

CANCERS /
VACCINATION

DÉCEMBRE 2024

ÉTUDES ET ENQUÊTES

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE TRANSVERSALE
INITIALE DU PROJET « 13 EN SANTÉ » DE
MÉDIATION EN SANTÉ AUPRÈS DES
POPULATIONS VULNÉRABLES DE MARSEILLE

Connaissances, attitudes et pratiques
envers le dépistage des cancers du col, sein
et colorectal et la vaccination DTP et HPV

RÉGION

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Résumé

Résultats de l'enquête transversale initiale du projet « 13 en santé » de médiation en santé auprès des populations vulnérables de Marseille. Connaissances, attitudes et pratiques envers le dépistage des cancers du col, sein et colorectal et la vaccination DTP et HPV

À la demande de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) Paca et avec le soutien de Santé publique France en région Paca et Corse, et de l'UMR1252 SESSTIM (Aix Marseille Université, INSERM, IRD), les associations Corhesan et Sept ont développé un projet de médiation en santé auprès des populations vulnérables de Marseille (projet « 13 en santé »). Ce projet a comme objectif principal la promotion du dépistage des cancers (col de l'utérus, sein et colorectal) et la mise à jour du calendrier vaccinal. Il comprend plusieurs axes d'évaluation dont une enquête transversale pour estimer le niveau d'hésitation vaccinale, le taux de participation aux dépistages des cancers, la couverture vaccinale pour le rappel DTP et contre le papillomavirus (HPV) et les niveaux de connaissances, attitudes et barrières au dépistage des cancers et à la vaccination.

Une enquête permettant d'établir un niveau de base a été menée en septembre 2022 par les associations Corhesan et Sept auprès des personnes âgées de 18 à 74 ans habitants dans des quartiers vulnérables au centre et au nord de la ville de Marseille. La taille de l'échantillon a été estimée en fonction du taux de dépistage de la population éligible pour chaque programme afin de viser un total de 2 400 participants. Les associations statistiques entre la non-participation au dépistage et à la vaccination et les facteurs sociodémographiques ont été analysées par des modèles de régression logistique univariées et multivariées et non-ajustés. Au total, les enquêteurs ont interrogé par questionnaire standardisé 2 647 personnes en porte-à-porte.

Concernant le dépistage des cancers, les taux de participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal (respectivement 51 %, 68 % et 31 %) sont inférieurs aux taux de participation en France. Avoir connaissance du dépistage et avoir reçu le courrier d'invitation à celui-ci favorisent fortement la participation. L'absence de symptômes est la principale barrière citée à la participation au dépistage des cancers (18 % à 50 % selon le cancer).

Concernant la vaccination, il existe une faible connaissance de la vaccination contre le HPV (43 % des femmes et 17 % des hommes de 18-35 ans). La couverture vaccinale HPV chez les femmes de 18-35 ans est de 24 % et est fortement associée à la connaissance du vaccin. La couverture vaccinale pour le rappel DTP à l'âge adulte (51 %) est comparable à la couverture nationale. Cependant, un tiers de la population n'a pas connaissance de cette vaccination. Globalement, 72 % des personnes interrogées se déclarent favorables à la vaccination avec une hésitation vaccinale modérée (médiane=60, [EI 45-71]). Cependant, 20 % de la population des quartiers Nord et 10 % des quartiers Centre rapportent une hésitation vaccinale élevée.

Ces résultats montrent l'importance d'améliorer les connaissances des populations vulnérables dans les quartiers Nord et Centre de Marseille sur les modalités des dépistages des cancers et la vaccination contre le HPV et le rappel DTP à l'âge adulte. Ceci pourrait permettre d'augmenter les taux de participation aux dépistages des cancers ainsi que les couvertures vaccinales. Il s'avère par ailleurs essentiel de sensibiliser la population à l'intérêt de se faire dépister pour les cancers en absence de symptômes et de réduire l'hésitation vaccinale d'une partie de la population. La médiation en santé au travers de l'aller-vers, du faire-avec et du ramener-vers peut répondre aux besoins d'accompagnement, d'informations ciblées et adaptées aux différents profils de population de ces quartiers.

MOTS CLÉS : MÉDIATION EN SANTÉ, DÉPISTAGE DES CANCERS, POPULATIONS VULNÉRABLES, VACCINATION, MARSEILLE

Abstract

Results of the initial cross-sectional survey of the '13 en santé' health mediation project for vulnerable populations in Marseille. Knowledge, attitudes and practices towards cervical, breast and colorectal cancer screening and DTP and HPV vaccination

At the request of the Paca Regional Health Agency and with the support of Santé publique France in Paca and Corsica, and UMR1252 and SESSTIM (Aix Marseille University, INSERM, IRD), the community associations Corhesan and Sept developed a health mediation project for vulnerable populations in Marseille (« 13 en Santé »). The main objective of the project is promotion of cancer screening (breast, cervical and colorectal) and an up-to-date vaccination record. It comprises several axis including a cross-sectional study to estimate the level of vaccine hesitancy, the participation rate in cancer screening, the coverage of DTP booster and HPV vaccination and knowledge, attitudes and barriers to cancer screening and vaccination.

A survey to establish a baseline profile was conducted in September 2022 by the associations Corhesan and Sept recruiting persons aged 18 to 74 years old living in the areas of urban deprivation in the North and Central districts of Marseille. The sample size was estimated based on the screening participation rate of the population eligible for each cancer screening program in order to aim for a recruitment of 2,400 participants. The statistical associations of non-participation in screening and vaccination with socio-demographic factors were analysed by unadjusted univariate and multivariate logistic regression. The associations surveyed 2,647 participants in total by standardised questionnaire using a door-to-door enquiry method.

For cancer screening, the participation rates in breast, cervical and colorectal cancer screening (51%, 68% and 31% respectively) are lower than the participation rates in France. Knowledge of cancer screening and receipt of invitation to screening are factors strongly in favour of participation. The absence of symptoms is the main obstacle cited to participation in cancer screening (18% to 50% depending on the cancer type).

For vaccination, knowledge of HPV vaccination is observed to be low (43% of females and 17% of males). The HPV vaccination coverage among females aged 18-35 years is 24% and is strongly associated with knowledge of the vaccine. The adult DTP booster vaccination coverage (51%) is comparable to national coverage. Nevertheless, one third of the study population are unaware of this vaccination. Overall, 92% of surveyed participants declared themselves in favour of vaccination, with a moderate level of vaccine hesitancy (median=60, [IQR 45-71]). However, 20% of the population in Northern districts and 10% in Central districts reported high levels of vaccine hesitancy.

These results underline the importance of improving the knowledge of cancer screening means and HPV and adult DTP booster vaccination of vulnerable populations living in the Northern and Central districts of Marseille. This may enable an increase in participation rates in cancer screening as well as vaccination coverage. It appears important to raise awareness in the target population of participating in cancer screening in the absence of symptoms and to reduce vaccine hesitancy in sectors of the population. Health mediation through outreach, direct engagement and facilitation may help fulfill the support needs in accompanying and targeting information, adapted to the population living in these districts.

KEY WORDS: HEALTH MEDIATION, CANCER SCREENING, VULNERABLE POPULATIONS, VACCINATION, MARSEILLE

Comité technique d'évaluation

Chrystelle Ménager	Agence régional de santé Paca
Steve Nauleau	Agence régional de santé Paca
Eléna Nerrière	Agence régional de santé Paca
Anne Dutrey Kaiser	Corhesan
Dorothée Balma	Corhesan
Stanislas Rebaudet	Corhesan – Sesstim, université Aix-Marseille
Yazid Attalah	Sept
Jean Gaudart	Sesstim, université Aix-Marseille
Pascal Chaud	Santé publique France
Florian Franke	Santé publique France
David Kelly	Santé publique France
Lauriane Ramalli	Santé publique France

Abréviations

ARS Paca	Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
DTP	Diphtérie Tétanos Poliomyélite
Sept	Santé environnement pour tous
UMR 1252 Sesstim	Unité Mixte de Recherche 1252 Sciences économiques et sociales de la santé & traitement de l'information médicale
HPV	Human Papillomavirus (virus du papillome humain)
C2S	Complémentaire de santé solidaire
ETP	Equivalent temps plein

Sommaire

Résumé	1
Abstract	2
Comité technique d'évaluation	3
Abréviations	4
INTRODUCTION.....	6
MÉTHODES.....	7
Population de l'étude	7
Taille de l'échantillon.....	7
Recueil des données	7
Analyses statistiques	8
Aspects réglementaires	9
RÉSULTATS.....	10
Description de la population d'étude	10
Dépistage des cancers : les facteurs de risque et la participation au dépistage	11
<i>Participation aux dépistages des cancers.....</i>	<i>11</i>
<i>Dépistage du cancer du sein</i>	<i>12</i>
<i>Dépistage du cancer du col de l'utérus.....</i>	<i>15</i>
<i>Dépistage du cancer colorectal</i>	<i>17</i>
Perception des facteurs de risque cancer et confiance dans la médecine.....	19
Vaccination : connaissance, couverture et hésitation vaccinale	20
<i>Pratiques de la vaccination.....</i>	<i>20</i>
<i>Hésitation vaccinale</i>	<i>23</i>
DISCUSSION.....	26
Limites de l'enquête	26
Taux de participation au dépistage des cancers	26
Barrières à la participation et sources d'information sur le dépistage	27
Vaccination contre le HPV	27
Vaccination contre le DTP.....	28
Hésitation vaccinale	28
CONCLUSION	29
Références bibliographiques	30
Annexes	31

INTRODUCTION

À la demande de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) Paca et avec le soutien de Santé publique France en région Paca et Corse, et de l'UMR1252 Sesstim (Aix Marseille Université, Inserm, IRD), les associations Corhesan et Sept, ont démarré en juillet 2022 un projet de médiation en santé auprès des populations vulnérables de certains quartiers prioritaires de la ville de Marseille (projet « 13 en Santé »). Cette intervention concerne la promotion du dépistage de cancers (col de l'utérus, sein et colorectal) et de la mise à jour du calendrier vaccinal. Ce projet comprend plusieurs axes d'évaluation, dont deux études transversales : une enquête avant le début des interventions (T0) et une enquête un an et demi après le début des interventions (T1).

Dans une optique d'évaluation d'impact, les interventions sont mises en place en priorité dans des quartiers définis comme prioritaires (correspondant au niveau géographique de l'iris). En regard de cette sélection, des quartiers témoins comparables ont été sélectionnés permettant ainsi des comparaisons « ici – ailleurs » des indicateurs mesurés.

L'objectif principal de l'enquête transversale T0 était d'estimer le niveau d'hésitation vaccinale, le taux de participation aux dépistages des cancers, la couverture vaccinale pour le rappel DTP et contre le papillomavirus (HPV) et les niveaux de connaissances, attitudes et barrières au dépistage des cancers et à la vaccination dans les quartiers retenus pour le projet, avant la réalisation des interventions. L'objectif secondaire était de comparer les indicateurs entre les populations des quartiers du centre (1^e, 2^e et 3^e) et du nord (13^e, 14^e, 15^e et 16^e) de Marseille.

MÉTHODES

Population de l'étude

La population de l'étude concernait les personnes âgées de 18 à 74 ans résidant dans des quartiers vulnérables au centre et au nord de Marseille : 1^e, 2^e et 3^e (Centre) ; 13^e, 14^e, 15^e et 16^e (Nord).

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été estimée en fonction de la taille de la population âgée de 18 à 74 ans, de la part de la population hésitante envers la vaccination (estimée à 40 %) et en fonction du taux de dépistage attendu de la population éligible pour chaque programme : cancer du sein (femmes âgées de 50 à 74 ans ; taux de dépistage attendu = 40%), cancer du col de l'utérus (femmes âgées de 25 à 65 ans ; taux de dépistage attendu = 35%), cancer colorectal (personnes âgés de 50 à 74 ans ; taux de dépistage attendu = 18%). Les effectifs nécessaires pour estimer les indicateurs en respectant les critères retenus ont été estimés pour un risque d'erreur alpha de 5 % et une puissance de 80 %. La taille de l'échantillon a été calculée pour donner des estimations avec des intervalles de confiance à 95 %. Une stratification à l'iris a été réalisée afin d'éviter une surreprésentation d'un iris sélectionné à un autre. Il a été estimé qu'il fallait recruter 1 200 personnes dans les quartiers Centre et 1 200 personnes dans les quartiers Nord de Marseille, soit un total de 2 400 participants.

Recueil des données

Cette enquête transversale a été menée par Sept et Corhesan du 29 août au 29 septembre 2022 en porte-à-porte dans les iris présélectionnés pour l'étude. Au total, 31 médiateurs et bénévoles ont été formés et ont participé à l'enquête (environ 10 ETP). Les participants ont été interrogés en entretien face-à face dans ou devant leur résidence, avec une personne sélectionnée par foyer pour répondre. Le temps de réponse au questionnaire a duré 7 minutes en médiane et les réponses déclaratives saisies par les enquêteurs sur un questionnaire sur tablette numérique. Les questions posées variaient selon le sexe et l'âge des participants et leur éligibilité aux dépistages des cancers et vaccinations DTP et HPV et concernaient leur statut sociodémographique, leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de vaccination et de dépistages des cancers ainsi que sur les barrières à la vaccination HPV et au dépistage des cancers. La connaissance de la vaccination HPV a été posée à tous les participants, l'attitude envers la vaccination propre a été posée aux femmes âgés de 18 à 35 ans uniquement, correspondant aux cohortes de naissance entre 1987 et 2004, éligibles à la vaccination HPV, depuis l'année d'introduction de la vaccination HPV. La vaccination et les barrières à la vaccination des adolescents ont été posées aux parents ainsi que l'intention de faire vacciner dans les prochains mois. Pour la vaccination contre le DTP, les questions ont été posées aux personnes âgées de 25 à 74 ans.

L'hésitation vaccinale a été mesurée par l'échelle 7C, développée afin de mesurer le concept de « *vaccine readiness* ». Ceci est défini par la tendance et la prédisposition de se faire vacciner, et reste une terminologie générique qui regroupe les éléments qui déterminent la probabilité individuelle de sa volonté de se faire vacciner (1). L'échelle 7C est répartie sur les sept dimensions suivantes relative à la vaccination :

- la confiance : je suis convaincu que l'Etat français autorise seulement des vaccins efficaces et sûrs ;
- la complaisance : je me fais vacciner parce que c'est trop dangereux d'attraper des maladies ;
- le calcul : je ne me fais vacciner que lorsque les avantages sont clairement supérieurs aux risques ;
- la responsabilité collective : je considère que se vacciner est un devoir pour protéger les autres ;
- la conformité : il faudrait pouvoir sanctionner/punir les personnes qui ne sont pas vaccinées ;
- la conspiration : les vaccins sont plus dangereux que les maladies ;
- la contrainte : les vaccins sont tellement importants pour moi que je mets d'autres choses en attente pour me faire vacciner.

Pour chacune des dimensions, les participants doivent répondre sur une échelle de 1 (*tout à fait d'accord*) à 5 (*pas de tout d'accord*). Un score d'hésitation vaccinale a ensuite été calculé et linéarisé sur une échelle de 0 (très hésitant) à 100 (très favorable) pour chaque participant.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées avec R Studio. Pour chaque programme de dépistage du cancer, le taux de participation au dépistage à jour a été calculé par le ratio entre le nombre des participants ayant réalisé un dépistage dans le délai recommandé par les programmes de dépistage organisé, et le nombre de participants éligibles au dépistage (2-4). Les taux en pourcentage ont été calculés par quartier, avec des intervalles de confiance à 95 %. La distribution des données entre quartiers a été comparée par le test d'hétérogénéité de Khi-2.

Les associations entre la non-participation au dépistage et les facteurs sociodémographiques et autres facteurs (connaissance du dépistage, croyance dans l'efficacité du dépistage, et réception du courrier d'invitation au dépistage) ont été analysées par des modèles de régression logistique univariés non-ajustés. Les réponses manquantes et « *ne souhaite pas répondre* » ont été exclues des analyses de régression. Les associations entre la non-vaccination et les facteurs sociodémographiques et autres facteurs (connaissance du vaccin, favorable à la vaccination) ont été analysées par des modèles de régression logistique binomiale univariée. Les résultats des modèles multivariés, ont été présentés lorsqu'une différence des estimations des associations entre le modèle univarié et multivarié a été observée. Les scores d'hésitation vaccinale selon les quartiers et le taux de statut vaccinal ont été comparés par le test de Mann-Whitney et de Kruskal-Wallis respectivement.

Aspects réglementaires

Cette enquête transversale ne comportait aucune donnée permettant d'identifier directement ou indirectement les personnes et les questionnaires sont totalement anonymes. Aucune démarche d'autorisation CNIL n'a été de ce fait nécessaire. Le consentement à la participation à l'étude a été demandé en préalable à l'entretien après que l'enquêteur ait expliqué les objectifs de l'étude. Une personne ayant accepté de participer à l'étude ne pouvait pas revenir sur son consentement ultérieurement. A la fin de l'enquête, les données enregistrées sur le serveur ont été supprimées.

RÉSULTATS

Description de la population d'étude

Au total, 2 647 personnes ont été interrogées dans les quartiers Centre (n=1 299) et Nord (n=1 348). Les participants sont en majorité nés en France (57 %), ont le français comme langue maternelle (57 %), sont locataires (74 %), possèdent un niveau de scolarité secondaire ou plus (84 %), sont non-actifs (au chômage ou au foyer) (60 %), et bénéficient de la complémentaire de santé solidaire (C2S) (53 %).

Les participants des quartiers Nord sont plus souvent nés en France, parlent plus fréquemment l'arabe, vivent plus en location, possèdent un niveau de scolarité nettement plus bas, sont plus souvent au chômage ou homme/femme au foyer, et bénéficient plus fréquemment de la C2S, par rapport aux participants des quartiers Centre (tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête dans les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022 (n= 2 647)

Caractéristiques sociodémographiques	Nord (n = 1 348)	Centre (n= 1 299)	Total (n = 2 647)	p-valeur ¹
Sexe				0,2
Femme	833 (62 %)	770 (59 %)	1 603 (61 %)	
Homme	515 (38 %)	529 (41 %)	1 044 (39 %)	
Classe d'âge				0,2
18-24	141 (10%)	136 (10%)	277 (10%)	
25-34	227 (17%)	247 (19%)	474 (18%)	
35-44	245 (18%)	213 (16%)	458 (17%)	
45-54	280 (21%)	238 (18%)	518 (20%)	
55-64	241 (18%)	224 (17%)	465 (18%)	
65-74	214 (16%)	241 (19%)	455 (17%)	
Lieu de naissance				<0,001
France	880 (66 %)	627 (49 %)	1 507 (57 %)	
Etranger	462 (34 %)	665 (51 %)	1 127 (43 %)	
Langue maternelle				0,001
français	745 (55 %)	768 (59 %)	1 513 (57 %)	
arabe	309 (23 %)	225 (17 %)	534 (20 %)	
comorien	77 (5,7 %)	62 (4,8 %)	139 (5,3 %)	
autre	217 (16 %)	244 (19 %)	461 (17 %)	
Type d'habitation				<0,001
propriétaire	109 (8,2 %)	206 (16 %)	315 (12 %)	
locataire	1 040 (78 %)	886 (69 %)	1 926 (74 %)	
chez un ami ou membre de famille	177 (13 %)	163 (13 %)	340 (13 %)	
hôtel, foyer ou squat	10 (0,7 %)	27 (2,1 %)	37 (1,4 %)	
Niveau de scolarité				<0,001
primaire	260 (20 %)	109 (8,5 %)	369 (14 %)	
secondaire	710 (53 %)	540 (42 %)	1 250 (48 %)	
étude post-BAC	348 (26 %)	584 (46 %)	932 (36 %)	
autre	13 (1,0 %)	42 (3,3 %)	55 (2,1 %)	
Situation professionnelle				<0,001
en emploi	516 (39 %)	520 (41 %)	1 036 (40 %)	
étudiant, apprenti ou stagiaire	73 (5,5 %)	98 (7,7 %)	171 (6,6 %)	
au chômage	178 (14 %)	123 (9,7 %)	301 (12 %)	
retraité(e)	258 (20 %)	270 (21 %)	528 (20 %)	
femme ou homme au foyer	248 (19 %)	150 (12 %)	398 (15 %)	

autre situation	44 (3,3 %)	105 (8,3 %)	149 (5,8 %)	
Bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire ?				<0,001
oui	787 (59 %)	583 (46 %)	1 370 (53 %)	
non	536 (41 %)	689 (54 %)	1 225 (47 %)	

¹ test du khi-deux d'indépendance

Dépistage des cancers : les facteurs de risque et la participation au dépistage

Participation aux dépistages des cancers

Globalement, le taux de participation au dépistage est plus faible pour le cancer colorectal (31 %), vient ensuite le cancer du sein (51 %) et le cancer du col de l'utérus (68 %).

La participation au dépistage est significativement plus faible pour le cancer du col de l'utérus et du sein dans les quartiers Nord que dans les quartiers Centre (respectivement 64 % vs 73 % et 48 % vs 55 %). En revanche, la participation au dépistage du cancer colorectal est significativement plus faible dans les quartiers Centre que dans les quartiers Nord (23 % vs 38 %) (Tableau 2).

Tableau 2. Taux de participation aux dépistages* du cancer du sein, cancer du col de l'utérus et cancer colorectal entre les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022

Participation au dépistage des cancers à jour*	Nord (%)	95% CI ² [% - %]	Centre (%)	95% CI ² [% - %]	Total (%)	p-valeur ³
Dépistage du cancer du sein (n=726)						0,007
oui	48	[43 - 53]	55	[50 - 60]	51	
non	47	[42 - 52]	44	[38 - 49]	45	
NSP	5	[3 - 8]	1	[0,5 - 3]	3	
Dépistage du cancer du col de l'utérus (n=1 195)						<0,001
oui	64	[60 - 68]	73	[69 - 77]	68	
non	27	[24 - 31]	25	[21 - 29]	26	
NSP	9	[7 - 12]	2	[1 - 4]	6	
Dépistage du cancer colorectal (n=1 231)						<0,001
oui	38	[34 - 42]	23	[20 - 27]	31	
non	57	[53 - 61]	73	[69 - 76]	65	
NSP	5	[3 - 7]	4	[3 - 6]	4	

² IC = intervalle de confiance

³ test du khi-deux d'indépendance

* Ce taux de participation comprend le pourcentage des personnes qui ont réalisé un dépistage dans le délai recommandé dans le calendrier de dépistage des cancers (cancer du sein : tous les 2 ans, cancer du col de l'utérus : tous les 3 ans, cancer colorectal : tous les 2 ans), parmi les populations éligibles.

Dépistage du cancer du sein

Facteurs associés à la non-participation au dépistage du cancer du sein

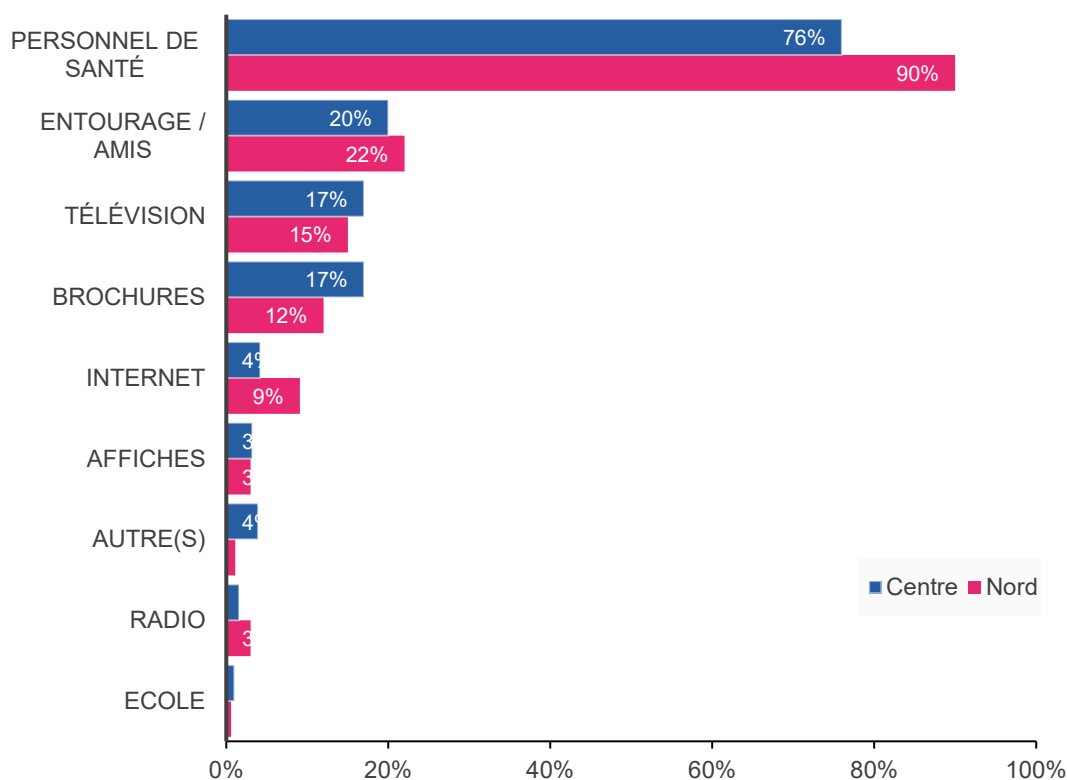
Les facteurs suivants sont associés à la non-participation au dépistage du cancer du sein (tableau 10 en annexe) :

- âge supérieur à 65 ans ;
- parler une langue maternelle autre que le français, langue arabe ou le comorien ;
- habiter dans un hôtel, foyer ou squat ;
- être à la retraite ;
- ne pas croire dans l'efficacité du dépistage ;
- non-réception du courrier de l'invitation au dépistage.

Sources d'information sur le dépistage du cancer du sein

Parmi les participants ayant connaissance du dépistage du cancer du sein, la source principale d'information sur ce dépistage est le personnel de santé (quartiers Centre à 76 % et nord à 90 %). L'entourage, les amis et la télévision sont ensuite les autres sources d'information les plus citées (figure 1).

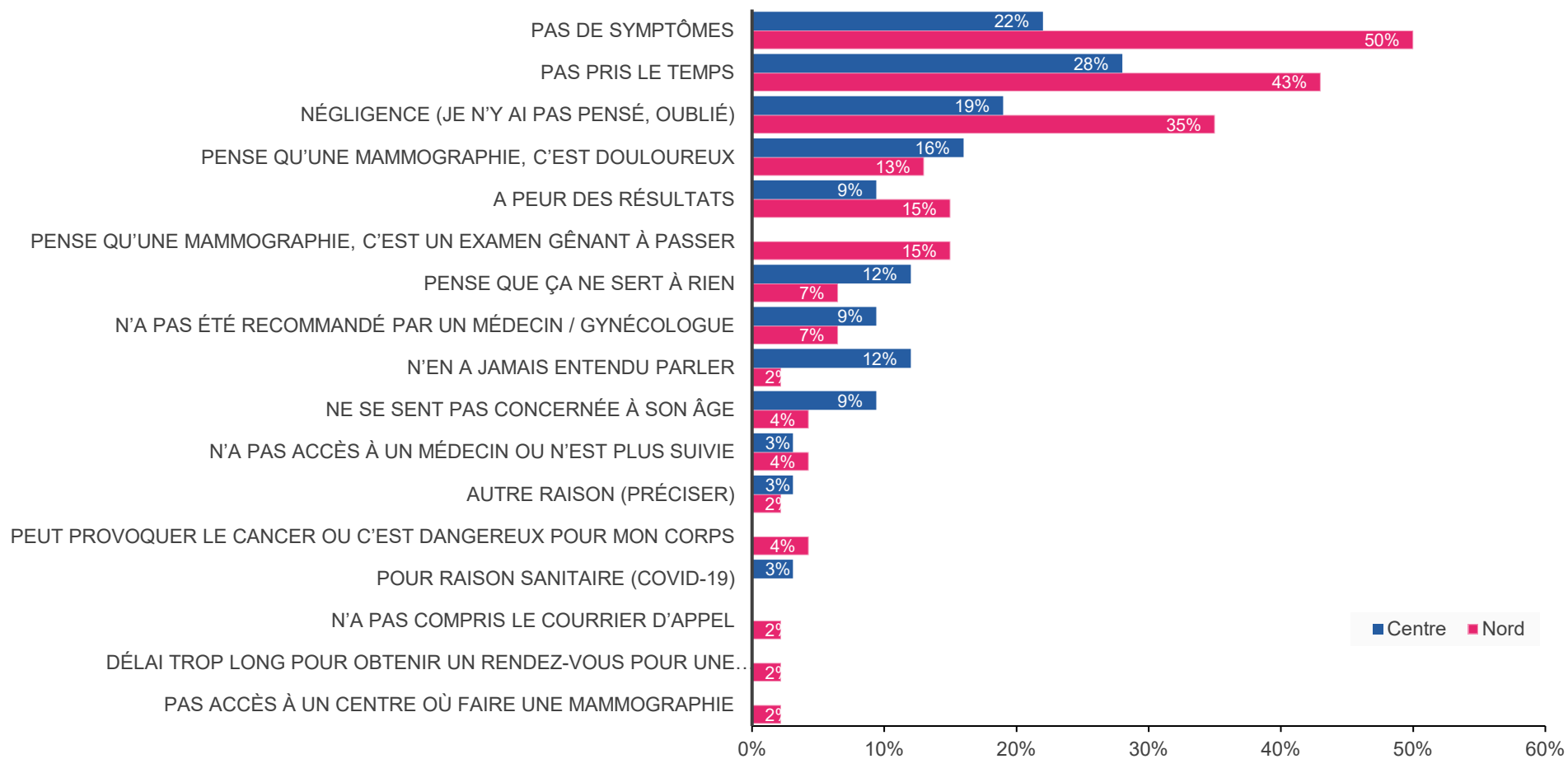
Figure 1. Sources d'information citées sur le dépistage du cancer du sein dans les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022. (n=692)



Barrières au dépistage du cancer du sein

Parmi les personnes n'ayant jamais participé au dépistage du cancer du sein, les raisons rapportées sont en majorité l'absence de symptômes, ne pas avoir pris le temps et la négligence (je n'y ai pas pensé, oublié). La répartition est différente entre les quartiers Nord et Centre (figure 2). Relative aux participants des quartiers Centre, les participants des quartiers Nord ont cité presque deux fois plus l'absence des symptômes (50 % versus 22 %, $p=0,012$), la manque de temps (43 % versus 28 %, $p=0,2$) et la négligence (35 % versus 19 %, $p=0,12$) comme barrières.

Figure 2. Les barrières à la participation au dépistage du cancer du sein citées dans les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022. (n=80)



Dépistage du cancer du col de l'utérus

Facteurs associés à la non-participation au dépistage du cancer du col de l'utérus

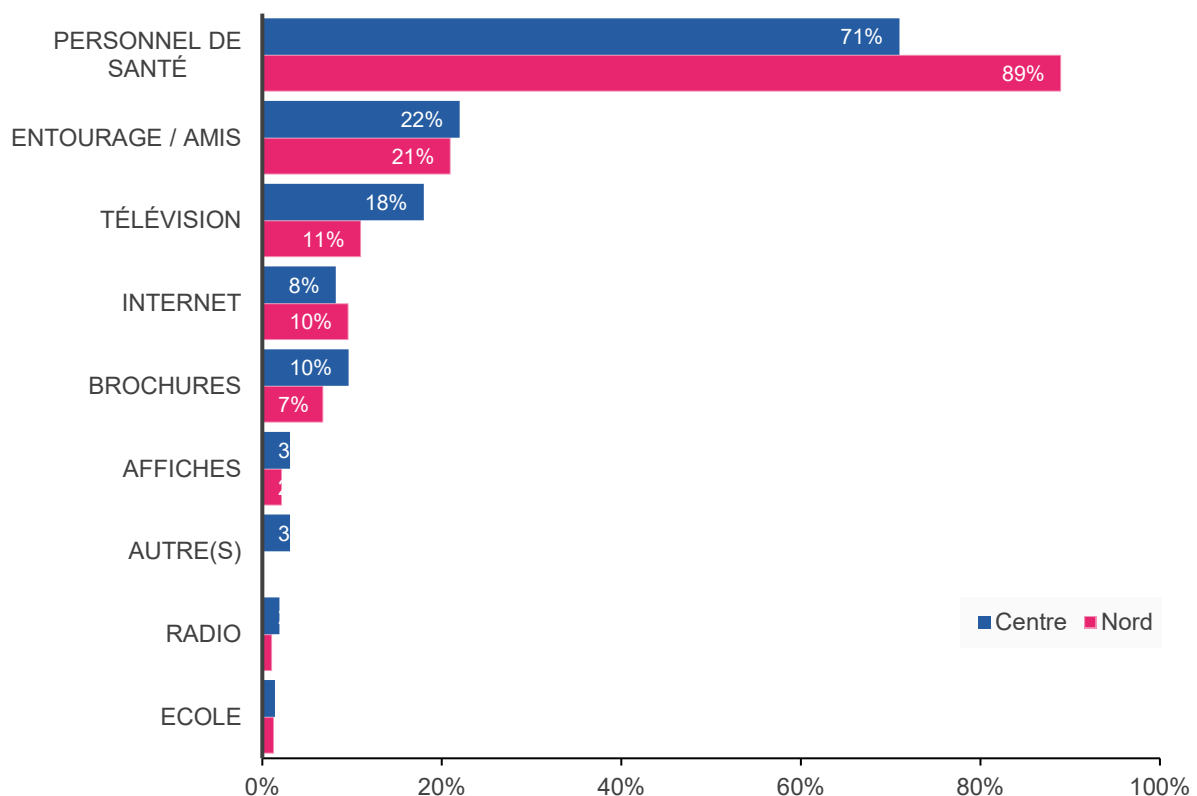
Les facteurs suivants sont associés à la non-participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (tableau 11 en annexe) :

- habiter chez un ami ou membre de famille ;
- habiter dans un hôtel, foyer ou squat ;
- un niveau de scolarité primaire ;
- être étudiant, apprenti ou stagiaire ;
- être au chômage ;
- être à la retraite ;
- bénéficier de la C2S ;
- non-connaissance du dépistage ;
- ne pas croire dans l'efficacité du dépistage ;
- non-réception du courrier de l'invitation.

Sources d'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

Parmi les participants ayant connaissance du dépistage du cancer du col de l'utérus, la source principale d'information est le personnel de santé dans les quartiers Centre et nord (71 % et 89 %). L'entourage, les amis et la télévision sont ensuite les autres sources d'information majoritaires (figure 3).

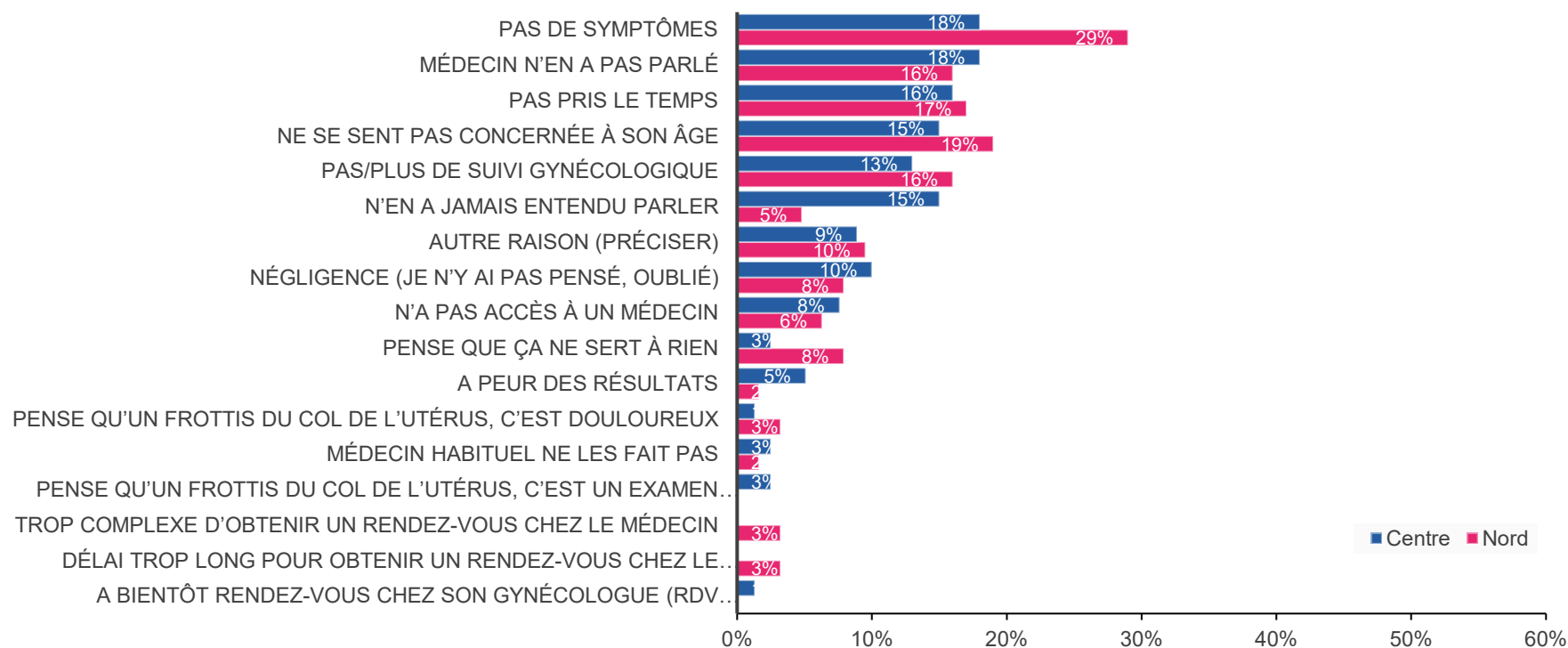
Figure 3. Les sources d'information citées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022. (n=998)



Barrières au dépistage du cancer du col de l'utérus

Parmi les personnes n'ayant jamais participé au dépistage du cancer du col de l'utérus, les raisons rapportées sont en majorité l'absence de symptômes, le médecin n'en a pas parlé, ne pas avoir pris le temps, ne pas se sentir concerné à son âge, ne pas avoir de suivi gynécologique et n'en avoir jamais entendu parler. La répartition est différente entre les quartiers Nord et Centre (figure 4). Les participantes des quartiers Centre ont cité plus souvent n'avoir jamais entendu parler (15 % versus 5 %, $p=0.045$) comme barrière.

Figure 4. Barrières à la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus citées dans les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022. (n=147)



Dépistage du cancer colorectal

Facteurs associés à la non-participation au dépistage du cancer colorectal

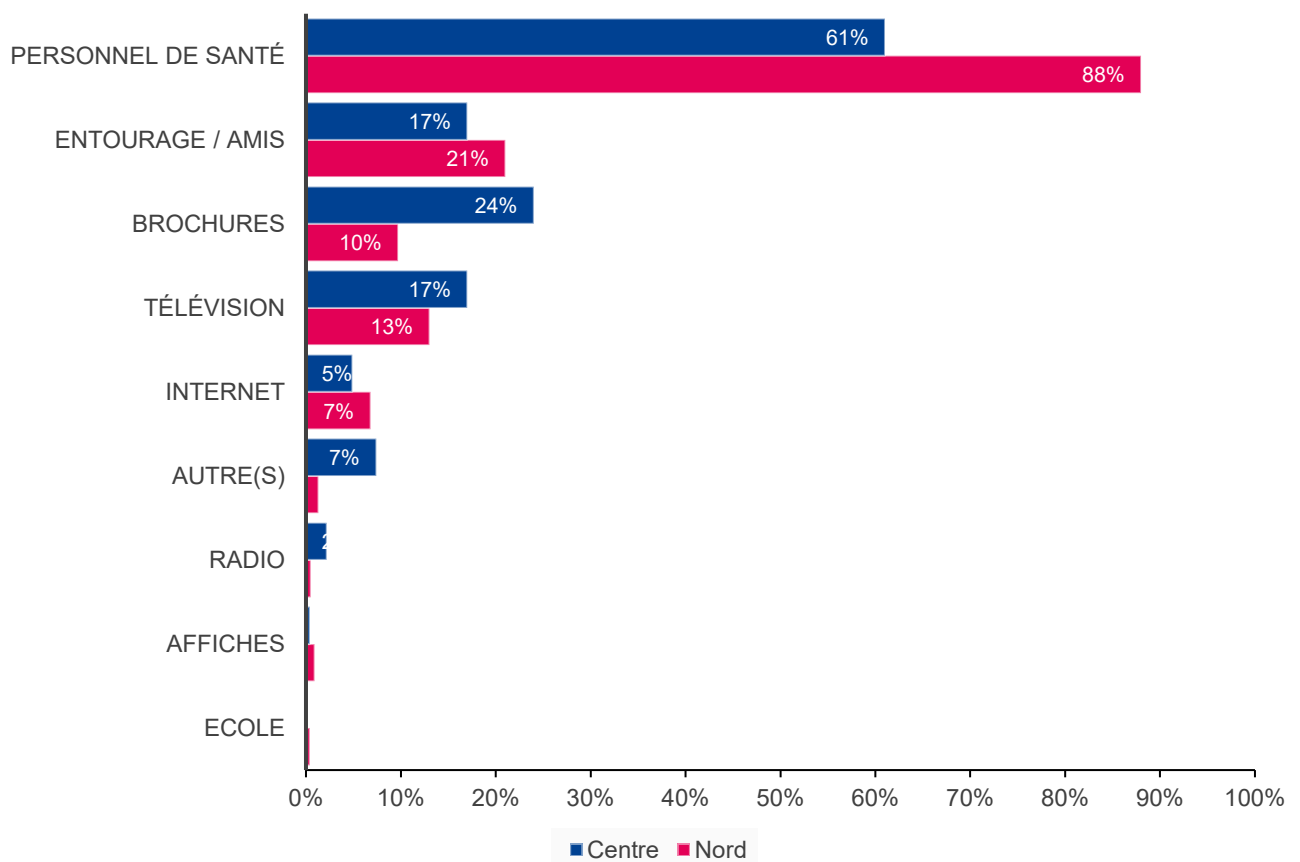
Les facteurs suivants sont associés à la non-participation au dépistage du cancer colorectal (tableau 12 en annexe) :

- naissance à l'étranger ;
- parler le comorien comme langue maternelle ;
- parler une autre langue que le français, arabe ou comorien comme langue maternelle ;
- être femme ou homme au foyer ;
- non-connaissance du dépistage ;
- ne pas croire dans l'efficacité du dépistage ;
- non-réception du courrier de l'invitation.

Source d'informations sur le dépistage du cancer colorectal

Parmi les participants ayant connaissance du dépistage du cancer du colorectal, la source principale d'information est le personnel de santé dans les quartiers Centre et nord (61 % et 88 %). L'entourage, les amis, la télévision et les brochures sont ensuite les autres sources d'information les plus citées (figure 5).

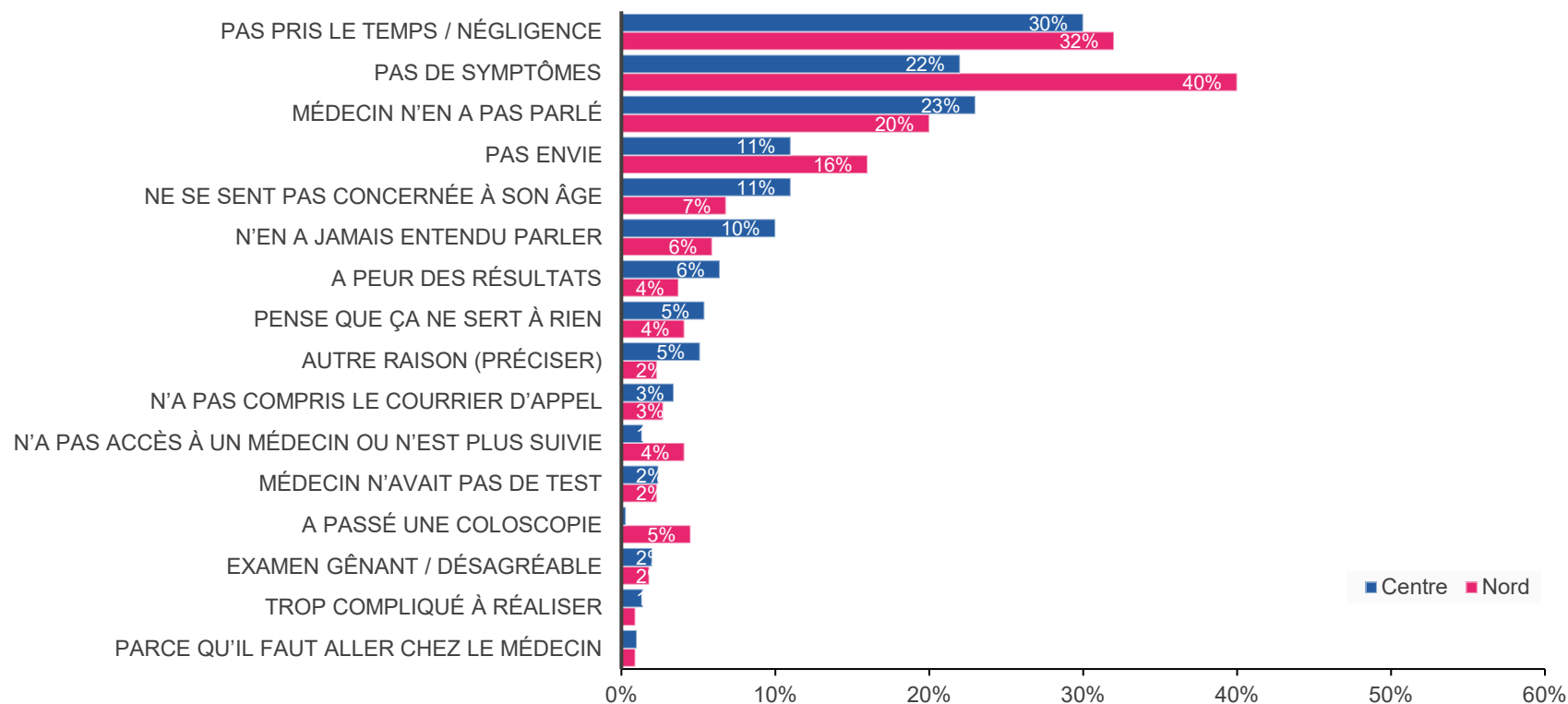
Figure 5. Les sources d'information citées sur le dépistage du cancer colorectal dans les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022. (n=1 018)



Barrières au dépistage du cancer colorectal

Parmi les personnes n'ayant jamais participé au dépistage du cancer du colorectal, les raisons rapportées sont en majorité l'absence de symptômes, le médecin n'en a pas parlé, ne pas avoir pris le temps et ne pas avoir envie. La répartition est différente entre les quartiers Nord et Centre (figure 6) : les participants du quartier Nord ont cité presque deux fois plus l'absence des symptômes (40 % versus 22 %, $p<0,001$) ainsi que d'avoir passé une coloscopie (5 % versus 0 %, $p=0,001$) comme barrière.

Figure 6. Barrières à la participation au dépistage du cancer colorectal citées dans les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022. (n=537)



Perception des facteurs de risque cancer et confiance dans la médecine

Parmi les participants facteurs de risque cancer (tableau 3) :

- 49% des participants sont d'accord que l'activité physique réduirait le risque de cancer ;
- 38 % estiment qu'il serait facile pour eux d'en faire 2 h 30 par semaine ;
- 70% des participants sont d'accord qu'avoir une alimentation saine et équilibrée réduirait le risque de cancer ;
- 38% estiment qu'il serait facile pour eux d'avoir une alimentation saine et équilibrée ;
- 7% des participants ont confiance dans la pratique de la médecine en France, 26 % n'ont pas confiance et 67 % ne savent pas.

Les participants des quartiers Centre perçoivent moins les facteurs de risque de cancer. Au contraire, les participants des quartiers Nord estiment être moins en mesure de réduire leurs facteurs de risque du cancer. Ces différences restent statistiquement significatives pour tous les facteurs de risque entre les quartiers.

Tableau 3. Perception du risque cancer entre les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022 (n = 2 647)

	Nord % (n=1 348)	95% CI ² [% - %]	Centre % (n=1 299)	95% CI ² [% - %]	Total % (n=2 647)	p-valeur ³
Faire 2 h 30 de d'activité physique chaque semaine réduirait mon risque de cancer.						<0,001
D'accord	58	[54 – 62]	42	[39–46]	49	
Ni d'accord ni en désaccord	33	[30 – 37]	41	[38–45]	38	
Pas d'accord	8,9	[6,9 – 12]	16	[14–19]	13	
Faire 2 h 30 de sport chaque semaine serait pour vous.						<0,001
Difficile	39	[36 – 42]	27	[25 – 30]	33	
Modéré	36	[33 – 39]	23	[20 – 25]	29	
Facile	25	[23 – 28]	50	[47 – 53]	38	
Avoir une alimentation saine et équilibrée chaque semaine réduirait mon risque de cancer.						<0,001
D'accord	75	[72 – 79]	66	[62 – 69]	70	
Ni d'accord ni en désaccord	18	[15 – 21]	25	[22 – 29]	22	
Pas d'accord	6,5	[4,8 – 8,7]	9,1	[7,2 – 11]	7,9	
Avoir une alimentation saine et équilibrée chaque semaine serait pour vous.						<0,001
Difficile	31	[28 – 34]	21	[19 – 24]	26	
Modéré	46	[43 – 49]	28	[25 – 31]	36	
Facile	23	[20 – 26]	51	[48 – 54]	38	
Avez-vous confiance dans la médecine telle qu'elle est pratiquée en France ?						<0,001
Oui	7,8	[6,4 – 9,4]	6,3	[5,1 – 7,8]	7,1	
Non	35	[32 – 37]	16	[14 – 18]	26	
NSP	58	[55 – 60]	77	[75 – 80]	67	

² IC = intervalle de confiance

³ test du khi-deux d'indépendance

Vaccination : connaissance, couverture et hésitation vaccinale

Pratiques de la vaccination

Vaccination HPV

La majorité des personnes interrogées ne connaît pas la vaccination HPV (54 %), et les femmes connaissent mieux le vaccin HPV que les hommes (43 % versus 17 %) (tableau 13 en annexe). Les deux tiers de femmes âgées de 18 à 35 ans ne sont pas vaccinées (65 %) contre le HPV (tableau 4). La proportion des femmes qui ne connaissent pas leur statut vaccinal HPV est plus élevée dans les quartiers Nord que dans les quartiers Centre (15 % versus 7,5 %).

Tableau 4. Connaissance et taux de vaccination contre le HPV entre les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022

	Nord (%)	[95% CI] ¹	Central (%)	[95% CI] ¹	p-valeur ²	Total (%)	[95% CI] ¹
Connaissance de la vaccination HPV (n=2 370)					<0,001		
oui	395 (33%)	[30%–35%]	389 (34%)	[31%–36%]		784 (33%)	[31%–35%]
non	589 (49%)	[46%–51%]	696 (60%)	[57%–63%]		1 285 (54%)	[52%–56%]
NSP	228 (19%)	[17%–21%]	73 (6,3%)	[5,0%–7,9%]		301 (13%)	[11%–14%]
Femmes vaccinées contre le HPV (n=457)					0,033		
oui	50 (22%)	[17%–28%]	61 (27%)	[21%–33%]		111 (24%)	[20%–29%]
non	145 (63%)	[57%–70%]	150 (66%)	[59%–72%]		295 (65%)	[60%–69%]
NSP	34 (15%)	[11%–20%]	17 (7,5%)	[4,5%–12%]		51 (11%)	[8,5%–14%]

¹ IC = intervalle de confiance

² test du khi-deux d'indépendance

Facteurs associés la non-vaccination HPV

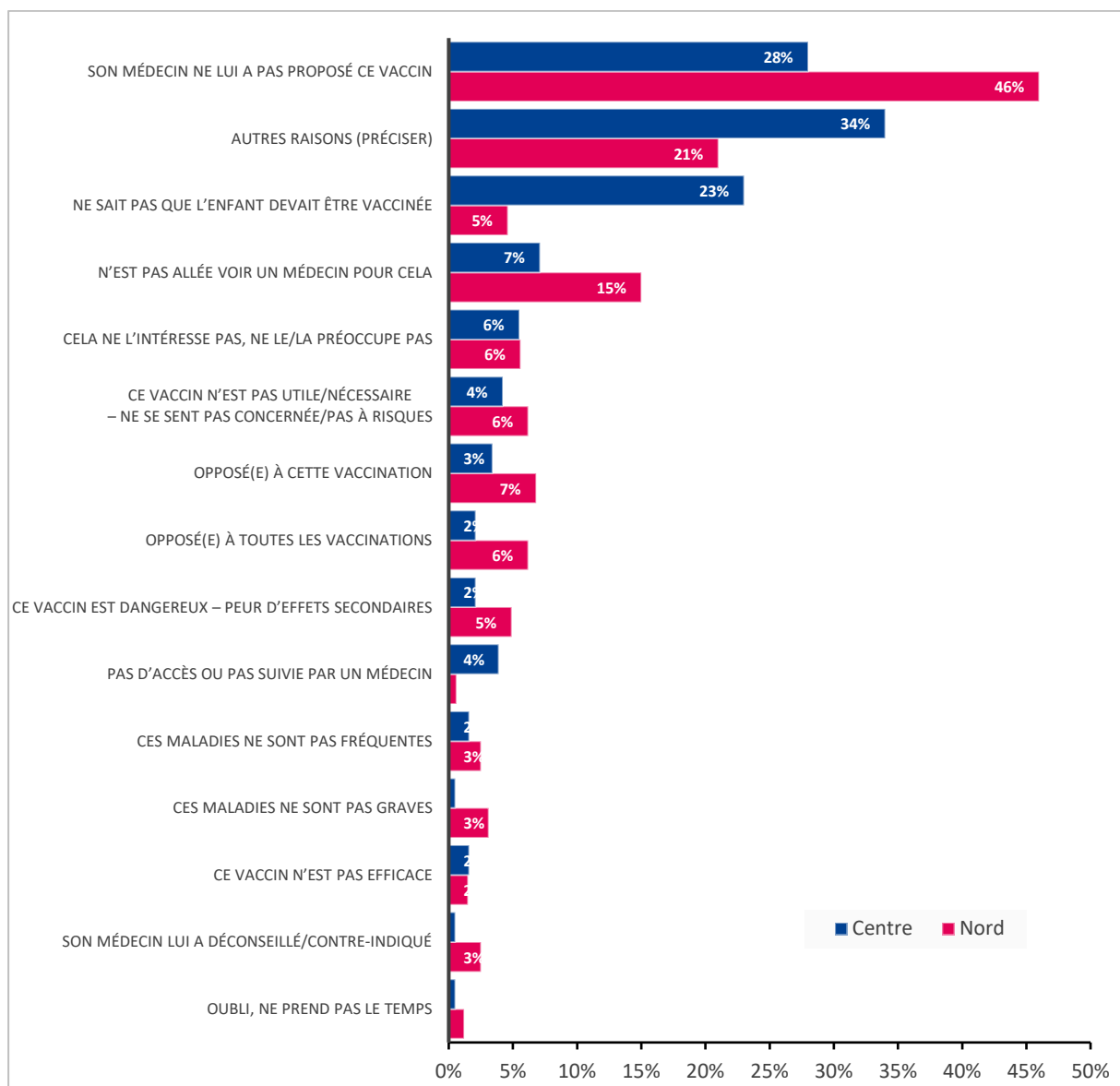
Avoir connaissance du vaccin HPV (OR=14,0) et être favorable à la vaccination en général (OR=3,4) sont les principaux facteurs associés à la vaccination contre le HPV parmi les femmes (tableau 14 en annexe). Le manque de connaissance du vaccin HPV est significativement associé aux facteurs sociodémographiques suivants parmi les femmes enquêtées (tableau 15 en annexe) :

- être née à l'étranger ;
- parler l'arabe comme langue maternelle ;
- être locataire ;
- habiter chez des amis ou un membre de la famille ;
- avoir un niveau de scolarité primaire ;
- être à la retraite ;
- être bénéficiaire de la C2S.

Barrières à la vaccination HPV

Parmi les parents ayant des enfants non-vaccinés contre le HPV (n=796), les raisons rapportées sont en majorité : le médecin qui n'a pas proposé la vaccination, ne pas savoir que l'enfant devrait être vacciné et ne pas être allé voir un médecin pour le vaccin (figure 7). Les participants des quartiers Nord citent plus souvent un manque de proposition du vaccin HPV par un médecin ($p<0,001$), de ne pas avoir consulté un médecin ($p<0,001$), ou d'être opposé à tous les vaccins ($p=0,006$). Les participants des quartiers Centre citent plus souvent un manque de connaissance de la recommandation du vaccin pour l'enfant ($p<0,001$) ou de ne pas être suivi par un médecin ($p<0,004$). La réponse « *Autres raisons* » comprend le fait que leurs enfants ne sont pas éligibles à la vaccination contre le HPV.

Figure 7. Les barrières à la vaccination des enfants contre le HPV citées par les parents dans les quartiers Nord et quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022 (n=796)



Vaccination DTP

La majorité des participants âgés de 25 à 74 ans a connaissance du rappel DTP à l'âge adulte (68 %), est à jour de la vaccination (54 %), ou a l'intention de la faire (38 %). Les participants des quartiers Nord savent moins répondre à la question sur la connaissance du vaccin DTP (7,6 % versus 4,3 %) et sur leur statut vaccinal (14 % versus 6,0 %). L'intention de se mettre à jour de la vaccination DTP est de 38 % et est significativement plus élevée dans les quartiers Centre (tableau 5).

Tableau 5. Connaissance, taux de vaccination et intention de se mettre à jour de la vaccination DTP entre les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022

Vaccination DTP	Nord (%)	[95% CI] ²	Centre (%)	[95% CI] ²	p-valeur ³	Total (%)
Connaissance des rappels du vaccin DTP (n=2328)					0,003	
oui	793 (68%)	[65%–70%]	793 (69%)	[66%–71%]		1 586 (68%)
non	291 (25%)	[22%–27%]	312 (27%)	[24%–30%]		603 (26%)
NSP	89 (7,6%)	[6,2%–9,3%]	50 (4,3%)	[3,3%–5,7%]		139 (6,0%)
À jour de la vaccination contre le DTP (n=2312)					<0,001	
oui	641 (55%)	[53%–58%]	609 (53%)	[50%–56%]		1 250 (54%)
non	355 (31%)	[28%–33%]	478 (41%)	[39%–44%]		833 (36%)
NSP	160 (14%)	[12%–16%]	69 (6,0%)	[4,7%–7,5%]		229 (9,9%)
Intention de se mettre à jour de la vaccination DTP (n=766)					0,012	
oui	97 (32%)	[26%–37%]	193 (42%)	[38%–47%]		290 (38%)
non	103 (34%)	[28%–39%]	137 (30%)	[26%–34%]		240 (31%)
NSP	107 (35%)	[30%–41%]	129 (28%)	[24%–32%]		236 (31%)

² IC = intervalle de confiance

³ test du khi-deux d'indépendance

Facteurs associés la non-vaccination DTP

Les facteurs suivants sont associés à la non administration du rappel DTP (tableau 16 en annexe) :

- être au chômage ;
- autre situation professionnelle ;
- ne pas connaître la dose de rappel DTP ;
- ne pas être favorable à la vaccination en général.

Cette analyse confirme que les principaux facteurs associés à la vaccination du rappel DTP sont la connaissance du vaccin de rappel DTP et être favorable à la vaccination en général. Le manque de connaissance de la dose de rappel DTP est associé aux facteurs sociodémographiques suivants parmi la population enquêtée (tableau 17 en annexe) :

- avoir entre 35 et 44 ans ;
- être né à l'étranger ;
- habiter chez un ami ou membre de famille ;
- être à la retraite ;
- être homme ou femme au foyer.

Hésitation vaccinale

Adhésion à la vaccination

Globalement, 72 % des participants sont favorables à la vaccination en général, ceux des quartiers Nord se déclarent nettement moins favorables (tableau 6).

Tableau 6. Adhésion à la vaccination en général entre les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022

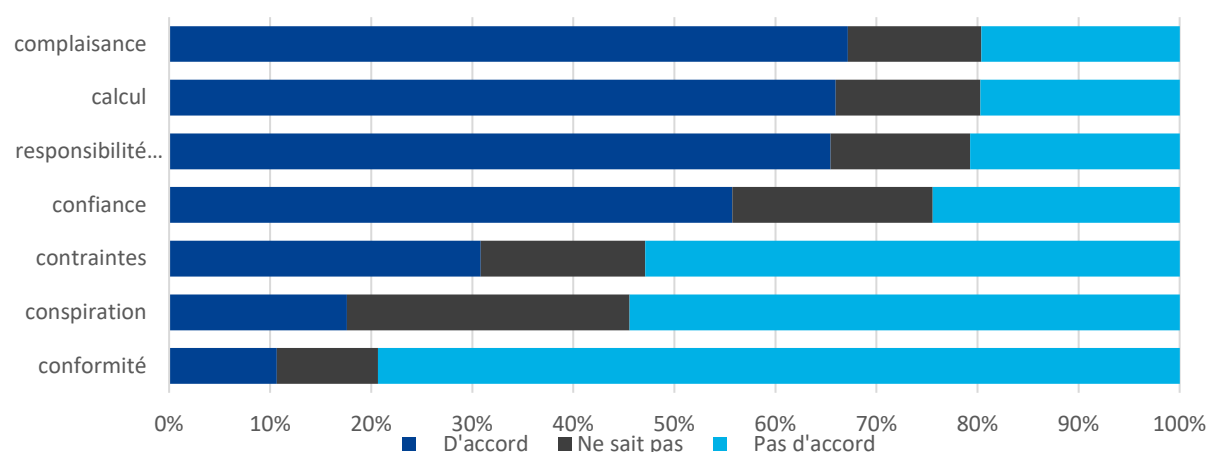
	Nord (%)	[95% CI]	Central (%)	[95% CI]	p-valeur ¹	Total (%)
Favorable à la vaccination en général (n=2 422)					<0,001	
ouï	786 (62%)	[60%–65%]	962 (83%)	[80%–85%]		1 750 (72%)
non	472 (38%)	[35%–40%]	200 (17%)	[15%–20%]		672 (28%)

¹ test du khi-deux d'indépendance

Score 7C d'hésitation vaccinale

Les réponses aux sept dimensions de l'échelle 7C entre les quartiers Nord et Centre de Marseille sont présentées en figure 8. Globalement, la majorité des répondants étaient d'accord pour les dimensions de complaisance (67 %), de calcul (66 %), de responsabilité collective (65 %), et de confiance (56 %) à la vaccination, et en désaccord avec des idées liées à la conspiration (54 %). En revanche, une majorité des répondants ne donnent pas la priorité à la vaccination devant d'autres contraintes (53 %) et ne sont pas d'accord pour sanctionner les non vaccinés (79 %). Les participants des quartiers Centre montrent plus de complaisance, de responsabilité collective et de conformité, mais sont plus indécis (ne sait pas) sur la question de la confiance en la vaccination que ceux des quartiers Nord (tableau 18 en annexe).

Figure 8. Répartition des réponses pour les sept dimensions d'hésitation vaccinale selon l'échelle 7C – enquête transversale, septembre 2022



Distribution du score 7C d'hésitation vaccinale

La distribution des scores globaux du plus hésitant (0) au moins hésitant (100) de l'échelle 7C d'hésitation vaccinale pour les quartiers Nord et Centre est présentée en figure 9 et figure 10. Le score des quartiers Nord est plus hétérogène avec un premier pic des scores très hésitant entre 20 et 30, tandis que celui des quartiers Centre présente des scores plus homogènes centrés autour de la médiane. Aucune différence significative est observée entre les moyennes des scores globaux entre les quartiers Nord et Centre (56,4 versus 57,7) en tableau 8.

Figure 9. Distribution des scores d'hésitation vaccinale 7C dans les quartiers Nord et Centre de Marseille – enquête transversale, septembre 2022

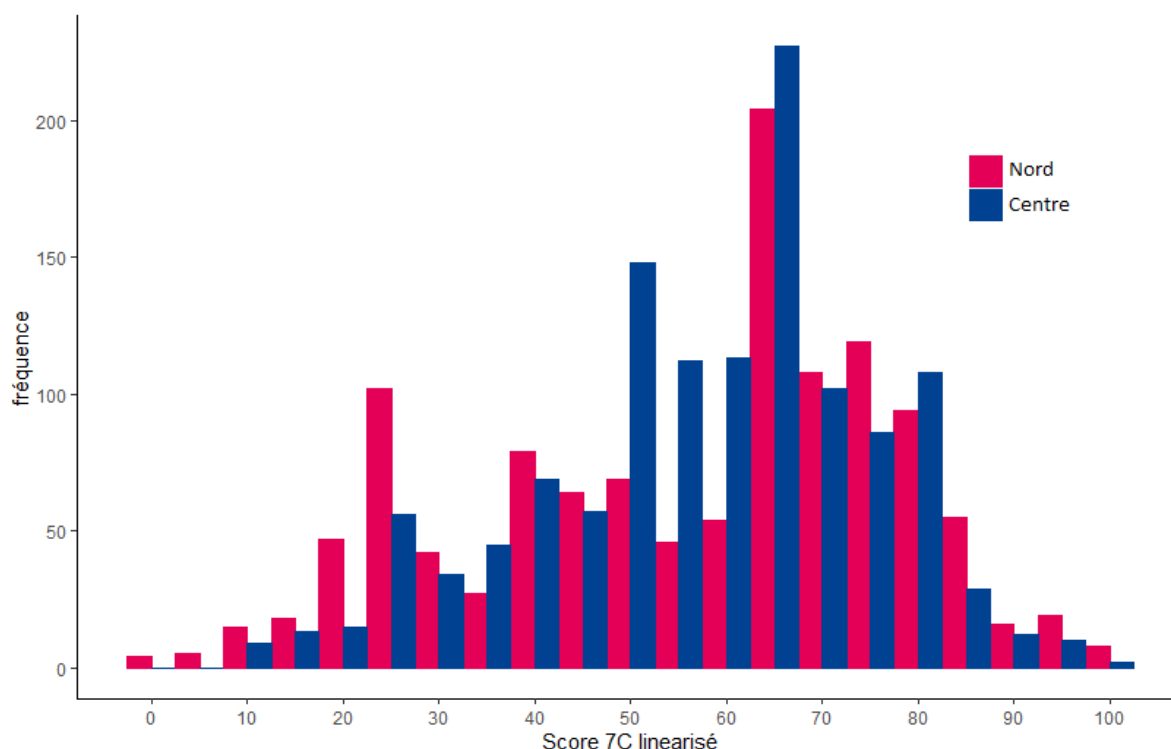
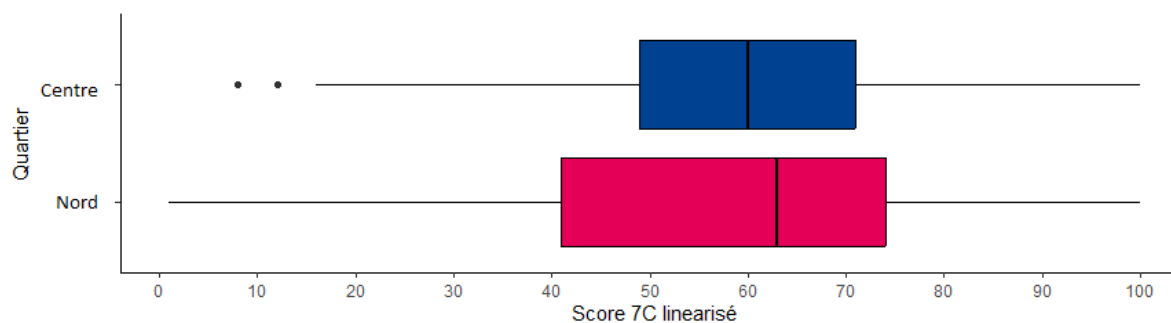


Figure 10. Distribution des scores d'hésitation vaccinale 7C dans les quartiers Nord et Centre de Marseille – enquête transversale, septembre 2022



Les scores 7C linéarisés pour produire un score de 0 (très hésitant) à 100 (très favorable) pour mesurer l'hésitation vaccinale. Les lignes verticales représentent le quartile1, le quartile3 et la médiane des scores des quartiers.

Tableau 8. Distribution de la score d'hésitation vaccinale (échelle 7C) entre les quartiers Nord et Centre de Marseille – enquête transversale, septembre 2022

Score d'hésitation vaccinale (échelle 7C)	Nord	Centre	Global	p-valeur ²
	N = 1 348	N = 1 299	N = 2 647	
Moyenne	56,4	57,7	57,0	0,9
Médiane [Q1, Q3]	63 [41, 74]	60 [49, 71]	60 [45, 71]	–

² test de Wilcoxon-Mann-Whitney

Profil statut sociodémographique et l'hésitation vaccinale

Le score d'hésitation vaccinale moyen par strate sociodémographique est résumé dans le tableau 19 en annexe.

Les facteurs influençant le niveau d'hésitation vaccinale sont :

- l'âge ;
- le lieu de naissance ;
- la langue maternelle ;
- le type d'habitation ;
- la situation professionnelle.

Les scores d'hésitation vaccinale les plus faibles sont observés dans les strates sociodémographiques suivantes :

- être âgé de 18 à 24 ans ;
- avoir comme langue maternelle le français ;
- être né en France ;
- habiter dans un hôtel, foyer ou squat ;
- être au chômage.

Taux de vaccination et hésitation vaccinale

La moyenne du score d'hésitation vaccinale par statut vaccinal contre le HPV et le DTP est présentée en tableau 9. Il n'existe pas de différence significative entre les scores pour les vaccinés et non vaccinés contre le HPV ($p=0,4$), tandis que le score est significativement plus élevé chez les participants ayant eu le rappel DTP en comparaison avec les non vaccinés (62,1 versus 53,8).

Tableau 9. Moyenne du score d'hésitation vaccinale 7C selon le statut vaccinal HPV et DTP – enquête transversale, septembre 2022

Score Hésitation vaccinale par vaccination HPV (femmes)	oui N = 111	non N = 295	NSP N = 511	Total N = 457	p-valeur²
Score de confiance vaccinale ¹	56,6 (16,2)	52,8 (19,2)	52,7 (19,6)	53,7 (18,6)	0,4
Vacciné avec dose de rappel DTP	oui N = 1 250	non N = 833	NSP N = 229	Total N = 2 312	p-valeur²
Score d'hésitation vaccinale ¹	62,1 (17,1)	53,8 (20,4)	48,1 (21,3)	57,8 (19,4)	<0,001

¹ Moyenne (écart type), ² Test de Kruskal-Wallis

DISCUSSION

Limites de l'enquête

Cette enquête présente plusieurs limites inhérentes au format de l'étude. L'échantillon n'est pas représentatif de la population générale des quartiers de cette étude afin de répondre aux objectifs inhérents à cette enquête transversale T0, c'est-à-dire estimer les connaissances, attitudes et pratiques des populations éligibles au dépistage organisé des cancers et à la vaccination. Des biais de mémoire peuvent avoir influencé le fait de se souvenir de dépistages et de vaccins réalisés des années auparavant. Le manque de connaissance des vaccins pourrait également constituer un biais de classement sur le statut vaccinal déclaré et non vérifié. Ceci pourrait d'une part sous-estimer le taux de participation au dépistage des cancers et d'autre part biaiser dans un sens ou dans l'autre l'estimation de la couverture vaccinale contre le DTP et le HPV. La question sur le statut vaccinal HPV posée aux participants de 18 à 35 ans manquait de précision. La chronologie de déploiement, remboursement et couverture de la vaccination HPV en France a évolué de manière considérable depuis son introduction en 2008 (5). Cette chronologie a probablement entraîné des taux de couverture vaccinale HPV très variables selon la cohorte de naissance des femmes âgées de 18 à 35 ans. Le taux cité chez les participantes de notre étude représente une moyenne, et une probable sous-estimation de la couverture vaccinale pour les femmes plus jeunes dans cette tranche d'âge.

Par ailleurs, il est possible d'observer un biais de réponse (désirabilité sociale) correspondant à une potentielle influence de l'enquêteur dans les réponses du participant. En effet, les participants pourraient avoir tendance à rapporter des attitudes bénéfiques pour leur santé pour éviter tout jugement potentiel de la part de l'enquêteur. Ainsi le taux de participation au dépistage et la couverture vaccinale pourraient être surestimés et le score d'hésitation vaccinale pourrait être sous-estimé.

Enfin, un biais de sélection peut être présent puisque seulement les personnes à domicile au moment de l'enquête étaient disponibles pour participer à l'étude. Ceci pourrait avoir influencé le taux d'inactivité parmi les participants de l'enquête. Par ailleurs, le taux de refus n'a pas été collecté dans le cadre de l'étude par les enquêteurs.

En revanche, la présence d'enquêteurs parlant plusieurs langues et de traducteurs a permis d'inclure des personnes non-francophones permettant une meilleure représentativité de la diversité de la population résidant à Marseille.

Taux de participation au dépistage des cancers

Concernant les résultats de cette enquête, les taux déclaratifs de participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal (51 %, 68 %, 31 %) observés dans les quartiers Centre et Nord de Marseille sont nettement inférieurs aux objectifs européens (75 %, 85 %, 65 %) ainsi qu'aux taux déclaratifs de participation nationaux en France (69 %, 77 %, 43 %) mesurés en 2021 (6).

Des taux de participation différents sont observés pour les trois dépistages entre les quartiers Nord et quartiers Centre. Les participants des quartiers Nord présentent un taux de dépistage plus faible des cancers du sein et du col de l'utérus tandis que les participants des quartiers Centre rapportent un taux de dépistage plus faible du cancer colorectal.

Plusieurs caractéristiques sociodémographiques sont associées à la non-participation au dépistage des trois cancers. Des niveaux de précarité différents entre les quartiers Nord et Centre sont

observés dans cette enquête et pourraient influencer de façon différentielle les taux de dépistage entre les quartiers.

Par ailleurs, avoir connaissance du programme de dépistage, croire dans l'efficacité du dépistage, et avoir reçu le courrier d'invitation au dépistage influencent également la participation aux trois programmes de dépistage du cancer. Ceci montre l'importance des interventions de sensibilisation au dépistage prévue par le projet 13 en santé dans les quartiers Centre et Nord de Marseille pour améliorer les faibles taux de participation observés.

Barrières à la participation et sources d'information sur le dépistage

Les principales sources d'information sur le dépistage des cancers restent les professionnels de santé, suivi par les amis et l'entourage. Les médias tels que la télévision et les brochures contribuent moins comme source d'information, mais sont cités par au moins 10 % des participants à l'enquête pour les trois programmes de dépistage. Une différence entre les quartiers a été observée systématiquement chez les participants des quartiers Nord qui ont cité plus souvent le professionnel de santé comme source d'information principale. Les professionnels de santé jouent donc un rôle important dans l'orientation des patients vers la participation au dépistage, rôle qui doit être renforcé, notamment pour le cancer colorectal qui présente le taux de participation au dépistage le plus bas.

Les principales barrières à la participation au dépistage du cancer restent le manque de temps, l'absence de symptômes, et la non-orientation par le médecin. Le fait qu'une absence de symptômes soit citée comme raison d'un dépistage non réalisé suggère une incompréhension des indications et des bénéfices du dispositif de dépistage des cancers. La connaissance du dépistage et la croyance à l'efficacité du dépistage étant associées à la participation au dépistage des trois cancers, des interventions visant la promotion et l'éducation sur les modalités des dépistages des cancers telles que prévues par le projet 13 en santé pourraient permettre d'augmenter les taux de participation dans les quartiers Nord et Centre de Marseille.

Vaccination contre le HPV

Le taux de vaccination contre le HPV estimé chez les femmes dans les quartiers enquêtés (24 %) est loin de l'objectif européen fixé par le plan cancer 2014-2019 (60 %) (7, 8). Néanmoins, ce taux est potentiellement sous-estimé puisqu'une part importante des participantes ne connaissent pas leur statut vaccinal (11 %). Globalement, il y a peu de différence de couverture vaccinale contre le HPV entre les quartiers Nord et les quartiers Centre.

Peu de participants connaissent la vaccination contre le HPV (33 %), moins chez les hommes (17 %) que chez les femmes (45 %). Par ailleurs, ne pas connaître cette vaccination était fortement associé avec la non vaccination (OR=14,0), ainsi le manque de connaissance est un facteur explicatif de la sous-vaccination. La sensibilisation de la population d'étude à cette vaccination est donc essentielle pour améliorer les couvertures vaccinales.

Plusieurs facteurs sociodémographiques sont associés à la non-vaccination HPV chez les femmes, notamment le niveau d'études inférieur au bac, être femme au foyer, être née à l'étranger et avoir comme langue maternelle une autre langue que le français. Ceci s'explique par l'association entre ces facteurs sociodémographiques et la connaissance de la vaccination HPV (tableau 14 en annexe). Bien que certaines strates sociodémographiques soient associées au statut vaccinal, ce dernier est surtout lié à la connaissance de la vaccination HPV. Par conséquent, des interventions en médiation de santé visant la connaissance du vaccin HPV qui ciblent la population d'un profil sociodémographique vulnérable, pourrait être une première piste afin d'augmenter sensiblement la couverture vaccinale contre le HPV.

Vaccination contre le DTP

Le taux de vaccination DTP estimé dans les quartiers Centre et Nord de Marseille (54 %) est comparable au taux de vaccination national mesuré en 2012 chez les personnes âgées de plus de 16 ans (51 %) (9). Bien que la connaissance du rappel DTP à l'âge adulte (68 %) et les taux de vaccination observés dans les quartiers Nord et Centre soient comparables, les participants des quartiers Nord ont été plus nombreux à indiquer ne pas avoir connaissance des rappels DTP à l'âge adulte ou s'ils étaient à jour de la vaccination DTP. Par ailleurs, ne pas avoir connaissance du rappel DTP à l'âge adulte est fortement associé à la non vaccination. La connaissance du rappel DTP est aussi associée aux facteurs sociodémographiques de vulnérabilité (tableau 11 en annexe). Ces résultats sont en faveur d'une sensibilisation ciblant les populations vulnérables afin d'augmenter la couverture vaccinale.

Hésitation vaccinale

Globalement, le score d'hésitation vaccinale de 57 points indique une population plutôt favorable qu'hésitante à la vaccination, avec des variations observées entre les différents composants de l'échelle 7C. Néanmoins, un quart des participants n'est pas convaincu que l'Etat autorise seulement des vaccins efficaces et sûr (confiance) et un quart ne sait pas si les vaccins sont plus dangereux que la maladie (conspiration). La moitié des participants ne donne pas la priorité à la vaccination face aux autres obligations (contraintes). Ceci pourrait suggérer des difficultés d'accès au système de santé qui peuvent varier selon le vaccin et la population plus défavorisée concernée par l'enquête. Les jeunes, les répondants nés en France et les personnes au chômage sont dans cette étude plus hésitants face à la vaccination que le reste des participants. Ce résultat suggère que les interventions sur la vaccination puissent être adaptées pour réduire l'hésitation vaccinale dans ces sous-populations.

Bien qu'aucune différence significative ne soit observée entre les moyennes du score d'hésitation vaccinale, la distribution des scores entre les quartiers montre un pic de scores bas entre 20 à 30 dans les quartiers Nord. Cette sous-population pourrait bénéficier d'une intervention adaptée également pour améliorer l'adhésion à la vaccination. Par ailleurs, une plus faible proportion des participants se déclarent favorable à la vaccination en général dans les quartiers Nord (62 % versus 83 %), ce qui renforce cette observation.

Les scores d'hésitation vaccinale ne diffèrent pas significativement selon le statut vaccinal HPV, la connaissance de ce vaccin restant le principal levier de la vaccination contre le HPV.

En revanche, l'hésitation vaccinale est un facteur significatif pour la vaccination contre le DTP. Ainsi, la médiation en santé, en agissant sur la connaissance et l'hésitation vaccinale pourrait permettre d'augmenter la couverture vaccinale contre le DTP.

CONCLUSION

Ces résultats montrent l'importance d'améliorer les connaissances des populations vulnérables dans les quartiers Nord et Centre de Marseille sur les modalités des dépistages des cancers et la vaccination contre le HPV et le rappel DTP à l'âge adulte. Ceci pourrait permettre une augmentation des taux de participation aux dépistages des cancers ainsi que les couvertures vaccinales. Il s'avère par ailleurs essentiel de sensibiliser la population à l'intérêt de se faire dépister pour les cancers en absence de symptômes et de réduire l'hésitation vaccinale d'une partie de la population. La médiation en santé au travers de l'aller-vers, du faire-avec et du ramener-vers peut répondre aux besoins d'accompagnement, d'informations ciblées et adaptées aux différents profils de population de ces quartiers.

La réalisation de l'enquête T1 en 2024, permettra de comparer des quartiers ciblés par les interventions avec des quartiers témoins et d'évaluer l'impact des interventions de médiation en santé.

Références bibliographiques

1. Vaccination readiness 2021

Available from: <http://www.vaccination-readiness.com/vaccinationreadiness/>

2. Dépistage du cancer colorectal

Available from: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal>

3. Le programme de dépistage organisé des cancers du sein: INCA; 2023

Updated 04/07/2023. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>

4. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Available from: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

5. Fonteneau L BA, Lévy-Bruhl D. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France – 2008-2018. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2019;22-23:424-30

6. Cancer. INd. Baromètre Cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer online2023

Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/rapport-synthese/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer>

7. Fonteneau L, Vaux S, Parent du Châtelet I. Bulletin de santé publique vaccination. Saint Maurice: Santé publique France; 2022

8. Le Plan cancer 2014-2019 2021

Updated 05/02/2021. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>

9. Guthmann JP, Fonteneau L, Antona D, Levy Bruhl D. La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France : résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2007(51-52):441-5.

Annexes

Tableau 10. Facteurs associés à la non-participation au dépistage du cancer du sein^a - enquête transversale, septembre 2022

	N	OR ¹	95 % IC ¹	p-valeur
Classe d'âge	701			
45-54		—	—	
55-64		1,50	1,02 – 2,20	0,039*
65-74		2,06	1,39 – 3,06	<0,001***
Lieu de naissance	700			
France		—	—	
Etranger		1,13	0,84 – 1,53	0,4
Langue maternelle	701			
français		—	—	
arabe		1,13	0,77 – 1,66	0,5
comorien		1,17	0,60 – 2,28	0,6
autre		1,78	1,18 – 2,70	0,006**
Type d'habitation	694			
propriétaire		—	—	
locataire		1,34	0,92 – 1,97	0,13
chez un ami ou membre de famille		2,02	0,77 – 5,54	0,2
hôtel, foyer ou squat		4,42	1,25 – 20,6	0,031*
Niveau de scolarité	684			
primaire		—	—	
secondaire		1,02	0,68 – 1,53	>0,9
étude post-BAC		0,65	0,40 – 1,03	0,069
autre		1,34	0,56 – 3,23	0,5
Situation professionnelle	685			
en emploi		—	—	
étudiant, apprenti ou stagiaire		NA		
au chômage		1,54	0,82 – 2,86	0,2
retraité		2,40	1,63 – 3,56	<0,001***
femme ou homme au foyer		1,50	0,94 – 2,40	0,089
autre situation		1,33	0,71 – 2,47	0,4
Bénéficiez-vous de la complémentaire santé solidaire ?	692			
oui		—	—	
non		1,13	0,84 – 1,52	0,4
Connaissance du dépistage	700			
oui		—	—	
non		1,76	0,89 – 3,59	0,11
Croyance dans l'efficacité du dépistage	620			
oui		—	—	
non		2,30	1,06 – 5,26	0,039*
Reçu le courrier du dépistage	641			
oui		—	—	
non		2,56	1,62 – 4,10	<0,001***

¹ OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

¹ OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

^a Modèle de régression logistique univariée vers la non-participation au dépistage (non réalisé ou non à jour par rapport au délai recommandé dans les programmes de dépistage des cancers)

* p-valeur<0,05 **p-valeur<0,01 ***p-valeur <0,001

Tableau 11. Facteurs associés à la non-participation au dépistage du cancer du col de l'utérus^a - enquête transversale, septembre 2022

	N	OR ¹	95 % IC ¹	p-valeur
Classe d'âge	1 126			
25-34		—	—	
35-44		0,73	0,50 – 1,06	0,1
45-54		0,82	0,57 – 1,17	0,3
55-64		1,11	0,77 – 1,60	0,6
Lieu de naissance	1 123			
France		—	—	
Etranger		1,04	0,79 – 1,35	0,8
Langue maternelle	1 126			
français		—	—	
arabe		1,14	0,81 – 1,61	0,4
comorien		1,33	0,80 – 2,15	0,3
autre		1,19	0,84 – 1,69	0,3
Type d'habitation	1 111			
propriétaire		—	—	
locataire		1,64	1,01 – 2,78	0,056
chez un ami ou membre de famille		10,3	5,30 – 20,9	<0,001***
hôtel, foyer ou squat		5,82	1,61 – 22,0	0,007**
Niveau de scolarité	1 112			
primaire		—	—	
secondaire		0,67	0,46 – 0,98	0,038*
étude post-BAC		0,56	0,38 – 0,83	0,003**
autre		0,89	0,32 – 2,26	0,8
Situation professionnelle	1 094			
en emploi		—	—	
étudiant, apprenti ou stagiaire		3,44	1,58 – 7,51	0,002**
au chômage		2,21	1,43 – 3,40	<0,001***
retraité		3,23	1,87 – 5,56	<0,001***
femme ou homme au foyer		1,22	0,88 – 1,69	0,2
autre situation		1,07	0,60 – 1,84	0,8
Bénéficiez-vous de la complémentaire santé solidaire ?	1 114			
oui		—	—	
non		0,74	0,56 – 0,96	0,027*
Connaissance du dépistage	1 123			
oui		—	—	
non		4,89	3,49 – 6,86	<0,001***
Croyance dans l'efficacité du dépistage	929			
oui		—	—	
non		3,90	2,40 – 6,35	<0,001***
Reçu le courrier du dépistage	914			
oui		—	—	
non		2,72	1,99 – 3,74	<0,001***

¹ OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

^a Modèle de régression logistique multinomiale univariée vers la non-participation au dépistage (non réalisé ou non à jour par rapport au délai recommandé dans les programmes de dépistage des cancers)

* p-valeur<0,05 **p-valeur<0,01 ***p-valeur <0,001

Tableau 12. Facteurs associés à la non-participation au dépistage du cancer colorectal^a - enquête transversale, septembre 2022

	N	OR ¹	95 % IC ¹	p-valeur
Sexe	1 178			
Femme		—	—	
Homme		1,06	0,82 – 1,35	0,7
Classe d'âge	1 178			
45-54		—	—	
55-64		0,85	0,62 – 1,17	0,3
65-74		0,86	0,62 – 1,18	0,3
Lieu de naissance	1 174			
France		—	—	
Etranger		1,50	1,17 – 1,92	0,001**
Langue maternelle	1 178			
français		—	—	
arabe		0,83	0,61 – 1,12	0,2
comorien		2,02	1,06 – 4,19	0,044*
autre		2,26	1,56 – 3,36	<0,001***
Type d'habitation	1 168			
propriétaire		—	—	
locataire		0,99	0,72 – 1,35	>0,9
chez un ami ou membre de famille		1,05	0,48 – 2,42	>0,9
hôtel, foyer ou squat		2,54	0,81 – 11,2	0,15
Niveau de scolarité	1 161			
primaire		—	—	
secondaire		1,25	0,90 – 1,72	0,2
étude post-BAC		0,99	0,68 – 1,43	>0,9
autre		2,91	1,24 – 8,00	0,022*
Situation professionnelle	1 155			
en emploi		—	—	
étudiant, apprenti ou stagiaire		NA		
au chômage		0,85	0,54 – 1,35	0,5
retraité		1,00	0,75 – 1,35	>0,9
femme ou homme au foyer		1,59	1,00 – 2,58	0,053
autre situation		1,20	0,74 – 2,00	0,5
Bénéficiez-vous de la complémentaire santé solidaire ?	1 163			
oui		—	—	
non		0,95	0,74 – 1,21	0,7
Connaissance du dépistage	1 176			
oui		—	—	
non		7,34	4,35 – 13,4	<0,001***
Croyance dans l'efficacité du dépistage	942			
oui		—	—	
non		7,90	3,19 – 26,3	<0,001***
Reçu le courrier du dépistage	1 062			
oui		—	—	
non		5,42	3,64 – 8,33	<0,001***

¹ OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance

^a Modèle de régression logistique univariée vers la non-participation au dépistage (non réalisé ou non à jour par rapport au délai recommandé dans les programmes de dépistage des cancers)

* p-valeur<0,05 **p-valeur<0,01 ***p-valeur <0,001

Tableau 13. Association entre la connaissance et le taux de vaccination contre le HPV par sexe dans les quartiers Nord et les quartiers Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022

	Femme	Homme	Total	p-valeur ²
Connaissance de la vaccination HPV contre le papillomavirus (n=2 370)				<0,001***
oui	629 (43%)	155 (17%)	784 (33%)	
non	649 (45%)	636 (69%)	1 285 (54%)	
NSP	171 (12%)	130 (14%)	301 (13%)	
Vacciné contre le HPV (n=761)				<0,001***
oui	111 (24%)	18 (5,9%)	129 (17%)	
non	295 (65%)	228 (75%)	523 (69%)	
NSP	51 (11%)	58 (19%)	109 (14%)	

¹ n (%)

² test du khi-deux d'indépendance

*** p-valeur <0,001

Tableau 14. Analyses univariée et multivariée des facteurs associés à la non-vaccination HPV parmi les femmes âgées de 18 à 35 ans, enquête transversale, septembre 2022

	N	analyse univariée			analyse multivariée		
		OR ¹	95 % IC ¹	p-valeur	OR ²	95 % IC ²	p-valeur
Classe d'âge	406						
18-24		—	—				
25-35		1,00	0,67 – 1,49	>0,9			
Lieu de naissance	404						
France		—	—		—		
Etranger		2,84	1,58 – 5,44	<0,001***	1,89	0,74–5,13	0,19
Langue maternelle	406						
français		—	—		—		
arabe		3,63	1,38 – 12,5	0,018*	1,71	0,49–6,94	0,42
comorien		2,42	0,89 – 8,51	0,12	0,43	0,09–2,50	0,33
autre		2,75	1,36 – 6,18	0,008**	1,50	0,55–4,29	0,44
Type d'habitation	398						
propriétaire		—	—				
locataire		0,73	0,20 – 2,15	0,6			
chez un ami ou membre de famille		1,00	0,27 – 3,11	>0,9			
Niveau de scolarité	401						
primaire		—	—		—		
secondaire		0,47	0,11 – 1,46	0,2	0,61	0,11–2,60	0,53
étude post-BAC		0,27	0,06 – 0,80	0,036*	0,32	0,06–1,37	0,15
Situation professionnelle	399						
en emploi		—	—		—		
étudiant, apprenti ou stagiaire		1,74	0,97 – 3,24	0,069	1,62	0,81–3,35	0,18
au chômage		2,95	1,31 – 7,55	0,014*	1,75	0,65–5,09	0,28
femme ou homme au foyer		2,27	1,25 – 4,28	0,009**	0,94	0,40–2,25	0,89
autre situation		0,72	0,15 – 3,77	0,7	0,33	0,04–2,43	0,28
Bénéficiaire de la C2S	397						
oui		—	—		—		
non		0,51	0,32 – 0,79	0,003**	1,31	0,71–2,43	0,39
Connaissance du vaccin HPV	399						
oui		—	—		—		
non		12,1	6,33 – 25,5	<0,001***	14,0	6,53–34,6	<0,001***
Favorable à la vaccination	404						
oui		—	—				
non		4,08	2,22 – 8,16	<0,001***	3,38	1,66–7,40	<0,001***

¹ OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance, du modèle d'analyse univariée

² OR = rapport des côtes, IC = intervalle de confiance, du modèle d'analyse multivariée : lieu de naissance, langue maternelle, niveau de scolarité, situation professionnelle, bénéficiaire de la C2S, connaissance du vaccin HPV, et favorable à la vaccination
*p-valeur<0,05 **p-valeur<0,01 ***p-valeur <0,001

Tableau 15. Analyse multivariée des facteurs associés à la non connaissance du vaccin HPV parmi les femmes âgées de 18 à 35 ans, enquête transversale, septembre 2022

N = 1 388	OR ¹	95 % IC		p-valeur
Lieu de naissance				
France				
Etranger	2,13	1,54	2,94	<0,001***
Langue maternelle				
français				
arabe	1,60	1,08	2,37	0,02*
comorien	1,09	0,63	1,91	0,76
autre	1,32	0,89	1,95	0,17
Type d'habitation				
propriétaire				
locataire	1,61	1,09	2,39	0,02*
chez un ami ou membre de famille	2,75	1,59	4,81	<0,001***
hôtel, foyer ou squat	2,52	0,64	12,51	0,21
Niveau de scolarité				
primaire				
secondaire	0,68	0,46	0,99	0,05
étude post-BAC	0,44	0,29	0,67	<0,001***
autre	1,15	0,49	2,90	0,76
Situation professionnelle				
en emploi				
étudiant, apprenti ou stagiaire	1,01	0,59	1,73	0,97
au chômage	1,35	0,86	2,12	0,19
retraité(e)	1,96	1,37	2,80	<0,001***
femme ou homme au foyer	1,31	0,93	1,83	0,12
autre situation	1,32	0,78	2,25	0,30
Bénéficiaire de la C2S				
oui				
non	0,67	0,51	0,88	0,004**

¹ OR = rapport des côtes, IC = intervalle de confiance, du modèle d'analyse multivariée
*p-valeur<0,05 **p-valeur<0,01 ***p-valeur <0,001

Tableau 16. Analyses univariée et multivariée des facteurs associés à la non-vaccination DTP, enquête transversale, septembre 2022

	N	Analyse univariée			Analyse multivariée		
		OR ¹	95% IC ¹	p-valeur	OR ²	95% IC ²	p-valeur
Sexe	2 083						
femme		—	—		—		
homme		1,22	1,02 – 1,46	0,03*	0,99	0,78–1,26	0,93
Classe d'âge	2 083						
25-34		—	—		—		
35-44		1,05	0,80 – 1,39	0,70	1,20	0,84–1,73	0,32
45-54		0,99	0,75 – 1,29	>0,9	1,45	1,02–2,07	0,04*
55-64		0,76	0,57 – 1,01	0,06	1,04	0,70–1,54	0,86
65-74		0,75	0,57 – 1,00	0,05	1,42	0,82–2,44	0,21
Lieu de naissance	2 079						
France		—	—		—		
Etranger		1,37	1,15 – 1,64	<0,001***	0,88	0,64–1,19	0,39
Langue maternelle	2 083						
français		—	—		—		
arabe		1,8	1,44 – 2,24	<0,001***	1,42	0,99–2,03	0,06
comorien		2	1,37 – 2,93	<0,001***	1,23	0,72–2,08	0,44
autre		1,12	0,88 – 1,43	0,40	0,80	0,56–1,16	0,24
Type d'habitation	2 065						
propriétaire		—	—		—		
locataire		1,8	1,37 – 2,38	<0,001***	1,18	0,84–1,68	0,34
chez un ami ou membre de famille		2,35	1,53 – 3,62	<0,001***	1,08	0,61–1,91	0,78
hôtel, foyer ou squat		4,45	2,06 – 10,1	<0,001***	1,99	0,57–6,94	0,28
Niveau de scolarité	2 059						
primaire		—	—				
secondaire		0,86	0,67 – 1,12	0,30			
étude post-BAC		0,77	0,59 – 1,01	0,06			
autre		0,55	0,28 – 1,06	0,08			
Situation professionnelle	2 036						
en emploi		—	—		—		
étudiant, apprenti ou stagiaire		2,39	1,21 – 4,82	0,01*	2,11	0,91–4,91	0,08
au chômage		2,21	1,63 – 3,00	<0,001***	1,61	1,09–2,37	0,02*
retraité		0,98	0,77 – 1,24	0,9	1,20	0,75–1,92	0,44
femme ou homme au foyer		1,29	1,00 – 1,67	0,05	0,85	0,60–1,22	0,38
autre situation		1,91	1,31 – 2,79	<0,001***	2,06	1,29–3,27	0,002**
Bénéficiaire de la C2S	2 058						
oui		—	—		—		
non		0,53	0,44 – 0,63	<0,001***	0,72	0,56–0,92	0,01*
Connaissance du vaccin DTP	1 846						
oui		—	—		—		
non		10,5	8,3 – 13,3	<0,001***	10,90	8,39–14,3	<0,001***
Favorable à la vaccination en général	2 077						
oui		—	—		—		
non		3,66	2,94 – 4,57	<0,001***	3,62	2,77–4,74	<0,001***

¹ OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance du modèle d'analyse univariée

² OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance, du modèle d'analyse multivariée : sexe, classe d'âge, lieu de naissance, langue maternelle, type d'habitation, situation professionnelle, C2S, connaissance du vaccin, favorable à la vaccination

*p-valeur<0,05 **p-valeur<0,01 ***p-valeur <0,001

Tableau 17. Analyse multivariée des facteurs associés à la non connaissance du vaccin DTP, enquête transversale, septembre 2022

	OR	95 % IC		p-valeur
Classe d'âge				
25-34	—			
35-44	0,83	0,55	1,24	0,36
45-54	0,61	0,40	0,93	0,02*
55-64	0,53	0,33	0,84	0,01*
65-74	0,28	0,14	0,56	<0,001***
Lieu de naissance				
France	—			
Etranger	2,31	1,58	3,40	<0,001***
Langue maternelle				
français	—			
arabe	0,99	0,63	1,53	0,95
comorien	0,82	0,45	1,50	0,53
autre	0,92	0,59	1,43	0,72
Type d'habitation				
propriétaire	—			
locataire	1,46	0,90	2,44	0,13
chez un ami ou membre de famille	2,52	1,26	5,08	0,01*
hôtel, foyer ou squat	1,33	0,18	6,29	0,74
Niveau de scolarité				
primaire				
secondaire	0,81	0,56	1,18	0,27
étude post-BAC	0,71	0,46	1,09	0,12
autre	0,69	0,27	1,58	0,40
Situation professionnelle				
en emploi	—			
étudiant, apprenti ou stagiaire	1,62	0,64	3,94	0,29
au chômage	0,97	0,57	1,62	0,91
retraité(e)	1,75	0,95	3,23	0,08
femme ou homme au foyer	1,59	1,10	2,30	0,01*
autre situation	1,32	0,73	2,32	0,35
Bénéficiaire de la C2S				
oui	—			
non	0,83	0,61	1,14	0,24

¹ OR = rapport des côtes, IC = intervalle de confiance, du modèle d'analyse multivariée

* p-valeur<0,05 **p-valeur<0,01 ***p-valeur <0,001

Tableau 18. Distribution des réponses à l'échelle 7C sur l'hésitation vaccinale entre les quartiers Nord et Centre de Marseille, enquête transversale, septembre 2022

Hésitation vaccinale (échelle 7C)	Nord (n=1 348)	Centre (n=1 299)	p-valeur ²	Total (n= 2 647)
	[95% CI] ¹	[95% CI] ¹		
Confiance : <i>je suis convaincu que l'Etat français autorise seulement des vaccins efficaces et sûrs</i>			<0,001***	
D'accord	58% [55%–61%]	53% [51%–56%]		56%
Je ne sais pas	16% [14%–18%]	23% [21%–26%]		20%
Pas d'accord	26% [23%–28%]	23% [21%–26%]		24%
Complaisance : <i>je me fais vacciner parce que c'est trop dangereux d'attraper des maladies</i>			0,003**	
D'accord	64% [61%–67%]	70% [68%–73%]		67%
Je ne sais pas	14% [12%–16%]	12% [11%–14%]		13%
Pas d'accord	22% [20%–24%]	17% [15%–20%]		20%
Contrainte : <i>les vaccins sont tellement importants pour moi que je mets d'autres choses en attente pour me faire vacciner</i>			0,039*	
D'accord	29% [26%–31%]	33% [31%–36%]		31%
Je ne sais pas	17% [15%–19%]	15% [14%–18%]		16%
Pas d'accord	54% [52%–57%]	51% [49%–54%]		53%
Calcul : <i>je ne me fais vacciner que lorsque les avantages sont clairement supérieurs aux risques</i>			0,6	
D'accord	65% [63%–68%]	66% [64%–69%]		66%
Je ne sais pas	14% [12%–16%]	15% [13%–17%]		14%
Pas d'accord	21% [18%–23%]	19% [17%–21%]		20%
Responsabilité collective : <i>je considère que se vacciner est un devoir pour protéger les autres</i>			<0,001***	
D'accord	59% [56%–62%]	72% [69%–74%]		65%
Je ne sais pas	17% [15%–19%]	11% [9,0%–12%]		14%
Pas d'accord	24% [22%–26%]	18% [16%–20%]		21%
Conformité : <i>il faudrait pouvoir sanctionner/punir les personnes qui ne sont pas vaccinées</i>			<0,001***	
D'accord	6,2% [5,0%–7,8%]	15% [13%–17%]		11%
Je ne sais pas	11% [9,1%–13%]	9,3% [7,8%–11%]		10%
Pas d'accord	83% [81%–85%]	76% [73%–78%]		79%
Conspiration : <i>les vaccins sont plus dangereux que les maladies</i>			<0,001***	
D'accord	17% [15%–19%]	18% [16%–20%]		18%
Je ne sais pas	31% [29%–34%]	25% [22%–27%]		28%
Pas d'accord	51% [49%–54%]	57% [55%–60%]		54%

¹ IC = intervalle de confiance, ² test du khi-deux d'indépendance

Tableau 19. Score moyen d'hésitation vaccinale 7C par strate sociodémographique, enquête transversale, septembre 2022

N = 2 647	Score 7C ¹	p-valeur²
Sexe		0,7
femme	57,2	
homme	56,8	
Classe d'âge		<0,001***
18-24	51,3	
25-34	53,7	
35-44	54,8	
45-54	57,6	
55-64	59,5	
65-74	63,1	
Lieu de naissance		<0,001***
France	54,6	
Etranger	60,0	
Manquant	13,0	
Langue maternelle		0,005**
français	56,1	
arabe	59,3	
comorien	57,5	
autre	57,5	
Type d'habitation		<0,001***
propriétaire	59,7	
locataire	57,6	
chez un ami ou membre de famille	51,9	
hôtel, foyer ou squat	50,2	
Niveau de scolarité		0,2
primaire	57,5	
secondaire	57,5	
étude post-BAC	56,3	
autre	57,9	
Situation professionnelle		<0,001***
en emploi	56,6	
étudiant, apprenti ou stagiaire	53,0	
au chômage	50,3	
retraité(e)	62,9	
femme ou homme au foyer	57,6	
autre situation	56,8	

¹ Score de confiance vaccinale : Moyenne

² test de Wilcoxon-Mann-Whitney ; Test de Kruskal-Wallis

Citation suggérée : Résultats de l'enquête transversale initiale du projet « 13 en santé » de médiation en santé auprès des populations vulnérables de Marseille. Connaissances, attitudes et pratiques envers le dépistage des cancers du col, sein et colorectal et la vaccination DTP et HPV. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 40 p.
www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-2174 / ISBN-NET : 979-10-289-0953-6 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION,
 SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : DÉCEMBRE 2024