



**Réseau
Hospitalier
Neuchâtelois**

«Smarter medicine» et gériatrie

DJFC jeudi 26 mars 2026

Dre Mariangela Gagliano, MD, méd int générale et AFC gériatrie
Département de Gériatrie, Réadaptation et Soins Palliatifs- RHNe

“Pas de conflit d’intérêt en lien avec la présentation”

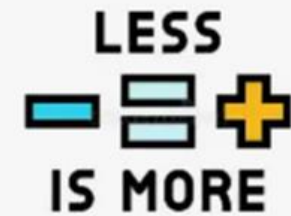
Introduction

Smarter medicine et patient âgé

Top “5” en gériatrie et autres

Obstacles

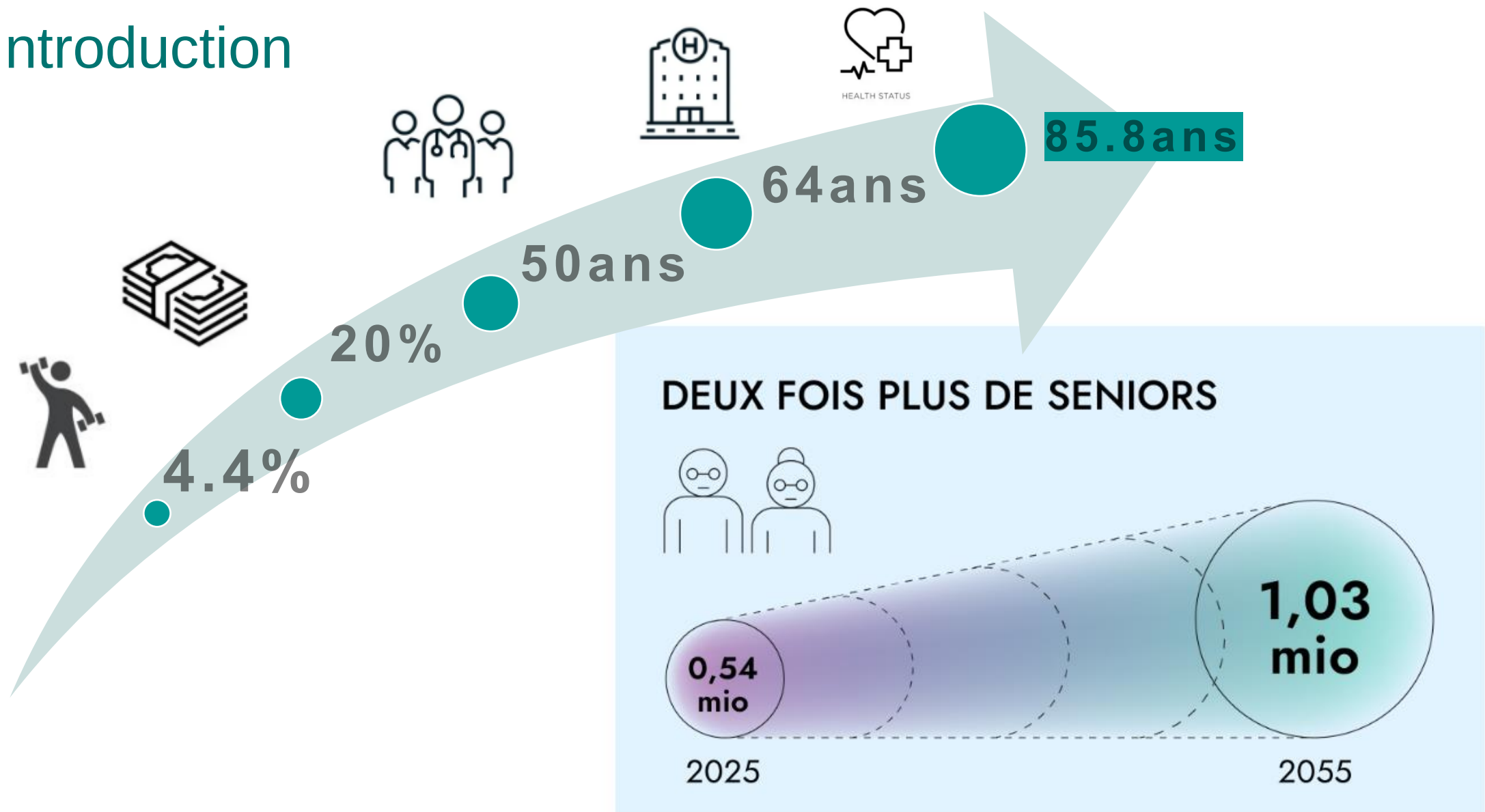
Take home message



LESS
— □ +
IS MORE

A graphic with a white background and a black border, centered on a blue and green diagonal striped background. It contains the text "LESS" at the top, "IS MORE" at the bottom, and three symbols in the middle: a blue minus sign, a black square, and a yellow plus sign.

Introduction



D'ici à 2055, le nombre de personnes de plus de 80 ans va doubler par rapport à aujourd'hui, selon l'Office fédéral de la statistique.

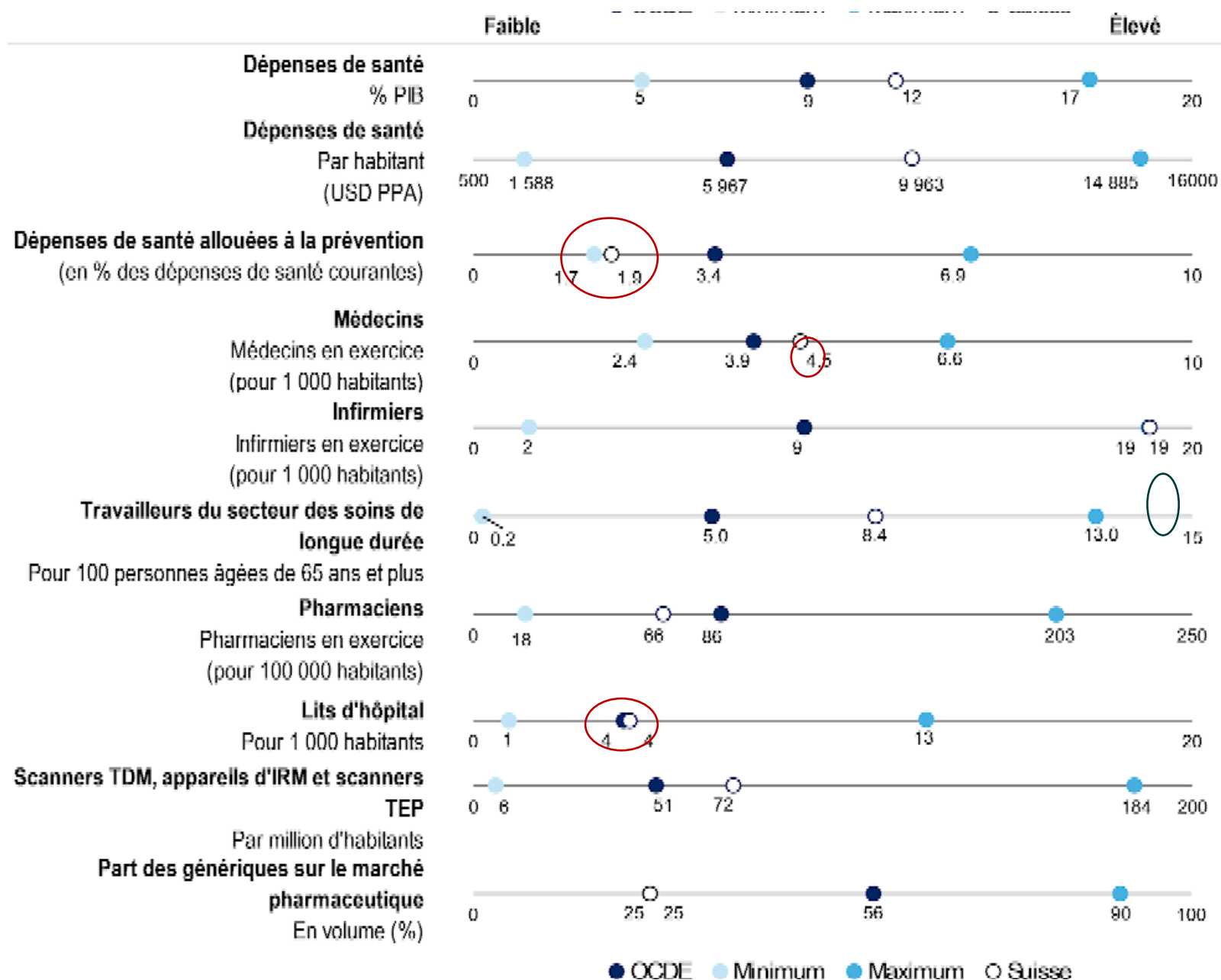
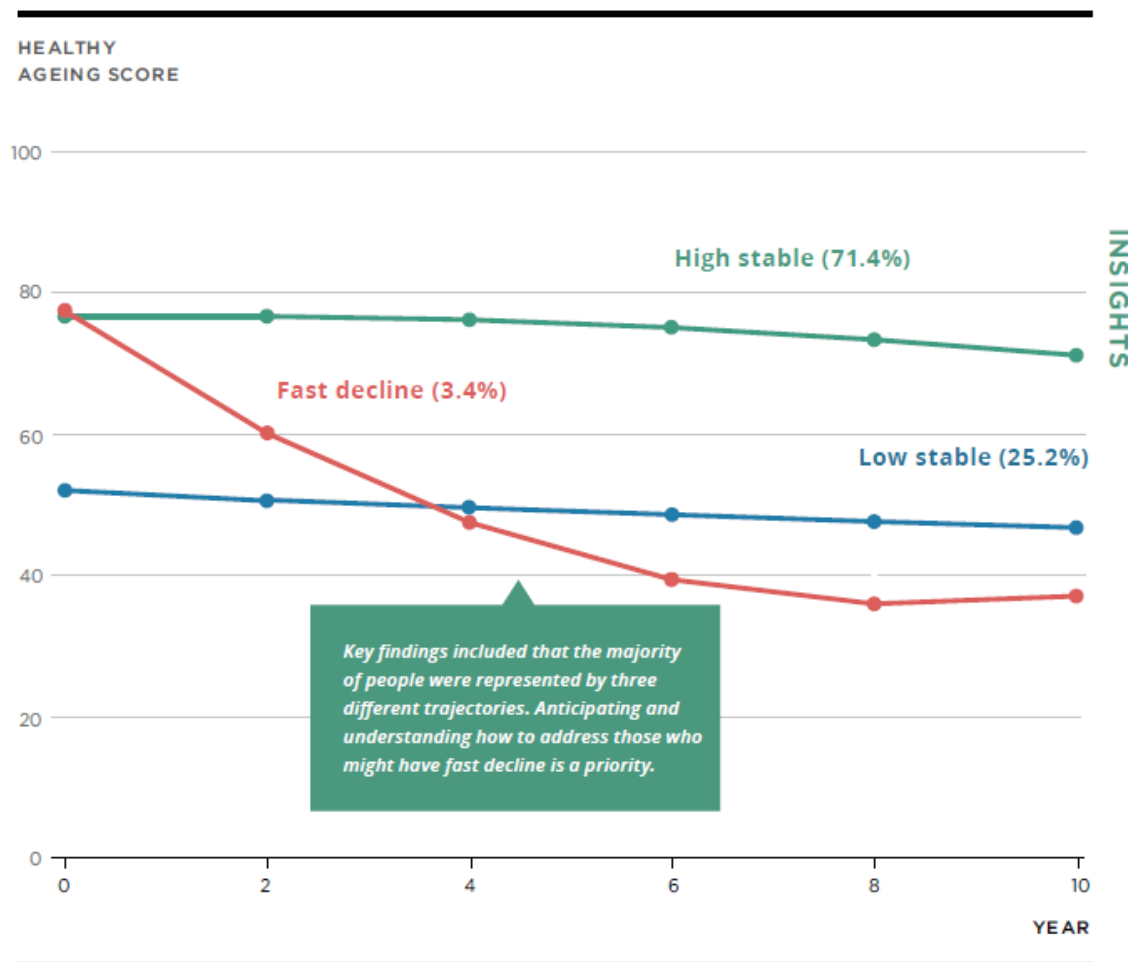


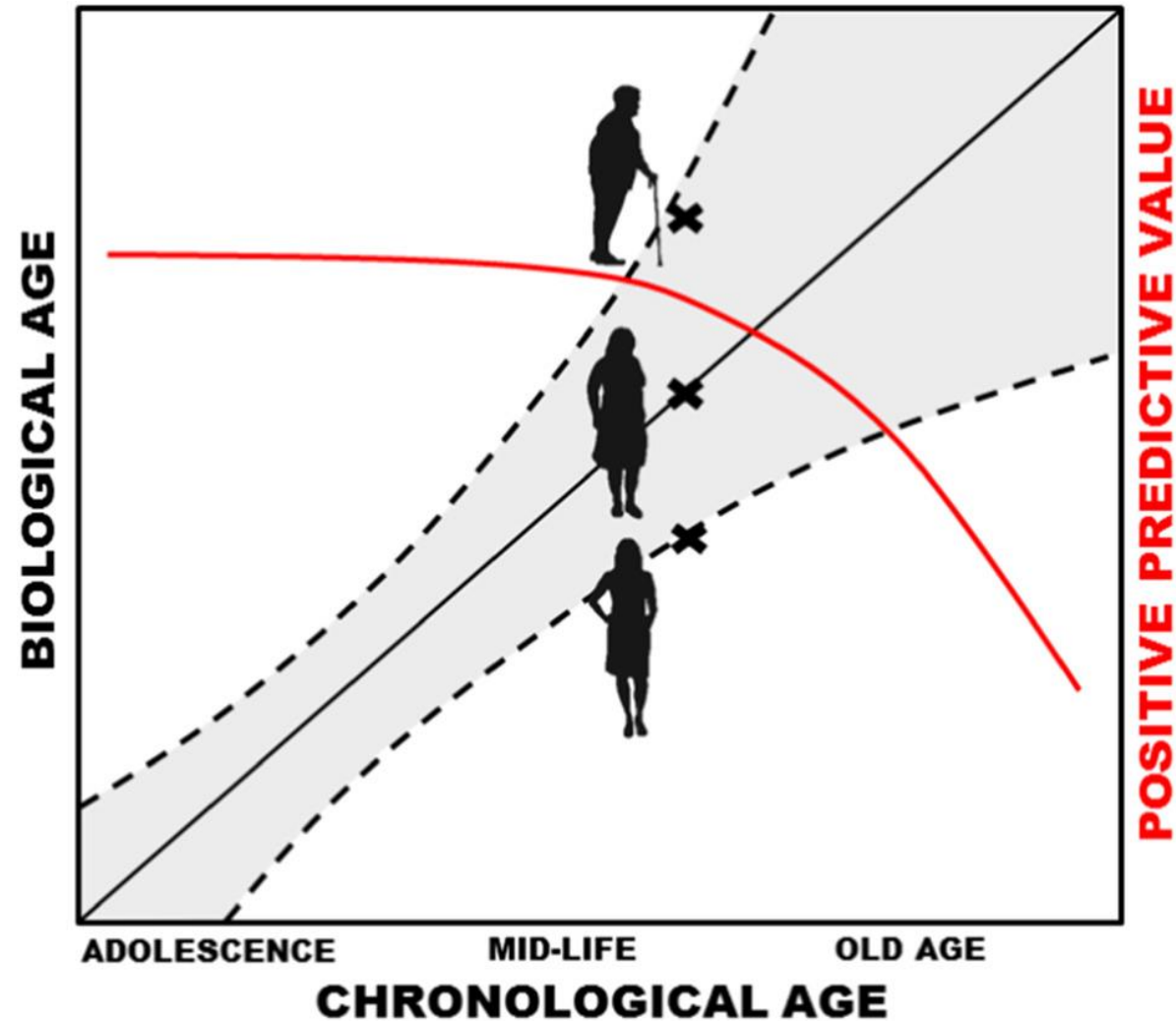
FIGURE 2.7

Three types of healthy ageing trajectories in 26 countries

This represents some 130 500 older people in longitudinal studies that collected data over 10 years.



WHO,
Decade of healthy ageing: baseline report
 14 January 2021
 | Global report



Chronological age or biological age?

Chronological age is a major risk factor for functional impairments, chronic diseases and mortality.

However, there is still great heterogeneity in the health outcomes of older individuals

Vieillissement réussi



Peu de risque de maladies et de déficience fonctionnelle



Haut niveau de fonctionnement physique, psychique et cognitif



Engagement actif (relations sociales, activités productives)



- Théorie Rowe and Kahn

Facteurs de risque du vieillissement

...

Mauvaise hygiène de vie

Précarité

Isolement social

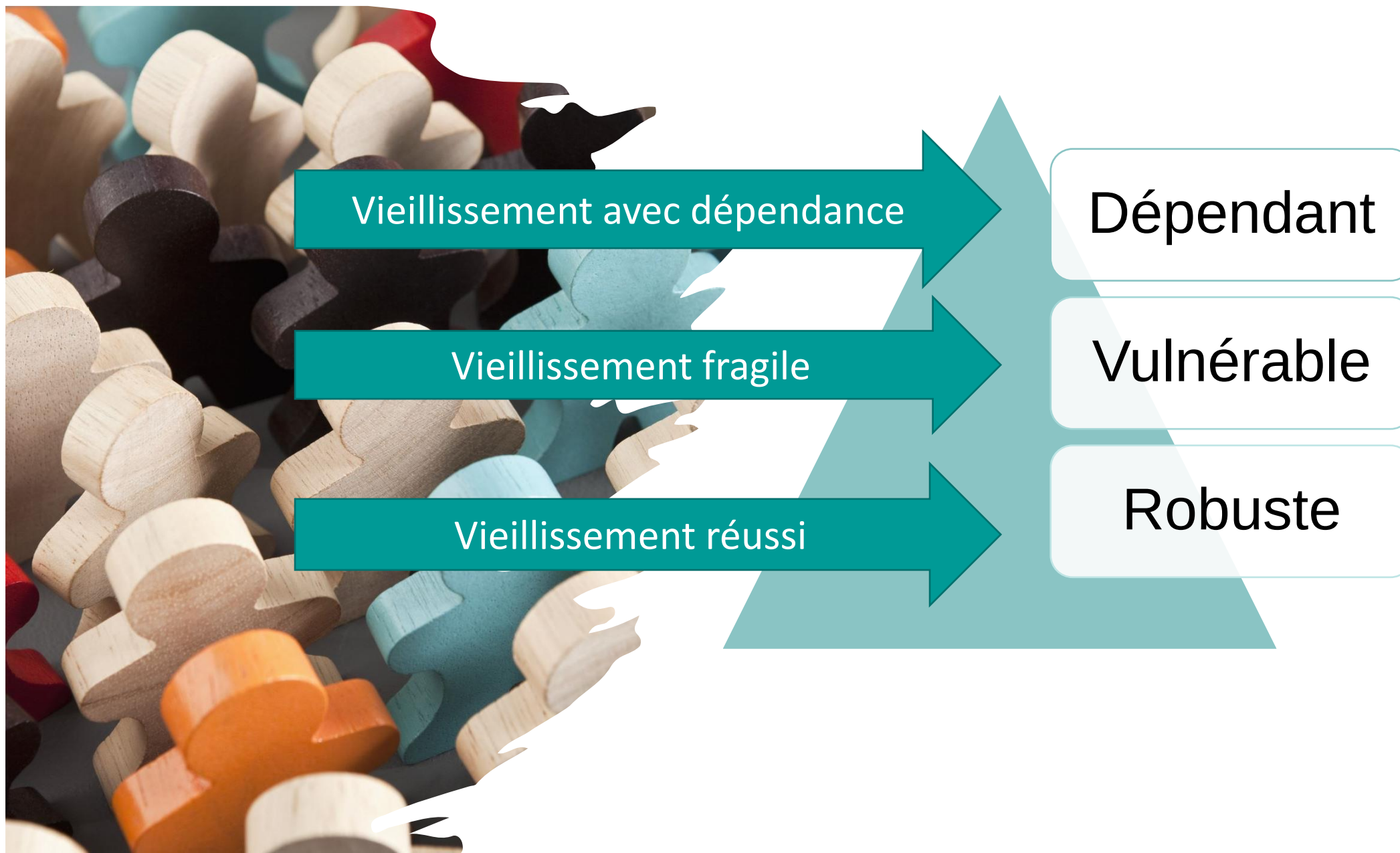
Vision agiste de la société

Environnement non adapté

Innovations et technologies peu
accessibles

Système de santé et de soins non
intégrés, difficultés d'accès

Population hétérogène



Smarter medicine and ageing?

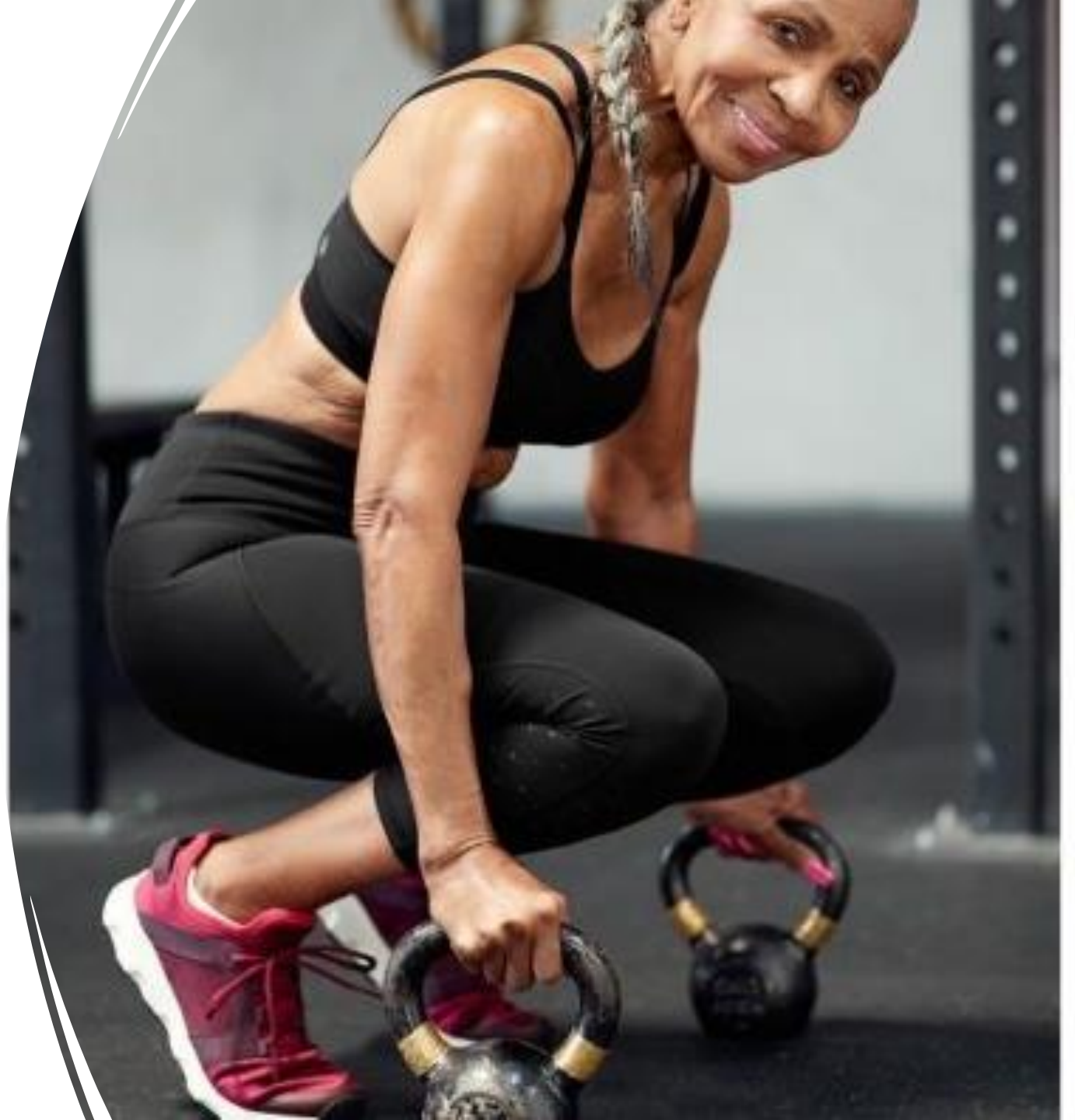
Représentation usuelle de la gériatrie...



Smarter medicine and ageing?

- **“World's oldest female bodybuilder, 89,”**

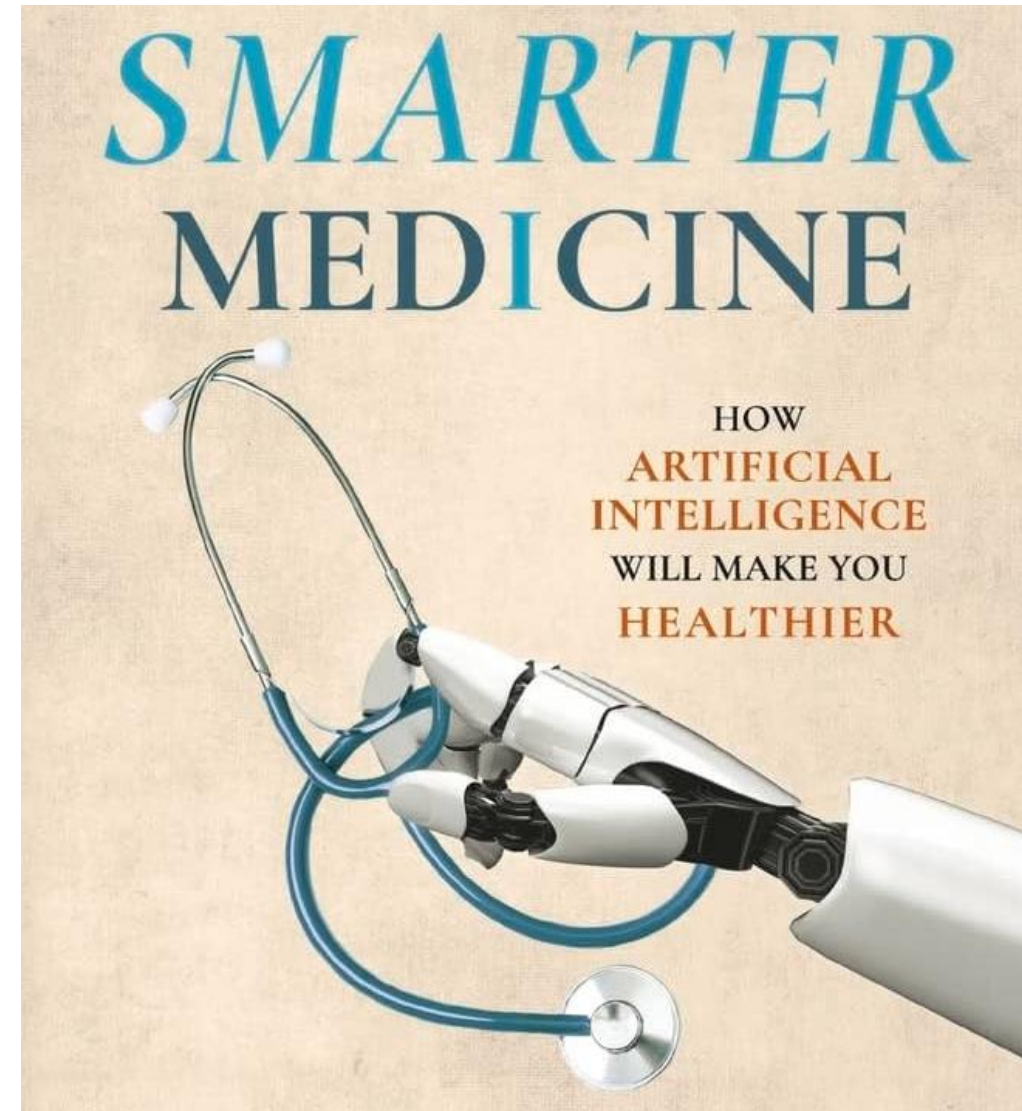
Ernestine Shepherd



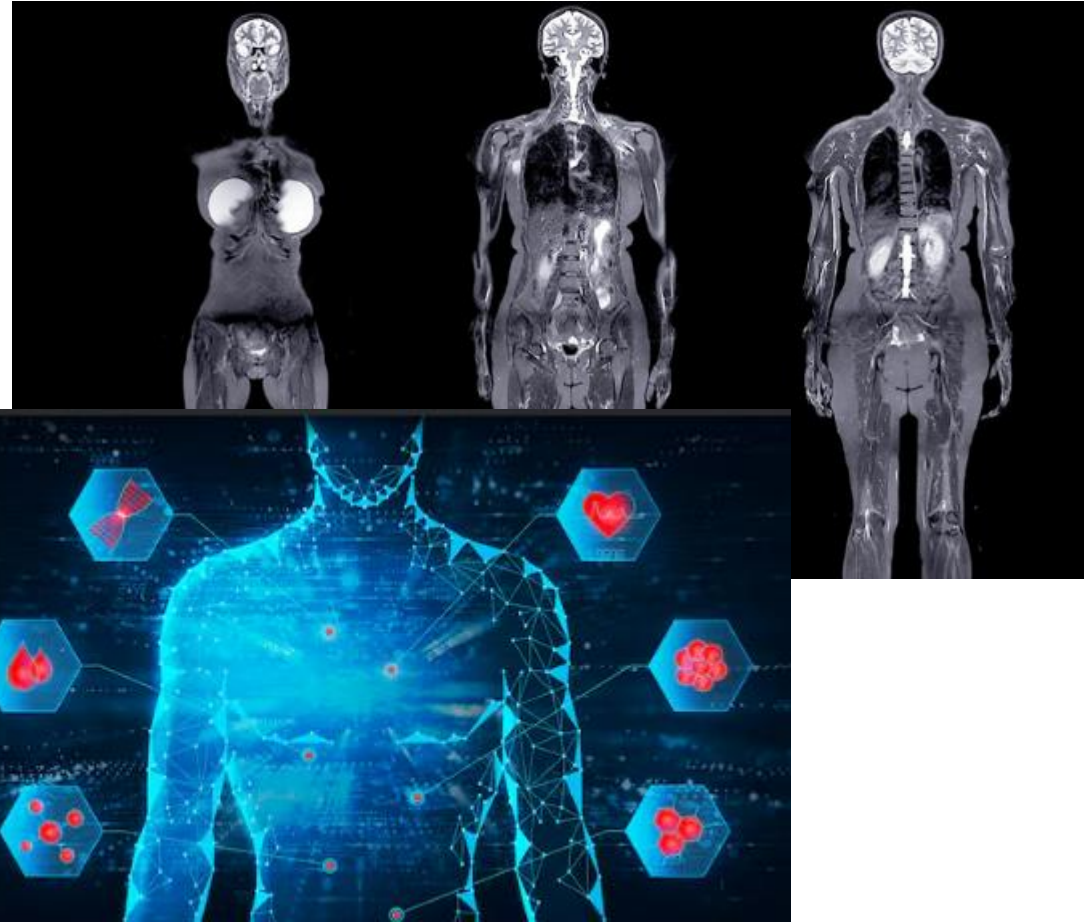
Médecine dans le futur?

- « The future of well-being will be ***precise***, ***personalized***, praticable, ***participatory*** and process oriented»....

“healthy ageing”, “epigenetics”, “biomarkers”, individualized, “**data**”, predictive..”



Médecine de la longévité



Le marché mondial de la longévité devrait atteindre 600 milliards de dollars d'ici 2028

Choosing Wisely

American College of Physicians

2010



Howard Brody, MD, PhD



National Physicians Alliance

2014

Médecine
interne
générale
ambulatoire

2016

Médecine interne
générale
hospitalière

2017

Gériatrie

2019

Soins
gériatriques

2023

Médecine interne
générale hosp.
Physiothérapie

2024

Médecine
palliative

smartermedicine
Choosing Wisely Switzerland



Smarter medicine

La «smarter medicine» profite à tout le monde

Lutter contre les prescriptions automatiques, redonner du sens aux gestes médicaux et par la même occasion réduire coûts et déchets sont les bénéfices de la mise en pratique de ce concept.

- “La *smarter medicine* est un concept interdisciplinaire qui vise à casser certains automatismes que nous pouvons avoir en tant que soignants ou soignantes”.
- **Mieux réfléchir pour ne pas trop prescrire**
- «Pulsations, n° 27 Avril-Juin 2024»
-

À quoi pourrait-on renoncer concrètement d'un point de vue médical?

Pour répondre à cette question, une vingtaine de sociétés de discipline médicale et d'organisations professionnelles ont déjà remis leur liste Top 5 à smarter medicine. Sur chaque liste figurent cinq mesures médicales, inutiles en général.

Primum non nocere

Smarter medicine Choosing Wisely Switzerland

De maximaliste à optimale

EBM

Réduire les interventions non nécessaires

Meilleure qualité de vie

Diminution des coûts de la santé



EGG

Deprescription

Prescription individualisée

Un paradoxe médical contemporain

Smarter Medicine • *Less is More*

Mieux réfléchir pour ne pas trop prescrire

- **Concept interdisciplinaire**
Casser les automatismes des soignants
- **Éviter la sur-prescription**
Lutter contre les gestes automatiques et inutiles
- **Top 5 des mesures inutiles**
~20 sociétés médicales ont remis leur liste
- **Bénéfices collectifs**
Réduire coûts, déchets et risques iatrogènes

VS

Médecine Personnalisée • *Data & Longévité*

Precise, Personalized, Participatory, Predictive, Process-oriented

- **Healthy ageing & épigénétique**
Comprendre et moduler le vieillissement biologique
- **Biomarqueurs & data**
Individualiser le suivi grâce aux données objectives
- **IA & médecine prédictive**
Anticiper avant que la maladie ne s'installe
- **Médecine de précision**
Traitement adapté au profil unique de chaque patient

Comment concilier sobriété médicale et médecine ultra-personnalisée ?

Top 5 en Gériatrie

Recommandations pour éviter les traitements inutiles
chez la personne âgée

Gériatrie
SPSG 2017

Soins
gériatriques
VFP 2019

MIG
Hospit. I
2016

MIG
Hospit. II
2023

Soins
Palliatifs
2024

Top 5 : thématiques gériatriques récurrentes

Les mêmes principes traversent toutes les recommandations gériatriques

1 Mobilité & Alitement

Hospit. I · Soins gériatriques

Chaque jour au lit = perte d'autonomie mesurable

3 Antipsychotiques

Hospit. II · Gériatrie · Soins gériatriques

Bénéfice limité, risques: AVC, mortalité, chutes

5 Nutrition artificielle

Gériatrie · Soins palliatifs

Pas de prolongation de vie en démence avancée

2 Benzodiazépines & Sédatifs

Hospit. I · Hospit. II · Gériatrie

Risque de chute et fracture ×2 chez la PA

4 Sonde urinaire

Hospit. I · Soins gériatriques

Infection nosocomiale #1 — indication quotidienne

6 Délirium = signal, pas diagnostic

Hospit. I · Soins gériatriques · Soins palliatifs

Traiter la cause avant tout médicament

Liste «Top 5»

La Société Professionnelle Suisse de Gériatrie recommande de ne pas pratiquer les interventions suivantes en gériatrie:

Gériatrie

1 Ne pas recommander l'alimentation par sonde gastrique percutanée chez les patients présentant une démence sévère; proposer à la place une alimentation assistée par voie orale.

Aider un patient atteint à se nourrir avec les mains est une méthode au moins aussi bonne que l'alimentation par sonde eu égard au pronostic de survie, de pneumonies d'aspiration, de fonctionnalité et de confort du patient. L'apport nutritif doit avant tout reposer sur l'alimentation. L'alimentation par sonde est associée à un risque d'agitation, à une augmentation de l'utilisation de moyens de contention physique et chimique et à une aggravation des ulcères de décubitus.

2 Ne pas utiliser d'antipsychotiques en première intention pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Les personnes atteintes de démence font souvent preuve d'agressivité, de résistance aux soins et d'autres comportements problématiques ou perturbateurs. Dans de telles circonstances, les médicaments antipsychotiques sont souvent prescrits, mais ils présentent des avantages limités et variables tout en présentant des risques, tels qu'une sédation excessive, une dégradation cognitive et un risque accru de chute, d'accident vasculaire cérébral et de mortalité. L'usage de ces médicaments chez des patients atteints de démence devrait être limité aux cas où des mesures non pharmacologiques ont échoué et où les patients représentent une menace imminente pour eux-mêmes ou pour les autres. L'identification et le traitement des causes de changement de comportement peuvent éviter les traitements médicamenteux.

3 Éviter d'utiliser d'autres médicaments que la metformine pour atteindre un niveau d'hémoglobine A1c (HbA1c) inférieur à 7,5 % chez la plupart des personnes âgées; un contrôle modéré de la glycémie est généralement préférable.

Il n'existe aucune preuve que l'usage de médicaments pour obtenir un contrôle glycémique strict est bénéfique chez la plupart des personnes âgées présentant un diabète de type 2. Chez les adultes n'entrant pas dans la catégorie des personnes âgées, en dehors de la réduction à long terme du risque d'infarctus du myocarde et de mortalité sous metformine, l'usage de médicaments pour abaisser l'hémoglobine glyquée à moins de 7,0 % peut être délétère, y compris un taux de mortalité accru. Chez les personnes âgées, un contrôle strict a systématiquement provoqué des taux plus élevés d'hypoglycémie. Compte tenu des délais importants nécessaires pour atteindre les avantages microvasculaires théoriques d'un contrôle strict, les objectifs glycémiques devraient refléter les objectifs du patient, son état de santé et son espérance de vie. Des objectifs glycémiques raisonnables se situent entre 7,0 et 7,5 % pour les personnes âgées en bonne santé présentant une espérance de vie longue, entre 7,5 et 8,0 % pour celles présentant une comorbidité modérée et une espérance de vie de moins de dix ans, et entre 8,0 et 9,0 % pour celles présentant de multiples comorbidités et une espérance de vie plus courte.

4 Ne pas faire usage de benzodiazépines ou d'autres hypnotiques sédatifs chez les personnes âgées en première intention pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délire.

Des études à grande échelle montrent systématiquement que le risque d'accidents lors de la conduite de véhicules à moteur, de chutes et de fractures de la hanche entraînant une hospitalisation ou le décès du patient peut plus que doubler chez les personnes âgées prenant des benzodiazépines et d'autres hypnotiques sédatifs. Les patients âgés, leurs soignants et leurs prestataires devraient reconnaître cette nocivité potentielle au moment d'opter pour des stratégies de traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délire. L'usage des benzodiazépines devrait être réservé aux symptômes de sevrage alcoolique, au delirium tremens ou aux cas de trouble d'anxiété généralisée sévère ne répondant pas aux autres traitements.

5 Ne pas utiliser d'antimicrobiens pour traiter une bactériurie chez des personnes âgées à moins que d'autres symptômes spécifiques des voies urinaires n'aient été constatés.

Des études de cohorte n'ont décelé aucune conséquence défavorable associée à la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées. Les études sur les traitements antimicrobiens de la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées ne démontrent aucun avantage et une augmentation des effets secondaires liés aux antimicrobiens. Des critères de consensus ont été développés pour caractériser les symptômes cliniques spécifiques qui, associés à la bactériurie, définissent une infection des voies urinaires. Le dépistage et le traitement de la bactériurie asymptomatique sont recommandés avant toute instrumentation urologique susceptible de provoquer un saignement muqueux.

Ces éléments sont fournis uniquement à titre informatif et ne remplacent pas une consultation médicale. Les patients ayant des questions spécifiques sur les éléments de cette liste ou sur leur situation personnelle sont invités à consulter leur médecin.

Références

Pour plus d'information, une liste de littérature de références est disponible sous: www.smartermedicine.ch

Gériatrie

Liste «Top 5»

La Société scientifique de soins en gériatrie formule les cinq recommandations suivantes:

Les soins
gériatriques

1 Ne pas laisser les personnes âgées au lit ou seulement assises sur une chaise.

Près de 65 % des personnes âgées qui pouvaient auparavant se mouvoir de manière autonome éprouvent des difficultés à le faire alors qu'elles sont hospitalisées. Rester au lit ou assis sur une chaise pendant un séjour hospitalier entraîne une perte de force et sont des facteurs importants de la diminution de la capacité de marcher chez les personnes âgées. La perte de la capacité de marcher prolonge le séjour en milieu hospitalier, augmente la nécessité d'une réadaptation ultérieure ou peut avoir pour conséquence le placement dans un établissement médico-social. A cela s'ajoute l'augmentation du risque de chute et de mortalité, et ce, aussi bien pendant qu'après l'hospitalisation. Il est donc crucial d'entretenir la capacité de marcher afin de maintenir la capacité fonctionnelle des personnes âgées et d'éviter d'augmenter la charge pour les proches aidants. Les conséquences négatives de l'immobilité valent également pour les personnes qui se trouvent dans un établissement médico-social ou à domicile. Les objectifs de mobilisation et de promotion de la marche doivent être centrés sur la personne et adaptés à leur environnement, au projet de vie et à la situation personnelle de la personne concernée.

2 Éviter les mesures limitant la liberté de mouvement chez les personnes âgées.

Les mesures limitant la liberté de mouvement sont rarement une solution et causent souvent des problèmes tels qu'une agitation accrue et des complications sérieuses, qui peuvent même, dans le pire des cas, entraîner la mort de la personne concernée. Les mesures limitant la liberté de mouvement sont souvent prises face à un comportement à risque et/ou dange-

reux. De tels cas exigent une attention immédiate et une évaluation spécifique de la situation. Il est dès lors très important d'élaborer une stratégie claire pour éviter et gérer les comportements à risque et/ou dangereux ainsi que de bien coordonner les actions avec les proches. La sécurité et un accompagnement centré sur la personne sans mesures limitant la liberté de mouvement sont favorisés lorsqu'une équipe interprofessionnelle et/ou un(e) expert(e) en soins sont à disposition pour les conseiller dans l'anticipation, l'identification et la recherche d'une stratégie de résolution du problème. Une organisation optant pour une telle approche favorisant un accompagnement sans mesures limitant la liberté de mouvement, avec des structures ad hoc ainsi que des offres de formation continue sont indispensables.

3 Ne pas réveiller les personnes âgées la nuit pour des soins de routine, tant que ni leur état de santé ni leurs besoins en soins ne l'exigent vraiment.

Physiologiquement, le sommeil nocturne change avec l'âge. Les personnes âgées ont besoin de plus de temps pour s'endormir, dorment moins profondément et se réveillent plusieurs fois. De plus, des problèmes de santé tels que les douleurs, les difficultés respiratoires ou les mictions nocturnes fréquentes perturbent l'ensemble du cycle sommeil-éveil. Les tournées régulières pour voir si tout est en ordre provoquent également du bruit et de la lumière inutile, ce qui peut interrompre le sommeil et, à terme, entraîner des troubles du sommeil. Les troubles du sommeil ont un impact négatif sur la santé et le bien-être, elles empêchent les activités physiques et peuvent entraîner délire, dépression ou autres troubles psychiques. Les soignants devraient, particulièrement chez les personnes âgées, promouvoir un sommeil réparateur et nocturne. La description du

sommeil des personnes âgées concernées révèle des habitudes et des rituels qui favorisent le sommeil nocturne. Dans les services de soins, les facteurs de perturbation inutiles doivent être identifiés et éliminés dans la mesure du possible.

4 Ne pas mettre ou laisser une sonde urinaire sans une indication spécifique.

L'infection urinaire associée à une sonde urinaire est indubitablement l'infection nosocomiale la plus fréquente. Ce type d'infection prolonge la durée du séjour hospitalier et augmente la morbidité et la mortalité, ainsi que les coûts. Parmi les mesures de prévention les plus efficaces figurent le renoncement aux sondages inutiles et des interventions ciblées pour maintenir un schéma d'excrétion urinaire optimal. Dans les cas où un sondage urinaire est inévitable, l'indication médicale doit être vérifiée quotidiennement et la durée du maintien doit être réduite au minimum. Lors de l'évaluation de la situation, on tiendra particulièrement compte du ressenti par les personnes âgées concernées des contraintes et de la qualité de vie.

5 Éviter l'administration de médicaments de réserve tels que sédatifs, antipsychotiques ou hypnotiques lors d'un delirium sans d'abord clarifier, éliminer ou traiter les causes à l'origine de ce dernier. Utiliser principalement des approches non-pharmacologiques pour prévenir et traiter un délire.

La principale étape dans le traitement d'un delirium est l'identification, l'élimination ou le traitement des causes qui en sont à l'origine. Un delirium est souvent une conséquence physiologique directe d'une autre maladie, d'une intoxication, d'un

sevrage, d'une exposition à une toxine, ou de causes multiples. Il faudrait donc procéder à une anamnèse détaillée, un examen physique, prescrire des tests de laboratoire et émettre des diagnostics spécifiques ainsi que vérifier de manière approfondie si certains médicaments pouvaient provoquer un délire et les interrompre. Étant donné que de nombreux médicaments ou groupes de médicaments ont un rapport avec le développement d'un délire (p.ex. benzodiazépines, anticholinergiques, certains antihistaminiques, sédatifs/somnifères), leur administration en tant que médicament de réserve devrait être évitée autant que possible. Par ailleurs, les antipsychotiques ne devraient être administrés qu'à la plus petite dose efficace, pour une durée la plus courte possible et uniquement aux personnes âgées qui présentent une forte agitation et/ou qui peuvent présenter un danger pour les autres ou pour elles-mêmes. Ces médicaments ont des effets secondaires importants et il n'y a pas suffisamment de données probantes pour que leur application soit sûre et efficace lors d'un délire. Il est donc recommandé, en matière de prévention du délire, d'implanter différentes interventions non-pharmacologiques et de les réaliser de manière systématique et interprofessionnelle pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Références

Pour plus d'information, une liste de littérature de références est disponible sous: www.smartermedicine.ch

Les soins
gériatriques

Liste Top 5>Gériatrie (2017)

SPSG

1 Ne pas recommander la sonde gastrique percutanée (PEG) en démence sévère → alimentation orale assistée

2 Ne pas utiliser les antipsychotiques en 1re intention pour les troubles comportementaux de la démence

3 Éviter d'utiliser d'autres médicaments que la metformine pour atteindre HbA1c < 7,5 % chez la PA

4 Ne pas utiliser benzodiazépines / hypnotiques en 1re intention (insomnie, agitation, délirium)

5 Ne pas traiter la bactériurie chez la personne âgée en l'absence de symptômes urinaires

Focus — Sonde PEG en démence sévère : ne pas recommander

SPSG 2017 — Recommandation n°1 — Niveau de preuve : élevé

Ce que montrent les preuves

- Alimentation manuelle = aussi bonne que la sonde pour : survie, pneumonies d'aspiration, confort
- Sonde PEG associée à : agitation ↑, contentions physiques/chimiques ↑, escarres ↑
- Aucune prolongation de vie démontrée en démence avancée
- Méta-analyse 2020 : sonde PEG → mortalité OR 1.79 (IC 95% 1.04–3.07)
- Cochrane 2021 : aucun bénéfice sur survie, statut fonctionnel ou confort

Références clés

- Finucane TE et al. JAMA 1999;282:1365 (PMID 10527184)
- AGS Position Statement. J Am Geriatr Soc 2014;62:1590
- Cochrane Rev 2021 — Davies et al. CD013503
- Gillick MR. N Engl J Med 2000;342:206

Alternative recommandée

Alimentation manuelle assistée : adapter les textures, créer un environnement calme, miser sur le plaisir alimentaire. Décision partagée avec le patient (directives anticipées) et/ou son représentant thérapeutique.

Liste Top 5>Gériatrie (2017)

“Ne pas recommander la sonde gastrique percutanée (PEG) dans les stades démentiels sévères”

Y a-t-il des facteurs qui incitent à la nutrition entérale dans notre système de soins?

- Les facteurs liés à l'absence de planification anticipée
- Les facteurs liés aux professionnels de santé
- Les facteurs de pression financière et manque de ressources humaines



Liste Top 5 > Gériatrie (2017)

3) Éviter d'utiliser d'autres médicaments que la metformine pour atteindre un niveau d'hémoglobine A1c (HbA1c) inférieur à 7,5% chez la plupart des personnes âgées; un contrôle modéré de la glycémie est généralement préférable

3 Références:

The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in Type 2 Diabetes. N Eng J Med [Internet]. 2008 Jun 12;258(24):2545–2559.

The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. N Eng J Med [Internet]. 2011 Mar 3;364(9):818–828.

Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, Zeive FJ, Marks J, David SN, Hayward R, Warren SR, Goldman S, McCarren M, Vitek ME, Henderson WG, Huang GD. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Eng J Med [Internet]. 2009. 360(2):129–139.

ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med [Internet]. 2008 Jun 12;358:2560–72.

UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet [Internet]. 1998;352:854–65.

Montori VM, Fernández-Balsells M. Glycemic control in type 2 diabetes: Time for an evidence-based about-face? Ann Intern Med [Internet]. 2009 Jun 2;150(11):803–8. Erratum in: Ann Intern Med. 2009 Jul 21;151(2):144. PMID: 19380837

Finucane TE. "Tight Control" in geriatrics: The emperor wears a thong. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2012 Aug 6;60:1571–1575.

Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, Huang ES, Korytkowski MT, Nunshi MN, Odegard PS, Pratley RE, Swift CS. Diabetes in older adults: A consensus report. J Am Geriatr Soc. 2012 Oct;60(12):2342–2356.

Hemmingsen B, Lund SS, Gluud C, Vaag A, Almdal TP, Hemmingsen C, Wetterslev J. Targeting intensive glycaemic control versus targeting conventional glycaemic control for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Nov 11;11:CD008143.

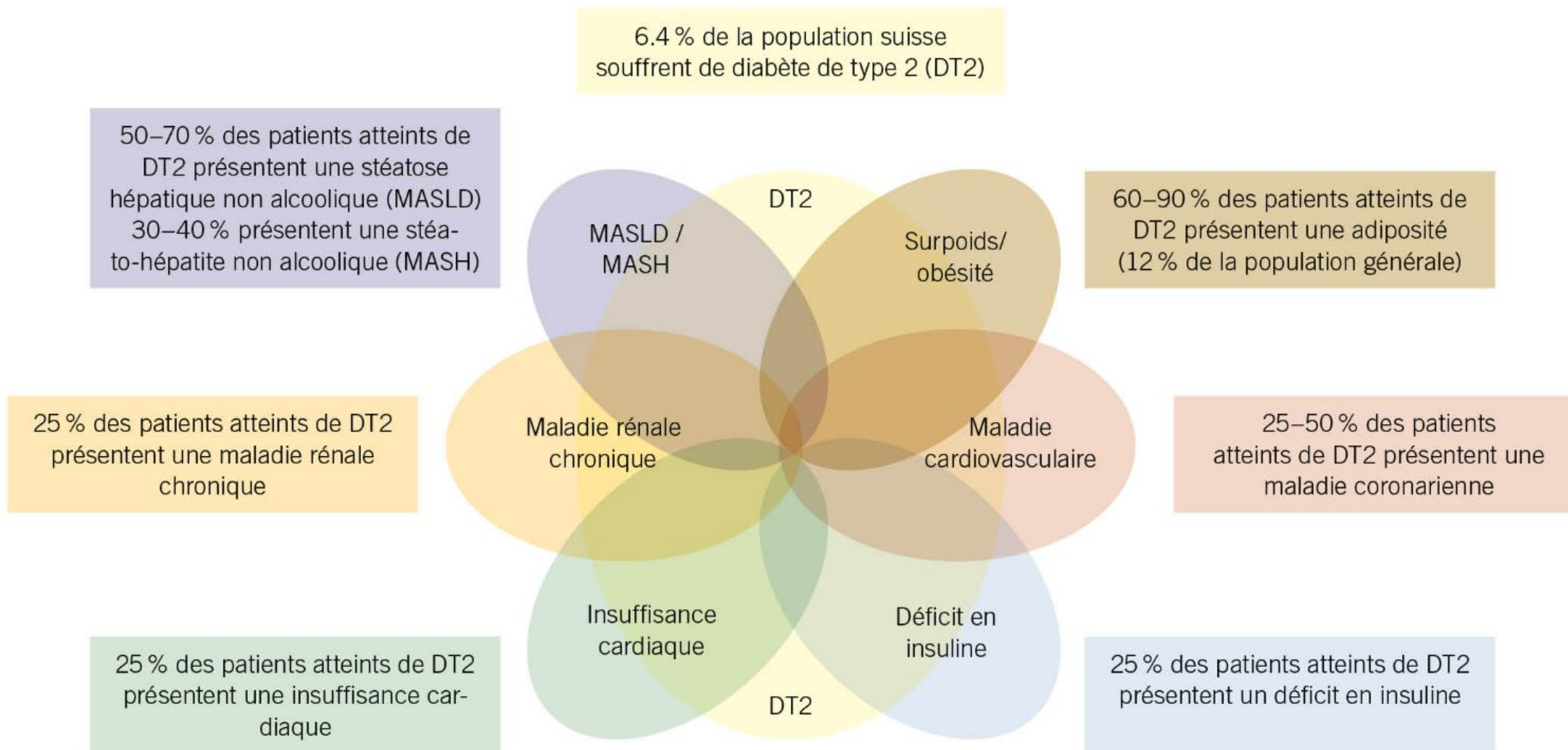


Fig. 1: Comorbidités associées au diabète sucré de type 2.

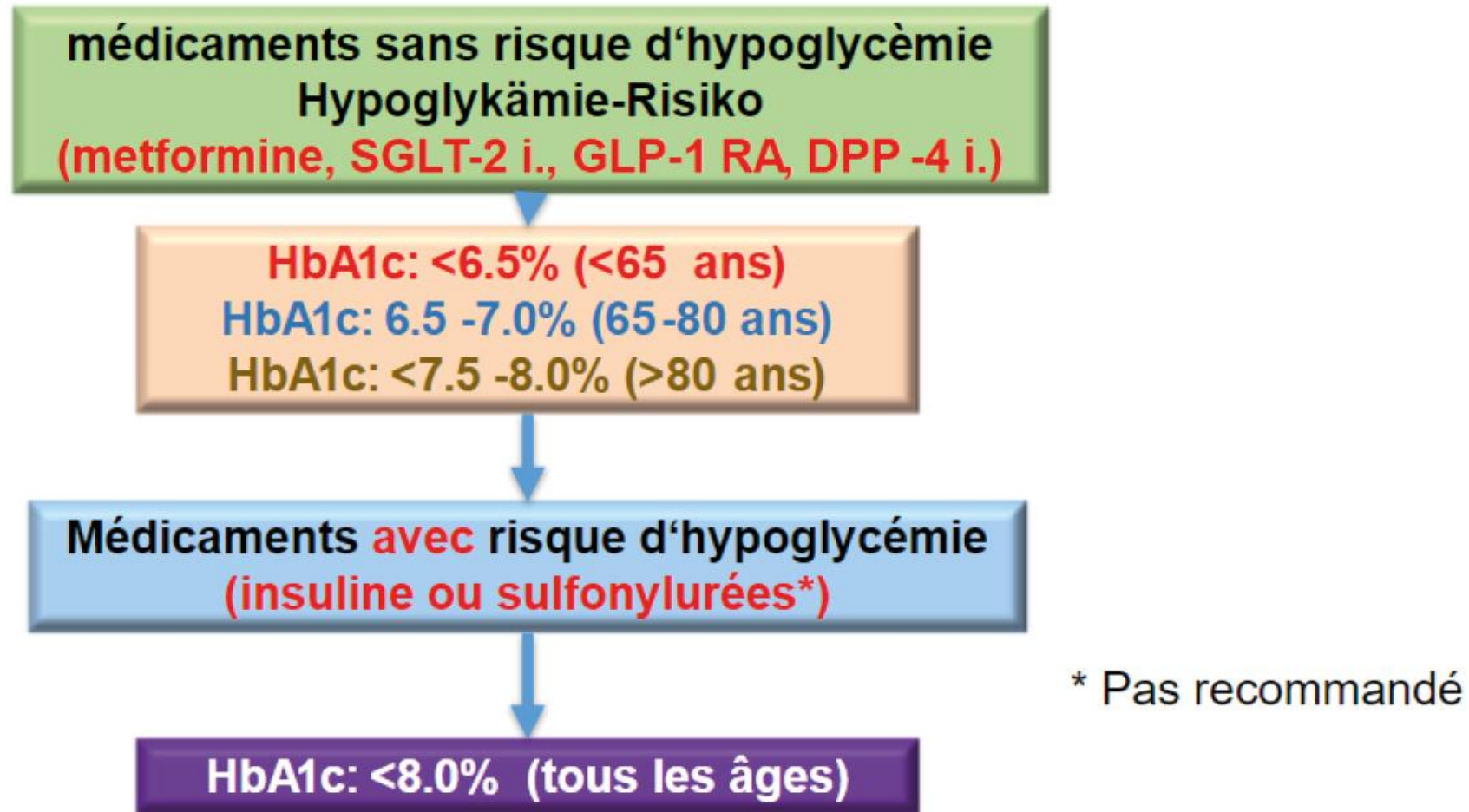
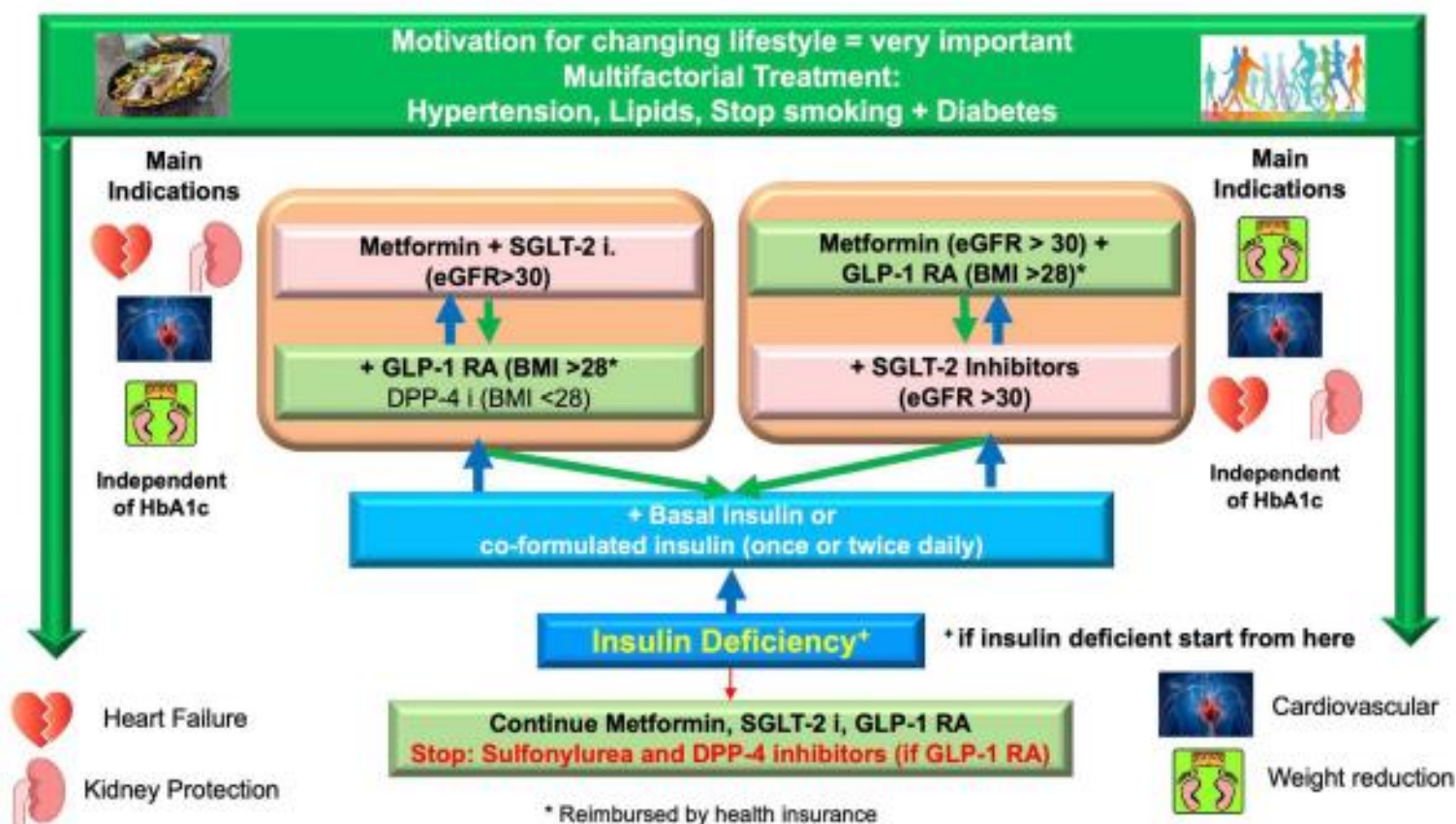


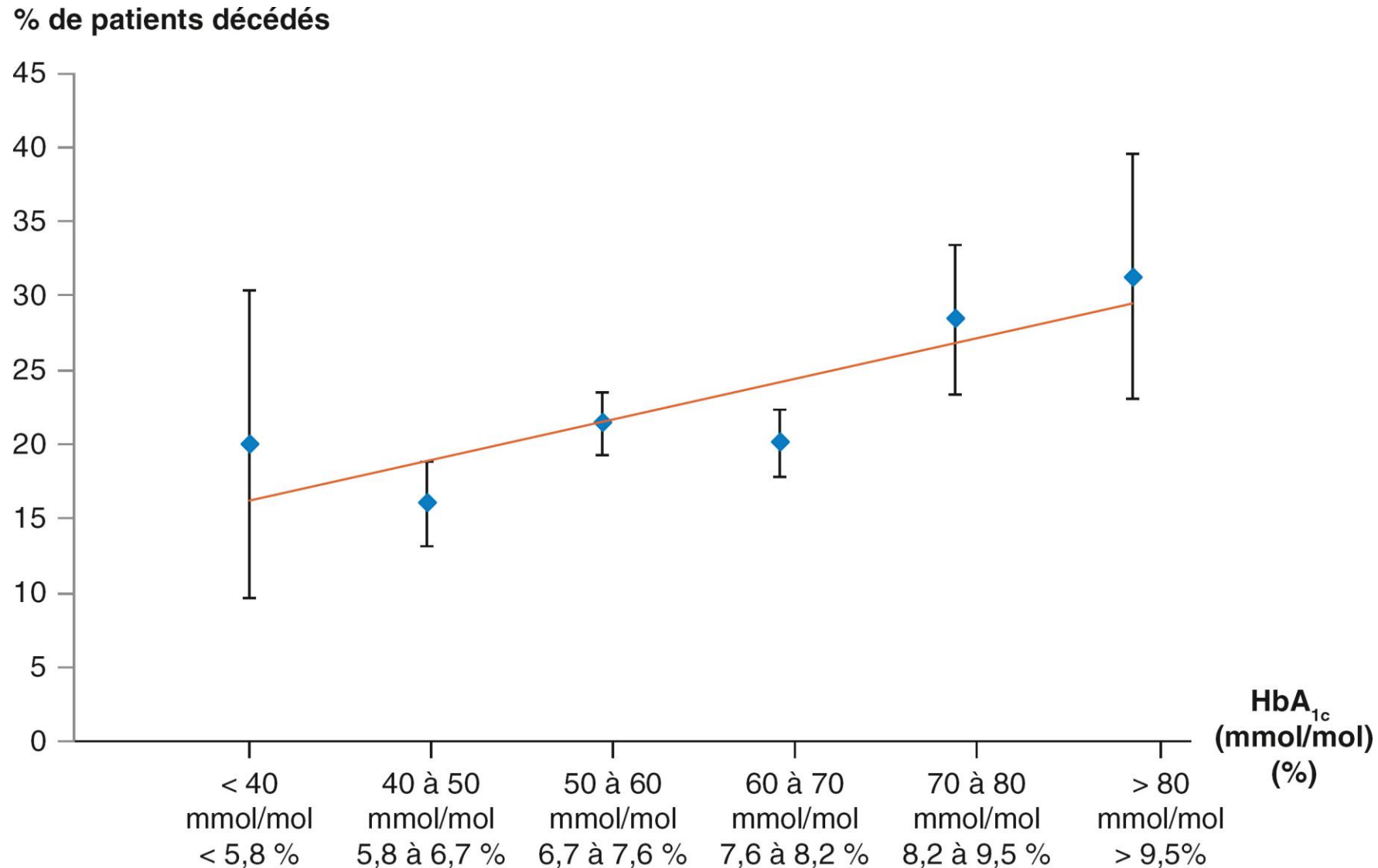
Fig4: Objectifs d'HbA1c pour le diabète sucré de type 2

Figures

Figure 1: Flow chart of the updated recommendations 2023 at a glance

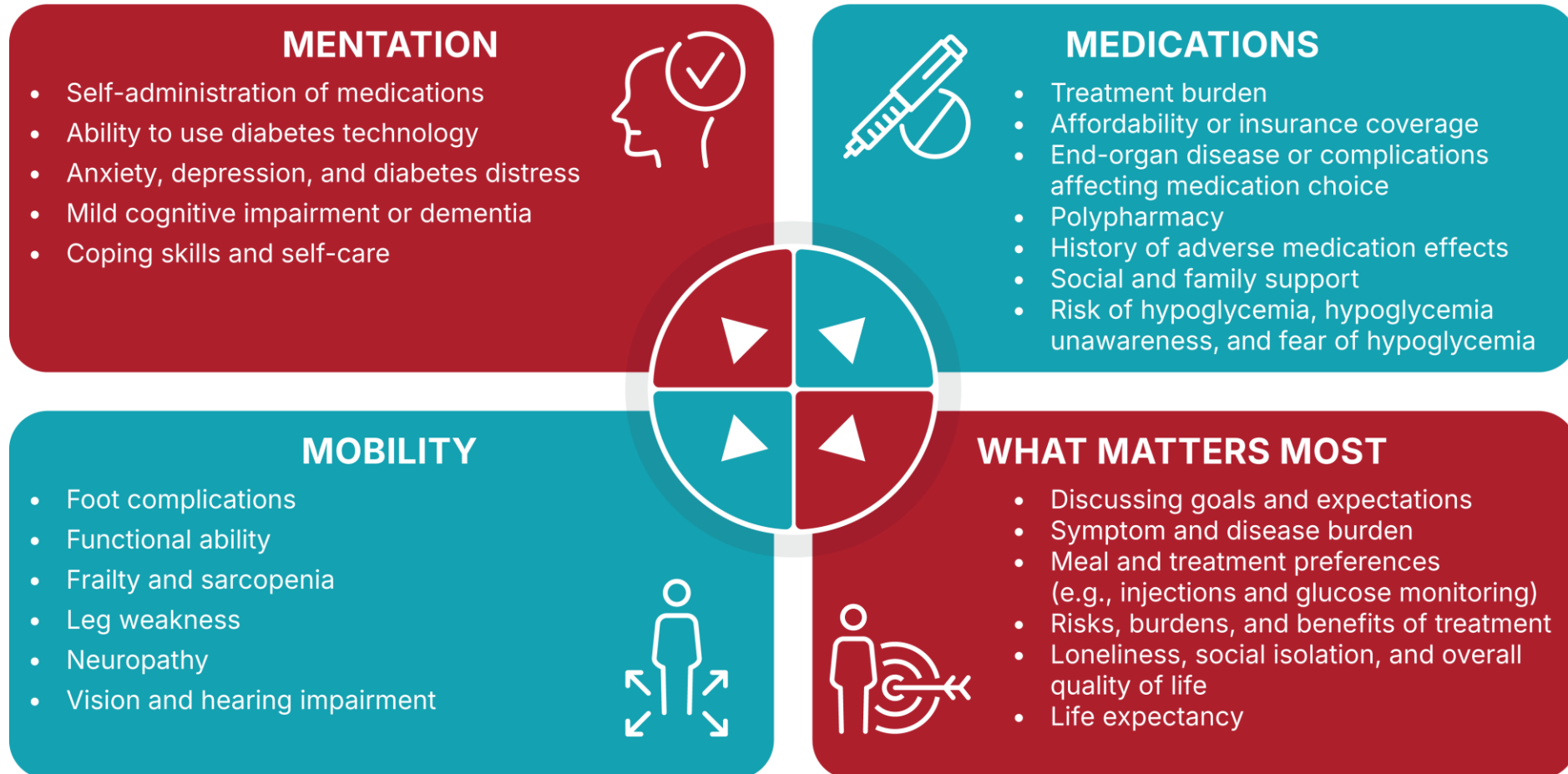


Pourcentage des décès en fonction du taux moyen de la HbA_{1c} au cours du suivi de 5 ans (Gerodiab)



American Diabetes Association Professional Practice Committee; 13. Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care* 1 January 2025; 48 (Supplement_1): S266–S282. <https://doi.org/10.2337/dc25-S013>

Using the 4Ms Framework of Age-Friendly Health Systems to Address Person-Specific Issues That Can Affect Diabetes Management



Comparaison des diverses recommandations

Cibles HbA1c selon l'état de santé et la source

Profil	us ADA 2025-26	FR HAS 2024	CH SGED 2023	EU EASD/ESC
Vigoureux (bon état de santé)	< 7,0–7,5 %	≤ 7,0 %	< 7,0 %	< 7,0 %
Fragile (santé intermédiaire)	< 8,0 %	≤ 8,0 % (plancher ≥ 7 % si SU/insuline)	7,0–8,0 % individualisé	< 7,5–8,0 %
Très complexe / Malade / Fin de vie	Éviter hypoglycémie (pas de cible fixe)	< 9 % et/ou glycémies préprandiales 1–2 g/L (plancher ≥ 8 % si SU/insuline)	Assouplissement selon pronostic	< 8,5 % (agents à bénéfice CV)

Prise en charge du diabète chez la personne âgée

CONVERGENCES

- ✓ Ne pas sous-traiter les patients vigoureux
- ✓ Priorité absolue : prévenir l'hypoglycémie chez le fragile/malade
- ✓ Éviter les sulfamides et glinides chez les patients à risque
- ✓ iDPP4 : choix de sécurité chez le sujet âgé fragile (toutes sources)
- ✓ Individualiser les objectifs selon l'espérance de vie et la fragilité
- ✓ Intégrer l'évaluation gériatrique (cognitive, fonctionnelle, sociale)

Histoire clinique

M. G., 88 ans — Évolution

- Profil** ● Syndrome métabolique, obésité passée, ancien OH, polyarthrose, IRC modérée, IC compensée (Polyneuropathie, troubles visuels • BMI 28 kg/m² **Diabète : empagliflozine + metformine+ insuline basale**
- 2023** ● ⚠ **Hospitalisation pour chute**
Déconditionnement fonctionnel
- 2024** ● ✓ **Stabilisation des insuffisances d'organes**
Arrêt OH, amélioration cognitive & fonctionnelle
Vitesse de marche 0.8 m/s • SSPB satisfaisant
- 2025** ● ▼ **-9 kg • N'ose plus sortir seul**
Manque de force dans les jambes, peur de chuter
Dégoût alimentaire • Croisière gâchée
Vitesse de marche → 0.7 m/s • SPPB impossible

? Que s'est-il passé ?

Nouveau médecin traitant → changement de traitement antidiabétique
Introduction Agonistes du GLP-1 > Liraglutide en association
« selon les recommandations »

⚖ Balance bénéfice-risque chez ce patient

✓ Bénéfices attendus

- Contrôle glycémique
- Perte de poids modérée
- Protection CV
- Recommandations HbA1c

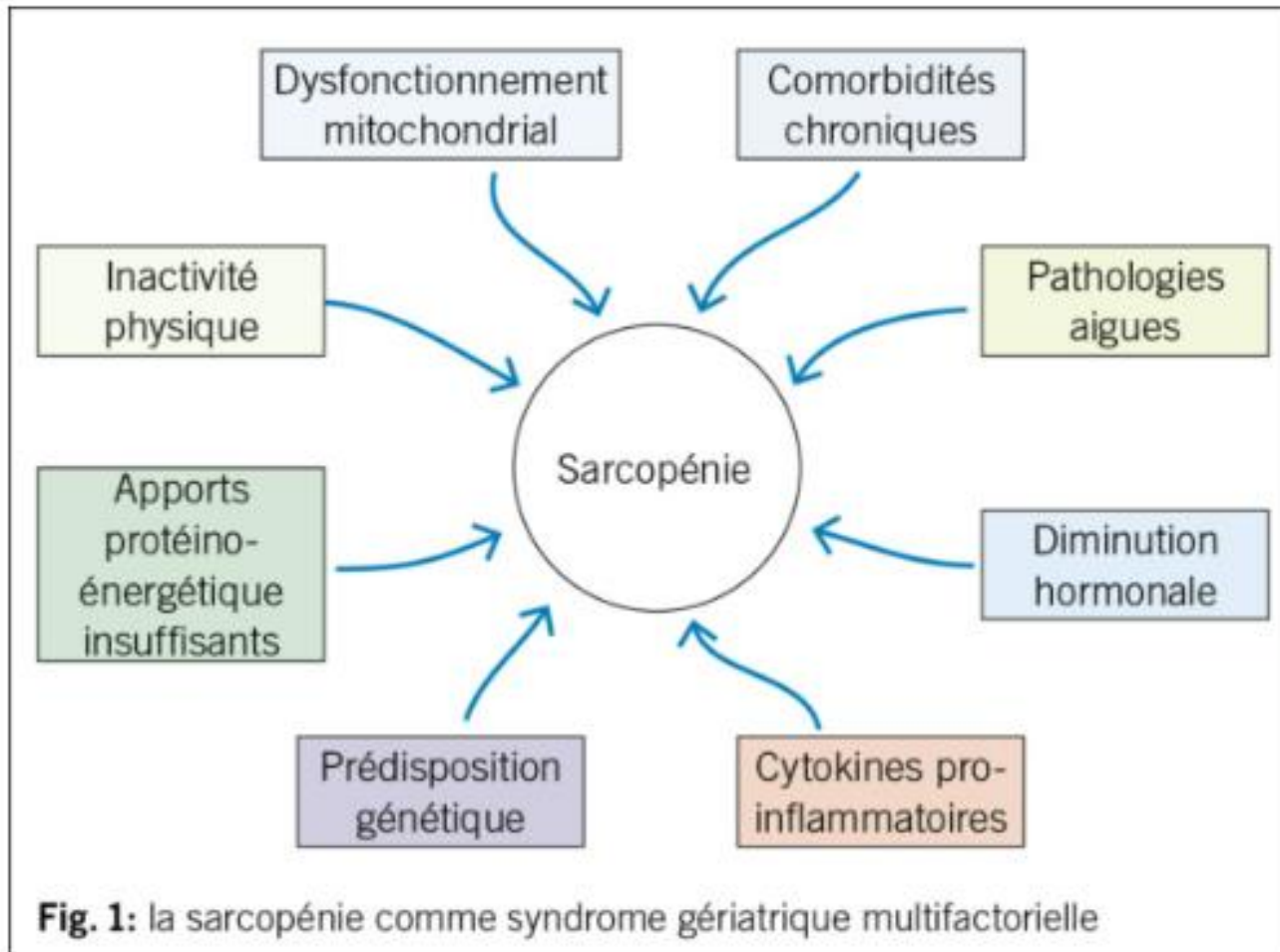
✗ Risques chez ce patient

- Sarcopénie préexistante
- BMI 28 : marge musculaire faible
- Anorexie / dégoût alimentaire
- **Chutes, perte d'autonomie**
- **Qualité de vie effondrée**



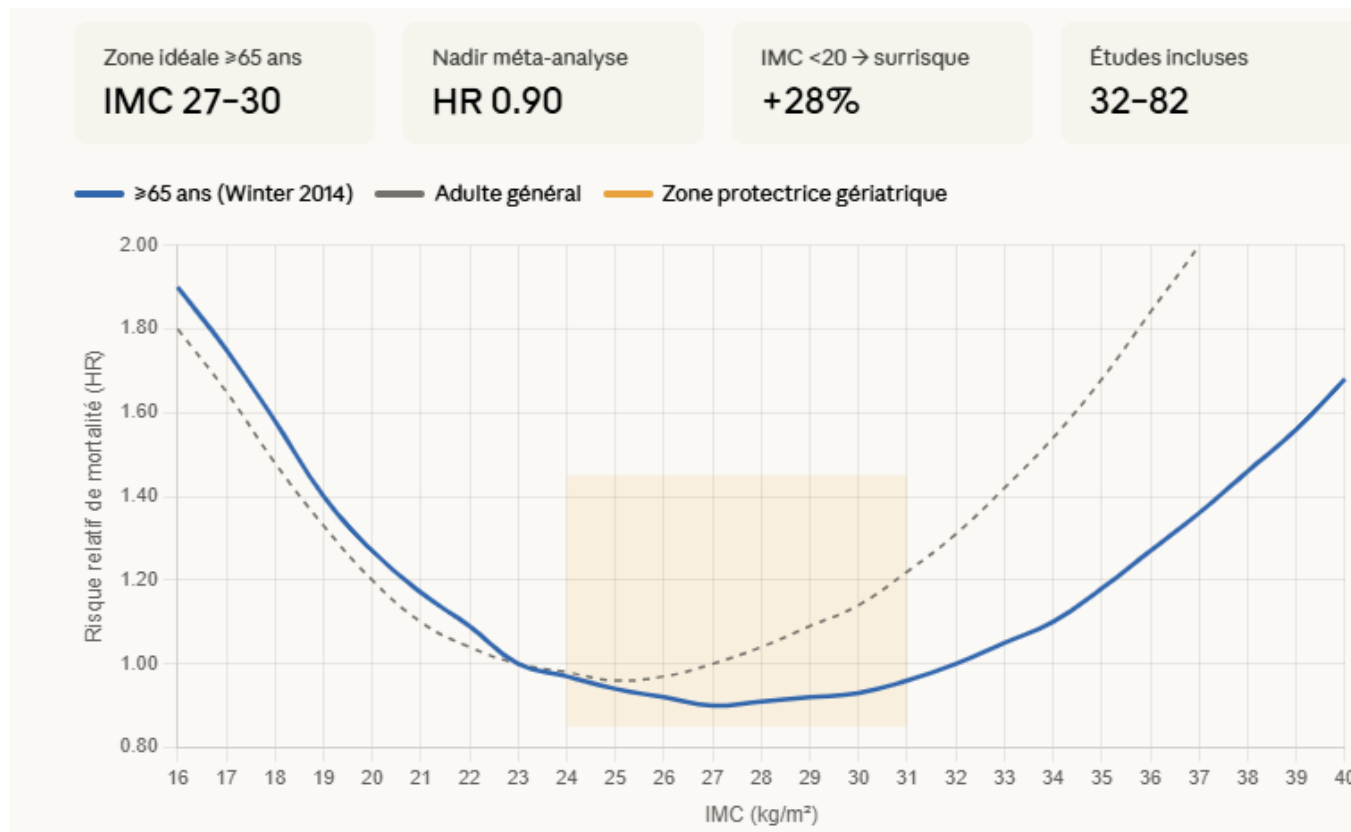
Les recommandations générales ne remplacent pas l'évaluation gériatrique globale .

Risque de sarcopénie et analogue GLP1



Surpoids bon ou mauvais avec l'âge?

- with the lowest mortality in the BMI range of 25–30 kg/m².



Interprétation des zones : Données issues de Winter JE et al., *Am J Clin Nutr* 2014 (≥65 ans, n=197 940) et méta-analyses complémentaires. HR ajusté sur l'âge, le sexe, le tabagisme et les comorbidités.

Usage des agonistes GLP1 chez le patient âgé

- **Chutes récentes / antécédents de fractures**
- La perte musculaire accentue le risque. Perte de poids rapide réduit la charge mécanique sur l'os → diminution densité osseuse. Risque fracturaire +12% vs autres antidiabétiques.
- **IMC < 25 / dénutrition / perte de poids récente**
- Zone de risque élevée selon les données BMI-mortalité chez le diabétique âgé. Toute perte de poids supplémentaire aggrave le pronostic. Contre-indication relative forte.
- **Fragilité / sarcopénie préexistante**
- Chez le sujet fragile, peut précipiter l'entrée en dépendance. Évaluation vitesse de marche + force de préhension recommandée avant prescription.

"Skeletal Muscle Mass Loss and Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists: Are Older Patients at Risk?" Kakkar AP, Ravussin E, Le Jemtel TH. *Annals of Internal Medicine*, juin 2025 ; 178(7):1031-1032. doi: 10.7326/ANNALS-24-03950

Anagnostou D, Theodorakis N, Hitas C, et al. Sarcopenia and cardiogeriatrics: the links between skeletal muscle decline and cardiovascular aging. *Nutrients*. 2025;17:282. [PMID: [39861412](#)] doi: [10.3390/nu17020282](#)

Analogues-GLP1 chez la personne âgée

la règle des 4 questions avant prescription > 65 ans

- balance bénéfice-risque d'un traitement ne peut pas s'apprécier uniquement sur le poids ou la glycémie — elle doit intégrer la fonctionnalité et l'autonomie du patient.
- **1. Le patient est-il sarcopénique ou fragile ?** → Mesurer vitesse de marche ($< 0,8$ m/s = fragilité) et force de préhension. Si oui : contre-indication relative forte.
- **2. Son IMC est-il $< 25-26$?** → Zone de surmortalité chez le diabétique âgé. Toute perte de poids supplémentaire est délétère.
- **3. A-t-il une démence ou une incapacité à signaler ses symptômes ?** → Risque de déshydratation et d'hypoglycémie silencieuses.
- **4. Prend-il une sulfonylurée ou de l'insuline ?** → Réduction impérative des doses avant initiation pour éviter l'hypoglycémie.
- Si aucun de ces critères n'est présent, et que l'indication est bien posée ($\text{IMC} \geq 27-28$, diabète non contrôlé avec comorbidité cardiovasculaire ou rénale), le GLP-1 peut être prescrit avec une titration lente, une surveillance mensuelle du poids et une supplémentation protéique associée à un programme de résistance musculaire.

Liste Top 5>Gériatrie (2017)

SPSG

1 Ne pas recommander la sonde gastrique percutanée (PEG) en démence sévère → alimentation orale assistée

2 Ne pas utiliser les antipsychotiques en 1re intention pour les troubles comportementaux de la démence

3 Éviter d'utiliser d'autres médicaments que la metformine pour atteindre HbA1c < 7,5 % chez la PA

4 Ne pas utiliser benzodiazépines / hypnotiques en 1re intention (insomnie, agitation, délirium)

5 Ne pas traiter la bactériurie chez la personne âgée en l'absence de symptômes urinaires

Liste Top 5>Gériatrie (2017)

ne pas traiter la bactériurie asymptomatique chez la personne âgée

Données clés

25–50 % Prévalence ASB en EMS

20–42 % Fièvre absente lors d'ITU chez PA

~40 % Diagnostic ITU incorrect en hospit.

Méta-analyse de référence (Krzyzaniak et al., BJGP 2022)

9 ECR · 1391 participants · Résidents EMS

Le traitement antibiotique = bactériurie guérie MAIS effets indésirables significativement plus fréquents. Mortalité : aucune différence à 6 mois, 1–3 ans, 5–9 ans.

Risques du surtraitement

- Effets indésirables : diarrhée, rash, candidose
- C. difficile : OR 2.45 (IC 95% 0.86–6.96)
- Résistances bactériennes sélectionnées
- Réinfections plus fréquentes (×1.9)
- Mauvaise récupération fonctionnelle (RR 1.30)
- Perturbation du microbiome urinaire protecteur
- Diagnostic retardé de la vraie cause

Liste Top 5 >Gériatrie

Ne pas traiter la bactériurie en l'absence de symptômes c/o la pers.âgée

RISQUES ? Complexité du diagnostique?

Urosepsis — complication potentiellement fatale

L'infection urinaire est **source fréquente de bactériémie** chez les personnes âgées, représentant **50 % des cas de bactériémie** chez les patients âgés de 80 ans et plus.

Présentations atypiques à reconnaître

Les infections urinaires chez les patients âgés peuvent se manifester par :

- *Confusion, léthargie accrue, **absence de fièvre**, nouvelle incontinence, anorexie*

Le piège diagnostique — la vraie infection symptomatique manquée

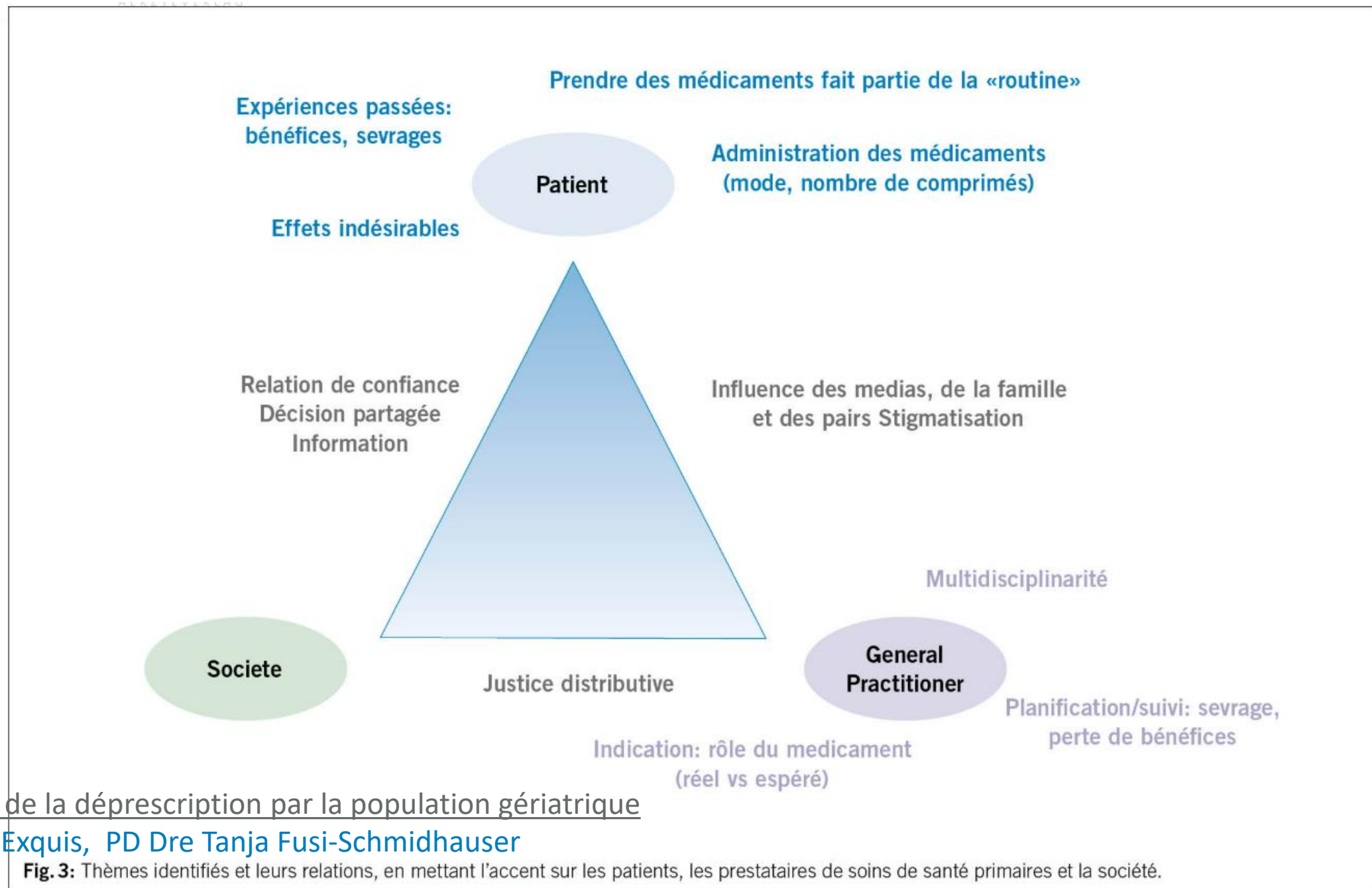
1 Ne pas recommander la sonde gastrique percutanée (PEG) en démence sévère → alimentation orale assistée

2 Ne pas utiliser les antipsychotiques en 1re intention pour les troubles comportementaux de la démence

3 Éviter d'utiliser d'autres médicaments que la metformine pour atteindre HbA1c < 7,5 % chez la PA

4 Ne pas utiliser benzodiazépines / hypnotiques en 1re intention (insomnie, agitation, délirium)

5 Ne pas traiter la bactériurie chez la personne âgée en l'absence de symptômes urinaires



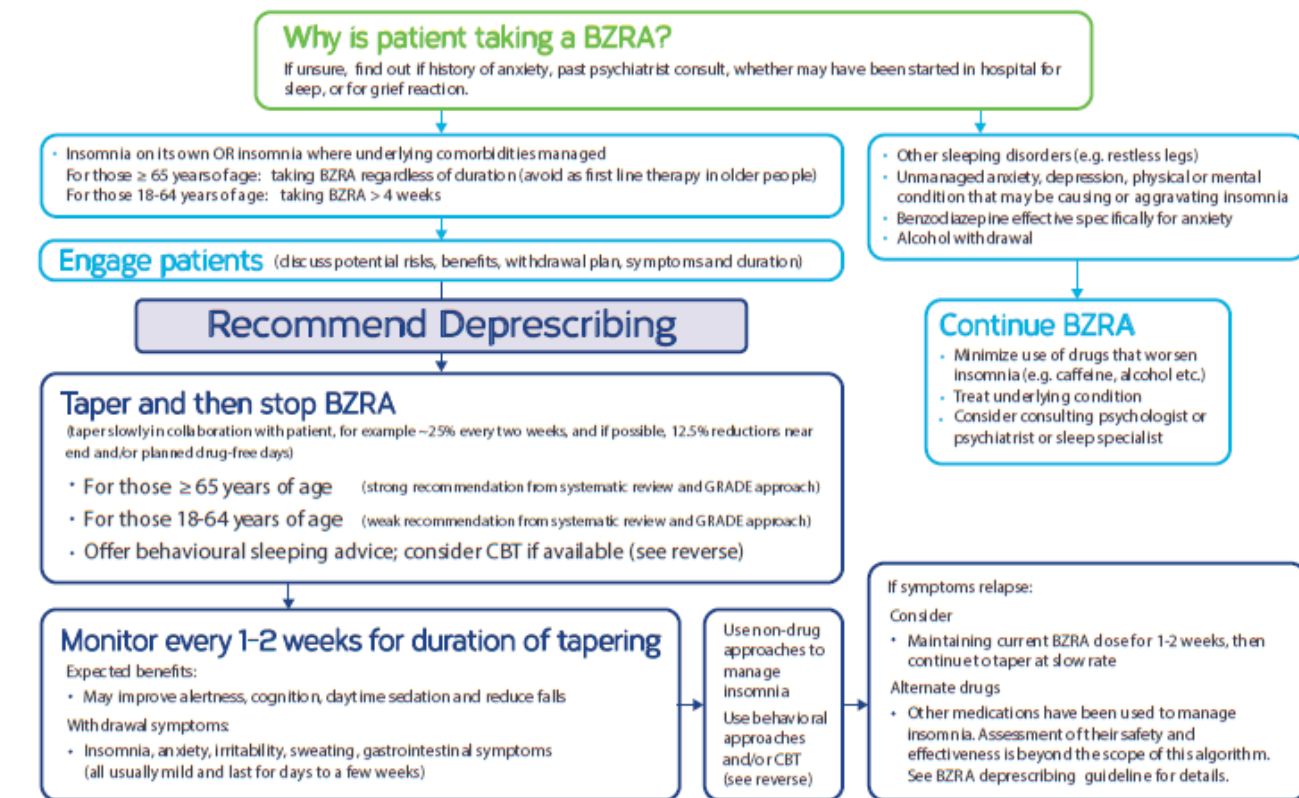
Perception de la déprescription par la population gériatrique

Dre Nadia Exquis, PD Dre Tanja Fusi-Schmidhauser

Fig. 3: Thèmes identifiés et leurs relations, en mettant l'accent sur les patients, les prestataires de soins de santé primaires et la société.

Figure 1 | Benzodiazepine & Z-Drug (BZRA) Deprescribing Algorithm

September 2016



deprescribing.org | Benzodiazepine & Z-Drug (BZRA) Deprescribing Notes

September 2016

BZRA Availability

BZRA	Strength
Alprazolam (Xanax®) ^T	0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Bromazepam (Lectopam®) ^T	15 mg, 3 mg, 6 mg
Chlordiazepoxide (Librax®) ^C	5 mg, 10 mg, 25 mg
Clonazepam (Rivotril®) ^T	0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Clonazepam (Tianxene®) ^C	37.5 mg, 7.5 mg, 15 mg
Diazepam (Valium®) ^T	2 mg, 5 mg, 10 mg
Flurazepam (Dalmane®) ^C	15 mg, 30 mg
Lorazepam (Ativan®) ^{T, S}	0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Nitrazepam (Mogadon®) ^T	5 mg, 10 mg
Oxazepam (Serax®) ^T	10 mg, 15 mg, 30 mg
Temazepam (Restoril®) ^C	15 mg, 30 mg
Triazolam (Halcion®) ^T	0.125 mg, 0.25 mg
Zopiclone (Imovane®, Rhovane®) ^T	5 mg, 7.5 mg
Zolpidem (Sublinox®) ^T	5 mg, 10 mg

T = tablet, C = capsule, S = sublingual tablet

BZRA Side Effects

- BZRAs have been associated with:
 - physical dependence, falls, memory disorder, dementia, functional impairment, daytime sedation and motor vehicle accidents
- Risks increase in older persons

Engaging patients and caregivers

- Patients should understand:
- The rationale for deprescribing (associated risks of continued BZRA use, reduced long-term efficacy)
 - Withdrawal symptoms (insomnia, anxiety) may occur but are usually mild, transient and short-term (days to a few weeks)
 - They are part of the tapering plan, and can control tapering rate and duration

Tapering doses

- No published evidence exists to suggest switching to long-acting BZRAs reduces incidence of withdrawal symptoms or is more effective than tapering shorter-acting BZRAs
- If dosage forms do not allow 25% reduction, consider 50% reduction initially using drug-free days during latter part of tapering, or switch to lorazepam or oxazepam for final taper steps

Behavioural management

Primary care:

1. Go to bed only when sleepy
2. Do not use bed or bedroom for anything but sleep (or intimacy)
3. If not asleep within about 20-30 min at the beginning of the night or after an awakening, exit the bedroom
4. If not asleep within 20-30 min on returning to bed, repeat #3
5. Use alarm to awaken at the same time every morning
6. Do not nap
7. Avoid caffeine after noon
8. Avoid exercise, nicotine, alcohol, and big meals within 2 hrs of bedtime

Institutional care:

1. Pull up curtains during the day to obtain bright light exposure
2. Keep alarm noises to a minimum
3. Increase daytime activity & discourage daytime sleeping
4. Reduce number of naps (no more than 30 mins and no naps after 2 pm)
5. Offer warm decaf drink, warm milk at night
6. Restrict food, caffeine, smoking before bedtime
7. Have the resident toilet before going to bed
8. Encourage regular bedtime and rising times
9. Avoid walking at night to provide direct care
10. Offer backrub, gentle massage

Using CBT

What is cognitive behavioural therapy (CBT)?

- CBT includes 5-6 educational lessons about sleep/insomnia, stimulus control, sleep restriction, sleep hygiene, relaxation training and support

Does it work?

- CBT has been shown in trials to improve sleep outcomes with sustained long-term benefits

Who can provide it?

- Clinical psychologists usually deliver CBT, however, others can be trained or can provide aspects of CBT education; self-help programs are available

How can providers and patients find out about it?

- Some resources can be found here: <http://sleepwellness.ca/>

© Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Contact deprescribing@bruyere.org or visit deprescribing.org for more information.Pottier K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2018;64:339-51 (Eng), e209-24 (Fr).

deprescribing.org



Bruyère



open

© Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Contact deprescribing@bruyere.org or visit deprescribing.org for more information.Pottier K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2018;64:339-51 (Eng), e209-24 (Fr).

deprescribing.org



Bruyère



open

Deprescribing benzodiazepine receptor agonists

Evidence-based clinical practice guideline

Kevin Pottie MD MCLSc CCFP FCFP Wade Thompson RPh MSc Simon Davies DM MBBS MSc Jean Grenier PhD CPsych
Cheryl A. Sadowski PharmD Vivian Welch PhD Anne Holbrook MD PharmD MSc Cynthia Boyd MD MPH
Robert Swenson MD Andy Ma Barbara Farrell PharmD ACPR FCSHP

- Beers' list (1991/Nursing home-1997)

(J Am Geriatr Soc 2023;71-2052-2081)

- Inappropriate Prescribing in the Elderly Tool
- Medication Appropriate Index
- STOPP/START (- Screening Tool of Older Persons' Prescriptions/Screening Tool to Alert to Right Treatment)



Deprescription

Risque de chute (OR)

Tableau comparatif des OR ajustés

Classe	OR/RR chutes (ajusté)	Source
ISRS	OR 2,02 (1,85-2,20)	Méta-analyse 248 études
Trazodone	Risque le plus élevé parmi les hypnotiques	Amari 2022 (cohorte US)
BZD longue durée (diazépam, flurazépam)	OR 1,81-2,16	Méta-analyses + cohorte coréenne
Antidépresseurs (toutes classes)	OR 1,57	Méta-analyse 248 études
BZD courte durée (oxazépam, lorazépam)	OR 1,27-1,94	Méta-analyses
Z-drugs (zolpidem, zopiclone)	OR ~1,27-1,94 (assimilable aux BZD courtes)	Méta-analyses
ATD tricycliques	OR 1,41-2,13	Variable selon les études
Antipsychotiques	OR 1,39-1,54	Méta-analyses

Seppala LJ, Wermelink AMAT, de Vries M, Ploegmakers KJ, van de Glind EMM, Daams JG, van der Velde N; EUGMS task and Finish group on fall-risk-increasing drugs. Fall-Risk-Increasing Drugs:

A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. J Am Med Dir Assoc. 2018 Apr;19(4):371.e11-371.e17. doi: 10.1016/j.jamda.2017.12.098. PMID: 29402652.

Liste «Top 5»

La Société scientifique de soins en gériatrie formule les cinq recommandations suivantes:

Les soins
gériatriques

1 Ne pas laisser les personnes âgées au lit ou seulement assises sur une chaise.

Près de 65 % des personnes âgées qui pouvaient auparavant se mouvoir de manière autonome éprouvent des difficultés à le faire alors qu'elles sont hospitalisées. Rester au lit ou assis sur une chaise pendant un séjour hospitalier entraîne une perte de force et sont des facteurs importants de la diminution de la capacité de marcher chez les personnes âgées. La perte de la capacité de marcher prolonge le séjour en milieu hospitalier, augmente la nécessité d'une réadaptation ultérieure ou peut avoir pour conséquence le placement dans un établissement médico-social. A cela s'ajoute l'augmentation du risque de chute et de mortalité, et ce, aussi bien pendant qu'après l'hospitalisation. Il est donc crucial d'entretenir la capacité de marcher afin de maintenir la capacité fonctionnelle des personnes âgées et d'éviter d'augmenter la charge pour les proches aidants. Les conséquences négatives de l'immobilité valent également pour les personnes qui se trouvent dans un établissement médico-social ou à domicile. Les objectifs de mobilisation et de promotion de la marche doivent être centrés sur la personne et adaptés à leur environnement, au projet de vie et à la situation personnelle de la personne concernée.

2 Éviter les mesures limitant la liberté de mouvement chez les personnes âgées.

Les mesures limitant la liberté de mouvement sont rarement une solution et causent souvent des problèmes tels qu'une agitation accrue et des complications sérieuses, qui peuvent même, dans le pire des cas, entraîner la mort de la personne concernée. Les mesures limitant la liberté de mouvement sont souvent prises face à un comportement à risque et/ou dange-

reux. De tels cas exigent une attention immédiate et une évaluation spécifique de la situation. Il est dès lors très important d'élaborer une stratégie claire pour éviter et gérer les comportements à risque et/ou dangereux ainsi que de bien coordonner les actions avec les proches. La sécurité et un accompagnement centré sur la personne sans mesures limitant la liberté de mouvement sont favorisés lorsqu'une équipe interprofessionnelle et/ou un(e) expert(e) en soins sont à disposition pour les conseiller dans l'anticipation, l'identification et la recherche d'une stratégie de résolution du problème. Une organisation optant pour une telle approche favorisant un accompagnement sans mesures limitant la liberté de mouvement, avec des structures ad hoc ainsi que des offres de formation continue sont indispensables.

3 Ne pas réveiller les personnes âgées la nuit pour des soins de routine, tant que ni leur état de santé ni leurs besoins en soins ne l'exigent vraiment.

Physiologiquement, le sommeil nocturne change avec l'âge. Les personnes âgées ont besoin de plus de temps pour s'endormir, dorment moins profondément et se réveillent plusieurs fois. De plus, des problèmes de santé tels que les douleurs, les difficultés respiratoires ou les mictions nocturnes fréquentes perturbent l'ensemble du cycle sommeil-éveil. Les tournées régulières pour voir si tout est en ordre provoquent également du bruit et de la lumière inutile, ce qui peut interrompre le sommeil et, à terme, entraîner des troubles du sommeil. Les troubles du sommeil ont un impact négatif sur la santé et le bien-être, elles empêchent les activités physiques et peuvent entraîner délire, dépression ou autres troubles psychiques. Les soignants devraient, particulièrement chez les personnes âgées, promouvoir un sommeil réparateur et nocturne. La description du

sommeil des personnes âgées concernées révèle des habitudes et des rituels qui favorisent le sommeil nocturne. Dans les services de soins, les facteurs de perturbation inutiles doivent être identifiés et éliminés dans la mesure du possible.

4 Ne pas mettre ou laisser une sonde urinaire sans une indication spécifique.

L'infection urinaire associée à une sonde urinaire est indubitablement l'infection nosocomiale la plus fréquente. Ce type d'infection prolonge la durée du séjour hospitalier et augmente la morbidité et la mortalité, ainsi que les coûts. Parmi les mesures de prévention les plus efficaces figurent le renoncement aux sondages inutiles et des interventions ciblées pour maintenir un schéma d'excrétion urinaire optimal. Dans les cas où un sondage urinaire est inévitable, l'indication médicale doit être vérifiée quotidiennement et la durée du maintien doit être réduite au minimum. Lors de l'évaluation de la situation, on tiendra particulièrement compte du ressenti par les personnes âgées concernées des contraintes et de la qualité de vie.

5 Éviter l'administration de médicaments de réserve tels que sédatifs, antipsychotiques ou hypnotiques lors d'un delirium sans d'abord clarifier, éliminer ou traiter les causes à l'origine de ce dernier. Utiliser principalement des approches non-pharmacologiques pour prévenir et traiter un délire.

La principale étape dans le traitement d'un delirium est l'identification, l'élimination ou le traitement des causes qui en sont à l'origine. Un delirium est souvent une conséquence physiologique directe d'une autre maladie, d'une intoxication, d'un

sevrage, d'une exposition à une toxine, ou de causes multiples. Il faudrait donc procéder à une anamnèse détaillée, un examen physique, prescrire des tests de laboratoire et émettre des diagnostics spécifiques ainsi que vérifier de manière approfondie si certains médicaments pouvaient provoquer un délire et les interrompre. Étant donné que de nombreux médicaments ou groupes de médicaments ont un rapport avec le développement d'un délire (p.ex. benzodiazépines, anticholinergiques, certains antihistaminiques, sédatifs/somnifères), leur administration en tant que médicament de réserve devrait être évitée autant que possible. Par ailleurs, les antipsychotiques ne devraient être administrés qu'à la plus petite dose efficace, pour une durée la plus courte possible et uniquement aux personnes âgées qui présentent une forte agitation et/ou qui peuvent présenter un danger pour les autres ou pour elles-mêmes. Ces médicaments ont des effets secondaires importants et il n'y a pas suffisamment de données probantes pour que leur application soit sûre et efficace lors d'un délire. Il est donc recommandé, en matière de prévention du délire, d'implanter différentes interventions non-pharmacologiques et de les réaliser de manière systématique et interprofessionnelle pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Références

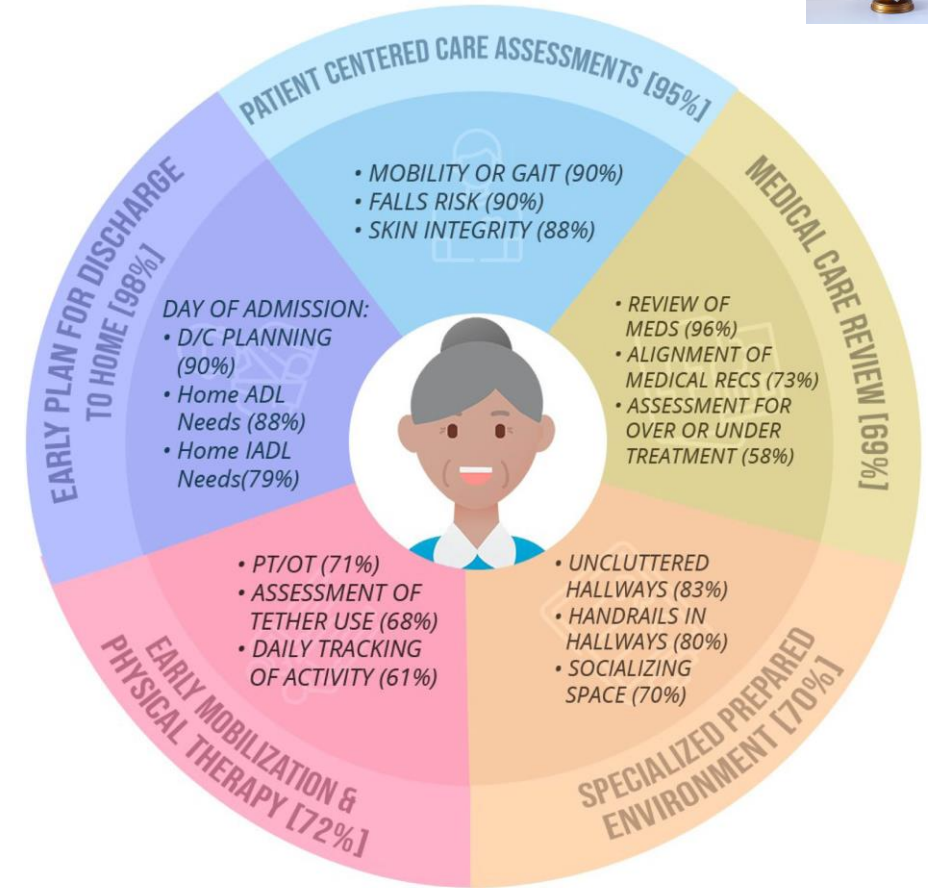
Pour plus d'information, une liste de littérature de références est disponible sous: www.smartermedicine.ch

Les soins
gériatriques

Top 5 soins g rontologie/médecine interne 2016

Acute care units for Elders

- Evidence-based model of care → to reduce incidence of functional decline during hospitaliations
- Patient-centered care assesement
- Interdisciplinary team
- →protocols to ases, restore or maintain physical functioning
- Optimizing medication management
- Early mobilization/physical therapy→preventing functional decline
- Restoring patient's independence (ADLs)
- Early planning by interdisciplinary discharge

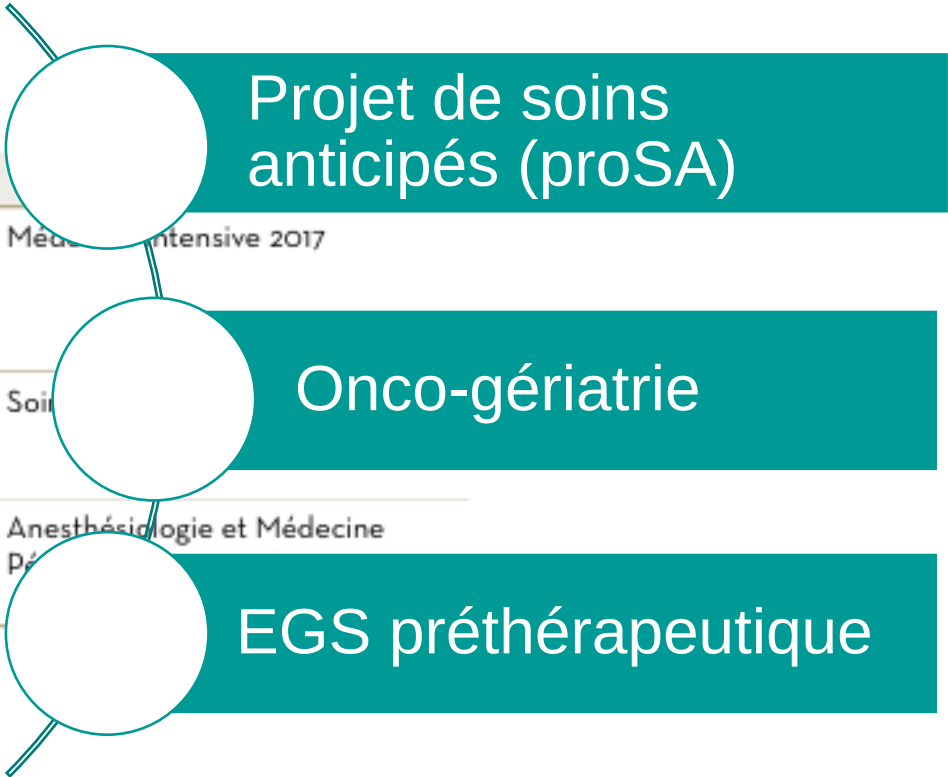


Recommandations autres et gériatrie

Liste Top 5 Santé planétaire : 5. Décisions médicales de fin de vie

5. Décisions médicales en fin de vie	
Ne poursuivez pas les manœuvres avancées de soutien de la vie chez les patients présentant un risque significatif de décès ou de séquelles sévères, sans avoir discuté au préalable avec le patient – ou ses proches qui le représentent – des buts thérapeutiques, en tenant compte des valeurs et des préférences personnelles du patient.	Médecine intensive 2017
Ne pas commencer de traitement anticancéreux chez les patients atteints d’une maladie avancée/métastatique sans avoir défini les objectifs/bénéfices fonctionnels du traitement avec le patient et sans avoir envisagé un soutien en matière de soins palliatifs.	Soins palliatifs 2017
L’indication à une intervention avec morbidité/mortalité périopératoire et souffrance terminale élevées attendues doit être discutée à l’avance avec toutes les disciplines concernées et en concertation avec le patient (prise de décision partagée).	Anesthésiologie et Médecine Préopératoire 2017

concentration massive chez les personnes âgées : plus de **80% des décès surviennent après 65 ans**, et près de 60% après 80 ans. L'âge médian au décès se situe autour de **83 ans**



Take home messages

- 1 La PA n'est pas un adulte plus âgé — ses objectifs thérapeutiques nécessitent une approche individualisée (diabète, HTA)
- 2 L'alitement est délétère. Chaque jour au lit = perte d'autonomie mesurable
- 3 Pas de contention sans épuisement des alternatives — le cercle agitation/contention est documenté et évitable
- 4 Pas d'antibiotique sur une bactériurie asymptomatique — en présence de delirium s'assurer qu'il n'y a pas une autre cause
- 5 La sonde PEG en démence avancée n'aide pas — l'alimentation manuelle est au moins aussi efficace et plus humaine
- 6 Le délirium = signal → traiter la cause d'abord, pas le symptôme avec un sédatif
- 7 Anticiper les soins — les directives anticipées et le projet de soins respectent la volonté du patient



Take home messages

Objectif : “espérance de vie en bonne santé”

Prendre en compte l'âge biologique, l'aspect fonctionnel, l'hétérogénéité dans la population âgée pour le développement de recommandations

Les patients âgés peuvent avoir des difficultés à adhérer à "less is more" si les recommandations se basent principalement sur l'âge chronologique

«Ce n'est pas un art de peu d'importance que de prescrire correctement des médicaments, mais c'est un art d'une bien plus grande difficulté que de savoir quand les arrêter ou ne pas les prescrire. »

Philippe Pinel (1745-1826)

Bibliographie/Ressources

- www.smartermedicine.ch
- www.samw.ch → Directives
- www.healthinaging.org/choosing-wisely
- https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2018/04/deprescribing_pamphlet2015_BZRA_fr_vf.pdf
- <https://www.pimcheck.com/>
- https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2025_3e997212-fr/suisse_534b9779-fr.html
- <https://www.projetdesoinsanticipe.ch/>
- O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking M, Beuscart JB, Onder G, Gudmundsson A, Cruz-Jentoft AJ, Knol W, Bahat G, van der Velde N, Petrovic M, Curtin D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med.* 2023 Aug;14(4):625-632.
- **American Diabetes Association Professional Practice Committee; 13. Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2025.** *Diabetes Care* 1 January 2025; 48 (Supplement_1): S266–S282. <https://doi.org/10.2337/dc25-S013>
- Davies N, Barrado-Martín Y, Vickerstaff V, Rait G, Fukui A, Candy B, Smith CH, Manthorpe J, Moore KJ, Sampson EL. Enteral tube feeding for people with severe dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 8. Art. No.: CD013503. DOI: 10.1002/14651858.CD013503.pub2.
- **9. O'Shaughnessy Í, Robinson K, O'Connor M, Conneely M, Ryan D, et al.** Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalised older adults with acute medical complaints: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2022;51(4):afac081. DOI: 10.1093/ageing/afac081
- **"Skeletal Muscle Mass Loss and Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists: Are Older Patients at Risk?"** Kakkar AP, Ravussin E, Le Jemtel TH. *Annals of Internal Medicine,* juin 2025 ; 178(7):1031-1032. doi: 10.7326/ANNALS-24-03950
- Krzyzaniak N, Forbes C, Clark J, Scott AM, Mar CD, Bakhit M. Antibiotics versus no treatment for asymptomatic bacteriuria in residents of aged care facilities: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2022 May 6;72(722):e649–58. doi: 10.3399/BJGP.2022.0059. Epub ahead of print. PMID: 35940886; PMCID: PMC9377352.
- Winter JE, MacInnis RJ, Nowson CA. The Influence of Age the BMI and All-Cause Mortality Association: A Meta-Analysis. *J Nutr Health Aging.* 2017;21(10):1254-1258. doi: 10.1007/s12603-016-0837-4. PMID: 29188887; PMCID: PMC12879887.
- *J Am Geriatr Soc.* 2022 October ; 70(10): 3012–3020. doi:10.1111/jgs.17892.

Merci pour votre attention

Mariangela.Gagliano@rhne.ch



Top 5 Ne pas utiliser benzodiazépines / hypnotiques en 1re intention (insomnie, agitation, delirium)

- Z-drugs (zolpidem, zopiclone, eszopiclone) — en dernier recours, avec précaution
- Les Z-drugs doivent être réservés à une utilisation si les agents de première ligne sont inefficaces chez les personnes âgées. American Academy of Family Physicians
- Leurs effets indésirables chez la PA sont comparables aux benzodiazépines : les Z-drugs ne provoquent pas d'insomnie rebond ni de sevrage à l'arrêt, mais peuvent avoir des effets indésirables similaires aux benzodiazépines : délirium, chutes et fractures. Medscape
- Prescriptions spécifiques à la PA : zolpidem 5 mg (au lieu de 10 mg), zopiclone 3,75 mg, durée la plus courte possible (< 4 semaines). Le zolpidem est inscrit aux critères de Beers mais reste utilisé en pratique chez la PA vigoureux en l'absence d'alternatives, en cure courte.

Antipsychotiques

Quétiapine, olanzapine —

Antidépresseurs sédatifs

Trazodone, mirtazapine Insomnie + dépression

✗ Pas d'indication
pour l'insomnie primaire
si comorbidité
psychiatrique

Top 5 Ne pas utiliser benzodiazépines / hypnotiques en 1re intention (insomnie, agitation, delirium)

- L'American College of Physicians recommande que tous les adultes avec insomnie chronique reçoivent la TCC-I comme traitement initial. Psychiatry Times
- **Ce qu'il faut éviter : Critères de Beers 2023**
- Selon les AGS Beers Criteria® 2023 actualisés, la majorité des médicaments utilisés pour l'insomnie sont considérés comme potentiellement inappropriés chez les personnes âgées et doivent être évités ou utilisés avec une extrême prudence
- Les **antihistaminiques** (diphenhydramine, doxylamine) **sont formellement contre-indiqués** chez la personne âgée pour l'insomnie en raison de leurs effets anticholinergiques, du risque de délirium et de la tolérance rapide.
- **En Suisse** : la mélatonine à libération prolongée 2 mg (Circadin®) est remboursée pour les patients ≥ 55 ans, avec AMM européenne spécifiquement pour les personnes âgées. C'est pratiquement la seule option pharmacologique officiellement indiquée chez la PA en Europe continentale.
- Extrait de Valériane
- La doxépine à très faibles doses (3–6 mg) est le seul antidépresseur ayant une AMM FDA pour l'insomnie.

Focus — Mobilisation & Mesures restrictives chez la PA hospitalisée

VFP 2019 — Recommandations n°1 & n°2 — Cadre légal suisse inclus

Alitement

- Jusqu'à 65 % des PA autonomes à l'admission perdent leur autonomie à la marche pendant l'hospitalisation
- Conséquences : durée de séjour ↑, réhospitalisations ↑, risque de chute ↑, mortalité ↑

Mesures limitant la liberté de mouvement

Cercle vicieux documenté :



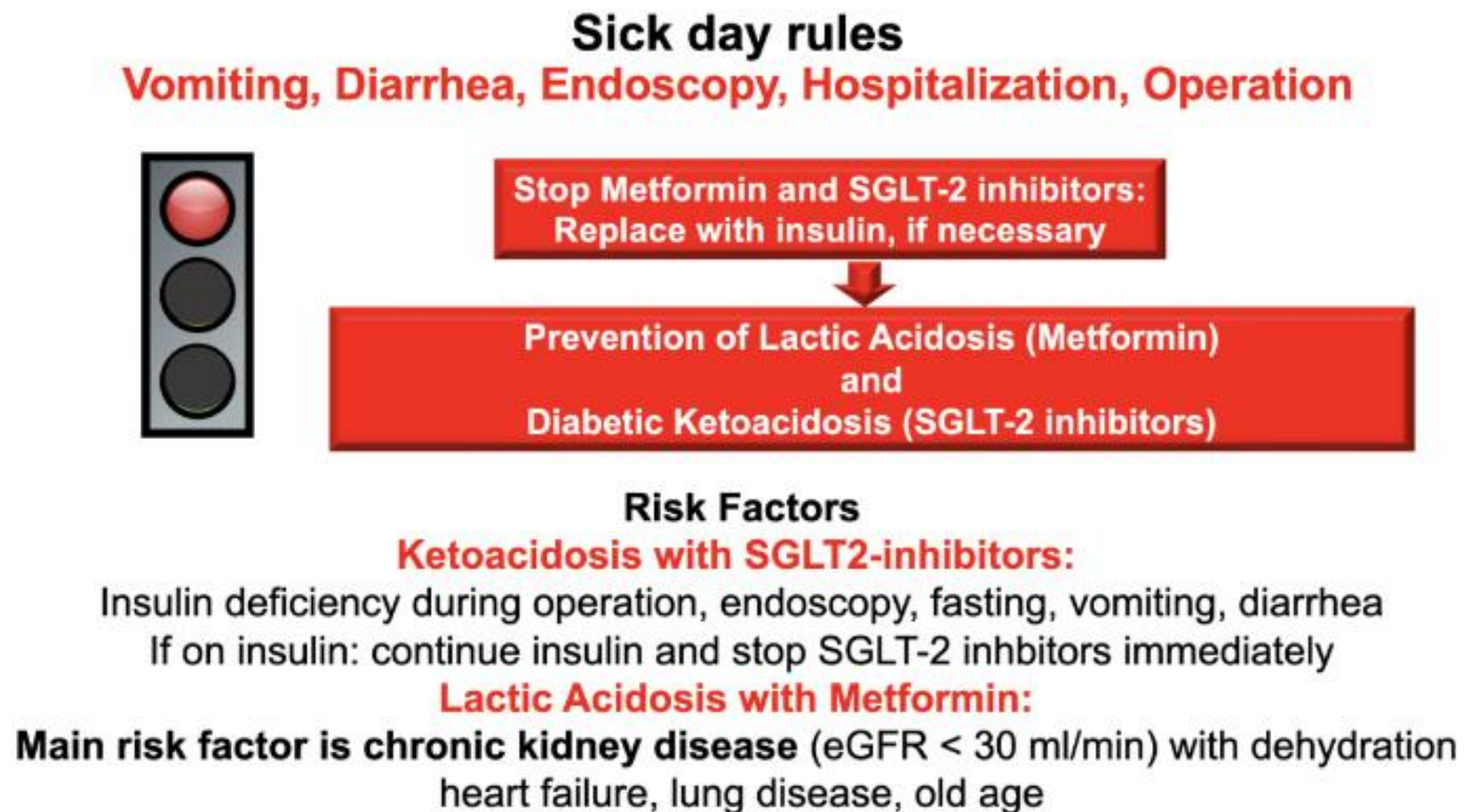
Cadre légal suisse

Code civil art. 383–384 CC (en vigueur depuis 2013) · Directives ASSM « Mesures de contrainte » 2015 (intégrées au code déontologique FMH) · Procédure écrite, décision interdisciplinaire, durée minimale, réévaluation obligatoire

Alternatives non restrictives

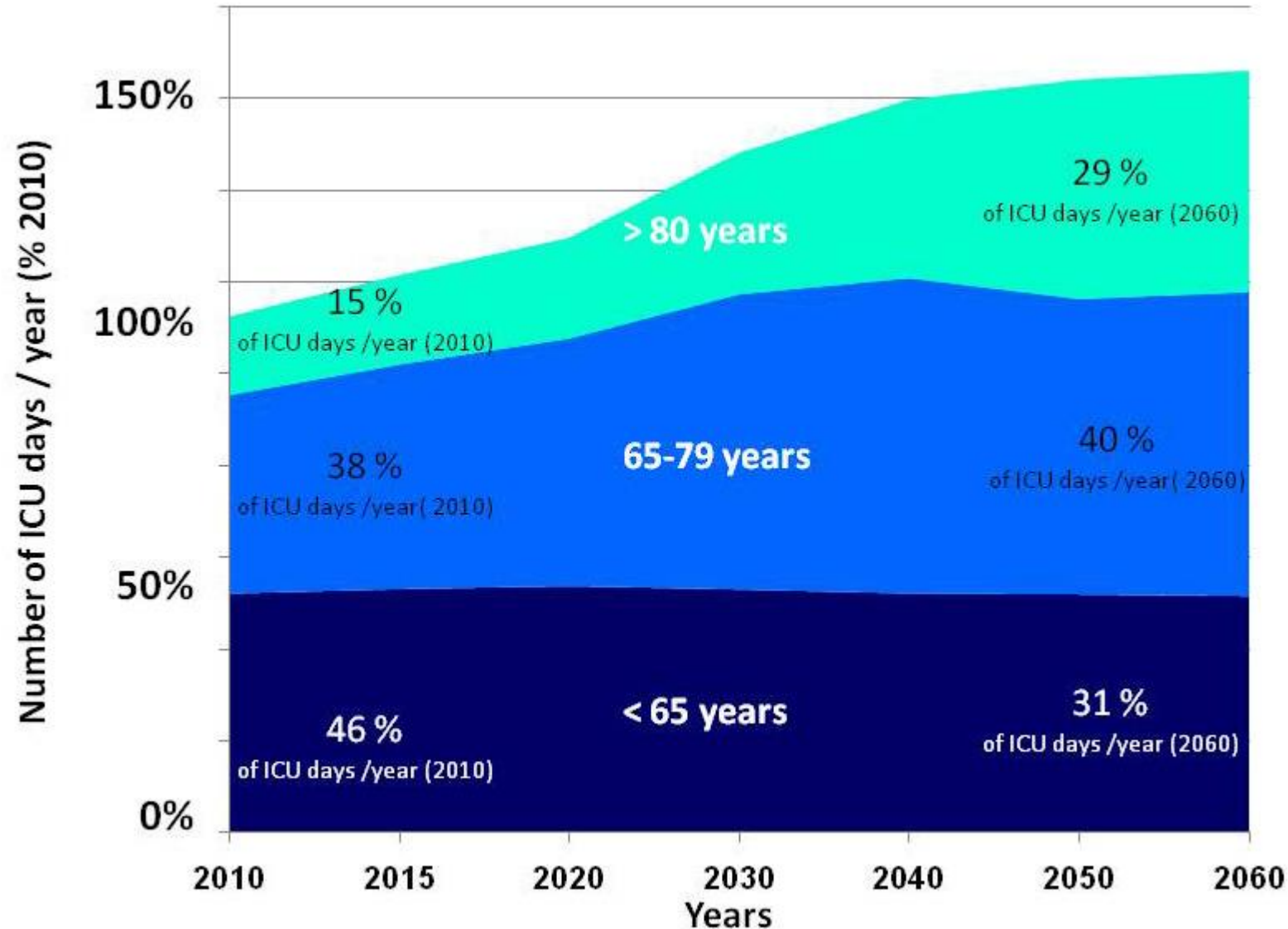
- Observation continue
- Retrait des dispositifs inutiles (voies IV, sondes)
- Modifications environnementales (lumière, orientation)
- Présence famille / accompagnant
- Équipe interprofessionnelle formée

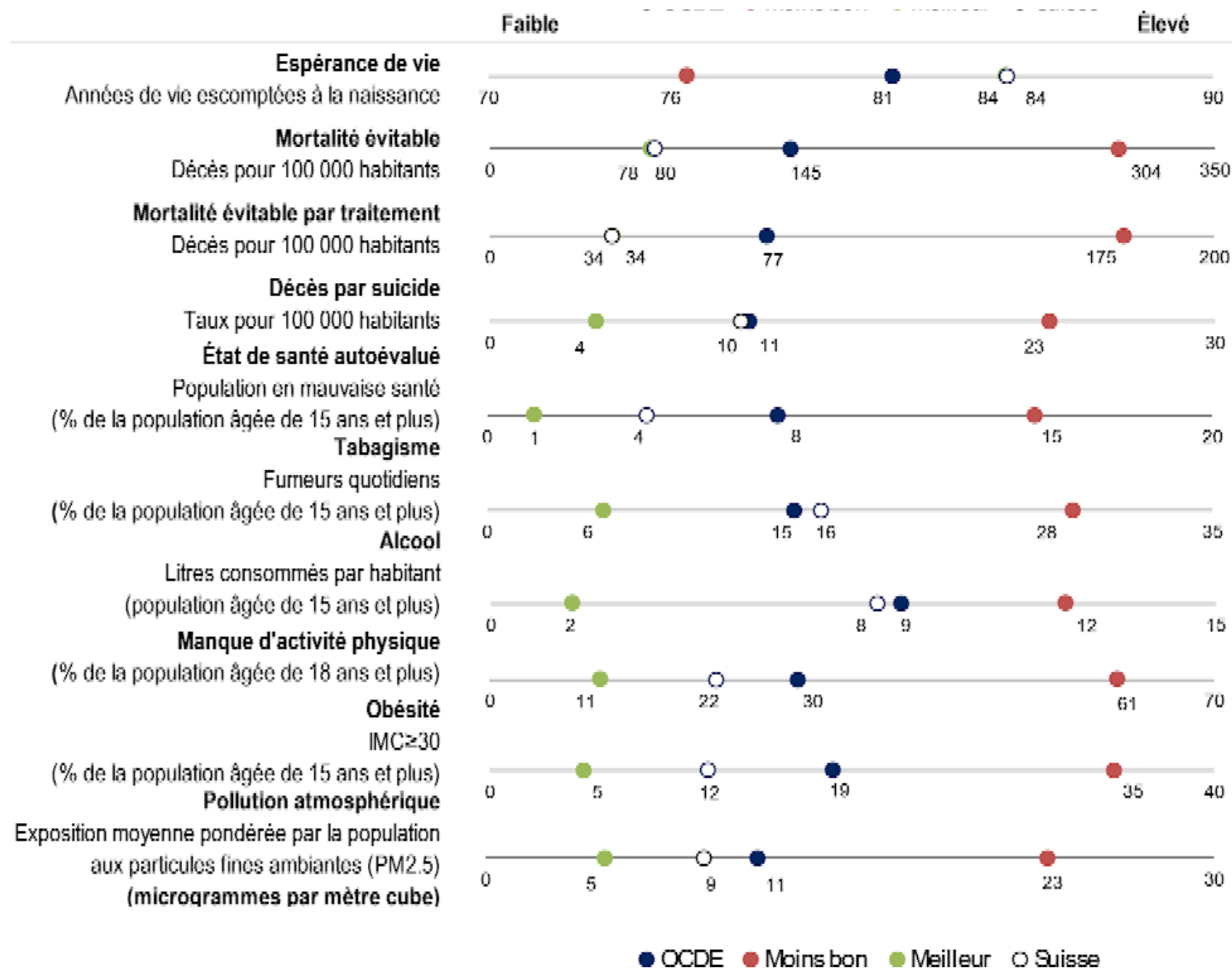
Figure 5: Sick day rules [63-65].

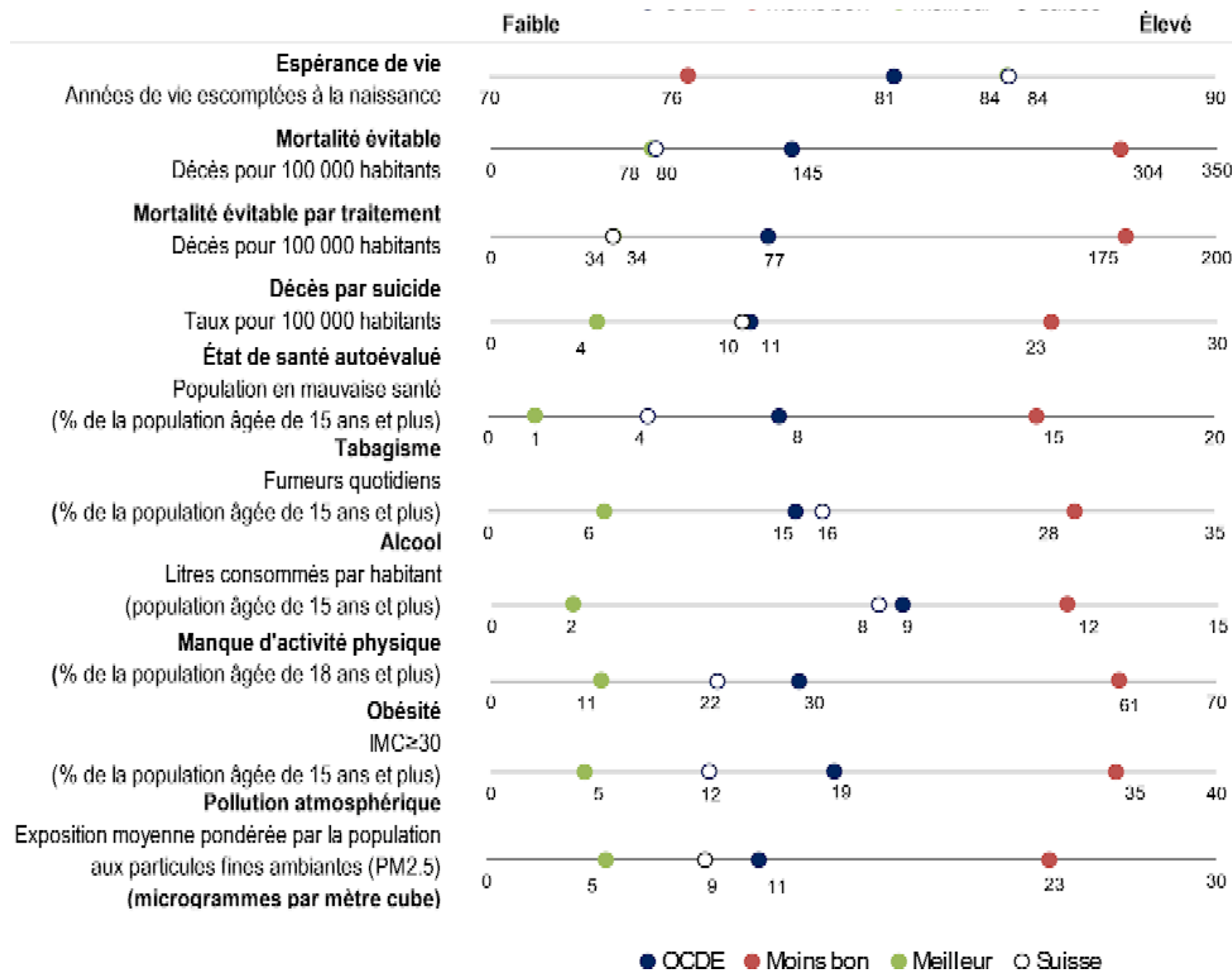


Demographic ageing

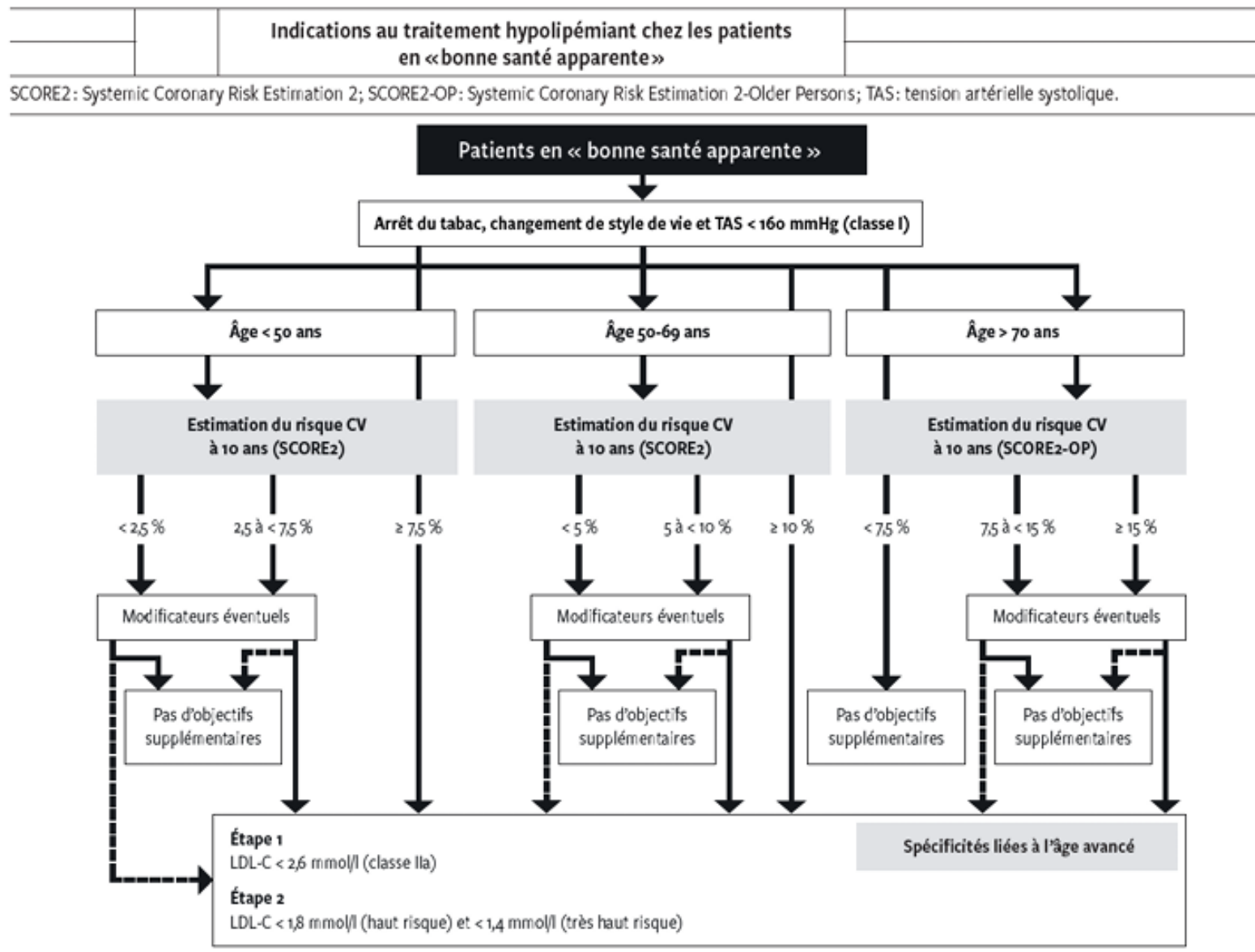
Evolution of the resource consumption (ICU days) in Switzerland over the next 50 years,







ALGORITHME D'INDICATIONS AU TRAITEMENT



Définition du bien vieillir

**Decade  of Healthy Ageing
2020-2030**

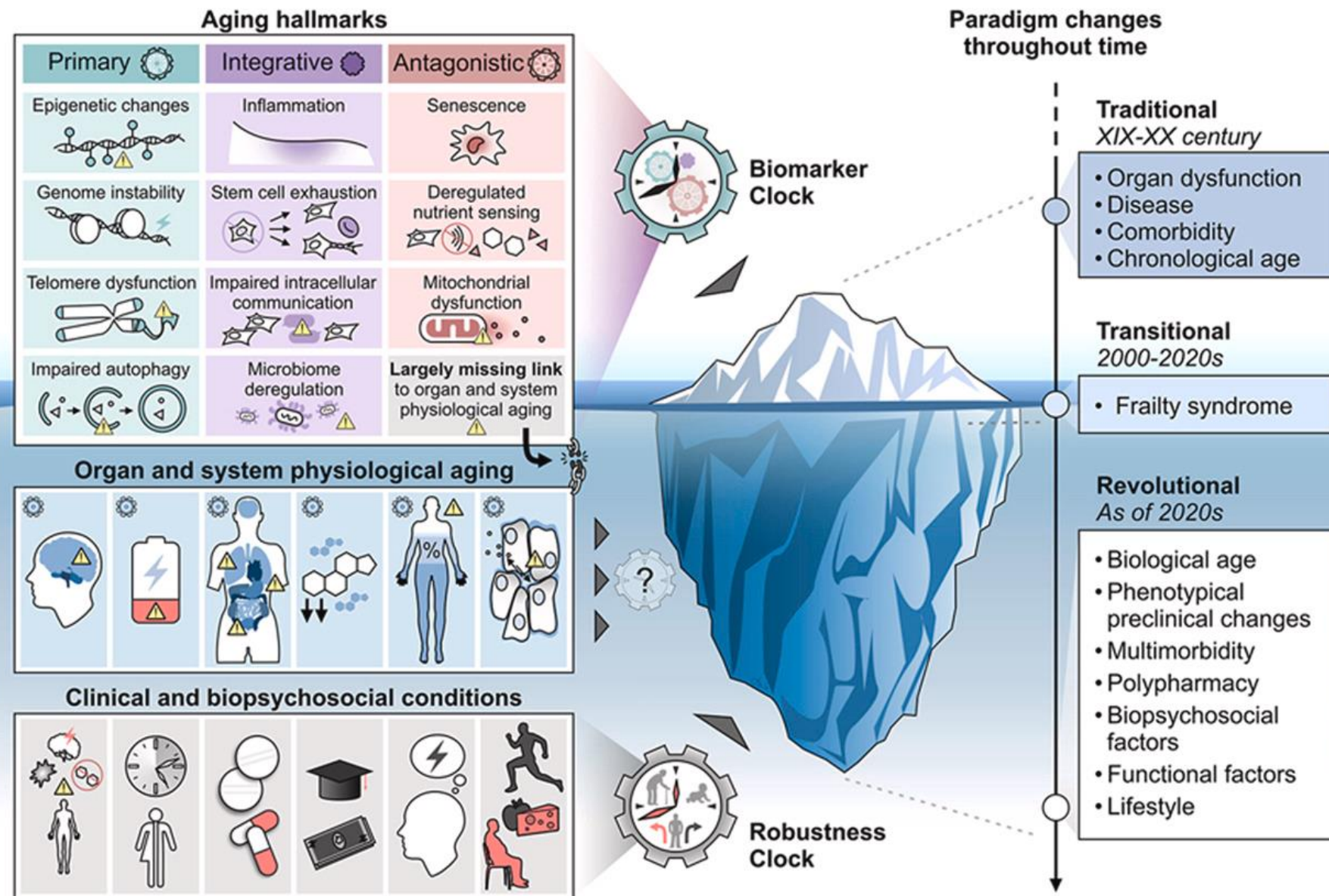
Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030

Encadré 2. Vieillissement en bonne santé.

Le vieillissement en bonne santé est le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être. Les aptitudes fonctionnelles d'un individu sont déterminées par ses capacités intrinsèques (c'est-à-dire l'ensemble de ses capacités physiques et mentales), les environnements dans lesquels il évolue (pris au sens le plus large et incluant les environnements physique, social et politique) et ses interactions avec ceux-ci.

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, OMS (6)

Cracking the code of complexity trajectories



Médecine de la longévité

Vise à prolonger la vie en bonne santé, «immortalisation»

Génétique

Epigénétique

Lutte contre inflammation lente, stress oxydatif

Micro-nutrition

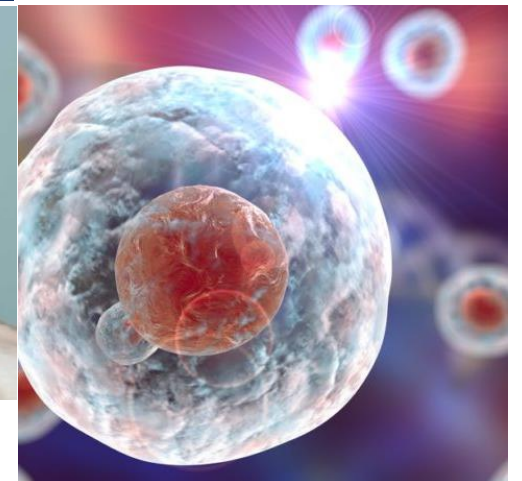
Monitoring

Carence hormonale (andropause, ménopause)

Recherche cellules souches, ttt expérimental

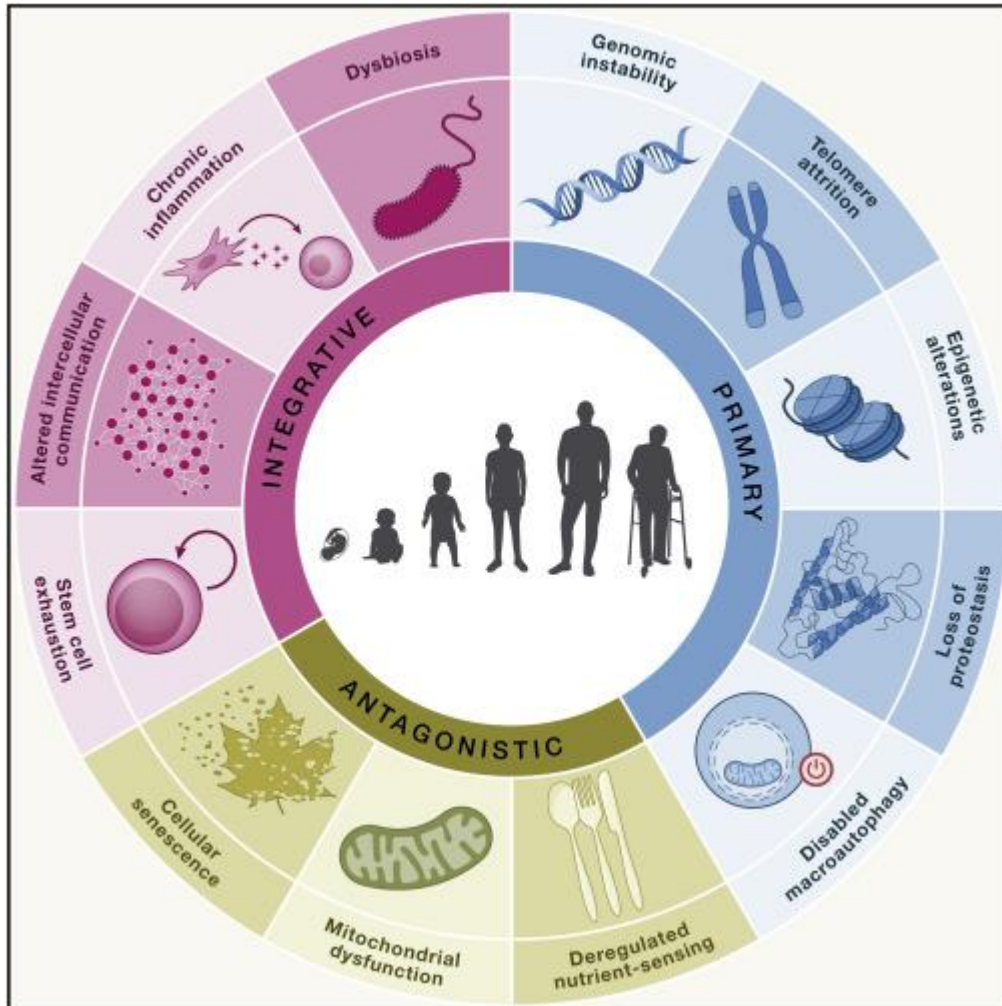
Implant

Médecine esthétique



Vieillessement cellulaire

- Lopez-Otin et al. 2013. *The hallmarks of aging. Cell* 153(6): 1194-1217



La longueur des télomères est le prédicteur biologique de l'âge le mieux étudié, mais de nombreux nouveaux prédicteurs apparaissent.

Smarter medicine

Nos objectifs

- Sensibiliser et développer les compétences des patients et patientes
- Ouvrir un débat public sur les traitements médicaux excessifs ou inappropriés
- Promouvoir en Suisse la recherche sur les traitements médicaux excessifs ou inappropriés
- Impliquer d'autres professions de la santé
- Intégrer les traitements médicaux excessifs ou inappropriés à la formation initiale/pré-graduée et continue/postgrade
- Inciter les sociétés de discipline médicale et les organisations professionnelles à établir des listes Top 5

Smarter medicine

Liste Top 5 > Médecine Interne Générale ambulatoire (2021)

Médecine Interne Générale Ambulatoire



La Société Suisse de Médecine Interne Générale émet les
cinq recommandations suivantes pour la médecine
ambulatoire:

1) Pas de dépistage ni de nouvelle prise en charge des dyslipidémies pour les personnes de plus de 75 ans en prévention primaire.

En raison de leur bénéfice probablement faible et des effets secondaires possibles, la SSMIG recommande de renoncer à commencer un traitement aux statines et donc à mesurer les lipides dans le sang pour les seniors de plus de 75 ans sans maladies cardio-vasculaires.

Pour les personnes de plus de 75 ans sans antécédents cardiovasculaires, on ne sait pas si un traitement aux statines réducteur des lipides venant d'être commencé empêche les événements cardiovasculaires ou le décès. En conséquence, on peut renoncer à mesurer les lipides pour ce groupe de patients.

Référence: Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration

Niveau d'évidence scientifique: Méta-analyse de 28 études cliniques randomisées



- c'est dans la population âgée que l'impact fonctionnel de ces maladies est le plus marqué et que surviennent près de 80% des événements et décès cardiovasculaires
- l'hypercholestérolémie est reconnue comme un facteur de risque majeur chez les personnes âgées et même très âgées (au-delà de 90 ans)

- **qu'aucun essai clinique majeur n'ait spécifiquement évalué leur impact sur la composition corporelle, la force et la fonction chez les ≥ 65 ans.** Les essais fondateurs (LEADER, SUSTAIN, STEP) incluaient peu de patients âgés fragiles, et aucun n'avait la masse musculaire ou la fonction physique comme critère de jugement principal.
- L'éditorial de Kakkar et al. ne dit pas qu'il faut éviter les GLP-1 chez la personne âgée — il dit qu'il faut les prescrire autrement, avec une évaluation gériatrique préalable et un accompagnement nutritionnel et physique structuré. C'est exactement la position que défend une approche gériatrique rigoureuse en Suisse.

Estimation du risque cardio-vasculaire à > 75 ans

Données d'ordre général

Age (en années) (40-89 ans)

 ans

PA systolique en mmHg (100-225 mmHg)

 mmHg

Sexe

☐ Homme ☐ Femme

Lipides sanguins

Cholestérol total (3-9 mmol/l)

 mmol/l

HDL (0.65-1.94 mmol/l)

 mmol/l

Autres données

Fumeur

☐ Oui ☐ Non

cardiology dans le European Heart Journal .

- SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. European Heart Journal, ehab309, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>
- SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. European Heart Journal, ehab312, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab312>

Principales recommandations sur les statines en prévention primaire chez les personnes âgées

Recommandations (année)	Scores utilisés	Statine recommandée quand les critères suivants sont remplis		
		≥ 65 ans	≥ 75 ans (^a ≥ 70 ans)	≥ 85 ans
NICE-UK (2014)	QRISK2 ou QRISK3	Risque ≥ 10% sur 10 ans ou diabète à haut risque (indépendamment de l'âge)		Considérer des statines à intensité modérée ²³
CCS (2016)	Framingham Risk Score ou CLEM	Risque ≥ 10% sur 10 ans	Score de risque pas bien validé et indications pour les statines pas bien définies	
USPSTF (2016)	ASCVD Risk Estimator (Plus)	Risque ≥ 10% sur 10 ans	Évidence insuffisante pour initier une statine après 76 ans	
AHA/ACC for Cholesterol (2018)	ASCVD Risk Estimator (Plus)	Risque ≥ 5% sur 10 ans ou LDL-C ≥ 4,9 mmol/l	Il peut être raisonnable d'arrêter les statines si un déclin fonctionnel, la multimorbidité, la fragilité ou l'espérance de vie réduite limitent leur potentiel bénéfice	
ACC/AHA for Primary Prevention of CVD (2019)	ASCVD Risk Estimator (Plus)	LDL-C ≥ 4,9 mmol/l, ou risque ≥ 7,5 % sur 10 ans	≥ 75 ans : discussion entre le médecin et le patient sur le possible bénéfice d'une thérapie préventive appropriée au groupe d'âge et dans le contexte des comorbidités et de l'espérance de vie	
GSLA Prévention de l'athérosclérose (2020)	Score de risque du GSLA	LDL-C ≥ 4,9 mmol/l ou risque >20% sur 10 ans et LDL-C ≥ 1,8 mmol/l	Score non applicable aux ≥ 75 ans (et validé seulement jusqu'à 65 ans) ; traitement de statine à envisager si présence d'au moins un risque élevé ^b (basé sur les recommandations sur les dyslipidémies de l'ESC 2019)	
ESC/EAS for CVD prevention (2021)	SCORE2 and SCORE2-OP	Risque ≥ 5% sur 10 ans et LDL-C ≥ 1,8 mmol/l ou risque ≥ 10% sur 10 ans et LDL-C ≥ 1,4 mmol/l ^a	^a L'initiation d'un traitement de statine peut être considérée pour les patients à haut risque, soit ceux avec un SCORE2-OP ≥ 7,5% ; ^b il est recommandé de prendre en compte d'autres facteurs tels que les modificateurs de risque, la fragilité, l'effet bénéfique estimé sur l'espérance de vie, les comorbidités et les préférences du patient	

Bétrisey, S., et al. Faut-il traiter les dyslipidémies chez les personnes âgées et très âgées ? . Rev Med Suisse. 2022; 18 (772): 414–421.



“Statin therapy has been shown to reduce major vascular events and” vascular mortality in a wide range of individuals, but there is uncertainty about its efficacy and safety among older people.

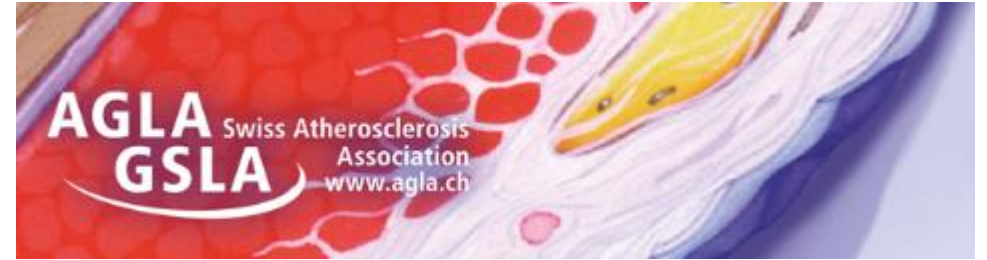


14,483 subjects > 75 years old (8% of 186,854 participants in 28 meta-analysis trials) (little information on their estimated biological age, life expectancy and functional independence)



Statin therapy produces significant reductions in major vascular events irrespective of age, but there is less direct evidence of benefit among patients older than 75 years who do not already have evidence of occlusive vascular disease.

Autre position..



- Le GSLA estime que cette recommandation est trop stricte, notamment à cause des limites de la méta-analyse de la CTTC. Dans l'état actuel des données, le GSLA ne partage pas la recommandation de cesser par principe les mesures du bilan lipidique et l'instauration de nouveaux traitements des dyslipidémies en prévention primaire au-delà de 75 ans.

Vieillissement démographique

Switzerland

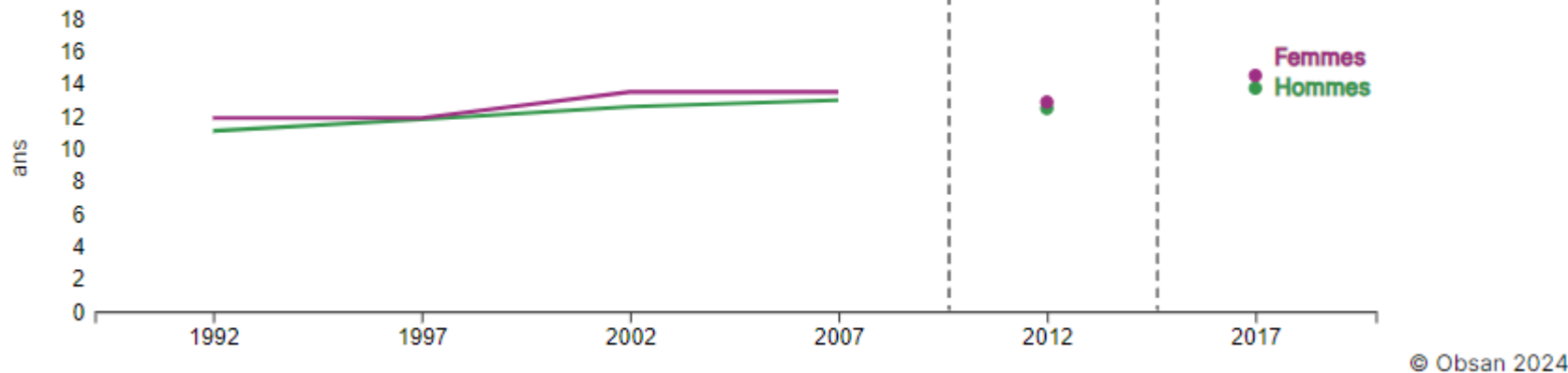
Original article

[Vol. 153 No. 2 \(2023\)](#)

Trends in the disability-free life expectancy in Switzerland over a 10-year period: an analysis of survey-based data

Laurence Seematter-Bagnoud, Giulia Belloni, Jonathan Zufferey, Sonia Pellegrini, Christophe Bula, Isabelle Peytremann-Bridevaux

healthy life expectancy at 65 years



Women 14.5 years
Men 13.7 years

