Je laisse la responsabilité au Pr Henri Joyeux du fait que la réflexion du Haut Conseil de Santé Publique « ne peut qu'être le résultat du lobbying des labos pharmaceutiques internationaux ». Comment expliquer que la quasi-totalité des pays occidentaux ont introduit cette vaccination....probablement aussi si l'on suit le Professeur Joyeux par ce que les comités responsables des programmes de vaccinations dans le monde sont aussi infiltrés par l'industrie pharmaceutique...

« Les deux vaccins actuels comportent des risques d'effets indésirables graves ». Une telle affirmation est erronée. Les deux vaccins font l'objet comme tout nouveau vaccin d'un plan de gestion des risques et d'une pharmacovigilance renforcée.

L'auteur cite le Pr Vallancien, urologue, qui rapporte les données de pharmacovigilance : « 26 675 effets indésirables graves dont 113 cas de sclérose en plaque » et « En France 435 cas d'effets indésirables graves dont 135 de maladies auto-immunes incluant 15 cas de SEP ». Il oublie simplement le plus important des données à savoir :

- que ceci concerne les effets rapportés en pharmacovigilance au décours des vaccinations, sans qu'aucun lien de causalité ne puisse être établi
- que ces chiffres doivent être rapportés au nombre de doses distribuées qui était de plus de 127 millions dans le monde et 5 millions en France.

Le nombre absolu n'a donc aucune valeur, et, le nombre de cas rapportés de SEP par exemple est inférieur au nombre attendu de SEP dans cette tranche d'âge de la population. Il n'y a donc pas d'augmentation du risque de SEP dans la population vaccinée. Il faut rappeler que l'âge de révélation des maladies auto-immunes se situe entre 15 et 35 ans et que vacciner massivement dans cette tranche d'âge aura comme conséquence des associations temporelles, ce qui ne veut pas dire qu'il existe une relation de cause à effet. Les maladies auto-immunes sont fréquentes puisqu'elles touchent 2 à 4 % de la population.

La donnée pertinente est l'incidence ou la fréquence comparées des maladies dans la population vaccinée et non vaccinée. Une étude prospective a été réalisée en France à partir des données de la SNIIRAM (Système National d'Information Inter régimes de l'Assurance Maladie). Elle a intéressé une cohorte de jeunes filles âgées de 11 à 15 ans Cette étude a comparé le taux d'incidence de neuf maladies auto-immunes dans la population vaccinée ; 2,14 pour 10000 personnes/années et dans la population non vaccinée : 2,06 pour 10 000 personnes/année ; il n'y a pas de différence après trois ans de suivi.

Plusieurs études internationales ont évalué les risques de maladies auto-immunes. Aucune n'a mis en évidence une augmentation du risque lié au vaccin. J'invite l'auteur de ces allégations

à lire ces études, au moins leurs résumés parfaitement décrits dans le rapport du Haut Conseil de La Santé Publique daté du 10 juillet 2014

On peut ajouter d'ailleurs qu'il ne s'agit plus de 127 millions de doses (chiffre de mai 2013) mais de 170 millions de doses et que les conclusions sont les mêmes.

Le Pr Joyeux semble tirer argument du fait que le Pr Vallancien est membre de l'académie de médecine. Je lui fais remarquer qu'il existe une autre pétition, en faveur de la vaccination contre le HPV comportant plus de 5 000 signatures de praticiens et de seize sociétés savantes et que cette pétition est soutenue par l'académie de médecine. Je vous joins un exemplaire de cette pétition.

Je continue l'argumentation du texte :

« Pire, ils vous cachent que ces vaccins ne protègent pas du tout à 100 % contre le cancer du col de l'utérus. La protection est à peine de 70 % ». Outre le fait que cette phrase est mal formulée, il n'a jamais été dit que les vaccins disponibles permettaient d'éviter tous les cancers du col. Les sérotypes 16 et 18 n'étant responsables « que » de 70 % des cancers du col, on ne peut envisager le chiffre de 100 %. Le chiffre de 70 % pourra cependant être vraisemblablement dépassé car les vaccins ont déjà montré une immunité croisée vis-à-vis d'autres sérotypes d'HPV.

Le Pr Joyeux parle de « décès de femmes préalablement vaccinés ». Faut-il entendre que les décès ne peuvent être dus qu'au vaccin. ? Le moins que l'on puisse dire est qu'il ne s'agit pas d'une démarche très scientifique.

Je reviens sur la plainte déposée en France à la suite d'une association temporelle entre le vaccin HPV et une poussée de SEP. Encore une fois cette association temporelle était anticipée compte tenu de l'âge de la vaccination mais séquence n'est pas conséquence et aucune étude n'a mis en évidence d'augmentation du risque de SEP après ce vaccin quand on compare la fréquence de l'évènement dans une population vaccinée et dans une population non vaccinée.

Le fait qu'un médecin déclare sur TF1 « on ne connait pas son efficacité, on ne connait pas sa dangerosité » ne suffit en aucun cas à lui donner raison. De plus, ce n'est pas exact. Si le Pr Joyeux a pris la peine de lire le rapport du Haut Conseil de Santé Publique daté du 10/07/2014, il comporte des données permettant d'apprécier l'impact de ces vaccins en population : « l' effectiveness » des anglo-saxons. Ces différentes études ont montré une diminution de la prévalence de l'infection liée aux HPV vaccinaux en Australie (plus de 70 % de couverture vaccinale des 11 – 13 ans), aux Etats-Unis, où pourtant la couverture vaccinale est moindre (32 % chez les 13-17 ans en 2010), ainsi qu'au Royaume-Uni. Une diminution de la

prévalence et de l'incidence des condylomes en Australie et aux Etats-Unis qui ont utilisé avant tout le vaccin quadrivalent. D'autres pays ont également rapporté cette diminution :le Danemark, la nouvelle Zélande et la Suede. Toutes ces études sont référencées dans le rapport du Haut conseil de Santé Publique.

Une diminution des lésions pré-cancereuses du col de l'utérus en Australie (Brottherton et coll Lancet 2011,377,2085-2092 ; Gertig et coll BMC Med 2013,11, 227 ;Crowe et coll BMJ 2014,348 g1458), aux Etats-Unis (Powell et coll Vaccine 2012,31,109-13) et au Canada (Mahmud et coll J Clin Oncol 2014,32,438-43) En Australie, pays dans lequel le dépistage du cancer du col de l'uterus débute entre 18 et 20 ans chez les femmes sexuellement actives ou dans les 2 ans qui suivent le début de l'activité sexuelle, le taux de détection des lésions histologiques est significativement diminué chez les femmes vaccinées par rapport aux femmes non vaccinées (HR = 0,72, IC95 % : 0,58-0,91). L'efficacité vaccinale pour un schéma complet, ajustée sur l'âge, le statut socio-économique et la résidence a été estimée à 47,5 % (IC95% :22,7-64,4) pour les lésions CIN3/AIS. D'autres études sont analysées dans le rapport allant dans le même sens.

Enfin plusieurs études portant sur la prévalence de l'infection HPV ou celle des condylomes montrent un effet indirect de la vaccination c'est-à-dire une immunité de groupe. Il y a une diminution des condylomes chez les hommes hétérosexuels non vaccinés en Australie. D'autres études, toutes référencées vont également dans ce sens.

Un tableau récapitulatif des principales données d'impact et d'efficacité de la vaccination HPV en population dans différents pays figure dans le rapport du HCSP

Je reprends l'argumentation de l'auteur : « La seule chose qui est efficace, c'est le frottis. Et là on préfère mettre 300 millions d'euros pour quelque chose dont on ne connait pas l'efficacité et dont on ne connait pas la dangerosité » c'est toujours le Dr Jean Paul Hamon qui parle.

Qui a nié l'efficacité du dépistage ? Personne ne remet en cause l'efficacité du dépistage. Celui-ci est absolument nécessaire, doit se poursuivre et doit s'organiser pour être plus efficace. Dans le dernier rapport du Haut Conseil de Santé Publique, il est écrit page 17 paragraphe 1-9-1 : « une priorité : mettre en œuvre un programme national de dépistage organisé des cancers du col de l'utérus ». Mais malgré ce dépistage, plus de 1000 femmes décèdent encore chaque année d'un cancer invasif du col de l'utérus dans notre pays et la baisse de la mortalité connait un ralentissement depuis 2000 (-2,0 % par an entre 2005 et 2012). Il est également dit dans le rapport « la mortalité par cancer du col est connue pour être fortement associée à des indicateurs de vulnérabilité socio-économique. « Les données du Baromètre Cancer 2010 mettent en évidence que le recours au dépistage par frottis cervico-

utérin est moins fréquent chez les femmes disposant d'un faible revenu, bénéficiant de la CMU complémentaire, ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat. **La vaccination peut apporter une réduction supplémentaire de l'incidence du cancer du col**. Il est spécifié p. 18 paragraphe 1-9-2 « Seule une politique de vaccination ambitieuse peut permettre une réduction supplémentaire de la mortalité par cancer du col ».

« L'efficacité sur le cancer du col n'est pas démontrée ». Comment pourrait il en être autrement du fait de l'intervalle de temps long (plusieurs dizaines d'années le plus souvent) entre l'infection par les HPV oncogenes et la survenue d'un cancer du col : l'impact de la vaccination sur les cancers ne pourra se mesurer effectivement que quelques décennies après l'introduction des vaccins. Les effets sur les lésions précancéreuses sont déjà là.

Enfin pourquoi le Haut Conseil de Santé Publique invite à la vaccination en milieu scolaire ? Simplement parce que les deux pays qui ont la meilleure couverture vaccinale (garant de la meilleure efficacité) vaccinent à l'école. Le HCSP propose que si la vaccination en milieu scolaire est possible (ce qui ne peut être qu'une décision de l'état) et s'il apparait qu'en vaccinant plus tôt, on obtient une meilleure couverture vaccinale « l'abaissement de 11 à 9 ans de l'âge de la vaccination pourrait être recommandée ».

Je retranscris ici textuellement les recommandations du Haut Conseil de Santé Publique.

- La généralisation rapide de la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur le territoire national
- La mise en place de modalités d'administration de la vaccination permettant d'atteindre un pourcentage élevé de jeunes filles, indépendamment de leur niveau social
    - L'adjonction d'une offre vaccinale en milieu scolaire
    - L'abaissement de 11 à 9 ans de l'âge de la vaccination pourrait être recommandé si cette mesure était susceptible de favoriser la mise en place d'un tel programme. Ce type de modalité est appliqué avec succès au Québec.

Œuvrons plutôt ensemble pour faire reculer les cancers et les décès qui lui sont liés par l'amélioration du dépistage et la vaccination.

Joel GAUDELUS pour infovac