



# Seriez-vous un malade en pleine santé ? Les dérives du surdiagnostic

Clémence Fruit

Si vous pensez que la médecine ne s'occupe que des maladies, alors lisez bien cet entretien avec le Dr Luc Perino. Auteur du livre *Les non-maladies*, cet infatigable observateur de la médecine met le doigt là où ça fait mal. Il y dénonce les dérives d'un système qui se complait à voir dans chaque bien-portant... un malade qui s'ignore.



**Luc Perino**

Médecin généraliste, diplômé en médecine tropicale et en épidémiologie, le Dr Perino enseigne à la faculté de médecine de Lyon. Depuis des années, il mène une remarquable activité de partage des connaissances médicales, notamment grâce à son site [www.lucperino.com](http://www.lucperino.com).

Il vient de publier *Les non-maladies : la médecine au défi*, aux éditions du Seuil.

**Clémence Fruit :** Vous vous définissez comme épistémologue. Expliquez-nous ce que vous entendez par là, et pourquoi si peu de médecins osent s'en saisir...

**Dr Luc Perino :** L'épistémologie est la critique raisonnée des méthodes et des résultats de la science. Si l'on

considère la médecine comme un art, elle n'a pas besoin d'épistémologues. Mais aujourd'hui que le diagnostic procède de manière scientifique, il faut en faire la critique et développer une épistémologie du diagnostic. C'est un champ que j'ai investi depuis des années, et c'est à ce titre que je me suis intéressé aux non-maladies.

**C. F. :** Vous venez de publier un nouvel ouvrage sur les « non-maladies ». Expliquez-nous ce que recouvre ce concept.

**Dr P. :** Partons d'abord de la maladie. Il faut rappeler que s'il n'y avait pas eu de plaintes et de souffrances, il n'y aurait jamais eu de médecine. Devant une plainte, le médecin apportera ou non une réponse en fonction des avancées de la science médicale. Par exemple, si vous avez une occlusion intestinale, vous aurez mal au ventre, vous n'irez pas à la selle, on fera le diagnostic et on vous opérera. Le problème sera alors réglé. Il y a une sorte d'adéquation entre la souffrance du patient et le diagnostic du médecin. C'est ce que j'appelle un « objet-maladie ».

Il existe aussi des cas, fort heureusement de moins en moins nombreux, dans lesquels le patient se plaint mais la médecine ne parvient pas à élaborer un diagnostic, soit parce que sa science n'est pas encore assez avancée, soit parce qu'elle ne se sent pas directement concernée. C'est ce que j'appelle les « maladies non objectivables ».

J'en viens aux non-maladies. C'est le cas, par exemple, où vous allez très bien. Vous n'avez ni plainte, ni souffrance, mais un beau matin, vous recevez une invitation pour un dépistage pour tel ou tel cancer. Vous n'y pensiez pas avant. Vous allez donc vous soumettre au dépistage, pensant qu'il est bon pour vous. Peut-être qu'on va vous trouver quelque chose, comme une minuscule image suspecte dans le sein. Cette maladie qui vous est « proposée » par la médecine elle-même, voilà ce que j'appelle les « non-maladies ». Cet objet ne vous concerne pas, mais la médecine vous propose un diagnostic. Cette intrusion peut être considérée comme *abusive*, et elle l'est assez souvent.

**C. F. :** Il existe aussi des cas dans lesquels on découvre quelque chose fortuitement, grâce aux progrès de l'imagerie...

**Dr P. :** En effet. Imaginez que vous ayez mal à la tête, vous passez une

IRM qui découvre un anévrisme. Le médecin sait qu'il y a un risque de rupture difficile à évaluer. Il pourrait taire ce diagnostic, mais c'est aujourd'hui impossible. Il peut aussi vous proposer une intervention préventive, mais il y a un risque mortel. Là encore, la médecine vous attribue un « objet non-maladie » auquel elle ne sait pas répondre.

### C. F. : Est-ce ce que l'on nomme « incidentalomes » ?

**Dr P. :** Non, pas tout à fait, car dans le cas de l'anévrisme, il y a un risque pour votre vie, tandis qu'en cas d'incidentalome, comme un kyste hépatique ou un nodule pulmonaire, il n'y a ni risque, ni conséquence. Mais, souvent, ces incidentalomes conduisent à de nouvelles « vérifications ». Vous allez entrer dans une spirale d'exams et une chaîne ininterrompue entre commerce médical et angoisses. On sait que l'on trouve toujours des cellules cancéreuses dans l'adénome de la prostate, après 60 ans. Est-ce la peine d'en parler au patient alors même qu'il n'y a aucun risque que ces cellules provoquent une mort anticipée ? Le patient mourra de cent autres causes auparavant. Là encore, il est devenu impossible de ne pas en parler ; c'est une autre non-maladie.

### C. F. : Vous en venez à dénoncer le surdiagnostic des cancers : la médecine apporte une maladie à un patient sans symptômes.

**Dr P. :** C'est ce que nous venons d'évoquer pour la prostate. Cependant, alors même que les autorités de santé de tous les pays déconseillent le dépistage par PSA, même chez les patients avec facteurs de risque, la moitié des médecins ignorent cette recommandation ou se heurtent à des patients qui la réclament. Le problème est plus délicat pour le sein et la polémique continue, alors que 30% à 50% des diagnostics sont inutiles ou erronés. Plusieurs pays ont déjà abandonné le dépistage organisé du cancer du sein, et l'on a

de bonnes raisons de supposer qu'il en sera de même pour le cancer du côlon. En France, nous n'en sommes pas encore là. En revanche, pour le cancer de la thyroïde, je suis très clair : 98% des interventions de la thyroïde pour cancer sont *inutiles*. Il y a même un variant de carcinome papillaire de la thyroïde qui a été déclassifié du groupe des cancers.

### C. F. : Ce phénomène pointe la responsabilité individuelle de chaque citoyen, à raisonner sa « consommation de soins ».

**Dr P. :** C'est en effet l'un des nœuds du problème. À mon avis, la médecine ne pourra pas se réformer toute seule – tout comme un système politique. Il faut une révolution de la base, des citoyens. Et cela arrivera lorsqu'ils seront bien informés. Mais bien sûr, il faut qu'ils sachent ce qu'ils doivent arrêter de surconsommer : certainement pas d'aller chez le médecin en cas d'occlusion intestinale ou de crachat sanguin. En revanche, la majorité pourrait s'abstenir de contrôles tensionnels ou de bilans sanguins réguliers pour chercher des facteurs de risques sélectionnés par la médecine, alors que leur mode de vie est en lui-même un gros facteur de risque. Hélas, les médias, le plus souvent inféodés aux marchands, ne sont pas du tout orientés vers une sous-consommation médicale.

### C. F. : La confusion entre prévention et dépistage est-elle l'une des raisons ?

**Dr P. :** C'est parfaitement exact. Il n'y a aucun rapport entre les deux, alors que la confusion est très fréquente. Le dépistage consiste à chercher une éventuelle maladie avant qu'elle ne se manifeste au patient ou au médecin. On peut donc dépister tout et n'importe quoi, mais on dépiste surtout des facteurs de risques et non de vrais objets-maladie. Osons dire que cette démarche est stupide. La prévention, au contraire, ce sont toutes les méthodes qui empêchent

ou retardent la survenue d'une maladie. Mais l'information est si mal faite que beaucoup de personnes pensent que le dépistage d'un cancer équivaut à une prévention. Ce n'est hélas pas vrai. Ce serait trop beau si c'était vrai !

Pour certains dépistages, comme celui du cancer du poumon que certains essaient activement de promouvoir, nous possédons déjà suffisamment de données pour savoir qu'il aura un effet délétère. Cela pourra diminuer les incitations à ne pas fumer ou à cesser de le faire. On sait aussi que le diagnostic de ce mauvais cancer élève sensiblement le taux de suicide. Un tel dépistage aura bien du mal à prouver un effet bénéfique en termes de santé publique, mais la machine est en marche et certains pays finiront par le proposer. Pour moi, ce énième dépistage relève d'un ensemble de commerces scandaleux qui jouent sur l'angoisse et l'idée mensongère qu'on peut supprimer ce fléau sans supprimer le tabac. Je trouve cela éthiquement honteux.

### C. F. : Il existe une dernière catégorie dont vous traitez : les hors-sujets sanitaires. En quoi consistent-ils ?

**Dr P. :** C'est un tout autre sujet, car nous sortons ici du cadre traditionnel de la médecine pour entrer dans celui du commerce médical et de la société de consommation en général. Il s'agit de personnes – qu'on ne peut même pas appeler patients puisqu'ils n'ont aucun symptôme – qui consultent des médecins pour des demandes qui ne sont pas du registre de la médecine. Pourtant, le commerce médical leur répond. C'est le cas de tous ceux qui demandent qu'on leur raccourcisse le nez ou qui veulent un dopage pour une compétition sportive, ou encore qui veulent un enfant à cinquante ans. Ils trouveront toujours un médecin pour répondre à leur demande aussi farfelue soit-elle. La relation est ici exclusivement commerciale. Le seul vrai problème est que l'importance

prise par ces sujets peut finir par détourner certains médecins de leur tâche essentielle.

**C. F. :** Vous dites que la santé subjective s'est même dégradée en raison d'une inflation des diagnostics et des soins.

**Dr P. :** Évidemment, puisque l'on ne cesse de vous insuffler l'idée de maladie alors que vous vous sentez bien. Amartya Sen, un Indien prix Nobel d'économie, a très bien résumé ceci : plus la santé objective s'améliore, plus la santé subjective se dégrade. En France, de nombreux bien-portants se sentent malades ; en Inde, de nombreux malades s'estiment en bonne santé. C'est un curieux paradoxe largement entretenu par les médias qui ne cessent de ressasser tous les risques qui nous guettent et contre lesquels on doit se protéger (DMLA, AVC, dépression, cancers, hypercholestérolémie, etc.)

**C. F. :** Parmi les autres idées reçues répandues, vous signalez « l'âge comme facteur de risque ». Pourquoi n'en est-ce pas un ?

**Dr P. :** C'est la plus grosse bêtise que l'on entend tous les jours, même dans la bouche des plus éminents professeurs. L'âge n'est pas un facteur de risque, il est la condition pour que tous les facteurs de risque se révèlent. Si vous considérez l'âge comme un facteur de risque, alors il faut supprimer tous les autres facteurs de risque. Du point de vue épidémiologique et épistémologique, considérer l'âge comme un facteur de risque est un non-sens. Les excès de sucre et de tabac sont des facteurs de risque mais il faut des années pour qu'il se révèlent comme tels. Chaque facteur de risque reste virtuel tant que les années ne s'écoulent pas.

Le plus cocasse de tous ces non-sens autour de l'âge est celui de la DMLA, dont l'information est entièrement assurée par les industriels. L'épistémologie du diagnostic leur est si étrangère qu'ils se sont

eux-mêmes tiré une balle dans le pied en parlant de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). L'histoire est amusante car la rétine est un organe neurosensoriel qui vieillit comme les autres. Mais on a trouvé par hasard un médicament qui atténue provisoirement les formes dites « humides » (environ 15%) de cette dégénérescence. Ce médicament a été vendu à mille fois son prix et on a créé un concept de maladie « liée à l'âge » pour lequel, par définition, on ne peut rien faire. On a aussi négligé de préciser que 85% des formes n'y répondent pas, et que pour les autres les résultats sont bien médiocres.

*« De nombreux bien-portants se sentent malades. C'est un curieux paradoxe largement entretenu par les médias qui ne cessent de ressasser tous les risques qui nous guettent et contre lesquels on doit se protéger. »*

Nous pourrions dire la même chose pour la maladie d'Alzheimer qui provient d'une double dégénérescence neurologique et vasculaire et pour laquelle, jusqu'à présent, tous les traitements ont eu un rapport bénéfices/risques négatif. Mais l'industrie ne cessera jamais d'en proposer de nouveaux car l'angoisse autour de la moindre perte de mémoire est le signe d'un marché potentiel énorme. L'échec sera toujours le même, mais il suffit aux marchands d'un an de prescriptions avant la preuve de l'inefficacité pour avoir un bon retour sur investissement. Le marché ne raisonne ni en termes de résultats cliniques, ni en termes de santé publique...

**C. F. :** Vous parlez de l'effet placebo, indispensable et incontestable. Pourtant, il n'a pas bonne presse dans la médecine moderne...

**Dr P. :** L'effet placebo est l'effet le plus important de tous les médicaments, et il est aussi l'effet le plus important de tous les prescripteurs. Une prescription ou un médicament sans effet placebo, ça n'existe pas.

La science biomédicale tient simplement à démontrer que certains médicaments ont un effet pharmacodynamique en plus des effets placebo cumulés du prescripteur et du médicament. C'est le principe du fameux essai randomisé en double-aveugle contre placebo. Mais, dès 1960, ces essais ont été entièrement gérés par l'industrie pharmaceutique – ce qui constitue un biais majeur. Dans le cas des antibiotiques ou des anti-épileptiques, il n'y a pas vraiment de problème à prouver leur supériorité, même si – attention – l'effet placebo est toujours présent.

En revanche, pour tester une prévention primaire à long terme sur un facteur de risque (hypertension, sucre, cholestérol) pour retarder un accident vasculaire ou autre, c'est mathématiquement impossible en raison de la multiplicité des facteurs de risque, dont la majorité nous sont inconnus. L'industrie gère toutes ces difficultés à son avantage et c'est elle qui a créé ou envenimé le conflit entre médicament actif et placebo, là où il n'avait pas lieu d'être puisque les deux sont indissociables.

**C. F. :** Et pour terminer, qu'est-ce qu'être en bonne santé ?

**Dr P. :** En être convaincu ! Je connais plein de grands malades et de porteurs d'objets maladies en bonne santé !