

Comment éviter la surmédicalisation du patient âgé ?

How to avoid overmedicalization of the elderly patient ?

F. Benoît¹, K. Segers², C. Sergeant¹, J. Robberecht¹, J.-M. Meyts¹, R. Karmali³ et M. Surquin¹

¹Clinique de Gériatrie, ²Département de Neurologie, ³Département de Médecine interne, CHU Brugmann, ULB

RESUME

La surmédicalisation est un concept large, qui concerne également le patient âgé. Elle englobe à la fois le surdiagnostic et sa conséquence à savoir le surtraitement. Une sensibilisation à ce sujet a émergé depuis 2013, date du premier congrès " Preventing Overdiagnosis ".

Actuellement, l'Evidence-Based Medicine ne permet pas d'éviter le surdiagnostic chez le patient âgé. En effet, la présence de caractéristiques gériatriques telles que les multiples comorbidités, la polymédication et la fragilité peut mener à l'élaboration d'un diagnostic erroné et à l'instauration d'un traitement potentiellement délétère.

L'hypothyroïdie subclinique et la maladie d'Alzheimer sont deux exemples de pièges potentiels à l'interprétation de données biologiques et paracliniques pouvant mener à l'administration d'un traitement futile.

Différentes pistes sont abordées pour identifier les causes de la surmédicalisation et mieux la prévenir.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 394-8

ABSTRACT

Over-medicalization is a broad concept, which also concerns the elderly patient. It encompasses both over-diagnosis and over-treatment. An increasing awareness of this issue has emerged since 2013, with the first " Preventing Overdiagnosis " conference.

Currently, Evidence-Based Medicine does not prevent over-diagnosis. Indeed, the presence of geriatric characteristics such as multiple comorbidities, polypharmacy and frailty can lead to misdiagnosis and to potentially deleterious treatment.

Subclinical hypothyroidism and Alzheimer's disease are two examples of pitfalls in the interpretation of biological and para-clinical data that may lead to the administration of useless treatment.

Different issues are discussed to identify the causes of over-medicalization and to better prevent it.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 394-8

Key words : *overmedicalization, overdiagnosis, ageing, Alzheimer disease, subclinical hypothyroidism*

INTRODUCTION

Le patient âgé se différencie du patient jeune tant par les aspects psychosociaux, la présentation atypique des maladies, les comorbidités que par le vieillissement. Le processus de vieillissement n'affecte pas tous les individus de la même manière. Un terme souvent utilisé pour décrire les patients âgés vulnérables est " la fragilité " ¹. Elle peut être définie selon des critères physiques ou une combinaison de

paramètres physiques et psychosociaux. La fragilité a pour conséquence une accumulation de déficits menant à une augmentation de la morbi-mortalité ². Plusieurs échelles gériatriques validées permettent de mettre en évidence la fragilité dans le cadre de l'évaluation gériatrique globale.

Le terme " Médecine fondée sur des preuves " a été inventé en 1992 par David Sacket *et al.*, et signifie " l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des

meilleures preuves dans la prise de décision des soins³. Malheureusement, les patients âgés porteurs de multiples comorbidités restent sous-représentés dans les essais cliniques et l'intégration des résultats des essais cliniques dans notre pratique quotidienne reste souvent complexe. Une application automatique et aveugle des différentes recommandations augmente ainsi le risque pour les patients âgés de faire l'objet d'un diagnostic erroné et d'un traitement inutile⁴. L'importance de ce phénomène est reconnue par de nombreux acteurs de soins de santé⁵.

L'exposition du patient à un surdiagnostic engendre une surconsommation de technique, de traitement et un gaspillage de ressources. En 2013 a eu lieu la première conférence internationale consacrée au surdiagnostic " *Preventing Overdiagnosis* ". L'objectif de ce congrès est d'initier des réflexions et des actions concrètes dans le domaine de l'optimisation de la pratique clinique. Il n'y a pas de définition précise de la surmédicalisation. Ce terme, dont l'équivalent en anglais est " *too much medicine* ", regroupe plusieurs aspects tels que la surprescription, la surdétection, l'obsession diagnostique ou le surtraitement avec une constatation finale identique : il s'agit de pratiques médicales potentiellement nuisibles, n'apportant pas de bénéfice aux patients⁶. Notre objectif est de se concentrer principalement sur le surdiagnostic du patient âgé, la surprescription ayant déjà été abordée précédemment⁷.

METHODOLOGIE

Avant d'aborder les éventuels moyens d'éviter des interventions inutiles, nous illustrons deux situations cliniques concrètes à risque de surdiagnostic que sont l'hypothyroïdie subclinique (HS) et la maladie d'Alzheimer (MA). Ces deux situations sont régulièrement l'objet de traitement futile lié à un diagnostic erroné, tant par l'interprétation des données biologiques que paracliniques.

Hypothyroïdie subclinique

La prévalence des affections thyroïdiennes augmente avec l'âge (2-10 % chez les < 60 ans et 6-20 % chez les 60 ans et plus), avec une prédominance chez les femmes et dans les populations caucasiennes⁸. L'HS est définie comme une élévation de thyroïdostimuline (TSH) associée à des concentrations sanguines de thyroxine et triiodothyronine libres normales, indépendamment de l'absence ou de la présence de signes et symptômes de dysfonction thyroïdienne. Une étude rétrospective anglaise sur des données de prescriptions collectées entre 2001 et 2009 montre une nette augmentation de la fréquence de la prescription de Lévothyroxine (L-T4) chez les patients de 70 ans et plus. Le taux moyen de TSH au début du traitement diminue ainsi de 8,7 à 7,9 mIU/mL entre 2001 et 2009. De façon concomitante, on observe une augmentation du risque de développer une hyperthyroïdie iatrogène dans les 5 ans qui suivent le début du traitement, indiquant le faible suivi biologique

et clinique des patients traités. Cette tendance semble encore plus élevée pour les sujets de plus de 85 ans chez qui la prescription d'hormones thyroïdiennes est 2 fois plus fréquente, comparée aux 60-65 ans⁹.

Surdiagnostic lié à une valeur erronée de TSH

Une élévation de la TSH avec l'âge ne semble pas être nécessairement liée à une dysfonction thyroïdienne, mais pourrait être le reflet d'une diminution de sensibilité hypothalamo-hypophysaire aux hormones périphériques, d'une diminution de l'activité biologique de la TSH ou la sensibilité de la glande à cette dernière. L'utilisation de valeurs de référence de TSH adaptées à l'âge serait un moyen d'éviter le surdiagnostic d'HS⁸.

La présence de maladies non thyroïdiennes (insuffisance rénale terminale, maladie psychiatrique aiguë, obésité) ou certains médicaments (neuroleptiques, amiodarone) peuvent également affecter le métabolisme normal de la thyroïde et entraîner une élévation transitoire de la TSH. Ces différentes situations sont fréquentes chez les patients âgés fragiles et sont une source de diagnostic erroné^{10,11}.

Bénéfice du traitement

Bien que l'on ait démontré chez le sujet jeune une association entre, d'une part, l'HS moyenne (TSH 4,5-9,9 IU/L) et l'HS sévère (TSH \geq 10 IU/L) et d'autre part l'altération du profil lipidique, la dysfonction cardiaque et l'augmentation du risque cardiovasculaire, plusieurs études n'ont pas montré d'association claire entre les événements cardiovasculaires et l'HS moyenne chez les sujets très âgés chez qui on observe au contraire une réduction des événements cardiovasculaires et un accroissement de la longévité^{11,12}. L'indication d'un traitement de substitution thyroïdienne chez les patients de plus de 70 ans présentant une HS modérée reste controversée. Actuellement, selon les recommandations de l'*European Thyroid Association*, il est préconisé de ne pas traiter une HS modérée chez les plus de 70 ans, mais plutôt d'assurer un suivi biologique tous les 6 mois. Si la TSH est \geq 10 IU/L, le traitement est envisagé en présence de symptômes d'hypothyroïdie ou d'un risque cardiovasculaire élevé¹³.

Maladie d'Alzheimer

Le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer (MA) permet l'instauration de traitements pharmacologiques adaptés qui améliorent modestement la qualité de vie et ralentissent l'évolution de la maladie¹⁴. On pose le diagnostic de MA probable lorsqu'un patient présente un déficit de stockage dans la mémoire à long terme (MLT) en association avec au moins un biomarqueur altéré. Les biomarqueurs de la MA sont radiologiques (atrophie hippocampique), isotopiques (marqueurs d'amyloïde à la tomographie par émission de positons) et biologiques (taux d'amyloïde et de protéines tau et tau phosphorylée dans le liquide

céphalorachidien). Ces critères permettent un diagnostic précoce, avant l'installation de la perte d'autonomie et donc avant le diagnostic de démence¹⁵. Cependant, tant l'interprétation des biomarqueurs que des tests neuropsychologiques nécessite beaucoup de prudence et l'évaluation clinique reste indispensable afin de ne pas surdiagnostiquer la MA.

En effet, le surdiagnostic de MA est source de stress inutile pour le patient et sa famille et peut conduire à des conséquences sociales préjudiciables et à l'administration de traitements inutiles avec des effets secondaires potentiels.

Surdiagnostic de MA par interprétation erronée des tests neuropsychologiques

La performance de stockage des données verbales et visuelles dans la MLT permet d'évaluer l'intégrité fonctionnelle des hippocampes grâce à la comparaison des résultats obtenus chez le patient avec ceux d'un groupe de sujets sains d'âge et de scolarité similaires. Plusieurs paramètres peuvent interférer avec le fonctionnement hippocampique et ce, en l'absence de maladie neurodégénérative. Ainsi, les médicaments anticholinergiques (médication contre l'incontinence urinaire, neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques, ...) doivent impérativement être arrêtés avant le testing neuropsychologique. En effet, l'acétylcholine est un neurotransmetteur indispensable au bon fonctionnement hippocampique. De même, un dépistage de la MA ne doit pas être réalisé lorsque le patient présente une pathologie aiguë susceptible de provoquer un épisode confusionnel aigu (infection, traumatisme, syndrome douloureux, deuil, ...).

Par ailleurs, de nombreux tests neuropsychologiques ont été validés principalement pour des populations occidentales scolarisées. Il faut donc tenir compte de l'analphabétisme, encore fréquemment rencontré parmi les patients non-européens, et particulièrement les femmes, qui peut influencer les résultats des tests, y compris non verbaux, et risque d'entraîner une sous-estimation des capacités cognitives réelles¹⁶.

Surdiagnostic de MA par interprétation erronée des biomarqueurs

On estime que les biomarqueurs d'amyloïde peuvent devenir anormaux deux décades avant l'apparition des premiers symptômes cliniques de MA¹⁷. Lors de cette phase asymptomatique, il arrive que des patients développent une autre pathologie responsable de troubles cognitifs, comme par exemple une maladie auto-immune curable et réversible. Chez ce type de patient, la présence d'un biomarqueur anormal risque de compliquer le diagnostic¹⁸. La présence concomitante d'une clinique typique de MA reste donc fondamental et à aucun moment les biomarqueurs ne doivent être utilisés seuls pour établir le diagnostic de MA.

Ces deux exemples de pathologies pouvant conduire à un surdiagnostic (et à un surtraitement) sont le reflet de la complexité de notre pratique clinique journalière. La connaissance et l'analyse des situations qui mènent au surdiagnostic sont une des clefs du problème.

DISCUSSION

La première conférence internationale de 2013 a apporté une définition du surdiagnostic : " Le surdiagnostic survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne causera jamais de symptômes, ni mort, ou lorsqu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée au traitement ". Les travaux de Parmar *et al.*, ont essayé de modéliser la problématique du surdiagnostic¹⁹. Le modèle comprend 4 grands vecteurs d'inflation diagnostique : les patients, les soignants, le système de santé et la culture de la pratique médicale qui sont tous interdépendants et s'influencent mutuellement. Par exemple, le patient peut influencer le médecin en exprimant ses attentes, avec la certitude qu'une intervention diagnostique ou thérapeutique améliorera son état de santé¹⁹. A ce modèle, s'ajoute en 2017, le concept " *Le nouveau est mieux* ", sous l'influence de l'industrie et des innovations technologiques, avec pour conséquence, un risque de promotion commerciale de certains moyens de dépistage, avec le risque de détecter des anomalies sans conséquences cliniques²⁰. Des pistes d'actions via des groupes internationaux, conférences, recommandations, réflexions politiques, médicales et sociales voient le jour. Elles ont pour but d'identifier les facteurs qui induisent le surdiagnostic (manque de connaissances, besoin d'être rassuré, excès de confiance), de mesurer les effets du surdiagnostic sur le patient et son traitement (nuisances physiques et psychologiques) et d'établir des stratégies pour réduire l'incidence du surdiagnostic. Actuellement aucune de ces stratégies ne visent directement la population âgées.

Le tableau représente les pistes d'actions adaptées au patient âgé. Ces pistes potentielles ont conduit à différentes initiatives comme la création des rubriques médicales " *Too much medicine* " dans le *British Medical Journal*, " *Less is more* " dans le *JAMA International*, " *High value care collection* " dans les *Annales de Médecine Interne* ou encore par la diffusion d'un guide pour le public " *Top 5 des gestes inutiles* " établie par la fédération Suisse romande des consommateurs en collaboration avec le corps médical (<https://www.frc.ch/dossiers/surmedicalisation/>). L'information et la communication avec les patients et leur famille est en effet primordiale en matière de prévention de la surmédicalisation, car le patient reste l'acteur central dans le processus décisionnel tant diagnostique que thérapeutique. La possibilité d'une abstention d'intervention, dans le but d'éviter une possible altération de la qualité de vie, doit être évoquée, tout en accompagnant le patient et sa famille lorsqu'il s'agit d'accepter une certaine incertitude diagnostique. Des actions telles que le développement

Tableau : Vecteurs de surdiagnostic, leurs incitants et possibles solutions.

Vecteurs	Incitants	Solutions
Patients et famille	Manque de connaissances en matière de santé Volonté de faire de multiples tests Volonté d'intervenir dans des situations difficiles ? Finances (hospitalisations à répétition)	Campagnes d'éducation Promouvoir le " rien = bien faire " Etablir des partenariats avec des associations professionnelles (soins palliatifs, mutuelles,...) Démocratisation des soins à domicile, amélioration de la structure d'aide à domicile
Soignants	Peur des litiges Pratique de la médecine d'exclusion Manque de connaissance ou d'évidence ou de pratique Croyance aux tests Type de rémunération	Révision des contentieux S'adapter à l'incertitude Eviter l'adaptation systématique des évidences provenant d'études auprès de patients jeunes aux patients âgés ou polyopathologiques Eduquer et informer Financement au forfait
Système de santé	Incitations financières Qualité des mesures Complexité des soins Guidelines/Screening Elargissement des définitions des maladies	Incitations financières valorisant la qualité et le suivi Révision des mesures Promotion de la recherche sur le surdiagnostic Révision et adaptation des guidelines aux patients âgés Révision des définitions
Culture de la pratique médicale	Les croyances de type " plus = mieux " ou " mieux vaut prévenir que guérir "	Campagnes d'informations Instauration du patient partenaire Amélioration de la communication avec les médias
Industrie	Promotion adaptée Sensibilité des tests Médecine = Consommation = Business	Transparence, éthique, impartialité

de centres de références ou d'outils d'aide à la décision pourraient faciliter les prises de décisions tant pour le patient que pour le médecin. La mise en place de formations au surdiagnostic, de même que l'apprentissage de la reconnaissance des conflits d'intérêts et de la promotion commerciale pourraient avoir un impact sur la surmédicalisation.

CONCLUSION

La surmédicalisation englobe de nombreuses situations tant liées au dépistage, au diagnostic qu'aux traitements, aux systèmes de soins et aux croyances. Le surdiagnostic fait partie intégrante de la surmédicalisation et se révèle être une réelle mauvaise pratique médicale, au même titre que le sous-diagnostic. Eviter ces 2 situations peut se traduire par un seul concept, celui du " Bien Faire " qui reste un défi quotidien chez les patients âgés fragiles étant donné qu'aujourd'hui, nous ne disposons pas encore de suffisamment de données validées dans la littérature. De nombreuses pistes sont développées pour prévenir la surmédicalisation, sous forme de recommandations ciblées et sous forme de formations et de campagnes d'information pour les professionnels

de santé et pour les patients et leur famille

Conflit d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hébert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*. 1999;353(9148):205-6.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J *et al*. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-56.
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2.
4. Alemayehu B, Warner KE. The lifetime distribution of health care costs. *Health Serv Res*. 2004;39(3):627-42.
5. Hanslik T, Flahaut A. La surmédicalisation: quand trop de médecine nuit à la santé. *Rev Med Interne*. 2016;37(3):201-5.
6. Carter SM, Rogers W, Degeling C, Doust J, Barrat A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *BMJ*;2015;350:h869.
7. Pepersack T. La prescription inappropriée en gériatrie. *Rev Med Brux*. 2013 ;34(4); 296-300.

8. Veltri F, OlivieraRocha F, Willems D, Praet J, Grabczan L, Kleynen P *et al.* Prevalence of thyroid dysfunction and autoimmunity in the older population and implications of age-specific reference ranges. *Clinica Chimica Acta.* 2017;465:34-9.
9. Taylor PN, Iqbal A, Minassian C, Sayers A, Draman MS, Greenwood R *et al.* Falling threshold for treatment of borderline elevated thyrotropin levels-balancing benefits and risks: evidence from a large community-based study. *JAMA Intern Med.* 2014;174(1):32-9.
10. Boelaert K. Thyroid dysfunction in the elderly. *Nat Rev Endocrinol.* 2013 Apr;9(4):194-204.
11. Ruggeri RM, Trimachi F, Biondi B. Management of endocrine disease L-Thyroxine replacement therapy in the frail elderly: a challenge in clinical practice. *Eur J Endocrinol.* 2017;177(4):R199-R217.
12. Hyland KA, Arnold AM, Lee JS, Coppala AR. Persistent subclinical hypothyroidism and cardiovascular risk in the elderly: the cardiovascular health study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98(2):533-40.
13. Pearce SH, Brabant G, Duntas LH, Monzani F, Peeters RP, Razvi S *et al.* 2013 ETA Guideline: Management of Subclinical Hypothyroidism. *Eur Thyroid J.* 2013;2(4):215-28.
14. Standridge JB. Pharmacotherapeutic approaches to the treatment of Alzheimer's disease. *Clin therapeutics.* 2004; 26(5), 615-30.
15. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J *et al.* Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol.* 2007;6(8):734-46.
16. Rosselli M, Ardila A. The impact of culture and education on non-verbal neuropsychological measurements: a critical review. *Brain Cogn.* 2003;52(3):326-33.
17. Aisen PS, Andrieu S, Sampaio C, Carrillo M, Khachaturian ZS, Dubois B *et al.* Report of the task force on designing clinical trials in early (predementia) AD. *Neurology.* 2011;76(3):280-6.
18. Segers K, Braconnier P, Corazza F, Divano L, Mabrouk A, Robberecht J *et al.* Subacute cognitive deterioration with high serum anti thyroid peroxidase antibodies: two cases and a plea for pragmatism. *Psychogeriatrics.* 2013;13(3):175-9.
19. Parmar MS. A systematic evaluation of factors contributing to overdiagnosis and overtreatment. *South Med J.* 2016;358:272-6.
20. Pathirana, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *BMJ.* 2017;358:3879.

Correspondance :

F. BENOÎT
CHU Brugmann
Clinique de Gériatrie
Place A. Van Gehuchten, 4
1020 Bruxelles.
E-mail : Florence.BENOIT@chu-brugmann.be

Travail reçu le 2 mai 2018 ; accepté dans sa version définitive le 25 mai 2018.