2025-2026

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

Dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population LGBTQIA2S+ en France: participation, facteurs associés et acceptabilité de l'autotest HPV

ETUDE QUANTITATIVE AUPRES DES PATIENT(E)S EN FRANCE

MARIE Romane

Née le 17 aout 1999 à LE MANS (72)

Sous la direction de Mme la Docteure HOUDEBINE Elise

Membres du jury

M. le Professeur BEGUE Cyril | Président

Mme la Docteure HOUDEBINE Elise | Directeur

Mme la Docteure GHALI Maria | Membre

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

Soutenue publiquement le :
16 octobre 2026

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée MARIE Romane
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **04**/**09**/**2026**

CHARTE D'UTILISATION DE L'IA GENERATIVE

Je soussignée MARIE Romane
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports, thèses d'exercice et mémoires d'étude. Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers le 04/09/2026 Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

(mise à jour 26/01/2026)

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE
Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
ASFAR Pierre	REANIMATION
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE
BELONCLE François	REANIMATION
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE
BIGOT Pierre	UROLOGIE
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE
BRIET Claire	ENCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE, RADIOTHERAPIE
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE/ PHYSIOLOGIE
CODRON Philippe	NEUROLOGIE
COLIN Estelle	GENETIQUE
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE, CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
COUTANT Régis	PEDIATRIE
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FURBER Alain	CARDIOLOGIE
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE
KAZOUR François	PSYCHIATRIE
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEBDAI Souhil	UROLOGIE
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE
LEROLLE Nicolas	REANIMATION
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE
MERCAT Alain	REANIMATION
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
PAISANT Anita	RADIOLOGIE
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE
VERNY Christophe	NEUROLOGIE
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICAL

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

MAÎTRES DE CONFERENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE
BENALLEGUE Nail	PEDIATRIE
BERNARD Florian	ANATOMIE
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE
BOUCHER Sophie	ORL
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE
CORVAISIER Mathieu	PHARMACIE CLINIQUE
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE
FADEL Marc	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE
HERSANT Jeanne	MEDECINE VASCULAIRE
HINDRE François	BIOPHYSIQUE
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
JUSTEAU Grégoire	PNEUMOLOGIE
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE
LE ROUX Gaël	TOXICOLOGIE
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PAPON Xavier	ANATOMIE
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE
PEUROIS Matthieu	
PIHET Marc	MEDECINE GENERALE
	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PIRAUX Arthur	OFFICINE
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE
SUTEAU Valentine	ENDOCRINOLOGIE ; DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER	
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE
ATCHADE Constantin	GALENIQUE
ECER	
HASAN Mahmoud	GALENIQUE
PRCE	
AUTRET Erwan	ANGLAIS
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE
COYNE Ashley	ANGLAIS
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS
RIVEAU Hélène	ANGLAIS
PAST-MAST	
AUBRUCHET Hélène	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE
BRAUD Cathie	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
DILÉ Nathalie	OFFICINE
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE
LE FLOCH Maxime	GERIATRIE
MARSAN-POIROUX Sylvie	COMMUNICATION
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE
PEREZ-GRANDIERE Lucia	MALADIES INFECTIEUSES
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE
TORREGGIANI Massimo	NEPHROLOGIE
PLP	
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION
AHU	
ROBIN Julien	DISPOSITIFS MEDICAUX

REMERCIEMENTS

A Docteure HOUDEBINE Elise,
Merci d'avoir accepté sans hésiter de m'accompagner dans ce projet de recherche. Merci également pour votre engagement auprès des femmes, des minorités sexuelles et de genre encore trop souvent oubliées et invisibilisées.

Je remercie également les membres de ce jury de d'avoir accepté de juger ce travail. Tout particulièrement au Professeur Begue, qui me fait l'honneur de présider ce jury, six ans après avoir accepté de prendre en charge mes grands-parents. Et merci Docteure Ghali pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Merci à toutes les personnes, associations et communautés qui ont relayé mon enquête ou y ont répondu. Ce travail et ces données n'auraient pas pu voir le jour sans elles.

Merci à tous les professeurs, médecins, tuteurs et professionnels paramédicaux ayant pris de leur temps pour me transmettre leur connaissances pendant toutes ces années d'études, pour m'avoir fait gagner en compétences et en aisance auprès des patients. Merci également aux praticiens de la maison médicale de Sablé pour me faire confiance et m'avoir choisi pour cette année de docteur junior.

A mes sœurs, ma maman et mon papa, merci de m'avoir poussée à croire en mes capacités, et d'avoir rendu ces études possibles. Merci de m'avoir acceptée telle que je suis et d'avoir su être présents dans les moments parfois difficiles. Merci maman de m'avoir initié au milieu du soin, à papa de m'avoir initié au respect de la nature. Et à bientôt Margot !

A mes ami(e)s... Parfois présent(e)s depuis longtemps !
Merci Garance de m'avoir supportée pendant cette fameuse première année de médecine. Et je te revois encore dans ton manteau rouge à pois dans la cour de récréation en 5e… Merci de m'avoir initiée à l'humanisme, au féminisme, et finalement à toutes ces valeurs qui, j'en suis sure, m'ont inspirée dans le choix de ce sujet de thèse.

A cette deuxième famille que l'on choisit. Parfois un peu cabossée, qui connaît tous nos défauts par cœur... mais avec qui l'on peut rire, parler sans crainte, et qui tient malgré la distance.
Merci Mogo pour ton optimisme, ta joie communicative et ton amitié sans jugement… <3
Merci Loulou pour avoir été mon acolyte de soirée, mon introverti préféré et maintenant mon pied à terre en Normandie pour aller voir mes moutons préférés !
Merci Camzoule pour ton innocence rafraichissante, et à nos futurs rendez-vous à l'huma !
… mais également aux personnes de la crem', et j'ai hâte de voir vos thèses les loustics !

Merci aussi à tout ce petit groupe rencontré aux urgences du Mans. Merci pour ces soirées endiablées, ces goûters, ces soirées jeux de société après des gardes intenses et ces moments "papotins". Merci d'avoir supporté mes péripéties au quotidien depuis maintenant trois ans. Je pense bien sûr à Miss Camomille et ses précieux conseils, Elso ma partenaire de danse, Momo et ses petites attentions, Lucie et ses compliments en folie, Steven notre chouchou à toutes, mais aussi à Maxime et Landry !

A Louise, petit canard qui ne comprend pas encore grand-chose au corps humain, mais qui prend soin du mien ! Merci de me faire rire, de m'initier au vélo, d'apaiser mes peurs, de prendre mes gaffes avec le sourire et de manger mes plats pas toujours réussis… Je suis ravie de pouvoir continuer cette aventure entre boulettes avec toi, je t'aime. PS : merci à Mathieu et toi pour votre aide précieuse d'ingénieurs geeks sur Excel !

Merci également aux femmes que je n'ai pas citées, mais qui se reconnaîtront, et pour lesquelles je garde une infinie tendresse. Merci de m'avoir permis de mieux me connaître, de grandir, de m'accepter et, d'une certaine manière, d'en arriver ici aujourd'hui.

Liste des abréviations

LGBTQIA2S+	Lesbienne, Gay, Bisexuel(le), Transgenre, Queer, Intersexe, Asexuel(le), Aromantique, Agenre, Bispirituel(le) et le + inclut les nombreux autres termes désignant les genres et les sexualités.
HPV	Human PapillomaVirus ou Papilloma Virus Humain
FSF	Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes (terme principalement utilisé dans le milieu de la recherche et médical). FSF mixte si elle a également des rapports avec des hommes. FSF exclusive si elle n'a jamais eu de rapport avec des hommes.
CSF	Contexte des Sexualités en France
ALD	Affection longue durée
CCU	Cancer du Col de l'Utérus
FCU	Frottis Cervico-Utérin
FSH	Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
IST	Infection Sexuellement Transmissible
HSH	Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
HAS	Haute Autorité de Santé
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ACSUS	Cellules squameuses atypiques de signification indéterminée
PMA	Procréation médicalement assistée
PCR	Polymerase Chain Reaction ou Réaction en Chaîne de la Polymérase
CIN	Néoplasie intra-épithéliale cervicale

MARIE Romane

Dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population LGBTQIA2S+ : participation, facteurs associés et acceptabilité de l'autotest HPV

Introduction : Le cancer du col de l'utérus constitue un enjeu majeur de santé publique. Il peut être prévenu par la vaccination contre le papillomavirus et repéré précocement par le dépistage entre 25 et 64 ans. Plusieurs études retrouvent une moindre participation au dépistage chez les minorités sexuelles et de genre. L'objectif principal était d'évaluer la participation au dépistage dans la population LGBTQIA2S+ éligible en France. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs associés à cette participation et d'évaluer l'acceptabilité de l'autotest HPV.

Sujets et méthode : Une étude observationnelle transversale a été réalisée en France à partir d'un questionnaire en ligne diffusé du 12 décembre 2025 au 10 avril 2026. Étaient incluses les personnes LGBTQIA2S+ de 25 à 64 ans, résidant en France et porteuses d'un col de l'utérus. Des analyses univariées puis une régression logistique multivariée ont permis d'identifier les facteurs associés au statut de dépistage.

Résultats principaux : Au total, 504 réponses ont été analysées. Parmi elles 63,1 % étaient à jour de leur dépistage, dont 67 % chez les femmes cisgenres, 56 % chez les personnes non binaires/agenres et 56,5 % chez les hommes transgenres. Parmi les femmes cisgenres n'ayant jamais eu de rapport avec un homme cisgenre, 44,1 % étaient à jour. Après ajustement, trois facteurs restaient associés à une moindre probabilité d'être à jour : l'absence de rapport avec un homme cisgenre (ORa = 0,34 ; IC95 % [0,21–0,55] ; $p < 0,001$), l'absence de relation avec une personne porteuse d'un col de l'utérus dans les 12 derniers mois (ORa = 0,58 ; IC95 % [0,39–0,86] ; $p = 0,007$) et l'absence d'antécédent de grossesse (ORa = 0,54 ; IC95 % [0,31–0,94] ; $p = 0,030$). Parmi les 145 personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage ou ne sachant plus, 92,4 % déclaraient qu'elles accepteraient l'autotest HPV s'il leur était proposé.

Conclusion : Plus d'une personne LGBTQIA2S+ sur trois n'était pas à jour du dépistage du CCU. Les pratiques sexuelles et le parcours reproductif étaient associés à la participation au dépistage. L'autotest HPV pourrait constituer une alternative pour certaines personnes éloignées du dépistage.

Mots-clés : Cancer du col de l'utérus, Papillomavirus humain, Dépistage, Minorités sexuelles et de genre, Hommes transgenres, Personnes non binaires, Autotest HPV.

MARIE Romane

Cervical cancer screening in the LGBTQIA2S+ population : participation, associated factors, and acceptability of HPV self-sampling

Introduction : Cervical cancer remains a major public health issue. It can be prevented through human papillomavirus (HPV) vaccination and screening between the ages of 25 and 64 years. Several studies have reported lower screening participation among sexual and gender minorities. The primary objective was to assess cervical cancer screening participation among the eligible LGBTQIA2S+ population in France. Secondary objectives were to identify factors associated with screening participation and to assess the acceptability of HPV self-sampling.

Methods : A cross-sectional observational study was conducted in France using an online questionnaire distributed from December 12, 2025, to April 10, 2026. Eligible participants were LGBTQIA2S+ people aged 25–64 years, living in France and with a cervix. Univariate analyses followed by multivariable logistic regression were performed to identify factors associated with up-to-date screening status.

Results : A total of 504 responses were analyzed. Overall, 63.1% of participants were up to date with screening: 67.0% of cisgender women, 56.0% of non-binary/agender people, and 56.5% of transgender men. Among cisgender women who had never had sexual intercourse with a cisgender man, 44.1% were up to date. After adjustment, three factors remained associated with lower odds of being up to date: no history of sexual intercourse with a cisgender man (aOR = 0.34; 95% CI [0.21–0.55]; $p < 0.001$), no sexual relationship with a person with a cervix in the previous 12 months (aOR = 0.58; 95% CI [0.39–0.86]; $p = 0.007$), and no history of pregnancy (aOR = 0.54; 95% CI [0.31–0.94]; $p = 0.030$). Among the 145 participants who had never been screened or could not remember, 92.4% reported that they would accept HPV self-sampling if offered.

Conclusion : More than one in three LGBTQIA2S+ participants were not up to date with cervical cancer screening. Sexual practices and reproductive history were associated with screening participation. HPV self-sampling could provide an additional screening option for some people who are currently underscreened.

Keywords : Cervical cancer, Human papillomavirus, Screening, Sexual and gender minorities, Transgender men, Non-binary people, HPV self-testing.

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION

1. Une population mal caractérisée

2. Infection à HPV chez les personnes LGBTQIA2S+ porteuses d'un col de l'utérus

3. Facteurs favorisant l'infection et la persistance du HPV dans cette population

3.1. Un plus faible taux de vaccination contre le papillomavirus

3.2. Un tabagisme plus fréquent

3.3. Des conduites sexuelles plus à risque d'infection HPV

3.3.1. Chez les FSF

3.3.2. Chez les personnes transgenres

3.4. Une fréquence plus élevée de vaginose

4. Participation au dépistage du CCU dans la population LGBTQIA2S+ éligible

4.1. Une plus faible participation au dépistage

4.2. Des freins spécifiques au dépistage

4.3. Des données actuelles insuffisantes

MATERIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

2. Recueil des données

3. Variables utilisées

4. Analyse statistique

5. Aspects éthiques et réglementaires

RÉSULTATS

1. Population répondante et population étudiée

2. Caractéristiques générales de la population étudiée

3. Santé sexuelle et reproductive

4. Dépistage du cancer du col de l'utérus

4.1. Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus

4.2. Rapport à l'autotest HPV

5. Lien avec le statut de dépistage du CCU, analyse univariée

6. Lien avec le statut de dépistage du CCU, analyse multivariée

DISCUSSION

1. Une faible participation au dépistage du cancer du CCU

1.1. Dans l'ensemble de la population LGBTQIA2S+ éligible

1.2. Chez les femmes cisgenres LGBTQIA2S+

1.3. Chez les personnes non cisgenres

2. Facteurs influençant la réalisation du dépistage du CCU dans la population LGBTQIA2S+ porteuse d'un col de l'utérus

2.1. L'antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre

2.2. L'activité sexuelle récente avec une personne porteuse d'un col de l'utérus

2.3. La vie reproductive

2.4. La prise en charge par les professionnel(le)s de santé

3. Les freins liés à l'examen gynécologique dans la population LGBTQIA2S+

3.1. La peur du geste et de l'examen gynécologique

3.2. Les antécédents de violences sexuelles et gynécologiques

4. La place de l'autotest HPV

4.1. Performances de l'autotest
4.2. Freins et leviers de l'auto-dépistage du CCU
4.3. Acceptabilité de l'autotest
4.4. Vers un envoi de kits à domicile ?

5. Implication pour la médecine générale

6. Limites et forces de l'étude

6.1. Définition difficile de la population d'étude
6.2. La méthode d'échantillonnage de convenance
6.3. Des personnes jeunes et vivant en milieu urbain
6.4. Un questionnaire basé sur un mode déclaratif
6.5. Limites liées aux analyses statistiques

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

AVANT-PROPOS

Extraits de la question finale de l'enquête " Avez-vous des remarques concernant cette thèse et ce questionnaire?"

"Je n'ai jamais entendu parler du papillomavirus avant de savoir que j'avais des cellules malignes, lors d'un frottis. Je suis née en 1990, peut-être que l'on en parlait moins dans les années 2000. Dans tous les cas ça a été assez traumatisant !" (Non binaire de plus de 30 ans)

"On peut faire un autotest à la place du frottis à 25 ans ?" (Femme de moins de 30 ans)

"Suite à un résultat HPV anormal : le professionnel de santé ne savait pas comment répondre à ma question sur les pratiques de prévention dans les rapports sexuels lesbiens. Aucune mesure de dépistage spécifique n'a été conseillée pour ma compagne" (Femme de plus de 30 ans)

"J'ai été agressée par un gynécologue de l'hôpital à mes 20 ans parce que je suis lesbienne, j'ai réussi à retourner voir une professionnelle de la santé à mes 33 ans mais c'est extrêmement difficile d'avoir recours à des pro de santé liés à l'intimité" (Femme de plus de 30 ans)

"Pression à réaliser le test même après un seul et unique rapport sexuel, avec une femme, datant de plus de 10 ans. Obligation de repréciser mon orientation asexuelle à plusieurs reprises envers différents professionnels de santé dans le cadre de mon endométriose. Dysphorie de genre +++ d'ailleurs pendant la phase de diagnostic car le corps médical m'a bien rappelé que j'étais assignée femme à la naissance et ne m'a pas demandé mon identité de genre. Heureusement mon gynécologue depuis deux ans a bien intégré la personne que je suis et a d'ailleurs confirmé que l'examen n'était pas nécessaire. Je ne ressens plus de pression avant chaque rdv annuel de suivi." (Non binaire de plus de 30 ans)

"J'ai un professionnel de santé qui m'a dit vous êtes lesbienne pas besoin de test et un autre (même profession) qui m'a dit faites quand même on n'en sait pas assez sur le HPV pour ne pas prendre de précautions..." (Femme de plus de 30 ans)
"Merci pour cette étude. La santé sexuelle des lesbiennes était un impensé dans les années 1990-2000 où j'ai débuté ma vie sexuelle. Une consultation gynécologique était considérée comme un truc d'hétéro, pas nécessaire pour nous. Je suis contente de voir que l'éducation à la santé sexuelle a fait du chemin depuis." (Femme de plus de 30 ans)

"J'ai répondu que j'avais eu un dépistage du cancer du col de l'utérus car je fais des frottis tous les 2 ans mais je ne sais pas si le test HPV est réalisé à l'occasion d'un frotti. J'ai présupposé que oui mais le doute persiste pour moi..." (Femme de plus de 30 ans)

A l'ère du « mariage pour tous » et de la « PMA pour toutes », les minorités sexuelles et de genre restent encore insuffisamment invisibles, notamment dans le domaine de la santé. Elles peuvent être également confrontées à des situations d'intolérance ou de méconnaissance. J'espère que ce travail pourra contribuer, à son échelle, à améliorer leur visibilité et leur prise en compte dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

INTRODUCTION

Dans cette introduction, nous commencerons par définir la population LGBTQIA2S+ porteuse d'un col de l'utérus et préciser les différentes dimensions du genre, de l'orientation sexuelle et des pratiques sexuelles. Nous présenterons ensuite les données concernant le portage du HPV dans cette population, ainsi que les facteurs pouvant favoriser sa primo-infection et sa persistance. Enfin, nous aborderons les connaissances concernant la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus et les obstacles pouvant y être associés.

1. Une population mal caractérisée

Cette population est difficile à définir, car différents critères peuvent être utilisés, compliquant les comparaisons entre les différentes études (1). Dans le rapport CSF de 2023, une personne porteuse d'un col de l'utérus sur cinq (22,6 %) n'était pas hétérosexuelle cisgenre, en considérant les recoupements entre pratiques, attirance et autoidentification (2). Ces différentes dimensions ne se superposent pas toujours et les études portant ces populations peuvent les définir à partir d'autoidentification ou des pratiques sexuelles. De plus, l'orientation sexuelle et l'identité de genre ne sont pas toujours déclarées. Les personnes LGBTQIA2S+ peuvent être réticentes à participer à des études en raison de la stigmatisation ou parce qu'elles n'ont pas fait leur coming-out (3,4).

Dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France » (CSF) de 2023, 8,4 % des femmes déclaraient avoir déjà eu des relations sexuelles avec une femme, dont 1,4 % dans les 12 derniers mois. Dans cette même enquête, 1,3 % des femmes se définissent comme homosexuelles, 2,8 % comme bisexuelles et 1,5 % comme pansexuelles (4). Le terme de « FSF » correspond aux femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes, sans exclure celles qui ont également des relations sexuelles avec des hommes. Cependant cette définition désigne avant tout une population basée sur ses pratiques sexuelles et ne correspond pas toujours à l'orientation sexuelle auto-définie, ni même à l'attirance physique. En effet, une étude française

a retrouvé que 69 % des femmes déclarant avoir une attirance pour les femmes n'avaient eu des relations sexuelles qu'avec des hommes (5). Une étude américaine retrouve que 10,6 % des femmes interrogées n'ayant eu que des relations sexuelles avec des femmes s'identifient comme hétérosexuelles (6).

La transidentité correspond aux personnes dont l'identité de genre diffère, totalement ou en partie, du sexe qui leur a été assigné à la naissance (7). En 2020, la prévalence des personnes bénéficiant d'une ALD pour dysphorie de genre était estimée à 14,09 pour 100 000 personnes, soit une multiplication par 9,39 depuis 2013 (8). Dans le rapport CSF de 2023, 1 personne sur 1000 déclarait avoir entrepris des démarches pour changer de genre, et 2,3% des femmes déclarent y avoir déjà pensé. Comme pour les FSF il y a plusieurs critères d'identification pour les personnes transgenres : l'autoidentification, le changement à l'état civil, le recours à un traitement hormonal ou à une chirurgie. Il reste donc difficile d'estimer précisément le nombre de personnes transgenres en France, leur estimation variant notamment selon les critères utilisés (2,4).

2. Infection à HPV chez les personnes LGBTQIA2S+ porteuses d'un col de l'utérus

L'infection persistante par un papillomavirus humain (HPV) oncogène est un enjeu majeur de santé publique. Il existe plus de 150 différents types de papillomavirus, dont certains sont à bas risque et d'autres à haut risque oncogène. Environ 80% de la population a été infecté par l'HPV une fois dans sa vie, via des contact digito-génital, contact des muqueuses et pénétration vaginale. Le préservatif ne protège pas complètement de ce virus (9). L'HPV est responsable de la quasi-totalité des cancers du col de l'utérus (CCU), soit environ 3000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année. Il est également impliqué dans les cancers de la vulve, du vagin et de l'anus (10).

Une étude de 2013 portant sur l'ensemble des femmes Françaises retrouvait une prévalence du HPV entre 10,1% à 16,1% (11). On sait que les FSF et les hommes transgenres peuvent être infectée par l'HPV, et ce y compris en l'absence de rapport hétérosexuel (FSF exclusive), mais il existe peu de données

Françaises. Une revue systématique Britannique publiée en 2009 retrouvait une prévalence du HPV entre 3,3 et 30 % chez les FSF, et pouvant atteindre 19% chez les FSF exclusives (12). Dans l'enquête LESBICLEAR, 7.7% des FSF exclusives rapportaient avoir déjà eu un FCU anormal (13). Dans une étude portant sur 150 hommes transgenres, la prévalence d'infection HPV à haut risque était de 16% (14). Enfin, Nash et al retrouvaient une proportion plus importante de cancers liés au HPV chez les personnes transgenres, avec un PIR de 3,2 par rapport aux hommes cisgenres et de 2,1 par rapport aux femmes cisgenres (15).

3. Facteurs favorisant l'infection et la persistance du HPV dans cette population

3.1. Un plus faible taux de vaccination contre le papillomavirus

La prévention primaire en France est basée sur la vaccination (GARDASIL 9) des jeunes femmes et hommes jusqu'à 26 ans. Elle est réalisée en 2 doses entre 11 et 14 ans révolus (M0 et M6) et un rattrapage à 3 doses (M0, M2, M6) est possible jusqu'à 26 ans révolus depuis 2025. Selon Santé Publique France le taux de vaccination des personnes de plus de 25 ans en 2025 était aux alentours de 20% pour le schéma complet, et 40% pour une dose (16).

A notre connaissance, aucune étude Française n'a comparé la couverture vaccinale contre le HPV sur les FSF et les femmes ayant des rapports sexuels avec des hommes (FSH). Aux États-Unis plusieurs études ont retrouvé une couverture vaccinale moins importante chez les FSF que les FSH, après ajustement : dans une étude de 2015 (ORa=0,59) (17) et dans une étude de 2022 (OR=0.45) (18). Il existe encore moins d'étude chez les personnes transgenres. Une étude comparant 59 151 personnes dont 363 transgenres aux Etats-Unis en 2023 ne retrouvait pas de différence significative entre les personnes transgenres et les femmes cisgenres (19).

3.2. Un tabagisme plus fréquent

Plusieurs études retrouvent une consommation de tabac plus importante chez les FSF et les transgenres que chez les FSH. Dans une étude de 2016, les FSF fumaient deux fois plus que les FSH (20). L'enquête Française « libre », portée en 2022 par OUTrans, ACT-Alliance contre le tabac et Fédération LGTBTI+, rapportait que 37% des personnes transgenres étaient fumeuses quotidiennes, soit 10 points au-dessus de la moyenne nationale (21). Or on sait que c'est un facteur de risque de persistance du papillomavirus, et que le tabagisme actif double le risque de cancer du col de l'utérus (9).

3.3. Des conduites sexuelles plus à risque d'infection HPV

3.3.1. Chez les FSF

L'enquête française « Baromètre santé 2010 » a révélé que les FSF ont une probabilité de pratiques sexuelles à risque trois fois plus élevée par rapport aux FSH. Ces pratiques à risque étaient définies comme : la multiplicité des partenaires et l'absence de protection lors de rapport sexuel avec un nouveau partenaire (22).

Elles ont un nombre plus important de partenaires sexuels au cours de leur vie, et les FSF mixtes commencent leur vie sexuelle plus précocement. L'enquête SexoFSF de 2016 montrait que les FSF avaient en moyenne 15,5 partenaires au cours de leur vie (dont 8,2 femmes) et 72% déclaraient avoir eu plus de trois partenaires au cours des trois derniers mois. Dans cette même enquête, l'âge moyen du premier rapport était plus faible lorsque celui avait eu lieu avec un homme que lorsqu'il avait eu lieu avec une femme (16,9 ans contre 18,2 ans) (23). Dans le baromètre de santé de 2016, les FSH avaient elles en moyenne seulement 6.0 partenaires au cours de leur vie (3). On sait pourtant que la multiplicité des partenaires augmente le risque de portage de papillomavirus (10).

Une étude internationale a révélé une utilisation très limitée des moyens de protections existants chez les FSF (83,8 % n'avaient jamais utilisé la digue dentaire) (24). Les protections lors de rapports homosexuels féminins sont encore peu connues et considérées comme peu pratiques (25). Les FSF sont également plus à risque d'avoir des relations non protégées lors de relations hétérosexuelles : dans l'enquête LESBICLEAR 48.5% des FSF avait un antécédent de rapport non protégé avec un homme (13). Dans une étude menée auprès de FSF en Suisse, parmi les participantes ayant eu des partenaires masculins 13,8 % déclaraient avoir rarement utilisé un préservatif avec eux, et 17,9 % jamais (26).

Dans l'enquête CSF de 2023, la fréquence de certaines infections sexuellement transmissibles (IST) était plus élevée pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels que pour les femmes hétérosexuelles (Chlamydia Trachomatis 1.4% contre 0,9%) (4). Dans l'étude LESBICLEAR les IST les plus fréquentes chez les FSF étaient le chlamydia (6,3%), l'HPV (5,3%), et l'herpès (3,5%). D'autres IST étaient plus rares comme le gonocoque (1,4%), l'hépatite C (0,7%), l'hépatite B (0,6%), le VIH et la syphilis (0,4%) (13). Bien que ces données existent, les modes de contamination précis de chaque IST restent inconnus pour les FSF.

3.3.2. Chez les personnes transgenres

L'orientation et les pratiques sexuelles peuvent évoluer au cours de la vie et parfois au cours de la transition de genre. Or ce changement est rarement anticipé (27). Certains hommes transgenres peuvent avoir des rapports sexuels avec des hommes cisgenres sans avoir nécessairement été auparavant familiarisés avec les messages de prévention destinés aux HSH (28). Sevelius et al. décrivent plusieurs freins possibles à la négociation du préservatif chez les hommes transgenres ayant des rapports avec des hommes, notamment la recherche de validation du genre, le manque de familiarité avec les milieux gays ou certaines expériences de rejet (29). Ces éléments pourraient contribuer à une moindre utilisation du préservatif dans certaines situations. De plus la PrEP, disponible depuis 2016 en France, a été très peu étudiée chez les hommes transgenres. Son utilisation peut également être limitée par un plus faible accès au soin, la méconnaissance de son existence, de son intérêt et de son efficacité (30,31).

3.4. Une fréquence plus élevée de vaginose

La vaginose correspond à un déséquilibre du microbiote vaginal, caractérisé notamment par une diminution des Lactobacilles et majoration des bactéries anaérobies, dont type Gardnerella vaginalis. Les FSF ont une prévalence plus élevée de vaginose. Dans l'étude LESBICLEAR, une participante sur quatre (25.1%) avait un antécédent de vaginose bactérienne (13). Chez les hommes transgenres, la thérapie par testostérone est associée à des modifications du microbiote vaginal, avec notamment une diminution de la dominance des Lactobacilles et une majoration des bactéries anaérobies (Gardnerella, Prevotella, Atopobium). Ces changements pourraient être médiés par un état hypoestrogénique et favoriser une dysbiose vaginale (32–34). Or plusieurs études retrouvent une association entre vaginose bactérienne, infection ou persistance du HPV (RR=1.14) et les lésions cervicales (RR=2.01) (35–37).

4. Participation au dépistage du CCU dans la population LGBTQIA2S+ éligible

4.1. Une plus faible participation au dépistage

La prévention secondaire du cancer du CCU repose sur le dépistage organisé. Il concerne depuis 2018 les femmes de 25 à 64 ans, avec un objectif de participation à 80%. Entre 25 et 29 ans, deux examens cytologiques sont recommandés à un an d'intervalle, puis un nouvel examen trois ans plus tard si les deux premiers sont normaux. À partir de 30 ans, le dépistage du CCU repose sur la recherche du HPV à haut risque, à renouveler tous les cinq ans lorsque le résultat est négatif. Le premier test HPV est à réaliser trois ans après le dernier examen cytologique normal, ou dès 30 ans en l'absence de dépistage antérieur. Le test HPV n'est pas recommandé avant 30 ans car les infections transitoires sont fréquentes à cet âge et leur détection risquerait d'entraîner des examens ou traitements inutiles. Selon la haute autorité de santé (HAS), l'auto-prélèvement vaginal peut être proposé de 30 ans aux personnes non dépistées, ou insuffisamment dépistées (38).

Les données du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), basées sur les remboursements des actes par l'Assurance Maladie, estiment la participation au dépistage du CCU en population générale à 60,9 % en 2024 (39). Dans le Baromètre des cancers, basé sur des données déclaratives en population générale, le taux de participation était de 81,9 % en 2023 (40). Dans le baromètre des cancers de 2021, seulement 7,3 % des FSH n'ont jamais réalisé de dépistage du CCU (41). Les écarts de participation observés entre ces différentes études peuvent s'expliquer par les méthodes de recueil utilisées. Les données du BEH se basent sur les remboursements de l'Assurance Maladie, et peuvent ne pas prendre en compte certains dépistages du CCU réalisés en dehors de ce circuit, notamment en milieu hospitalier ou dans certaines structures de santé sexuelle. A l'inverse, le Baromètre santé repose sur les déclarations des participant(e)s, pouvant surestimer la participation au dépistage, notamment par un télescopage vers l'avant de la date du dernier examen ou par une confusion entre un dépistage du CCU et un examen gynécologique de routine (42,43).

Plusieurs études rapportent un moindre recours aux soins, et une plus faible participation au dépistage du CCU, chez les minorités sexuelles et de genre. L'enquête CSF-2023, portant sur 3481 femmes âgées de 25 à 65 ans, rapportait un taux de participation au dépistage du CCU qui variait selon les orientations sexuelles déclarées : 58% des lesbiennes étaient à jour, contre 77% des bisexuelles et 83% des hétérosexuelles. L'homosexualité restait associée à une moindre participation après ajustement sur l'âge, le niveau d'étude et la santé perçue (OR = 0.28) (40). Dans l'étude de Poupon et Al., les FSF étaient moins susceptibles d'être à jour de que les FSH (44). Cette moindre participation au dépistage du CCU est également retrouvée chez les hommes transgenres. Dans une étude de 2012 comparant les dossiers de 350 hommes transgenres à des dossiers de femmes cisgenres, ils avaient 37% de chance en moins d'être à jour de leur dépistage (OR = 0.63) (45). Or une part importante des hommes transgenres conservent un col de l'utérus, et restent éligibles au dépistage du CCU, puisque seulement 14% avaient bénéficié d'une hystérectomie dans une étude Américaine de 2014 (46).

4.2. Des freins spécifiques au dépistage

Plusieurs facteurs peuvent limiter la réalisation du dépistage du CCU chez les personnes LGBTQIA2S+ ont déjà été décrits. Les FSF et hommes transgenres restent fréquemment invisibilisé(e)s dans les campagnes de prévention et études de santé publique, pouvant participer à la construction d'un sentiment d'immunité et une faible perception des risques (47–49). Plusieurs études rapportent un manque de formation des professionnel(le)s de santé concernant les risques spécifiques liés aux pratiques sexuelles des FSF et hommes transgenres (50–52), ainsi qu'un manque de connaissance sur l'HPV et le dépistage du CCU dans ces populations (13,44,53). D'autres freins ont été décrits comme associés à une plus faible participation au dépistage du CCU : ne jamais avoir consulté de gynécologue (13), l'homophobie ou la transphobie dans le milieu médical (13,23,25,53), un suivi gynécologique hétérocentré basé sur la contraception ou la grossesse et entrainant une présomption d'hétérosexualité (13,49,54), la peur du coming-out et plus de violences sexuelles ou conjugales (26,55).

Chez les personnes transgenres s'ajoute des freins spécifiques. La transidentité a longtemps été pathologisée dans les classifications médicales internationales : dans la CIM-10, les diagnostics de dysphorie de genre figuraient parmi les troubles mentaux. Dans la CIM-11 adoptée par l'OMS en 2019, la dysphorie de genre a été retirée de cette catégorie et déplacée vers les conditions liées à la santé sexuelle. Cela a pu renforcer leur stigmatisation et peut constituer un frein au développement d'une prise en charge médicale adaptée (56). Une personne trans sur cinq renoncerait à consulter un(e) médecin par crainte d'être discriminé en raison de son identité de genre (57). La dissimulation de la transidentité peut donc être utilisée, dans le but d'accéder aux soins (58). Pour les personnes transgenres sous hormonothérapie, le traitement par testostérone rend plus difficile l'interprétation de l'examen cytologique, induisant une atrophie de l'épithélium cervical et une augmentation des résultats ACSUS (59,60). Cela peut compliquer davantage le suivi chez ces personnes déjà plus éloignées des soins gynécologique, du fait de leur dysphorie de genre liées aux organes reproducteurs et le désir d'éviter certains examens gynécologique (59).

4.3. Des données actuelles insuffisantes

Les personnes LGBTQIA2S+ porteuses d'un col semblent donc davantage à risque d'être exposées au HPV. Leur recours au dépistage du CCU semble inférieur à celui de la population générale, cependant les données françaises sont limitées. De plus, depuis l'élargissement de l'accès à la PMA aux couples de femmes en 2021, l'évolution des modalités de dépistages, notamment avec l'autotest HPV et l'espacement des prélèvements après 30 ans nous ont également amené à nous demander si la participation au dépistage du CCU avait évolué.

Notre étude avait donc pour objectif d'évaluer la participation au dépistage du CCU dans la population LGBTQIA2S+, d'identifier les facteurs qui lui sont associés et d'évaluer l'acceptabilité de l'autotest HPV.

MATERIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, quantitative, descriptive et transversale auprès de personnes LGBTQIA2S+ porteuses d'un col de l'utérus, âgées de 25 à 64 ans et résidant en France.

2. Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne réalisé avec Google Forms (Annexe 2). Le recueil des données a été réalisé du 12 décembre 2025 au 10 avril 2026.

La première page comportait une notice d'information sur le papillomavirus, le dépistage du CCU, les modalités de participation, le caractère anonyme et les mentions légales. Mon adresse email universitaire était également indiquée afin que les participant(e)s puissent me contacter en cas de question.

Le questionnaire était ensuite organisé en trois catégories :

- Données sociodémographiques (âge, milieu de vie, catégorie socioprofessionnelle, orientation sexuelle, identité de genre, etc.).
- Santé sexuelle et reproductive (vie sexuelle, vaccination HPV, antécédent de grossesse, etc.).
- Dépistage du CCU (dernier frottis, rapport à l'autotest HPV).

Le recrutement a été fait par plusieurs moyens : diffusion sur internet et les réseaux sociaux, mailing, affichage de QR code dans des salles d'attente de cabinets d'endocrinologie et diffusion de proche en proche selon un échantillonnage en « boule de neige ».

Étaient incluses les personnes s'auto-identifiant comme appartenant à la population LGBTQIA2S+, âgées de 25 à 64 ans inclus, résidant en France et porteuses d'un col de l'utérus. N'étaient pas incluses les personnes ne possédant pas de col de l'utérus, notamment après hystérectomie totale.

3. Variables utilisées

Les groupes appartenant à la population LGBTQIA2S+ utilisés pour les analyses ont été définis de la manière suivante :

- Femme cisgenre : personne ayant répondu "femme" à la question "quel est votre genre actuel ?"
- Non-binaires et agenre : personne ayant répondu "non binaire" ou "agenre" à la question "quel est votre genre actuel ?"
- Homme transgenre : personne ayant répondu " homme" à la question "quel est votre genre actuel ?"

Le statut de dépistage du CCU était défini en fonction de l'âge. Les personnes âgées de 25 à 29 ans inclus étaient considérées à jour lorsqu'un dépistage avait été réalisé dans les trois dernières années. Chez les personnes âgées de 30 à 64 ans, un dépistage réalisé dans les cinq dernières années définissait un statut à jour. Les personnes n'ayant jamais été dépistées, ne sachant pas répondre ou ne répondant pas à ces critères étaient considérées comme non à jour. L'objectif principal correspondait à la proportion de personnes à jour du dépistage du CCU dans l'ensemble de l'échantillon.

4. Analyse statistique

Les données recueillies ont été exportées au format Excel. L'analyse statistique univariée a été réalisée avec BiostaTGV. Les variables qualitatives étaient présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les tests du χ^2 de Pearson ou le test exact de Fisher ont été utilisés selon les effectifs. Le test du χ^2 de Pearson était utilisé lorsque les effectifs théoriques étaient suffisants et le test exact de Fisher lorsqu'au moins un effectif théorique était inférieur à 5. Pour chaque variable explicative, l'odds ratio (OR) estimait « le risque » d'être à jour du dépistage du CCU plutôt que de ne pas être à jour. Les odds ratios (OR) et

leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) ont été calculés. Le seuil de significativité était fixé à 5 % ($p < 0,05$). Lorsque des analyses exploratoires par comparaison au groupe de référence ont été effectuées, afin d'identifier les éventuelles différences entre les sous-groupes, les p-values étaient ajustées selon la méthode de Holm afin de tenir compte des comparaisons multiples.

Une analyse multivariée a été réalisée par régression logistique avec le logiciel Jamovi. La variable dépendante était le statut de dépistage du CCU, comportant deux modalités : « à jour » et « non à jour ». L'événement modélisé était le fait d'être à jour du dépistage du CCU. L'ensemble des variables significatives (genre, antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre, l'antécédent de grossesse, la relation avec une personne porteuse d'un col de l'utérus au cours des 12 derniers mois et l'information inadaptée reçue d'un professionnel(le) de santé) et celles qui ont été jugées pertinentes (âge des participantes, niveau d'étude et le lieu de vie) ont été intégrées au modèle comme variables explicatives.

Pour chaque variable explicative, l'Odd Ratio calculé était le « risque » d'être à jour du dépistage du CCU plutôt que de ne pas être à jour, et ce par rapport à une modalité de référence définie pour cette variable. Pour une variable explicative donnée, l'odd ratio calculé était ajusté sur l'ensemble des autres variables explicatives. Les catégories de référence étaient : âge 25 à 29 ans, niveau d'étude supérieur à bac+3, femmes cisgenres, lieu de vie non rural, antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre, antécédent de grossesse, relation récente avec une personne porteuse d'un col de l'utérus et absence d'information inadaptée par un(e) professionnel(le) de santé. Les résultats étaient présentés sous forme d'odds ratios ajustés (ORa) avec leurs intervalles de confiance à 95 %. Le seuil de significativité statistique était fixé à 5 % ($p < 0,05$).

La colinéarité entre les variables explicatives a été recherchée à l'aide du facteur d'inflation de la variance (VIF). Les VIF étaient proches de 1, ne retrouvant pas d'argument en faveur d'une colinéarité importante.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Une notice d'information présentant les modalités de l'étude était affichée avant l'accès au questionnaire. Les participant(e)s devaient confirmer leur accord pour participer avant de pouvoir poursuivre le questionnaire. Aucune donnée directement identifiante, telle que le nom, le prénom ou l'adresse électronique, n'était recueillie.

L'étude a obtenu un avis favorable du Comité d'Ethique du Centre hospitalo-universitaire d'Angers (N° 2025-200). Le questionnaire et la base de données résultante de l'étude étaient hébergés sur le serveur sécurisé de l'université d'Angers. L'accès aux données était limité à l'investigatrice.

RÉSULTATS

1. Population répondante et population étudiée

Au total, 560 personnes ont répondu entièrement au questionnaire. Après application des critères d'inclusion et de non-inclusion, 504 personnes ont été incluses dans l'étude.

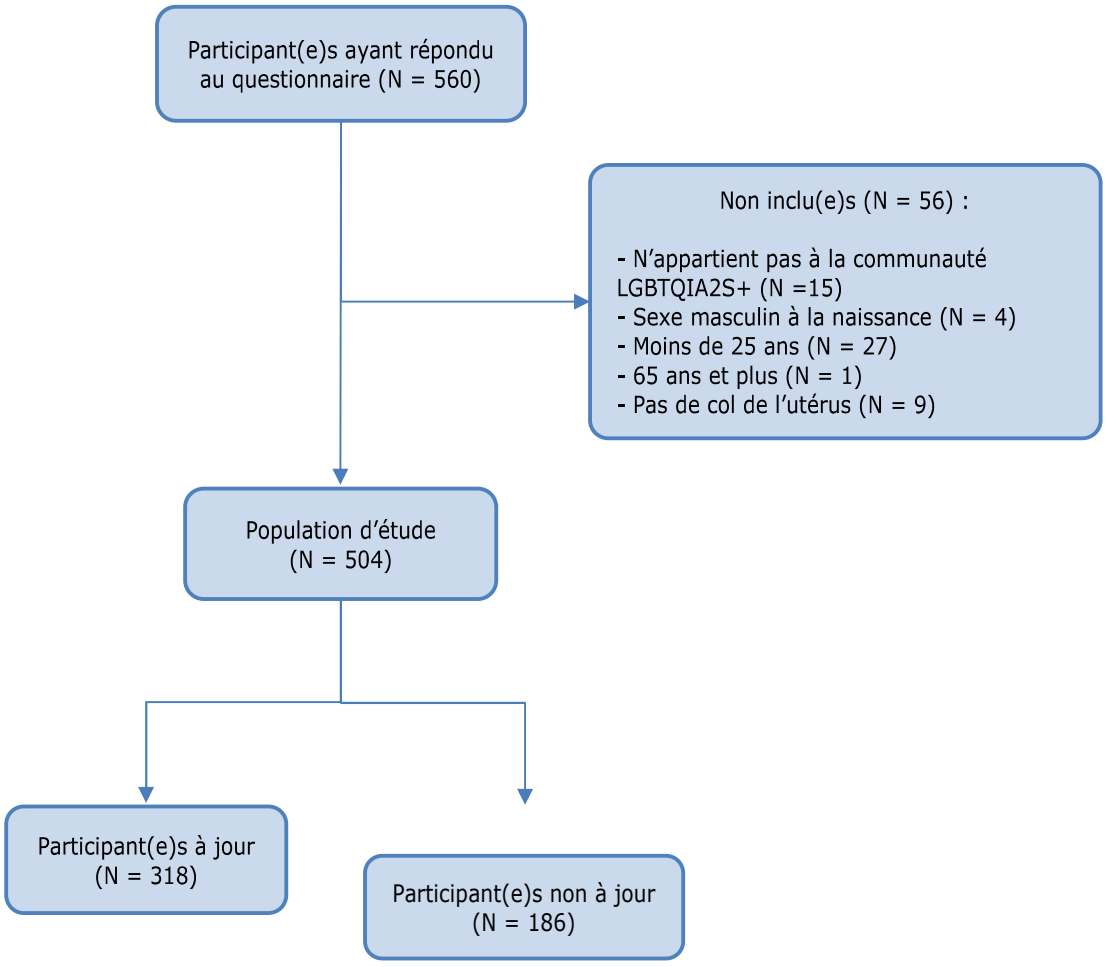


Figure 1 – Diagramme de flux

2. Caractéristiques générales de la population étudiée

Tableau I : caractéristiques de la population étudiée (N = 504)

Caractéristiques	***Tous (N=504) 100%***	***Femmes cisgenres (N=324) 64,3%***	***Femmes sans antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre (N=68)***	***Non-binaires & Agenre (N=134) 26,6%***	***Hommes transgenres (N=46) 9,1%***
1. Âge					
Entre 25 et 29 ans inclus	242 (48,0%)	138 (42,6%)	35 (51,5%)	77 (57,5%)	27 (58,7%)
Entre 30 et 64 ans inclus	262 (52,0%)	186 (57,4%)	33 (48,5%)	57 (42,5%)	19 (41,3%)
2. Lieu de résidence					
Ville > 500 000 hab.	147 (29,2%)	104 (32,1%)	18 (26,5%)	30 (22,4%)	13 (28,3%)
Ville entre 20 000 et 500 000 hab.	213 (42,3%)	126 (38,9%)	27 (39,7%)	64 (47,8%)	23 (50,0%)
Ville entre 2 000 et 20 000 hab.	83 (16,5%)	53 (16,4%)	11 (16,2%)	22 (16,4%)	8 (17,4%)
Rural < 2 000 hab.	61 (12,1%)	41 (12,7%)	12 (17,6%)	18 (13,4%)	2 (4,3%)
3. Niveau scolaire					
Inférieur ou égal au bac	52 (10,3%)	26 (8,0%)	5 (7,4%)	22 (16,4%)	4 (8,7%)
Inférieur ou égal à bac+3	121 (24,0%)	70 (21,6%)	17 (25,0%)	37 (27,6%)	14 (30,4%)
Supérieur à bac+3	331 (65,7%)	228 (70,4%)	46 (67,6%)	75 (56,0%)	28 (60,9%)

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Concernant le genre actuel, 324 participant(e)s étaient des femmes cisgenres, 110 non binaires, 24 agenres et 46 hommes transgenres. La majorité des participant(e)s étaient donc des femmes cisgenres (64,3 %). Près de la moitié avaient entre 25 et 29 ans (48,0 %), 65,7% avaient un niveau d'étude supérieur à bac+3 et la majorité vivait en milieu urbain (87,9 %).

Les hommes transgenres étaient moins nombreux à habiter en milieu rural (4,3 %) que l'ensemble des participant(e)s (12,1 %). Les personnes non binaires et agenres avaient plus fréquemment déclaré avoir un niveau inférieur ou égal au baccalauréat que les autres (16,4 % contre 8 % pour les femmes cisgenres) et moins fréquemment un niveau supérieur à bac+3 (56 % contre 70,4 % pour les femmes cisgenres).

3. Santé sexuelle et reproductive

Tableau II : Indicateurs de parcours sexuels et reproductifs

Caractéristiques	***Tous (N=504) 100%***	***Femmes cisgenres (N=324) 64,3%***	***Femmes sans antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre (N=68)***	***Non-binaires & Agenre (N=134) 26,6%***	***Hommes transgenres (N=46) 9,1%***
1. Schéma vaccinal HPV complet					
Oui	164 (32,5%)	100 (30,9%)	33 (33,8%)	49 (36,6%)	15 (32,6%)
Non / Ne sait pas	340 (67,5%)	224 (69,1%)	45 (66,2%)	85 (63,4%)	31 (67,4%)
2. Relation sexuelle avec une personne porteuse d'un col de l'utérus dans les 12 derniers mois					
Oui	293 (58,1 %)	217 (67,0 %)	48 (70,6 %)	56 (41,8 %)	20 (43,5 %)
Non	211 (41,9 %)	107 (33,0 %)	20 (29,4 %)	78 (58,2 %)	26 (56,5 %)
3. Antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre					
Oui	408 (81,0%)	256 (79,0%)	0 (0,0%)	116 (86,6%)	36 (78,3%)
Non	96 (19,0%)	68 (21,0%)	68 (100,0%)	18 (13,4%)	10 (21,7%)
4. Antécédent de grossesse					
Jamais de grossesse	407 (80,8 %)	252 (77,8 %)	59 (86,8 %)	115 (85,8 %)	40 (87,0 %)
Toutes grossesses confondues	97 (19,2 %)	72 (22,2 %)	9 (13,2 %)	19 (14,2 %)	6 (13,0 %)
Grossesse avec recours à la PMA	53 (10,5 %)	44 (13,6 %)	9 (13,2 %)	7 (5,2 %)	2 (4,3 %)
Grossesse interrompue par IVG	64 (12,7 %)	44 (13,6 %)	3 (4,4 %)	14 (10,4 %)	6 (13,0 %)
Grossesse interrompue par IMG ou fausse couche	52 (10,3 %)	38 (11,7 %)	5 (7,4 %)	11 (8,2 %)	3 (6,5 %)
Grossesse sans PMA, IVG, IMG ou fausse couche	32 (6,3 %)	25 (7,7 %)	3 (4,4 %)	5 (3,7 %)	2 (4,3 %)

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

La couverture vaccinale contre le HPV reste faible avec un taux de 32,5 % pour un schéma complet sur l'ensemble de l'échantillon. Parmi les 324 femmes cisgenres, 68 (21,0 %) déclaraient n'avoir jamais eu de rapport sexuel avec un homme cisgenre. À l'inverse, les hommes transgenres ont une très forte prévalence de rapports au cours de la vie avec des hommes cisgenres (78,3 %). Les antécédents de grossesse concernaient 19,2 % de l'échantillon total, et le recours à la PMA était rapporté par 10,5 % de l'ensemble des participant(e)s.

4. Dépistage du cancer du col de l'utérus

4.1. Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus

Tableau III : Pratiques, freins et indicateurs du dépistage du cancer du col de l'utérus

Caractéristiques	***Tous (N=504) 100%***	***Femmes cisgenres (N=324) 64,3%***	***Femmes sans antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre (N=68)***	***Non-binaires & Agenre (N=134) 26,6%***	***Hommes transgenres (N=46) 9,1%***
1. Professionnel ayant dit que le dépistage était inutile / pas à risque					
Oui	38 (7,5%)	23 (7,1%)	10 (14,7%)	11 (8,2%)	4 (8,7%)
Non	466 (92,5%)	301 (92,9%)	58 (85,3%)	123 (91,8%)	42 (91,3%)
2. Réalisation d'un dépistage au cours de la vie					
Déjà réalisé au moins une fois	359 (71,2%)	240 (74,1%)	35 (51,5%)	91 (67,9%)	28 (43,1%)
N'a jamais réalisé de dépistage	116 (23,0%)	67 (20,7%)	31 (45,6%)	33 (24,6%)	16 (34,8%)
Ne sait pas	29 (5,8%)	17 (5,2%)	2 (2,9%)	10 (7,5%)	2 (4,3%)
3. Antécédent de résultat anormal lors d'un dépistage parmi ceux déjà dépistés					
Oui	79 (22,0%)	60 (25,0%)	2 (5,7%)	15 (16,5%)	4 (14,3%)
Non	280 (78,0%)	180 (75,0%)	33 (94,3%)	76 (83,5%)	24 (85,7%)
4. Statut à jour des recommandations					
MOINS de 30 ans	(N=242)	(N=138)	(N=35)	(N=77)	(N=27)
À jour (Frottis < 3 ans)	153 (63,2%)	91 (65,9%)	13 (37,1%)	44 (57,1%)	18 (66,7%)
Non à jour ou Jamais fait	89 (36,8%)	47 (34,1%)	22 (62,9%)	33 (42,9%)	9 (33,3%)
PLUS de 30 ans	(N=262)	(N=186)	(N=33)	(N=57)	(N=19)
À jour (Test HPV < 5 ans)	165 (63,0%)	126 (67,7%)	17 (51,5%)	31 (54,4%)	8 (42,1%)
Non à jour ou Jamais fait	97 (37,0%)	60 (32,3%)	16 (48,5%)	26 (45,6%)	11 (57,9%)
TOUTES les personnes	(N=504)	(N=324)	(N=68)	(N=134)	(N=46)
À jour	318 (63,1%)	217 (67,0%)	30 (44,1%)	75 (56,0%)	26 (56,5%)
Non à jour ou Jamais fait	186 (36,9%)	107 (33,0%)	38 (55,9%)	59 (44,0%)	20 (43,5%)

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Concernant le discours des professionnels de santé : 7,4% des participant(e)s avaient rapporté qu'un(e) professionnel(le) de santé leur avait déjà déclaré être moins à risque ou ne pas avoir besoin de dépistage du CCU en raison de leur orientation sexuelle ou de genre. Ce chiffre s'élève à 14,7 % chez les femmes cisgenres n'ayant jamais eu de rapport avec un homme cisgenre.

Concernant le résultat du test, celui-ci est revenu anormal au moins une fois chez 22,0% des participant(e)s. Notons que parmi les femmes cisgenres n'ayant jamais eu de rapport sexuel avec un homme cisgenre, 5,7% ont déjà eu un résultat anormal.

Au total, 318 participant(e)s sur 504 (63,1 %) étaient à jour du dépistage du CCU. Cette proportion était de 67,0 % chez les femmes cisgenres, 56,0 % chez les personnes non binaires/agenres et 56,5 % chez les hommes transgenres. Parmi les femmes cisgenres n'ayant jamais eu de rapport sexuel avec un homme cisgenre, 44,1 % étaient à jour.

Dans l'ensemble de l'échantillon, 23,0 % déclaraient n'avoir jamais réalisé de dépistage du CCU et 5,8 % ne savaient pas s'ils en avaient déjà réalisé. La proportion de personnes n'ayant jamais été dépistées était de 20,7 % chez les femmes cisgenres, 24,6 % chez les personnes non binaires/agenres, 34,8 % chez les hommes transgenres et atteignait 45,6 % chez les femmes cisgenres n'ayant jamais eu de rapport sexuel avec un homme cisgenre.

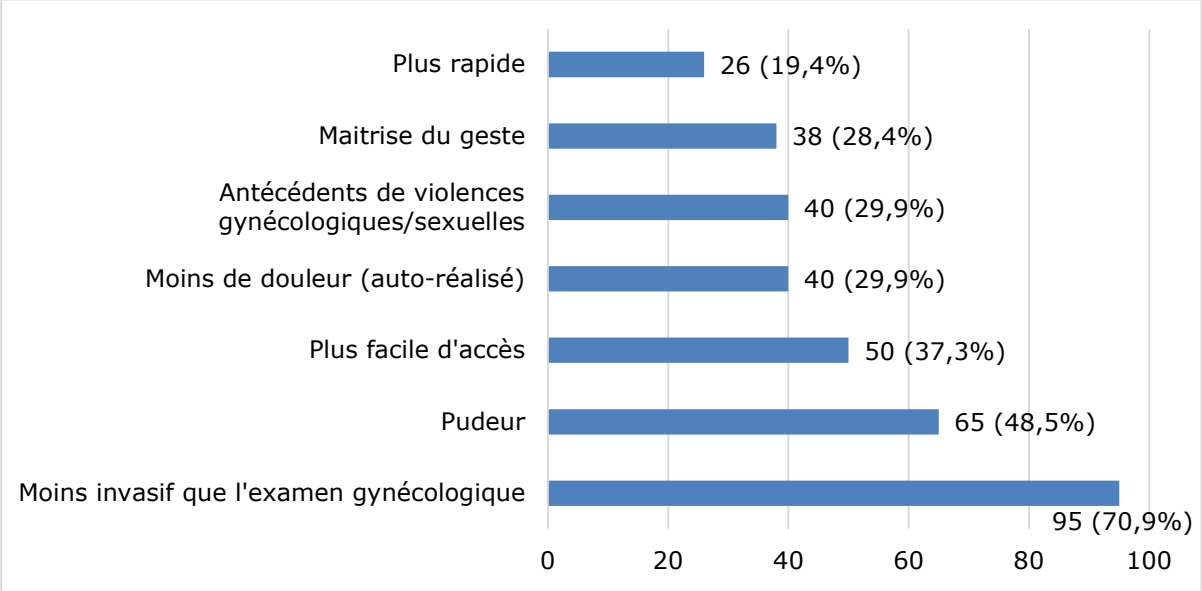
4.2. Rapport à l'autotest HPV

Tableau IV : Rapport à l'autotest parmi ceux n'en ayant jamais réalisé ou ne sachant pas

Caractéristiques	***Tous (N=145)***	***Femmes cisgenres (N=84)***	***Femmes sans antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre (N=33)***	***Non-binaires & Agenre (N=43)***	***Hommes transgenres (N=18)***
Accord pour réaliser un autotest HPV	134 (92,4%)	80 (95,2%)	30 (90,9%)	38 (88,4%)	16 (88,9%)

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Chez les 145 personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du CCU ou qui ne savent plus, 134 (92,4 %) accepteraient de réaliser un autotest HPV s'il leur était proposé. Cette proportion était de 95,2 % chez les femmes cisgenres, 88,4 % chez les personnes non binaires/agenres et 88,9 % chez les hommes transgenres.



NB : réponses à la question « pourquoi privilégierez-vous l'autotest ? » parmi les 134 personnes ayant répondu « non » ou « ne sait pas » à la question sur le dépistage antérieur, et qui ont répondu « oui » à la question « seriez-vous d'accord pour réaliser un autotest HPV si on vous expliquait comment le faire ? ». Les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

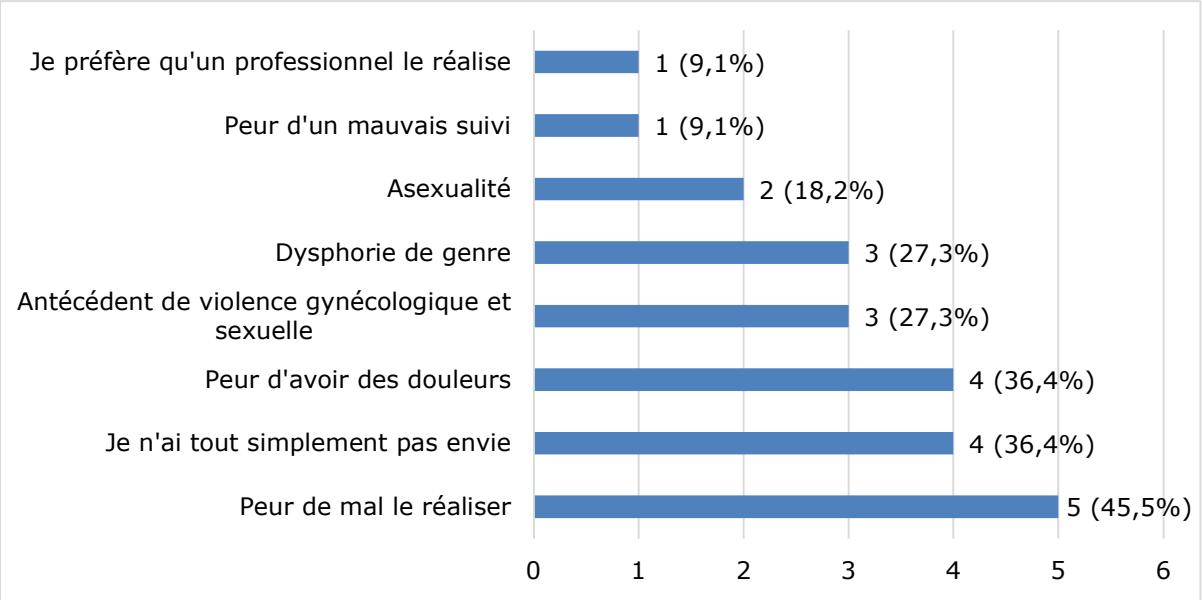
Figure 2 – Raisons de préférer l'autotest par rapport à un dépistage du CCU fait par un professionnel

Sur les 145 personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du CCU, 134 seraient d'accord pour le réaliser sous forme d'autotest (92.4%). La principale motivation avancée pour privilégier l'autotest est son caractère moins invasif que l'examen gynécologique avec spéculum (70,9% des répondants). Vient ensuite la pudeur est mentionnée par 48,5% des répondants. Des considérations plus directement liées à l'expérience corporelle ou au vécu médical sont également importantes : 29,9% évoquent un antécédent de violence gynécologique et sexuelles, 29,9% évoquent également la possibilité de douleurs moindres.

Enfin, des arguments d'ordre pratique ou technique apparaissent de manière moins centrale. La plus grande facilité de l'autotest (pas besoin de médecin traitant, possible sans rendez-vous en laboratoire) est rapportée par 37,3% des répondants, la maîtrise du geste est citée par 28,4% des répondants et la rapidité par 19,4% d'entre eux.

A noter que des personnes ont ajouté :

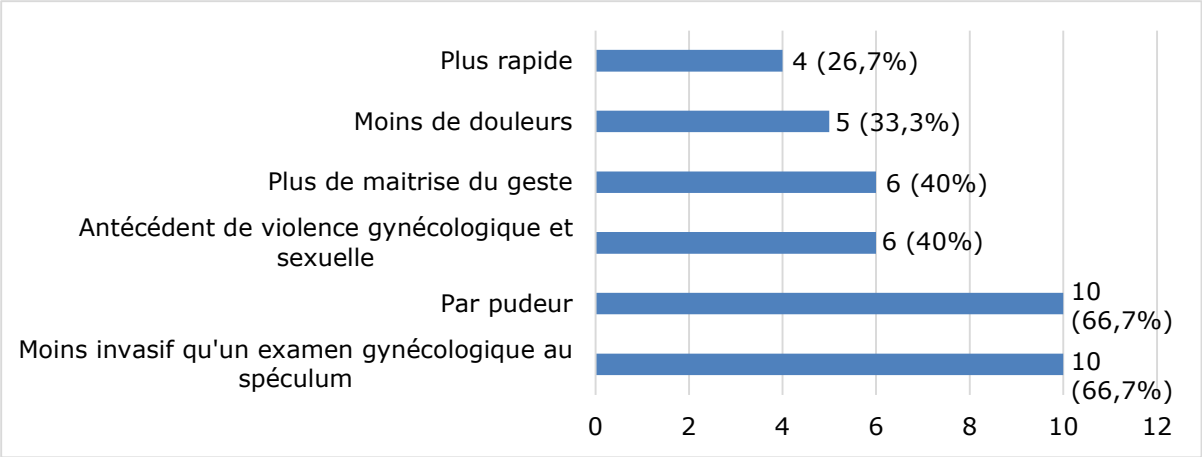
- La dysphorie de genre = 1 répondant(e).
- Le stress moins important quand on est seul que d'aller voir un gynécologue = 1 répondant(e).
- L'hétéronormativité, sans parler de violences, l'incompréhension des pratiques sexuelles par des professionnels de santé (rapports non pénétratifs, puis arrêt des relations sexuelles dans un contexte de relation asexuelle…) = 1 répondant(e).



NB : Réponses à la question « pourquoi refusez-vous l'autotest ? » parmi les 11 personnes ayant répondu « non » ou « ne sait pas » à la question sur le dépistage antérieur, et qui ont répondu « non » à la question « seriez-vous d'accord pour réaliser un autotest HPV si on vous expliquait comment le faire ? ». Les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Figure 3 – Raisons de refuser tout dépistage du CCU, même sous forme d'autotest

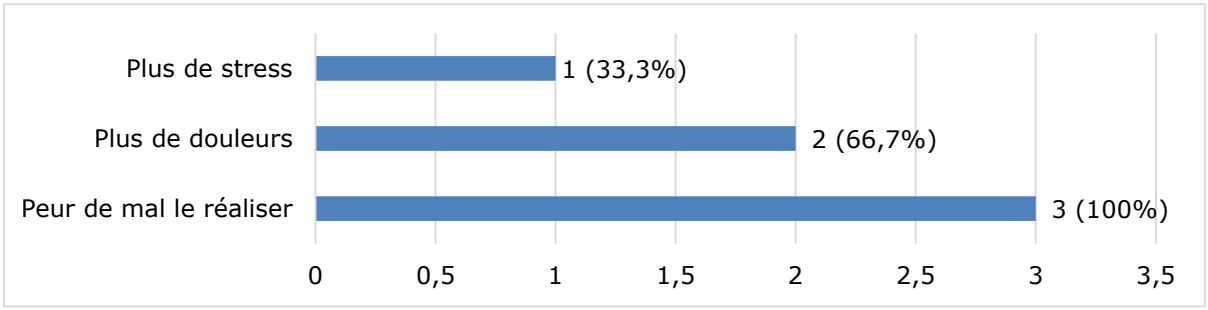
Sur les 145 personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du CCU, 11 (7,6 %) n'étaient pas d'accord pour réaliser le dépistage et ce même sous forme d'autotest. Les réponses de petit échantillon montrent que certain(e)s patient(e)s perçoivent également l'auto-prélèvement comme une source d'anxiété : peur de mal réaliser le test (45.5%), peur de se faire mal (36.4%), antécédent de violence gynécologique et sexuelle (27.3%), dysphorie (27.3%)...



NB : Réponses à la question « pourquoi avez-vous préféré l'autotest ? » parmi les 15 personnes ayant déjà réalisé un autotest et répondu « oui » à la question « avez-vous préféré la méthode par autotest ? ». Les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Figure 4 – Raisons de préférer l'autotest, chez les personnes de plus de 30 ans l'ayant testé

Parmi les 18 répondant(e)s de plus de 30 ans ayant déjà réalisé un autotest HPV, 15 (83,5 %) avaient déclaré avoir préféré cette méthode. Il existait une forte prévalence de violences gynécologiques et sexuelles dans ce sous-groupe (40%).



NB : Réponses à la question « pourquoi avez-vous moins aimé l'autotest ? » parmi les 3 personnes ayant déjà réalisé un autotest et répondu « non » à la question « avez-vous préféré la méthode par autotest ? ». Les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Figure 5 – Raisons de ne pas préférer l'autotest, chez les personnes de plus de 30 ans l'ayant testé

3 répondant(e)s de plus de 30 ans sur 18 ayant déjà réalisé un autotest (soit 16.5%), ont déclaré avoir moins aimé celui-ci. Le frein partagé par ces patient(e)s est la peur de mal le réaliser, peut-être que cela génère une charge mentale supplémentaire (faux négatif, prélèvement insuffisant, mauvaise exécution du geste). A noter que 2 patient(e)s sur les 18 (11.1%) ayant déjà réalisé un autotest ont vécu plus de douleurs qu'avec un dépistage du CCU réalisé par un(e) professionnel(e).

5. Lien avec le statut de dépistage du CCU, analyse univariée

Tableau V : Lien entre les caractéristiques sociodémographiques et le statut de dépistage

Variable	*À jour n (%)*	*OR [IC95 %]*	*p-value*	*pHolm*
1. Age				
Entre 25 et 29 ans inclus (n = 242)	153 (63,2%)	Réf.		
Entre 30 et 64 ans inclus (n=262)	165 (63,0%)	0,99 [0,69–1,42]	0,95	
2. Genre				
Femmes cisgenres (n=324)	217 (67,0 %)	Réf.		
Personnes non cisgenres : agenres, non binaires, hommes trans (n=180)	101 (56,1 %)	**0,63 [0,43–0,92]**	**0,015**	
• *Non-binaires et agenres (n = 134)*	75 (56,0 %)	0,63 [0,42–0,95]	0,026	0,052*
• *Hommes transgenres (n = 46)*	26 (56,5 %)	0,64 [0,34–1,20]	0,162	0,162*
3. Lieu de vie				
Non rural (n = 443)	284 (64,1%)	Réf.		
Rural <2000 habitants (n = 61)	34 (55,7%)	0,71 [0,41–1,21]	0,21	
4. Niveau scolaire				
> bac+3 (n = 331)	220 (66,5%)	Réf.		
≤ bac+3 (n = 121)	70 (57,9%)	0,69 [0,45–1,06]	0,092	
≤ bac (n = 52)	28 (53,8%)	0,59 [0,33–1,06]	0,079	

NB : OR = odds ratio ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les analyses exploratoires (*) ont été réalisées en prenant les femmes cisgenres comme groupe de référence (Réf.), et leur p-values ont été corrigées selon la méthode de Holm. Le seuil de significativité était fixé à 5 % (p<0,05). Les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Une association statistiquement significative était observée entre le genre et le statut de dépistage du CCU, avec une proportion de personnes à jour plus élevée chez les femmes cisgenres que chez les personnes non cisgenres (OR = 0,63 ; IC95 % [0,43–0,92] ; p = 0,015). Après correction de Holm, les analyses exploratoires comparant séparément les personnes non binaires/agenres et les hommes transgenres aux femmes cisgenres n'étaient pas statistiquement significatives.

Tableau VI : Lien entre l'antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre et le statut de dépistage

Groupe	*Rapport avec un homme cisgenre*	*À jour, n (%)*	*OR [IC95 %]*	*p-value*	*pHolm*
Population totale	Oui (n = 348)	277 (67,9%)	Réf.	—	—
	Non (n = 96)	41 (42,7%)	**0,35 [0,22–0,56]**	**<0,001**	
Femmes cisgenres	Oui (n = 256)	187 (73,0%)	Réf.	—	—
	Non (n = 68)	30 (44,1%)	**0,29 [0,17–0,51]**	**<0,001**	**<0,001***
Femmes cisgenres ayant eu une relation sexuelle récente avec une personne porteuse d'un col	Oui (n = 169)	131 (77,5 %)	Réf.	—	—
	Non (n = 48)	24 (50,0 %)	**0,29 [0,15–0,57]**	**< 0,001**	**< 0,001***
Non-binaires et agenres	Oui (n = 116)	68 (58,6%)	Réf.	—	—
	Non (n = 18)	7 (38,9%)	0,45 [0,16–1,24]	0,117	0,233*
Hommes transgenres	Oui (n = 36)	22 (61,1%)	Réf.	—	—
	Non (n = 10)	4 (40,0%)	0,42 [0,09–2,02]	0,292	0,292*

NB : OR = odds ratio ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Le groupe « rapport avec un homme cisgenre « oui » est utilisé comme catégorie de référence (Réf.). Les p-values des analyses exploratoires (*) ont été corrigées selon la méthode de Holm. Le seuil de significativité était fixé à 5 % (p<0,05). Les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Dans la population totale, l'absence d'antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre était associée à un moindre recours au dépistage du CCU (OR = 0,35 ; IC95 % [0,22–0,56] ; p < 0,001).

Dans les analyses exploratoires par sous-groupes, cette association restait statistiquement significative après correction de Holm chez les femmes cisgenres (OR = 0,29 ; IC95 % [0,17–0,51] ; pHolm < 0,001) et les femmes cisgenres ayant un antécédent de rapport sexuel récent avec une personne porteuse d'un col (OR = 0,29 ; IC95 % [0,15–0,57] ; pHolm < 0,001). Elle n'était pas statistiquement significative chez les personnes non binaires/agenres et les hommes transgenres.

Tableau VII : Lien entre relation récente avec une personne porteuse d'un col de l'utérus et statut de dépistage

Population	*Relation avec une personne porteuse d'un col dans les 12 derniers mois*	*À jour n (%)*	*OR [IC95 %]*	*p-value*	*pHolm*
Population totale	**Oui (n = 293) — Réf.**	201 (68,6 %)	Réf.	—	—
	Non (n = 211)	117 (55,5 %)	**0,57 [0,39–0,82]**	**0,003**	—
Femmes sans antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre	Oui (n = 48) — Réf.	24 (50,0 %)	Réf.	—	—
	Non (n = 20)	6 (30,0 %)	0,43 [0,14–1,30]	0,141	0,423
Femmes avec antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre	Oui (n = 169) — Réf.	131 (77,5 %)	Réf.	—	—
	Non (n = 87)	56 (64,4 %)	0,52 [0,30–0,92]	0,025	0,1
Non-binaires et agenres	Oui (n = 56) — Réf.	35 (62,5 %)	1	—	—
	Non (n = 78)	40 (51,3 %)	0,63 [0,31–1,27]	0,197	0,423
Hommes transgenres	Oui (n = 20) — Réf.	11 (55,0 %)	1	—	—
	Non (n = 26)	15 (57,7 %)	1,12 [0,34–3,61]	0,795	0,795

NB : OR = odds ratio ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Le groupe ayant répondu « oui » à la question « avez-vous eu une relation avec une personne porteuse d'un col de l'utérus dans les 12 derniers mois » est utilisé comme catégorie de référence (Réf.). Le seuil de significativité était fixé à 5% ($p<0,05$). Les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Une association statistiquement significative a été observée entre le fait d'avoir eu une relation avec une personne porteuse d'un col de l'utérus dans les 12 derniers mois et le statut de dépistage du CCU. Parmi les personnes ayant eu une relation récente 68,6 % étaient à jour de leur dépistage, contre 55,5 % parmi celles n'en ayant pas eu. L'absence de relation récente avec une personne porteuse d'un col de l'utérus était associée à une moindre probabilité d'être à jour du dépistage du CCU (OR = 0,57 ; (IC95 % [0,39–0,82] ; p = 0,003).

Des analyses exploratoires ont été réalisées dans chaque sous-groupe afin de voir si l'association observée dans la population d'étude était présente, et ajustées selon la méthode de Holm. Elles n'étaient pas statistiquement significatives après la prise en compte des comparaisons multiples, avec correction de Holm. C'est le cas notamment pour le sous-groupe des femmes cisgenre avec antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre.

Tableau VIII : Lien entre antécédent de grossesse et le statut de dépistage

Antécédent de grossesse	*À jour n (%)*	*Non à jour n (%)*	*OR [IC95 %]*	*p-value*
Oui	71 (73,2%)	26 (26,8%)	Réf.	—
Non	247 (60,7%)	160 (39,3**%**)	**0,57 [0,35–0,92]**	**0,023**

NB : OR = odds ratio ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Le seuil de significativité était fixé à 5% (p<0,05). Les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

L'absence d'antécédent de grossesse était associé à une moindre participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (OR = 0,57 ; IC95 % [0,35–0,92] ; p = 0,023).

Tableau IX : Lien entre l'information reçue d'un(e) professionnel(le) de santé et le statut de dépistage

Information reçue	*À jour n (%)*	*Non à jour n (%)*	*OR [IC95 %]*	*p-value*
Oui	17 (44,7**%**)	21 (55,3**%**)	**0,44 [0,23–0,86]**	**0,015**
Non	301 (64,6**%**)	165 (35,4**%**)	Réf.	—

NB : OR = odds ratio ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Le seuil de significativité était fixé à 5% (p<0,05). Les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Avoir déclaré avoir reçu comme information d'un(e) professionnel(le) de santé que le dépistage du CCU n'était pas indiqué, ou pas à risque, du fait de son orientation sexuelle ou de genre était associé à une probabilité plus faible d'être à jour du dépistage du CCU (OR = 0,44 ; IC95 % [0,23–0,86] ; p = 0,015).

6. Lien avec le statut de dépistage du CCU, analyse multivariée

Tableau X : Lien entre les caractéristiques et le statut de dépistage du CCU, analyse multivariée

Variable	*Référence*	*OR brut [IC95 %]*	*ORa [IC95 %]*	*p-value*
Genre (Non cisgenre vs cisgenre)	Cisgenre	0,63 [0,43–0,92]	0,69 [0,46–1,04]	0,079
Lieu de vie (Rural <2000 habitants vs non rural)	Non rural	0,71 [0,41–1,21]	0,77 [0,43–1,38]	0,379
Age (30-64ans vs 25-29ans)	25-29ans	0,99 [0,69–1,42]	0,73 [0,49–1,11]	0,144
Niveau scolaire (≤ bac vs > bac+3)	> bac+3	0,59 [0,33–1,06]	0,59 [0,31–1,13]	0,111
Niveau scolaire (≤ bac+3 vs > bac+3)	> bac+3	0,69 [0,45–1,06]	0,78 [0,50–1,22]	0,269
Information professionnelle inadaptée (Oui vs non)	Non	0,44 [0,21–0,87]	0,53 [0,26–1,08]	0,079
Rapport sexuel avec un homme cisgenre dans sa vie (Aucun vs oui)	Oui	0,35 [0,22–0,55]	**0,34 [0,21–0,55]**	**<0,001**
Relation sexuelle avec personne porteuse d'un col < 12 mois (Non vs oui)	Oui	0,57 [0,40–0,82]	**0,58 [0,39–0,86]**	**0,007**
Antécédent de grossesse (Aucun vs oui)	Oui	0,57 [0,35–0,92]	**0,54 [0,31–0,94]**	**0,03**

NB : OR = odds ratio ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les OR ajustés ont été obtenus par régression logistique multivariée. Le seuil de significativité était fixé à 5% (p<0,05). Les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Trois variables restaient significativement associées au statut de dépistage du CCU après ajustement, avec une moindre participation au dépistage en l'absence de rapport sexuel avec un homme cisgenre (ORa = 0,34 ; IC95 % [0,21–0,55] ; p < 0,001), l'absence d'antécédent de grossesse (ORa = 0,54 ; IC95 % [0,31–0,94] ; p = 0,030) et l'absence de relation avec une personne porteuse d'un col de l'utérus dans les 12 derniers mois (ORa = 0,58 ; IC95 % [0,39–0,86] ; p = 0,007).

Deux variables n'étaient plus significativement associées au statut de dépistage du CCU après ajustement : le genre (ORa = 0,69 ; IC95 % [0,46–1,04] ; p = 0,079) et l'information professionnelle inadaptée (ORa = 0,53 ; IC95 % [0,26–1,08] ; p = 0,079).

DISCUSSION

Dans notre étude, 63,1 % des participant(e)s étaient à jour du dépistage du CCU. La participation était de 67,0 % chez les femmes cisgenres, 56,0 % chez les personnes non binaires/agenres, 56,5 % chez les hommes transgenres et de seulement 44,1 % chez les femmes cisgenres sans antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre. Après ajustement, trois facteurs restaient significativement associés à une moindre participation au dépistage : l'absence de rapport sexuel avec un homme cisgenre (ORa = 0,34), l'absence de relation avec une personne porteuse d'un col de l'utérus au cours des 12 derniers mois (ORa = 0,58) et l'absence d'antécédent de grossesse (ORa = 0,54). Le genre et l'information professionnelle inadaptée n'étaient plus significativement associé au statut de dépistage après ajustement.

Par ailleurs, plusieurs freins liés à l'examen gynécologique étaient rapportés chez les personnes éloignées du dépistage, notamment son caractère invasif, la pudeur, la peur de la douleur et les antécédents de violences. L'autotest HPV semblait présenter un intérêt dans cette population : parmi celles n'ayant jamais réalisé de dépistage ou ne sachant plus, 92,4 % déclaraient qu'elles accepteraient d'en réaliser un s'il leur était proposé. Parmi les personnes de plus de 30 ans ayant déjà expérimenté les deux méthodes de dépistage, 83,5 % déclaraient préférer l'autotest HPV.

1. Une faible participation au dépistage du cancer du CCU

1.1. Dans l'ensemble de la population LGBTQIA2S+ éligible

Dans notre étude, 63,1 % des participant(e)s étaient à jour. Ce taux est donc proche des données du Bulletin épidémiologique hebdomadaire en population générale, mais inférieur aux taux retrouvés dans les enquêtes déclaratives.

1.2. Chez les femmes cisgenres LGBTQIA2S+

Parmi les femmes cisgenres de notre étude, 67 % étaient à jour du dépistage du CCU, 20,7 % n'en avaient jamais réalisé et 5,2 % ne savaient plus. Plusieurs études déclaratives portant sur les FSF ont également étudié leur participation au dépistage du CCU : dans l'enquête EGaLe-MG 60,8 % étaient à jour de leur dépistage et 15,2 % n'en avaient jamais réalisé (61) ; dans l'enquête LESBICLEAR 64,7 % étaient à jour de leur dépistage et 18,7 % n'en avaient jamais réalisé (13). Dans l'enquête CSF 58 % des femmes homosexuelles étaient à jour, contre 77 % des bisexuelles et 83 % des hétérosexuelles. L'orientation homosexuelle restait associée à une moindre participation au dépistage après ajustement sur l'âge, le niveau d'étude et la santé perçue (OR = 0,28) (40).

Notre taux de 67 % reste inférieur aux taux déclarés en population générale. Or comme vu précédemment, le mode déclaratif a tendance à surestimer ce taux. Le taux légèrement plus élevé retrouvé dans notre étude par rapport à EGaLe-MG et LESBICLEAR pourrait être lié aux caractères socio-démographiques de notre échantillon, avec une population jeune et diplômée, potentiellement plus sensibilisée aux questions de prévention. Ces différences pourraient également être liées aux populations étudiées, aux définitions utilisées et aux périodes de recueil. Enfin, l'évolution des modalités du dépistage et des messages de prévention au cours des dernières années peuvent également être évoquées.

1.3. Chez les personnes non cisgenres

La participation au dépistage du CCU était plus faible chez les personnes non cisgenres de notre étude que chez les femmes cisgenres : 56,0 % chez les non binaires/agenres et 56,5 % chez les hommes transgenres, contre 67,0 % chez les femmes cisgenres. En analyse univariée les personnes non cisgenres avaient une moindre probabilité d'être à jour de leur dépistage que les femmes cisgenres, mais l'association n'atteignait plus le seuil de significativité statistique après ajustement.

A l'inverse dans la littérature, plusieurs études retrouvaient une moindre participation au dépistage du CCU chez les hommes transgenres. Une étude de 2012 comparant les dossiers de 350 hommes transgenres à ceux de femmes cisgenres retrouvait une moindre probabilité d'être à jour, après ajustement sur certaines caractéristiques individuelles et liées au système de soins (ORa = 0.63) (45). Une étude transversale réalisée en Ontario en 2019 sur des dossiers médicaux de plus de 45 000 patient(e)s dont 120 hommes transgenres, retrouvait également une moindre participation chez les personnes non cisgenres après ajustement sur des facteurs sociaux économiques (OR = 0,39) (62). D'autres études rapportaient également des disparités quant à la participation au dépistage du CCU au sein des populations non cisgenres, avec une moindre probabilité d'être à jour chez les hommes transgenres que chez les personnes non binaires (OR = 0,09) (63).

L'absence d'association statistiquement significative après ajustement dans notre étude peut avoir plusieurs explications. Tout d'abord, l'effectif des hommes transgenres était faible (n = 46), entraînant un manque de puissance pour mettre en évidence une association modérée. De plus, notre analyse principale regroupait les hommes transgenres, les personnes non binaires et les personnes agenres au sein de la catégorie « non cisgenre », alors que ces populations ne présentent pas nécessairement les mêmes parcours de soins ni les mêmes freins au dépistage du CCU. Enfin, notre analyse multivariée prenant en compte plusieurs éléments du parcours sexuel et reproductif, une partie de la différence observée entre les groupes en analyse univariée pourrait donc être liée à des différences de parcours sexuels plutôt qu'au genre seul. Nos résultats ne permettent pas de conclure à une association entre le genre et le statut de dépistage du CCU après ajustement, mais l'estimation restait néanmoins orientée vers une moindre participation.

Au total, la participation au dépistage du CCU reste insuffisante dans notre échantillon. Le genre ne semble pas expliquer à lui seul les écarts de participation, après prise en compte des autres facteurs.

2. Facteurs influençant la réalisation du dépistage du CCU dans la population LGBTQIA2S+ porteuse d'un col de l'utérus

2.1. L'antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre

Dans notre étude, l'absence d'antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre était fortement associée à une moindre participation au dépistage du CCU. Parmi les femmes cisgenres ayant déjà eu un rapport sexuel avec un homme cisgenre, 73,0 % étaient à jour du dépistage, contre 44,1 % chez celles n'en ayant jamais eu. La proportion de personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du CCU était également plus importante chez les femmes sans antécédent de rapport avec un homme cisgenre : 45,6 % contre 20,7 % chez celles en ayant déjà eu. Dans l'ensemble de notre échantillon, cette association persistait après ajustement sur les autres facteurs étudiés (ORa = 0,34).

Cette association est également retrouvée dans plusieurs études Françaises et internationales portant sur les FSF. Dans l'enquête LESBICLEAR, les FSF mixtes étaient 5,5 fois plus susceptibles d'être à jour du dépistage du CCU que les FSF exclusives. La proportion de personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du CCU était de 18,7 % chez l'ensemble des FSF et de 34,3 % chez les FSF exclusives (13). Dans l'étude de Poupon et al., les FSF exclusives étaient 2,66 fois plus susceptibles de ne pas être à jour que les FSF mixtes, avec une participation de 55,4 % contre 76,8 % (44). Une méta-analyse Américaine de 2022 retrouvait également une moindre participation chez les FSF par rapport aux FSH (OR = 0,58), avec une association encore plus marquée chez les FSF exclusives (OR = 0,46) (64).

Cette association pourrait être expliquée par une plus faible perception du risque lié au HPV et de la nécessité du dépistage du CCU en l'absence de rapport avec un homme. Un commentaire recueilli dans mon étude reflète cette représentation *: « Merci pour cette étude. La santé sexuelle des lesbiennes était un impensé dans les années 1990-2000 où j'ai débuté ma vie sexuelle. Une consultation gynécologique était considérée comme un truc d'hétéro, pas nécessaire pour nous. Je suis contente de voir que l'éducation*

à la santé sexuelle a fait du chemin depuis. » Cette hypothèse est retrouvée dans la littérature. Dans l'enquête LESBICLEAR, 19,8 % des FSF estimaient avoir un risque personnel de CUU plus faible que les FSH, ou ne savaient pas situer leur risque. Concernant le risque de portage HPV, 40,9 % des FSF pensaient avoir un plus faible qu'une FSH ou ne savaient pas. Une moindre perception du besoin de dépistage et l'incertitude concernant le risque d'infection à HPV étaient associées à une moindre participation au dépistage du CCU (13). Dans l'étude de Poupon et Al., 16,9 % des FSF exclusives considéraient le dépistage du CCU comme moins utile pour elles que pour les autres femmes, et 27,7 % d'entre-elles pensaient avoir un risque de CCU plus faible (44). Chez les personnes transgenres, la méconnaissance de la persistance d'un col de l'utérus après une hystérectomie supra-cervicale est fréquente, majorant le sentiment d'immunité face au HPV (59).

Les connaissances concernant le CCU et de l'intérêt du dépistage pourraient également intervenir. Dans l'enquête LESBICLEAR, plusieurs connaissances étaient associées à une meilleure participation au dépistage du CCU, notamment son utilité, les recommandations françaises, la possibilité d'un portage asymptomatique du HPV et de ses différents modes de transmission (13). Aux Etats-Unis, Tracy et Al. retrouvaient également une meilleure participation chez les femmes connaissant le rôle du dépistage dans la prévention du CCU (OR = 1.95) (53). Enfin, une revue de littérature sur 17 études Américaines retrouvait la même association (65).

2.2. L'activité sexuelle récente avec une personne porteuse d'un col de l'utérus

Dans notre étude, l'absence de relation sexuelle dans les 12 derniers mois avec une personne porteuse d'un col de l'utérus était associée à une moindre participation au dépistage du CCU. Cette association statistique persistait après ajustement sur les autres facteurs étudiés (ORa = 0,58 ; IC95 % [0 ,39–0,86] ; p = 0,007), notamment l'antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre. Les deux variables restaient associés au statut de dépistage après ajustement l'une sur l'autre.

Une étude américaine portant sur 435 FSF retrouvait également une association entre le fait d'avoir un(e) partenaire et le statut de dépistage du CCU après ajustement. Parmi les personnes non dépistées, 28 % des personnes considéraient que le dépistage du CCU n'était pas nécessaire (66). La contraception semble également constituer une occasion de contact avec le système de soins : dans une étude américaine de 2014, son utilisation était positivement associée au dépistage du CCU chez les femmes bisexuelles (OR = 10,03) et hétérosexuelles (OR = 6,79) (67). Dans l'enquête LESBICLEAR, 74,4 % des FSF qui avaient une contraception étaient à jour de leur dépistage du CCU, contre seulement 58,1% de celles n'en ayant jamais utilisé (13).

L'association retrouvée dans notre étude pourrait s'expliquer par une plus faible perception du risque. Cette hypothèse ne peut pas être démontrée par notre étude, mais elle reste cohérente avec le fait que 18,2 % des personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du CCU citaient l'asexualité comme motif de refus de l'autotest.

2.3. La vie reproductive

La grossesse constitue une occasion de faire le point sur les dépistages recommandés. Dans notre étude, l'absence d'antécédent de grossesse était associée à une moindre participation au dépistage du CCU, après ajustement sur les autres facteurs étudiés (ORa = 0,54 ; IC95% [0,31–0,94] ; p = 0,030). Cette association est également retrouvée dans la littérature. Dans l'enquête LESBICLEAR, les FSF sans antécédent de grossesse étaient après ajustement plus à risque de n'avoir jamais réalisé de dépistage du CCU, par rapport à celles qui avaient déjà été enceintes (13). Dans une étude américaine portant sur 430 FSF, un antécédent de grossesse était également associé à la réalisation d'un dépistage du CCU dans les 12 derniers mois.

Cette association pourrait s'expliquer par les contacts répétés avec le système de soins au cours d'une grossesse, constituant autant d'occasions de mettre à jour le dépistage du CCU. Elle peut également refléter un suivi gynécologique antérieur plus régulier chez les personnes ayant possiblement déjà utilisé

un moyen contraceptif ou eu un parcours reproductif. L'ouverture de la PMA aux couples de femmes en France en 2021 pourrait modifier progressivement les parcours reproductifs et multiplier les contacts avec les professionnel(le)s de santé. Notre étude ne permet cependant pas de déterminer quel mécanisme explique l'association observée.

Les antécédents de grossesse étaient moins fréquents chez les personnes non cisgenres de notre échantillon : 13,0 % chez les hommes transgenres et 14,2 % chez les personnes non binaires/agenres, contre 25 % chez les femmes cisgenres. Un taux élevé de nulliparité chez les personnes transgenres a déjà été rapporté (47). La grossesse représente donc probablement une occasion de rattrapage moins fréquente dans ces groupes.

2.4. La prise en charge par les professionnel(le)s de santé

La recommandation du dépistage du CCU par les professionnel(le)s de santé semble jouer un rôle important dans sa réalisation. Dans notre étude, 7,5 % des participant(e)s déclaraient qu'un(e) professionnel(e) de santé leur avait déjà indiqué que le dépistage du CCU n'était pas nécessaire ou qu'elles n'étaient pas à risque en raison de leur orientation sexuelle ou de genre. Elle atteignait 14,7 % chez les femmes sans antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre. Le fait d'avoir reçu cette information était négativement associée à la participation au dépistage du CCU en analyse univariée, mais n'atteignait plus le seuil de signification statistique après ajustement sur les autres facteurs étudiés (ORa = 0,53 ; IC95 % [0,26–1,08] ; p = 0,079).

Deux commentaires de notre étude montrent que des informations inadaptées peuvent encore être délivrées avec des difficultés dans la prise en charge, sans pour autant pouvoir les quantifier : *"Suite à un résultat HPV anormal : le professionnel de santé ne savait pas comment répondre à ma question sur les pratiques de prévention dans les rapports sexuels lesbiens. Aucune mesure de dépistage spécifique n'a été conseillée pour ma compagne", "J'ai un professionnel de santé qui m'a dit vous êtes lesbienne pas besoin de test et un autre (même profession) qui m'a dit faites quand même on n'en sait pas assez sur le HPV pour ne pas prendre de précautions..."*

Dans l'enquête LESBICLEAR, le fait qu'un médecin ait indiqué que le dépistage du CCU était inutile en raison de l'orientation sexuelle restait associé au retard du dépistage (ORa = 3,74) et à l'absence total de dépistage (ORa = 6,07). Aux États-Unis, Tracy et Al. retrouvaient le même constat. A l'inverse, sa recommandation par un(e) professionnel(le) de santé était associée à une meilleure participation au dépistage (OR = 2,04) (13,53).

Dans notre étude, l'association observée en analyse univariée n'atteignait plus le seuil de significativité statistique après ajustement. La différence avec les autres études pourrait avoir plusieurs explications. Ces dernières concernaient seulement les FSF, à l'inverse de la nôtre qui avait un recrutement plus large. La formulation de l'exposition n'était également pas exactement la même : notre question regroupait l'absence d'indication du dépistage du CCU et la notion de faible risque en raison de l'orientation sexuelle ou du genre. Enfin, seules 38 personnes dans notre étude rapportaient avoir reçu cette information, ce qui a pu limiter la précision de l'estimation après ajustement. Nos résultats restent néanmoins orientés vers une moindre participation, restant cohérent avec les autres résultats.

Au total, nos résultats montrent que la participation au dépistage du CCU s'inscrit dans un parcours plus large, associant pratiques sexuelles, activité sexuelle récente, parcours reproductif et informations reçues des professionnel(le)s de santé. Ces éléments ne doivent pas être déduits du genre ou de l'orientation sexuelle.

3. Les freins liés à l'examen gynécologique dans la population LGBTQIA2S+

3.1. La peur du geste et de l'examen gynécologique

La peur ou l'inconfort liés à l'examen gynécologique peuvent constituer un frein à la réalisation du dépistage du CCU. Dans notre étude, parmi les 145 participant(e)s n'ayant jamais réalisé de dépistage du CCU ou ne sachant plus, 134 déclaraient qu'elles accepteraient de réaliser un autotest si on le leur proposait. Les principaux motifs de préférence de ce dernier étaient son caractère moins invasif (70,9 %), le respect de la pudeur (48,5 %) et la diminution de la douleur (29,9 %). L'éloignement du dépistage du CCU pourrait donc être lié aux modalités de sa réalisation, plus que dans le dépistage lui-même.

Parmi les FSF de l'enquête LESBICLEAR, 48% de celle n'ayant jamais réalisé de dépistage du CCU rapportaient une peur de l'examen gynécologique ou le malaise qu'il pouvait provoquer. Pourtant, avoir un examen gynécologique datant de moins d'un an était associé à un meilleure participation au dépistage du CCU (13).

3.2. Les antécédents de violences sexuelles et gynécologiques

Les antécédents de violences physiques et sexuelles peuvent participer à l'évitement de l'examen gynécologique. Dans notre étude, les antécédents de violences gynécologiques et sexuelles étaient cités comme raison de préférer l'autotest par 29,9 % des personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du CCU ou qui ne sachant plus, et qui accepteraient de réaliser un autotest. Ce motif était également rapporté par 27,3 % des personnes refusant toutes les modalités de dépistage du CCU.

Un commentaire recueilli dans notre questionnaire illustre les conséquences que peut avoir une mauvaise expérience médicale sur le recours aux soins *: "J'ai été agressée par un gynécologue de l'hôpital à mes 20*

ans parce que je suis lesbienne, j'ai réussi à retourner voir une professionnelle de la santé à mes 33 ans mais c'est extrêmement difficile d'avoir recours à des pro de santé liés à l'intimité". Ce témoignage ne peut pas être généralisé à l'ensemble de la population étudiée, mais il représente la manière dont une expérience traumatique peut compliquer le recours aux soins gynécologiques.

Plusieurs études témoignent du surrisque de violences sexuelles chez les FSF. Le rapport CSF de 2006 retrouvait que 52 % des FSF avaient subi des agressions sexuelles au cours de leur vie, contre 19 % des FSH (68). Dans le rapport CSF de 2023, 53,1 % des femmes ayant déclaré avoir eu des partenaires de même sexe rapportaient avoir subi un rapport forcé ou une tentative de rapport forcé au cours de leur vie (4). Dans l'enquête Virage, les violences sexuelles intrafamiliales étaient quatre fois plus fréquentes chez les femmes bisexuelles et cinq fois plus fréquentes chez les femmes lesbiennes que chez les FSH (69,70). De plus, il semble que les femmes victimes de violence sexuelles se font moins dépister pour le CCU (OR = 0.71) (40).

Les personnes transgenres sont également exposées aux violences. Dans le rapport CSF de 2023, 43,1 % des personnes transgenres déclaraient avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie, contre 17,2 % des autres personnes interrogées (4). Les données de l'enquête virage vont dans le même sens, avec une fréquence statistiquement plus importante de violences sexuelles et physique dans l'espace public (46,6 % et 26,9 %) et familial (13,8 % et 37,6 %) que chez les personnes cisgenres (69,70).

4. La place de l'autotest HPV

L'autotest HPV pourrait constituer une modalité de dépistage du CCU particulièrement intéressante pour certaines personnes de notre population. La HAS recommande son utilisation chez les personnes porteuses d'un col de l'utérus, à partir de 30 ans, chez les personnes insuffisamment ou non dépistées (38). Au regard des freins à l'examen gynécologique retrouvés dans notre étude, cette modalité pourrait présenter un intérêt particulier chez certaines personnes LGBTQIA2S+ porteuses d'un col de l'utérus.

4.1. Performances de l'autotest

Plusieurs études ont comparé les performances de l'autotest avec celles d'un prélèvement cytologique réalisé par prélèvement cytologique réalisé par un(e) professionnel(le) de santé. Une méta-analyse de 2018 rapportait, pour les tests HPV basés sur une PCR, un ratio de sensibilité à 0,99 (IC95 % [0,97–1,02]) pour CIN2+ et 0,99 (IC95 % [0,96–1,02] pour CIN3+. La sensibilité était donc similaire au prélèvement réalisé par un(e) professionnel(le). La spécificité était en revanche inférieure de 2 à 4 % pour les CIN2+ avec autotest (71). Une méta-analyse de 2022 a également comparé les résultats obtenus avec les deux méthodes de prélèvement HPV. Les résultats étaient concordants dans 88,7 % des cas, avec un accord de 84,6 % pour les résultats positifs et 91,7 % pour les résultats négatifs. Le coefficient kappa était de 0,72, indiquant une concordance substantielle entre les deux méthodes (72). Une étude sur 131 hommes transgenres, ayant comparé le test HPV réalisé par un(e) professionnel(le) (méthode de référence) et le test HPV réalisé sur auto-prélèvement, a rapporté une sensibilité de l'autotest à 71% et une spécificité de 98,2% (14).

Ces études révèlent cependant que les performances diffèrent selon la technique utilisée. Les tests basés sur une PCR avec amplification de la cible sont plus performants que ceux basés sur des techniques d'hybridation en phase liquide avec amplification du signal. Pour ces derniers, le ratio de sensibilité de l'autotest diminuait à 0,85 (IC95 % [0,80–0,89]) par rapport à un test réalisé par un(e) professionnel(le) dans la méta-analyse d'Arbyn et al. (71).

Ainsi, lorsque la technique utilisée est celle basée sur une PCR avec amplification de la cible, l'auto-prélèvement HPV présente des performances proches de celles d'un prélèvement réalisé par un(e) professionnel(le). Il peut donc constituer une véritable modalité de dépistage du CCU et non uniquement une solution proposée lorsque l'examen gynécologique est refusé.

4.2. Freins et leviers de l'auto-dépistage du CCU

Parmi les participant(e)s ayant testé l'auto-prélèvement et ayant préféré ce dernier comme modalité de dépistage du CCU, les principaux avantages rapportés étaient liés à l'intimité et aux anciens traumatismes. Venaient ensuite les bénéfices liés au geste lui-même : moins de douleur, absence de spéculum et la maitrise du geste. À l'inverse, les arguments pratiques, comme la rapidité du prélèvement, étaient moins fréquemment cités.

Plusieurs études retrouvent également des avantages à l'autotest. Dans une étude multicentrique de 2023 aux États-Unis les ressentis « être à l'aise » et « être au contrôle » étaient significativement plus rapportés lors de l'auto-prélèvement. En revanche, la douleur, l'inconfort, l'embarras et la nervosité étaient significativement plus élevés lors du prélèvement par le clinicien. Parmi les participant(e)s, 87% seraient plus enclins à réaliser le dépistage si on leur proposait l'auto-prélèvement (73). Dans une étude qualitative portant sur le rapport des hommes transgenres à l'autotest HPV, ce dernier provoquait moins de dysphorie de genre et favorisait le sentiment d'autonomie par rapport au frottis cervico-vaginal (74).

L'intérêt pour l'autotest semble donc davantage lié aux freins rencontrés lors de l'examen gynécologique qu'à des considérations pratiques ou organisationnelles. Chez les personnes non cisgenres, l'intérêt de l'autotest pourrait également être de limiter la dysphorie pouvant être associée à un examen gynécologique.

L'autotest ne supprime cependant pas tous les freins au dépistage du CCU. Dans notre étude le principal frein rapporté était la peur de mal réaliser le geste, devant la douleur et certains facteurs psychologiques, notamment la dysphorie de genre et les antécédents de violences. Une étude Américaine de 2014 portant sur 418 FSF retrouvait également la crainte de mal réaliser le test (70 %) comme principale préoccupation, devant les doutes concernant son exactitude (64 %) (75). L'autotest pourrait donc lui-même devenir une source d'anxiété. L'accent devrait donc être mis sur une information claire et réassurante, par exemple avec un support écrit, une vidéo explicative, voire d'un accompagnement lors du premier autotest.

4.3. Acceptabilité de l'autotest

Concernant l'acceptabilité de l'autotest dans notre étude, elle est rassurante. Parmi les 18 personnes de plus de 30 ans ayant déjà réalisé un autotest HPV, 15 (83,5 %) préféraient cette méthode de dépistage du CCU à celle réalisée par un(e) professionnel(le) de santé.

Ces résultats concordent avec une étude Française de 2017 portant sur 349 FSF, retrouvant une forte acceptabilité de l'autotest pour 81 % d'entre elles. Il n'y avait pas de différence d'acceptabilité selon le niveau d'éducation et les connaissances sur le dépistage du CCU (76). L'acceptabilité est également élevée dans une étude portant sur 131 hommes transgenres ayant comparé le test HPV réalisé par un(e) professionnel(le) et l'autotest, avec une préférence pour ce dernier chez plus de 90 % d'entre eux (14). Dans une étude de 2023, les retours d'expériences sur l'auto-prélèvement étaient nettement plus positifs chez les personnes LGBTQIA2S+ que pour les autres, suggérant un intérêt particulier pour cette méthode dans cette population (73).

4.4. Vers un envoi de kits à domicile ?

Une étude Française menée dans les Bouches-du-Rhône a évalué l'intérêt de l'envoi d'un kit d'autotest à domicile chez des femmes n'ayant pas répondu à une première invitation au dépistage du CCU. Les participantes recevaient soit une deuxième lettre d'invitation, soit un kit d'autotest au domicile. La participation au dépistage du CCU a été significativement plus faible dans le premier groupe (7,2 %) que dans le deuxième groupe (26,4 %). Le taux de test non interprétable était faible (1,4 %). Le suivi chez celles ayant un autotest positif restait une limite car le dépistage du CCU n'était pas finalisé dans 38 % des cas. Cependant l'augmentation de la participation initiale a permis de détecter plus de lésion de haut grade que dans le groupe avec une deuxième lettre d'invitation (77).

L'envoi de kit à domicile pourrait donc permettre d'atteindre les personnes actuellement éloignées du dépistage du CCU. Son intérêt spécifique dans la population LGBTQIA2S+ reste cependant à évaluer, notamment sa participation, le suivi après un résultat positif et le coût de cette stratégie.

5. Implication pour la médecine générale

Les résultats de notre étude soulignent la place du médecin généraliste dans le dépistage du CCU chez les personnes LGBTQIA2S+. En consultation, il paraît important de vérifier directement si une personne porteuse d'un col de l'utérus est à jour de son dépistage, sans le déduire de son genre, de son orientation sexuelle ou de l'existence d'un suivi gynécologique. La date et le type du dernier dépistage réalisé peuvent notamment être vérifiés auprès de la personne ou, lorsque cela est possible, à partir des données du CRCDC.

Les pratiques sexuelles et le parcours reproductif peuvent également être abordés lorsqu'ils sont utiles à la prise en charge, avec des questions ouvertes et sans présumer du genre des partenaires. L'absence de rapport sexuel avec un homme cisgenre ne doit notamment pas conduire à considérer une personne comme étant à faible risque de HPV ou à moins lui proposer le dépistage. De même, l'absence de partenaire récent ou d'activité sexuelle actuelle ne constitue pas un motif pour interrompre le dépistage chez une personne qui y est éligible. Il faut également éviter de présumer de l'absence de vie sexuelle à partir d'une orientation asexuelle.

L'association retrouvée avec l'antécédent de grossesse rappelle également que le dépistage ne doit pas être abordé uniquement lors des consultations consacrées à la contraception ou à la grossesse. Les personnes nullipares ou ne nécessitant pas de contraception peuvent avoir moins d'occasions d'aborder ces questions avec un(e) professionnel(le) de santé. Le médecin généraliste a donc une place importante pour intégrer régulièrement le statut de dépistage aux autres actions de prévention.

La manière d'aborder le dépistage est également importante. Le dépistage doit être présenté comme concernant toute personne porteuse d'un col. Lorsque cela est utile, il paraît préférable de demander quels organes sont présents plutôt que de les déduire du genre de la personne. L'utilisation du prénom et des pronoms choisis, l'adaptation des termes anatomiques et l'utilisation de questions ouvertes permettent d'aborder la santé sexuelle sans obliger la personne à justifier son identité ou son orientation sexuelle. Une meilleure formation des professionnel(le)s aux recommandations de dépistage et aux modalités de

transmission du HPV paraît également nécessaire afin d'éviter de renforcer une perception erronée d'un faible risque de HPV chez certaines personnes LGBTQIA2S+.

Enfin, la proposition du dépistage ne doit pas se limiter à rappeler sa nécessité, mais doit également prendre en compte les éventuelles appréhensions liées à sa réalisation. Les antécédents de violences sexuelles, gynécologiques ou médicales peuvent être recherchés lorsque cela est pertinent, sans que leur révélation soit nécessaire pour adapter l'examen. Expliquer le déroulement du prélèvement, rechercher le consentement à chaque étape et laisser à la personne la possibilité d'interrompre l'examen sont des précautions qui peuvent être proposées à toutes les personnes réalisant un dépistage du CCU.

Chez les personnes de plus de 30 ans insuffisamment ou non dépistées, l'autotest HPV constitue une modalité supplémentaire pouvant être proposée conformément aux recommandations de la HAS. Il pourrait présenter un intérêt particulier lorsque l'examen gynécologique constitue un frein, notamment en raison de son caractère invasif, de la pudeur, de la douleur, de la dysphorie de genre ou d'antécédents de violences. Le rôle du médecin généraliste est alors d'informer de son existence, d'expliquer sa réalisation et d'organiser la suite de la prise en charge en cas de résultat positif. L'autotest ne doit cependant pas être considéré comme une solution adaptée à toutes les personnes LGBTQIA2S+ éligibles, mais comme une possibilité supplémentaire permettant d'individualiser le dépistage.

6. Limites et forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

6.1. Définition difficile de la population d'étude

Une force majeure de cette étude est l'inclusion des personnes non cisgenres, en incluant les personnes non binaires. En effet, les personnes non cisgenres sont encore peu représentées dans les études portant sur le dépistage du CCU, pouvant créer une source supplémentaire d'invisibilisation (47,78). Le nombre de personnes incluses est important et comparable avec d'autres études menées dans cette population.

De plus, nous avons recueilli séparément l'appartenance déclarée à la population LGBTQIA2S+, le genre et certaines pratiques sexuelles. Cette distinction permet de ne pas déduire les pratiques sexuelles à partir du genre ou de l'orientation sexuelle déclarée. Les participant(e)s étaient notamment interrogé(e)s sur l'existence d'une relation avec une personne porteuse d'un col de l'utérus au cours des 12 derniers mois et sur l'antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre. De plus, la prise en compte des relations sexuelles récentes a permis de s'intéresser à la situation actuelle, et non ancienne, de la personne.

Cependant, notre étude présente la limite de ne pas avoir recueilli de façon exhaustive le genre des partenaires sexuels.

Concernant les femmes cisgenres de notre étude, on ne peut pas toutes les regrouper sous le terme de FSF car nous n'avons pas recueilli l'antécédent de rapport sexuel avec une femme au cours de la vie. Néanmoins une question portait sur la présence d'une relation récente avec une personne porteuse d'un col de l'utérus, indépendamment de son genre. Nous avons fait ce choix car le terme « FSF » ne permet pas de prendre en compte toute la diversité des identités de genre des personnes porteuses d'un col de l'utérus. Cette variable ne peut donc pas non plus être assimilée à la notion de « FSF ». Les comparaisons de nos résultats avec les études portant spécifiquement sur ces dernières doivent donc être interprétées avec prudence.

Nous avons choisi de cibler les rapports avec un homme cisgenre dans une des questions, afin d'étudier cette pratique indépendamment des autres partenaires sexuels et son influence sur la participation au dépistage du CCU. Néanmoins, elle ne prend pas en compte les personnes non cisgenres porteuses d'un pénis, et les hommes transgenres. Cette variable ne renseigne donc pas sur l'ensemble des pratiques sexuelles ni sur les caractéristiques anatomiques des partenaires et ne doit donc pas être interprétée comme un indicateur exhaustif du risque d'exposition au HPV.

6.2. La méthode d'échantillonnage de convenance

Pour cette étude, nous avons choisi un échantillonnage de convenance, sans randomisation. Le questionnaire a principalement été diffusé sur internet et les réseaux sociaux, puis partagé selon un effet « boule de neige ». Cette méthode de recrutement a l'avantage d'un coût moindre, mais expose à un biais de sélection. Une diffusion lors d'évènements communautaires risque notamment de toucher davantage les personnes actives et « out » dans la communauté LGBTQIA2S+. À l'inverse, une diffusion sur internet ne permet pas d'atteindre les personnes qui n'y ont pas accès, même si son utilisation est aujourd'hui très répandue en France (94 % des Français de plus de 12 ans en 2023). Les personnes répondant aux enquêtes en ligne sont également en moyenne plus jeunes et ont un niveau socio-économique plus élevé (79).

Par ailleurs, nous ne connaissons pas le nombre total de personnes ayant eu accès au questionnaire et ne pouvons donc pas calculer de taux de réponse. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure notre échantillon est représentatif de l'ensemble de la population LGBTQIA2S+ éligible au dépistage du CCU. La généralisation de nos résultats doit donc rester prudente, avec une validité externe plus limitée que dans le cadre d'un échantillonnage probabiliste. Ce type de biais de sélection est néanmoins fréquent dans les études portant sur les minorités sexuelles et de genre.

Malgré ces limites, le recrutement par internet nous a semblé être la méthode la plus adaptée à la population étudiée. La diffusion sur les réseaux sociaux, par mailing et selon un effet « boule de neige » permettait de toucher des personnes difficiles à recruter par les moyens habituels, notamment celles vivant en milieu rural ou n'étant pas « out » dans la communauté LGBTQIA2S+. Cette méthode nous a finalement permis de recruter en quatre mois 504 personnes porteuses d'un col de l'utérus âgées de 25 à 64 ans inclus, avec des profils sociodémographiques variés.

6.3. Des personnes jeunes et vivant en milieu urbain

La majorité des personnes de notre étude vivaient en milieu urbain, avec plus de 70 % résidant dans des villes de plus de 20 000 habitants. Elles pouvaient donc avoir davantage accès aux infrastructures médicales et à l'information concernant le dépistage du CCU. Le niveau d'étude était également élevé, avec 65% des répondant(e)s ayant un niveau d'étude supérieur à la licence. À titre de comparaison, en 2023, 41,4 % des femmes Françaises âgées de 25 à 34 ans avaient un diplôme supérieur ou égal à la licence (80). Il n'est pas possible de déterminer si cette différence reflète les caractéristiques de la population LGBTQIA2S+ éligible au dépistage du CCU ou si elle résulte de notre mode de recrutement à partir de nos résultats. Notre étude pourrait donc sous-représenter les personnes ayant un plus faible niveau d'études.

Dans notre enquête, la moitié des participant(e)s avaient moins de 30 ans. Le questionnaire a probablement davantage intéressé des personnes jeunes, investies ou mobilisées dans la communauté LGBTQIA2S+, notamment en raison de sa diffusion principalement sur des comptes LGBT, écologistes et féministes sur les réseaux sociaux. Une différence similaire était retrouvée dans l'enquête Virage, réalisée selon deux modalités de recrutement. Celui par téléphone avait permis d'inclure une population LGBTQIA2S+ plus âgée que par internet, mais restaient globalement jeunes: près de 50% des femmes bisexuelles avaient moins de 30 ans, et 60% des lesbiennes avaient moins de quarante ans (69). Cela peut témoigner d'un effet de génération, les générations les plus jeunes évoluant dans un contexte plus favorable à l'expression d'une sexualité minoritaire (81). Il est donc possible que cette étude sous-représente les personnes LGBTQIA2S+ plus âgées.

Enfin, dans notre enquête les personnes non cisgenres sont plus jeunes et moins diplômées que les femmes cisgenres. Les moins de 30 ans représentaient 58,7 % des hommes transgenres, contre 42,6 % chez les femmes cisgenres. Et 16% des non binaires et agenres ayant un niveau inférieur ou égal au bac contre 8% pour les femmes cisgenres. L'enquête Virage LGBT retrouvait les même résultats (69), mais il n'est pas possible de savoir si ces différences reflètent les caractéristiques réelles de cette population ou un biais lié à notre recrutement. Les personnes LGBTQIA2S+ non cisgenres plus âgées pourraient donc être insuffisamment représentées dans notre échantillon.

6.4. Un questionnaire basé sur un mode déclaratif

Les informations recueillies par notre questionnaire étaient auto-rapportées, pouvant induire un biais de mémorisation et un biais de classement. Certaines personnes pouvaient notamment rencontrer des difficultés à se souvenir de la date ou du type de leur dernier dépistage du CCU. De plus, la population d'étude reste peu représentée dans les études concernant le dépistage du CCU en France. Le fait de participer à une étude spécifiquement consacrée aux personnes LGBTQIA2S+ a pu favoriser certaines réponses socialement attendues et entraîner un biais de désirabilité sociale. Cependant le caractère anonyme de l'étude a pu limiter ce biais.

Notre questionnaire ne recueillait pas l'ensemble des facteurs pouvant être associés à la participation au dépistage du CCU, notamment certains éléments du recours aux soins ou du suivi gynécologique. Un biais de confusion résiduel ne peut donc pas être exclu.

6.5. Limites liées aux analyses statistiques

Afin de simplifier le questionnaire et de ne pas perdre les participant(e)s, nous n'avons pas recueilli l'ensemble des informations nécessaires pour appliquer précisément les recommandations de la HAS chez les personnes de moins de 30 ans. Celles-ci prévoient un examen cytologique à 25 ans, puis un second à un an d'intervalle si le premier est normal, avant un nouvel examen trois ans plus tard si les deux premiers sont normaux (10). Dans notre étude, les personnes âgées de 25 à 29 ans étaient considérées comme à jour lorsqu'elles déclaraient avoir réalisé un dépistage du CCU au cours des trois dernières années. Cette définition simplifiée ne permet pas de tenir compte du calendrier des deux premiers examens, pouvant amener à classer à jour certaines personnes qui ne l'étaient pas. Cela peut être à l'origine d'une surestimation de la proportion de personnes à jour du dépistage du CCU dans notre étude.

L'effectif global de 504 participant(e)s a permis de réaliser une analyse multivariée. Cependant, certains sous-groupes restaient de faible effectif, notamment celui des hommes transgenres. Cela a pu limiter la puissance de certaines comparaisons et la précision des estimations, comme en témoignent certains intervalles de confiance relativement larges. De plus, malgré l'ajustement sur plusieurs facteurs sociodémographiques, sexuels et reproductifs, un biais de confusion résiduel reste possible du fait de variables non recueillies dans le questionnaire.

L'étude étant transversale, elle ne permet pas de déterminer une chronologie entre les pratiques sexuelles, le parcours de vie et la réalisation du dépistage du CCU. Les associations retrouvées dans notre étude doivent donc être interprétées comme des associations statistiques et non comme des relations causales. Nous avons essayé de limiter ce biais en interrogeant sur l'activité sexuelle récente, avec l'existence ou non d'un rapport sexuel avec une personne porteuse d'un col de l'utérus dans les 12 derniers mois.

Ces limites doivent être prises en compte dans l'interprétation de nos résultats et limitent leur généralisation à l'ensemble de la population LGBTQIA2S+ porteuse d'un col de l'utérus. Notre étude apporte néanmoins des données sur une population encore peu étudiée en France, avec l'inclusion de personnes non binaires, agenres et d'hommes transgenres. Elle permet également d'étudier séparément le genre et certaines pratiques sexuelles, qui ne se recouvrent pas nécessairement.

CONCLUSION

Dans notre étude, 63,1 % des 504 participant(e)s étaient à jour du dépistage du CCU. Plus d'une personne sur trois ne l'était donc pas. La participation était particulièrement faible chez les femmes cisgenres n'ayant jamais eu de rapport sexuel avec un homme cisgenre. Elle était également plus faible chez les personnes non cisgenres en analyse univariée, mais cette association n'atteignait plus le seuil de significativité après ajustement. A l'inverse, l'absence de rapport sexuel avec un homme cisgenre, l'absence de relation sexuelle avec une personne porteuse d'un col de l'utérus au cours des 12 derniers mois, et l'absence d'antécédent de grossesse restaient significativement associés à une moindre participation au dépistage du CCU après ajustement. Le genre ou l'orientation sexuelle ne suffisent donc pas à identifier les personnes les plus éloignées du dépistage. Les pratiques sexuelles et le parcours reproductif sont donc à prendre en compte.

L'information délivrée par les professionnel(le)s de santé semble également avoir une place importante. Dans notre étude, les personnes à qui un(e) professionnel(le) avait déjà indiqué que le dépistage du CCU n'était pas nécessaire, ou qu'elles n'étaient pas à risque du fait de leur orientation sexuelle ou de leur genre, étaient moins souvent à jour en analyse univariée. Cette association n'atteignait cependant plus le seuil de significativité après ajustement. Nos résultats, associés aux données de la littérature, rappellent l'importance pour les professionnel(le)s de santé de connaître les modalités de transmission du HPV. Les médecins doivent rappeler aux personnes porteuses d'un col de l'utérus qu'elles restent concernées par le dépistage du CCU, indépendamment de leurs pratiques sexuelles ou de leur genre, afin de limiter la perception d'un faible risque de HPV.

L'autotest HPV apparaît comme une piste intéressante pour certaines personnes éloignées du dépistage du CCU. Parmi les personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du CCU ou ne sachant plus, plus de neuf sur dix déclaraient qu'elles accepteraient de réaliser un autotest s'il leur était proposé et expliqué. Parmi celles ayant déjà réalisé un autotest, plus de huit sur dix préféraient cette méthode de dépistage. L'autotest pourrait ainsi permettre de lever certains freins liés à l'examen gynécologique, notamment son caractère

invasif, la pudeur ou la peur de la douleur. Il ne répond cependant pas aux attentes de toutes les personnes et doit rester une possibilité parmi les différentes modalités de dépistage du CCU.

L'amélioration du dépistage du CCU dans les populations LGBTQIA2S+ nécessite une information adaptée des patient(e)s et une meilleure formation des professionnel(le)s de santé. Ces populations sont encore insuffisamment visibles dans les messages de prévention, ce qui pourrait contribuer à une perception d'un faible risque vis-à-vis du HPV. En médecine générale, il paraît important de vérifier directement le statut de dépistage du CCU chez toute personne porteuse d'un col de l'utérus, sans le déduire de son genre ou de son orientation sexuelle. Lorsque cela est pertinent pour la prise en charge, des questions ouvertes sur les pratiques sexuelles et le parcours reproductif pourrait permettre d'adapter les messages de prévention.

Enfin, les données concernant le dépistage du CCU chez les personnes LGBTQIA2S+ restent limitées, notamment chez les personnes transgenres et non binaires. Des études de plus grande ampleur permettraient de mieux évaluer leur participation au dépistage du CCU et les facteurs qui y sont associés. Dans les enquêtes de santé publique, le recueil plus systématique du sexe assigné à la naissance, du genre actuel, de l'orientation et des pratiques sexuelles permettrait de mieux décrire ces populations sans confondre ces différentes dimensions. Il serait également intéressant d'évaluer l'utilisation de l'autotest HPV en vie réelle, notamment son accessibilité, son utilisation effective et la réalisation du suivi en cas de résultat positif.

BIBLIOGRAPHIE

1. Giami A. Identifier et classifier les trans: entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers.
2. Pluralité sexuelle et de genre - Contexte des sexualités en France [Internet]. [cité 6 juin 2026]. Disponible sur: https://csf.inserm.fr/resultats/pluralite-sexuelle-et-de-genre/
3. SPF. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite
4. Marotta T. Premiers résultats de la grande enquête nationale « Contexte des sexualités en France 2023 ». Salle de presse de l'Inserm [Internet]. 13 nov 2024 [cité 13 févr 2026]. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-de-la-grande-enquete-nationale-contexte-des-sexualites-en-france-2023/69505/
5. Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ. Agressions sexuelles contre les femmes et homosexualité, violences des hommes et contrôle social. Nouv Quest Féministes. 2013;32(1):46-63. doi:10.3917/nqf.321.0046
6. Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ, Michaels S, CSF Group. A multidimensional measure of sexual orientation, use of psychoactive substances, and depression: results of a national survey on sexual behavior in france. Arch Sex Behav. avr 2014;43(3):607-19. doi:10.1007/s10508-013-0124-y PubMed PMID: 23743831.
7. Genre et santé [Internet]. [cité 24 avr 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender
8. Tugaye A, Ernoult E, Vitu V, Schramm S. Évolution de la prévalence et de l'incidence de la dysphorie de genre en France depuis 2013 à partir des bases médico-administratives. Santé Publique. 2022;34(HS2):145-50. doi:10.3917/spub.hs2.0145
9. Infections à papillomavirus [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus
10. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Cancer du col de l'utérus : une meilleure couverture vaccinale et un dépistage renforcé restent la priorité. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2797450/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-une-meilleure-couverture-vaccinale-et-un-depistage-renforce-restent-la-priorite

11. Monsonego J, Zerat L, Syrjänen K, Zerat JC, Smith JS, Halfon P. Prévalence des génotypes d'HPV chez les femmes en France : implications pour le dépistage et la vaccination. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 mai 2013;41(5):305-13. doi:10.1016/j.gyobfe.2013.03.003
12. Fish J. Cervical screening in lesbian and bisexual women: a review of the worldwide literature using systematic methods. Sheffield: NHS Cervical Screening Programme; 2009.
13. Mitrochine M. Facteurs liés à la réalisation du frottis cervico-utérin chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes en France [thèse d'exercice]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2020.
14. Reisner SL, Deutsch MB, Peitzmeier SM, White Hughto JM, Cavanaugh TP, Pardee DJ, et al. Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. PloS One. 2018;13(3):e0190172. doi:10.1371/journal.pone.0190172 PubMed PMID: 29538411; PubMed Central PMCID: PMC5851532.
15. Nash R, Ward KC, Jemal A, Sandberg DE, Tangpricha V, Goodman M. Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. Cancer Epidemiol. 2018;54:1. doi:10.1016/J.CANEP.2018.02.008
16. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge | Santé publique France [Internet]. 2025 [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/vaccination-1/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-par-groupe-dage
17. Agénor M, Peitzmeier S, Gordon AR, Haneuse S, Potter JE, Austin SB. Sexual Orientation Identity Disparities in Awareness and Initiation of the Human Papillomavirus Vaccine Among U.S. Women and Girls: A National Survey. Ann Intern Med. 21 juill 2015;163(2):99-106. doi:10.7326/M14-2108 PubMed PMID: 25961737; PubMed Central PMCID: PMC4509853.
18. Kaniuka AR, Job SA, Brooks BD, Guo Y, Bowling J. Human papillomavirus vaccination initiation and completion among heterosexual and sexual minority U.S. adults. LGBT Health. 2022;9(3):177-85. doi:10.1089/lgbt.2021.0369.
19. Rypka KJ, Liszewski WJ, Mansh MD. Human Papillomavirus Vaccination Series Initiation and Completion Among Transgender and Gender Diverse Adults in the United States. J Gen Intern Med. nov 2023;38(15):3439-41. doi:10.1007/s11606-023-08293-2 PubMed PMID: 37407761; PubMed Central PMCID: PMC10682309.

20. Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey. JAMA Intern Med. 1 sept 2016;176(9):1344-51. doi:10.1001/jamainternmed.2016.3432 PubMed PMID: 27367843.
21. « Libre » : une campagne de sensibilisation au tabagisme à destination des personnes transgenres. Génération sans tabac [Internet]. [cité 24 avr 2026]. Disponible sur: https://www.generationsanstabac.org/fr/actualites/libre-une-campagne-de-sensibilisation-au-tabagisme-a-destination-des-personnes-transgenres/
22. Baromètre santé 2010 [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010
23. Delebarre C. À propos du « lesbian bed death »: quelles réalités sexuelles chez les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes? Résultat de l'enquête SexoFSF [mémoire pour le diplôme inter universitaire Étude de la sexualité humaine]. Paris: Université Paris-V; 2018.
24. Rowen TS, Breyer BN, Lin TC, Li CS, Robertson PA, Shindel AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. janv 2013;120(1):42-5. doi:10.1016/j.ijgo.2012.08.011 PubMed PMID: 23106842; PubMed Central PMCID: PMC3557847.
25. Giles C. Suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Rev Sage-Femme. 2019;18(3):145-149, DOI 10.1016/j.sagf.2019.03.002.
26. Berrut S, Descuves A, Romanens-Pythoud S, Jeannot E. Santé sexuelle et reproductive des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes en Suisse. Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr. 2023;34(HS2):133-43. doi:10.3917/spub.hs2.0133 PubMed PMID: 37336727.
27. Beaubatie E. Changer de sexe et de sexualité:Les significations genrées des orientations sexuelles. Rev Fr Sociol. 2019;60(4):621-49. doi:10.3917/rfs.604.0621
28. Rowniak S, Chesla C, Rose CD, Holzemer WL. Transmen: the HIV risk of gay identity. AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ. déc 2011;23(6):508-20. doi:10.1521/aeap.2011.23.6.508 PubMed PMID: 22201235.

29. Sevelius J. There's No Pamphlet for the Kind of Sex I Have: HIV-Related Risk Factors and Protective Behaviors Among Transgender Men Who Have Sex with Non-Transgender Men. J Assoc Nurses AIDS Care JANAC. 2009;20(5):398-410. doi:10.1016/j.jana.2009.06.001 PubMed PMID: 19732698; PubMed Central PMCID: PMC2785444.
30. Reisner SL, Moore CS, Asquith A, Pardee DJ, Mayer KH. The Pre-Exposure Prophylaxis Cascade in At-Risk Transgender Men Who Have Sex with Men in the United States. LGBT Health. 1 mars 2021;8(2):116-24. doi:10.1089/lgbt.2020.0232
31. Briant-Terlet O. Réduire les inégalités de santé vécues par les personnes trans: la question de la prévention VIH et de l'accès au traitement préventif (PrEP) en Île-de-France [mémoire de master 2]. Rennes: École des hautes études en santé publique; 2020. 76 p.
32. Winston McPherson G, Long T, Salipante SJ, Rongitsch JA, Hoffman NG, Stephens K, et al. The Vaginal Microbiome of Transgender Men. Clin Chem. janv 2019;65(1):199-207. doi:10.1373/clinchem.2018.293654 PubMed PMID: 30602481.
33. Feil K, Pabst L, Reider S, Schuchter S, Ciresa-König A, Toth B. The vaginal microbiome of transgender men receiving gender-affirming hormonal therapy in comparison to that of cisgender women. Sci Rep. 14 sept 2024;14(1):21526. doi:10.1038/s41598-024-72365-4
34. Van Gerwen OT, Aaron KJ, Kay ES, Siwakoti K, Pontius A, Richter S, et al. The Impact of Testosterone Therapy on the Vaginal Microbiota of Transgender Men and Nonbinary People: A Prospective Study. J Infect Dis. 15 sept 2025;232(3):649-58. doi:10.1093/infdis/jiaf114
35. de Castro-Sobrinho JM, Rabelo-Santos SH, Fugueiredo-Alves RR, Derchain S, Sarian LOZ, Pitta DR, et al. Bacterial vaginosis and inflammatory response showed association with severity of cervical neoplasia in HPV-positive women. Diagn Cytopathol. févr 2016;44(2):80-6. doi:10.1002/dc.23388 PubMed PMID: 26644228.
36. Evans AL, Scally AJ, Wellard SJ, Wilson JD. Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting. Sex Transm Infect. 2007;83(6):470-5. doi:10.1136/sti.2006.022277.
37. Brusselaers N, Shrestha S, van de Wijgert J, Verstraelen H. Vaginal dysbiosis and the risk of human papillomavirus and cervical cancer: systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2019;221(1):9-18.e8. doi:10.1016/j.ajog.2018.12.011.

38. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
39. SPF. Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Année 2024 et évolution depuis 2017. [Internet]. [cité 9 févr 2026]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-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/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-col-d...
40. Audiger C, Barré S, Rigal L. 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. Bull Épidémiol Hebd. 2026;(12-13):274-80.
41. SPF. Baromètre Cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer
42. Rauscher GH, Johnson TP, Cho YI, Walk JA. Accuracy of Self-Reported Cancer-Screening Histories: A Meta-analysis. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 8 avr 2008;17(4):748-57. doi:10.1158/1055-9965.EPI-07-2629
43. Lofters AK, Moineddin R, Hwang SW, Glazier RH. Does social disadvantage affect the validity of self-report for cervical cancer screening? Int J Womens Health. 17 janv 2013;5:29-33. doi:10.2147/IJWH.S39556 PubMed PMID: 23378784; PubMed Central PMCID: PMC3558311.
44. Poupon C, Poirier M, Blum Y, Lagarrigue S, Parléani C, Vibet MA, et al. Difference in Pap test uptake between women who have sex with women and other women in France: A comparative survey of 2032 women. Prev Med Rep. 19 sept 2022;30:101990. doi:10.1016/j.pmedr.2022.101990 PubMed PMID: 36193090; PubMed Central PMCID: PMC9525892.
45. Peitzmeier SM, Khullar K, Reisner SL, Potter J. Pap test use is lower among female-to-male patients than non-transgender women. Am J Prev Med. déc 2014;47(6):808-12. doi:10.1016/j.amepre.2014.07.031 PubMed PMID: 25455121.

46. Weyers S, Garland SM, Cruickshank M, Kyrgiou M, Arbyn M. Cervical cancer prevention in transgender men: a review. BJOG. 2021;128(5):822-6. doi:10.1111/1471-0528.16503.
47. Rivest P. La santé sexuelle des hommes trans: entre problèmes de catégorisation et invisibilisation. Santé Publique. 2022;34(HS2):37-48. doi:10.3917/spub.hs2.0037.
48. Giles C. Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes: déterminants, enjeux, perspectives. Rev Sage-Femme. 2019;18(3):145-9. doi:10.1016/j.sagf.2019.03.002.
49. Rouanet M. Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes: étude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique [thèse]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2018.
50. Ottavioli P. Différences de suivi gynécologique et visibilité des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes: enquête de pratique auprès de médecins généralistes rhônalpins.
51. Meyer V. La santé sexuelle et le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes: état des lieux via une étude qualitative en France [thèse d'exercice]. Strasbourg: Université de Strasbourg; 2020.
52. Unger CA. Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. J Womens Health. févr 2015;24(2):114-8. doi:10.1089/jwh.2014.4918 PubMed PMID: 25525682.
53. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. BMC Public Health. 4 mai 2013;13:442. doi:10.1186/1471-2458-13-442 PubMed PMID: 23642184; PubMed Central PMCID: PMC3693978.
54. Blosnich JR, Farmer GW, Lee JGL, Silenzio VMB, Bowen DJ. Health Inequalities Among Sexual Minority Adults. Am J Prev Med. avr 2014;46(4):337-49. doi:10.1016/j.amepre.2013.11.010
55. Conron KJ, Mimiaga MJ, Landers SJ. A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. Am J Public Health. 2010;100(10):1953-60. doi:10.2105/AJPH.2009.174169.
56. 56. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 avr 2026]. Transidentité : prise en charge de l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3636735/fr/transidentite-prise-en-charge-de-l-adulte

57. SPF. Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007 [Internet]. [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/notices/transsexuel-le-s-conditions-et-style-de-vie-sante-percue-et-comportements-sexuels.-resultats-d-une-enquete-exploratoire-par-internet-2007
58. Shires DA, Jaffee K. Factors Associated with Health Care Discrimination Experiences among a National Sample of Female-to-Male Transgender Individuals. Health Soc Work. 1 mai 2015;40(2):134-41. doi:10.1093/hsw/hlv025
59. Peitzmeier SM, Reisner SL, Harigopal P, Potter J. Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening. J Gen Intern Med. mai 2014;29(5):778-84. doi:10.1007/s11606-013-2753-1 PubMed PMID: 24424775; PubMed Central PMCID: PMC4000345.
60. Wang JC, Peitzmeier S, Reisner SL, Deutsch MB, Potter J, Pardee D, et al. Factors Associated with Unsatisfactory Pap Tests Among Sexually Active Trans Masculine Adults. LGBT Health. mai 2023;10(4):278-86. doi:10.1089/lgbt.2021.0400 PubMed PMID: 36689200; PubMed Central PMCID: PMC10329155.
61. Jedrzejewski T. EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France. Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [thèse de diplôme d'État de docteur en médecine]. Paris: Université Paris-Diderot – Paris 7; 2016.
62. Kiran T, Davie S, Singh D, Hranilovic S, Pinto AD, Abramovich A, et al. Cancer screening rates among transgender adults: Cross-sectional analysis of primary care data. Can Fam Physician Med Fam Can. janv 2019;65(1):e30-7. PubMed PMID: 30674526; PubMed Central PMCID: PMC6347308.
63. Agénor M, White Hughto JM, Peitzmeier SM, Potter J, Deutsch MB, Pardee DJ, et al. Gender identity disparities in Pap test use in a sample of binary and non-binary transmasculine adults. J Gen Intern Med. juill 2018;33(7):1015-7. doi:10.1007/s11606-018-4400-3 PubMed PMID: 29654599; PubMed Central PMCID: PMC6025652.
64. McDonald KM, Delgado A, Roeckner JT. Papanicolaou Test Rates Among Sexual Minority Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. LGBT Health. janv 2022;9(1):1-7. doi:10.1089/lgbt.2020.0423 PubMed PMID: 34665668.

65. Greene MZ, Meghani SH, Sommers MS, Hughes TL. Health Care-Related Correlates of Cervical Cancer Screening among Sexual Minority Women: An Integrative Review. J Midwifery Womens Health. 25 sept 2018. doi:10.1111/jmwh.12872 PubMed PMID: 30251464; PubMed Central PMCID: PMC6433555.
66. Bustamante G, Reiter PL, McRee AL. Cervical cancer screening among sexual minority women: findings from a national survey. Cancer Causes Control CCC. août 2021;32(8):911-7. doi:10.1007/s10552-021-01442-0 PubMed PMID: 33987774.
67. 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. févr 2014;104(2):e68-73. doi:10.2105/AJPH.2013.301548 PubMed PMID: 24328650; PubMed Central PMCID: PMC3935675.
68. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, Andro A, Ferrand M, Goulet V, et al. Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France » [Internet]. Paris: Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales; 2007 [cité le 15 sept 2026]. Disponible sur: https://plateformejonas.fr/wp-content/uploads/2025/11/1045-Lenquete-Contexte-de-la-Sexualite-en-France-.pdf
69. Charruault A, Cromer S, Debauche A, Dupuis J, Hamel C, Lebugle A, et al. Virage LGBT [Internet]. Paris: Institut national d'études démographiques; 2023 [cité le 27 août 2026]. Disponible sur: https://data.ined.fr/index.php/catalog/274. doi:10.48756/INED-IE0245A-4625.
70. Lejbowicz T, Trachman M. Measuring the violence experienced by sexual minorities: Sampling, data collection strategies, and population heterogeneity. Bull Sociol Methodol Méthodologie Sociol. janv 2022;153(1):73-105. doi:10.1177/0759106321995726
71. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P, Collaboration on Self-Sampling and HPV Testing. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. BMJ. 5 déc 2018;363:k4823. doi:10.1136/bmj.k4823 PubMed PMID: 30518635; PubMed Central PMCID: PMC6278587.
72. Arbyn M, Castle PE, Schiffman M, Wentzensen N, Heckman-Stoddard B, Sahasrabuddhe VV. Meta-analysis of agreement/concordance statistics in studies comparing self- vs clinician-collected samples for HPV testing in cervical cancer screening. Int J Cancer. 15 juill 2022;151(2):308-12. doi:10.1002/ijc.33967 PubMed PMID: 35179777.

73. Crane L, Jennings A, Fitzpatrick MB, Mukherjee M, Pitchford C, Nacht A, et al. Experiences and Preferences Reported with an At-Home Self-Collection Device Compared with In-Clinic Speculum-Based Cervical Cancer Screening in the United States. Womens Health Rep. 1 avr 2025;6(1):whr.2025.0017. doi:10.1089/whr.2025.0017
74. McDowell M, Pardee DJ, Peitzmeier S, Reisner SL, Agénor M, Alizaga N, et al. Cervical Cancer Screening Preferences Among Trans-Masculine Individuals: Patient-Collected Human Papillomavirus Vaginal Swabs Versus Provider-Administered Pap Tests. LGBT Health. août 2017;4(4):252-9. doi:10.1089/lgbt.2016.0187 PubMed PMID: 28665783.
75. Reiter PL, McRee AL. Cervical cancer screening (Pap testing) behaviours and acceptability of human papillomavirus self-testing among lesbian and bisexual women aged 21-26 years in the USA. J Fam Plann Reprod Health Care. oct 2015;41(4):259-64. doi:10.1136/jfprhc-2014-101004 PubMed PMID: 25385868; PubMed Central PMCID: PMC5253697.
76. Bertucci M, Bonnet E, Satger L, Kreiche A, Chappert JL, Loy-Morel S, et al. Acceptability of vaginal self-sampling with high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: a French questionnaire-based study. Women Health. janv 2021;61(1):83-94. doi:10.1080/03630242.2020.1831683 PubMed PMID: 33106125.
77. Piana L, Leandri FX, Le Retraite L, Heid P, Tamalet C, Sancho-Garnier H. L'auto-prélèvement vaginal à domicile pour recherche de papilloma virus à haut risque. Campagne expérimentale du département des Bouches-du-Rhône. Bull Cancer (Paris). 1 juill 2011;98(7):723-31. doi:10.1684/bdc.2011.1388
78. Agence européenne des droits fondamentaux (organisme ou agence de l'UE). A long way to go for LGBTI equality: technical report [Internet]. Bureau des publications de l'Union européenne; 2020 [cité 6 avr 2026]. Disponible sur: https://data.europa.eu/doi/10.2811/104519
79. Hoibian S, Brice Mansencal L, Croutte P. Arcep, Arcom, CGE, ANCT, Baromètre du numérique, édition 2026 [Internet]. Disponible sur: https://anct.gouv.fr/ressources/publications/publication-barometre-du-numerique-2026
80. Dugué A, Evrard A, Gadaud A. France, portrait social Edition 2023. Insee Références. Montrouge Cedex; 2023. p. 136-8 [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/7658986?sommaire=7666953

81. Trachman M, Lejbowicz T. Lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT): une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. In: Brown E, Debauche A, Hamel C, Mazuy M, éditeurs. Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France. Paris: Ined Éditions; 2020. p. 355-90.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Diagramme de flux.....15

Figure 2 – Raisons de préférer l'autotest par rapport à un dépistage du CCU fait par un professionnel 20

Figure 3 – Raisons de refuser tout dépistage du CCU, même sous forme d'autotest 21

Figure 4 – Raisons de préférer l'autotest, chez les personnes de plus de 30 ans l'ayant testé.22

Figure 5 – Raisons de ne pas préférer l'autotest, chez les personnes de plus de 30 ans l'ayant testé.....22

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : caractéristiques de la population étudiée (N = 504) 16

Tableau II : Indicateurs de parcours sexuels et reproductifs.....17

Tableau III : Pratiques, freins et indicateurs du dépistage du cancer du col de l'utérus 18

Tableau IV : Rapport à l'autotest parmi ceux n'en ayant jamais réalisé ou ne sachant pas.....19

Tableau V : Lien entre les caractéristiques sociodémographiques et le statut de dépistage.....23

Tableau VI : Lien entre l'antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre et le statut de dépistage 24

Tableau VII : Lien entre relation récente avec une personne porteuse d'un col de l'utérus et statut de dépistage 25

Tableau VIII : Lien entre antécédent de grossesse et le statut de dépistage 26

Tableau IX : Lien entre l'information reçue d'un(e) professionnel(le) de santé et le statut de dépistage 26

Tableau X : Lien entre les caractéristiques et le statut de dépistage du CCU, analyse multivariée 27

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE 4

AVANT-PROPOS **1**

INTRODUCTION **2**

1. Une population mal caractérisée **2**

2. Infection à HPV chez les personnes LGBTQIA2S+ porteuses d'un col de l'utérus **3**

3. Facteurs favorisant l'infection et la persistance du HPV dans cette population **4**

3.1. Un plus faible taux de vaccination contre le papillomavirus 4

3.2. Un tabagisme plus fréquent 5

3.3. Des conduites sexuelles plus à risque d'infection HPV 5

3.3.1. Chez les FSF 5

3.3.2. Chez les personnes transgenres 6

3.4. Une fréquence plus élevée de vaginose 7

4. Participation au dépistage du CCU dans la population LGBTQIA2S+ éligible **7**

4.1. Une plus faible participation au dépistage 7

4.2. Des freins spécifiques au dépistage 9

4.3. Des données actuelles insuffisantes 10

MATERIEL ET MÉTHODES **11**

1. Type d'étude **11**

2. Recueil des données **11**

3. Variables utilisées **12**

4. Analyse statistique **12**

5. Aspects éthiques et réglementaires **14**

RÉSULTATS **15**

1. Population répondante et population étudiée **15**

2. Caractéristiques générales de la population étudiée **16**

3. Santé sexuelle et reproductive **17**

4. Dépistage du cancer du col de l'utérus **18**

4.1. Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus 18

4.2. Rapport à l'autotest HPV 19

5. Lien avec le statut de dépistage du CCU, analyse univariée **23**

6. Lien avec le statut de dépistage du CCU, analyse multivariée **27**

DISCUSSION **28**

1. Une faible participation au dépistage du cancer du CCU **28**

1.1. Dans l'ensemble de la population LGBTQIA2S+ éligible 28

1.2. Chez les femmes cisgenres LGBTQIA2S+ 29

1.3. Chez les personnes non cisgenres 29

2. Facteurs influençant la réalisation du dépistage du CCU dans la population LGBTQIA2S+ porteuse d'un col de l'utérus **31**

2.1. L'antécédent de rapport sexuel avec un homme cisgenre 31

2.2. L'activité sexuelle récente avec une personne porteuse d'un col de l'utérus 32

2.3. La vie reproductive 33

2.4. La prise en charge par les professionnel(le)s de santé 34

3. Les freins liés à l'examen gynécologique dans la population LGBTQIA2S+ **36**

3.1. La peur du geste et de l'examen gynécologique 36

3.2. Les antécédents de violences sexuelles et gynécologiques 36

4. La place de l'autotest HPV 37
4.1. Performances de l'autotest 38
4.2. Freins et leviers de l'auto-dépistage du CCU 39
4.3. Acceptabilité de l'autotest 40
4.4. Vers un envoi de kits à domicile ? 40
5. Implication pour la médecine générale 41
6. Limites et forces de l'étude 42
6.1. Définition difficile de la population d'étude 43
6.2. La méthode d'échantillonnage de convenance 44
6.3. Des personnes jeunes et vivant en milieu urbain 45
6.4. Un questionnaire basé sur un mode déclaratif 46
6.5. Limites liées aux analyses statistiques 46
CONCLUSION 48
BIBLIOGRAPHIE 50
LISTE DES FIGURES 60
LISTE DES TABLEAUX 61
TABLE DES MATIERES 62
ANNEXES I

ANNEXES

Annexe 1 – Définitions

Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes (FSF) : ce terme est principalement utilisé dans le milieu de la recherche et médical. On parle de FSF mixte pour les FSF qui ont également des rapports avec des hommes. On parle de FSF exclusive pour les FSF qui n'ont jamais eu de rapport avec des hommes.

Sexe attribué à la naissance : la détermination du sexe d'un nourrisson à la naissance par l'examen des organes génitaux externes.

Identité de genre : le sentiment qu'à une personne d'être un homme, une femme, ni l'un ni l'autre, les deux, autre chose ou de n'avoir aucun genre.

Expression de genre : les façons dont une personne communique son genre à travers son expression culturelle et sociale, comme els vêtements, le langage et le comportement.

Transgenre : personne dont l'identité de genre ne correspond pas aux attentes de la société fondées sur le sexe qui lui a été attribué à la naissance.

- Homme transgenre : désigne une personne transgenre assignée femme à la naissance mais qui s'identifie comme un homme.
- Femme transgenre : désigne une personne transgenre assignée homme à la naissance mais qui s'identifie comme une femme.

Cisgenre : personne dont l'identité de genre correspond aux attentes de la société fondées sur le sexe qui lui a été attribué à la naissance.

Dysphorie : sentiment de détresse cliniquement significatif qu'une personne peut ressentir en raison d'un décalage entre son sexe biologique et son identité de genre.

Annexe 2 – Questionnaire

1. Quel âge avez-vous ?
    A. Moins de 25 ans
    B. Entre 25 ans et 29 ans inclus
    C. Entre 30 ans et 64 ans inclus
    D. 65 ans et plus

2. Résidez-vous en France ?
    A. Oui
    B. Non

3. Faites-vous parti de la communauté LGBTQIA2S+ ?
    A. Oui
    B. Non

4. Quel est le sexe qui vous a été attribué à la naissance ?
    A. Féminin
    B. Masculin

5. Quel est votre genre actuel ?
    A. Femme
    B. Homme
    C. Non binaire
    D. Agenre

6. Avez-vous un col de l'utérus ?
    A. Oui
    B. Non (intersexe, hystérectomie totale avec retrait total de l'utérus et du col de l'utérus, homme cisgenre)

7. Quel est votre lieu de résidence
    A. Ville de plus de 500 000 habitants
    B. Ville entre 20 000 et 500 000 habitants
    C. Ville entre 2 000 et 20 000 habitants
    D. Rural (moins de 2 000 habitants)

8. Quel niveau scolaire avez-vous :
    A. Inférieur ou égal au baccalauréat
    B. Inférieur ou égal à bac + 3
    C. Supérieur à bac + 3

9. Avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne porteuse d'un col de l'utérus dans les 12 derniers mois (femme, non binaire, homme transgenre) ?
    A. Oui
    B. Non

10. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec un homme cisgenre dans votre vie ?
    A. Oui
    B. Non

11. Avez-vous un schéma de vaccination HPV complet ? (2 doses avant 14ans, 3 doses après 14ans)
    A. Oui
    B. Non
    C. Je ne sais pas

12. Avez-vous déjà eu une grossesse ?
    A. Non
    B. Oui, dont un recours à la PMA (procréation médicalement assistée)
    C. Oui, dont un recours à l'IVG (interruption volontaire de grossesse)
    D. Oui, dont une fausse couche ou IMG (interruption médicale de grossesse)
    E. Oui, et sans PMA, ni IVG, ni fausse couche, ni IMG

13. Un professionnel de santé vous a t'il.elle déjà dit que vous n'aviez pas besoin de réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus, ou que vous n'étiez pas à risque d'avoir un cancer de l'utérus ? Du fait de votre orientation sexuelle ou de votre genre

14. Avez-vous déjà fait un dépistage du cancer du col de l'utérus ? oui, non ou je ne sais pas
    A. Si oui à la question 14 : Avez-vous déjà eu un résultat anormal ?
        a. Oui
        b. Non
        c. Je ne sais pas
    B. Si oui à la question 14 : Avez-vous moins de 30 ans ?

a. Si oui à la question 14-B, avez-vous réalisé un frottis du col (dépistage du cancer du col de l'utérus) il y a moins de 3 ans ?
    i. Oui
    ii. Non
b. Si non à la question 14-B, avez-vous réalisé un test HPV (dépistage du cancer du col de l'utérus) il y a moins de 5 ans ?
    i. Oui
    ii. Non

C. Si non à la question 14, seriez-vous d'accord pour réaliser un autotest HPV si on vous expliquait comment le faire ?
    a. Si oui à la question 14-C, pourquoi privilégieriez-vous l'autotest ?
        - Plus rapide
        - Maitrise du geste
        - Par pudeur
        - Moins invasif que l'examen gynécologique avec pose de spéculum
        - Moins de douleur quand fait par soi-même
        - Plus facile d'accès (possible en laboratoire sans rendez-vous)
        - Antécédent de violence gynécologique ou sexuelle
        - Pas de préférence entre autotest ou fait par un professionnel, ou on ne m'a jamais proposé dans les 2 cas
        - Autre (laisser écrire)
    b. Si non à la question 14-C, pourquoi refusez-vous l'autotest ?
        - Peur d'un mauvais suivi
        - Peur de mal le réaliser
        - Peur d'avoir des douleurs
        - Peur du résultat du test
        - Antécédent de violence gynécologique ou sexuelle
        - Autre (laisser écrire)

15. Si non à la question 14-B: Avez-vous déjà réalisé un autotest HPV ?
    a. Si non à la question 15: soumission du questionnaire
    b. Si oui à la question 15, avez-vous préféré cette méthode par rapport à celle réalisé par un professionnel de santé ?
        i. Si oui à la question 15-b, pourquoi avez-vous préféré la méthode par autotest ?

- Car moins douloureux
- Car moins invasif
- Pour la maitrise du geste
- Pour une raison de pudeur
- Car antécédent de violence gynécologique ou sexuelle
- Car plus rapide
- Autre (laisser écrire)

ii. Si non à la question 15-b, pourquoi avez-vous moins aimé la méthode par autotest ?

- Peur d'un mauvais suivi
- Peur de mal le réaliser
- Plus d'angoisses du résultat
- Plus de douleur
- Pas de différence entre les deux méthodes
- Autre (laisser écrire)

iii. Pas de préférence

Annexe 3 - Liste des associations LGBTQIA2S+ et comptes sur les réseaux sociaux ayant partagé le questionnaire

Queereducation, lesbiennement.lille, Lesfooteueuxses, Angegouine, Lesdegommeuses, Ind_tours, Cics_besancon, Cf_stains_stdenis, Les_gonades, Juliet_drouar, xr_poitiers, Extinction rébellion Angers, xrchambery, Noustoutesorg, Nous.toutes49, noustoutes78, noustoutes66, noustoutesrhone, noustoutes17, noustouteslille, noustoutes90, noustouteslorient56, noustoutes.beauvais, noustoutes84, noustouteslimoges, Nous toutes 64 Béarn, Lesbienne.ordinaire, Alex_queer_, Fiertes_poitiers, Agendadrag.angers, Agendaqueerchambery, agendaqueermtpggrenoble, Risposte__feministe, jesuisfeministenancy, collages_feministes_lyon, gazette.feministe, saphicsindijon, féministes.en.libournais, collages_feministes_poitiers, Queerofcaen, Lesbiennes tardives, Legirofard, lecoindeslgbtdijon, lecoindeslgbttours, Doctogouine, LGBT EELV, sage_femmerie_arc_en_ciel, Transpire, La voix du coeur, Collectif.transgressif.metz, Ost_lorient, Ost_grenoble, Ost_poitiers, Ost.paubearn, Queer.moustache, queerteam_arles, La_queerale, Aides_angers, Aidesparisidf, Aides.caarud86, diivineslgbtqi_plus, Delphes.cheveux, rennesantisexiste, pma.queer.marseille, queerpoclille, Wakupbordeaux, pridetise, mdf.strasbourg, Transat asso, Bag Nantes, centre lgbtqi+ de Rouen, Trans-mission Var, en tous genre 36, Fierté Montpellier pride, GAGL 45, Divergenre Amiens, centre lgbti Normandie, centre LGBTQI Annonay, centre LGBT Touraine, centre LGBT sud aquitaine, dur•es à queer, TransAide

MARIE Romane

Dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population LGBTQIA2S+ : participation, facteurs associés et acceptabilité de l'autotest HPV

RÉSUMÉ

Introduction : Le cancer du col de l'utérus constitue un enjeu majeur de santé publique. Il peut être prévenu par la vaccination contre le papillomavirus et le dépistage organisé entre 25 et 64 ans. Plusieurs études retrouvent une moindre participation au dépistage chez les minorités sexuelles et de genre. L'objectif principal était d'évaluer la participation au dépistage dans la population LGBTQIA2S+ éligible en France. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs associés à cette participation et d'évaluer l'acceptabilité de l'autotest HPV.

Sujets et méthode : Une étude observationnelle transversale a été réalisée en France à partir d'un questionnaire en ligne diffusé du 12 décembre 2025 au 10 avril 2026. Étaient incluses les personnes LGBTQIA2S+ de 25 à 64 ans, résidant en France et porteuses d'un col de l'utérus. Des analyses univariées puis une régression logistique multivariée ont permis d'identifier les facteurs associés au statut de dépistage.

Résultats principaux : Au total, 504 réponses ont été analysées. La proportion de personnes à jour était de 63,1 % : 67 % chez les femmes cisgenres, 56 % chez les personnes non binaires/agenres et 56,5 % chez les hommes transgenres. Parmi les femmes cisgenres n'ayant jamais eu de rapport avec un homme cisgenre, 44,1 % étaient à jour. Après ajustement, trois facteurs restaient associés à une moindre probabilité d'être à jour : l'absence de rapport avec un homme cisgenre (ORa = 0,34 ; IC95 % [0,21–0,55] ; p < 0,001), l'absence de relation avec une personne porteuse d'un col de l'utérus dans les 12 derniers mois (ORa = 0,58 ; IC95 % [0,39–0,86] ; p = 0,007) et l'absence d'antécédent de grossesse (ORa = 0,54 ; IC95 % [0,31–0,94] ; p = 0,030). Parmi les 145 personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage ou ne sachant plus, 92,4 % déclaraient qu'elles accepteraient l'autotest HPV s'il leur était proposé.

Conclusion : Plus d'une personne LGBTQIA2S+ sur trois n'était pas à jour du dépistage du CCU. Les pratiques sexuelles et le parcours reproductif étaient associés à la participation au dépistage. L'autotest HPV pourrait constituer une alternative pour certaines personnes éloignées du dépistage.

Mots-clés : Cancer du col de l'utérus, Papillomavirus humain, Dépistage, Minorités sexuelles et de genre, Hommes transgenres, Personnes non binaires, Autotest HPV.

Cervical cancer screening in the LGBTQIA2S+ population : participation, associated factors, and acceptability of HPV self-sampling

ABSTRACT

Introduction : Cervical cancer remains a major public health issue. It can be prevented through human papillomavirus (HPV) vaccination and screening between the ages of 25 and 64 years. Several studies have reported lower screening participation among sexual and gender minorities. The primary objective was to assess cervical cancer screening participation among the eligible LGBTQIA2S+ population in France. Secondary objectives were to identify factors associated with screening participation and to assess the acceptability of HPV self-sampling.

Methods : A cross-sectional observational study was conducted in France using an online questionnaire distributed from December 12, 2025, to April 10, 2026. Eligible participants were LGBTQIA2S+ people aged 25–64 years, living in France and with a cervix. Univariate analyses followed by multivariable logistic regression were performed to identify factors associated with up-to-date screening status.

Results : A total of 504 responses were analyzed. Overall, 63.1% of participants were up to date with screening: 67.0% of cisgender women, 56.0% of non-binary/agender people, and 56.5% of transgender men. Among cisgender women who had never had sexual intercourse with a cisgender man, 44.1% were up to date. After adjustment, three factors remained associated with lower odds of being up to date: no history of sexual intercourse with a cisgender man (aOR = 0.34; 95% CI [0.21–0.55]; p < 0.001), no sexual relationship with a person with a cervix in the previous 12 months (aOR = 0.58; 95% CI [0.39–0.86]; p = 0.007), and no history of pregnancy (aOR = 0.54; 95% CI [0.31–0.94]; p = 0.030). Among the 145 participants who had never been screened or could not remember, 92.4% reported that they would accept HPV self-sampling if offered.

Conclusion : More than one in three LGBTQIA2S+ participants were not up to date with cervical cancer screening. Sexual practices and reproductive history were associated with screening participation. HPV self-sampling could provide an additional screening option for some people who are currently underscreened.

Keywords : Cervical cancer, Human papillomavirus, Screening, Sexual and gender minorities, Transgender men, Non-binary people, HPV self-testing.

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS