

# Obésité chez la personne âgée: enjeux, spécificités et stratégies thérapeutiques

Dr JORGE C. CORREIA<sup>a,b</sup>, Dre MARTA ROBINO<sup>c</sup>, Dr AXEL GASPOZ<sup>a</sup>, Dre ALINE MENDES<sup>c</sup> et Pr ZOLTAN PATAKY<sup>a,b</sup>

Rev Med Suisse 2026; 22: 514-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.954.48424

L'obésité chez la personne âgée constitue un enjeu croissant de santé publique. Les modifications de la composition corporelle liées à l'âge, associant perte de masse musculaire, redistribution de la masse grasse et diminution du métabolisme basal, favorisent la sarcopénie et l'obésité sarcopénique, ce qui limite la pertinence de l'indice de masse corporelle comme seul indicateur de risque. Si une perte de poids peut améliorer certaines comorbidités cardiométaboliques et fonctionnelles, elle comporte des risques spécifiques, notamment la perte de masse musculaire, la dénutrition, la fragilité et la perte d'autonomie. La prise en charge doit être individualisée et centrée sur la préservation de la fonction et de la qualité de vie, en privilégiant les interventions nutritionnelles adaptées, l'activité physique et les approches comportementales.

## Management of obesity in older adults: challenges, specificities, and therapeutic strategies

*Obesity in older adults is a growing public health concern. Age-related changes in body composition, including loss of muscle mass, fat redistribution, and reduced basal metabolism, promote sarcopenia and sarcopenic obesity, thereby limiting the relevance of body mass index as a sole risk indicator. While weight loss can improve certain cardiometabolic and functional outcomes, it poses specific risks in older adults, particularly worsening sarcopenia, malnutrition, frailty, and loss of independence. Obesity management should therefore be individualized and focused on preserving physical function and quality of life, with adapted nutritional strategies, physical activity, and behavioral interventions as the cornerstone of care.*

## INTRODUCTION

Le vieillissement de la population, associé à l'augmentation de la prévalence de l'obésité, fait de l'excès pondéral chez la personne âgée un enjeu majeur de santé publique. La prévalence mondiale de l'obésité chez les personnes âgées est estimée à environ 25%, avec des taux plus élevés en Europe (33-34%).<sup>1</sup> En Suisse, le groupe d'âge des 65-74 ans présente les proportions les plus élevées de personnes en surpoids ou obèses, avec 66% d'hommes et 43% de femmes concernés.<sup>2</sup>

Contrairement à l'adulte d'âge moyen, la prise en charge de l'obésité chez la personne âgée soulève des questions spécifiques. La perte de poids, souvent perçue comme un objectif thérapeutique évident, peut avoir des conséquences délétères lorsqu'elle est mal encadrée, notamment une aggravation de la fragilité et un déclin fonctionnel, tandis que l'absence de prise en charge peut favoriser la progression des comorbidités.

Dans ce contexte, la décision de viser ou non une perte pondérale doit reposer sur une évaluation individualisée, dépassant la seule mesure du poids ou de l'indice de masse corporelle (IMC), et intégrant le statut fonctionnel, nutritionnel et les priorités du patient.

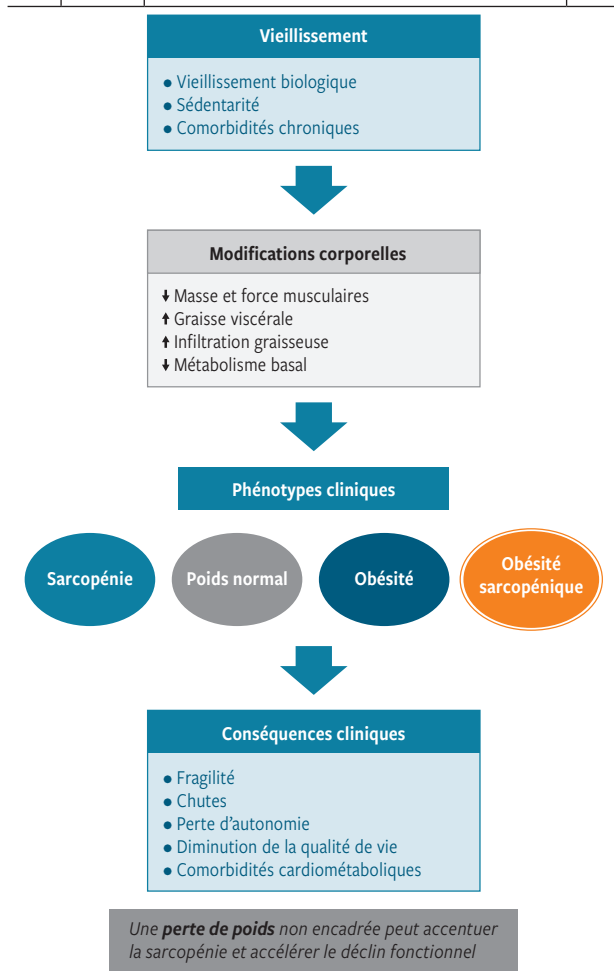
Cet article propose une synthèse des enjeux cliniques liés à l'obésité chez la personne âgée, en abordant les particularités physiopathologiques, les bénéfices et les risques d'une perte de poids, ainsi que les stratégies thérapeutiques adaptées.

## PARTICULARITÉS PHYSIOPATHOLOGIQUES CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Le vieillissement s'accompagne de modifications profondes de la composition corporelle et du métabolisme énergétique, associant une redistribution de la masse grasse vers les compartiments viscéral et intramusculaire, une diminution progressive de la masse et de la qualité musculaires (sarcopénie) et une réduction du métabolisme basal, liée à la perte de masse maigre et à la baisse de l'activité physique.<sup>3-5</sup> Ces altérations résultent de mécanismes multiples (inflammation chronique de bas grade, dysfonction mitochondriale et modifications hormonales) et conduisent à une dissociation croissante entre poids corporel et état fonctionnel, limitant la pertinence de l'IMC comme indicateur du risque clinique chez la personne âgée.<sup>4-6</sup> Ces processus conduisent à différents phénotypes cliniques, dont l'obésité sarcopénique, particulièrement délétère, où l'excès de masse grasse et le déficit musculaire se potentialisent, augmentant le risque de fragilité, de limitations fonctionnelles et de complications métaboliques.<sup>5,7</sup> Ces mécanismes sont résumés dans la **figure 1**.

Selon le consensus européen révisé du Groupe de travail européen sur la sarcopénie chez la personne âgée (European Working Group on Sarcopenia in Older People 2), la sarcopénie est définie par une triade diagnostique associant: a) une diminution de la force musculaire; b) une réduction de la quantité ou de la qualité musculaire et c) une altération de la performance physique.<sup>4</sup> La force musculaire constitue l'élément central du diagnostic, car elle reflète mieux que la masse

<sup>a</sup>Unité d'éducation thérapeutique du patient, Centre collaborateur de l'OMS et Centre de référence de l'EASO, Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>b</sup>Centre facultaire du diabète, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>c</sup>Service de gériatrie et réadaptation, Département de réadaptation et gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14  
jorgecesar.correia@hug.ch | marta.robino@hug.ch | axel.gaspoz@hug.ch  
aline.mendes@hug.ch | zoltan.pataky@hug.ch

**FIG 1** Vieillesse, obésité et déclin fonctionnel

musculaire seule le retentissement fonctionnel. Le dépistage repose sur des outils simples en soins primaires, tels que le questionnaire SARC-F (Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs, and Falls), associés à une mesure objective de la force de préhension (< 27 kg chez l'homme et < 16 kg chez la femme).<sup>4</sup>

Les altérations fonctionnelles liées à la sarcopénie et au vieillissement sont associées à une augmentation du risque de chutes, de perte d'autonomie, de fragilité et de mortalité, risques encore majorés lorsqu'elles sont associées à une obésité abdominale ou à une fragilité multidimensionnelle.<sup>5,7,8</sup>

Ainsi, la physiopathologie de l'obésité chez la personne âgée repose sur des interactions complexes entre masse grasse, masse musculaire, inflammation, endocrinologie et fonction physique, justifiant une approche clinique centrée sur la composition corporelle et la fonction plutôt que sur le poids seul.<sup>3,4</sup>

## BÉNÉFICES ET RISQUES D'UNE PERTE DE POIDS À UN ÂGE AVANCÉ

Une relation en U entre l'IMC et la mortalité a été décrite, particulièrement marquée chez la personne âgée, donnant

lieu au concept de «paradoxe de l'obésité» selon lequel un IMC modérément élevé serait associé à une mortalité plus faible. Cette association est toutefois largement attribuée à des biais méthodologiques (perte de poids involontaire, survie sélective, limites de l'IMC), l'obésité restant associée à un risque accru d'incapacité, de dépendance fonctionnelle et de mortalité, y compris à un âge avancé.<sup>9,10</sup> Les bénéfices et les risques d'une perte de poids intentionnelle chez la personne âgée sont illustrés par la situation clinique suivante, représentative des dilemmes rencontrés en pratique.

### VIGNETTE CLINIQUE

Mme M., 70 ans, présente une obésité de grade II (IMC 35,9 kg/m<sup>2</sup>) associée à de multiples comorbidités cardiovasculaires et métaboliques: antécédent d'infarctus du myocarde, hypertension artérielle, dyslipidémie, syndrome d'apnées du sommeil non appareillé et tabagisme actif. Elle souffre également de lombalgies sévères sur sténose récessale L5 gauche, discopathie sévère L4-L5 associées à une instabilité chronique L4-L5, responsables d'un retentissement fonctionnel important, avec un périmètre de marche limité à environ 50 mètres avec un déambulateur.

Elle est adressée en consultation spécialisée avec une demande explicite de perte de poids rapide, motivée par la perspective d'une nouvelle chirurgie lombaire et par la volonté de réduire son risque cardiovasculaire global. La question de l'introduction d'un agoniste du GLP-1 (Glucagon-Like Peptide-1) est soulevée d'emblée, dans un contexte où ces traitements sont de plus en plus perçus comme une option efficace pour induire une perte pondérale significative et améliorer les facteurs de risque cardiométaboliques.

Le bilan met toutefois en évidence une fragilité, avec un retentissement fonctionnel, une diminution de la force musculaire, une ostéopénie et des apports alimentaires irréguliers. Bien que la patiente bénéficie de séances régulières de physiothérapie axées sur le renforcement musculaire, sa progression reste limitée par la douleur et la fatigue.

Chez la personne âgée vivant avec une obésité, une perte de poids intentionnelle peut apporter des bénéfices cliniques ciblés, en particulier chez les patients présentant des comorbidités cardiométaboliques ou un retentissement fonctionnel significatif. Une réduction pondérale modérée peut améliorer le contrôle glycémique, la pression artérielle, les symptômes de l'arthrose ainsi que la mobilité et la qualité de vie, notamment chez des patients sélectionnés et suivis de manière structurée.<sup>9-12</sup> Dans certaines situations, comme chez des personnes âgées à haut risque cardiovasculaire ou en amont d'une intervention chirurgicale, ces bénéfices peuvent constituer un objectif thérapeutique légitime.

Cependant, après 75 ans, la perte de poids comporte des risques spécifiques, incluant l'aggravation de la sarcopénie, la perte de densité minérale osseuse, la dénutrition et une augmentation de la mortalité lorsqu'elle est non intentionnelle ou insuffisamment encadrée.<sup>3,10,12,13</sup> La perte de masse maigre et osseuse est fréquente, même lors d'interventions

bien conduites, et peut accélérer la fragilité, augmenter le risque de chutes et favoriser les fractures.<sup>13,14</sup>

La vignette clinique présentée illustre ce dilemme fréquent dans la pratique: chez une patiente âgée présentant à la fois un risque cardiovasculaire élevé et un retentissement fonctionnel majeur, la perte de poids peut apparaître souhaitable pour améliorer le profil cardiométabolique et réduire le risque opératoire. Cependant, la présence d'une fragilité avec retentissement fonctionnel, d'une diminution de la force musculaire et d'une ostéopénie expose à un risque important de perte d'autonomie si la réduction pondérale se fait au détriment de la masse musculaire. Cette situation souligne que la perte de poids ne peut être envisagée comme un objectif isolé, mais doit s'inscrire dans une réflexion globale sur les priorités cliniques.

### PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

La prise en charge de l'obésité chez la personne âgée repose sur une approche individualisée et multimodale, centrée sur la préservation de la fonction, de l'autonomie et de la qualité de vie.

L'éducation thérapeutique du patient constitue la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité, indépendamment de l'âge, et revêt une importance particulière chez la personne âgée. Elle favorise une compréhension partagée des objectifs thérapeutiques, soutient l'autonomie décisionnelle et permet d'adapter les stratégies aux capacités fonctionnelles, cognitives et psychosociales.

Les principes de prise en charge reposent ensuite sur des interventions nutritionnelles adaptées, sur l'activité physique et sur des approches comportementales. Les principaux axes pratiques de l'évaluation et de la prise en charge sont résumés dans le **tableau 1**, qui propose un outil d'aide à la décision pour le clinicien.

### Nutrition

Chez la personne âgée en surpoids, la prise en charge vise avant tout une stabilisation pondérale, afin de prévenir la progression vers l'obésité et la perte de masse musculaire.<sup>15</sup> Chez la personne âgée vivant avec une obésité, l'objectif nutritionnel principal est la préservation de la masse musculaire et la prévention de la dénutrition.<sup>3,4</sup> Les régimes visant une perte de poids doivent être réservés aux situations associées à des complications liées au poids et décidés au cas par cas après une évaluation gériatrique globale.

Lorsque la perte de poids est indiquée, la restriction énergétique doit rester modérée et s'accompagner d'un apport protéique suffisant (1,0-1,2 g/kg/jour, jusqu'à 1,5 g/kg/jour en cas de sarcopénie ou de perte de poids intentionnelle) afin de limiter la perte de masse maigre.<sup>4,13</sup> L'alimentation doit privilégier une densité nutritionnelle élevée, en tenant compte des modifications liées à l'âge susceptibles de réduire les apports (anorexie du vieillissement, troubles de la déglutition, altérations sensorielles).<sup>10,14,15</sup> Une surveillance régulière de l'état nutritionnel par le Mini Nutritional Assessment- Version courte (MNA-SF) est recommandée tous les trois mois pour les personnes en institution et au moins annuellement en ambulatoire, associé à un suivi régulier du poids. En cas de dépistage positif, une évaluation nutritionnelle approfondie

**TABLEAU 1** Prise en charge de l'obésité chez la personne âgée

GLP: Glucose-dependent Insulinotropic Polypeptide; GLP-1: Glucagon-Like Peptide-1; IMC: indice de masse corporelle.

Axe thérapeutique	Objectifs prioritaires	Éléments clés de l'intervention	Points de vigilance spécifiques
<b>Évaluation initiale</b>	Identifier le risque fonctionnel et nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse de la composition corporelle, si possible</li> <li>Évaluation de la force (préhension) et de la performance physique</li> <li>Dépistage de la dénutrition et de la fragilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMC peu discriminant</li> <li>Attention à la perte de poids non intentionnelle</li> </ul>
<b>Alimentation</b>	Préserver la masse musculaire et prévenir la dénutrition	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apport protéique minimal de 1,0-1,2 g/kg/jour (jusqu'à 1,5 g/kg/jour si sarcopénie/perte de poids)</li> <li>Alimentation riche en protéines, vitamines et minéraux, avec des portions adaptées aux apports diminués</li> <li>Supplémentation orale, si nécessaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque de dénutrition masquée</li> <li>Troubles de l'appétit, troubles de la déglutition ou troubles sensoriels</li> </ul>
<b>Activité physique</b>	Maintenir la force, la mobilité et l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement musculaire prioritaire</li> <li>Endurance à faible intensité</li> <li>Exercices d'équilibre et de prévention des chutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Douleurs musculosquelettiques</li> <li>Peur de chuter</li> <li>À adapter à la fragilité et aux comorbidités</li> </ul>
<b>Approches comportementales</b>	Favoriser l'adhésion et la durabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objectifs fonctionnels plutôt que pondéraux</li> <li>Messages simples, progressifs et répétés</li> <li>Soutien social et/ou familial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Isolement social</li> <li>Dépression, anxiété</li> <li>Déclin cognitif léger</li> </ul>
<b>Pharmacothérapie</b>	Améliorer les comorbidités associées	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indiquée uniquement si comorbidités significatives</li> <li>Agonistes du GLP-1/GLP-1-GIP chez des patients sélectionnés</li> <li>Toujours associée aux mesures de base (alimentation, activité physique, comportement alimentaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sarcopénie, perte d'appétit</li> <li>Déshydratation</li> <li>Polymédication, fonction rénale</li> </ul>
<b>Chirurgie bariatrique</b>	Réduire les comorbidités sévères	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réservée aux patients sans fragilité significative, autonomes et motivés</li> <li>Évaluation gériatrique et nutritionnelle préalable</li> <li>Suivi interdisciplinaire prolongé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque opératoire accru</li> <li>Carences nutritionnelles</li> <li>Impact fonctionnel à long terme</li> </ul>
<b>Objectif global</b>	Préserver la fonction et la qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Approche individualisée et multimodale</li> <li>Suivi régulier de la fonction et de la composition corporelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter une perte de poids rapide ou isolée</li> </ul>

doit être réalisée, incluant un bilan alimentaire reposant sur l'anamnèse nutritionnelle, complété si possible par un carnet alimentaire sur quelques jours. Cette évaluation comprend également l'analyse de la composition corporelle, le plus souvent par bio-impédance électrique, ainsi que l'évaluation de la force musculaire, notamment par la force de préhension. La prise en charge et le suivi nutritionnels doivent être coordonnés avec un-e diététicien-ne, en particulier en cas d'obésité sarcopénique, afin d'adapter les stratégies alimentaires ou d'envisager une supplémentation orale.<sup>3,13</sup>

### Activité physique

L'activité physique constitue un levier thérapeutique majeur chez la personne âgée vivant avec une obésité, mais sa mise en œuvre est souvent limitée par des douleurs musculosquelettiques, la peur de chuter, des comorbidités et une fragilité fonctionnelle, favorisant la sédentarité.<sup>3,7</sup> Les programmes doivent être individualisés, progressifs et sécurisés, en fonction de l'état fonctionnel et des capacités motrices.

Le renforcement musculaire représente l'axe prioritaire, en raison de son rôle central dans la prévention de la sarcopénie et le maintien de l'autonomie.<sup>3,5,6</sup> L'entraînement en résistance, même à intensité modérée, permet de préserver la masse maigre et d'améliorer la force et la performance physique.<sup>5,13</sup> Il peut être complété par des exercices d'endurance à faible intensité et d'équilibre, essentiels pour améliorer la tolérance à l'effort et réduire le risque de chute.<sup>7,8</sup> Toute démarche visant une perte de poids doit impérativement être associée à une activité physique adaptée afin de limiter la perte musculaire.

Pour favoriser l'adhésion à long terme, il est recommandé de privilégier des objectifs fonctionnels plutôt que pondéraux, de proposer des activités supervisées ou en groupe lorsque cela est possible, et d'adapter les modalités d'exercice aux capacités sensorielles et cognitives de la personne âgée.<sup>7,13</sup> Même en l'absence de perte de poids significative, l'activité physique régulière améliore la mobilité, l'autonomie et la qualité de vie, et constitue un pilier de la prise en charge de l'obésité à un âge avancé.<sup>3,6</sup>

### Approches comportementales et psychosociales

Les interventions comportementales constituent un élément central de la prise en charge de l'obésité, en particulier chez la personne âgée, en raison de l'influence majeure des facteurs psychosociaux, cognitifs et fonctionnels sur l'adhésion aux recommandations thérapeutiques.<sup>7,11</sup> L'isolement social, la dépression, l'anxiété et un déclin cognitif léger sont fréquents à un âge avancé et peuvent compromettre la mise en œuvre durable des changements alimentaires et de l'activité physique.<sup>7,10</sup> Les approches efficaces reposent sur une éducation thérapeutique adaptée à l'âge, intégrant des objectifs réalistes, un rythme progressif et des messages simples, tout en tenant compte des limitations sensorielles et cognitives.<sup>3,11</sup> Le soutien social, familial ou professionnel, joue un rôle déterminant dans le maintien de la motivation. Des interventions individualisées ou en petits groupes, idéalement intégrées dans une prise en charge interdisciplinaire, favorisent l'engagement et des changements durables malgré les contraintes liées au vieillissement.<sup>8,10</sup>

### Approches pharmacologiques et chirurgicales

Malgré le rôle central des mesures non pharmacologiques, celles-ci peuvent s'avérer insuffisantes chez certaines personnes âgées obèses, en particulier en présence de comorbidités sévères ou d'un retentissement fonctionnel important. Dans ces situations sélectionnées, des approches pharmacologiques ou interventionnelles peuvent être envisagées après une évaluation individualisée du rapport bénéfice-risque.<sup>11</sup> La pharmacothérapie de l'obésité chez la personne âgée reste limitée par le manque de données spécifiques. Les caractéristiques gériatriques (polymédication, sarcopénie, fragilité, altérations de la composition corporelle et diminution des fonctions rénale ou hépatique) peuvent modifier l'efficacité et la tolérance des traitements.<sup>11,16</sup> Les recommandations actuelles réservent ces traitements aux situations d'obésité associée à des comorbidités, avec une vigilance particulière quant au risque de perte de masse maigre.<sup>17</sup> Les agonistes du GLP-1 (liraglutide, sémaglutide) et le double agoniste GLP-1/GIP (tirzépate), disponibles en Suisse, sont les traitements les mieux étudiés chez les adultes âgés. Ils permettent une perte pondérale et une amélioration cardiométabolique, à condition d'être associés à une activité physique adaptée et à un apport protéique suffisant.<sup>17</sup> Toutefois, les données restent limitées chez les personnes de plus de 75 ans, en particulier en cas de fragilité, de sarcopénie ou de dénutrition, justifiant une vigilance accrue vis-à-vis des effets indésirables (digestifs, déshydratation, perte d'appétit).<sup>17</sup> La vignette clinique illustre le risque potentiel d'aggravation de la perte de masse maigre chez des patients présentant déjà des apports alimentaires insuffisants. Dans ce contexte, l'indication doit être soigneusement pesée et intégrée dans une stratégie multimodale, en privilégiant souvent des doses modestes. La chirurgie bariatrique peut constituer une option chez des patients âgés soigneusement sélectionnés et fonctionnellement robustes, c'est-à-dire sans fragilité significative, avec une autonomie préservée dans les activités de la vie quotidienne, une capacité fonctionnelle satisfaisante et un état nutritionnel adéquat, présentant des comorbidités sévères. Bien que le risque de complications soit légèrement plus élevé que chez les adultes plus jeunes, elle peut induire une perte pondérale et une amélioration significative du diabète et de l'hypertension.<sup>18</sup>

Globalement, ces approches doivent s'inscrire dans une stratégie multimodale associant alimentation équilibrée, activité physique adaptée et interventions comportementales, avec un suivi attentif de la composition corporelle, de la fonction physique et de la tolérance.

### CONCLUSION

La prise en charge de l'obésité chez la personne âgée invite à repenser les objectifs thérapeutiques traditionnels centrés sur le poids. À un âge avancé, la question n'est pas tant de savoir *combien* de kilos perdre, mais à *quel prix fonctionnel et pour quel bénéfice clinique*. Cette approche implique de dépasser les indicateurs pondéraux pour intégrer de manière systématique la fonction, l'autonomie et les priorités du patient dans la décision thérapeutique.

Dans un contexte de vieillissement rapide de la population, l'enjeu majeur sera de développer des stratégies et des recommandations fondées sur des données spécifiques à la personne âgée, afin d'accompagner des décisions individualisées, prudentes et réellement centrées sur la qualité de vie.

**Conflit d'intérêts:** les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**Utilisation de l'IA:** les auteurs ont déclaré ne pas avoir utilisé l'IA pour la rédaction de cet article.

**ORCID ID**

J. C. Correia: <https://orcid.org/0000-0002-7020-0695>

M. Robino: <https://orcid.org/0009-0005-3851-7018>

A. Gaspoz: <https://orcid.org/0009-0001-0329-6615>

A. Mendes: <https://orcid.org/0000-0003-0098-6503>

Z. Pataky: <https://orcid.org/0000-0002-8720-3833>

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- Chez la personne âgée, l'obésité ne se résume pas au poids: la composition corporelle, la force musculaire et la fonction doivent guider l'évaluation.
- Une perte de poids non encadrée peut aggraver la sarcopénie, la fragilité et la perte d'autonomie.
- La prise en charge doit être individualisée et centrée sur la personne, sur la préservation de ses fonctions et sur sa qualité de vie, plutôt que sur la normalisation pondérale.
- L'éducation thérapeutique, avec des conseils sur une alimentation adaptée, une activité physique axée sur le renforcement musculaire et des approches comportementales constituent le socle du traitement.
- Les traitements pharmacologiques et la chirurgie bariatrique sont réservés à des personnes soigneusement sélectionnées, dans le cadre d'une stratégie multimodale et prudente.

1 Khaleghi AA, Salari N, Darvishi N, et al. Global prevalence of obesity in the older adults: A meta-analysis. *Public Health Pract (Oxf)*. 2025 Jan 18;9:100585.  
2 Office fédéral de la statistique. Enquête suisse sur la santé 2022: surpoids et obésité [Internet]. (Cité le 11 janvier 2026). 21 novembre 2024. Disponible sur: [www.bfs.admin.ch/bfs/fr/gnpdetail.2024-0164.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/gnpdetail.2024-0164.html).  
3 Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. *Lancet*. 2019 Jun 29;393(10191):2636-46.  
4 \*\*Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48(1):16-31.  
5 Buch A, Carmeli E, Boker LK, et al. Muscle function and fat content in relation to sarcopenia, obesity and frailty of old age--An overview. *Exp Gerontol*. 2016 Apr;76:25-32.

6 Larsson L, Degens H, Li M, et al. Sarcopenia: Aging-Related Loss of Muscle Mass and Function. *Physiol Rev*. 2019 Jan 1;99(1):427-511.  
7 Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013 Mar 2;381(9868):752-62.  
8 Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *N Engl J Med*. 2024 Aug 8;391(6):538-48.  
9 \*DiMilia PR, Mittman A, Batsis JA. Benefit-to-Risk Balance of Weight Loss Interventions in Older Adults with Obesity. *Curr Diab Rep*. 2019 Nov 4;19(11):114.  
10 Woo J. Obesity in older persons. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2015 Jan;18(1):5-10.  
11 \*Dewar S. A geriatrician's approach to managing the complex older adult with obesity. *Obesity (Silver Spring)*.

2025 Nov;33(Suppl.1):41-56.  
12 Carroll DG. The risks and benefits of managing obesity in older adults. *Am J Health Syst Pharm*. 2025 Apr 29;82(9):e419-e425.  
13 Cortes TM, Chae K, Foy CM, Houston DK, Beavers KM. The impact of lifestyle-based weight loss in older adults with obesity on muscle and bone health: a balancing act. *Obesity (Silver Spring)*. 2025 Nov;33 Suppl 1(Suppl.1):22-40.  
14 Goisser S, Kiesswetter E, Schoene D, Torbahn G, Bauer JM. Dietary weight-loss interventions for the management of obesity in older adults. *Rev Endocr Metab Disord*. 2020 Sep;21(3):355-68.  
15 Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2022 Apr;41(4):958-89.  
16 Villani A. Lifestyle Strategies for the

Management of Obesity in Older Adults: From Controversies to Alternative Interventions. *Healthcare (Basel)*. 2022 Oct 21;10(10):2107.  
17 Henney AE, Wilding JPH, Alam U, Cuthbertson DJ. Obesity pharmacotherapy in older adults: a narrative review of evidence. *Int J Obes (Lond)*. 2025 Mar;49(3):369-80.  
18 Dowgiało-Gornowicz N, Lech P, Major P, Collaborative Study Group. Bariatric and Metabolic Surgery in Patients Older than 65 Years – a Multicenter Study. *Obes Surg*. 2023 Oct;33(10):3106-11.

\* à lire

\*\* à lire absolument