

ÉTUDES et RÉSULTATS

février 2026
n° 1367

Dépistage du cancer : les personnes modestes y recourent moins souvent

En France hors Mayotte, entre 2017 et 2020, le recours au dépistage du cancer colorectal des personnes âgées de 50 à 74 ans est deux fois plus fréquent chez les 10 % les plus aisés que chez les 10 % les plus modestes. Les inégalités de recours à ce dépistage selon le niveau de vie sont plus marquées chez les hommes que chez les femmes.

Dans la même classe d'âge, pour le cancer du sein, le recours au dépistage des femmes appartenant aux 10 % les plus aisées est 1,6 fois plus élevé que pour celles appartenant au 10 % les plus modestes. L'ampleur de cette inégalité est notamment due au recours au dépistage individuel qui se substitue de façon croissante au dépistage organisé lorsque le niveau de vie augmente.

Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes âgées de 25 à 65 ans, les plus aisées y recourent également 1,6 fois plus souvent que les plus modestes.

L'ampleur des inégalités sociales de recours aux dépistages des cancers apparaît de façon moins marquée lorsque ces inégalités sont mesurées à l'échelle des territoires et non des individus.

Hadrien Le Mer, Diane Naouri (Drees)

Les auteurs remercient Cécile Quintin, Céline Audiger, Agnès Rogel, Julie Plaine

Le dépistage du cancer consiste, chez des personnes en bonne santé ne présentant pas de symptôme évocateur, à détecter de manière précoce la présence d'éventuelles cellules cancéreuses ou précancéreuses, afin de prévenir au plus tôt leur prolifération potentielle. Le dépistage du cancer peut prendre trois formes : le dépistage organisé, où les pouvoirs publics invitent à intervalles réguliers une population dite éligible (**encadré 1**) à effectuer un examen biologique ou radiologique de dépistage ; le dépistage individuel où chacun, de façon spontanée, ou sur les recommandations d'un médecin, décide d'effectuer un test ; le dépistage sur signe d'appel enfin, à la suite d'un examen clinique suspect ou d'un symptôme¹. À la frontière

du dépistage et du diagnostic, le dépistage sur signe d'appel est souvent écarté des analyses sur les inégalités sociales de recours au dépistage ; ce sera aussi le cas dans cette étude. En France hors Mayotte, il existe actuellement trois programmes nationaux de dépistage organisé² correspondant chacun à une localisation de cancer différente : le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus. Ces cancers ont en commun une incidence importante (le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent, le cancer du col de l'utérus est diagnostiqué chez plus de 3 000 femmes chaque année en France, le cancer colorectal est le 3^e cancer le plus fréquent tous sexes confondus), un dépistage peu coûteux, fiable et socialement acceptable, ●●●

1. Par exemple une échographie mammaire réalisée à la suite d'une masse identifiée lors d'un examen gynécologique.

2. Des informations concernant les trois programmes de dépistage organisé en France sont sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr) et sur [cancer.fr](https://www.cancer.fr).

- et un taux de mortalité diminué s'ils sont pris en charge à temps. Ils présentent ainsi toutes les caractéristiques pour être « dépis- tables ». En effet, pour être dépistable, un cancer ne doit pas seu- lement être repérable à un stade précoce à partir d'un test adapté et socialement acceptable, il doit également représenter un enjeu de santé publique majeur et être éligible à un certain nombre de solutions thérapeutiques (Wilson et Jungner, 1968).

Dans le cadre du dépistage organisé, l'assurance maladie envoie périodiquement aux personnes éligibles des invitations à réaliser un test de dépistage approprié, accompagnées de notices explica- tives sensibilisant à l'importance du test et à sa gratuité. Le test est, dans ce cadre, pris en charge à 100 % : il correspond à une mam- mographie bilatérale pour le cancer du sein, à une recherche de sang occulte dans les selles via un test immunochimique fécal (FIT) pour le cancer colorectal, et à une cytologie cervico-utérine (ou un test de détection des papillomavirus humains [HPV, *human papillo- mavirus*] oncogènes, depuis 2020) suite à un frottis pour le cancer du col de l'utérus. Le dépistage organisé ne constitue pas le seul moyen d'accès au dépistage. En dehors de toute invitation ou pro- gramme, les femmes peuvent par exemple réaliser des échogra- phies mammaires plus ou moins régulières³. Au-delà du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, les femmes peuvent égale- ment réaliser des tests (HPV) sans invitation et/ou avoir recours à des actes de prévention comme la vaccination contre le HPV. La distribution sociale de la participation au dépistage organisé

gagne donc à être analysée conjointement aux pratiques de dépis- tage individuel (**encadré 2**) [Goldzahl et Jusot, 2016].

Les inégalités sociales de participation aux dépistages des cancers sont un enjeu majeur de santé publique en France. À partir des données de l'EDP-Santé (**encadré 2**), cette étude mesure les inéga- lités sociales dans le recours au dépistage à partir de données indi- viduelles (niveau de vie et niveau de diplôme) et en tenant compte du type de dépistage (individuel ou organisé). Dans la mesure où une grande partie des études sur la participation au dépistage uti- lise les indicateurs écologiques de désavantage social⁴ comme des proxys des caractéristiques socio-économiques des personnes, il est apparu intéressant pour cette étude de comparer les probabi- lités de recours à la fois selon le niveau de vie, le niveau de diplôme et le désavantage social du territoire de résidence, afin d'évaluer les biais associés au recours exclusif à ces indicateurs écologiques.

Le dépistage du cancer colorectal : les femmes y participent plus, les personnes modestes y participent moins

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus incident de France (après le cancer du sein et de la prostate), avec une létalité qui continue d'être importante : seulement 63 % des personnes sont encore en vie cinq ans après le diagnostic de leur cancer (Coureau, et al., 2021). Il touche aussi bien les hommes que les femmes, essentiellement après 50 ans, et peut être asympto- matique dans un premier temps. Le programme américain de surveillance épidémiologique des cancers (*SEER Program*) montre que les personnes dont le cancer colorectal est localisé, autrem- ent dit ceux qui l'ont détecté tôt, ont un taux de survie de 90 % après cinq ans contre seulement 14 % chez ceux ayant des métastases au moment du diagnostic.

Le dépistage organisé du cancer colorectal invite toutes les per- sonnes âgées de 50 à 74 ans, sans symptôme et sans facteur de risque n'ayant pas réalisé d'exploration endoscopique dans les cinq années précédentes, à réaliser un test immunochimique fécal (FIT) tous les deux ans, et à effectuer une coloscopie si jamais le résultat s'avère positif. Afin de pouvoir réaliser ce test, les personnes sont invitées à récupérer un kit de dépistage⁵.

Sur la période 2017-2020, en tenant compte de la structure par âge et par sexe de la population (standardisation), le taux de parti- cipation au dépistage organisé des 10 % les plus aisés est de 31,4 %, contre 16,1 % pour les 10 % les plus modestes, soit un ratio de 2,0 [**tableau 1**], pour un taux de participation global moyen de 27,7 %⁶. Ce résultat de sous-participation des 10 % les plus modestes au dépistage organisé du cancer colorectal est cohérent avec ce que la littérature repère en France à partir d'indicateurs écologiques (Ponnet, et al., 2008 ; Poncet, et al., 2013 ; Mulliri, et al., 2023). Pour rappel, le référentiel européen préconise, pour le taux de parti- cipation, un objectif minimal acceptable de 45 % et souhaitable de 65 % (Arbyn, et al., 2003). Plus précisément, la participation au dépistage augmente avec le niveau de vie jusqu'au neuvième

Encadré 1 Population « cible » et population « éligible »

Les personnes présentant un surrisque de développer un cancer spécifique (antécédents individuels ou familiaux de certains can- cers, présence de certaines mutations génétiques, etc.) sont habi- tuellement exclues de l'analyse du recours au dépistage (organisé ou individuel) de ce cancer dans la mesure où elles font l'objet d'une surveillance spécifique. Il en va de même pour les personnes présentant une absence de risque de déclenchement d'un can- cer spécifique (par exemple un cancer du col de l'utérus pour les femmes ayant eu une hystérectomie totale) : elles ne sont pas invi- tées à participer au dépistage organisé. Il faut donc distinguer la population dite « cible » (définie par le sexe et la classe d'âge) et la population dite « éligible » (définie parmi la population cible, à partir de l'absence de surrisque ou de sous risque de déclencher le cancer en question). Mesurer le recours au dépistage suppose donc d'être en capacité d'exclure les personnes malades ou avec un fort risque de le devenir, ainsi que les personnes ne pouvant contracter la maladie. Ce travail d'identification d'une popula- tion saine sans surrisque ni absence de risque (population éligible) est réalisé par les institutions qui envoient des invitations dans le cadre du dépistage organisé, et doit être répliqué pour mesurer le taux de recours au dépistage.

* Jusqu'à récemment le rôle d'invitation, et donc l'identification de la population cible, incombait aux Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) et était menée à l'échelle départementale. Depuis 2024, cette identification est menée à l'échelle nationale par l'Assurance maladie qui devient désormais responsable de l'envoi des invitations.

3. Dans les cas d'antécédent personnel de cancer du sein ou de radiothérapie thoracique, la surveillance particulière est prise en charge à 100 % dans le cadre du dispositif « affection de longue durée » (ALD). En dehors des tranches d'âge d'éligibilité au dépistage organisé, sur ordonnance, le dépistage individuel est remboursé par l'Assurance maladie à hauteur de 70 % sur la base du tarif conventionnel, le reste à charge pouvant faire l'objet d'une prise en charge par la complémentaire santé.

4. La littérature scientifique utilise de façon équivalente les termes de « déprivation » ou de « défavorisation sociale ».

5. L'arrêté de mars 2018 a élargi la liste des professionnels de santé autorisés à remettre le kit de dépistage. Jusqu'à 2018, le kit était uniquement remis par le médecin traitant. À partir de 2018, la remise du kit à la personne peut également être effectuée par un gynécologue, par un hépato-gastroentérologue, ou par un médecin d'un centre d'examen de santé du régime général de l'assurance maladie. Depuis les arrêtés de mars et avril 2022, il est désormais possible à toute personne éligible invitée au dépistage organisé du cancer colorectal de recevoir gratuitement un test de dépistage à domicile, ou de le récupérer en pharmacie d'officine.

6. Ce taux de participation est un peu en deçà du taux de participation calculé par Santé publique France (SpF) à partir des données des Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), qui comprennent notamment les tests non analysables non refaits absents des données de remboursement utilisées ici : sur la période 2016-2020, le taux de participation standardisé moyen au dépistage organisé du cancer colorectal calculé par SpF pour la population éligible est de 31 % (Quintin et Plaine, 2025).

dixième (D9) de la population⁷, mais décroît ensuite, passant de 33,2 % pour le neuvième à 31,4 % pour le dernier dixième (D10). Cette décroissance de la participation à partir d'un certain niveau de richesse n'a pas été documenté par les études écologiques centrées sur le cancer colorectal en France (Ponnet, *et al.*, 2008 ; Poncet, *et al.*, 2013). Une hypothèse possible, mais non vérifiable avec les données disponibles, est que les plus aisés substituent un suivi médical individuel alternatif (des coloscopies sans FIT préalable par exemple) au dépistage organisé, comme cela s'observe pour le dépistage du cancer du sein.

Les femmes participent plus au dépistage organisé du cancer colorectal que les hommes : sur la période 2017-2020, le taux de participation standardisé, c'est-à-dire en tenant compte de la structure par âge de la population, est de 28,6 % pour les femmes, contre 26,0 % pour les hommes [tableau 1]. Ce différentiel confirme un résultat documenté en France (Quintin, *et al.*, 2024) et à l'échelle de la plupart des pays européens (Mosquera, *et al.*, 2020).

En parallèle, le gradient de participation au dépistage organisé observé entre les plus modestes et les plus aisés est plus marqué chez les hommes que chez les femmes. Les hommes entre 50 et 74 ans faisant partie des 10 % les plus aisés de la population ont ainsi 2,1 fois plus de chances d'avoir effectué un test FIT dans les deux ans que les 10 % les plus modestes. Chez les femmes, ce ratio n'est que de 1,8 (graphique 1).

Des inégalités de participation au dépistage organisé du cancer colorectal plus importantes lorsqu'elles sont mesurées à l'échelle des individus

Dans le cas du cancer colorectal, quelle que soit la façon dont est mesurée la situation socio-économique (selon une mesure écologique avec l'indice du FDep ou de l'EDI [encadré 2], ou bien selon une mesure individuelle avec le niveau de vie ou le niveau de diplôme), le dépistage est moins fréquent chez les plus démunis que chez les plus privilégiés (tableau complémentaire A⁸). Les

Encadré 2 Sources et méthode

Sources

Les données de cette étude proviennent de la base de données EDP-Santé, qui croise, au niveau individuel, l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee aux données de consommation de soins et d'hospitalisation issues du Système national des données de santé (SNDS) [Dubost et Leduc, 2020]. Il s'agit d'un échantillon qui couvre environ 4,4 % de la population française. Les recours aux dépistages ont été identifiés à partir des données du SNDS. Les caractéristiques socio-économiques proviennent de l'EDP.

Champ de l'étude

L'étude porte sur les personnes vivant en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte), présentes dans l'EDP-Santé entre 2015 et 2020 et éligibles au dépistage de chaque cancer. Le passage en 2015 du test au gäica au test immuno-chimique fécal ("faecal immunochemical test", FIT) s'est traduit par l'absence de test disponible pendant plusieurs mois, ce qui explique que l'on commence par l'année glissante 2016-2017 plutôt que par 2015-2016.

Pour le cancer colorectal, entre 2017 et 2020, en moyenne annuelle, la population cible (personnes de 50 à 74 ans) s'élève à 19,7 millions de personnes, et la population éligible (personnes du même âge hors celles faisant déjà l'objet d'un suivi médical particulier renforcé, notamment celles effectuant des coloscopies régulières) à 16,3 millions de personnes.

Pour le cancer du sein, entre 2015 et 2020, en moyenne annuelle, la population cible (femmes entre 50 et 74 ans) s'élève à 10,3 millions de personnes, et la population éligible (femmes du même âge hors celles faisant déjà l'objet d'un suivi médical particulier renforcé, notamment celles aux antécédents personnels de cancer du sein) à 10,1 millions de personnes.

Pour le cancer du col de l'utérus, entre 2015 et 2020, en moyenne annuelle, la population cible est de 17,5 millions (femmes entre 25 et 65 ans), et la population éligible (femmes du même âge, hors celles ayant subi une hystérectomie totale) est de 17,2 millions de personnes.

* Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2021-2022 et évolution depuis 2005, Santé publique France.

** Cancer colorectal : participation aux tests de dépistage 2021-2022, Santé publique France.

*** La formule « taux de participation », fréquemment utilisée pour le dépistage organisé, constitue un abus de langage pour le dépistage individuel dans la mesure où, par définition, il n'y a pas d'invitation ou de programme auquel participer. En toute rigueur, il vaut mieux parler de taux de recours pour le dépistage individuel et de taux de participation pour le dépistage organisé.

**** L'European Deprivation Index (EDI) et le French Deprivation Index (FDep) sont deux indicateurs écologiques de désavantage social. Ils décrivent la situation socio-économique d'une population à une échelle géographique locale, en agrégeant des variables telles que le chômage ou le revenu. L'Iris désigne un « îlot regroupé pour l'information statistique ». Historiquement, il s'agissait d'une unité géographique infra-communale regroupant environ 2 000 habitants. Il constitue la brique de base en matière de diffusion de données infra-communales par l'Insee. Toutes les communes d'au moins 10 000 habitants, ainsi qu'une forte proportion des communes de 5 000 à 10 000 habitants, sont découpées en Iris.

Méthode d'analyse

Les disparités sociales sont appréhendées à partir du dixième de niveau de vie de l'année précédente, issu des données fiscales. Le niveau de vie est calculé à partir du revenu disponible du ménage (somme des revenus et prestations du ménage dont on retire les impôts), divisé par le nombre d'unités de consommation.

Les taux annuels de recours au dépistage sont standardisés afin de neutraliser l'effet des différences de structure par âge fin des populations éligibles (définies sur des tranches d'âge relativement larges, en particulier pour le cancer du col de l'utérus) entre dixièmes de niveau de vie. De fait, l'âge joue à la fois sur le risque de survenue de cancer et sur la probabilité de recourir au dépistage, tout en étant corrélé au niveau de vie. La tranche d'âge 70-74 ans est notamment l'une des tranches d'âge qui participe le moins au dépistage organisé du cancer du sein*, mais l'une de celles qui participe le plus au dépistage organisé du cancer colorectal**. Pour chaque année étudiée, les taux de recours ou de participation*** pour chaque dixième de niveau de vie et tranche d'âge sont agrégés en appliquant la structure par âge de la population totale. Ils sont exprimés pour 100 personnes. Pour le dépistage du cancer colorectal, seul dépistage organisé portant sur les deux sexes, l'analyse a été également stratifiée par sexe.

Le niveau de diplôme est construit à partir de l'ensemble des enquêtes annuelles de recensement entre 2008 et 2020, en prenant le dernier niveau de diplôme obtenu le plus élevé. Cette variable ordonne les niveaux de diplôme depuis l'absence de scolarité jusqu'au doctorat.

Dans la mesure où le dépistage est un phénomène fréquent, un modèle de régression de Poisson à lien logarithmique est utilisé afin d'estimer des rapports de risque de recours au dépistage pour chaque cancer, en contrôlant par un ensemble de variables sociodémographiques, de comportements de consommation et d'offre de soins. Pour chaque cancer, six modélisations sont estimées, où seule la variable explicative « sociale » est modifiée : au niveau territorial, l'EDI et le FDep de la commune et de l'Iris****, et au niveau individuel le plus haut niveau de diplôme et le niveau de vie.

7. C'est-à-dire les 10 % de la population dont le niveau de vie est compris entre le 8^e et le 9^e décile de la distribution des niveaux de vie.

8. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude sur le site internet de la Drees (lien en fin de publication).

inégalités sont toutefois plus marquées avec la mesure de la situation socio-économique par le niveau de vie individuel ou le niveau de diplôme. À l'inverse, plus la situation socio-économique est mesurée à une échelle géographique large (commune plutôt qu'Iris), plus ces inégalités semblent atténuées.

De plus en plus de dépistage individuel ou organisé du cancer du sein à mesure que le niveau de vie augmente

En France, le cancer du sein est le cancer le plus incident chez les femmes, avec près de 60 000 femmes diagnostiquées par an. Les recommandations du dépistage organisé invitent les femmes sans symptôme ni facteur de risque âgées de 50 à 74 ans (femmes dites « éligibles ») à réaliser un examen clinique (palpation) des seins ainsi qu'une mammographie bilatérale tous les deux ans. Dans le cadre du dépistage organisé, les mammographies négatives sont systématiquement analysées une deuxième fois afin d'améliorer les chances de détection d'un cancer. Les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) informent ensuite le médecin désigné par la patiente (qui peut être le médecin traitant, un autre médecin généraliste, ou un gynécologue) de la réalisation d'une mammographie de dépistage, ainsi que de ses résultats.

Entre 2015 et 2020, le taux de recours au dépistage (qu'il soit organisé ou individuel) du cancer du sein parmi les femmes éligibles, tel qu'il peut être estimé à partir de l'EDP-Santé, est de 58,6 % (et de 48,1 % pour le dépistage organisé spécifiquement)⁹. Les femmes aisées recourent plus au dépistage organisé que les femmes modestes : après prise en compte de la structure par âge, en moyenne sur la période 2015-2020, 33,1 % des femmes de 50 à 74 ans du premier dixième de niveau de vie sont considérées comme à jour de leur dépistage organisé (réalisation d'une mammographie de dépistage organisé dans les deux ans), contre

48,1 % dans le dixième de revenu le plus haut [tableau 2]. Plus précisément, le taux de recours au dépistage organisé des femmes de 50 à 74 ans augmente jusqu'au huitième dixième (D8), où il atteint 53,7 %, puis redescend jusqu'au dernier dixième. Ce gradient de participation au dépistage organisé du cancer du sein en forme de « U inversé », avec une légère baisse de la participation en haut de la distribution des revenus, est cohérent avec certains des résultats de la littérature épidémiologique qui utilisent des indicateurs écologiques (Deborde, et al., 2019).

Cette inversion à partir d'un certain seuil de la relation entre niveau de vie et participation au dépistage organisé du cancer du sein n'existe pas pour le dépistage individuel du cancer du sein. Sur la période 2015-2020, le taux de recours au dépistage individuel des femmes de 50 à 74 ans croît avec le niveau de vie, de 9,5 % pour celles du premier dixième, à 20,9 % pour celles du dernier dixième (tableau 2). La hausse enregistrée entre les deux derniers dixièmes pour le recours au dépistage individuel fait plus que compenser la baisse observée pour la participation au dépistage organisé (graphique 2). Au total, la participation générale au dépistage du cancer du sein (qu'il soit organisé ou individuel) augmente tout au long de l'échelle de niveau de vie, passant de 41,6 % pour le premier dixième à 66,9 % pour le dernier dixième, confirmant ainsi un certain nombre de travaux réalisés à l'échelle écologique (Pornet, et al., 2012 ; Ouanhnon, et al., 2022) qui montrent que la participation au dépistage du cancer du sein est décroissante du désavantage social.

Ainsi, le dépistage du cancer du sein est marqué à la fois par un gradient social et par une substitution croissante, chez les personnes à haut revenus, du dépistage organisé par le dépistage individuel. Au moins deux hypothèses peuvent expliquer en partie ce recours socialement différencié au dépistage : d'une part, des pratiques¹⁰ de prévention antérieures, ancrées avant l'âge du

Tableau 1 Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des personnes de 50 à 74 ans éligibles, selon le niveau de vie et le sexe

En %

Dixième de niveau de vie	Femmes		Hommes		Ensemble de la population	
	Taux bruts	Taux standardisés	Taux bruts	Taux standardisés	Taux bruts	Taux standardisés
D1	17,3	17,8	14,0	14,3	15,6	16,1
D2	20,6	20,7	16,7	16,8	18,8	18,8
D3	23,9	23,9	20,0	20,0	22,1	22,0
D4	26,7	26,5	22,8	22,8	24,8	24,7
D5	29,3	29,1	25,9	25,7	27,7	27,4
D6	30,9	30,6	28,1	27,9	29,6	29,3
D7	32,4	32,3	29,9	29,7	31,2	31,0
D8	33,3	33,3	31,1	31,0	32,2	32,2
D9	33,9	33,9	32,5	32,4	33,2	33,2
D10	32,0	32,1	30,5	30,5	31,2	31,4
Tous niveaux de vie confondus	28,7	28,6	25,9	26,0	27,3	27,3

Notes > Les taux de participation standardisés prennent en compte la structure par âge de la population de référence. Les taux calculés sur la population générale, en plus d'être standardisés par âge, sont standardisés par sexe. Les taux sont calculés sur la population éligible au dépistage organisé du cancer colorectal, c'est-à-dire les personnes de 50 à 74 ans qui n'ont pas eu de maladie, de traitement ou de chirurgie impliquant un suivi spécifique du risque de déclenchement d'un cancer colorectal.

Lecture > Une fois la structure par âge prise en compte, 14,3 % des hommes de 50 à 74 ans du dixième le plus modeste (D1) ont eu recours au dépistage organisé du cancer colorectal dans les deux ans. Cette proportion s'élève à 30,5 % chez les hommes du même âge du dixième le plus aisé (D10).

Champ > Personnes âgées de 50 à 74 ans entre 2017 et 2020, résidant en France, hors Mayotte.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1367 © Drees

9. La couverture totale du dépistage du cancer du sein (dépistage organisé et non organisé) en France sur l'année glissante 2016-2017 est évaluée par SpF à partir des données des CRCDC et du SNDS à 62 % (Rogel, et al., 2025).

10. Au-delà des pratiques, certaines analyses complémentaires mettent l'accent sur les représentations, et documentent le fait que le dépistage organisé, souvent méconnu des femmes faisant le choix du dépistage individuel, est parfois considéré comme un dispositif trop anonyme qui serait destiné aux plus précaires n'ayant pas accès à un suivi médical personnalisé (Kalecinski, et al., 2015).

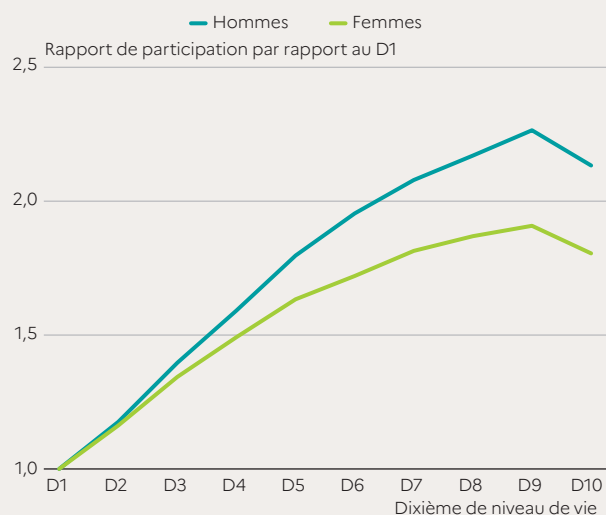
dépistage organisé (par exemple par un suivi régulier par mammographie avant 50 ans) et, d'autre part, des différences de suivi et d'accès aux soins directement liées aux professionnels de santé présents sur le territoire de vie.

Dépistage du cancer du sein avant 50 ans : plus de mammographies et d'échographies chez les femmes les plus aisées

Les femmes avant 50 ans ne sont pas éligibles au dépistage organisé, bien que certains pays recommandent de se dépister avant 50 ans¹¹. Pour ces femmes, l'examen principal permettant un dépistage du cancer du sein est le même que pour le dépistage organisé, à savoir la mammographie bilatérale (sans deuxième lecture et sans remboursement à 100 %). L'échographie mammaire, et dans une moindre mesure l'IRM, peuvent constituer des examens complémentaires.

Le taux de recours à ces examens croît avec le niveau de vie pour les femmes entre 30 et 50 ans. Le dépistage du cancer du sein avant l'âge du dépistage organisé est plus fréquent parmi les 10 % des femmes les plus aisées que parmi les 10 % les plus modestes : il est 2,4 fois plus élevé lorsqu'elles réalisent, sur une période de deux ans, à la fois une mammographie et une échographie mammaire (ou, ce qui est beaucoup plus rare, à la fois une mammographie et un IRM des seins), et 1,9 fois plus élevé lorsqu'elles réalisent au moins l'un des trois examens (graphique 3).

Graphique 1 Rapports de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des personnes de 50 à 74 ans éligibles, selon le niveau de vie et le sexe



Note > Les taux de participation standardisés prennent en compte la structure par âge de la population de référence. Les taux sont calculés sur la population éligible au dépistage organisé du cancer colorectal, c'est-à-dire les femmes de 50 à 74 ans qui n'ont pas eu de maladie, de traitement ou de chirurgie impliquant un suivi spécifique du risque de déclenchement d'un cancer colorectal. Les taux de participation standardisés correspondant aux différents dixièmes de la population classée selon le de niveau de vie sont rapportés au taux de participation standardisé du dixième le plus modeste (D1).

Lecture > Les hommes de 50 à 74 ans du dixième le plus aisé (D10) ont une probabilité 2,1 fois plus élevée d'avoir participé au dépistage organisé du cancer colorectal dans les deux ans que les hommes du même âge du dixième le plus modeste (D1).

Champ > Personnes âgées de 50 à 74 ans entre 2017 et 2020, résidant en France, hors Mayotte.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1367 © Drees

Des inégalités de participation au dépistage du cancer du sein bien plus importantes à l'échelle individuelle, et qui perdurent après prise en compte des différences territoriales

Pour les femmes de 50 à 74 ans, lorsque la probabilité d'avoir eu recours à un dépistage est modélisée en contrôlant par l'âge, la situation conjugale, le lieu de naissance, la taille de la commune, le département, ainsi que par des indicateurs de consommation et d'offre de soins, les analyses descriptives précédentes (sans modélisation) se confirment : la probabilité relative d'avoir recours à un dépistage individuel augmente nettement pour les personnes dont le niveau de vie et le niveau de diplôme est le plus haut (données complémentaires B), tandis que celle d'avoir recours à un dépistage organisé diminue légèrement pour ces mêmes personnes (données complémentaires C), mettant ainsi en évidence un mécanisme de substitution, à partir d'un certain niveau de vie et de diplôme, entre dépistage organisé et dépistage individuel. Cette substitution apparaît nettement lorsque la situation socio-économique est mesurée à l'échelle individuelle. Enfin, en prenant en compte la qualité de vie des territoires de résidence (Reynard et Vialette, 2014) – qui distingue notamment les territoires très urbanisés des autres espaces de vie et qui sont aussi mobilisés dans certains travaux sur le dépistage organisé du cancer du sein (Rollet, et al., 2023) –, l'imbrication des inégalités sociales et territoriales apparaît. Les territoires où la participation au dépistage organisé est la plus élevée sont aussi ceux où le dépistage individuel est le moins fréquent, et inversement

Tableau 2 Taux de recours aux dépistages organisé ou individuel du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans éligibles, selon le niveau de vie

Dixième de niveau de vie	En %		
	Dépistage organisé	Dépistage individuel	Dépistage organisé ou individuel
D1	33,1	9,5	41,6
D2	38,5	8,8	46,1
D3	43,6	8,8	51,1
D4	46,9	9,3	54,8
D5	50,0	9,7	58,2
D6	51,9	10,4	60,7
D7	53,1	11,2	62,7
D8	53,5	12,7	64,5
D9	53,3	14,9	66,3
D10	48,1	20,9	66,9
Tous niveaux de vie confondus	48,1	12,1	58,6

Notes > L'ensemble des taux de recours sont standardisés, et prennent en compte la structure par âge de la population de référence. Les taux sont calculés sur la population éligible au dépistage organisé du cancer du sein, c'est-à-dire les femmes de 50 à 74 ans qui n'ont pas eu de maladie, de traitement ou de chirurgie du sein impliquant un suivi spécifique du risque de déclenchement d'un cancer du sein.

Lecture > 33,1 % des femmes de 50 à 74 ans du dixième le plus modeste (D1) ont eu recours à une mammographie de dépistage organisé du cancer du sein dans les deux ans. Cette proportion s'élève à 48,1 % chez les femmes du même âge du dixième le plus aisé (D10).

41,6 % des femmes de 50 à 74 ans éligibles du dixième le plus modeste (D1) ont effectué une mammographie de dépistage individuel ou organisé dans les deux ans. Cette proportion s'élève à 66,9 % chez les femmes du même âge du dixième le plus aisé (D10).

Champ > Femmes âgées de 50 à 74 ans entre 2015 et 2020, résidant en France, hors Mayotte.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1367 © Drees

11. La Commission européenne a recommandé en septembre 2022 d'élargir le public concerné par le dépistage du cancer du sein à 45 ans dans l'Union européenne.

(graphique 4). Ainsi, dans les territoires très urbanisés (notamment Paris et Lyon), la probabilité relative de participer au dépistage organisé est la plus faible, tandis que celle de recourir au dépistage individuel est la plus importante. Les territoires de vie autour des villes moyennes rassemblent les personnes qui, par rapport aux territoires de vie très urbanisés, participent le moins au dépistage individuel et le plus au dépistage organisé.

Le cancer du col de l'utérus, moins de dépistage et de vaccination pour les plus modestes

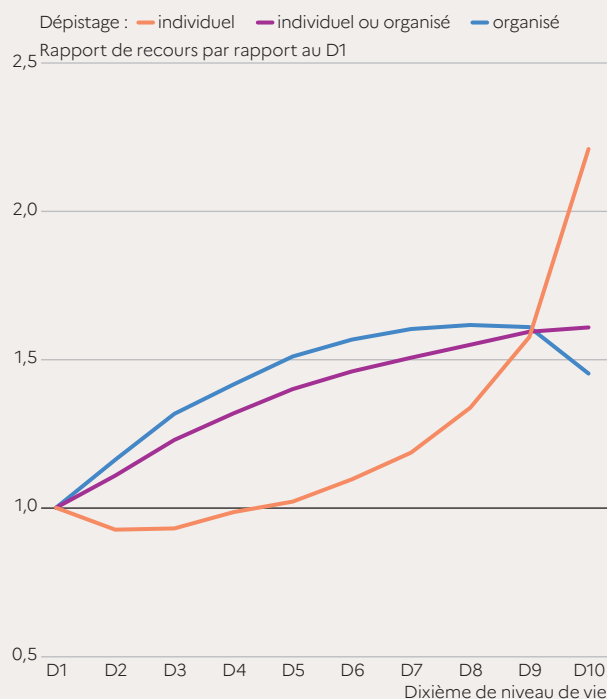
Le cancer du col de l'utérus est un cancer bien moins incident que le cancer du sein, mais qui conserve un pronostic intermédiaire : la survie relative du cancer du col n'est que de 63 % à cinq ans (Coureau, et al., 2021). En France, jusqu'en 2018, il n'existait pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Le programme est monté lentement en charge entre 2018 et 2020 : 0,3 % des tests se font sur invitation en 2018, 0,9 % en 2019,

et 3,3 % en 2020 (Audiger et Plaine, 2025). Ces invitations sont trop rares sur la période d'étude pour pouvoir effectuer des statistiques spécifiques. Le dépistage du cancer du col étudié ici est donc essentiellement individuel. Jusqu'en 2019, il était recommandé de faire un test tous les trois ans pour les femmes entre 25 et 65 ans¹².

Il existe deux tests permettant de dépister le cancer du col de l'utérus : la cytologie cervico-utérine, consistant à examiner des cellules prélevées par frottis au niveau du col de l'utérus, et le test dit « HPV » (*"Human papilloma virus"*), consistant à détecter une infection à papillomavirus humain. Depuis 2020, c'est ce second test qui est recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS) pour les femmes à partir de 30 ans¹³.

En considérant à la fois le dépistage par test HPV et le dépistage par cytologie cervico-utérine, entre 2015 et 2020, le taux de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes éligibles est de 52,6 %¹⁴. Les femmes du dixième le plus aisé de la distribution des niveaux de vie ont 1,6 fois plus de chance de recourir à un

Graphique 2 Rapports de recours au dépistage individuel ou organisé du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans éligibles, selon le niveau de vie



Notes > Les taux de recours standardisés prennent en compte la structure par âge de la population de référence. Les taux sont calculés sur la population éligible au dépistage organisé du cancer du sein, c'est-à-dire les femmes de 50 à 74 ans qui n'ont pas eu de maladie, de traitement ou de chirurgie du sein impliquant un suivi spécifique du risque de déclenchement d'un cancer du sein. Les taux de participation standardisés correspondant aux différents dixièmes de la population classée par niveau de vie sont rapportés au taux de participation standardisé du dixième le plus modeste (D1).

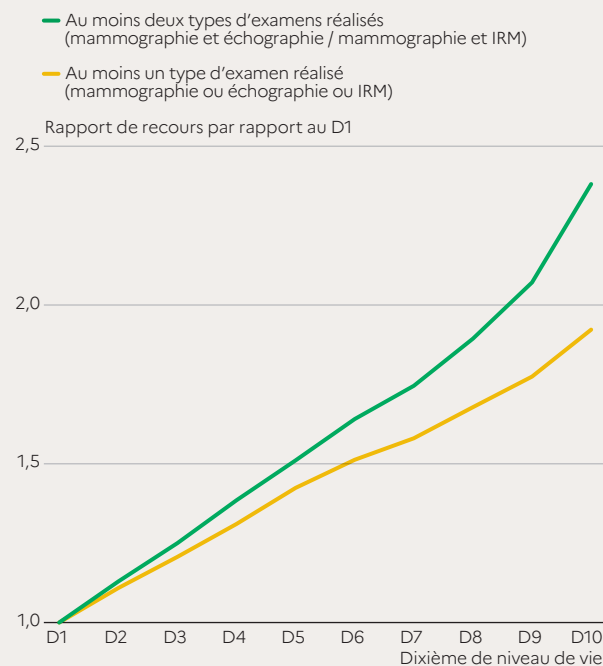
Lecture > Les femmes de 50 à 74 ans du dixième le plus aisé (D10) ont une probabilité 1,5 fois plus élevée de participer au dépistage organisé du cancer du sein que les femmes du même âge du dixième le plus modeste (D1).

Champ > Femmes âgées de 50 à 74 ans entre 2015 et 2020, résidant en France, hors Mayotte.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1367 © Drees

Graphique 3 Rapports de recours au dépistage individuel du cancer du sein des femmes de 30 à 50 ans, selon le niveau de vie et le type d'examen



Notes > Les taux de recours standardisés prennent en compte la structure par âge de la population de référence. Les taux sont calculés sur les femmes de 30 à 50 ans qui n'ont pas eu de maladie, de traitement ou de chirurgie du sein impliquant un suivi spécifique du risque de déclenchement d'un cancer du sein. Les taux de recours standardisés correspondant aux différents dixièmes de la population classée selon le niveau de vie sont rapportés aux taux de recours standardisés du dixième le plus modeste (D1).

Lecture > Les femmes de 30 à 50 ans du dixième le plus aisé (D10) ont une probabilité 2,4 fois plus élevée d'avoir réalisé au moins deux types d'examens (une mammographie de dépistage et une échographie mammaire, ou une mammographie de dépistage et un IRM des seins) dans les deux ans que les femmes du même âge du dixième le plus modeste (D1).

Champ > Femmes âgées de 30 à 50 ans entre 2015 et 2020, résidant en France, hors Mayotte.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

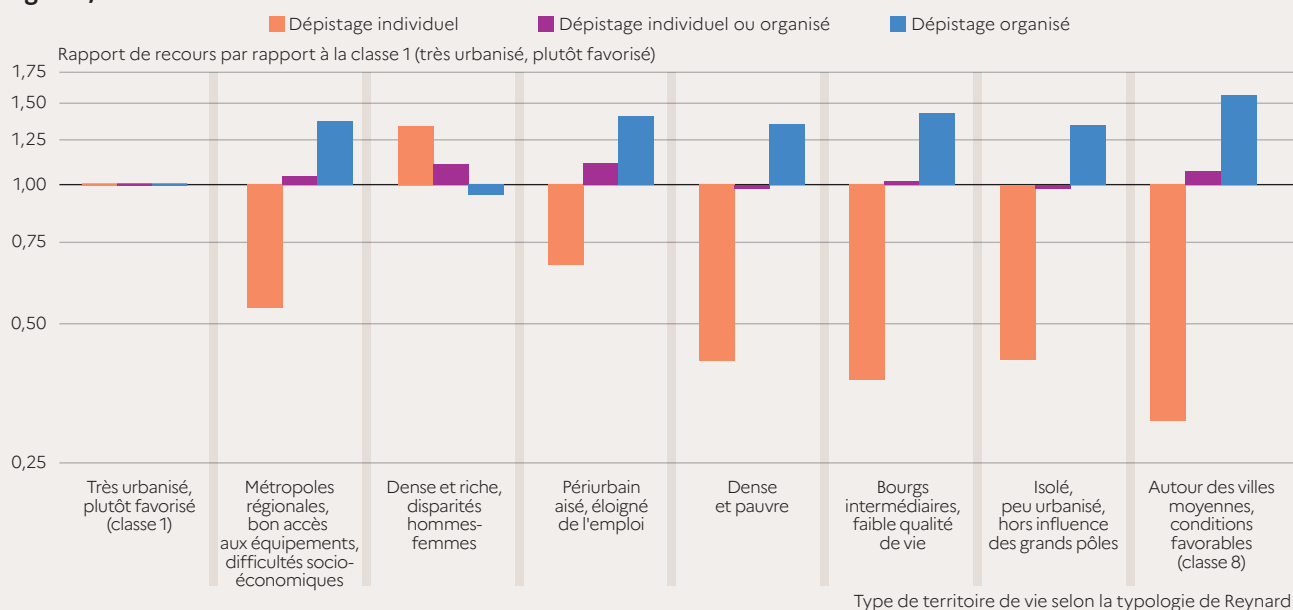
> Études et Résultats n° 1367 © Drees

¹² En 2019, la HAS recommande de réaliser, entre 25 et 29 ans, un test cytologique tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle, et entre 30 et 65 ans, un test HPV tous les cinq ans.

¹³ Depuis 2020, la HAS préconise, pour les femmes entre 30 et 65 ans, en remplacement de l'examen cytologique tous les trois ans, un test HPV tous les cinq ans. Dans la mesure où cette étude se concentre sur une période préalable à cette recommandation, le dépistage est mesuré sur des périodes glissantes de trois ans.

¹⁴ À titre de comparaison, sur la période 2017-2020, le taux de recours moyen calculé par SpF sur la population cible est de 50,5 % (Audiger et Plaine, 2025).

Graphique 4 Rapports de recours aux dépistages individuel ou organisé du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans éligibles, selon le territoire de vie



Notes > Échelle logarithmique. Les taux de recours standardisés prennent en compte la structure par âge de la population de référence. Les taux sont calculés sur la population éligible au dépistage organisé du cancer du sein, c'est-à-dire les femmes de 50 à 74 ans qui n'ont pas eu de maladie, de traitement ou de chirurgie du sein impliquant un suivi spécifique du risque de déclenchement d'un cancer du sein. Les taux de participation des différents types de territoires de vie sont rapportés au taux de participation des territoires très urbanisés (classe 1 de la typologie de Reynard), afin de construire des rapports de participation par rapport à ce type de territoire. Les libellés des types de territoire de vie ont été simplifiés, pour plus de détails, voir [Insee.fr](https://www.insee.fr).

Lecture > Les femmes de 50 à 74 ans vivant dans les territoires autour des villes, avec des conditions socio-économiques moyennes (classe 8 de la typologie de Reynard) ont une probabilité 1,6 fois plus élevée de participer au dépistage organisés que les femmes du même âge vivant dans les territoires denses et urbanisés (classe 1 de la typologie de Reynard).

Champ > Femmes âgées de 50 à 74 ans entre 2015 et 2020, résidant en France, hors Mayotte.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1367 © Drees

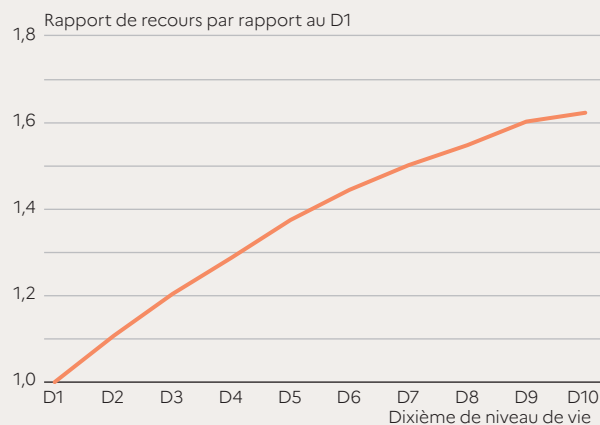
dépistage du cancer du col de l'utérus que celles appartenant au premier dixième (*graphique 5*). Là encore, la modélisation confirme ce résultat tout en montrant que le gradient de recours au dépistage du cancer du col apparaît de façon plus marquée lorsque la situation socio-économique est mesurée à l'échelle individuelle plutôt qu'écologique (*données complémentaires D*). Alors que le dépistage des lésions cancéreuses ou précancéreuses au niveau du col de l'utérus relève de la prévention secondaire (comme tous les dépistages), la vaccination contre le HPV relève de la prévention primaire car elle empêche l'apparition d'un certain nombre de cancers du col de l'utérus liés à la présence de ce virus (Lamore, et al., 2017).

La vaccination HPV est recommandée aux jeunes filles âgées de 14 ans, avec un rattrapage pour certaines jeunes filles de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou, au plus tard, dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle. En France, l'un des pays avec les taux de couverture vaccinale les plus faibles d'Europe pour cette vaccination (Audiger, et al., 2025)¹⁵, les inégalités de prévention primaire par niveau de vie sont marquées. Les jeunes filles du dixième le plus aisé sont 1,8 fois plus nombreuses à avoir un schéma de vaccination complet à 16 ans que celles du dixième le plus modeste (*données complémentaires E*).

Des inégalités qui ne s'expliquent pas seulement par la barrière financière

Quel que soit le cancer concerné (sein, colorectal ou col de l'utérus) et le mode de dépistage (organisé ou individuel), les personnes les plus modestes ont moins souvent recours au

Graphique 5 Rapports de recours au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus des femmes entre 25 et 65 ans éligibles, selon le niveau de vie



Notes > Les taux de recours standardisés prennent en compte la structure par âge de la population de référence. Les taux sont calculés sur la population éligible au dépistage du cancer du col de l'utérus, c'est-à-dire les femmes entre 25 et 65 ans qui n'ont pas eu de chirurgie du col impliquant une inéligibilité (hystérectomie totale).

Lecture > Les femmes de 25 à 65 ans du dixième le plus aisé (D10) ont une probabilité 1,6 fois plus élevée d'avoir fait un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois ans que les femmes du même âge du dixième le plus modeste (D1).

Champ > Femmes âgées de 25 à 65 ans entre 2015 et 2020, résidant en France, hors Mayotte.

Source > EDP-Santé 2020, calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1367 © Drees

¹⁵. En 2023, la couverture vaccinale (CV) contre les HPV était estimée à 54,6 % pour au moins une dose chez les filles de 15 ans (nées en 2008) et à 44,7 % pour deux doses chez celles de 16 ans (nées en 2007) [[Santé publique France, 2025](https://www.santepubliquefrance.fr)].

dépistage que les plus favorisées. Lorsque dépistage organisé et dépistage individuel coexistent, un effet de substitution peut apparaître à partir d'un certain niveau de vie, les populations les plus aisées privilégiant le dépistage individuel.

Ces résultats confirment ceux obtenus à partir d'indicateurs écologiques (Bauer, *et al.*, 2022) tout en montrant que les inégalités de participation sont plus marquées lorsque l'analyse repose sur des caractéristiques socio-économiques individuelles.

Plusieurs facteurs expliquent ces écarts. Des contraintes matérielles persistent, liées aux coûts directs ou anticipés du dépistage et de ses suites (examens complémentaires, restes à charge, transport), même lorsque le dépistage est partiellement pris en charge (Ambroggi, *et al.*, 2015 ; Richman et Fendrick, 2023). À cela s'ajoutent des freins liés à l'information et au rapport aux soins : moindre familiarité avec les recommandations, distance sociale aux professionnels, et représentations défavorables des examens

ou du pronostic en cas de cancer (Boltanski, 1971 ; Molina-Barceló, *et al.*, 2011 ; Morris, *et al.*, 2013 ; Miles, *et al.*, 2011 ; Palierne, *et al.*, 2021). Ces obstacles peuvent être renforcés chez certaines populations, notamment les personnes en situation de handicap ou vivant avec des troubles psychiques (Merten, *et al.*, 2015 ; Solmi, *et al.*, 2015 ; Seppänen, *et al.*, 2023).

Le dépistage organisé vise à rapprocher les publics les plus éloignés de la prévention en limitant les obstacles financiers, en proposant une information standardisée et en jouant un rôle de rappel. Si les inégalités y sont généralement moins marquées que pour le dépistage individuel, elles demeurent significatives, montrant que la gratuité seule ne suffit pas et que des actions complémentaires restent nécessaires pour toucher les populations les moins disposées à la prévention. ●



Télécharger les données



Accéder au code source

Mots clés : **Dépistage** **Cancer** **Inégalités sociales de santé** **Prévention**

Pour en savoir plus

> La bibliographie de cette étude est disponible sur la page de la publication du site internet de la Drees.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr
> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
> **Nous contacter**
drees-infos@sante.gouv.fr
> **Contact presse**
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargé d'édition : Alexandre Gadaud
Composition et mise en pages : Julie Eneau
Conception graphique : Drees
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 • AJP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la Drees d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la Drees. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : Drees - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr