



Retour sur les 45èmes journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérologie ...

Le GT Gériatrie était en ballade à Paris pour vous proposer une synthèse des HOT TOPICS !

Les nouvelles recommandations de l'antibiothérapie sous-cutanée de la SPILF

L'intérêt de la mesure en continue du glucose

La déprescription des psychotropes

Vaccination du patient âgé

Traitement des douleurs neuropathiques

Place du fer en péri opératoire

Bon usage des antidépresseurs

Efficacité et tolérance des glifozines
Prise en charge antalgique des douleurs procédurales



Nous avons eu le droit en avant-première à la présentation des recommandations SPILF 2025:

⊘ Quand NE PAS utiliser la voie SC

- Antibiotiques concentration-dépendants
- Infections sévères : sepsis, choc septique

✓ Quand envisager la voie SC ?

- Accès veineux difficile
- Troubles du comportement / risque d'arrachement
- Impossibilité de voie orale (troubles de déglutition, conscience)
- Pas d'alternative orale adaptée
- Anticoagulation contre-indiquant l'IM
- Favoriser la mobilisation
- Situation de fin de vie (confort)
- Traitement parentéral prolongé (ex. traitement suppressif)

💡 Antibiotiques utilisables par voie SC

Recommandation forte ++ : Ceftriaxone

Utilisation possible :

- Cefazoline
- Ertapénem
- Méropénem
- Pipéracilline/tazobactam
- Témocilline
- Benzathine benzylpénicilline

Nécessitant un avis spécialisé :

- Amoxicilline ± acide clavulanique
- Céfépime
- Ceftazidime
- Daptomycine



Dérives d'utilisation

Cas particulier: Teicoplanine : SC possible après dose de charge IV pendant 48 h, /!\ Dosage résiduel obligatoire ! (cible 20-40mg/L)

💡 Modalités pratiques générales

- 📍 **Sites SC** : cuisse, abdomen, haut du dos
- ● **Dose & dilution identiques à la voie IV**
- ⌚ **Perfusion gravité 30–60 min**

Cadre réglementaire

- 📄 Voie **hors AMM** → information du patient ou proche aidant + consentement tracé
- 🏥 En établissement : des **protocoles institutionnels validés doivent être mis en place par CAI + pharmacien**
- 🚗 En ambulatoire : mention obligatoire sur l'ordonnance : « *Voie d'administration hors AMM, validée après information du patient et recueil de son accord, sur la base d'une balance bénéfice–risque favorable, conformément aux recommandations SPILF/SFGG 2025 et à la communication ANSM (2019).* »



Infectious Diseases Now
Available online 11 December 2025, 105232
In Press, Journal Pre-proof What's this?



Guidelines

Subcutaneous antibiotic therapy: Guidelines for clinical practice – Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française/Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

Emmanuel Forestier^a, Gaëtan Gavazzi^{b,c}, Sylvain Diamantis^d, Sylvain Goutelle^{e,f,g}, Claire Roubaud-Baudron^{h,i}

Le juste équilibre du diabète

On nous a rappelé les objectifs d'HbA1c chez les personnes âgées:

HAS 2024

Profil du patient	HbA1c cible
Dites « vigoureuses », dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	≤ 9 % et/ou glycémies capillaires pré-prandiales entre 1 et 2 g/l

SFD 2025

Profil du patient	HbA1c cible
Personnes âgées de plus de 75 ans ¹	<ul style="list-style-type: none"> Dites « en bonne santé », bien intégrées socialement et autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante: ≤ 7 %⁵ en évitant au maximum les hypoglycémies en cas de traitement par sulfamide⁶, glinide ou insuline³ Dites « fragiles » à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des « dépendants et/ou à la santé très altérée »⁴: ≤ 8 %⁷ en restant au-dessus de 7 %⁷ en cas de traitement par sulfamide⁶, glinide⁶ ou insuline³ Dites « dépendantes et/ou à la santé très altérée », en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social⁸: < 9 %⁷ en restant au-dessus de 7,5 %⁷ en cas de traitement par insuline³

Suggested targets in older people with diabetes based on functional status

Parameter	Independent	Partially dependent	Dependent
HbA1c	7.0–7.5% (53–58.5 mmol/mol)	7.5–8.0% (58.5–63.9 mmol/mol)	8.0–8.5% (63.9–69.4 mmol/mol)
BP	130/80 mmHg	140/90 mmHg	150/90 mmHg
Dyslipidaemia	High intensity statin, aim for > 50% reduction in LDL	High intensity statin, aim for > 50% reduction in LDL	To continue high intensity, replace to moderate intensity or withdraw based on clinical discretion

Independent = No physical or cognitive impairment with no assistance in activities of daily living (ADL), partially dependent = Mild cognitive/physical impairment needing some assistance with ADL, Dependent = moderate-severe cognitive/physical impairment needing full assistance in ADL

Bourdel-Machasson I, Aging Clin Exp Res. 2023

EUGMS 2023

Puis des facteurs affectant l'HbA1c...

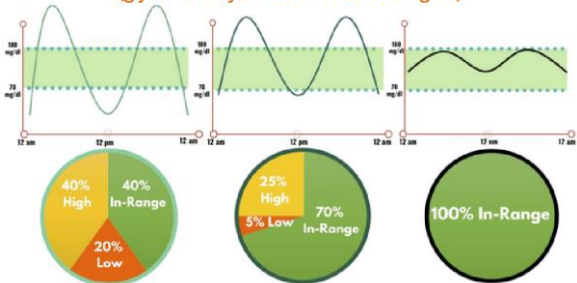
Augmentation de l'HbA1c ↑	Diminution de l'HbA1c ↓
Insuffisance rénale chronique (Hb carbamylée)	Insuffisance rénale chronique
Erythropoïèse insuffisante : <ul style="list-style-type: none"> • carence en fer • carence en vitamine B12 ou en folates • carence en EPO 	Augmentation de l'érythropoïèse : <ul style="list-style-type: none"> • correction d'une anémie • traitement par fer, vitamine B12 ou folates • traitement par EPO
Médicaments : aspirine, opiacés	Médicaments : antiviraux, interféron, dapsone
Alcoolisme chronique (Hb acétylée)	Maladie hépatique chronique
Hypertriglycéridémie, hyperbilirubinémie	Hémodialyse
Augmentation de la durée de vie des GR : splénectomie	Diminution de la durée de vie des GR : • hémolyse • splénomégalie • hémorragie • hémoglobinopathie (HbS)
Présence d'une Hb fœtale	Transfusion sanguine
Grossesse	Grossesse
Origine hispanique, asiatique ou afro-américaine	

Enfin on nous a dit que l'HbA1c... c'est pas toujours top comme outil de suivi

→ On peut avoir des patients avec une HbA1c à 7,0% mais avec des profils de glycémie totalement différents

HbA1c à 7,0 %

(glycémie moyenne estimée à 154 mg/dL)



→ Intérêt de la mesure en continue du glucose

2 dispositifs sur le marché:

- Freestyle libre (Abott)
- Dexcom One + (Dexcome)

On ne suit donc plus l'HbA1c via une mesure tous les 3 mois à 6 mois...

→ Objectifs individualisés de temps passé dans la cible

→ Chez le patient âgé, on tolère :

- - le temps passé en hypoglycémie
- + le temps passé en hyperglycémie

SFD 2025

Objectifs individualisés de temps dans la cible, en dessous et au-dessus de la cible chez les patients vivant avec un DT2 utilisant un dispositif de mesure en continu du glucose (selon Battelino et al. Diabetes Care 2019;42:1593-1603)

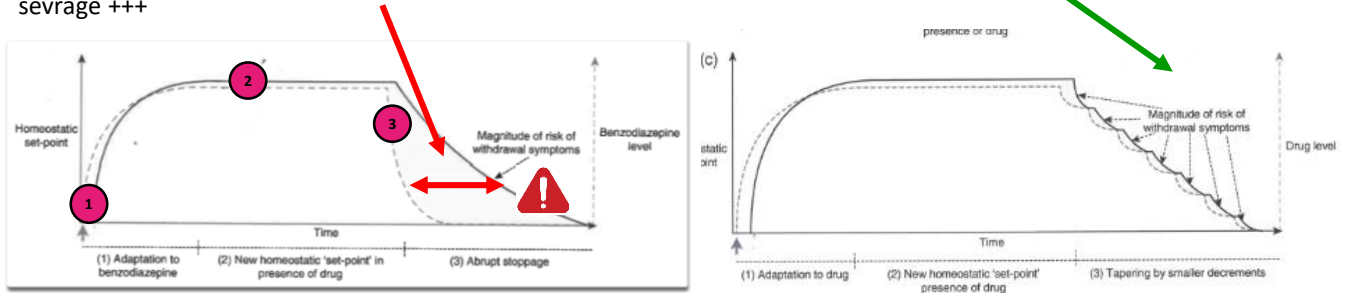
	Temps passé dans la cible (TIR) ¹	Temps passé en dessous de la cible (TBR)		Temps passé au-dessus de la cible (TAR)	
	0,70–1,80 g/L	< 0,70 g/L	< 0,54 g/L	> 1,80 g/L	> 2,50 g/L
Cas général (hors grossesse ¹)	> 70 %	< 4 %	< 1 %	< 25 %	< 5 %
Personne âgée ² et/ou à haut risque d'hypoglycémie sévère ³	> 50 %	< 1 %	0 %	< 50 %	< 10 %

Déprescrire les psychotropes

Notre collègue pharmacien de Nantes, nous a également rappelé les grands principes physiologiques et pharmacologiques du sevrage !

Messages clés:

- Tous les psychotropes sont à risque de sevrage
- Ne pas confondre sevrage et récurrence
- Le temps de sevrage est déterminé par la **plasticité du système à retourner dans son état d'équilibre « pré-drogue »**
- Si on ↘ rapidement: décalage important entre la concentration plasmatique que le corps « attend » (car habitué à recevoir) et la concentration réelle => risque sevrage +++
- Si on diminue progressivement: réduction du décalage et du risque de sevrage



En pointillé: la concentration plasmatique du médicament

En trait plein: le niveau de référence de l'équilibre du système (= ce à quoi s'attend le corps, comment il augmente ou diminue la quantité de récepteurs selon si le médicament est agoniste ou antagoniste...).

- 1 **Basale** (introduction du médicament) : les niveaux plasmatiques augmentent, le système s'adapte.
- 2 **Plateau** : les niveaux plasmatiques et l'adaptation de la quantité de récepteurs sont à l'équilibre (homéostasie du système).
- 3 **Arrêt brutal du médicament** : les niveaux plasmatiques diminuent à 0 très rapidement (exponentiellement selon la $t_{1/2}$), mais l'adaptation du système se fait bien plus lentement que l'élimination du médicament : c'est cette différence qui cause un sevrage.

Sauf que c'est pas si simple... il ne suffit pas juste de réduire progressivement, il faut bien le faire!

Il existe un risque de sevrage si on réalise une réduction linéaire des doses de psychotrope car la relation dose du médicament et pourcentage d'occupation des récepteurs n'est pas linéaire !

Exemple pour un psychotrope X:

1

Cas d'une décroissance linéaire des doses: 20mg, puis 15, puis 10, puis 5, puis 0

→ On observe d'abord une chute lente du % d'occupation des récepteurs (80% à 75% à 67% à 58%) puis très importante en fin de décroissance pour le passage de 5 à 0mg (58% à 0% !)

→ **C'est pourquoi les symptômes de sevrage peuvent apparaître à la fin du protocole de réduction de dose**

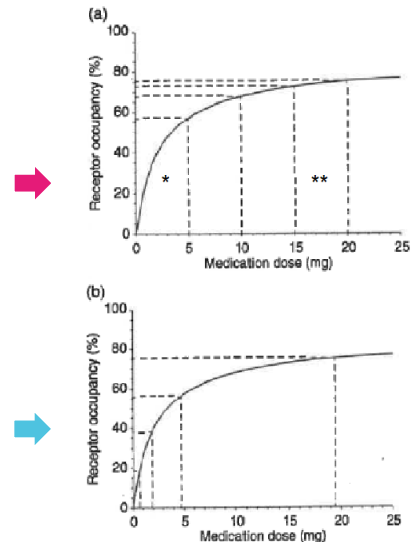
2

On peut aussi réfléchir en % d'occupation des récepteurs en réduisant par palier de 20% l'occupation des récepteurs

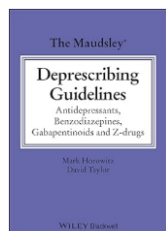
→ Réduction uniforme de l'effet sur les récepteurs (passage de 75% à 55% à 35% à 15% avec des doses de 20mg puis 5, puis 2 puis 0,6)

→ **On parle de décroissance hyperbolique**

→ On diminue + vite au début mais ensuite la réduction est très progressive



Pour en savoir + :



Mais comment faire pour obtenir des petites doses ?

- Utiliser un coupe-comprimé pour les 1^{ère} étapes
- Écraser les comprimés et dissoudre quand c'est possible au niveau de la galénique
- Utilisation des formes liquides (ex: diazepam pour le sevrage des benzodiazépines)
- Préparations magistrales

Vaccination du patient âgé

Le [livre blanc VACCINATION 2025](#) sur les infections respiratoires à prévention vaccinale des séniors est paru !



	Personnes de 65 ans et plus				
	65 ans	75 ans	80 ans	85 ans	95 ans et +
DTP-Coqueluche	1 dose	1 dose		1 dose	1 dose
Pneumocoque	1 dose				
Grippe	1 dose par an				
Covid-19	1 dose par an		2 doses par an		
Zona	2 doses (à 2 mois d'intervalle)				
VRS	1 dose pour certaines maladies chroniques		1 dose		

Messages clés :

- La **couverture vaccinale reste insuffisante** (particulièrement en EHPAD et pour le pneumocoque)
- Vaccination = moyen le plus efficace pour **prévenir les formes graves d'infections notamment pulmonaires**, diminuer les hospitalisations et décès évitables des personnes âgées, préserver leur autonomie en limitant les décompensations de maladies chroniques et le déclin fonctionnel.

• Vaccin Pneumocoque : dose unique

➔ **Recommandé pour toutes les personnes ≥ 65 ans** avec une dose unique de PREVENAR®20.
Couverture vaccinale très faible actuellement ~15% des >65ans.

• Vaccin Grippe : vaccination annuelle

➔ **Recommandé pour toutes les personnes ≥ 65 ans**, idéalement avant circulation virale
➔ Privilégier les **vaccins Grippe « améliorés »** (Reco HAS 05-25) :
- EFFLUELDA® = vaccin haute dose
- FLUAD® = vaccin adjuvanté

Peut être administré simultanément avec le vaccin Covid-19.

• Vaccin COVID-19 : vaccination annuelle

➔ **Recommandé pour toutes les personnes ≥ 65 ans.**
➔ Dose supplémentaire recommandée au printemps pour ≥ 80 ans, immunodéprimés, résidents EHPAD/USLD, personnes à très haut risque.

• Vaccin Zona

SHINGRIX®

➔ **2 doses à 2 mois d'intervalle** recommandées chez les ≥ 65 ans pour prévenir les formes sévères de zona et les complications (incidence et gravité des névralgies post-zona augmentant avec l'âge).

• Vaccin Coqueluche

➔ **Rappel recommandé tous les 10 ans** dTcaP (vaccin quadrivalent) : BOOSTRITETRA® ; REPEVAX®

• Vaccin VRS : dose unique

ABRYSVO® ; AREXVY® ; mRESVIA®

➔ **Vaccination recommandée ≥ 65 ans, en particulier si comorbidités** (BPCO, insuffisance cardiaque).
Agrément aux collectivités mais à ce jour non remboursable malgré un avis favorable de la CT.

Traitement des douleurs neuropathiques chez le patient âgé

- **Approche multidisciplinaire et multimodale : intégration des thérapies non médicamenteuses +++**

- Prise en charge globale en équipe pluridisciplinaire : médecin, IDE, kiné, psychologue, pharmacien
- Combinaison de traitements non-médicamenteux et médicamenteux = Synergie d'action
- Évaluation rigoureuse de la douleur, des interactions et des effets indésirables médicamenteux : Fixer des objectifs de soulagement de la douleur + Informer le patient des effets indésirables potentiels et du délai d'action des traitements

- **Thérapeutiques non médicamenteuses :**

- Neurostimulation par stimulation électrique transcutanée (TENS)
- Activité physique, massages, acupuncture, relaxation, hypnose...

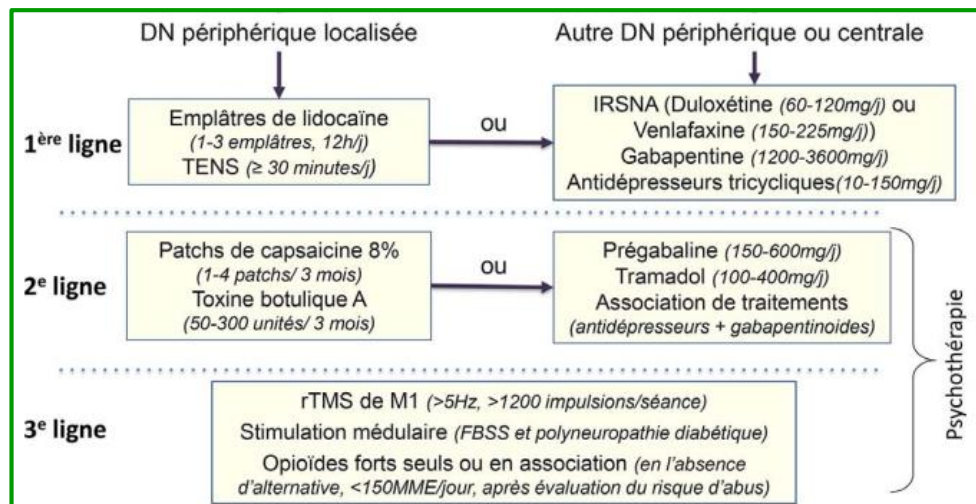
- **Thérapeutiques médicamenteuses :**

Douleurs périphériques localisées = Privilégier les Traitements topiques

→ **Lidocaïne 5%** en 1^{ère} ligne > **Capsaïcine 8 %** patch : Moins d'effets systémiques, d'IAM et mieux adaptés aux patients fragiles

Autres douleurs périphériques ou centrales

1^{ère} intention : **IRSNa** → **Duloxétine** surtout si diabète associé, **Venlafaxine** surtout si dépression associée ou **Gabapentinoïdes** → **Gabapentine** / Prégabaline en 2^{ème} intention



[Recommandations SFETD 2020](#)

On commence par une monothérapie :

- Adaptation de la posologie à la fonction rénale
- **Posologie titrée lentement**, avec des doses plus faibles ou des intervalles plus longs entre les augmentations → **START LOW, GO SLOW**
- **Délai d'action : 2 à 4 semaines**
- Surveillance EIM : Sédation, confusion, hyponatrémie (SIADH) et chutes plus fréquents chez les patients âgés, œdèmes périphériques pour les gabapentinoïdes

Bithérapie IRSNa + Gabapentinoïde si nécessaire en 2^{ème} intention

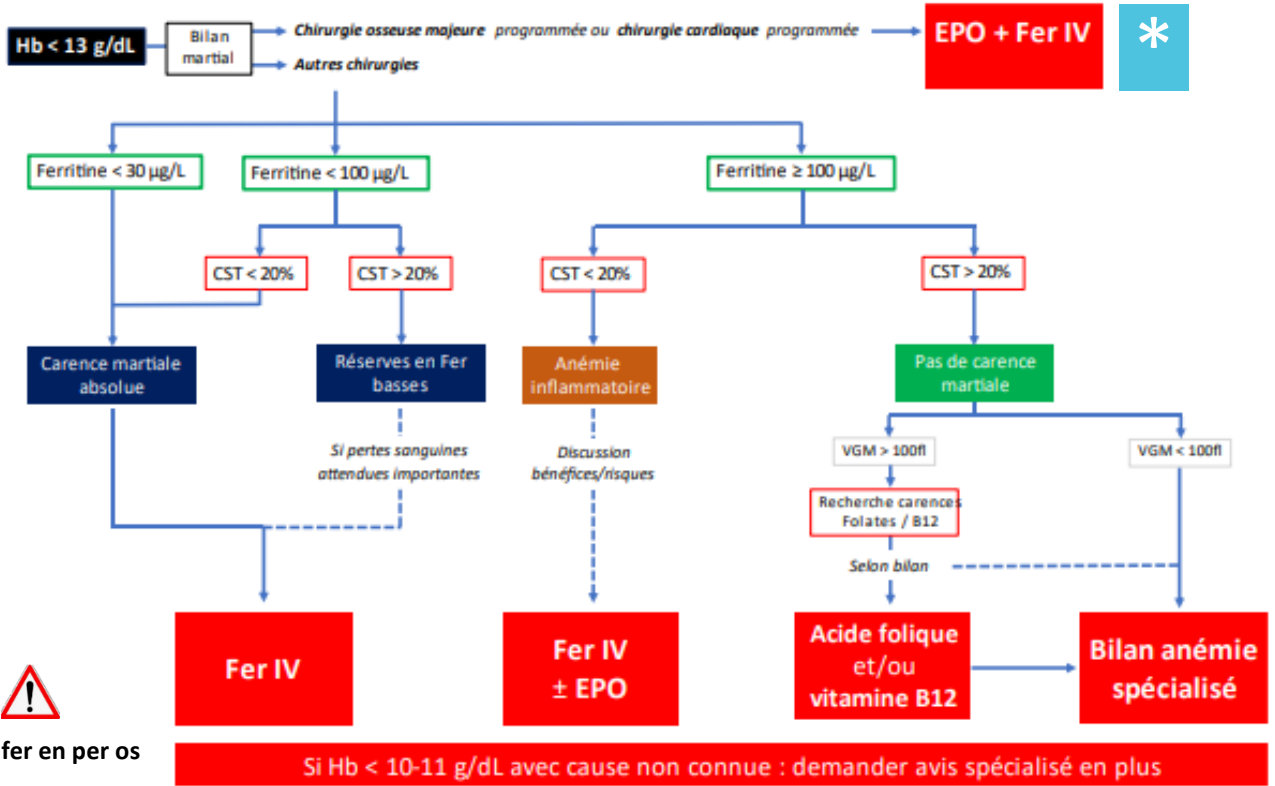
⚠ A Utiliser avec prudence +++ chez le patient âgé :

- **Tricycliques** : effets indésirables anticholinergiques
- **Tramadol en 2^{ème} ligne** : Risque de confusion+++ , somnolence, hallucinations, constipation et chute + IAM. Peut être titré par la solution buvable. **Ne pas utiliser de forme LP**
- **Opioides forts sauf douleurs rebelles (3^{ème} ligne)** : efficacité faible sur le mécanisme neuropathique et risque iatrogène élevé chez la personne âgée

Place du fer et de l'EPO en péri opératoire

- **Importance de dépister, évaluer et traiter les carences en fer** avant une intervention chirurgicale pour optimiser la récupération du patient → **réduction significative des complications post-opératoires** (infections, défaut de cicatrisation, mortalité) et **réduction des durées d'hospitalisation**

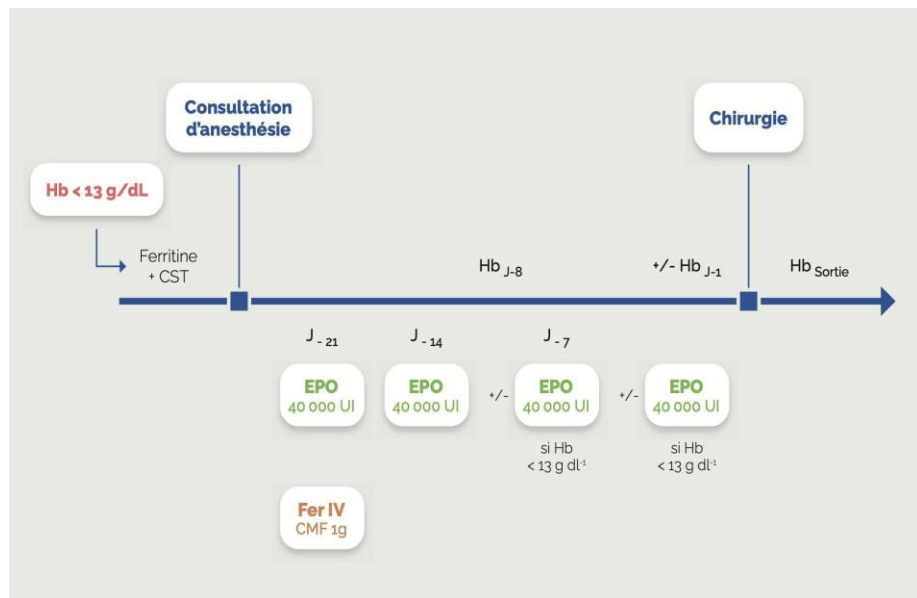
→ Prise en charge préopératoire :



* Protocole proposé pour la prise en charge préopératoire des patients ayant une **hémoglobine <13 g/dL** en cas de :

- **chirurgie osseuse majeure** (notamment arthroplasties totales de la hanche et du genou) ;
- **chirurgie du rachis à risque hémorragie** ;
- **chirurgie cardiaque**.

[Recommandations HAS 2022](#)



Bon usage des antidépresseurs

La dépression du sujet âgé est fréquente et souvent atypique

- Prévalence d'environ **11 %** chez les personnes âgées
 - Présentations atypiques fréquentes : plaintes somatiques, cognitives, irritabilité, apathie, absence de tristesse apparente.
 - ➔ **Fort impact clinique : malnutrition, déclin fonctionnel, troubles cognitifs et mauvaise adhésion thérapeutique**
 - Diagnostics différentiels essentiels : troubles neurocognitifs, apathie isolée (ne justifie pas un antidépresseur), pathologies somatiques.
- 👉 **Suivi cognitif régulier** est indispensable.

Principes de Bon Usage:

Stratégie thérapeutique :

- **Choix de première intention : ISRS**

Tenir compte de : polymédication et IAM, IR, dénutrition, comorbidités, des modifications PKPD liées à l'âge

- ➔ Adapter le choix selon les symptômes dominants (anxiété, mélancolie, troubles cognitifs, douleur, etc.)
- Initier à faible dose et réévaluer régulièrement l'efficacité et la tolérance
- Monter progressivement jusqu'à dose maximale recommandée (↗ 25-50% de la dose cible toutes les 1-2 semaines)
- Utiliser des **doses efficaces (pas de sous-dosage)**
- Durée minimale :
 - 6 à 12 mois après rémission des symptômes pour un 1er épisode
 - 2 à 3 ans pour un 2nd épisode
 - 3 ans ou à vie pour un 3^{ème} épisode
- Arrêt progressif ++
- Éviter les associations inutiles avec psychotropes (BZD limitées dans le temps)

Informé le patient :

- Du délai d'action pour juger l'efficacité : **4 à 8 semaines** pour la dépression, 2 à 4 semaines pour l'anxiété généralisée
- Des effets secondaires possibles
- De la nécessité de poursuivre le traitement après amélioration des symptômes

Les traitements non pharmacologiques sont essentiels à associer aux antidépresseurs : TCC (efficacité démontrée), psychothérapies et activité physique adaptée.

Alternatives pour les formes résistantes :

- Electroconvulsivothérapie (ECT) : très efficace (~75 % rémission)
- Stimulation magnétique transcrânienne (r-TMS)

Indication des antidépresseurs dans les symptômes psychologiques dans les maladies neurocognitives [\(reco SPC\)](#)

Indication		Traitement de 1 ^{re} intention	Traitement de seconde intention
Dépression	Niveau de preuve faible Meilleure efficacité si : -Épisode dépressif type DSM V - Antécédents de dépression	Sertraline : 50 à 200mg/j Mirtazapine : 15 à 45 mg/	Duloxétine : 30 à 120 mg Venlafaxine LP : 37,5 mg à 225 mg Vortioxétine : 5 à 20 mg
Agitation	Traitement de 1 ^{re} intention de : L'agressivité, l'irritabilité, l'agitation anxieuse, impulsivité et du syndrome frontal Aucune indication dans les déambulations	Citalopram : 10 à 20 mg Escitalopram : 5 à 10 mg Sertraline : 25 à 200 mg	Trazodone : 50 à 300 mg
Symptômes psychotiques	Idées délirantes en alternative aux antipsychotiques (niveau de preuve faible)	Citalopram : 10-20 mg/j Escitalopram : 5- 10 mg/j Sertraline : 25 - 150 mg/j	
Trouble du sommeil	Niveau de preuve faible	Mirtazapine : 15 - 30 mg/j Seulement si symptômes dépressifs associés	Trazodone: 50 à 300 mg
Trouble anxieux	Aucune publication n'a validé l'usage des IRS dans les troubles anxieux associés aux TNC. Dans la pratique, utilisation possible dans cette indication, notamment pour éviter un recours inapproprié aux benzodiazépines. Voir chapitre « dépression et anxiété »		
Apathie	Aucune indication des IRS dans le traitement de l'apathie		



Et la Miansérine ?

-> Alerte ANSM sur risque : agranulocytose, sédation, hépatite, convulsion

Synthèse proposée par Dr Stéphanie MOSNIER-THOUMAS à partir de la présentation du Pr BONIN-GUILLAUME

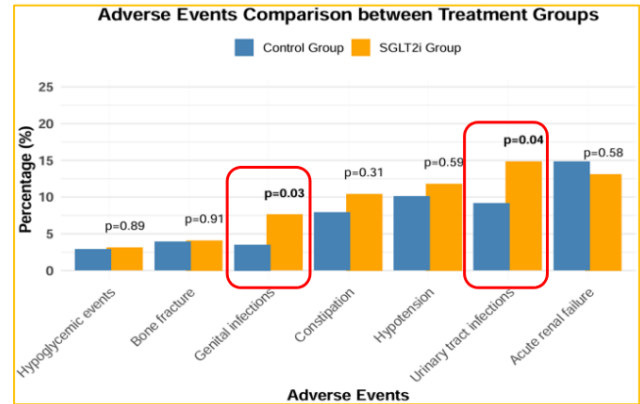
Efficacité et tolérance des glifozines chez les patients âgés

On nous a également présenté les résultats d'une étude sur l'efficacité et la tolérance des glifozines chez les patients âgés atteints d'insuffisance cardiaque

- 496 patients inclus (260 groupe glifozine vs 236 groupe contrôle)
- Moyenne d'âge : 90 ans
- Score moyen de comorbidité Charlson : 8,2

Messages clés:

- **↘ risque de mortalité** toutes causes à 1 an - HR 0,67 [0,46–0,98]; $p=0,031$
- **↘ ré-hospitalisations** pour insuffisance cardiaque à 1 an - HR 0,64 [0,42–0,97] ; $p=0,037$.
- Les infections urinaires et génitales sont plus fréquemment rapportées dans le groupe glifozines, mais le taux d'arrêt du traitement reste faible (2,7 %) → cf. Figure.



RESEARCH ARTICLE | Originally Published 20 August 2025

Check for updates

Efficacy and Safety of SGLT2 Inhibitors in Heart Failure: Observational Evidence in Geriatric Patients—AGING-HF

Abdelhakim Hacil, MD, Yara Antakly Hanon, MD, Audrey Lacour, MD, Jean-Philippe David, MD, PhD, Tesnim Khalifa, MD, Matthieu Picot, MD, Aude Clémencin, MD, Patrick Assayag, MD, PhD, Jean-Sébastien Vidal, MD, PhD, and Olivier Hanon, MD, PhD

[Lien article](#)

Synthèse proposée par Dr Teddy NOVAIS à partir de la présentation du Dr HACIL

Douleurs procédurales chez les patients âgés : traitement préventif

C'est quoi la douleur procédurale ?

- Elle est **déclenchée par un soin ou une thérapeutique**
- Elle survient dans des circonstances de **survenue prévisible**
- C'est une douleur de **courte durée** (aigüe)

Critères de choix de l'antalgique :

- Du type de soin douloureux: durée, répétition
- De l'intensité de la douleur
- Forme galénique (délai et durée d'action) et molécule adaptée au profil gériatrique du patient
- Choisir la voie d'administration la moins douloureuse
- Compatible avec le traitement antalgique de fond s'il y en a un !



Paracétamol

Opiacés faibles : codéine, poudre opium

Intérêt du tramadol: antalgique mixte, solution buvable pour titration

Opiacés forts: sulfate de morphine en 1^{ère} intention (dosages faibles disponibles à partir d'1mg)



Effets indésirables identiques aux opiacés forts

Règle d'or:

- Pas de place pour les formes LP
- Respecter le délai d'action de chaque molécule
- **Le soin doit se faire au moment du plateau d'efficacité → retenir 1h de délai pour les antalgiques per os**

Pour plus d'information : [Document OMEDIT Centre Val de Loire](#)