

Les victimes du papillomavirus humain sont-elles celles que l'on croit ?

PAR DR PIERRE BIRON*

PROFESSION SANTÉ - LE 15 SEPTEMBRE 2015

Le Cervarix bivalent de GSK contient les types 16-18. Le Gardasil de Merck est quadrivalent (ajout de 6-11). Le Gardasil 9 nonavalent ajoute 31-33-45-52-58. Tous adjuvantés d'aluminium. Le discours des experts et organismes indépendants sur la vaccination des fillettes contre le virus du papillome humain (VPH) en prévention du cancer du col utérin diffère sensiblement des messages issus des fabricants et relayés par des autorités, des professionnels et des universitaires. Voici comment.

Y a-t-il urgence en santé publique ? Certainement pas. La prévalence des VPH à haut risque oncogène chez les bien-portantes de pays développés est faible. C'est ainsi que pour les types 16-18, elle est de 1,5 % et 0,8 % dans l'étude NHANES aux États-Unis. En Europe, selon Clifford et coll., elle est de 1,8 % et 0,7 % respectivement.

Même si environ la moitié des femmes actives sexuellement depuis plus de trois ans seront infectées par un VPH, la majorité des infections se résolvent spontanément. Même si environ 90 % des cancers du col utérin surviennent chez des femmes infectées, l'inverse n'est pas vrai, et seulement 70 % sont liés aux types 16-18.

Le rapport 2015 de l'Agence de la santé publique du Canada sur le cancer est édifiant. Il prévoit qu'au cours de sa vie, seulement une Canadienne sur 150 présentera un cancer du col utérin, dont 57 % après 49 ans (trois décennies après l'adolescence et après la vaccination recommandée aux écolières) et que une sur 450 décédera du cancer du col utérin, malgré une survie à cinq ans de 71 %.

La baisse du taux d'incidence normalisée pour l'âge, entre 2005 et 2030 – de 6,8 à 6,1/100 000/an – se traduirait par un cancer du col utérin en moins par 143 000 femmes-année (et un décès relié en moins par 430 000 femmes-année.)

Au Québec, le nombre estimé et prévu entre 2003 et 2032 oscille autour de 300 nouveaux cancers du col utérin annuellement. Le taux d'incidence normalisé selon l'âge, entre 2005 et 2030, est en régression, passant de 6,8 à 5,3/100 000/an – équivalant à un cancer du col utérin en moins par 67 000 personnes-année (et un décès relié en moins par 200 000 personnes-année).

Efficacité démontrée ?

Nullement pour le cancer du col utérin, car il faudrait des essais contrôlés poursuivis pendant des décennies et faits de façon transparente, rigoureuse et pertinente. Après tout, on ne voudrait pas que nos jeunes vaccinées servent de cobayes.

Pas vraiment pour les dysplasies de haut grade. Les résultats de trois essais cliniques sponsorisés

(Future I, II et I/II) sont décevants après trois à quatre ans : le « nombre nécessaire de vacciner » est de 125 femmes pour prévenir une seule de ces dysplasies, et ce nombre est de même ampleur dans une étude cas-témoins menée auprès de 108 000 Australiennes. La comparaison observationnelle de vaccinées et de non-vaccinées – 17 500 Finlandaises x 4 ans et 400 000 Danoises x 1-6 ans – a été négative statistiquement.

Immunité durable ?

Le nombre de primovaccinations, leur espacement, le taux d'efficacité, le déclin de l'immunité au fil des décennies et le besoin de rappels étant encore incertains, on se demande si l'immunosuppression durera les décennies requises pour protéger du pic d'incidence du cancer du col utérin dans la quarantaine et des deux tiers qui surviennent plus tard dans la vie. Le fardeau de la preuve incombe au fabricant.

Vaccinovigilance rassurante ?

Non. Au Royaume-Uni, on décompte déjà 8228 signalements d'incidents post-vaccinaux, soit trois à 30 fois plus que pour tout autre vaccin; aux États-Unis, ce chiffre atteint 39 390 notifications dont 228 décès.

Certaines observations évoquent des atteintes neurologiques centrales/périphériques ou auto-immunes : syncopes, convulsions, migraines, fatigues; troubles locomoteurs, cognitifs, sensitifs, psychotiques, musculaires ou autonomiques; affections démyélinisantes, anaphylaxies, asthmes, polyarthropathies, séquelles invalidantes, ménopauses précoces, morts subites...

Pour l'exemple, une Canadienne de 14 ans meurt deux semaines post 2e dose de Gardasil ; une de 19 ans décède six mois post 3e dose, des manifestations neurologiques étant apparues peu après la première dose. Leurs autopsies, normales par ailleurs, montrent une encéphalopathie; l'immunohistologie des capillaires cérébraux révèle des anticorps HPV16L1, d'où l'hypothèse – à vérifier évidemment – d'une vascularite cérébrale auto-immune par l'antigène vaccinal. Cinq autres syndromes non fatals mais sémiologiquement proches sont signalés aux États-Unis.

Le Japon ne recommande plus cette vaccination. En Espagne, une pétition pour un moratoire porte la signature de 8000 professionnels. En Inde, décès et incidents graves dans une région mettent fin aux essais cliniques.

Dépistage approprié ?

Le taux d'incidence normalisé pour l'âge du cancer du col utérin au Canada a baissé de 1,4 % par année entre 1998 et 2007. En bonne partie grâce au dépistage cytologique (dit Pap). La chute d'incidence a commencé avant les vaccins et continuera après, et on ne pourra en toute validité l'attribuer à la vaccination sans l'appui d'essais randomisés.

COMMENTAIRES

L'hypothétique (et à la limite, infime) protection, durant des décennies, de la rare mortalité par ce cancer justifie-t-elle le risque, même minime, de gâcher – voire d'emporter – la vie d'une fillette ? La mortalité générale n'étant pas affectée, le fardeau vaccinal, médical et financier, devient rédhibitoire.

La désignation « anticancéreux » pour un vaccin « antiviral » d'effectivité inconnue au long cours est une usurpation sémantique à visée promotionnelle, mais malheureusement légalisée.

Les vaccinées et les parents doivent être informés des attentes irréalistes d'un pari peu sensé et des inquiétants signaux en vaccinovigilance.

La santé publique doit réaliser qu'elle ne met pas ses priorités – ni son argent – au bon endroit. Rien de plus vendeur en effet qu'un produit libellé « anticancéreux », sachant la peur qu'inspire le mot « cancer ». Étant donné une population cible immense (toutes les écolières), une mise au point facilitée par les techniques recombinantes, la mollesse de l'évaluation clinique exigée des autorités, l'absence de « menace » commerciale par le spectre de la généricisation, et la prolifération des directions de santé publique qui assument les coûts d'achat, émettent des recommandations favorables, ou endossent la responsabilité juridique des accidents vaccinaux, l'industrie innovatrice a trouvé son nouvel eldorado pour compenser les nombreuses échéances de ses brevets « milliardaires ».

Une prévention efficace, sécuritaire et efficiente passe par le dépistage et l'évitement des relations risquées, des nombreux partenaires, du VIH, du tabagisme; tous des objectifs évidemment plus difficiles à atteindre en milieux et pays défavorisés.

* Le Dr Pierre Biron, médecin retraité, a été notamment professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.