

ARGUMENTAIRE SUR LA CONSULTATION DE LA HAS CONCERNANT LA GÉNÉRALISATION DU VACCIN ANTI-HPV



1- Il est écrit : « *En 2016, le rapport du Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination, présidée par le Pr Fisher, proposait des mesures spécifiques à la vaccination contre les HPV afin d'augmenter la couverture vaccinale (mise en œuvre de campagnes de communication vigoureuse, vaccination en milieu scolaire, gratuité de la vaccination) et proposait que la HAS et la CTV revoient les indications du vaccin* »

Ce rapport a en fait été rédigé uniquement par les membres du comité sous la haute direction du Pr. Fischer. Celui-ci a rajouté cette recommandation de son propre chef (il l'avait défendu oralement durant les débats). Cette recommandation émane donc de sa personne car aucun des deux jurys (professionnels de santé et citoyens) n'a souhaité promouvoir la vaccination contre les HPV et le terme HPV n'apparaît d'ailleurs dans aucun de leurs avis.

Seul le LEEM (organisation des entreprises du médicament), consulté lors de cette « *concertation citoyenne* » s'était exprimé en faveur de cette généralisation en affirmant que « *Le vaccin contre le papillomavirus humain, impliqué dans le développement des cancers du col de l'utérus [assure] une protection efficace sur 70 % des cancers du col de l'utérus* ». Il paraît évident que les représentants de l'industrie pharmaceutique n'allaient pas se prononcer contre leurs propres intérêts...

2 - « *Par ailleurs, la question de la vaccination spécifique des garçons est également portée par les associations de patients et les organisations professionnelles* ». Quelles associations de patients, quelles organisations professionnelles ? Cet argument fait probablement allusion à un collectif dénommé « Appel des 50 » (Académies, sociétés savantes, syndicats médicaux, personnalités médicales), publié dans toute la presse le 20 mars 2019. Un [droit de réponse](#) très argumenté a ensuite été publié le 30 avril 2019 par un collectif de 15 professionnels de santé, dénonçant sur le fond, les incertitudes patentées de ce projet de vaccination universelle. Ses auteurs insistent aussi fortement sur le manque d'intégrité totale de cet « Appel des 50 » puisque la majorité de ses signataires ou institutions auraient pu toucher au total une somme de plus de 1,6 millions d'Euros de la part des industriels commercialisant les vaccins anti-HPV.

3 - Il est écrit « *La vaccination contre les HPV limitée aux filles et aux HSH pose des questions d'éthique, ...et de stigmatisation liée à l'orientation sexuelle et au non-respect de la vie privée* ». S'il existe une question éthique, c'est d'abord le fait de nommer ainsi par un acronyme (HSH) toute une population de personnes homo ou bissexuelles, tout cela pour éviter d'écrire « *hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes* ». Quant à stigmatiser leurs orientations sexuelles, il s'agit là d'un procès d'intention et d'un raisonnement jésuitique. Aucun médecin ne trahira le secret professionnel lorsqu'il propose une vaccination (hépatite B ou anti-HPV) chez un individu qu'il sait à risque ou s'il propose un dépistage du virus du SIDA. Il s'agit là d'un acte de prévention ciblé et logique.

4 – Il est écrit « *... une dynamique est observée en Europe en faveur de l'élargissement de la vaccination anti-HPV aux garçons...* ». Cet argument de mimétisme vaccinal est un peu étonnant et peu scientifique. Toute politique vaccinale n'est pas à reproduire systématiquement pour s'aligner sur les choix de nos voisins. Le vaccin contre la varicelle est réalisé en Italie et n'est pas du tout conseillé en France. Le vaccin BCG a été largement utilisé en France et il n'a pratiquement pas été prescrit dans d'autres pays (USA, Canada, Australie, Belgique, Italie...) où la prévalence de la tuberculose est pourtant nettement plus faible qu'en France.

5 - Le HCSP (Haut Conseil de Santé Publique) déclarait en 2016 à juste titre que «*les condylomes ne constituent pas un problème de santé publique*». Il faut en effet se souvenir que la contamination par les HPV est quasi-obligatoire chez les individus qui ont débuté leur activité sexuelle, surtout en cas de partenaires multiples. Il n'est donc pas étonnant de constater un nombre notable de verrues génitales (environ 200.000 cas annuels) dans cette population, verrues qui sont toujours d'un pronostic bénin. Le prétexte de la fréquence de cette pathologie bénigne pour justifier une généralisation du vaccin anti-HPV est donc très démesuré.

La survenue de cancers extra-génitaux (ORL) liés au HPV chez l'homme est plus que marginale et ne justifie en aucune manière une généralisation de cette vaccination chez les garçons. Les HPV ne sont retrouvés que de façon minoritaire (34%) localement lors des cancers de la cavité orale. Et leur présence n'est pas de façon certaine la cause principale de ces cancers, ils peuvent ne représenter qu'un cofacteur associé à d'autres données environnementales de type alcool-tabagiques.

Seule la survenue de cancers de l'anus pourrait faire discuter cette indication mais il est reconnu que «*le cancer anal reste rare (incidence faible notamment chez les hommes hétérosexuels)*» dicit le HCSP en 2016. Cette pathologie atteint en priorité la population des hommes homo ou bisexuels (360 cas annuels), souvent infectés par le VIH, seule population à risque pour laquelle il serait effectivement logique de proposer cette protection vaccinale.

Le bénéfice du vaccin sur les cancers de la vulve, du vagin, et du pénis (cancers rares) n'est pas établi par des données cliniques. Il n'a pas été démontré que le Gardasil réduisait les lésions précancéreuses de haut grade chez les garçons et cette efficacité demeure donc purement spéculative.

6 – Le principe de la généralisation de la vaccination anti-HPV néglige par ailleurs beaucoup de données connues ou reconnues :

- Seulement 10% des femmes infectées par un HPV voient ce virus persister au niveau du col utérin sous forme de « dysplasie » (lésions précancéreuse) pouvant évoluer rarement (Ostor A.G., 1993), après un délai moyen de 15 à 30 ans, vers un cancer du col de l'utérus (soit 0,3% du total des infections initiales).
- La protection assurée par le vaccin contre les génotypes viraux qu'il contient est très efficace sur la prévention des dysplasies du col dues à ces mêmes génotypes. Mais le fait de programmer une prévention ultérieure des cancers du col liés à ces mêmes virus est une hypothèse qui ne sera confirmée qu'avec le recul du temps, si l'on tient compte du délai important d'apparition de ces cancers.
- Cette protection n'est assurée que si la vaccination est réalisée chez des femmes indemnes (« naïves ») de toute contamination par souches virales oncogènes. Si ce n'est pas le cas, une augmentation des lésions dysplasiques est alors observée. Les pratiques dites de « rattrapage » de vaccination chez des femmes qui ont déjà débuté une activité sexuelle est donc à risque de développer des dysplasies oncogènes (Arbyn M. 2018).
- Si des adolescentes sont immunisées contre certaines souches oncogènes (HPV 16, 18 et autres) à la suite d'une vaccination, qui peut être certain que d'autres génotypes viraux ne viendront pas proliférer à leur place ? Est-ce que la vaccination ne serait pas capable de favoriser le développement de souches résistantes ou de réactiver en accroissant leur virulence des HPV non ciblés par le vaccin (Soderlund-Strand A, 2014)?
- Certaines données épidémiologiques réalisées dans des pays à fort taux de couverture vaccinale (Australie, Royaume-Uni, Suède...) semblent montrer une augmentation paradoxale mais nette de l'incidence des nouveaux cancers du col dans les tranches d'âge des jeunes

femmes dont la plupart avaient été vaccinées, probablement après avoir été précédemment contaminées par des HPV oncogènes réactivés ([Australia Cancer Incidence and Mortality, Cancer Research UK](#))

- Quelle est la durée de la protection des vaccins anti-HPV ? Une étude a retrouvé une disparition de certains anticorps vaccinaux au bout de 4 ans chez 40% des femmes vaccinées (JOURA E.A., 2008).
- Les études de tolérance des vaccins anti-HPV ont pris pour population témoin des personnes qui n'avaient reçu théoriquement que des produits placebo, or tous ces pseudo-placebos contenaient l'adjuvant aluminique du vaccin (Jorgensen L, Gotzsche P.C. 2018).
- Quel est le devenir des particules d'ADN, attachées aux nanoparticules de l'adjuvant aluminique, retrouvées dans certaines ampoules de Gardasil (Lee S.H., 2012) alors que la notice du vaccin précise bien que celui-ci ne contient pas d'ADN

7- La prévention globale du cancer du col ne passe pas uniquement par le vaccin. Le virus HPV ne représente pas la cause du cancer du col à lui seul. Il s'associe à des facteurs favorisants environnementaux (tabagisme, précocité des premiers rapports sexuels et multiplicité des partenaires, association à d'autres MST, multiparité, précarité socio-économique...). Même si son efficacité est imparfaite, on ne parle plus de l'utilisation des préservatifs. On oublie un peu vite que c'est l'utilisation du frottis cervical qui a été le principal facteur de la réduction régulière de l'incidence des cancers du col. Or une vaccination massive de tout le sexe féminin risque de faire croire aux femmes vaccinées qu'elles sont protégées à vie et que le frottis cervical régulier est devenu inutile et obsolète.

8 - Le premier temps de cette généralisation vaccinale, voulue de longue date par la Ministre de la Santé est ce qu'elle a nommé « *une expérimentation* ». Celle-ci cible les régions Grand-Est et Guyane. Ce ballon d'essai consiste à proposer à tous les collégiens, filles et garçons, de réaliser une vaccination anti-HPV gratuite dans leur établissement scolaire. Ce scénario n'est pas sans rappeler la vague de vaccination massive contre l'hépatite B des années 90 qui avait dû être interrompue brutalement par le Ministre de la Santé de l'époque, le Dr. Bernard Kouchner.

Que l'on soit favorable, défavorable ou hésitant pour la réalisation de cette vaccination, ce choix est personnel. Il relève avant tout du dialogue entre l'adolescent et ses parents. Or la législation en cours prévoit de permettre à l'adolescent de se faire vacciner sans qu'il soit nécessaire de recueillir l'autorisation parentale comme le prévoit l'article L.1111-5-1 du Code de Santé Publique. L'[amendement](#) voté le 13 mars 2015 dans le cadre du projet de loi santé prévoit en effet que : « **Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, un infirmier, sous la responsabilité d'un médecin, peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque la prévention, le dépistage, le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale...** ». Et l'exposé sommaire qui commente ensuite cet amendement explique bien qu'il a pour « **but de procéder à des actes de prévention (vaccination...), de dépistage et/ou de soins...** ».

9- Il est écrit « *Les principaux freins actuels à la vaccination contre les HPV identifiés sont l'absence de proposition par un médecin et les doutes sur la sécurité du vaccin.* ». Si les médecins ne proposent pas cette vaccination, c'est peut-être parce qu'ils ont également des doutes sur la sécurité de cette vaccination. Quant aux parents, comme vous l'écrivez, 42% sont très hésitants à

réaliser ce vaccin chez leurs enfants et 57% craignent la survenue d'effets secondaires. Pourquoi cette méfiance ?

Une étude épidémiologique réalisée par l'ANSM (2.09.2015), s'appuyant sur les données de la CPAM a comparé une cohorte d'enfants vaccinées et une autre d'adolescentes non vaccinées, afin d'estimer si certaines pathologies auto-immunes pouvaient survenir dans les suites d'une vaccination anti-HPV. Le résultat est sans discussion en ce qui concerne le risque d'apparition d'un syndrome de GUILLAIN-BARRE, risque multiplié par 5,35 dans les 2 mois qui suivent une vaccination par le Gardasil. Un risque rare mais grave, et parfois mortel.

D'autres maladies neurologiques graves sont rapportées par les PSUR (mise à jour des rapports périodiques de sécurité des laboratoires). Le rapport de mai 2018 du laboratoire Merck rapporte ainsi depuis le début de l'utilisation du Gardasil des cas d'ADEM ou encéphalomyélite aiguë disséminée (64) et d'encéphalites auto-immunes (12). Le rapport de pharmacovigilance de l'ANSM du 18.2.2014 signale en France 4 décès depuis le début de l'utilisation du vaccin. Les circonstances de ces décès ne sont pas commentées. Nous avons eu connaissance cependant que l'un d'eux a touché une jeune fille de 17 ans qui est décédée en 2010 d'une encéphalite auto-immune confirmée par autopsie avec des signes neurologiques apparus peu de temps après la seconde injection de Gardasil.

Le dernier rapport de pharmacovigilance de l'ANSM du 11.09.2018 souligne la notification d'une vingtaine de cas de narcolepsies ou d'hypersomnies, maladies rarissimes et qui avaient déjà été décrites après une autre vaccination (Pandemrix) contre la grippe H1N1. Malgré ce nombre non négligeable de cas depuis le début de la vaccination, l'agence européenne du médicament (EMA) a jugé qu'il n'y avait pas lieu d'y donner suite.

Il faut aussi garder en tête que le système français officiel de surveillance des effets indésirables post-vaccinaux s'appuie sur un système passif, ne facilitant ni leurs déclarations ni leurs reconnaissances. Il n'est le résultat que d'un volontariat à déclarer les effets indésirables alors que ce signalement est obligatoire au regard du Code de santé publique. Ceci aboutit au fait indéniable que les professionnels de santé ne déclarent spontanément qu'entre 1 et 10% des effets secondaires post-vaccinaux (AUTRET-LECA E. centre de pharmacologie de Tours, 2006).



15 Novembre 2019

**Association REVAV, 6 rue du Général de
Gaulle, 93360 NEUILLY PLAISANCE
Téléphone : 06 45 45 63 26
E-mail : asso.revav@orange.fr
Site Internet :
<http://www.revahb.fr/index.php>**