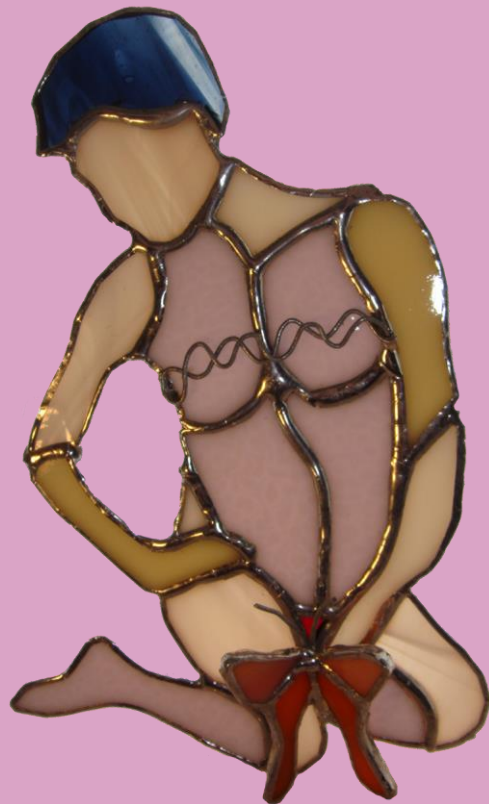


# Les LGBTI+ et séropos face au HPV

## *Pathologies liées aux papillomavirus humains dans nos minorités*

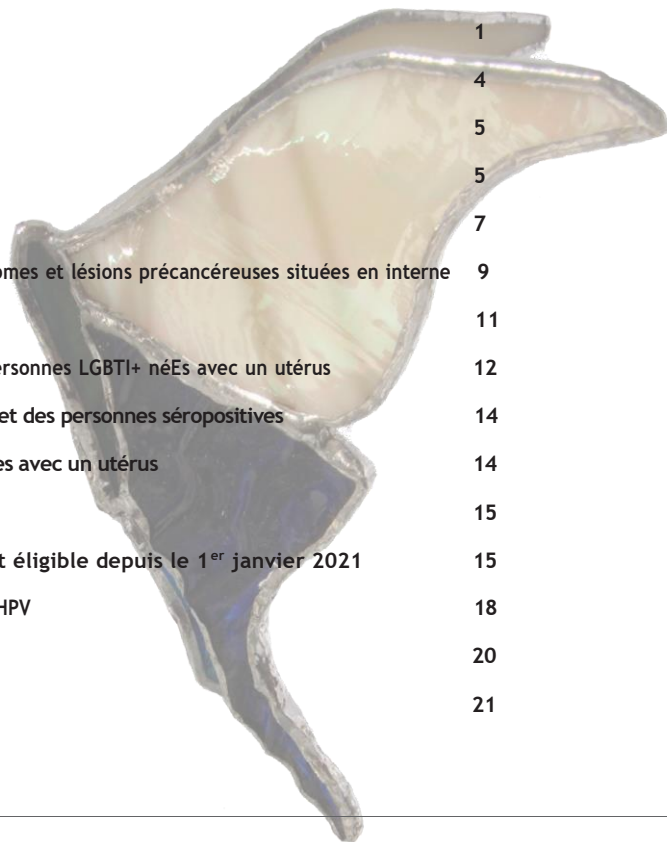
Par l'association Les ActupienNEs



## Sommaire

---

Les papillomavirus humains (HPV)	1
Les HPV à l'origine de condylomes et de lésions cancéreuses	1
Les personnes séropositifEs au VIH plus touchées	4
Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) dus aux HPV	5
Le tabac, microbiote vaginal et infection au HPV	5
Prise en charge des condylomes et des lésions précancéreuses	7
Les difficultés plus grandes rencontrées dans la prise en charge des condylomes et lésions précancéreuses situées en interne	9
Où se faire suivre	11
Focus sur le col de l'utérus : dépistage organisé du cancer de l'utérus et personnes LGBTI+ nées avec un utérus	12
Recommandations de suivi proctologique des gays, bis et HSH cis et trans et des personnes séropositives	14
Recommandations de suivi gynécologique des personnes séropositives nées avec un utérus	14
L'imiquimod (Aldara®) trop peu prescrit	15
Prévention vaccinale : tous les jeunes, sans distinction de genre, sont éligible depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2021	15
Récapitulatif des suivis à faire et des recommandations vaccinales contre le HPV	18
Les revendications des ActupienNEs	20
Sources	21





## Les papillomavirus humains (HPV)

L'infection à HPV est l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente, un contact de doigts suffit pour la faire passer d'une muqueuse à l'autre. L'usage du préservatif ne permet pas de se protéger totalement et efficacement des HPV, mais rappelons qu'il protège des autres IST. On rentre souvent en contact avec les HPV dès son premier rapport sexuel.

Une centaine de génotypes du virus HPV existent, 40 se concentrent sur la région anogénitale. Plusieurs sont la cause de verrues génitales aussi appelées condylomes (HPV de type 6 et 11 surtout) et 12 identifiés comme responsables de dysplasies, productions de tissus anormaux, sources de cancers (HPV de type 16 et 18 en grande majorité), dits HPV à haut-risque.

### Les HPV à l'origine de condylomes et de lésions cancéreuses

Les condylomes sont des verrues d'origine virale localisées au niveau des muqueuses génitales ou anales, que cela soit à l'extérieur (pénis, vulve, peaux proches de l'anus, de l'utérus) ou à l'intérieur (col de l'utérus, vagin, anus, sphère orale). Le virus à l'origine de ces verrues, le papillomavirus humain (HPV), cause une production importante de tissus.

Les condylomes sont souvent associés à des dysplasies. Dans la plupart des cas, le corps élimine ce virus, mais le virus peut parfois persister dans les tissus de la muqueuse sans développer de lésions et se réactiver à tout moment, parfois des années après. Le virus cause alors une dysplasie, anomalie de tissus plus ou moins grave, pouvant dégénérer en cancer.

Pour respectivement la zone anale et la zone du col de l'utérus, la dysplasie est d'abord de bas grade (AIN I ; CIN I), peut régresser naturellement ou évoluer en haut grade (AIN II et AIN III ; CIN II et CIN III) et en cancer si aucun traitement n'est effectué. [CIN I-III (Cervical Intraepithelial Neoplasia) en AIN I-III (Anal Intraepithelial Neoplasia)].

La prévalence de l'infection HPV dans la population générale est peu connue. Ce qui est sûr c'est que c'est l'infection sexuellement transmissible la plus courante.

Les cancers concernent en France plus de deux millions de personnes avec une incidence croissante. Parmi ces cancers, 5 à 10 % sont associés à des papillomavirus humains (HPV) toutes localisations confondues. Chaque année, en France, autour de 6300 cancers sont attribuables aux HPV.



## Les personnes séropositifEs au VIH plus touchées



**La prévalence des HPV chez les femmes et les gays est comparable. Celle chez les séropositifEs est bien plus grande que chez les séronégatifEs.**

Les défenses immunitaires amoindries n'aident pas à la clearance, c'est-à-dire à l'élimination du virus des tissus.

Pour exemple, chez les personnes séropositives, trois quarts des femmes, la moitié des hommes hétérosexuels et presque tous les gays sont porteurs de ce virus au niveau anal. La co-infection par plusieurs sérotypes de HPV concerne près de 2/3 des séropos. Par ailleurs, la présence d'HPV anaux que cela soit chez les femmes séropositives ou pas est plus grande que la présence d'HPV dans le col de l'utérus.

### 1 séropositifVE sur 4 développe des condylomes

De même les séropositifEs développent plus facilement des condylomes et ces condylomes sont beaucoup plus envahissants. A peu près un séropositifVE sur quatre développe des condylomes [1]. Une fois traités les condylomes ont un risque important de récides. Ces dernières surviennent bien plus souvent chez les séropositifEs comparé aux séronégatifEs.

L'espérance de vie des personnes séropositifEs a augmenté pour atteindre celle de la population générale grâce à l'arrivée des traitements antirétroviraux. D'autres pathologies se greffent à l'infection VIH, dont les cancers. Une personne porteuse du VIH a un risque plus fort de développer certains cancers : le virus affaiblit le système immunitaire, qui peut moins bien lutter contre les infections susceptibles de provoquer le cancer.

Le contrôle de l'infection VIH n'a pas permis de réduire la mortalité des séropos, l'étude sur la database des patients VIH suivis en France [2] a révélé **une augmentation du risque de cancer de l'anus après l'introduction des antirétroviraux** (OR = 2,5 ; 95 % IC : 128-4,98).

Puis cette augmentation est restée stable dans le temps avec un sur-risque de 109,8 (95 % IC : 84,6-140,3), 49,2 (95 % IC : 33,2-70,3) et 13,1 (95 % IC : 6,8-22,8) respectivement chez les homosexuels masculins, les hétérosexuels masculins et les femmes. Cette incidence restait très élevée quels que soient les taux de CD4 des patients.

Le cancer de l'anus est un cancer rare ayant une incidence annuelle de 1,5 pour 100 000 personnes dans la population générale.

**Les 3 principaux groupes les plus concernés, à surveiller, identifiés par la Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP), sont :**

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ET vivant avec le VIH,
- les femmes ayant des antécédents de lésions précancéreuses de haut grade ou de cancer de la vulve dus aux HPV
- les femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans [3].

Les personnes séropositives ont un sur-risque estimé à 29 fois celui de la population générale [4].

Le sous-groupe le plus à risque est celui des gays, avec une incidence annuelle de 75 à 137 cancers pour 100 000 personnes, soit 30 à 100 fois celle de la population. Par ailleurs, son âge de survenue est plus précoce en cas de séropositivité (45 ans contre 62 ans) [5]. Le cancer de l'anus est le 3e cancer chez les hommes séropositifs et le 7e chez les femmes séropositives [6].

### Les femmes trans séropositives très exposées

Peu de données sont présentes dans la littérature scientifique sur les personnes trans, étant pourtant une population très touchée par le VIH.

Bien qu'on ne puisse pas comparer des données de cohortes aussi facilement, les 34% de présence de lésions anales chez les HSH séropositifs de la cohorte de l'hôpital Bichat [7] sont bien loin

des 73% de lésions anales présentes chez les femmes trans séropositives de la cohorte transgenre M>F de l'hôpital Ambroise Paré présentées à la conférence Afraviv 2012. Il y a plus qu'un facteur deux.



En plus des HSH et des personnes séropositives, **les femmes trans sont donc très touchées par les pathologies liées aux HPV, qu'elles soient séropositives ou non.** Du fait de leur plus grande précarité, de leur non accès aux droits sociaux, des violences qu'elles subissent, les femmes trans ont plus de difficulté à rentrer dans le système de soin et donc y arrivent avec une pathologie aggravée.

Par ailleurs un grand nombre de femmes trans exercent le travail du sexe et rencontrent alors plus fréquemment des souches de HPV, en raison du nombre de partenaire élevé. Les femmes trans sont aussi très souvent migrantes sans papiers et mobiles en Europe. Se faire suivre médicalement est compliqué dans ce cas, elles ont déjà du mal à faire suivre leur VIH.



### Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) dus aux HPV

On retrouve des HPV dans de plus en plus de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), correspondant aux cancers de la bouche, des amygdales, de la langue, de la gorge... Alors que les cancers des VADS non liés au HPV ont une incidence qui régresse dans certains pays développés parallèlement à la réduction de la consommation d'alcool et de tabac, la courbe des cancers des VADS liés au HPV ne fait que monter, notamment avec la plus grande pratique du sexe oral non protégé. En France, près d'un tiers des cancers oropharyngés, notamment ceux des amygdales et de la base de la langue, sont causés par les HPV oncogènes [8], le 16 majoritairement.

Ces cancers sont avant tout masculins, sur des individus âgés de plus de 50ans. Ils présentent des caractéristiques clinico-pathologiques distinctes des cancers d'origine alcool-tabagique, par des tumeurs de petites tailles au niveau des amygdales linguales et palatines, incorporées dans la classification TNM depuis janvier 2018. Les patients ont un meilleur taux de survie (près de 80% à 5ans) [9]. Cependant, le tabagisme est un facteur aggravant des cancers oropharyngés HPV-induits.

La recherche du statut HPV par le test le plus répandu, consistant à mesurer l'expression intra-tumorale de la protéine p16 en immuno-histochimie (IHC), est recommandée pour tous les cancers de l'oropharynx. Cela permet de définir le stade tumoral du cancer à traiter et de fournir au patient une explication sur l'origine de sa pathologie et sur son pronostic.

### Tabac, microbiote vaginal et infection au HPV

Le rôle du tabac est connu dans les cancers des voies respiratoires. Son action négative est amplifiée (plus agressive, plus précoce) quand la personne est séropositive. Moins connu est son rôle dans les cancers liés au HPV. En effet, l'évolution des lésions des tissus atteints par le HPV et notamment la souche HPV 16 vers un cancer est favorisée par la consommation de tabac.

Une étude suédoise a démontré son impact dans le risque de cancer du col de l'utérus lié à la souche HPV 16 : si l'évolution en cancer de tissus infectés par la souche 16 du HPV est multipliée par 6 chez les personnes non fumeuses par rapport à une autre souche de HPV, c'est par 16 que le risque est multiplié chez les personnes fumeuses et par 27 chez ces dernières ayant une charge virale VIH élevée [10]. Le début de la consommation de tabac, notamment à un jeune âge et le nombre de cigarettes fumées par jour augmente la sévérité des lésions cancéreuses, alors que l'ancienneté de l'arrêt du tabac n'aurait pas d'effet positif.

Il ne suffit pas d'arrêter sa propre consommation de tabac pour réduire le risque de cancer.

Le tabagisme passif provoque également des effets néfastes. Une étude a montré que le pourcentage de femmes dépistées avec une lésion de haut grade augmentait de 4,6% si le conjoint était fumeur [11].

Le tabagisme, à côté d'autres facteurs comme l'alcool ou une alimentation riche en acides gras polyinsaturés et en sucres, est source de déséquilibre du microbiote de la flore vaginale. La nicotine se retrouve dans la glaire cervicale : cela se fait soit par ingestion lors de sa consommation de tabac personnelle, soit par le tabagisme passif en respirant la fumée, soit par rapport sexuel, lors d'une pénétration avec un pénis, par contact direct entre le liquide séminal contenant de la nicotine et les parois du col de l'utérus. Le benzo(a)pyrène, contenu dans la fumée de cigarette, agit négativement aussi.

Les bactéries anaérobies, en faible proportion habituellement, se multiplient, les lactobacilles baissent, ce qui provoque une augmentation du pH vaginal. La muqueuse est plus fragile, plus réceptive aux IST et la disparition spontanée du virus (clearance) est freinée. L'immunité des cellules du col de l'utérus est aussi impactée par la baisse des cellules de Langerhans qui jouent un rôle essentiel dans l'immunité de cette zone.

Le lien entre une vaginose persistante (déséquilibre du microbiote vaginal) et une infection persistante au HPV est démontré depuis une dizaine d'année. Plus la vaginose est importante, plus les lésions épithéliales dues à l'infection sont sévères.

La Dr Julia Maruani, gynécologue de Marseille, au 46ème congrès de la Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale (SFCPCV), en janvier 2023 [12], conseille la prise de probiotiques sur la longue durée pour traiter la vaginose.

Leur utilisation est démontrée pour faire régresser l'infection à HPV et les lésions de bas grade, même s'il manque des études spécifiques randomisées, les plus solides scientifiquement.

Dans tous les cas, quand les lésions deviennent précancéreuses (lésions de haut grade), l'efficacité des probiotiques n'est pas démontrée.



## Prise en charge des condylomes et des lésions précancéreuses

### Diagnostic

Le diagnostic de condylomes est assez simple, ces verrues et excès de peau associés étant visibles à l'œil nu. Aussi le médecin (gynécologue, dermatologue, gastroentérologue ou proctologue, médecin généraliste) doit rechercher la coexistence d'autres lésions potentiellement cancéreuses : il est essentiel de réaliser un examen attentif du canal anal (anuscopie simple à l'œil nu), de l'appareil génital (col utérin, vagin, vulve, pénis) et de la bouche, en raison de la possibilité de lésions précancéreuses ou cancéreuses.

En cas de condylomes internes (situés dans l'utérus ou l'anus), on peut être alerté de la présence de condylomes par le constat de saignements, notamment durant les rapports sexuels. Le suivi gynécologique ou proctologique régulier sert aussi au dépistage des condylomes et dysplasies.

Il est intéressant de rechercher un tabagisme actif, car potentiellement associé à la progression des lésions.

La SFCPCV encourage la formation des patientEs et de leurs partenaires au dépistage des signes avant-coureurs de lésions dues au HPV et d'identification des condylomes.

### Traitement des condylomes

Le choix du traitement est guidé par la localisation, le nombre, l'étendue et la nature des lésions. Le traitement consiste en la destruction des condylomes. Les récives arrivent dans tous les cas.

#### Traitement des condylomes externes (pénis, vulve, peau près des organes génitaux) :

Il est possible de réaliser un traitement chimique qui consiste en l'application locale, par le médecin ou par le patient selon le cas, de substances chimiques détruisant les lésions (la podophylline et la podophyllotoxine, l'acide trichloracétique à 80%, le 5-fluorouracile). L'application à la maison se fait le plus souvent avec un coton tige.

La cryothérapie, traitement par le froid par application d'azote liquide, est également utilisée pour des lésions de petite taille, souvent utilisée par les dermatologues.

Le traitement des condylomes externes peut associer l'application de l'imiquimod (ALDARA®), crème qui ne détruit pas les condylomes, mais stimule le système immunitaire cutané et incite ce dernier à s'attaquer aux cellules infectées par le HPV.

#### Traitement des condylomes internes (utérus, anus) :

Pour détruire les condylomes internes, la réponse est chirurgicale : sous anesthésie locale ou générale, traitement au bistouri

(électrocoagulation). Aussi tous les tissus anormaux sont retirés par exérèse chirurgicale (destruction des tissus par la chaleur). Une crème aidant à la cicatrisation doit être prescrite par le médecin suite à l'intervention. Les techniques de destruction au laser sont utilisées plus rarement.

L'insertion de crème à base d'imiquimod (ALDARA®) est préconisée par les médecins les plus connaisseurs du traitement des condylomes et par la Société nationale Française de Colo-Proctologie dans ses recommandations 2022 [13] « au vu de la tolérance qui semble acceptable dans les études » actuelles.

En effet, cette crème n'est indiquée que pour une application externe et pas interne.

### Traitement des lésions précancéreuses (dysplasies)

Les condylomes sont des lésions bénignes à l'origine, résultant de l'infection à HPV. On parle de virus à bas risque oncogène, c'est-à-dire à bas risque de cancer. Mais des papillomavirus à haut risque oncogène existent aussi.

Pour ce qui est des dysplasies à l'intérieur de l'utérus, le dépistage organisé du cancer de l'utérus avec frottis permet de repérer s'il en existe. En 2019, le test HPV-HR est préféré par la HAS [14] à l'examen cytologique par microscope comme test de référence à pratiquer pour analyser le prélèvement par



frottis en milieu liquide. En mars 2020 son prix est fixé par décret. Cela permet d'effectuer un 2ème test sur le même prélèvement, en cas de résultat positif, par cytologie, sur étalement de lame inspectée au microscope, contrairement à une 1ère analyse par cytologie non réutilisable, donc nécessitant un 2ème rdv avec la personne pour un autre frottis.

Aussi à la découverte de condylomes, dans une localisation autre que l'utérus ou dans l'utérus, un frottis est réalisé, d'autant plus s'il n'y a pas eu de suivi gynécologique régulier. Rappelons qu'en cas de condylomes, le médecin doit réaliser un examen attentif du canal anal (anuscopie simple à l'œil nu), et de l'appareil génital (col utérin, vagin, vulve, pénis), en raison de la possibilité de lésions précancéreuses ou cancéreuses.

**Pour ce qui est des dysplasies à l'intérieur de l'anus :** lors de l'intervention visant à détruire les condylomes, tous les tissus anormaux sont retirés et une histologie (recherche du caractère malin) est réalisée sur les tissus à l'aspect douteux retirés. Cependant, l'examen clinique attentif, à l'œil nu, permet le diagnostic de cancer du canal anal ou de lésions macroscopiques précancéreuses, mais risque d'ignorer des lésions non identifiables à l'œil nu car elles sont le plus souvent détectées uniquement par un examen sous colposcope avec technique de coloration des lésions, appelé anoscopie de haute résolution (AHR), faite en quelques minutes sans anesthésie. Si des lésions précancéreuses sont identifiées, elles sont retirées directement sur place par le médecin

lors de l'examen.

Le recours à l'AHR ne doit pas être systématique mais véritablement s'inscrire dans une stratégie de dépistage et de prise en charge. L'AHR est proposée aux populations à risque élevé, à savoir les patients ayant des antécédents de dysplasies sévères avec un doute sur une récurrence non identifiée par l'anuscopie standard.

En cas de disponibilité de l'AHR (disponible dans un nombre réduit d'hôpitaux), on peut proposer une AHR 6 mois après le traitement d'une lésion de haut grade (AIN II et AIN III), découverte par biopsie de tissus retiré lors d'une intervention retirant des condylomes anaux. Après une, voire deux AHR normales, un suivi par anoscopie simple à l'œil nu est repris.

Le dépistage par frottis anal des dysplasies fait l'objet d'un certain nombre de recherches que l'on retrouve dans la littérature. Sa spécificité moins grande que l'AHR pour détecter des dysplasies les plus risquées fait que l'AHR est préférée au frottis anal en France. Sa place reste à définir dans la pratique.

Par ailleurs aucun consensus international n'existe concernant le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses. Aussi, le cancer anal est pris en charge de la même manière chez les patients infectés ou non par le VIH.

La découverte et le traitement de condylomes s'inscrit dans un suivi régulier avec un rythme de consultations proposé par le médecin, afin d'examiner les récurrences et le développement d'éventuelles lésions cancéreuses (dysplasies).





## Les difficultés plus grandes rencontrées dans la prise en charge des condylomes et lésions précancéreuses situées en interne

### Difficultés identifiées

La prise en charge des condylomes et dysplasies internes est plus complexe pour plusieurs facteurs :

- \* Les condylomes anaux ou situés dans l'utérus nécessitent une intervention chirurgicale avec anesthésie locale ou générale (traitement par électrocoagulation).
- \* La destruction des condylomes et les retraits de tissus anormaux créent des plaies sur la muqueuse source de **douleurs importantes** durant les jours suivant l'intervention. Une bonne cicatrisation peut prendre **6 à 8 semaines**.
- \* **Les récives de condylomes** (réapparition des verrues au bout de quelques semaines ou mois), sont presque systématiques.
- \* En plus de la douleur des interventions et d'être désespéré par tant de récives, il faut faire **une croix sur sa vie sexuelle**. Il faut dire aux personnes en pleine période d'interventions répétées qu'une fois le tout cicatrisé et reposé, elles pourront reprendre une vie sexuelle sans aucune gêne.
- \* L'anuscopie de haute résolution (AHR) n'est disponible que dans un nombre réduit d'hôpitaux.
- \* Plus largement, il est à déplorer **un manque d'harmonisation des pratiques des médecins**. Il n'y a pas de protocole existant, chacun des médecins fait selon ses habitudes, sachant que certains n'ont aucune habitude parce qu'ils ne sont pas habitués à voir régulièrement des séropos et/ou gays et bi porteurEUSEs de condylomes internes. Le rythme des consultations, des interventions, etc., varie d'un médecin à l'autre. Un protocole de prise en charge des condylomes anaux est proposé dans le chapitre « nos revendications », à la fin de cette brochure.
- \* Il est **trop souvent réalisé une anesthésie générale**, que cela soit dans un suivi en consultation à l'hôpital, ou dans un suivi en cabinet de ville, où le médecin n'a pas le matériel pour réaliser l'intervention à son cabinet.



**Manquements constatés par Les ActupienNEs dans la prise en charge**

Les ActupienNEs est une association de personnes concernéEs. Voici les retours récurrents que nous avons des patientEs par rapport à leur prise en charge :

- \* Des patientEs qui ont eu **des interventions très rapprochées** (parfois seulement 2 semaines entre chaque intervention par électrocoagulation), qui **ne respectent pas les temps de cicatrisation** et qui sont source de grandes douleurs.
- \* Des consultations **répétées très rapprochées**, avec les dépassements d'honoraires qui vont avec.
- \* Des médecins qui lâchent le patient sans aucune information, sans prescription **d'antidouleurs ou de crème aidant à la cicatrisation...** après l'intervention de destruction sous anesthésie générale.
- \* Médecins **oubliant ou ne voulant pas prescrire de l'imiquimod (ALDARA®)**. Cette crème est soumise à prescription médicale et il faut insister auprès des médecins pour en avoir car ils évoquent un caractère irritant de ce liquide.
- \* Il y a beaucoup de médecins proctologues ou gastro-entérologues **peu habitués à voir des hommes séropositifs porteurs de condylomes anaux**. Certains oublient au fil des consultations que le patient leur avait dit qu'il était séropositif et vont même jusqu'à prescrire un test de sérologie VIH étant

donné le nombre important de récides de condylomes qu'ils ont, acte qui peut atteindre la personne séropositive.

- \* Des cas où le médecin examine, constate des condylomes et dit au patient qu'il n'y a rien. **Du rejet pur et simple.**
- \* Certains médecins n'ont **aucune approche psychologique**, ils n'adaptent pas leurs discours à l'état de déception que le patient a face aux récides et aux interventions qui s'enchaînent sans fin. Il faut comprendre que chaque récide est une déception et un échec, on prend un abonnement chez le gastro-entérologue.

Il est bien plus facile de supporter ces soins, si on vous dit qu'il faut en moyenne un an pour en venir à bout, si on vous dit qu'en général une dizaine d'opérations ne sont pas de trop pour s'en débarrasser, étant donné la séropositivité.

Les séropos porteurSEs de condylomes doivent être patientEs, les récides sont bien plus fréquentes que dans le reste de la population.

**Tableau comparant l'anesthésies locale et l'anesthésie générale dans la prise en charge**

<u>Anesthésie locale</u> (quand il y a peu de condylomes)	<u>Anesthésie générale</u>
Dure 30 min, leA patientE peut repartir directement, Facile à faire, pendant la consultation (1 seul RDV : pas d'attente de plusieurs jours pour un créneau au bloc, moins de prise de temps sur la vie du patient). L'intervention au bistouri électrique ne prend que 5 à 10 min de plus sur la consultation.	Besoin d'une consultation avec unE anesthésiste quelques jours avant la consultation. LeA patientE ne peut pas sortir directement après l'intervention : prendre une journée de congés en général. Chère, comparée à l'anesthésie locale, car occupe le bloc opératoire.
Besoin du matériel d'intervention dans la salle de consultation : en cabinet tous les proctologues ne l'ont pas et réalisent alors les interventions de destruction des condylomes en clinique privée.	Plus rentable pour un hôpital de faire opérer au bloc opératoire.

## Où se faire suivre ?

On ne peut pas dire qu'on soigne mieux les condylomes dans les hôpitaux ou dans les cabinets de ville. C'est très variable. Il y a des hôpitaux qui ne sont pas très au point, d'autres où le sujet est bien maîtrisé et où la dimension psy vis-à-vis des récidives est prise en compte, avec aussi des interventions sous anesthésie locale, générant moitié moins de consultations dans le suivi.

En ville certains médecins savent prendre en charge d'une bonne façon les condylomes internes. S'ils n'ont pas le matériel pour détruire les condylomes au cabinet, ce qui est le plus courant, ils réalisent l'intervention sur le patient par électrocoagulation en clinique privée.

**Se faire traiter à l'hôpital est à conseiller si on ne peut pas supporter les dépassements d'honoraires des cabinets privés. Les temps d'attente pour avoir une consultation sont très variables.** Il y a des médecins en cabinet qui peuvent prendre très rapidement en consultation, d'autres moins. Il y a des hôpitaux où on peut avoir une consultation rapidement si la prise en charge est pressée, notamment si le patient est envoyé par un autre service.

Il faut rappeler que la diminution du nombre de praticienNEs devient évidente. La réduction du numerus clausus est une erreur capitale. Moins de médecins, c'est arriver devant unE médecin avec une pathologie aggravée et donc une santé publique à la baisse. **Les consultations à l'hôpital durent dix minutes et en cabinet trente minutes.**

## Tarifs des consultations et soins

Consultation	Médecin généraliste	30€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement
	Gynécologue	35€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement
	Proctologue - gastroentérologue	31,50€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement 55€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement, s'il s'agit d'une consultation ponctuelle sans suivi
	Dermatologue	31,50€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement 60€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement, s'il s'agit d'une consultation ponctuelle sans suivi, sur indication du médecin traitant
Consultation pré-anesthésie	26,50€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement	
Intervention pour détruire les condylomes (électrocoagulation)	Prix de l'acte de retrait des condylomes (de 10 à 50 retirés) et tissus : 46,07 € (pris en charge) + dépassement du médecin Prix de l'acte d'anesthésie : 48,0 € (pris en charge) + dépassement de l'anesthésiste Forfait PAT (Participation Assuré Transitoire) pour l'admission en ambulatoire 24€ (pas pris en charge)	
Analyse du test de dépistage de lésions (pré)-cancéreuses	Prix forfaitaire de l'examen du test HPV-HR : 27eur Prix forfaitaire de l'examen cytologique : 17eur La consultation, le prélèvement et l'analyse du test sont remboursés par l'Assurance maladie à 70 %, sur la base du tarif conventionnel.	
Analyse de tissus retirés (histologie)	104 €, remboursé à 80%	
Voir la part prise en charge de votre complémentaire santé si vous en avez une.		

## Focus sur le col de l'utérus : dépistage organisé du cancer de l'utérus et personnes LGBTI+ nées avec un utérus

Inclus dans le plan Cancer 2014-2019, le dépistage organisé (DO) du cancer du col de l'utérus est mis en place depuis juin 2018 à l'instar de celui du cancer du sein et colorectal. Il bénéficie des structures centralisées de suivi des personnes dépistées positives.

Ce dépistage organisé s'adresse avant tout aux 40% de femmes âgées de 25 à 65 ans, qui n'ont pas réalisé un frottis dans les 3 dernières années, alors qu'elles sont incitées à en faire un tous les 3 ans après 2 frottis normaux espacés d'un an chez les 25-65 ans, comme le recommande la Haute Autorité de Santé. Le dépistage sera pris en charge à 100%, sans avance de frais. Ce dispositif est vu en rattrapage pour améliorer le taux de couverture général, avec un focus particulier sur les femmes de plus de 50 ans, chez qui la couverture baisse alors qu'elles sortiront bientôt de la cible des recommandations.

L'incitation au dépistage sera réalisée via un système d'invitation relance par courrier accompagnées d'étiquettes, collées sur le prélèvement le jour du rendez-vous par le/la professionnelLE de santé, qui effectue le dépistage, et par la proposition directe par les professionnelLEs de santé (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, médecins biologistes exerçant en laboratoire de biologie médicale et les anato-mocytopathologistes).

Le frottis du col utérin permet de dépister les infections persistantes à HPV et les possibles lésions précancéreuses. Au sein des communautés LGBTI+, où les relations avec les médecins aux propos et pratiques LGBTIphobes, qui n'incitent pas à revenir consulter, il est nécessaire de rappeler que procéder à un dépistage régulier est nécessaire. Il existe des structures médicales accueillantes, inclusives et sans préjugés.

### Chez les lesbiennes

Les lesbiennes ont moins tendance à réaliser un suivi gynécologique, parfois à cause de mau-



aises expériences avec ces praticienNEs. Elles se sentent moins concernées par l'infection à papillomavirus, à

l'origine de la majeure partie des cancers du col de l'utérus. Mais ce n'est pas parce les rapports sexuels vaginaux avec les hommes cisgenres ne sont pas pratiqués que l'infection à papillomavirus n'est pas possible.

Les contacts digitaux et uro-génitaux peuvent également transmettre l'infection.

Une étude anglaise [15] a montré que les lesbiennes étaient dix fois moins nombreuses à pratiquer un test dans les trois ans, alors que l'étude concluait qu'elles étaient autant à risque de développer un cancer du col que les femmes hétérosexuelles. Il faut suivre la recommandation qui vaut pour les hétérosexuelles cisgenres : faire un frottis de dépistage tous les 3 ans, après 2 frottis normaux espacés d'un an, entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non contre les HPV, car le vaccin ne protège pas contre tous les génotypes de HPV.

### Chez les femmes séropos

Les femmes séropos nées avec un utérus ont deux à six fois plus de risque de développer un cancer du col de l'utérus compte tenu de la baisse de l'immunité. Aussi le diagnostic de cancer du col est posé 10 ans plus tôt chez les femmes séropositives que chez les femmes séronégatives.

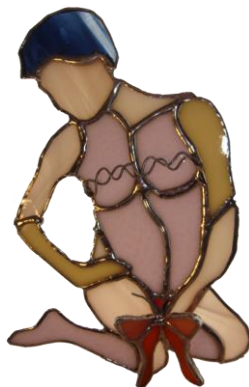


Il est recommandé de proposer chez toutes les femmes séropos nées avec un utérus :

- \* Un dépistage par frottis lors de la découverte de la séropositivité.
- \* Le rythme des frottis suivants sera établi au cas par cas :
  - a. S'il n'y a pas eu d'antécédents de dysplasies et que le frottis initial est normal, il est recommandé un frottis annuel pendant 3 ans, puis si ces trois frottis ont été normaux, sous réserve d'une charge virale contrôlée et d'un taux de CD4 > 500/mm<sup>3</sup>, le frottis est réalisé tous les 3 ans, au même rythme que les personnes séronégatives.
  - b. Dans les autres situations le frottis doit être réalisé tous les ans.
  - c. Chez les personnes infectées par le VIH à la naissance, le dépistage du cancer du col doit débuter dans l'année qui suit le début de l'activité sexuelle
- \* Attention : le groupe d'expert sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH rappelle que « **chez la femme en péri/post ménopause, les infections à HPV oncogènes restent un sujet préoccupant.** L'infection à HPV à haut risque persiste en effet à la ménopause avec un risque de CIN2 qui ne doit pas être sous-estimé. La surveillance doit donc être poursuivie au-delà de la ménopause » [16] **et le dépistage du cancer du col doit être poursuivi au-delà de 65 ans chez toutes les personnes séropositives.**

## Chez les personnes trans et intersexes

**Les personnes trans et intersexes, suivant leurs parcours, sont, elles aussi, concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus.** Divers facteurs structurels (discriminations, éloignant des structures de prévention et de soins) et comportementaux (tabagisme et alcool) provoquent un risque accru de cancer liés au HPV chez les personnes trans et intersexes, surtout quand elles sont séropositives [17].



Pour les hommes trans («female to male qui n'ont pas été opérés au niveau des organes génitaux et ont conservé leur col utérin, sauf cas particuliers (immunosuppression ou autre), et pour les personnes intersexes nées avec un utérus, sans être passée par une ablation, la fréquence recommandée pour les frottis est tous les 3 ans, après 2 frottis normaux espacés d'un an, entre 25 et 65 ans.

Les hommes trans qui ont subi une ablation totale du col de l'utérus ne sont plus concernés par le dépistage de ce cancer.

Les femmes trans («male to female»), même avec une chirurgie des organes génitaux, n'ont pas de col de l'utérus et ne sont donc pas concernées par ce dépistage.

Le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ne prend pas en compte les hommes trans ayant fait leur changement d'état civil et de numéro de Sécurité Sociale, les personnes trans doivent donc prendre d'elles-mêmes l'initiative de leurs dépistages.

## Chez les personnes asexuelles

Si les personnes asexuelles se définissent comme n'ayant pas ou peu d'attrance sexuelle envers une autre personne, il est possible qu'elles aient eu des relations sexuelles dans leur passé ou actuellement à des rythmes plus ou moins réguliers. En conséquence, elles peuvent être exposées au HPV, être contaminées sans le savoir et risquer de développer condylomes et/ou lésions précancéreuses. Même si elles peuvent ne pas se sentir concernées par le HPV, le suivi régulier par dépistage les concerne donc tout autant.



## Recommandations de suivi proctologique des gays, bi & HSH cis et trans et des personnes séropositives

Il est recommandé aux gays, bi & autres HSH cis et trans un examen proctologique au moins une fois puis avec une fréquence adaptée selon les préconisations du médecin vu, en fonction du résultat. Cet examen est une anoscopie simple à l'œil nu, réalisée afin de repérer d'éventuels condylomes ou lésions.

Ce suivi peut se faire en consultant un proctologue, gastro-entérologue, ou encore un médecin de CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic). Ce suivi inclut un examen des organes génitaux.

Il est recommandé à 4 groupes de personnes séropositives, à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) de plus de 30ans et vivant avec le VIH, les femmes vivant avec le VIH ayant des antécédents de lésions précancéreuses de haut grade ou de cancer de la vulve dus aux HPV, les femmes vivant avec le VIH transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans et les femmes vivant avec le VIH de plus de 30ans ayant un antécédent de cancer ou de lésion intra-épithéliale de haut grade du col (CIN2+), par le Groupe d'Experts national sur la Prise en Charge de l'Infection par le VIH en France depuis mars 2024 [18], le parcours de dépistage suivant :

- la réalisation d'un test HPV 16, répété tous les 5 ans si les résultats sont négatifs.

- Si le test est positif, un examen clinique par anoscopie et une cytologie anale sont recommandés.

- Si la cytologie est positive, une anoscopie à haute résolution (AHR) est demandée, pour la détection et le traitement précoce de lésions précancéreuses HSIL.

- S'il ne ressort rien de l'examen avec l'AHR, un test HPV et une cytologie anale sont recommandée tous les 3 ans.

- Si une lésion de bas grade est détectée, une cytologie anale et/ou une AHR sont à réaliser chaque année.

- Si une lésion de haut grade est détectée, un traitement sera entrepris suivi d'une AHR tous les 6 mois.

- Si l'anoscopie à haute résolution n'est pas disponible, une anoscopie simple doit être réalisée tous les ans.

- Si le remboursement du test HPV-16 au niveau anal n'est pas possible, le dépistage annuel par examen proctologique et anoscopie simple doit être réalisé.

L'extension de cette recommandation à l'ensemble des séropositives n'est pas possible compte tenu du manque de médecins procédant à cet examen). Le test repérant le HPV de génotype 16 est introduit à la base de ce parcours, parce que c'est le principal HPV responsable des lésions anales.

Ce parcours prend en compte le manque numérique de matériel d'anoscopie à haute résolution et le manque de professionnelles formées à sa réalisation et à l'analyse des images obtenues.

Le fait qu'il n'y est pas de tarification spécifique à cet examen (pas de codification de l'acte), n'aide pas à son existence puisque payé comme une simple consultation. D'ailleurs, il est actuellement impossible de satisfaire la recommandation d'anoscopie simple à l'œil nu annuelle du fait du nombre trop peu important de consultations par manque de médecins proctologues.

## Recommandations de suivi gynécologique des personnes séropositives nées avec un utérus

Un dépistage par frottis lors de la découverte de la séropositivité ou dès 25ans pour toute personne séropositive née avec un utérus, puis le rythme des frottis suivants sera établi au cas par cas [19] :

S'il n'y a pas eu d'antécédents de dysplasies et que le frottis initial est normal, il est recommandé un frottis annuel pendant 3 ans, puis si ces trois frottis ont été normaux, sous réserve d'une charge virale contrôlée et d'un taux de CD4 > 500/mm3, le frottis est réalisé tous les 3 ans, jusqu'à 30ans, au même rythme que les personnes séronégatives.

Dans les autres situations le frottis doit être réalisé tous les ans.

A partir de 30ans, un frottis sera analysé par test HPV HR, possiblement en auto-prélèvement : tant que le résultat est normal, un suivi par test HPV HR sera à faire tous les 5ans jusqu'à 65ans, que l'on soit vaccinée ou non contre les HPV.

Si le résultat est positif, un examen cytologique est préconisé, suivie d'une colposcopie si des lésions précancéreuses sont détectées ou un test HPV HR un an plus tard si la cytologie est négative pour un retour à un rythme classique tous les 5 ans en cas de négativité.

Le dépistage du cancer du col doit être poursuivi au-delà de 65 ans chez toutes les personnes séropositives.



### L'imiquimod (Aldara®) trop peu prescrit

En pharmacie, on trouve cette crème sous la forme : ALDARA 5 %, crème Boîte de 12 sachets de 250 mg à usage unique. Le principe actif est l'imiquimod. Le mécanisme d'action de cette crème n'est pas encore connu précisément. On peut dire que par cette crème, les cellules cutanées du système immunitaire sont stimulées et libèrent des signaux chimiques appelés cytokines. Ces dernières incitent le système immunitaire à s'attaquer aux cellules infectées par le HPV.

Par ailleurs, ce médicament est soumis à prescription médicale. Son prix de vente TTC est de 51,55€, avec un taux de remboursement sécurité sociale de 65%. Le reste est pris en charge par la mutuelle si le patient en a une.

Le médicament est normalement indiqué pour les usages externes et non pour les usages internes. En France aujourd'hui, certains médecins prescrivent

l'ALDARA® pour un usage interne, le plus souvent en précisant au patient d'espacer les applications car la crème peut être irritante.

D'autres médecins dans le même cas n'en prescrivent jamais. Pour le patient ces différentes façons de faire sont déroutantes, surtout quand il est confronté à de nombreuses récurrences et qu'il se sent démuni.

Un essai évaluant l'impact de l'ALDARA® sur les cellules précancéreuses situées dans le canal anal de patientEs séropositifEs au VIH a été réalisé au Chelsea and Westminster Hospital de Londres [20] et publié en 2010. Il a été montré une absence prolongée de cellules précancéreuses chez 61 % des hommes ayant reçu de l'ALDARA®.

Cependant, malgré l'usage d'ALDARA®, deux hommes avaient encore des cellules précancéreuses et ont présenté un cancer anal. Le nombre de CD4 n'a eu aucun impact sur la réponse au traitement à l'ALDARA®. L'essai en question a montré des résultats prometteurs quant à l'utilisation de la crème ALDARA® chez les patientEs séropositifEs. Il faudrait étendre l'indication de cette crème à un usage interne et mettre en place une seule et même façon de prendre en charge les patientEs.



### Prévention vaccinale : tous les jeunes, sans distinction de genre, sont éligibles depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021

#### Les recommandations actuelles

Alors que la recommandation de vacciner les jeunes filles et les jeunes femmes datait de 2007, il a fallu attendre janvier 2021 pour que la vaccination soit élargie aux garçons. Ce fut le résultat d'une longue mobilisation des associations de patientEs, dont la nôtre, et des médecins, confrontés aux pathologies liées aux HPV à traiter et soigner, quand c'était encore possible, qui a poussé la Haute Autorité de Santé à se saisir du sujet pour rendre un avis tardif le 16 décembre 2019 [21].

Deux vaccins existaient déjà contre différents génotypes du HPV, le Gardasil, vaccin quadrivalent (contre les génotypes 6, 11, 16 et 18) et le Cervarix, vaccin bivalent (contre les génotypes 16 et 18), c'est dorénavant le Gardasil 9 qui est recommandé [22]. Nonavalent, il protège de 5 génotypes de plus d'HPV à haut-risque (31, 33, 45, 52, 58) que le Gardasil.

Si le comité d'experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de politique vaccinale a estimé, le 11 avril 2022, qu'une seule dose suffit à protéger les 9-14 ans et également les 15-20 ans, au lieu de 2 doses précédemment recommandées, elle laisse la liberté aux programmes



nationaux d'appliquer le nombre de doses jugées nécessaires. En France c'est bien un schéma à 2 doses jusqu'à 14 ans ou à 3 doses jusqu'à 19 ans qui prévaut.

Pour les garçons et filles infectéEs par le VIH, la vaccination est recommandée aux mêmes âges que tous les garçons et filles avec le vaccin quadrivalent et un schéma à trois doses.

Vaccin	Gardasil 9®	
Tranche d'âge	11 à 13 ans révolus	Rattrapage de 15 à 19 ans révolus
Schéma vaccinal associé	2 doses Entre 6 et 13 mois d'inter-valle	3 doses : deux mois entre la 1ère et la 2ème injection, quatre mois entre la 2ème et la 3ème injection

Ce vaccin est disponible sur prescription médicale. Dans le but de rendre son accès davantage disponible, les infirmierEs et les sages-femmes peuvent l'administrer sans prescription médicale depuis le 24 avril 2022, alors que les pharmacienNEs sont autoriséEs à l'administrer mais seulement sur présentation d'une ordonnance médicale [23].

**La vaccination accessible gratuitement en milieu scolaire**

Un programme annuel de vaccination en milieu scolaire, pour les élèves de 5<sup>ème</sup>, âgéEs autour de 13ans, a été mis en place par le Ministère de l'Education Nationale [24] depuis l'année

scolaire 2023-2024. Elle permet la réalisation gratuite, sans frais pour les parents, des deux doses recommandées, sur place, en établissement scolaire, après autorisation des parents et sur présentation du carnet de santé. Si l'objectif est ambitieux (80% de jeunes vaccinéEs d'ici 2030), c'est en refamiliarisant les élèves et leurs parents à la vaccination en établissement scolaire que l'adhésion se fera progressivement.

**La trop faible couverture vaccinale française**

Il a été clairement démontré l'efficacité de ces vaccins contre les lésions dues aux HPV chez les filles. En Australie, grâce à une vaccination réalisée à l'école et chez le médecin généraliste, il a été observé en 2011 la quasi disparition des condylomes chez les femmes de moins de 21 ans [25]. **Mais en France, la couverture vaccinale est très faible.** En 2009 la couverture vaccinale des filles de 14-16 ans ayant reçu un schéma complet en 3 doses était estimée à 31%, en 2012 elle était de 22,9 % pour légèrement remonter à 24% en 2018, loin de l'objectif d'alors de 60% d'ici 2023 [26].

Quant aux garçons, la faible couverture est due à une absence de politique de vaccination qui leur était adressée directement. En 2022, les garçons de 16 ans nés en 2006 n'étaient que 8.5% à être vaccinés avec un schéma complet.

Ceci est dû à plusieurs facteurs : les craintes d'effets secondaires largement médiatisés ont

été invalidées par les études. Le fait que l'activité sexuelle de la jeune fille soit mentionnée dans les premières recommandations de 2007 où la vaccination commençait à 14 ans n'a pas participé à l'adhésion de la population. Pour pallier à cela, les recommandations avaient changé en 2013 en abaissant l'âge de la vaccination à 11 ans, ce qui a permis de retirer la mention d'activité sexuelle. Enfin, derrière une vaccination réservée aux filles uniquement, **il y a l'idée que les hommes seront protégés indirectement par les femmes vaccinées lorsqu'elles étaient jeunes filles.** Cette idée fonctionne quand la couverture vaccinale des jeunes filles est importante, ainsi une immunité de groupe apparaît, ce qui n'est pas le cas en France.

**Les gains d'une vaccination des garçons, en plus de celle des filles**

Face à la faible couverture vaccinale française, la seule option possible était d'augmenter la population à vacciner, c'est-à-dire de vacciner également les garçons. Le vaccin est efficace chez les garçons, d'ailleurs il n'y a pas de raison de se demander si un vaccin efficace chez les filles ne le serait pas chez les garçons. **L'étude NEJM de 2011 [27] a montré une efficacité chez l'homme au niveau du pénis, de l'anus et de la sphère orale,** que cela soit en terme de survenues de condylomes ou en terme de survenues de cancer du pénis, de l'anus ou de l'oropharynx.

Par ailleurs d'un point de vue éthique, non vaccinés, les hommes ne peuvent pas se protéger et ne sont pas protégés. Avant l'élargissement, la situation faisait reposer la responsabilité de la prévention seulement sur les filles, sachant que l'on parle d'une IST qui touche les deux genres. Vacciner aussi les garçons déssexualise la vaccination.



### **Recommandation de vaccination pour les adultes : de la priorité aux HSH de moins de 26ans à touTES les jeunes adultes, sans distinction de genre et d'orientation sexuelle**

La protection des hommes de manière indirecte par les femmes, dans un schéma préventif centré sur les relations hétérosexuelles, oubliait complètement la protection des hommes gays et bi. C'est pour cela qu'en février 2016, le Haut Conseil en Santé Publique a recommandé qu'un accès au vaccin anti-HPV soit proposé dans les CeGIDD et dans les centres de vaccination aux

hommes de moins de 26 ans qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, complété par l'avis de la HAS de décembre 2019 précisant l'utilisation du Gardasil 9.

Si cette prise en compte de ce public spécifique fortement exposé au HPV était une ouverture, nous étions sceptiques sur son efficacité en vie réelle. Cette recommandation impliquait que les gays et les bi se sachant concernés par une recommandation aillent se faire vacciner de leur propre initiative. Il est rare qu'un gay ou bi parle de son orientation sexuelle à un médecin, qui plus est quand il est adolescent auprès de son médecin de famille. **De plus, on sait que la vaccination a sa plus grande efficacité quand la personne vaccinée n'a pas encore rencontré de virus HPV**, c'est-à-dire quand elle n'a pas encore eu de rapport sexuel. Enfin, les centres de vaccination n'avaient pas reçu de budget permettant d'acheter les vaccins. La vaccination était donc effective que dans certains CEGIDD dotés de vaccins.

Entre 2024 et 2025, la prise en compte de touTES les jeunes adultes fit l'objet d'une série de recommandations : d'abord de l'Académie de médecine le 29 janvier 2024 [28] se positionnant pour une extension de la vaccination pour les hommes et les femmes jusqu'à 26 ans, quelle que soit leur orientation sexuelle, reprise dans l'actualisation des recommandations du Groupe d'Experts sur la prise en charge des personnes vivant avec le

VIH de mars 2024, suivie par la HAS en mai 2025 [29]. **L'arrêté d'extension est officiellement publié le 12 décembre 2025 au JO [30].** Le financement de cette mesure et l'accès effectif aux vaccins par les structures de santé sont les points cruciaux pour une réelle efficacité de cette politique de prévention en santé publique.

### **Recommandation de vaccination pour les adultes : quid des autres adultes ?**

Il n'y a pas encore de recommandation de vaccination en direction des adultes de plus de 26ans, quels que soient leur statut sérologique, leur orientation sexuelle et leur genre.

Pourtant, plusieurs études démontrent un intérêt à vacciner, même tardivement, après le début d'une vie sexuelle, pour réduire la virulence des apparitions des condylomes et leurs rechutes et retarder l'apparition de dysplasies voire de lésions pré-cancéreuses. L'intérêt demeure même après l'apparition de complications liées au HPV (condylomes, dysplasies etc), en particulier pour les personnes séropositives. Certains pays comme le Canada l'autorisent déjà [31].



## Récapitulatif des suivis à faire et des recommandations vaccinales contre le HPV

Vaccination	Vaccin Gardasil 9®			
Tranche d'âge	TouTEs les jeunes de 11 à 14 ans révolus, sans distinction de genre	Rattrapage de 15 à 19 ans révolus	Garçons et jeunes filles entre 9 et 19 ans infectéEs par le VIH	TouTEs les adultes de moins de 26ans, sans distinction de genre ni d'orientation sexuelle
Schéma vaccinal associé	Deux doses entre 6 et 13 mois d'intervalle	3 doses : deux mois entre la 1ère et la 2ème injection, quatre mois entre la 2ème et la 3ème injection		
Où se faire vacciner	La vaccination peut être réalisée par un médecin, un infirmier (sur prescription médicale) ou une sage-femme, en libéral, à l'hôpital.			
Prix	116,86 € l'injection de 0,5ml, avec aiguilles  Remboursement par l'assurance maladie à hauteur de 65%. Voir la part prise en charge de votre complémentaire santé si vous en avez une. Prise en charge à 100% pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (ancienne CMU-C) ou de l'aide médicale de l'État (AME) Elle peut se faire gratuitement au collège pour les élèves ou dans un CeGIDD, un centre de planification familiale et certains centres de vaccination publics.			

***Nous souhaitons patience, courage et argent à ces séropos porteurs de condylomes !***

	Gays, bi & autres HSH cis et trans	Personnes séropositives
Suivi proctologique	<p>Anuscopie simple à l'œil nu réalisée au moins une fois, puis en fonction du résultat, suivant la fréquence préconisée par le médecin vu, afin de repérer d'éventuels condylomes ou lésions.</p> <p>Ce suivi peut se faire en consultant un proctologue, gastro-entérologue, ou encore un médecin de CeGIDD. Ce suivi inclus un examen des organes génitaux.</p>	<p>Pour les séropositifs ayant des rapports anaux réceptifs, des condylomes ano-génitaux ou des antécédents de condylomes, et les femmes ou personnes ayant un utérus avec un antécédent de dysplasie ou de cancer du col, un suivi se fait par anuscopie classique à l'œil nu, dont la périodicité est fonction du bilan initial :</p> <p>En cas d'anomalie sur le bilan initial, la périodicité du suivi est au minimum annuel.</p> <p>En l'absence d'anomalie, il appartiendra au médecin (gastro-entérologue/ proctologue) de définir la périodicité du dépistage qui ne devra néanmoins ne pas excéder deux ans.</p> <p>Ce suivi peut se réaliser dans le cadre du bilan annuel de synthèse.</p>
	Femmes cisgenres & personnes trans ou inter ayant un utérus	Femmes cisgenres séropos & personnes trans ou inter séropos ayant un utérus
Suivi gynécologique	<p>Entre 25 et 29ans :</p> <p>2 frottis aux résultats normaux à 1an d'intervalle, puis un nouveau dépistage 3ans plus tard, que l'on soit vacciné ou non contre les HPV.</p> <p>A partir de 30ans :</p> <p>Un frottis analysé par test HPV au résultat normal, suivi d'un test HPV tous les 5ans jusqu'à 65ans, que l'on soit vacciné ou non contre les HPV.</p>	<p>Un dépistage par frottis lors de la découverte de la séroposativité ou dès 25ans, puis le rythme des frottis suivants sera établi au cas par cas :</p> <p>S'il n'y a pas eu d'antécédents de dysplasies et que le frottis initial est normal, il est recommandé un frottis annuel pendant 3 ans, puis, sous réserve d'une charge virale contrôlée et d'un taux de CD4 &gt; 500/mm3, si ces trois frottis ont été normaux, le frottis est réalisé tous les 3 ans, au même rythme que les personnes séronégatives.</p> <p>A partir de 30ans, un frottis sera analysé par test HPV HR, possiblement en auto-prélèvement : tant que le résultat est normal, sous réserve d'une charge virale contrôlée et d'un taux de CD4 &gt; 500/mm3, un suivi par test HPV HR sera à faire tous les 5ans jusqu'à 65ans, que l'on soit vacciné ou non contre les HPV.</p> <p>Si le résultat est positif, un examen cytologique est préconisé, suivie d'une colposcopie si des lésions précancéreuses sont détectées ou un test HPV HR un an plus tard si la cytologie est négative pour un retour à un rythme classique tous les 5ans en cas de négativité.</p> <p>Le dépistage du cancer du col doit être poursuivi au-delà de 65 ans chez toutes les personnes séropositives.</p>

## Les revendications des ActupienNEs

- \* une étude sur le bénéfice d'une vaccination sans limitation d'âge, au-delà de 19ans et pour les personnes déjà touchées par le HPV et ses conséquences.
- \* renforcer les campagne d'information et de vaccination HPV au collège, non seulement en direction des 5èmes, mais également en rattrapage en 3ème, au lycée et dans le supérieur
- \* Etendre l'indication de la crème imiquimod (ALDA- RA®) à un usage interne.
- \* Rendre disponible l'anuscopie de haute résolution (AHR) dans tous les territoires. Cela passe notamment par la création d'une tarification spécifique à cet acte pour le valoriser (création d'une codification) et former les professionnELLEs de santé à son utilisation.
- \* Une formation des médecins qui prenne enfin compte des spécificités de la prise en charge des pathologies liées aux papillomavirus humains (HPV) dans nos minorités de séropos et LGBTI. Ne pas oublier d'enseigner aux médecins généralistes, qui sont les premierEs à voir le patient et doivent orienter vers le spécialiste proctologue ou gastroentérologue, gynécologue,

dermatologue.

- \* Ne pas oublier aussi de former les dermatologues (cas de dermato qui brûlent à l'azote des condylomes externes, mais ne se soucient pas de savoir s'il y en a en interne).
- \* Envisager plus souvent l'anesthésie locale, plutôt que l'anesthésie générale, dans le traitement des condylomes internes.
- \* Créer un protocole de prise en charge des condylomes internes, afin d'uniformiser les pratiques et connaissances des médecins.

Ce protocole reposerait sur l'utilisation de l'anesthésie locale pour une intervention au bistouri électrique si peu de condylomes, et l'anesthésie générale pour une intervention au bistouri électrique si beaucoup de condylomes

**Protocole qui nous semble le plus adapté pour les condylomes anaux, déjà employés par plusieurs proctologues**

Au commencement de la prise en charge si beaucoup de condylomes (sinon protocole avec des interventions sous anesthésie locales) :

- \* Consultation pour le constater
- \* Consultation avec un anesthésiste pour préparer l'anesthésie générale

- \* Faire l'intervention de destruction au bistouri électrique avec une anesthésie générale. A la fin de l'intervention le médecin fait un bloc Pudental (anesthésie locale qui dure jusqu'à l'endemain), car cela peut être très douloureux après l'opération.
- \* Le patient en ressort avec une ordonnance pour anti-inflammatoires et antalgiques puissants.
- \* 2 semaines après cette opération : consultation pour voir l'évolution de la cicatrisation (il faut 6 à 8 semaines pour cicatriser).
- \* 2 mois après l'intervention : consultation pour voir la récurrence, car cela récidive presque toujours. Si récurrence petite, le proctologue lors de cette même intervention fait une anesthésie locale et détruit les condylomes récidivants.
- \* Tant qu'il y a une récurrence, le patient revoit le proctologue en consultation tous les 2 à 4 mois.
- \* La fois où pas de récurrence, le patient revoit le proctologue 4 à 6 mois après puis 8 à 9 mois après et enfin 1 an après. Si récurrence : anesthésie locale pendant la même consultation et destruction. Tant qu'il y a une récurrence, le patient revoit le proctologue en consultation tous les 2 à 4 mois.
- \* Puis, suivi tous les ans si partenaires multiples ou 2 à 3 ans si 0 ou 1 partenaire.

## Sources

---

- [1] Determinants of macroscopic anal cancer and pre-cancerous lesions in 1206 HIV-infected screened patients. Abramowitz L, Benabderrahmane D, Walker F, Yazdapanah Y, Yéni P, Rioux C, Bouscarat F, Lafferre E, Mentré F, Duval X. *Colorectal Dis.* 2016 Feb 20. doi: 10.1111/codi.13304. PMID: 26896041.
- [2] Sobhani I, Walker F, Aparicio T, et al. Effect of anal epidermoid cancer related viruses on the dendritic (Langerhans) cells of the human anal mucosa. *Clin Cancer Res* 2002 ; 8: 2862-9
- [3] Société Nationale Française de Colo-Proctologie, Recommandations pour la Pratique Clinique, lésions précancéreuses anales liées aux papillomavirus humains : dépistage et prise en charge, 2022, 21p. <https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/03/Recommandations-pour-la-pratique-clinique-2022-texte-court.pdf>
- [4] Shiels MS, Pfeiffer RM, Geul MH, et al. Cancer burden in the HIV infected population in the United States. *J Nat Cancer Inst* 2011 ; 103 : 753-62.
- [5] Abramowitz L, Mathieu N, Roudot-Thoraval F, et al. Epidermoid anal cancer prognosis comparison among HIV+ and HIV- patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2009 ; 30 : 414-21.
- [6] Lanoy E, Spano JP, Bonnet F, et al. The spectrum of malignancies in HIV infected patients in 2006 in France: The ONCOVH study. *Int J Cancer* 2011 ; 129 : 467-75.
- [7] Determinants of macroscopic anal cancer and pre-cancerous lesions in 1206 HIV-infected screened patients. Abramowitz L, Benabderrahmane D, Walker F, Yazdapanah Y, Yéni P, Rioux C, Bouscarat F, Lafferre E, Mentré F, Duval X. *Colorectal Dis.* 2016 Feb 20. doi: 10.1111/codi.13304. PMID: 26896041.
- [8] Mirghani H, Bellera C, Delaye J, Dolivet G et al., Prevalence and characteristics of HPV-driven oropharyngeal cancer in France, *Cancer Epidemiol.* 2019 ; 61 : 89-94
- [9] Ang KK, Harris J, Wheeler R, et al., Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer, *N Engl J Med.* 2010 ; 363 (1) : 24-35 [7] Lacau St Guily J, Jacquard AC, Prétet JL, et al. Human Papillomavirus genotype distribution in oropharynx and oral cavity cancer in France-The EDiTH VI study. *J Clin Virol* 2011 ; 51 : 100-4.
- [10] Anthony Gunnell à l'Institut Karolinska à Stockholm, *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, novembre 2006.
- [11] Tay SK, Tay KJ, Passive cigarette smoking is a risk factor in cervical neoplasia, *Gynecol Oncol*, 2004, 93, 116-20.
- [12] Maruani J., Le Microbiote : une piste intéressante. Conférence de presse en amont du 46ème congrès de la Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale, 2023
- [13] Société Nationale Française de Colo-Proctologie, Recommandations pour la Pratique Clinique, lésions précancéreuses anales liées aux papillomavirus humains : dépistage et prise en charge, 2022, 21p., p. 16
- [14] Haute Autorité de Santé, Service évaluation économique et santé publique, Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double

immuno-marquage p16/Ki67, 2019, 36p.

- [15] J. Fish., *Cervical screening: leaflet for women considering screening*, Public Health England 2009.
- [16] MORLAT Pr (dir.), CNS, ANRS, *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins*, CNS, avril 2018, 57p., p. 27
- [17] LEONE A. G., TRAPANI D., SCHABATH M., et al, *Cancer in Transgender and Gender-Diverse Persons*, JAMA Oncol. 2023; 9(4):556-563
- [18] ANRS MIE, CNS, *Recommandation de Bonnes Pratiques - Dépistage et prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH*, mars 2024, 40p., p. 22-24. <https://anrs.fr/wp-content/uploads/2024/06/vih-cancer-recommandation-rapport-dexperts--20240521.pdf>
- [19] ANRS MIE, CNS, *Recommandation de Bonnes Pratiques - Dépistage et prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH*, mars 2024, 40p., p. 20-22.
- [20] Fox PA, Nathan M, Francis N, et al. *A double-blind, randomized controlled trial of the use of imiquimod cream for the treatment of anal canal high-grade anal intraepithelial neoplasia in HIV-positive MSM on HAART, with longterm follow-up data including the use of open-label imiquimod*. AIDS. 2010; in press.
- [21] Haute Autorité de Santé, Service évaluation économique et santé publique, *Recommandation vaccinale - Élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons*, décembre 2019, 177p.
- [22] Haut Conseil de la santé publique, *Avis relatif à la place du vaccin GARDASIL 9® dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains*, 10 février 2017, 17p.
- [23] Décret n° 2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine, JORF n°0095 du 23 avril 2022, texte n°37 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045638858>
- [24] Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse et Ministère de la santé et de la prévention, *INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGS/SP1/DGESCO/2023/99 du 19 juin 2023 relative à l'organisation d'une campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) au collège à partir de la rentrée 2023-2024*, 19 juin 2023, 11p.
- [25] Read & al. *Sexual Transm Infect* 2011 ; Grlulich A *EUROGIN* 2012 Début du programme de vaccination par Gardasil.
- [26] Gaudelus J, Cohen R, Martinot A, et al. *Vaccination des ados : mission impossible ?*, Med Mal Infect 2013 ; 43 : 49-51. <https://www.academie-medecine.fr/1000053001/>
- [27] GIULIANO Anna, PALEFSKY Joel, GOLDSTONE Stephen et al., *Efficacy of Quadrivalent HPV Vaccine against HPV Infection and Disease in Males*, NEMJ, VOL. 364 NO. 5
- [28] Académie nationale de médecine, *Proposition d'une extension de la vaccination contre le papillomavirus (HPV) pour les hommes et les femmes jusqu'à 26 ans : un moyen d'accélérer l'élimination des cancers HPV induits*, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Vol 208, Issue 4, avril 2024, p.419-420
- [29] HAS, *Recommandation, Vaccination contre le Papillomavirus Humain (HPV). Élargissement de la cohorte de rattrapage vaccinal chez les hommes et les femmes jusqu'à 26 ans révolus*, 30 avril 2025, 208p.



- [30] Arrêté du 9 décembre 2025 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux, JORF n°0291 du 12 décembre 2025, p. 37 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053015412>
- [31] Merck Canada Inc., Gardasil 9, Monographie de produit incluant les renseignements destinés aux patients, 2025, 53p. MONOGRAPHIE DE PRODUIT INCLUANT LES RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX PATIENTS <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-9-vaccin-contre-virus-papillome-humain.html>

Contact : [contact@lesactupiennes.fr](mailto:contact@lesactupiennes.fr) [www.lesactupiennes.fr](http://www.lesactupiennes.fr)  
[www.facebook.com/LesActupiennes](https://www.facebook.com/LesActupiennes) / [instagram @lesactupiennes](https://www.instagram.com/lesactupiennes)  
Conception et rédaction : association Les ActupienNES  
Vitraux et photos : Rémy Hamai  
Maquettage : Denis Garnier  
Relecture par le collectif Intersexe et Allié.e.s et le Dr Laurent Abramowitz

Brochure distribuée avec le soutien de l'association **ENIPSÉ** INTERVENTIONS  
EN PREVENTION  
ET SANTÉ  
2ème édition : février 2026



Il y a des papillons de nuit, il y a des papillons de jour. Il y a des papillons qui peuvent stopper vos nuits d'amour, poussant sur et dans vos organes, vous menant jusque sur la table d'opération. Il y a des papillons malins qui peuvent mettre fin à vos jours.

La métaphore du papillon pour parler du papillomavirus humain (HPV), virus causant des verrues génitales et cancers, parmi lesquels les cancers de l'utérus et de l'anus.

Nos personnages de verre représentent enfin ces pathologies chez les séropos et LGBTI+, comme il est très peu coutume, alors que ce sont les plus exposés. Le papillon s'est posé sur une femme séropositive, un couple d'hommes sérodifférents, une femme trans séropositive, un couple de femmes, un garçon trans né avec un utérus, et un homme gay.

La brochure vise à informer sur les pathologies résultantes de cette infection au sein de nos minorités de séropos et LGBTI+. Il est décrit la prise en charge des pathologies et sont dénoncés les manquements du système de soins actuels face à ce sujet, à l'heure où la vaccination contre le papillomavirus humain est désormais universelle, recommandée aux jeunes jusqu'à 26ans quels que soient leurs genres et leurs orientations sexuelles.

Par l'association Les ActupienNEs

