

INÉGALITÉS DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN FRANCE : RÔLE DE L'ORIENTATION SEXUELLE, DES PRATIQUES SEXUELLES ET DES ANTÉCÉDENTS DE VIOLENCES

// INEQUALITIES IN PARTICIPATION IN CERVICAL CANCER SCREENING IN FRANCE: THE ROLE OF SEXUAL ORIENTATION, SEXUAL PRACTICES AND HISTORY OF VIOLENCE

Céline Audiger¹ (celine.audiger@santepubliquefrance.fr), Stéphanie Barré¹, Laurent Rigal²

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Université Paris-Saclay, Le Kremlin-Bicêtre

Soumis le : 08.12.2025 // Date of submission: 12.08.2025

Résumé // Abstract

Introduction – Le cancer du col de l'utérus reste un enjeu majeur de santé publique, bien que largement évitable grâce à la vaccination et au dépistage. En France, malgré la généralisation du programme national de dépistage organisé (PNDCCU) en 2018, la participation demeure insuffisante et marquée par des inégalités sociales et comportementales. Certaines dimensions individuelles, comme l'orientation sexuelle, les pratiques sexuelles ou les antécédents de violence influençant cette participation, restent peu explorées dans les études françaises.

Méthode – Cette étude analyse les déterminants individuels associés à la participation au dépistage parmi 3 481 femmes âgées de 25 à 65 ans ayant déjà eu des rapports sexuels. Les données sont issues de l'enquête nationale Contexte des sexualités en France (CSF-2023). La variable d'intérêt était la réalisation d'un test de dépistage dans les trois dernières années. Des analyses univariées, puis multivariées ajustées sur l'âge, le niveau d'études et la santé perçue ont été conduites, complétées par une stratification selon la vie en couple.

Résultats – Au total, 81,9% des participantes déclaraient être à jour de leur dépistage. En analyses multivariées, la participation changeait selon l'âge, le niveau d'études, la situation conjugale et plusieurs dimensions sexuelles : sexualité active dans l'année, considération de l'importance d'avoir une vie sexuelle pour se sentir bien et pratiques bucco-génitales. Une moindre participation était observée chez les femmes homosexuelles et celles ayant subi des violences sexuelles.

Conclusion – Ces résultats soulignent l'importance de dimensions intimes rarement étudiées en France et invitent à adapter les messages et les pratiques professionnelles pour améliorer l'équité du dépistage.

Introduction – Cervical cancer remains a major public health challenge, despite being largely preventable through vaccination and screening. In France, despite the nationwide rollout of the organized screening program in 2018, participation is still insufficient and marked by social and behavioral inequalities. Specific individual dimensions such as sexual orientation, sexual practices, or history of violence, remain unexplored in French research.

Method – This study analyzes individual determinants associated with cervical screening participation among 3,481 women aged 25 to 65 who have had sexual intercourse, using data from the "Contexte des sexualités en France 2023" (CSF-2023) survey. The outcome variable was whether a pap smear test had been performed in the past three years. Univariate and multivariate analyses, adjusted for age, education level, and self-perceived health were conducted, with additional stratification by life as a couple.

Results – Overall, 81.9% of participants reported being up to date with their screening. Multivariate analyses revealed that participation varied by age, education level, marital status, and several sexual dimensions: sexual activity in the past year, perceived importance of having a sex life for well-being, and oral-genital practices. Lower participation was observed among homosexual women and those who had experienced sexual violence.

Conclusion – These findings highlight the importance of rarely studied intimate dimensions in France and call for tailored messages and professional practices to improve screening equity.

Mots-clés : Cancer du col de l'utérus, Dépistage, Sexualité, Inégalités de recours au dépistage
// **Keywords** : Cervical cancer, Mass screening, Sexuality, Inequalities in screening uptake

Introduction

Le cancer du col de l'utérus demeure un enjeu majeur de santé publique en France comme à

l'échelle mondiale. Il est causé par une infection persistante par le papillomavirus humain (HPV) et représente toujours une source importante de morbi-mortalité évitable¹. Complémentaire de la

vaccination anti-HPV, le dépistage, par cytologie ou test HPV, outil majeur de prévention secondaire, permet de réduire significativement l'incidence et la mortalité de ce cancer¹⁻³.

En France, un programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (PNDOCCU), généralisé en 2018, a pour objectif de réduire l'incidence et le nombre de décès de 30% en 10 ans et d'atteindre une couverture de 80% des femmes éligibles d'ici 2030. Toutefois, malgré une progression de 9,7 points depuis 2017, le taux national standardisé n'était que de 60,9% en 2024⁴. Ce chiffre global masque des disparités importantes dans le recours au dépistage, liées à des déterminants territoriaux, sociaux et individuels, comme l'ont montré plusieurs travaux européens et français^{5,6}.

Des inégalités de participation au dépistage persistent selon l'orientation sexuelle : les femmes lesbiennes, bisexuelles et queer (LBQ+) ont une probabilité plus faible d'être à jour de leur dépistage que les femmes hétérosexuelles^{7,8}, en lien avec une moindre perception du risque, un moindre accès aux conseils de santé sexuelle et des expériences de discrimination réelle ou anticipée⁹.

Les femmes ayant subi des violences sexuelles sont également décrites comme moins dépistées, en raison de barrières psychologiques et relationnelles associées au traumatisme¹⁰. Toutefois, la littérature n'est pas consensuelle et certaines études ne retrouvent pas d'association significative, suggérant que l'impact des violences sur le dépistage dépend du contexte de prise en charge, notamment du niveau de formation des professionnels à l'approche *trauma-informed* (approche axée sur les traumatismes dans les interactions avec les patients) et de l'accessibilité des services de santé sexuelle^{11,12}.

D'autres déterminants individuels et psychosociaux influencent également la participation au dépistage, tels que le niveau d'études, la situation financière, la santé perçue, le soutien social, la perception du risque ou encore la vie en couple^{13,14}. Très peu d'études françaises ont exploré des déterminants comportementaux plus fins, au-delà de la notion de couple, comme les pratiques sexuelles ou le nombre de partenaires, alors même qu'ils pourraient refléter des perceptions du risque ou des rapports au corps différents. L'analyse de ces pratiques ne vise pas à établir une norme comportementale, mais à explorer des indicateurs susceptibles d'influencer la perception du risque et l'inscription dans un parcours de prévention.

Dans ce contexte, cette étude vise à interroger les disparités dans la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en France, en portant une attention particulière aux déterminants individuels et relationnels peu explorés : l'orientation sexuelle, les antécédents de violences sexuelles, les pratiques sexuelles et la structure familiale. L'objectif est d'identifier les facteurs associés à une moindre participation et de proposer des pistes d'action pour améliorer l'équité du dépistage de ce cancer.

Méthode

L'enquête Contexte des sexualités en France (CSF-2023) a porté sur 21 259 personnes âgées de 15 à 89 ans, domiciliées en France hexagonale, sélectionnées par numérotation téléphonique aléatoire. Le taux de participation était de 34%, et des pondérations post-stratification ont été appliquées afin d'aligner la distribution de l'échantillon sur les données du recensement, en fonction de l'âge, du niveau d'études, de la région de résidence et de la composition du ménage (voir l'encadré sur la méthodologie de l'étude dans l'article « Éducation à la sexualité : déploiement et diversification des thématiques traitées au cours des deux dernières décennies » de Delphine Rahib et coll. dans ce numéro).

Le recueil des données a été effectué entre novembre 2022 et novembre 2023 par des enquêteurs formés.

Pour cette analyse, la variable d'intérêt était d'être à jour du dépistage, c'est-à-dire d'avoir un dernier test de dépistage datant de moins de trois ans. La population analysée était composée de femmes âgées de 25 à 65 ans ayant déjà eu des rapports sexuels. Plusieurs groupes de variables ont été définis relativement à l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois : avoir eu un rapport sexuel (pas nécessairement avec pénétration) ou pratiqué la masturbation ; les pratiques sexuelles (avoir pratiqué la fellation, reçu un cunnilingus, reçu une pénétration anale) ; la satisfaction de sa vie sexuelle actuelle ; l'orientation sexuelle (se définir comme hétérosexuelle, homosexuelle, bisexuelle ou autre) ; les dysfonctions sexuelles (douleurs lors des rapports, perte de désir, difficultés à atteindre l'orgasme, sécheresse vaginale, dysfonction quelconque, dysfonction gênant les rapports pendant au moins six mois) ; les violences sexuelles (le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle, de viol, ou de violences sexuelles) ; les opinions sur la sexualité (son importance, l'importance du clitoris dans le plaisir féminin). Les items relatifs aux opinions sur la sexualité, dont l'importance accordée au clitoris dans le plaisir féminin, ont été considérés comme des indicateurs du rapport au corps et du niveau d'appropriation des connaissances en santé sexuelle, dimensions susceptibles d'influencer l'inscription dans un suivi gynécologique et la participation au dépistage.

Après une analyse univariée des différentes variables, des modèles logistiques ajustés sur l'âge, le fait d'être en couple, le niveau d'études et la santé perçue – qui sont des variables d'ajustement classiques dans les études analysant le dépistage du cancer du col de l'utérus – ont été réalisés pour chacune des variables, significative en analyse univariée avec un seuil à 0,1, prise une à une. Pour finir, des analyses multivariées identiques ont été réalisées, en stratifiant sur la vie en couple afin de comparer l'importance des différentes variables selon cette caractéristique.

Résultats

Parmi les 3 481 femmes incluses, 2 926 déclaraient avoir réalisé un test de dépistage dans les trois années précédentes, soit un taux de 81,9% (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [80,1-83,6]). Par ailleurs, plus des trois quarts des femmes interrogées étaient en couple.

En analyse univariée, la participation au dépistage variait significativement selon l'âge, le niveau d'études, la situation de couple, la santé perçue, mais aussi selon les comportements sexuels. Les femmes déclarant avoir eu un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois (85% vs 67%, $p < 0,001$) étaient davantage dépistées, tout comme celles déclarant « important d'avoir une vie sexuelle pour se sentir bien » (85% vs 78%, $p < 0,001$). Les pratiques bucco-génitales étaient également associées à une participation plus élevée, par exemple la fellation (88% vs 74%, $p < 0,001$) ou le cunnilingus (87% vs 74%, $p < 0,001$). En revanche, les femmes homosexuelles présentaient une participation au dépistage plus faible (58% vs 83% chez les femmes hétérosexuelles, $p < 0,001$), tout comme les femmes ayant subi des violences sexuelles (79% vs 84%, $p < 0,001$) (tableau 1).

En analyses multivariées, les modèles ajustés sur l'âge, le niveau d'études et la santé perçue montraient que le niveau d'études augmentait la participation au dépistage (odds ratio, OR=1,35 ; IC95%: [1,04-1,75]) et que celle-ci était aussi plus élevée chez les femmes en couple (2,25 [1,72-2,94]). Après ajustement, la sexualité active dans l'année était fortement associée au dépistage (1,54 [1,09-2,18]) (tableau 2), en particulier chez les femmes célibataires (tableau 3), tout comme chez celles déclarant « important d'avoir une vie sexuelle pour se sentir bien » (1,32 [1,00-1,74]). Les pratiques bucco-génitales, comme la fellation (1,65 [1,25-2,18]) et le cunnilingus (1,57 [1,20-2,07]), augmentaient également la probabilité d'avoir été dépistée, ce qui n'était pas le cas pour les rapports anaux ou la masturbation. À l'inverse, les femmes ayant une orientation homosexuelle présentaient un taux de dépistage plus faible (0,28 [0,13-0,63]), tout comme celles victimes de violences sexuelles (0,71 [0,56-0,91]) (tableau 2).

Discussion

Les résultats de cette étude apportent un éclairage inédit sur les déterminants individuels associés à la participation au PNDCCU. Au-delà des facteurs sociodémographiques classiquement décrits, nos analyses mettent en évidence le rôle de dimensions souvent absentes des enquêtes françaises : les antécédents de violences sexuelles, l'importance que les femmes accordent à la sexualité, l'orientation sexuelle, en particulier homosexuelle, la situation de couple et les pratiques sexuelles récentes.

Dans notre étude, conformément à la littérature¹⁴, être en couple augmente la probabilité d'être à jour de son dépistage, probablement en lien avec un

suivi gynécologique plus régulier et une intégration plus forte des recommandations préventives. En revanche, chez les femmes célibataires, nos résultats montrent que le facteur déterminant n'est pas la situation conjugale en elle-même, mais le fait d'avoir une sexualité. Nos résultats suggèrent que certaines pratiques (fellation, cunnilingus), lorsqu'elles sont associées à un partenaire dans l'année, pourraient s'inscrire dans une dynamique relationnelle et de recours aux soins favorisant l'actualisation du dépistage. L'absence d'association avec d'autres pratiques invite toutefois à une interprétation prudente. À l'inverse, l'absence de sexualité, et possiblement d'autres dimensions telles qu'un isolement relationnel ou un moindre recours aux soins, pourrait constituer une rupture dans la dynamique de prévention, indépendamment du statut de la vie en couple, se traduisant par un moindre recours au suivi gynécologique et au dépistage. Le médecin généraliste peut avoir un rôle crucial pour prévenir cet éloignement.

La littérature internationale explore peu le lien entre pratiques sexuelles et dépistage. Les travaux disponibles se concentrent sur les différences de recours au dépistage selon l'orientation sexuelle, sans analyser le rôle des pratiques sexuelles en tant que telles¹⁵.

Conformément à ces travaux, nos analyses montrent par ailleurs que les femmes déclarant une orientation homosexuelle présentent un moindre recours au dépistage, même après ajustement sur les facteurs sociodémographiques et comportementaux. Ce résultat rejoint les études qui montrent que les femmes lesbiennes et bisexuelles sont moins dépistées que les femmes hétérosexuelles^{15,16}, en raison d'une moindre perception du risque chez les femmes ayant des partenaires exclusivement féminins et chez les professionnels de santé qui les suivent¹⁷, et d'un accès moindre aux services de santé sexuelle, ou d'expériences de stigmatisation ou d'inconfort dans les consultations gynécologiques^{9,18}.

Les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles présentent également un moindre recours au dépistage. Cette tendance est cohérente avec plusieurs travaux internationaux montrant que les examens gynécologiques peuvent être vécus comme intrusifs ou susceptibles de réactiver le traumatisme¹⁰. Toutefois, certaines études ne retrouvent pas d'association significative entre antécédents d'agression sexuelle et non-réalisation du dépistage, suggérant que l'impact du traumatisme peut varier selon le contexte de soins, en particulier lorsque des approches prenant en compte les traumatismes sont mises en place^{11,12}. Dans notre étude, l'association négative observée pourrait refléter une exposition limitée à ce type de pratiques protectrices dans le parcours de soin français, laissant persister des barrières émotionnelles et corporelles importantes. Ces résultats soulignent la nécessité d'intégrer systématiquement une approche tenant compte du traumatisme dans les consultations gynécologiques et dans l'organisation du dépistage.

Tableau 1

Femmes à jour de leur dépistage en fonction de la vie sexuelle, analyse univariée, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Femmes à jour de leur dépistage (%)	p
Variables d'ajustement classiques		
Âge (ans)		<0,001
25-34	85	
35-44	88	
45-54	84	
55-65	73	
En couple		<0,001
Oui	85	
Non	70	
Niveau d'études		<0,001
≤Bac	78	
>Bac et 1 ^{er} cycle	86	
2 ^e et 3 ^e cycles	88	
Santé perçue		<0,001
(Très) mauvaise	77	
Moyenne	75	
Bonne	84	
Très bonne	86	
Activité sexuelle (dans les 12 mois)		
Partenaire		<0,001
Oui	85	
Non	67	
Masturbation		0,014
Oui	84	
Non	80	
Pratiques sexuelles (dans les 12 mois)		
Fellation		<0,001
Oui	88	
Non	74	
Cunnilingus		<0,001
Oui	87	
Non	74	
Pratiques anales		0,003
Oui	89	
Non	81	
Satisfaction de sa vie sexuelle		
Pas du tout satisfaite		0,008
Oui	73	
Non	83	
Orientation sexuelle		
		<0,001
Hétérosexuelle	83	
Homosexuelle	58	

Les forces de l'étude résident dans l'exploration de déterminants rarement étudiés en population française. Les limites incluent le design transversal, le recueil auto-rapporté potentiellement exposé aux biais de mémoire ou de désirabilité sociale.

	Femmes à jour de leur dépistage (%)	p
Bisexuelle	77	
Autre	49	
Dysfonctions sexuelles (dans les 12 mois)		
Jamais de douleurs lors des rapports		0,002
Oui	84	
Non	89	
Souvent pas de désir		0,13
Oui	82	
Non	86	
Souvent pas de plaisir		0,16
Oui	81	
Non	86	
Souvent difficultés à atteindre l'orgasme		0,054
Oui	81	
Non	86	
Souvent sécheresse vaginale		0,26
Oui	83	
Non	86	
Au moins une dysfonction		0,71
Oui	85	
Non	86	
Au moins une dysfonction ayant eu une répercussion sur votre sexualité pendant au moins 6 mois		0,83
Oui	85	
Non	86	
Opinion sur la sexualité		
Sexe important		0,001
Oui	85	
Non	78	
Clitoris important		0,39
Oui	83	
Non	81	
Violences sexuelles		
Rapport forcé		0,002
Oui	72	
Non	82	
Violences sexuelles		0,006
Oui	79	
Non	84	

Champ : 3 481 femmes âgées de 25 à 65 ans.

p : p-value.

Ces résultats mettent en évidence plusieurs leviers d'amélioration pour renforcer l'équité et la participation au PNDCCU :

- diffuser auprès des femmes des messages explicitant qu'aucune pratique sexuelle, qu'elle

s'inscrive dans des relations avec des partenaires de même sexe ou de sexe différent, ne dispense de dépistage ;

- intégrer dans les invitations adressées aux femmes des éléments adaptés aux femmes ayant des rapports avec les femmes ;
- intégrer également dans les invitations des éléments adaptés aux femmes célibataires ou n'ayant pas de sexualité active ;

- développer des approches *trauma-informed* en gynécologie, c'est-à-dire des pratiques de soins attentives aux antécédents de violences, visant à limiter les situations susceptibles de réactiver un traumatisme et à sécuriser le parcours de dépistage ;
- développer des outils à destination des professionnels de santé adaptés aux femmes ayant des rapports avec les femmes, à l'instar de ce qui existe en Australie¹⁹ ;

Tableau 2

Femmes à jour de leur test de dépistage en fonction de la vie sexuelle, analyse multivariée, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	OR	[IC95%]	p
Variabiles d'ajustement*			
Âge (réf. 25-34 ans)			<0,001
35-44	1,38	[0,93-2,05]	
45-54	1,08	[0,75-1,55]	
55-65	0,62	[0,44-0,87]	
En couple (réf. non)	2,25	[1,72-2,94]	<0,001
Niveau d'études (réf. ≤bac)			0,004
>Bac et 1 ^{er} cycle	1,35	[1,04-1,75]	
2 ^e et 3 ^e cycles	1,56	[1,19-2,04]	
Santé perçue (réf. (très) mauvaise)			0,009
Moyenne	0,71	[0,40-1,28]	
Bonne	1,12	[0,63-1,99]	
Très bonne	1,18	[0,64-2,18]	
Activité sexuelle (dans les 12 mois)			
Partenaire (réf. non)	1,54	[1,09-2,18]	0,014
Masturbation (réf. non)	1,08	[0,83-1,40]	0,58
Pratiques sexuelles (dans les douze mois)			
Fellation (réf. non)	1,65	[1,25-2,18]	<0,001
Cunnilingus (réf. non)	1,57	[1,20-2,07]	0,001
Pratiques anales (réf. non)	1,39	[0,90-2,15]	0,14
Satisfaction de sa vie sexuelle			
Pas du tout satisfait (réf. non)	0,82	[0,53-1,26]	0,37
Orientation sexuelle			
Identité sexuelle (réf. hétérosexuelle)			<0,001
Homosexuelle	0,28	[0,13-0,63]	
Bisexuelle	0,66	[0,34-1,28]	
Autre	0,27	[0,12-0,63]	
Dysfonctions sexuelles (dans les 12 mois)			
Jamais de douleurs lors des rapports (réf. non)	0,62	[0,46-0,85]	0,002
Souvent difficultés à atteindre l'orgasme (réf. non)	0,65	[0,43-0,99]	0,044
Opinion sur la sexualité			
Le sexe important (réf. non)	1,32	[1,00-1,74]	0,047
Violences sexuelles			
Rapport forcé (réf. non)	0,63	[0,46-0,85]	0,003
Violences sexuelles (réf. non)	0,71	[0,56-0,91]	0,006

Champ : 3 481 femmes âgées de 25 à 65 ans.

* Les résultats relatifs aux variables d'ajustement correspondent à ceux d'un modèle comprenant uniquement ces variables d'ajustement. Pour la suite du tableau, les résultats de chaque variable sont ajustés sur ces variables d'ajustement.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; p : p-value ; réf. : référence.

Tableau 3

Femmes à jour de leur test de dépistage en fonction de la vie sexuelle, analyse* stratifiée sur la vie en couple, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	En couple		Célibataire	
	OR	[IC95%]	OR	[IC95%]
Activité sexuelle (dans les 12 mois)				
Partenaire (réf. non)	1,36	[0,82-2,27]	1,76	[1,03-3,01]
Masturbation (réf. non)	1,01	[0,75-1,37]	1,20	[0,74-1,97]
Pratiques sexuelles (dans les 12 mois)				
Fellation (réf. non)	1,56	[1,12-2,18]	1,71	[0,97-3,10]
Cunnilingus (réf. non)	1,41	[1,01-1,96]	1,98	[1,12-3,50]
Pratiques anales (réf. non)	1,31	[0,82-2,09]	1,68	[0,56-5,04]
Satisfaction de sa vie sexuelle				
Pas du tout satisfait (réf. non)	0,63	[0,33-1,18]	1,01	[0,57-1,79]
Orientation sexuelles				
Identité sexuelle# (réf. hétérosexuelle)				
Homosexuelle	0,27	[0,11-0,67]	0,35	[0,08-1,55]
Bisexuelle	0,56	[0,24-1,27]	0,76	[0,25-2,31]
Autre	0,32	[0,06-1,79]	0,24	[0,08-0,72]
Dysfonctions sexuelles (dans les 12 mois)				
Jamais de douleurs lors des rapports (réf. non)	0,52	[0,37-0,73]	1,89	[0,88-4,07]
Souvent difficultés à atteindre l'orgasme (réf. non)	0,64	[0,40-1,01]	0,64	[0,24-1,70]
Au moins une dysfonction (réf. non)	0,90	[0,64-1,26]	1,47	[0,65-3,33]
Opinion sur la sexualité				
Sexe important (réf. non)	1,25	[0,88-1,76]	1,39	[0,85-2,26]
Violences sexuelles				
Rapport forcé (réf. non)	0,60	[0,41-0,86]	0,6	[0,37-1,06]
Violences sexuelles (réf. non)	0,75	[0,56-1,00]	0,61	[0,39-0,96]

Champ : 3 481 femmes âgées de 25 à 65 ans.

* Les résultats de chaque variable sont ajustés sur l'âge en classes de 10 ans, le niveau d'études (\leq bac, $>$ bac et 1^{er} cycle, 2^e et 3^e cycles) et la santé perçue (très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ou très mauvaise).

p-globale respectivement 0,01 et 0,04 suivant les strates en couple et pas en couple.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; réf. : référence.

- développer le rôle de rattrapage des médecins généralistes pour les femmes éloignées du suivi gynécologique ;
- développer l'auto-prélèvement vaginal, dont l'envoi en relance est recommandé au niveau national, mais encore en cours de déploiement. Cela pourrait constituer un levier pour atteindre les femmes éloignées du suivi gynécologique. L'impact sur la réduction des inégalités mérite toutefois d'être évalué, notamment en ce qui concerne l'accès effectif à une prise en charge après un résultat positif. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Remerciements

Les auteurs remercient Michel Vernay et Anne Moulin de la Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes pour leur relecture.

Références

- [1] Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, *et al.* Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: A worldwide analysis. *Lancet Glob Health.* 2020;8(2):e191-e203.
- [2] Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2013;2:35.
- [3] Jansen EEL, Zielonke N, Gini A, Anttila A, Segnan N, Vokó Z, *et al.* Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: A systematic review. *Eur J Cancer.* 2020;127:207-23.
- [4] Audiger C, Plaine J. Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Période 2014-2023. *Bulletin Dépistage des cancers.* Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 11 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/mala-dies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-periode-2014-2023>
- [5] Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI, *et al.* Socio-economic inequalities

in breast and cervical cancer screening practices in Europe: Influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol*. 2010;39(3):757-65.

[6] Menvielle G, Richard JB, Ringa V, Dray-Spira R, Beck F. To what extent is women's economic situation associated with cancer screening uptake when nationwide screening exists? A study of breast and cervical cancer screening in France in 2010. *Cancer Causes Control*. 2014;25(8):977-83.

[7] Baumann K, Peterson CE, Geller S, Awadalla S, Holt HK. U.S. national trends in cervical cancer screening by sexual orientation and race/ethnicity in cisgender women. *Prev Med*. 2025;191:108223.

[8] Agénor M, Krieger N, Austin SB, Haneuse S, Gottlieb BR. Sexual orientation disparities in Papanicolaou test use among US women: The role of sexual and reproductive health services. *Am J Public Health*. 2014;104(2):e68-73.

[9] Tracy JK, Lydecker AD, Ireland L. Barriers to cervical cancer screening among lesbians. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(2):229-37.

[10] Massetti GM, Townsend JS, Thomas CC, Basile KC, Richardson LC. Healthcare access and cancer screening among victims of intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018;27(5):607-14.

[11] Danan ER, Brunner J, Bergman A, Spont M, Chanfreau C, Canelo I, *et al*. The relationship between sexual assault history and cervical cancer screening completion among women veterans in the veterans health administration. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022;31(7):1040-7.

[12] Leite FMC, Amorim MHC, Primo CC, Gigante DP. Violence against women and cervical cancer screening: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2017;26(15-16):2126-36.

[13] Al-Ani A, Hammouri M, Sultan H, Al-Huneidy L, Mansour A, Al-Hussaini M. Factors affecting cervical screening using the health belief model during the last decade: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2024;33(1):e6275.

[14] Documet P, Bear TM, Flatt JD, Macia L, Trauth J, Ricci EM. The association of social support and education

with breast and cervical cancer screening. *Health Educ Behav*. 2015;42(1):55-64.

[15] Solazzo AL, Agénor M, Austin SB, Chavarro JE, Charlton BM. Sexual orientation differences in cervical cancer prevention among a cohort of U.S. women. *Womens Health Issues*. 2020;30(4):306-12.

[16] Institut national du cancer. Les femmes homosexuelles. In: Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus – étude médico-économique – Phase 1 . Boulogne-Billancourt: INCa;2015. p. 33-4. <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-phase-1>

[17] Diamant AL, Schuster MA, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med*. 2000;19(3):141-8.

[18] McNair R. Lesbian and bisexual women's sexual health. *Aust Fam Physician*. 2009;38(6):388-93.

[19] Australian Government, Department of Health, Disability and Ageing. People of diverse sexualities and genders (LGBTQI+). Canberra: Department of Health, Disability and Ageing; 2025. <https://www.health.gov.au/our-work/ncsp-healthcare-provider-toolkit/working-with-patients/lgbtqi>

Citer cet article

Audiger C, Barré S, Rigal L. Inégalités de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : rôle de l'orientation sexuelle, des pratiques sexuelles et des antécédents de violences. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(12-13):274-80. https://beh.santepubli quefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_4.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

