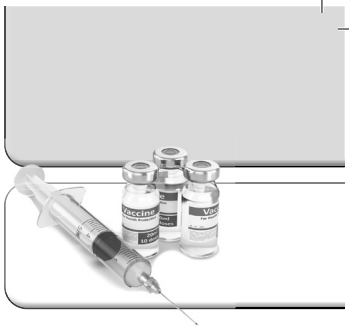


De fausses informations à l'appui d'une propagande marchande et dévastatrice

Depuis déjà plusieurs décennies, les fabricants ne cherchent plus des médicaments pour soigner des maladies, mais des substances qu'on pourrait faire prendre à de plus larges populations, afin d'étendre le marché et donc la rentabilité.

Depuis Knock, on ne compte plus les livres qui expliquent comment on « invente des maladies », en modifiant les normes des valeurs considérées comme normales (tension artérielle, cholestérol, glycémie) pour élargir le marché des médicaments. Mais la prévention par un vaccin miracle, c'est encore mieux, puisqu'elle concerne l'ensemble d'une population, surtout lorsqu'on convainc les autorités d'édicter une obligation après avoir suffisamment répandu la peur.

La propagande de Sanofi-Merck concernant le Gardasil, vaccin anti-VPH[3], relayée par le ministère de la Santé, des ministres successifs, et même par le président Macron[4], n'a rien d'une « campagne d'information santé ». Mise au point en juillet 2025[5], elle propage de fausses informations créant la peur et l'angoisse chez les parents pour faire vendre le Gardasil en occultant complètement les données médicales objectives que ce petit livre présente pour permettre une approche basée sur les faits établis.

En effet, l'annonce d'une nouvelle phase de propagande pour les classes de 5e pour inciter les adolescents à se faire injecter (le Gardasil qui serait couplé aux vaccins anti-méningocoques, autre objectif des pouvoirs publics) rend indispensable cette mise à jour des connaissances à propos de ce vaccin qui date pourtant de 2006, complétant nos précédents *écrits* sur le sujet[6].

Les essais actuellement publiés ont démontré que les vaccins contre le VPH protègent contre les infections par les types de VPH contenus dans le vaccin et contre les dysplasies bénignes CIN 1, 2, 3 et que Gardasil® prévient également l'apparition de verrues génitales. **Mais aucun n'a démontré une action préventive significative contre les cancers après près de 20 ans de recul**, alors que de nombreuses complications parfois très graves voire mortelles lui sont attribuées.

Quelques exemples de scandaleux mensonges de la propagande officielle



Prétendre comme Santé publique France, agence officielle de l'État, que « le cancer du col de l'utérus reste un problème de santé publique majeur en France » constitue un premier mensonge dont le but est de répandre la peur, une fois de plus.

En France, le cancer du col de l'utérus est une maladie rare selon la définition de l'OMS (incidence égale ou inférieure à 6/100 000).

Il ne compte que pour 0,6 % (3 000/433 000) des nouveaux cas de cancer diagnostiqués en France métropolitaine en 2023 et il n'arrive qu'au 12e rang par sa fréquence (vingt fois plus faible que celles du cancer du sein – 61 214 cas), du cancer de la prostate (59 885 nouveaux cas), du cancer colorectal (57 500) ou du cancer du poumon (53 000). Le cancer du col de l'utérus reste un problème de santé publique majeur uniquement dans les pays pauvres qui ne pratiquent pas de dépistage cytologique.

Affirmer que le VPH est la cause certaine et unique du cancer est très douteux.

Ce leitmotiv est repris par l'OMS et toutes les agences sanitaires, alors que le lien de causalité directe entre papillomavirus

et cancer n'a jamais été établi avec certitude, mais constitue seulement une possibilité.

Il existe certes une relation statistique forte entre le cancer invasif du col et la présence d'une infection à certaines souches de VPH, mais cette corrélation ne démontre en rien la *causalité* comme le soulignent abondamment, à l'inverse, les partisans des vaccins lorsqu'une complication survient après une injection vaccinale.

Lorsqu'une infection touche plus de 80 % des femmes sexuellement actives, il n'est pas surprenant que plus de 80 % des femmes atteintes de cancer du col en aient souffert. Ce qui serait surprenant, c'est qu'une infection qui touche 80 % des femmes puisse être l'unique responsable d'un cancer qui ne survient que dans 0,006 % des cas.

Avant l'apparition des vaccins anti-VPH et l'espoir d'un marché lucratif, toutes les études[7] soulignaient l'origine multifactorielle du cancer du col de l'utérus. Ainsi, parmi les autres facteurs statistiquement liés au cancer du col utérin figurent[8] : l'âge précoce des premiers rapports sexuels, le nombre élevé de rapports et de partenaires, les infections génitales à l'herpès et à *Chlamydia trachomatis*[9 10 11], le tabagisme[12 13 14], l'affaiblissement du système immunitaire, qu'il soit dû au sida ou aux traitements immunosuppresseurs, le statut hormonal[15] et marital, la durée de contraception orale[16 17], le nombre de grossesses[18 19]… Ainsi, les femmes ayant donné naissance à 5 enfants souffrent d'un risque de cancer du col près de 4 fois supérieur à celui des nullipares ou primipares.

Comme pour la plupart des cancers, l'origine de ceux statistiquement liés aux papillomavirus est de fait multifactorielle[20]. Il est donc peu probable que la suppression d'un seul de ces facteurs suffise à **éliminer** le cancer.

En 2013, le Dr Spinosa[21] rappelait l'origine multifactorielle du cancer du col et les incertitudes du vaccin : « La maladie précancéreuse et cancéreuse est la conséquence de la présence d'un virus, mais aussi et surtout d'un déficit immunitaire. Sur un terrain 'permissif', si ce n'est pas le virus 16 ou 18, ce sera un de ses 'frères' qui déclenchera un cancer. Le fait de vous faire vacciner n'aura absolument rien changé. Les études sur lesquelles se base le monde entier reposent sur une efficacité spécifique du vaccin (les lésions précancéreuses liées aux virus 16 et 18), mais ça ne suffit pas ! **Or l'efficacité sur l'ensemble des lésions précancéreuses a été évaluée, mais le chiffre n'a jamais été officialisé : 16,9 %**. On est très loin des 70 % attendus. »

Prétendre que la vaccination des garçons est essentielle comme le fait le Pr Claude Linassier[22] est mensonger.

Il n'est en effet pas démontré qu'ils puissent en tirer le moindre bénéfice personnel. Le cancer anal chez l'homme, instrumentalisé par la propagande pour faire vacciner les garçons, est rarissime et ne menace avant tout que les homosexuels mâles adeptes des relations sexuelles anales passives, surtout s'ils sont porteurs du VIH et fréquentent de nombreux partenaires sexuels. Un hétérosexuel mâle non immunodéprimé a infiniment peu de risque de cancer anal et n'a donc aucun bénéfice à espérer de la vaccination anti-papillomavirus. L'argument fréquemment avancé de vacciner les garçons par Gardasil pour ne pas discriminer les homosexuels ou « pour protéger les autres » (les femmes) est contraire à l'éthique qui veut qu'un médecin ne doit administrer un traitement que dans l'***intérêt personnel*** de celui à qui il le prescrit. Il est de plus totalement incompréhensible que les partisans d'un vaccin, qui affirment que le vaccin protège totalement ceux

qui le reçoivent, réclament aussi que les autres soient aussi vaccinés pour protéger ceux qui le sont déjà !

Quant au cancer de la gorge, dernier épouvantail VPH qu'agitent les avocats du Gardasil[23] [24], il est de moins en moins fréquent.

Même ses partisans reconnaissent que l'infection aux papillomavirus ne représente qu'un cofacteur du tabagisme et de la consommation d'alcool[25], et le célèbre acteur hollywoodien Mickael Douglas qui imputait l'apparition de son cancer de la gorge à sa vie sexuelle[26] a reconnu par la suite qu'il n'en était rien[27].

Affirmer que « l'éradication du cancer du col utérin est une priorité de santé publique en France »[28] est invraisemblable.

C'est un objectif souhaitable, mais en aucun cas une priorité si on se rappelle qu'il ne représente que 0,6 % des cancers et qu'il fait partie des cancers à pronostic assez favorable, comparé au cancer des poumons ou du côlon.

En médecine, éradication signifie « suppression complète d'un germe ou d'une maladie », manifestement impossible dans le cas des papillomavirus qui infectent aussi les animaux, qui en constituent un réservoir inépuisable. Mais pour glorifier la lutte contre le VPH, l'OMS a inventé une nouvelle définition de l'éradication : « une *incidence inférieure à 4/100 000* ».

Affirmer comme le fait la Sécurité sociale[29] que « la sécurité de ces vaccins a été établie scientifiquement […] En particulier, aucun lien entre ces vaccins et les maladies auto-immunes n'a été démontré » est incroyable. C'est en effet une **étude conjointe de la CNAMTS**[30] et de l'ANSM[31], menée chez 2,2 millions de jeunes filles, qui a affirmé que le syndrome de

Guillain-Barré, maladie auto-immune par excellence, est lié au Gardasil[32]. Apparemment, à la Sécurité sociale, les propagandistes ignorent ce que disent leurs scientifiques ! Qui peut encore les croire ?

Des essais pivots scandaleusement biaisés et une AMM[33] en 9 mois



La délivrance de l'autorisation de mise sur le marché exige normalement des essais[34] [35] bien conçus démontrant la bonne tolérance et l'efficacité du nouveau médicament. Pour un vaccin, elle nécessite habituellement une dizaine d'années.

La démonstration de la bonne tolérance et de l'efficacité repose sur une comparaison statistique rigoureuse entre deux groupes de malades semblables, l'un sans aucun traitement actif (groupe témoin) et l'autre qui reçoit le traitement testé. Le seul moyen d'assurer un parfait équilibre de facteurs pronostiques entre les deux groupes est de tirer au sort l'affectation des participants étudiés : c'est le principe de l'essai « randomisé » qui ne peut être que prospectif.

Malheureusement, plus de la moitié (60 %) des essais réalisés sur le Gardasil n'ont pas été enregistrés prospectivement dans un registre d'essais accessible au public avant le recrutement du premier participant[36]. Accroître la transparence de la recherche permettrait d'**éviter la duplication des études** et de prévenir les biais de publication. Il est urgent que tous les registres primaires rendent l'enregistrement prospectif obligatoire et restent le seul type d'enregistrement disponible pour les promoteurs d'essais.

Le choix de critères pertinents de jugement est essentiel à la démonstration de l'efficacité d'un traitement. Pour le traitement d'un cancer, il faut privilégier le pourcentage de malades en rémission à 5 ou 10 ans au lieu de l'évolution sur

quelques mois d'une lésion mesurable au scanner, comme l'acceptent trop souvent les agences du médicament depuis les années 2000. Et pour savoir si des vaccins sont réellement capables de prévenir le cancer, *il faudrait étudier l'incidence des cancers qui lui sont attribués avec et sans vaccin.*

L'absence de tout traitement actif du groupe témoin, son suivi médical semblable à celui des malades traités et une durée de surveillance suffisante sont indispensables au **dépistage des possibles complications du traitement**.

Les essais pivots du Gardasil ont violé la plupart de ces conditions scientifiques en prenant des effectifs beaucoup trop petits, en utilisant des critères substitutifs non représentatifs, en ne respectant pas la randomisation initiale, et en sous-estimant systématiquement les complications.

Les études pivots du Gardasil ont été traitées selon la procédure accélérée (*fast track*)[37] [38], conçue pour faciliter le développement et accélérer l'évaluation des médicaments destinés à traiter des maladies graves et pour répondre à un besoin médical non satisfait[39], alors que ce n'était absolument pas le cas pour le cancer de l'utérus puisque la prévention par le dépistage a partout démontré sa grande efficacité[40].

Cette procédure accélérée a permis à Merck d'utiliser des critères substitutifs[41] et d'obtenir l'autorisation de mise sur le maché en seulement 9 mois (record absolu de l'époque), alors qu'il faut en moyenne dix ans pour un vaccin normal.

Les essais de phase III, Future I[42] et Future II[43], ont recruté au total 17 599 femmes âgées de 16 à 20 ans suivies en moyenne trois ans. Un si petit nombre de cobayes et une si courte durée de suivi ne pouvaient étudier la diminution de survenue d'un cancer dont l'incidence annuelle est proche de 1 pour 10 000 et la survenue très tardive, des décennies plus tard.

Les critères d'évaluation clinique des deux études n'étaient pas pertinents. Ils n'ont pas concerné la fréquence des cancers invasifs, pourtant déclarée indication officielle du Gardasil, mais les **dysplasies bénignes intraépithéliales** classées CIN[44] 2/3 qui sont très loin de toujours précéder un cancer[45 46].

Il est ainsi démontré que 43 % des CIN2 régressent spontanément, 35 % persistent inchangées, 22 % passent au grade 3 et que s*eulement 5 % précèdent un cancer invasif du col de l'utérus*. Ce très faible risque de cancer des CIN2 justifie de se contenter d'une simple surveillance active par frottis réguliers chez les femmes jeunes non immunodéprimées qui en présentent. De même, 32 % des CIN3 régressent spontanément, 56 % persistent sans engendrer de cancer et seulement 12 % évoluent en cancer du col de l'utérus. Utiliser la disparition de ces dysplasies bénignes pour affirmer qu'elle démontre celle future du cancer est donc parfaitement abusif.

La randomisation réalisée n'a pas été respectée. La population décrite dans les conclusions a été définie *a posteriori,* après élimination de près de la moitié des femmes incluses initialement dans l'essai pour ne conserver que les femmes testées négatives à toutes les souches de VPH réputées oncogènes avant l'injection. Les femmes participant aux essais cliniques du Gardasil qui avaient une infection VPH en cours ou une exposition précédente au VPH ont en effet présenté une augmentation de 44 % du risque de développer des lésions dysplasiques cervicales ou un cancer du col après la vaccination. *Ce biais de sélection invalide les conclusions et aurait, avant les années 2000, exclu ces essais de tout dossier d'autorisation de mise sur le marché et rendu difficile sa publication dans une grande revue à comité de lecture.*

Un groupe témoin de sujets qui ne reçoivent aucun traitement actif (bras placebo[47]) est indispensable pour évaluer, par comparaison avec le groupe traité, les intolérances et

effets secondaires du nouveau médicament. Dans les deux études pivots citées, le vaccin a été initialement comparé à un groupe placebo recevant du sérum physiologique, et le nombre de réactions indésirables était alors beaucoup plus élevé et les réactions beaucoup plus graves que dans le groupe témoin. Après avoir comparé 320 patients dans ce groupe placebo neutre, *un changement a été décidé* (!) pour un *pseudo placebo contenant de l'aluminium,* afin de n'évaluer que les effets de la substance active. Dans les deux essais pivots, les témoins, au lieu de recevoir un vrai placebo classique, ont reçu la préparation d'aluminium commune aux adjuvants des vaccins[48]. Cette pratique contraire aux règles scientifiques a exposé les témoins non informés des risques inutiles et empêche toute analyse des effets secondaires liés à l'aluminium largement mis en cause dans leur survenue depuis les années 2007.

Et malgré cette tricherie méthodologique, Martínez-Lavín et Amezcua-Guerra[49] ont observé un risque de décès significativement plus élevée chez les vaccinées (14) que chez les femmes ayant reçu le placebo aluminium : « Comparativement aux 2 871 femmes recevant un placebo à base d'aluminium, le groupe de 2 881 femmes ayant reçu l'injection du vaccin bivalent contre le VPH a enregistré davantage de décès lors du suivi (14 contre 3, p = 0,012). Mais dans cet essais la différence a été estimée non liée à la vaccination ! »

Une enquête de *Slate*[50] a révélé d'autres pratiques organisées par GSK[51] pour minorer les effets secondaires.

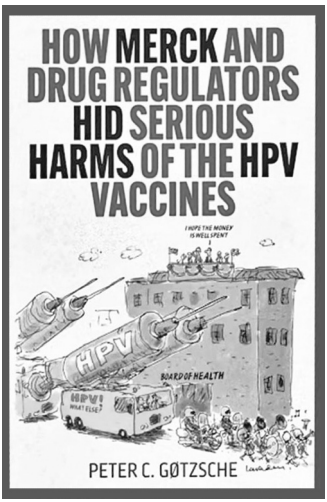
« Pour s'assurer de l'innocuité de son produit, le fabricant a utilisé une méthode biscornue qui a rendu impossible d'évaluer objectivement et de déclarer de potentiels effets secondaires. Le signalement d'un problème médical dans la catégorie des événements indésirables était laissé au jugement de chaque enquêteur –qui devait estimer lui-même s'il s'agissait d'un

effet secondaire qu'il valait la peine d'examiner plus avant. Les autres problèmes de santé étaient consignés sur une fiche réservée aux maladies n'ayant aucun rapport avec le vaccin et intitulée « nouveaux antécédents médicaux. »

« Sur tous les sites d'essais, Merck a également choisi de restreindre le signalement des événements indésirables – ce que le protocole de l'essai appelle : 'suivi clinique de sécurité' à seulement quatorze jours suivant chacune des trois injections de Gardasil. Les maladies survenant en dehors de ces minuscules créneaux étaient reléguées à une seule ligne de la fiche des antécédents médicaux » ! Pour Susan Matthews et Frederik Joelving, **« les essais cliniques conduits par le laboratoire Merck pour mettre au point le Gardasil n'ont pas été menés correctement, et le public doit en être informé »**.

Un livre très bien documenté de Peter Gotzsche paru le 19 août 2025 éclaire en détails les moyens qu'a utilisé Merck pour cacher les effets secondaires graves du Gardasil.

How Merck and Drug Regulators Hid Serious Harms of the HPV Vaccines décrit comment les initiés de Merck ont fourni des informations sérieusement trompeuses sur les bénéfices et les inconvénients des vaccins contre le VPH. Mais il révèle aussi comment l'avocat de Merck a harcelé l'avocat des plaignants dans un effort pour le réduire au silence et mettre en cause son caractère et sa crédibilité scientifique.



Merck n'en est pas à son coup d'essai : le laboratoire a payé près de 5 milliards de dollars pour éviter les procès qui le menaçaient aux USA, après avoir dissimulé les effets indésirables graves du Vioxx, qui a causé des dizaines de milliers de morts par crise cardiaque[52].

Le Gardasil étant un vaccin, Merck est protégé des plaintes en France[53] et ne risque absolument rien à dissimuler ces effets secondaires car il est interdit de critiquer tout « vaccin », et qu'en plus c'est la solidarité nationale – *via* l'Oniam[54] – qui paie en cas d'accident grave… alors qu'elle ne dispose pas des moyens de soutenir l'hôpital, ni de rembourser tous les transports sanitaires, les lunettes, les appareils auditifs, etc.

Cette dissimulation volontaire des effets indésirables a d'ailleurs motivé de nombreuses plaintes en justice[55], dont celle de l'avocat Bijan Esfandiari[56] : « Parmi les nombreuses failles des essais cliniques du Gardasil, on peut citer la dissimulation éhontée par Merck des effets indésirables graves ». « Merck a pu qualifier 50 % des effets indésirables signalés par les participants aux essais cliniques, dont des problèmes de santé très graves, de 'nouvelles pathologies'. Cette fraude a permis à Merck d'obtenir une autorisation accélérée de la FDA. »

Au cours des essais cliniques initiaux du Gardasil, 21 personnes sont décédées, soit un taux de mortalité de 13,3 pour 10 000 contre une mortalité attendue de 2 à 5 pour 10 000 (pour les moins de 20 ans en France, mais aussi aux USA)[57]. Les causes invoquées (accident de la route, suicide…) semblent à première vue incompatibles avec un vaccin, mais on pourrait aussi le voir comme une « syncope au volant » (effet listé dans la notice), ou des « troubles psychologiques » résultant d'une inflammation cérébrale (listée dans la notice). Quoi qu'il en soit, un taux aussi important de 13,3 pour 10 000 est à comparer au taux de morts dues au cancer du col de l'utérus : en France, 0,17 pour 10 000 chez les plus de 50 ans.

À l'issue de l'essai, le laboratoire a vacciné les femmes du groupe témoin, prétendant ainsi les faire « bénéficier » de la protection vaccinale, empêchant ainsi toute évaluation objective des avantages espérés et des effets secondaires tardifs du vaccin… Cette dérogation majeure à la méthodologie traditionnelle des essais randomisés fait disparaître le groupe témoin et rend définitivement impossible d'évaluer l'efficacité anti cancérologique du traitement et sa toxicité à moyen et long terme !

L'étude Future II[58] a inclus plus de 12 000 jeunes femmes de 13 pays, a conclu que le vaccin quadrivalent était efficace à 100 % dans *la prévention des dysplasies* CN 2/3 et adénocarcinome cervical *in situ chez les femmes négatives au moment du recrutement*. Mais l'analyse complète de la population en intention de traiter a montré que le vaccin était *incapable de modifier l'évolution des lésions liées aux types 16 ou 18 du VPH qui étaient déjà présentes avant la vaccination* et que *le vaccin n'était pas non plus efficace pour protéger contre la CIN de grade 3 ou l'adénocarcinome* in situ *en considérant tous les types de VPH* (c'est-à-dire en incluant les types de VPH autres que 16 ou 18).

Au total, ces essais pivots ont démontré l'efficacité des vaccins contre les infections aux souches visées et contre les verrues génitales, mais certainement moins qu'ils ne le prétendent si on se fie aux études en population ordinaire.

Le laboratoire proclame une efficacité de 95 % contre les infections aux VPH des vaccins, mais une étude *étasunienne réalisée par un auteur indépendant*[59] mesurant l'impact de la vaccination par Gardasil 4, avec 6 ans de recul, retrouve une diminution de la prévalence des souches ciblées par le vaccin de seulement 64 % chez les femmes âgées de 14 à 19 ans, 34 % chez les femmes de 20 à 24 ans et aucune diminution chez les femmes plus âgées. De plus, la durée de protection

contre les souches visées est encore incertaine au-delà de 15 ans alors que le risque de cancer du col persiste pendant au moins 50 ans.

Ces études pivots n'ont ni recherché ni démontré d'effet préventif contre le cancer invasif du col utérin lui-même.

Elles n'ont pas non plus recherché le possible remplacement des souches éliminées par d'autres plus agressives, ou la possibilité d'une modification de la virulence virale sous la pression vaccinale. Ceci est d'autant plus problématique qu'une étude[60] menée dans le nord de l'Italie sur 5 807 femmes, âgées de 21 à 65 ans, objective clairement le remplacement du type de VPH lié au vaccin et qu'une étude brésilienne sur 21 017 vaccinées[61] a montré que près de 30 % d'entre elles étaient infectées par des VPH à haut risque non couverts par le vaccin.

Ces études pivots ne permettent donc absolument pas d'évaluer la valeur protectrice réelle du vaccin contre le cancer invasif [62].

En contrepartie de l'examen de l'AMM en procédure accélérée[63], les firmes sont supposées fournir aux agences des études post-AMM, confirmant l'efficacité et l'innocuité du médicament. En pratique, ces études ne sont le plus souvent ni réalisées, ni remises à l'agence, et particulièrement lorsque les résultats sont contraires aux intérêts de l'entreprise. Théoriquement, en cas de non-présentation de ces essais, l'entreprise risque une suspension de son AMM, mais cette sanction légale théorique n'est pratiquement jamais appliquée…

Tous les rapports[64] [65] [66] de l'office étasunien chargé de vérifier l'intégrité en recherche[67] montrent que la FDA[68] [69] ne s'acquitte pas de ses responsabilités concernant le suivi des études post-AMM[70] [71].