PERSONNES ÂGÉES

Auteures Dr Sabrina Stornelli, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Dre Donatienne Bourceret, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

Expert·e·s Gériatrie Pr Christophe Graf, Département de réadaptation et Gériatrie (DRG), HUG
Dre Aurélie Tahar, Département de réadaptation et Gériatrie (DRG), HUG

Médecine de famille Dr Cédric Gillabert, Centre médical de Lancy, Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance (IuMFE), UNIGe

Superviseur Dr Thibaud Morland, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

Comité éditorial Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE), UNIGe
Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGe

2026

POINTS À RETENIR

- Dépister régulièrement l'incapacité fonctionnelle par le médecin de premier recours et mettre en place des mesures spécifiques permet de diminuer la perte d'autonomie, la baisse de la qualité de vie et la mortalité des personnes âgées
- Repérer les facteurs prédictifs d'un déclin fonctionnel ou cognitif grâce à une évaluation clinique, des questions ciblées et l'utilisation d'outils de dépistage spécifiques permet de réduire le fardeau de l'aidant et d'améliorer la qualité de vie de la personne atteinte
- Mettre en évidence l'atteinte de capacités fonctionnelles ayant un impact sur le développement d'une dépendance : mobilité, cognition, thymie, nutrition/vitalité, vision, audition, polymédication, fragilité, autonomie, environnement social
- Instaurer des mesures spécifiques et individualisées en intégrant les besoins personnels, l'environnement social et physique, le réseau de soin avec un plan de soin partagé
- Effectuer régulièrement un dépistage lors de consultations de médecine de premier recours en y intégrant des mesures de prévention globale (vaccination, dépistage oncologique, contrôle des FRCV)

Article résumant les nouveautés de la stratégie
DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.976.e49143

PERSONNE ÂGÉE

1. EPIDÉMIOLOGIE (ESPÉRANCE DE VIE, ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ)

L'espérance de vie à la naissance est en augmentation globale dans le monde et particulièrement dans les pays à haut revenu comme la Suisse [1]. Ceci est dû notamment à la baisse de la mortalité infantile, la réduction des maladies infectieuses et à l'amélioration de la qualité de vie [2,3,4]. L'espérance de vie sans incapacité augmente également mais de façon moins rapide que l'espérance de vie [1,3, 4,6]. Cela touche particulièrement les femmes qui ont une espérance de vie plus élevée que les hommes, mais avec plus d'années d'incapacité [4,7]. En effet, l'espérance de vie est de 85,9 ans chez les femmes et de 82,4 ans chez les hommes tandis que l'espérance de vie en bonne santé est de 72 ans pour les femmes contre 71 ans pour les hommes, soit une différence de 14 ans chez les femmes et 11 ans chez les hommes [35].

L'allongement de l'espérance de vie entraîne une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, notamment cardiovasculaires, oncologiques et neurodégénératives ainsi que des syndromes gériatriques liés au vieillissement. On constate donc également une augmentation de la dépendance estimée à 13% chez les 80-84 ans, 26% pour les 85-89 ans et 54% chez les personnes de 90 ans et plus [8].

L'espérance de vie en bonne santé est un indicateur de la qualité de vie [2]. L'enjeu est de préserver l'autonomie le plus longtemps possible, de retarder l'entrée dans la dépendance et de favoriser un vieillissement en santé c'est à dire le maintien des capacités fonctionnelles [2, 9,11,12]. Dans cette optique, la mise en place d'un modèle de soin intégré combinant une approche médicale et sociale est intéressante car elle permet de tenir compte des spécificités (comorbidités, capacités fonctionnelles) de chaque personne [12,13].

1.1 LA FRAGILITÉ

Le syndrome de fragilité correspond à un état clinique caractérisé par une réduction des capacités physiologiques et une vulnérabilité accrue aux facteurs de stress entrainant un risque augmenté d'éléments de santé indésirables tels que les chutes, les hospitalisations, le déclin fonctionnel et les décès [8-10].

Il s'agit d'un état intermédiaire, potentiellement réversible et modifiable, situé entre le vieillissement normal et la perte d'autonomie. L'identification des facteurs de risque lié à cet état est indispensable en gériatrie car il permet de reconnaitre les personnes susceptibles de déclin fonctionnel et de mettre en place des interventions afin de retarder ou éviter la dépendance [9, 10, 13]. Il existe deux modèles pour évaluer le syndrome de fragilité, le premier est le modèle de Fried basé sur un phénotype clinique composé de 5 critères : perte de poids involontaire, fatigue, faiblesse musculaire, vitesse de marche réduite, diminution de l'activité physique [10]. Selon le nombre de critères retrouvés, on peut déterminer si la personne est robuste (aucun critère), pré-fragile (1-2 critères) ou fragile (≥ 3 critères). Le second modèle est celui de Rockwood qui définit le risque de fragilité en fonction du nombre de déficits accumulés, comme la présence de symptômes, de perturbations biologiques, ou de pathologies, et plus il y a de déficits, plus le risque de fragilité augmente [10].

2. ENJEUX AVEC LE PROGRAMME ICOPE

L'OMS a développé un programme de dépistage appelé ICOPE (Integrated Care for Older People), utilisable en médecine de premier recours, qui consiste à évaluer 6 fonctions essentielles : les capacités cognitives, la mobilité, l'état nutritionnel, la vision, l'audition et la thymie (cf. Figure 1) [5, 13]. L'ICOPE préconise d'effectuer un repérage rapide à travers des questions simples et ciblées ainsi que l'utilisation de tests de dépistage afin d'évaluer les capacités intrinsèques précitées. L'objectif de cette évaluation est de mettre en place un plan de soin individualisé qui tient compte des besoins spécifiques sur le plan clinique, psychologique et de réadaptation, centré sur la personne et son environnement plutôt que sur la maladie [1]. Ainsi, l'OMS favorise une approche préventive qui vise à prévenir ou ralentir la perte d'autonomie fonctionnelle [13]. Ce dépistage devrait être effectué chaque 6 mois par des professionnels de santé, par les personnes elles-mêmes ou par leurs proches [5].

3. PRÉVENTION PRIMAIRE :

3.1 EXERCICE PHYSIQUE (FORCE, ÉQUILIBRE, ENDURANCE)

Les recommandations de l'OMS concernant l'activité physique sont [5] :

- 150min/semaine d'exercice physique aérobique d'intensité modérée ou
- 75min/semaine d'exercice physique aérobique d'intensité élevée ou
- Une combinaison des 2

L'OMS définit une activité physique d'intensité modérée comme une activité lors de laquelle le rythme cardiaque est plus rapide qu'habituellement avec une légère sudation et une légère dyspnée. Une activité physique d'intensité élevée correspond à une augmentation importante du rythme cardiaque, une sudation profuse et une dyspnée importante.

Il est recommandé de favoriser des programmes d'exercices variés permettant de travailler sur différentes composantes, telles que l'endurance, la force musculaire, l'équilibre et la flexibilité. Les exercices doivent être adaptés aux capacités et volontés individuelles [5].

L'activité physique pratiquée régulièrement (3x/semaine), même à une intensité faible (séances d'au minimum 30 minutes) a un effet bénéfique et ceci également après 65 ans. En effet, elle joue un rôle dans la réduction des maladies métaboliques, cardiovasculaires, oncologiques, neurocognitives, psychiatriques (dépression, troubles anxieux) et la réduction de la mortalité de façon globale. On observe également un impact sur la prévention des chutes et une réduction du risque d'ostéoporose lors d'activités réalisées en charge [8] .

3.2 ALIMENTATION

La dénutrition telle que définie par l'OMS correspond à un déséquilibre entre les apports énergétiques et les besoins de l'organisme entraînant une altération des fonctions tissulaires et corporelles [8] , [16]. La prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge, en particulier avec la survenue d'une dépendance ou de pathologies neuro-dégénératives telles que la démence [8]. Elle s'accompagne d'un risque de maladies infectieuses, de sarcopénie, de chute, d'ostéoporose, d'anémie, d'une diminution des capacités de cicatrisation, et d'une mortalité plus importante [14],[15]. Une alimentation équilibrée avec des apports suffisants en protéines, calcium et vitamine D permet de renforcer la densité osseuse et de prévenir les fractures [27].

Il existe donc des besoins nutritionnels spécifiques chez les seniors [8] :

- 800 à 1000Ui par jour de vitamine D
- 1200mg par jour de calcium
- 1 à 1.2g/kg par jour de protéines
- 1.5 à 2 litres par jour d'hydratation

3.3 ENGAGEMENT SOCIAL ET STIMULATION COGNITIVE

L'engagement social est un facteur protecteur du déclin cognitif et fonctionnel qui favorise une bonne qualité de vie ainsi qu'une meilleure survie [17],[18]. On constate également un impact positif sur la thymie avec une diminution des symptômes dépressifs chez les personnes actives socialement. En Suisse, environ 24% des personnes entre 65-74 ans souffrent de solitude [18]. Il est donc primordial de maintenir des interactions sociales et des activités en groupe. Par exemple, en faisant intervenir des bénévoles (notamment de la Croix-Rouge ou de la Fondation ProSenectute), en participant à des associations de quartiers, en intégrant un IEPA (logement protégé) ou un foyer de jour [5], [17], [18]. L'entourage familial et amical participe également au maintien d'une vie sociale. La thématique de la santé sexuelle et des relations amoureuses chez les personnes âgées, bien que peu abordée dans la littérature et en clinique, constitue un élément important dans la préservation de liens sociaux et le bien-être. Ces deux aspects relationnels contribuent par ailleurs au bien-être et à l'amélioration de la qualité de vie. En Suisse Romande, l'association Corps Solidaires et la Fondation ProSenectute peuvent être sollicitées et apporter un soutien dans ces domaines [36],[37].

La stimulation cognitive joue un rôle essentiel dans la préservation des fonctions exécutives et de la mémoire procédurale [17]. En effet, des activités telles que la lecture, les jeux cognitifs (sudoku, mots fléchés), l'écoute ou la pratique de la musique permettent de stimuler la réflexion et la concentration [19]. L'élaboration d'outils d'aide à la mémoire (agendas, calendriers, listes) est aussi recommandée [5].

3.4 Vaccination

La protection vaccinale est un pilier central de la prévention en matière de santé car elle permet de diminuer les complications (infectieuses, décompensation de maladies chroniques), les hospitalisations et la mortalité liées aux infections virales et bactériennes qui sont nettement plus fréquentes chez les personnes âgées. Ceci est dû notamment à la diminution de l'efficacité du système immunitaire. Les recommandations concernant la vaccination chez les personnes de plus de 65 ans sont détaillées dans la Figure 4.

Depuis le 1er janvier 2026, les vaccinations recommandées selon le plan de vaccination suisse - dont la grippe, le COVID-19 (tous deux à proposer annuellement), le pneumocoque et le zona chez la personne âgée - sont exemptées de franchise et sont prises en charge par l'assurance de base, sous réserve de la quote-part habituelle. Le vaccin contre le VRS chez l'adulte est quant à lui recommandé par l'OFSP dès 75 ans, ou dès 60 ans en présence de facteurs de risque, mais n'est pas remboursé par l'assurance de base [20,21,22,33]).

3.5 Facteurs de risque cardiovasculaires

Le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires participe au maintien d'une autonomie et à une meilleure qualité de vie [17,24]. En effet, une augmentation des cas de démence est constatée chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires [17]. Le rôle du médecin de premier recours est de conseiller et de favoriser l'adoption de mesures d'hygiènes de vie afin d'éviter la survenue de ces pathologies [5]. La fréquence des contrôles et les valeurs cibles varient en fonction de l'âge et des comorbidités des patients (TA, HbA1C) (cf. Figure 4). La mise en place d'un traitement en prévention primaire doit faire l'objet d'une décision partagée avec le patient.

4. PRÉVENTION SECONDAIRE

4.1 Dépistages généraux

L'US Preventive Services Task Force (USPTSTF) recommande d'individualiser les dépistages oncologiques en fonction de l'espérance de vie estimée et du temps requis pour obtenir un bénéfice sur la survie et la mortalité (« *time to benefit* »). En d'autres termes, le « *time to benefit* » doit être plus court que les années de vie restantes. Dans la plupart des cas, en l'absence de symptôme, il y a peu d'intérêt à réaliser des dépistages [24,25]. Les recommandations suisses actualisées en 2024 sont détaillées dans la Figure 4.
La décision d'effectuer un dépistage doit être discutée avec le patient afin de tenir compte de ses priorités, de ses comorbidités, des complications liées aux dépistages et des conséquences sur la qualité de vie.

4.2 Dépistages spécifiques de la personne âgée et prise en charge

L'évaluation peut être intégrée au suivi habituel ou réalisée lors d'une consultation dédiée. Elle repose d'abord sur un repérage simple et facilement interprétable en ambulatoire ; en cas d'anomalie ou de suspicion de déclin, ce repérage doit être suivi d'une évaluation plus approfondie, puis, si nécessaire, d'interventions ciblées et d'une orientation vers les professionnels adaptés. Les principaux domaines, signaux d'alerte, outils de dépistage et conduites à tenir sont résumés dans le Tableau 1.

4.3 Mobilité et risque de chute

Les chutes constituent un facteur majeur de perte d'autonomie et de mortalité chez la personne âgée, et peuvent annoncer un risque d'institutionnalisation [8,28]. L'évaluation débute par l'anamnèse à l'aide de trois questions de repérage : une chute au cours des 12 derniers mois ? un sentiment d'instabilité en position debout ou à la marche ? une peur de tomber ? Il faut également rechercher une difficulté à se relever du sol ou d'une chaise, ou à monter les escaliers, orientant vers une sarcopénie. L'examen clinique inclut l'observation de la marche, de l'équilibre et des transferts. Parmi les tests utilisables en consultation, on peut citer le TUG (*Timed Up and Go*), qui mesure le temps nécessaire pour se lever d'une chaise, marcher trois mètres, faire demi-tour puis se rasseoir, le test de lever de chaise (temps nécessaire pour se lever cinq fois d'une position assise sans l'aide des accoudoirs), ou encore le SPPB (*Short Physical Performance Battery*), plus complet, qui évalue l'équilibre, la vitesse de marche et le lever de chaise (cf. Figure 3) [5, 28]. Le risque de chute est le plus souvent multifactoriel (troubles locomoteurs, atteintes neuro-sensorielles, dénutrition, traitements, environnement du domicile) [5, 28]. La sarcopénie constitue un facteur de risque important à dépister, car elle prédit la survenue de chutes [8] . La stratification du risque en consultation est résumée dans la Figure 2. Les mesures de prévention comprennent l'adaptation du domicile (éclairage, barres d'appui), le renforcement musculaire et le travail de l'équilibre avec un(e) physiothérapeute, la pratique régulière d'une activité physique, la révision de la polymédication, la prise en charge des comorbidités, [5,8,27] le port de chaussures adaptées, les moyens auxiliaires (aidé par un(e) ergothérapeute), ou un appareillage auditif ou visuel si nécessaire.

4.4 Cognition

En Suisse, environ 161'000 personnes vivent avec une démence, dont la maladie d'Alzheimer représente 60% des cas [29]. Le dépistage précoce permet de mettre en place des mesures susceptibles de ralentir l'évolution de la maladie et d'en limiter les conséquences (hospitalisation, institutionnalisation) [29,30].

Le repérage repose d'abord sur la clinique : une plainte mnésique, des oublis répétés, une désorganisation récente ou des difficultés nouvelles à gérer les médicaments, les rendez-vous ou les finances, de même que les observations de l'entourage. L'OMS et les recommandations suisses (*Swiss Memory Clinics*) préconisent une approche par étapes : repérage des situations à risque sur la base de drapeaux rouges (isolement social, faible niveau d'éducation, précarité, troubles sensoriels, maladies cardiovasculaires, sédentarité, tabagisme, consommation d'alcool excessive, dépression), anamnèse ciblée auprès du patient et de son entourage se basant sur les AVQ/AIVQ, puis l'utilisation des tests décrits ci-dessous [5, 30, 32]. Les recommandations suisses privilégient un repérage ciblé en présence de signes d'alerte plutôt qu'un dépistage systématique [30]. En pratique, le MoCA reste l'outil de première intention lorsque le temps le permet, notamment pour les troubles débutants, ou l'association du MMSE et du test de l'horloge [30]. L'interprétation doit toujours tenir compte du niveau d'éducation, de la langue, du fonctionnement antérieur et d'éventuels troubles sensoriels, thymiques ou confusionnels intercurrents.

En cas de dépistage positif ou de troubles fortement suspectés, il convient de rechercher et traiter les causes réversibles (interactions médicamenteuses, troubles métaboliques, douleur, incontinence) : le bilan dépend du contexte clinique et peut comprendre un examen somatique orienté, un laboratoire, une imagerie cérébrale et, selon les cas, un bilan neuropsychologique, avant d'orienter vers une consultation spécialisée de la mémoire [30].

4.5 Thymie

Chez la personne âgée, l'anxiété et la dépression peuvent se manifester de façon peu spécifique (repli, perte d'élan vital, majoration de plaintes somatiques ou cognitives). Le repérage repose d'abord sur l'entretien clinique. La HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) peut être utile en complément : elle comprend 14 items répartis en deux sous-scores (anxiété, dépression), cotés chacun de 0 à 21 ; un score de 0 à 7 est considéré comme normal, de 8 à 10 comme évocateur, et ≥ 11 comme indiquant un trouble probable. En pratique, un score ≥ 8 justifie une évaluation plus approfondie [31]. Le mini-GDS, encore plus rapide, comprend 4 questions et est positif dès un score ≥ 1.

4.6 Nutrition

L'état nutritionnel doit être réévalué régulièrement, la dénutrition étant fréquente chez la personne âgée et associée à un risque accru de sarcopénie, de chute, d'hospitalisation, de dépendance et de mortalité [8, 14, 15]. Le repérage clinique s'appuie sur une perte de poids involontaire, une baisse de l'appétit, un IMC bas ou des difficultés à faire les courses, à cuisiner ou manger seul. Le MNA-SF est un outil de dépistage rapide, simple et sensible, utile pour repérer à la fois un risque de dénutrition et une situation de fragilité ; il comprend 6 items portant sur les apports alimentaires, la perte de poids, la mobilité, un stress aigu ou une maladie récente, les troubles neuropsychologiques et l'IMC, un score < 12/14 suggérant un risque de dénutrition justifiant d'aller plus loin (cf. Figure 5) [32]. Si le dépistage est positif, les critères GLIM permettent de confirmer le diagnostic et sa sévérité à partir d'au moins un critère phénotypique et un critère étiologique (cf. Figure 6) [14]. A l'examen clinique il est important de rechercher également un mauvais état bucco-dentaire, un appareillage mal adapté ou une dysphagie ; les outils EAT-10 ou le test du verre d'eau peuvent être utiles en cas de doute [5].

4.7 Audition et vision

Les troubles sensoriels sont fréquents mais souvent banalisés, alors qu'ils peuvent péjorer l'isolement social, gêner la communication, augmenter le risque de chute et favoriser le déclin cognitif. Quelques questions simples suffisent souvent à orienter : difficulté à suivre une conversation lorsque plusieurs personnes parlent en même temps, besoin fréquent de faire répéter, difficulté à lire le journal ou à reconnaître les visages, gêne pour se déplacer en faible éclairage [5] . Ce repérage peut être complété par un test de la voix chuchotée pour l'audition et une mesure de l'acuité visuelle avec la correction habituelle. En cas d'anomalie, une orientation vers l'ORL, l'audioprothésiste, l'optométriste ou l'ophtalmologue peut être proposée selon le contexte.

4.8 Fragilité

La fragilité correspond à une diminution des réserves physiologiques avec une vulnérabilité accrue face aux stress aigus [9,10]. En pratique, elle se traduit par un ralentissement, une fatigabilité, une perte de poids, une baisse de l'activité physique ou une récupération plus difficile après un épisode intercurrent. La CFS (*Clinical Frailty Scale*) peut aider à structurer cette impression clinique ; un score ≥ 5/9 correspond déjà à une fragilité au moins légère [33].

4.9 Ostéoporose et risque fracturaire

L'ostéoporose se caractérise par une réduction de la densité osseuse et une détérioration de la microarchitecture osseuse, exposant à un risque accru de fractures, en particulier de la hanche, du poignet et des vertèbres [5]. Les femmes sont plus touchées en raison des modifications hormonales liées à la ménopause [5]. Les principaux facteurs de risque sont la sédentarité, un IMC bas, un déficit en protéines, calcium ou vitamine D, le tabagisme et une consommation excessive d'alcool [8]. La prévention repose sur une activité physique régulière, en particulier des exercices d'équilibre et de renforcement, ainsi que sur des apports suffisants en calcium et vitamine D [27]. En Suisse, le FRAX score permet d'estimer le risque de fracture ostéoporotique en fonction de l'âge et des facteurs de risque présents ; en cas de risque modéré à sévère, une ostéodensitométrie est recommandée afin de confirmer le diagnostic, d'adapter le suivi et de mettre en place une thérapie [26, 27].

4.10 Polymédication

La révision régulière du traitement fait partie intégrante de l'évaluation gériatrique. La polymédication expose à des interactions, des effets indésirables, une hypotension orthostatique, des troubles cognitifs et un risque accru de chute [5, 12]. Les critères STOPP/START peuvent y aider : STOPP pour repérer les prescriptions potentiellement inappropriées, START pour identifier des traitements indiqués mais absents [34].

4.11 Déclin fonctionnel (AVQ/AIVQ)

La vulnérabilité impacte l'autonomie : les personnes vulnérables deviennent plus dépendantes et moins capables de réaliser les AIVQ, ou fonctions instrumentales [9]. Il s'agit de tâches plus complexes nécessitant des capacités cognitives plus avancées que les AVQ. Les AIVQ permettent d'évaluer le degré d'indépendance d'une personne âgée à son domicile et en société ; on utilise pour cela l'échelle de Lawton, qui mesure l'autonomie dans 8 domaines d'activités instrumentales : la prise des médicaments, l'utilisation du téléphone et des transports (y compris la voiture personnelle), la gestion financière et la gestion des tâches ménagères (repas, courses, ménage, lessive). Un score diminué indique un degré de dépendance augmenté, et une diminution du score dans le temps peut signifier une péjoration des fonctions cognitives.

Selon le score des AIVQ, on peut déterminer le degré d'autonomie et mettre en place des interventions de soutien et de promotion de la santé afin de préserver une indépendance [12]. Un score diminué dans les AIVQ est par ailleurs un bon indicateur de la présence de troubles neurocognitifs et permet de prédire le risque de développer une démence [9]. La conduite à tenir en cas de difficulté nouvelle est résumée dans le Tableau 1.

4.12 Vulnérabilité socio-environnementale

Au-delà de l'isolement social déjà abordé plus haut, ce repérage cible un deuil récent, une situation de précarité, des conditions de logement à risque (accessibilité, chauffage, sécurité) ou un épuisement de l'entourage, qui peuvent tous précipiter une décompensation. Le fardeau du proche aidant peut être estimé à l'aide de la grille de Zarit, simple à utiliser en consultation. Une vulnérabilité identifiée justifie le recours aux mêmes ressources que celles citées pour le maintien du lien social, en les orientant cette fois vers un soutien concret (aide à domicile, évaluation sociale, soutien au proche aidant).

Figure 1 : 6 Capacités intrinsèques selon ICOPE (*Intergrated Care for Older People*) [5].

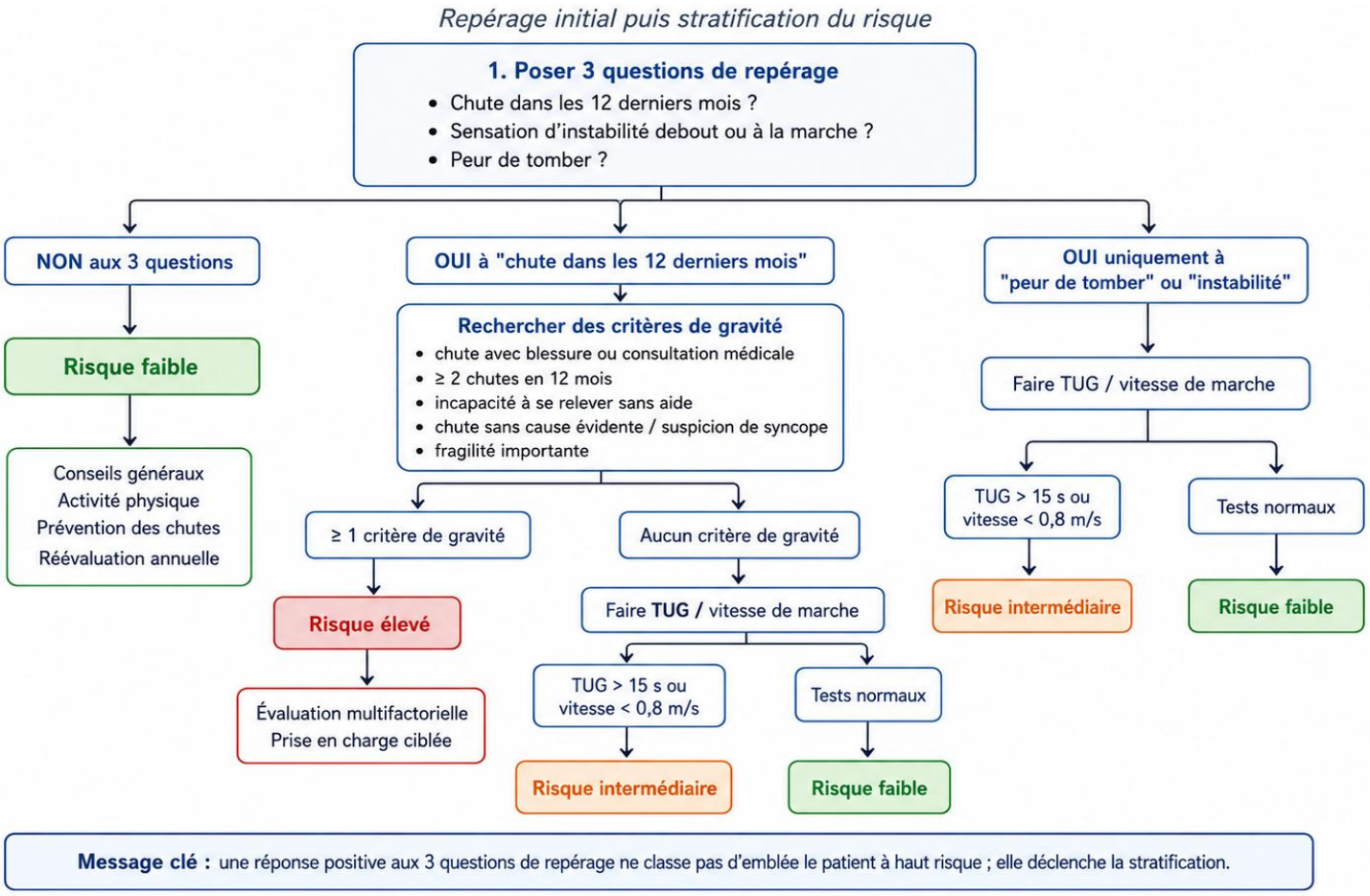

Figure 2 : Stratification du risque de chute au cabinet

Schéma adapté de la synthèse HAS (Haute Autorité de Santé) 2024, elle-même basée sur l'algorithme de stratification du risque des *World guidelines for falls prevention and management for older adults de Montero-Odasso* et al. 2022 [28].

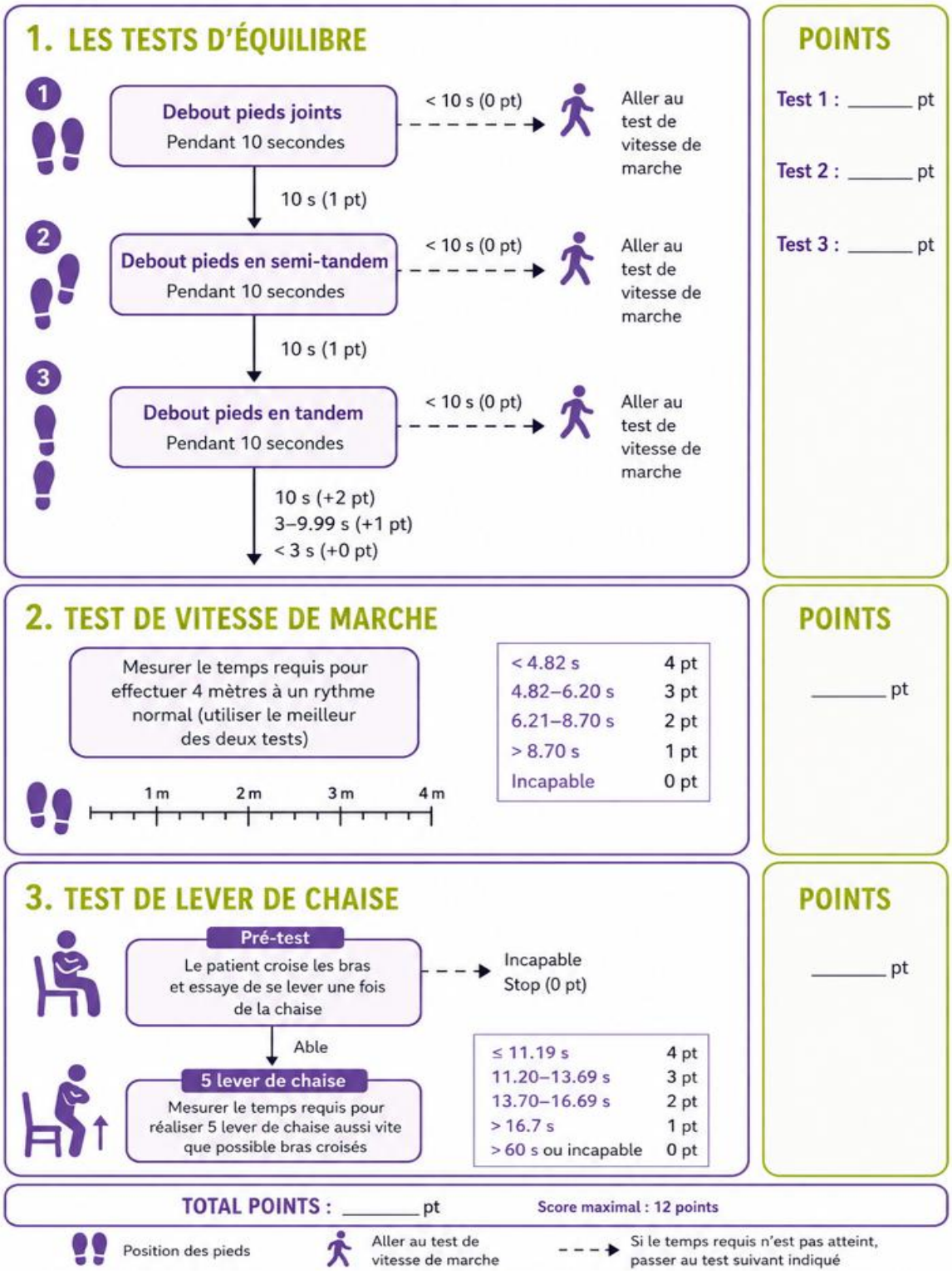

Figure 3 : Test de dépistage du risque de chute

Schéma basé sur le test de dépistage *Short Physical Performance Battery* (SPPB) [38].

RECOMMANDATIONS 2024

PRÉVENTION PRIMAIRE			
Domaine		**Population cible**	**Fréquence / Modalités**
Vaccination	**Grippe**	≥ 65 ans	Dose majorée si > 75 ans ou ≥ 65 ans avec facteurs de risque
	COVID-19	≥ 65 ans	Selon recommandations vaccinales
	RSV	≥ 75 ans ou ≥ 60 ans avec facteurs de risque[1]	Vaccination recommandée
	Pneumocoque	≥ 65 ans	Vaccination recommandée
	Zona	≥ 65 ans	Vaccination recommandée
Facteurs de risque cardiovasculaires	**HTA**	≥ 18 ans	1×/3 ans si absence d'autre FRCV
		≥ 40 ans	1×/an
	Surpoids (IMC ≥ 25 kg/m²)	≥ 18 ans	1×/3 ans
	Dyslipidémie	≥ 40 ans	Tous les 2-5 ans selon le risque (score GSLA)
	Diabète	≥ 35 ans avec IMC ≥ 25 kg/m²	Dépistage recommandé
		≥ 40 ans	Tous les 1-3 ans selon les facteurs de risque[2]
	Anévrysme de l'aorte abdominale	Hommes ≥ 65 ans fumeurs ou ex-fumeurs	1 échographie unique
Ostéoporose		Femmes ≥ 50 ans	Selon FRAX (ostéodensitométrie)
		Femmes ≥ 65 ans	Selon facteurs de risque[3]
PRÉVENTION SECONDAIRE			
Domaine		**Population cible**	**Fréquence / Modalités**
Cancers	**Colo-rectal**	≥ 50 ans	FIT tous les 2 ans ou coloscopie tous les 10 ans
	Prostate	≥ 50 ans	PSA tous les 1-2 ans ; stop à 70 ans
	Sein	≥ 50 ans	Mammographie tous les 2 ans
	Col de l'utérus	20-29 ans	Examen cytologique tous les 3 ans
		≥ 30 ans	Examen cytologique ou test HPV tous les 3 ans ; stop à 70 ans
	Pulmonaire	≥ 50 ans, ≥ 15 UPA / sevrage tabagique < 10 ans	CT low dose tous les 1-2,5 ans

Figure 4 : Recommandations 2024 de prévention primaire et secondaire chez la personne de 65 ans et plus selon EviPrev 2024[39].

1 Maladies cardiopulmonaires chroniques, immunodépression, diabète, insuffisance rénale chronique, etc.

2 Antécédents familiaux, HTA, dyslipidémie, sédentarité, origine à risque, etc.

3 Antécédent de fracture, corticothérapie prolongée, ménopause précoce, faible IMC, tabagisme, etc.

CT : *Computed Tomography* (tomodensitométrie) ; **FIT** : Test Immunochimique fécal ; **FRAX** : *Fracture Risk Assessment Tool* (outil d'évaluation du risque de fracture) ; **FRCV** : Facteur de Risque CardioVasculaire ; **GSLA** : Groupe Suisse de travail Lipides et Athérosclérose (score de risque cardiovasculaire) ; **HPV** : Human Papillomavirus (papillomavirus humain) ; **HTA** : Hypertension Artérielle ; **IMC** : Indice de Masse Corporelle ; **PSA** : *Prostate-Specific Antigen* (antigène prostatique spécifique) ; **RSV** : *Respiratory Syncytial Virus* (virus respiratoire syncytial); **UPA** : Unités Paquets-Année (*pack-years*)

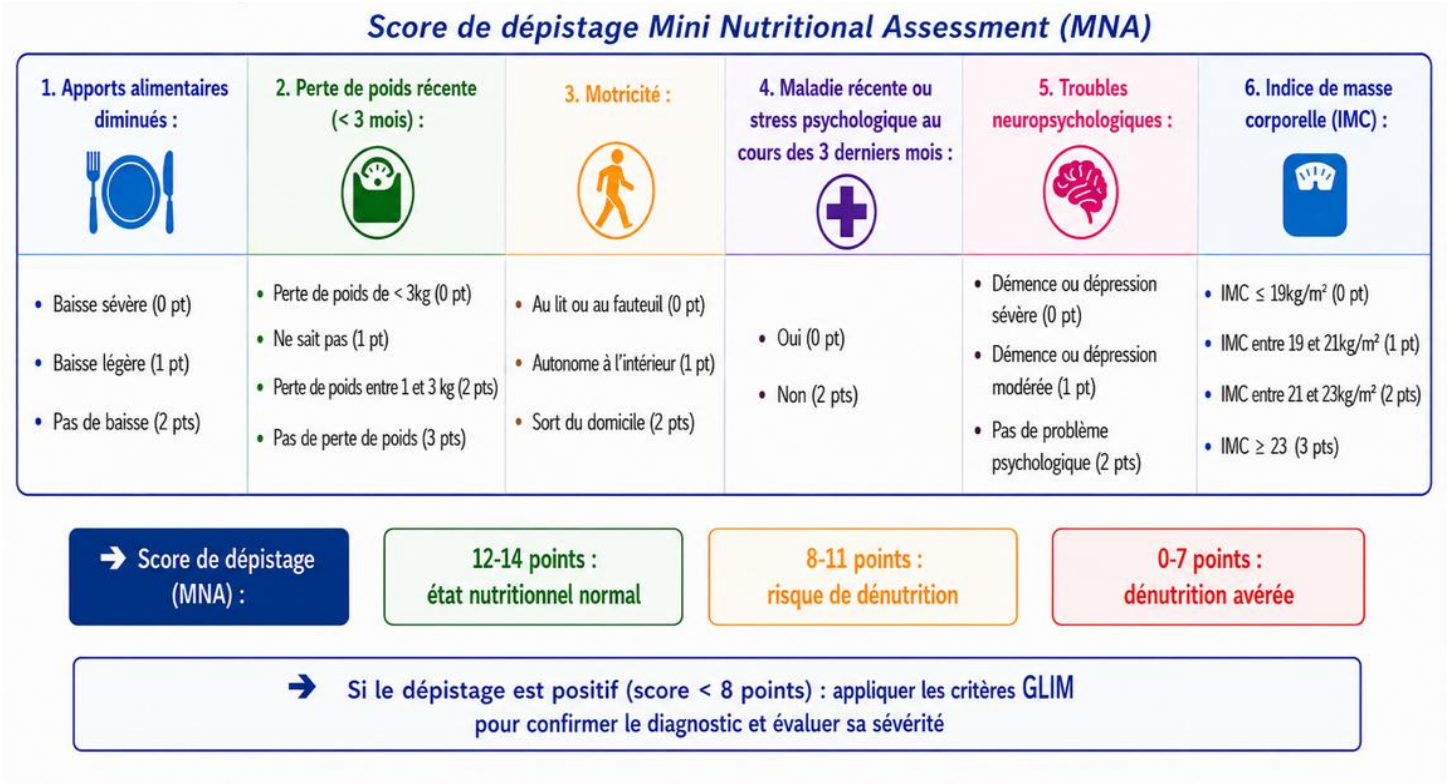

Figure 5 : Evaluation du risque de dénutrition

Schéma basé sur le score de dépistage *Mini Nutritional Assessment Short Form* (MNA-SF) [32].
GLIM : Global Leadership Initiative on Malnutrition
IMC: Index de Masse Corporelle

Critères GLIM

1. Critères phénotypiques :

- **Perte de poids involontaire :**
  a. > 5% dans les 6 derniers mois
  b. > 10% au-delà de 6 mois
- **Indice de masse corporelle (IMC) :**
  a. < 20kg/m² si < 70 ans (origine Asie < 18.5kg/m²)
  b. < 22kg/m² si ≥ 70 ans (origine Asie < 20kg/m²)
- **Masse musculaire réduite**

2. Critères étiologiques :

- **Réduction des apports alimentaires ou de l'assimilation :**
  a. Ingestion ≤ 50% des besoins de 1 à 2 semaines
  b. Réduction des apports de > 2 semaines
  c. Pathologie gastro-intestinale chronique qui affecte négativement l'assimilation ou l'absorption d'aliments
- **Pathologie sous-jacente ou inflammation :** présence d'une maladie aigue ou chronique ou de lésions qui augmentent les besoins énergétiques ou provoquent une inflammation

➔ **Confirmation du diagnostic de dénutrition : un critère phénotypique + un critère étiologique**

Sévérité de la dénutrition

1. Dénutrition modérée (stade 1) :
si présence d'un critère phénotypique suivant :

- **Perte de poids involontaire de :**
  a. 5-10% en 6 mois
  b. 10-20% sur > 6 mois
- **Indice de masse corporelle (IMC) :**
  a. < 20kg/m² si < 70 ans
  b. < 22kg/m² si ≥ 70 ans
- **Masse musculaire réduite :**
  a. Déficit léger à modéré (se référer aux méthodes spécifiques d'évaluation de la composition corporelle)

2. Dénutrition sévère (stade 2) :
si présence d'un critère phénotypique suivant :

- **Perte de poids involontaire de :**
  a. > 10% en 6 mois
  b. > 20% sur > 6 mois
- **Indice de masse corporelle (IMC) :**
  a. < 18.5kg/m² si < 70 ans
  b. < 20kg/m² si ≥ 70 ans
- **Masse musculaire réduite :**
  a. Déficit sévère (se référer aux méthodes spécifiques d'évaluation de la composition corporelle)

Figure 5 :. Diagnostic et sévérité de la dénutrition selon les critères GLIM[14]
GLIM : Global Leadership Initiative on Malnutrition

Domaine	Repérage en consultation	Outils de dépistage	Si anomalie : conduite à tenir
Mobilité, risque de chute	3 questions : - Chutes dans la dernière année - Avez-vous peur de chuter - Vous sentez-vous parfois instable ou déséquilibré(e) en vous tenant debout ou en marchant ? Difficulté à se lever, ralentissement de la marche	*Timed Up and Go test* (TUG)/vitesse de marche, test du lever de chaise, Short Physical Performance Battery (SPPB)	- Rechercher et corriger les facteurs de risque réversibles : revoir traitements, troubles sensoriels, chaussage, incontinence urinaire, limiter consommation d'alcool, visite à domicile par ergothérapeute, aménagement et sécurisation du domicile, adapter le moyen auxiliaire … - Exercice physique : multi-composants avec renforcement proprioceptif et musculaire sous supervision d'un professionnel (physiothérapie, professeur d'activité adaptée) - Réadaptation ambulatoire (IMAD/Hôpital de Jour)
Cognition	Plaintes mnésiques, oublis, difficultés dans les AVQ/IAVQ (erreurs dans la prise des traitements, rendez-vous manqués, mauvaise gestion administrative avec accumulation de dettes…), inquiétudes de l'entourage, changements comportementaux ou de l'humeur.	*Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) ou *Mini-Mental State Examination (*MMSE) + test de l'horloge en priorité Test des 5 mots de Dubois	+/- Bilan neuropsychologique si doute sur atteinte cognitive Bilan étiologique : - Biologique (FSS, TSH, TH, vitamines B9-B12, CRP , Na, K, créatinine, Ca, glycémie) - Imagerie cérébrale structurelle (IRM de préférence) Et/ou orientation à un médecin spécialiste ou centre de la mémoire Anticipation du projet de soin et de vie (directives anticipées/ plan de soin anticipé)
Thymie	Repli sur soi, tristesse, anxiété, perte d'élan vital, plaintes somatiques ou cognitives inexpliquées	Entretien clinique, Hospital Anxiety and *Depression Scale* (HADS), *Mini-Geriatric Depression Scale* (mini-GDS)	Évaluation clinique approfondie, prise en charge psychologique/psychiatrique, lutter contre l'isolement social et comorbidités associées, traitement médicamenteux si indiqué
Nutrition	Perte de poids involontaire, baisse d'appétit, fatigue, difficulté à se lever d'une chaise ou à monter des escaliers, difficultés à faire les courses ou à cuisiner, repas irréguliers, isolement	Poids/évolution pondérale, indice de masse corporelle (IMC), *Mini Nutritional Assessment-Short Form* (MNA-SF)	Confirmation du diagnostic selon critères de GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) si dépistage positif Rechercher étiologie (bucco-dentaires, dysphagie, pathologies intercurrentes), +/- enrichissement alimentaire, suivi diététique, aides à domicile.
Vision	Votre vision a-t-elle diminué et cela affecte-t-il votre vie quotidienne ? Difficulté à lire, à reconnaître les visages, à se déplacer dans la pénombre, vision floue ou déformée, éblouissement à la lumière	Examen clinique avec recherche d'altération du champ visuel, Vision de près : Test de lecture Vision de loin (test du « E ») grille d'Amsler	Vérification lunettes, orientation optométriste / ophtalmologue, adaptation environnementale
Audition	« Avez-vous des problèmes d'audition ? (même avec appareil) » Difficultés à suivre les conversations, hausse du volume de la TV, isolement, malentendus	Otoscopie, test de la voix chuchotée	Orientation ORL / audioprothésiste, appareillage si indiqué

Domaine	Repérage en consultation	Outils de dépistage	Si anomalie : conduite à tenir
Fragilité	Fatigabilité, ralentissement, perte de poids, baisse d'activité, récupération difficile après stress aigu, hospitalisations répétées	*Clinical Frailty Scale* (CFS)	Interventions multi-domaines (exercice physique, nutrition adaptée, correction des troubles sensoriels, stimulation sociale et lutter contre l'isolement), avis gériatrique si situation complexe
Polymédication	≥ 5 médicaments, vertiges, chutes, confusion, hypotension, iatrogénie	Revue complète des médicaments, STOPP/START, recherche des interactions	Déprescription raisonnée, simplification du traitement, surveillance rapprochée, coordination pharmacien/soignants
AIVQ	Difficultés dans les AVQ/AiVQ (courses, repas, ménage, transport, finances, prise de traitements)	Échelle de Lawton (AiVQ) et de Katz (AVQ)	Mettre aide à domicile, prise en charge des syndromes gériatriques identifiés (ergothérapie, adaptation environnement, soutien proche aidant, évaluation sociale)
Incontinence urinaire	Fuites, urgenturie, nycturie, protections, gêne sociale, chutes en allant aux toilettes	Calendrier mictionnel, questionnaire ICIQ (International Consultation Incontinence Questionnaire)	Rechercher infection, constipation, médicaments, diabète, obstacles fonctionnels Orientation urologue/gynécologue selon sévérité Mesures comportementales, rééducation périnéale, adaptation des traitements
Environnement social	Isolement, deuil, précarité, épuisement des proches, difficultés au domicile, manque de stimulation	Entretien ciblé, entretien avec les proches, fardeau de l'aidant avec la grille de Zarit	Evaluation sociale Pro Senectute, foyer de jour, IEPA, soutien aux proches aidants

Tableau 1. Repérage des capacités intrinsèques et vulnérabilités gériatriques en médecine de premier recours. Les six premiers domaines correspondent aux capacités intrinsèques de l'approche ICOPE *(Intergrated Care for Older People)* [5] ; les domaines suivants complètent le repérage des vulnérabilités gériatriques associées à la perte d'autonomie.

AiVQ/IAVQ : Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne ; **AVQ** : Activités de la Vie Quotidienne ; **B9-12** : Vitamines B9 (folates) et B12 ; **BH** : Bilan Hépatique ; **Ca** : Calcium ; **CFS** : *Clinical Frailty Scale* ; **créat** : Créatinine ; **CRP** : *C-Reactive Protein* (protéine C-réactive) ; **FS** : Formule Sanguine ; **GLIM** : Global Leadership Initiative on Malnutrition ; **HADS** : *Hospital Anxiety and Depression Scale* ; **ICIQ** : International Consultation on Incontinence Questionnaire ; **IEPA** : Immeuble avec Encadrement Pour Aînés ; **IMAD** : Institution genevoise de Maintien à Domicile ; **IMC** : Indice de Masse Corporelle ; **IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique ; **K** : Potassium ; **mini-GDS** : *Mini-Geriatric Depression Scale* ; **MMSE** : *Mini-Mental State Examination* ; **MNA-SF** : *Mini Nutritional Assessment-Short Form* ; **MoCA** : Montreal Cognitive Assessment ; **Na** : Sodium ; **ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie ; **SPPB** : Short Physical Performance Battery ; **STOPP/START** : *Screening Tool of Older Persons' Prescriptions / Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment ;* **TSH** : Thyroid Stimulating Hormone (thyréostimuline) ; **TUG** : *Timed Up and Go test*

REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. [cité 10 mars 2026]. Vieillissement et santé. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. Sundberg L, Agahi N, Wastesson JW, Fritzell J, Fors S. Increasing inequalities in disability-free life expectancy among older adults in Sweden 2002–2014. Scand J Public Health. août 2023;51(6):835-42. doi:10.1177/14034948211062309
3. Taherian R, Karimi Ghahfarokhi M, Zayeri F. A study of trends and projection of life expectancy and its association with socio-demographic index: Results from GBD Study 2023. PLoS One. 2026; 21 (6). doi.org/10.1371/journal.pone.0347865
4. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018 November 10; 392(10159): 1859–1922. doi:10.1016/S0140-6736(18)32335-3.
5. Integrated care for older people (ICOPE) [Internet]. World Health Organization; 2024 [cité 24 févr 2026]. Disponible sur: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7516b015-e205-43d1-883f-01f2c31af261/content
6. Chung GKK, Marmot M, Ho IYY, Chan SM, Lai ETC, Wong SYS, et al. Secular trends of life expectancy and disability-free life expectancy at age 65 and associated gender and area-level socioeconomic inequalities in Hong Kong: a serial cross-sectional study between 2007 and 2020. Lancet Reg Health - West Pac. déc 2023;41:100909. doi:10.1016/j.lanwpc.2023.100909
7. Stonkute D, Lorenti A, Spijker JJA. Educational disparities in disability-free life expectancy across Europe: A focus on the East-West gaps from a gender perspective. SSM - Popul Health. sept 2023;23:101470. doi:10.1016/j.ssmph.2023.101470
8. Mühlemann P, Imoberdorf R, Ballmer P. Nutrition et vieillissement [Internet]. Berne: COFA; 2018 [cité 02 mars 2026]. Rapport No. Disponible sur: https://www.blv.admin.ch/dam/blv/fr/dokumente/das-blv/organisation/kommissionen/eek/ernaehrung-im-alter/ernaehrung-im-alter-summary.pdf.download.pdf/ernaehrung-im-alter-summary.pdf
9. Joffroy C, Bouazzi L, Berrut G, Barbe C, Sanchez S. Prévalence et facteurs associés à la fragilité chez des sujets âgés vivant à domicile à l'aide de la grille SEGA modifiée : une étude en soins primaires. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 31 oct 2024;22(3):334-9. doi:10.1684/pnv.2024.1180
10. Qin Y, Hao X, Lv M, Zhao X, Wu S, Li K. A global perspective on risk factors for frailty in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 1 févr 2023;105:104844. doi:10.1016/j.archger.2022.104844
11. Dimitriadou I, Toska A, Eloranta S, Mört S, Korsström N, Lundberg A, et al. Comprehensive Geriatric Assessment: Addressing Unmet Healthcare Needs in Older Adults. Healthcare. 27 oct 2025;13(21). doi:10.3390/healthcare13212715
12. Hu HY, Hu MY, Feng H, Cui PP. Association between chronic conditions, multimorbidity, and dependence levels in Chinese community-dwelling older adults with functional dependence: a cross-sectional study in south-central China. Front Public Health. 20 sept 2024;12. doi:10.3389/fpubh.2024.1419480
13. Tavassoli N, De Souto Barreto P, Berbon C, Mathieu C, De Kerimel J, Lafont C, et al. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. Lancet Healthy Longev. juin 2022;3(6):e394-404. doi:10.1016/S2666-7568(22)00097-6
14. Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: a 5-year update. Clin Nutr. 2025;44:240-50. doi:10.1016/j.clnu.2025.02.012
15. Sánchez-Rodríguez D, Meester DD, Minon L, Claessens M, Gümüs N, Lieten S, et al. Association between Malnutrition Assessed by the Global Leadership Initiative on Malnutrition Criteria and Mortality in Older People: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health. 30 mars 2023;20(7). doi:10.3390/ijerph20075320
16. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. [cité 10 mars 2026]. Malnutrition. Disponible sur: https://www.who.int/fr/health-topics/malnutrition
17. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet. août 2024;404(10452):572-628. doi:10.1016/S0140-6736(24)01296-0
18. Ltd MI. Pro Senectute Suisse [Internet]. [cité 21 mars 2026]. Un tiers des seniors de 85 ans et plus souffrent de solitude. Disponible sur: https://www.prosenectute.ch/fr/medias/communiques-de-presse/archives/2024/solitude.html
19. Woods B, Rai H, Elliott E, Aguirre E, Orrell M, Spector A. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in older people with dementia. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2023. Disponible sur: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9891430/pdf/CD005562.pdf
20. Rapport annuel sur les virus respiratoires 2024/2025 [Internet]. Berne: OFSP; 2025. Rapport No. Disponible sur: https://www.infovac.ch/docs/public/rapport-annuel-sur-les-virus-respiratoires-2024-2025.pdf
21. Commission fédérale pour les vaccinations, Office fédéral de la santé publique. Recommandations pour la vaccination et l'immunisation contre le virus respiratoire syncytial (VRS). Berne: OFSP; 2025

22. Grippe saisonnière (influenza) [Internet]. [cité 23 mars 2026]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/fr/grippe-saisonniere-influenza
23. Nouvelles recommandations concernant la vaccination contre le zona (Herpes zoster): vaccin Shingrix [Internet]. Berne: OFSP; 2021. Rapport No. Disponible sur: https://www.infovac.ch/docs/public/zona-herpes-zoster/nouvelles-recommandations-vaccination-zona---shingrix--.pdf
24. McClester Brown M, Adams CA, Halpert KD. Cancer Screening in Older Adults. Am Fam Physician. 2025;112(6):629-37.
25. Gupta S. Screening for Colorectal Cancer. Hematol Oncol Clin North Am. juin 2022;36(3):393-414. doi:10.1016/j.hoc.2022.02.001
26. Observatoire suisse de la santé [Internet]. [cité 15 mars 2026]. Arthrose, arthrite et ostéoporose (âge: 15+) | MonAM | OFSP. Disponible sur: https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/arthrose-arthrite-et-osteoporose-age-15
27. Ligue suisse contre le rhumatisme [Internet]. [cité 15 mars 2026]. Ostéoporose. Disponible sur: https://www.ligues-rhumatisme.ch/rhumatismes-de-a-a-z/osteoporose
28. Personnes âgées à risque de chute [Internet]. Haute autorité de Santé; 2024. Rapport No. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/synthese_aps_personnes_agees_a_risque_de_chute.pdf
29. Alzheimer suisse [Internet]. [cité 15 mars 2026]. Alzheimer et maladies apparentées en Suisse. Disponible sur: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/article/alzheimer-et-autres-formes-de-demence-en-suisse?trk=article-ssr-frontend-pulse_little-text-block
30. Recommandations de diagnostic relatives à la démence [Internet]. Berne: OFSP; 2024. Rapport No. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/85-JJvunZKA1/broschuere-diagnostikempfehlungen-demenz.pdf
31. Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:29. doi:10.1186/1477-7525-1-29.
32. Soysal P, Veronese N, Arik F, Kalan U, Smith L, Isik AT. Mini Nutritional Assessment Scale-Short Form can be useful for frailty screening in older adults. Clin Interv Aging. 2019;14:693-9. doi:10.2147/CIA.S196770. 33.
33. Church S, Rogers E, Rockwood K, Theou O. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. BMC Geriatr. 2020;20(1):393. doi:10.1186/s12877-020-01801-7.
34. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart J-B, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625-632. doi:10.1007/s41999-023-00777-y.
35. Office fédéral de la statistique. Espérance de vie [Internet]. Neuchâtel: OFS; 2024 [cité 24 juin 2026]. Disponible sur: https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/esperance-vie.html
36. Corps Solidaires. L'association [Internet]. [cité 24 juin 2026]. Disponible sur: https://www.corps-solidaires.ch/l-association
37. Pro Senectute Suisse. Santé sexuelle des seniors [Internet]. [cité 24 juin 2026]. Disponible sur: https://www.prosenectute.ch/fr/infos/sante/sante-sexuelle.html
38. Short Physical Performance Battery test (SPPB), https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-390/evaluation-de-la-marche-de-l-equilibre-et-du-muscle-chez-le-sujet-age
39. Unisanté. Recommandations EviPrev 2024 : tableau des recommandations de prévention chez l'adulte [Internet]. Lausanne : Unisanté Centre universitaire de médecine générale et santé publique. Disponible sur : https://eviprev.ch/wp-content/uploads/2024/03/Unisante-doc-EviPrev-2024-FR-mit-Links.pdf