



HAL
open science

Communauté LGBTI et cancer : besoins de soutien et ressources

Anastasia Meidani

► **To cite this version:**

Anastasia Meidani. Communauté LGBTI et cancer : besoins de soutien et ressources. Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn, Anastasia Meidani, Gabrielle Richard, Marielle Toulze. Santé LGBTIQ : les minorités de genre et de sexualité face aux soins, Editions des Archives Contemporaines, 2019, 9782356876997. hal-02129440

HAL Id: hal-02129440

<https://univ-tlse2.hal.science/hal-02129440>

Submitted on 14 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Communauté LGBTI et cancer : besoins de soutien et ressources

Anastasia Meidani¹

INTRODUCTION

Cette contribution part d'un double constat qui annonce les grands axes de sa problématique : la communauté LGBTI est plurielle et cette pluralité est constituée des minorités sexuelles et de genre diversifiées parfois hiérarchisées.

Identifiée comme une communauté à risque élevé en matière de santé (Dean et al., 2000 ; Gay and Lesbian Medical Association, 2001) et a fortiori en matière de cancer, la communauté LGBTI n'a retenu que peu d'intérêt de la part des sociologues. En effet, depuis les années 1980, les préoccupations des chercheurs qui se sont penchés sur les questions de santé chez les minorités sexuelles se sont attardées essentiellement sur l'infection VIH. Par inadvertance, bien que le cancer soit la première cause de mortalité dans la population générale en France, l'expérience de la maladie cancéreuse chez les personnes appartenant à une minorité sexuelle et de genre n'a reçu que peu d'attention (Boehmer, 2002). L'absence de données officielles sur l'incidence et la prévalence du cancer chez les minorités sexuelles contribue, à son tour, à l'inattention à l'égard de cette pathologie au sein même de la communauté LGBTI, gardant ainsi à distance le point de vue des acteurs et des actrices concerné.e.s.

Dans ce contexte, les études réalisées à l'étranger ont cherché à mettre en évidence des données sur la prévalence des facteurs de risque « cancer » – considérés en termes psychologiques ou au prisme de la santé publique – analysés à une échelle individuelle profondément culpabilisante, laissant de côté l'élaboration collective du risque. Ces mêmes facteurs ont été conçus comme des indicateurs indirects d'une communauté reconnue comme une « population à risque » (Dibble et al., 2004), notion épidémiologique débattue par les sociologues qui se sont attardés, quant à eux et pour l'essentiel, sur les conditions politiques de la mise en visibilité de cette communauté en dehors ou en deçà des questions de santé.

Les facteurs d'exposition au risque cancer les plus fréquemment étudiés sont : l'infection par le VIH positivement corrélée à certains cancers et la consommation alcool tabagique (Lee et al., 2009), tous deux prévalents dans la communauté LGBTI (Chin-Hong et al., 2005). Arrivent par la suite l'hygiène alimentaire, et par extension l'obésité et l'exercice physique, le tout passant sous silence d'autres facteurs d'exposition au risque cancer à l'instar des risques environnementaux, des CMR (cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques) ou encore des facteurs collectivement élaborés, à l'image des interactions asymétriques de soins et des expériences de discriminations qui les accompagnent.

Par ailleurs, une bonne partie de ce que l'on sait de la prévalence ou de l'incidence des cancers chez les minorités sexuelles provient des travaux effectués sur le VIH, virus reconnu comme un facteur de risque pour certains cancers (sarcome de Kaposi, lymphome non hodgkinien et cancer invasif du col utérin) (Patel et al., 2008 ; Shiels et al., 2009). En outre,

¹ Sociologue et maitresse de conférences à l'Université de Toulouse Jean Jaures et chercheuse au LISST. Ses travaux portent sur les questions de genre et de santé. Elle est notamment spécialiste des questions de cancer et de vieillir et a dirigé en 2014 la recherche « Transidentités et cancers » (CGSO). Elle est l'auteure de « La fabrique du corps » (PUM, 2007), « Santé : du public à l'intime » (EHESP, 2015) et « Parcours de santé / parcours de genre » -avec Arnaud Alessandrin- (PUM, 2018).

le tabagisme, associé à un risque accru de plus de nombreux cancers (INCa, 2017), prédomine chez les personnes infectées par le VIH, qui fument 2 à 3 fois plus que la moyenne nationale (Burkhalter et al. 2011) - et plus généralement au sein de la communauté LGBTI. En parallèle, quelques travaux ont été consacrés au cancer anal chez les hommes séropositifs et chez les hommes homosexuels et bisexuels (Daling et al., 2004 ; Tseng et al., 2003). Bien qu'il s'agisse d'un cancer relativement rare dans la population générale, le cancer anal est nettement plus répandu chez les minorités sexuelles masculines, peu importe d'ailleurs le statut sérologique VIH (idem). Il en est de même pour le cancer de la peau. Enfin, d'autres travaux ont montré que les lesbiennes étaient moins susceptibles d'effectuer un dépistage Papanicolaou (test Pap, plus largement connu en France à travers le terme frottis) que les femmes hétérosexuelles ou cisgenres (Marrazzo et al., 2000), ce qui diminuerait la probabilité de détecter un cancer du col de l'utérus à un stade précoce - c'est-à-dire in situ. Des résultats plus mitigés concernent les mammographies.

Toutes les recherches qui alimentent cette revue de littérature ont été réalisées à l'étranger. Précisons qu'il est actuellement impossible de mener des études comparables en France en raison de l'absence de données portant sur l'orientation sexuelle disponibles dans les registres du cancer. Face à ce constat, nous soutenons que l'analyse de l'expérience cancéreuse au sein de la communauté LGBTI est d'une importance capitale à condition de restituer toute son épaisseur sociale et relationnelle dans le cadre d'un travail qui rend compte tant des obstacles que des ressources que les malades mobilisent pour faire face au cancer. Au sein de cette analyse, la perception du risque occupe une place centrale.

Mais comment peut-on la définir ? La perception du risque peut être définie comme la croyance d'un individu quant à la probabilité de développer une maladie si aucune action prophylactique n'est mise en place (Weinstein, 2000). Elle a été décrite comme synonyme de risque perçu, dit aussi subjectif, ou de vulnérabilité (Vernon, 1999). Certaines théories du comportement de la santé - battues en brèche par la sociologie - postulent que l'idée de se sentir à risque peut motiver des attitudes auto-protectrices (Cummings et al., 1980). Ainsi, les perceptions du risque « cancer colorectal » (essentiellement basées sur des savoirs épidémiologiques) seraient liées à l'augmentation du recours au dépistage (Watts et al., 2003). Des constats similaires ont été avancés pour le cancer du sein et le dépistage par mammographie (2000). En parallèle, selon certaines études chez les fumeurs, un plus grand risque perçu de cancer serait associé à la volonté d'arrêter de fumer (Weinstein et al., 2005).

Si nous adhérons à la thèse selon laquelle le risque perçu constitue un meilleur prédicteur d'actions sanitaires comparativement au risque « objectif », épidémiologiquement établi (Jacobsen et al., 1997 ; Lipkus et al., 2000), nous constatons l'absence de consensus sur la meilleure façon de mesurer, cartographier et typologiser les risques (risque absolu vs relatif, risque choisi vs subi, mise danger vs prise de risque) (Weinstein et al., 2007 ; Lipkus, 2007).

L'analyse du risque d'un point de vue genré implique la prise en compte d'un processus complexe influencé par de multiples variables telles que le niveau d'instruction, le niveau socioéconomique, l'âge ou encore les appartenances ethno-raciales qui dictent l'accès à une information fiable et à des soins de qualité, la gestion des effets iatrogènes du traitement, etc. L'ensemble de ces ressources que les individus mobilisent pour faire leurs estimations ou prendre leurs décisions (Klein et Stefanek, 2007) soulignent l'importance de mettre en place une approche intersectionnelle.

Le volet qualitatif de cette étude se propose, entre autres, d'examiner les perceptions du risque cancer dans un échantillon de minorités sexuelles, dans le but de cartographier les risques perçus et d'identifier les besoins de soutien et les stratégies d'adaptation mises en place par une trentaine de personnes enquêtées ayant eu à faire face à la maladie. Elle est

la première étude en France à relever ce défi, et en ce sens elle vient compléter une étude récente que nous avons réalisée sur cette même thématique et qui visait explicitement les personnes transgenres (Meidani et Alessandrin, 2018). Elle présente un double avantage. D'un côté, elle met en évidence le décloisonnement des expériences de la santé, ce qui permet une mise en perspective des trajectoires cancéreuses à travers celles des troubles alimentaires ou encore les trajectoires de la santé dans l'école - en centralisant toujours son attention sur la communauté LGBTI. De l'autre côté, elle met en application un protocole méthodologique mixte et interdisciplinaire qui part de l'expertise des acteurs-rices. Si dans les limites de la présente contribution nous ne pouvons pas rendre compte du premier point, les résultats préliminaires issus de l'élaboration du questionnaire (qui comptabilise plus de 1 000 personnes) nous autorisent à générer des hypothèses, destinées à guider les études futures. Ces hypothèses mettent en relief quatre questions de recherche. Nous les exposons tour à tour.

I° QUATRE GRANDES QUESTIONS DE RECHERCHE

La première émane du constat suivant : les minorités sexuelles comprennent des identités sexo-spécifiques et sexuelles variées, alors que les études dont nous disposons (y compris nos études auprès de cette population) montrent que femmes et hommes hétérosexuel.le.s ou cisgenres perçoivent le risque cancer d'une certaine façon qui se distancie du regard que ces minorités portent sur ce même risque (Hammond et al., 2007 ; Meidani, 2018). En accord avec ces observations, la première question de recherche pourrait se formuler ainsi : Comment les perceptions du risque cancer sont-elles distribuées à l'intérieur de la communauté LGBTI ?

Quant à la seconde question, elle retentit d'un constat amplement renseigné par la littérature sociologique de la santé : les perceptions du risque proviennent non seulement des raisonnements analytiques (tenus pour rationnels) mais aussi des raisonnements expérientiels (Slovic et al., 2004). Ces derniers, appelés « heuristique affective », influent sur les perceptions du risque (Loewenstein et al., 2001). Or, les minorités sexuelles ou de genre sont identifiées comme un groupe stigmatisé qui fait l'objet de discriminations multiples (Herek et al., 2009), et enregistrent des taux élevés de stress et de détresse psychologique (Cochran et al., 2003) – du moins si on se fie aux études psychologiques disponibles. Quant à la présente recherche, elle confirme, lorsqu'on considère, par exemple, le pourcentage des enquêtés qui se disent discriminés et les épreuves du quotidien dont ces mêmes participants nous font part. Plus concrètement, certaines études (Bunge et al., 2008, Rakovitch et al., 2003) ont montré que celles et ceux qui éprouvent une plus grande détresse psychologique déclarent souvent un risque cancer perçu plus élevé. En conséquence, il est important d'évaluer les composantes expérientielles des minorités sexuelles - notamment celles liées aux discriminations – afin de comprendre l'impact d'une éventuelle charge émotionnelle élevée sur le risque cancer perçu. Dans le droit fil de cette perspective, la deuxième question de recherche pourrait se formuler comme suit : Dans quelle mesure et de quelles façons les discriminations et la charge émotionnelle affèrent-elles l'expérience de la maladie au sein des minorités sexuelles ?

Quant à notre troisième question, puisque les perceptions du risque sont également influencées par les conduites dites à risque, il s'agit d'identifier quelles sont les stratégies de réduction de prises de risque déployées au sein de la communauté LGBTI. Ici, l'objectif est de comparer les stratégies de réduction du risque « cancer » de cet échantillon de minorités sexuelles à celles observées dans la population hétérosexuelle ou cisgenre et transgenre, renseignées dans le cadre de nos recherches précédentes sur cette même pathologie.

Enfin, et c'est notre dernière question, il convient d'examiner les besoins de soutien : quels sont-ils et dans quelle mesure se différencient-ils selon les minorités sexuelles considérées dans le cadre de la présente enquête ?

En cherchant des éléments de réponse à ces questions, l'étude vise à caractériser les leviers de contrôle de l'expérience cancéreuse chez les minorités sexuelles ou, pour le dire ainsi, les prises dont disposent ces usager.e.s.

II° LA QUESTION DES SOUTIENS

Dans les limites de cette contribution, nous n'aborderons que le dernier item. A la question du questionnaire portant sur l'accompagnement des parcours de soins, quatre groupes de soutien sont apparus : 1/ les structures associatives et les groupes amicaux, 2/ la famille d'origine 3/ les partenaires 4/ et enfin les soignant.e.s. L'accent porté sur les groupes associatifs et amicaux souligne la valeur de ces collectifs, compte tenu des ressources disponibles adaptées aux minorités sexuelles - notamment au début du chemin, quand les choses entrent en mouvement, au début donc de la trajectoire de la maladie. Par ailleurs, nos enquêtes précédentes portant explicitement sur la communauté trans laissent entrevoir l'importance d'autres dimensions identitaires et expérientielles, en particulier le stade du cancer ainsi que l'âge de l'annonce du diagnostic (qui pose la question des disparités d'âge et des disparités générationnelles).

Par ailleurs, la famille d'origine et les partenaires sont généralement décrits comme les principales sources de soutien, pratique et émotionnel, au sein des minorités sexuelles – notamment chez les plus jeunes et les célibataires. Ces derniers sont confrontés aux plus grands défis en termes de besoin de soutien et de ressources relationnelles. Les premières corrélations statistiques corroborent les témoignages recueillis nous incitant à formuler l'hypothèse que chez la sous-population lesbienne, les anciennes partenaires semblent constituer des supports de soutien précieux. La flexibilité dans les rôles relationnels et dans les parcours de conjugalité permettant à certaines minorités sexuelles d'inclure leurs anciennes partenaires peuvent représenter une ressource considérable face à la maladie.

Pour le dire autrement, bien que les barrières institutionnelles et sociales puissent entraver l'accès à de nombreuses ressources de soutien social dont les hétérosexuel.le.s profitent pendant leur trajectoire de la maladie (Case et al., 2004 ; Diamant et Wold, 2003), l'enquête permet d'identifier des points de prises remarquables chez les minorités sexuelles. À la suite de Matthews et al., 2004, la présente recherche laisse supposer que, par rapport aux hétérosexuel.le.s, certaines minorités sexuelles (telles les lesbiennes) ont tendance à signaler moins de problèmes pendant le traitement avec l'image du corps, une tendance à se montrer moins fatalistes et donc plus combattives, une plus grande probabilité d'exprimer ses affects, et un soutien social plus contenant de la part des partenaires et des amis ainsi que des structures associatives – cette dernière caractéristique concerne d'ailleurs toutes les minorités sexuelles. Par conséquent, si les minorités sexuelles partagent de nombreuses barrières, elles ont aussi en commun de nombreuses ressources dont le caractère unique interpelle.

Toutefois, il convient de souligner que la mise sous tension rapportée est exacerbée pour les malades qui cumulent plusieurs statuts minoritaires en raison d'un handicap, d'un profil polyopathologique, de leurs parcours migratoires et/ou des situations de pauvreté. En effet, dans des recherches antérieures portées sur cette même thématique concernant la population hétérosexuelle ou cisgenre, un statut socioéconomique inférieur est associé à des

situations de mise en vulnérabilité plus prononcées chez les survivant.e.s du cancer que l'on retrouve au sein des minorités sexuelles (Ott et Eilers, 1997).

En outre, nous constatons que le cancer rabat les cartes identitaires. Au creux de l'expérience cancéreuse, la sexualité reste en retrait alors que l'identité de genre est discutée. Plus encore dans les méandres de la maladie grave et chronique, la socialisation genrée primaire revient au galop, peut-être parce que le corps sexué biologique reprend ses droits, peut-être parce que l'hétéronormativité bi-catégorielle prime dans l'univers de soins et peut advenir comme une grille de lecture opérante, voire même rassurante, pour reprendre une perspective philosophique qui exalte la « mêmété », selon les mots de Brigitte Esteve-Bellebeau (2018).

Mais les résultats, et notamment les données observationnelles issues des consultations de soins en cancérologie menées, interrogent aussi le binôme normal/pathologique et la fabrique des anormaux. L'analyse montre que ce qui est « normal » peut être normatif dans certaines situations, et peut devenir pathologique dans d'autres. Dans ce sens, au sein de l'espace délimité de la pathologie cancéreuse, la médecine ne peut objectivement définir que des variétés ou des différences corporelles et genrées, sans valeur positive ou négative. Le pathologique dont il est question ici doit alors être compris comme une variation du normal. Et pour cause : en cancérologie, la clinique est une technique d'instauration ou de restauration du normal dont la fin, à savoir la satisfaction subjective qui émane de l'instauration d'une norme, échappe à la juridiction du savoir objectif du corps médical.

CONCLUSION

Quoi qu'il en soit, le binôme normal/pathologique qui se dit dans le couple trans/cis ou hétéro/homo désigne un rapport d'inversion et de polarité – non pas de contradiction. Si le cancer dicte le pathologique, c'est la manière de résister au pli normatif (entre autre genré) qui dicte l'anormal. Il est alors tenu pour malade, voire « anormal », non pas le corps cancéreux, mais le sujet qui se trouve dans l'incapacité de se montrer normatif. Ce qui caractérise la santé (et qui devrait caractériser ses « serviteurs », en l'occurrence les soignants), c'est la possibilité de dépasser, aussi momentanément soit-il, la norme corporelle et genrée qui définit le normal, la possibilité de tolérer les écarts à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations mouvantes. Il devient alors difficile pour la médecine de déterminer exactement le contenu des normes dans lesquelles l'ordre genré s'élabore, sans préjuger de la possibilité ou de l'impossibilité d'une évolution éventuelle de ces normes.

BIBLIOGRAPHIE

Boehmer, U. (2002). Twenty years of public health research: Inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1125–1130.

Bunge, E. M., van den Bergh, K. A., Essink-Bot, M. L., van Klaveren, R. J., & de Koning, H. J. (2008). High affective risk perception is associated with more lung cancer-specific distress in CT screening for lung cancer. *Lung Cancer*, 62(3), 385–390.

Case P, Austin SB, Hunter DJ, Manson JE, Malspeis S, Willett WC, Spiegelman D (2004) Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *J Womens Health (Larchmt)* 13(9):1033–1047.

- Chin-Hong, P. V., Vittinghoff, E., Cranston, R. D., Browne, L., Buchbinder, S., Colfax, G., et al. (2005). Age-related prevalence of anal cancer precursors in homosexual men: The EXPLORE study. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(12), 896–905.
- Cochran, S. D., Mays, V. M., & Sullivan, J. G. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53–61.
- Cummings, K. M., Becker, M. H., & Maile, M. C. (1980). Bringing the models together: An empirical approach to combining variables used to explain health actions. *Journal of Behavioral Medicine*, 3(2), 123–145.
- Daling, J. R., Madeleine, M. M., Johnson, L. G., Schwartz, S. M., Shera, K. A., Wurscher, M. A., et al. (2004). Human papillomavirus, smoking, and sexual practices in the etiology of anal cancer. *Cancer*, 101(2), 270–280.
- Dean, L., Meyer, I. H., Robinson, K., Sell, R. L., Sember, R., Silenzio, V. M. B., et al. (2000). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(3), 102–151.
- Diamant AL, Wold C (2003) Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women. *J Womens Health (Larchmt)* 12(1):41–49
- Diamant AL, Wold C (2003) Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women. *J Womens Health (Larchmt)* 12(1):41–49
- Dibble, S. L., Roberts, S. A., & Nussey, B. (2004). Comparing breast cancer risk between lesbians and their heterosexual sisters. *Womens Health Issues*, 14(2), 60–68.
- Esteve-Bellebeau B. (2018). Cancer, corps et identité de genre. In « Parcours de santé / parcours de genre » (Meidani et Alessandrin dir.). PUM. pp : 49-69.
- Gay and Lesbian Medical Association. (2001). *Healthy people 2010 companion document for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health*. San Francisco, CA: Gay and Lesbian Medical Association.
- Gruskin, E. P., Hart, S., Gordon, N., & Ackerson, L. (2001). Patterns of cigarette smoking and alcohol use among lesbians and bisexual women enrolled in a large health maintenance organization. *American Journal of Public Health*, 91(6), 976–979.
- Hammond, J., Salamonson, Y., Davidson, P., Everett, B., & Andrew, S. (2007). Why do women underestimate the risk of cardiac disease? A literature review. *Australian Critical Care*, 20(2), 53–59.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32–43.
- Burkhalter J.E., Hay J.L., Coups E., Warren B., Li Y.(2011) Ostroff Perceived risk for cancer in an urban sexual minority. *J Behav Med.* 34:157–169
- Jacobsen, P. B., Valdimarsdottir, H. B., Brown, K. L., & Offit, K. (1997). Decision-making about genetic testing among women at familial risk for breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(5), 459–466.
- Klein, W. M. P., & Stefanek, M. (2007). Cancer risk elicitation and communication: Lessons from the psychology of risk perception. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 57(3), 147–167.

- Lee, J. G. L., Griffin, G. K., & Melvin, C. L. (2009). Tobacco use among sexual minorities in the USA, 1987 to May 2007: A systematic review. *Tobacco Control*, 18(4), 275–282.
- Lipkus, I. M. (2007). Numeric, verbal, and visual formats of conveying health risks: Suggested best practices and future recommendations. *Medical Decision Making*, 27(5), 696–713.
- Lipkus, I. M., Kuchibhatla, M., McBride, C. M., Bosworth, H. B., Pollak, K. I., Siegler, I. C., et al. (2000). Relationships among breast cancer perceived absolute risk, comparative risk, and worries. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 9(9), 973–975.
- Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127(2), 267–286.
- Marrazzo, J. M., Stine, K., & Koutsky, L. A. (2000). Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: A review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(3), 770–774.
- Matthews AK, Brandenburg DL, Johnson TP, Hughes TL (2004) Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. *Prev Med* 38(1):105– 113.
- Matthews AK, Peterman AH, Delany P et al. A qualitative exploration of the experiences of lesbian and heterosexual patients with breast cancer. (2002). *Oncol Nurs Forum*.10:1455–1462.
- Meidani A. (2018). "Le cancer a-t-il un genre ?", in Meidani A., Alessandrin A, 2018, *Parcours de santé, parcours de genre*, PUM (sous presse).
- Ott C, Eilers J (1997) Breast cancer and women partnering with women. *Nebr Nurse* 30(3):29
- Patel, P., Hanson, D. L., Sullivan, P. S., Novak, R. M., Moorman, A. C., Tong, T. C., et al. (2008). Incidence of types of cancer among HIV-infected persons compared with the general population in the United States, 1992–2003. *Annals of Internal Medicine*, 148(10), 728–736.
- Rakovitch, E., Franssen, E., Kim, J., Ackerman, I., Pignol, J. P., Paszat, L., et al. (2003). A comparison of risk perception and psychological morbidity in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 77(3), 285–293.
- Shiels, M. S., Cole, S. R., Kirk, G. D., & Poole, C. (2009). A metaanalysis of the incidence of non-AIDS cancers in HIV-infected individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 52(5), 611–622.
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis*, 24(2), 311–322.
- Tseng, H. F., Morgenstern, H., Mack, T. M., & Peters, R. K. (2003). Risk factors for anal cancer: Results of a population-based case-control study. *Cancer Causes and Control*, 14(9), 837–846.
- Vernon, S. W. (1999). Risk perception and risk communication for cancer screening behaviors: A review. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* (25), 101–119.

Watts, B. G., Vernon, S. W., Myers, R. E., & Tilley, B. C. (2003). Intention to be screened over time for colorectal cancer in male automotive workers. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 12(4), 339–349.

Weinstein, N. D. (2000). Perceived probability, perceived severity, and health-protective behavior. *Health Psychology*, 19(1), 65–74.

Weinstein, N. D., Kwitel, A., McCaul, K. D., Magnan, R. E., Gerrard, M., & Gibbons, F. X. (2007). Risk perceptions: Assessment and relationship to influenza vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 146–151.

Weinstein, N. D., Marcus, S. E., & Moser, R. P. (2005). Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tobacco Control*, 14(1), 55–59.

