

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

28 octobre 2026

981

GÉRIATRIE

LA SUISSE FORME-T-ELLE SUFFISAMMENT DE GÉRIATRES?

Diabète de type 2 en gériatrie

Voie sous-cutanée en gériatrie

Unité de soins gériatriques et
psychiatriques intégrés

Insomnie chronique chez la personne
âgée

Apnées du sommeil chez les aînés

Placement à des fins d'assistance:
droits des patients

Du SOPK au SMOP: un syndrome
multifactoriel

Volume 22, 1737-1780

ISSN 1660-9379 (Imprimé)

ISSN 3042-6782 (En ligne)

M. H.
MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS



smsr

Société médicale
de la Suisse romande

ASSISES DE LA MÉDECINE ROMANDE #9

BEAULIEU – LAUSANNE

26 NOVEMBRE 2026

9H00 – 17H30

4 CRÉDITS SSMIG

6 CRÉDITS SFGG / SPSG

5 CRÉDITS DE FORMATION MÉDICALE

CONTINUE ÉLARGIE PAR LA SVM

50 POINTS FPH PHARMACIE D'OFFICINE

**50 POINTS FPH PHARMACIE HOSPITALIÈRE ET
PHARMACIE CLINIQUE**

Au programme en 2026 :

- Médecine de premier recours
- Updates
- Cours d'ultrasonographie ciblée
- Atelier interprofessionnel
- Symposium romand des soins infirmiers
- Symposium romand de pharmacie



**REVUE
MÉDICALE
SUISSE**

WWW.ASSISESMED.CH



GÉRIATRIE

- 1739 ÉDITORIAL** La Suisse forme-t-elle suffisamment de gériatres? *T. Kemicha, D. Zekry, P. D'Amelio et C. Graf*
- 1742** Prise en charge du diabète de type 2 en gériatrie: un équilibre délicat. *E. Galantay, L. Ducor, K. Di Silvestro, F. R. Jornayvaz et D. Zekry*
- 1749** Recourir à la voie sous-cutanée en gériatrie: état des lieux et recommandations. *C. Perriard, X. Ançay, M. Jean, C. Socasau et D. Moro*
- 1754** Unité de soins gériatriques et psychiatriques intégrés: retour d'expérience. *S. Périvier, C. Mouzon, F. Viaules, D. Caharel, J. Kizlik, J. Fredouille et C. Graf*
- 1760** Insomnie chronique chez la personne âgée: entre innovation et prudence. *C. Touffic, A. Malliou et G. Solelhac*
- 1765** Apnées du sommeil chez les aînés: faut-il toujours les traiter? *A. Ghidossi, N. A. Marchi, R. Heinzer et K. Major*
- 1741** Résumés des articles

DROIT ET MÉDECINE

- 1770** Droits des patients avec et sans placement à des fins d'assistance. *B. Lavigne, C. Jantzi, G. Klein, S. Morandi, P. Delacrausaz et G. Yersin*

PERSPECTIVES

- 1775** Du SOPK au SMOP: rouages d'un syndrome multifactoriel. *N. Anastasi, C. Beinier, M. T. Guiakora, E. Kalic, C. Leroy, A. Bourbon et J. Perrin*

ACTUALITÉ

- 1777** **Actu.** Sans transparence, pas de confiance. Qu'en est-il de la peste en Russie? *P. Vetter, A. Riat et K. M. Schmidt*
- 1778** **Lu pour vous.** L'insomnie, un marqueur précoce de maladies psychiatriques? *K. Ilazi*
- 1778** **Carte blanche.** C comme Corps médical, Contre-attitudes et autres Curiosités. *B. Giller*
- 1779** **Zoom.** Clopidogrel vs aspirine: un nouveau standard après implantation d'un stent? *R. de La Harpe*

CORTEX

- 1780** Parler de la mort ne tue pas. *M. Dominicé Dao*

Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Gravière 16 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

ÉDITION

Médecine et Hygiène, société coopérative;
www.medhyg.ch
Président du Conseil d'administration:
Dr Bertrand Kiefer
Directeur: Michael Balavoine
Directrice adjointe: Marion Favier

RÉDACTION

Rédacteurs-trices en chef: Pre Carole Clair (Unisanté), Dre Melissa Dominicé Dao (HUG), Dre Sanae Mazouri (Centre Médical Terre-Bonne), Pr Omar Kherad (Hôpital de la Tour) et Pr Nicolas Senn (Unisanté)

Rédacteur-trice en chef adjoint-e:

Dre Cécile Fasel et Dr Pierre-Alain Plan
Secrétaires de rédaction: Chantal Lavanchy (resp.) et Joanna Szymanski
E-mail: redaction@revmed.ch
Publicité: Michaela Kirschner (resp.)
Tél. 022 702 93 41 – E-mail: pub@medhyg.ch
Responsable web: Marion Favier
E-mail: webmaster@revmed.ch
Préresse: Frédéric Michiels
Impression: AVD Goldach AG

ABONNEMENTS RMS

Tél.: 022 702 93 11

E-mail: abonnement@revmed.ch

Suisse: Papier + numérique: CHF 270.-
100% numérique: CHF 180.-; Étudiants:
100% numérique (sur justificatif): CHF 90.-;
Mensuel 100% numérique: CHF 18.-;
Étranger: Papier + numérique: 300 €
100% numérique: 160 €; Étudiant: 100%
numérique (sur justificatif): 85 €; Mensuel
100% numérique: 18 €
Institutions: Contactez
marketing@medhyg.ch ou appelez
le +41 22 702 93 41 afin d'obtenir une offre
sur mesure.
Organe officiel de la Société médicale

de la Suisse romande (www.smsr.ch)
Revue officielle de la Société suisse de médecine interne générale
La Revue Médicale Suisse bénéficie d'un soutien de la FMH (Fédération des médecins suisses)

Indexée dans:

- MEDLINE/PubMed
- EMBASE/Excerpta Medica
- EMCare
- Scopus

Médecine et Hygiène édite aussi le site de santé grand public: www.planetesante.ch

Ulf Schroeter

288 pages

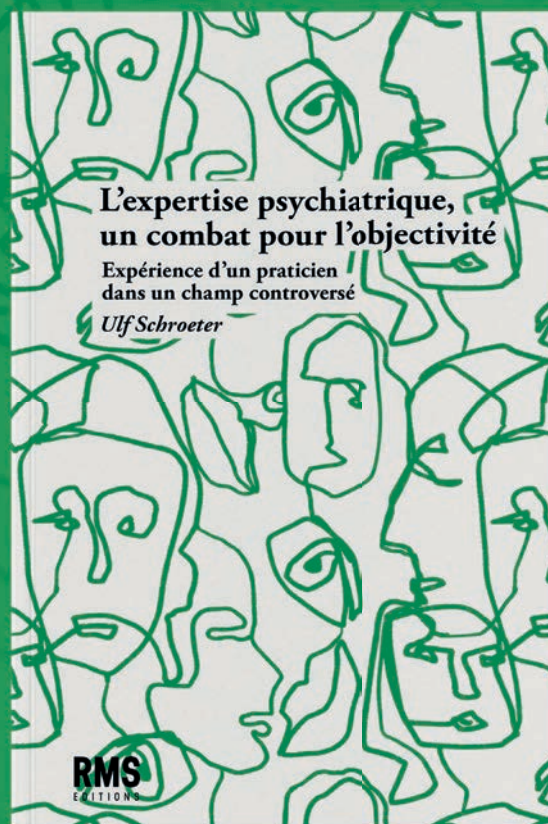
Format : 13 x 20 cm

Prix : CHF 29.- / 29€

ISBN : 9782880495893

© 2026

RMS
EDITIONS



L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, UN COMBAT POUR L'OBJECTIVITÉ EXPÉRIENCE D'UN PRATICIEN DANS UN CHAMP CONTROVERSÉ

De nombreuses personnes ignorent l'étendue du champ des expertises psychiatriques. Leur image générale est influencée par les médias, les récits de procès pénaux à grande résonance, des cas d'appréciation conflictuelle de rente ou les divulgations sur les «réseaux sociaux». Les situations à expertiser n'ont cessé de se complexifier, les exigences juridiques ont augmenté et les critères d'analyse se sont différenciés de plus en plus, ce qui a nécessité des formations complémentaires, des interventions, des participations à des cercles de qualité, des certifications. Plus les experts ont avancé dans ce processus, plus ils ont été confrontés non seulement à l'appréciation et la reconnaissance de leurs analyses, mais aussi à la critique et à des contestations provenant aussi bien des personnes expertisées et de leurs proches que des avocats ou d'organismes de défense de patients, des médecins et des réseaux de soins. De ces expériences est née l'idée d'une «explication plus généralisée» de l'expertise psychiatrique sous forme du présent ouvrage.

COMMANDE



BOUTIQUE.REVMED.CH

Je commande:

___ex. de L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, UN COMBAT POUR
L'OBJECTIVITÉ

CHF 29.-/29 €

Frais de port: 3.- pour la Suisse (offerts dès 30.- d'achat);
autres pays: 5 €

En ligne: www.revmed.ch/livres
e-mail: commande@medhyg.ch
ou retourner ce coupon à:
RMS Editions | Médecine & Hygiène
CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre librairie.

Timbre/Nom et adresse

.....
.....

Date et signature

Je désire une facture ☐



Articles publiés
sous la direction de

PATRIZIA D'AMELIO

Service de gériatrie
et réadaptation
gériatrique
Département de
médecine
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

CHRISTOPHE GRAF

Service de gériatrie
et de réadaptation
Département de
réadaptation et
gériatrie
Hôpitaux
universitaires de
Genève

La Suisse forme-t-elle suffisamment de gériatres?

Dr TIJANI KEMICHA, Pre DINA ZEKRY, Pre PATRIZIA D'AMELIO et Pr CHRISTOPHE GRAF

Rev Med Suisse 2026; 22: 1739-40 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.981.49170

Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse prédisent d'ici 2050, un doublement des personnes âgées de plus de 65 ans et plus particulièrement des plus de 80 ans, ces derniers représenteront près de 10% de la population.¹ Selon les statistiques médicales de la FMH en 2024,² la Suisse compte 320 médecins ayant effectué une formation approfondie de gériatrie. Ceci représente 3% des 8962 médecins exerçant en Suisse avec une discipline principale de médecine interne générale (préalable obligatoire pour la formation approfondie de gériatrie). Pourtant, la densité de gériatres en Suisse est dans la moyenne européenne avec une médiane de 1 gériatre pour 1500 personnes âgées de plus de 80 ans respectivement de 1 pour 450 en Autriche et 1 pour 5000 en Lituanie.³ Est-ce suffisant pour faire face au vieillissement rapide de la population?

De prime à abord, la réponse est non. Toutefois, il faudrait estimer le nombre de gériatres nécessaire en Suisse. La société américaine de gériatrie estime que du fait de leur profil fragile, 30% des personnes de plus de 65 ans auront besoin d'être prises en charge par un gériatre et que chaque gériatre peut prendre en charge jusqu'à 700 patients par an.⁴ Au Canada, pour évaluer les besoins actuels et futurs de la population de spécialistes, le ratio cible de 1,25 gériatres pour 10 000 habitants âgés de 65 ans est proposé.⁵ En appliquant ce dernier ratio et la projection démographique en Suisse à l'horizon 2050, on obtiendrait une estimation indicative (vu la différence des systèmes de santé) du besoin à environ 340 gériatres.

Ce besoin serait ainsi couvert par la trentaine de gériatres formés chaque année d'après la

Société professionnelle suisse de gériatrie (SPSG) qui compte environ 400 médecins actifs ou intéressés dans le domaine de la gériatrie.⁶ Par ailleurs, il n'existe pas de statistiques concernant les médecins étrangers avec une compétence en gériatrie exerçant en Suisse, représentant une force vive dans un système de soins qui fait face au vieillissement du corps médical. En effet, l'âge moyen des médecins en Suisse est de 50 ans et près d'un tiers des gériatres en exercice ont dépassé l'âge de 60 ans. Continuer à assurer leur relève est un défi et un enjeu majeur pour anticiper les besoins futurs.

Pour répondre aux besoins croissants d'une population âgée, polymorbide et complexe, les soins en gériatrie tendent de plus en plus à se spécialiser en programmes spécifiques ou en modèles d'intégration de l'expertise gériatrique dans les filières spécialisées comme pour l'inféctiologie/cardiologie/orthopédie/oncologie gériatrie. En plus d'une approche multidisciplinaire et interprofessionnelle, cette spécialisation implique également un accès adapté à un plateau technique performant. À l'hôpital, toutes les personnes âgées de plus de 80 ans ne sont de facto pas hospitalisées dans les unités de gériatrie (aiguë ou réadaptation) qui ne représentent que 15% de la capacité hospitalière stationnaire totale en Suisse.⁷ Les services de gériatrie seront donc amenés de plus en plus à prendre en charge les patients qui ont le plus besoin d'une expertise gériatrique qui ne se définit pas par un seuil d'âge, mais par la fragilité et la complexité clinique, fonctionnelle, cognitive et psychosociale. Le rôle du gériatre est primordial dans la prise en compte de la fragilité et la détection précoce des syndromes gériatriques chez les patients âgés pris en soins dans les

**LES PATIENTS
ONT BESOIN
D'UNE EXPERTISE
GÉRIATRIQUE QUI
NE SE DÉFINIT
PAS PAR UN SEUIL
D'ÂGE**

Cosignataires de
l'éditorial

TIJANI KEMICHA

Service de médecine
interne et
réadaptation
Loëx-Joli-Mont
Département de
réadaptation et
gériatrie
Hôpitaux
Universitaires de
Genève

DINA ZEKRY

Service de médecine
interne de l'âge
Département de
réadaptation et
gériatrie
Hôpitaux
universitaires de
Genève

services non spécialisés. Il existe des modèles transversaux de collaboration et de co-management interdisciplinaire comme pour l'orthopédie gériatrique ou de consultations gériatriques spécialisées intrahospitalières ou ambulatoires. Ces modèles ont démontré leurs avantages cliniques et médicoéconomiques et devront être renforcés à l'avenir plutôt que le développement de sous-spécialités cloisonnées.⁸

Le réseau ambulatoire et les soins de longue durée sont d'ores et déjà mis fortement sous tension pour répondre aux besoins d'accompagnement de la population âgée grandissante. Les médecins de premier recours sont de plus en plus sensibilisés à la fragilité et à la prise en charge des patients âgés, polymorbides et complexes. Ils constituent le pivot essentiel pour la prise en soins de ces patients et la coordination, ce qui favorise le maintien à domicile. Pour appuyer cette mission, chaque canton déploie ses propres modèles de structures gériatriques et réseaux de soins allant de l'évaluation médicale mobile aux consultations à domicile ou en ambulatoire. La coordination des soins et le développement de nouveaux modèles comme l'hospitalisation à domicile seront primordiaux pour réduire les complications et événements indésirables liés aux hospitalisations conventionnelles tout en contribuant à faire face à la pression croissante exercée sur le système de santé.

Vu ce qui précède, l'intégration d'objectifs d'apprentissage spécifiques à la gériatrie dans la formation prégraduée est devenue un enjeu majeur. Masud et coll. prônent une diffusion verticale de la gériatrie dans le

cursus lors de plusieurs cours précliniques et cliniques, plutôt que d'être cantonnée à un seul cours spécifique. Ainsi, l'enseignement est renforcé par une exposition répétée et les principes fondamentaux des soins aux personnes âgées sont intégrés à un apprentissage plus global.⁹ Comme recommandé par l'UEMS/EuGMS (European Union of Medical Specialists/European Geriatric Medicine Society), plusieurs programmes de restructuration et mise à jour des exigences minimales en matière de connaissances, de compétences et d'attitudes relatives aux soins des personnes âgées sont menés dans plusieurs facultés dans le monde, y compris en Suisse. Cette diffusion des compétences en gériatrie concerne aussi le continuum de la formation postgraduée, en particulier en médecine interne générale, et la formation continue pour tous les médecins amenés à prendre en charge des patients âgés.

LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX MODÈLES COMME L'HOSPITALISATION À DOMICILE EST PRIMORDIAL

Le vieillissement de la population et ses enjeux sont déjà une réalité. La réponse à ce défi va bien au-delà du nombre de gériatres que la Suisse devra former dans les prochaines décennies, mais plutôt à définir quelle expertise gériatrique est nécessaire, pour quels patients et dans quels modèles de soins. Dans un système où ni les cantons ni la Confédération n'ont la pleine responsabilité du système de santé,¹⁰ les gériatres ont l'opportunité et la responsabilité historique d'assumer leur rôle de coordinateur entre les différents acteurs médicaux, sociaux, politiques et économiques.

1 Office fédéral de la statistique (OFS) (2025). Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2025-2055. Neuchâtel

2 www.fmh.ch/fr/themes/statistique-medicale/statistique-medicale-fmh.cfm

3 Pitkälä KH, et al. Status of Geriatrics in 22 Countries. J Nutr Health Aging. 2018;22(5):627-31

4 www.americangeriatrics.org/sites/default/files/inline-files/Projected-Future-Need-for-Geriatricians

5 Basu M, Cooper T, Kay K, et al. Updated Inventory and Projected Requirements for Specialist Physicians in Geriatrics. Can Geriatr J. 2021 Sep 1;24(3):200-08

6 www.sfgg.ch/fr/de-la-spsg-portrait/

7 www.bfs.admin.ch/bfs/en/home.assetdetail.36296456.html

8 Stuck AE, Masud T. Health care for older adults in Europe: how has it evolved and what are the challenges? Age Ageing. 2022 Dec 5;51(12):afac287

9 Masud T, Ogliari G, Lunt E, et al. A scoping review of the changing landscape of geriatric medicine in undergraduate medical education: curricula, topics and teaching methods. Eur Geriatr Med. 2022;13(3):513-28

10 Monod S, et al. Ni les cantons ni la Confédération n'ont la pleine responsabilité du système de santé. Rev Med Suisse. 2024;20(860):322-3.

Résumés

Rev Med Suisse 2026; 22: 1765-9

Apnées du sommeil chez les aînés: faut-il toujours les traiter?

A. Ghidossi, N. A. Marchi, R. Heinzer et K. Major

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) touche plus de 50% des personnes après 65 ans, mais reste souvent sous-diagnostiqué en raison d'une présentation atypique: les symptômes classiques (ronflements, somnolence diurne) sont moins marqués, tandis que l'insomnie est plus fréquente. Chez la personne âgée, la décision de traiter par CPAP doit reposer sur les symptômes, la qualité de vie et une évaluation gériatrique multidimensionnelle (fragilité, cognition, autonomie, préférences du patient) plutôt que sur la seule sévérité du SAOS, car ce traitement améliore principalement les symptômes et la qualité de vie, tandis que ses bénéfices cardiovasculaires et son impact sur la mortalité restent incertains.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1760-4

Insomnie chronique chez la personne âgée: entre innovation et prudence

C. Touffic, A. Malliou et G. Soleilhac

L'insomnie chronique est un problème de santé publique majeur, en raison de ses conséquences sur la qualité de vie, la cognition, le risque de chute et la morbidité. Sa prévalence augmente avec l'âge. La thérapie cognitivocomportementale de l'insomnie reste le traitement de première ligne recommandé par les sociétés savantes, mais est très peu accessible (seulement 1% en Suisse). Le traitement pharmacologique reste de deuxième intention. La mélatonine à libération prolongée et le daridorexant (double antagoniste des récepteurs de l'orexine) sont des options envisageables pour un traitement de longue durée.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1754-8

Unité de soins gériatriques et psychiatriques intégrés: retour d'expérience

S. Périer, C. Mouzon, F. Viaules, D. Caharel, J. Kizlik, J. Fredouille et C. Graf

Les pathologies somatiques du sujet âgé s'accompagnent fréquemment d'une comorbidité dépressive. Syndrome gériatrique à part entière, la dépression altère la fonctionnalité, complique la prise en charge des décompensations somatiques aiguës et freine la réadaptation, augmentant le risque d'institutionnalisation et de mortalité. Les services de liaison s'avèrent parfois insuffisants face aux situations les plus complexes, justifiant le développement d'unités intégrées gériatriques et psychiatriques, encore rares en Suisse. À partir de l'expérience d'une unité genevoise et du bilan de ses trois dernières années d'activité, cet article décrit les conditions organisationnelles d'une prise en charge conjointe et les éléments transposables à d'autres centres.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1742-8

Prise en charge du diabète de type 2 en gériatrie: un équilibre délicat

E. Galantay, L. Ducor, K. Di Silvestro, F. R. Jornayvaz et D. Zekry

Le diabète de type 2 est une pathologie fréquemment rencontrée en gériatrie. Sa prise en charge est complexifiée par les comorbidités et l'hétérogénéité de l'état de santé des patients, ainsi que par leur sensibilité aux effets secondaires des traitements utilisés. Les complications aiguës du diabète et leurs symptômes doivent être contrôlés, tout en évitant une iatrogénie, en particulier les hypoglycémies. La stratégie thérapeutique et les objectifs du traitement doivent être individualisés et régulièrement réévalués.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1749-53

Recourir à la voie sous-cutanée en gériatrie: état des lieux et recommandations

C. Perriard, X. Ançay, M. Jean, C. Socasau et D. Moro

Plusieurs médicaments ne disposent d'une autorisation de mise sur le marché que pour une administration par voie intraveineuse. Toutefois, certains peuvent également être administrés par voie sous-cutanée dans des situations cliniques particulières, notamment chez les patients présentant un accès veineux difficile ou quand le maintien d'une voie veineuse est inadapté. Fréquemment utilisée en gériatrie et en soins palliatifs, la voie sous-cutanée constitue une option simple, peu invasive et généralement bien tolérée. En l'absence d'enregistrement officiel, son utilisation relève de la responsabilité du médecin prescripteur, qui doit s'appuyer sur les données scientifiques disponibles, évaluer le rapport bénéfice-risque pour chaque patient et assurer une surveillance clinique appropriée.

Prise en charge du diabète de type 2 en gériatrie: un équilibre délicat

Dre ELISABETH GALANTAY,^{a,*} Dre LEANA DUCOR,^{a,*} Dre KATHARINE DI SILVESTRO,^a
Pr FRANÇOIS R. JORNAYVAZ^b et Pre DINA ZEKRY^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1742-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.981.49131

Le diabète de type 2 est une pathologie fréquemment rencontrée en gériatrie. Sa prise en charge est complexifiée par les comorbidités et l'hétérogénéité de l'état de santé des patients, ainsi que par leur sensibilité aux effets secondaires des traitements utilisés. Les complications aiguës du diabète et leurs symptômes doivent être contrôlés, tout en évitant une iatrogénie, en particulier les hypoglycémies. La stratégie thérapeutique et les objectifs du traitement doivent être individualisés et régulièrement réévalués.

Management of type 2 diabetes in older adults: a subtle balance

Type 2 diabetes is a common condition among geriatric patients. Its management is complicated by comorbidities and the heterogeneity of these patients' health status, as well as by their sensitivity to the side effects of the treatments used. Acute complications of diabetes and their symptoms must be managed while avoiding iatrogenic complications, particularly hypoglycemia. Therapeutic strategies and treatment goals must be individualised and regularly reassessed.

INTRODUCTION

Le diabète de type 2 (DT2) est une maladie prévalente chez le sujet âgé, touchant jusqu'à 14,8% de la population suisse de 75 ans et plus.¹ Son traitement est un défi pour les soignants, qui doivent tenir compte des nombreuses comorbidités de ces patients, de l'hétérogénéité de leurs états fonctionnels et cognitifs ainsi que des effets indésirables (EI) potentiellement graves des traitements antidiabétiques. Il est essentiel de personnaliser les objectifs du contrôle glycémique et d'identifier les stratégies thérapeutiques adaptées à chaque patient.

La balance bénéfice-risque des traitements antidiabétiques doit être précisément évaluée avec comme priorité, d'éviter les complications aiguës du DT2 sans entraîner d'effets iatrogènes tels que l'hypoglycémie. La prévention des complications micro et macrovasculaires devient moins prioritaire, ce qui permet d'assouplir le contrôle glycémique dans cette population.

Le DT2 est une maladie complexe, multi-organique, qui affecte le vieillissement, influence et/ou aggrave les syndromes gériatriques et affecte l'autonomie et la qualité de vie des patients.

VIGNETTE

Un patient de 78 ans, connu pour un DT2 devenu insulinoquérançant récemment à la suite d'un traitement de prednisone prescrit pour une infection au SARS-CoV-2, et connu pour des troubles neurocognitifs rendant l'adhésion thérapeutique difficile, est traité par insuline basale-bolus administrée lors de soins à domicile. Trois semaines après l'initiation du traitement, il est admis aux urgences pour une chute avec fracture du col fémoral. L'évaluation a révélé que la chute était survenue dans un contexte d'hypoglycémie sévère, non reconnue par le patient. Une alimentation irrégulière a été identifiée, malgré la présence de soins à domicile, entraînant à la fois des hypoglycémies et des hyperglycémies transitoires symptomatiques.

DIABÈTE DE TYPE 2 ET SYNDROMES GÉRIATRIQUES

Les personnes âgées diabétiques sont plus susceptibles de présenter des syndromes gériatriques que leurs homologues non diabétiques. Le DT2 est corrélé à une plus grande fragilité et dépendance fonctionnelle. L'évaluation gériatrique globale est essentielle pour établir une stratégie thérapeutique et adapter les objectifs de soin à chaque patient. Le **tableau 1** résume les tests de dépistage et scores utiles pour l'évaluation du patient diabétique gériatrique.

Les principaux syndromes gériatriques à considérer chez le patient diabétique sont explorés ci-dessous via des questions de dépistage ciblées.

Troubles neurocognitifs

Remarquez-vous des troubles de la mémoire qui affectent votre quotidien?

Le risque de démence augmente proportionnellement à la durée et au contrôle du DT2 et à la survenue d'hypoglycémies sévères. Les mécanismes impliqués sont l'atteinte microvasculaire et la résistance à l'insuline qui favorise l'accumulation de peptides bêta-amyloïdes. La démence compromet la gestion du traitement, augmentant le risque d'hypoglycémie. Le MoCA (Montreal Cognitive Assessment) et le MMSE (Mini

^aService de médecine interne de l'âge, Département de réadaptation et gériatrie, Hôpital des Trois-Chêne, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bService d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14

elisabeth.galantay@hug.ch | leana.ducor@hug.ch | katharine.disilvestro@hug.ch
francois.jornayvaz@hug.ch | dina.zekry@hug.ch

*Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

Pour une sensation de confort et bien-être sur la peau: Nos principes actifs sont déterminants.

ligne «sensitive» pour la peau sensible¹



TOUS LES MÉDICAMENTS ANTIDRY® SONT ADMIS AUX CAISSES



- Substances actives: acide lactique et huile d'amande douce** pour relipider et hydrater la peau.¹
- Efficacité confirmée** sur les peaux sèches et les démangeaisons, y compris la dermatite atopique.^{1,2}
- Traitement de fond conforme** aux lignes directrices grâce à un nettoyage en douceur et un soin protecteur.³



De Suisse. Pour la Suisse. Depuis 30 ans.

¹ voir www.swissmedinfo-pro.ch. 2. Simon D. et al., Short- and long-term effects of two emollients on itching and skin restoration in xerotic eczema. *Dermatologic Therapy*. 2018; e12692. <https://doi.org/10.1111/dth.12692>; 3. Ligne directrice de l'AWMF sur la dermatite atopique. [eczéma atopique; dermatite atopique], 53 (2023). Les références sont disponibles sur demande. **Information professionnelle abrégée: antidry lotion, antidry lotion sensitive:** C: 1 g de lotion contient: Lactate de sodium (S) 60,8 mg et 5-acide lactique 1,25 mg corresp. 5-acide lactique anhydre 50 mg, huile d'amande douce raff. 100 mg; Excipients: agent conservateur: phénoxyéthanol; antioxydant: E 320 (butylhydroxyanisole); substance aromatique et autres excipients. La lotion antidry lotion sensitive se distingue de la lotion antidry lotion uniquement en cela qu'elle ne contient pas de parfum. **I:** Soigne les peaux sèches. Traitement complémentaire de certaines dermatoses sèches. Traitement d'entretien après guérison d'une dermatose. **P:** Adultes: appliquer si besoin plusieurs fois par jour. Enfants et autres informations: voir la notice d'information destinée aux patients. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants. **PE:** Aucune. **IA:** Inconnue. **EI:** A ce jour aucun. **Pr:** antidry lotion, Flacons de 200 et 500 ml. **antidry lotion sensitive, Flacons de 200 et 500 ml. Catégorie du médicament:** D. 03.17/V05. **antidry calm, antidry calm sensitive:** C: 1 g de lotion contient: Natrii (S)-lactas 60,8 mg et acidum (s)-lacticum 1,25 mg corresp. acidum (s)-lacticum (sine aqua) 50,0 mg, 100 mg d'huile d'amande douce; 50 mg de macrogol 9 lauryléther (polidocanol 600). Excipients: agent conservateur: phénoxyéthanol; antioxydant: E 320 (butylhydroxyanisole); arômes et autres excipients. La lotion antidry calm sensitive se distingue de la lotion antidry calm uniquement en cela qu'elle ne contient pas de parfum. **I:** Soigne les peaux sensibles, sèches ou légèrement inflammées. Traitement de soutien en cas d'affections cutanées sèches ou prurigineuses comme l'eczéma chronique (neurodermite) et l'eczéma par dessèchement. Comme traitement externe, en alternance avec des médicaments hautement efficaces et selon la prescription médicale; **P:** Adultes: appliquer si besoin plusieurs fois par jour. Enfants et autres informations: consulter la notice d'information destinée aux patients. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants, érythrodermie aiguë et lors d'atteintes cutanées inflammatoires aiguës, suintantes et infectées. **PE:** Eviter tout contact avec les yeux et les muqueuses. **IA:** Inconnu. **G/A:** Uniquement après consultation d'un médecin, pharmacien ou droguiste. **EI:** Raretment des réactions d'hypersensibilité locale. **Pr:** antidry calm, Flacon de 200 et 500 ml et antidry calm sensitive, Flacon de 200 et 500 ml. **antidry wash, antidry wash sensitive:** C: 1 g d'antidry wash / antidry wash sensitive contient: 300 g d'huile de soja raffinée, 5 mg de racémate d'alpha-bisabolol, 379,5 mg d'huile de paraffine. Excipients: antidry wash contient: sulfate d'éther laurique de monoisopropanolamine, propylène glycol (E 1520), éther laurique de macrogol 3, diéthanolamide d'acide gras de coco, diéthylphthalate, carvacrol, parfum (contient entre autres du: 3-Méthyl-4-(2,6,6-triméthyl-2-cyclohexen-1-yl)-3-buten-2-one, alcool benzylque, cinnamal, cinnamyl alcohol, citral, citronellol, coumarine, eugénol, géraniol, d-limonène, linalool, éthanol, acide benzoïque). antidry wash sensitive contient: sulfate d'éther laurique de monoisopropanolamine, éther laurique de macrogol 3, citrate d'éther laurique de macrogol-7, carvacrol, diéthylphthalate, tocophérol, citrate de glycérides de palme hydrogéné, polyamide-8. antidry wash et wash sensitive ont pour différence qu'antidry wash contient un parfum. **I:** Nettoie et soigne les peaux normales, sèches, squameuses et âgées. Préviens les inflammations. Traitement complémentaire de certaines dermatoses comme l'eczéma squameux, le psoriasis et l'ichtyose. **P:** Adultes et enfants à partir de 2 ans: Quotidiennement et selon les besoins. Nourrissons et enfants de moins de 2 ans: sans consultation médicale préalable, son utilisation ne devrait pas dépasser trois semaines. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants. **PE:** antidry wash contient 13,5 mg de propylène glycol par g. Le propylène glycol peut causer une irritation cutanée. antidry wash contient un parfum qui peut provoquer des réactions allergiques. **IA:** Inconnu. **EI:** A ce jour aucun. **Pr:** antidry wash / antidry wash sensitive, Flacon de 200 ml et 500 ml. **antidry wash / antidry wash sensitive, Flacon de 200 ml et 500 ml. Catégorie du médicament:** D. 10.23 V06. L'information sur le médicament complète est publiée sur www.swissmedinfo-pro.ch. Merz Pharma (Suisse) SA, Hegenheimermattweg 57, 4123 Allschwil, Tel. 061/486 36 00

TABLEAU 1

Outils pour guider la prise en charge du patient âgé diabétique

IMC: indice de masse corporelle; LEAD: Life Expectancy Estimator for Older Adults with Diabetes; Mini-GDS: Mini-Geriatric Depression Scale; MMSE: Mini Mental State Examination; MNA: Mini Nutritional Assessment; MoCA: Montreal Cognitive Assessment; NRS: Nutritional Risk Screening.

Syndromes gériatriques	Outils de dépistage
Troubles neurocognitifs	Montreal Cognitive Assessment (MOCA), Mini Mental State Examination (MMSE) ²
Fragilité, dépendance fonctionnelle	Frailty index ²⁰
Dénutrition	Mini Nutritional Assessment (MNA), ⁵ Nutritional Risk Screening (NRS) ⁶
Dépression	Mini-Geriatric Depression Scale (mini-GDS) ⁹
Autres scores utiles	
Kaiser Hypoglycemia Model ²¹	Stratifie le risque d'hypoglycémie en% chez le patient diabétique selon 6 critères: <ul style="list-style-type: none"> • Insulinothérapie • Insuffisance rénale sévère ou terminale • Traitement par sulfonylurées • Âge ≥ 77 ans • Nombre de consultations aux urgences dans les 12 derniers mois • Nombre de consultations et/ou hospitalisations en lien avec un épisode d'hypoglycémie
Life Expectancy Estimator for Older Adults with Diabetes (LEAD) ¹²	Évalue l'espérance de vie des patients âgés diabétiques selon 11 variables: <ul style="list-style-type: none"> • Âge ≥ 65 ans • Comorbidités: <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance cardiaque - Démence - Cancer métastatique - Maladie vasculaire périphérique - IMC insuffisant - Protéinurie - Insuffisance rénale - Oxygénothérapie à domicile - Utilisation d'une chaise roulante - Tabagisme actif

Mental State Examination)² sont des outils de dépistage. Les objectifs thérapeutiques devraient être revus avec une simplification du traitement pour sécuriser la situation et éviter l'iatrogénie.

Troubles de la marche et de l'équilibre

Combien de fois avez-vous chuté au cours de la dernière année?

Le DT2 est un facteur prédictif majeur des chutes et fractures chez la personne âgée.³ Plusieurs complications y contribuent: polyneuropathie (proprioception altérée), dysautonomie (hypotension orthostatique, incontinence urinaire), pied diabétique, artériopathie et ulcères (douleurs), rétinopathie et sarcopénie. Une prise en charge multidisciplinaire est essentielle pour agir sur les capacités fonctionnelles et l'environnement, et vient en complément des dispositifs de sécurité à domicile (téléalarme, passages infirmiers).

Malnutrition et sarcopénie

Avez-vous perdu du poids involontairement ces derniers mois?

Le DT2 majore le risque de dénutrition et de sarcopénie du patient âgé, qui peut parfois présenter des difficultés pratiques (gestion des courses, préparation des repas), une

atteinte cognitive, une hypoguesie, des troubles de la déglutition ou des problèmes de dentition. L'inappétence, associée aux comorbidités plus nombreuses chez le patient diabétique,⁴ peut aussi être aggravée par la gastroparésie diabétique. Certains antidiabétiques (cf. tableau 2), ont une influence sur le poids, l'appétit et causent des symptômes digestifs qu'il faut identifier. La priorité doit être donnée au maintien de la force musculaire et des capacités fonctionnelles par une activité physique régulière et un apport protéique suffisant. Les scores MNA (Mini Nutritional Assessment)⁵ ou NRS (Nutritional Risk Screening)⁶ servent au dépistage.

Troubles sensoriels

Avez-vous des difficultés à voir? Avez-vous des difficultés à contrôler votre vessie?

Le DT2 induit des troubles sensoriels qui ont un impact fonctionnel important. La polyneuropathie altère la sensibilité et la proprioception. La rétinopathie entraîne une malvoyance voire une cécité, augmentant le risque de chute et de dépendance. La dysautonomie favorise l'incontinence urinaire et l'orthostatisme, contribuant au déclin fonctionnel. La déficience auditive est également plus prévalente dans la population diabétique. Ces troubles doivent être repérés et pris en charge en utilisant des moyens auxiliaires.

Polymédication

Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments? Souffrez-vous d'effets indésirables?

Les patients diabétiques polymorbides sont exposés à la polymédication (prise de 5 médicaments ou plus par jour, selon l'OMS).⁷ Certains traitements influencent l'équilibre du DT2, en provoquant des hyperglycémies (corticoïdes, quinolones) ou en favorisant les hypoglycémies (bêtabloquants). Il est important d'identifier les EI médicamenteux, fréquents chez le sujet âgé, et de réagir en conséquence.

Dépression

Au cours du dernier mois, vous êtes-vous senti triste, découragé ou irritable?

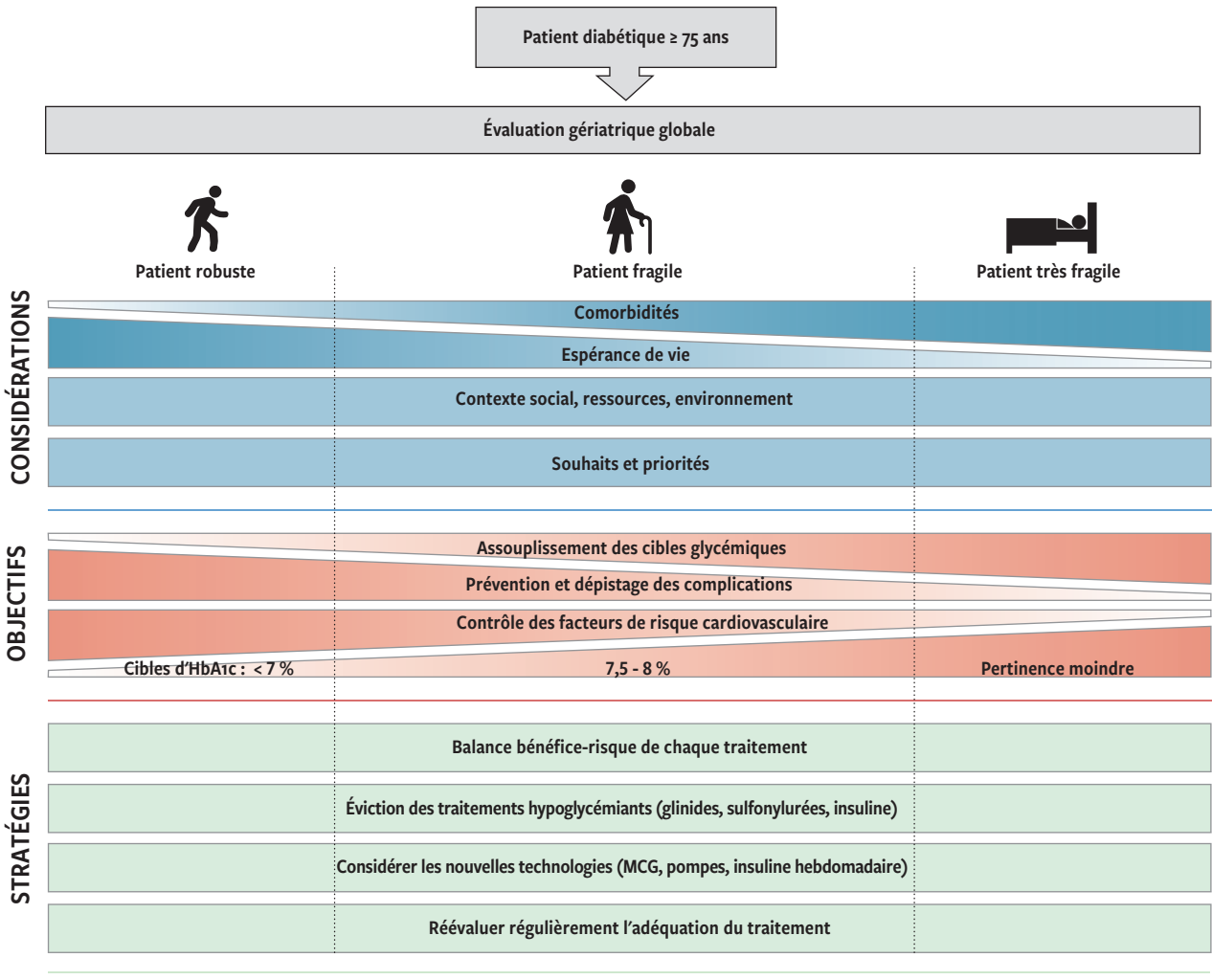
Les patients diabétiques sont plus sujets à la dépression, elle-même associée à une plus grande morbi-mortalité.⁸ Le score Mini-GDS (Mini-Geriatric Depression Scale)⁹ peut être utilisé pour la dépister.

OBJECTIFS ET CIBLES THÉRAPEUTIQUES

La population gériatrique présente une grande hétérogénéité en termes d'état de santé, de fonctions cognitives et de capacités fonctionnelles. Les objectifs du traitement anti-diabétique doivent être individualisés en tenant compte de l'état général, des comorbidités, de l'espérance de vie et de l'histoire du DT2 (**figure 1**). On distingue les patients présentant un DT2 ancien, souvent associé à des complications et à une polymorbidité, de ceux dont le diagnostic est plus récent. Parmi eux, certains ont un DT2 méconnu déjà compliqué, tandis que d'autres présentent un DT2 inaugural tardif, généralement moins compliqué. Les objectifs glycémiques dépendent de la durée et des complications du diabète, avec

FIG 1 Cibles glycémiques et objectifs thérapeutiques

MCG: mesure en continu du glucose; HbA1c: hémoglobine glyquée.



une approche plus permissive dans les formes anciennes et compliquées.

La revue des différentes recommandations (American Diabetes Association, Société francophone du diabète, Société suisse d'endocrinologie) permet de différencier trois catégories de patients gériatriques:

1. Les patients en bonne santé, dits robustes: peu comorbides, avec des fonctions cognitives intactes, une autonomie préservée et une espérance de vie satisfaisante, permettant des cibles thérapeutiques proches de celles du patient adulte non gériatrique avec une hémoglobine glyquée (HbA1c) cible < 7%.
2. Les patients fragiles: polymorbides avec une altération des fonctions cognitives et/ou une dépendance fonctionnelle. L'HbA1c cible est alors < 7,5-8%.
3. Les patients très fragiles: très polymorbides, souffrant de troubles neurocognitifs sévères et/ou de maladie terminale, leur traitement vise, avant tout, le contrôle des symptômes liés à l'hyperglycémie et la prévention des hypoglycémies iatrogènes. Aucune cible d'HbA1c n'est définie, bien qu'il

soit raisonnable de ne pas dépasser 8,5%, valeur au-delà de laquelle les patients entrent en état catabolique. Sa mesure perd d'ailleurs de sa pertinence en fin de vie, où les objectifs thérapeutiques sont axés sur le confort des patients.

Chez le sujet âgé, l'objectif du traitement est de prévenir les symptômes de l'hyperglycémie¹⁰ ainsi que les complications aiguës (hyperglycémie hyperosmolaire et acidocétose). L'hyperglycémie chronique favorise les infections, la déshydratation, l'incontinence urinaire, l'asthénie et altère la cicatrisation. Toutefois, un contrôle trop strict du DT2 augmente le risque d'hypoglycémie sans apporter de bénéfice chez la personne âgée.¹¹ La stratégie thérapeutique repose sur une évaluation du rapport bénéfice-risque de chaque traitement, avec, pour priorité, d'éviter l'hypoglycémie iatrogène.

L'estimation de l'espérance de vie est essentielle pour définir les objectifs thérapeutiques ainsi que pour dépister les complications du DT2. Le score LEAD (Life Expectancy Estimator for Older Adults with Diabetes)¹² peut aider à effectuer cette estimation (**tableau 1**). Les complications micro et

macrovasculaires du DT2 apparaissent souvent au-delà de l'espérance de vie des patients âgés, ce qui permet d'assouplir les cibles glycémiques. Leur dépistage et leur prise en charge restent tout de même importants, surtout en cas de DT2 ancien avec des complications impactant la qualité de vie et des syndromes gériatriques associés.

Le choix du traitement doit intégrer les priorités du patient, ses ressources, ses attentes, ainsi que l'impact sur sa qualité de vie et son autonomie. Le suivi du DT2 repose sur l'HbA_{1c}, le suivi glycémique, la survenue de complications et la tolérance au traitement.

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Les traitements hypoglycémisants doivent être évités chez le patient âgé. La metformine est le traitement de 1^{re} intention, en l'absence de contre-indications.¹³ Un inhibiteur du SGLT2 (Sodium Glucose Cotransporter 2) ou un analogue du GLP-1/GIP (Glucagon-like Peptide-1/Glucose-Dependent Insulinotropic Polypeptide) peut être ajouté en cas de contrôle glycémique insuffisant.¹⁴ Les inhibiteurs de la DPP4 (dipeptidyl-peptidase-4) sont une alternative qui présente un risque faible d'hypoglycémie, mais n'apporte pas de bénéfice cardiovasculaire ou rénal.

TABEAU 2 Antidiabétiques et considérations chez le patient âgé

ADO: antidiabétiques oraux; aGLP-1/aGIP: analogues du Glucagon-like Peptide-1/Glucose-Dependent Insulinotropic Polypeptide; AP: activité physique; CI: contre-indications; DFG: débit de filtration glomérulaire estimé; EI: effets indésirables; iDPP4: inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase-4; IMC: indice de masse corporelle; IR: insuffisance rénale; IRC: insuffisance rénale chronique; iSGLT2: inhibiteur du Sodium Glucose Cotransporter Type 2; MASLD: Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease; MCG: mesure en continu du glucose (Continuous Glucose Monitoring); SAOS: syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Classes	Considérations pour le patient gériatrique		
	Avantages	Inconvénients	Propositions chez le patient âgé
Metformine	<ul style="list-style-type: none"> Pas de risque hypoglycémiant 	<ul style="list-style-type: none"> Risque d'acidose lactique EI gastro-intestinaux fréquents Carence en vitamine B12 CI en cas d'IRC avec DFG ≤ 30; ne pas initier si DFG ≤ 45; adapter doses à l'IRC CI en cas d'insuffisance hépatique 	<ul style="list-style-type: none"> Suspendre le traitement en cas d'événement aigu / risque d'IR aiguë Majoration progressive pour éviter EI digestifs
iSGLT2	<ul style="list-style-type: none"> Bénéfice cardiovasculaire et rénal Risque d'hypoglycémie négligeable 	<ul style="list-style-type: none"> Acidocétose euglycémique en cas d'événement aigu/jeûne prolongé Effet diurétique (CAVE: incontinence urinaire) Infections fongiques génitales, infections urinaires Perte pondérale Prudence si IRC – initiation à évaluer selon albuminurie et comorbidités 	<ul style="list-style-type: none"> Bénéfice si athéromatose, maladie cardiaque ou rénale Interruption en cas de problématique somatique aiguë ou jeûne (CAVE: interventions chirurgicales)
aGLP-1/aGIP	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité Bénéfice cardiovasculaire, neurocognitif et rénal Perte pondérale bénéfique sur le SAOS, le MASLD et la gonarthrose Risque d'hypoglycémie minime 	<ul style="list-style-type: none"> Prescription uniquement si IMC ≥ 28 kg/m² Risque de sarcopénie et dénutrition si perte pondérale excessive EI digestifs fréquents Éviter si gastroparésie, constipation ou iléus récurrent Risque de pancréatite Données limitées chez les patients en IR terminale Injection sous cutanée 	<ul style="list-style-type: none"> Encourager l'AP et l'apport protéique pour minimiser la sarcopénie induite
Insuline	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité Pas de CI 	<ul style="list-style-type: none"> Risque d'hypoglycémie Plusieurs injections sous cutanées quotidiennes Effet prolongé en cas d'IR 	<ul style="list-style-type: none"> Simplification du schéma: privilégier l'insuline basale lente Éducation thérapeutique et/ou encadrement à domicile Considération des MCG, pompes à insuline et insuline hebdomadaire
iDPP4	<ul style="list-style-type: none"> Pas de risque d'hypoglycémie Peu d'EI Administration possible en cas d'IR sévère 	<ul style="list-style-type: none"> Peu efficace Pas d'effets sur les autres facteurs de risque cardiovasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Interrompt en cas d'introduction d'insuline
Glinides	<ul style="list-style-type: none"> Administration possible en cas d'IR sévère avec adaptation posologique 	<ul style="list-style-type: none"> Risque d'hypoglycémie Risque d'interactions médicamenteuses pharmacocinétiques 	<ul style="list-style-type: none"> À éviter chez la personne âgée Interrompt en cas d'introduction d'insuline
Sulfonylurées	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité Diminution des complications microvasculaires 	<ul style="list-style-type: none"> Risque d'hypoglycémie Risque d'interactions médicamenteuses Risque d'ostéopénie et de fractures 	<ul style="list-style-type: none"> À éviter chez la personne âgée Interrompt en cas d'introduction d'insuline
Thiazolidinediones	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'adaptation nécessaire à la fonction rénale 	<ul style="list-style-type: none"> Risque d'hypoglycémie en association avec d'autres ADO Risque d'insuffisance cardiaque Rétention hydrosodée Prise pondérale Risque d'ostéoporose CI en cas d'insuffisance hépatique modérée à sévère 	<ul style="list-style-type: none"> À éviter chez la personne âgée

TABLEAU 3

Hypoglycémie chez le patient âgé diabétique

Facteurs de risque pour l'hypoglycémie chez la personne âgée diabétique	Conséquences de l'hypoglycémie iatrogène chez la personne âgée
<ul style="list-style-type: none"> • Insulinothérapie ou traitement sécrétagogue d'insuline (sulfonylurées, glinides) • Dénutrition et alimentation irrégulière • Insuffisance rénale ou hépatique • Fragilité: atteinte neurocognitive, sensorielle ou motrice, contexte social • Consommation d'alcool • Épisodes d'hypoglycémie récents • Polymédication <ul style="list-style-type: none"> – Prise quotidienne ≥ 5 médicaments (selon définition de l'OMS⁷) – CAVE: bêtabloquants¹¹ (en particulier non cardiosélectifs): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Masquent les symptômes adrénergiques ◦ Effet métabolique direct prolongeant l'hypoglycémie ◦ Risque accru en association avec les sulfonylurées 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité augmentée • Risque cardiovasculaire augmenté • Déclin cognitif accéléré • Risque de chute et de fractures • Altération de la fonction cardiaque

L'indication de l'insulinothérapie au long cours doit être soigneusement évaluée au vu des contraintes d'administration et du risque élevé d'hypoglycémie. Un schéma simplifié est à privilégier. L'éducation thérapeutique du patient et de son soignant est indispensable, incluant un plan précis des doses, des horaires d'administration et la reconnaissance des symptômes d'hypoglycémie.

Les mesures non pharmacologiques telles qu'une alimentation équilibrée, riche en protéines, et la pratique régulière d'une activité physique sont recommandées chez la personne âgée, bien que difficiles à implémenter.

Le **tableau 2** résume les avantages et inconvénients des traitements disponibles et les considérations chez le sujet âgé.

HYPOGLYCÉMIE IATROGÈNE

L'hypoglycémie iatrogène est l'EI le plus redouté chez les patients âgés en raison de sa lourde morbi-mortalité.¹⁵ Les principaux antidiabétiques hypoglycémisants sont l'insuline, les sulfonylurées et les glinides. Un âge ≥ 75 ans est en lui-même un facteur de risque d'hypoglycémie,¹⁶ ainsi que l'alimentation irrégulière, la polymédication, et l'insuffisance rénale chronique (**tableau 3**).

L'hypoglycémie passe souvent inaperçue chez la personne âgée en raison de symptômes neuroglucopéniques présents au premier plan et de réponses contre-régulatrices bêta-adrénergiques diminuées.

L'hypoglycémie est associée à un déclin cognitif accéléré et à un risque accru de démence.¹⁵ Ses conséquences peuvent être graves, affectant la fonction cardiaque¹⁷ et causant des chutes et fractures.

Il est essentiel d'éduquer le patient et ses proches sur la reconnaissance des symptômes et la prise en charge de l'hypoglycémie iatrogène. Le score de Kaiser (Kaiser Hypoglycemia Model) aide à évaluer le risque (**tableau 1**).¹⁰

NOUVELLES TECHNOLOGIES ET PERSPECTIVES

Les nouvelles technologies de mesure en continu du glucose, les pompes ou les systèmes de délivrance autonome d'insuline sont des stratégies intéressantes pour les personnes âgées. Elles améliorent significativement le contrôle glycémique,¹⁸ diminuent le risque d'hypoglycémie et maximisent le confort en évitant les mesures capillaires. Une évaluation préalable des fonctions cognitives et/ou la présence d'un réseau de soin capable de gérer un tel dispositif sont par ailleurs requises.¹⁰

La nouvelle insuline hebdomadaire, bientôt disponible en Suisse, améliore le contrôle glycémique sans augmenter le risque d'hypoglycémie¹⁹ et simplifie le traitement, ce qui pourrait bénéficier aux patients âgés. Toutefois, sa longue demi-vie nécessite une vigilance particulière auprès de cette population.

CONCLUSION

La prise en charge du DT2 chez la personne âgée doit être individualisée et décidée en concertation avec le patient et son entourage.

Les objectifs glycémiques et les choix thérapeutiques s'inscrivent dans le contexte global, guidés par une évaluation gériatrique complète. La priorité est donnée à la qualité de vie et à la réduction des risques iatrogènes, en privilégiant une simplification du traitement. Les antidiabétiques hypoglycémisants sont à éviter.

Les stratégies thérapeutiques doivent être fréquemment réévaluées selon l'évolution de l'état de santé, notamment les états cognitif et nutritionnel, les comorbidités, le degré de dépendance ainsi que l'estimation de l'espérance de vie.

Conflit d'intérêts: les auteur-es n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteur-es ont déclaré avoir utilisé l'IA occasionnellement pour l'amélioration/correction de la syntaxe de certaines phrases ou pour la recherche de synonymes et avoir ensuite validé la version finale de l'article.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'évaluation gériatrique globale est indispensable à la mise en place d'une stratégie thérapeutique pour le traitement du diabète de type 2 chez le patient âgé.
- La prévention de l'hypoglycémie iatrogène doit être prioritaire dans le choix des traitements.
- Les objectifs et cibles thérapeutiques doivent être individualisés selon l'histoire du diabète, les comorbidités, l'espérance de vie, les ressources et les souhaits du patient.
- Le traitement antidiabétique doit être régulièrement réévalué et adapté.
- Une simplification maximale du traitement antidiabétique est recommandée.

- 1 Office fédéral de la statistique. Personnes souffrant de diabète [En ligne]. 2023. (Cité le 22 mars 2026). Disponible sur: www.bfs.admin.ch/asset/fr/28725202
- 2 Zhuang L, Yang Y, Gao J. Cognitive assessment tools for mild cognitive impairment screening. J Neurol. 2021 May 1;268(5):1615-22. DOI: 10.1007/s00415-019-09506-7.
- 3 *Bolt J, Carvalho V, Lin K, Lee SJ, Inglis C. Systematic review of guideline recommendations for older and frail adults with type 2 diabetes mellitus. Age Ageing. 2024 Nov 21;53(11):afae259. DOI: 10.1093/ageing/afae259.
- 4 *Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Management of type 2 diabetes – a handbook for general practice. Type 2 diabetes management for older people and residential aged care facilities [En ligne]. 2025. Disponible sur: www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/management-of-type-2-diabetes/management-of-type-2-diabetes-in-older-people-and
- 5 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 2009 Nov;13(9):782-8. DOI: 10.1007/s12603-009-0214-7.
- 6 Cortes R, Yañez AM, Capitán-Moyano L, Millán-Pons A, Bannasar-Veny M. Evaluation of different screening

- tools for detection of malnutrition in hospitalised patients. J Clin Nurs. 2024 Dec;33(12):4759-71. DOI: 10.1111/jocn.17170.
- 7 World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical report [En ligne]. 20 juin 2019. (Cité le 22 août 2026). Disponible sur: www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11
- 8 Elmotia K, Abouyaala O, Bougrine S, Ouahidi ML. Geriatric Syndromes in Older Adults With and Without Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Res Gerontol Nurs. 2025;18(2):99-108. Doi: 10.3928/19404921-20250115-01.
- 9 Krishnamoorthy Y, Rajaa S, Rehman T. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2020 Mar-Apr;87:104002. DOI: 10.1016/j.archger.2019.104002.
- 10 **American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes*. 13. Older Adults: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2025 Dec 8;49(Suppl.1):S277-96. DOI: 10.2337/dc26-S013.
- 11 Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2008 Jun 12;358(24):2545-59. DOI: 10.1056/NEJMoa0802743.

- 12 Karter AJ, Parker MM, Moffet HH, et al. Development and Validation of the Life Expectancy Estimator for Older Adults with Diabetes (LEAD): the Diabetes and Aging Study. J Gen Intern Med. 2023 Oct;38(13):2860-2869. DOI: 10.1007/s11606-023-08219-y.
- 13 *Darmon P, Bordier L, Bauduceau B. Diabète de type 2 de la personne âgée: stratégies thérapeutiques: type 2 diabetes in older adults: therapeutic strategies. Med Mal Metab. 2023 Dec 1;17(8, Suppl.1):8596-101. DOI: 10.1016/S1957-2557(23)00305-X.
- 14 *Gariani K, Jornayvaz FR. Diabétologie: ce qui a changé en 2025. Rev Med Suisse. 2026 Jan 14;945:32-5.
- 15 Mattishent K, Loke YK. Meta-Analysis: Association Between Hypoglycemia and Serious Adverse Events in Older Patients Treated With Glucose-Lowering Agents. Front Endocrinol. 2021 Mar 8;12:571568. DOI: 10.3389/fendo.2021.571568.
- 16 *Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises: Standards of Care in Diabetes—2026 | Diabetes Care | American Diabetes Association [En ligne]. (Cité le 22 mars 2026). Disponible sur: https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement_1/S132/163927/6-Glycemic-Goals-Hypoglycemia-and-Hyperglycemic
- 17 Echouffo-Tcheugui JB, Daya N, Lee AK, et al. Severe Hypoglycemia, Cardiac Structure and Function, and Risk of

- Cardiovascular Events Among Older Adults With Diabetes. Diabetes Care. 2020 Nov 16;44(1):248-54. doi: 10.2337/dc20-0552.
- 18 Reznik Y, Carvalho M, Fendri S, et al. Should people with type 2 diabetes treated by multiple daily insulin injections with home health care support be switched to hybrid closed-loop? The CLOSE AP+ randomized controlled trial. Diabetes Obes Metab. 2024 Feb 1;26(2):622-30. doi: 10.1111/dom.15351.
- 19 Bourron O, Denimal D. Efficacy and safety of once-weekly insulins in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Obes Metab. 2026 Jan 23. doi: 10.1111/dom.70497.
- 20 Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. New England Journal of Medicine. 2024 Aug 7;391(6):538-48. doi: 10.1056/NEJMra2301292.
- 21 Karter AJ, Warton EM, Lipska KJ, et al. Development and Validation of a Tool to Identify Patients With Type 2 Diabetes at High Risk of Hypoglycemia-Related Emergency Department or Hospital Use. JAMA Intern Med. 2017 Oct 1;177(10):1461-70. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.3844.

* à lire

** à lire absolument

REVUE MÉDICALE SUISSE

ABONNEMENT ANNUEL
100% NUMÉRIQUE
À PARTIR DE
CHF 180.00

En tant qu'abonné à la Revue Médicale Suisse bénéficiez d'un accès privilégié à des contenus spécialement conçus pour les médecins de premier recours, mais aussi pour les spécialistes des diverses disciplines médicales :

- 43 numéros par année
- Un site internet de référence
- Des archives accessibles jusqu'en 2001
- Des infographies patients
- Une newsletter hebdomadaire
- Une chaîne YouTube dédiée à la formation continue
- Des événements accrédités par les sociétés de spécialité
- Une application mobile



PLUS D'INFORMATIONS SUR NOS FORMULES D'ABONNEMENT SUR :
REVME.D.CH



Recourir à la voie sous-cutanée en gériatrie: état des lieux et recommandations

Dre CLAIRE PERRIARD^{a,*}, Dr XAVIER ANÇAY^{a,*}, Dre MICHÈLE JEAN^b, Dre CAMILLE SOCASAU^a et Dr DAVIDE MORO^c

Rev Med Suisse 2026; 22: 1749-53 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.981.49160

Plusieurs médicaments ne disposent d'une autorisation de mise sur le marché que pour une administration par voie intraveineuse. Toutefois, certains peuvent également être administrés par voie sous-cutanée dans des situations cliniques particulières, notamment chez les patients présentant un accès veineux difficile ou quand le maintien d'une voie veineuse est inadéquat. Fréquemment utilisée en gériatrie et en soins palliatifs, la voie sous-cutanée constitue une option simple, peu invasive et généralement bien tolérée. En l'absence d'enregistrement officiel, son utilisation relève de la responsabilité du médecin prescripteur, qui doit s'appuyer sur les données scientifiques disponibles, évaluer le rapport bénéfice-risque pour chaque patient et assurer une surveillance clinique appropriée.

Subcutaneous administration in geriatrics: current evidence and recommendations

Several medications used in geriatrics are approved exclusively for intravenous administration. However, some of these agents may also be administered subcutaneously in specific clinical situations, particularly in patients with difficult venous access or when maintaining intravenous access is inappropriate. Frequently used in geriatrics and palliative care, the subcutaneous route represents a simple, minimally invasive, and generally well-tolerated alternative. In the absence of formal marketing authorization for this route of administration, its use remains the responsibility of the prescribing physician, who should rely on the available scientific evidence, assess the benefit-risk ratio for each patient, and ensure appropriate clinical monitoring.

INTRODUCTION

La voie intraveineuse (IV), bien que largement utilisée en gériatrie, peut se révéler problématique dans cette population en raison d'un capital veineux restreint en lien avec le processus physiologique de vieillissement tissulaire cutané et vasculaire.¹ La pose de voies veineuses périphériques devient alors difficile, parfois douloureuse, et engendre un taux élevé d'échecs et de complications locales, pouvant retarder la prise en charge et altérer le confort du patient. De plus, les risques associés à l'arrachement des cathéters, notamment en cas d'agitation,

sont supérieurs pour les cathéters IV, comparativement aux cathéters sous-cutanés (SC).² Dans certaines situations, le recours à la voie SC permet également d'éviter un transfert en milieu hospitalier aigu pour pose d'un cathéter veineux périphérique long ou d'autres alternatives échoguidées. Si la rareté des médicaments officiellement enregistrés pour une utilisation en SC témoigne du manque d'études sur cette pratique, de plus en plus d'auteurs s'y intéressent, principalement dans le domaine des antibiothérapies. Cet article dresse un état des lieux de l'utilisation de la voie SC en gériatrie et présente les recommandations actuelles concernant ses principales indications, notamment l'hydratation, la correction des troubles électrolytiques, l'antibiothérapie et l'antalgie.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'hypodermoclyse correspond au dépôt du principe actif dans le tissu hypodermique, en vue d'une absorption systémique par diffusion passive via le réseau capillaire et lymphatique.³ En pratique, les zones utilisées sont les faces latérales des cuisses et des bras, le dos et l'abdomen, en privilégiant ainsi des zones où le tissu SC n'est pas trop mince. Il s'agit principalement d'injection par bolus d'au plus 2 mL,⁴ mais une perfusion à faible débit est également envisageable. Le débit doit être adapté aux capacités d'absorption du tissu SC, afin d'éviter une accumulation locale qui se manifeste généralement par des signes d'inflammation, parfois une fuite au point de ponction.⁵ Par rapport à la voie IV, l'absorption par voie SC est plus lente entraînant un pic plasmatique retardé et abaissé, mais en l'absence de dégradation locale, l'exposition systémique au médicament (aire sous la courbe: AUC) est souvent comparable. La **figure 1** met en évidence ces différences pharmacocinétiques. La voie SC désavantage les médicaments dont l'efficacité dépend du pic plasmatique, mais tend à diminuer les effets secondaires liés aux concentrations élevées. Bien que le vieillissement s'accompagne d'une diminution de la perfusion cutanée et de modifications du tissu sous-cutané,⁶ les données cliniques disponibles ne mettent pas en évidence d'altération significative de l'efficacité ou de la tolérance de la voie SC chez les patients de plus de 65 ans. Cependant, les données pharmacocinétiques spécifiques sont rares.

HYDRATATION

Le recours à une hydratation par chlorure de sodium 0,9% par voie SC est fréquente en gériatrie, avec une perfusion

^aService de gériatrie, Clinique de St-Amé, Centre hospitalier du Valais romand, 1890 St-Maurice,

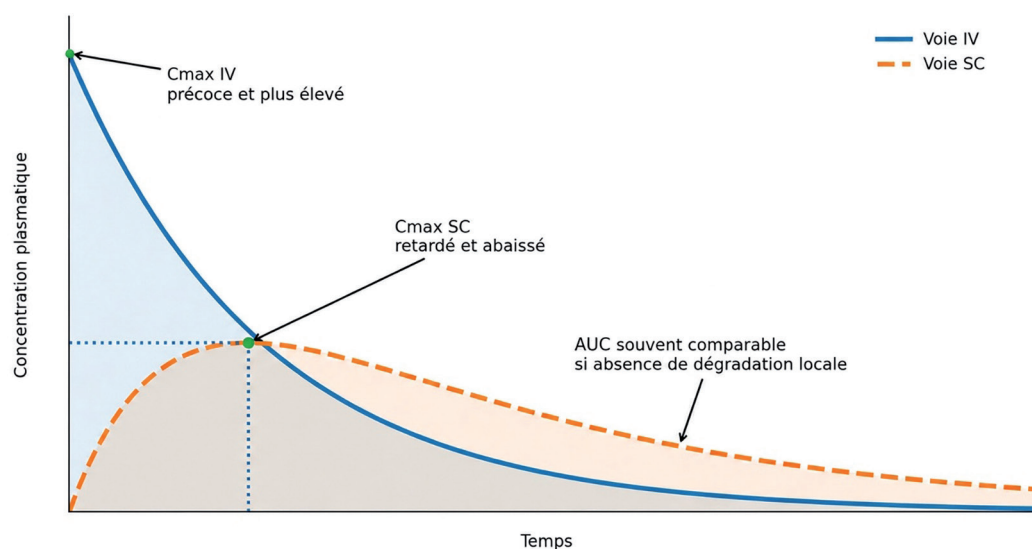
^bService de gériatrie, Hôpital de Martigny, Centre hospitalier du Valais romand, 1920 Martigny,

^cService de gériatrie, Hôpital de Sierre, Centre hospitalier du Valais romand, 3960 Sierre
claire.perriard@hopitalvs.ch | xavier.ancay@hopitalvs.ch | michele.jean@hopitalvs.ch
camille.socasau@hopitalvs.ch | davide.moro@hopitalvs.ch

* Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

FIG 1 Profil pharmacocinétique des injections SC et IV

AUC: aire sous la courbe; Cmax: concentration plasmatique maximale; IV: intraveineuse; SC: sous-cutanée.



réalisée sur un ou deux sites. Le débit maximum recommandé est d'environ 60 ml/h par site.⁷ Le glucose 5% pur est mentionné dans certaines études et protocoles d'hypodermoclyse, mais les données cliniques sont très restreintes, celles-ci étant souvent indifférenciées des mélanges glucosaliens. Les données disponibles suggèrent que les mélanges glucosaliens sont bien tolérés et présentent une efficacité clinique démontrée pour traiter une déshydratation légère à modérée.² Ceux-ci sont les mieux documentés et souvent préférés pour l'hydratation SC. Dans une revue systématique de 2020, Broadhurst et coll. rapportent des preuves insuffisantes pour recommander les solutions de Ringer lactate en perfusion SC.² Si ces outils ont leur place dans l'arsenal thérapeutique, leur utilisation est à réévaluer régulièrement comme pour tout médicament, en regard de la situation propre du patient traité.

Le **tableau 1** récapitule les principaux solutés administrés par voie SC chez le sujet âgé et utilisés dans les études issues de la revue de la littérature effectuée pour cet article.

SUBSTITUTION D'ÉLECTROLYTES

Les données actuelles ne permettent pas de recommander la correction de troubles électrolytiques par voie SC. Bien que quelques études aient rapporté l'utilisation du chlorure de potassium par voie SC à faible concentration et faible débit, le niveau de preuve reste limité et le rapport bénéfice-risque incertain. Pour les autres électrolytes (magnésium, calcium, phosphate ou bicarbonate), les données sont rares et des effets indésirables locaux (douleur, lésions tissulaires) ont été rapportés. L'administration par voie orale constitue une alternative plus simple et mieux documentée, tandis que la voie IV reste la référence en cas de nécessité de correction rapide.²

ANTIBIOTHÉRAPIE

Dès 2005, Fonzo-Christe et coll., dans une enquête suisse menée en gériatrie, documentaient que la voie SC était utilisée quotidiennement, principalement chez les patients en soins palliatifs (83%) ou déshydratés (54%) lorsque les voies orale ou IV étaient impossibles.⁸ Cette étude révélait un paradoxe majeur: parmi 34 médicaments administrés par voie SC, seuls 13 (38%) possédaient une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette voie en Suisse. Les auteurs concluaient sur le manque critique d'information et la responsabilité des prescripteurs dans ce contexte d'usage hors AMM. En 2014, Gassler et coll. soulignaient dans la *Revue Médicale Suisse* que, bien que cette pratique soit hors AMM, elle n'est pas rare en gériatrie et en soins palliatifs.⁹ Ils relevaient le manque persistant de données pharmacologiques et cliniques, l'absence d'études de non-infériorité comparant la voie SC aux autres

TABLEAU 1

Principaux solutés utilisés par voie SC chez la personne âgée

NaCl: chlorure de sodium; SC: sous-cutanée.

Solutés	Indication	Niveau d'évidence	Méthode d'administration proposée
NaCl: 0,9%	Déshydratation légère à modérée	Le plus documenté	60 ml/heure, avec surveillance de la tolérance
Glucosés-salins (Glucose: 5% + NaCl: 0,45% ou 0,9%)	Déshydratation légère à modérée, avec besoin d'eau libre et d'un apport sodé diminué	Bien documenté	60 ml/heure, avec surveillance de la tolérance
Glucose: 5% seul	Non recommandé	Peu documenté	-
Ringer lactate	Non recommandé	Peu documenté	-

voies parentérales, et la nécessité d’essais randomisés contrôlés pour évaluer son efficacité et sa tolérance. Des revues plus récentes confirment la persistance de ces constats, avec une utilisation toujours largement hors AMM de la voie SC et un niveau de preuve encore limité pour de nombreux médicaments, malgré une expérience clinique croissante, notamment en gériatrie et en soins palliatifs.^{10,11}

Antibiotiques avec le meilleur niveau de preuve

Les antibiotiques à activité temps-dépendante, c’est-à-dire ceux dont l’efficacité repose principalement sur le maintien des concentrations plasmatiques supérieures à la concentration minimale inhibitrice pendant une durée suffisante, notamment les bêta-lactamines et les glycopeptides, peuvent permettre d’atteindre des objectifs pharmacocinétiques et pharmacodynamiques compatibles avec une efficacité clinique attendue dans des conditions d’administration SC appropriées. Toutefois, ces données reposent sur des études pharmacocinétiques et observationnelles, et restent limitées par l’absence d’essais randomisés comparatifs robustes avec la voie IV.¹²

Ceftriaxone

Il s’agit de l’antibiotique le plus étudié et prescrit par voie SC, utilisé notamment par 96% des praticiens français en infectiologie et en gériatrie.¹³ Une étude pharmacocinétique récente chez 47 patients de ≥ 65 ans a démontré une biodisponibilité de 99% par voie SC, avec des concentrations plasmatiques similaires ou légèrement supérieures à celles obtenues par voie IV.¹⁴ Une étude comparative chez 402 patients de ≥ 75 ans a montré significativement moins d’événements indésirables avec la ceftriaxone administrée par voie SC qu’avec la voie IV (18 vs 40%).¹⁵ En Suisse, la ceftriaxone est parfois administrée par voie SC malgré l’absence d’AMM. Dans l’Union européenne, cette utilisation reste globalement hors AMM, les voies reconnues étant les voies IV et intramusculaire.

Ertapénem

L’étude PHACINERTA chez des patients âgés de plus de 65 ans a montré que les concentrations plasmatiques et l’AUC étaient non significativement différentes entre les voies IV et SC, avec une biodisponibilité estimée à 99%.¹⁶ Toutefois, aucune étude clinique randomisée de grande ampleur n’est venue renforcer ces résultats chez la personne âgée.

Amoxicilline/acide clavulanique

Une étude publiée en 2025 par Grégoire et coll., menée chez des patients d’un âge moyen de 85 ans, l’amoxicilline/acide clavulanique a présenté une biodisponibilité de 78 à 82% avec des concentrations efficaces contre des principaux pathogènes impliqués dans les infections communautaires.¹⁷

Pipéracilline-tazobactam

Cet antibiotique est mentionné dans plusieurs revues comme potentiellement utilisable par voie SC, mais les données pharmacocinétiques disponibles restent limitées.¹⁸ Son utilisation reste empirique.

Autres antibiotiques

L’utilisation par voie SC de la ceftazidime, du céfépime, du métronidazole et de la fosfomycine chez les patients âgés a été décrite, mais les preuves restent limitées.¹⁸

Tolérance et sécurité

La tolérance des antibiotiques administrés par voie SC chez les patients âgés est globalement bonne. Les effets indésirables locaux sont fréquents mais bénins et transitoires: œdème (environ un tiers des patients), érythème, douleur, induration.^{19,20} Aucune complication infectieuse grave n’a été rapportée.¹⁸ L’utilisation de cathéters non rigides semble réduire le risque de réactions locales au site d’administration.²⁰ Le **tableau 2** présente une synthèse des principaux antibiotiques administrés par voie SC et utilisés dans les études issues de la revue de la littérature effectuée pour cet article.

TABLEAU 2 Principaux antibiotiques administrés par voie SC

Niveau de preuve: ++: données pharmacocinétiques et cliniques relativement robustes; +: données pharmacocinétiques avec expérience clinique limitée; ±: données reposant principalement sur des séries de cas ou des avis d’experts.
IV: intraveineuse; PD: pharmacodynamique; PK: pharmacocinétique; SC: sous-cutanée.

Antibiotique	Nom commercial (Suisse)	Niveau de preuve	Principales données disponibles	Tolérance locale
Ceftriaxone	Rocephin	++	Biodisponibilité ≈ 99%; études PK et observationnelles suggérant une efficacité comparable à la voie IV; diminution des événements indésirables vs IV ^{12,14}	Bonne; œdème, douleur, érythème et induration généralement bénins et transitoires ^{19,20}
Ertapénem	Invanz	+	Étude PHACINERTA: biodisponibilité ≈ 99%, exposition systémique comparable à la voie IV chez les patients âgés ¹⁶	Bonne; réactions locales modérées et transitoires
Amoxicilline/acide clavulanique	Augmentin	+	Étude PK montrant une biodisponibilité de 78 à 82% avec atteinte des cibles PK/PD ¹⁷	Données limitées; bonne tolérance rapportée
Pipéracilline/tazobactam	Pipéracilline/tazobactam	±	Données limitées issues de revues et d’expériences cliniques ¹⁸	Données limitées; réactions locales possibles
Ceftazidime	Fortam	±	Utilisation rapportée dans des séries de cas et revues narratives ¹⁸	Données insuffisantes
Céfépime	Céfépime	±	Expérience clinique limitée; absence d’études PK robustes ¹⁸	Données insuffisantes
Métronidazole	Flagyl	±	Quelques cas rapportés dans la littérature ¹⁸	Irritation locale potentielle
Fosfomycine	Fosfolag	±	Données très préliminaires et expérience clinique limitée ¹⁸	Données insuffisantes

ANTALGIE

Concernant l'antalgie, les données spécifiques à la population gériatrique restent limitées. Déjà en 2005, Fonzo-Christe et coll. soulignaient dans une enquête suisse en gériatrie que parmi tous les médicaments administrés par voie SC, seule la morphine bénéficiait d'études de haut niveau de preuve.⁸ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et le métamizole peuvent également être administrés par voie SC. Les AINS ne sont toutefois pas recommandés en première intention chez la personne âgée. L'utilisation du métamizole par voie SC, courante en Suisse et dans plusieurs pays européens, repose principalement sur des données observationnelles. Une irritation locale peut survenir.²¹

Opiacés

La revue systématique de l'European Palliative Care Research Collaboration (EPCRC) conclut que la voie SC devrait être le premier choix de voie alternative pour les patients incapables de recevoir des opioïdes par voie orale ou transdermique.²² La comparaison SC versus IV ne montre aucune différence d'efficacité, de sécurité ou d'effets secondaires. Les recommandations générales préconisent le principe «start low and go slow», mais aucune donnée pharmacocinétique spécifique n'existe pour l'administration SC d'opioïdes chez la personne âgée.

Paracétamol

Le paracétamol par voie SC est largement utilisé empiriquement dans les équipes françaises et suisses de soins palliatifs, mais il n'existe pas de données pharmacocinétiques ou d'efficacité clinique robuste permettant de soutenir cette pratique.²³ L'étude de Leheup et coll. (2018) menée chez 160 patients en soins palliatifs a montré une tolérance locale acceptable (28% d'événements indésirables locaux non graves, aucun événement grave), mais aucune donnée pharmacocinétique n'a été publiée à ce jour, même si un essai comparatif à la voie IV a été initié en 2020.^{23,24}

LIMITES

Les données disponibles sur l'utilisation de la voie SC chez la personne âgée reposent principalement sur des études observationnelles et des avis d'experts, avec peu d'essais comparatifs de qualité. En effet, vingt ans après l'étude suisse de Fonzo-Christe et coll. (2005)⁸ et dix ans après l'article de Gassler et al. (2014)⁹, les lacunes identifiées persistent: absence de recommandations officielles suisses, données cliniques limitées et de faible niveau, manque d'études comparatives robustes.^{10,12} La population gériatrique demeure sous-représentée dans la littérature, limitant l'extrapolation des résultats aux patients âgés fragiles. Enfin, l'hétérogénéité des pratiques et l'absence de recommandations standardisées compliquent l'interprétation et l'application des données en pratique.

CONCLUSION

La voie SC constitue une alternative simple, peu invasive et bien tolérée chez la personne âgée, particulièrement en présence d'un accès veineux difficile. Son intérêt est bien établi pour l'hydratation légère à modérée et son utilisation dans le domaine de l'antibiothérapie bénéficie de données croissantes, notamment pour la ceftriaxone, l'ertapénem et l'amoxicilline-acide clavulanique. En revanche, les preuves demeurent limitées pour de nombreuses autres molécules, en particulier dans le domaine de l'antalgie. Malgré une utilisation répandue en gériatrie et en soins palliatifs, la majorité des indications restent hors AMM. Une meilleure standardisation des pratiques ainsi que le développement d'études spécifiques à la population gériatrique sont nécessaires afin de préciser la place de cette voie d'administration dans la prise en charge des patients âgés.

Conflit d'intérêts: les auteur-es n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteur-es ont déclaré avoir utilisé l'IA pour la génération de la figure, le formatage de la bibliographie et l'amélioration de la formulation de certains paragraphes, sans modification du contenu scientifique. La version finale a été entièrement vérifiée et approuvée par tous les auteur-es.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La voie SC constitue une alternative intéressante à la voie IV chez la personne âgée présentant un accès veineux difficile.
- L'hypodermoclyse est une option sûre et efficace pour le traitement des déshydratations légères à modérées.
- Parmi les antibiotiques, la ceftriaxone bénéficie actuellement du meilleur niveau de preuve pour une administration SC, suivie par l'ertapénem et l'amoxicilline-acide clavulanique.
- La voie SC ne doit pas être utilisée lorsque l'on a besoin d'une restauration rapide des concentrations plasmatiques ou de la volémie, notamment en cas d'état de choc ou de déséquilibre hydroélectrolytique.
- La majorité des utilisations restent hors AMM et nécessitent une évaluation individualisée du rapport bénéfice-risque ainsi qu'une surveillance clinique adaptée.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

Les données utilisées pour cette revue ont été identifiées par une recherche MEDLINE (PubMed) d'articles publiés depuis 2005 en anglais et en français. La recherche portait sur l'utilisation de la voie SC en gériatrie, en particulier dans les domaines de l'hydratation, de l'antibiothérapie et de l'administration médicamenteuse en contexte de fragilité. Les mots-clés utilisés incluaient notamment: «subcutaneous administration», «intravenous administration», «hypodermoclysis», «elderly», «geriatrics», «palliative care», ainsi que les principales molécules thérapeutiques étudiées.

1 *Gabriel J. Understanding the challenges to vascular access in an ageing population. Br J Nurs. 2017 Jul 27;26(14):S15-23.

2 Broadhurst D, Cooke M, Sriram D, Gray B. Subcutaneous hydration and medications infusions (effectiveness, safety, acceptability): a systematic review

of systematic reviews. PLoS One. 2020 Aug 24;15(8):e0237572.

3 McLennan DN, Porter CJH, Charman SA. Subcutaneous drug delivery and

the role of the lymphatics. Drug Discov Today Technol. 2005 Spring;2(1):89-96.

4 Dychter SS, Gold DA, Haller MF. Subcutaneous drug delivery: a route to

increased safety, patient satisfaction, and reduced costs. *J Infus Nurs.* 2012 May-Jun;35(3):154-60.

5 **Broadhurst D, Cooke M, Sriram D, et al. International Consensus Recommendation Guidelines for Subcutaneous Infusions of Hydration and Medication in Adults: An e-Delphi Consensus Study. *J Infus Nurs.* 2023 Jul-Aug;46(4):199-209.

6 Bentov I, Reed MJ. The effect of aging on the cutaneous microvasculature. *Microvasc Res.* 2015 Jul;100:25-31.

7 Caccialanza R, Constans T, Cotogni P, Zaloga GP, Pontes-Arruda A. Subcutaneous Infusion of Fluids for Hydration or Nutrition: A Review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2018 Feb;42(2):296-307.

8 Fonzo-Christe C, Vukasovic C, Wasilewski-Rasca AF, Bonnabry P. Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review. *Palliat Med.* 2005 Apr;19(3):208-19.

9 Gassler V, Stirnemann J, Huttner A, Prendki V. Antibiothérapie par voie sous-cutanée chez le patient âgé. *Rev Med Suisse.* 2014;10:1924-9.

10 Colin E, Baldolli A, Verdon R, Saint-Lorant G. Subcutaneously administered

antibiotics. *Med Mal Infect.*

2020 May;50(3):231-42.

11 Cassir N, Jumpertz M. Subcutaneously administered antibiotics: a review (addendum). *J Antimicrob Chemother.* 2023 Mar 2;78(3):857.

12 **Di Bella S, Geremia N, Pea F, et al. When and How to Use Subcutaneous Antibiotics. *Clin Infect Dis.* 2026 Apr 30;82(4):e662-e673.

13 Forestier E, Paccalin M, Roubaud-Baudron C, et al. Subcutaneously administered antibiotics: a national survey of current practice from the French Infectious Diseases (SPILF) and Geriatric Medicine (SFGG) society networks. *Clin Microbiol Infect.* 2015 Apr;21(4):370.e1-370.e3.

14 Roubaud-Baudron C, Fauchon H, Stanke-Labesque F, et al. Pharmacokinetics of Subcutaneous and Intravenous Ceftriaxone in an Older Population: The PhASAge Study. *Open Forum Infect Dis.* 2025 May 30;12(6):ofaf313.

15 Pardo I, Pierre-Jean M, Bouzillé G, et al. Safety of Subcutaneous versus intravenous ceftriaxone administration in older patients: A retrospective study. *J Am Geriatr Soc.* 2024 Apr;72(4):1060-9.

16 Roubaud-Baudron C, Legeron R,

Ollivier J, et al. Is the subcutaneous route an alternative for administering ertapenem to older patients? PHACINERTA study. *J Antimicrob Chemother.* 2019 Dec 1;74(12):3546-54.

17 Grégoire N, Mbarga D, Mirfendereski H, et al. Evaluation of subcutaneous amoxicillin/clavulanic acid pharmacokinetics as an alternative to the intravenous route in older patients—the PhASAge Study. *J Antimicrob Chemother.* 2026 Jan 6;81(1):dkaf381.

18 Jumpertz M, Guilhaumou R, Million M, et al. Subcutaneously administered antibiotics: a review. *J Antimicrob Chemother.* 2022 Dec 23;78(1):1-7.

19 Renoncourt T, Dossoubadjokila J, Mondet L, et al. Evaluation of the tolerance of ceftriaxone by subcutaneous route in patients ≥75 years old in geriatric departments: a prospective observational study. *J Antimicrob Chemother.* 2023 Jun 1;78(6):1495-8.

20 Roubaud-Baudron C, Forestier E, Fraise T, et al. Tolerance of subcutaneously administered antibiotics: a French national prospective study. *Age Ageing.* 2017 Jan 8;46(1):151-5.

21 Gut S, Rauch M, Haschke M, et al. Use

of metamizole and other non-opioid analgesics in Switzerland between 2014 and 2019: an observational study using a large health insurance claims database. *Swiss Med Wkly.* 2024 Feb 5;154:3535.

22 Radbruch L, Trottenberg P, Elsner F, Kaasa S, Caraceni A. Systematic review of the role of alternative application routes for opioid treatment for moderate to severe cancer pain: an EPCRC opioid guidelines project. *Palliat Med.* 2011 Jul;25(5):578-96.

23 Vernant M, Lepoupet M, Creveuil C, et al. Intravenous versus subcutaneous route pharmacokinetics of paracetamol (acetaminophen) in palliative care patients: study protocol for a randomized trial (ParaSCIVPallia). *Trials.* 2020;21(1):138. doi:10.1186/s13063-019-3969-0

24 Leheup BF, Ducouso S, Picard S, Alluin R, Goetz C. Subcutaneous administration of paracetamol-Good local tolerability in palliative care patients: An observational study. *Palliat Med.* 2018 Jul;32(7):1216-21.

* à lire

** à lire absolument

Unité de soins gériatriques et psychiatriques intégrés: retour d'expérience

Dr SAMUEL PÉRIVIER^a, Dr CRISTIAN MOUZON^a, FLORE VIAULES^a, DENIS CAHAREL^b, JÉRÔME KIZLIK^a, Dr JÉRÔME FREDOUILLE^b et Pr CHRISTOPHE GRAF^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1754-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.981.49401

Les pathologies somatiques du sujet âgé s'accompagnent fréquemment d'une comorbidité dépressive. Syndrome gériatrique à part entière, la dépression altère la fonctionnalité, complique la prise en charge des décompensations somatiques aiguës et freine la réadaptation, augmentant le risque d'institutionnalisation et de mortalité. Les services de liaison s'avèrent parfois insuffisants face aux situations les plus complexes, justifiant le développement d'unités intégrées gériatriques et psychiatriques, encore rares en Suisse. À partir de l'expérience d'une unité genevoise et du bilan de ses trois dernières années d'activité, cet article décrit les conditions organisationnelles d'une prise en charge conjointe et les éléments transposables à d'autres centres.

Integrated geriatric and psychiatric care unit: lessons learned

Somatic diseases in the elderly are frequently associated with comorbid depression. A geriatric syndrome, depression impairs functional status, complicates the management of acute somatic decompensation and hinders rehabilitation, thereby increasing the risk of institutionalization and mortality. Liaison services sometimes prove insufficient in the most complex situations, which justifies the development of integrated geriatric-psychiatric units, still rare in Switzerland. Drawing on the experience of a unit in Geneva and a review of its activity over the past three years, this article describes the organizational requirements for joint care and the elements transferable to other centres.

INTRODUCTION

Les pathologies somatiques du sujet âgé sont fréquemment associées à des comorbidités psychiatriques, en particulier la démence et les troubles anxieux et/ou dépressifs. Le programme de l'Unité de gériatrie intégrée médicopsychiatrique (UGIMP) s'adresse en priorité aux patients hospitalisés en gériatrie souffrant de troubles dépressifs ou anxieux. Ces troubles sont fréquents, la prévalence de la dépression seule étant estimée entre 10 et 12% chez les patients âgés hospitalisés. La prise en charge des décompensations somatiques est difficile en milieu psychiatrique, tandis que les troubles psychiatriques compliquent les soins en milieu somatique. Les services de liaison ne suffisent pas toujours face aux situations les plus complexes. Si la création d'unités mixtes gériatriques et psychiatriques apparaît pertinente, elle constitue néanmoins

un défi organisationnel. Ce type d'unité reste rare en Suisse, où les soins somatiques et psychiatriques relèvent de filières, d'institutions et de structures tarifaires distinctes. Nous présentons l'organisation de l'UGIMP des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), son bilan sur trois ans et ses perspectives, en dégageant les éléments transposables à d'autres centres.

VIGNETTE CLINIQUE

Mme C., 66 ans, suivie pour un trouble psychotique chronique, est adressée en réadaptation pour un déconditionnement au décours d'une hospitalisation d'un an en psychiatrie gériatrique. Au cours de cette hospitalisation, la patiente fut traitée pour une catatonie avec du lorazépam à fortes doses, de l'aripiprazole et une sismothérapie itérative. Une chute compliquée d'une luxation postérieure de l'épaule gauche est venue aggraver le déclin fonctionnel chez cette patiente déjà malvoyante.

À l'admission, elle présente un déconditionnement majeur, avec un périmètre de marche limité à 50 m avec cadre et une dénutrition sévère (perte de 8 kg en un an). L'autonomie est entravée par l'attelle de l'épaule (la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) est à 63/126).¹ Sur le plan psychiatrique, la décompensation psychotique a cédé, mais une anxiété persiste, associée à des demandes de réassurance répétées.

La réadaptation locomotrice et de l'épaule, complétée d'un suivi psychothérapeutique rapproché, individuel et en groupe, et de la poursuite de la sismothérapie d'entretien (une séance tous les 15 jours), a permis une évolution favorable. Un sevrage progressif du lorazépam a été réalisé sans recrudescence catatonique ou anxieuse.

À l'issue d'un mois et demi d'hospitalisation, la patiente marchait sans auxiliaire, était autonome pour la plupart des activités de la vie quotidienne (MIF 97/126) et avait repris 2 kg grâce à une supplémentation nutritionnelle orale. Le dépistage des troubles cognitifs par le Montreal Cognitive Assessment version aveugle (MoCA-BLIND) était rassurant à 20/22.²

Le retour à domicile a été préparé en abordant les difficultés liées à la redécouverte de sa vie antérieure (appartement encombré, relations avec sa fille), au moyen d'entretiens familiaux et de visites à domicile encadrées par un infirmier psychiatrique, permettant d'envisager sereinement la sortie.

PROGRAMME MÉDICOPSYCHIATRIQUE INTÉGRÉ EN MILIEU GÉRIATRIQUE

Chez le sujet âgé, la dépression et les pertes liées au vieillissement ou à la maladie (deuils, autonomie, image du corps,

^aService de gériatrie, Département de réadaptation et gériatrie, Hôpital des Trois-Chêne, 1226 Thônex, ^bService de psychiatrie gériatrique, Département de psychiatrie, Hôpital de psychiatrie de Belle-Idée, 1226 Thônex
samuel.perivier@hug.ch | cristian.mouzon@hug.ch | flore.viaules@hug.ch
denis.caharel@hug.ch | jerome.kizlik@hug.ch | jerome.fredoille@hug.ch
christophe.graf@hug.ch

isolement) entraînent souvent un désinvestissement corporel (incurie, clinophilie, anorexie, refus de soins, parfois agressivité) qui interfère avec les soins somatiques. Les angoisses d'abandon ou de mort peuvent se manifester par des demandes incessantes de réassurance, source fréquente d'épuisement pour les proches et pour les équipes médico-soignantes. Les plaintes somatiques constituent, en outre, un mode de présentation fréquent des troubles anxiodépressifs, notamment dans le cas de dépression masquée ou de troubles somatoformes, au risque de méconnaître une pathologie sous-jacente (néoplasie ou maladie neurodégénérative par exemple). Ainsi, les troubles psychiatriques du sujet âgé, notamment la dépression, constituent des syndromes gériatriques à part entière. Ils ont un effet négatif sur l'autonomie, compliquent la prise en charge des décompensations somatiques aiguës, allongent la durée des séjours, freinent la réadaptation et augmentent le risque d'institutionnalisation.³ Ils fragilisent aussi le réseau social du patient. C'est pour répondre aux besoins de patients cumulant des comorbidités gériatriques actives des deux types (somatiques et psychiatriques) que depuis une quarantaine d'années se sont développés des programmes intégrés de soins gériatriques et psychiatriques. Kathol et coll. distinguent quatre types d'unités selon leur niveau d'intégration, de la simple consultation de liaison (types I et II) aux unités pleinement intégrées (types III et IV).⁴ Leur création nécessite des locaux adaptés aux soins somatiques et psychiques, une formation poussée des soignants, une organisation intégrant des équipes aux cultures différentes, et s'accompagne de contraintes financières importantes. Il existe une grande variété de modèles de soins intégrés gériatriques, en termes de pathologies neuropsychiatriques et de niveau d'intégration. La plupart de ces structures prennent en charge indifféremment les troubles somatiques associés à un état dépressif, une démence sévère ou un état confusionnel.⁵ En raison de cette hétérogénéité, les études portant sur ces structures, bien souvent rétrospectives et non contrôlées, n'ont pas montré à ce jour d'effet positif sur le taux de réadmissions à l'hôpital, d'institutionnalisation et de mortalité, ou de rapport coûts/bénéfices favorable.⁵ Des bénéfices qualitatifs sur le vécu des soins par les patient-e-s et leurs proches, ou encore le sentiment de satisfaction des équipes médico-soignantes sont cependant mis en avant dans certaines études.⁵

Créée en 2006 à l'initiative conjointe des services de gériatrie et de psychiatrie gériatrique, l'UGIMP est un programme de soins psychiatriques intégrés à une unité de gériatrie de soins aigus et de réadaptation, correspondant à un programme de type III selon Kathol et coll., et conçu pour des patients présentant des pathologies gériatriques aiguës associées à des troubles psychiatriques fonctionnels d'intensité modérée. Le projet s'inscrit dans le modèle biopsychosocial d'Engel, selon lequel tout trouble résulte de l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, à prendre en charge simultanément.^{6,7} En articulant des compétences gériatriques, psychiatriques et psychosomatiques dans un même lieu et une même temporalité, l'UGIMP concrétise pleinement ce modèle.

POPULATION CIBLE

Le programme s'adresse aux patients de plus de 65 ans hospitalisés pour des problèmes gériatriques et somatiques aigus incompatibles avec un transfert en psychiatrie gériatrique, associés à une comorbidité psychiatrique significative, principalement anxieuse ou dépressive, d'intensité modérée (**figure 1**). Cela concerne en particulier les patients dont les troubles du comportement limitent la participation aux soins. Après l'avis du psychiatre, le chef de clinique de gériatrie valide l'intégration au programme en soins aigus ou en réadaptation.

ORGANISATION

Le programme compte huit lits intégrés au sein d'une unité interdisciplinaire de gériatrie de vingt lits de soins aigus et quatre lits de réadaptation. Les informations concernant les effectifs sont décrites dans le **tableau 1**. L'approche gériatrique repose sur une évaluation standardisée, multidimensionnelle et multidisciplinaire,⁸ incluant un dépistage systématique des syndromes gériatriques, afin d'élaborer un plan de soins coordonné, centré sur le maintien de l'autonomie. La proximité du plateau technique de l'hôpital facilite la prise en charge des problématiques somatiques aiguës.

FIG 1 Critères d'admission au programme UGIMP

SCPD: symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence; UGIMP: Unité de gériatrie intégrée médicopsychiatrique.

Critères d'admission en soins aigus (unité 43) :

- Patients hospitalisés pour des problèmes gériatriques **et** une comorbidité psychiatrique significative, prioritairement de nature anxieuse ou dépressive, et d'intensité modérée
- Patients qui présentent un problème psychiatrique significatif mais dont l'état somatique contre-indique le transfert dans le Service de psychiatrie gériatrique

Critères d'admission en réadaptation (unité 44) :

- Patients présentant une perte de fonctionnalité mais dont l'état dépressif ou anxieux limite la participation au processus de réadaptation
- Patients présentant un problème psychiatrique, notamment anxiodépressif, ayant pour conséquence un déconditionnement physique

Critères d'exclusion ou de non-indication :

- **Contre-indications** : patients ayant des critères d'hospitalisation non volontaire en milieu psychiatrique, notamment du fait **d'un risque suicidaire, d'un état maniaque ou d'un syndrome délirant sévère**
- **Non-indications** :
 - Patients dont le motif d'hospitalisation est purement psychiatrique et qui refusent une hospitalisation volontaire en milieu psychiatrique
 - Patients présentant un **trouble neurocognitif majeur, avec ou sans SCPD**, ne leur permettant pas de bénéficier du programme
 - Patients présentant une dépendance à l'alcool sans décompensation psychique aiguë

L'équipe de psychiatrie assure des suivis individuels, des entretiens médico-infirmiers, une réévaluation régulière des traitements psychotropes, ainsi que des psychothérapies de groupe. Le travail psychothérapeutique, d'inspiration analytique, systémique et parfois cognitivocomportementale, vise à accompagner les patients, soit vers un réinvestissement des soins somatiques ou de réadaptation, soit vers l'acceptation de la perte fonctionnelle et d'un projet d'institutionnalisation.

L'intégration des infirmiers psychiatriques dans tous les aspects des soins psychiques et corporels permet une approche fondée sur la médiation corporelle, l'alliance thérapeutique et la psychoéducation. Leur présence quotidienne durant la semaine comme soignant référent auprès de chaque patient assure une contenance et entretient le lien thérapeutique tout au long du séjour. Ils contribuent également à étayer les liens du patient avec son réseau social, qui sont essentiels à son rétablissement psychique.

Les équipes de gériatrie et de psychiatrie restent distinctes, avec leurs propres compétences et temporalités de soins, mais elles se coordonnent étroitement autour d'objectifs communs : la dimension psychique de chaque situation est discutée en équipe une fois par semaine et un second colloque hebdomadaire permet d'élaborer le plan de soins et d'orientation pour chaque patient. De plus, les échanges quotidiens avec les infirmiers psychiatriques permettent à l'équipe de gériatrie de développer progressivement des compétences en soins psychiques.

La réadaptation est assurée par une équipe pluriprofessionnelle sensibilisée aux troubles psychiques. Les infirmiers spécialisés y jouent un rôle essentiel, notamment lors des visites à domicile, qui permettent de préparer le retour du patient dans son environnement, en offrant un cadre sécurisant face à l'anxiété que peut susciter cette étape. À l'issue de la prise en charge conjointe, le retour à domicile est

organisé en assurant la continuité des soins avec un relais vers les structures ambulatoires de gériatrie et de psychiatrie.

BILAN DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES

Les données issues du codage DRG (Diagnosis Related Group) des années 2023, 2024 et 2025 ont permis une étude rétrospective de l'activité du programme. Durant cette période, celui-ci a accueilli 174 patients en soins aigus et 154 en réadaptation. Les patients étaient majoritairement admis depuis les urgences des Trois-Chêne (77,9%) et plus rarement depuis les autres unités de soins. Environ 20% des patient-e-s accueilli-e-s dans le programme en réadaptation ont été adressé-e-s depuis les soins aigus de l'UGIMP, la majorité provenant des autres unités du département.

Les diagnostics psychiatriques associés étaient dominés par les troubles anxieux (34,1%), la dépression (32,9%) et les troubles dépressifs récurrents (13,3%) (figure 2). Les pathologies somatiques gériatriques associées étaient comparables à celles retrouvées chez les patients accueillis dans les autres unités de gériatrie et se cumulaient les unes avec les autres. Elles étaient dominées par les affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (88,4%), avec une prévalence marquée de dénutrition protéino-énergétique sévère (60,1%), par les maladies cardiovasculaires dont l'insuffisance cardiaque (70,5%), par les atteintes ostéo-articulaires incluant les chutes et les fractures (46,8%), et par les troubles respiratoires dont les bronchopneumonies (36,4%). Les comorbidités neurologiques, notamment le syndrome extrapyramidal, étaient plus fréquentes que chez les patient-e-s non suivi-e-s dans le programme. Cette diversité de comorbidités et de syndromes gériatriques illustre la complexité des prises en charge (tableau 2).

La durée moyenne de séjour était d'environ 27 jours en soins aigus, ce qui est cohérent avec les données de la littérature concernant ce type de prise en charge complexe.⁵ Un transfert en psychiatrie a concerné environ 13% des patients de soins aigus, principalement du fait d'un risque suicidaire ou d'une décompensation psychotique aiguë. Un tiers des patients regagnaient leur domicile au terme des soins aigus, et près de la moitié après la réadaptation. Enfin, 38% des patients hospitalisés en réadaptation ont été orientés vers un placement à la sortie (tableau 3). Ces résultats doivent être interprétés au regard du contexte local, notamment de la disponibilité des places en EMS et du réseau de soins à domicile, qui influencent la durée de séjour et l'orientation à la sortie.

PERSPECTIVES

Les départements de psychiatrie et de gériatrie-réadaptation ont pour objectif commun d'élargir l'accès de l'UGIMP aux patients cumulant des comorbidités somatiques aiguës et une décompensation psychiatrique plus sévère (risque suicidaire, agitation auto- ou hétéro-agressive, troubles psychotiques). Cela impliquera un renforcement de l'équipe de psychiatrie, notamment le week-end, un élargissement des compétences en soins psychiques au sein de l'équipe de gériatrie, ainsi qu'une sécurisation de l'unité et de ses abords. Enfin, la

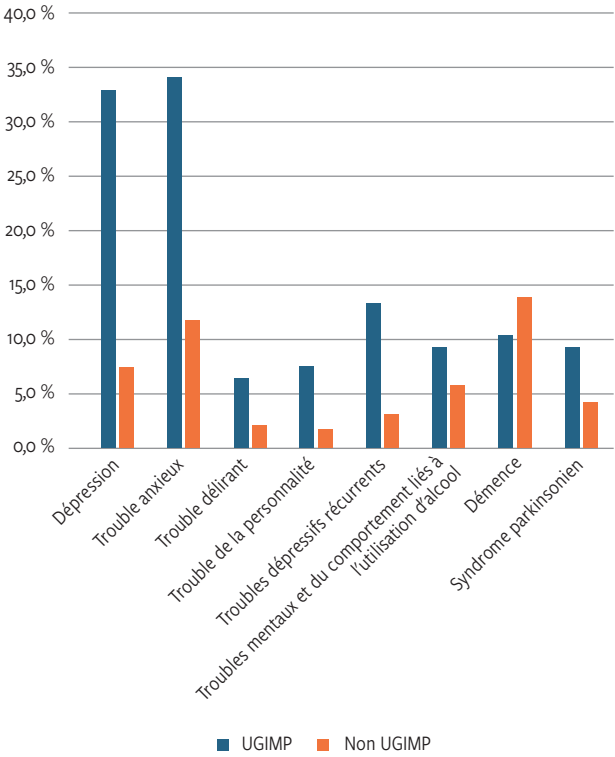
TABEAU 1 Composition des équipes de gériatrie et de psychiatrie de l'unité

^aÉquipe dédiée aux 8 patients du programme. ^bPostes financés par le Service de psychiatrie gériatrique.
ETP: équivalent temps plein; IMAD: Institution genevoise de maintien à domicile; OSAD: Organisations de soins à domicile; PPS: pluriprofessionnels de santé; n.p.: non précisé.

	Équipe de gériatrie	Équipe de psychiatrie ^a
Encadrement médical	Médecin adjoint (n.p.) Chef de clinique (1 ETP)	Médecin adjoint (n.p.) Chef de clinique psychiatre (0,5 ETP)
Médecins assistants	Médecins assistants en médecine interne (2 ETP)	-
Soins infirmiers	Infirmiers et aides-soignants (n.p.)	Infirmiers spécialisés en santé mentale; (2 ETP) ^b
PPS	Physiothérapeute (0,5 ETP) Ergothérapeute (0,3 ETP) Diététicienne (0,3 ETP)	-
Coordination et social	Assistante sociale (0,5 ETP) Infirmière responsable du parcours patient (0,25 ETP) Infirmière de liaison IMAD et OSAD (0,3 ETP)	-

FIG 2 Diagnostics psychiatriques

Informations issues du codage DRG.
DRG: Diagnosis Related Group; UGIMP: Unité de gériatrie intégrée médicopsychiatrique.



collaboration entre les deux équipes devra être renforcée pour faciliter les prises de décision, notamment au niveau thérapeutique.

Pour garantir sa pérennité, il faudra fluidifier les processus d'admission, optimiser la durée de séjour et les trajectoires de

TABLEAU 2 Diagnostics médicaux et syndromes gériatriques

Unité de gériatrie intégrée médicopsychiatrique (UGIMP), soins aigus; Données issues du codage DRG sur les trois dernières années de l'UGIMP en soins aigus.
DRG: Diagnosis Related Group.

Diagnostics somatiques	
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	88,4%
Maladies de l'appareil circulatoire	70,5%
Maladies du système ostéo-articulaire	46,8%
Maladies du système nerveux	38,2%
Maladies de l'appareil respiratoire	36,4%
Maladies de l'appareil digestif	32,9%
Syndromes gériatriques associés	
Malnutrition protéino-énergétique grave	60,1%
Chutes ou troubles de la marche	43,4%
État confusionnel aigu	12,7%
Démence	10,4%
Incontinence	2,9%

TABLEAU 3 Caractéristiques et trajectoires des patient-e-s

UGIMP: Unité de gériatrie intégrée médicopsychiatrique.

Caractéristiques		UGIMP Soins aigus	UGIMP Réadaptation
Sociodémographiques		n = 174	n = 154
Âge	Moyenne (année)	82 ± 6,1	83,4 ± 5,9
Genre	-	75% de femmes	63,2% de femmes
D'hospitalisation			
Admissions	Urgences	77,9%	3,2%
	Autres unités	22,1%	96,8%
Durée de séjour	Durée moyenne de séjour (jour)	27,3 ± 20,2	26,6 j ± 21,1
	Médiane (jour)	21,4	21,1
Destinations	Domicile	37,2%	52,9%
	Service de réadaptation	32,0%	Non applicable
	Hôpital psychiatrique	12,8%	3,9%
	Établissement médicosocial ou attente de placement	5,8%	38,1%
	Mortalité	9,9%	0%
-	Autres transferts	2,3%	5,1%

soins, et réaliser une évaluation prospective, idéalement multi-centrique, fondée sur des indicateurs communs permettant de comparer ce modèle à d'autres en Suisse et à l'étranger.

CONCLUSION

Fondée sur une approche biopsychosociale et une coordination interdisciplinaire structurée, l'UGIMP est désormais riche d'une vingtaine d'années d'expérience. L'exercice de ces trois dernières années confirme l'intérêt clinique d'une prise en charge intégrée des comorbidités somatiques et psychiatriques du sujet âgé. Reposant sur des ressources ciblées et une organisation explicite, ce modèle paraît transposable à d'autres hôpitaux. L'élargissement à venir du mandat de l'UGIMP aux décompensations psychiatriques sévères constituera une offre de soins complémentaire pour les patients âgés.

Conflit d'intérêts: les autrices et les auteurs de cet article sont impliqué-e-s dans le programme UGIMP à différents niveaux et ne déclarent aucun autre conflit d'intérêts.

Remerciements: les autrices et les auteurs remercient les Prs P. Huber, Pr G. Gold et P. Giannakopoulos à l'origine de la création de l'Unité de gériatrie intégrée médicopsychiatrique en 2006.

Utilisation de l'IA: les autrices et les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA à différents moments pour les corrections et l'adaptation du nombre de signes, et avoir ensuite validé la version finale de l'article.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

Note: Afin de garantir une lecture fluide, légère et conforme aux règles grammaticales traditionnelles, ce document est rédigé en utilisant le masculin à valeur générique. Ce choix purement stylistique ne vise en aucun cas à exclure les femmes, dont la contribution et la place au sein de notre organisation sont pleinement reconnues et valorisées.

ORCID ID:

S. Périer : <https://orcid.org/0009-0002-1432-8923>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les unités intégrées médicopsychiatriques sont essentielles pour répondre aux besoins des patient-e-s et des équipes médicosoignantes.
- Le programme Unité de gériatrie intégrée médicopsychiatrique propose une prise en soins intégrée qui s'appuie sur les compétences de deux équipes complémentaires.
- Il constitue une interface entre la gériatrie et la psychiatrie.
- Le rôle des soignant-e-s, notamment celui des infirmier-ère-s psychiatriques, est essentiel pour assurer une permanence des soins psychiques.

1 Uniform Data System for Medical Rehabilitation. The FIM System Clinical Guide [Internet]. Version 5.2. Buffalo (NY): UB Foundation Activities, Inc.; 2013 [cité le 9 oct 2026]. Disponible : www.scribd.com/document/670172965/025219485

2 Wittich W, et al. Sensitivity and specificity of the Montreal Cognitive Assessment modified for individuals who are visually impaired. J Vis Impair Blind. 2019;104(6):360-8.

3 *Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. Transl Psychiatry. 2019 Aug 5;9(1):188.

4 Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, Shakespeare A, Cowart T. Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. Psychosomatics. 1992 Fall;33(4):376-86.

5 **Beishon L, et al. Integrated Physical-Mental Healthcare Services in Specialist Settings to Improve

Outcomes for Older People Living With Mental Health Diagnoses: A Systematic Review. Int J Geriatr Psychiatry. 2024 Sep;39(9):e6146.

6 **Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980 May;137(5):535-44.

7 Berquin A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Med Suisse. 2010 Aug 11;6(258):1511-3.

8 Parker SG, McCue P, Phelps K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. Age Ageing. 2018 Jan 1;47(1):149-55.

* à lire

** à lire absolu



J'ai envie de comprendre

La vue

Elisabeth Gordon,
Thomas J. Wolfensberger
et les experts de l'Hôpital
ophtalmique Jules-Gonin

POUR COMMANDER :



222 pages
Format : 12x17 cm
Prix : CHF 16.- / 14€
ISBN : 9782889411252
© 2025

REVMED.CH/LIVRES

Symposium annuel des services de pneumologie
et de chirurgie thoracique du CHUV

« La maladie pulmonaire chez la personne âgée :
quelles options thérapeutiques en 2026 ? »

Jeudi 30 octobre 2026 – 13h30 à 17h30
CHUV Lausanne, Bâtiment AGORA, Auditoire Paternot

Chères et chers Collègues,

Comment distinguer le vieillissement physiologique du poumon d'une véritable pathologie ? Quelle place pour la réhabilitation respiratoire dans la BPCO du sujet âgé ? Jusqu'où aller dans le traitement d'un cancer du poumon à 80 ans ? Ces questions seront abordées en deux temps : le poumon vieillissant puis le cancer pulmonaire chez le patient âgé, avec en clôture un débat sur l'âge comme frein au traitement.

Cette rencontre s'adresse aux pneumologues, oncologues, gériatres, internistes et médecins de famille, et plus largement à celles et ceux qui accompagnent une patientèle âgée atteinte de maladies pulmonaires, en cabinet, à l'hôpital ou en EMS.

Vous êtes cordialement invités à ce moment d'échange entre pratique hospitalière et médecine de premier recours, puis à l'apéritif qui suit l'événement.

PROGRAMME

13h30 Accueil – Bienvenue : *Pr Christophe von Garnier, Pr Thorsten Krueger*

1ère partie – Le poumon vieillissant

13h45 Vieillissement et poumon : quelles modifications physiologiques ?
Pr Lucas Liaudet, Médecine intensive adulte, CHUV

14h10 Vieillissement pulmonaire et maladies interstitielles fibrosantes : quels liens ?
Pr Manuela Funke-Chambour, Pneumologie, CHUV

14h35 La BPCO du sujet âgé : quelle place pour la réhabilitation respiratoire ?
Dr Bernard Egger, Pneumologie, Hôpital de Rolle, GHOL

15h00 Au-delà du souffle : évaluer le patient âgé dans sa globalité
Dr Jean Dumur, Gériatrie, CHUV

15h25 Pause

2ème partie – Cancer pulmonaire chez le patient âgé

15h55 Cancer du poumon chez le patient âgé : quels critères pour choisir le bon traitement ?
Dre Nabila Ferahta, Oncologie médicale, CHUV

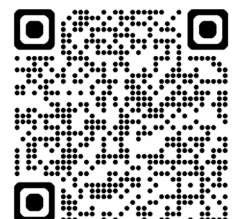
16h20 Opérer le cancer du poumon à 80 ans : jusqu'où aller ?
Dr Etienne Abdelnour-Berchtold, Chirurgie thoracique, CHUV

16h45 L'âge, un frein au traitement du cancer pulmonaire ?
Pr Christine Clavien, Institut Éthique Histoire Humanités, Université de Genève

17h10 Perspectives et conclusion
Pr Christophe von Garnier, Pr Thorsten Krueger

Un apéritif sera servi à l'issue du symposium.

Inscription via le code QR :



Crédit formation continue des Sociétés suisses
de (en voie d'obtention) : Pneumologie 4,
Chirurgie thoracique 3, Médecine interne
générale 3

Insomnie chronique chez la personne âgée: entre innovation et prudence

Dre CAROLE TOUFFIC^a, Dre ALEXANDRA MALLIOU^a et Dr GEOFFROY SOLELHAC^b

Rev Med Suisse 2026; 22: 1760-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.981.49191

L'insomnie chronique est un problème de santé publique majeur, en raison de ses conséquences sur la qualité de vie, la cognition, le risque de chute et la morbidité-mortalité. Sa prévalence augmente avec l'âge. La thérapie cognitivocomportementale de l'insomnie reste le traitement de première ligne recommandé par les sociétés savantes, mais est très peu accessible (seulement 1% en Suisse). Le traitement pharmacologique reste de deuxième intention. La mélatonine à libération prolongée et le daridorexant (double antagoniste des récepteurs de l'orexine) sont des options envisageables pour un traitement de longue durée.

Chronic insomnia in the elderly: balancing innovation and caution

Chronic insomnia is a major public health issue due to its impact on quality of life, cognition, fall risk, and morbidity-mortality. Its prevalence increases with age. Cognitive behavioral therapy for insomnia remains the first-line treatment recommended by health societies but is very difficult to access (only 1% in Switzerland). Pharmacological treatment remains a second-line option. Prolonged-release melatonin and daridorexant (a dual orexin receptor antagonist) are potential options for long-term therapy.

INTRODUCTION

L'insomnie chronique est définie par l'ICSD-3 TR (International Classification of Sleep Disorders, Third Edition, Text Revision) et le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), par la présence de difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou de réveils précoces par rapport à l'heure désirée, survenant au moins trois nuits par semaine pendant au moins trois mois, et entraînant un retentissement diurne significatif.^{1,2}

Sa prévalence est estimée à 12,6% chez l'adulte dans le monde selon les critères des classifications actuelles, avec une prédominance féminine observée à tous les âges.^{3,4} Chez les personnes âgées de 60 ans et plus, elle atteint près de 20%.⁴ Des données issues de la cohorte HypnoLaus en population générale mettent en évidence une prévalence des symptômes d'insomnie de 32%.⁵ La consommation de somnifères croît avec l'âge pour atteindre 20% chez les 85 ans et plus,⁶ sans que la prévalence de l'insomnie chronique au sens strict ne progresse de façon linéaire. Son retentissement clinique est

majeur, avec une association forte aux: symptômes dépressifs, déclin cognitif, facteurs de risque cardiovasculaire et une augmentation du risque de chute.⁴⁻⁹

L'enjeu thérapeutique principal est l'accès à la thérapie cognitivocomportementale de l'insomnie (TCC-I), traitement de première ligne,^{1,10} efficace dans 70 à 80% des cas,¹¹ mais dont bénéficie seulement 1% des patients en Suisse,¹² tandis que les benzodiazépines (BZD) et apparentés (Z-drugs) restent massivement prescrits. Dans ce contexte, les doubles antagonistes des récepteurs de l'orexine (DORA: Dual Orexin Receptor Antagonist), dont le daridorexant (Quviviq), offrent une option aux patients ne répondant pas à la TCC-I.¹³

PHYSIOPATHOLOGIE

Modifications du sommeil liées à l'âge

Le vieillissement modifie progressivement l'architecture du sommeil: diminution de la proportion du sommeil lent profond et de l'efficacité du sommeil, augmentation de la durée des réveils nocturnes,¹⁴ et avance de phase circadienne liée en partie à la réduction de l'exposition aux synchronisateurs externes (par exemple, lumière et interactions sociales).^{15,16} Ces modifications créent un terrain de vulnérabilité, mais ne constituent pas en elles-mêmes une insomnie chronique, dont le diagnostic est subjectif.^{1,5}

Modèle 3P de Spielman: cadre explicatif de la chronicisation

Ce modèle articule la genèse de l'insomnie chronique autour de 3 facteurs: prédisposants, précipitants et perpétuants.⁴ Les facteurs prédisposants constituent le terrain individuel (vulnérabilité neurobiologique génétique, traits anxieux, hyperréactivité au stress). Les facteurs précipitants induisent une plainte d'insomnie (événement de vie stressant, pathologie intercurrente, deuil, hospitalisation, placement en institution, polypharmacie). Les facteurs perpétuants, au cœur de la chronicisation et cible privilégiée de la TCC-I, correspondent aux comportements et aux pensées dysfonctionnelles (temps passé au lit excessif, mauvaise hygiène du sommeil, ruminations nocturnes et anticipation anxieuse, siestes diurnes compensatoires).

Mécanisme central de l'hyperéveil

La physiopathologie est dominée par l'hyperéveil, état d'activation persistante diurne et nocturne, qui rend le sommeil difficile à initier et à maintenir.⁴ Il se traduit pas une activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien avec hyper-

^aService de gériatrie et de réadaptation gériatrique, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne. ^bCentre d'investigation et de recherche sur le sommeil, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
carole.touffic@chuv.ch | alexandra.malliou@chuv.ch | geoffroy.solelhac@chuv.ch

cortisolémie, une hausse du métabolisme cérébral lors de la transition veille-sommeil lente, et une augmentation de la puissance relative des bandes alpha et bêta à l'EEG (marqueurs d'activité particulièrement associés à l'éveil).^{4,5,17} Ce tableau clinique explique en partie la discordance fréquente entre le sommeil perçu et le sommeil mesuré dans le contexte de l'insomnie.¹⁸ Sur le plan psychologique, on observe une activité mentale accrue avant l'endormissement, marquée par la présence de ruminations et la répétition d'événements passés.¹⁹

Le cycle veille-sommeil repose sur un circuit dit «flip-flop» constitué de 2 systèmes en inhibition réciproque, les neurones promoteurs de l'éveil (noradrénergiques, sérotoninergiques, histaminiques, dopaminergiques, orexinergiques) et les neurones promoteurs du sommeil (GABAergiques de l'aire préoptique ventrolatérale), stabilisés par le système orexinergique.²⁰ Dans l'insomnie chronique, ce système perd sa stabilité: les voies d'éveil ne s'inhibent pas au moment du coucher, générant des transitions répétées et des éveils nocturnes prolongés.

Multifactorialité chez la personne âgée

L'insomnie chronique est presque toujours multifactorielle. Les comorbidités somatiques (douleurs chroniques, nycturie, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)), neuropsychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs) et iatrogènes (bêta-bloquants, corticoïdes, inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine, diurétiques), se cumulent.^{1,14} La coexistence de l'insomnie chronique avec le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) concernant plus de 25% des patients âgés souffrant d'insomnie, est désignée sous le terme COMISA (Comorbid Insomnia and Sleep Apnea). Cette association, liée à une surmortalité et à un risque cardiovasculaire accru, justifie un dépistage et une polysomnographie de bonne performance diagnostique chez le sujet âgé.^{21,22}

ÉVALUATION CLINIQUE

Le diagnostic repose sur la plainte subjective du patient, recueillie par une anamnèse structurée, notamment les difficultés à l'endormissement, les éveils nocturnes et à leur durée, les éveils trop précoces, les horaires de coucher et lever, enfin le retentissement sur le fonctionnement diurne. Deux outils complémentaires sont recommandés. D'abord, l'agenda du sommeil, complété sur une période de 2 à 3 semaines, permettant d'objectiver les paramètres clés suscités et de suivre l'évolution sous traitement.¹ Ensuite, l'index de sévérité de l'insomnie (ISI), un auto-questionnaire,²³ permettant de quantifier la sévérité du trouble et son impact fonctionnel.

Le dépistage systématique des comorbidités est indispensable, ex: le syndrome des jambes sans repos, le SAHOS, la dépression, et les troubles cognitifs. Il s'y ajoute une revue critique et systématique de la médication et une évaluation du risque de chute. La polysomnographie et l'actigraphie sont réservées aux situations complexes (SAHOS, échec thérapeutique inexpliqué, forte discordance entre plainte subjective et données objectives).¹

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE: PIERRE ANGULAIRE DU TRAITEMENT

Présentant le plus haut niveau de preuve, la TCC-I est recommandée en première ligne par l'European Sleep Research Society (ESRS) en 2023, l'American Academy of Sleep Medicine (AASM) en 2021, ou la National Institute for Health and Care Excellence.¹ Elle cible directement les facteurs perpétuants du modèle 3P de Spielman. Contrairement aux pharmacothérapies, ses bénéfices persistent à l'arrêt du traitement et ne s'accompagnent d'aucun risque de dépendance, de tolérance ou d'insomnie rebond.¹ Pourtant, seulement 1% des patients y ont accès en Suisse.¹² La TCC-I est efficace dans 70 à 80% des cas, avec des effets stables jusqu'à 10 ans après la fin du traitement.¹¹ Elle comprend 4 à 8 séances individuelles ou en groupe, axées sur la psychoéducation sur l'hygiène du sommeil, le contrôle du stimulus (réassociant le lit et la chambre au sommeil), la restriction du temps passé au lit (composante la plus efficace en monothérapie),²⁴ la relaxation (visant à réduire l'hyperveil avant l'endormissement), et la restructuration cognitive (remettant en question les croyances dysfonctionnelles sur le sommeil).

Face aux défis d'accès aux thérapies spécialisées, la TCC-I numérique constitue une alternative validée. Plusieurs méta-analyses démontrent des effets significatifs comparables à la TCC-I face à face, avec un avantage pour les formats guidés par un personnel de santé.²⁵ En Europe, plusieurs plateformes sont validées par au moins un essai contrôlé randomisé publié (par ex: Sleepio, Therasomnia,²⁶ et plusieurs outils néerlandais et allemands). Le modèle allemand de thérapie numérique remboursée constitue une référence à suivre. Accessibles en permanence et sans liste d'attente, ces thérapies permettent de toucher des patients qui ne solliciteraient pas une consultation auprès d'un spécialiste du sommeil.

L'activité physique régulière et la luminothérapie matinale sont des adjuvants utiles, mais insuffisants en monothérapie.¹ Selon les recommandations de l'AASM de 2026, si l'instauration concomitante d'une TCC-I et d'un traitement médicamenteux est supérieure à la pharmacothérapie seule, elle ne démontre pas de supériorité à long terme par rapport à la TCC-I seule.²⁷

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Selon l'ESRS de 2023¹ et les recommandations suisses de Medinfo de 2023,²⁸ le traitement pharmacologique intervient en deuxième intention, après un échec de la TCC-I, dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. Les DORA et la mélatonine à libération prolongée (LP) peuvent être envisagés pour un traitement au long cours, après évaluation soigneuse du rapport bénéfice-risque. Les BZD et les Z-drugs sont limités à 4 semaines maximum (tableau 1).

Options disponibles en Suisse

En Suisse, différentes options thérapeutiques sont envisageables chez les personnes âgées:

- La mélatonine LP: agoniste des récepteurs mélatoninergiques de type 1 et 2, elle améliore modestement la latence

TABEAU 1 Traitements hypnotiques disponibles en Suisse chez la personne âgée

↑: augmentation; ↓: réduction; BPCO: bronchopneumopathie chronique obstructive; BZD: benzodiazépines; CYP1A2: cytochrome P450 1A2; CYP3A4: cytochrome P450 3A4; ESRS: European Sleep Research Society; LP: à libération prolongée; MT1: Melatonin Receptor Type 1; MT2: Melatonin Receptor Type 2; OX1R: Orexin Receptor Type 1; OX2R: Orexin Receptor Type 2. Critères de Beers (médicaments potentiellement inappropriés pour la population gériatrique (> 65 ans)).

Molécule/classe	Mécanisme d'action	Durée recommandée	Principaux effets indésirables	Interactions médicamenteuses clés	Statut ESRS 2023
Mélatonine LP	Agoniste des récepteurs mélatoninergiques MT1/MT2: resynchronisation circadienne	≤ 13 semaines, patients ≥ 55 ans. Bonne tolérance globale	Somnolence légère, cauchemars possibles, efficacité non démontrée dans la démence	Fluvoxamine et inhibiteurs du CYP1A2 (↑exposition), Tabagisme actif (↓exposition), Anticoagulants (prudence)	Recommandé, peut être efficace dans certains cas
Daridorexant	Blocage compétitif et réversible des récepteurs OX1R et OX2R, réduit le signal d'éveil orexinergique	Traitement jusqu'à 3 mois, prolongeable dans certains cas (12 mois), avec réévaluation à 3 mois; Arrêt sans sevrage progressif	Somnolence, céphalées, nausées, vertiges, parasomnies rares (paralysie du sommeil, hallucinations hypnagogiques). Mise en garde (comportements complexes du sommeil) Prudence chez les patients ≥ 75 ans (risque général de chute lié à l'âge) Non recommandé en cas d'insuffisance hépatique sévère	Contre-indication avec inhibiteurs de CYP3A4 puissants (itraconazole, clarithromycine, ritonavir) ↑toxicité/surdosage Réduire à 25 mg avec inhibiteurs modérés (érythromycine, ciprofloxacine) Inducteurs CYP3A4 (rifampicine, phénytoïne) ↓efficacité Éviter alcool et jus de pamplemousse Note: Contre-indiqué en cas de narcolepsie	Recommandé, dose 50 mg
BZD	Agoniste GABA-A non sélectif: potentialise l'inhibition GABAergique globale	≤ 4 semaines Usage chronique à éviter	Tolérance rapide, dépendance physique, insomnie rebond, somnolence résiduelle, chutes, fractures de hanche, déclin cognitif, délirium, dépression respiratoire	Alcool et tous les déprimeurs du système nerveux central (effet additif), inhibiteurs du CYP3A4 (↑exposition), opioïdes (risque dépression respiratoire)	Non recommandé pour les patients ≥ 65 ans A éviter selon les critères de «Beers» 2023
Médicaments apparentés aux BZD (Z-drugs)	Agoniste sélectif oméga 1: sous-unité α1 du récepteur GABA-A	≤ 4 semaines	Somnambulisme, comportement complexe du sommeil, amnésie, somnolence matinale, dépendance, insomnie rebond, chutes	Alcool (synergie sédatrice), inhibiteurs du CYP3A4, rifampicine (↓efficacité)	Non recommandé pour les patients ≥ 65 ans A éviter selon les critères de «Beers» 2023

(Adapté des réf.^{1,13,14,35-37}).

d'endormissement (d'environ 10 minutes), la durée totale et la qualité du sommeil.²⁹ L'efficacité est non démontrée dans la démence.³⁰

- Les antidépresseurs sédatifs à faible dose (off-label): selon une méta-analyse de 2018, des effets bénéfiques faibles, mais significatifs (particulièrement la trazodone et la doxépine contre placebo) ont été observés sur l'insomnie à court terme (4 semaines).³¹ Ils ne seront pas discutés dans

cet article.

- Le daridorexant (Quviviq): premier, seul DORA validé en Suisse depuis juin 2023 et non remboursé, il bloque de façon compétitive et réversible les récepteurs de l'orexine de type 1 et 2, inhibant ainsi les signaux d'éveil hypothalamiques sans déprimer globalement le système nerveux central, et préserve l'architecture du sommeil.¹³ Son efficacité, évaluée à 3 mois dans les essais cliniques de phase 3

TABEAU 2 Interactions du daridorexant avec les inhibiteurs du CYP3A4

L'association du daridorexant avec les inhibiteurs du CYP3A4 augmente son exposition plasmatique et majore les risques de sédation et d'effets indésirables. ↑: augmentation; CYP3A4: cytochrome P450 3A4.

Niveau d'interaction	Principaux médicaments/aliments inhibiteurs du CYP3A4	Conduite à tenir avec le daridorexant
Fort (daridorexant contre-indiqué)	Clarithromycine, posaconazole, kétoconazole, itraconazole, voriconazole, ritonavir, cobicistat Pamplemousse	Contre-indiqué, à éviter (↑exposition)
Modéré (utilisation prudente du daridorexant)	Diltiazem, vérapamil, érythromycine, fluconazole, ciclosporine, ciprofloxacine, fluvoxamine	Maximum 25 mg /nuit
Faible	Cimétidine, ticagrelor, ranolazine	Surveillance clinique, pas d'adaptation de dose

(Adapté des réf.^{34,35,38}).

TABEAU 3 Interactions du daridorexant avec les inducteurs du CYP3A4

L'association du daridorexant avec les inducteurs du CYP3A4 diminue l'exposition au daridorexant et peut réduire l'efficacité. ↓: réduction; CYP3A4: cytochrome P450 3A4.

Niveau d'interaction	Principaux médicaments inducteurs du CYP3A4	Conduite à tenir avec le daridorexant
Fort (l'association au daridorexant est déconseillée)	Rifampicine, carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital, millepertuis (hypericum)	Éviter (↓exposition)
Modéré (l'association au daridorexant est déconseillée)	Efavirenz, névirapine, dexaméthasone (à dose élevée prolongée), bosentan	Éviter (↓exposition)
Faible (utilisation prudente du daridorexant)	Armodafinil, modafinil	Possible ↓efficacité

(Adapté des réf.^{34,35,38}).

contre placebo, a été démontrée par une réduction significative de la durée d'éveil nocturne après le premier endormissement (– 18,3 min) en cas d'administration de 50 mg de daridorexant et la latence d'endormissement (– 11,7 min), une augmentation du temps de sommeil total subjectif (+19,8 min), une amélioration du fonctionnement diurne mesuré par l'IDSIQ (Insomnia Daytime Symptoms and Impacts Questionnaire)¹³ et enfin un allongement du délai à la première miction nocturne (+31 min).³² Administré à 25 mg, l'effet sur le fonctionnement diurne n'est pas significatif. L'étude d'extension à 12 mois confirme l'absence de tachyphylaxie, de dépendance physique et d'insomnie rebond à l'arrêt du traitement.³³ Sa demi-vie courte (d'environ 8 heures avec 80% de la substance éliminée dans les 8 premières heures), limite l'accumulation matinale, constituant un avantage chez la personne âgée.¹³

Points de vigilance pratique concernant les doubles antagonistes des récepteurs de l'orexine

Concernant l'utilisation des DORA, l'ESRS de 2023 rappelle que les données restent à valider par l'expérience clinique quotidienne.¹ Leur coût est encore important et non remboursé. Si leur profil de sécurité est globalement supérieur à celui des BZD, plusieurs zones d'ombre persistent (**tableau 1**), notamment les chutes (mais numériquement moins fréquentes que sous placebo),¹³ les parasomnies documentées,^{34,35} les atteintes psychiatriques (2 cas d'idées suicidaires chez des patients atteints de troubles psychiatriques préexistants)^{34,35} et les interactions avec le cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) (**tableaux 2 et 3**). De plus, leur validité externe est limitée: les patients en insuffisance hépatique sévère, ou ayant un SAHOS sévère non traité, une BPCO sévère, une maladie psychiatrique instable et fragilité (comorbidités instables, événement médical aigu, anomalies hématologiques ou biochimiques ou à l'ECG) étaient exclus des études.^{13,33}

CONCLUSION

L'insomnie chronique de la personne âgée est un trouble fréquent, multifactoriel et aux conséquences multiples, qui

mérite une attention clinique au même titre que toute autre pathologie chronique. La TCC-I demeure le traitement de référence: efficace, durable, sans risque de dépendance ni d'insomnie rebond. Promouvoir son accès auprès de professionnels formés ou des formats numériques validés, tout en favorisant la formation des médecins de premier recours, constitue un enjeu prioritaire de santé publique. Sur le plan pharmacologique, l'abandon progressif des BZD et des Z-drugs au profit de molécules ayant un profil bénéfice-risque plus favorable constitue un objectif clinique. Ces traitements complètent la TCC-I sans s'y substituer.

Conflit d'intérêts: les auteur-e-s n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteur-e-s ont déclaré avoir utilisé l'IA pour la réduction de la taille des paragraphes, la synthèse de certaines publications et l'amélioration des tableaux. Ils ont validé la version finale de l'article.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Évaluer systématiquement toute plainte d'insomnie à l'aide d'une anamnèse structurée, un agenda du sommeil, un dépistage des comorbidités et une revue critique de la médication.
- Privilégier la thérapie cognitivocomportementale de l'insomnie en première intention.
- La mélatonine à libération prolongée et le daridorexant restent une alternative pour l'insomnie chronique chez les personnes âgées.
- La prescription est limitée à 4 semaines pour les benzodiazépines et apparentés (Z-drugs).
- Avant la prescription de daridorexant: vérifier les interactions avec le cytochrome P450 3A4, évaluer le risque de chute et exclure la narcolepsie, les parasomnies actives, le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil sévère non appareillé et la maladie psychiatrique instable.

1 **Riemann D, Espie CA, Altena E, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. J Sleep Res. 2023 Dec;32(6):e14035. DOI:10.1111/jsr.14035.

2 American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. Summary of Diagnostic Criteria Changes [En ligne]. Darien: AASM, 2023. (Consulté le 7 juillet 2026). Disponible sur: <https://aasm.org/wp-content/uploads/2023/05/ICSD-3-Text-Revision-Supplemental-Material.pdf>

3 Van Straten A, Weinreich KJ, Fábán B, et al. The Prevalence of Insomnia Disorder in the General Population: A Meta-Analysis. J Sleep Res. 2025 Oct;34(5):e70089. DOI:10.1111/jsr.70089.

4 *Spiegelhalter K, Baglioni C, Mo-

rin CM, et al. Insomnia disorder. Nat Rev Dis Primers. 2026 Apr 9;12(1):17. DOI:10.1038/s41572-026-00693-y.

5 *Ericson I, Solelhac G, Imler T, et al. Insomnia Symptoms in a Swiss Population-Based Cohort: Prevalence, Clinical Correlates and Polysomnographic Alterations. J Sleep Res. 2026 Oct;35(5):e70376. DOI:10.1111/jsr.70376.

6 Martine K. Enquête suisse sur la santé (ESS) de 1997 à 2022: troubles du sommeil dans la population [En ligne]. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), 2024 (Consulté en 2024). Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/gnpdetail.2024-0165.html

7 Javaheri S, Redline S. Insomnia and Risk of Cardiovascular Disease. Chest. 2017 Aug;152(2):435-44. DOI: 10.1016/j.chest.2017.01.026.

8 Baglioni C, Battagliese G, Feige B, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. J Affect Disord. 2011 Dec;135(1-3):10-9. DOI:10.1016/j.jad.2011.01.011.

9 Bélanger L, Vallières A, Morin CM. Insomnie et utilisation accrue de somnifères chez les aînés. Problématique et alternative de traitement. Can Fam Physician. 2006 Aug 10;52(8):968-73. DOI:10.5195/cajcm.2006.275.

10 De Crescenzo F, D'Alò GL, Ostinelli EG, et al. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2022 Jul 16;400(10347):170-84. DOI:10.1016/S0140-6736(22)00878-9.

11 *Morin CM, Vallières A, Guay B, et al.

Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. JAMA. 2009 May 20;301(19):2005-15. DOI:10.1001/jama.2009.682.

12 Maire M, Linder S, Dvořák C, et al. Prevalence and management of chronic insomnia in Swiss primary care: Cross-sectional data from the "Sentinella" practice-based research network. J Sleep Res. 2020 Oct;29(5):e13121. DOI:10.1111/jsr.13121.

13 *Mignot E, Mayleben D, Fietze I, et al. Safety and efficacy of daridorexant in patients with insomnia disorder: results from two multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. Lancet Neurol. 2022 Feb;21(2):125-39. DOI:10.1016/S1474-4422(21)00436-1.

14 Dumur J, Csajka C, Pavec O, et al.

- Quelle alternative aux benzodiazépines, Z-pills et autres hypnotiques pour les personnes âgées?: Mélatonine, valériane ou clométhiazole. *Rev Med Suisse*. 2018 Nov 7;14(626):2018-23. DOI:10.53738/REVMED.2018.14.626.2018.
- 15 Perivier S, Mendes A, Nobari BH, et al. Approche pratique de l'insomnie en gériatrie: de la plainte au traitement. *Rev Med Suisse*. 2015 Nov 11;11:2098-103. DOI:10.3949/ccjm.92a.24073.
- 16 Léon-Barriera R, Chaplin MM, Kaur J, Modesto-Lowe V. Insomnia in older adults: A review of treatment options. *Cleve Clin J Med*. 2025 Jan 2;92(1):43-50. DOI:10.3949/ccjm.92a.24073.
- 17 Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, et al. Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia. *Am J Psychiatry*. 2004 Nov;161(11):2126-8. DOI:10.1176/appi.ajp.161.11.2126.
- 18 Stephan AM, Siclari F. Reconsidering sleep perception in insomnia: from misperception to mismeasurement. *J Sleep Res*. 2023 Dec;32(6):e14028. DOI:10.1111/jsr.14028.
- 19 Dresse RJ, Riemann D. Hyperarousal in insomnia disorder: Current evidence and potential mechanisms. *J Sleep Res*. 2023 Dec;32(6):e13928. DOI:10.1111/jsr.13928.
- 20 Saper CB, Cano G, Scammell TE. Homeostatic, circadian, and emotional regulation of sleep. *J Comp Neurol*. 2005 Dec 5;493(1):92-8. DOI:10.1002/cne.20770.
- 21 Solelhac G, Imler T, Marchi NA, et al. Comorbid insomnia and sleep apnea (COMISA) and incident cardiovascular risk: a prospective analysis from the HypnoLaus cohort. *EClinicalMedicine*. 2026 Oct;100:104227. DOI:10.1016/j.eclinm.2026.104227.
- 22 Lechat B, Appleton S, Melaku YA, et al. Comorbid insomnia and sleep apnoea is associated with all-cause mortality. *Eur Respir J*. 2022 Jul 13;60(1):2101958. DOI:10.1183/13993003.01958-2021.
- 23 Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011 May 1;34(5):601-8. DOI:10.1093/sleep/34.5.601.
- 24 Steinmetz L, Simon L, Feige B, et al. Network meta-analysis examining efficacy of components of cognitive behavioural therapy for insomnia. *Clin Psychol Rev*. 2024 Dec;114:102507. DOI:10.1016/j.cpr.2024.102507.
- 25 Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2016 Dec;30:1-10. DOI:10.1016/j.smrv.2015.10.004.
- 26 Lopez R, Evangelista E, Barateau L, et al. French Language Online Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Front Neurol*. 2019 Dec 5;10:1273. DOI:10.3389/fneur.2019.01273.
- 27 Buysse DJ, Arnedt JT, Buenaver L, et al. Combination treatment for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 2026 Apr 13;22(1):56. DOI:10.1007/s44470-025-00038-8.
- 28 Slawik H, Acker JG, Blume C, et al. Recommendations suisses pour le traitement de l'insomnie chronique – La thérapie cognitivo-comportementale comme traitement de première intention. *Praxis [En ligne]*. 2025;114(8 & 9):313-21. (Consulté le 12 juillet 2026). Disponible sur: www.medinfo-verlag.ch/wp-content/uploads/2025/09/313-320_prx_08_25_OA_Slawik_Insomnie_DT_FR_GzA-1.pdf
- 29 Wade AG, Crawford G, Ford I, et al. Prolonged release melatonin in the treatment of primary insomnia: evaluation of the age cut-off for short – and long – term response. *Curr Med Res Opin*. 2011 Jan;27(1):87-98. DOI:10.1185/03007995.2010.537317.
- 30 McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 16;11(11):CD009178. DOI:10.1002/14651858.CD009178.pub3.
- 31 Everitt H, Baldwin DS, Stuart B, et al. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 14;5(5):CD010753. DOI:10.1002/14651858.CD010753.pub2.
- 32 Lederer K, Benes H, Fine A, et al. A randomised crossover trial of daridorexant for the treatment of chronic insomnia and nocturia. *J Sleep Res*. 2025 Dec;34(6):e70002. DOI:10.1111/jsr.70002.
- 33 *Kunz D, Dauvilliers Y, Benes H, et al. Long-Term Safety and Tolerability of Daridorexant in Patients with Insomnia Disorder. *CNS Drugs*. 2023 Jan;37(1):93-106. DOI:10.1007/s40263-022-00980-8.
- 34 Ltd IP. QUVIVIQ (daridorexant) tablets, for oral use. Full Prescribing Information [En ligne]. Septembre 2024. (Consulté le 12 juillet 2026). Disponible sur: www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2024/214985s010s012lbl.pdf#page=24
- 35 Buxeraud J, Faure S. Le daridorexant (Quviviq®) pour le traitement de l'insomnie chronique. *Actual Pharm*. 2024;63(639):10-2. DOI:10.1016/j.actpha.2024.07.002.
- 36 Watson NF, Benca RM, Krystal AD, McCall WV, Neubauer DN. Alliance for Sleep Clinical Practice Guideline on Switching or Deprescribing Hypnotic Medications for Insomnia. *J Clin Med*. 2023 Mar 25;12(7). DOI:10.3390/jcm12072493.
- 37 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023 Jul;71(7):2052-81. DOI:10.1111/jgs.18372.
- 38 Got C, Verdoot P. La pharmacogénétique des antipsychotiques: considérations générales et implications cliniques. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2022;180(7):609-20. DOI:10.1016/j.amp.2021.10.017.

* à lire

** à lire absolument

Apnées du sommeil chez les aînés: faut-il toujours les traiter?

Dr AMOS GHIDOSS^a, Dr NICOLA ANDREA MARCHI^b, Pr RAPHAËL HEINZER^b et Dr KRISTOF MAJOR^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1765-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.981.49199

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) touche plus de 50% des personnes après 65 ans, mais reste souvent sous-diagnostiqué en raison d'une présentation atypique: les symptômes classiques (ronflements, somnolence diurne) sont moins marqués, tandis que l'insomnie est plus fréquente. Chez la personne âgée, la décision de traiter par CPAP doit reposer sur les symptômes, la qualité de vie et une évaluation gériatrique multidimensionnelle (fragilité, cognition, autonomie, préférences du patient) plutôt que sur la seule sévérité du SAOS, car ce traitement améliore principalement les symptômes et la qualité de vie, tandis que ses bénéfices cardiovasculaires et son impact sur la mortalité restent incertains.

Sleep apnea in older adults: should it always be treated?

Obstructive Sleep Apnea (OSA) affects more than 50% of people over 65 years but often remains underdiagnosed due to atypical presentation: classic symptoms (snoring, daytime sleepiness) are less pronounced, while insomnia is more frequent. In older adults, the decision to treat with CPAP should be based on symptoms, quality of life, and a comprehensive geriatric assessment (frailty, cognition, autonomy, patient preferences) rather than on OSA severity alone, as this treatment primarily improves symptoms and quality of life, while its cardiovascular benefits and impact on mortality remain uncertain.

INTRODUCTION

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est très fréquent, mais demeure sous-diagnostiqué et sous-traité chez les personnes âgées (PA). Dans cette population, il est associé à une morbidité cardiovasculaire, cérébrovasculaire et neurocognitive accrue, tandis que son impact causal sur la mortalité et le bénéfice du traitement restent tous deux incertains, surtout dans les formes peu symptomatiques.¹ Les données chez les sujets très âgés (>80 ans) sont limitées. Cette revue synthétise les spécificités diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du SAOS chez la PA.

Le SAOS est caractérisé par des épisodes répétés d'obstruction complète (apnée) ou partielle (hypopnée) du pharynx durant le sommeil, malgré la persistance d'efforts respiratoires. Une apnée est plus précisément définie par une diminution du signal de débit aérien $\geq 90\%$ pendant ≥ 10 secondes, tandis que l'hypopnée correspond à une diminution $\geq 30\%$

pendant ≥ 10 secondes, associée à une désaturation en oxygène $\geq 3\%$ et/ou à un micro-éveil (ME).² L'index d'apnées-hypopnées (IAH) représente le nombre moyen d'événements respiratoires (apnées et hypopnées) par heure de sommeil.

Les critères diagnostiques du SAOS et ses degrés de sévérité sont résumés dans les **tableaux 1** et **2**.

Outre les pauses respiratoires, les manifestations cliniques comprennent les ronflements, les sensations d'étouffement, un sommeil fragmenté, la transpiration nocturne, la sécheresse buccale, les céphalées matinales, la fatigue diurne, l'irritabilité et la somnolence diurne.

L'hypoxie intermittente, la fragmentation du sommeil, l'activation du système nerveux autonome et les variations répétées de pression intrathoracique peuvent favoriser le stress oxydatif, la dysfonction endothéliale et l'inflammation, contribuant ainsi à la survenue de pathologies cardiovasculaires et métaboliques.³

TABLEAU 1	Critères diagnostiques du SAOS
-----------	--------------------------------

OCST: Out-of-Center Sleep Testing (polygraphie respiratoire à domicile); PSG: polysomnographie; RERA: Respiratory Effort-Related Arousal (micro-éveil lié à un effort respiratoire); SAOS: syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Les critères sont remplis par [A et B] ou par [C]

A. Présence d'un ou plusieurs des éléments suivants:

1. Le patient rapporte une somnolence, une fatigue, une insomnie ou d'autres symptômes entraînant une altération de la qualité de vie liée au sommeil
2. Le patient se réveille avec une sensation d'étouffement ou de suffocation
3. Le conjoint ou un autre observateur rapporte un ronflement habituel, des interruptions respiratoires, ou les deux, pendant le sommeil du patient

B. La polysomnographie ou la polygraphie respiratoire met en évidence au moins 5 événements respiratoires à prédominance obstructive (apnées obstructives ou mixtes, hypopnées ou RERA) par heure de sommeil lors d'une PSG, ou par heure d'enregistrement lors d'un OCST

C. La polysomnographie ou la polygraphie respiratoire met en évidence au moins 15 événements respiratoires à prédominance obstructive (apnées obstructives ou mixtes, hypopnées ou RERA) par heure de sommeil lors d'une PSG, ou par heure d'enregistrement lors d'un OCST

(Adapté de réf.³⁵, avec autorisation).

TABLEAU 2	Sévérité du SAOS
-----------	------------------

IAH: index d'apnées-hypopnées; SAOS: syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

- SAOS léger: IAH de 5 à 14,9 événements/heure
- SAOS modéré: IAH de 15 à 29,9 événements/heure
- SAOS sévère: IAH ≥ 30 événements/heure

^aService de gériatrie et réadaptation gériatrique, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bCentre d'investigation et de recherche sur le sommeil, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne amos.ghidossi@chuv.ch | nicola.marchi@chuv.ch | raphael.heinzer@chuv.ch kristof.major@chuv.ch

En effet, le SAOS est associé à un risque accru d'hypertension artérielle, de fibrillation auriculaire, de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral, de diabète de type 2, ainsi que de troubles de l'humeur et de troubles cognitifs. La causalité et l'ampleur du risque varient toutefois selon le phénotype et l'âge.

Chez les PA, le diagnostic est plus difficile, car les symptômes typiques sont souvent absents ou attribués aux comorbidités et à leurs traitements. Les maladies cardiovasculaires sont, par ailleurs, déjà fréquentes dans cette population.

La prévalence du SAOS augmente avec l'âge (**tableau 3**),⁴ sans que les seuils usuels gardent nécessairement la même valeur pronostique chez les sujets très âgés.^{4,5}

Les autres principaux facteurs de risque sont l'obésité, le sexe masculin (avec une nette augmentation de la prévalence chez les femmes après la ménopause),⁶ les anomalies anatomiques des voies aériennes supérieures et certains médicaments sédatifs.

PARTICULARITÉS DU SAOS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Chez la PA en bonne santé, le sommeil est généralement plus fragmenté, plus léger et plus court, avec moins de sommeil lent profond et, plus modestement, de sommeil paradoxal.⁷ Le vieillissement favorise le SAOS par une augmentation de la collapsibilité pharyngée, liée notamment à l'infiltration graisseuse, à la diminution de l'activité des muscles dilateurs et à l'altération des réflexes protecteurs.⁸ Les événements obstructifs peuvent être plus longs et associés à des désaturations en oxygène plus prolongées.⁹

Chez la PA, les ronflements, la fatigue et la somnolence diurne peuvent être moins marqués, ou confondus avec les comorbidités et leurs traitements. À l'inverse, l'insomnie est plus fréquente.⁸ La nycturie peut également accompagner le SAOS, mais sa valeur discriminante reste faible chez les PA.⁸

Les apnées centrales, et notamment la respiration de Cheyne-Stokes, constituent un diagnostic différentiel important: elles touchent 25 à 69% des patients atteints d'insuffisance cardiaque selon les séries et peuvent coexister avec un SAOS.¹⁰ Leur mécanisme, leur pronostic et leur traitement diffèrent de ceux du SAOS (cet aspect n'est cependant pas abordé dans la présente revue).

TABLEAU 3

Prévalence du SAOS selon l'âge et le sexe

IAH: index d'apnées-hypopnées; SAOS: syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Sévérité	Hommes		Femmes	
	≥ 40 à 59 ans	≥ 60 ans	≥ 40 à 59 ans	≥ 60 ans
SAOS modéré à sévère (IAH ≥ 15/heure)	39,6%	64,7%	13,9%	35,2%
SAOS sévère (IAH ≥ 30/heure)	15,2%	32,1%	1,6%	13,6%

(Adapté de réf.⁴).

DÉPISTAGE

Les outils usuels de dépistage du SAOS sont les questionnaires NoSAS et STOP-Bang, ainsi que le questionnaire de Berlin.¹¹ Leur performance est limitée chez la PA, ce qui contribue au sous-diagnostic du SAOS dans cette population.¹¹

Dans une étude comparant cinq outils, les performances sont restées modestes. Le questionnaire GOAL discriminait mieux les seuils d'IAH ≥ 5 et ≥ 15 /heure, tandis que le questionnaire de Berlin était plus performant pour un IAH ≥ 30/heure.¹¹ Aucun questionnaire ne permet donc, à lui seul, de poser ou d'exclure le diagnostic. La spécificité du NoSAS, pourtant performant dans la population générale, diminue notamment avec l'âge.¹²

L'échelle de somnolence d'Epworth (ESS), non validée spécifiquement chez la PA et peu sensible dans ce contexte, ne doit pas être utilisée seule pour le dépistage.¹¹

DIAGNOSTIC

La polysomnographie en laboratoire reste l'examen diagnostique de référence. Elle renseigne sur l'architecture du sommeil, les ME, les mouvements périodiques des membres et d'autres troubles respiratoires, notamment les apnées centrales et la respiration de Cheyne-Stokes. Plus contraignante et moins accessible, elle peut être mal tolérée, mais doit être privilégiée en cas de multimorbidité, d'insomnie sévère, de suspicion d'apnées centrales ou d'hypoventilation, ou lorsque la polygraphie respiratoire à domicile est négative ou non concluante malgré une forte suspicion clinique.

La polygraphie respiratoire à domicile est une alternative chez un patient sans comorbidité complexe et avec une forte suspicion de SAOS modéré à sévère. Comme elle ne mesure pas directement le temps de sommeil ni les ME, elle peut sous-estimer l'IAH lorsque le temps estimé de sommeil (qui correspond souvent au temps passé immobile) dépasse significativement le temps réel de sommeil, ou lorsque le sujet présente fréquemment des hypopnées associées à des ME, mais non à des désaturations en oxygène. La pose peut aussi être difficile en présence de troubles cognitifs ou moteurs.

TRAITEMENT

Indications de traitement

Selon les recommandations de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie, l'indication ne repose pas sur l'IAH seul, mais sur une évaluation globale intégrant les symptômes, les comorbidités, les désaturations, la durée des événements et la qualité du sommeil. Un traitement est indiqué en cas de SAOS sévère, de SAOS modéré symptomatique ou associé à des facteurs de risque ou des comorbidités cardiovasculaires, et de SAOS léger uniquement en présence d'une somnolence diurne significative altérant la qualité de vie ou la conduite, après l'exclusion d'une autre cause.¹³

Une fois l'indication retenue, l'utilisation d'une CPAP est la modalité de référence.¹⁴ Les recommandations suisses préco-

nisent une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) en première intention dans le SAOS léger à modéré, ou dans le SAOS sévère après échec de la CPAP.¹³

Chez la PA, un IAH élevé peut être peu symptomatique et les bénéfices démontrés concernent surtout les symptômes et la qualité de vie. Les effets cardiovasculaires et cognitifs, et l'impact sur la mortalité restent cependant incertains, particulièrement dans le SAOS modéré asymptomatique. La décision doit donc intégrer les aspects suivants: fragilité, cognition, autonomie, dextérité, soutien de l'entourage, espérance de vie et objectifs du patient.⁵

À titre complémentaire, l'approche suédoise recommande, après 65 ans, un traitement chez les patients symptomatiques, quelle que soit la sévérité du SAOS, ou chez le patient asymptomatique avec un IAH ≥ 30 /heure et une comorbidité insuffisamment contrôlée.¹⁵

Chez un patient très âgé ou peu symptomatique, un essai thérapeutique limité dans le temps peut être proposé si des objectifs cliniques ou fonctionnels sont définis avec le patient.⁵

L'efficacité, la tolérance et l'atteinte de ces objectifs doivent être réévaluées après environ trois mois: en l'absence de bénéfice ressentis dans un SAOS léger à modéré, l'indication doit être rediscutée avec un spécialiste du sommeil.¹³

OBSERVANCE

Une utilisation d'au moins quatre heures par nuit est considérée comme le seuil d'observance minimale de la CPAP. Néanmoins, les bénéfices cliniques sont d'autant plus importants que la durée et la fréquence d'utilisation sont élevées. Les données d'observance après 80 ans sont contradictoires selon les cohortes,^{1,16,17} et un trouble cognitif léger amnésique n'exclut pas une bonne observance si l'accompagnement est adapté.¹⁸ L'âge seul ne prédit donc pas une mauvaise observance.

La fragilité ne doit pas conduire à exclure systématiquement la CPAP.¹⁹ Dans une analyse post hoc de l'étude SAVE, elle était associée à un risque cardiovasculaire plus élevé, mais ne modifiait ni l'observance ni l'effet cardiovasculaire de la CPAP. L'âge moyen de 61 ans limite toutefois l'extrapolation aux sujets très âgés.²⁰

Les bénéfices suivent une relation dose-réponse continue: certains apparaissent en dessous de quatre heures par nuit, tandis que d'autres nécessitent une utilisation plus prolongée.²¹ Les facteurs de risque pour une faible observance incluent un SAOS peu symptomatique, l'isolement, les déficits sensoriels ou cognitifs, les comorbidités et une dextérité réduite.⁵ L'éducation, le choix de l'interface, l'humidification, la télésurveillance et l'aide de l'entourage doivent être adaptés.

EFFICACITÉ ET IMPACT CLINIQUE DE LA CPAP CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS

Les études incluent surtout des patients de 65 à 80 ans. Les données au-delà de 80 ans restent très limitées. Les essais

contrôlés randomisés (ECR) et les études observationnelles divergent, en partie en raison de biais de sélection et de différences d'observance. Les patients très symptomatiques, fragiles, très âgés ou à haut risque cardiovasculaire sont souvent sous-représentés, ce qui limite la généralisation des résultats.⁵

Impact sur la somnolence diurne

Chez les patients âgés de 65 à 80 ans, plusieurs ECR montrent une diminution de la somnolence sous CPAP dans le SAOS modéré à sévère.²² Au-delà de 80 ans, une analyse groupée à trois mois a montré une forte réduction de l'IAH, mais n'a pas démontré d'amélioration significative de l'ESS ni des autres critères cliniques, malgré une utilisation moyenne de 4,3 heures par nuit.²³

Impact sur la qualité de vie

Une méta-analyse récente suggère que la CPAP améliore la somnolence et plusieurs domaines du Quebec Sleep Questionnaire chez les PA, mais avec un niveau de preuve faible et des effets plus modestes sur l'anxiété, la dépression et les interactions sociales.²⁴

Impact sur les fonctions cognitives

Chez la PA, le SAOS sévère est associé à de moins bonnes performances cognitives, notamment dans les domaines de l'attention, de la vitesse de traitement de l'information et des fonctions exécutives.²⁵ Le SAOS pourrait aussi contribuer à un déclin cognitif plus rapide, particulièrement lorsqu'il s'accompagne d'une hypoxémie nocturne importante.²⁶ Cette relation est cependant complexe et peut être modulée par des facteurs génétiques (par exemple, l'apolipoprotéine E4), le sexe, les comorbidités et certaines caractéristiques physiologiques du SAOS, telles que la charge hypoxique ou les altérations de l'architecture et de la microstructure du sommeil.²⁷ Les ECR évaluant l'effet de la CPAP sur la cognition chez les PA montrent des résultats contrastés: aucun bénéfice cognitif n'a été observé dans l'étude PREDICT,²⁸ dans le SAOS modéré chez les patients de plus de 70 ans²² ou chez les sujets âgés d'au moins 80 ans,²³ tandis que de modestes améliorations de la vitesse de traitement de l'information et des fonctions exécutives ont été rapportées dans le SAOS sévère après 70 ans.²⁹ Les caractéristiques des patients les plus susceptibles de tirer un bénéfice cognitif du traitement par CPAP restent à préciser.³⁰

Impact cardiovasculaire

Chez les PA, les données observationnelles et certaines méta-analyses suggèrent moins de récurrences d'accidents vasculaires cérébraux lorsque la CPAP est bien utilisée, mais les ECR n'ont pas démontré de réduction certaine des événements cardiovasculaires. Dans une cohorte de 888835 bénéficiaires de Medicare de plus de 65 ans, l'utilisation de la CPAP était associée à moins d'événements cardiovasculaires majeurs et de décès, sans qu'un effet causal puisse être démontré.³¹ Le SAOS léger à modéré n'était pas associé à un risque cardiovasculaire accru après 60 ans dans une autre cohorte.³²

Impact sur la mortalité

Dans une cohorte en population générale, le SAOS léger à modéré était associé à une mortalité accrue avant 60 ans (Hazard Ratio (HR): 1,59; intervalle de confiance (IC) 95%: 1,08-2,04), mais pas après 60 ans (HR: 1,05; IC 95%: 0,80-1,39).³³ Ces résultats ne justifient pas à eux seuls des seuils d'IAH différents selon l'âge, mais soulignent l'incertitude pronostique. Chez les PA atteints d'un SAOS sévère, certaines études observationnelles associent la CPAP à une mortalité moindre. Les ECR, plus courts et sélectionnés, n'ont, quant à eux, pas démontré ce bénéfice. Cette discordance impose d'éviter toute conclusion causale.⁵

AUTRES TRAITEMENTS

Orthèses d'avancée mandibulaire

Les OAM sont une alternative validée, surtout dans le SAOS léger à modéré ou en cas de refus ou d'intolérance de la CPAP.¹³ Les données spécifiques après 65 ans sont limitées. L'édentement, les troubles temporomandibulaires et une protrusion réduite peuvent limiter leur utilisation.

Stimulation du nerf hypoglosse

Chez des patients soigneusement sélectionnés et intolérants à la CPAP, la stimulation du nerf hypoglosse peut réduire l'IAH et améliorer les symptômes. Les données spécifiques aux patients fragiles ou très âgés restent cependant très limitées.⁵

Thérapie positionnelle

Le SAOS positionnel est fréquent chez les PA et se définit par des événements respiratoires survenant principalement en décubitus dorsal.⁵ Chez les patients pouvant changer de position pendant le sommeil, la thérapie positionnelle est une option, surtout pour les SAOS légers à modérés. Cette thérapie consiste à empêcher le patient de dormir sur le dos au moyen de ceintures élastiques ou de dispositifs vibrants. Leur efficacité doit être vérifiée, mais l'observance à long terme reste variable, surtout chez les patients fragiles.

Traitements pharmacologiques

Il n'existe pas de pharmacothérapie de routine corrigeant directement l'obstruction pharyngée. Le tirzépate, double agoniste des récepteurs GIP (Glucose-Dependent Insulinotropic Polypeptide) et GLP-1 (Glucagon-Like Peptide-1) utilisé dans le traitement de l'obésité, peut réduire la sévérité du SAOS chez les patients présentant une obésité.³⁴ Les médicaments favorisant l'éveil sont réservés à la somnolence résiduelle malgré un traitement optimal. Les autres molécules restent expérimentales, avec une prudence particulière chez la PA.

Mesures complémentaires et alternatives dans le SAOS léger à modéré

Les mesures hygiénodietétiques doivent être encouragées: perte pondérale en cas de surpoids, activité aérobie et renforcement musculaire, limitation de l'alcool et des sédatifs, sevrage tabagique.

CONCLUSION

Le SAOS est très fréquent chez la PA, mais l'IAH seul ne résume ni sa gravité ni le bénéfice attendu d'un traitement. La CPAP reste le traitement de référence du SAOS modéré à sévère symptomatique et améliore surtout les symptômes et la qualité de vie. Ses effets cardiovasculaires et cognitifs, et son impact sur la mortalité demeurent incertains, notamment chez les sujets très âgés peu symptomatiques. Néanmoins, ni l'âge ni la fragilité ne constituent, à eux seuls, des motifs pour renoncer à un essai thérapeutique. La décision doit intégrer la sévérité du SAOS, les symptômes, les comorbidités, la cognition, l'autonomie, la dextérité, le soutien de l'entourage et les préférences du patient. Le suivi doit privilégier des objectifs pertinents en gériatrie (fonctionnement, humeur, cognition, risque de chute et qualité de vie) plutôt que la seule normalisation de l'IAH.

Conflit d'intérêts: N.A. Marchi et R. Heinzer sont auteurs ou co-auteurs de plusieurs publications citées dans cette revue. Cette situation est mentionnée à titre déclaratif et ne constitue pas un conflit d'intérêts en lien avec le présent article. Les autres auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA comme aide au résumé des articles sélectionnés, et à l'amélioration de la fluidité du texte. Ils ont validé la version finale de l'article.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/4yKwM5).

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les questionnaires de dépistage usuels (NoSAS, STOP-Bang, Berlin) ont une performance limitée chez les personnes âgées et ne permettent pas d'exclure le diagnostic. Une suspicion clinique justifie une investigation objective.
- La CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) améliore surtout les symptômes et la qualité de vie chez les patients symptomatiques. Ses bénéfices cardiovasculaires, cognitifs et sur la mortalité restent incertains chez les sujets très âgés peu symptomatiques.
- L'âge et la fragilité ne sont pas des contre-indications à la CPAP.
- L'adhésion du traitement est comparable à celle des sujets plus jeunes.
- Chez les patients très âgés ou peu symptomatiques, un essai de trois mois avec des objectifs prédéfinis peut être proposé.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

Les données utilisées pour cette revue narrative ont été identifiées par une recherche dans Medline (via PubMed) des articles publiés en anglais et français depuis 2000, utilisant les termes («elderly» OR «older adults») AND («obstructive sleep apnea» OR «OSA»), combinés par les opérateurs booléens. La recherche a été complétée par un examen manuel des bibliographies des articles clés. Les articles ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence clinique et de leur qualité méthodologique, en privilégiant les essais contrôlés randomisés, les méta-analyses, les lignes directrices, et les études de cohorte de grande taille. Les thèmes couverts ont inclus: l'épidémiologie du SAOS chez la personne âgée, les particularités diagnostiques, les options thérapeutiques, l'impact cardiovasculaire et neurocognitif, et l'adhésion au traitement.

- 1 Joskin A, Bruyneel M. Challenges in Obstructive Sleep Apnea Management in Elderly Patients. *J Clin Med*. 2024 Dec 18;13(24):7718. DOI:10.3390/jcm13247718.
- 2 Berry RB, Budhiraja R, Gottlieb DJ, et al. Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. Deliberations of the Sleep Apnea Definitions Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*. 2012 Oct 15;8(5):597-619. DOI:10.5664/jcsm.2172.
- 3 Ahmed S, Gozal D, Khalyfa A. Mechanistic links between obstructive sleep apnea, cellular senescence and aging: The role of cardiometabolic dysfunction. *Sleep Med Rev*. 2025 Dec;84:102170. DOI:10.1016/j.smrv.2025.102170.
- 4 **Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med*. 2015 Apr;3(4):310-8. DOI:10.1016/S2213-2600(15)00043-0.
- 5 **Pengo MF, Martinez Garcia MA, Vitiello MV, Gozal D. OSA in the aging population: Diagnostic and therapeutic considerations. *Sleep Med Rev*. 2026 Apr;86:102247. DOI:10.1016/j.smrv.2026.102247.
- 6 Fonseca AL, Chheang C, Eskiloglu E, Fellrath JM, Van den Broecke S. Apnées du sommeil chez les femmes: prévalence, symptômes, phénotypes et traitement. *Rev Med Suisse*. 2025 Nov 12;21(939):2033-6.
- 7 Vitiello MV. Recent Advances in Understanding Sleep and Sleep Disturbances in Older Adults: Growing Older Does Not Mean Sleeping Poorly. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009 Dec;18(6):316-20. DOI:10.1111/j.1467-8721.2009.01659.x.
- 8 Osorio RS, Martínez-García MÁ, Rapoport DM. Sleep apnoea in the elderly: a great challenge for the future. *Eur Respir J*. 2022 Sep 24;59(4):2101649. DOI:10.1183/13993003.01649-2021.
- 9 Leppänen T, Töyräs J, Mervaala E, Penzel T, Kulkas A. Severity of individual obstruction events increases with age in patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Med*. 2017 Sep;37:32-7. DOI:10.1016/j.sleep.2017.06.004.
- 10 Javaheri S, Barbe F, Campos-Rodriguez F, et al. Sleep Apnea: Types, Mechanisms, and Clinical Cardiovascular Consequences. *J Am Coll Cardiol*. 2017 Feb 21;69(7):841-58. DOI:10.1016/j.jacc.2016.11.069.
- 11 Chen R, Zhu J, Yang Y, et al. Evaluation of five questionnaires for obstructive sleep apnea screening in the elderly. *Sci Rep*. 2025 Jan 11;15(1):1689. DOI:10.1038/s41598-025-86041-8.
- 12 Zhang Z, Yang D, Wang H, Liu X. Effects of age and sex on the performance of the NoSAS score as a screening tool for obstructive sleep apnea: a hospital-based retrospective study in China. *Sleep Breath*. 2021 Sep;25(3):1407-17. DOI:10.1007/s11325-020-02254-3.
- 13 *Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology (SSSSC). Recommandations de la SSSSC pour le diagnostic et le traitement des apnées-hypopnées du sommeil [En ligne]. Disponible sur: https://swiss-sleep.ch/wp-content/uploads/2026/02/SSSSC-sleep-apnea-recommendations_FR_version-170620-final.pdf
- 14 Patil SP, Ayappa IA, Caples SM, et al. Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea with Positive Airway Pressure: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*. 2019 Feb 15;15(2):335-43. DOI:10.5664/jcsm.7640.
- 15 Grote L, Anderberg CP, Friberg D, et al. National Knowledge-Driven Management of Obstructive Sleep Apnea—The Swedish Approach. *Diagnostics (Basel)*. 2023 Mar 20;13(6):1179. DOI:10.3390/diagnostics13061179.
- 16 Martínez-García MA, Valero-Sánchez I, Reyes-Núñez N, et al. Continuous positive airway pressure adherence declines with age in elderly obstructive sleep apnoea patients. *ERJ Open Res*. 2019 Mar 4;5(1):00178-2018. DOI:10.1183/23120541.00178-2018.
- 17 Lammintausta A, Anttalainen U, Basoglu ÖK, et al. Clinical characteristics and positive airway pressure adherence among elderly European sleep apnoea patients from the ESADA cohort. *ERJ Open Res*. 2023 May 2;9(3):00506-2022. DOI:10.1183/23120541.00506-2022.
- 18 Richards KC, Lozano AJ, Morris J, et al. Predictors of Adherence to Continuous Positive Airway Pressure in Older Adults With Apnea and Amnesic Mild Cognitive Impairment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2023 Oct 9;78(10):1861-70. DOI:10.1093/gerona/glad099.
- 19 Chair NCN, Co-chair SAI, Bliwise DL, et al. Principles of practice parameters for the treatment of sleep disordered breathing in the elderly and frail elderly: the consensus of the International Geriatric Sleep Medicine Task Force. *Eur Respir J*. 2016 Oct;48(4):992-1018. DOI:10.1183/13993003.01975-2015.
- 20 You S, Zheng D, Harris K, et al. Frailty and Recurrent Cardiovascular Events in Patients With Obstructive Sleep Apnoea: The SAVE Study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2026 Apr;17(2):e70252. DOI:10.1002/jcsm.70252.
- 21 May AM, Patel SR, Yamauchi M, et al. Moving toward Equitable Care for Sleep Apnea in the United States: Positive Airway Pressure Adherence Thresholds: An Official American Thoracic Society Policy Statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 2023 Feb 1;207(3):244-54. DOI:10.1164/rccm.202210-1846ST.
- 22 Ponce S, Pastor E, Orosa B, et al. The role of CPAP treatment in elderly patients with moderate obstructive sleep apnoea: a multicentre randomised controlled trial. *Eur Respir J*. 2019 Aug 22;54(2):1900518. DOI:10.1183/13993003.00518-2019.
- 23 **Martínez-García MA, Oscullo G, Ponce S, et al. Effect of continuous positive airway pressure in very elderly with moderate-to-severe obstructive sleep apnea pooled results from two multicenter randomized controlled trials. *Sleep Med*. 2022 Jan;89:71-7. DOI:10.1016/j.sleep.2021.11.009.
- 24 Soltaninejad F, Golastaneh R, Ghahfarokhi PI, Salmasi M, Amra B. Continuous positive airway pressure treatment for sleep apnea in elderly patients systematic review and meta-analysis. *Sleep Breath*. 2025 Jun 10;29(3):210. DOI:10.1007/s11325-025-03362-8.
- 25 Marchi NA, Berger M, Solelhac G, et al. Obstructive sleep apnea and cognitive functioning in the older general population: The moderating effect of age, sex, ApoE4, and obesity. *J Sleep Res*. 2024 Feb;33(1):e13938. DOI:10.1111/jsr.13938.
- 26 Marchi NA, Solelhac G, Berger M, et al. Obstructive sleep apnoea and 5-year cognitive decline in the elderly. *Eur Respir J*. 2023 Apr 27;61(4):2201621. DOI:10.1183/13993003.01621-2022.
- 27 Marchi NA, Allali G, Heinzer R. Obstructive sleep apnea, cognitive impairment, and dementia: is sleep microstructure an important feature? *Sleep*. 2024 Dec 1;47(12):zsae161. DOI:10.1093/sleep/zsae161.
- 28 McMillan A, Bratton DJ, Faria R, et al. Continuous positive airway pressure in older people with obstructive sleep apnoea syndrome (PREDICT): a 12-month, multicentre, randomised trial. *Lancet Respir Med*. 2014 Oct;2(10):804-12. DOI:10.1016/S2213-2600(14)70172-9.
- 29 Martínez-García MÁ, Chiner E, Hernández L, et al. Obstructive sleep apnoea in the elderly: role of continuous positive airway pressure treatment. *Eur Respir J*. 2015 Jul;46(1):142-51. DOI:10.1183/09031936.00064214.
- 30 Marchi NA, Bailly S, Ayappa I, Heinzer R. Arousal threshold and the effect of CPAP on neurocognitive function: a new step towards a precision medicine approach for treating obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J*. 2025 Feb 13;65(2):2402383. DOI:10.1183/13993003.02383-2024.
- 31 *Mazzotti DR, Waitman LR, Miller J, et al. Positive Airway Pressure, Mortality, and Cardiovascular Risk in Older Adults With Sleep Apnea. *JAMA Netw Open*. 2024 Sep 3;7(9):e2432468. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2024.32468.
- 32 Vgontzas AN, He F, Fernandez-Mendoza J, et al. Age-related differences in the association of mild-to-moderate sleep apnea with incident cardiovascular and cerebrovascular diseases. *Sleep Med*. 2024 Jan;113:306-12. DOI:10.1016/j.sleep.2023.11.1133.
- 33 *Vgontzas AN, Karagkouni E, He F, et al. Mild-to-moderate obstructive sleep apnea and mortality risk in a general population sample: The modifying effect of age and cardiovascular/cerebrovascular comorbidity. *J Sleep Res*. 2024 May;33(3):e13944. DOI:10.1111/jsr.13944.
- 34 Malhotra A, Grunstein RR, Fietze I, et al. Tirzepatide for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Obesity. *N Engl J Med*. 2024 Oct 3;391(13):1193-205. DOI:10.1056/NEJMoa2404881.
- 35 American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed., text revision. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2023.

* à lire

** à lire absolument

Droits des patients avec et sans placement à des fins d'assistance

Dr BENJAMIN LAVIGNE^a, Dre CAMILLE JANTZI^{b,c}, Dr GEORGES KLEIN^d, Dr STÉPHANE MORANDI^e, Pr PHILIPPE DELACRAUSAZ^{a,f} et Dr GRÉGORIE YERSIN^d

Rev Med Suisse 2026; 22: 1770-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.981.48774

Le droit suisse de la protection de l'adulte vise à concilier protection des personnes vulnérables et respect de leur autonomie. En pratique clinique, la distinction entre les personnes admises volontairement et celles placées à des fins d'assistance (PAFA) demeure complexe, avec un risque d'erreurs administratives ou d'atteintes aux droits fondamentaux des patients. Lorsqu'elles sont admises volontairement, la prise en charge des personnes concernées repose en premier lieu sur leur consentement. En cas d'incapacité à consentir, une cascade décisionnelle est prévue par le Code civil et il est attendu du médecin qu'il s'y réfère pour prendre les décisions relatives à la prise en charge de la personne. Lorsqu'une mesure de PAFA est prononcée, des règles spécifiques qui sont détaillées dans cet article s'appliquent.

Patients' rights with and without placement for purposes of assistance

Swiss adult protection law aims to balance the protection of vulnerable individuals with respect for their autonomy. In clinical practice, the distinction between voluntary admission and placement for purposes of assistance (PAFA) remains complex, with a risk of administrative errors or infringements of patients' fundamental rights. When patients are admitted voluntarily, care is primarily based on their consent. In cases of lack of capacity of judgment, a decision-making cascade is provided by the Civil Code, which physicians are expected to follow when making care-related decisions. When a PAFA measure is ordered, specific rules apply, as outlined in this article.

INTRODUCTION

En Suisse, les droits des patients sont régis par le Code civil (CC), en particulier dans sa troisième partie relative à la protection de l'adulte. Le législateur y prévoit des mesures visant à préserver l'autonomie décisionnelle, notamment en cas d'incapacité de discernement. Les services hospitaliers et foyers psychiatriques ou (psycho)gériatriques accueillent régulièrement des personnes sans leur consentement, sous le régime du placement à des fins d'assistance (PAFA). Si ces personnes conservent des droits, ce régime impose néanmoins des modalités distinctes de celles des admissions

volontaires. Cette distinction peut s'avérer difficile en pratique, exposant à des démarches inappropriées ou à une atteinte aux droits.

Cet article propose une synthèse des droits des personnes admises avec ou sans PAFA afin d'en clarifier l'application en clinique (**figure 1**).

CONTEXTE

Un placement à des fins d'assistance (PAFA) ne peut être ordonné que lorsqu'une personne, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, nécessite une assistance ou un traitement qui ne peuvent lui être fournis autrement que dans une institution appropriée (art. 426, al. 1 CC). Les *troubles psychiques* incluent notamment les pathologies psychiatriques, les démences et les dépendances.¹⁻³ Les *déficiences mentales* désignent les altérations de l'intelligence congénitales ou acquises.¹⁻³ Le Tribunal fédéral (TF) définit le *grave état d'abandon* comme «un état de déchéance qui n'est plus conciliable avec la dignité humaine».^{2,4}

Le PAFA peut être ordonné par les Autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) ou par un médecin habilité par les lois cantonales d'application du CC (art. 428 et 429 CC). Dans ce dernier cas, sa durée est limitée selon le droit cantonal et selon le droit fédéral à six semaines au maximum, sauf prolongation par l'APEA. Il doit ensuite être réévalué périodiquement.

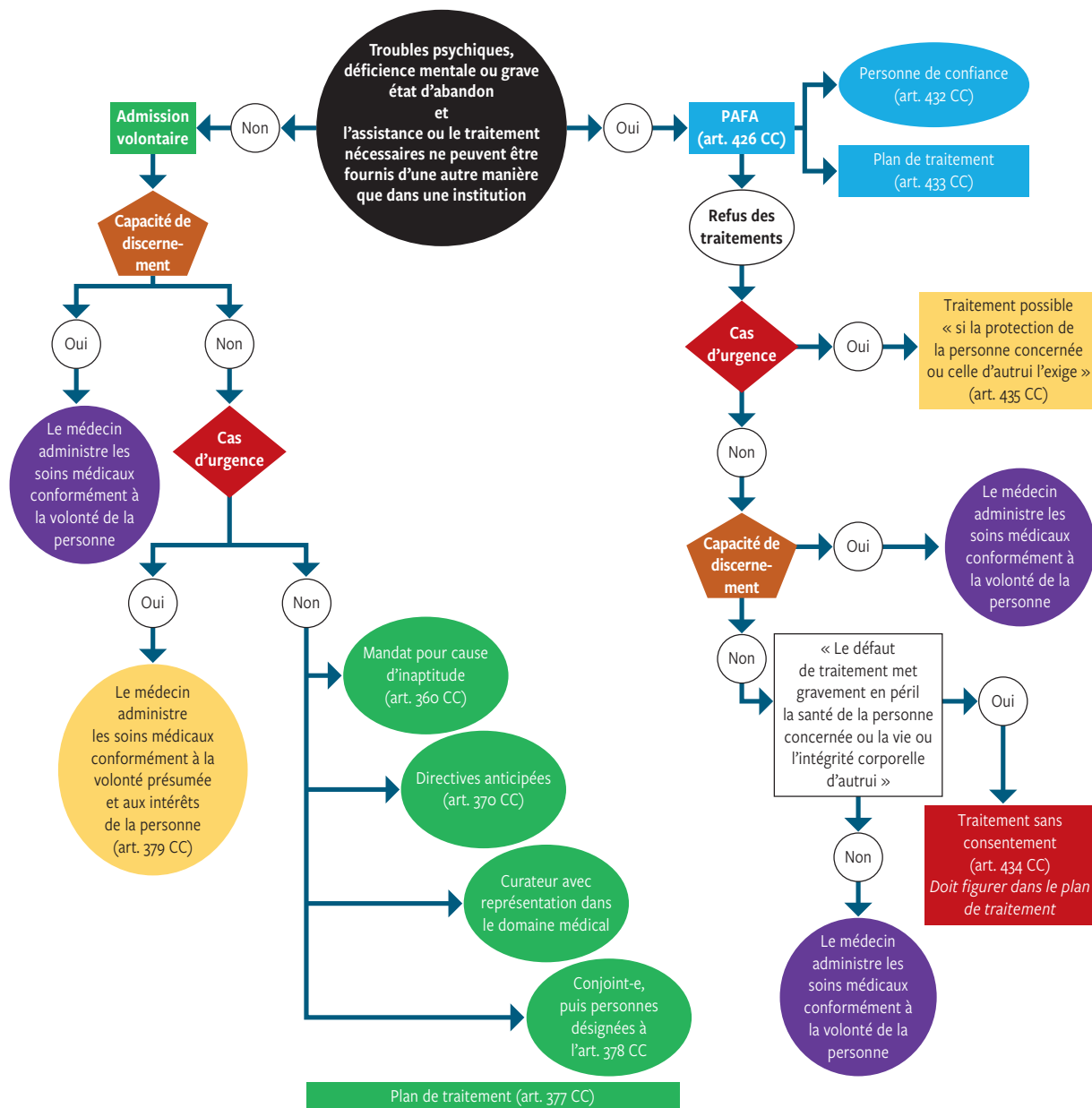
Comme pour toutes les mesures de protection de l'adulte, le principe de proportionnalité est essentiel: le PAFA constitue un ultima ratio, justifié lorsque les risques en l'absence de soins sont importants et qu'aucune alternative moins restrictive n'est possible. La Loi (art. 426 al. 2 CC) prévoit également que la charge que la personne représente pour ses proches, tout comme leur protection soient prises en considération, sans que la sécurité publique constitue un objectif premier. Enfin, une mesure de PAFA doit être exécutée dans une institution appropriée, c'est-à-dire permettant de remplir l'objectif ayant conduit à son prononcé. Il ne s'agit pas nécessairement d'un hôpital ni d'une institution fermée; il peut notamment s'agir d'un foyer psychiatrique ou (psycho)gériatrique. À l'inverse, une unité hospitalière destinée aux adultes ne constitue pas une institution appropriée pour un enfant ou un adolescent.

Ainsi, une opposition aux soins associée aux critères légaux cumulatifs peut justifier un PAFA, si les soins sont indis-

^aInstitut de psychiatrie légale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1008 Prilly, ^bUnité de psychiatrie légale, Centre universitaire romand de médecine légale, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cFaculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^dService d'expertises psychiatriques, Institut central des hôpitaux, Hôpital du Valais, 1951 Sion, ^eService de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^fFaculté de droit, des sciences criminelles et d'administration publique, Université de Lausanne, 1015 Chavannes-près-Renens
benjamin.lavigne@chuv.ch | camille.jantzi@hug.ch | georges.klein@hopitalvs.ch
stephane.morandi@chuv.ch | philippe.delacrausaz@chuv.ch | gregory.yersin@hopitalvs.ch

FIG 1 Droits des personnes admises avec ou sans PAFA

PAFA: placement à des fins d'assistance.



pensables et proportionnés. L'incapacité de discernement (art. 16 CC) n'en constitue pas un critère.

DROITS DES PATIENTS INSTITUTIONNALISÉS VOLONTAIREMENT

Conformément au principe de subsidiarité découlant de l'art. 426 CC, un PAFA ne se justifie pas lorsque la prise en charge peut être assurée sur une base volontaire, en particulier lorsque la personne concernée accepte son séjour institutionnel ou ne manifeste pas le souhait de quitter l'établissement, indépendamment de sa capacité de discernement à cet égard.

Le traitement d'une personne capable de discernement implique que le médecin administre les soins conformément à la volonté de la personne concernée en lui présentant les alternatives de manière claire, loyale et appropriée. Pour ce qui est du traitement d'une personne incapable de discernement, le CC prévoit une sorte de cascade décisionnelle que le médecin doit respecter (art. 378 CC).

Cas d'urgence (art. 379 CC)

En cas d'urgence, le médecin peut administrer des soins médicaux à une personne incapable de discernement. La notion d'urgence est ici à entendre au sens où « le temps qui

serait matériellement nécessaire pour obtenir le consentement de l'intéressé [...] ou pour [lui] fournir [...] l'information à laquelle il a normalement le droit [fait défaut]». ² Dans la mesure du possible, le médecin doit néanmoins agir conformément à la volonté présumée de la personne et à ses intérêts, tout en l'associant au processus de décision (art. 377, al. 3 et 379 CC).

Mandat pour cause d'incapacité (art. 360-369 CC)

Le mandat pour cause d'incapacité peut être constitué par toute personne ayant l'exercice de ses droits civils, c'est-à-dire majeure et disposant de sa capacité de discernement. Le mandant charge une tierce personne, le mandataire, de le représenter et de lui fournir une assistance personnelle au cas où il deviendrait incapable de discernement. La portée de ce mandat peut donc dépasser les strictes questions de santé. Cette possibilité reste cependant sous-utilisée. ⁵ Une des difficultés pour le déploiement de ce mandat réside en effet dans le fait qu'il appartient au mandant de prendre les dispositions nécessaires afin de s'assurer qu'en cas d'incapacité de discernement, l'existence dudit mandat soit connue. Lorsqu'il prend en charge une personne incapable de discernement et ignore si elle a rédigé des directives anticipées, le médecin doit toutefois s'enquérir de leur existence en consultant sa carte d'assurée (art. 372, al. 1 CC). À noter qu'un mandat pour cause d'incapacité, dont les tâches confiées au mandataire relèvent du domaine médical, doit être considéré comme une forme de directives anticipées. ²

Directives anticipées (art. 370-373 CC)

Les directives anticipées sont également rédigées par une personne capable de discernement. Elles ont pour objet les traitements médicaux auxquels cette dernière consentirait ou non, dans le cas où elle deviendrait incapable de discernement. Ces directives peuvent également désigner un tiers amené à la représenter en cas d'incapacité de discernement: le *représentant thérapeutique*. Ce dernier n'a pas pour mission de donner son avis personnel, mais bien d'agir conformément à ce que la personne incapable aurait souhaité et exprimer sa volonté présumée. ² Le médecin est tenu de suivre les directives anticipées et, par extension, les décisions du représentant thérapeutique. Bien que le CC ne prévoie pas de limitation temporelle de leur validité, leur révision périodique est encouragée, afin de s'assurer qu'elles reflètent toujours la volonté de la personne. Toutefois, une telle actualisation ne permet pas de lever l'ensemble des difficultés. L'une d'entre elles, notamment dans le cadre des maladies neurocognitives, consiste en la possible évolution de la volonté de la personne entre le moment où elle a rédigé ses directives anticipées et le moment où ces directives doivent être appliquées. ⁶

Curatelle de représentation (art. 394 CC)

Parmi les différents types de curatelle existants, l'APEA peut ordonner une curatelle de représentation, en particulier dans le domaine de la santé. S'il n'existe ni mandat pour cause d'incapacité ni directives anticipées et qu'une telle mesure a été ordonnée, c'est le curateur, s'il est chargé des questions de santé, qui est considéré comme le représentant thérapeutique de la personne incapable de discernement, et ce, avant toute

autre personne, y compris les membres de la famille. Par ailleurs, la curatelle de portée générale, par définition, comprend le domaine de la santé.

Représentation par le conjoint, le partenaire enregistré ou un membre de la famille

Lorsqu'une personne incapable de discernement n'a pas constitué de mandat pour cause d'incapacité, rédigé de directives anticipées et que sa représentation n'est pas établie, son conjoint ou son partenaire enregistré peut légalement la représenter, notamment pour les questions de santé, dès lors qu'il vit avec elle ou qu'il lui fournit une assistance régulière (art. 374 CC). En l'absence de conjoint-e ou de partenaire enregistré-e, le CC spécifie les personnes habilitées à représenter la personne incapable de discernement (art. 378 al. 1 CC). Il s'agit, dans l'ordre, de:

- La personne qui fait ménage commun avec elle.
- Ses descendants.
- Ses père et mère.
- Ses frères et sœurs.

Le CC est par ailleurs explicite sur le fait qu'au-delà du statut familial, c'est bien la notion de «fournir une assistance personnelle régulière» qui importe. Toutefois, en cas de doute important ou de désaccord manifeste entre les représentants, il convient de signaler la situation à l'APEA.

Plan de traitement (art. 377 CC)

Le médecin traitant est tenu d'établir un plan de traitement avec le concours du représentant thérapeutique dès lors qu'une personne incapable de discernement doit recevoir des soins médicaux. Le CC prévoit que celui-ci expose «tous les aspects pertinents du traitement envisagé, notamment [...] ses raisons, son but, sa nature, ses modalités, ses risques et effets secondaires, son coût, ainsi que sur les conséquences d'un défaut de traitement et [...] l'existence d'autres traitements» (art. 377 CC). Il s'agit que le représentant thérapeutique soit «suffisamment renseigné». ² L'art. 377 CC précise aussi que le patient incapable de discernement doit, autant que possible, être intégré dans le processus décisionnel.

DROITS DES PERSONNES PLACÉES À DES FINS D'ASSISTANCE (PAFA)

Une personne placée doit être libérée dès que les conditions du PAFA ne sont plus réunies (art. 426 al. 3 CC). Par ailleurs, un PAFA, un traitement sans consentement ou toute mesure limitant la liberté de mouvement (**tableau 1**) peut faire l'objet d'un appel au juge par la personne concernée, sa personne de confiance ou un proche (art. 439 CC). Enfin, les éventuelles directives anticipées d'une personne placée doivent être prises en considération, bien qu'elles ne soient pas contraignantes pour le médecin dans ce contexte.

Personne de confiance (art. 432 CC)

Le législateur donne le droit à la personne placée de faire appel à la personne de confiance de son choix pour l'assister et la soutenir durant toute la durée du PAFA. Sa désignation

TABLEAU 1

Mesures limitant la liberté de mouvement dans le cadre du PAFA

Selon art. 438 et 383 CC.

PAFA: placement à des fins d'assistance.

Quelle que soit la cause pour laquelle le PAFA a été prononcé, des mesures limitant la liberté de mouvement (isolement, contentions mécaniques, etc.) peuvent être imposées à la personne concernée aux conditions cumulatives suivantes:

1. La personne concernée est incapable de discernement par rapport à l'objectif visé.
 2. Des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent a priori insuffisantes.
 3. La contrainte vise à prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers ou elle vise à faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire.
- Ces mesures doivent avoir, au préalable, été explicitées dans le plan de traitement. Elles doivent être proportionnées, faire l'objet d'un protocole écrit, être réévaluées «à intervalles réguliers», et levées dès que possible. La personne de confiance doit en être informée.

requiert le discernement de la personne concernée au moment de son choix, mais ce dernier devrait toutefois être «admis largement compte tenu du but protecteur de l'institution». ⁷ La personne placée doit être informée de ce droit et le médecin en charge doit intégrer la personne de confiance dans la prise en charge. Cette fonction diffère de celle de représentant thérapeutique. En effet, contrairement à ce dernier, la personne de confiance n'est pas habilitée à représenter la personne concernée. Son rôle se limite à l'accompagner et la soutenir (par exemple, pour faire recours) tout au long du PAFA. Il prend fin au moment où la mesure est levée. Il faut également préciser que le champ d'application des représentants thérapeutiques selon l'art. 378 CC est limité lorsque la personne qu'ils représentent est placée sous le régime du PAFA. ² Ceux-ci ne sont par exemple pas habilités à consentir ou à s'opposer, au nom de la personne qu'ils représentent, au traitement des troubles psychiatriques. Ils conservent en revanche leur compétence pour les autres soins médicaux, notamment somatiques.

Plan de traitement (art. 433 CC)

Lors d'un PAFA prononcé en raison d'un trouble psychique, le médecin en charge est tenu d'établir un plan de traitement. Ce document doit renseigner les éléments essentiels du traitement médical: alternatives thérapeutiques, indications, objectifs, modalités, risques et effets secondaires éventuels, ainsi que les conséquences d'un défaut de soins. Le contexte d'un éventuel traitement sans consentement doit y être explicité dans le cas où il pourrait être secondairement envisagé.

Traitement sans consentement (art. 434 CC)

Aux conditions cumulatives suivantes et dans le cas d'un PAFA prononcé en raison d'un trouble psychique, le médecin-chef du service concerné peut prescrire un traitement contraint (qui doit alors figurer dans le plan de traitement) uniquement si: a) sans celui-ci, la santé de la personne concernée, la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui est gravement mise en péril; b) la personne concernée est incapable de discernement par rapport à l'objectif visé et c) qu'il n'existe pas de mesures appropriées moins rigoureuses. ¹ Ces trois conditions doivent être présentes, de manière cumulative. La décision de traitement sans consentement doit être commu-

niquée par écrit à la personne concernée avec une copie à sa personne de confiance. En cas d'absence du médecin-chef, ce traitement peut être prescrit par le médecin qui le remplace. ^{4,8} Il ne doit toutefois pas s'agir du médecin traitant de la personne au sein de l'institution. ²

Traitement en cas d'urgence (art. 435 CC)

Lorsque «fait défaut le temps qui serait matériellement nécessaire pour obtenir le consentement de l'intéressé ou pour lui fournir l'information à laquelle il a normalement droit», ² les soins médicaux indispensables peuvent être administrés immédiatement si la protection de la personne concernée ou celle d'autrui l'exige. La volonté de la personne concernée doit être prise en considération si elle est connue. Ce traitement peut être prescrit par le médecin traitant au sein de l'institution. Le régime d'urgence propre au PAFA (art. 435 CC) doit toutefois être distingué de celui de l'art. 379 CC. Cette distinction, perceptible dans la version allemande du Code civil («Notfall» à l'art. 435 CC et «dringlicher Fall» à l'art. 379 CC), ne repose pas uniquement sur une notion temporelle: l'art. 379 CC couvre non seulement l'urgence au sens strict, mais également les situations dans lesquelles la décision du représentant thérapeutique ne peut être obtenue à temps, par exemple parce qu'il n'est pas disponible ou doit encore être désigné, ou lorsque le report des soins exposerait la personne à un risque important pour sa santé. L'art. 435 CC vise plus spécifiquement l'urgence au sens strict dans le cadre du PAFA: des soins indispensables doivent pouvoir être administrés immédiatement lorsqu'un danger aigu lié au trouble psychique menace la personne concernée ou des tiers.

Entretien de sortie (art. 436 CC)

S'il existe un risque de «récidive» au sens d'une rechute de la maladie, le médecin traitant doit réaliser un entretien de sortie au moment de la levée du PAFA afin de tenter de prévoir comment la personne concernée entendrait être traitée en cas de PAFA subséquent. Les résultats de cet entretien doivent être consignés au dossier.

CONCLUSION

Le droit suisse de la protection de l'adulte vise à concilier protection des personnes vulnérables et respect de leur autonomie. Dans ce cadre, le PAFA constitue une mesure exceptionnelle, régie par les principes de subsidiarité et de proportionnalité, qui ne peut se substituer à une prise en charge volontaire. La distinction entre ces régimes est centrale.

La pratique clinique révèle la complexité du dispositif, notamment lorsque la capacité de discernement fluctue, que le consentement est incertain et que les instruments anticipatifs restent peu mobilisés. Elle souligne aussi l'importance de la hiérarchie des mécanismes de représentation et du rôle des différents intervenants.

La privation de liberté n'autorise pas une restriction induite des droits fondamentaux. Le PAFA limite principalement la

liberté de mouvement, tandis que les autres droits sont maintenus.² En l'absence d'incapacité de discernement, le consentement doit être recherché.

Une meilleure connaissance des outils juridiques et une sensibilisation accrue des professionnels et des personnes concernées apparaissent essentielles pour renforcer le respect de l'autonomie.

Conflits d'intérêts: les auteur·rice·s n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteur·rice·s ont déclaré avoir utilisé l'IA ponctuellement pour reformuler certains passages et effectuer un contrôle grammatical et orthographique; le contenu final a été vérifié et validé par les auteur·rice·s.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

ORCID ID:

B. Lavigne: <https://orcid.org/0009-0008-1722-3127>

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

- Le clinicien doit distinguer clairement l'admission volontaire du placement à des fins d'assistance (PAFA), qui relèvent de régimes juridiques distincts.
- En l'absence de PAFA, la prise en charge d'une personne incapable de discernement respecte les directives anticipées et la hiérarchie légale des représentants.
- Dans le cadre du PAFA, un plan de traitement est requis; la personne de confiance est associée et le traitement sans consentement est soumis à des conditions strictes.
- Le respect des droits du patient doit être assuré, quel que soit le mode d'admission.
- Une bonne connaissance du cadre légal limite les erreurs et prévient les atteintes aux droits fondamentaux.

1 Affolter K, Biderbost Y, Häfeli C, et al. Droit de la protection de l'adulte – Guide pratique (avec modèles) = Praxisanleitung Erwachsenenschutzrecht (mit Mustern). Zurich: Dike; 2012.

2 **Meier P. Droit de la protection de l'adulte. 2^e éd. Zurich: Schulthess Verlag; 2022.

3 Fountoulakis C, Steinauer PH. Droit des personnes physiques et de la

protection de l'adulte. Berne: Stämpfli Editions; 2014.

4 Conseil des États. Bulletin officiel du Conseil des États (BOCE). In: Assemblée fédérale. Berne: Le Parlement suisse; 2007.

5 **Cattagni Kleiner A, Santos-Eggimann B, Seematter-Bagnoud L. Directives anticipées, représentant thérapeutique et mandat pour cause d'incapacité:

connaissance, utilisation et perception chez les personnes âgées. Lausanne: Unisanté; 2016. Report No.: 263.

6 **Vernaudon J, Nowogorska A. Advance care planning, une aide à l'anticipation dans les maladies d'Alzheimer et apparentées. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2025 Mar;23(1):124-9.

7 *Meier P. Droit de la protection de

l'adulte. Genève, Zurich, Bâle: Stchuthess Verlag; 2016.

8 ATF 143 III 337. Tribunal fédéral; 2017. www.bger.ch/ext/eurospider/live/fr/php/clir/http/index.php?highlight_doid=atf%3A%2F%2F143-III-337%3Afr&lang=fr&zoom=&type=show_document

* à lire

** à lire absolument

Du SOPK au SMOP: rouages d'un syndrome multifactoriel

NORAH ANASTASI, CORENTIN BEINIER, MAË T. GUIAKORA, EMIRA KALIC, CHLOÉ LEROY, ALIXIA BOURBON et Dre JACKIE PERRIN

Rev Med Suisse 2026; 22: 1775-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.981.49040

INTRODUCTION

Ce que la puberté révèle, l'enfance le prépare. Selon une étude menée chez la souris et publiée en 2025 dans la revue scientifique *Cell Metabolism*, une exposition excessive et précoce à l'hormone antimüllérienne (AMH) induit à l'âge adulte des symptômes comparables à ceux observés dans le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).¹ Les chercheurs ont identifié une piste thérapeutique pour enrayer cette programmation: un anticorps dirigé spécifiquement contre le récepteur de l'AMH. Administree pendant la minipuberté (voir ci-dessous), cette molécule empêche l'apparition du SOPK chez les souris à l'âge adulte. Bloquer l'action de l'AMH en ciblant son récepteur pourrait ainsi ouvrir la voie à une approche préventive et innovante contre ce syndrome.

SYSTÈME DÉFAILLANT

Le SOPK, récemment renommé syndrome métabolique, ovarien et polyendocrinien (SMOP),² représente aujourd'hui la principale cause d'infertilité féminine, touchant dans le monde 11 à 13% des femmes en âge de procréer.³ Le diagnostic repose sur les critères de Rotterdam, incluant l'hyperandrogénisme, la dysfonction ovulatoire et la morphologie polykystique des ovaires.⁴ Au-delà de ces caractéristiques, le syndrome s'accompagne fréquemment de perturbations métaboliques, telles qu'une résistance à l'insuline et des risques d'obésité, reflétant sa nature multifactorielle.⁵ À ce jour, l'origine du SMOP reste difficile à déterminer, limitant les approches thérapeutiques à une prise en charge symptomatique, sans possibilité réelle de guérison.⁵ De nouvelles pistes de recherche portent sur la minipuberté, une étape physiologique de la vie du nourrisson durant laquelle l'axe hormonal contrôlant le fonctionnement des organes reproducteurs s'active transitoirement. Cette période

pourrait constituer une phase critique au cours de laquelle un taux élevé d'AMH programmerait le SMOP.

ORIGINE DU DÉRÈGLEMENT

Afin d'explorer cette hypothèse, un groupe de chercheurs a utilisé deux modèles murins: l'un sain et l'autre exposé à une administration d'AMH durant la minipuberté.¹ Les résultats montrent que cette exposition précoce agit comme un déclencheur de symptômes comparables au SMOP à la puberté. Les chercheurs mettent notamment en évidence des cycles sexuels irréguliers, l'apparition de kystes dans les ovaires et une diminution du nombre de souriceaux par portée, traduisant une baisse significative de la fertilité. Ils observent également des perturbations métaboliques caractérisées par une hyperglycémie, une résistance à l'insuline et une augmentation de la masse grasseuse. L'étude met ainsi en évidence un lien entre un taux excessif d'AMH durant la minipuberté et le développement ultérieur de caractéristiques similaires à celles du SMOP (figure 1).

BLOQUER L'ENGRENAGE

Les chercheurs ont ensuite développé un anticorps ciblant les récepteurs de l'AMH afin d'en bloquer l'activité. Les résultats montrent que son administration durant la minipuberté, chez des souris exposées à un taux élevé d'AMH, empêche l'apparition des phénotypes du SMOP à l'âge adulte.¹ Dans une seconde expérience, l'anticorps a été administré à des souris adultes présentant déjà les caractéristiques du syndrome. Dans ce contexte, les symptômes reproductifs ont été corrigés tandis que les altérations métaboliques persistaient.¹ Le blocage des récepteurs de l'AMH pourrait ainsi constituer une stratégie thérapeutique prometteuse, mais plusieurs défis restent à relever afin de mieux comprendre le rôle

FIG 1	Excès d'AMH, une mécanique perturbée
-------	--------------------------------------

Un taux élevé d'hormone antimüllérienne (AMH) pendant la minipuberté induit des dérèglements reproductifs, hormonaux et métaboliques.



de la minipuberté et d'envisager une application chez l'humain (interviews). L'évolution des connaissances favorise ainsi l'émergence d'une vision plus large du syndrome, désormais désigné sous le terme SMOP plutôt que SOPK, afin de mieux refléter l'hétérogénéité de ses manifestations cliniques et métaboliques.²

Conflit d'intérêts: les auteur-es n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteur-es ont déclaré avoir utilisé l'IA pour l'assistance à la révision linguistique et l'amélioration de la clarté du manuscrit. L'ensemble des propositions de l'outil a été relu, adapté et validé par les auteur-es.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

1 Cotellessa L, Sobrino V, Silva MSB, et al. Preventing and correcting polycystic ovary syndrome by targeting anti-Müllerian hormone signaling in minipuberty and adulthood in mice. *Cell Metab*. 2025 Jun 3;37(6):1260-76. e8.

2 Teede HJ, Bahri Khomami M, Morman R, et al. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *Lancet*. 2026 Jun 6;407(10545):2329-39.

3 Stener-Victorin E, Teede H, Norman RJ, et al. Polycystic ovary syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2024

Apr 18;10(1):27.

4 Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, et al. Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol.* 2023 Aug 2;189(2):G43-64.

5 Escobar-Morreale HF. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2018 May;14(5):270-84.

**NORAH ANASTASI, CORENTIN BEINIER,
MAË T. GUIAKORA
EMIRA KALIC ET CHLOÉ LEROY**

Bachelor en sciences biomédicales
Faculté de médecine de Genève
Centre médical universitaire
1211 Genève 4

ALIXIA BOURBON ET DRE JACKIE PERRIN

Département de physiologie cellulaire et métabolisme
Centre médical universitaire
1211 Genève 4
alixia.bourbon@unige.ch
<https://orcid.org/0009-0006-0722-1609>
jackie.perrin-simonnot@unige.ch
<https://orcid.org/0000-0003-1519-1244>

INTERVIEW DE LA DRE JULIE BEAUVY

Endocrinologue, Médipôle Hôpital mutualiste, Lyon-Villeurbanne

Quel est l'impact du SMOP sur la qualité de vie des patientes?

Le SMOP est la première cause d'hyperandrogénie, de troubles de l'ovulation et d'infertilité chez les femmes en âge de procréer. Ses manifestations sont hétérogènes: certaines patientes consultent pour une acné persistante ou une pilosité excessive, tandis que d'autres présentent des cycles irréguliers, une obésité ou des difficultés à concevoir. Au sein de notre hôpital de jour, une approche pluridisciplinaire est privilégiée afin de proposer des stratégies thérapeutiques personnalisées. L'hygiène de vie est essentielle dans la prise en charge: une alimentation équilibrée, associée à une activité physique régulière, permet de réduire

les symptômes, le syndrome métabolique et d'améliorer la qualité de vie des patientes. Un accompagnement psychologique est également proposé, compte tenu de la proportion importante de patientes présentant un syndrome dépressif associé.

Pourquoi le diagnostic du SMOP est-il complexe?

Le diagnostic est délicat, notamment en raison de l'absence de marqueur biologique très spécifique. Les critères de Rotterdam restent la référence, bien qu'ils évoluent avec les avancées scientifiques. Par exemple, le dosage de l'AMH est de plus en plus utilisé. Chez l'adulte, un taux deux à quatre fois plus élevé que la normale est corrélé à un nombre plus important de follicules ovariens, caractéristique du SMOP. Chez l'adolescente, l'interprétation est plus complexe: des cycles irréguliers ou un nombre élevé de follicules peuvent relever de la physiologie normale. En

pratique, il faut attendre huit années après la ménarche pour poser un diagnostic formel.

Que penser du rôle de l'AMH durant la minipuberté?

La minipuberté est une période peu explorée. Trois périodes semblent critiques dans le développement du SMOP: la vie fœtale, les premiers mois après la naissance et la puberté. L'article évoque la possibilité d'intervenir précocement grâce à un anticorps ciblant l'AMH.¹ Cette approche soulève toutefois des limites éthiques et biologiques concernant le traitement chez les nourrissons. Bloquer l'action de l'AMH pourrait perturber le développement normal des follicules ovariens et entraîner des conséquences à long terme sur la fertilité. Ces travaux ouvrent des perspectives intéressantes, mais les recherches devront d'abord identifier des fenêtres d'intervention plus sûres et mieux ciblées.

INTERVIEW DE LA PRE MARIE COHEN

Département de pédiatrie, gynécologie et obstétrique, Centre médical universitaire, Genève

Pourquoi la minipuberté est-elle intéressante pour mieux comprendre le développement du SMOP?

La minipuberté correspond à une activation transitoire de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique au cours des premières semaines de vie. Cette période, encore largement méconnue, attire de plus en plus l'attention des chercheurs, car elle semble jouer un rôle déterminant dans la programmation hormonale et reproductive future. Dans le cadre du SMOP, la minipuberté pourrait constituer une fenêtre critique durant laquelle certains déséquilibres hormonaux s'installent précocement. Étudier

cette phase permettrait de mieux comprendre les mécanismes à l'origine du syndrome.

L'AMH est-elle la seule hormone impliquée dans le développement du SMOP?

Probablement pas. Le SMOP est une pathologie complexe et multifactorielle. L'AMH semble jouer un rôle important dans la cascade physiopathologique, mais elle n'est pas l'unique facteur impliqué. Chez certaines patientes, notamment en situation d'obésité, l'hyperinsulinémie pourrait représenter une voie d'entrée majeure dans le développement du syndrome. D'autres facteurs hormonaux, métaboliques ou épigénétiques pourraient également intervenir. Cette diversité de mécanismes explique pourquoi le SMOP peut se manifester de manière très différente d'une femme à l'autre.

Que retenir-vous de l'étude publiée dans *Cell Metabolism*¹ et quelles en sont les principales limites?

Cette étude est intéressante, car elle explore plusieurs dimensions du SMOP et propose une nouvelle piste thérapeutique. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car ils reposent sur un modèle murin. Il existe des différences physiologiques importantes entre la souris et l'humain, notamment dans le fonctionnement et le calendrier d'activation de l'axe reproducteur, ce qui limite la transposition directe des conclusions à l'être humain. À ce stade, l'intérêt principal de ces travaux réside dans une meilleure compréhension des mécanismes biologiques impliqués dans le développement du SMOP.

Sans transparence, pas de confiance

Qu'en est-il de la peste en Russie ?

Ce 2 septembre 2026, une employée de laboratoire de l'institut de lutte contre la peste à Irkoutsk est décédée en Sibérie d'une pneumonie sévère.¹ Les médias ont suggéré un accident de laboratoire menant à une peste pneumonique. Les autorités ont placé 200 contacts en quarantaine, confirmant qu'aucun cas de peste n'aurait été détecté dans la zone, et que la cause de la pneumonie reste indéterminée. La liste des tests diagnostiques effectués a été demandée par l'OMS à titre de vérification.

La peste a causé plus de 100 millions de décès et 3 pandémies majeures.² L'évocation de son nom reste investie d'une représentation dramatique, et le retard de partage des informations dans la situation actuelle alimente l'imaginaire.

La maladie résulte de l'infection d'une bactérie Gram négatif: *Yersinia pestis*.³ Chaque année, 1000 à 2000 cas sont déclarés dans les pays endémiques. La plupart des infections sont recensées à Madagascar et en République Démocratique du Congo. En Afrique, en Amérique et en Asie (y inclus en Sibérie), le pathogène circule dans son réservoir animal.

Cliniquement, on décrit les formes buboniques, pulmonaires et septicémiques. La plus fréquente (80-95%) est la peste bubonique, transmise par une piqûre de puce ou un contact avec les rongeurs qui constituent le réservoir. La période d'incubation va de 1 à 7 jours. Les premiers symptômes aspécifiques pseudo-grippaux débutent brutalement puis des adéno-

pathies appelées «bubons» se développent. En l'absence de traitement, la maladie peut évoluer en peste septicémique et atteindre les poumons, causant la peste secondaire pneumonique. La peste pneumonique primaire, plus rare, résulte de l'inhalation de gouttelettes infectées, se développe plus rapidement, et a un taux de létalité proche de 100% en l'absence de traitement. La transmission interhumaine reste rare, via les fluides infectés.

En Suisse, le diagnostic est fait par PCR ou culture au Centre national de référence pour les bactéries hautement pathogènes du laboratoire de Spiez, qui teste également la sensibilité aux antibiotiques. Les procédures ont lieu en laboratoire de haute biosécurité de catégorie 3. En sus, en cas d'alerte bioterroriste environnementale, 6 laboratoires régionaux sont amenés à réaliser des PCR spécifiques.

L'administration rapide d'un traitement antibiotique en cas d'infection et en prophylaxie postexposition permet de diminuer considérablement la létalité. Les quinolones sont le premier choix; les aminosides et la doxycycline sont des alternatives.

Le fait que la peste soit aussi considérée comme un potentiel agent de bioterrorisme est une raison supplémentaire de clarifier au plus vite les conditions entourant un tel événement, en accord avec la réglementation sanitaire internationale. Plus important encore, notre capacité à

répondre à des crises sanitaires repose sur le partage des informations, dont la transparence est un moteur de confiance et d'action conjointe, et qui ne souffre aucun délai.

**NOTRE CAPACITÉ
À RÉPONDRE À
DES CRISES
SANITAIRES
REPOSE SUR LE
PARTAGE DES
INFORMATIONS**

1 World Health Organization, Disease outbreak News, October 10, 2026 – Pneumonia of undetermined etiology – Russian Federation www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON620

2 World Health Organization, Fact sheets - Plague www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/plague

3 Nelson CA, Meaney-Delman D, Fleck-Derderian S, et al. Antimicrobial treatment and prophylaxis of plague: recommendations for naturally acquired infections and bioterrorism response. MMWR Recomm Rep 2021;70(No. RR-3):1-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7003a1>

DRE PAULINE VETTER

Centre collaborateur de l'OMS pour les maladies épidémiques et pandémiques
Hôpitaux universitaires de Genève
1211 Genève 14
pauline.vetter@hug.ch

ARNAUD RIAT

Laboratoire de bactériologie
Hôpitaux universitaires de Genève
1211 Genève 14
arnaud.riat@hug.ch

DRE KRISTINA M. SCHMIDT

Centre national de référence pour les bactéries hautement pathogènes
Laboratoire de Spiez
Office fédéral de la protection civile
3700 Spiez
kristina.schmidt@babs.admin.ch

FLASH

Pesticides : moins de contrôles malgré les signaux sanitaires

Face aux engorgements administratifs, la Commission européenne propose via «l'Omnibus x» de supprimer le réexamen périodique de nombreux pesticides; le Parlement doit encore voter. Or l'Inserm retient une présomption forte de lien entre exposition profession-

nelle et lymphomes non hodgkiniens, myélome, cancer de la prostate et Parkinson. Il en retient une aussi entre exposition pendant la grossesse et leucémies ou tumeurs cérébrales de l'enfant. Une potentielle neurotoxicité développementale de l'acétami-

pride est aussi pointée. Médecins du Monde et une cinquantaine d'organisations demandent le retrait du texte. La Suisse, qui reprend les décisions de l'UE sur les substances actives, est elle aussi engorgée: la moitié des demandes d'homologation déposées depuis

2018 restent en attente, et les homologations d'urgence sont passées de 5 à 40 par an. Santé publique et environnement: mêmes reculs, mêmes combats.

Dre Cécile Fasel

Rédactrice en chef adjointe – RMS

LU POUR VOUS L'insomnie, un marqueur précoce de maladies psychiatriques?

Les troubles dépressifs et anxieux comptent parmi les affections psychiatriques les plus fréquentes en médecine de premier recours et sont en progression constante dans la population générale ces dernières années. Une étude de cohorte néerlandaise a suivi, sur cinq ans, 1535 patients âgés de 18 à 65 ans présentant une insomnie sans antécédent psychiatrique. Les patients recrutés ont été comparés à 1502 témoins appariés, afin d'évaluer le risque de survenue d'une dépression ou d'un trouble anxieux. Les données ont été analysées à partir de codes diagnostiques et de prescriptions médicamenteuses issus de dossiers

médicaux électroniques de 84 cabinets de médecine générale. Au terme du suivi, 13,4% des patients présentant une insomnie avaient reçu un diagnostic de dépression ou de trouble anxieux, contre 7,8% des témoins. En tenant compte des maladies somatiques associées, le risque restait significativement augmenté (OR: 1,53; IC 95%: 1,18-1,98). Ce risque était plus marqué pour la dépression (OR: 2,03; IC 95%: 1,39-2,97) que pour l'anxiété (OR: 1,21; IC 95%: 0,89-1,66). L'analyse excluait les événements survenus dans les six premiers mois de suivi, afin d'écarter l'hypothèse d'une dépression

déjà débutante au moment du diagnostic d'insomnie.

Commentaire: l'insomnie apparaît comme un marqueur clinique utile pour repérer précocement des patients à risque de développer une dépression ou un trouble anxieux. Néanmoins, l'étude ne permet pas d'établir une causalité, car l'insomnie peut également précéder ces troubles en tant que symptôme prodromique. Le renforcement du dépistage de l'insomnie et sa prise en charge par une approche cognitivo-comportementale, recommandés par les auteurs, pourraient constituer une stratégie préventive dans la prise en charge de la santé

mentale en médecine de premier recours.

Dre Kaltrina Ilazi

Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève

Coordination: Dr Alexandre Gouveia

Unisanté, Lausanne
(alexandre.gouveia@unisante.ch)

Meijer MCN, Middelburg RA, Arnold IA, et al. Insomnia as a risk factor for the development of depression and anxiety in primary care: a matched population-based cohort study. *Fam Pract.* 2026;43(3): cmag019. DOI:10.1093/fampra/cmag019

CARTE BLANCHE

C COMME CORPS MÉDICAL, CONTRE-ATTITUDES ET AUTRES CURIOSITÉS



Dr Bastian Giller

Centre médical de la Veveyse
Place d'Armes 30 – 1618 Châtel-St Denis
bastian.giller@hin.ch

Lundi 8h – 20 min pour Mme Perplexe. Résumé de ma dernière consultation: attention aux contre-attitudes! Je l'accueille pour faire le point. Le point après sa consultation allergologique, pneumologique, ses nouvelles prescriptions en -mab, son CT et autres investigations peu compréhensibles pour elle ni même pour d'autres. Il paraît que c'est mon rôle de généraliste de réexpliquer, de remettre du corps dans ce morcellement, alors je le fais. Je constate assez rapidement qu'il s'agit plutôt de traduire. Le langage ne semble pas être le même, alors avec toute ma

naïveté je vérifie:

«Est-ce bien un médecin qui vous a reçu? Avait-il une voix? Audible? En français?»

À toutes ces questions, la patiente était formelle: «Oui!», alors je poursuis. «Que dois-je donc traduire?»

«Difficile de vous le dire, car justement je n'ai rien compris. Il n'avait pas le temps, vous comprenez il est spécialiste.

Vous, vous avez plus le temps pour expliquer et on comprend mieux.»

«Vous lui avez dit que vous ne compreniez rien?»

«Ben non, je n'ose pas, il n'avait pas le temps, ça se voyait. Ça ne servait à rien donc je reviens chez vous.» Donc je sors de mon chapeau du temps pour lui expliquer enfin non... lui traduire ce que moi généraliste j'ai compris avec mon regard et les maigres informations dont je dispose. Résultat de l'opération: 2 consultations plutôt qu'une, un 2^e avis qui se profile et du retard. Sommes-nous autant dans la

suffisance? Faisons-nous corps autour du même objectif: empowerment? Sommes-nous cohérents, unis? Généraliste, spécialiste, même métier? Toutes ces questions me hantent mais je n'ai pas le temps. Je refocalise: puis-je faire confiance à ce récit? Plausible au vu du nombre de discours semblables rapportés. Dois-je chercher plus loin? Revenir à la base de mon métier, l'anamnèse *curieuse*.

«– J'oubliais Madame. Comment vous sentiez-vous chez ce spécialiste?

– J'étais belle stressée, car vous savez avec mon nouveau boulot, mes tâches débordent. J'étais en retard pour aller chercher mon fils à l'accueil et après avoir réceptionné avec politesse mon premier avertissement, j'ai filé directement chez le spécialiste. Mais voilà-t'y pas que ce fameux policier, vous savez celui qui se pose au même



© gettyimages/FG Trade Latin

endroit à la même date à chaque rentrée scolaire, m'arrête et constate que mon fils n'est pas bien attaché et que je risquais une amende. Heureusement, c'était un policier préventif mais plutôt qu'une amende, j'ai gagné du retard en plus. Bref, j'ai poursuivi mais pas de place! Alors j'ai parké comme j'ai pu et j'étais contente, car j'ai limité les dégâts. La porte du cabinet

était déjà ouverte.»

« – Et qu'est-ce qu'on vous a dit?

– Mme Perplexe, vous êtes en retard. Je vais donc aller à l'essentiel.

– C'est là qu'il a utilisé plein de mots qui doivent rapporter beaucoup au scrabble, dommage je ne m'en souviens pas. Comble de l'histoire, quand je suis repartie, j'avais en cadeau une contravention déposée par

qui vous savez, car j'étais mal parquée ».

Merci au patient de nous rappeler l'importance des conditions essentielles et nécessaires pour recevoir une information mais aussi la transmettre. Car tout ceci n'est qu'une histoire de rencontre. Quant aux contre-attitudes de ma dernière consultation, trouvent-elles une explication?

Peut-être ne sommes-nous pas si différents médecin et patient. Pas traducteur mais curieux est mon métier de généraliste et pourquoi pas celui de spécialiste: et vous, comment ça va?

... Et si NOUS commençons par remercier...

ZOOM

Clopidogrel vs aspirine: un nouveau standard après implantation d'un stent?

Après une angioplastie coronaire avec implantation de stent (PCI), une bithérapie antiplaquettaire est recommandée pendant plusieurs mois, suivie d'une monothérapie antiplaquettaire au long cours afin de réduire le risque d'événements cardiovasculaires. L'aspirine reste historiquement le traitement de référence dans cette situation. Cependant, plusieurs études récentes suggèrent que le clopidogrel pourrait être plus efficace et mieux toléré. L'étude HOST-EXAM s'est intéressée à l'efficacité et à la sécurité du clopidogrel comparé à l'aspirine en prévention secondaire jusqu'à 10 ans après PCI.

Méthode: étude sud-coréenne, multicentrique, randomisée et ouverte. Population: participants ≥ 20 ans ayant bénéficié d'une PCI, sans événement cardiovasculaire ou hémorragique sous double antiagrégation pendant 6 à 18 mois après la PCI. Intervention: traitement par clopidogrel 75 mg/jour ou aspirine 100 mg/jour avec randomisation 1:1. Issue primaire: composite de décès toutes causes, infarctus du myocarde non fatal, AVC, réhospitalisation pour un syndrome coronarien aigu ou une hémorragie majeure (c'est-à-dire, diminution d'hémoglobine > 30 g/l, nécessitant une transfusion ou une intervention endoscopique/chirurgicale).

Résultats: l'étude incluait 5438 participants (âge médian 64 ans, dont 25,5% de femmes). Après 10 ans de suivi, l'issue primaire est survenue chez 25,4% des patients sous clopidogrel vs 28,5% sous aspirine (HR: 0,86; IC 95%: 0,77-0,96). Les événements thrombotiques étaient également moins fréquents sous clopidogrel (17,3 vs 20,0%), de même que les saignements cliniquement significatifs, définis comme des saignements nécessitant une prise en charge médicale, une consultation

ou une hospitalisation (9,1 vs 10,8%). Les AVC étaient moins fréquents sous clopidogrel (4,6 vs 6,4%) ainsi que les hémorragies majeures (5,6 vs 7,7%). En revanche, aucune différence significative n'a été observée concernant la mortalité totale (13,4 vs 12,5%).

Discussion et limites: cette étude randomisée comparant le clopidogrel à l'aspirine après une angioplastie coronaire apporte des données sur un suivi de plus de 10 ans, et constitue à ce jour le recul le plus long disponible. Les bénéfices du clopidogrel semblent se maintenir dans le temps, avec une réduction à la fois des complications ischémiques et des événements hémorragiques. L'étude présente plusieurs points forts, notamment une large cohorte de 5438 patients, un suivi supérieur à 10 ans et une bonne qualité des données de suivi. L'absence de génotypage du CYP2C19 constitue une limite notable, d'autant que les polymorphismes de cette enzyme, qui influencent directement l'activation du clopidogrel, sont particulièrement fréquents dans les populations est-asiatiques. Une proportion importante de métaboliseurs intermédiaires ou



© gettyimages/spxChrome

mauvais est donc probable parmi les patients inclus. L'impact exact de cette limitation est difficile à évaluer. Une proportion plus élevée de métaboliseurs rapides pourrait théoriquement renforcer l'efficacité antiagrégante du clopidogrel, mais également augmenter le risque hémorragique. La balance bénéfice-risque mériterait d'être explorée dans des études intégrant le phénotype métabolique. Parmi les autres limites, le design ouvert peut introduire des biais de prise en charge ou de déclaration des événements; la population étudiée est exclusivement est-asiatique et la présence féminine est faible (25%).

Conclusion: chez les patients stables après une angioplastie coronaire, le clopidogrel en monothérapie semble supérieur à l'aspirine pour réduire les événements cardiovasculaires et hémorragiques à long terme. Ces résultats soutiennent le clopidogrel comme une alternative crédible à l'aspirine dans la prévention secondaire après PCI. Néanmoins,

ces données doivent être interprétées dans le contexte actuel d'une prise en charge de plus en plus individualisée des traitements antiplaquetitaires, où l'intensité et la durée du traitement sont adaptées au profil ischémique et hémorragique du patient. Ainsi, bien que cette étude renforce la place potentielle du clopidogrel en monothérapie, il paraît encore prématuré d'envisager un changement majeur des recommandations ou des pratiques cliniques à large échelle.

Dre Roxane de La Harpe
Avec la collaboration du groupe

MIAjour, Service de médecine interne,
Centre hospitalier universitaire vaudois,
Lausanne

Kang J, et al. Aspirin versus clopidogrel for chronic maintenance monotherapy after percutaneous coronary intervention: 10-year follow-up of the HOST-EXAM trial. *Lancet*. 2026 Apr 11;407 (10537): 1439-447. DOI:10.1016/S0140-6736(26)00422-8

Parler de la mort ne tue pas

Parmi les occasions manquées de débat sociétal postpandémie de Covid 19, il faut citer les discussions autour de la mort. Pourquoi est-ce que, après une telle soudaine confrontation à la finitude de l'existence (celle des autres et la sienne), cet enjeu essentiel de notre condition humaine est si vite retombé dans l'ombre?

Alors que la mort est habituellement mise à distance, la pandémie de Covid-19 l'a rendue visible, voire omniprésente pour la population et dans le quotidien des professionnel·les de santé. Avec, en toile de fond, les médias égrenant quotidiennement le nombre de victimes à travers le monde, les décès se sont répétés à l'hôpital de manière imprévisible et à une fréquence inhabituelle, même si en Suisse le nombre total est resté modéré comparé à d'autres pays. Les restrictions en vigueur ont entravé les formes habituelles de soins et d'accompagnement de fin de vie des professionnel·les de santé. L'hôpital a dû composer avec la contradiction entre le bien commun, c'est-à-dire la nécessité d'isoler strictement les malades pour protéger la population, et le bien individuel des personnes soignées, qui avaient besoin d'être entourées. La population générale a également été confrontée aux difficultés à accompagner leurs proches et à réaliser les rituels de deuil habituels. Verdon et coll. parlent à cet égard d'un «éveil collectif» à la mort et au deuil, suggérant que l'expérience de la pandémie a déplacé la mort d'un événement principalement médical et individuel, vers une réalité également sociale, collective et relationnelle.¹

Cette situation extraordinaire aurait pu amener à davantage de réflexion et à un discours accru au niveau médical, sociétal et familial autour de la fin de vie et de la mort. D'autant que le vieillissement croissant de la population engendre des questions éthiques et économiques autour des limites des prises en charge médicales. Ces questions avaient émergé pendant la pandémie avec le spectre du rationnement des soins en cas de surcharge, pour s'éteindre aussitôt. Elles apparaissent également ponctuellement dans les médias avec des débats autour du suicide assisté, des capsules-sarcophages ou plus

récemment avec le vote français sur le droit de l'aide à mourir. Toutefois, une enquête de 2022 de Pro Senectute montre qu'en Suisse romande seulement 12% des personnes interrogées ont rédigé des directives anticipées – contre 29% pour la Suisse alémanique et 7% pour la Suisse italienne – et seulement 15% des répondants se sont procurés ces directives anticipées chez leur médecin traitant.

Pendant les études de médecine, l'accent est mis sur la guérison et l'efficacité des traitements entrepris. Le rôle de médecin s'affirme le plus souvent dans le souhait de guérir son patient, de prolonger sa qualité de vie et d'éviter qu'il ne développe des problèmes de santé. Des spécialités telles que les urgences et la chirurgie continuent de faire rêver les jeunes générations de médecins, comme de nourrir l'imaginaire collectif via de nombreuses séries télévisuelles toujours populaires. Pourtant, dans une posture médicale visant à sauver, la mort est souvent considérée comme un échec personnel ou professionnel.²

En anthropologie, la notion de «bonne mort» désigne un idéal socialement et culturellement construit, qui définit les conditions dans lesquelles une mort est considérée comme acceptable et conforme aux valeurs d'une société donnée. Un article de revue constate que pour la médecine occidentale la «bonne mort» correspond à un événement contrôlé, préparé, paisible, digne, entouré-e de ses proches, idéalement chez soi.³ Cet idéal tend à avoir une valeur prescriptive, en rendant toute autre forme de décès implicitement «mauvaise». Ces conditions étant rarement réunies, l'inconfort avec d'autres formes de mourir mène à leur marginalisation ou leur invisibilisation.

Les directives anticipées et le projet de soins anticipé peuvent constituer un outil utile pour parler de la mort avec les personnes soignées. Ils sont une aide précieuse pour les proches et pour les professionnel·les de santé lorsqu'il faut prendre une décision difficile lors d'un événement grave de santé. Mais cantonner les discussions autour de la mort à l'anticipation des soins, n'est-ce pas une

façon de vouloir se rapprocher de cet idéal de mort prescrit et contrôlé? Cette anticipation ne garantit pas l'évacuation de la souffrance du sujet malade. Celle-ci doit pouvoir exister et être relatée, ainsi que les désordres de la fin de vie, qui ressemblent rarement à l'idéal souhaité. Les différentes facettes du mourir méritent d'être connues et abordées de manière plus vaste. Il s'agit donc de réhabiliter la mort comme un sujet légitime de discussion, en consultation, en famille ou en société. La mort doit être racontée, partagée, vécue. Dédramatisée, non pas dans l'absence qu'elle engendre, qui reste un arrachement, mais comme un moment qui fait partie de la vie. Elle pourrait alors peut-être devenir une étape à soigner plutôt qu'un marqueur d'échec de la médecine. Et pour la société dans son ensemble, déconstruire le modèle dominant de la «bonne mort» permettrait de développer une culture de la littéracie de la fin de vie.⁴

DANS UNE POSTURE MÉDICALE VISANT À SAUVER, LA MORT EST SOUVENT CONSIDÉRÉE COMME UN ÉCHEC

1 Verdon C, Grenier J, René C, et al. L'expérience de la mort durant la pandémie: un éveil collectif chez le personnel soignant. *Études sur la mort*. 2023;159(1):147-66.

2 Ruiz-Fernández MD, Fernández-Molina IM, Granero-Molina J, et al. Social acceptance of death and its implication for end-of-life care. *J Adv Nurs*. 2021;77:3132-41.

3 Cottrell L, Duggleby W. The "good death": An integrative literature review. *Palliat & Support Care*. 2016;14(6):686-712.

4 Noonan K, Horsfall D, Leonard R, Rosenberg J. Developing death literacy. *Prog Palliat Care*. 2016;24(1):31-5.

DRE MELISSA DOMINICÉ DAO

Co-rédactrice en chef
Revue médicale suisse
melissa.dominice@revmed.ch

planète santé

Information santé
grand public



Pour commander :



Auteur-es

Brigitte Bachmann Bader
Jean-Philippe Assal
Tiziana Assal
Olivier Horn

Prix

CHF 12.- , 12 €
48 pages
16.5 x 23.5 cm

ISBN 9782889411320

© 2024

*L'impression de ce livre a été offerte
gracieusement par la Fondation FORTÉ,
qui soutient la pratique d'une médecine
responsable.*

Passeport sensoriel adapté

aux personnes avec maladie d'Alzheimer ou troubles de la mémoire

Lorsque la mémoire devient fragile et qu'une démence débute, la personne qui en souffre peut devenir progressivement déprimée, avec une confusion temporelle ou spatiale, une difficulté à comprendre ou à s'exprimer... Dans l'accompagnement d'un proche ou d'un patient présentant tout ou partie de ces changements de comportement, il est nécessaire d'utiliser un guide opératoire et un canevas structuré de questions afin d'explorer et de raviver les émotions et les souvenirs liés aux cinq sens. À domicile ou en institution, ce Passeport rempli par la famille ou un professionnel permettra de faire connaître sous un jour nouveau la personne à tous ceux qui la côtoient, en mettant en valeur des éléments de sa personnalité et de son originalité qui préexistaient à sa perte de mémoire. Cette démarche rendra aussi possible l'organisation d'activités adaptées.

En retournant ce coupon à Planète Santé
Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :

☐ Je commande :

___ ex. **Passeport sensoriel adapté**

Adresse de livraison

Timbre / Nom Prénom _____

Adresse _____

E-mail _____

Date _____

Signature _____

Vous pouvez aussi passer votre commande par : E-mail : commande@medhyg.ch
Internet : boutique.revmed.ch / Tél. : +41 22 702 93 11

Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène

Frais de port pour la Suisse : 3.-, offerts des 30.- d'achat Autres pays : 5 €



Elle peut
toujours
s'occuper
seule de
son jardin.

Repousser la démence.²⁻⁵

Évolution
du comprimé :
Maintenant en
comprimé compact



autrefois
240 mg

aujourd'hui
240 mg

Tebokan® 240

Extrait spécial de ginkgo biloba EGb 761®



- 1x 240 mg par jour¹
- Admis aux caisses, liste B^{1,6}
- Grand conditionnement de 120 comprimés désormais disponible¹

Information professionnelle abrégée Tebokan® 120 / Tebokan® 240: C: 1 cpr. filmé contient 120 mg ou 240 mg d'extrait de ginkgo biloba (EGb 761®) (DEV 35-67.1), raffiné et quantifié à 26,4-32,4 mg ou 52,8-64,8 mg de glycosides flavonoïdes et 6,49-7,92 mg ou 12,96-15,84 mg de terpenes lactones (ginkgolides, bilobalide). Solvant d'extraction: acétone 80% (v/v). **A:** Traitement symptomatique des déficiences des performances mentales. Adjuvant à l'entraînement à la marche en cas de claudication intermittente. En cas de vertiges et d'acouphènes. **POS:** 1 cpr. filmé (120 mg) le matin et le soir ou 1 cpr. filmé (240 mg) 1 fois par jour. **CE:** Grossesse. Hypersensibilité aux extraits de ginkgo-biloba. **PR:** Enfants et adolescents de moins de 18 ans. En cas de troubles de la coagulation ou de prise concomitante de médicaments favorisant les saignements, demander un avis médical avant utilisation. Par mesure de précaution, arrêter au moins 36 heures avant une intervention chirurgicale. En cas d'épilepsie, il ne peut pas être exclu que la prise favorise la survenue de nouvelles crises convulsives. **IA:** Une interaction avec des médicaments inhibant la coagulation sanguine ne peut pas être exclue. En cas de prise concomitante de théophylline orale, risque de concentrations plasmatiques plus faibles. **GA:** Contre-indiqué pendant la grossesse. Pendant l'allaitement, éviter l'utilisation. **EL:** Très rares: ophélie ou réactions allergiques cutanées. Fréquence inconnue: troubles gastro-intestinaux tels que nausées. **PRÉS:** 120 mg: 90 et 120 cpr. filmés; 240 mg: 30, 60, 90 et 120 cpr. filmés. **CR:** B, remboursable (LS). **TA:** Schwabe Pharma SA, Erlstrasse 2, 6403 Küssnacht am Rigi. **MJ:** avril 2022. Informations détaillées voir www.swissmedinfo-pro.ch.
Références: 1. Information professionnelle Tebokan®; <https://swissmedinfo-pro.ch/>; mise à jour: avril 2022. 2. Kaschel R. et al., Ginkgo biloba: specificity of neuropsychological improvement – a selective review in search of differential effects. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2009;24:345-370. 3. Tian J et al., Chinese herbal medicine Qinggongshoutao for the treatment of amnesic mild cognitive impairment: A 52-week randomized controlled trial. Alzheimers Dement (N Y). 2019;5:441-449. Published 2019 Sep 4. doi:10.1016/j.trci.2019.03.001. 4. Bohlen J, Hajek A, Burkart M, Kostev K: Ginkgo biloba Extract Prescriptions Are Associated with Slower Progression of Dementia Severity – Analysis of Longitudinal Real-World Data. Brain Sci 2025, 15, 12. Doi: 10.3390/brainsci15010012. 5. Bohlen J et al. Association Between Ginkgo Biloba Extract Prescriptions and Dementia Incidence in Outpatients with Mild Cognitive Impairment in Germany: A Retrospective Cohort Study. J Alzheimers Dis. 2022;86(2):703-709. doi:10.3233/JAD-215346 6. <https://www.spezialitätenliste.ch; Tebokan®>; dernière consultation le 20.01.2026. **Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma. Schwabe Pharma AG, Erlstrasse 2, 6403 Küssnacht am Rigi.** 07/2026



**Schwabe
Pharma**
From Nature. For Health.