	71,2	208	28,8	720		1,02[0,80-1,29]
Employés	594	61,9	366	38,1	959		0,72[0,56-0,92]**
Ouvriers	499	56,4	385	43,6	884		0,63[0,49-0,81]***
Autres inactifs	113	56,5	87	43,5	199		0,67[0,47-0,96]*
<b>En couple</b>							
Non	859	57,9	625	42,1	1 484	<0,0001	ref
Oui	1 528	67,8	726	32,2	2 254		1,34[1,14-1,56]***
<b>Statut tabagique</b>							
Fumeur occasionnel	142	65,2	76	34,8	217	<0,0001	1,00[0,73-1,37]
Fumeur régulier / quotidien	600	57,5	444	42,5	1 044		0,82[0,69-0,98]*
Ex-fumeur	809	69,6	354	30,4	1 163		1,32[1,10-1,57]**
Jamais ou juste pour essayer	835	63,3	484	36,7	1 318		ref

Modèle : [alcool, CMU, renoncement aux soins pour raison financière testés mais non sélectionné par stepwise].

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

Source : Baromètre cancer 2015, INCa – Santé publique France

**FIGURE 4 | Personnes déclarant que l'information reçue les a conduites à modifier leur comportement, selon le sexe et l'âge (n=3 747)**



Rouge : différence significative entre hommes et femmes pour cette tranche d'âge.  
Source : Baromètre cancer 2015, INCa – Santé publique France

### Niveau d'information sur les signes d'alerte

Pour la première fois dans un Baromètre cancer la population générale a été interrogée sur les signes d'alerte (Encadré ci-dessous). Parmi les personnes interrogées, 60,4 % indiquent connaître des changements physiques qui feraient penser à un cancer. Les femmes, les personnes âgées de moins de 55 ans ayant au moins le bac ou un revenu supérieur à 1 800 €/UC ainsi que les fumeurs occasionnels ou les ex-fumeurs estiment reconnaître des signes d'alerte.

Lorsqu'on les interroge sur les symptômes concernés, 75 % citent au moins une fois des changements ou manifestations physiques (essentiellement une perte de poids inexpliquée), 43,2 % la fatigue, 20,6 % la pâleur du teint, 14,4 % des douleurs, 4,6 % des problèmes digestifs ou urinaires, 3,7 % des problèmes

respiratoires ou de la bouche et 3,6 % des saignements. Les femmes et les plus de 25 ans, ayant au moins le bac ou un revenu supérieur à 1 800 €/UC citent plus fréquemment des changements ou des manifestations physiques comme signes d'alerte.

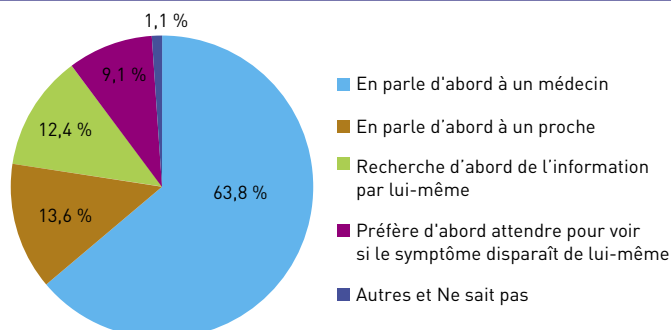
### Comportement en cas de signe physique faisant craindre un cancer

Les personnes qui n'ont jamais été soignées pour un cancer (n=3 764) ont répondu à la question « Supposons que vous ayez un signe physique qui vous fasse craindre d'avoir un cancer, que feriez-vous ? » (Figure 5). Dans cette hypothèse, la majorité d'entre elles en parlerait d'abord à un médecin (63,8 %). Une personne sur sept en parlerait d'abord à un proche (13,6 %) et une personne sur huit préférerait d'abord attendre pour voir si le symptôme disparaît

#### Signes d'alerte

- **Douleurs** : douleurs inexpliquées ou ne passant pas.
- **Problèmes respiratoires ou de la bouche** : essoufflement, ulcération de la bouche qui ne guérit pas, toux persistante.
- **Problèmes digestifs ou urinaires** : selles plus fréquentes, ballonnements persistants, problèmes digestifs ou brûlures d'estomac persistants, problème urinaire.
- **Saignements** : saignements vaginaux inexpliqués, sang dans les selles, sang dans les urines, tousser ou cracher du sang.
- **Changements ou manifestations physiques** : changement inhabituel d'un sein, perte de poids inexpliquée, nouveau grain de beauté ou modification d'un grain de beauté, apparition d'une grosseur ou d'un gonflement, voix rauque ou enrouée, difficultés à avaler, importantes sueurs nocturnes.

Source : Institut national du Cancer <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Identifier-les-signes-d-alerte>

**FIGURE 5 | Comportement adopté en cas d'apparition d'un signe physique pouvant évoquer un cancer (n=3 764)**

Source : Baromètre cancer 2015, INCa – Santé publique France

de lui-même (12,4 %). Seulement une personne sur onze chercherait d'abord des informations par elle-même (9,1 %) et une personne sur cent n'en parlerait pas, le garderait pour elle ou ferait comme si de rien n'était.

Pour ceux qui ont répondu qu'ils iraient voir un médecin, près de huit personnes sur neuf iraient voir un généraliste (88,0 %) plutôt qu'un spécialiste.

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

### Opinions des personnes non soignées pour un cancer au cours de leur vie sur l'efficacité des soins en cancérologie

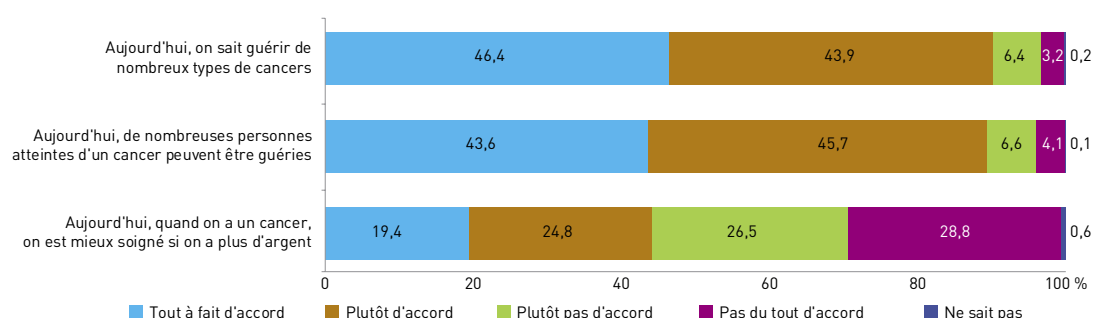
Parmi la population française n'ayant jamais été soignée pour un cancer, neuf personnes sur dix sont

d'accord pour dire qu'« aujourd'hui on sait guérir de nombreux types de cancers » et qu'« aujourd'hui, de nombreuses personnes atteintes d'un cancer peuvent être guéries » (Figure 6).

Les plus de 35 ans partagent significativement plus cette opinion de guérison que les moins de 24 ans ( $p < 0,01$ ). L'opinion selon laquelle de nombreux types de cancers sont guérissables augmente avec l'âge : 39 % des 15-24 ans sont « tout à fait d'accord » versus 49 % des 45-54 ans, 53 % des 55-64 ans et 51 % des 75-85 ans ( $p < 0,001$ ). De même, les ouvriers sont plus enclins à être « tout à fait d'accord » avec cette assertion (52,0 % contre 47,0 % des employés,  $p < 0,05$ ). À l'opposé, les personnes ayant le bac ou un diplôme supérieur sont proportionnellement moins catégoriques pour dire qu'« aujourd'hui on sait guérir de nombreux types de cancers ». Cette tendance est également observée chez les personnes en cours d'études ou au chômage et chez les personnes ayant une profession intermédiaire.

Les femmes sont aussi proportionnellement moins « tout à fait d'accord » que les hommes pour dire que « de nombreuses personnes peuvent être guéries » ( $p < 0,05$ ). Les personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 1 101 €/UC sont aussi moins catégoriques que les autres concernant cette affirmation (40,0 % sont « tout à fait d'accord » versus 47,0 % en cas de revenus supérieurs à 1 800 €/UC ( $p < 0,05$ )).

L'opinion selon laquelle « aujourd'hui, quand on a un cancer, on est mieux soigné si on a plus d'argent » est partagée par près d'une personne sur deux : 19,4 % déclarent être « tout à fait d'accord » et 24,8 % sont « plutôt d'accord » avec cette proposition (Figure 6).

**FIGURE 6 | Opinions des personnes non soignées pour un cancer au cours de leur vie sur la qualité actuelle des soins (n=3 764)**

Source : Baromètre cancer 2015, INCa – Santé publique France

Les hommes l'expriment proportionnellement plus que les femmes (21,0 % sont « tout à fait d'accord » vs 18,0 % ;  $p < 0,05$ ). Les personnes n'ayant pas le bac ou ayant des revenus mensuels inférieurs à 1 800 €/UC sont également proportionnellement davantage « tout à fait d'accord » pour dire qu'« aujourd'hui, quand on a un cancer, on est mieux soigné si on a plus d'argent ». Cela représente respectivement 22 % des personnes qui n'ont pas le bac vs 15 % des titulaires d'un diplôme supérieur et 22 % des personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 1 101 €/UC vs 16 % pour les personnes déclarant des revenus mensuels du foyer supérieurs à 1 800 €. Enfin, les cadres et les professions intermédiaires sont proportionnellement moins nombreux à partager cette opinion que les employés ou les ouvriers (respectivement 13,0 %, 16,0 %, 21,0 % et 24,0 %).

### Opinions sur la prise en charge des cancers des personnes ayant vécu cette maladie personnellement ou dans leur entourage

L'opinion des personnes ayant une expérience personnelle de cancer, c'est-à-dire qui sont (ou ont été) soignées pour un cancer ou qui ont eu une personne soignée pour cette maladie dans leur entourage,

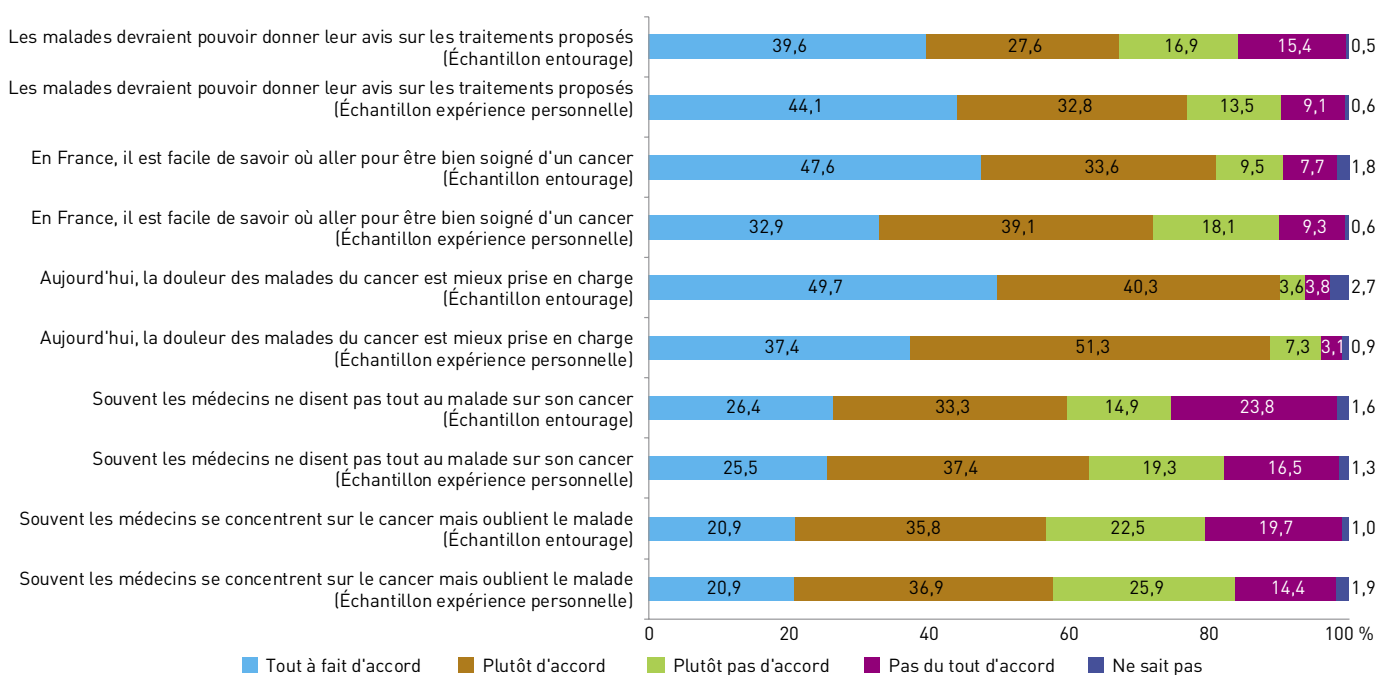
a été recueillie à travers plusieurs questions sur la prise en charge de la douleur, la relation entre malades et professionnels de santé, la connaissance des lieux de prise en charge (Figure 7).

L'opinion qui recueille le plus large accord favorable est qu'« aujourd'hui, la douleur des malades du cancer est mieux prise en charge » (près de 90 %). Les personnes ayant un proche concerné par un cancer sont davantage « tout à fait d'accord » avec cette assertion que les personnes traitées pour cette maladie (respectivement 49,7 % vs 37,4 % ;  $p < 0,0001$ ).

La deuxième opinion la plus consensuelle est qu'« il est facile de savoir où aller pour être bien soigné d'un cancer ». Elle est exprimée par 81,2 % des personnes ayant un proche concerné par un cancer et par 72,0 % des personnes traitées pour cette maladie. Comme précédemment, les personnes ayant un proche concerné par un cancer sont plus « tout à fait d'accord » avec cette affirmation que les personnes traitées elles-mêmes pour cette maladie (respectivement 47,6 % vs 32,9 % ;  $p < 0,0001$ ).

La troisième opinion la plus partagée est que « les malades devraient pouvoir donner leur avis sur les traitements proposés ». La majorité des participants sont d'accord (67,2 % des personnes ayant un proche

**FIGURE 7 | Opinions sur la prise en charge parmi les personnes ayant fait l'expérience de la maladie ou les proches (échantillon expérience personnelle n=375 ; échantillon entourage n=3 465)**



concerné par un cancer et 76,9 % des personnes ayant ou ayant eu cette maladie sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec cette affirmation). Contrairement aux deux opinions précédentes, les personnes directement concernées par la maladie sont plus fréquemment « tout à fait d'accord » avec cette affirmation que celles ayant ou ayant eu un proche malade (respectivement 44,1 % et 39,6 % ;  $p < 0,001$ ).

Enfin, les opinions comme « souvent les médecins ne disent pas tout au malade sur son cancer » ( $p < 0,01$ ) et « souvent les médecins se concentrent sur le cancer mais oublient le malade » ( $p < 0,05$ ) restent partagées par trois personnes sur cinq.

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

Les personnes soignées actuellement ou dans le passé pour un cancer ont été invitées à donner leur opinion sur la prise en charge de leur maladie en répondant à quatre questions (Figure 8). La quasi-totalité ont le sentiment d'avoir eu « accès à une bonne prise en charge pour traiter cette maladie » (93,5 %) et d'avoir été bien prises en charge par l'équipe médicale (94,9 %). Une proportion similaire de personnes ayant une expérience de la maladie à titre personnel juge les relations humaines avec l'équipe soignante satisfaisantes (72 % « très satisfaisantes » et 23 % « plutôt satisfaisantes »). Enfin au moment du diagnostic, les trois quarts d'entre elles estiment avoir « disposé de suffisamment d'informations sur la maladie ».

Les participants à l'enquête ayant eu une personne de leur entourage (famille, amis, collègues, autres connaissances) soignée pour un cancer ont également

été invités à donner leur opinion sur la prise en charge pour leur proche. Ainsi, plus de quatre personnes sur cinq (82,0 %) ont le sentiment qu'il a été bien pris en charge pour traiter cette maladie. Ce pourcentage est cependant inférieur de 12 points à celui des personnes qui sont ou ont été soignées elles-mêmes pour un cancer.

### Ancienneté de la prise en charge du cancer

Parmi les 4 139 personnes interrogées, 9,1 % ( $n=375$ ) déclarent être ou avoir été soignées pour un cancer au cours de leur vie. Les hommes sont plus représentés que les femmes (7,5 % des hommes et 5,5 % des femmes ;  $p < 0,001$ ).

Logiquement, la proportion de personnes soignées pour un cancer augmente avec l'âge pour atteindre plus de 24 % des personnes à partir de 65 ans ( $p < 0,0001$ ) (Figure 9).

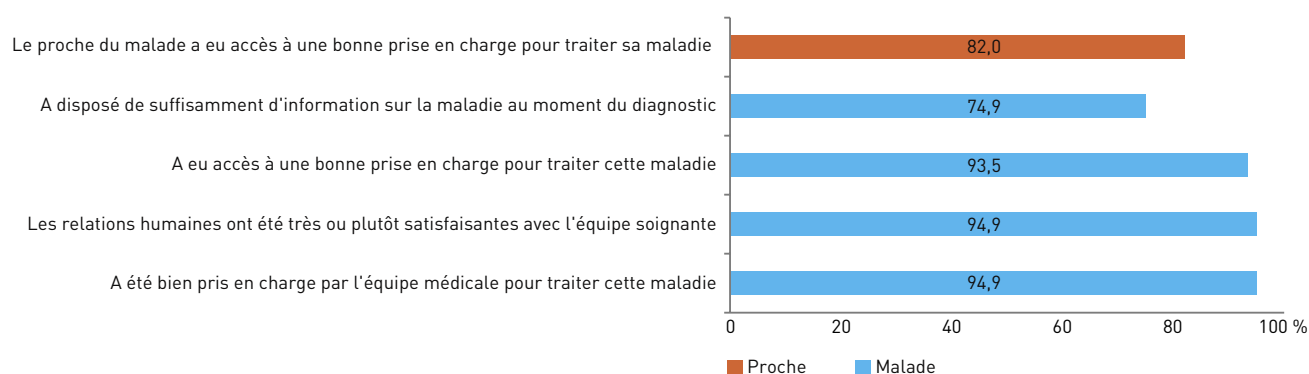
Parmi ces personnes prises en charge au cours de leur vie pour un cancer, près d'un tiers déclarent être en cours de soins au moment de l'enquête et deux tiers ont appris leur diagnostic il y a moins de cinq ans (17,9 % ont appris leur diagnostic entre cinq et dix ans auparavant et 15,9 % il y a plus de dix ans).

Au total, 2,9 % des personnes de l'échantillon sont donc soignées pour un cancer au moment de l'enquête.

### Catégories des proches concernés par le cancer

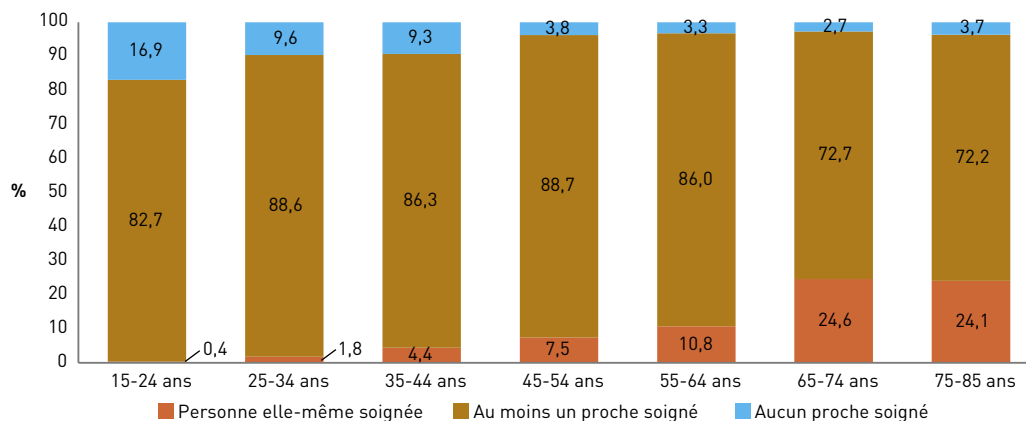
Parmi l'ensemble des autres personnes de l'échantillon (non soignées pour un cancer), pour 72,4 %, le

**FIGURE 8 | Opinions sur l'expérience de prise en charge du cancer parmi les personnes soignées ou les proches de personnes soignées pour un cancer (personnes soignées  $n=375$  ; proche  $n=3 465$ )**





**FIGURE 9 | Proximité des personnes interrogées avec le cancer, selon l'âge (n=4 139)**



Source : Baromètre cancer 2015, INCa – Santé publique France

ou l'un des proches concernés fait partie de la famille. Pour plus des deux tiers (67,3 %), ce proche fait partie d'autres connaissances. Pour un peu plus de la moitié (52,5 %) ce proche fait partie des amis et 40,8 % citent des collègues.

5,1% en 2010 et 5,5 % en 2005 (p<0,0001). Parmi ces personnes, plus des deux tiers déclarent ne pas être en cours de suivi en 2015 (67 %) contre 55 % en 2010 (p<0,01).

### ÉVOLUTIONS PAR RAPPORT À 2005 ET 2010

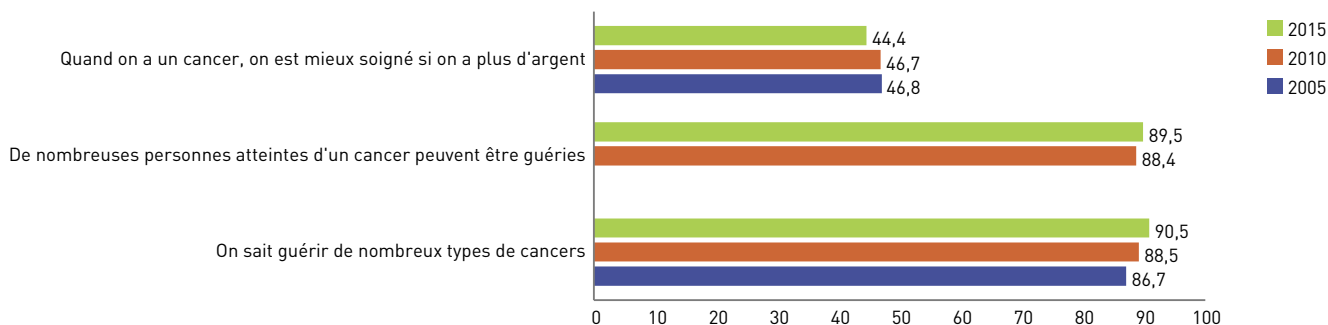
Les données des Baromètres cancer 2005 et 2010 comparables à celles de 2015 sont présentées dans cette section. Elles ont été renseignées respectivement par 4 021, 3 674 et 4 100 participants.

En 2015, la proportion de personnes ayant ou ayant eu un cancer est plus importante que les années précédentes et concerne 9,1% des participants contre

### Opinion générale sur l'efficacité des soins en cancérologie

De plus en plus de personnes âgées de 15 à 85 ans et non soignées pour un cancer ont la conviction qu'« aujourd'hui, on sait guérir de nombreux types de cancers » (90,5 % en 2015 vs 88,8 % en 2010 et 86,7 % en 2005 ; p<0,0001) ; mais, leur sentiment que « de très nombreuses personnes atteintes d'un cancer peuvent être guéries » reste stable et concerne respectivement 89,5 % des participants en 2015 et 88,4 % en 2010 (non significatif) (Figure 10).

**FIGURE 10 | Opinion générale sur l'efficacité des soins en cancérologie, évolutions 2005-2010-2015 (% se déclarant tout à fait ou plutôt d'accord)**



\* <0,05 \*\* <0,01 \*\*\* <0,001

Source : Baromètre cancer 2015, INCa – Santé publique France

La perception d'inégalité de soins selon le niveau économique reste stable également depuis 2005. Ainsi, la proportion de personnes d'accord pour affirmer que « quand on a un cancer, on est mieux soigné si on a plus d'argent » est de 46,8 % en 2005, 46,7 % en 2010 et 44,4 % en 2015 (non significatif).

### Opinions sur la prise en charge des cancers des personnes ayant vécu cette maladie personnellement ou dans leur entourage

Les personnes en contact avec le cancer que ce soit à titre personnel ou par l'intermédiaire d'un proche ont des opinions stables entre 2010 et 2015, sauf pour deux items (Figure 11) : la facilité de savoir où aller pour se faire bien soigner et le fait que les médecins se concentrent sur le cancer mais oublient le malade.

En 2015, les personnes sont plus fréquemment d'accord qu'en 2010 pour dire qu'il est « facile de savoir

où aller pour se faire bien soigner ». Cette affirmation est exprimée respectivement par 73,3 % des personnes en 2015 et 68,9 % en 2010 ( $p < 0,001$ ).

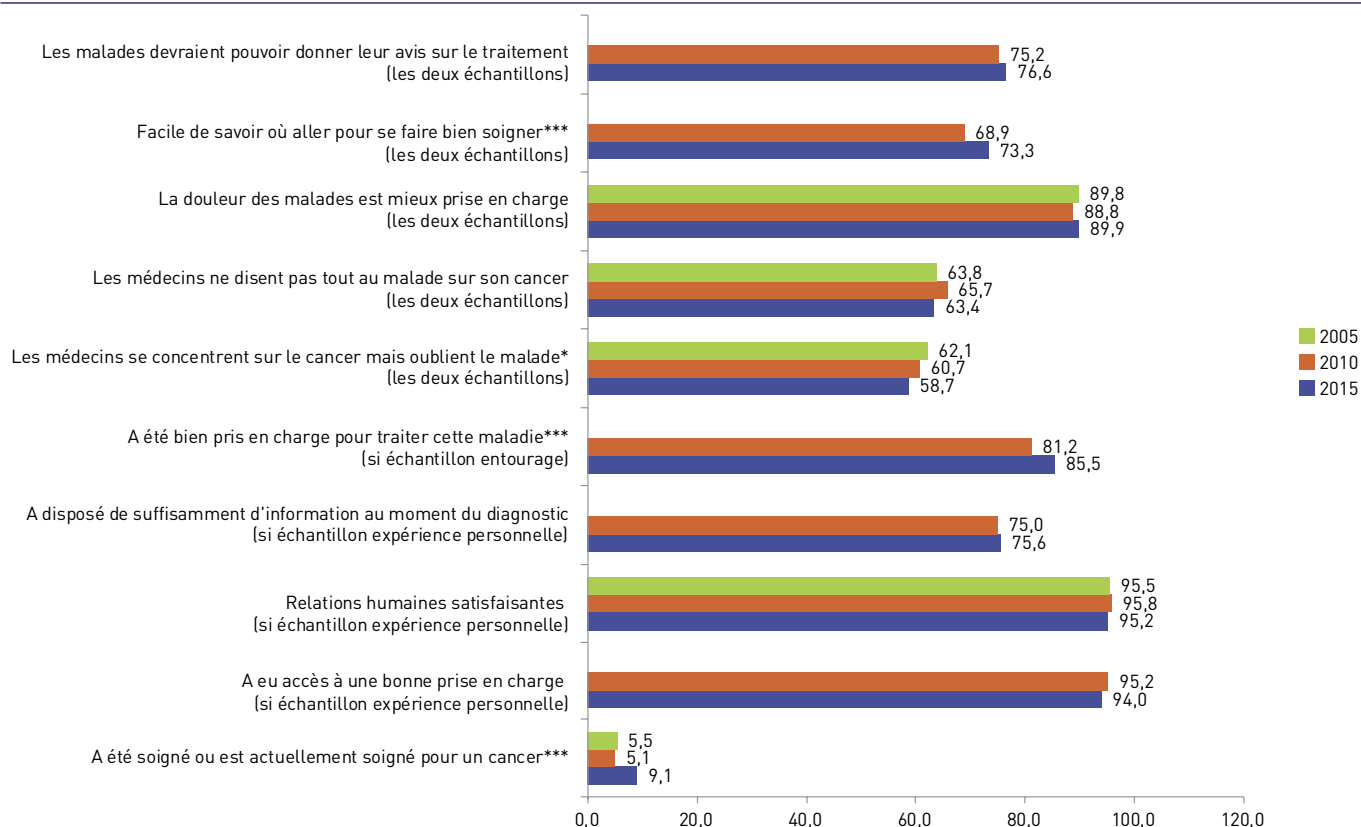
La proportion de personnes qui ont le sentiment que « les médecins se concentrent sur le cancer mais oublient le malade » diminue depuis 2005 et passe ainsi de 62,1 % en 2005 à 60,7 % en 2010 et enfin 58,7 % en 2015 ( $p < 0,05$ ).

### Expérience personnelle de prise en charge

Les personnes ayant ou ayant eu un cancer ont presque toutes le sentiment d'avoir « eu accès à une bonne prise en charge de leur maladie » et ce de façon stable depuis 2010 (95,2 % en 2010 vs 94,0 % en 2015 ; non significatif).

Leur satisfaction à l'égard des relations humaines avec l'équipe soignante est, elle aussi, quasi totale et stable au cours des années puisque 95,5 % des

**FIGURE 11 | Opinions sur la prise en charge médicale des cancers des personnes ayant vécu cette maladie personnellement ou dans leur entourage, évolutions 2005-2010-2015 (% se déclarant tout à fait ou plutôt d'accord)**



personnes ayant ou ayant eu un cancer sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » pour noter que les relations humaines sont satisfaisantes en 2005, vs 95,8 % en 2010 et 95,2 % en 2015 (non significatif).

De même, l'information dont ces personnes ont disposé au moment du diagnostic est stable et jugée suffisante pour trois quarts d'entre elles (75,6 % en 2015 vs 75,0 % en 2010 ; non significatif).

L'appréciation de la prise en charge d'un proche (famille, collègues, amis ou autres connaissances) est en progression depuis 2010. La proportion des personnes dont au moins un proche a ou a eu un cancer qui « a été bien pris en charge pour traiter cette maladie » passe de 81,2 % en 2010 à 85,5 % en 2015 ( $p < 0,0001$ ).

## DISCUSSION

Des études épidémiologiques montrent que plus de 40 % des cancers résultent de l'exposition à des facteurs de risque évitables liés aux modes de vie et aux comportements [2, 3, 21]. La disparition ou la réduction de l'exposition à ces facteurs de risque pourrait empêcher ou éviter 35 % des décès par cancer en France [22]. La connaissance de ces facteurs par les Français, même si elle ne saurait à elle seule induire de nouveaux comportements de santé, apparaît donc importante. La mesure du niveau d'information sur ces risques est alors nécessaire pour mieux adapter les thèmes des campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention sanitaires.

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

### Une connaissance focalisée sur les principaux facteurs de risque de cancer

La population interrogée dans ce Baromètre cancer 2015 s'estime globalement bien informée sur les principaux risques de cancer et notamment le tabac, l'alcool, l'exposition au soleil, l'inactivité physique et l'alimentation comme cela avait été observé en 2010 [23]. Ce constat peut, sans doute et en partie, être mis au crédit des campagnes d'information et de prévention menées depuis plusieurs années par les pouvoirs publics.

Pour tous les autres facteurs (pesticides, pollution, radon, expositions professionnelles, HPV, contaminations des aliments par des substances chimiques), plus de la moitié des personnes déclarent être mal informées. Cette faible conscience de nombreux facteurs de risque de cancer établis a aussi été observée dans d'autres études européennes ou ailleurs dans le monde [24-28]. La plupart de ces sujets peuvent paraître plus techniques ou complexes et les informations les concernant sont parfois d'accès difficile.

### Un niveau d'information variable suivant les groupes sociaux

Certaines catégories de la population sont plus concernées par un déficit d'information. Les chômeurs, par exemple, disent plus souvent être mal informés que les personnes ayant un travail, même pour les facteurs de risque habituellement bien connus par la population française (tabac, alcool, exposition au soleil, inactivité physique). Les personnes se déclarant en mauvaise santé se disent également moins bien informées sur les principaux facteurs de risque.

S'il est établi que l'ensemble de la population a besoin d'une information juste et compréhensible qui pourrait contribuer à éclairer des changements de comportements [29], les résultats du Baromètre cancer 2015 confortent ceux de 2010 et montrent que certains groupes méritent encore dans ce domaine une attention particulière en raison de leur situation (mauvaise santé, chômage). Une approche spécifique de l'information adaptée à leurs niveaux de littératie en santé pourrait les aider à mieux connaître les facteurs de risque et à les hiérarchiser et les gérer. Un changement de comportement de la population ne peut cependant pas être obtenu soudainement par une seule campagne d'information [30]. D'autres éléments identifiés par les théories psychosociales des changements des comportements comme par exemple les barrières perçues au changement mais aussi les croyances ou le sentiment de compétence personnelle méritent d'être pris en compte [31-33].

### Principales sources d'information sur le cancer

Les sources d'information sur le cancer constituent aussi, après les thèmes évoqués dans cette information, des éléments importants à prendre en compte dans la conception des campagnes ou des programmes de santé publique.

## Des sources d'information sur le cancer très variées

Les Français reconnaissent de très nombreux supports comme principale source d'information sur le cancer. Ils citent la télévision en première position même si ce support ne récolte que 21 % des suffrages (alors qu'il en recueillait 57 % en 2010). La télévision ne semble plus être le média-roi pour les Français. L'item « médias » arrive en deuxième position, laissant supposer que les Français obtiennent des informations sur la santé et plus particulièrement sur le cancer par le biais de plusieurs canaux d'information et qu'ils ne privilégient donc plus une seule source d'information comme cela pouvait être le cas en 2010. En troisième position, à égalité, internet et l'entourage sont choisis comme principales sources d'information par 12 % des personnes interrogées. L'ordre de ces sources d'information est le même que celui présenté dans le Baromètre cancer 2010 [34]. Moins d'une personne sur dix (7 %) cite les campagnes de prévention comme principale source d'information sur le cancer. Comme cela a déjà été démontré dans la littérature, ce sont les plus diplômés (niveau bac ou supérieur), les cadres, les professions intermédiaires et les plus jeunes (15-24 ans) qui semblent particulièrement sensibles à ce type de source d'information.

## La télévision, source d'information pour les catégories sociales défavorisées

La télévision peut être un élément important à prendre en compte dans la conception des campagnes : c'est la seule source d'information qui est principalement citée à la fois par les personnes n'ayant pas le bac ou celles ayant des revenus mensuels inférieurs à 1 800 €. L'enquête Baromètre cancer 2010 avait déjà souligné cette tendance : la télévision est davantage source d'information pour les catégories sociales défavorisées [34].

## Internet une source d'information pour les plus jeunes

Les personnes ayant cité internet comme principale source d'information sur le cancer sont plus jeunes (21 % chez les 15-24 ans contre 16 % chez les 25-34 ans). Cette tendance est aussi observée aux États-Unis chez les participants de l'enquête HINTS (Health Information National Trend Survey) qui privilégient internet comme première source d'information sur la santé [35]. Ces résultats sont,

en revanche, très différents de ceux du Baromètre cancer 2010 où l'utilisation d'internet comme source d'information sur la santé augmentait significativement avec l'âge. Cette différence pourrait être due à la sélection de la population dans l'étude de Beck *et al* qui concerne exclusivement des internautes français âgés de 15 à 30 ans [36]. Enfin, contrairement aux États-Unis, en France, les niveaux d'éducation ou de revenus mensuels ne semblent pas influencer le recours à internet [35], même si les ouvriers citent moins internet comme source d'information et, *a contrario*, les chômeurs plus que les personnes ayant un travail.

## Internet, une source d'information critiquée par certains

Interrogés sur la crédibilité des informations recueillies, 84 % des enquêtés estiment que les informations relayées par internet sont « tout à fait » ou « plutôt » crédibles. Ce pourcentage élevé varie cependant de façon significative suivant l'âge, le niveau des études et le statut par rapport au travail. Un quart des plus jeunes (15-34 ans) et 28 % des 75-85 ans estiment les informations sur le cancer relayées par internet plutôt non crédibles contre moins de 9 % des 35 à 74 ans. Contre toute attente, ce sont les personnes qui sont au chômage ou qui ont un niveau d'étude inférieur au bac qui sont les plus critiques vis-à-vis de l'information sur internet, avec respectivement 31 % et 24 % des enquêtés estimant l'information « plutôt pas » ou « pas du tout crédible ». Cette défiance vis-à-vis de l'information sur internet de la part des personnes les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre dans les enquêtes est peut-être liée à la qualité des informations consultées sur le net. Les évaluations des sites internet anglophones ou francophones en lien avec le cancer montrent que l'information fournie peut être pauvre mais qu'elle est rarement incorrecte [37-40]. Dans leur tour d'horizon de six cent sites internet francophones en oncologie ORL, Evrard *et al* citent deux exemples d'inexactitudes au sujet du cancer de la langue [41]. Pour Hargrave *et al*, 5 % des sites internet en langue anglaise sur les tumeurs cérébrales chez l'enfant contiennent une ou plusieurs informations inexacts [42]. Une étude plus ancienne de Bichakjian *et al* a, elle, mis en évidence des inexactitudes mineures dans 14 % des sites apportant de l'information sur les mélanomes [43].

Outre la validité des données, la compréhension des informations et leur accessibilité pourraient alimenter la critique des enquêtés. Plusieurs auteurs alertent sur les difficultés d'accès à des sites de

qualité présentant des données scientifiques validées et régulièrement mises à jour [41, 42]. Les sites web recommandés qui fournissent les meilleures informations aideraient pourtant les patients à éviter d'être écrasés par une littérature éloignée de leurs champs d'intérêt et pouvant être confuse ou intéressée par des motifs commerciaux [38, 41]. Pour donner accès à une information de qualité, l'INCa, en partenariat avec la Ligue, a créé sur son site internet un portail d'information grand public « Cancer Info » (ainsi qu'une ligne téléphonique dédiée) qui met à la disposition des internautes des ressources pratiques et des informations validées et régulièrement mises à jour sur la maladie et ses traitements.

### La place importante de l'entourage comme source d'information

L'entourage constitue une source importante d'information davantage citée par les personnes inactives (20 %) que par les autres catégories, et notamment les professions intermédiaires (8,9 %). C'est d'ailleurs la principale source d'information évoquée par cette population spécifique. Ces résultats font écho à ceux de l'enquête HINTS 2013-2014 aux États-Unis dans laquelle près de 55 % des adultes, y compris ceux ayant des revenus bas, avaient été consultés par des amis et la famille pour donner des informations ou des conseils de santé [44]. D'après Cutrona *et al*, ces individus « fournisseurs d'information » pourraient s'avérer être des cibles effectives pour propager des messages de santé et accompagner les campagnes de communication de santé.

Enfin, ces résultats mettent en avant le fait que seulement trois sources d'information (internet, les professionnels de santé et la radio) sur huit ne sont pas liées au niveau d'éducation scolaire ou de revenu des enquêtés.

L'ensemble des résultats est en faveur d'une mobilisation de plusieurs types de supports d'information avec sans doute une amélioration de l'accessibilité des données de qualité sur internet et une adaptation des messages et de leurs supports en fonction des populations.

### Connaissances et attitudes vis-à-vis des signes d'alerte

Connaître les signes d'alerte qui interpellent la population générale est essentiel pour les pouvoirs publics car la reconnaissance de ces signes pourrait raccourcir le délai de recours à une prise en charge

médicale [10] ; à l'inverse, leur non-reconnaissance est un élément clé du retard au diagnostic [45, 46].

### Des signes d'alertes connus par la majorité mais de façon inégale

Pour la première fois dans un Baromètre cancer, les Français ont été invités à dire s'ils connaissaient des changements physiques qui feraient penser à un cancer. Six participants sur dix indiquent en connaître. Les signes le plus souvent spontanément évoqués sont la perte de poids, la fatigue, puis un changement au niveau de la peau cités respectivement par 41,4 %, 26,8 % et 14,8 % des interrogés. La douleur mentionnée spontanément par 8,9 % des participants vient en quatrième position, comme au Royaume-Uni où elle est citée par près de 30 % des femmes et 25 % des hommes dans la population générale [47]. Cependant, la hiérarchie des trois premiers signes d'alerte y est différente : les Britanniques interrogés citent en premier une grosseur, puis des saignements inexpliqués et en troisième position la perte de poids inexpliquée. En Jordanie, l'apparition d'une grosseur est le signe d'alerte le plus fréquemment cité par 23 % des personnes interrogées et la perte de poids inexpliquée est spontanément mentionnée par 17 % des personnes [48]. Ces hiérarchies différentes des signes d'alerte connus peuvent être le reflet des différentes campagnes et initiatives de santé publique menées dans les pays.

Même si des signes d'alerte de cancer sont cités par 60,4 % des personnes interrogées en France, il semble que le niveau de connaissance des changements physiques qui feraient penser à un cancer soit encore améliorable. Par exemple, 2,7 % des personnes interrogées sont en mesure de citer l'apparition d'une grosseur comme signe possible de cancer alors que ce changement physique est spontanément évoqué par 68 % des Britanniques [47].

Le niveau de connaissance des signes d'alerte de cancer est également inégal suivant les groupes socioéconomiques en France. Ce phénomène a aussi été observé en Allemagne, en Australie, au Royaume-Uni, aux États-Unis [49], en Suède ou au Danemark [50]. Comme Crane *et al* en Australie [51] ou Niksic *et al* en Angleterre [11], cette enquête montre que les femmes et les personnes ayant un statut économique élevé<sup>1</sup> ont une meilleure connaissance des signes d'alerte.

1. Revenus mensuels supérieurs à 1 101-1 800 €/UC (> 2<sup>e</sup> tercile)

Enfin, cette analyse des signes d'alerte montre qu'il n'est pas toujours aisé de comparer les résultats avec ceux d'autres pays en raison d'outils de mesure différents. À moyen terme, l'utilisation d'un outil de mesure standardisé comme le CAM (*Cancer Awareness Measure* [52]), l'ABC (*Awareness and Beliefs about Cancer* [53, 54]) ou le CAQ (*Cancer Awareness Questionnaire* [55]) permettrait de comparer les données françaises à celles d'autres pays et faciliterait le suivi de l'évolution de la connaissance des signes d'alerte de cancer dans le temps et en fonction des groupes socioéconomiques en France.

### Le médecin généraliste référent en cas de suspicion de cancer

En cas de signe physique évoquant un cancer, 64 % des enquêtés annoncent qu'ils en parleraient d'abord à un médecin et plus de huit sur neuf d'entre eux s'adresseraient à un généraliste. Ces chiffres confortent le rôle de la médecine de ville dans le parcours de soins en cancérologie et soulignent l'importance du Plan Cancer 2014-2019 qui donne aux médecins généralistes les moyens d'orienter le patient dans des délais rapides vers les équipes spécialisées dès le diagnostic de cancer [4] (Action 2.1). Ces résultats mériteraient aussi d'être pris en considération dans le cadre de l'action 1.5 qui prévoit de diffuser à la population via les professionnels de santé une information sur les facteurs définissant les niveaux de risque, les examens ou tests pertinents et validés et la balance bénéfices/risques de chaque procédure.

## REPRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

### Le cancer une maladie guérissable

Neuf personnes sur dix sont d'accord avec l'idée que l'on sait guérir aujourd'hui de nombreux types de cancers. Cette proportion est en constante augmentation depuis dix ans : 86,7 % en 2005, 88,8 % en 2010 et 90,5 % en 2015 [34].

Cette opinion générale est convergente avec les données scientifiques actuelles qui objectivent une amélioration globale de la survie après un diagnostic de cancer pour la plupart des tumeurs solides. Pour certaines localisations comme le pharynx, le larynx, l'œsophage ou le sein, il a même été observé une accélération de la diminution de la mortalité entre 2005 et 2012 [56].

Cet optimisme thérapeutique mérite cependant d'être relativisé dans la mesure où les taux de survie varient grandement suivant les types de cancer. Si les survies nettes à cinq ans standardisées et mesurées sur la période 2005-2010 sont supérieures à 80 % pour les cancers du sein, de la thyroïde, de la peau, de la prostate ou du testicule, il persiste des cancers de mauvais pronostic avec une survie inférieure à 20 % (poumon, foie, pancréas, mésothéliome pleural...) [57]. De plus, les évolutions restent préoccupantes pour certaines localisations comme le cancer du poumon chez la femme et le mélanome cutané chez l'homme, pour lesquels il est observé une augmentation conjointe de l'incidence et de la mortalité [56]. Ces réserves étaient probablement en partie implicites dans la formulation de la question posée concernant « ...de nombreux types de cancers ».

### Une perception de prise en charge des cancers inégale et dépendante des moyens financiers

La perception qu'une personne est mieux soignée si elle a plus d'argent reste, elle, stable depuis 2005 et partagée par près d'un enquêté sur deux. Cette perception est plus fréquemment partagée par les hommes, les personnes au chômage ou ayant des revenus mensuels inférieurs à 1 800 €/UC. Ansellem *et al* avaient déjà noté dans le Baromètre cancer 2010 que cette perception était plus aigüe parmi les catégories de revenus de niveaux inférieurs [34]. Les préoccupations financières font partie des barrières connues à la participation au dépistage et aux soins en cancérologie [58, 59]. À Mexico, Unger-Saldana *et al* ont même montré qu'une perception de manque de ressources financières pouvait entraîner un retard au diagnostic des cancers du sein [60]. Ces constats soulignent l'importance de continuer à organiser des actions de santé publique visant à réduire les inégalités de santé et pourraient conduire à faire réaliser des études spécifiques complémentaires sur ce sujet en France.

## REPRÉSENTATION DE LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE EN CAS D'EXPÉRIENCE PERSONNELLE

### Une prise en charge du cancer jugée bonne et satisfaisante

Dans cette enquête Baromètre cancer 2015, la quasi-unanimité (94 %) des personnes ayant ou ayant eu un

cancer est satisfaite de la prise en charge comme en 2010. Cette unanimité (95,2 %) s'observe également pour la qualité des relations humaines établies avec les équipes soignantes ; 72 % des malades jugent même ces relations très satisfaisantes. Les proches de malades sont eux aussi très majoritairement (plus de huit sur dix) satisfaits de la qualité de la prise en charge et dans une proportion significativement en hausse par rapport à 2010 (+ 4 points). Ces résultats s'inscrivent dans l'évolution de la qualité et de la sécurité des soins prévus par les différents Plans Cancer. Dans le précédent Plan Cancer 2009-2013, des organisations spécifiques avaient été déployées sur l'ensemble du territoire pour répondre à des besoins spécifiques (oncopédiatrie, oncogériatrie, centres experts pour maladies rares, oncogénétique) et trente-trois appareils d'IRM supplémentaires avaient été installés en France. Une dynamique avait été initiée afin de réduire les délais d'accès aux examens et huit-cent-quatre-vingt-cinq établissements de santé avaient renforcé leurs critères de qualité en termes d'activité et pour les traitements. Dans l'actuel Plan Cancer 2014-2019, l'objectif 2 vise à continuer à renforcer la qualité et la sécurité des soins par une offre complète de recommandations, la poursuite de l'organisation des soins des enfants et le développement du partage électronique des dossiers médicaux [4]. Les actions 2.13 « Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social » et 2.17 « Inclure une formation en gériatrie dans les DES d'oncologie et dans la formation en cancérologie » sont d'ailleurs déjà achevées [61].

Enfin, trois malades sur quatre estiment avoir « *disposé de suffisamment d'information sur la maladie* » au moment du diagnostic. Ces résultats montrent les progrès à réaliser encore dans le développement du dispositif d'annonce. Sa mise en place fait partie des critères que tout établissement de santé doit appliquer pour être autorisé à traiter le cancer et 84 % des établissements l'ont mis en place, mais le déploiement demeure encore très hétérogène, parfois même au sein d'un même établissement [61]. Le nouveau référentiel sur l'annonce publié par l'INCa début 2018 devrait permettre d'aider les professionnels à délivrer aux patients une information progressive et adaptée

tenant compte de leurs besoins et de leurs attentes ainsi que de ceux de leurs proches.

### Une approche globale du patient perçue par une minorité mais en hausse depuis 2005

La proportion de personnes qui ont le sentiment que « *les médecins se concentrent sur le cancer mais oublient le malade* » diminue depuis 2005 de façon significative (- 3 points) mais cette perception reste partagée par plus de la majorité des proches de malades ou de patients. Un peu moins de trois personnes sur cinq parmi les malades et les proches perçoivent donc la prise en compte du malade dans sa globalité comme insuffisante. Le Plan Cancer 2014-2019 a donné des orientations fortes pour remédier à cela et renforcer l'accès aux soins de support. Certaines actions comme la promotion du développement des programmes d'éducation thérapeutique des patients ne sont pas encore terminées. D'autres actions comme l'action 7.3 par exemple qui doit « *permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins* » sont en cours de déploiement, car pour répondre aux attentes des patients, il est attendu que l'offre en place en région évolue [61].

### Une meilleure connaissance des lieux pour se faire soigner

Presque trois quarts des personnes en contact avec le cancer, que ce soit à titre personnel ou par l'intermédiaire d'un proche, sont d'accord pour dire qu'il est « facile de savoir où aller pour se faire bien soigner ». Cette affirmation est significativement en hausse par rapport à 2010 où seulement deux proches d'un malade sur trois exprimaient cette opinion [34]. Ces résultats peuvent sans doute aussi être attribués en grande partie aux derniers Plans Cancer. Les rapports d'évaluation remis au président de la République montrent en effet que ces Plans ont permis des avancées majeures pour améliorer la qualité des prises en charge et l'accès aux innovations [61].

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Peretti-Watel P, Amsellem N, Beck F. Ce que les Français pensent du cancer. Opinions, risques perçus et causes présumées. In : Beck F, Gautier A. Baromètre Cancer 2010. Saint-Denis: Inpes; 2012. p. 40-70.
- [2] Parkin DM, Boyd L, Walker LC. 16. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *Br J Cancer*. 2011;105(Suppl 2):S77-81.
- [3] Centre international de recherche sur le cancer. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. Lyon: *CIRC*; 2018.
- [4] Institut national du cancer. Plan Cancer 2014-2019. Priorités et objectifs. Boulogne-Billancourt: Inca; 2015.
- [5] Institut national du cancer. Le cancer dans les médias 1980-2007. Boulogne-Billancourt: Inca; 2010.
- [6] Institut national du cancer. Les changements de comportements à risque de cancer et leurs déterminants individuels et collectifs. Propositions pour la programmation de la recherche en prévention des cancers. Boulogne-Billancourt: Inca; 2012.
- [7] Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*. 1988;15(2):175-83.
- [8] Arwidson P. Communication et marketing en santé publique. *Les tribunes de la santé*. 2014;4(45):5.
- [9] Snyder LB. Health communication campaigns and their impact on behavior. *J Nutr Educ Behav*. 2007;39(2 Suppl):S32-40.
- [10] Quaife SL, Forbes LJ, Ramirez AJ, Brain KE, Donnelly C, Simon AE, et al. Recognition of cancer warning signs and anticipated delay in help-seeking in a population sample of adults in the UK. *Br J Cancer*. 2014;110(1):12-8.
- [11] Niksic M, Rachet B, Warburton FG, Wardle J, Ramirez AJ, Forbes LJ. Cancer symptom awareness and barriers to symptomatic presentation in England – Are we clear on cancer? *Br J Cancer*. 2015;113(3):533-42.
- [12] Grimmett C, Macherianakis A, Rendell H, George H, Kaplan G, Kilgour G, et al. Talking about cancer with confidence: evaluation of cancer awareness training for community-based health workers. *Perspect Public Health*. 2014;134(5):268-75.
- [13] 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. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1853.pdf>
- [14] Baromètre cancer 2015. Questionnaire. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1854.pdf>
- [15] Niksic M, Rachet B, Duffy SW, Quaresma M, Moller H, Forbes LJ. Is cancer survival associated with cancer symptom awareness and barriers to seeking medical help in England? An ecological study. *Br J Cancer*. 2016;115(7):876-86.
- [16] Winstanley K, Renzi C, Smith CF, Wardle J, Whitaker KL. The impact of body vigilance on help-seeking for cancer “alarm” symptoms: a community-based survey. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1172.
- [17] The Lancet Oncology-Editorial. Perceptions of cancer in society must change. *Lancet Oncol*. 2016;17(3):257.
- [18] Agustina E, Dodd RH, Waller J, Vrinten C. Understanding middle-aged and older adults' first associations with the word “cancer”: a mixed methods study in England. *Psychooncology*. 2018;27(1):309-15.
- [19] Institut national du cancer. Les cancers en France, données 2016. Boulogne-Billancourt: Inca; 2016.
- [20] Calvo F, Maraninchi D. 15 ans de recherche sur le cancer en France. Une trajectoire de progrès sans précédent : et maintenant ? Boulogne-Billancourt: Inca; 2018.
- [21] Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, Siegel RL, Fedewa SA, Jacobs EJ, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(1):31-54.
- [22] Legoupil C, Hill C. Epidémiologie des cancers en France [présentation powerpoint]. 2017. En ligne : [https://www.gustaveroussy.fr/sites/default/files/legoupil\\_epidemiologie\\_cancers\\_220618.pptx](https://www.gustaveroussy.fr/sites/default/files/legoupil_epidemiologie_cancers_220618.pptx)



- [23] Ménard C, Beck F, Peretti-Watel P. Cancer et environnement : perceptions de la population à partir des enquêtes de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Environ Risque Santé*. 2014;13(4):312-7.
- [24] Lagerlund M, Hvidberg L, Hajdarevic S, Fischer Pedersen A, Runesdotter S, Vedsted P, et al. Awareness of risk factors for cancer: a comparative study of Sweden and Denmark. *BMC Public Health*. 2015;15:1156.
- [25] Koster B, Sondergaard J, Nielsen JB, Christensen KB, Allen M, Olsen A, et al. Knowledge deficit, attitude and behavior scales association to objective measures of sun exposure and sunburn in a Danish population based sample. *PloS one*. 2017;12(5):e0178190.
- [26] Thomsen LT, Nygard M, Stensen S, Terning Hansen B, Arnheim Dahlstrom L, Liaw KL, et al. Awareness of human papillomavirus after introduction of HPV vaccination: a large population-based survey of Scandinavian women. *Eur J Cancer Prev*. 2017;26(2):170-8.
- [27] Hajdarevic S, Hvidberg L, Lin Y, Donnelly C, Gavin A, Lagerlund M, et al. Awareness of sunburn in childhood, use of sunbeds and change of moles in Denmark, Northern Ireland, Norway and Sweden. *Eur J Public Health*. 2016;26(1):29-35.
- [28] Richards R, McNoe B, Iosua E, Reeder AI, Egan R, Marsh L, et al. Knowledge of Evidence-Based Cancer Risk Factors Remains Low Among New Zealand Adults: Findings from Two Cross-Sectional Studies, 2001 and 2015. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(11):2931-6.
- [29] Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J. Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J Clin*. 2002;52(3):134-49.
- [30] Youl PH, Youlden DR, Baade PD. Changes in the site distribution of common melanoma subtypes in Queensland, Australia over time: implications for public health campaigns. *Br J Dermatol*. 2013;168(1):136-44.
- [31] Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q*. 1984;11(1):1-47.
- [32] Conner M, Normam P. The role of social cognition in health behaviours. Philadelphia: Open University Press; 1996.
- [33] Bandura A. Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84:191-215.
- [34] Amsellem N, Gautier A, Léon C. Représentations des soins et information sur le cancer. In : Beck F, Gautier A. *Baromètre Cancer 2010*. Saint-Denis: Inpes; 2012.p. 71-96.
- [35] Jacobs W, Amuta AO, Jeon KC. Health information seeking in the digital age: an analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Social Sciences*. 2017;3(1):1302785.
- [36] Beck F, Richard JB, Nguyen-Thanh V, Montagni I, Parizot I, Renahy E. Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. *J Med Internet Res*. 2014;16(5):e128.
- [37] Biermann JS, Golladay GJ, Greenfield ML, Baker LH. Evaluation of cancer information on the Internet. *Cancer*. 1999;86(3):381-90.
- [38] Risk A, Dzenowagis J. Review of internet health information quality initiatives. *J Med Internet Res*. 2001;3(4):E28.
- [39] Hargrave D, Bartels U, Lau L, Esquembre C, Bouffet E. Évaluation de la qualité de l'information médicale francophone accessible au public sur internet : application aux tumeurs cérébrales de l'enfant. *Bull Cancer*. 2003;90(7):650-5.
- [40] Gilliam AD, Speake WJ, Scholefield JH, Beckingham IJ. Finding the best from the rest: evaluation of the quality of patient information on the Internet. *Ann R Coll Surg Engl*. 2003;85(1):44-6.
- [41] Evrard AS, Guertin L, Remacle M, Jamart J, Leveque M. Information Internet en langue française en oncologie ORL. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*. 2009;126(3):99-111.
- [42] Hargrave DR, Hargrave UA, Bouffet E. Quality of health information on the Internet in pediatric neuro-oncology. *Neuro Oncol*. 2006;8(2):175-82.
- [43] Bichakjian CK, Schwartz JL, Wang TS, Hall JM, Johnson TM, Biermann JS. Melanoma information on the Internet: often incomplete – A public health opportunity? *J Clin Oncol*. 2002;20(1):134-41.
- [44] Cutrona SL, Mazor KM, Agunwamba AA, Valluri S, Wilson PM, Sadasivam RS, et al. Health Information Brokers in the General Population: an Analysis of the Health Information National Trends Survey 2013-2014. *J Med Internet Res*. 2016;18(6):e123.
- [45] Macdonald S, Macleod U, Campbell NC, Weller D, Mitchell E. Systematic review of factors

- influencing patient and practitioner delay in diagnosis of upper gastrointestinal cancer. *Br J Cancer*. 2006;94(9):1272-80.
- [46] Mitchell E, Macdonald S, Campbell NC, Weller D, Macleod U. Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: a systematic review. *Br J Cancer*. 2008;98(1):60-70.
- [47] Robb K, Stubbings S, Ramirez A, Macleod U, Austoker J, Waller J, et al. Public awareness of cancer in Britain: a population-based survey of adults. *Br J Cancer*. 2009;101(Suppl 2):S18-23.
- [48] Al Qadire M, Aljezawi M, Al-Shdayfat N. Cancer Awareness and Barriers to Seeking Medical Help Among Syrian Refugees in Jordan: a Baseline Study. *J Cancer Educ*. 2017.  
En ligne : <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1260-1>
- [49] McCutchan GM, Wood F, Edwards A, Richards R, Brain KE. Influences of cancer symptom knowledge, beliefs and barriers on cancer symptom presentation in relation to socioeconomic deprivation: a systematic review. *BMC Cancer*. 2015;15:1000.
- [50] Hvidberg L, Lagerlund M, Pedersen AF, Hajdarevic S, Tishelman C, Vedsted P. Awareness of cancer symptoms and anticipated patient interval for healthcare seeking. A comparative study of Denmark and Sweden. *Acta Oncol*. 2016;55(7):917-24.
- [51] Crane M, Scott N, O'Hara BJ, Aranda S, Lafontaine M, Stacey I, et al. Knowledge of the signs and symptoms and risk factors of lung cancer in Australia: mixed methods study. *BMC Public Health*. 2016;16:508.
- [52] Stubbings S, Robb K, Waller J, Ramirez A, Austoker J, Macleod U, et al. Development of a measurement tool to assess public awareness of cancer. *Br J Cancer*. 2009;101(Suppl 2):S13-7.
- [53] Simon AE, Forbes LJ, Boniface D, Warburton F, Brain KE, Dessaix A, et al. An international measure of awareness and beliefs about cancer: development and testing of the ABC. *BMJ Open*. 2012;2(6).
- [54] Hvidberg L, Pedersen AF, Wulff CN, Carlsen AH, Vedsted P. Measurement properties of the Danish version of the Awareness and Beliefs about Cancer (ABC) measure. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17(1):74.
- [55] Loo JL, Ang YK, Yim HS. Development and validation of a cancer awareness questionnaire for Malaysian undergraduate students of Chinese ethnicity. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(1):565-70.
- [56] Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013.
- [57] 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.
- [58] Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Sheyklo SG, Daemi A, Kolaheidouzan K, Mohseni M, et al. Breast Cancer Screening Barriers from the Womans Perspective: a Meta-synthesis. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(8):3463-71.
- [59] Lineback CM, Mervak CM, Revels SL, Kemp MT, Reddy RM. Barriers to Accessing Optimal Esophageal Cancer Care for Socioeconomically Disadvantaged Patients. *Ann Thorac Surg*. 2017;103(2):416-21.
- [60] Unger-Saldana K, Ventosa-Santaularia D, Miranda A, Verduzco-Bustos G. Barriers and Explanatory Mechanisms of Delays in the Patient and Diagnosis Intervals of Care for Breast Cancer in Mexico. *Oncologist*. 2018;23(4):440-453.
- [61] Institut national du cancer. Quatrième rapport au président de la République - Février 2018. Boulogne-Billancourt: Inca;2018.

## AUTEURS

Anne Stoebner-Delbarre  
**Institut du Cancer de Montpellier**

Marion Soler  
Carla Estaquio  
**INCa**

## RELECTEURS

Muriel Papin  
**INCa**

Guillaume Frasca  
**Fondation ARC pour la recherche sur le cancer**

## REMERCIEMENTS

Alizée Delbarre

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**