

Vaccin Gardasil-9, papillomavirus et cancer du col de l'utérus

CE QU'IL FAUT RETENIR

- ❖ **Le cancer du col de l'utérus représente 0.007% des cancers en France en 2023.**
- ❖ **Un cancer du col de l'utérus met 10-15 ans à se développer et on a largement le temps de le dépister par le seul examen qui a fait preuve de son utilité : le test cytologique par frottis cervico utérin.**
- ❖ **L'immense majorité des infections à papillomavirus humain (HPV) n'entraîne pas de conséquences. Les lésions précancéreuses qui persistent peuvent rester stables, régresser ou évoluer vers un cancer du col de l'utérus.**
- ❖ **Le vaccin GARDASIL-9 cible environ 80% des souches d'HPV associées aux cancers du col. Par conséquent, le vaccin n'est pas efficace contre les infections de l'ensemble des virus HPV.**
- ❖ **Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, ce vaccin n'a pas fait la preuve de son efficacité contre le cancer du col de l'utérus.**
- ❖ **Aujourd'hui, contrairement à ce qui était prédit, on n'observe pas de diminution des taux de cancers dans les groupes les plus vaccinés avec le premier GARDASIL, 15 ans après.**
- ❖ **De sévères effets indésirables existent et ont été démontrés. Ils incluent le décès et tous ne figurent pas dans les notices! L'usage inacceptable de faux placebo empêchent leur détection de façon fiable. Ces effets sont en lien possible avec tous les composants du vaccin et les désordres immunitaires qu'ils peuvent engendrer.**
- ❖ **Il existe un manque d'informations claires et une désinformation massive concernant les risques d'effets secondaires graves possibles ou concernant l'évolution de ces cancers.**
- ❖ **Des conflits d'intérêts très importants ont impacté toutes les étapes liées à l'utilisation de ce vaccin chez des enfants ou des jeunes personnes (essais, suivis d'effets indésirables, analyses des résultats, recommandations, etc.)**

Conclusion : Tous ces éléments démontrent une « balance bénéfices / risques » très défavorable à la vaccination et de nombreux collectifs demandent l'arrêt immédiat de la campagne vaccinale en cours.

Parents s'il vous plaît, renseignez-vous et posez-vous la question : le vaccin GARDASIL-9 mérite-t-il votre confiance ? N'est-il pas préférable d'appliquer un principe de prudence pour vos enfants ?

« Parents d'enfants de 5^{ème}, plus que quelques heures de réflexion sur le Gardasil » est le dernier article sur ce sujet de l'AIMSIB, l'Association Internationale pour une Médecine Scientifique, Indépendante et Bienveillante, qui met en garde les parents pour cet acte irréversible, en illustrant bien les risques d'effets indésirables graves, ainsi que les très faibles recours possibles des victimes potentielles.

SOURCES : Un grand nombre de **sources vérifiables** et leur revue et analyse scientifique en **15 grandes Questions-Réponses** ont permis d'obtenir ces conclusions : voir le document complet avec toutes les sources au lien suivant (<http://cscl.e-monsite.com/medias/files/questionnairegardasilcscl.pdf>).

NB: L'ensemble des liens vers les sources sur le web ont été vérifiés, donc vous pouvez ignorer les messages d'avertissements mis par défaut quand vous cliquez sur une source, ou bien changer les options de votre lecteur de fichier *.pdf afin de les contourner. Un « copié » du lien, puis un « collé » directement dans le navigateur permet aussi de ne pas avoir de message d'avertissement (voir les **SOURCES** en fin du document complet).

15 QUESTIONS – REPONSES sur le vaccin Gardasil-9, les papillomavirus humains et le cancer du col de l'utérus

Ces questions – réponses ont été préparées par un collectif de citoyens soucieux de la santé actuelle et future de nos enfants, collectif qui inclut des parents, des scientifiques et des professionnels de santé. Elles sont destinées en priorité aux parents dont les enfants de 5^{ème} sont ciblés cette année par la « campagne généralisée de vaccination avec le GARDASIL-9 » (d'octobre au printemps 2024), afin qu'ils puissent se forger leur propre opinion **de façon libre** (c'est-à-dire sans contrainte ni violence) et **éclairée** (c'est-à-dire avec une information loyale et appropriée).

NB : un lien vers une réponse détaillée et de nombreuses sources vérifiables est donné après chaque réponse synthétique.

Le questionnaire avec les réponses

1- Etes-vous au courant de la campagne de vaccination généralisée contre le papillomavirus (ou HPV, un virus impliqué dans certains cancers liés à la sexualité), qui est proposée par le gouvernement pour les enfants de 5^{ème} depuis le 2 oct. 2023 ?

Réponse : voir l'annonce publiée le 07 mars 2023 par la Direction de l'information légale et administrative (Première ministre) [1], et la note d'information inter-ministérielle sur les conditions de mise en place de cette vaccination [2].

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 1](#)

2- Cette vaccination nécessite-t-elle un accord parental ?

Réponse : OUI . « l'autorisation parentale des deux parents est indispensable » [6], mais avec la nuance qu'un des 2 parents peut déclarer sur l'honneur que l'autre parent donne son autorisation (voir l'annexe de l'instruction). Il est indiqué aussi que « la vaccination ne sera pas obligatoire » [1].

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 2](#)

3- Considérez-vous qu'il est important d'être informé sur les risques d'effets secondaires de ce vaccin ?

Réponse : OUI . Donner ces informations est un des devoirs du médecin, selon les principes fondamentaux du code de déontologie médicale. De plus le vaccin est proposé à des enfants ou des adultes en bonne santé donc les risques doivent être très faibles a priori.

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 3](#)

4- Le cancer du col de l'utérus est-il une maladie rare en France ?

Réponse : OUI. C'est une maladie rare (0.007% des cancers en 2023 en France) et la mortalité liée à ces cancers est inférieure à 2 femmes pour 100000. Ceci est encore trop et peut être prévenu en grande partie par un dépistage précoce de la maladie (voir la réponse à la question 6 ci-dessous).

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 4](#)

5- Est-il vrai que l'on peut être infecté ou porteur de HPV sans développer de cancer du col de l'utérus ?

Réponse : OUI. On devient souvent porteur de ces virus après les premiers rapports sexuels. L'infection à HPV reste en général asymptomatique et le plus souvent, on ne retrouve plus le virus dans les 6 mois à 2 ans qui suivent la contamination. Il existe cependant des cas d'infection persistante à long terme pouvant conduire au cancer. Ainsi globalement, on ne développe pas de cancers dans la grande majorité des cas (plus de 90% des cas dans les pays à indices de développement élevés).

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 5](#)

6- Les cancers du col de l'utérus ont diminué de façon significative et régulière depuis les années 1980-1990 dans de nombreux pays. A votre avis pourquoi ?

Réponse : *Grâce aux examens cytologiques réalisés au microscope à la suite d'un frottis. Ceux-ci sont les seuls à mettre en évidence des anomalies ou des lésions précancéreuses de cellules du col de l'utérus, quelles que soient les infections HPV associées. Ces tests devraient donc être maintenus en dépistage systématique après 30 ans.*

Malheureusement, ces tests cytologiques tendent à être remplacés par des tests de détection du virus. Or un test HPV positif (présence du virus) n'équivaut pas à détecter des lésions précancéreuses actives. De plus, un test HPV négatif n'indique pas forcément l'absence de lésions. Par conséquent, si l'on fait un test HPV, il faudrait aussi exiger un test cytologique.

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 6](#)

7- Est-ce que l'efficacité du vaccin GARDASIL-9 a été démontrée directement contre les cancers du col de l'utérus ?

Réponse : *NON. Comme l'indique la fiche produit du GARDASIL-9 [61] sur le site de l'EMA (European Medicines Agency), les essais cliniques étudient les réponses immunogènes contre les souches représentées dans le vaccin, et ne testent pas leur efficacité contre les cancers du col. La Haute Autorité de Santé (HAS) dans sa synthèse d'avis de sept. 2017 ([62], voir aussi [63] ; [64]), explique que le GARDASIL-9 « n'a pas d'avantage clinique démontré par rapport au GARDASIL » et que « son efficacité en termes de prévention des cancers reste à démontrer ». Les informations indiquant « une efficacité très probable » de ce vaccin contre les cancers du col de l'utérus sont donc incorrectes.*

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 7](#)

8- Avec le recul, plus de 15 ans après son déploiement, le précédent vaccin GARDASIL a-t-il été accompagné d'une diminution de l'incidence* des cancers du col de l'utérus dans les groupes vaccinés ?

Réponse : *NON. Les données des registres des cancers dans les pays ayant mené des campagnes massives ne montrent pas une telle diminution dans les classes d'âges les plus vaccinées. Au contraire, des populations vaccinées présentent un taux de cancers du col plus élevé 15 ans après, en comparaison des populations plus âgées qui n'avaient pas été vaccinées.*

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 8](#)

9- Quelles sont les notifications d'événements graves en lien avec les vaccins GARDASIL et recensées depuis 2007 ?

- A- Paralysies Faciales
- B- Cécités chez les jeunes
- C- Syndrome de Guillain-Barré
- D- Troubles menstruels, insuffisance ovarienne, ménopause précoce
- E- Maladies auto-immunes handicapantes (pancréas, foie, sang)
- F- Décès
- G- Syndrome de tachycardie posturale (POTS)
- H- Arthrite rhumatoïde
- I- Fausses-couches
- J- Encéphalopathies sévères
- K- Neuropathies des petites fibres
- L- Myélite transverse
- M- Myofasciite à macrophages
- N- Polyneuropathie inflammatoire
- O- Lupus
- P- Thromboses profondes et embolies pulmonaires
- Q- Autres

Réponse : *tous ces événements et d'autres ont été notifiés comme étant des conséquences possibles de ces vaccins, à des taux variables mais non négligeables dans plusieurs bases de données de pharmacovigilance : plus de 11000 effets graves ou décès, dont plus de la moitié pour des jeunes de 6 à 17 ans aux Etats-Unis [99] (voir les données brutes en téléchargement sur le*

site du [VAERS](#)), plus de 40 000 événements graves notifiés dans la base Eudravigilance au total pour les 2 Vaccins GARDASIL (voir [\[100\]](#), avec la procédure permettant d'accéder aux données et graphiques). Par conséquent, de nombreux collectifs de soignants, de victimes et de citoyens demandent un arrêt de la campagne vaccinale en cours.

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 9](#)

10-Y-a-t-il en France une « information claire, loyale et appropriée » concernant les effets indésirables graves du vaccin GARDASIL-9 et leurs causes possibles ?

Réponse : NON. En effet, les notices diffèrent entre pays et omettent des effets indésirables graves nombreux, documentés dans les essais, articles scientifiques et enquêtes réalisés au niveau mondial [\[110\]](#). Ces effets sont aussi largement minimisés dans de nombreux autres articles scientifiques et rapports ou avis officiels. Dans la presse ou les sites officiels, on observe ainsi de façon générale un manque d'informations claires sur les risques d'effets graves du vaccin.

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 10](#)

11-Est-ce que les essais cliniques du GARDASIL-9 ont été réalisés en le comparant avec un vrai placebo, c'est-à-dire inerte non toxique ?

Réponse : NON. Pourtant, cela devrait être le cas pour toute étude d'impact des risques. Utiliser de faux placebo empêche de détecter et de quantifier les effets indésirables graves de façon fiable. Dans les essais cliniques, les groupes « contrôle » n'en étaient pas car: 1) soit ils avaient reçu le précédent GARDASIL, lui aussi à risques, 2) soit ils étaient vaccinés mais étaient de sexe ou d'âges différents, 3) soit ils avaient reçu un nombre de doses différents.

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 11](#)

12-Savez-vous si votre enfant est allergique à l'un des composants du vaccin ?

Quelques informations concernant la composition du vaccin : si la substance active correspond aux protéines de l'enveloppe des 9 souches de virus, le produit contient aussi 4 adjuvants déclarés dont certains sont non testés et possiblement toxiques. Certaines réactions allergiques graves font partie des effets indésirables reconnus et la découverte d'ADN viral dans certains lots, ayant conduit au décès d'enfants, pose aussi la question des risques associés à leur fabrication.

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 12](#)

13- Y-a-t-il des procès (en cours ou passés) concernant des plaintes de victimes potentielles d'effets secondaires graves des vaccins GARDASIL ?

Réponse : OUI. De nombreuses plaintes ont été déposées concernant le premier GARDASIL, à la suite des campagnes de vaccination massives dès 2007. Des procès ont déjà eu lieu depuis 15 ans, et plusieurs procès sont en cours, dont au moins une « Class Action » aux Etats-Unis prévue pour 2024.

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 13](#)

14- Le laboratoire Merck a-t-il déjà été condamné pour des risques d'effets secondaires graves sur lesquels il n'avait pas informé les personnes traitées ?

Réponse : OUI. Le laboratoire MERCK est à l'origine de l'un des plus coûteux et des pires scandales de l'histoire des médicaments avec le Vioxx, un anti-inflammatoire à l'origine de dizaines de milliers d'infarctus.

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 14](#)

15-« L'Appel des 50 » en 2019 en France faisait la promotion du GARDASIL-9. Les médecins et sociétés savantes y ayant participé avaient-ils des conflits d'intérêt ?

Réponse : OUI. Cet appel a pourtant été largement relayé par la presse. Or les conflits d'intérêts de ces médecins et de leurs organisations sont substantiels, directs ou indirects.

[Lien vers la réponse détaillée à la Question 15](#)

REPONSES DETAILLEES

Question 1 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Etes-vous au courant de la campagne de vaccination généralisée contre le papillomavirus \(ou HPV, un virus impliqué dans certains cancers liés à la sexualité\), qui est proposée par le gouvernement pour les enfants de 5^{ème} depuis le 2 octobre 2023 ?](#)

Cette annonce inclut des sites d'informations (voir par ex [\[3\]](#)) avec documents de référence pour le public et pour les professionnels datant d'avant l'autorisation du vaccin GARDASIL-9 actuellement déployé. Ce vaccin est autorisé depuis le 10 juin 2015 en Europe, fabriqué par Merck, Sharp & Dohme (Merck dans la suite du texte) qui est associé à Sanofi-Pasteur pour la commercialisation.

Une campagne massive d'informations a été mise en place à la rentrée scolaire 2023 pour des opérations de vaccination démarrant au 2 Octobre (par ex. Ministère de la santé ; Agences régionales de santé (ARS), voir par exemple [\[4\]](#) ; AFP-factuel ; médias [\[5\]](#) ; multiplication de pages sur des sites officiels avec les mêmes messages). Pourtant, sur toutes les pages officielles, on observe une quasi absence de références scientifiques permettant de s'informer de façon plus approfondie.

[Retour au questionnaire – Question 1](#)

Question 2 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Cette vaccination nécessite-t-elle un accord parental ?](#)

OUI. Dans l'instruction interministérielle [\[2\]](#), les parents devaient recevoir un courrier avec les informations sur la campagne et un formulaire papier demandant leur accord ou refus pour que leur enfant soit vacciné dans leur école par les équipes mobiles de centres de vaccination. Cependant, dans la pratique, les parents ont été incités (avec rappels) par les ARS à se connecter sur une plateforme numérique et à déclarer avant le 28 septembre en ligne en renseignant leur accord, ainsi que de nombreuses informations, ce qui est en infraction du secret médical. Il n'y a pas d'informations précises dans la note inter-ministérielle sur la conduite à tenir par les établissements dans le cas où les parents n'ont pas répondu aux demandes d'autorisation.

De plus, aucune information n'est fournie sur le produit qui serait administré, ni sur ses éventuels effets secondaires, ni sur l'acte médical ou sur la personne qui le pratiquerait ([\[7\]](#) ; [\[8\]](#) ; [\[9\]](#)), ce qui empêche tout consentement libre et éclairé conformément à l'article [L1111-4](#) du code de santé publique. Ces manquements, ainsi que la publicité non-institutionnelle de ce vaccin (pourtant non-obligatoire) dans plusieurs médias ont conduit l'association REACTION19 et son président Maître Brusa à informer les Directions Générales de la santé et de l'enseignement scolaire du caractère illégal de cette campagne (courrier disponible au **point 2-** de la lettre de septembre 2023 de la LNLPV ou Ligue Nationale pour La Liberté des Vaccinations [\[10\]](#))

[Retour au questionnaire – Question 2](#)

Question 3 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Considérez-vous qu'il est important d'être informé sur les risques d'effets secondaires de ce vaccin ?](#)

Selon l'**ARTICLE R.4127-35** du code de déontologie de la médecine [\[11\]](#) :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

Le consentement libre et éclairé est donc un prérequis de l'acte médical qui consiste à injecter un vaccin. Ce consentement ne peut être obtenu que si l'ensemble des informations sur les bénéfices et les risques potentiels est fourni au patient. Dans une école de Belgique en Wallonie le 17 novembre 2022, une vingtaine d'enfants ont été pris de malaises, ce qui a mobilisé en urgence un important personnel médical et policier [\[12\]](#). Ceci a conduit les parents de ces enfants à écrire au directeur de l'établissement sur l'absence d'informations préalables concernant les risques associés au vaccin, malgré un lourd dossier depuis 2007 [\[13\]](#). La presse gouvernementale (ex : AFP factuel, avec plus de 100 millions de financement public bénéficiant à l'AFP) minimise cet événement en parlant de « malaises bénins connus », en contradiction avec la déclaration du fabricant d'effets secondaires **au contraire non bénins** pouvant affecter jusqu'à une personne sur 100, qui sont indiqués sur la notice du GARDASIL-9 (« gonflement des ganglions -cou, aisselle ou aine-, urticaire, évanouissements parfois accompagnés de

tremblements ou de raideurs, vomissements, douleurs dans les articulations, douleurs musculaires, fatigue ou faiblesse inhabituelle, frissons, malaise » [14]). Au lieu de reconnaître d'éventuels effets secondaires, cette même presse invoque une réaction psychologique de groupe des enfants (« clusters de réactions d'anxiété » [15], « réaction du au stress » [16]) pour expliquer les hospitalisations.

[Retour au questionnaire – Question 3](#)

Question 4 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Le cancer du col de l'utérus est-il une maladie rare en France ?](#)

OUI. Les taux de cancers du col de l'utérus sont devenus rares en France depuis plusieurs années (environ 6 femmes sur 100000 en 2018, pour le taux annuel d'incidence standardisé selon la structure d'âge de la population mondiale= incidence dans le reste du texte), et la mortalité liée à ces cancers est inférieure à 2 femmes pour 100000 ([17], Tableau 2). Ce taux a diminué de 1.4% par an en moyenne entre 1990 et 2023, et le nombre de cancers détectés a diminué d'environ 20% entre 1990 et 2023 ([17bis] page 8), mais cette baisse était plus prononcée jusqu'en 2010. En France en 2023, l'incidence du nombre de nouveaux cancers du col de l'utérus correspond à 0.007% du nombre total de cancers ([17bis], 3159 nouveaux cas sur 433136 qui est le nombre total de cas, pages 6 et 23).

Ces cancers sont également relativement rares dans le monde sur l'ensemble des continents sauf dans la plupart des pays d'Afrique et en Mélanésie (voir par ex. [18], données monde de 1993-1997, pp. 612-614, et voir [19] Figure 1.2 p.55 pour des données plus récentes).

Ces cancers ont constamment diminué depuis le dépistage par tests cytologiques cervico-utérins (frottis) qui s'est généralisé dans les années 1990 dans de nombreux pays ([20] Figure 2 ; [21]; voir aussi les courbes des registres du cancer et les références citées dans [22], qui montre les baisses d'environ 30% à 50% de l'incidence du cancer invasif du col entre les débuts du dépistage cytologique et 2007 en Europe, Australie et USA ; [23] au Royaume-Uni). En France, cela correspond à une maladie rare selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS ; moins de 1 personne sur 2000 touchée par la maladie) avec environ 3000 nouveaux cas déclarés par an et un peu plus de 1000 décès. Ces décès représentent 1.6% des morts par cancer chez les femmes en 2018 (total de décès pour tous les cancers (67817) dans le Tableau 2 de [17]) et concerneraient en majorité des femmes qui n'ont pas effectué de dépistage par frottis (~80%). Les cancers du sein ou du côlon sont beaucoup plus fréquents [17].

Donc le cancer du col de l'utérus peut difficilement être considéré comme un problème de santé publique en France, dans la mesure où les stades précoces sont facilement dépistés avec un test cytologique, ce qui permet un traitement efficace suffisamment tôt avec un très bon pronostic (par ex. [22] ; [23]). Les cancers du canal anal sont encore plus rares ([17] ; [24]), sauf chez les personnes immunodéprimées [25].

[Retour au questionnaire – Question 4](#)

Question 5- réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Est-il vrai que l'on peut être infecté ou porteur de HPV sans développer de cancer du col de l'utérus ?](#)

OUI. Ces virus se transmettant par voie sexuelle, on en devient souvent porteur à l'adolescence. Cependant, l'infection à HPV est en général asymptomatique et transitoire. Une vingtaine de souches de HPV, sur plus de 100, ont été associées au développement de cancers du col de l'utérus, et sont donc considérées comme carcinogènes : dix d'entre elles ont été détectées dans environ 90% des cas de cancer du col de l'utérus dans le monde ([26] Figure 1.1 page 256, Tableau 2.5 et références citées p. 266 ; [27] ; [28] ; [29] Figure 1). Deux souches (HPV16 et HPV18) sont présentes respectivement dans ~54% et ~16% des cellules de tissus cancéreux examinés au niveau du col de l'utérus [26], leur présence augmentant avec la sévérité des lésions précancéreuses [29]. Au total, environ 40 souches ont été détectées dans le cas de lésions potentiellement précancéreuses (par ex : néoplasie cervicale intra-épithéliale ou CIN) et autres lésions ano-génitales ([30] Tableau 1). Si ces lésions ne sont pas traitées, elles peuvent évoluer vers des stades cancéreux.

Cependant, la présence de certaines souches HPV, si elle est nécessaire, n'est pas une condition suffisante pour développer un cancer, pour plusieurs raisons (voir [31] pages 50 à 61 et [32] partie 5 ; [33]) :

- a) **Pour plus de 90% des infections initiales à HPV, les femmes développent une immunité naturelle et guérissent dans les 6 mois à 2 ans qui suivent**, donc ces infections ne conduisent pas à des cancers invasifs. Les infections initiales deviennent souvent indétectables avec les tests à

ADN utilisés, et les estimations de durée d'infection dépendent des méthodes utilisées et de la sensibilité des tests ([34] ; [35]).

- b) Comme pour beaucoup de cancers, ceux du col de l'utérus ont été associés dès les années 80 à de nombreux cofacteurs de risques possibles qui peuvent se cumuler. Aucun n'est suffisant pour prédire à lui seul la survenue d'un cancer. Certains sont exogènes, tandis que d'autres augmentent le risque d'infection et donc la probabilité de développer des cancers : le tabagisme, la précocité des rapports et le nombre de partenaires sexuels, la fréquence des infections sexuellement transmissibles (dont les virus HPV font partie mais aussi le SIDA, l'herpès, les infections à chlamydia, etc.), les déficits immunitaires, etc. (par ex : [26] partie 2.6, p. 282-284 ; [32] ; [36] ; [37] ; [38]).

En résumé, si certaines souches causent le développement de lésions précancéreuses du col, leur évolution vers un cancer invasif 10 ou 15 ans plus tard ne se produira que dans une très petite minorité de cas (notamment, si ces lésions persistent, et si elles ne sont pas suivies ni traitées). Ce fait n'est pas toujours mentionné sur les résumés de documents officiels (par ex : [39]), où la vaccination est présentée comme la prévention primaire d'un cancer dont la fréquence serait au contraire importante alors que ce n'est pas le cas ([39] ; [40]).

[Retour au questionnaire – Question 5](#)

Question 6 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

Les cancers du col de l'utérus ont diminué de façon significative et régulière depuis les années 1980-1990 dans de nombreux pays. A votre avis pourquoi ?

Les diminutions de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus sont largement attribuées au développement des tests cytologiques par frottis qui permettent de dépister des lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus ([17] ; voir par ex. [23] ; examen cytologique soit par la technique classique -test dit de « Papanicolaou » [41] ; soit par la technique en milieu liquide [42]). Par exemple on estime au Royaume-Uni que ce dépistage a permis de prévenir environ 70% des décès dus aux cancers du col de l'utérus, tous âges confondus [43]. En France, et dans de nombreux pays développés, ces tests sont réalisés de façon systématique ou sont recommandés [19]. En 2014, le Bulletin épidémiologique hebdomadaire avait consacré plusieurs articles aux études en cours sur le dépistage organisé dans la population française du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin. Le message principal de ces études était « simple et clair » : le facteur de risque le plus important du cancer du col de l'utérus est l'absence de dépistage, y compris chez les jeunes femmes vaccinées [43bis]. **Cependant, ce type de dépistage est encore insuffisant en France** (seulement 59% pour la période 2015-2017 [44], en comparaison de l'Irlande ou du Danemark autour de 80% [19] Tableau 2.3). Il est aussi trop peu réalisé dans des pays à faibles ressources économiques (dont l'Afrique subsaharienne), qui ont des taux d'incidence et de mortalité plus élevés [18] ; [19] partie 2.2.1 page 98).

L'évolution rapide des technologies moléculaires a conduit au développement de tests de dépistage HPV à ADN, notamment pour les souches HPV16 et HPV18 oncogènes dites à « haut risque » (HPV-HR). La sensibilité de ces tests a été améliorée progressivement sur le plan technique, notamment grâce au ciblage de plus de souches oncogènes fréquentes ou moins fréquentes, identifiées dans les cancers du col (par ex. voir [45] ; [46] ; [47] ; [48]). Ces tests moléculaires et leur comparaison avec les tests cytologiques depuis plus de 20 ans ont démontré leur sensibilité pour détecter des lésions non cancéreuses et précancéreuses ou, en 2^{ème} intention, pour préciser des diagnostics cytologiques. Cependant, **ces tests HPV restent complémentaires et ne sont pas équivalents aux tests cytologiques** (par ex [49] ; [45] voir le résumé de nombreux essais comparant les 2 types de tests dans le Tableau 1 ; [50] ; [31] p. 48-50 ; [51]). En effet :

- a) **Un test ADN à HPV positif ne signifie pas forcément que l'examen cytologique soit anormal** puisqu'entre 8% et 22% des populations de femmes avec une cytologie normale sont porteuses de HPV selon les régions du monde, 32% d'entre elles étant porteuses de HPV-HR ([34] ; voir la réponse à la [question 5](#)- également). Dans le cas d'une cytologie normale, un suivi doit être réalisé à un intervalle plus rapproché pour voir l'évolution de l'infection et de lésions éventuelles.
- b) Dans une grande majorité de cas, **les infections à HPV-HR sont transitoires et guérissent sans traitement**, la charge virale pouvant devenir trop faible pour être détectée (par ex. [35]). **Elles ne conduiront donc pas à des lésions qui seraient précurseurs d'un cancer invasif.**
- c) On peut donc s'interroger sur le bénéfice de mettre en place de façon systématique un test moléculaire d'identification de traces ADN de virus HPV, puisqu'ils risquent de générer des faux positifs. **En effet, plus ces tests sont sensibles, plus le risque de faux positifs est important et**

ils peuvent inquiéter inutilement, ou conduire à un sur-diagnostic de risque potentiel de cancer, surtout chez des femmes jeunes (voir a) et b) ; [50] ; [31] page 48 ; [52]), comme le note également la HAS dans son évaluation des tests en dépistage primaire ([53], partie 6.1 et références citées). Ces tests HPV sont également plus coûteux que les tests cytologiques.

- d) Malgré l'amélioration significative de la sensibilité des tests HPV ces 10 dernières années, ils sont inefficaces pour la détection de 5% et 11% des cas de cancers, qui sont donc dits « HPV-négatifs » [54]. Différentes causes techniques peuvent expliquer un certain nombre de faux négatifs, mais au moins 5% de ces cancers peuvent être considérés comme de vrais négatifs, grâce à une confirmation par des analyses complémentaires. **En l'absence de tests cytologiques, les lésions précancéreuses risquent d'être détectées à des stades plus avancés, conduisant à un retard diagnostic et donc à une perte de chances pour la guérison** ([54] Tableau 3 ; [55]).

Pour toutes ces raisons, il apparaît essentiel de maintenir un dépistage systématique par des tests cytologiques, même pour les classes d'âges supérieurs à 30 ans, tout en agissant sur la diminution de tous les facteurs de risques possibles ([22] ; [26] ; [31] ; [32] ; [50]). Ceci était recommandé par l'Institut National du cancer en 2016 et la HAS avant 2019, les tests HPV étant utilisés en seconde intention pour compléter un examen cytologique anormal. Il est donc étonnant que la HAS recommande depuis 2019 de remplacer l'examen cytologique par un test HPV-HR tous les 5 ans (s'il est négatif) pour les femmes de 30 à 65 ans [56]. **Au contraire, les recommandations de nombreux pays d'Europe sont de maintenir les tests cytologiques** (en Europe de l'Est et en Allemagne, avec ou sans tests HPV [48]).

Dans sa synthèse de la littérature scientifique [53], la HAS suit notamment la recommandation de l'étude de Ronco et al. 2014 [51], dont les résultats devraient être considérés avec prudence à cause des liens d'intérêt des auteurs avec les fabricants de tests ou de vaccins anti-HPV ([50] ; [57]). De plus, ces tests sont basés sur de très petits nombres de cancers détectés et sont donc non significatifs dans de nombreuses configurations (par ex. dans le cas de carcinomes malpighiens [51] Tableau 4), ou encore proviennent d'études avec des protocoles différents. Certains cas de cancers sont aussi dus à des écarts de protocoles de suivi, ce qui pose question sur la robustesse de certaines conclusions. Enfin, cette étude a été réalisée sur des populations de femmes non vaccinées, qui ne sont donc plus représentatives des populations actuelles qui ont été massivement vaccinées dans certains pays. Ces populations pourraient en effet présenter des résultats de tests HPV différents, avec le risque possible de tests négatifs pour les souches ciblées, alors que des lésions pourraient exister en lien avec d'autres souches non-incluses dans les tests et donc non détectables.

Une autre étude plus récente de l'Institut de Recherches sur le cancer au Royaume-Uni (« Cancer Research UK ; [58]) recommande aussi une stratégie de dépistage par tests HPV tous les 5 ans (au lieu de tests cytologiques), qui serait efficace dès 25 ans. Cette étude est (re)mise en avant par les médias français (par ex. [59]) alors (i) qu'elle ne correspond pas aux recommandations de la HAS pour les femmes jeunes, (ii) que les résultats d'incidence cumulée de lésions précancéreuses et de cancers (mais sans les distinguer) jusqu'à 40 mois pour les 24-49 ans n'est pas significativement différente, (iii) que les classes d'âge plus jeunes ne sont pas distinguées, au contraire de nombreuses études qui montrent des résultats non significatifs sur ces classes d'âge (voir le rapport de la HAS [53]). Enfin, cet institut affiche clairement ses conflits d'intérêt avec plus de 35 millions de Livres Sterling de financement de l'industrie pharmaceutique entre 2020 et 2022 [60] : par exemple, Merck est l'un de leurs plus gros contributeurs, avec Pfizer et Astra-Zeneca.

Ce que de nombreux médecins demandent, comme déjà fait auprès de la HAS il y a plus de 10 ans (voir [68] ; [69]), c'est que soit inscrit sur les demandes d'anatomopathologie lors de l'envoi des frottis, si la femme a été vaccinée ou pas par le GARDASIL, et si oui, quand et avec combien de doses. C'est la seule façon de savoir s'il y a plus de lésions anormales chez les femmes non vaccinées (dans une classe d'âges donnée) que chez les femmes vaccinées (ou l'inverse).

[Retour au questionnaire – Question 6](#)

Question 7 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Est-ce que l'efficacité du vaccin GARDASIL-9 a été démontrée directement contre les cancers du col de l'utérus ?](#)

NON. Les preuves d'une efficacité de ce vaccin contre le cancer invasif du col ou d'autres cancers n'existent pas, comme l'expliquent de nombreux médecins sans conflits d'intérêts avec les industriels produisant les vaccins ([22] ; [31] ; [32] ; [50] ; [68] ; [69] ; [70] ; [71] ; [72]). Pourtant, une campagne d'informations mensongères indique « une efficacité très probable » de ce vaccin, qui par conséquent

« préviendrait les cancers du col », ces informations étant relayées par les médias (par ex. [65] ; [59]), ou certains sites officiels [66], ou des hommes politiques (par ex. [5]), ou bien les notes d'informations aux parents (par ex. [9]), ou encore des publications scientifiques avec conflits d'intérêt (par ex. [67]). Ces informations sont en totale contradiction avec l'avis de la HAS elle-même, qui explique **pour le GARDASIL-9 que «son efficacité en termes de prévention des cancers reste à démontrer »** ([62] ; [63] ; [64]). Ces informations incorrectes scientifiquement sont dénoncées par de nombreux médecins, chercheurs et associations sans conflits d'intérêt (voir les références citées en début de paragraphe ([22] etc.).

Dans les faits :

- a) **la fiche du GARDASIL-9 [61] explique que les essais cliniques sont seulement basés sur les réponses immunogènes contre les souches représentées dans le vaccin. Donc ces essais ne testent pas l'efficacité du vaccin contre les cancers du col de l'utérus.**
- b) **il n'y a aucun essai clinique ayant démontré une efficacité anti-cancer du GARDASIL-9** (ni du précédent GARDASIL comportant 4 antigènes), tout simplement car il est impossible sur le plan éthique de ne pas soigner des malades de cancer dans un tel cadre expérimental et surtout car un cancer du col met en général 10 à 15 ans pour se développer [17]. La pratique scientifique nécessiterait des essais cliniques de suivi robustes statistiquement pour les effets de la vaccination. Ces suivis devraient de plus durer plusieurs dizaines d'années, étant donné le pic d'incidence des cancers du col de l'utérus vers 55 ans ([17] ; [17bis] page 23). Dans le meilleur des cas, les tests de suivis, notamment pour le premier vaccin GARDASIL avaient étudié l'évolution, ou non, de lésions précancéreuses (CIN2 notamment), sachant qu'elles disparaissent dans la grande majorité des cas sans donner de cancers (voir aussi les réponses aux questions 5- et 6-).
- c) **Par conséquent, les preuves d'une éradication du virus n'existent pas non plus** (contrairement à ce qui a été affirmé en [5]). Les essais cliniques du premier GARDASIL tétravalent montraient son efficacité sur les infections des souches ciblées par le vaccin, ainsi que sur les lésions bénignes ou précancéreuses associées, chez des femmes jusqu'à 26 ans. Ceci est indiqué dans la notice américaine du premier vaccin, celui qui a été le plus utilisé [73]. Cependant, un problème important est que **le vaccin n'a aucune efficacité si l'on considère l'ensemble des lésions identifiées modérées (CIN2) ou plus sévères (CIN3 et plus)**, tout HPV confondu ([74] Tableaux 24 à 27 du document officiel soumis à la FDA ; [75] étude FUTURE II ; voir la démonstration de [31] pages 82 à 94). Ceci est d'ailleurs bien indiqué dans la notice d'origine ([73] ; voir aussi [76], la réponse à la question 5 sur l'efficacité du vaccin) et permet de mieux réaliser en quoi la publicité initiale massive pour promouvoir le vaccin était mensongère.
- d) A la suite des premières alertes de réactions adverses, lors du lancement de la première campagne de vaccination à la Réunion en 2006, des médecins et journalistes avaient présenté leurs recherches dans les locaux de l'Assemblée Nationale le 3 octobre 2011 après-midi. Devant un comité réunissant des députés, d'autres médecins et journalistes (la même séance s'étant déroulée le matin hors caméra devant les institutions, notamment la HAS), **il a été démontré comment Merck avait réussi à obtenir l'autorisation d'une procédure accélérée ('fast-track') pour le premier GARDASIL**, ainsi que des extensions d'application, **malgré l'absence d'efficacité probante de leur produit** en population générale ([77] ; [75] ; [78] ; enquête publiée en 2010 [79] ; voir aussi tous les documents officiels de la procédure d'homologation [80]).
- e) Pour le GARDASIL-9 ([61] ; [81]) il y a complète absence d'amélioration d'efficacité sur des réponses immunogènes par rapport au premier GARDASIL ([82] ; voir aussi [31] page 100). Les textes officiels précédemment cités parlent de « non-infériorité », ce qui justifie **l'avis de la HAS en 2017 d'une absence d'amélioration du service médical rendu (ASMR)** en comparaison du premier GARDASIL.

Malgré les évidences d'efficacité non démontrée de ce vaccin contre les cancers du col de l'utérus (ou l'impossibilité d'avoir de telles données), la HAS en 2020 [83] élève l'ASMR du GARDASIL-9 d'« absente » à « modérée » en élargissant sa recommandation aux garçons [84] dans une « stratégie de prévention des lésions ano-génitales précancéreuses et cancéreuses »... « dans les populations (filles et garçons) ». Pourtant la réévaluation de l'avis de recommandation se base sur **une seule étude clinique qui ne montre aucune efficacité sur des lésions** associées aux souches du vaccin chez les hommes par manque de données, le critère de cancer étant lui-même totalement absent ([85] Tableau 3 page 14 ; voir aussi [86] Figure 2). Depuis 10 ans en Grande Bretagne où la vaccination avec le GARDASIL a été importante, le cancer du canal anal a relativement beaucoup plus augmenté chez les femmes que chez les hommes (voir par ex. [72]), mais il demeure très rare [86].

Question 8 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

Avec le recul, plus de 15 ans après son déploiement, le précédent vaccin GARDASIL a-t-il été accompagné d'une diminution de l'incidence des cancers du col de l'utérus dans les groupes vaccinés ?

NON. Depuis les campagnes de vaccination massive à partir de 2007 dans certains pays avec le premier GARDASIL, l'incidence de ces cancers baisse moins, stagne, **ou bien a tendance à augmenter dans les classes d'âges les plus vaccinées** (qui sont les femmes entre 25-40 ans, soit environ 15 ans après le début des campagnes de vaccination en Australie, par exemple), **en comparaison des classes non vaccinées** plus âgées au sein desquelles le taux de cancer a continué à diminuer grâce au dépistage cytologique ([22] ; [72] ; en Australie [87], qui a été le premier pays à vacciner de 11 ans jusqu'à 26 ans ; en Grande-Bretagne [88] ; ou encore en Suède ([89] ; [90]) ; voir notamment la très récente synthèse du Dr Delépine sur l'évolution de l'incidence des cancers du col dans les registres officiels de nombreux pays [90bis] diapositives 7 à 25). Une étude en Ecosse sur un très grand nombre de jeunes femmes ne montre aucune différence entre le groupe le plus vacciné et un groupe d'âge équivalent non vacciné sur l'incidence de lésions de haut grade [91].

La perspective d'éradication du cancer du col de l'utérus dans les pays ayant le plus vacciné comme l'Australie n'a donc pas été traduite dans les faits. Il est donc difficile d'affirmer que ce vaccin va permettre d'éviter des milliers de cancer du col de l'utérus dans le futur (comme cela était indiqué dans l'avis d'efficacité de la HAS en 2017 [92]). Ces informations, notamment celles concernant l'Australie, ne sont pas mises à jour, alors que la déontologie l'exigerait. **Ces informations non actualisées, voire fausses, continuent pourtant de servir d'arguments en faveur de la vaccination dans les documents de sites officiels à destination des parents ou des professionnels** (par ex. voir le document à destination des parents, « On ne les protège jamais trop » [9] ; et le document à destination des professionnels sur le site de l'Institut National du Cancer [92bis] ; voir aussi [les réponses à la question 10-](#)).

Au contraire, les résultats des essais cliniques soulèvent plusieurs questions, notamment sur un mécanisme de **remplacement** possible des souches HPV combattues par le vaccin (notamment les HPV-16 et HPV-18 ; voir [31] page 97), par d'autres souches oncogènes ou non, dans le microbiote vaginal. En effet, des HPV potentiellement oncogènes mais « dormant », où en fréquence très faible, pourraient augmenter en fréquence et se développer à la suite de la diminution importante ou la disparition des souches ciblées par le vaccin. Cette hypothèse permettrait d'expliquer un risque similaire de lésions précancéreuses dans les groupes comparés ([75] ; [82]) , voire un nombre plus important dans le groupe vacciné ([93] ; [94] ; [95]). L'étude de Bogani et al. (2020) montre qu'une augmentation de souches oncogènes, non représentées dans le vaccin est possible dans des populations l'ayant reçu [96]. Malgré ces observations, la notice américaine indique que les risques potentiels de carcinogénicité n'ont pas été évalués [97] et rien n'est indiqué sur la notice française concernant ce type de risques [14]. Un autre risque à prendre en compte est le fait que des personnes vaccinées peuvent se croire protégées par le vaccin, alors que son efficacité contre les cancers n'a pas été démontrée ou bien est beaucoup moins importante qu'espérée initialement (voir [les réponses à la question 7-](#)). Ces personnes penseraient alors à tort que le frottis est inutile (plus de détails à [la question 6-](#)). Il serait important de mieux comprendre, grâce à de nouvelles études, l'ensemble des causes d'une absence de baisse des taux d'incidence du cancer du col de l'utérus dans les groupes les plus vaccinés de certains pays.

Dans ces conditions, on peut s'interroger sur l'objectif affiché de l'OMS [98] d'utiliser une stratégie vaccinale pour éliminer au niveau mondial le cancer du col de l'utérus. En effet, le vaccin GARDASIL le plus utilisé n'a non seulement pas montré d'efficacité contre ce cancer, mais il soulève de nombreuses questions sur ses effets potentiellement carcinogènes avec l'augmentation concomitante du nombre de cancers dans les groupes vaccinés de nombreux pays [90bis].

Question 9 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Quelles sont les notifications d'évènements graves en lien avec les vaccins GARDASIL et recensées depuis 2007 ?](#)

- A- Paralysies Faciales
- B- Cécités
- C- Syndrome de Guillain-Barré
- D- Troubles menstruels, insuffisance ovarienne, ménopause précoce
- E- Maladies auto-immunes handicapantes (pancréas, foie, sang)
- F- Décès
- G- Syndrome de tachycardie posturale (POTS)
- H- Arthrite rhumatoïde
- I- Fausses-couches
- J- Encéphalopathies sévères
- K- Neuropathies des petites fibres
- L- Myélite transverse
- M- Myofasciite à macrophages
- N- Polyneuropathie inflammatoire
- O- Lupus
- P- Thromboses profondes et embolies pulmonaires
- Q- Autres

Tous ces évènements et d'autres encore ont été notifiés comme étant des conséquences possibles de ces vaccins dans plusieurs bases de données de pharmacovigilance (par ex. [VAERS](#) ; Eudravigilance [\[100\]](#), avec la procédure permettant d'accéder aux données et graphiques). Ces notifications sont parmi les plus importants en comparaison d'autres vaccins, dans les données de pharmacovigilance (voir l'alerte de l'AIMSIB [\[101\]](#) ; [\[12\]](#) déjà cité en Belgique ; et par exemple [\[102\]](#) au Japon ou bien une ré-analyse des données de Vigibase, la base de données de l'OMS sur les essais randomisés de suivis des effets adverses du vaccin [\[103\]](#)). De plus, il est important de rappeler ici que les praticiens et l'industrie elle-même considèrent que moins de 10% des évènements indésirables sont remontés dans les bases de pharmacovigilance.

En France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a répertorié, depuis le lancement du vaccin GARDASIL tétravalent sur le marché en 2006 jusqu'en juin 2018, 2809 cas d'effets indésirables dont 742 (soit 26%) de cas graves [\[103bis\]](#). Le profil de risques du vaccin GARDASIL-9, commercialisé depuis fin août 2018, est au moins aussi important avec 219 effets indésirables notifiés en moins de 2 ans dont plus de 20% de graves [\[103ter\]](#), sachant par ailleurs que seulement moins de 10% des effets indésirables sont recensés.

Sur la base de tous ces évènements, le rôle des agences des médicaments (par ex. FDA, EMA) est de diligenter des enquêtes de suivi des risques potentiels, afin de poser des probabilités plus ou moins fortes sur des liens de causalité avec le vaccin (voir [\[104\]](#) ; [\[104bis\]](#)). Certains médecins alertent également sur le fait que des risques d'insuffisance ovarienne en lien possible avec le vaccin et leurs conséquences sur la santé à long-terme [\[105\]](#), sont en général sous-rapportés ou retardés en population générale, notamment car ils peuvent survenir longtemps après une vaccination (voir cependant le cas d'adolescentes ayant été diagnostiqués d'insuffisance ovarienne prématurée en Australie peu de temps après la vaccination avec le GARDASIL [\[105bis\]](#) ; [\[106\]](#)).

Pourtant, seuls certains effets graves suspectés sont indiqués dans la fiche produit et la notice françaises du GARDASIL-9 ([\[14\]](#) ; [\[61\]](#)) qui ne sont pas actualisées, la notice américaine de ce vaccin étant beaucoup plus détaillée sur la liste des effets adverses graves possibles [\[97\]](#). Il est indiqué à plusieurs reprises dans les notices que « **seuls les effets indésirables rapportés par plus de 1% des individus sont pris en compte** », donc les notices sont affichées comme incomplètes. Ceci apparaît **inacceptable pour un vaccin dont la cible sont des centaines de milliers d'enfants**, et qui a été administré à des centaines de millions d'adolescents dans le monde.

Certains effets avaient déjà été identifiés dans les essais cliniques de Merck mais ils ne sont pas tous rapportés (voir [\[104bis\]](#) et [\[106bis\]](#) pour des critiques argumentées avec références scientifiques des biais et manquements de la revue Cochrane officielle de ce type d'essais [\[107\]](#), dont 3 des 4 auteurs déclarent avoir reçu pour cette publication des fonds de Merck et GlaxoSmithKline). Au contraire, ces évènements auraient dû déclencher plus d'enquêtes approfondies.

La plus grande toxicité possible des vaccins pour les femmes ayant déjà été en contact avec les virus HPV a également été montrée dans les essais cliniques originaux soumis à la Food and

Drug Administration (FDA ; voir les résultats originaux montrant l'efficacité négative du vaccin en [74] Tableaux 17 à 21, pages 13 à 15 du document officiel soumis à la FDA ; [71] ; [95]). Ce résultat avait conduit à une mise en garde largement ignorée de la FDA de vacciner avant les premiers rapports sexuels ([22] ; [32] ; [77]). Au contraire, des vaccinations de « rattrapage » pour les femmes ou les hommes les moins jeunes sont recommandées dans les avis officiels (par ex. [108], document destiné aux professionnels en fin d'une page d'informations récente du ministère de la santé [3] qui date de 2013). On peut donc raisonnablement s'interroger sur les risques d'effets secondaires qui semblent largement plus élevés que le bénéfice potentiel à s'injecter un produit immunogène dont l'efficacité n'a pas été démontrée sur le critère diagnostic de cancer (voir la notice officielle du premier GARDASIL [73] ; voir aussi les réponses aux questions 5- et 6-). Le site "Children's health defense" développe une analyse qui montre que **les risques d'effets secondaires graves du vaccin sont largement plus importants (d'un facteur 100 à 1000 selon le type d'effets) que le bénéfice hypothétique du vaccin** pour empêcher une maladie beaucoup plus rare que les risques eux-mêmes [108bis]).

La balance bénéfice / risque est donc catastrophique et clairement en défaveur du vaccin. Par conséquent, de nombreux collectifs et associations de soignants, de victimes, et de citoyens demandent un arrêt immédiat de la campagne vaccinale démarrée en Octobre 2023 ([10] au point 2-; [109bis]).

Ces demandes font suite à celles envoyées depuis 2008 de façon récurrente aux autorités, par des médecins et associations afin d'établir un moratoire sur la vaccination avec le précédent GARDASIL ou bien dans le but de l'arrêter (par ex. voir le travail et les enquêtes des associations Med'Ocean [69] et E3M [109]).

[Retour au questionnaire – Question 9](#)

Question 10 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Y-a-t-il en France « une information claire, loyale et appropriée » concernant les effets indésirables du vaccin GARDASIL-9 et leurs causes possibles ?](#)

NON. La désinformation ou le manque d'informations claires sont massifs en ce qui concerne les risques d'effets indésirables graves possibles et de façon plus générale, sur les cancers du col de l'utérus et leurs liens avec les virus HPV. Cette désinformation peut prendre différentes formes :

a) Si l'on compare simplement les notices du GARDASIL-9 entre Etats-Unis et France, des effets indésirables graves listés dans chaque notice ne le sont pas dans l'autre (par ex. les décès, pancréatite, embolie pulmonaire, paralysie, myélite transverse, etc. ne sont pas sur la notice française [14] comme expliqué en [71], alors que ces effets sont bien indiqués dans la notice américaine ([97] ; [110bis] ; voir aussi [110] pour une vidéo présentant la comparaison entre effets indésirables graves mentionnées dans les notices de différents pays). Ces notices ne sont pas non plus actualisées au fur et à mesure que de nouveaux rapports admettent au moins en partie un risque d'effets graves très probables, à la suite d'enquêtes basées sur les données de pharmacovigilance. On note également que certains effets indésirables rapportés après la mise sur le marché et indiqués sur la fiche produit de l'EMA (Tableau 2 de [61]) ne sont pas indiqués sur la notice française du GARDASIL-9 [14]).

b) **Des résultats d'études scientifiques de suivi de pharmacovigilance sont omis, et les résultats d'effets graves sont biaisés, voire truqués, ou bien largement minimisés**, que ce soit dans les essais précédant ou postérieurs à l'autorisation des vaccins, ou dans les cas répertoriés par des médecins ([75] ; [86] ; [105] ; [107]), comme l'expliquent [76] ; [77] ; [78] ; [79] ; [103] ; [104bis] ; [106bis] ; [110bis] ; [111] :

Notamment, les études de Jorgensen et al. déjà citées ([104bis] ; [106bis]) montrent que les rapports publiés pour les autorisations des vaccins (et qui ont conduit à la fiche produit [61]) omettent des notifications et témoignages de médecins ayant identifiés des effets graves. Les auteurs mettent aussi en évidence des fraudes sur les rapports d'essais cliniques pour le codage de certains effets indésirables graves et concernant l'admission d'associations entre vaccins et effets graves. Ces éléments permettent de comprendre sans doute **les nombreuses initiatives d'associations pour faire remonter les témoignages de victimes d'évènement graves possiblement dus aux injections du GARDASIL, ou simplement alerter sur les taux d'effets secondaires graves** (par ex. [10] ; [72] ; [108bis] ; [109] ; [109bis] ; [110bis] ; [111bis] ; [112] ; [112bis] ;

Déjà en 2015, pour la France et en lien avec le premier GARDASIL, une enquête de l'association E3M avait montré que les chiffres publiés par l'ANSM sur les taux d'effets indésirables totaux et

graves étaient sans doute erronés, et que des données étaient omises, révélant ainsi une hausse importante de ces effets sur la période 2011 à 2013 [109].

- c) **Un manque de clarté existe sur certains sites officiels** sur le fait que l'on se réfère soit à l'ancien GARDASIL, soit au nouveau GARDASIL-9 (par ex. l'existence de fiches d'informations aux professionnels datant **d'avant l'autorisation** du nouveau GARDASIL-9, ou des résultats de suivi concernant l'ancien vaccin qu'on assimile au nouveau) alors que les produits sont très différents (voir aussi la réponse à la question 1-). Ces informations sont de plus multipliées et disséminées sur de nombreuses pages, certaines non actualisées, beaucoup avec très peu de références scientifiques ce qui rend très difficile l'obtention d'une information claire pour les parents, les médecins ou les professionnels de santé.
- d) **Des textes ont été changés avant la campagne de vaccination de 2023 et comportent moins de précisions ou de nuances**, plus de supports imagés souvent simplistes car ils ignorent des éléments plus complexes correspondant aux faits. Or ces nuances sont essentielles pour se faire une opinion éclairée. Il peut y avoir aussi une augmentation des messages anxiogènes fournis (par ex. une page web restructurée [113] qui relègue les informations moins anxiogènes sur la survenue de cancer en fin de page -voir la page d'origine ici [114]- et celles anxiogènes sur le cancer et sur la nécessité de se faire vacciner au début, en omettant de parler des risques).
- e) **Des informations scientifiques disponibles sur des sites officiels sont clairement incorrectes ou ne sont pas actualisées dans l'état actuels des connaissances publiées** (voir a) ci-dessus ; voir par ex. [115] sur le profil de sécurité des vaccins ou sur la causalité entre infections à HPV et « 100 % des cancers du col de l'utérus », ou sur l'efficacité des vaccins [116] ; voir aussi les réponses aux questions 5-, 7-, 8- concernant le cas des résultats en Australie et 9-). De plus, de telles informations incorrectes présentent le risque que les personnes vaccinées délaissent le dépistage cytologique, qui est le seul examen ayant prouvé son efficacité pour la prévention du cancer du col de l'utérus ([50] ; [90bis] ; voir aussi la réponse à la question 6-)
- f) **Une campagne médiatique très active a été mise en place pour dénigrer et semer le doute sur les efforts de médecins et scientifiques sans conflit d'intérêt.** Pourtant, ces médecins mettent en garde le public sur les risques des produits (voir la première série de sources au b) et par ex. [10] ; [22] ; [68] ; [105] ; [106bis]), et en cela respectent simplement le code de déontologie de la médecine et leurs responsabilités [11]. Il y a une dizaine d'années, quelques articles paraissaient encore dans la presse de grand chemin en relayant les mises en garde contre ce vaccin (par exemple voir [119]). L'article précédemment cité fait référence à une pétition signée par plus de 700 médecins et 300 sages-femmes (en Mai 2014 [116bis] ; qui déjà à l'époque réclamaient une mission parlementaires pour réévaluer ce vaccin particulièrement cher, testé contre un faux placebo contenant de l'aluminium, d'efficacité très faible ou restant à prouver, et avec potentiellement des effets indésirables graves, suite aux plaintes de plusieurs victimes (voir aussi la lettre ouverte de l'association Med'Ocean au président de la république, également citée dans l'annexe 2 du dossier GARDASIL de l'association E3M [109] ; [69] pour l'ensemble du dossier GARDASIL de l'association Med'ocean). Cette pétition avait donné lieu à un débat public avec des leaders d'opinion, communiquée à la ministre de la santé [116ter], **mais la mission parlementaire n'a pas eu lieu, et le débat public n'existe plus aujourd'hui.**

A la place d'un tel débat, des « fact-checkers », en général, **répètent des informations incorrectes ou bien en ajoutent de nouvelles** (par ex. [15] ; [117] ; [118] ; [65]). En 2010 déjà, le Centre Territorial d'Information Indépendante et d'Avis Pharmaceutiques (CTIAP) du centre Hospitalier de Cholet, avait montré un exemple de manipulation de l'information avec une publicité mensongère sur le GARDASIL tétravalent, qui avait été interdite par une décision publiée au journal officiel de la République Française [119bis]. De nouveau pour la campagne démarrée en octobre 2023, l'illégalité de cette campagne est dénoncée par l'association REACTION19 (courrier disponible au point 2- de la lettre de la LNPLV [10]).

- g) **L'impossibilité de mener à terme des essais cliniques d'efficacité.** En effet, concernant le suivi des effets indésirables, dans le plan de gestion des risques initial du rapport sur le site de l'EMA [120] en 2015 pour le GARDASIL-9, le tableau sur les « safety concerns » (c'est-à-dire « les problèmes de sécurité ») page 119 indiquait parmi les informations manquantes celle concernant l'efficacité et la réponse immunogène sur le long-terme. Il n'est malheureusement plus possible d'obtenir ces informations car les personnes du groupe « non vaccinées », qui sert de « contrôle » pour la comparaison avec le groupe « vaccinées », n'existe plus. La raison est qu'on leur a proposé de se faire vacciner en général avant le début de la phase 3 ([121] page 4). Une comparaison sur les

réponses immunitaires entre l'ancien et le nouveau vaccin sont proposées à la place, ce qui ne permet pas de répondre à la question posée.

- h) **Enfin, cette désinformation est tristement illustrée dans le cas du décès tragique du collégien de St-Herblain, une semaine après avoir eu un « malaise » à la suite de son injection avec le vaccin GARDASIL-9 [121bis].** L'écrivain et journaliste scientifique Xavier Bazin dénonce les déclarations de l'ARS qu'il considère mensongères car en contradiction avec les effets indésirables reconnus de ce vaccin [122]. Avant même que les résultats des enquêtes pour homicide involontaire et administrative soient connus, l'ARS Pays de la Loire décide que le malaise du jeune garçon est « sans lien avec le produit vaccinal » ou avec « sa qualité » et que ce malaise est probablement lié au stress provoqué par la vaccination. Quelles que soient les causes réelles de la dégradation de l'état de santé du jeune garçon, le journaliste dénonce aussi la vaccination « à la chaîne » dans les écoles, qui permet difficilement de suivre attentivement les réactions des enfants et de leur permettre de s'allonger si besoin. On peut douter que la réitération des messages de vigilance post-vaccinale des ARS y change quelque chose, alors que la surveillance nécessaire est possible dans le cabinet du médecin traitant avec l'un des parents en général présent. Mr Bazin explique par ailleurs comment l'OMS considère que le stress peut « causer » des effets secondaires physiologiques, et même que ce stress peut provoquer des malaises en groupe (!), comme cela avait été invoqué dans le cas du collège de Belgique ([12] ; voir [la réponse à la question 3-](#)). Dans le cas de ce jeune garçon, tout effet indésirable est donc écarté a priori, alors que de tels effets sont indiqués comme fréquents et possibles par le fabricant lui-même dans la notice du vaccin.

L'ensemble de ces faits démontrent malheureusement que les parents ne disposent pas facilement de l'information « claire, loyale et appropriée » qui leur permettrait de donner un consentement libre et éclairé à la vaccination ou non de leur enfant. Un questionnement sur les contre-indications devrait être réalisé par un médecin pour chaque enfant susceptible de recevoir le vaccin, ce qui paraît difficile vu les conditions dans lesquelles la campagne de vaccination doit se dérouler, qui plus est sans la présence des parents, et ce d'autant plus que ces contre-indications ou allergies possibles ne sont pas forcément connues des parents (voir les réponses aux questions 2-, 3- et 12-). Il est important de réaliser aussi que la responsabilité individuelle de l'acte de vaccination revient à celui qui le fait (les médecins ou bien les personnes auxquelles ont été étendues les compétences de vaccination et les médecins responsables), et contre lesquels les parents pourront se retourner dans le cas d'effets indésirables graves.

[Retour au questionnaire – Question 10](#)

Question 11 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Est-ce que les essais cliniques du GARDASIL-9 ont été réalisés en le comparant avec un vrai placebo, c'est-à-dire inerte non toxique ?](#)

NON. Pour le premier GARDASIL, déjà, de nombreux tests cliniques n'avaient pas été réalisés contre un placebo inerte mais contre tous les adjuvants que ce vaccin contenait. Or certains de ces adjuvants ont clairement montrés une toxicité : par exemple, certaines formes de sels d'aluminium seraient responsables d'effets secondaires sérieux selon de récentes études ([122bis] ; [123] ; [124]), mais également des études plus anciennes (voir [125] pour un historique des risques possibles de ce type d'adjuvant par Didier Lambert de l'association E3M ; voir aussi [109] ; [110] ; [110bis]). De plus, le sulfate d'hydroxyphosphate d'aluminium amorphe (AAHS) appartient au fabricant et ne peut pas être étudié pour des tests de sécurité sur la santé humaine.

Dans la pratique, si l'on teste un vaccin avec de l'aluminium dans un groupe par rapport au même aluminium dans le groupe contrôle, il n'y aura pas de différence du nombre d'effets indésirables liés à cet adjuvant aluminium, même s'il est toxique. C'est ce qui s'est passé par exemple dans les études, en comparant le premier GARDASIL quadrivalent versus un faux placebo contenant également de l'aluminium.

Les médecins et scientifiques de l'AIMSIB notent également des quantités importantes d'adjuvants dont la toxicité est connue dans ce vaccin. Cependant cette toxicité n'a pas été étudiée dans les essais cliniques [126], ces composants n'étant pas toujours déclarés (voir [71]). Lors de la séance de travail du 3 octobre 2011 déjà citée réunissant médecins, journalistes et députés dans les locaux de l'Assemblée Nationale, le Dr Jean-Pierre Spinosa, gynécologue obstétricien et cancérologue Suisse l'a démontré de manière très pédagogique (voir [77] partie 2/4).

Pour les 10 essais cliniques du GARDASIL-9, ils ont été construits de telle façon que les comparaisons furent réalisées :

- soit avec le précédent GARDASIL ([64] ; [71] ; [81]),
- soit entre groupes d'individus **tous vaccinés** mais de sexes, d'âges ou ayant reçu un nombre de doses différents ([64] ; [81]).

Par conséquent, pour les effets indésirables possibles, ils apparaissent forcément similaires dans les groupes comparés et cela permet au fabricant de conclure que le vaccin est « aussi sûr qu'un placebo », alors que **les groupes témoins n'ont pas reçu de placebo inerte**. Il n'est donc pas possible de quantifier de façon fiable les effets indésirables dans ces essais cliniques, d'où une sous-estimation dénoncée dans plusieurs études citées dans la réponse à la [question 10-](#).

[Retour au questionnaire – Question 11](#)

Question 12 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Savez-vous si votre enfant est allergique à l'un des composants du vaccin ?](#)

La composition du vaccin est donnée dans les notices disponibles ([61] ; [97]). La substance active correspond aux protéines L1 purifiées des 9 souches de HPV, qui s'assemblent en formant des « Virus-like proteins » (VLP) destinées à provoquer une réponse immunogène de la personne vaccinée contre les protéines de ces souches. Avec de l'eau et du chlorure de sodium, le vaccin contient aussi 4 adjuvants dont la plupart n'ont pas fait l'objet de tests cliniques sur l'homme et sont potentiellement toxiques (voir aussi [126] et la réponse à la question précédente).

La substance active des vaccins ne devrait être que les VLP. Or des contaminants d'ADN viral recombinant (c'est-à-dire issus de génie génétique) ont été retrouvés dans certains lots [127], et également dans le sang et la rate de jeunes patients décédés peu de temps après le vaccin lors d'autopsies demandés par les parents des victimes [128]. Cet ADN viral recombinant pourrait en effet conduire à des effets de génotoxicité potentiels non-prédictibles au sein des cellules humaines (voir le dossier de l'AIMSIB [126] et les références fournies sur ce point). Le vaccin ne devrait pas non plus contenir de fragments des levures (*S. cerevisiae*) génétiquement modifiées qui sont utilisées pour produire les unités des VLP. Or, plusieurs études montrent une association entre des maladies auto-immunes et la présence d'anticorps anti-*Saccharomyces cerevisiae* (qui est la levure de bière ou de boulanger, par ex. [129]), ce qui pose question sur la pureté des lots de vaccin lors de leur production. Rappelons que de nombreux critères conduisent à l'exclusion de certaines personnes dans les tests cliniques (notamment celles ayant un profil possible d'allergies [108bis]), ce qui n'est pas ou rarement mentionné dans les informations diffusées au moment du déploiement des vaccins.

La probabilité que les parents connaissent les réactions de leur enfant à l'ensemble de ces composants n'est pas connue mais est sans doute très faible et devraient donc susciter une très grande prudence, étant donnés les risques possibles mentionnés.

[Retour au questionnaire – Question 12](#)

Question 13 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Y-a-t-il des procès \(en cours ou passés\) concernant des plaintes de victimes potentielles d'effets secondaires graves des vaccins GARDASIL ?](#)

OUI. Plusieurs actions légales sont en cours aux Etats Unis depuis des mois, dont au moins une « Class Action », qui a été décidée par la cour suprême ([130] ; [130]bis). Cette action regroupe de nombreuses plaintes des victimes du vaccin ([131] ; [132] ; [133] ; [134]), malgré le « Vaccine Act » qui protège les laboratoires, dès lors que les vaccins sont inclus dans le calendrier officiel des vaccinations pour les enfants [135]. Les chefs d'accusation des plaintes incluent : une mise sur le marché ayant bénéficié d'une procédure accélérée basée sur des recherches trompeuses et des essais cliniques ayant déformé l'efficacité du vaccin tout en minimisant ses risques d'effets secondaires graves, une campagne marketing agressive et frauduleuse, des effets secondaires graves voire mortels dissimulés aux utilisateurs, des bénéfices exagérés en comparaison des données réelles observées (voir les [réponses à la question 10-](#)).

L'histoire de l'utilisation de ce vaccin montre en effet de nombreux événements indésirables graves (voir réponses aux question 9-, 11- et 12- pour plus de détails), qui ont même conduit à des arrêts de campagnes par les gouvernements de certains pays (par ex. Inde, Japon). Pourtant, de nouvelles campagnes ont été reconduites et soutenues financièrement, quelquefois des années plus tard, par ces

même gouvernements (par ex. aux Etats-Unis [\[135bis\]](#)). Devant l'évidence de très nombreux sites relatant le combat de victimes possibles du GARDASIL (en France aussi, voir les points 4, 5 et 6 de [\[10\]](#) ; [\[90bis\]](#) ; [\[136\]](#)), on peut raisonnablement s'interroger sur le silence actuel des médias de grands chemins dans le contexte de la campagne de vaccination en cours en France.

Aux Etats-Unis dès les années 2010, de nombreuses plaintes et demandes d'indemnisation de victimes du GARDASIL avaient été reçues par le programme d'indemnisation des blessures par vaccins aux Etats-Unis, le « National Vaccine Injury Compensation Program » (VICP). Des documents officiels obtenus par « Judicial Watch », un site d'investigation, avaient montré que ce programme avait déjà accordé environ 6 millions de dollars à l'époque à une cinquantaine de victimes reconnues, dont plusieurs décédées [\[136bis\]](#).

[Retour au questionnaire – Question 13](#)

Question 14 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[Le laboratoire Merck a-t-il déjà été condamné pour des risques d'effets secondaires graves sur lesquels il n'avait pas informé les personnes traitées ?](#)

OUI. Le scandale du Vioxx a été l'un des plus coûteux pour le laboratoire Merck, notamment pour empêcher la multiplication de nombreux procès dans le monde ([\[135\]](#), voir les nombreuses références citées ; [\[137\]](#) ; [\[137bis\]](#)). Ce laboratoire a aussi été condamné pour défaut d'information ayant entraîné de graves effets secondaires concernant d'autres médicaments (par ex. le scandale du Lévothyrox). Le GARDASIL est devenu l'un des produits les plus rentables pour Merck, après l'arrêt de la vente du Vioxx (voir par ex. [\[138\]](#)). Pour le Dr Bernard Dalbergue, « le Gardasil sera le plus grand scandale sanitaire de tous les temps » ([\[10\]](#), point 10).

[Retour au questionnaire – Question 14](#)

Question 15 - réponse détaillée - [Retour au questionnaire](#)

[« L'Appel des 50 » en 2019 en France faisait la promotion du GARDASIL-9. Les médecins et sociétés savantes y ayant participé avaient-ils des conflits d'intérêt ?](#)

OUI. Les conflits d'intérêts des médecins de « l'Appel des 50 » ont été rappelés et détaillés par un autre groupe de médecins n'ayant pas de conflits d'intérêts (contre-réponse à cet appel en français [\[68\]](#) et [en anglais ici](#) ; voir [aussi ici](#) la démarche scientifique suivie par les 15 médecins ayant signé ce contre-appel et qui ont dénoncé l'inutilité de l'extension de la vaccination aux garçons ; voir pour ce dernier point la réponse à la [question 7-](#) et les références [\[83\]](#) à [\[86\]](#) déjà citées).

Le lien vers l'appel promotionnel initial n'est plus disponible sur le site du journal ayant informé sur la contre-réponse [\[139\]](#), ni sur le site de la SE2H (<https://www.sf2h.net/>) mais on peut le lire ici [\[140\]](#). La loi oblige tout médecin à déclarer ses conflits d'intérêts lorsqu'il s'exprime sur des produits de santé, ce que les médecins de « l'Appel des 50 » n'avaient pas fait. Les conflits d'intérêts qui existent actuellement sont nombreux, notamment pour inciter les « leaders d'opinion » du monde médical, ou les instituts de recherche dans les différents pays, à faire la promotion de produits des laboratoires pharmaceutiques ([\[60\]](#) ; [\[67\]](#) ; [\[141\]](#)). Les actions et pratiques qui découlent de ces conflits d'intérêt et du manque d'acceptation du dissensus scientifique (c'est-à-dire, de façon très résumée, l'absence de consensus scientifique) peuvent gravement impacter l'ensemble de la population. Dans le cas du GARDASIL, les femmes ont été en première ligne [\[142\]](#) :

Extrait de [\[142\]](#) : “While most physicians believe they are functioning in their patient's best interest when making vaccine recommendations, these recommendations by in large have become a matter of rote and are made because most physicians have bought into the “vaccines are safe” mantra. What most physicians don't realize is they have unknowingly been recruited by big pharma to assist in shutting down the vaccination debate.”

(Traduction en français : “Alors que la plupart des médecins pensent agir dans le meilleur intérêt de leurs patients lorsqu'ils recommandent des vaccins, ces recommandations sont devenues, dans l'ensemble, une question de routine et sont faites parce que la plupart des médecins ont adhéré au mantra “les vaccins sont sûrs”. Ce que la plupart des médecins ne réalisent pas, c'est qu'ils ont été recrutés à leur insu par les grandes sociétés pharmaceutiques pour les aider à étouffer le débat sur la vaccination”).

Plus généralement, ces dernières décennies ont été marquées par la mainmise des industries pharmaceutiques sur la santé des personnes, par leur intervention sur toutes les étapes de production

et de commercialisation des substances médicamenteuses : orientation de la recherche, toutes les formes de communication aux médecins (leader d'opinion et prescripteurs) et aux patients, corruption massive des « autorités de contrôle nationales et internationales » (voir l'article de L. Mucchielli [143] sur le livre traduit en Français de S. Sismondo « Le management fantôme de la médecine. Les mains invisibles de Big Pharma » en accès libre [144]).

Conclusion : « **Parents d'enfants de 5^{ème}, plus que quelques heures de réflexion sur le Gardasil** » : le dernier article de l'AIMSIB, l'Association Internationale pour une Médecine Scientifique, indépendante et Bienveillante, qui met en garde les parents pour cet acte irréversible, en illustrant bien les risques d'effets indésirables graves, ainsi que les très faibles recours possibles des victimes potentielles.

[Retour au questionnaire – Question 15](#)

SOURCES citées (références bibliographiques ou articles de presse, liens vers des bases de données gouvernementales officielles)

NB : Les informations synthétisées et les sources citées dans ce document (et listées ci-dessous) proviennent de publications scientifiques revues par les pairs ou bien de références administratives officielles se basant souvent sur des méta-analyses de nombreuses publications scientifiques (les 2/3 des références citées sur plus de 150). Le reste des sources correspond à des articles de presse pour illustrations, ou encore à des données publiques de bases de données ou d'organisation gouvernementales. Si les publications citées présentent des conflits d'intérêts, les résultats sont pris en compte avec prudence ou servent à illustrer les conséquences possibles de tels conflits d'intérêts sur ce qui est communiqué.

[1] *Papillomavirus : vaccination généralisée à la rentrée 2023 pour les élèves de 5e*
Publié le 07 mars 2023 - Direction de l'information légale et administrative (Première ministre)
<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16438>

[2] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_interministerielle_no_dgs_sp1_dgesco_2023_99_du_19_juin_2023_vaccination_hpv_college.pdf

[3] <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/papillomavirus-humains-hpv-et-cancer-du-col-de-l-uterus>

[4] <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/papillomavirus-hpv-campagne-de-vaccination-pour-les-collegiens-dile-de-france>

[5] <https://www.tf1info.fr/sante/papillomavirus-la-campagne-de-vaccination-repousse-au-2-octobre-dans-les-colleges-2268400.html>

[6] *Instruction ministérielle du 9 juin 2023*
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_interministerielle_no_dgs_sp1_dgesco_2023_99_du_19_juin_2023_vaccination_hpv_college.pdf

[7] <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/campagne-de-vaccination-hpv-au-college/article/la-vaccination-contre-les-hpv-en-pratique>

[8] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/hpv_information_parents_vaccination_college_sept.pdf

[9] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/hpv_depliant_inca_mai_2023.pdf

[10] <https://lettreinplv.substack.com/p/lettre-speciale-gardasil-et-masques>

→ Voir le *Courrier de l'association REACTION19* aux directions Générales de la Santé et de l'Enseignement public sur le site de la Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations au point 2-.

→ Voir les témoignages de victimes du Gardasil aux points 4-, 5- et 6-.

→ Voir le témoignage du Dr Bernard Dalbergue, ancien responsable chez Merck dans son livre « Omerta dans les Labos pharmaceutiques » paru en 2014.

[11] <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (Code de déontologie médicale)

[12] <http://initiativecitoyenne.be/2022/11/malaises-des-jeunes-vaccines-contre-le-hpv-a-l-athenee-de-morlanwez-le-directeur-ne-pourra-desormais-plus-dire-qu-il-ne-savait-pas.html>

[13] https://data.over-blog-kiwi.com/1/47/73/60/20221122/ob_c93a8f_lettre-au-directeur-de-l-athenee-pro.pdf

[14] <https://www.e-compendium.be/fr/notices/download/3870?scientific=0>

[15] <https://factuel.afp.com/doc.afp.com.33NH7VD>

[16] <https://dpa-factchecking.com/belgium/230308-99-871792/>

[17] Defossez et al. 2019 *Rapport de l'institut national du cancer sur l'incidence et la mortalité des cancers, période 1990-2018 – voir le Tableau 2*
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers-en-2018>

- [17bis] Institut National du Cancer (2023) Panorama des cancers en France.
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-edition-2023>
- [18] Parkin DM et al. (2002). Cancer incidence in five continents. Vol. VIII. IARC scientific publications no. 155. Lyon (France). IARC Press; 2002. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Scientific-Publications/Cancer-Incidence-In-Five-Continents-Volume-VIII-2002>
- [19] IARC (2022). Cervical cancer screening. IARC Handbook of Cancer Prevention. Vol. 18:1–456. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from <https://publications.iarc.fr/604>
- [20] Hamers FF, Woronoff AS (2018) Cancer du col de l'utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018. Réseau français des registres de cancers Francim.
https://www.revuebiologiemedicale.fr/images/Infos_bio/353_INCIDENCE-CANCER-COL_BEH.pdf
→ cite le Vol10 du Cervical-cancer-screening book
- [21] IARC (2005) Cervix cancer screening. IARC Handbooks of cancer prevention. Vol. 10: 1-313. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from : <https://publications.iarc.fr/380>
- [22] Delépine N, Delépine G (2023) Hystérie vaccinale. Fauves éditions.
<https://docteur.nicoledelapine.fr/hysterie-vaccinale-gardasil-et-cancer-un-paradoxe-nouveau-livre-2018/>
Ouvrage très documenté basé sur de nombreuses références scientifiques et qui utilise les données des registres officiels sur l'incidence et la mortalité des cancers. Les auteurs analysent notamment dans différents pays (ayant vacciné ou non avec le premier GARDASIL) les statistiques disponibles sur l'évolution des taux de cancers du col de l'utérus depuis les années 1980 jusqu'à présent, en population générale, ainsi que dans les groupes de personnes de différentes classes d'âges, qui représentent des taux de vaccination variables. Les auteurs pointent aussi le manque important d'études de suivi sur l'innocuité du vaccin, qui sont pourtant un devoir du fabricant ayant bénéficié d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) accélérée. La corruption et les raisons possibles pouvant expliquer ces insuffisances sont développées, la défaillance des agences sanitaires bénéficiant toujours aux fabricants aux dépens des victimes d'effets secondaires.
- [23] Peto J et al. (2004) The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. Lancet 2004; 364: 249–56. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16674-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16674-9)
- [24] Kang et al. 2018 Anal cancer in high-income countries : increasing burden of disease. PLOS one, 13(10): e0205105. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216884>
- [25] Grulich AE et al. (2007) Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. Lancet 370(9581): 59-67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61050-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61050-2)
- [26] IARC 2012 Monographs 100B: A review of human carcinogens. Part B: Biological agents / IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (2009, Lyon, France). Volume 100 of the IARC Monographs
<https://publications.iarc.fr/119>
- [27] <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/publications-du-circ/monographies-vol-100b-agents-biologiques/#nbp10> – résumé en Français de la référence [26]
- [28] Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M et al. (2008). Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. Vaccine, 26: Suppl 10K1–K16. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2008.05.064>
- [29] Clifford G, Franceschi S, Diaz M, Munoz N, Villa LL (2006) Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. Vaccine. 2006; 24: S26-S34
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2006.05.026>
- [30] Zur Hausen H (2002) Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application Nature Reviews Cancer 2:342-350. <https://doi.org/10.1038/nrc798>
- [31] De Lorgeril M (2021) Les vaccins contre les cancers. Rôle des papillomavirus dans les cancers du col de l'utérus, de l'œsophage et ORL. Editions Chariots d'or. Pp. 174
<https://michel.delorgeril.info/cancers-2/le-livre-8-les-vaccins-contre-les-cancers-role-des-papillomavirus-dans-les-cancers-du-col-de-luterus-de-loesophage-et-orl/>

- [32] <https://qg.media/blog/laurent-mucchielli/papillomavirus-une-nouvelle-offensive-politico-industrielle-denuee-de-fondement-scientifique-entretien-avec-le-docteur-michel-de-lorgeril/>
- [33] Walboomers JM, et al (1999) Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathology* 189:12-19.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9896\(199909\)189:1%3C12::AID-PATH431%3E3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9896(199909)189:1%3C12::AID-PATH431%3E3.0.CO;2-F)
- [34] De Sanjosé S et al. (2007) Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 7 : 453 -9.
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(07\)70158-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70158-5)
- [35] Rodriguez AC, et al. (2008) Rapid clearance of human papillomavirus and implications for clinical focus on persistent infections. Proyecto Epidemiológico Guanacaste Group. *J Natl Cancer Inst* 100 : 513 -517. <https://doi.org/10.1093/jnci/djn044>
- [36] Kjellberg L et al. (2000) Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. *British Journal of Cancer* 82: 1332–1338. <https://doi.org/10.1054/bjoc.1999.1100>
- [37] Plummer M et al. (2003) Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case–control study. *Cancer Causes and Control* 14: 805–814.
<https://doi.org/10.1023/B:CACO.0000003811.98261.3e>
- [38] Koskela P et al. (2000) Chlamydia trachomatis infection as a risk factor for invasive cervical cancer. *International J of Cancer* 85(1): 35-39. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0215\(20000101\)85:1%3C35::AID-IJC6%3E3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0215(20000101)85:1%3C35::AID-IJC6%3E3.0.CO;2-A)
- [39] <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
- [40] <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/expositions-environnementales/infection-a-papillomavirus-humains-hpv/>
- [41] Sicard A (1997) L'introduction en France des frottis cervicaux-vaginaux. *HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES – tome 31(3): 255-260.*
https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1997x031x003_4/HSMx1997x031x003_4x0255.pdf
- [42] Arbyn M et al. (2008) Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* Jan;111(1):167-77.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18165406/>
- [43] Landy R et al. (2016) Impact of cervical screening on cervical cancer mortality : estimation using stage-specific results from a nested case–control study *British Journal of Cancer* (2016) 115, 1140–1146. <https://doi.org/10.1038/bjc.2016.290>
- [43bis] https://www.medocean.re/wp-content/uploads/BEH-2014_13-14-15.pdf
- [44] Hamers FF, Jezewski-Serra D. (2019) Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. *Bull Epidémiol Hebd* (22-23): 417-23. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_2.html
Ou bien disponible au lien https://www.revuebiologiemedicale.fr/images/Infos_bio/353_DEPISTAGE-CANCER-COL_BEH.pdf
- [45] Goodman, A. (2015). HPV testing as a screen for cervical cancer. *BMJ* 350:h2372.
<https://doi.org/10.1136/bmj.h2372>
- [46] Chrysostomou A et al. (2018) Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. *Viruses* 2018, 10(12), 729.
<https://doi.org/10.3390/v10120729>
- [47] Haedicke J, Iftner T (2016) A review of the clinical performance of the Aptima HPV assay. *Journal of Clinical Virology* 76: S40–S48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcv.2015.10.027>
- [48] Chrysostomou A, Kostrikis L (2020) Methodologies of Primary HPV Testing Currently Applied for Cervical Cancer Screening. *Life* 2020, 10 (11), 290. <https://doi.org/10.3390/life10110290>
- [49] Liou YL et al (2015) Comparison of HPV genotyping and methylated ZNF582 as triage for women with equivocal liquid-based cytology results. *Clin Epigenet* 7: 50.
<https://doi.org/10.1186/s13148-015-0084-2>

- [50] <https://docteur.nicoledelepine.fr/le-frottis-du-col-uterin-doit-il-saccompagner-dune-recherche-systematique-de-hpv/>
- [51] Ronco G. et al. (2014) Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet* 2014; 383: 524–32. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62218-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62218-7)
- [52] Schiffman M, et al. (2005) A Study of the Impact of Adding HPV Types to Cervical Cancer Screening and Triage Tests. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(2): 147-150. <https://doi.org/10.1093/jnci/dji014>
- [53] Rapport, analyse bibliographique et méta-analyse des stratégies de dépistage en Europe et le monde ayant conduit à la recommandation de la Haute Autorité de Santé en 2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/rapport_hpv_2019-09-09_14-20-44_251.pdf
Certaines références plus nuancées sur l'intérêt des tests cytologiques et les risques de faux positifs des tests HPV de l'INCa en 2013 ne sont plus disponibles sur le site de l'Institut National du Cancer.
- [54] Xing B, et al. (2021) Human Papillomavirus-Negative Cervical Cancer: A Comprehensive Review. *Front. Oncol.* 10:606335. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.606335>
- [55] Rodriguez-Carunchio L, et al. (2014) HPV-negative carcinoma of the uterine cervix: a distinct type of cervical cancer with poor prognosis. *BJOG* 122: 119–127. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13071>
- [56] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
- [57] Sideri M, Igidbashian (2014) HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60643-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60643-7)
- [58] Rebolj M et al. (2022) Extension of cervical screening intervals with primary human papillomavirus testing: observational study of English screening pilot data. *BMJ* 2022;377:e068776 <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068776>
- [59] <https://www.lefigaro.fr/sciences/un-test-hpv-tous-les-cinq-ans-efficace-pour-prevenir-le-cancer-du-col-de-l-uterus-20220531>
- [60] <https://www.cancerresearchuk.org/about-us/our-organisation/full-disclosure-of-interactions-with-industry>
- [61] Fiche produit du Gardasil-9, tel que soumis à l'EMA https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2023/20230331158748/anx_158748_fr.pdf
- [62] Synthèse de l'avis de la commission à la transparence https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/gardasil9_synthese_ct15867.pdf
- [63] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2796800/ Ce lien n'est plus accessible directement depuis le nouveau site de la HAS dans la liste des documents par recherche de mots-clés GARDASIL
- [64] Avis complet de la commission à la transparence de la HAS Septembre 2017 https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf
- [65] <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/papillomavirus-on-injecte-un-vaccin-pas-le-demon-rassure-le-ministre-de-la-sante-20231003>
- [66] Fiche repère de l'INca https://cnr-hpv.fr/wp-content/uploads/2021/01/Papillomavirus_et_cancer_mel_20180704.pdf
- [67] Cuzick J (2015) Gardasil 9 joins the fight against cervix cancer, *Expert Review of Vaccines*, 14:8, 1047-1049, <https://doi.org/10.1586/14760584.2015.1051470>
- [68] Contre-Réponse à « l'appel de 50 » qui faisait la promotion du GARDASIL (les «50 » étant constitué de sociétés savantes et personnes du monde médical avec des conflits d'intérêt importants). Cette contre-réponse est préparée par 15 médecins et pharmaciens, eux-mêmes indépendants de l'industrie pharmaceutique <https://www.medocean.re/pdf/argumentaire-complet.pdf>
- [69] Dossier Gardasil site de l'association medocean <https://www.medocean.re/actions/hpv-et-vaccin-gardasil>
- [70] <https://docteur.nicoledelepine.fr/le-gardasil-ne-previent-que-les-infections-hpv-et-pas-le-cancer-du-col-de-luterus/>

- [71] Conférence de **Surya Arby**, informaticien, mathématicien, membre de l'Association Internationale pour une Médecine Scientifique Internationale et Bienveillante (AIMSIB) Docteur d'État en Informatique et spécialisée en science des données (CSI n°99 : <https://crowdbunker.com/v/2Czfyu1J>)
Sujet : vaccins anti HPV (Gardasil), synthèse des données mises à jour Discutants : Drs Philippe de Chazournes, Hélène Banoun et Louis Fouché
- [72] <https://nouveau-monde.ca/linstitut-national-du-cancer-inca-desinforme-pour-faire-vendre-le-gardasil-pretendument-anticancer/>
- [73] Notice du premier GARDASIL <https://www.fda.gov/media/74350/download>
- [74] VRBPAC Background Document Gardasil™ HPV Quadrivalent Vaccine May 18, 2006 VRBPAC Meeting
<https://zenodo.org/record/1434214>
- [75] Villa LL. Et al. (2005) Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial Lancet Oncol 6: 271–78.
[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(05\)70101-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70101-7)
- [76] Le Gardasil® en 10 questions-réponses par Joël Pelerin et Philippe de Chazournes, au nom de Med'Océan, actualisé au 19 février 2014 - inclut des informations transmises par Catherine Riva et le Dr Jean-Pierre Spinosa, auteurs de «La piqûre de trop ?»
https://www.medocean.re/wp-content/uploads/Le_Gardasil_en_10_questions_reponses_VF.pdf
NB : les ref (12) et (20) sont au nouveau lien indiqué en [68]
- [77] <https://www.medocean.re/component/k2/item/173-le-gardasil-a-l-assemblee-nationale-car-nous-avons-des-choses-a-dire>
- [78] Spinosa JP et al. (2005) Letter to the Editor Response to the article of Luisa Lina Villa HPV prophylactic vaccination: The first years and what to expect from now...
<https://doi.org/10.1016/j.canlet.2011.01.024>
- [79] Riva C, Spinosa JP (2010) La piqûre de trop? Pourquoi vaccine-t-on les jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus. Editions Xenia, pp. 245.
- [80] Site officiel de la FDA pour l'ensemble des textes officiels d'autorisation du vaccin GARDASIL
<http://wayback.archive-it.org/7993/20170722145342/https://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/ucm216352.html>
- [81] <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/523-gardasil-9>
- [82] Joura et al. (2015) A 9-Valent HPV Vaccine against Infection and Intraepithelial Neoplasia in Women. New Engl J Med 2015; 372:711-723
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1405044>
- [83] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3160954/fr/gardasil-9-vaccin-papillomavirus-humain-9-valent-recombinant-adsorbe
- [84] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116022/fr/recommandation-sur-l-elargissement-de-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-aux-garcons
- [85] https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-17461_GARDASIL9_PIC_REEV_AvisDef_CT17461&17456.pdf
- [86] Laurent J et al. (2018) HPV vaccination and the effects on rates of HPV-related cancers. Curr Probl Cancer 42 (2018) 493–506.
<https://doi.org/10.1016/j.crrprobcancer.2018.06.004>
- [87] Registre des cancers en Australie sur <https://ncci.canceraustralia.gov.au/diagnosis/cancer-incidence/cancer-incidence>
*Cliquer au-dessus du graphique pour **age-specific incidence rate**, puis sous le graphique avec « cervix » pour cancer type et « Females » pour avoir la courbe du cancer du col de l'utérus de 4 classes d'âges. La seule où l'incidence augmente est la classe 25-49 (qui inclus aussi les femmes de plus de 40 ans qui n'ont pas (ou très peu) été vaccinées a priori).*
- [88] <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer/incidence#heading-Two>

[89] Anderson L (2018) Increased incidence of cervical cancer in Sweden: possible link with HPV vaccination. Indian Journal of Medical Ethics Online First Published May 26, 2018. <https://doi.org/10.20529/IJME.2018.037>

Article publié initialement sous un pseudonyme de l'auteur par peur des représailles contre lui. Le journal a reçu des pressions pour le retirer de la publication à cause de cela et a fini par céder, bien que les éditeurs aient considérés que les données officielles et les statistiques simples utilisées étaient correctes scientifiquement. Ceci est expliqué dans la note de rétractation <https://doi.org/10.20529/IJME.2018.057>. Ils ont cependant laissé en ligne la version retirée donc chacun peut la lire et vérifier les données et calculs.

[90] Wang et al. (2020) Increase of cervical cancer incidence in Sweden in relation to screening history: population cohort study. ACTA ONCOLOGICA 2020, VOL. 59, NO. 8, 988–993. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1764095>

[90bis] <https://docteur.nicoledelepine.fr/diaporama-sur-resultats-du-gardasil-et-effets-nocifs-au-7-oct-23/>

[91] Palmer T et al. (2019) Prevalence of cervical disease at age 20 after immunisation with bivalent HPV vaccine at age 12-13 in Scotland: retrospective population study. BMJ 2019;365:l1161. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l1161>

[92] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/gardasil9_12092017_avis_efficiency.pdf

[92bis] <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Le-point-sur/Arguments-cles-sur-la-vaccination-contre-les-cancers-HPV#sources>

[93] Boussageon et al. (2019) VIVIANE study of HPV vaccination. The Lancet Infectious diseases 19(12): 1281-1282 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30619-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30619-X)

[94] Wheeler CM et al. (2016) Efficacy, safety, and immunogenicity of the human papillomavirus 16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women older than 25 years: 7-year follow-up of the phase 3, double-blind, randomised controlled VIVIANE study. The Lancet Infectious diseases 16 (10): 1154-1168. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30120-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30120-7)

[95] Tomljenovic L et al. (2013) HPV vaccines and cancer prevention, science versus activism. Infectious Agents and Cancer 2013, 8:6 <https://doi.org/10.1186/1750-9378-8-6>

[96] Bogani G et al. (2020) Trends in prevalence in human papillomavirus types and their association with cervical dysplasia: an analysis on 15 138 women over 20 years. European Journal of Cancer Prevention 29(5): 452-457. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000565>

[97] Notice du GARDASIL-9 sur le site de la FDA (Food and Drug Administration) <https://www.fda.gov/media/90064/download?attachment>

Voir aussi tous les documents officiels associés de la procédure d'autorisation de mise sur le marché à <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/gardasil-9>

[98] WHO (2020). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.

[99] Delépine G. (2023) Quelle légitimité aujourd'hui pour le vaccin Gardasil ? Bulletin d'informations de la Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations – N°42 – p. 9-15.

[100] Base de données Eudravigilance <https://www.adrreports.eu/fr/search.html#>

- 1) *accepter le préambule/Disclaimer s'il vous est demandé de le faire (ce n'est pas automatique)*
- 2) *cliquer ensuite sur « Rapports sur les effets indésirables suspectés des médicaments pour les produits », puis sur GARDASIL ou GARDASIL-9. Vous êtes alors sur une page « Number of Individual Cases »*
- 3) *aller ensuite sur la page « Number of Individual Cases By Reaction Groups » qui liste les différents types d'effets et leur nombre*

- 4) puis sur l'onglet « By seriousness », par exemple pour visualiser la proportion d'évènements graves suspectés
- 5) ou bien aller sur les autres pages proposés pour d'autres statistiques
Les liens donnés sur ces pages sont génériques et ne permettent pas de revenir directement sur ces pages, il faut refaire le processus **depuis l'étape 1**. Veuillez noter que les graphes par type de réaction peuvent inclure le même évènement attribué à plusieurs catégories d'effets adverses, donc la somme des évènements sur ces graphes est sensiblement supérieure au total en nombre de victimes (page « Number of individual cases »)

[101] <https://www.aimsib.org/2018/09/30/gardasil-la-catastrophe-approche/>

[102] Hineno, A.; Ikeda, S.-I. A (2021) Long-Term Observation on the Possible Adverse Effects in Japanese Adolescent Girls after Human Papillomavirus Vaccination. *Vaccines* 9: 856.
<https://doi.org/10.3390/vaccines9080856>

[103] Martínez-Lavín M, Amezcua-Guerra L. (2017) Serious adverse events after HPV vaccination: a critical review of randomized trials and post-marketing case series. *Clin Rheumatol* 36:2169-78.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-017-3768-5>

[103bis] <https://ansm.sante.fr/uploads/2023/09/26/20230628-rapport-7-enquete-pv-vaccins-hpv-gardasil.pdf>

[103ter] <https://ansm.sante.fr/evenements/comite-surveillance-et-pharmacovigilance-formation-restreinte-expertise-28>

Cliquer sur Compte-rendu – Formation restreinte Expertise (07/05/2021) en fin de page

[104] Conférence de Gérard Delépine, Chirurgien Orthopédique et Oncologue (CSI n°105 <https://crowdbunker.com/v/Tv5bug6S>) sur le sujet : Le vaccin Gardasil protège-t-il des cancers du col de l'utérus ? Animateur : Dr Eric Ménat, Médecin généraliste Discutants : Dr Philippe de Chazournes, médecin généraliste omnipraticien

[104bis] Jorgensen et al. (2018) The Cochrane HPV vaccine review was incomplete and ignored important evidence of bias. *BMJ Evidence-Based Medicine* 23:165–168.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111012>

[105] Gruber N, Shoenfeld Y (2015) A link between human papilloma virus vaccination and primary ovarian insufficiency: current analysis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 27(4) : 265-70.
doi: 10.1097/GCO.0000000000000183
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26125978/>

[105bis] Little DT, Ward HRG. Adolescent Premature Ovarian Insufficiency Following Human Papillomavirus Vaccination: A Case Series Seen in General Practice. *Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports.* 2014;2(4). doi: 10.1177/2324709614556129
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4528880/>

[106] Little DT, Ward HR (2012) Premature ovarian failure 3 years after menarche in a 16-year-old girl following human papilloma-virus vaccination. *BMJ Case Rep.*
<https://doi.org/10.1136/bcr-2012-006879>

[106bis] Jorgensen et al. (2020) Benefits and harms of the human papillomavirus (HPV) vaccines: systematic review with meta-analyses of trial data from clinical study reports. *Syst Rev* 9:43.
<https://doi.org/10.1186/s13643-019-0983-y>

[107] Arbyn M et al (2018) Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database of Systematic Reviews.*
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009069.pub3>

[108] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Reperes_pratique_INPES_cancer_col_uterus.pdf

[108bis] <https://childrenshealthdefense.org/news/vaccine-safety/25-raisons-deviter-le-vaccin-gardasil/?lang=fr>

[109] <http://www.vaccinssansaluminium.org/wp-content/uploads/2015/09/Gardasil-Un-vaccin-a-suspendre-durgence.pdf>

[109bis] Lettre ouverte adressée aux conseils de l'ordre de professionnels de santé, et à leurs responsables, aux ARS et à de très nombreux élus :
<https://nouveau-monde.ca/lettre-ouverte-contre-la-vaccination-hpv-au-gardasil-9/>

[110] Courte vidéo présentant notamment la comparaison entre effets indésirables graves mentionnées dans les notices de différents pays, et des témoignages de victimes d'EIG.

<https://odysee.com/@Sacr%C3%A9sVaccins:7/NoticesGardasil:5>

[110bis] <https://alutotal.wordpress.com/2023/10/02/avez-vous-lu-les-notices-du-gardasil/>

[111] <https://www.aimsib.org/2023/03/05/episode-5-gardasil-des-essais-cliniques-truques/>

[111bis] <http://initiativecitoyenne.be/article-les-effets-secondaires-graves-du-gardasil-etaient-previsibles-voici-pourquoi-111646410.html>

[112] <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/papillomavirus-non-le-vaccin-contre-le-hpv-n-est-pas-vraiment-sur>

[112bis] Courte vidéo questionnant les conflits d'intérêts des firmes pharmaceutiques et les risques d'effets indésirables graves « Les vaccins Gardasil 9 et Cervarix méritent-ils votre confiance ? »

<https://crowdbunker.com/v/hLfSTy2bw4>

[113] <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Vaccination-contre-les-cancers-HPV>

[114] <https://perma.cc/2FC7-Q5VW>

[115] <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/vaccins-contre-les-infections-a-papillomavirus-humains-hpv/quels-sont-les-effets-indesirables-des-vaccins-hpv>

[116] <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/papillomavirus-hpv-campagne-de-vaccination-pour-les-collegiens-dile-de-france>

[116bis] <https://www.medocean.re/component/k2/item/90-petition-pour-la-mise-en-place-d-une-mission-parlementaire-concernant-le-gardasil>

[116ter] https://www.medocean.re/wp-content/uploads/a_Mme_La_Ministre.pdf

[117] <https://factuel.afp.com/doc.afp.com.33NH7VD>

[118] <https://leseclairages.e-cancer.fr/vaccination-contre-les-hpv-le-point-sur-les-infos/>

[119] <https://www.lejdd.fr/Societe/400-medecins-contre-un-Gardasil-inefficace-et-trop-cher-659198-3187676>

[119bis] Articles sur le Gardasil rédigés par le CTIAP.

<https://ctiapchcholet.blogspot.com/search?q=gardasil>

[120] https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/gardasil-9-epar-public-assessment-report_en.pdf

Voir aussi : <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/gardasil-9>

<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/gardasil-9#assessment-history-section>

[121] https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/gardasil-9-h-c-003852-ii-0053-epar-assessment-report-variation_en.pdf

[121bis] <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/saint-herblain-l-ado-qui-a-fait-un-malaise-apres-un-vaccin-au-college-est-mort-9003843>

[122] <https://www.xavier-bazin.fr/le-malaise-du-garcon-na-pas-ete-cause-par-la-peur-de-laiguille-mais-bien-par-le-vaccin-lui-meme/>

[122bis] Cohen-Tervaert et al (2023) Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) in 2023. *Autoimmunity Reviews* 22(5):103287. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2023.103287>

[123] Doshi P, Bourgeois F, Hong K, et al. (2020) Adjuvant-containing control arms in pivotal quadrivalent human papillomavirus vaccine trials: restoration of previously unpublished methodology. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 25:213–219. <https://ebm.bmj.com/content/25/6/213>

[124] Petersen SB, Gluud C (2021) Was amorphous aluminium hydroxyphosphate sulfate adequately evaluated before authorisation in Europe? *BMJ Evidence-Based Medicine*, 26:285–289. <https://ebm.bmj.com/content/ebmed/26/6/285.full.pdf>

[125] Conférence de Didier Lambert, de l'Association E3M, dans le cadre du CSI N°118 du 05/10/23. Sujet : Vaccination HPV et adjuvant aluminium. Discutants : Dr Philippe de Chazournes et Guillaume Ageorges (association REVAV)

<https://crowdbunker.com/v/SSqouGH9>

[126] <https://www.aimsib.org/2023/02/26/gardasil-episode-4-mais-au-fait-le-gardasil-cest-fait-avec-quoi/>

[127] Lee SH (2012) Detection of human papillomavirus (HPV) L1 gene DNA possibly bound to particulate aluminum adjuvant in the HPV vaccine Gardasil®. *Journal of Inorganic Biochemistry* 117 (2012) 85–92.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jinorgbio.2012.08.015>

[128] Lee SH (2012) Detection of human papillomavirus L1 gene DNA fragments in postmortem blood and spleen after Gardasil® vaccination - A case report. *Advances in Bioscience and Biotechnology*, 2012, 3, 1214-1224.

<http://dx.doi.org/10.4236/abb.2012.38148>

[129] Rinaldi et al. (2013) Anti-Saccharomyces cerevisiae Autoantibodies in Autoimmune Diseases: from Bread Baking to Autoimmunity. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology* volume 45, pages 152-161. <https://doi.org/10.1007/s12016-012-8344-9>

[130] <https://www.aimsib.org/2023/02/05/gardasil-episode-1-deja-le-debut-de-la-fin/>

[131] <https://vaccineimpact.com/2017/international-study-an-honest-look-at-the-statistics-shows-that-the-hpv-vaccine-is-not-safe/>

[132] <https://www.lawsuit-information-center.com/gardasil-hpv-vaccine-lawsuit.html>

[133] <https://www.baumhedlundlaw.com/prescription-drugs/gardasil-lawsuit/gardasil-deaths/>

[134] https://www.einnews.com/pr_news/583485841/hpv-vaccine-lawsuit-alleges-gardasil-causes-pots-other-autoimmune-disorders

[135] <https://www.aimsib.org/2023/02/19/gardasil-episode-3-devastateur-et-pourtant-17-ans-sans-proces-pourquoi/>

[135bis] <https://www.judicialwatch.org/side-effects-govt-backed-hpv-vaccine/>

[136] L'un des articles du point en 2013 sur Marie-Océane Bourguignon, l'une des premières victimes dont le combat avait eu un écho dans la presse en France.

https://www.lepoint.fr/societe/gardasil-la-vie-gachee-de-marie-oceane-et-son-combat-pour-les-plus-jeunes-25-11-2013-1761652_23.php#11

[136bis] <https://www.judicialwatch.org/hpv-vaccine-injuries-and-deaths-is-the-government-compensating/>

[137] Article AIMSIB épisode 2 et références citées

<https://www.aimsib.org/2023/02/12/gardasil-episode-2-de-vioxx-a-gardasil-comment-faire-confiance-a-merck/>

[137bis] <https://www.justice.gov/opa/pr/us-pharmaceutical-company-merck-sharp-dohme-pay-nearly-one-billion-dollars-over-promotion>

[138] <https://www.youtube.com/watch?v=eUeM5d4j0IY>

[139] <https://www.parismatch.com/Actu/Sante/Vaccins-anti-HPV-15-medecins-denoncent-les-risques-des-conflits-d-interets-1621133>

Voir la traduction de cet article en anglais ici :

<https://www.medocean.re/images/pdf/Paris-Match-HPV-vaccines-15-doctors-denounce-the-risks-of-conflicts-of-interest.pdf>

[140] Texte de « l'Appel des 50 » relayé par la presse

https://www.sfsp.fr/images/docs/espace_presse/Communiqu-HPV--2019.03.25.pdf

[141] https://lecourrier-du-soir.com/coup-de-theatre-en-france-big-pharma-a-offert-818-millions-a-des-medecins-pour-manipuler-lopinion-publique-3/?utm_source=substack&utm_medium=email

[142] Vernon, L.F. (2017) How Silencing of Dissent in Science Impacts Woman. *The Gardasil® Story*. *Advances in Sexual Medicine*, 7, 179-204.

<https://doi.org/10.4236/asm.2017.74015>

[143] Article de Laurent Mucchielli sur son blog de Quartier Général <http://gg.media/blog/laurent-mucchielli/comment-big-pharma-corrompt-la-science-les-medecins-et-les-politiques-publiques-de-sante/>

[144] traduction française aux éditions de l'Ecole normale supérieure du livre publié en 2023 de Sergio Sismondo, professeur de philosophie des sciences et des techniques à la Queen University de Kingston au Canada. <https://books.openedition.org/enseditions/46996>