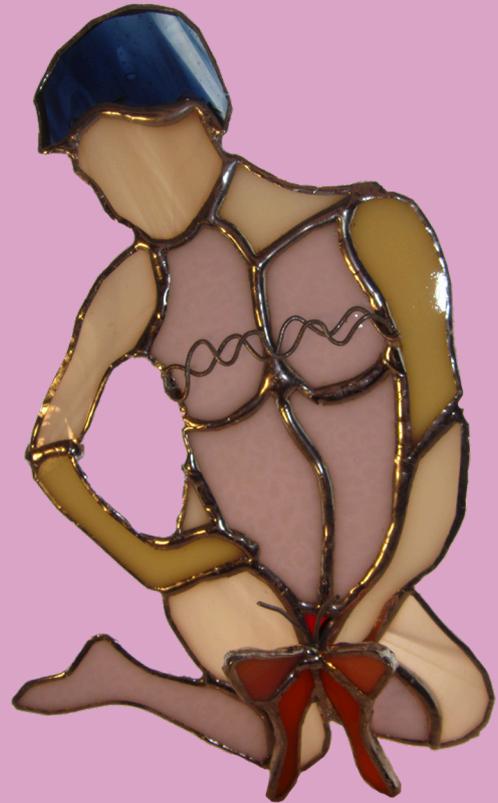


Les LGBTI et séropos face au HPV

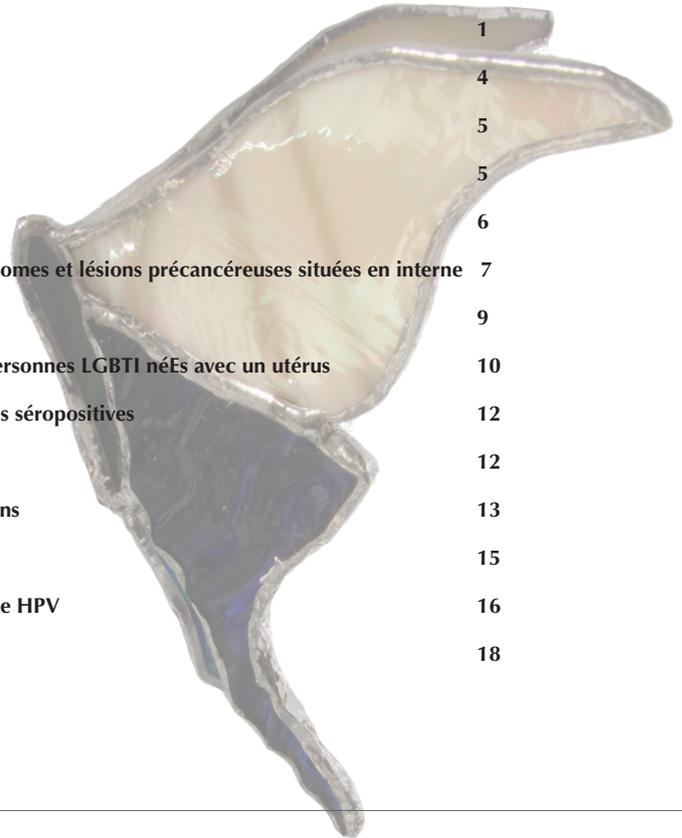
Pathologies liées aux papillomavirus humains dans nos minorités

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, un agent favorisant l'infection au HPV et ses conséquences	5
Prise en charge des condylomes et des lésions précancéreuses	6
Les difficultés plus grandes rencontrées dans la prise en charge des condylomes et lésions précancéreuses situées en interne	7
Où se faire suivre	9
Focus sur le col de l'utérus : dépistage organisé du cancer de l'utérus et personnes LGBTI néEs avec un utérus	10
Recommandations de suivi des gays, bi & HSH cis et trans et des personnes séropositives	12
L'imiquimod (Aldara®) trop peu prescrit	12
Prévention vaccinale : de la nécessité de vacciner tous les garçons de 11 ans	13
Les revendications des ActupienNEs	15
Récapitulatif des suivis à faire et des recommandations vaccinales contre le HPV	16
Sources	18





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. Il y en a qui sont la cause de verrues génitales aussi appelées condylomes (HPV de type 6 et 11 notamment) et d'autres qui sont responsables de dysplasies, productions de tissus anormaux, sources de cancers (HPV de type 16 et 18 en grande majorité).

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

lésion 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.



Les personnes séropositifVEs au VIH plus touchées

La prévalence des HPV chez les femmes et les



gays est comparable. Celle chez les séropositifVEs est bien plus grande que chez les séronégatifVEs. 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 séropositifVEs 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 séropositifVEs comparé aux séronégatifVEs.

L'espérance de vie des personnes séropositifVEs 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 personnes séropositives ont un sur-risque estimé à 29 fois celui de la population générale [3].

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) [4]. Le cancer de l'anus est le 3e cancer chez les hommes et le 7e chez les femmes séropositives [5].

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 [6] 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 Afravih 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... Ces cancers sont avant tout masculins. Les cancers de l'oropharynx, notamment ceux des amygdales et de la base de la langue sont ceux parmi lesquels on retrouve la plus grande proportion d'HPV, avec une proportion de 46,5% en France [7].

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, ce n'est pas le cas pour les cancers des VADS liés au HPV, notamment avec la plus grande pratique du sexe oral non protégé. La présence d'HPV dans ces cancers ne permet pas de mettre en évidence leur cause, les recherches sont à poursuivre. **Les cancers des VADS ne bénéficient d'aucune mesure de dépistage actuellement, notamment du fait de l'absence de lésions pré-cancéreuses identifiées.**

Le tabac, un agent favorisant l'infection au HPV et ses conséquences

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 [8]. 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 [9].

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, dont un cas pas spécialement connu qui est le rapport sexuel, par pénétration avec un pénis, dû au 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 cigarette prolongerait la persistance du HPV et sa réplication dans les tissus du col utérin, ce qui freine la disparition spontanée du virus (clearance), par l'action d'un des composants de la cigarette.

A cela est ajoutée l'action négative du tabac sur l'immunité des cellules du col de l'utérus, par la baisse des cellules de Langerhans qui jouent un rôle essentiel dans l'immunité de cette zone.



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.

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 récidives 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. 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.

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 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'anoscopie 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'éven-



tuels 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 récurrences 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 récurrences, 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'anoscopie 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 porteuses 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 **très 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 récurrences 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 récurrences et aux interventions qui s'enchaînent sans fin. Il faut comprendre que chaque récurrence 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 séropositifs porteurs de condylomes doivent être patientEs, les récurrences sont bien plus fréquentes que dans le reste de la population.

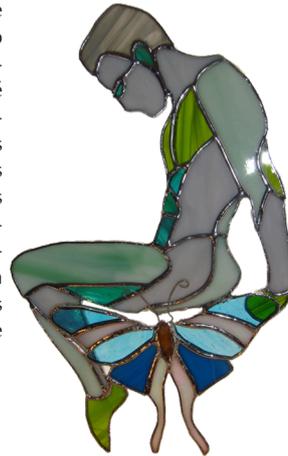


Tableau comparant l'anesthésie locale et l'anesthésie générale dans la prise en charge

<i>Anesthésie locale (conditionnée par peu de condylomes)</i>	<i>Anesthésie générale</i>
Dure 30 min, le patient peut repartir directement, facile à faire, se fait 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 un anesthésiste quelques jours avant la consultation. Le patient ne peut pas sortir directement après l'intervention : prend une journée de congés en général. Cher comparé 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 praticiens devient évidente. La réduction du *numerus clausus* est une erreur capitale. Moins de médecins, c'est arriver devant un 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	25€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement
	Gynécologue	28€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement
	Proctologue - gastroentérologue	23€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement 48€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement, s'il s'agit d'une consultation ponctuelle sans suivi
	Dermatologue	48€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement
Consultation pré-anesthésie	48€ tarif sécu (remboursé à 70%) + dépassement	
Intervention pour détruire les condylomes (électrocoagulation)	Prix de l'acte de retrait des condylomes et tissus : 38,4 € (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 18€ (pas pris en charge)	
Analyse de tissus retirés (histologie)	104 €, remboursé à 80%	
<i>Voir la part prise en charge de votre complémentaire santé si vous en avez une.</i>		

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 bénéficiera 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 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 anatomo-cytopathologistes).

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 mauvaises 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 [10] 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.

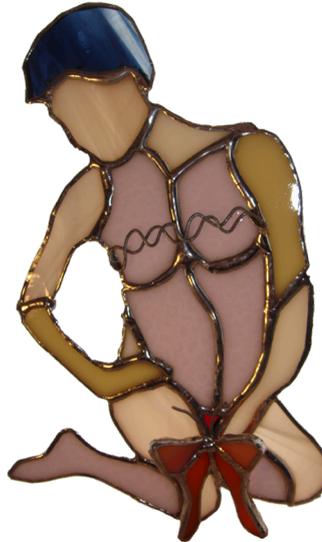


Il est recommandé de proposer chez toutes les femmes séroposées avec un utérus :

- * 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/mm³, 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.
- * Attention : le dépistage du cancer du col doit être poursuivi au-delà de 65 ans chez toutes les personnes séropositives.
- * 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.

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.



Pour les hommes trans («female to male») sans chirurgie de réassignation sexuelle qui 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 de réassignation sexuelle, n'ont pas de col de l'utérus et ne sont donc pas concernées par ce dépistage.



Recommandations de suivi 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 aux personnes séropositives par le Groupe d'Experts National sur la Prise en Charge de l'Infection par le VIH en France :

- Pour les séropositif·Es 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 par anoscopie classique à l'œil nu. (L'extension de cette recommandation à l'ensemble des séropositif·Es n'est pas possible compte tenu du manque de médecins procédant à cet examen).

La périodicité de cette anoscopie à l'œil nu est fonction du bilan initial :

En cas d'anomalie sur le bilan initial, la périodicité du suivi doit être effectuée sur un rythme au minimum annuel.

En l'absence d'anomalie, il appartiendra au médecin (gastro-entérologue/proctologue) de définir la périodicité du dépistage de chaque patient qui ne devrait néanmoins pas excéder deux ans.

- Un dépistage par frottis lors de la découverte de la séropositivité, puis le rythme des frottis suivants sera établi au cas par cas :

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, au même rythme que les personnes séronégatives. Dans les autres situations, le frottis doit être réalisé tous les ans.

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

L'actualisation des recommandations de ce Groupe d'Experts (Morlat 2017), a permis ces nouveautés sur la fréquence des dépistages plus espacés, suite à plusieurs dépistages normaux après la découverte de séropositivité.

Les recommandations du Groupe d'Expert n'incluent pas l'AHR puisque pas présente sur tout le territoire. Le fait qu'il n'y ait 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.



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 58,98€, 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 récidives 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 [11] 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 : de la nécessité de vacciner tous les garçons de 11 ans

Recommandations actuelles chez les jeunes filles

La recommandation de vacciner les jeunes filles et les jeunes femmes date de 2007. Les vaccins Gardasil® ou Cervarix® sont administrés au choix avec un schéma vaccinal à deux doses ou trois doses suivant l'âge. Le Gardasil® est un vaccin quadrivalent (contre les génotypes 6, 11, 16 et 18 du HPV) et le Cervarix® est un vaccin bivalent (contre les génotypes 16 et 18).

Pour les garçons et filles infectés 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.

Il n'y a pas encore de recommandations pour les personnes séropositives adultes jamais vaccinées. Des études ont montré un bénéfice à vacciner ces derniers.

Un nouveau vaccin, le Gardasil 9®, est désormais disponible. Il contient 5 génotypes d'HPV à haut risque (31,33,45,52,58) additionnels par rapport au vaccin Gardasil® (6,11,16,18). Il remplacera le Gardasil® à terme, comme voulu dans l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 10 février 2017.

Tout schéma vaccinal avec le Gardasil® déjà commencé, à 2 ou 3 doses, se poursuivra avec Gardasil®. Les nouvelles initiations de vaccination se

feront avec le Gardasil 9®, que cela soit pour une jeune fille ou les garçons et filles infectés par le VIH.

Vaccin	Gardasil® ou Gardasil 9®	
Tranche d'âge	11 à 13 ans révolus	Rattrapage de 14 à 19 ans révolus
Schéma vaccinal associé	2 doses à six mois d'intervalle	3 doses : deux mois entre la 1ère et la 2ème injection, quatre mois entre la 2ème et la 3ème injection
Vaccin	Cervarix®	
Tranche d'âge	11 à 14 ans révolus	Rattrapage de 15 à 19 ans révolus
Schéma vaccinal associé	2 doses à six mois d'intervalle	3 doses : un mois entre la 1ère et la 2ème injection, cinq mois entre la 2ème et la 3ème injection

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 [12]. **Mais en France, la couverture vaccinale est très faible et recule.** 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 % [13].

Ceci est dû à plusieurs facteurs dont des craintes d'effets secondaires largement médiatisés, craintes que des études ont invalidées. 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 aidé.

Pour pallier à cela, les recommandations ont changé en 2013 en abaissant l'âge de la vaccination à l'âge actuel de 11 ans, ce qui a permis de retirer la mention d'activité sexuelle. Enfin un dernier facteur est celui du vaccin exclusivement réservé aux filles.

La sexualisation de ce vaccin ne participe pas à son adhésion par la population. Derrière cette vaccination des 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.

Les gains d'une vaccination des garçons en plus des filles

Face à la faible couverture vaccinale française, une remobilisation pour inciter à ce que les jeunes filles soient vaccinées ne sera pas suffisante pour constater une amélioration. La seule option possible est 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 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 oropharyngé.

Par ailleurs d'un point de vue éthique, les hommes ne peuvent pas se protéger aujourd'hui et ne sont pas protégés. La situation actuelle fait reposer la responsabilité de la prévention seulement sur les filles, sachant que l'on parle d'une IST qui touche les deux sexes. Vacciner les garçons déssexualisera la vaccination.



Recommandation de vaccination pour les HSH de moins de 26 ans - Les HSH non protégés contre les HPV

La protection des hommes de manière indirecte par les femmes oublie complètement la protection des 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.

Cette recommandation a été confortée par l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 10 février 2017, **instituant la recommandation de vaccination avec le Gardasil 9®, en remplacement du Gardasil®, chez les jeunes filles mais aussi chez les HSH de moins de 26 ans, et les personnes immunodéprimées.**

Ce dernier avis ne fixe plus la vaccination des HSH qu'en CeGIDD et centres de vaccination et permet le remboursement de la part sécurité sociale du prix du vaccin pour les HSH. Certains médecins et pharmaciens ne sont pas au clair avec cela et des jeunes HSH se confrontent alors à des problèmes d'accès à la vaccination du fait de méconnaissances des praticienNEs.

Mais cette recommandation est vaine, car elle implique que les gays et les bi se sachant concernés par une recommandation aillent se faire vacciner de leur propre initiative. Il est rare en effet 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.

Ainsi, il faudrait vacciner les gays et bi au cours de leur plus jeune âge. Un argument de plus pour vacciner tous les garçons au même âge que les filles. La recommandation le sait, c'est pour cela qu'elle précise «le bénéfice de cette vaccination sera d'autant plus important que le début de l'activité sexuelle sera récent et que le nombre de partenaires passés sera faible».

De plus, les centres de vaccination n'ont pas reçu de budget permettant d'acheter les vaccins. Ces centres n'en ont donc pas dans la pratique.



Les revendications des ActupienNEs

- * Vacciner également tous les jeunes garçons contre le HPV.
- * Etendre l'indication de la crème imiquimod (ALDARA®) 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).
- * 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'au lendemain), 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 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 récurrence, le patient revoit le proctologue en consultation tous les 2 à 4 mois.
- * Puis suivi tous les ans si partenaires multiples ou 2-3 ans si un seul partenaire, ou pas du tout.

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

<i>Vaccination</i>	Vaccin Gardasil® ou Gardasil 9®				Vaccin Cervarix®	
<i>Tranche d'âge</i>	Filles de 11 à 13 ans révolus	Rattrapage des filles de 14 à 19 ans révolus	Garçons et jeunes filles entre 9 et 19 ans infectés par le VIH	Gays, bis & autres HSH de moins de 26 ans	Filles de 11 à 14 ans révolus	Rattrapage des filles 15 à 19 ans révolus
<i>Schéma vaccinal associé</i>	Deux doses à six mois d'intervalle	3 doses : deux mois entre la 1ère et la 2ème injection, quatre mois entre la 2ème et la 3ème injection			Deux doses à six mois d'intervalle	3 doses : un mois entre la 1ère et la 2ème injection, cinq mois entre la 2ème et la 3ème injection
<i>Où se faire vacciner</i>	La vaccination peut être réalisée par un médecin, un infirmier (sur prescription médicale) ou une sage-femme, en libéral, à l'hôpital.					
<i>Prix</i>	121,41 € l'injection				109,65 € l'injection	
	Remboursement par l'assurance maladie à hauteur de 65%. Voir la part prise en charge de votre complémentaire santé si vous en avez une. Elle peut se faire gratuitement dans un CeGIDD, un centre de planification familiale et certains centres de vaccination publics.					

	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 séropositifEs 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	Un frottis de dépistage tous les 3 ans, après 2 frotis normaux espacés d'un an chez les 25-65 ans, que l'on soit vaccinéE ou non contre les HPV.	<p>Un dépistage par frottis lors de la découverte de la séropositivité, 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 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, au même rythme que les personnes séronégatives.</p> <p>Dans les autres situations le frottis doit être réalisé tous les ans.</p> <p>Le dépistage du cancer du col doit être poursuivi au-delà de 65 ans chez toutes les personnes séropositives.</p>

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

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 cancerrelated viruses on the dendritic (langherans) cells of the human anal mucosa.* *Clin Cancer Res* 2002 ; 8 : 2862-9
- [3] *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.
- [4] *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.
- [5] *Lanoy E, Spano JP, Bonnet F, et al. The spectrum of malignancies in HIV infected patients in 2006 in France: The ONCOVIH study.* *Int J Cancer* 2011 ; 129 : 467-75.
- [6] *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.
- [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.
- [8] *Anthony Gunnell à l'Institut Karolinska à Stockholm, Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, novembre 2006.*
- [9] *Tay SK, Tay KJ, Passive cigarette smoking is a risk factor in cervical neoplasia, Gynecol Oncol, 2004, 93, 116-20.*
- [10] *J. Fish., Cervical screening: leaflet for women considering screening, Public Health England 2009.*
- [11] *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.*
- [12] *Read & al. Sexual Transm Infec 2011 ; Grlulich A EUROGIN 2012 Début du programme de vaccination par Gardasil.*
- [13] *Gaudelus J, Cohen R, Martinot A, et al. Vaccination des ados : mission impossible ? Med Mal Infect 2013 ; 43 : 49-51.*

Contact : contact@lesactupiennes.fr

www.lesactupiennes.fr

www.facebook.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

1ère édition : mars 2019



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 n'est toujours pas recommandée aux jeunes garçons.

Par l'association Les ActupienNEs



Brochure distribuée avec
le soutien de l'association

