

Le Gardasil un surtraitement préventif au résultat cancérologique paradoxal

Gérard Delépine chirurgien cancérologue,
Nicole Delépine pédiatre cancérologue



Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun lien avec une entreprise du médicament ni avec aucune association anti vaccin

Colloque de Bobigny Surmédicalisation, surdiagnostics, surtraitements
Locaux de la revue Prescrire Atelier N° 3 30/11/2019

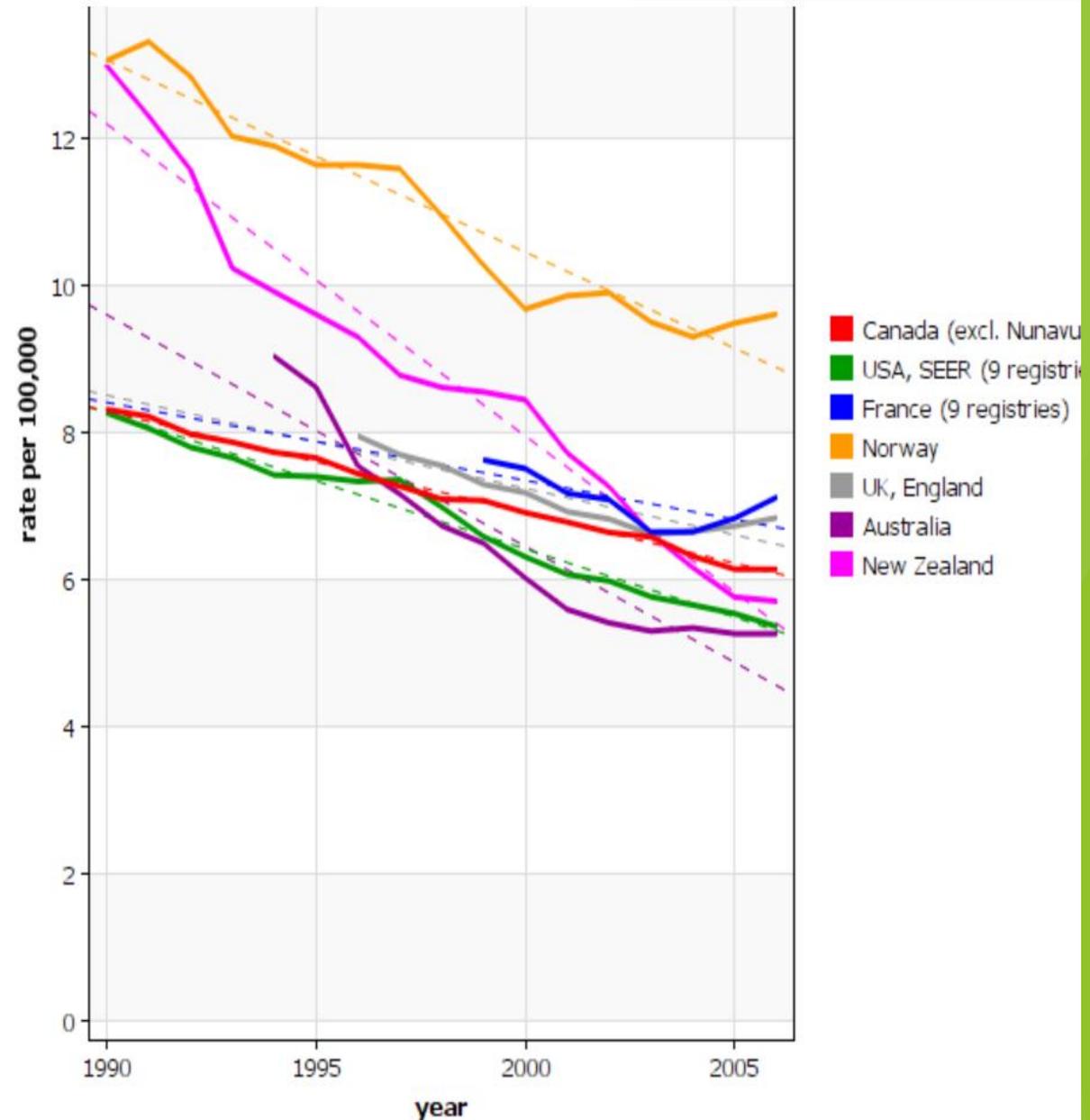
Période pré vaccinale: 1980-2007

marquée par diminution très significative ($p < 0.001$) du taux standardisé d'incidence du cancer du col de l'utérus dans tous les pays étudiés, avec un taux moyen de décroissance de 2.5 % entre 1989 et 2000

et ralentissement de cette baisse entre 2000 et 2007. Cette décroissance spectaculaire unanimement attribuée au dépistage par frottis

Le refus de ce dépistage est mortifère : en France 700 à 800 femmes meurent chaque année en France de ce cancer parce qu'elles n'ont pas pratiqué ce dépistage

La vaccination peut-elle diminuer la mortalité (250/an) liée aux insuffisances du dépistage ?



But de cette étude

Evaluer les résultats cancérologiques de la vaccination anti HPV

sur l'évolution d'incidence du cancer invasif du col de l'utérus dans les pays

qui pratiquaient le dépistage par frottis

qui ont été les premiers à réaliser des campagnes de vaccination massive

Et qui disposent d'un registre national du cancer détaillant les données par classe d'âge

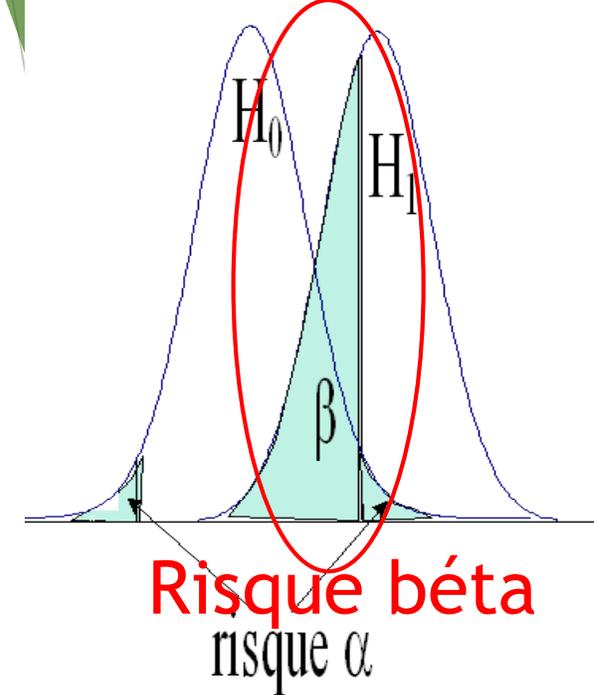
Essais randomisés ou registres ?

La puissance d'un essai randomisé dépend du nombre de sujets inclus analysables, du risque de première espèce (α) et de la taille de l'effet recherché par rapport à la variance

Les résultats des essais randomisés représentent le meilleur niveau de preuve

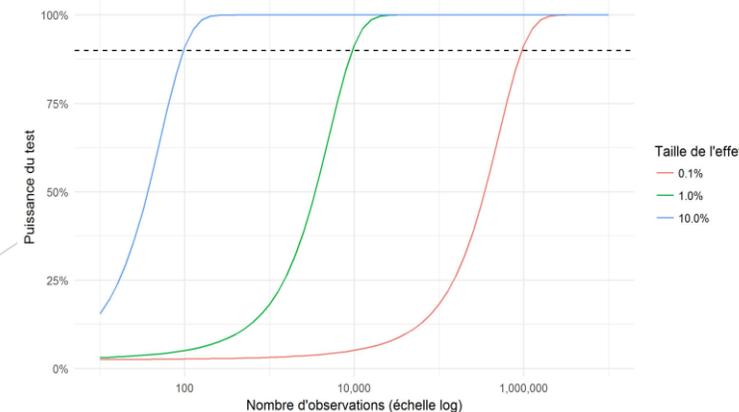
mais la grande rareté de ce cancer dans ces pays et le long délai de l'évolution naturelle (qui multiplie les perdues de vue) enlève toute puissance aux essais randomisés pour conclure sur l'effet cancer

Les registres nationaux du cancer qui prennent en compte **la totalité d'une population** représentent **l'outil le plus pertinent pour** évaluer l'efficacité d'un **programme de prévention anti cancer**



Risque bêta : risque de méconnaître une différence réelle par manque de puissance

Puissance d'un test de Student bilatéral sur un échantillon suivant le nombre d'observations
écart type = 0.3; La ligne en pointillé montre la puissance = 90%



Méthode

Recueil par internet des données publiées dans les registres nationaux du cancer et des taux de couverture vaccinale dans les différents groupes d'âge

Analyse des tendances des incidences brutes et standardisées avant et depuis l'ère de la vaccination

Pour les groupes d'âge dont les effectifs ou l'incidence de cancers invasifs étaient faibles

prise en compte des incidences lissées sur 3 ou 5 ans

Recherche de l'existence des tendances statistiquement significatives par le coefficient de corrélation et le programme Joint Point 4.7.0.0.

Critères d'inclusion dans l'étude

- ▶ Pays pratiquant le **dépistage par frottis depuis au moins dix ans**
- ▶ Disposant d'un **registre national du cancer**
- ▶ Ayant organisé des campagnes larges de vaccination
- ▶ **Couverture vaccinale supérieure à 80% depuis plus de 5 ans**
- ▶ **Seuls 4 pays remplissent ces critères : Australie, Grande Bretagne, Suède, Norvège**

Raisons des exclusions

Absence de registres nationaux du cancer : Allemagne, Italie, Portugal, Espagne. Couverture vaccinale insuffisante et/ou fluctuante : USA, Japon, Danemark, Autriche. Population trop réduite avec sous groupes par âge ne permettant pas d'estimation fiable : Nouvelle Zélande, Pays bas, Suisse, Islande, Belgique..

Résultats des registres du cancer

1°) Sur la population globale (TSM) pour définir le pays à la politique sanitaire la plus efficace

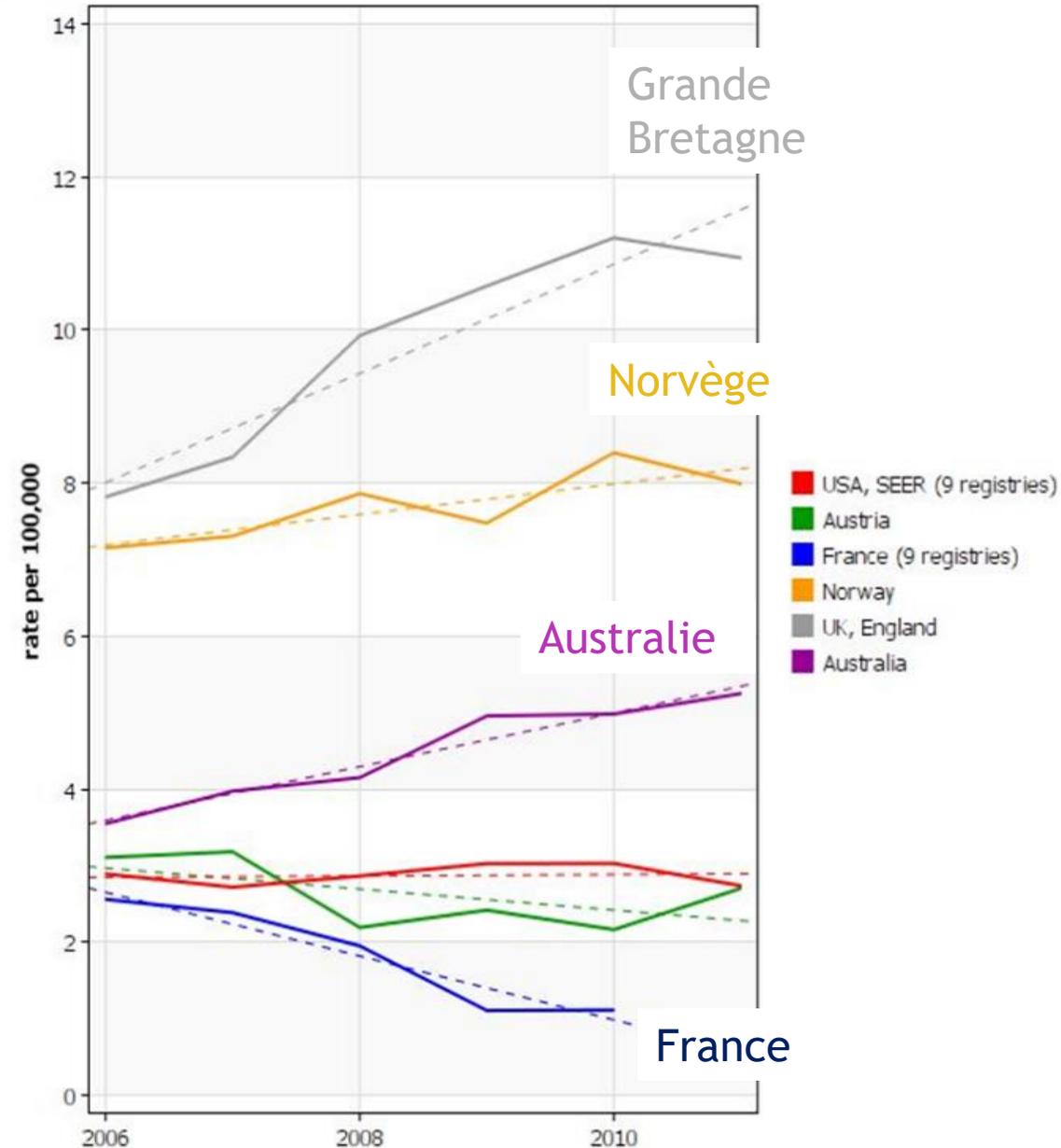
2°) Par groupes d'âge pour comparer les groupes vaccinés aux autres et évaluer ainsi l'efficacité de la vaccination

Depuis les vaccinations

Les registres officiels du cancer montrent, dans les groupes d'âge les plus vaccinés

une augmentation de l'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus qui affecte tous les pays à forte couverture vaccinale (Australie, Grande Bretagne, Norvège, Suède)

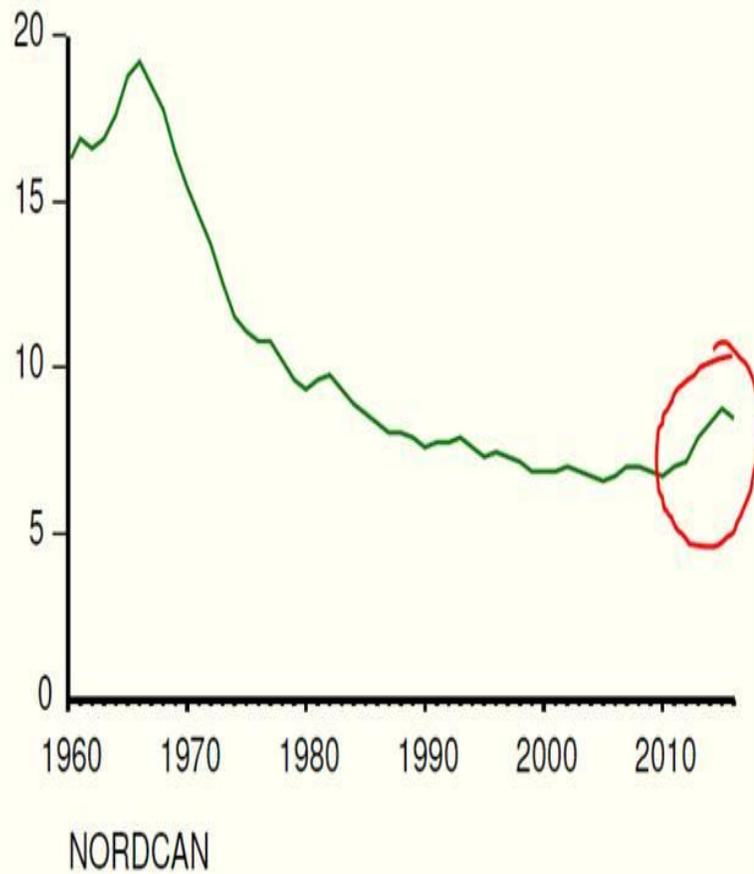
qui apparaît rapidement après le début de la campagne de vaccination qui épargne les pays peu vaccinés



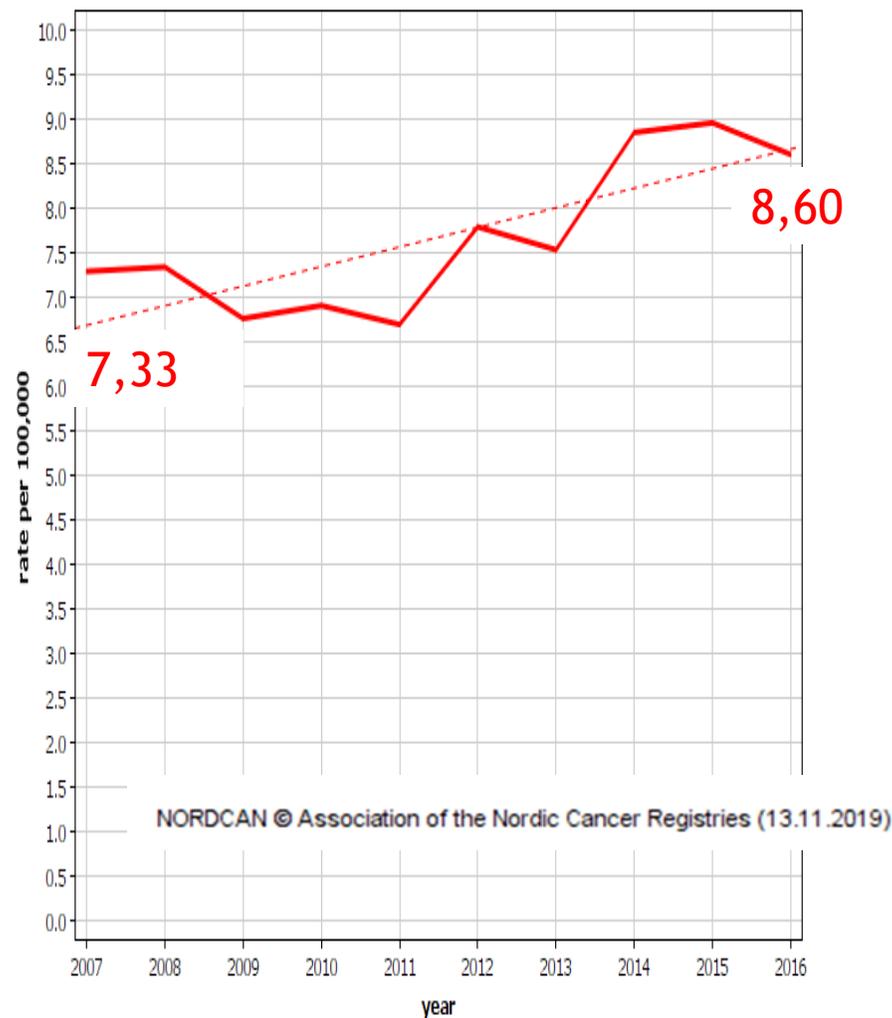
Suède : évolution globale avant et depuis la vaccination



Age-standardized rates (W) over time
Incidence



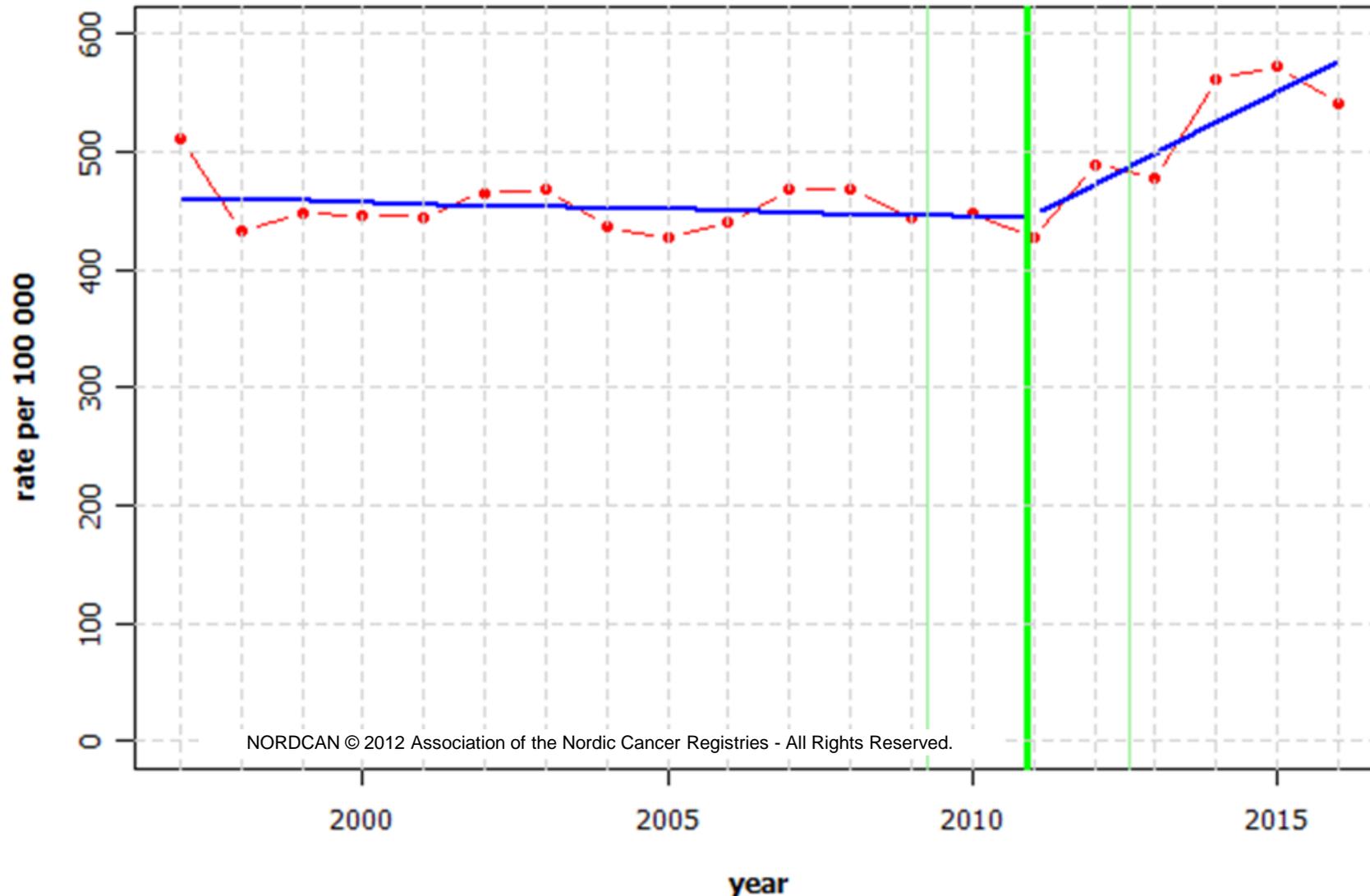
Sweden
Cervix uteri
Incidence: ASR (World) age 0-85+



Year	
2007	7.29
2008	7.34
2009	6.76
2010	6.91
2011	6.69
2012	7.79
2013	7.53
2014	8.85
2015	8.96
2016	8.60

Depuis 2011 l'incidence globale a augmenté de 28% (de 6.6 à 8.6)

L'analyse « break point » montre que l'augmentation statistiquement significative est apparue en 2011



Breakpoint	Year	Standard error	95% CI
Estimated	2011	0.85	[2009;2012]
Slope			
Before (1997-2011)	-1.18	1.64	[-4.65;2.30]
After (2011-2016)	25.94	5.91	[13.42;38.47]
Estimated annual percent change			
Before (1997-2011)	-0.34		[-0.88;0.20]
After (2011-2016)	5.35		[2.25;8.54]

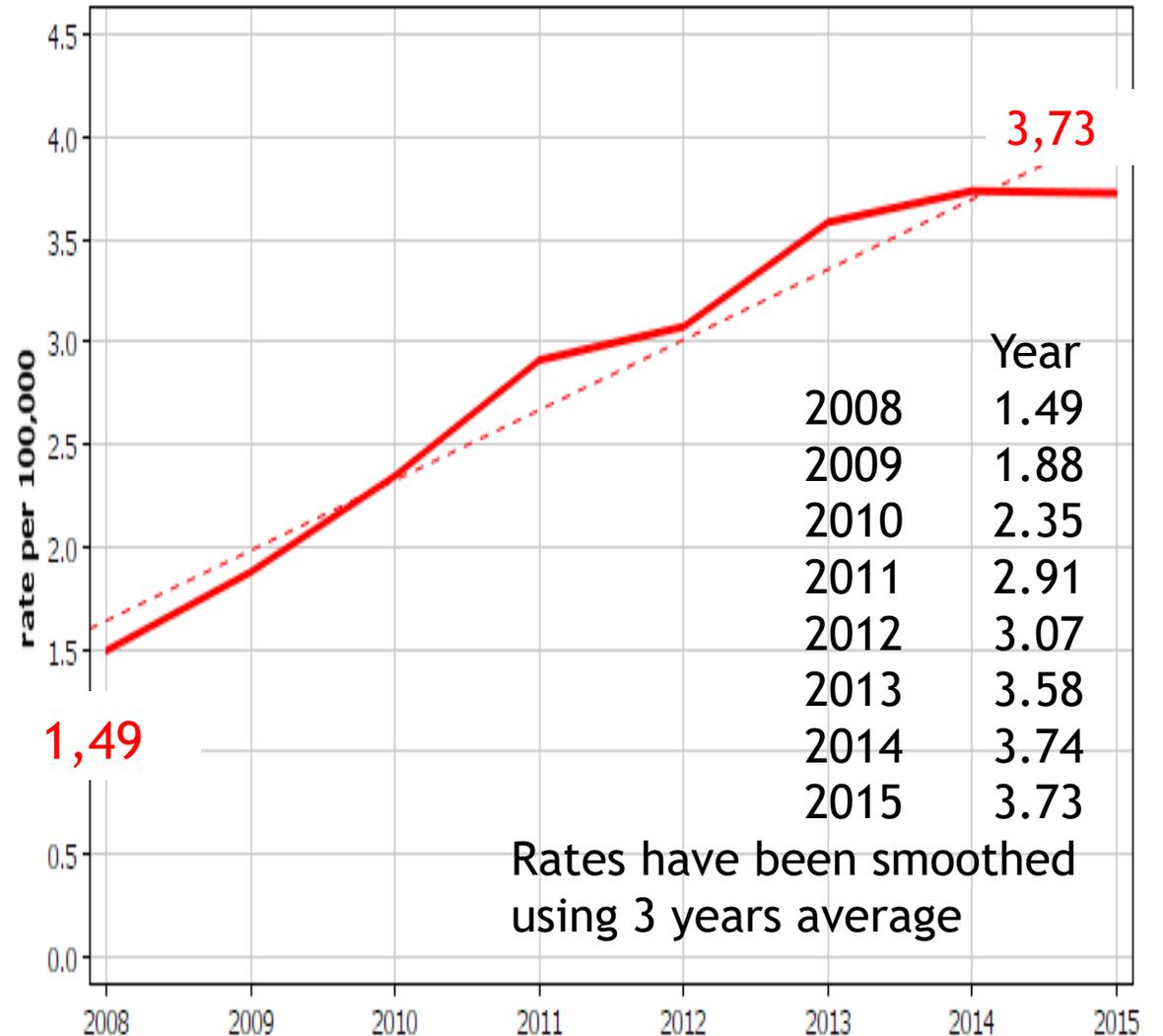
groupe cible des vaccinations (20 à 24 ans en 2016)

Depuis la vaccination,
l'incidence (lissée sur 3 ans) a
été multipliée par 2,5 dans ce
groupe de filles vaccinées
quand elles avaient entre 14
et 18 ans

(Taux de couverture vaccinal
anti HPV >80%)

Cette augmentation est très
significative $P < 0,001$

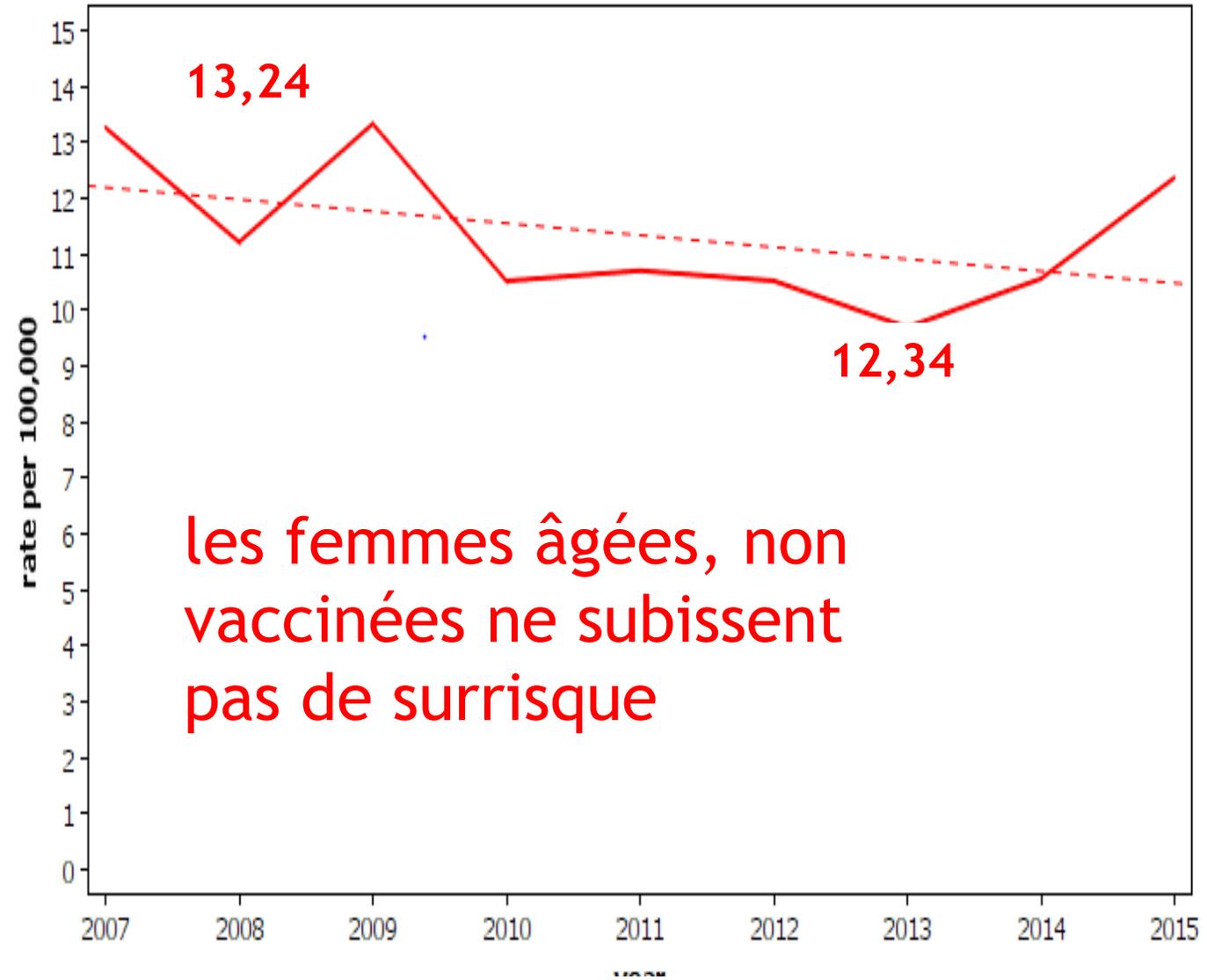
Incidence: Sweden
Cervix uteri



NORDCAN © Association of the Nordic Cancer Registries (1.10.2018)

Suède : évolution chez les suédoises *non vaccinées*

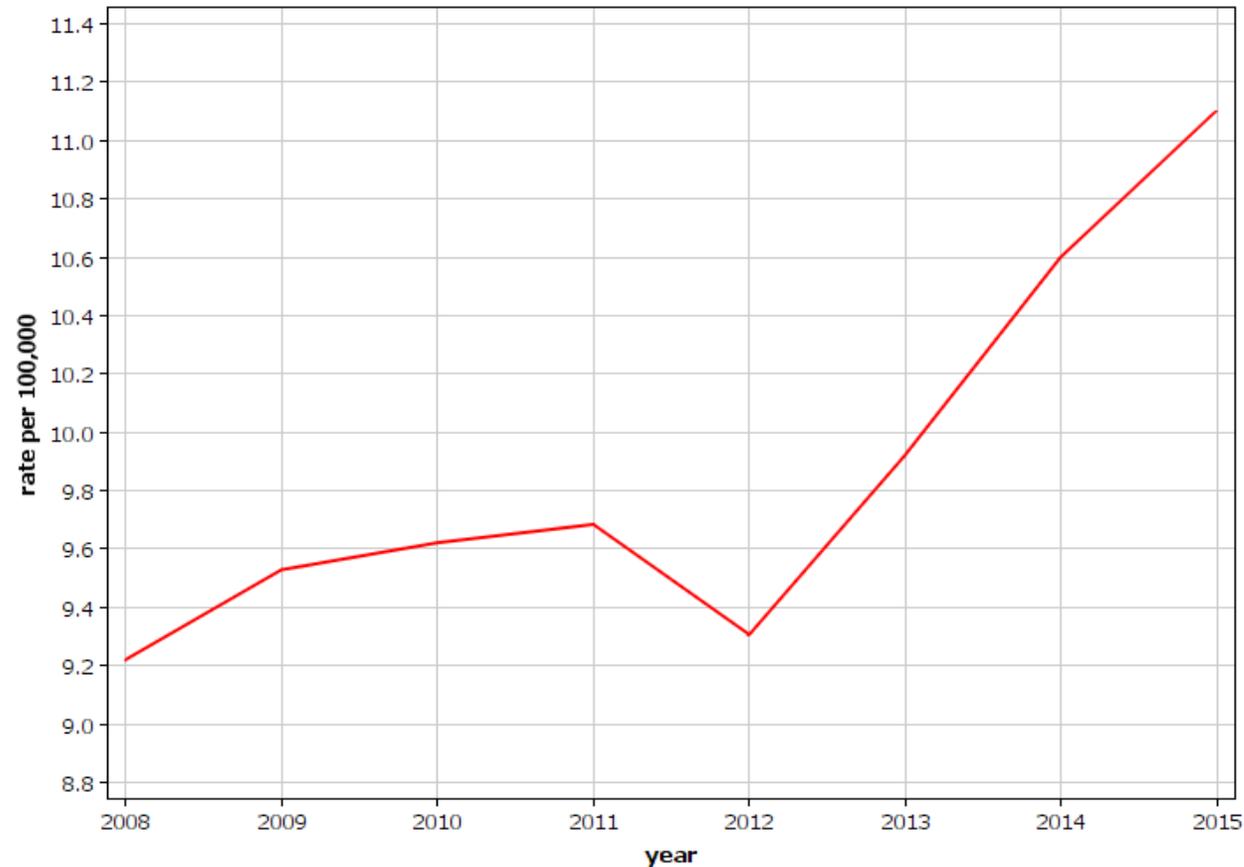
L'incidence a **diminué de 6%**
dans le groupe des femmes
âgées de 50 à 74 ans



les femmes âgées, non
vaccinées ne subissent
pas de surrisque

Norvège: évolution d'incidence globale

Norway
Cervix uteri
Incidence: ASR (World) age 0-85+



Year	Rate per 100,000
2008	9.22
2009	9.53
2010	9.62
2011	9.68
2012	9.30
2013	9.92
2014	10.60
2015	11.10

Rates have been smoothed using 3 years average

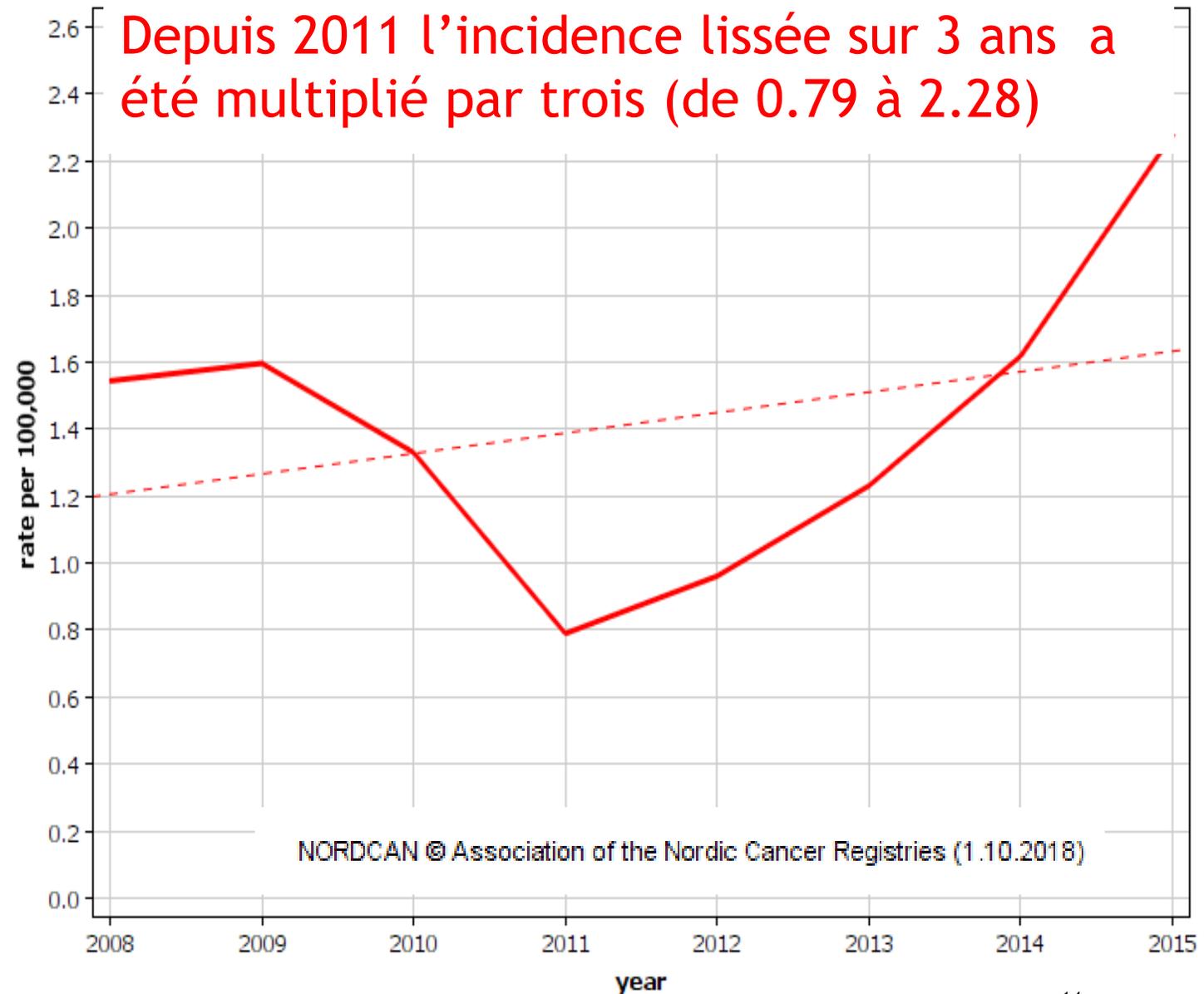
► Depuis la vaccination l'incidence standardisée Monde de la population globale a augmenté de 20%

Norvège évolution d'incidence chez les 15-24

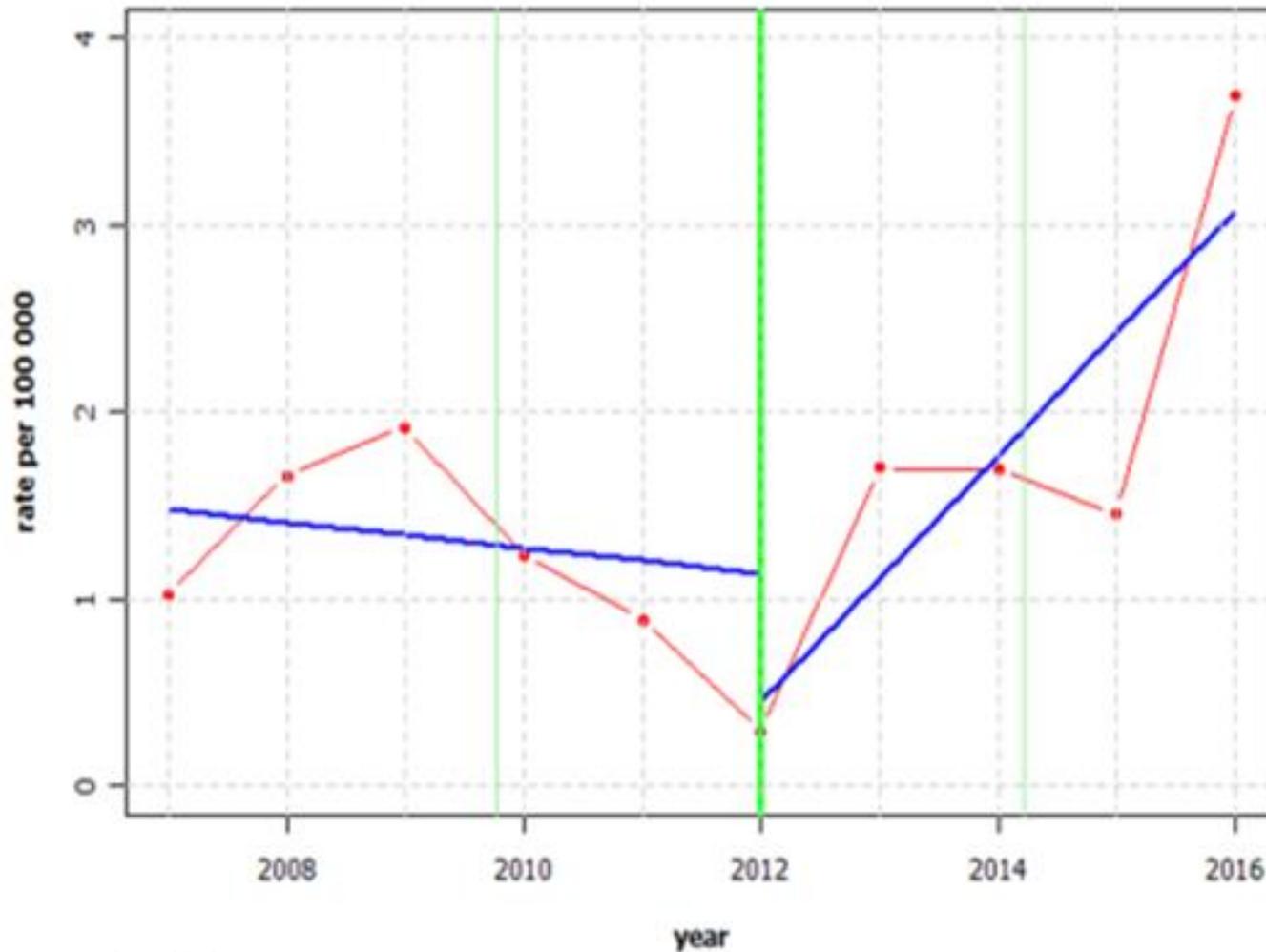
Year	
2009	1.60
2010	1.33
2011	0.79
2012	0.96
2013	1.23
2014	1.62
2015	2.28

Rates have been smoothed using 3 years average
incidence lissée sur trois ans

Norway
Cervix uteri
Incidence: ASR (World) age 15-24



Evolution de l'incidence des cancers invasifs chez les norvégiennes de 15 à 24 ans L'analyse statistique montre que **le changement, statistiquement significatif, est apparu 2 ans après la vaccination.**



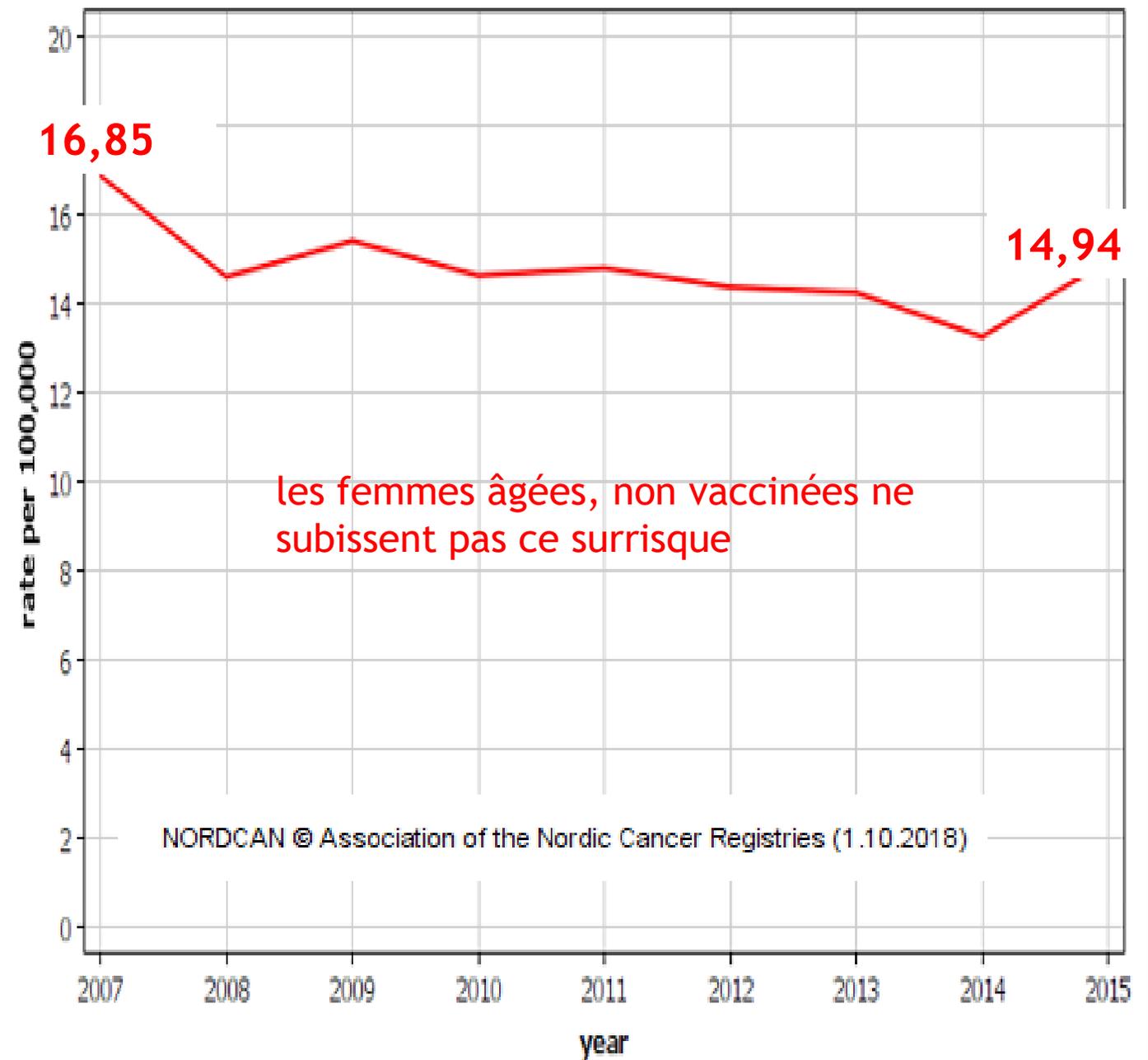
Avant la vaccination et jusqu'en 2012 l'incidence diminuait. Elle a commencé à augmenter 2 à 3 ans après la campagne scolaire de vaccination

Breakpoint	Year	Standard error	95% CI
Estimated	2012	1.13	[2009;2014]
Slope			
Before (2007-2012)	-0.07	0.20	[-0.56;0.42]
After (2012-2016)	0.66	0.20	[0.17;1.14]
Estimated annual percent change			
Before (2007-2012)	-21.99		[-39.75;1.02]
After (2012-2016)	64.16		[13.59;137.25]

NORDCAN © 2012 Association of the Nordic Cancer Registries - All Rights Reserved.

Norvège: évolution d'incidence chez les femmes non vaccinées

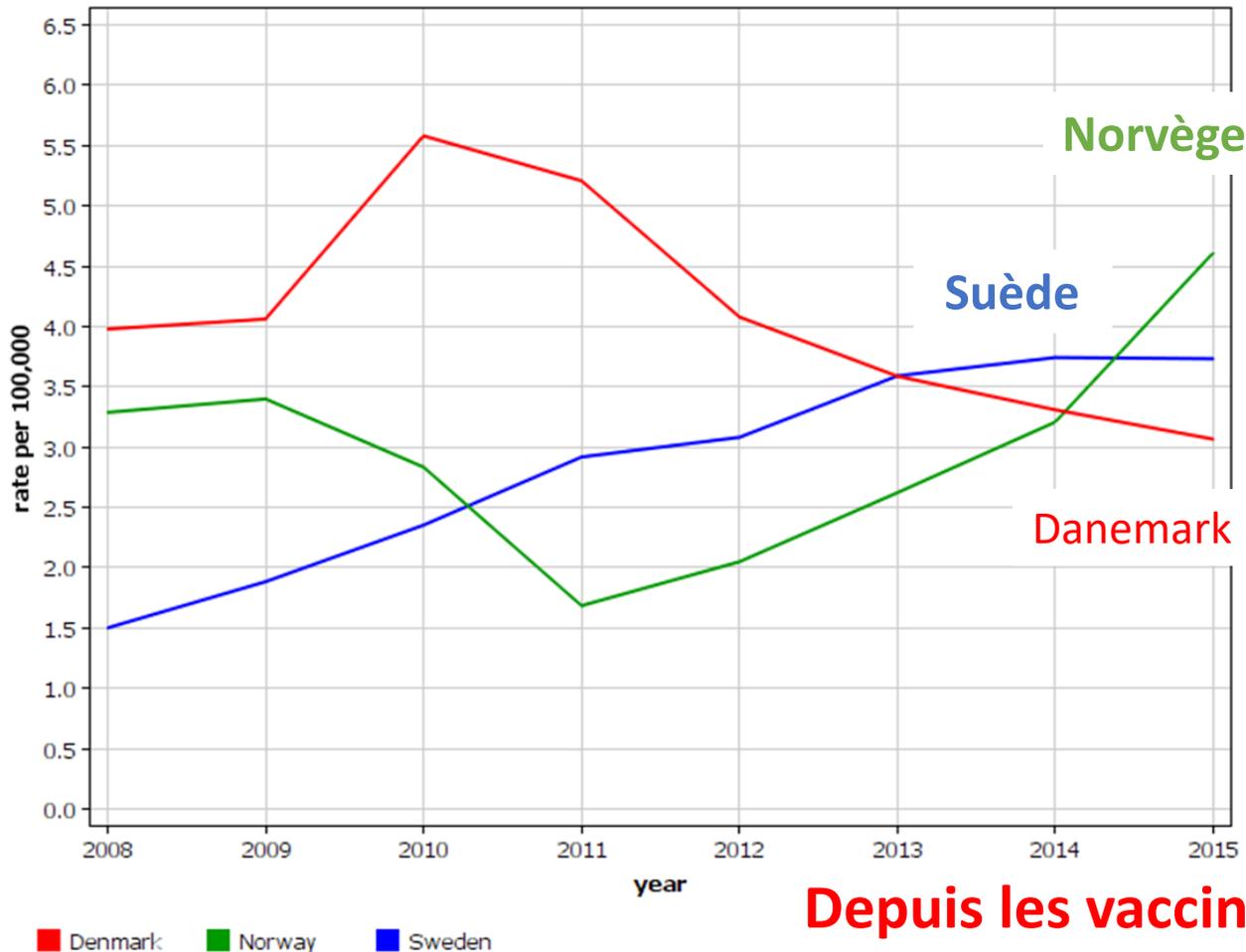
- ▶ L'incidence a **diminué de 11%** dans le groupe des femmes de 50 à 74 ans trop âgées pour être vaccinées



■ 50-74

Evolution des incidences en Scandinavie dans les groupes d'âge, cibles de la vaccination

Cervix uteri
Incidence: ASR (World) age 20-24



En Suède (+150%) et en **Norvège** très vaccinées les incidences ont augmenté.
Au Danemark peu vacciné l'incidence a diminué

Toggle Arithmetic/Logarithmic scale

Year	Denmark	Norway	Sweden
2008	3.97	3.28	1.49
2009	4.05	3.39	1.88
2010	5.57	2.83	2.35
2011	5.20	1.68	2.91
2012	4.07	2.04	3.07
2013	3.58	2.62	3.58
2014	3.30	3.20	3.74
2015	3.06	4.60	3.73

Rates have been smoothed using 3 years average

Depuis les vaccinations le Danemark qui était le plus mal placé est devenu le meilleur des trois pays scandinaves

Australia vaccination program



Significant events in human papillomavirus (HPV) vaccination practice in Australia

Year	Month	Intervention
2006	June	4-valent human papillomavirus vaccine (4vHPV) registered for use in females aged 9–26 years as a 3-dose schedule
2007	March	2-valent human papillomavirus vaccine (2vHPV) registered for use in females aged 10–45 years as a 3-dose schedule
2007	April	A 3-dose schedule of HPV recommended for females aged 12–26 years
	April	A 3-dose schedule of 4vHPV funded for females aged 12–13 years, delivered through a school-based program
	July	Time-limited catch-up program of a 3-dose schedule of 4vHPV delivered through schools or primary care providers targeting females aged 14–26 years

La campagne de vaccination a commencé en **Avril 2007**
pour les 12-13 ans (19-20 en 2014)
Avec un programme de rattrapage pour les
femmes âgées de 14 à 26 ans (21 to 33 en 2014)

Jeunes australiennes (12-13 ans en 2007, 19-20 en 2014)

114% d'augmentation de l'incidence

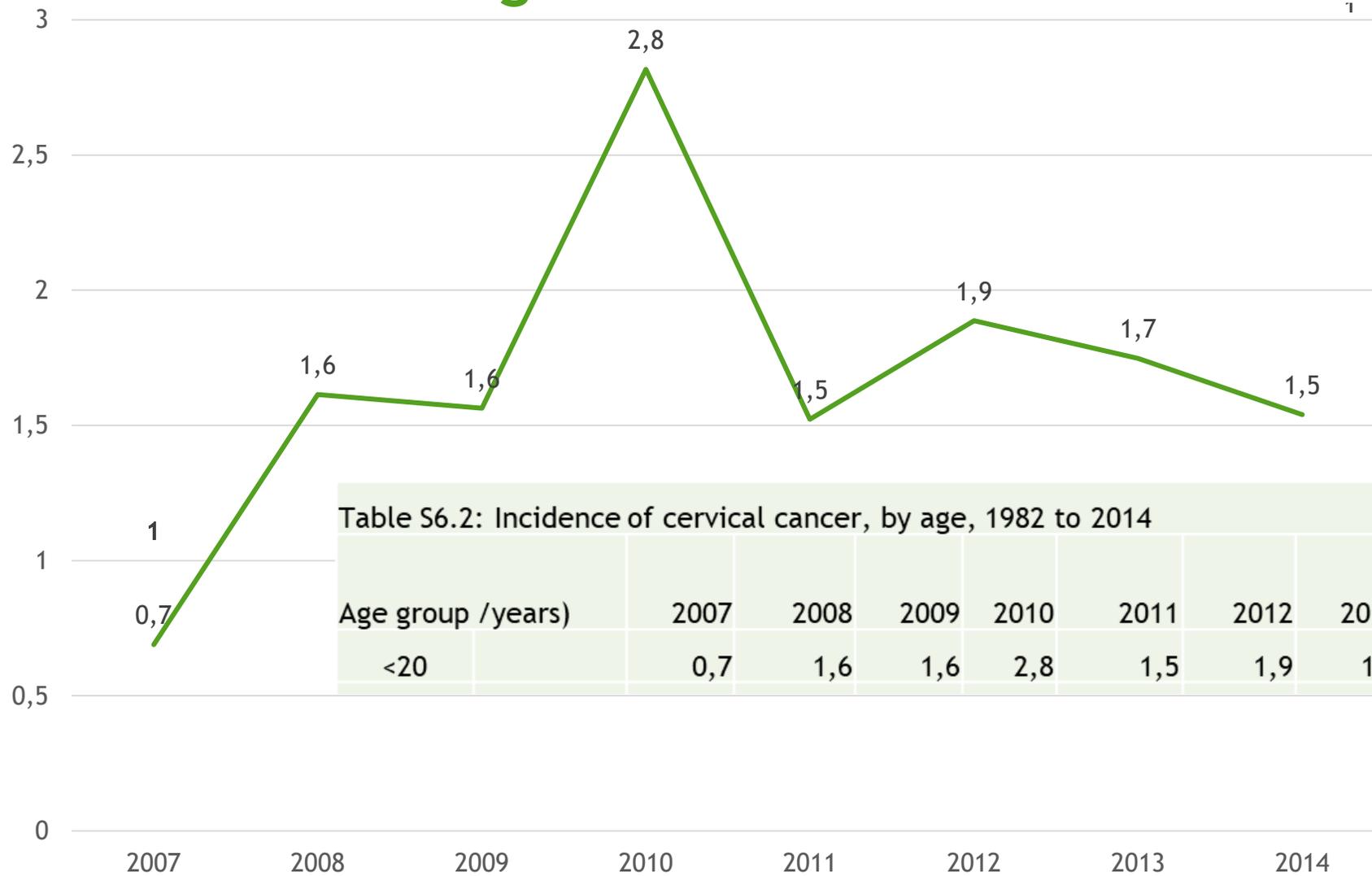
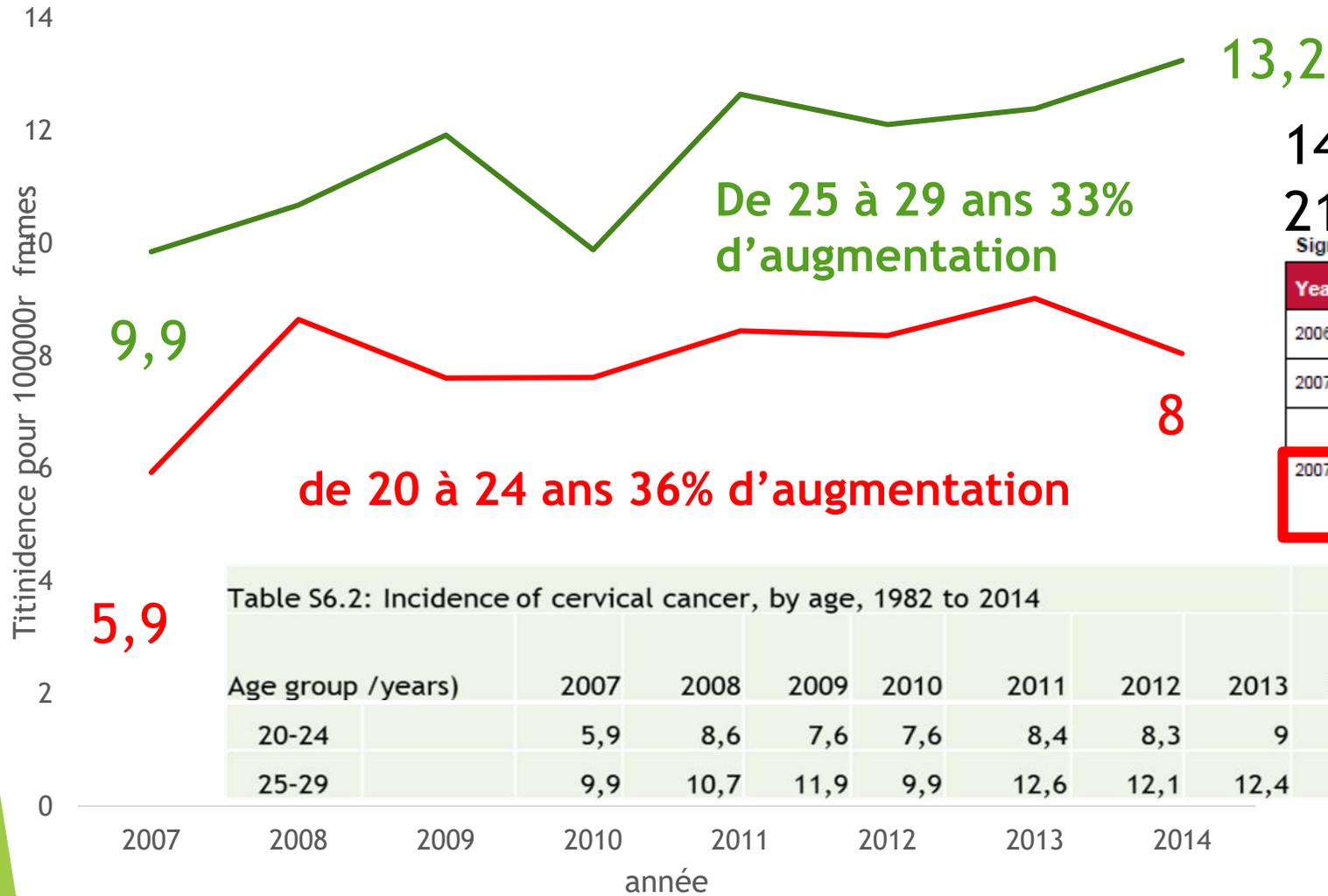


Table S6.2: Incidence of cervical cancer, by age, 1982 to 2014

Age group /years)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<20	0,7	1,6	1,6	2,8	1,5	1,9	1,7	1,5

courbes tracées par l'auteur selon les chiffres de l'Australian Institute of Health and Welfare

Australiennes : évolution après vaccinations de rattrapage « catch up vaccines »



14-26 ans en 2007,
21-33 en 2014



Significant events in human papillomavirus (HPV) vaccination practice in Australia

Year	Month	Intervention
2006	June	4-valent human papillomavirus vaccine (4vHPV) registered for use in females aged 9–26 years as a 3-dose schedule
2007	March	2-valent human papillomavirus vaccine (2vHPV) registered for use in females aged 10–45 years as a 3-dose schedule
	April	A 3-dose schedule of HPV recommended for females aged 12–26 years
2007	July	Time-limited catch-up program of a 3-dose schedule of 4vHPV delivered through schools or primary care providers targeting females aged 14–26 years

Table S6.2: Incidence of cervical cancer, by age, 1982 to 2014

Age group /years)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
20-24	5,9	8,6	7,6	7,6	8,4	8,3	9	8
25-29	9,9	10,7	11,9	9,9	12,6	12,1	12,4	13,2

courbes tracées par l'auteur selon les chiffres de l'Australian Institute of Health and Welfare

Australiennes : évolution chez les plus de 50 ans (non vaccinées)

Cervical screening in Australia 2018: supplementary data tables

age	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% 2007
50–54	11,1	9,8	11,9	9,6	8,5	10,1	8,9	10,9	0,018
55–59	9,7	10,7	8,3	11,5	10,4	8,7	8,4	8,1	0,164
60–64	10,3	7,2	10,2	9,5	8,5	7,3	7,2	8,8	0,145
65–69	11,4	12,5	8,5	10,7	9,0	8,8	9,0	10,5	0,078
70–74	11,1	9,4	11,4	12,2	10,0	11,4	6,5	10,6	0,045
75–79	11,5	12,9	9,2	10,1	9,7	10,8	7,7	8,8	0,234
80–84	14,5	13,9	12,1	12,0	8,7	9,1	11,5	10,1	0,303

L'incidence a diminué en moyenne de 15% entre 2007 et 2014 (frottis)

Grande-Bretagne

Le National Vaccination program a débuté en 2008 ciblant en priorité les filles de 12-13 ans avec un **programme de rattrapage jusqu'à 18 ans**

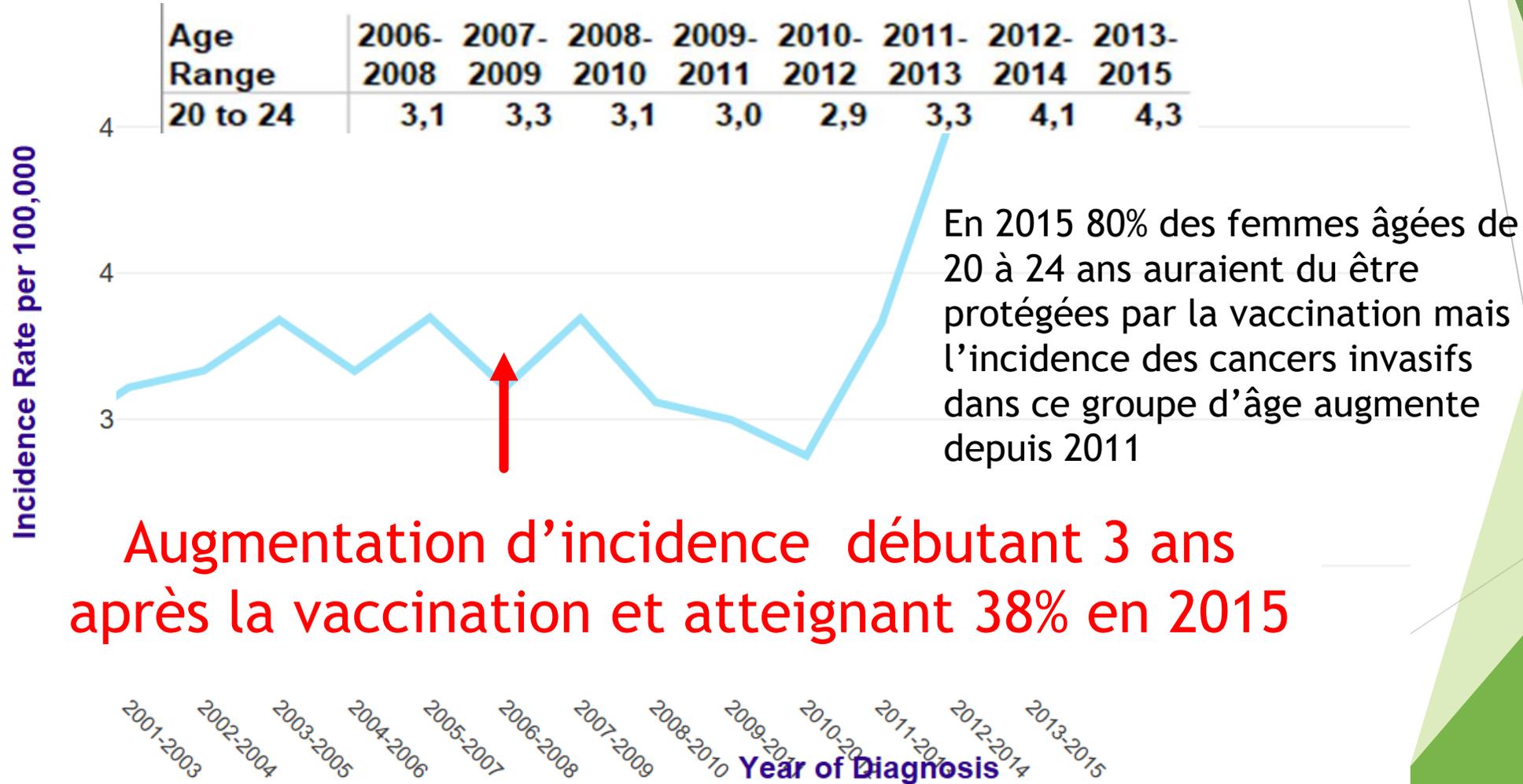
Le taux de couverture vaccinale dépasse les 80% chez les 12-13 ans
Pour les jeunes femmes plus âgées, la couverture vaccinale est comprise entre 39% et 76%.



Royaume-Uni : évolution des 20-24 ans

Cancer du col utérin (C53), Taux d'incidence européens normalisés selon l'âge, par âge, femmes, Royaume-Uni,

— 20 tr D'après un graphique créé par Cancer Research UK.

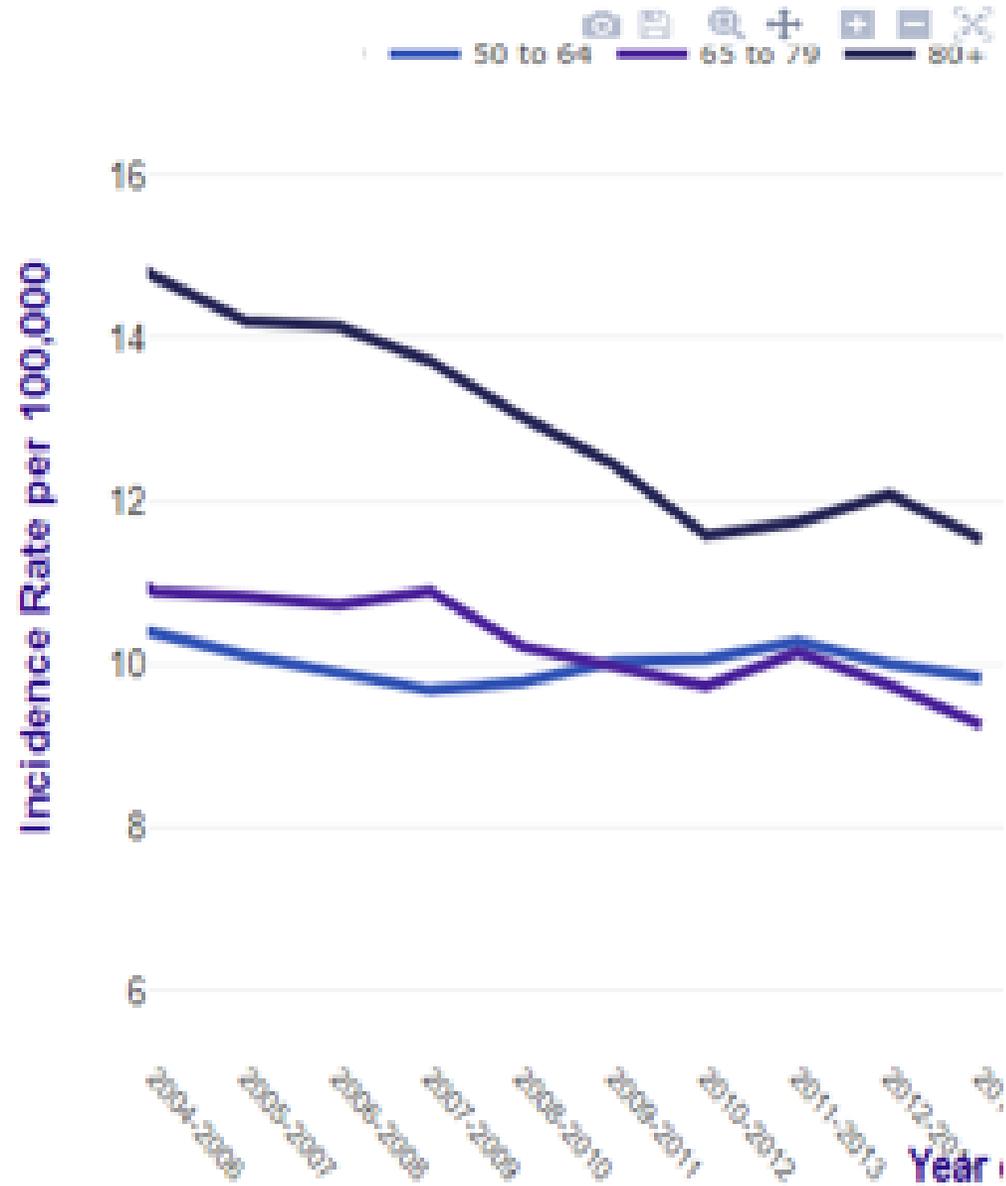


Grande-Bretagne : évolution chez les plus de 50 ans

Cervical Cancer (C53), European Age-Standardised Incidence Rat

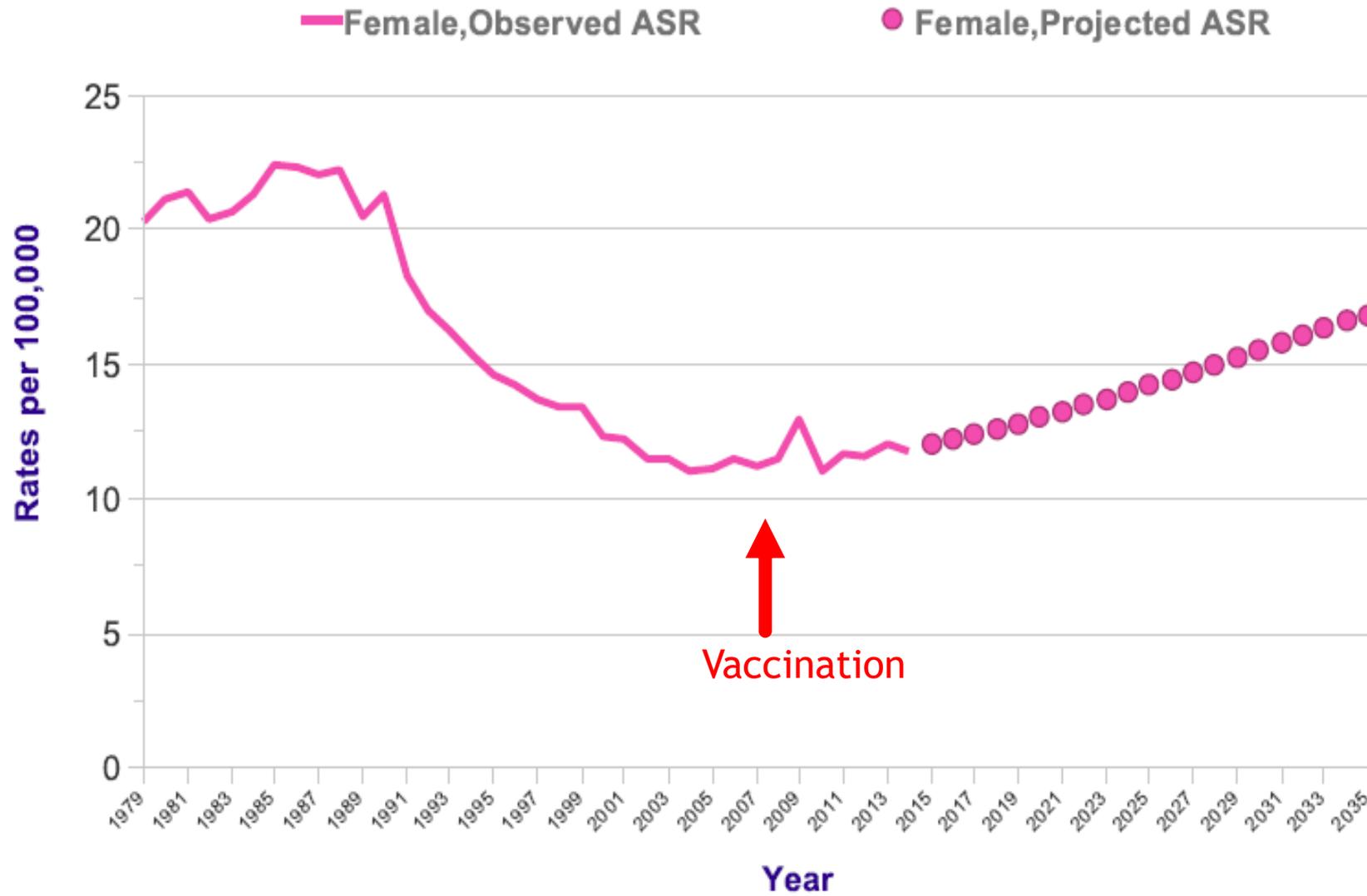
By Age, Females, UK, 1993-2015

Age Range	2004 - 2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015
65 to 79	10,9	10,8	10,7	10,9	10,2	10,0	9,7	10,2	9,7	9,3
80+	14,8	14,2	14,1	13,7	13,0	12,4	11,6	11,7	12,1	11,5

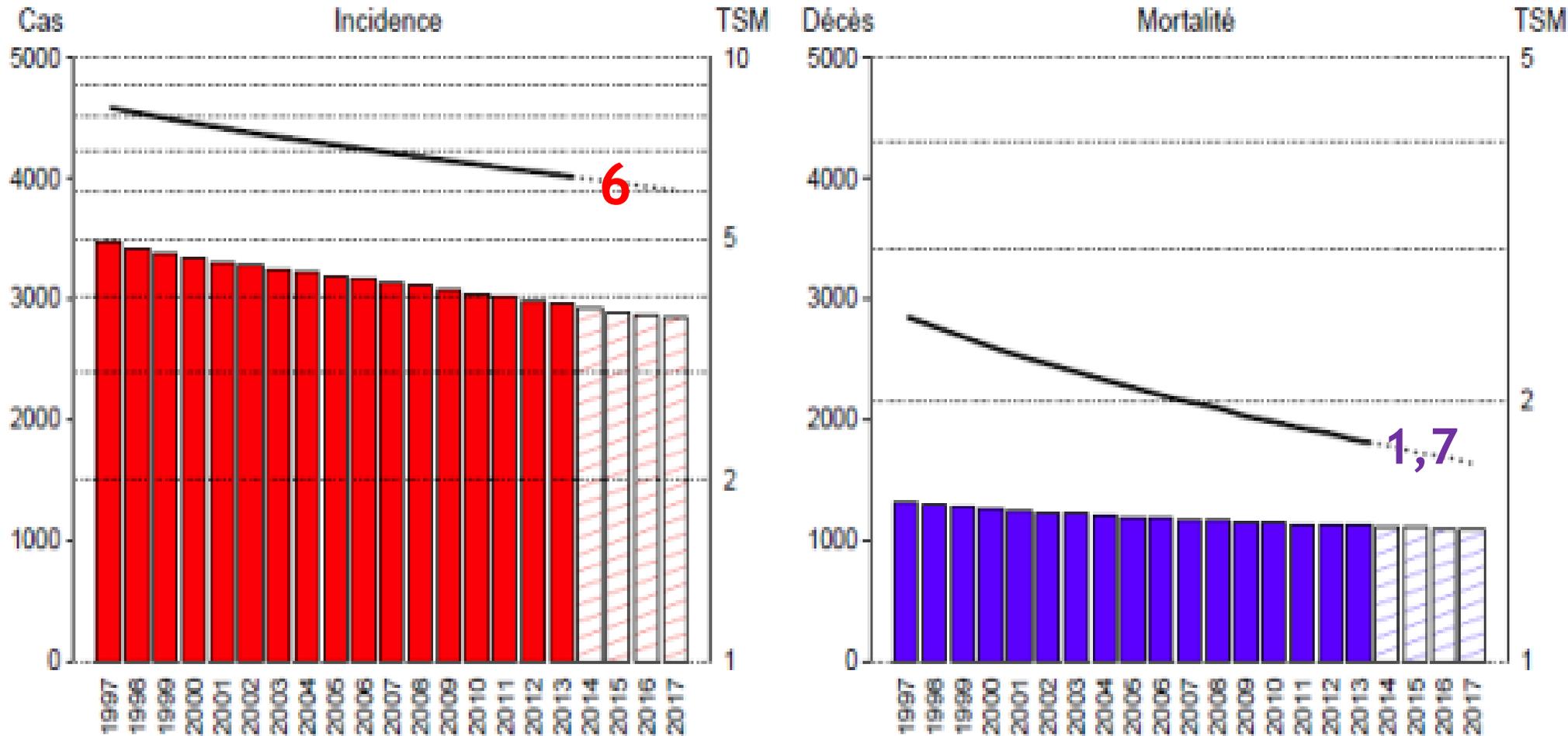


l'incidence est restée stable ou a diminué dans les groupes d'âge non vaccinés (plus de 50 ans)

Cette prédiction récente de Cancer Research United Kingdom est très éloquent et inquiétante



France: incidence et mortalité de 1997 à 2017



En France, couverture vaccinale faible (<15%). L'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué régulièrement passant de 15 en 1995 à 6 en 2017 avec diminution de la mortalité de 5 en 1980 à 1,7 en 2017 (frottis)

Remarques sur les résultats actuels des vaccinations précoces

- ▶ Autour de 20 ans le cancer du col est naturellement exceptionnel
- ▶ Les augmentations constatées depuis les campagnes de vaccination sont importantes en pourcentage
- ▶ mais les chiffres en cause sont petits et
- ▶ pour cette raison les tendances prises isolément ne sont pas statistiquement significatives
- ▶ **Leur similitude dans les quatre pays concernés constitue cependant un signal d'alarme fort**

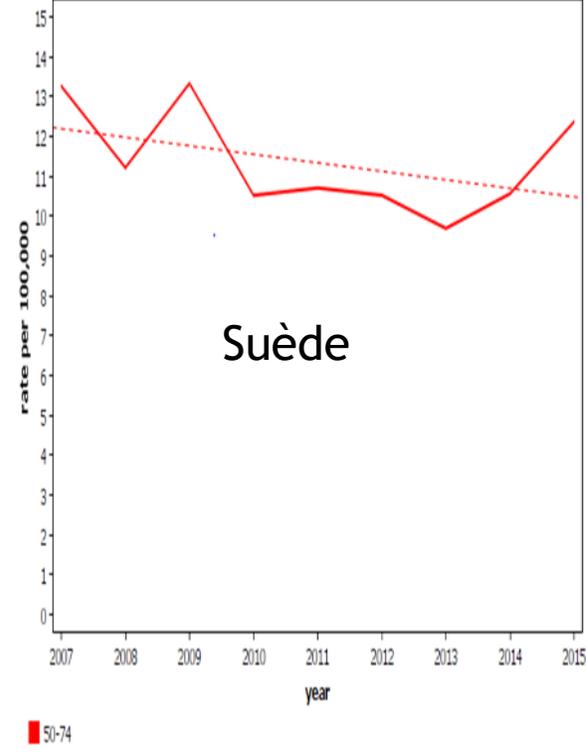
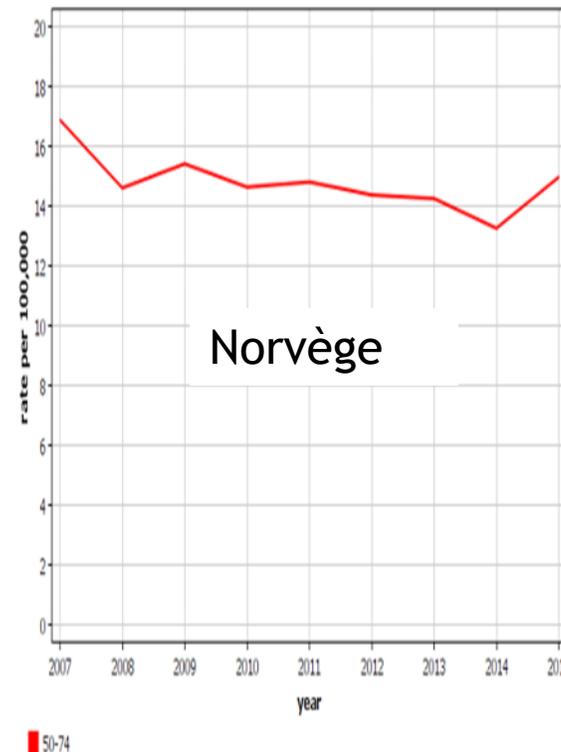
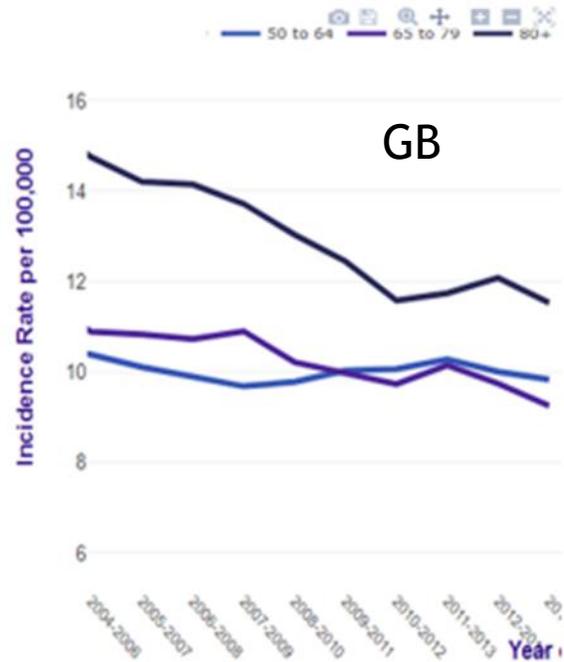
Evolution après vaccination de rattrapage

- Après 20 ans le cancer du col est moins rare
- Les augmentations constatées depuis les campagnes de vaccination de rattrapage sont **importantes en pourcentage et statistiquement significatives** pour l'Australie, la Grande Bretagne et la Suède
- **Ces vaccinations tardives sont donc indiscutablement délétères**

Chez les femmes de plus de 50 ans l'incidence des cancers invasifs a globalement baissé

Cervical Cancer (C53), European Age-Standardised Incidence Rate

By Age, Females, UK, 1993-2015



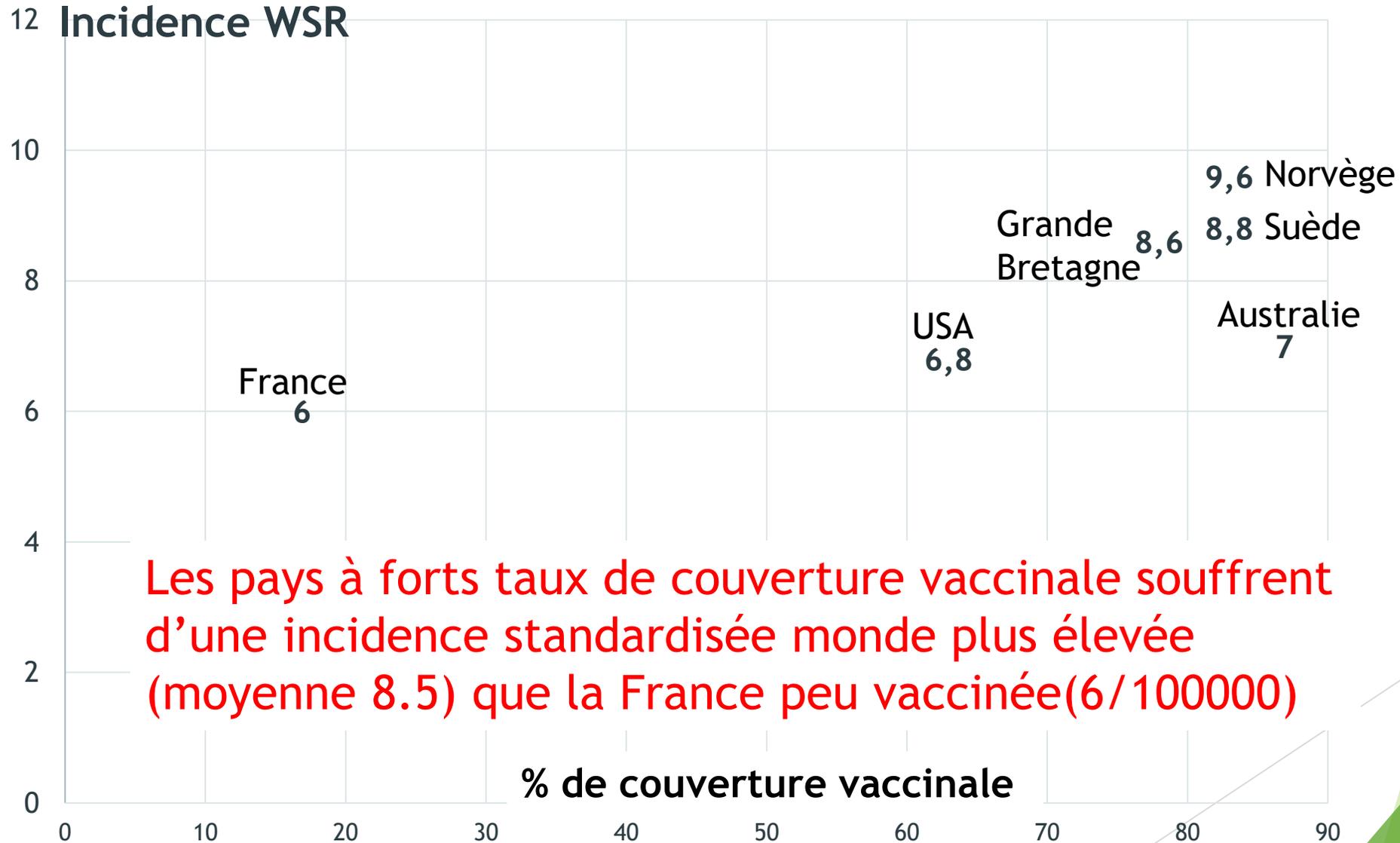
1 Cervical screening in Australia 2018: supplementary data tables									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2									
3	50-54	11,1	9,8	11,9	9,6	8,5	10,1	8,9	10,9
4	55-59	9,7	10,7	8,3	11,5	10,4	8,7	8,4	8,1
5	60-64	10,3	7,2	10,2	9,5	8,5	7,3	7,2	8,8
6	65-69	11,4	12,5	8,5	10,7	9,0	8,8	9,0	10,5
7	70-74	11,1	9,4	11,4	12,2	10,0	11,4	6,5	10,6
8	75-79	11,5	12,9	9,2	10,1	9,7	10,8	7,7	8,8
9	80-84	14,5	13,9	12,1	12,0	8,7	9,1	11,5	10,1

Augmentation paradoxale du risque après vaccination

Alors que l'incidence des cancers invasif a continué à baisser chez les femmes âgées de ces mêmes pays sur la même période

- ▶ Que l'augmentation survient 2 à 3 ans après la vaccination
- ▶ Qu'en France, ou au Danemark, pays à faible taux de couverture vaccinale, l'incidence du cancer du col a continué de décroître
- ▶ Cette catastrophe sanitaire qui s'annonce souligne les risques que les agences sanitaires font courir aux populations en délivrant des autorisations de mise sur le marché
- ▶ selon des procédures accélérées basées sur des critères substitutifs acceptés
- ▶ sans aucune preuve de fiabilité malgré les mises en garde de nombreux médecins

Corrélation entre taux de couverture vaccinale et Incidence Standardisée Monde



Les pays à forts taux de couverture vaccinale souffrent d'une incidence standardisée monde plus élevée (moyenne 8.5) que la France peu vaccinée (6/100000)

Commentaire sur la situation française

Il est paradoxal et très préoccupant **que ces excellents résultats français**

avec un **taux de cancer du col utérin faible**

et une **mortalité associée faible**, puissent être compromis

par une obligation envisagée à court terme

par nos politiques

par des personnes mal informées et/ou en raison des liens financiers avec les grands groupes pharmaceutiques

Hypothèses pouvant expliquer l'augmentation d'incidence des cancers invasifs après vaccination

- ▶ Les modifications des pratiques sexuelles souvent évoquées
- ▶ mais toutes les études sociologiques récentes montrent qu'après la période de libération sexuelle, la fréquence des rapports dans ces pays est stable ou en légère régression. Il faut donc rechercher d'autres causes
- ▶ La **publicité mensongère** du vaccin fait croire aux femmes qu'elles sont protégées et n'ont plus besoin du dépistage. Une **baisse du dépistage** a été observée en Australie, mais ni en GB ni en Suède
- ▶ La **niche écologique créée** par la disparition des souches des HPV du vaccin permet à d'autres souches éventuellement plus toxiques de proliférer.

La vaccination chez les femmes déjà porteuses de virus HPV est à risque

Table 17. Study 013: Applicant's analysis of efficacy against vaccine-relevant HPV types CIN 2/3 or worse among subjects who were PCR positive and seropositive for relevant HPV types at day 1. [From original BLA, study 013 CSR, Table 11-88, p. 636]

Endpoint	Gardasil™ N=2717				Placebo N=2725				Observed Efficacy	95% CI
	N (subgroup)	Number of cases	PY at risk	Incidence Rate per 100 person years at risk	N (subgroup)	Number of cases	PY at risk	Incidence Rate per 100 person years at risk		
HPV 6/11/16/18 CIN 2/3 or worse	156	31	278.9	11.1	137	19	247.1	7.7	-44.6%	<0.0, 8.5%

La vaccination tardive (dite « de rattrapage ») était **déconseillée par la FDA en 2006** car l'essai pivot objectivait une augmentation de 44% du risque de verrues vénériennes et dysplasies cytologiques bénignes chez les femmes déjà sexuellement actives

Aro K, Nieminen Répartition du type de HPV spécifique à l'âge dans les atteintes cervicales de haut grade chez les femmes dépistées et non vaccinées Source: [Gynecol Oncol](#) la maladie attribuée à HPV16 / 18 est plus prévalente chez les femmes de moins de 30 ans. **Chez les femmes âgées, les autres types de HPV et HSIL + négatif pour le VPH dominant**

Risques de la vaccination chez les femmes déjà porteuses de virus HPV

- ▶ L'INSERM dans sa revue de novembre-décembre 2011 rappelait « *des effets indésirables graves sont soupçonnés : augmentation du risque de cancer si l'infection est déjà installée, information pas toujours communiquée par le laboratoire.* »
- ▶ *Dr P de Chazournes premier lanceur d'alerte dès 2007*
- ▶ « *Sur le plan scientifique, on pourrait avancer l'explication suivante : non seulement le Gardasil® n'est pas curatif, mais la montée des anticorps après vaccination exaspère la virulence oncogène.* »

Tout vaccin transforme l'histoire naturelle de la maladie cible

- ▶ C'est même pour cela qu'on la pratique.
- ▶ Le vaccin pourrait agir comme un accélérateur du processus de cancérisation chez les femmes déjà contaminées par le HPV
- ▶ Cette hypothèse est cohérente avec la **recommandation récente de J. Dillner**, fervent défenseur suédois de la vaccination (et conseiller du laboratoire), **qui conseille pour la population suédoise de raccourcir à deux ans l'intervalle entre les dépistages car « depuis la vaccination le dépistage cytologique n'assure plus la même sécurité »**

Gérard Delépine

RAPPORT

Livmoderhalscancer ökar hos kvinnor med normalt cellprov

SKILLNADER MELLAN LABORATORIER TYDER PÅ ATT ÖKNINGEN ORSAKAS AV FAKTORER SOM KAN ÅTGÄRDAS

Joakim Dillner, professor i onkologi vid Karolinska Institutet. Cervixcancer har under senare år ökat i Sverige [1]. För 2014-2015 jämfört med 2009-2012 har det gått en ökning från 1,5 till 2,5 procent. För kvinnor med små provvolymen kan slumpvariationen vara betydande från år till år och resultaten för enskilda kvinnor kan variera.

Trop tôt pour démontrer l'échec ?

S'il faut beaucoup de temps pour affirmer qu'une action préventive est efficace

l'échec de cette protection peut parfois être rapidement évidente. Cette démonstration «à la Titanic» est malheureusement reproduite par Gardasil



Prouver que le Titanic était insubmersible aurait nécessité des décennies de navigation sur les mers les plus dangereuses du monde.

Démontrer qu'il pouvait couler n'a pris que quelques heures...

La précocité de l'augmentation d'incidence observée n'innocente pas le vaccin : exemple du virus du SIDA et de celui de la dengue

- ▶ Dans les **essais STEP et Pampili des années 80** qui utilisaient un candidat vaccin anti HIV, celui-ci augmentait le risque de Sida au lieu de le diminuer : **prévaccins abandonnés**
- ▶ Tout récemment, **aux Philippines, le Dengvaxia a augmenté la fréquence des formes graves des premières attaques de la maladie dans l'année qui a suivi la vaccination en accélérant considérablement leur survenue**
- ▶ ***(procès en chaine aux philippines mais autorisation récente dengvaxia par la France ...)***

Liens d'intérêts et politique vaccinale du couple B-L

- ▶ En février 2013 A Buzyn, affirmait que les liens d'intérêt entre experts et laboratoires pharmaceutiques étaient « un gage de compétence »
- ▶ Tout en siégeant au comité consultatif de Novartis elle était rémunérée par le laboratoire Genzyme (filiale de Sanofi) , puis par les laboratoires Bristol Meyers-Squibb (BMS). Ces deux laboratoires ainsi que Pierre Fabre et Schering-Plough (filiale de Merck) ont également financé entre 2005 et 2011 l'association Robert Debré, que dirigeait Agnès Buzyn en même temps membre du conseil d'administration et vice-présidente de l'Institut national du cancer
- ▶ Son mari le Pr Yves Lévy a toujours vécu des vaccins. Il a coordonné et développé une vingtaine d'essais cliniques et a été nommé en 2006, directeur scientifique du programme vaccinal de l'Agence nationale de la recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS). En 2011, il crée le labex "Vaccine Research Institute".

l'Alliance des sciences de la vie et de la santé (Aviesan) à la direction de laquelle Y Lévy siège, et Sanofi-Aventis ont signé en 2009 le premier accord de partenariat de recherche prioritaire, la Grippe A/H1N1). Ses travaux ont-ils guidé la ministre d'alors dans la gestion calamiteuse de cette « gripette » aboutissant à un coût de près de 2 milliards pour les finances publiques, et un grand nombre de victimes de narcolepsie ?

De tels conflits d'intérêts ne sont pas dignes d'une démocratie et décrédibilisent la politique vaccinale et la parole de l'état

Demandons des textes d'application de la loi Bertrand qui permettent la transparence

- ▶ Qui permettent de **connaître tous les contrats** y compris les contrats commerciaux
- ▶ Une base de données qui permette d'enregistrer en **un clic tous les liens d'un médecin ou d'une firme**
- ▶ Qui précise **le montant réel des avantages et gratifications** reçus

Pour une pharmacovigilance réelle

Les scandales sanitaires récents ont montré l'inefficacité de la pharmacovigilance en France

Déclarer une complication liée à un médicament commercialisé est contraire aux intérêts de la firme. On ne peut pas demander aux firmes d'agir contre leurs intérêts

Confier la pharmacovigilance aux entreprises du médicament revient à confier la garde du poulailier aux renards

Il faut créer sur internet une base de données grand public et de déclarations

- ▶ Comme au Canada
- ▶ Avec vérification par les experts fonctionnaires de chaque cas et publication sur internet des déclarations validées

DÉCLARATION DES EFFETS INDÉSIRABLES

Programme Canada Vigilance

Téléphone : 1-866-234-2345

Télécopieur : 1-866-678-6789

En ligne : www.sante.gc.ca/medeffet

Conclusions

Ces résultats cancérologiques paradoxaux inattendus des vaccins anti HPV , et angoissants pour les femmes vaccinées, **imposent des études complémentaires** visant à en déterminer les causes

En attendant, une **information loyale** de la population et une révision urgente des recommandations vaccinales s'imposent

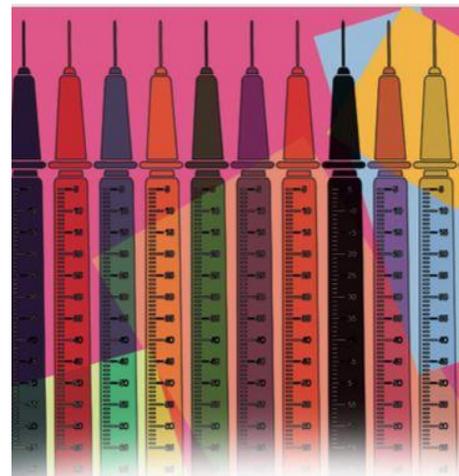
Avec en particulier

l'arrêt des vaccinations de rattrapage dont la nocivité est dès maintenant statistiquement significative dans tous les pays qui les ont pratiquées

Dr Nicole Delépine
Dr Gérard Delépine

Gardasil

Faith and propaganda
versus hard evidence



Nicole et Gérard Delépine

Hystérie vaccinale

Vaccin Gardasil et cancer : un paradoxe



Hystérie vaccinale

Le Gardasil, vaccin contre le papillomavirus, a pour objectif officiel de diminuer la fréquence des cancers du col utérin dans les populations vaccinées. Pourtant ce cancer est rare (moins de 3000 par an en France, pour 1000 décès) et prévenu à plus de 80 % par le dépistage. Quand aucune urgence de santé publique n'existe, pourquoi les agences du médicament accordent-elles des autorisations à toute allure, comme s'il s'agissait de maladies gravissimes? Pourquoi le Gardasil a-t-il été traité comme un produit d'urgence vitale et bénéficié d'une publicité et d'un soutien massif des sociétés savantes, des experts et des gouvernants? Pourquoi chaque jour apporte un nouvel article publicitaire trompeur dans les grands médias? Pourquoi des députés déposent-ils un amendement pour rendre ce vaccin obligatoire? Pourquoi tant d'émissions répandent-elles la peur chez les familles des jeunes femmes, et bientôt des garçons?

Autant de questions auxquelles tente de répondre cet ouvrage, en faisant le bilan à 12 ans de la commercialisation sur les résultats avérés, et mettant en lumière la réalité des résultats des vaccinations larges et les confrontant aux espoirs des inconditionnels du vaccin, bercés d'illusions par les modélisations et simulations sur des hypothèses qui s'avèrent fausses.

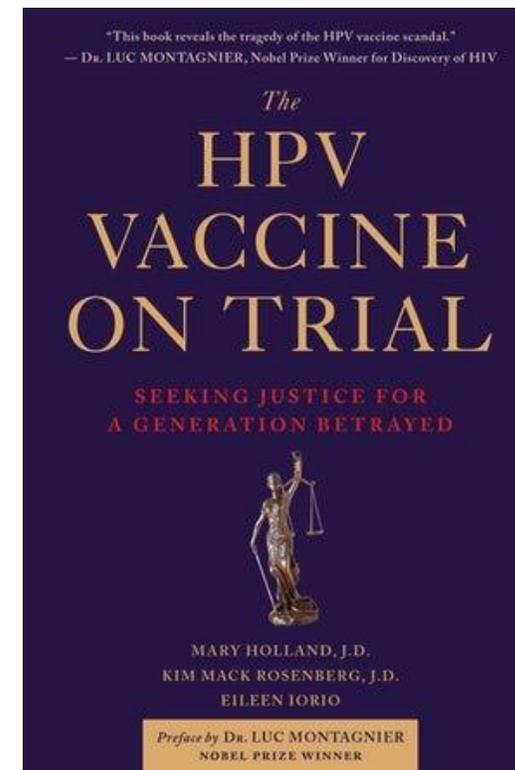
Ces résultats confirment la découverte de Lars Anderson sur la population suédoise : **contrairement aux espoirs et simulations statistiques, le nombre de cancers du col utérin a augmenté chez les populations vaccinées.**

Ainsi, en l'absence de prise de conscience rapide et mondiale, le Gardasil pourrait bien être le prochain scandale sanitaire, bien plus grave par son ampleur (plus de 200 millions de doses administrées) que ceux du Distilbène, du Vioxx, de la Dépakine ou encore du Médiator.

Gérard Delépine, chirurgien, oncologue et statisticien et Nicole Delépine, pédiatre, oncologue, se battent depuis plus de 40 ans pour améliorer la prise en charge des malades atteints de cancer et informer la population sur l'état actuel de la science en se basant sur les faits avérés, les registres nationaux des cancers et publications internationales. <http://docteur.nicoledelapine.fr/>



18 €



compléments d'information
entre autres : tribunes
agoravox Delepine, AIMSIB,
site médocean etc

<https://www.youtube.com/watch?v=N7jKp26YGDl&feature=youtu.be>

(Voir aussi :
<https://www.nexusnewsfeed.com/article/human-rights/gardasil-vaccine-linked-to-increased-cervical-cancer-rates/>)