

## Courrier des lecteurs

**MyPeBs, une étude qui pose question**

MyPeBs pour « My Personal Breast Screening » (cf. entretien avec le Dr Suzette Delalogue, dans « Le Quotidien » du 24 février 2020) est une étude internationale randomisée qui compare un dépistage personnalisé stratifié du cancer du sein à risque au dépistage standard actuel. Elle devrait inclure 85 000 femmes en France, en Belgique, en Italie, en Israël et au Royaume-Uni pendant 6 ans. L'efficacité de la mammographie systématique, ou dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 40 ou 50 ans et plus, est controversée, car les preuves de son efficacité sont contestées. Dans ce contexte, l'étude d'un dépistage personnalisé basé sur les facteurs de risque personnels de chaque femme peut être un projet intéressant. Cependant, pour juger de son efficacité, il faudrait faire la comparaison entre dépistage et absence de dépistage, et avec une bonne méthodologie. Or l'étude soulève plusieurs questions.

**MyPeBs représente une occasion manquée : il ne sera pas possible d'estimer le taux de surdiagnostic**

Les promoteurs de l'étude considèrent que les bénéfices du dépistage du cancer du sein sont solidement établis, alors que de plus en plus de publications indépendantes et récentes peinent à y trouver une efficacité. La controverse sur l'efficacité du dépistage n'est donc pas prise en compte. MyPeBs représente donc une occasion manquée : la possibilité de fournir la réponse, avec les données actuelles, à la question « le dépistage planifié devrait-il être poursuivi, adapté en fonction du risque ou stoppé » ? Pour ce faire, il aurait fallu inclure au minimum un groupe sans dépistage. Avec MyPeBs, il ne sera pas possible d'estimer le taux de surdiagnostic, un des problèmes majeurs du dépistage, à savoir des cancers inutilement détectés, car sans danger pour la santé des femmes. Des femmes en bonne santé sont directement touchées par le surdiagnostic, les surtraitements peuvent être très toxiques ou entraîner un préjudice permanent.

**Une méthodologie laxiste et des informations partielles.** Selon l'étude, le taux de cancers graves (dits de stade 2 et plus) sera mesuré dans chaque groupe. Rappelons que le but d'un programme de dépistage est de réduire le taux de cancers avancés. Les deux groupes seront statistiquement comparés. Mais la méthode de comparaison cache une énorme surprise. Selon les promoteurs de l'étude MyPeBs, dans le groupe dépistage habituel, on pense trouver 480 nouveaux cas de tumeurs graves pour 100 000 femmes au bout de 4 ans. Si, pour le groupe « nouveau dépistage basé sur le risque individuel » le taux des cancers graves trouvés est supérieur mais sans dépasser 600 cas pour 100 000 femmes, alors les deux groupes seront déclarés équivalents.

Cela signifie que si le taux de cancers graves dans le nouveau dépistage est augmenté, mais de moins de 25 % par rapport au dépistage actuel, l'étude sera considérée comme un succès, et les chercheurs diront que les nouvelles méthodes de dépistage sont « aussi efficaces » que les anciennes. En d'autres termes, 25 % de cancers graves en plus, c'est égal à rien !

L'étude calculera le risque de can-

cer du sein à partir de l'âge, des antécédents personnels et familiaux, de la densité mammaire et de tests génétiques. Outre que ce logiciel de calcul du risque n'a pas de validation scientifique, les femmes ne présentant qu'un faible risque devraient avoir moins de mammographies. Mais ce sous-groupe de femmes à faible risque comprendra très peu de femmes, et toutes les autres seront réparties dans des sous-groupes à plus haut risque, elles se verront davantage examinées par mammographies. Pour ces femmes, et ce avant 50 ans, cela augmentera les problèmes de radiotoxicité.

Les informations contenues dans le livret de consentement pour les participantes sont insuffisantes. Il n'y a pas d'explication du surtraitement ni du surdiagnostic, qui sont les risques majeurs du dépistage.

L'étude de l'intérêt du dépistage stratifié sur les facteurs de risque peut sembler utile, mais pas de façon aléatoire et certainement pas dans le but principal de promouvoir le dépistage par mammographie. Cette intention est clairement mentionnée dans la déclaration du Dr Balleyguier, page 14 du dossier de presse : « MyPeBs encouragera probablement plus de femmes à participer aux programmes nationaux de dépistage. » Les participants reçoivent des informations partielles sur la réduction de la mortalité attribuable au dépistage, et les conflits d'intérêts possibles des auteurs du protocole ne sont pas mentionnés.

**Des enjeux économiques et des objections éthiques.** Il serait plus judicieux de consacrer les dépenses à la promotion de la prévention des cancers plutôt que de financer cette étude ; même si une supériorité d'un dépistage personnel pouvait être démontrée sur la fréquence des cancers graves, on ignorera quel est le bénéfice pour les femmes en termes d'espérance de vie ou d'années de vie ajustées en fonction de la qualité de vie (QALY).

Le groupe belge le GRAS, les épidémiologistes et scientifiques italiens du groupe NoGrazie, le groupe français Cancer Rose et le groupe britannique Charity Health Watch alertent sur cet essai, qui sous des allures de recherche innovante n'est que marketing sans intérêt scientifique pour les femmes. De plus, avec un âge de début des participantes à 40 ans, alors qu'il n'y a aucune preuve de l'intérêt pour cette classe d'âge, en utilisant des tests génétiques, sans support scientifique, en utilisant davantage d'imagerie par IRM pour les femmes à « haut risque » et la mammographie 3D, l'étude MyPeBs encourage le marketing technologique et favorise le surdiagnostic, dommage que nous devrions chercher à réduire pour des raisons éthiques.

Dr Cécile Bour  
présidente de Cancer rose

**Pénurie de médecins : des solutions (non coercitives) existent !**

La semaine dernière Dominique Dhumeaux, vice-président de l'Association des Maires Ruraux de France (AMRF), s'exprimait dans « Le Quotidien » (28/02/2020) pour faire part des problématiques que rencontrent les élus dans leurs territoires pour permettre à leurs administrés d'avoir un accès « adapté » aux médecins.

Forte de nos trois structures représentant les jeunes et futurs médecins, nous œuvrons depuis plusieurs années pour proposer des solutions concrètes et pérennes pour l'ensemble des citoyens français en ma-

tière d'accès aux soins. Les mesures coercitives en réponse au problème de démographie médicale évoquées par M. Dhumeaux ne sont que démagogiques et seraient dangereuses pour notre système de santé. Rappelons-le, pour la médecine générale, la problématique se trouve actuellement dans l'insuffisance numérique des généralistes et le manque de temps médical.

**« Nous payons les décisions politiques des années 1990, fruit d'un manque d'anticipation »**

Pour reprendre ses propos, « jusqu'à présent les ministères de la santé ont fait des choix à court terme » : il est vrai que nous payons les décisions politiques des années 1990, fruit d'un manque d'anticipation ; toutefois, il est mensonger d'affirmer que les mesures proposées par le gouvernement actuel ne sont que des mesures à court terme.

Des mesures ont été prises et initiées à différents niveaux : au cours de la formation, réforme du 3e cycle (2017), réformes du 1er et 2e cycles à venir (loi d'organisation et de transformation du système de santé, juillet 2019) ; au début de l'exercice, simplification des contrats d'aide à l'installation d'État « contrat début d'exercice », exonération de cotisations sociales (LFSS 2020) ; au cours de l'exercice : facilitation de l'activité mixte (poste 400 MG), promotion des MSP et CPTS...

Ces différentes mesures incitatives ambitieuses doivent être accompagnées dans leur mise en place et leur impact évalué par la suite. Le problème actuel ne trouvera pas de mesure miracle à court terme, il est mensonger de faire croire le contraire aux Français.

**Effet d'annonce.** Le spectre des mesures coercitives et de la suppression de la liberté d'installation revient fréquemment dans les débats. M. Dhumeaux le dit lui-même, il ne s'agirait que d'un effet d'annonce. De plus, ces mesures ont prouvé leur inefficacité dans les pays dans lesquels elles ont été déployées et ont eu des impacts néfastes à savoir une aggravation des inégalités d'accès aux soins et l'apparition d'une médecine à deux vitesses, ce qui semble être oublié ici.

Nous rejoignons cependant le constat qu'il fait dans le manque d'attractivité d'une partie du territoire national. Il conviendrait alors de travailler ensemble sur la découverte des territoires dès le début des études médicales avec la mise en place de moyens suffisants. Les futurs médecins s'installeront dans des territoires qu'ils connaissent.

Nous poursuivrons le travail que nous avons initié avec l'AMRF sur la question de l'accès aux soins, pour trouver, ensemble, des solutions pérennes pour le système de santé. Elles devront être adaptées aux professionnels, aux élus mais surtout aux patients !

Marianne Cinot  
présidente de l'ISNAR-IMG  
Laure Dominjon  
présidente de ReAGJIR  
Roxane Hellandsjö-Prost  
présidente de l'Anemf

**Il faut éviter une épidémie de peur**

Le coronavirus donne les symptômes d'une grippe classique ; mais il se propage à une vitesse inédite. Au contact d'une personne atteinte,

on a 6 % de chances d'attraper la grippe mais 30 % d'attraper le coronavirus. Le problème est la contamination généralisée qui risque de bloquer les hôpitaux, médecins, etc... voire toute activité.

Il faut éviter une épidémie de peur. Pourquoi nous cacher que chaque année la banale grippe saisonnière fait entre 2 et 6 millions de malades et provoque environ 8 000 décès ; que l'alcool est responsable de 41 000 décès par an et on estime à 73 000 par an ceux qui sont attribués au tabac. Les accidents domestiques qui sont responsables de 12 000 morts par an sont quatre fois supérieurs aux accidents de la route.

Le taux de létalité est estimé à 3,06 % soit trois fois moins que le SRAS (9,6 %) mais plus que la grippe (0,01%). Le risque de succomber augmente avec l'âge, l'existence d'autres maladies qui affaiblissent l'organisme.

Les chauves-souris sont des réservoirs de virus, pour le coronavirus, le Sras et Ebola. C'est mon ami le Dr Jean-Jacques Muyembe, rotarien à Kinshasa-Binza, qui a découvert le réservoir du virus Ebola chez les chauves-souris. Entre la chauve-souris et l'homme il y a des intermédiaires. C'est le singe pour l'Ebola. Pour le Sras c'est la civette consommée sur les marchés chinois. Pour le coronavirus il semble s'agir du pangolin lui aussi consommé dans les marchés chinois. Ils'agit donc de zoonoses, ce qui revient à dire que ces maladies infectieuses humaines sont provoquées par des agents infectieux provenant d'animaux. Les chinois mangent tout ce qui a quatre pattes, sauf les tables et les chaises...

L'état général est très important. Il faut garder confiance et éviter la peur. Il faut prendre quelques précautions comme le dit Michel Cymes. Il faut bien se laver les mains ; éviter de se toucher le visage, car la contamination peut se faire par la bouche, le nez et les yeux

Dr Maurice Collin  
pédiatre, Grenoble (38)

**Covid-19 comment protéger les SDF ?**

Nous sommes parfaitement conscients, grâce aux différents médias, d'une progression inexorable de l'épidémie due au Covid-19. Ce virus a des conséquences graves chez les patients ayant une fragilité immunitaire ou certaines tares.

Beaucoup de mesures ont été prises pour éviter une diffusion excessive de ce fléau au sein de la population française. Mais qu'en est-il de cette frange de la population silencieuse ; les SDF ? Nombreux sont ceux qui, du fait de la rigueur hivernale, se retrouvent dans des foyers d'accueil.

Les informations données aux salariés de ces centres sont identiques à celles reçues par le Français lambda. Ces professionnels ont de grandes difficultés pour reconnaître les usagers contaminés ; difficultés qui sont parfois également ressenties par les médecins. Bien entendu ces salariés, du fait d'une pénurie en masque, ne disposent pas de cet équipement si des « médecins bienveillants » (ils n'ont reçu aucune consigne à ce titre, mais le bon sens est une de leur qualité) n'interviennent pas pour les fournir. Cette absence de prise en compte est un facteur qui peut favoriser plus facilement la diffusion de cette virose.

De plus, se pose la question, en cas de doute sur un cas éventuel de contamination, d'un isolement d'un résident. Réel problème non soulevé

par aucun acteur de santé publique. En effet, ces personnes sont souvent en groupe (facteur qui favorise la contamination), et au sein des foyers, ils sont tous en contact.

Il est actuellement impossible en cas de doute d'isoler des patients suspects car le plus souvent les chambres ne sont pas individuelles. De plus, réquisitionner une chambre durant 14 jours pour un patient est une véritable gageure au sein de ces structures où le manque de place se révèle criant. Bien entendu, les centres hospitaliers ne vont pas accepter ces patients, et ce d'autant plus que les nouvelles consignes prônent uniquement le confinement, et non plus l'hospitalisation obligatoire.

Dans ce contexte, nous pouvons dire que les SDF demeurent les maillons faibles de notre système sanitaire, et sont des vecteurs non négligeables de transmission du Covid-19. De plus, si l'épidémie s'intensifie (ce que de nombreux infectiologues redoutent), l'impact au sein de ces populations fragilisées sera très important.

Dr Pierre Frances,  
médecin généraliste,  
Banyuls-sur-mer (66)

**Quid de la voiture si on devait fermer le métro ?**

Il y avait déjà eu les grèves des transports en commun qui avaient montré l'ineptie de ne pas pouvoir utiliser sa voiture dans Paris. L'épidémie de coronavirus va soulever à nouveau cette question, en l'aggravant. On craint le passage au stade 3 avec risque d'épidémie massive. Un certain nombre d'agents de la RATP et de la SNCF seront alors indisponibles. En outre, le métro et les bus sont des lieux de confinement où le risque de contamination est majeur. Il faudra peut-être envisager leur fermeture totale.

Que feront alors les Parisiens non malades pour se déplacer ? Le télétravail n'est pas généralisable. Les personnes âgées et les invalides ne pourront pas faire des km à pied, ni à vélo ou trottinette, encore moins à moto (d'ailleurs source de pollution avec les moteurs à deux temps !)

Reste donc la voiture (surtout pas le covoiturage). Hélas, la Mairie de Paris en a restreint l'usage par sa politique anti-voitures. Mme Hidalgo et ses alliés ont tout faux en matière de circulation ! Une fois de plus, on constate que l'idéologie s'avère inepte à l'épreuve de la réalité.

Dr. Pierre Waltzing,  
médecine interne et rhumatologie,  
Paris (75)

**Au secours, Bachelot, le retour !**

Quelques milliers de morts en Chine (1,5 milliard d'habitants), quelques dizaines de cas en France (65 millions d'habitants), c'est bientôt la pandémie !!! Dormez, braves gens, l'État veille sur vous avec des urgences saturées et des médecins de campagne - dont je fais partie - en voie de disparition... Vous avez aimé Roselyne Bachelot vous allez adorer la macronie !

Dr Noël Tallet  
médecin généraliste,  
Courville (28)

**Écrivez-nous !**

● Adressez vos tribunes ou courriers à : [jean.paillard@lequotidiendumedecin.fr](mailto:jean.paillard@lequotidiendumedecin.fr)