

OBJECTIFS DE SOINS CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS

**EN DISCUTER ET, AU BESOIN,
SORTIR DU CADRE**

ÉLYANTHE NORD



D^r Quoc Dinh Nguyen

Souvent, dans les consultations avec les adultes âgés, les médecins omettent de discuter de l'âge et de ses conséquences sur les examens à effectuer. La **D^{re} Krishna Patel**, de New York, et ses collaborateurs ont notamment fait ce constat dans une étude qualitative dans laquelle ils ont interrogé 29 aînés, âgés en moyenne de 79 ans, sur les décisions suivant des tests de tolérance à l'effort et sur leurs désirs.

« Les participants privilégiaient les discussions sur la manière dont les problèmes liés à l'âge pouvaient modifier l'issue des interventions, mais estimaient que les médecins abordaient rarement ces questions, ce qui engendrait de l'anxiété et de la confusion au sujet des résultats des tests », indiquent les auteurs.

Les chercheurs, qui publient leurs résultats dans le *JAMA Network Open*, ont organisé huit séances de discussion avec des patients de 75 ans et plus qui avaient passé un examen d'imagerie cardiaque à l'effort (échocardiographie d'effort, scintigraphie myocardique de perfusion à l'effort, etc.) pour des symptômes ischémiques dans un hôpital universitaire new-yorkais¹. Huit des participants ont indiqué qu'ils présentaient une ischémie, 18 qu'ils n'en étaient pas atteints, et trois l'ignoraient. La prise en charge de 16 (55 %) des patients est restée telle quelle, le traitement médicamenteux de neuf (31 %) a été modifié, trois (10 %) ont eu une angiographie effractive, et quatre (14 %) ont passé un autre test diagnostique.

Quand les résultats d'un examen d'imagerie à l'effort sont positifs, les cliniciens ont souvent deux choix : intensifier le traitement médical ou procéder à des examens complémentaires effractifs, comme une coronarographie avec une revascularisation potentielle. « Ces décisions post-examen peuvent avoir des conséquences importantes pour les adultes âgés. Ces derniers peuvent être exposés à des risques plus élevés liés aux interventions, à des temps de récupération plus longs et à des avantages incertains en raison des modifications physiologiques liées à l'âge et aux affections gériatriques concomitantes (comme des troubles fonctionnels et cognitifs ainsi que des maladies multiples) », soulignent la D^{re} Patel et son équipe.

DES FACTEURS IMPORTANTS COMME LA MOBILITÉ

L'âge en tant que tel n'est pas un problème, estime pour sa part le **D^r Quoc Dinh Nguyen**, gériatre au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et clinicien chercheur. « Il y a des gens de 85 ans qui ont une excellente espérance de vie et chez qui les traitements pourraient être tout à fait semblables à ceux de personnes de 60, de 50, peut-être même de 40 ans. Mais avec l'âge, le risque de maladie neurocognitive, de perte d'autonomie, de fragilité augmente, et il peut être nécessaire de discuter des conséquences de l'âge et des maladies concomitantes qui en découlent. Les participants de l'étude américaine voulaient qu'on aborde ces sujets avec eux. Toutefois, je ne suis pas sûr que ce soit vraiment de l'âge qu'ils voulaient discuter, mais peut-être plutôt de tout ce qui lui est lié. »

Le D^r Nguyen et son équipe effectuent actuellement une étude sur un sujet similaire. « On regarde chez 300 personnes âgées quels sont leurs objectifs de soins et on essaie de voir les facteurs qui prédisent leur préférence pour tel ou tel but. De façon préliminaire, on peut dire que les gens qui ont une atteinte de la mobilité vont prioriser la mobilité, parce qu'ils savent qu'ils ne peuvent pas se permettre d'en perdre davantage. À l'opposé, les gens en parfaite santé vont privilégier l'optimisation du traitement de la maladie », explique le chercheur.

Ces observations ont des implications concrètes. La réduction de l'hypertension en est un exemple. « Nous, les gériatres, avons parfois l'impression que certains patients âgés atteints d'insuffisance cardiaque sont traités très vigoureusement. Leurs doses d'antihypertenseurs sont élevées parce que les études montrent que, chez les personnes plus jeunes, elles

prolongent la vie et diminuent les hospitalisations. » Toutefois, chez les aînés, elles peuvent entraîner une fatigue intense. « Une personne âgée pourrait souhaiter, même si cela raccourcit un peu sa vie, une cible un peu moins basse pour avoir plus d'énergie. C'est un exemple de compromis que l'on pourrait faire si le patient privilégie davantage la mobilité. »

DÉSIRS DES PATIENTS ET LIGNES DIRECTRICES

La littérature médicale sur les objectifs de soins pour les adultes âgés comporte ses questions classiques. « Est-ce que les gens veulent uniquement le traitement optimal de la maladie ? Est-ce qu'ils souhaitent éviter les hospitalisations ? Est-ce qu'ils désirent moins d'hospitalisations, mais une meilleure qualité de vie ? Il faut regarder ce que la personne veut vraiment », explique le Dr Nguyen. Les patients expriment parfois leurs désirs en termes très concrets. « Ils peuvent dire : "Je veux aller au mariage de mon fils ou je veux vivre au moins jusqu'à Noël, etc." Cerner l'objectif du patient est une façon de personnaliser les soins. »

Ensuite, les bonnes interventions doivent être déterminées en fonction des buts du patient. « Comme les maladies concomitantes des aînés peuvent varier, l'impact des traitements va être différent. Les personnes âgées présentent par ailleurs souvent plus de risque de saignement ou de perte fonctionnelle. Pour bien personnaliser les soins, on doit ainsi tenir compte de deux éléments : les objectifs de la personne et ses antécédents qui peuvent modifier le choix du traitement optimal. »

Parfois, cependant, les solutions retenues ne suivent pas les lignes directrices. « Je pense qu'il faut utiliser notre expertise et notre discernement clinique. C'est la beauté de la médecine. Le problème, c'est qu'elle fonctionne de plus en plus avec des protocoles et est de plus en plus standardisée. Il faut, par exemple, prendre telle ou telle mesure pour diminuer les risques de maladies coronariennes. Je crois qu'on doit donc prendre le temps de connaître le patient et de ne pas hésiter, lorsque c'est clair, à dévier de la trajectoire habituelle. Pour moi, c'est ça la bonne médecine. » ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Patel KK, Eris T, Pacheco CM et coll. Perspectives on post-stress test decision-making and preferred outcomes among older adults. *JAMA Netw Open* 2025 ; 8 (8) : e2529033. DOI : 10.1001/jamanetworkopen.2025.29033. PMID : 40856997.

PRIX DU NUMÉRO DE L'ANNÉE 2024 DU MÉDECIN DU QUÉBEC

LE DR DANIEL GARCEAU L'EMPORTE

MAXIME JOHNSON

Pour le numéro qu'il a dirigé, « L'insuffisance rénale chronique – Voici votre coffre à outils ! », le Dr Daniel Garceau a remporté le prix du numéro de l'année 2024 du *Médecin du Québec*. « C'est important de reconnaître les médecins d'exception et engagés », a mentionné le Dr Marc-André Amyot, président de la FMOQ, en remettant le prix lors d'un récent congrès de la Fédération.

« Ce prix souligne la pertinence et l'excellence du contenu de formation continue d'un numéro, mais aussi le travail d'équipe, la collaboration avec l'équipe de production du *Médecin du Québec* et le leadership du responsable de thème », a poursuivi le président. Selon lui, le lauréat s'est principalement démarqué par sa démarche méticuleuse lors de la planification de son numéro, mais également par un suivi rigoureux à toutes les étapes de la production.

L'insuffisance rénale chronique, deux fois plus prévalente que le diabète, est désormais la onzième cause de mortalité dans la population, surtout en raison des problèmes cardiovasculaires qui y sont associés. Et pourtant, seulement 6 % des personnes touchées par la maladie savent qu'elles en sont atteintes.

« Notre objectif était de vous donner le secret de la potion magique. On a tenté de le faire avec un continuum de thèmes permettant d'aller assez loin dans le processus diagnostique. On a aussi intégré de nombreux algorithmes et des références à des outils électroniques », a expliqué le Dr Daniel Garceau, néphrologue à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

Le numéro d'août 2024 du *Médecin du Québec* s'est fait remarquer et est désormais inclus dans les lectures obligatoires du stage de néphrologie de l'Université de Sherbrooke, a mentionné le Dr Garceau.

L'ambition du néphrologue, selon ce qu'il a confié à la Dr^e Louise Fugère, rédactrice en chef du *Médecin du Québec*, était d'ailleurs que ce numéro en soit un de référence. « Cet objectif est sans aucun doute atteint », a affirmé le Dr Marc-André Amyot. ■



Dr^e Isabelle Noiseux, directrice de la Formation professionnelle à la FMOQ, Dr Daniel Garceau et Dr Marc-André Amyot

Photo : Elena Broch