



COMMUNIQUÉ DE PRESSE
Boulogne-Billancourt, le 25 janvier 2021

À l'occasion de l'extension du vaccin contre les HPV aux garçons : l'Institut national du cancer rappelle le rôle essentiel des médecins dans l'information des parents

Inscrite au calendrier vaccinal depuis 2020, la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) est désormais recommandée aux garçons dès 11 ans. Chaque année en France, les HPV sont responsables de 6 300 nouveaux cas de cancers dont plus de 25 % surviennent chez les hommes. L'extension de la vaccination¹ aux jeunes garçons et l'augmentation de la couverture vaccinale² des jeunes filles permettraient de réduire très significativement la transmission des HPV et quasiment d'éradiquer les cancers ainsi induits. Les résultats d'une enquête³ menée en 2019 par l'Institut national du cancer et la Haute Autorité de santé, montrent la forte adhésion des médecins généralistes à cette vaccination (94 % sont favorables), et leur rôle essentiel de prescripteur auprès des parents : 60 % d'entre eux déclarent toujours suivre les recommandations de leur praticien. Toutefois, 40 % des médecins ne recommandent pas systématiquement cette vaccination évoquant un acte « mal perçu » par les parents. Aussi pour les accompagner dans l'information de leur patientèle, l'Institut national du cancer met à leur disposition une rubrique dédiée sur son site. Celle-ci détaille 10 arguments clés sur la vaccination contre les infections liées aux HPV.

Agir favorablement sur la baisse de la transmission des HPV : le rôle majeur des prescripteurs dans l'information et l'acceptabilité de la vaccination par les parents

Les résultats d'une enquête, menée en 2019 par l'Institut national du cancer et la Haute autorité de santé, confirment **le rôle prépondérant des médecins généralistes dans l'information et dans la recommandation de la vaccination contre les HPV**. Ainsi, 97 % des parents répondants déclarent suivre les conseils de leur médecin (60 % toujours et 37 % souvent) lorsqu'il recommande la vaccination, et 86 % l'identifient comme leur principale source d'information sur ce sujet.

L'utilité du vaccin reste cependant méconnue ; si 70 % des répondants connaissent l'action préventive du vaccin sur le cancer du col de l'utérus, seuls 10 % d'entre eux connaissent son effet protecteur contre les verrues ano-génitales et les cancers ano-génitaux.

L'information délivrée par le médecin est bien essentielle pour développer la connaissance des parents sur cette vaccination et leur permettre de mieux en comprendre les enjeux. Pourtant, si 96 % des médecins généralistes ayant répondu à cette enquête se disent favorables à cette vaccination, ils ne sont que 40 % à la proposer systématiquement dans la crainte d'un refus.

¹ Dans sa [recommandation](#), la HAS précise que « seul le vaccin nonavalent (GARDASIL 9®) est recommandé pour débiter toute nouvelle vaccination dès lors qu'il confère à la fois une protection contre les HPV 16 et contre les génotypes 6 et 11 responsables chez l'homme d'autant de condylomes génitaux que chez la femme et qu'il est amené à remplacer définitivement GARDASIL® (qHPV) ».

² En 2019, seules 27,9 % des jeunes filles de 16 ans sont vaccinées (schéma complet).

³ Enquête menée par BVA, pour l'Institut national du cancer et la Haute autorité de santé, par Internet entre le 20 juin et le 12 juillet 2019 auprès de 300 médecins généralistes et de 2002 parents de jeunes filles âgées de 11 à 19 ans et/ou de jeunes garçons de 11 à 14 ans.

Aussi, tant pour accompagner les médecins et professionnels de santé dans l'information qu'ils peuvent délivrer aux parents que pour répondre aux questions que soulève la vaccination contre les HPV, l'Institut national du cancer a développé une rubrique dédiée autour de [10 arguments clés](#). Il propose également un [dossier complet sur la prévention des risques infectieux liés au papillomavirus humain](#).

Plus d'un quart des cancers induits par les HPV atteint les hommes

Initialement recommandée aux jeunes filles dès 11 ans, la vaccination contre les HPV s'ouvre aujourd'hui aux jeunes garçons selon le même schéma vaccinal (Cf. ci-détails ci-dessous) avec un rattrapage jusque 19 ans. Cette extension représente un levier pour réduire les risques de transmission du HPV.

Près de **200 types de papillomavirus humains (HPV)** ont été identifiés. Parmi eux, **12⁴** ont été définis comme étant à **haut risque ou potentiellement oncogènes**, tandis que d'autres à moindre risque oncogénique sont responsables de verrues génitales ou condylomes.

En France chaque année, **6 300 cancers sont potentiellement dus aux HPV**. Si les femmes sont les principales victimes de ces cancers (2 900 cancers concernent le col de l'utérus), **plus d'un quart d'entre eux atteint les hommes**. Il s'agit plus spécifiquement des **cancers de l'oropharynx⁵** (1 060 cas incidents), **de l'anus** (360 cas incidents), **de la cavité orale, du larynx et du pénis** (plus de 300 cas incidents pour ces 3 localisations). Les virus HPV sont aussi responsables des très fréquentes verrues ano-génitales qui dégradent sérieusement la qualité de vie. Ces verrues, bénignes mais récidivantes, touchent autant les hommes que les femmes (100 000 personnes par an) et leur prise en charge est particulièrement douloureuse.

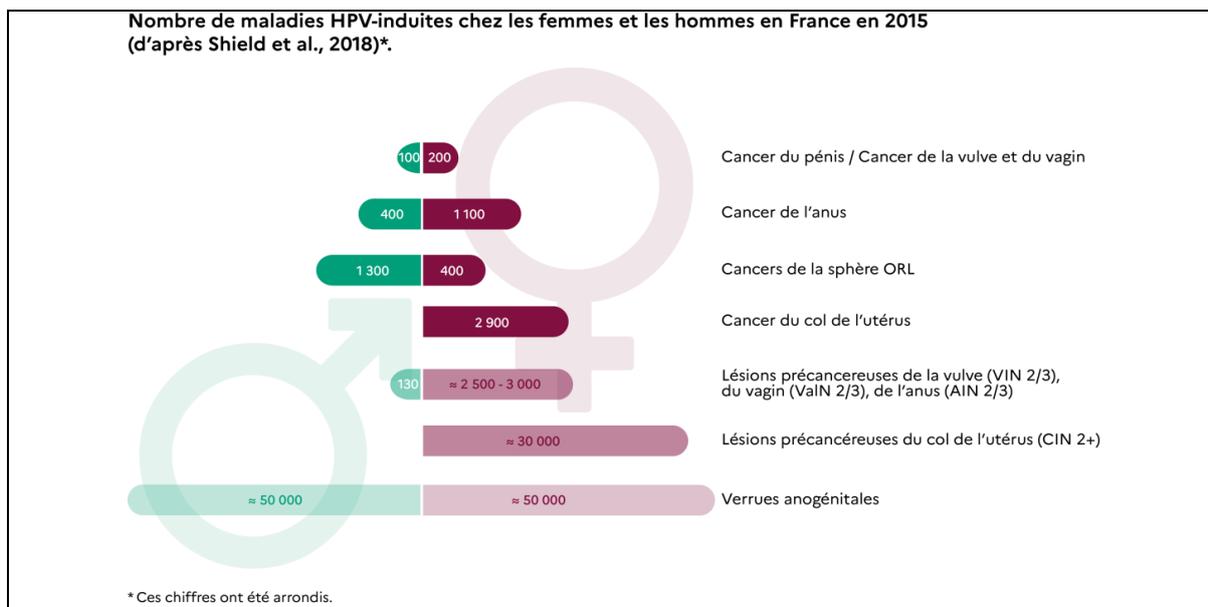
Si la plupart des infections disparaissent spontanément (90 % disparaissent dans les 2 ans), celles qui persistent, surtout lorsqu'elles impliquent certains HPV à haut risque (16 et 18), peuvent engendrer des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Au cours de sa vie, environ 80 % de la population sera exposée à un virus HPV et 60 % des contaminations ont lieu pendant la première année de vie sexuelle.

Aussi, vacciner les enfants et adolescents avant le début de leur vie sexuelle permet de garantir une protection proche de 100 % des virus inclus dans le vaccin et des cancers correspondants. Cette protection sera moindre si la vaccination est effectuée après le début de la vie sexuelle, car la vaccination n'arrête pas un processus cancéreux qui a déjà commencé.

⁴ <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Papillomavirus-et-cancer>. HPV à haut risque ou potentiellement oncogènes : HPV 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 58, 39, 51, 56, 59). HPV à bas risque : HPV 6 et 11 par exemple.

⁵ Le lien de causalité entre les infections par HPV et les cancers oropharyngés est établi par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Mais en l'absence de données cliniques, les trois vaccins n'ont pas, à ce jour, d'indications pour la prévention des lésions et des cancers oropharyngés.



La vaccination en pratique

Qui ?	Les enfants et les adolescents	Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
Quand ?	De 11 à 14 ans révolus avec un rattrapage possible de 15 à 19 ans révolus	Jusqu'à 26 ans
Comment ?	De 11 à 14 ans : 2 doses (M0 et M6) ; Rattrapage de 15 à 19 ans : 3 doses (M0, M2, M6).	3 doses (M0, M2, M6).

Une sécurité du vaccin réaffirmée par l'Organisation Mondiale de la Santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a examiné la sécurité du vaccin contre les HPV à plusieurs reprises entre 2007 et 2017. Dans son dernier rapport⁶, elle conclut de façon rassurante sur la sécurité de cette vaccination. À ce jour, plus de 100 millions d'enfants et d'adolescents ont été vaccinés dans près de 80 pays.

En France, [une étude menée sur plus de 2 millions de jeunes filles menée conjointement par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé \(ANSM\) et l'Assurance maladie](#) a confirmé que **la vaccination** contre les infections à papillomavirus humains (HPV) par Gardasil® et Cervarix® **n'entraînent pas de sur-risque de maladies auto-immunes (MAI) ni de sclérose en plaques.**

Les risques de syndrome de Guillain-Barré (SGB) ou de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) ont notamment été investigués et n'ont pas été corroborés par les études comparables menées dans plusieurs pays. Ainsi, une étude cas-témoins anglaise, incluant une population ayant reçu 10,4 millions de doses, n'a trouvé aucune augmentation significative du risque de SGB (Andrews, 2017) ; une étude québécoise n'a pas trouvé d'augmentation de l'incidence de patients hospitalisés pour un SGB parmi les personnes vaccinées (Deceuninck, 2018).

Une couverture vaccinale qui doit progresser chez les jeunes filles

La vaccination protège contre 70 à 90 % des HPV responsables du col de l'utérus. Pourtant, en 2019 **seules 27,9 %⁷ des jeunes filles de 16 ans sont vaccinées (schéma complet).** Ce taux figure parmi les

⁶ https://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/June_2017/fr/

⁷ <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-par-groupe-d-age>

plus bas au sein des pays qui recommandent cette vaccination. Un [travail de modélisation menée en 2018](#) par l'Institut national du cancer a montré les bénéfices de santé additionnels de l'augmentation de la couverture vaccinale avec le vaccin nonavalent⁸.

Aussi, sur la base annuelle d'une cohorte de jeunes filles de 14 ans⁹, une **augmentation de la couverture vaccinale jusqu'à 85 %** permettrait **d'éviter** a minima **2 546 conisations**¹⁰ qui elles-mêmes sont liées aux fausses couches et accouchements prématurés (réduction du risque de 26 %), **2 347 lésions précancéreuses CIN2/3**¹¹ (réduction du risque de 31 %), **377 cancers du col de l'utérus** (réduction du risque de 32 %) **et 139 décès** (réduction du risque de 39 %)¹².

L'extension vaccinale aux garçons est indispensable pour envisager une baisse significative de la transmission des papillomavirus. L'augmentation de la couverture vaccinale des jeunes filles reste une priorité et le dépistage régulier du cancer du col de l'utérus des femmes de 25 à 65 ans doit se poursuivre. L'augmentation de la couverture vaccinale, combinée au dépistage par prélèvement cervico utérin, permettra de réduire très significativement l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus (près de 3 000 nouveaux cas et plus de 1 100 décès en 2018).

En savoir plus sur :

- **accédez à la rubrique « 10 arguments clés sur la vaccination liées aux papillomavirus humain » ;**
- **lire le dossier « Prévenir les cancers contre les HPV » ;**
- **consultez les recommandations de la HAS.**

Contact presse - Institut national du cancer

Lydia Dauzet – 01 41 10 14 44 - presseinca@institutcancer.fr

⁸ Les 9 génotypes d'HPV inclus dans vaccin nonavalent (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) sont responsables de 90 % des cancers du col de l'utérus et de 80 % des lésions précancéreuses de haut grade.

⁹ Sur la base d'une couverture vaccinale de 21,4 % (taux au moment de la réalisation de l'étude en 2017). Nombre de jeunes filles de 14 ans non vaccinées au 1er janvier 2018 : 389 003.

¹⁰ Prélèvement d'un fragment du col de l'utérus en forme de cône au cours d'une opération chirurgicale. Le fragment de tissu est ensuite examiné par un médecin anatomopathologiste afin de déterminer s'il contient des cellules cancéreuses.

¹¹ CIN : cervical intraepithelial neoplasia (lésion malpighienne intra-épithéliale). Les CIN 2/3 sont des lésions de haut grade.

¹² Sur la base d'une durée de protection du vaccin de 20 ans.