

VACCINATION HPV

DEMANDE DE MORATOIRE

FOIRE AUX QUESTIONS

Nous représentons des personnes devenues malades suite à l'injection d'un vaccin qui contenait de l'aluminium. Notre objectif : éviter que d'autres ne subissent le même sort.

4 juillet 2023

Généraliser la vaccination contre le papillomavirus :

Une décision sanitaire ou politique ?

Petit tour d'horizon des questions légitimes que pose la campagne de vaccination HPV appelée à être déployée à la rentrée de septembre 2023

Sommaire

- 1. Quelle est la répartition des cas de cancers liés au HPV (par organe et par sexe) ?**
- 2. Le cancer du col de l'utérus**
 - Incidence et mortalité
 - La part des cancers du col de l'utérus attribuables aux HPV
- 3. Qu'en est-il des cancers de l'anus et du pénis imputés aux HPV ?**
- 4. Qu'en est-il des cancers ORL imputés aux HPV ?**
- 5. A quand remonte l'idée d'une généralisation de la vaccination HPV ?**
- 6. Les motivations profondes entourant la vaccination des garçons : une décision scientifique ou politique ?**
- 7. Les limites de la vaccination HPV**
- 8. La campagne de vaccination et les questions entourant sa mise en œuvre**
 - Quel vaccin est privilégié pour les besoins de la campagne ?
 - Quelle cible ? Manque de clarté des autorités sanitaires
 - Quel est le coût financier de la généralisation de la vaccination HPV ?
- 9. Existe-t-il des études scientifiques attestant l'efficacité et/ou l'innocuité de la vaccination HPV ?**
- 10. Quels sont les effets indésirables graves officiellement imputés au Gardasil ?**
- 11. Le Gardasil présente aussi des risques non-évalués**
 - Un adjuvant aluminique protégé par le secret industriel
 - De l'ADN du HPV présent dans chaque ampoule de Gardasil
- 12. Le frottis : une solution efficace pour prévenir les cancers liés au HPV**
- 13. Quid en définitive de la balance bénéfice-risque de cette vaccination avec le Gardasil 9 ?**

Glossaire

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CNS : Conseil National du Sida

CRPV : Centre Régional de Pharmacovigilance

CTV : Comité Technique des Vaccinations

DGS : Direction Générale de la Santé

EMA : European Medicines Agency – Agence européenne du médicament

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPV : Human PapillomaVirus – Papillomavirus humain

INCA : Institut National du Cancer

MSD : Merck Sharp & Dohme

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PCR : Polymerase Chain Reaction - réaction de polymérisation en chaîne

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

1. Quelle est la répartition des cas de cancers liés au HPV (par organe et par sexe) ?

Les HPV seraient responsables principalement de cancers du col de l'utérus, de l'oropharynx et de l'anus (INCA).

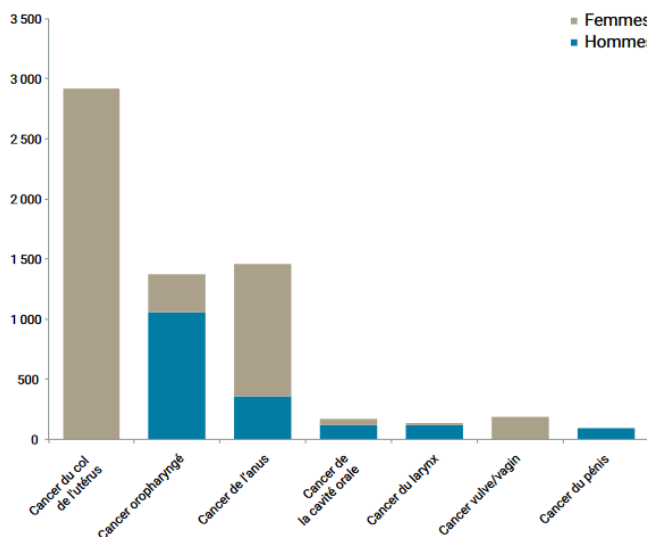


FIGURE 1 : Nombre estimé de nouveaux cas de cancers liés aux HPV (France, 2015)

Source : (4). Traitement : Institut national du cancer, 2016.

Source : INCA, mai 2018 – [Papillomavirus et cancer](#)

2. Le cancer du col de l'utérus

Incidence et mortalité

En France, 2920 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus surviennent chaque année, induisant 1117 décès (ce qui représente en termes relatifs : 1,6% des cas de cancer chez la femme, et 1,6% des décès liés aux cancers)¹. Il s'agit, chez les femmes, du 11^{ème} cancer en termes d'incidence et du 9^{ème} en termes de mortalité. Santé Publique France, juillet 2019 - [Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018](#) (tableau 2)

La part des cancers du col de l'utérus attribuables aux HPV

« Chaque année en France, 6 300 nouveaux cas de cancers sont causés par les HPV : 100 % des cancers du col de l'utérus sont dus aux infections liées aux HPV » ANSM (05.06.2023) - [Vaccins contre les infections à Papillomavirus humains](#)

« Le cancer du col de l'utérus, attribuable dans presque 100% des cas à une infection à papillomavirus humains transmise par voie sexuelle. » Santé Publique France, 24 janvier 2022 - [Cancer du col de l'utérus](#)

« Une grande majorité des cancers du col de l'utérus (plus de 95 %) est due au papillomavirus humain (PVH). » OMS, février 2022 - [Cancer du col de l'utérus](#)

¹ Le premier cancer en termes d'incidence (58 459 cas) et de décès annuels (12 146) est le cancer du sein, suivi par le cancer du poumon (15 132/10 356).

« Le cancer du col de l'utérus est *principalement* dû à une infection persistante, d'une durée de 10 à 15 ans, par des virus appelés papillomavirus humains (virus du papillome humain ou HPV, abréviation de humanpapillomavirus) à haut risque et transmis par voie sexuelle.

Les autres facteurs qui augmentent le risque de développer un jour un cancer du col de l'utérus :

- la précocité des rapports sexuels ;
- la multiplicité des partenaires sexuels ;
- le tabagisme ;
- être porteur du virus VIH ou être sous traitement immunosuppresseur
- le fait d'avoir eu plusieurs enfants (multiparité) ;
- l'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux ;
- certaines infections sexuellement transmissibles (chlamydie ou herpès génital). »

Assurance Maladie, janvier 2023 - [Comprendre le cancer du col de l'utérus](#)

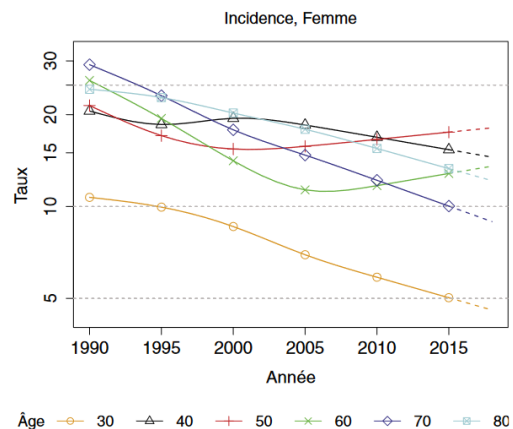
« Le cancer du col de l'utérus résulte *généralement* d'une infection par le virus du papillome humain (VPH), qui se transmet par contact sexuel. » Merck, août 2022 - [Cancer du col de l'utérus](#)

Qui plus est, il convient de souligner que le frottis² a fait la preuve de son efficacité pour réduire les cancers du col de l'utérus liés aux HPV (voir chapitre 12 pour plus de précisions) : « La baisse de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus, qui était déjà très forte en France dans les années 1980-1990, est largement attribuée à la mise en place du dépistage par cytologie sur frottis cervico-utérin ».

Et Santé Publique France reconnaît également que « la stagnation du taux de couverture du dépistage et les limites d'un dépistage individuel » aient pu contribuer à « la baisse de l'incidence à partir des années 2000 chez les femmes de 50 et 60 ans ». Source : Santé Publique France - [Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018](#)

b- Cancer du col de l'utérus

Âge (années)	Taux ⁽¹⁾ 1990	Taux ⁽¹⁾ 2018	VAM ⁽²⁾ (%) et [IC 95%]
30	10,7	4,6	-3,0 [-3,8 ; -2,2]
40	20,6	14,5	-1,2 [-1,8 ; -0,7]
50	21,4	18,1	-0,6 [-1,2 ; 0,0]
60	25,9	13,6	-2,3 [-2,9 ; -1,7]
70	29,2	8,9	-4,1 [-4,8 ; -3,4]
80	24,2	12,2	-2,4 [-3,2 ; -1,7]



(1) Taux d'incidence = Taux exprimé pour 100 000 personnes-années

²Le frottis cervico-utérin permet d'effectuer soit une analyse cytologique, soit un test HPV par PCR (voir la synthèse de la HAS) : L'examen cytologique consiste en une analyse morphologique des cellules du col de l'utérus pour détecter précocement la présence de cellules anormales et de cellules précancéreuses qui pourraient évoluer en lésions cancéreuses ; Le test HPV est une méthode de détection moléculaire qui permet la détection des acides nucléiques des génotypes d'HPV à haut risque. Sa réalisation n'a pas pour objectif d'identifier les infections à HPV en elles-mêmes mais celles associées au risque de développer une lésion cervicale précancéreuse ou cancéreuse.

→ En d'autres termes :

(i) Le cancer du col de l'utérus ne paraît pas être une priorité en termes de santé publique

(ii) Contrairement à ce que prétend l'ANSM (« 100% des cancers du col de l'utérus sont imputables au HPV »), tous les cas de cancers du col de l'utérus ne sont pas liés aux HPV

(iii) En tout état de cause, il est possible de réduire le nombre de victimes par une politique résolue de dépistage (comme nous le verrons plus loin).

3. Qu'en est-il des cancers de l'anus et du pénis imputés au HPV ?

Chez l'homme, l'incidence du cancer de l'anus est de 479 nouveaux cas chaque année, aucun décès. Et l'incidence du cancer du pénis est de 449 nouveaux cas chaque année, aucun décès.

Chez la femme, l'incidence du cancer de l'anus est de 1532 nouveaux cas chaque année, aucun décès.

Source : Santé Publique France, juillet 2019 [Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018](#) (tableaux 1 et 2)

→ Les cancers de l'anus et du pénis ne paraissent pas constituer des priorités de santé publique.

4. Qu'en est-il des cancers ORL imputés au HPV ?

« Les cancers ORL sont les « cancers des voies aéro-digestives supérieures » . **La majorité des cancers ORL sont dus à une consommation excessive d'alcool et au tabagisme.** Le cumul des deux est encore plus délétère, l'un augmentant l'effet de l'autre. (...) Les cancers faisant suite à une infection HPV (Human Papilloma Virus) touchent essentiellement l'oropharynx, en particulier les amygdales et la base de la langue. Contrairement aux autres cancers ORL, les hommes et les femmes sont concernés à proportion égale par ces cancers dus à l'HPV. Alors que généralement les cancers ORL surviennent autour de 60 ans, ceux survenant suite au virus HPV, se développent dès 40-45 ans, mais ils sont de meilleur pronostic. »

Source : Institut Curie - [Les causes et facteurs de risque des cancers ORL](#)

Santé Publique France, dans son rapport de 2019 mentionné plus haut, **ne fournit aucune donnée sur le cancer oropharyngé, tant pour l'incidence que pour le nombre de décès.**

→ Le cancer oropharyngé ne paraît pas constituer une priorité de santé publique.

5. A quand remonte l'idée d'une généralisation de la vaccination HPV ?

En 2016, la ministre de la Santé Marisol Touraine a lancé « une grande concertation citoyenne sur le sujet de la vaccination », dont le pilotage a été confié à un comité présidé par le Pr Fischer³. Des jurys citoyens et professionnels de santé ont été mis en place, ainsi qu'une consultation citoyenne en ligne. Le Pr Fischer précisait au lancement du débat : « Notre travail est de réfléchir et de tenir compte de ce que veulent les jurys citoyens ».

³Pour voir les observations d'E3M sur la globalité du rapport Fischer : <https://www.vaccinssansaluminium.org/conclusions-concertation-vaccination-fischer/>

Les jurys, justement, n'ont aucunement exprimé le vœu d'une généralisation de la vaccination HPV pour les filles, encore moins celui de l'élargissement de cette vaccination aux garçons ([annexes](#) du Rapport de la concertation - voir annexe 4), et ce alors même que le syndicat de l'industrie pharmaceutique avait transmis aux jurys citoyens et professionnels de santé une plaquette contenant ce message : « les taux de vaccination contre le HPV sont insuffisants et en régression » ([document remis aux jurys](#) le 16 septembre 2016).

La décision de recommander la généralisation de la vaccination HPV pour les filles et l'élargissement de cette vaccination aux garçons a néanmoins été prise par le comité de pilotage :

« La prise en charge intégrale par la collectivité du coût des vaccins serait de nature à améliorer directement la couverture vaccinale contre les papillomavirus. » ([Rapport](#) - p.4)

« Le vaccin contre HPV est préconisé en France chez les jeunes filles, comme moyen de prévention du cancer du col de l'utérus. (...) Le comité suggère que le futur CTV de l'HAS réexamine les indications de cette vaccination (notamment son extension éventuelle aux jeunes garçons) et, au décours le statut du vaccin. (...)

L'école paraît le lieu privilégié pour promouvoir l'information mais aussi sans doute la vaccination (...). Le comité préconise la dispense d'avance de frais de ce vaccin onéreux (...) comme mesure susceptible d'influencer effectivement la pratique de la vaccination anti-HPV. » ([Rapport](#) - p.33)

et de préciser : « Cette extension aurait l'intérêt de protéger contre certains cancers oropharyngés - **avantage suspecté non encore démontré** [sic] - et de réduire pour l'ensemble de la population concernée le risque de contamination (recommandation du Conseil national du sida). » ([Rapport](#) - p.33)

Cette proposition est pour le moins troublante compte tenu des nombreuses controverses entourant alors le vaccin en question (voir la chronologie disponible dans le dossier de presse).

6. Les motivations profondes entourant la vaccination des garçons : une décision scientifique ou politique ?

Les [ANNEXES](#) du rapport issu de la 'concertation citoyenne sur la vaccination' de 2016 éclairent la décision recommandée de vacciner les garçons au même titre que les filles.

Ainsi, le Pr Yeni, président du Conseil National du Sida (CNS), exprime la position du CNS lors de son audition : « La première recommandation du CNS est d'adopter une stratégie de vaccination anti HPV universelle des jeunes filles et jeunes garçons de 11 à 13 ans, assortie d'un rattrapage vaccinal des adolescents et jeunes adultes non vaccinés. Ceci est important et ne peut pas se substituer, selon nous, à une proposition de vaccination des jeunes HSH⁴. Ces derniers ne savent qu'ils sont HSH qu'après le début de leurs relations sexuelles. (...) La couverture vaccinale est faible et on observe des inégalités sociales d'accès au vaccin anti HPV. Les pays où la couverture vaccinale est plus élevée, ce sont les pays où le vaccin anti-HPV se fait à l'école (Australie, Angleterre, etc.). J'ouvre ici une boîte de Pandore. Mais telle est la position que nous défendons. » (p. 210 de l'[Annexe](#) du rapport)⁵

Dans les pages 318 et suivantes de cette même [Annexe](#), les échanges entre le Pr Fischer (très favorable à la vaccination des garçons) et le Pr Floret (alors président du Comité Technique des

⁴HSH : Homme qui a des relations Sexuelles avec des Hommes

⁵À noter : Il est question ici d'un choix pour la société française, pas pour l'ensemble de la planète. Or les données mentionnées par M. Yeni dans son exposé (sur le nombre de cas, etc.) sont des données mondiales, elles ne correspondent pas à la réalité française, ce qui peut induire en erreur.

Vaccinations - Haut Conseil de Santé Publique, opposé à la vaccination des garçons⁶⁾ illustrent le faible niveau scientifique des débats, qui sont de fait plus sociétaux ou politiques :

M. FLORET (CTV) – On a inscrit dans le plan cancer qu’il fallait une couverture vaccinale HPV de 65 %, je ne vois pas comment nous allons y arriver, si nous n’allons pas vacciner les filles là où elles sont.

M. FISCHER, Président – Et les garçons ?

M. FLORET (CTV) – Nous pensons qu’il faut commencer par vacciner les filles.

M. FISCHER, Président – Et si l’on vaccine les filles, cela ne vaudrait pas le coup de vacciner les garçons ?

M. FLORET (CTV) – Si l’on vaccine les filles, on protège les garçons, de nombreux éléments le montrent.

M. FISCHER, Président – Et si l’on vaccine les garçons, on protège les filles ?

M. FLORET (CTV) – Oui, mais pour les garçons, c’est quasiment un vaccin à bénéfice individuel direct très faible.

(...)

M. FISCHER, Président – Si je peux me permettre d’insister. Il faut que nous en discussions ici car nous serons amenés à en rediscuter ensuite. Au-delà des arguments directs de protection éventuellement discutables sur les hommes, s’il était dit que vacciner les jeunes hommes était aussi nécessaire que de vacciner les jeunes filles, cela n’augmenterait pas l’acceptabilité du vaccin chez les filles, en ôtant la connotation sexuelle ?

M. FLORET (CTV) – Ce n’est pas ce qui a été observé aux Etats-Unis. Les Américains ne sont pas les Français, mais ce n’est pas du tout ce qui a été observé aux Etats-Unis, cela a même été le contraire.

M. FISCHER, Président – C’est à dire ?

M. FLORET (CTV) – La couverture chez les filles a plutôt diminué au moment de l’introduction de la vaccination des garçons.

(...)

M. FLORET (CTV) – Peut-être. Sur la déssexualisation, nous sommes d’accord. Mais il existe un autre argument qu’on ne peut nier, qui est un argument administratif. On

⁶⁾Conclusion CTV HCSP (02.2016) : « La grande majorité des hommes et des femmes sont infectés par les papillomavirus humains (HPV) au cours de leur vie. Concernant les hommes, l’infection anale par les HPV et ses manifestations cliniques (lésions précancéreuses, cancers, condylomes anaux) sont plus fréquentes chez ceux ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et en particulier ceux infectés par le VIH.

Le vaccin Gardasil® a obtenu le 6 juin 2014 une modification de l’autorisation de mise sur le marché pour la prévention des lésions anales précancéreuses et cancéreuses. (...) De ce fait, la question de la pertinence d’une vaccination généralisée ou ciblée des hommes contre l’HPV a été relancée.

Le Haut Conseil de la santé publique s’est donc autosaisi afin d’envisager l’opportunité d’instaurer une stratégie de protection des garçons contre les infections à papillomavirus humains et leurs conséquences.

Dans le contexte actuel de la vaccination HPV en France, la vaccination universelle des garçons selon des modalités comparables à celles des filles n’est pas pertinente d’un point de vue santé publique. »

ne peut écrire que l'on vaccine les garçons pour la prévention du cancer anal qui est exceptionnel chez les hommes, hormis chez les homosexuels, ou pour la protection des condylomes, qui ne sont pas un problème de santé publique. Nous n'avons pas le droit d'écrire que c'est pour la protection contre les cancers ORL. On nous sauterait dessus tout de suite.

M. FISCHER, Président - Il est possible d'écrire qu'indirectement, c'est pour protéger les femmes contre le cancer du col de l'utérus.

M. FLORET (CTV) - Ça, nous pouvons le dire.

Ces échanges montrent que **les participants aux débats n'ignorent pas que le bénéfice de la vaccination HPV chez les garçons est limité. Ils formulent l'hypothèse que cela réduise la circulation du HPV tant chez les filles que chez les garçons; pour autant cette hypothèse n'a encore jamais été vérifiée y compris à l'international** (comme le soulignait le Pr Floret).

Deux ans plus tard (mai 2018), l'INCA précise : « Un troisième levier potentiel [pour renforcer la vaccination HPV] est **l'approche non genrée de la vaccination contre les HPV**. La Haute Autorité de Santé est en cours d'évaluation de l'opportunité de l'extension aux garçons de la vaccination contre les HPV. » [Papillomavirus et cancer](#) (p. 6). Cette évaluation avait été demandée par le Directeur Général de la Santé, le Pr Salomon, le 2 février 2018 : « Le nouveau contexte de l'extension des obligations vaccinales, **une des recommandations issues de la concertation citoyenne visant à reconsidérer les indications de la vaccination contre les infections à HPV chez les garçons**, la faible couverture vaccinale observée chez les jeunes filles selon les dernières données publiées par Santé Publique France, les expériences réussies de cette vaccination chez les garçons dans certains pays et **les questions éthiques que soulève cette vaccination ciblée uniquement chez les jeunes filles** me conduisent à solliciter, à nouveau, l'avis de la Commission technique des vaccinations sur cette question. » [Lettre de mission du DGS](#) (voir p.118)

La HAS a alors recommandé l'extension de la vaccination HPV aux garçons dans son avis du 16 décembre 2019 :

« La HAS estime que cet élargissement de la vaccination anti-HPV aux garçons, au-delà de la protection conférée aux garçons vaccinés, permettrait aussi, sous réserve d'une couverture vaccinale suffisante, de freiner la transmission des papillomavirus au sein de la population générale, de mieux protéger les filles et femmes non vaccinées, et enfin de mieux protéger les garçons et hommes quelle que soit leur orientation sexuelle. La vaccination universelle permettrait également d'atteindre plus facilement les HSH en évitant toute stigmatisation, à un âge où leur préférence sexuelle n'est soit pas connue (par l'individu et son entourage), soit pas affirmée. (...) Recommander cette vaccination sans considération de genre et d'orientation sexuelle facilitera la proposition vaccinale. (...) D'un point de vue éthique, la vaccination des garçons est un élément qui contribue à réduire les inégalités hommes-femmes en matière de prévention en santé, en permettant aux jeunes garçons de participer à la baisse globale de la transmission des papillomavirus. » HAS, 16 décembre 2019 - [Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons](#)

→ En d'autres termes, l'extension de la vaccination HPV aux garçons a été décidée contre l'avis du Comité Technique des Vaccinations et ne paraît pas reposer sur des éléments scientifiques.

7. Les limites de la vaccination HPV

Il est attendu que cette vaccination soit efficace, car elle réduit la prévalence des infections les plus oncogènes, celles couvertes par les vaccins.

Mais il existe une autre hypothèse : « D'autres HPV à haut risque que ceux ciblés par les vaccins peuvent être à l'origine de cancers du col. Et rien ne permet de dire que ces autres souches ne viendront pas prendre la place des souches tenues en respect par la vaccination – un scénario appelé '**remplacement viral**'. Autrement dit, le seul moyen d'être sûr que le remplacement viral ne se produit pas, c'est de s'assurer dans le cadre d'essais randomisés contrôlés que la vaccination réduit l'incidence globale des lésions précancéreuses, peu importe le HPV impliqué. Seul un tel résultat permettrait d'affirmer avec un haut degré de certitude que la vaccination anti-HPV a de bonnes chances de réduire l'incidence du cancer du col. Malheureusement, à ce jour, **aucun essai randomisé contrôlé n'a été conduit pour évaluer cet effet** ». (Catherine Riva et Jean-Pierre Spinosa, 2020 - [La commercialisation de Gardasil® a-t-elle inauguré l'ère de la 'sur-prévention' ?](#))

De plus, « Il serait possible que, si les femmes vaccinées se faisaient moins dépister, l'incidence et plus encore la mortalité du cancer du col de l'utérus augmentent » ([CTV HCSP](#), 2007 p.4). Cette crainte est renforcée par une [enquête](#) menée par la PMI des Alpes-Maritimes en 2009 auprès de lycéens. Une majorité d'entre eux pensent qu'après vaccination, la pratique du dépistage est inutile.

→ Nous sommes donc face à deux risques majeurs : (1) le remplacement de souches ciblées par le vaccin par de nouvelles souches devenues oncogènes, et (2) un moindre suivi de la population par le frottis, avec au final une augmentation des cas de cancers.

8. La campagne de vaccination et les questions entourant sa mise en œuvre

Quel vaccin est privilégié pour les besoins de la campagne ?

L'utilisation préférentielle du vaccin GARDASIL 9 (MSD - Merck Sharp & Dohme) est recommandée car il contient 9 valences d'HPV (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 du HPV), alors que le vaccin CERVARIX (GSK - GlaxoSmithKline) en contient 2 (HPV 16 et 18).

Le Gardasil® qui protégeait contre 4 souches de virus (HPV 6, 11, 16 et 18) n'est plus commercialisé.

Le schéma de vaccination prévoit 2 doses espacées de six mois.

Source : [vaccination info service](#)

Quelle cible ? Manque de clarté des autorités sanitaires

Le Président de la République a annoncé le 28 février 2023, à Jarnac (Charente), « le déploiement d'une campagne de vaccination contre les papillomavirus (HPV) pour tous les élèves de 5ème sur le territoire national, dès la rentrée de septembre 2023 ». Site officiel [sante.gouv.fr](#) - 01.03.2023. Lors de cette même intervention, le président de la République avait par ailleurs exprimé la volonté que tous les enfants de 11 à 14 ans « hors 5^{ème} » puissent être eux aussi vaccinés. Source: [vidéo LeHuffPost](#)

Deux mois plus tard, sur le site officiel [vaccination-info-service](#) on peut ainsi lire : « Le 28 février 2023, le Président de la République a annoncé la mise en place d'une campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humains dans les collèges pour l'ensemble des élèves de 11 à 14 ans. Cette campagne sera lancée à partir de la rentrée scolaire 2023. »

On ne peut que déplorer le manque de clarté du gouvernement quant au périmètre de cette campagne de vaccination destinée à démarrer en 2023.

Quel est le coût financier de la généralisation de la vaccination HPV ?

Pour nous en tenir à la volonté exprimée par le président de la République, nous devons donc nous situer dans cette double perspective :

- Une vaccination annuelle régulière des enfants en classe de 5^{ème} au collège,
- Précédée en 2023 par une campagne de rattrapage pour que tous les enfants de 11 à 14 ans soient vaccinés contre le HPV.

Pour calculer le nombre de personnes concernées, nous nous sommes basés sur la [Pyramide des âges INSEE](#) au 01.01.2023.

- La population cible des collégiens de 5^{ème} est de 850 000 filles et garçons (11 ans).
- La population cible des enfants de 12 à 14 ans est de 2 600 000 filles et garçons.
- La dose de Gardasil 9 coûte 116,22€⁷.
- Il est prévu 2 injections à 6 mois d'intervalle⁸.

La vaccination des enfants de 5^{ème} dans le collège devrait donc coûter chaque année 200 millions d'euros.

La vaccination de rattrapage des enfants de 12 à 14 ans devrait coûter 600 millions d'euros.

→ Le coût global « 11-14 ans » devrait donc être de 800 millions d'euros (prise en charge à 65% par l'assurance maladie).

La généralisation du frottis cervico-utérin à toutes les femmes de 25 à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non (comme le recommande notamment la [synthèse](#) de la HAS, p.20), coûterait :

- Coût du frottis : 20,22 € (prélèvement : 4,82 euros – analyse : 15,40 euros) ([source](#)).
- Le frottis doit être réalisé tous les 3 ans, le coût est donc de 6,74 € par an et par femme.

⁷<https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/523-gardasil-9>

⁸La vaccination contre les infections à Papillomavirus humains (HPV) est recommandée pour **les filles et les garçons âgés de 11 à 14 ans avec un schéma à 2 doses à six mois d'intervalle (M0-M6)**. [Vaccination Info Service](#) maj 09.05.2023

- Nombre de femmes concernées : les femmes de 25 à 65 ans sont la population qui devrait bénéficier de ce frottis, ce qui représente 17 600 000 personnes.
- Le coût de la généralisation du frottis serait donc de 120 millions d'euros par an. La prise en charge par l'Assurance maladie d'un frottis est de 70%.

→ **En conclusion : le projet présenté (vaccination + frottis) coûterait donc 920 millions d'euros pendant la phase de rattrapage, puis 320 millions d'euros par an. La mise en œuvre d'un frottis généralisé à toute la population féminine coûterait quant à elle 120 millions d'euros par an.**

9. Existe-t-il des études scientifiques attestant l'efficacité et/ou l'innocuité de la vaccination HPV ?

Les autorités font le plus souvent référence à deux études pour venir au soutien de la vaccination HPV et aujourd'hui de sa généralisation ; or, aucune ne répond aux nombreuses préoccupations scientifiques dont nous nous faisons l'écho avec la présente FAQ. De plus, elles présentent de nombreux biais méthodologiques.

L'étude Epiphare (ANSM - Assurance Maladie)

L'ANSM a diffusé un [communiqué](#) le 14 septembre 2015 sur les résultats de l'étude réalisée conjointement par l'ANSM et l'Assurance Maladie qui « *montrent que la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) par Gardasil ou Cervarix n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes* » (...) mis à part une « *augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré* » aux « *conséquences limitées (1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées)* ». L'ANSM en déduit que « *les bénéfices attendus de cette vaccination en termes de santé publique restent bien plus importants que les risques auxquels elle peut exposer les jeunes filles.* »

E3M a répondu à l'ANSM par un [communiqué](#) publié le 18 septembre : « *l'agence du médicament veut rassurer l'opinion mais son étude est partielle et ses conclusions partiales* ».

Les critiques d'E3M portent sur les points suivants :

- **Les auteurs ont choisi délibérément de limiter leur étude aux maladies auto-immunes. De ce fait, la myofasciite à macrophages** (assimilable à un syndrome de fatigue chronique) n'est pas prise en compte, alors qu'il s'agit de la seule maladie permettant (à l'heure actuelle) d'apprécier le risque lié à la présence d'aluminium dans les vaccins.
- **Tout vaccin peut déclencher des maladies auto-immunes.** Lorsque les auteurs du rapport disent qu'il n'y a pas d'augmentation de maladies auto-immunes après vaccination contre le HPV, il s'agit d'une comparaison avec les témoins, qui eux n'ont pas reçu de vaccin anti HPV. **Sauf que ces témoins ont reçu, comme tous les français, d'autres vaccins qui contiennent pour la plupart un adjuvant aluminique.** Or ceux-ci peuvent aussi déclencher

des maladies auto-immunes, comme cela est indiqué dans leurs notices. **La comparaison est donc nécessairement faussée.**

- **Les principes « d'impartialité, de transparence, de pluralité et du contradictoire » posés par la Charte de l'expertise sanitaire** votée par le Parlement suite à « l'affaire du Mediator » (article L. 1452-2 du code de la santé publique) **ne sont pas respectés** (pas de transparence sur les liens d'intérêts des experts, non prise en compte des avis contradictoires).
- **L'ANSM n'a scientifiquement (et déontologiquement) pas le droit d'annoncer que la balance bénéfice-risque reste très favorable à cette vaccination. En effet, les nombreuses questions posées sur l'efficacité et l'intérêt de ce vaccin depuis plusieurs années** (risque de diminution du suivi par frottis, risque de développement des souches de virus non incluses dans le Gardasil ou le Cervarix qui pourraient prendre la place des souches éliminées par la vaccination...) **n'ont toujours pas reçu de réponse.**

L'étude suédoise HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer

Cette [étude](#) publiée en 2020 visait à évaluer l'association entre la vaccination contre le HPV et le risque de cancer invasif du col de l'utérus. La conclusion des auteurs est la suivante : « Chez les filles et les femmes suédoises âgées de 10 à 30 ans, la vaccination quadrivalente contre le HPV est associée à un risque considérablement réduit de cancer invasif du col de l'utérus au niveau de la population ».

Cette étude comporte cependant de nombreux biais, elle suscite les remarques suivantes :

- Il s'agit d'une étude de cohorte consistant en une comparaison de l'incidence du cancer du col de l'utérus entre des femmes vaccinées avec le Gardasil 4 et des femmes non vaccinées.
- **En Suède, les programmes publics de dépistage du cancer du col de l'utérus commencent à l'âge de 23 ans (25 ans en France⁹).**
 - Sur la base de la répartition par âge de chaque groupe, comme indiqué dans le tableau 1 de l'article, le groupe non-vacciné a un âge moyen de 29,9 ans et le groupe vacciné a un âge moyen de 18,5 ans.
 - 80,6% du groupe non vacciné avait au moins 23 ans à la fin de l'étude (fin 2017), alors que seulement 26,9% du groupe vacciné avait au moins 23 ans.
 - Cela signifie que le groupe vacciné est (majoritairement) trop jeune pour que l'on puisse détecter des lésions dues aux HPV (via le dépistage dès 23 ans). Il est donc normal que l'étude mette en évidence un taux très faible de cancer du col de l'utérus dans la partie du groupe vacciné!

Enfin, les auteurs admettent un **biais majeur dans la composition des 2 groupes, lié à la non prise en compte de facteurs importants dans la survenue de cancers HPV** : « une confusion due au style de vie et à des facteurs de santé chez la femme (tels que le statut tabagique, l'activité

⁹On considère que le délai entre une infection persistante par le HPV et l'apparition de lésions qui lui sont dues est au minimum de 8 années (en moyenne, de 10 à 15 ans). Comme l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17 ans en France, cela donne 17+8 = 25 ans

sexuelle, l'utilisation de contraceptifs oraux et l'obésité) ne peut être exclue ; ces facteurs sont connus pour être associés à un risque de cancer du col de l'utérus ».

Ainsi, la comparaison entre les deux groupes de la cohorte ne saurait être considérée comme valide.

De plus, il convient de noter que **quatre des auteurs (sur 9) ont des contrats avec Merck ou Sanofi Pasteur MSD** (distributeur du Gardasil en France) **pour conduire des recherches sur le vaccin contre le HPV**. Ces liens d'intérêts sont disponibles sur le site NEJM.org ([Disclosures](#)).

10. Quels sont les effets indésirables graves officiellement imputés au Gardasil ?

La notion d'effet indésirable grave est clairement définie par le Code de santé publique : « Effet indésirable grave » : **un effet indésirable léthal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importantes ou durables, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale.** » Code de santé publique - Article R5121-152 alinea 2

Le [dernier rapport](#) de l'ANSM sur le Gardasil (Gardasil 4 en l'occurrence) date de 2014. Il mentionne **13,7 effets indésirables graves pour 100 000 doses** sur la période de 09.2011 à 09.2013. (A noter pour comparaison : le DTPolio a été suspendu en 2008 pour 'hausse importante d'effets indésirables', car le nombre d'effets indésirables - graves et non-graves - atteignait 10,7 pour 100 000 doses).

Ce chiffre, déjà très important, est malheureusement très largement sous-estimé.

La pharmacovigilance repose, en tout premier lieu, sur le signalement des effets indésirables par les professionnels de santé. Ce signalement est obligatoire (article 5121-22 du code de Santé Publique¹⁰). Mais cette obligation n'est pas accompagnée de sanctions en cas de non-respect de la loi, et dans la réalité elle n'est pas respectée. La dernière publication de la pharmacovigilance française mentionne que **seuls 1 à 10% des effets indésirables sont déclarés par les professionnels de santé** ([CRPV Tours](#), 2006).

Par ailleurs, depuis 2011, les patients peuvent eux-aussi déclarer les effets indésirables. Le nombre de déclarations a donc probablement augmenté. Mais en quelle proportion ? Nul ne le sait. **Même s'il a doublé, ce qui serait déjà conséquent, il reste indiscutable que le nombre réel d'effets indésirables graves est très supérieur à ceux rapportés par l'ANSM. Dans ces conditions, n'est-il pas légitime de s'inquiéter ? Du reste, des plaintes ont été déposées en lien avec les effets indésirables du Gardasil** (voir la chronologie disponible dans le dossier de presse).

A noter : il est surprenant qu'aucun rapport de pharmacovigilance n'ait été publié depuis la commercialisation du Gardasil 9. **Sur quelles bases se fondera le consentement libre et éclairé ?**

¹⁰« La pharmacovigilance a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits mentionnés. » (Code de santé publique - [Article L5121-22](#))

« Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens **déclarent** tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 dont ils ont connaissance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients **peuvent signaler** tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou produit mentionnés au même article L. 5121-1 dont ils ont connaissance. » [Article L5121-25 du code de santé publique](#)

Les médecins prescripteurs seront-ils eux-mêmes suffisamment éclairés pour apporter des conseils avisés ?

11. Le Gardasil présente (en outre) des risques non-évalués

Un adjuvant aluminique protégé par le secret industriel

L'adjuvant du Gardasil est un adjuvant aluminique mis au point par MSD au début des années 2000 : le sulfate d'hydroxyphosphate d'aluminium amorphe (AAHS). **Cet adjuvant est la propriété du fabricant (Merck Sharp and Dohme - MSD)**, contrairement aux adjuvants habituels (oxyhydroxyde d'aluminium, hydroxyphosphate d'aluminium) qui sont du domaine public. **Aucun chercheur indépendant ne peut disposer de cet adjuvant AAHS pour étudier sa pharmacocinétique et évaluer son innocuité** (le vaccin, avec son adjuvant, est breveté, la composition est donc couverte par le secret industriel).

Études cliniques : le placebo contenait ... un adjuvant aluminique

Dans les études cliniques menées par MSD préalablement à la mise sur le marché du Gardasil 4 (l'ancienne version), MSD a utilisé un placebo qui contenait un adjuvant aluminique, **possiblement cet adjuvant AAHS récemment développé** ([Muñoz 2009](#)¹¹), ceci d'ailleurs sans le consentement des participantes à l'essai (ce qui est éthiquement plus que contestable).

Pour mener son étude clinique sur le Gardasil 9, MSD n'a pas utilisé de placebo. Il a pris le Gardasil 4 comme comparateur ([RCP EMA](#) - voir p. 8).

→ Il n'était donc pas possible d'identifier d'éventuels effets indésirables induits par l'adjuvant aluminique, que ce soit avec le Gardasil 4 ou le Gardasil 9.

A noter : il s'agit là d'une pratique déjà mise en œuvre par Merck pour la mise au point de vaccins contre l'hépatite B dans les années 1980 ("The placebo, also prepared in the Merck Laboratories, consisted of alum alone in the vaccine diluent" ([Nejm - Szmunn 1980](#))).

De l'ADN du HPV présent dans chaque ampoule de Gardasil

Comme indiqué dans le courrier d'E3M au ministère de la Santé, chaque ampoule de Gardasil 4 contient 200 à 400 fragments d'ADN du papillomavirus ([source](#)) ce qui est contraire aux indications données dans le [Résumé des Caractéristiques du Produits](#) (« **Les VLP ne contiennent pas d'ADN viral, elles ne peuvent pas infecter les cellules, se multiplier, ni provoquer de maladie** »). Tout laisse à penser qu'il en est de même avec le Gardasil 9.

Comme le mentionnait le Pr Belec (Hôpital Européen Georges Pompidou - France) lors du [colloque](#) de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques (OPECST) du 22 mai 2014 consacré aux adjuvants vaccinaux (voir p. 31 et 32) : « On trouve de l'ADN L1 dans un vaccin où l'on ne devrait pas en trouver. (...) **Il faut absolument continuer les recherches sur ce**

¹¹« Participants were stratified into two age groups (≤ 34 years and ≥ 35 years) and randomly assigned in an approximate 1:1 ratio to receive either amorphous aluminium hydroxyphosphate sulphate adjuvanted quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) L1 VLP vaccine (Gardasil/Silgard, Merck, Whitehouse Station, NJ, USA) or visually indistinguishable aluminium-containing placebo at day 1, and months 2 and 6 » (Procedures p.2).

sujet. (...) Effectivement, les interactions entre des résidus d'ADN L1 du HPV et l'hydroxy-phosphate d'aluminium pourraient éventuellement être associées à des phénomènes pathologiques, probablement complexes et non univoques. »

A noter : des particules de l'antigène vaccinal HPV 16 ont été retrouvées dans la paroi de vaisseaux sanguins et dans le parenchyme cérébral de trois jeunes filles décédées de mort subite peu de temps après une vaccination par le Gardasil 4 (Tomljenovic et Shaw 2012).

Selon le Dr Soubeyrand (Sanofi Pasteur, alors associé à MSD pour la commercialisation du Gardasil 4 en France, et représentant le Comité des vaccins des entreprises du médicament lors de ce même colloque de l'OPECST sur les adjuvants vaccinaux) : « *l'ADN résiduel contenu dans le vaccin Gardasil, c'est quelque chose d'identifié, en très petite quantité, non infectieux et qui ne présente pas de risque pour les personnes vaccinées.* » ([source](#) - p. 41).

Aucune preuve n'a été apportée en appui de cette déclaration rassurante. Peut-on avoir confiance dans la parole du fabricant du Gardasil, notamment lorsque l'on connaît ses antécédents judiciaires¹² ?

→ L'innocuité des adjuvants aluminiques n'a jamais été établie ; c'est maintenant reconnu par les plus hautes autorités sanitaires des Etats-Unis d'Amérique. Au contraire, comme le mentionne le Conseil d'Etat dans ses arrêts répétés depuis 2012, il existe un **faisceau d'indices graves, précis et concordants** sur le fait que des effets indésirables graves sont générés par la vaccination aluminique. **Les signaux sont au ROUGE.**

La présence de fragments d'ADN scotchés sur cet adjuvant aluminique récemment développé, qui pourront pénétrer donc dans le cerveau de nos enfants¹³, ne peut que renforcer l'inquiétude de tous. **Le signal vire au ROUGE VIF.**

12. Le frottis : une solution efficace pour prévenir les cancers liés au HPV

Comme d'ores et déjà indiqué, le dépistage par frottis cervico-utérin a toujours été considéré, par les autorités de santé, comme ayant fait la preuve de son efficacité :

- « La mise en place d'un dépistage organisé dans certains pays d'Europe du Nord a permis de réduire l'incidence et la mortalité du cancer du col de 80 % ». ([CTV HCSP 2007](#) - p.2).
- « Le dépistage qui repose sur un test cytologique, le frottis cervico-utérin, est un moyen de prévention secondaire efficace des cancers du col de l'utérus ». ([HAS 2013](#) - p.7)

¹²[Vioxx](#) - Merck solde l'affaire Vioxx en déboursant 4,85 milliards de dollars d'indemnités ([Le Monde](#) - 2007). L'enquête révèle que le **laboratoire Merck connaissait les effets secondaires potentiellement mortels avant même de lancer Vioxx** en 1999, mais avait dissimulé les résultats inquiétants de ces études ([The week](#) - 2012).

[Pots de vin](#) - Merck condamné à plus de 650 millions de dollars pour (notamment) **pots de vin à des prestataires de soins de santé** pour les inciter à prescrire les produits de la société ([ministère de la Justice des USA](#) - 2008).

[Levothyrox](#) - Manque d'information au public, Merck définitivement condamné ([Les Echos](#) - 2022) et mis en examen pour **tromperie aggravée** ([La Tribune](#) - 2022).

¹³L'Académie de Médecine reconnaît depuis plus de dix ans que l'aluminium vaccinal peut atteindre le cerveau : « *La concentration d'aluminium va en décroissant : rein > rate > foie > cœur > ganglions > cerveau* » ([Les adjuvants vaccinaux: quelle actualité en 2012 ?](#)) - Un constat confirmé (et des modalités précisées) par [Flarend et al.](#) 1997, [Khan et al.](#) 2013, [Eidi et al.](#) 2015, [Crépeaux et al.](#) 2015 (voir [Gherardi et al.](#) 2015 et [Masson et al.](#) 2022 pour revues complètes).

→ « La prévention des cancers cervico-utérins, quel que soit le type de HPV incriminé, repose depuis des décennies sur le dépistage des lésions précancéreuses/cancéreuses par le frottis cervico-utérin (FCU) qui a largement fait preuve de son efficacité quand il est correctement organisé ». ([HAS 2013](#) – p.9)

Ce que confirme le Vidal : « Un examen simple, le **frottis cervico-utérin**, permet de dépister la dysplasie du col de l'utérus et, de ce fait, la plupart des cancers du col de l'utérus sont diagnostiqués et traités avant même de devenir réellement des cancers, ce qui permet une guérison complète » ([Source](#), consultée le 15 juin 2023), ainsi que le site Doctissimo : « **le cancer du col de l'utérus est marqué par une évolution très lente qui se caractérise par l'apparition de lésions précancéreuses curables. De ce fait, c'est un cancer évitable à condition de recourir à un dépistage régulier par frottis** » ([Source](#), consultée le 10 juin 2023).

« La part des femmes ayant réalisé un dépistage sur la période 2010-2013 (taux de couverture en participation spontanée) était de 61 % sur quatre ans et variait de 52 % à 72 % selon les départements » :

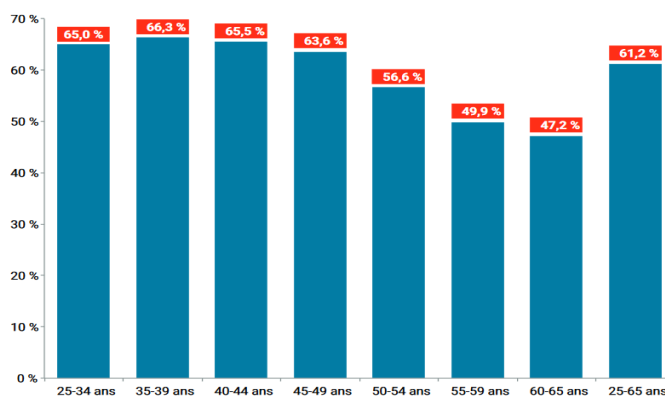


FIGURE 2 : Proportion de femmes ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin en quatre ans (2010-2013) selon l'âge

Source : échantillon généraliste des bénéficiaires Issus du SNIRAM. Traitement : INCa, 2015.

Source : INCA, mai 2018 – [Papillomavirus et cancer](#)

→ Ces éléments montrent que la France dispose d'une marge significative de progression dans le dépistage, afin de détecter suffisamment en amont d'éventuelles lésions précancéreuses, de les traiter (via notamment la conisation) et ainsi de réduire de manière encore plus importante le nombre de personnes atteintes d'un cancer du col de l'utérus. A cet égard, nous ne pouvons que déplorer le manque de moyens mis en place pour organiser en France (et notamment dans les territoires socialement et économiquement défavorisés) une véritable politique de prévention permettant un suivi gynécologique régulier des femmes.

A noter : une surveillance du virus HPV peut également se faire chez l'homme. « Si un homme est inquiet, il demandera l'avis de son médecin traitant qui l'orientera éventuellement vers un urologue ou un dermatologue. Ceux-ci pourront procéder à l'examen du pénis et de l'anus afin de détecter des verrues génitales (condylomes), des lésions précancéreuses ou cancéreuses, puis les traiter. Un ORL pourra faire de même dans la bouche ou dans la gorge en cas de lésions évocatrices. » Source : [Mpédia](#)

13. Quid en définitive de la balance bénéfice-risque de cette vaccination avec le Gardasil 9 ?

Il résulte de l'ensemble des données compilées dans la présente FAQ :

- L'absence de létalité des cancers HPV chez les hommes,
- La faible létalité du cancer du col de l'utérus chez les femmes,
- Une action de prévention tout à fait efficace sur le cancer du col de l'utérus, pour peu qu'elle soit développée sur tout le territoire : le frottis cervico-utérin,
- Une possible surveillance du virus HPV chez l'homme.

A l'inverse, on ne connaît pas à l'heure actuelle le bénéfice de la vaccination HPV - du moins, ce dernier n'est pas établi. Comme l'indique l'INCA, « ces vaccins n'ont pas encore démontré leur efficacité sur l'incidence des cancers en raison de leur mise sur le marché relativement récente ».
Source : INCA, mai 2018 – [Papillomavirus et cancer](#)

On ne connaît pas non plus le nombre réel d'effets indésirables graves liés à ce vaccin, par défaillance de la pharmacovigilance française. Ce qui est sûr, c'est que le nombre d'effets indésirables graves déclarés est d'ores et déjà très important, puisque supérieur à 13,7 pour 100 000 doses. De plus, nous sommes en présence d'un adjuvant aluminique (récemment développé) à la pharmacocinétique inconnue, mais susceptible de migrer dans l'organisme pour s'accumuler (en partie) dans le cerveau, à l'instar des adjuvants aluminiques classiques, et qui plus est associé à de nombreux fragments d'ADN du HPV.

Il existe par ailleurs un risque de développement de souches de virus non incluses dans le Gardasil, pouvant en réalité faire augmenter l'incidence du cancer du col de l'utérus - risque d'autant plus sérieux qu'un **faux sentiment de sécurité pourrait amener de nombreuses femmes à ne plus faire réaliser de frottis.**

Le risque lié à une vaccination généralisée contre le HPV est donc très largement supérieur à un bénéfice qui n'est, pour l'instant, qu'hypothétique.

* * *

En définitive, il apparaît que cette campagne de vaccination ne répond pas à un problème de santé publique¹⁴ - encore moins à une urgence. Elle repose plus sur des considérations politiques (et certainement économiques) que sanitaires¹⁵.

Le vaccin présente en revanche des risques sérieux pour un bénéfice qui n'est, quant à lui, nullement garanti cependant qu'il existe le frottis - une solution totalement inoffensive qui a fait la preuve de son efficacité et dont le coût financier est moindre pour la collectivité que la vaccination.

E3M a donc décidé de saisir le tribunal administratif et de déposer un référé pour demander, notamment au regard de la balance bénéfice/risque négative et du principe de précaution, la suspension de la campagne de généralisation de la vaccination HPV en direction des filles et des garçons.

E3M attire par ailleurs l'attention de tous sur le fait que **tout acte de soin, et donc toute vaccination, nécessite le consentement libre et éclairé du patient, « c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte » et « avoir été informé des risques fréquents ou graves normalement prévisibles et des conséquences éventuelles que ceux-ci pourraient entraîner »** ([ministère de la Santé](#)). Les informations présentées dans ce document doivent donc être portées à la connaissance des garçons et des filles, et de leurs parents, avant toute éventuelle injection.

¹⁴Il n'existe pas de définition officielle de ce que recouvre une "priorité de santé publique". Celle-ci varie selon que l'on porte un regard d'épidémiologiste, d'économiste, de décideur politique, de sociologue, etc... Il n'en demeure pas moins que la létalité est un facteur clé dans sa détermination.

¹⁵A cet égard, il n'est pas inutile de reprendre l'enquête menée par Sophie Des Déserts en 2014. Alors journaliste au Nouvel Obs, elle évoque dans son article l'influence de l'industrie pharmaceutique sur certains décideurs politiques :

« [Sanofi Pasteur] peut aujourd'hui se prévaloir de soutiens de taille, ceux de Marisol Touraine, ministre de la Santé, et de François Hollande en personne qui, à la surprise générale, a annoncé, dans le cadre du plan cancer, une relance du Gardasil, avec un doublement de la couverture vaccinale d'ici à cinq ans. Il envisage même, sur les conseils de la Direction générale de la Santé (DGS), de porter à 100% le remboursement de ce vaccin aujourd'hui vendu plus de 350 euros (les trois injections) et de l'inoculer dans les collèges, dès l'âge de 11 ans. « Le Canard enchaîné » suspecte même la numéro deux de la Direction Générale de la Santé, Marie-Christine Favrot, d'avoir été influencée par son beau-fils, directeur de la stratégie de Sanofi. Mais, selon nos informations, le Gardasil a aussi été discuté en plus haut lieu. Christian Lajoux, le PDG France de Sanofi, est allé plaider sa cause à l'Élysée, dans le bureau d'Emmanuel Macron. Depuis, le président de la République s'est inquiété que le vaccin ne soit « administré qu'à 30% des jeunes filles... », sans s'interroger sur les raisons de ce désaveu. »