

**RAPPORT DE MINORITE DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE  
PUBLIQUE**

**chargée d'examiner l'objet suivant:**

**Postulat Fabienne Despot et consorts demandant à qui profite la vaccination contre le  
papillomavirus**

La minorité de la commission, composée de la soussignée et de M. Philippe Jobin, tient à compléter les informations présentées dans le rapport de majorité et vous recommande de transmettre le postulat au Conseil d'Etat pour les raisons qui suivent.

Les aspects statistiques et techniques sont notés en italique, à titre de référence, afin de ne pas alourdir le texte, mais de préciser les raisons pour lesquelles la minorité conteste les chiffres avancés en commission par les autorités médicales vaudoises.

**Fréquence et gravité de la maladie**

Sur 100 jeunes filles, une développe un cancer du col de l'utérus, avancent les autorités sanitaires, et la population féminine touchée serait de 1.4%. Plusieurs éléments montrent que ces chiffres sont surestimés.

*Les statistiques les plus récentes (cf. référence 1) annoncent 249 cas annuels de cancers du col de l'utérus (et non 317). 249 cas sur 35'000 femmes concernées, soit 0.7%. Cette occurrence tombe à 0.2% sur les femmes régulièrement dépistées.*

*Référence 1 : Swiss Association of Cancer Registries. Switzerland. Statistics of Cancer Incidence 1986-2005. Geneva, December 2007.*

*Les autorités sanitaires annoncent dans leur brochure que 70 filles "sont contaminées" sur 100. Il est bon de préciser qu'il s'agit d'un "lifetime risk" et non d'une incidence ou d'une prévalence.*

*Sur la base de 35'000 femmes (35'000 naissances filles par an) et aux conditions spécifiques à la Suisse, le nombre de cas de porteurs de HPV (human papillomavirus) et de cancers s'estime avec l'approche statistique suivante : voir annexe "Estimation du nombre de porteurs de HPV et de cancers du col de l'utérus en Suisse".*

*Les autorités sanitaires ont ajouté à ces cas ceux du carcinome vulvaire, augmentant de 0.5% la population concernée. Il n'existe pas d'étude qui prouve que le vaccin agit également contre le carcinome vulvaire. Cette adjonction est donc infondée sur la base des publications actuellement disponibles.*

*Le Registre vaudois des tumeurs annonce 25 nouveaux cas en 2006 et 18 nouveaux cas en 2007 de*

*cancers du col de l'utérus.*

Il en découle qu'en utilisant de manière ambiguë des notions statistiques voisines et en se basant sur des conditions qui ne sont pas propres à la Suisse, l'on fait croire à une occurrence deux fois plus élevée qu'elle ne l'est en réalité, et cinq fois plus élevée si l'on se réfère à la population dépistée.

D'aucuns estiment que l'éthique imposerait une vaccination généralisée même si la maladie est très rare, comme c'est le cas pour le tétanos. Or comparaison n'est pas raison, puisque qu'on ne connaît pas de dépistage contre le tétanos, aux conséquences pourtant gravissimes, alors que le cancer du col de l'utérus peut être soigné et que les dysplasies (CIN, phases de lésions précancéreuses) sont soignées, et une partie importante d'entre elles disparaissent sans traitement. Autant la vaccination contre le tétanos n'a pas d'alternative, autant celle contre le HPV en a.

### **Efficacité du vaccin**

Les autorités médicales admettent que l'efficacité du vaccin diminue drastiquement avec l'âge et l'activité sexuelle, mais elles surestiment l'efficacité du vaccin en ne tenant compte que de deux types de HPV particulièrement dangereux. Le malade ne tient pas à savoir s'il est protégé contre les HPV 16/18 mais s'il est protégé contre le cancer du col de l'utérus. Concernant la population optimale, pour laquelle l'effet du vaccin est maximal, les autorités médicales annoncent 98% de protection totale, contre 27% selon les études publiées.

*Le vaccin protège à 98% des cas contre les dysplasies haut grade 16 et 18. Il ne protège pas à 98% contre les cancers du col de l'utérus. En théorie, les HPV 16 et 18 sont responsables de 70% des cas de cancer du col de l'utérus. L'efficacité du vaccin est donc au mieux de 98% de 70%, donc de 69%. En réalité, cette efficacité tombe à 27% (sur une population optimale, jeune et non contaminée ! Cf. référence 2). Il apparaîtrait que l'éradication des deux souches les plus virulentes donnerait un coup de fouet aux autres souches.*

*Référence 2 : The New England Journal of Medicine. Quadrivalent vaccine against Human Papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. The Future II Study Group. May 2007.*

Aux lecteurs attentifs, il n'échappera pas que les autorités médicales annoncent préliminairement une efficacité totale du vaccin de 98%, efficacité qu'elles admettent chuter à 70% lorsqu'elles tiennent compte de "divers types de HPV", leur faisant préciser que ce manque de couverture rend le frottis de dépistage "nécessaire". Le discours adressé à la population s'arrête pourtant au premier point, alors que le dernier point anéantit l'utilité d'une campagne de vaccination.

A titre de comparaison, un vaccin contre la poliomyélite est efficace à quasi 100%, un vaccin contre la grippe saisonnière, efficace à environ 90%, est déjà considéré par certains comme trop peu fiable pour être administré de manière systématique.

### **Risques liés au vaccin**

Les autorités médicales considèrent qu'il est erroné de dire que le vaccin se montre dangereux chez les jeunes filles ayant une activité sexuelle, puisque le vaccin ne transmet aucun agent pathogène actif. C'est oublier que d'autres causes peuvent engendrer des dysplasies.

*Dans le sous-groupe de femmes déjà porteuses du virus 16 ou 18, celles vaccinées ont eu 44.6% de cas de cancer **en plus** que dans la population non vaccinée (référence 3).*

*Référence 3 : Etude Future 1, reprise dans "Gardasil HPV Quadrivalent Vaccine", VRBPAC Meeting (the Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee), May 18, 2006.*

*Ce point n'est pas transmis par les autorités sanitaires ; il devrait être communiqué aux médecins traitants et aux patientes.*

Les autorités médicales ne prennent pas en considération les effets secondaires liés au vaccin et balayent d'une pirouette le problème gravissime du syndrome de Guillain-Barré. Une étude publiée en août 2009, dont elles ne pouvaient de fait avoir connaissance en séance de commission, saura probablement ébranler leur assurance.

*Sur 12'424 cas d'effets secondaires analysés, 772 cas (6.2%) présentent des effets secondaires graves, dont 32 cas mortels, et 0.2% pour des embolies vasculaires, des problèmes auto-immunitaires et le syndrome de Guillain-Barré (référence 4).*

*Référence 4 : "Postlicensure Safety Surveillance for Quadrivalent Human Papillomavirus Recombinant Vaccine", American Medical Association, JAMA, August 29, 2009, Vol 302, No 7.*

### **Vaccin contre frottis ?**

Il est un discours entendu de tous bords, qu'il s'agisse des autorités médicales ou des personnes qui critiquent le vaccin contre les HPV : la vaccination ne remplace pas le dépistage par frottis. Or ce discours n'est pas transmis à notre jeunesse. Dans la brochure "vaccination contre le papillomavirus" distribuée à nos filles, la protection est jugée "efficace", avec comme seule mise en garde le besoin d'un éventuel rappel après cinq ans. C'est une politique dangereuse, décourageant les jeunes filles à être contrôlées chez un gynécologue.

Le personnage dans la brochure qui dit "Moi Claire, c'est oui. Je ne veux prendre aucun risque et je suis convaincue des avantages du vaccin", sait-elle qu'elle n'est couverte qu'à 27%, qu'elle doit continuer les contrôles de dépistage et qu'elle risque des effets secondaires ?

A l'inverse, la femme qui fait effectuer régulièrement un frottis n'a pas besoin de se faire vacciner. Alors pourquoi ne pas encourager les contrôles par frottis plutôt que les vaccins ?

Les autorités médicales considèrent qu'il est préférable de prévenir les lésions précancéreuses plutôt que de déceler des lésions et de les traiter avant apparition d'un cancer à travers un arsenal thérapeutique souvent lourd. C'est oublier que le développement du cancer est très lent, que des dépistages annuels permettent d'intervenir suffisamment tôt pour éviter "un arsenal thérapeutique lourd" et que le dépistage par frottis remplit mieux sa fonction préventive que le vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

### **Conclusion**

On voit se dessiner dans les démarches des autorités sanitaires une tendance à exagérer la fréquence de la maladie et l'efficacité du vaccin, ainsi qu'à sous-estimer les risques potentiels que le vaccin fait supporter à la très grande majorité des jeunes filles qui se font aujourd'hui vacciner.

Ce discours aurait-il sa cause dans un simple excès d'optimisme ou mettrait-il en évidence des liens implicites entre les autorités médicales et les intérêts pharmaceutiques ? La question mérite d'être posée à une époque où l'on s'étonne du vent de panique créé autour d'une grippe H1N1 finalement bien peu destructrice mais dont l'impact commercial est important et curieusement bien orchestré. Il est utile de relever que la commercialisation d'un vaccin est beaucoup plus rapide que celle d'un médicament ordinaire et que sa distribution généralisée en fait un produit extrêmement rentable. Il doit être possible de constater qu'il s'agit d'un vaccin coûteux sans être accusé de mesquinerie. Il doit également être possible de critiquer une campagne de vaccination généralisée lorsque l'on estime les efforts investis dans une telle campagne disproportionnés par rapport aux résultats prévisibles et lorsque le risque encouru par la population n'est pas négligeable. Même si cette campagne est une excellente affaire commerciale pour les entreprises pharmaceutiques.

Les autorités médicales se doivent de suivre une certaine éthique qui consiste à déclarer leurs conflits d'intérêts. Si ces conflits d'intérêts ne sont pas clairement avancés par les défenseurs des campagnes de

vaccination avant de lancer une discussion, leur argumentation en perd sa valeur.

Ce qui précède témoigne de la complexité du sujet et de l'importance des questions non résolues. Il est du devoir de l'Etat de Vaud et de l'Etat suisse d'en savoir plus afin de confirmer ou d'infirmier la nécessité de vacciner nos jeunes filles contre le HPV.

Annexe: Estimation du nombre de porteurs de HPV et de cancers du col de l'utérus en Suisse.

Vevey, le 12 septembre 2009.

La rapportrice :  
(Signé) *Fabienne Despot*

**Estimation du nombre de porteurs de HPV et de cancers du col de l'utérus  
en Suisse**

	35000 femmes	
↙	70% de couverture (dépistage)	↘
24500 dépistées régulièrement		10500 non dépistées
↓	Lifetime risk de portage de HPV = 70%	↓
17150 seront porteuses de HPV		7350 seront porteuses de HPV
↓	Lifetime risk de développer un CIN de haut grade (lésions précancéreuses II + III) = 10%	↓
1715 cas		735 cas
Lifetime risk de développer un cancer malgré un traitement = 3%		Lifetime risk de développer un cancer sans traitement = 30%
51 avec cancer Soit 0.2%		221 avec cancer Soit 2.1%
	total 272 avec cancer	