



HAL
open science

Analyse qualitative de la prescription des anticoagulants dans la fibrillation atriale des sujets âgés en EHPAD

Oarda Bahri

► **To cite this version:**

Oarda Bahri. Analyse qualitative de la prescription des anticoagulants dans la fibrillation atriale des sujets âgés en EHPAD. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00763822

HAL Id: dumas-00763822

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00763822>

Submitted on 13 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

OARDA BAHRI

NEE LE 30 MARS 1984

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 OCTOBRE 2012

**ANALYSE QUALITATIVE
DE LA PRESCRIPTION DES ANTICOAGULANTS
DANS LA FIBRILLATION ATRIALE
DES SUJETS AGES EN EHPAD**

PRESIDENT DU JURY : PR. CHASSAGNE

Directeur de Thèse : PR. CHASSAGNE

Membres du jury : PR. ELTCHANINOFF, PR. MARIE, PR. GODIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012
U.F.R. DE MEDECINE~PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUTTRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.FIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIEMme Dominique **LANIEZ**

UFR Anglais

Mme Michèle **GUIGOT**

UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique

M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
------------------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES****M. Sahil ADRIOUCH**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)**Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)**M. Antoine OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES**M. Mario TOSI**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)**M. Serguei FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su RUAN

A

Monsieur le Pr. Philippe CHASSAGNE

Qui m'a fait l'honneur de présider ce Jury.

Je vous exprime mes profonds remerciements
pour l'aide compétente que vous m'avez apportée, pour votre confiance,
votre disponibilité et votre patience tout au long de ce projet.

Votre œil critique et votre savoir m'ont été très précieux
pour structurer et améliorer la qualité de ce travail.

Je suis très honorée d'intégrer le Service de Médecine Interne Gériatrique

A

Madame le Pr. Hélène ELTCHANINOFF,

Madame le Pr. Isabelle MARIE,

Monsieur le Pr. Michel GODIN

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements

et de mon profond respect.

A

Monsieur le Dr. Laurent DRUESNE

Pour m'avoir accordé de son temps

Et avoir mis à ma disposition tous les moyens nécessaires

pour mener à bien ce projet.

J'ai été ton externe, ton interne,

et suis ravie de devenir ta Collègue.

A

Monsieur le Dr. Jean-François MENARD

Pour son aide et ses conseils avisés.

Je tiens à vous témoigner ma reconnaissance pour votre travail.

A

**Monsieur le Pr. Pierre JOUANNY,
Monsieur le Pr. François PUISIEUX,
Monsieur le Pr. Jean-Marie SEROT**

Merci de m'avoir confié ce projet.

Je tiens à vous témoigner ma plus profonde reconnaissance.

Aux

Médecins Coordonnateurs

**Drs. Richard, Fruit, Gence, Collard, Rakocevic, Valla, Boiteux,
Colombain, Calmels, Bria, Faucheux, Pourcelle, Plailly, Pillet,
Clava, Sauts, Spiess, Kadri, Lardans, Barre, Hansen, Nivelles, Surbled,
Ghomari, Collai-Defline, Chazot, Grenouilleau, Wirotius, Nanfack,
Derambure, Pirus, Gach, Cauchois, Ades-Civade, Gloc, Rémy, Closet,
Gubin, Meir, Villiers, Meuleman**

Et

Directeurs des EHPAD et USLD de la Région Normande

Merci pour votre travail et pour votre accueil au sein de vos établissements.

Aux

Médecins Capacitaires

**Drs. Ghezali, Hay, Bourguignon, Hébert, Manolache, Delaunay, Flagollet,
Gest, Labro, Lavogez, Sodomkova**

Je vous remercie tout particulièrement pour votre travail d'inclusion
et votre disponibilité

Je remercie très chaleureusement **Martine MAQUIN**

pour son aide et son soutien.

Tu m'as accordé énormément de ton temps et de tes compétences

tout au long de ce travail

A

Monsieur le Pr. Eric Bercoff

Et aux

Drs. Levasseur, Quibel, Théry, Parrad, Ben Aicha, Tabué, Gbaguidi, Le Guillou,

Pour votre soutien, votre savoir et vos encouragements

tout au long de mon cursus.

Au Dr. Despie

A mes co-internes et amis

Charlotte, Solveig, Charles, Charly, Alexis, Audrey, Florine, Barbara, Mathilde

A toute l'équipe de Médecine Interne Gériatrique

Merci pour votre accueil et votre professionnalisme

A mes Parents

Grâce à qui je suis devenue celle que je suis.
Je leur serai toujours redevable de tous les efforts qu'ils ont fournis à mon égard.

A mes frères et sœurs,

Qui ont su supporté mes moments de déprime, d'euphorie et de colère.
J'espère prendre soin de vous encore longtemps.

A la famille Moatassim,

Qui a su m'accueillir et me considérer comme l'une des leurs

A Badre-Din, Allah i Rhamo,

Tu restes dans nos coeurs

A mes amis,

Salwa, Najate, Séverine, Saliha, Nawel, Souaad, Touda, Ibtissem, Sondess, Taouba,
Imen, Hanane, Amel, Lise, Nais, Jaouad

Merci pour tout ce que nous avons partagé
—nos rires, nos larmes, nos disputes et réconciliations -

Je vous garde à jamais dans mon cœur.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Epidémiologie	2
2. Morbi-mortalité associée à la fibrillation atriale	3
3. Anticoagulation dans la fibrillation atriale/critères décisionnels, rationnel de la prescription	5
4. Risque hémorragique lié au traitement anticoagulant dans la fibrillation atriale chez le sujet âgé	6
5. Taux de recours aux AVK dans la fibrillation atriale du sujet âgé	12
6. Circonstances associées à une abstention thérapeutique (non recours aux AVK) dans la fibrillation atriale du sujet âgé	14
7. Fibrillation atriale en institution	17
Méthodes	23
1. Considérations éthiques	27
2. Critères d'inclusion	27
3. Critères d'exclusion	28
4. Déroulement de l'étude	28
5. Paramètres recueillis	29
5.1 Caractéristiques des malades	29
5.2 Traitement des résidents	34
5.3 Comparaison des deux groupes	36
Statistiques	39
Résultats	41
1. Caractéristiques des malades	42
1.1 Etat civil et ancienneté au sein de l'institution	42
1.2 Caractéristiques des établissements	43
1.3 Diagnostic de la fibrillation atriale	44

1.4 Comorbidités	46
2. Traitements médicamenteux. Anticoagulant	50
3. Comparaison des groupes : groupe avec AVK et groupe sans AVK. Analyse univariée	55
4. Comparaison multivariée : paramètres significativement et indépendamment associés à la non prescription des AVK	59
5. Critères des médecins prescripteurs associés à la non prescription des AVK	59
Discussion	62
1. Caractéristique de la fibrillation atriale	66
1.1 Prévalence de la fibrillation atriale	66
1.2 Inclusion des résidents	66
2. FA, comorbidités générales et syndromes gériatriques	68
2.1 Fibrillation atriale et comorbidités cardio-vasculaires	68
2.2 Fibrillation atriale et syndrome gériatrique	70
3. Prescription des antithrombotiques chez les résidents en EHPAD souffrant d'une fibrillation atriale	76
3.1 Prévalence du traitement par AVK	76
3.2 Fibrillation atriale et contre-indications aux AVK	78
3.3 AVK et antiagrégant plaquettaire	79
4. Paramètres associés à une non prescription des AVK	75
Forces et limites	82
Conclusion	84
Bibliographie	87
Abréviations	
Annexes	

INTRODUCTION

1. Epidémiologie

La fibrillation atriale (FA) représente la variété la plus fréquente des troubles du rythme de l'adulte. Sa fréquence augmente avec l'âge des sujets. En France, on estime à 750 000 le nombre de patients souffrant de FA ⁽¹⁾, ce qui correspond environ à 1 % de la population générale. La prévalence de la FA augmente avec le vieillissement puisqu'elle est de 7 % à 65 ans et de l'ordre de 10 % chez les patients âgés de 80 ans et plus ⁽²⁻³⁾. Cette pathologie pourrait affecter, en France, deux millions de sujets en 2050 dont la moitié des cas index seront observés chez des sujets âgés de plus de 85 ans ⁽⁴⁻⁵⁾.

La fibrillation auriculaire et l'insuffisance cardiaque (IC) sont fréquemment associées. L'altération du fonctionnement cardiaque s'associe à des mécanismes d'adaptation intrinsèques destinés à préserver le débit cardiaque. Ainsi, l'augmentation du tonus sympathique, avec l'élévation de la production des catécholamines intracardiaques, augmente la fréquence cardiaque et la contraction myocardique favorisant l'émergence la fibrillation atriale ⁽⁶⁾. Dans l'étude Framingham, l'insuffisance cardiaque était le facteur de risque principal de développement de la FA ; ce risque était multiplié par 5 chez l'homme et par 6 chez la femme. La prévalence de la FA chez le malade souffrant d'insuffisance cardiaque augmente avec l'âge (0,2 % chez l'homme avant 55 ans *versus* 11,1 % après 85 ans) et aussi avec la sévérité de la maladie (4 % au

stade 1 NYHA *versus* 10,27 % au stade 4 NYHA) ⁽⁷⁾.

Le traitement par anti-vitamine K (AVK) est aujourd'hui indiqué dans la FA en prévention des événements thromboemboliques artériels. En France, 1 % de la population reçoit un traitement par AVK, soit 600 000 sujets traités/an (HAS 2008).

2. Morbi-mortalité associée à la fibrillation atriale

Les conséquences, en termes de morbi-mortalité de la fibrillation atriale, sont nombreuses et graves :

- hospitalisations non programmées répétées. La fibrillation atriale entraîne un risque accru d'insuffisance cardiaque et d'événements thromboemboliques à l'origine du recours au milieu hospitalier. En 1994, Lip a étudié les hospitalisations non programmées de patients présentant une fibrillation atriale au sein d'un service de Médecine et de Gériatrie. Les symptômes entraînant le recours urgent à l'hôpital étaient une dyspnée (51,8 %), une douleur thoracique (34,1 %), des palpitations (25,9 %), un malaise ou une syncope (18,8 %). Les pathologies les plus fréquemment retrouvées étaient une insuffisance cardiaque (35,9 %),

un événement cérébro vasculaire (13,5 %) et un infarctus du myocarde (10 %) ⁽⁸⁾.

- risque accru de décompensation cardiaque. La fibrillation atriale prédispose à l'insuffisance cardiaque : la tachyarythmie entraîne une diminution de la compliance du myocarde à l'origine d'une dysfonction systolique ventriculaire et d'une progression rapide de l'insuffisance cardiaque. Elle altère le remplissage myocardique en diastole, particulièrement en cas de tachyarythmie et, du fait de l'asystolie auriculaire, réduit le remplissage ventriculaire actif.
- accidents thromboemboliques artériels, en particulier sur le territoire carotidien. L'asystolie auriculaire dans la FA prédispose à la formation de thrombus intracardiaque à l'origine d'AVC embolique. La fibrillation auriculaire est responsable de 15 % des AVC en France. Le risque d'AVC est multiplié par 5 en cas de FA ⁽⁹⁾. La FA est présente chez plus d'un tiers des patients de plus de 80 ans souffrant d'un AVC ischémique. Le risque d'AVC est majoré en cas de cofacteurs de risque associés, comme une hypertension artérielle ou un diabète.

Ce risque thromboembolique est indirectement à l'origine d'une dépendance sévère en cas de survenue d'AVC ischémique (60 %) et d'une mortalité élevée (20 % de décès à un an) ⁽¹⁰⁾. Ce taux de mortalité avoisine 50 % à 5 ans après un AVC ischémique.

- surcoût : en France on estime à 28 000 € (dont 6 000 en rapport avec l'hospitalisation initiale) le coût de la prise en charge d'un patient souffrant d'un AVC post-embolique au cours de la première année. A l'échelle nationale, cela représente une somme de 2 800 millions € par an (cas incidents) ⁽¹¹⁾. A cette somme, s'ajoutent les dépenses relatives aux pensions d'invalidité, aux indemnités journalières ou aux dépenses inhérentes à la prise en charge des patients survivants.

3. Anticoagulation dans la fibrillation atriale/critères décisionnels, rationnel de la prescription

La prise en charge médicamenteuse d'une FA (en dehors des médicaments anti-arythmiques) est avant tout centrée sur la réduction du risque d'accident vasculaire cérébral. Cette prévention des événements thromboemboliques artériels est basée sur l'institution et le monitoring d'une anticoagulation qui repose aujourd'hui encore principalement sur l'utilisation des AVK. Il convient d'obtenir une anticoagulation située dans un intervalle thérapeutique correct. La marge thérapeutique de ces médicaments est étroite et définit la zone optimale entre le risque thrombotique et le risque hémorragique. Un examen biologique unique permet de mesurer l'état de coagulation du patient : l'INR (International Normalised Ratio) qui permet de définir la zone

thérapeutique idéale en fonction de l'indication du traitement. Dans la FA, la valeur cible recherchée est 2,5 (INR compris entre 2 et 3) ⁽¹²⁻¹³⁾.

Les avantages d'une anticoagulation efficace par anti-vitamine K, à long terme, dans la fibrillation atriale sont démontrés. Une méta-analyse a permis de mettre en évidence une réduction du nombre d'AVC de l'ordre de 62 % (*versus* 20 % pour les antiagrégants) ; en valeur absolue, cette réduction est de 3,1 % par an en incluant les AVC ischémiques et hémorragiques avec une diminution de la mortalité de 33 % ⁽¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁾. La réduction annuelle du risque d'accidents vasculaires cérébraux est de 18 % par an lorsqu'une anticoagulation efficace est obtenue. En risque absolu, il convient de traiter 833 patients pendant 1 an pour réduire le risque de survenue d'un AVC ⁽¹⁷⁾.

4. Risque hémorragique lié au traitement anticoagulant dans la fibrillation atriale chez le sujet âgé

Les AVK ont une faible marge thérapeutique qui expose, en cas de surdosage, chez un patient fragilisé, à des conséquences hémorragiques graves. Les accidents hémorragiques représentent la complication majeure des anticoagulants. Il est donc indispensable d'évaluer, de façon précise, le bénéfice/risque propre de chaque malade à qui une anticoagulation est

proposée.

Chez les personnes âgées, la décision de recourir à une anticoagulation efficace est pondérée par de multiples conditions associées à un risque hémorragique accru, tels que :

- les troubles de l'équilibre et les chutes graves.
- les troubles cognitifs entravant, à la fois, la surveillance et l'observance du traitement.
- l'isolement social influençant la prise sécurisée du traitement et rendant la surveillance biologique aléatoire.
- les interactions médicamenteuses avec les AVK, d'autant plus fréquentes que la polymédication est une caractéristique des malades âgés. On estime en Europe, que la polymédication des sujets âgés de plus de 65 ans correspond à 5 médicaments ou plus, par jour. Cette prévalence en Europe après 65 ans est de 51 % ⁽¹⁸⁾. L'anti-vitamine K est absorbé rapidement. Dans le plasma, il est fortement lié à l'albumine (à 97 %). Seule, la fraction libre est active et métabolisée. Le pourcentage de la forme libre peut être accru, par exemple, en cas d'hypo-albuminémie et le métabolisme hépatique peut être perturbé.
- les antécédents hémorragiques, en particulier cérébraux ou digestifs.

Tableau 1 : Interaction médicamenteuse et AVK. Risque hémorragique (liste non exhaustive). AFSSAPS 2011

Déplacement de la liaison des AVK à l'albumine
<ul style="list-style-type: none">- androgène- fibrate- phénytoïne- phénobarbital
Diminution du métabolisme hépatique des AVK
<ul style="list-style-type: none">- allopurinol- nitro-5-imidarolés- cimétidine- hormone thyroïdienne
Augmentation de l'effet des AVK (mécanisme non précisé)
<ul style="list-style-type: none">- amiodarone- inhibiteur de la recapture de la sérotonine- inhibiteur de l'HMG-CoA reductase- glucocorticoïde- antibiotique (fluoroquinolone, macrolide, cycline, céphalosporine)- antifongique- anticonvulsivant inducteur enzymatique- paracétamol- tramadol- héparine
Inhibition de l'agrégation plaquettaire et déplacement de l'anticoagulant oral de ses liaisons aux protéines plasmatiques
<ul style="list-style-type: none">- acide acétylsalicylique
Inhibition de la fonction plaquettaire et agression de la muqueuse gastro intestinale
<ul style="list-style-type: none">- anti-inflammatoire non stéroïdien- chélateur du fer

Des scores permettant de calculer le risque hémorragique avant l'initiation d'une anticoagulation par AVK ont été définis et validés ; le plus récent étant l'HAS BLED ⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Ainsi, un antécédent d'hypertension artérielle, une insuffisance rénale chronique ou hépatique, un INR labile, ou encore un âge élevé, constituent des éléments associés à un risque hémorragique accru. L'INR labile correspond à un INR dans l'intervalle thérapeutique moins de 60 % du temps où la prescription est délivrée. En 2004, l'incidence annuelle des accidents hémorragiques à l'origine d'une hospitalisation était de 17 000 dont 4 000 cas responsables d'un décès. Une étude épidémiologique de l'AFSSAPS en 2000 a répertorié les hémorragies cérébrales prises en charge dans 40 services de Neurochirurgie. Sur les 800 hémorragies cérébrales enregistrées, 8 % concernaient des patients traités par AVK. Les éléments associés à ces événements étaient un INR supérieur à 4, un âge supérieur à 80 ans ou la récente instauration des AVK, période pendant laquelle l'INR est volontiers labile ⁽²¹⁾.

Chez les personnes âgées, la fréquence de ces conditions associées à un risque hémorragique peut conduire à une non prescription des AVK dans la FA et donc augmenter le risque d'AVC. On qualifie alors cette attitude de « sous traitement » (« underuse » des auteurs anglo-saxons) où le sujet non traité est exposé à un risque d'événement indésirable, en termes de santé, en

l'occurrence ici d'AVC.

Une étude Danoise a permis de préciser la fréquence des AVC ischémiques attribuables à la « sous utilisation » des AVK. Chez 54 patients hospitalisés pour un AVC ischémique post-embolique dans un contexte de FA (paroxystique ou chronique), 27 étaient traités par antiagrégant, 11 recevaient de la Warfarine et 16 aucun traitement préventif. Selon ces auteurs, 4 à 5 % des AVC ischémiques étaient directement attribuables à une sous utilisation des AVK et/ou à un simple recours à un antiagrégant, en l'occurrence ici l'aspirine à faibles doses ⁽²²⁾.

A l'opposé, pour faciliter la décision de recourir à des AVK dans la fibrillation atriale, des scores, tel le CHADS-VASc 2, ont été établis et validés. Ils prennent en compte des éléments comme l'hypertension artérielle, l'âge (supérieur à 75 ans), le diabète traité ou non, un antécédent d'embolie artérielle cérébrale, l'insuffisance cardiaque, les pathologies artérielles vasculaires périphériques (ex : artériopathie oblitérante).

Le score CHADS-VASc 2 est coté de 0 à 9, le risque annuel thromboembolique augmentant alors de 0 à 15,2 % ⁽²³⁾.

Tableau 2. Score CHADS-VASc 2 et taux d'AVC estimé par année (Euro Heart Survey 2010)

CHADS-VASc 2 score	Taux AVC (% / an)
0	0
1	1,3
2	2,2
3	3,2
4	4,0
5	6,7
6	9,8
7	9,6
8	6,7
9	15,2

CHADS-VASc 2 (cf. annexe) : score de risque d'événement thromboembolique artériel ; CHADS-VASc 2 : insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, âge, diabète, AVC, cardiopathie polyvasculaire, sexe féminin.

L'évaluation de ce risque justifie la prescription au long cours d'AVK après 65

ans:

- CHADS-VASc 2 nul : risque faible, pas d'AVK
- CHADS-VASc 2 \geq 2 : risque élevé, AVK
- CHADS-VASc 2 = 1 : risque intermédiaire, décision au cas par cas
AVK ou antiagrégants plaquettaires

La pertinence de ces scores, après 75 ans, est limitée ; l'âge est en effet en lui-même un critère nécessaire et suffisant pour recourir à un traitement par AVK (un âge supérieur à 75 ans est considéré ici comme le facteur de haut risque thromboembolique).

En pratique, on constate une sous utilisation de l'anticoagulation dans la FA des patients âgés à risque modéré ou élevé d'accidents thromboemboliques artériels chez lesquels les bénéfices sont supérieurs aux risques encourus ⁽²⁴⁾. Les AVK sont moins souvent prescrits et avec une cible thérapeutique (INR cible atteint et stable) moins souvent atteinte chez les sujets âgés, comparée aux résultats thérapeutiques obtenus chez des sujets plus jeunes ⁽²⁵⁾.

5. Taux de recours aux AVK dans la fibrillation atriale du sujet âgé

En 2011, une étude européenne portant sur 123 malades a permis de différencier l'underuse volontaire et involontaire.

L'underuse traduit l'absence d'instauration d'un traitement efficace chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes

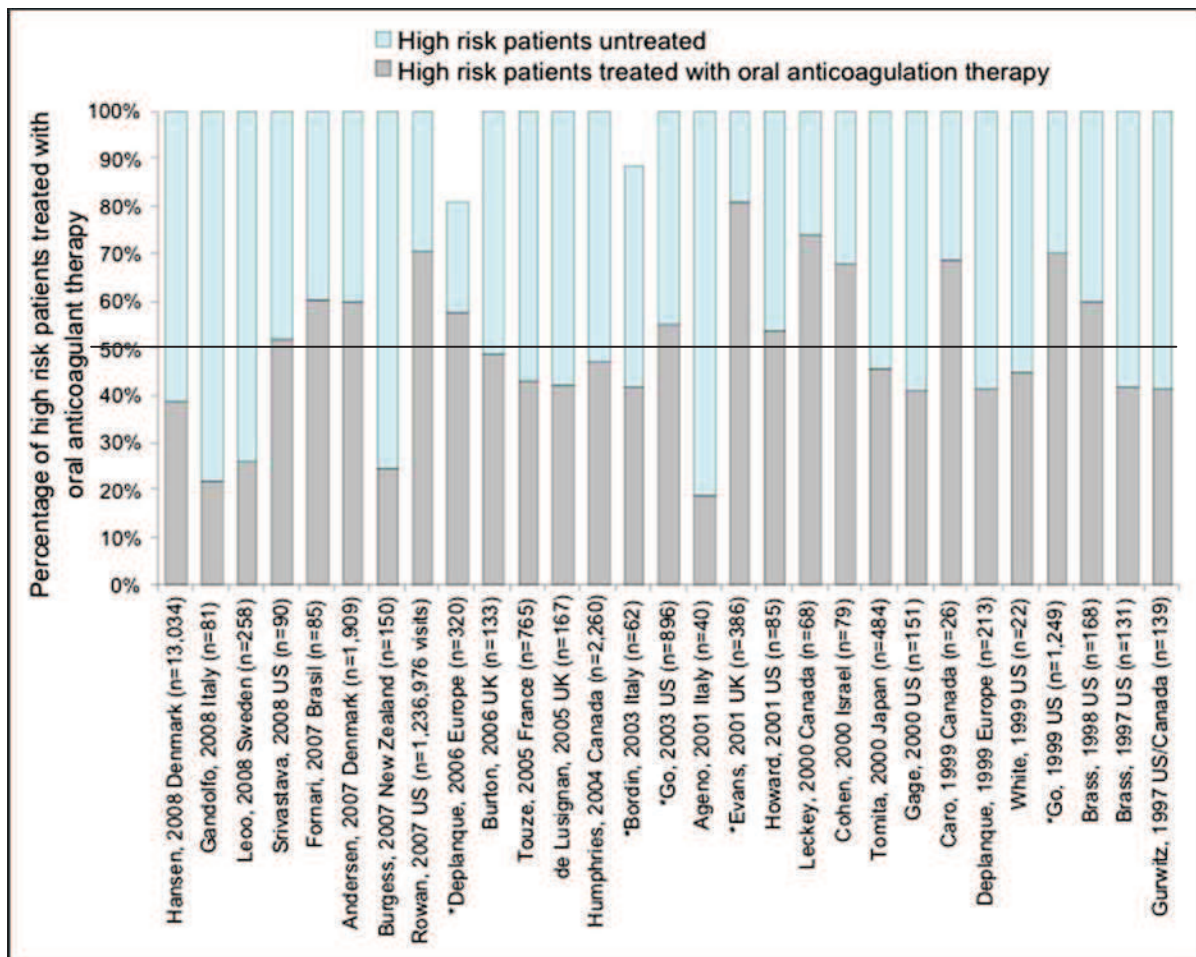
médicamenteuses ont démontré leur efficacité.

« L'underuse » volontaire regroupe l'ensemble des justifications des médecins prescripteurs validant le non recours à ce type de traitement. Ainsi, au sein de cette étude, les items : espérance de vie courte, non observance médicamenteuse, refus du malade, contre indication, existence d'effets secondaires, troubles cognitifs, grand âge et alternative aux médicaments, étaient en lien avec une sous prescription volontaire ⁽¹⁸⁾.

Au sein d'une population âgée communautaire (vivant à leur domicile) classée à haut risque thromboembolique selon l'échelle de CHADS, deux études ont estimé la sous utilisation des AVK qui serait de l'ordre de 41 % chez des patients en fibrillation atriale ⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Dans un travail récent, des auteurs ont comparé les données de 29 études dans lesquelles étaient inclus des sujets ayant une fibrillation atriale et un risque embolique majeur (exemple : antécédent d'accident vasculaire cérébral ischémique). Ces sujets étaient, par conséquent, considérés comme éligibles à une anticoagulation. Le « sous traitement » était retenu dans ces études épidémiologiques si plus de 70 % des patients éligibles ne recevaient pas une anticoagulation efficace. Les résultats de cette analyse ont montré que pour 25 de ces 29 études, les malades étaient sous traités et que dans 21 études, moins de 60 % des patients recevaient des AVK ⁽²⁸⁾.

Tableau 3. Sous Utilisation des Anticoagulants dans la FA. Synthèse des données de la littérature (American Journal of Medecin 2009. « Underuse of oral anticoagulation in atrial fibrillation »)⁽²⁸⁾



6. Circonstances associées à une abstention thérapeutique (non recours aux AVK) dans la fibrillation atriale du sujet âgé

Les raisons de cette pratique de « sous anticoagulation » chez les personnes âgées sont diverses. Elles peuvent relever du patient, de son entourage, de

l'isolement social, du prescripteur ou encore du système de soins.

Une étude menée en 2010 a permis de préciser ces raisons. L'hypothèse formulée était que des critères gériatriques, tels que la dépendance, les troubles cognitifs, la malnutrition, la dépression ou encore les chutes, expliquaient en partie cette attitude. Cent onze patients âgés, issus d'une population communautaire, ayant une FA et qui étaient hospitalisés dans un service de court séjour gériatrique, ont été ainsi étudiés. Ces patients souffraient de syndrome démentiel (59 % des cas), étaient malnutris (59 %), souffraient d'incontinence (35 %), de dépression (37 %) ou bien encore rapportaient des épisodes de chutes (61 %). Quarante neuf pour cent des patients ne recevaient pas d'AVK malgré une FA affirmée. Le niveau de d'indépendance fonctionnelle (basée sur les activités basiques et instrumentales de la vie quotidienne ADL et IADL) ou le nombre de syndromes gériatriques, ne différaient pas entre les patients recevant et ceux ne recevant pas de traitement par AVK avant leur admission. Les résultats de cette enquête ont montré que la présence d'un seul syndrome gériatrique, chez une personne âgée en FA, ne constituait pas un obstacle à la prescription des AVK mais plutôt que l'association de plusieurs de ces critères apparaissait comme un élément associé à une abstention thérapeutique. Ainsi, l'association de plusieurs syndromes gériatriques, d'une perte d'autonomie ou d'une dépendance pouvait être un critère associé à l'absence de prescription des AVK ⁽²⁹⁾.

Tableau 4. Syndrome gériatrique, dépendance et autonomie selon la présence d'un traitement par AVK pour la FA du sujet âgé. Drug Aging 2010. « Could Geriatric characteristics explain the under-prescription of anticoagulation therapy for older patients admitted with atrial fibrillation »⁽²⁹⁾

Groupes (n = 111)	AVK	Pas AVK	p
Troubles cognitifs	54	65	0,24
Dénutrition	53	65	0,20
Dépression	32	43	0,19
Chute	56	54	0,83
ADL			
- lavage	32	22	0,28
- habillage	35	28	0,43
- transfert	39	41	0,83
- aller aux toilettes	49	52	0,75
- continence	54	48	0,53
- alimentation	58	55	0,67
IADL			
- téléphone	60	57	0,74
- achat	35	33	0,82
- cuisiner	50	47	0,75
- entretien maison	34	23	0,48
- vêtement	35	23	0,16
- transport	53	48	0,59
- médicaments	40	30	0,27
- budget	32	28	0,64

Trouble cognitif défini par une atteinte mnésique ; dénutrition définie par une perte de plus de 5 % de poids en 3 mois, un IMC < 20 ou une albuminémie < 35 ; dépression : antécédent répertorié d'état dépressif selon l'échelle gériatrique de dépression (GDS) ; chute définie par plus d'une chute en 6 mois ; ADL : Activities of Daily living traduisant la dépendance ; IADL (cf. annexe) : Instrumental Activities of Daily Living traduisant l'autonomie.

7. Fibrillation atriale en institution

En France, 21 % des sujets vivent en EHPAD et USLD ⁽³⁰⁾.

Un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) est un lieu de vie pour personnes âgées dépendantes ou valides qui offre confort et sécurité à l'ensemble de ses résidents. Les EHPAD disposent de personnels continuellement : ce sont des infirmières le jour et très fréquemment des aides-soignantes ou assistantes de soins la nuit.

L'USLD (Unité de Suite de Longue Durée) est un établissement accueillant et soignant des sujets présentant une pathologie organique chronique ou polyopathologique, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes de décompensation multiples.

Actuellement, il existe 12 000 EHPAD en France. La moyenne d'âge des personnes âgées vivant au sein de ces établissements étant de 84 ans.

Les résidents des EHPAD présentent davantage de pathologie neurologique et ostéo-articulaire, de syndrome démentiel (32 %) et sont davantage dénutris (10 %). Quatre vingt cinq pour cent d'entre eux sont dépendants (caractérisés par l'incapacité de réaliser seul des actes de la vie quotidienne comme la

toilette, l'habillement, l'élimination) ⁽³¹⁾.

Au sein de l'EHPAD, le Médecin Coordonnateur est le conseiller gériatrique du Directeur avec lequel il forme un binôme. Il participe à l'élaboration du projet de soin et évalue le résident sur le plan gériatrique. Il n'est pas le Médecin Traitant. Le Médecin Coordonnateur s'attache à intégrer la personne dans la structure alors que le Médecin Traitant est plutôt en charge de sa santé directe. Ainsi, le Médecin Coordonnateur n'est pas le médecin prescripteur du résident.

Les Médecins Traitants suivent chacun quelques résidents et sont en charge de la prescription médicamenteuse.

Le Médecin Coordonnateur peut être désigné comme Médecin Traitant, que ce soit d'un ou de plusieurs résidents, ou de l'ensemble des résidents.

En institution, on estime à 17 % le pourcentage de résidents qui reçoivent un traitement anticoagulant dont l'indication est une FA dans 62 % des cas ⁽³²⁾.

Dans une étude menée en 2010, tous les sujets âgés résidant dans 5 EHPAD et recevant une anticoagulation efficace (pour une fibrillation atriale ou une maladie thromboembolique veineuse) ont été sélectionnés. Leurs caractéristiques cliniques, le calcul de leur risque hémorragique (index de risque hémorragique calculé sur l'existence des critères suivants : antécédents

d'AVC, d'hémorragie digestive, d'infarctus cérébral récent, de diabète ou d'une créatininémie supérieure à 1,5 mg/dl), ainsi que la nature de leur traitement, ont été analysés. Les auteurs ont calculé le pourcentage de temps où le patient bénéficiait d'une anticoagulation efficace, c'est-à-dire située dans l'intervalle thérapeutique ($2 < \text{INR} < 3$). L'anticoagulation était considérée comme efficace si elle permettait l'obtention d'un INR cible au moins dans 60 % du temps d'exposition au traitement (traitement/jour) pendant six mois.

L'âge moyen des résidents était de 71 ans. Les résultats de cette étude ont montré que 49 % des patients traités avaient une anticoagulation « correcte », c'est-à-dire permettant d'obtenir un INR entre 2 et 3 (intervalle thérapeutique cible). Le facteur associé à une « bonne » anticoagulation était une institution de l'anticoagulation (OR : 2,86) avant l'admission en EHPAD ; un antécédent d'accident vasculaire cérébral était associé paradoxalement (puisqu'il s'agit d'une indication formelle) à une sous prescription d'AVK (OR : 0,38). Enfin, la fréquence des interactions médicamenteuses théoriques, non nécessairement symptomatiques avec les AVK, était de 46 %⁽³²⁾.

Tableau 5. Facteurs associés à une anticoagulation « correcte ». The American Geriatric Society Journal 2010. “The quality of Warfarin prescribing and monitoring in veterans affairs nursing homes.”⁽³⁰⁾

Variable	OR	p
Warfarine instaurée avec l'admission en EHPAD	2,86 (1,06 – 7,72)	0,01
Antécédent AVC ischémique	0,38 (0,18 – 1,80)	0,01

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Dans un autre travail mené chez 126 résidents d'un EHPAD, éligibles à une anticoagulation efficace pour une FA confirmée électrocardiographiquement, seuls 31 % recevaient de la Warfarine⁽³³⁾. Les critères décisionnels favorables, autrement dit associés à la prescription d'anticoagulants, étaient :

- un âge inférieur à 85 ans
- l'absence de syndrome démentiel
- un antécédent d'infarctus du myocarde
- un antécédent d'accident vasculaire cérébral
- des critères environnementaux, telle la proximité d'un laboratoire facilitant la surveillance de l'INR.

En résumé la fibrillation atriale :

- est une maladie dont la fréquence augmente avec l'âge
- qui peut s'accompagner de complications thrombo-emboliques artérielles majeures, notamment la survenue d'un AVC à l'origine de dépendance majeure et/ou de décès prématuré
- pour laquelle un traitement efficace par anticoagulant dont les bénéfices sont démontrés sur de larges études de cohorte, est validé (HAS 2007, ESC 2006, BAFTA 2007, Méta-analyse RG hart 1999, Méta-analyse Wabraven 2002).
- qui justifie de recourir à des médicaments anticoagulants dont le maniement chez le sujet âgé, voire très âgé, reste délicat en raison notamment d'un risque hémorragique établi
- qui constitue un exemple de pathologie où le « sous traitement » est majeur et donc à l'origine d'une perte de la qualité de vie.
- a été surtout étudié au sein d'une population communautaire et moins souvent en EHPAD sur de grands effectifs.

Le but de notre travail était d'étudier, chez des patients âgés vivant en EHPAD dans la région Nord-Ouest :

- a. la prévalence de la FA et la typologie des malades

- b. la prévalence dans ce groupe du traitement par AVK
- c. les caractéristiques des patients ne recevant pas malgré leur fibrillation atriale des anticoagulants.
- d. les critères de choix des praticiens en faveur d'une abstention ou d'une prescription d'AVK.

2. METHODES

Mis en forme : Bordure : Bas:
(Simple, Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))), 0,5 pt Épaisseur du trait)

Mis en forme : Gauche : 3 cm,
Droite : 3 cm, Haut : 3 cm, Bas : 3

Mis en forme : Police :(Par défaut)
Bodoni MT, 22 pt, Couleur de police :
Couleur personnalisée(RVB(49;132;155
)

Mis en forme : Espace Après : 0 pt,
Interligne : simple

Mis en forme : Police :Bodoni MT, 14
pt

Mis en forme : Justifié, Espace Après
: 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Pied de page, Droite,
Droite : -1,52 cm, Taquets de
tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

Il s'agit d'une étude prospective, transversale, multicentrique, incluant les patients résidents âgés vivant dans 104 établissements Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de la région Nord-Ouest.

Ces établissements ont été choisis en consultant le listing des EHPAD ayant signé une convention avec les Centres Hospitaliers partenaires du PIRG (Pôle InterRégional de Gérontologie). Le PIRG, mis en place en 2009, à l'initiative des équipes universitaires de Gériatrie des CHU d'Amiens, de Lille et de Rouen, a pour objectifs entre autres de promouvoir la recherche, l'enseignement et les soins.

Préalablement, le cahier de protocole, associé à une lettre explicative, a été envoyé par courrier aux Médecins Coordonnateurs et ainsi qu'aux Directeurs des établissements présélectionnés (Annexe). Après accord du Directeur, les Médecins Coordonnateurs, acceptant de participer à l'étude, ont renvoyé un coupon-réponse.

Les patients seront étudiés durant deux semaines au sein de leur établissement, ont été étudiés durant deux semaines au sein de leur établissement, sur les données de leur dossier médical sans aucune procédure clinique ou paraclinique directe.

Le premier temps (première semaine de l'enquête) de cette étude consistera à sélectionner les patients âgés ayant une fibrillation atriale prévalente ou

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Justifié, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

~~incidente et à recueillir leurs caractéristiques.~~

~~Deux groupes seront définis puis comparés (groupe anticoagulant et groupe sans anticoagulant). Les caractéristiques de ces deux groupes seront comparées ce qui permettra de déterminer les paramètres significativement associés à un traitement anticoagulant ou au contraire à une abstention thérapeutique.~~

~~Dans un deuxième temps les critères appréhendés par le praticien prenant en charge un résident souffrant de fibrillation atriale l'amenant à la prescription ou non d'un traitement anticoagulant seront recueillis. La première semaine de l'enquête a consisté à sélectionner les patients ayant une fibrillation atriale prévalente ou incidente, et à recueillir les caractéristiques de ces malades.~~

~~Durant la seconde semaine, les informations concernant les patients inclus ont été recueillies sur des cahiers anonymisés, envoyés par courrier au médecin ayant en charge de la saisie des données, selon en fonction du nombre de patients sélectionnés.~~

Deux groupes ont été définis puis comparés : groupe anticoagulant et groupe sans anticoagulant. Les caractéristiques de ces deux groupes ont été comparées pour déterminer les paramètres significativement associés à un traitement anticoagulant ou, au contraire, à une abstention thérapeutique.

Nous avons considéré, arbitrairement, compte tenu des recommandations,

Mis en forme : Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Justifié, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

que chaque malade âgé ayant une fibrillation atriale se devait de bénéficier d'un traitement anticoagulant.

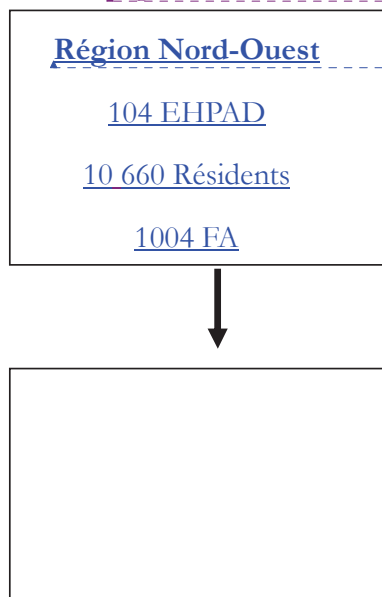
Dans un deuxième temps, les critères appréhendés par le praticien prenant en charge un résident souffrant de fibrillation atriale, l'amenant à la prescription ou non d'un traitement anticoagulant, ont été recueillis. Cette seconde analyse avait pour objectif d'analyser les motifs individuels de non recours aux AVK.

Ainsi, au sein de la région Nord-Ouest (Haute-Normandie, Picardie, Nord-Pas de Calais), 104 établissements ont répondu favorablement, permettant de constituer une cohorte de recueillir 10 660 résidents parmi lesquels 1004 avaient une fibrillation auriculaire.

Les résultats de ce travail préliminaire ont porté sur la région normande, permettant de recueillir 5363 résidents vivant au sein de 54 établissements parmi lesquels 514 avaient une fibrillation auriculaire.

Schéma de l'étude

Figure n°



Mis en forme : Justifié, Espace Après : 0 pt, Interligne : 1,5 ligne

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Justifié, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Gras

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Gras

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Gras

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :16 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Justifié, Espace Après : 0 pt, Interligne : 1,5 ligne

Mis en forme : Police :Bodoni MT, 16 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Gras

Mis en forme : Centré, Retrait : Gauche : 5 cm, Droite : 4,99 cm, Espace Avant : 6 pt, Après : 6 pt, Interligne : simple

Mis en forme : Centré, Espace Après : 0 pt, Interligne : 1,5 ligne

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

Région Normandie

54 EHPAD

5 363 Résidents

514 FA

Répartition des sujets en 2 groupes

avec anticoagulant

sans anticoagulant

Mis en forme : Police :Gras

Mis en forme : Centré, Retrait :
Gauche : 5 cm, Droite : 4,99 cm,
Espace Après : 6 pt, Interligne : simple

Mis en forme : Centré, Espace Après
: 0 pt, Interligne : 1,5 ligne

Mis en forme : Centré, Retrait :
Gauche : 3,5 cm, Droite : 3,49 cm,
Espace Après : 6 pt, Interligne : simple

Mis en forme : Centré, Espace Après
: 0 pt, Interligne : 1,5 ligne

Mis en forme : Retrait : Gauche :
1,25 cm, Première ligne : 1,25 cm,
Espace Après : 0 pt, Interligne : 1,5
ligne

Mis en forme : Police :Garamond, 14
pt

Mis en forme : Police :13 pt

Mis en forme : Espace Après : 0 pt,
Interligne : 1,5 ligne

Mis en forme : Gauche, Espace Après
: 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Pied de page, Droite,
Droite : -1,52 cm, Taquets de
tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

1. Considérations éthiques

2.1. Considérations éthiques

Ce projet est une étude de pratique ; aucune intervention thérapeutique ni contact direct avec le patient ne sera nécessaire. Dans ce projet qui était une étude de pratique, aucune intervention thérapeutique, aucun examen complémentaire ni contact avec le patient, ne sont intervenus'ont été réalisés.

Les EHPAD, conventionnées avec les Centres Hospitaliers partenaires du PIRG, ont été sollicitées par courrier. L'accord du Directeur de ces établissements a été requis.

Ce projet a fait l'objet d'une soumission au Comité Consultatif de Protection des Personnes (CCPP) de Haute-Normandie qui a émis un avis favorable à sa réalisation.

2. Critères d'inclusion

2.2. Critères d'inclusion

La population étudiée sera constituée de patients âgés de plus de 75 ans

Mis en forme : Police :16 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Justifié, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Justifié, Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :13 pt

Mis en forme : Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :16 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Justifié, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme ... [1]

Mis en forme : Crénage 14 pt

résidents d'antécédents en EHPAD depuis plus de 3 mois et ayant une fibrillation atriale documentée et rapportée dans les antécédents, quelle que soit son ancienneté.

L'ancienneté de l'arythmie était fondée. Ce dernier paramètre, quant à son ancienneté, a fait l'objet de recherche basée sur la consultation du dossier médical du résident.

Une fibrillation auriculaire documentée était définie par la présence d'un électrocardiogramme, d'un compte-rendu cardiologique ou d'hospitalisation datant de moins de 24 mois et mentionnant le diagnostic de spécifiant une fibrillation atriale sur le tracé.

Aucun électrocardiogramme n'a été réalisé systématiquement avant l'inclusion.

3. Critères d'exclusion

2.3. Critères d'exclusion

Les patients ayant les critères suivants seront ont été exclus de l'étude :

- âge inférieur à inférieur à 75 ans

- pronostic vital inférieur, espérance de vie inférieure à à 1 mois

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :16 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Espace Après : 0 pt, Interligne : Double, Avec puces + Niveau : 1 + Alignement : 0,63 cm + Retrait : 1,27 cm

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

~~arythmie cardiaque~~ fibrillation atriale curriculaire non documentée
par un électrocardiogramme datant de moins de 24 mois

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Interligne : Double, Sans numérotation ni puces

Mis en forme : Police :Garamond, 16 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Première ligne : 0 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :16 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Interligne : Double, Sans numérotation ni puces

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Justifié, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Surlignage

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme ... [3]

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme ... [4]

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme ... [5]

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme ... [6]

Mis en forme ... [7]

Mis en forme ... [8]

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme ... [9]

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme ... [10]

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme ... [11]

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme ... [12]

Mis en forme ... [13]

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme ... [2]

Mis en forme : Crénage 14 pt

4. Déroulement de l'étude

2.3. Déroulement de l'étude

Pendant une semaine, les résidents de ~~X~~ EHPAD ayant une fibrillation auriculaire seront sélectionnés et les critères d'inclusion vérifiés.

Les données ~~seront~~ ont été recueillies par des médecins investigateurs, auprès des médecins coordonateurs des EHPAD et ~~par les~~des médecins en charge de la santé des patients, à l'aide de questionnaires. Dans ces questionnaires figure~~raient~~ont les éléments des scores CHADSS, VASascASC, 2 et HAS ~~ble~~d.

Ces questionnaires ~~recueilleront~~ ont permis de recueillir les caractéristiques démographiques des résidents, leur comorbidité et les traitements reçus.

5. Paramètres recueillis

5.1. Caractéristiques des malades :

2.4. Paramètres recueillis

Les différents paramètres recueillis ont porté sur :

- les données de l'Etat civil — 2.4.1. Caractéristiques des malades :

2.4.1.1. Etat civil

— à Age

— s Sexe

— d Date d'admission dans l'EHPAD

- les caractéristiques des établissements inclus dans l'étude

Un EHPAD était un ensemble immobilier constitué de chambres médicalisées permettant l'accueil de personnes âgées ayant besoin d'une assistance journalière et nocturne permanente.

L'EHPAD était défini par le GIR pondéré moyen correspondant au ~~niveau moyen~~ de dépendance des résidents d'un établissement (plus le risque est élevé, plus le niveau de dépendance des résidents est

Mis en forme : Police :13 pt

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0,75 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :15 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

Mis en forme : Police :Garamond, 15 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0,75 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 15 pt, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Retrait : Gauche : 1,5 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Retrait : Gauche : 2 cm, Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :(Par défaut) Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :(Par défaut) Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Retrait : Gauche : 1,25 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme ... [15]

Mis en forme ... [14]

Mis en forme : Crénage 14 pt

important) et par le Pathos pondéré moyen (outil d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements de la polypathologies états pathologiques des personnes âgées).

Plus le score est élevé (supérieur à 120), plus l'établissement accueilli disposait des résidents dont la prise en charge gériatrique est complexe et lourde était spécialisée.

L'USLD était un établissement accueillant et soignant des sujets présentant une pathologie organique chronique ou polypathologique, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation.

Mis en forme : Police :14 pt

2.4.1.2. - le Diagnostic de la Fibrillation Atriale

Au sein du dossier médical des résidents, les informations suivantes ont été recueillies : l'ancienneté de la fibrillation atriale selon qu'elle était connue de moins de 1 an, ou entre 1 et 5 ans, ou bien inconnue (supérieure à 5 ans ou non spécifiée dans le dossier), le type de fibrillation atriale.

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Non Gras

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Gras

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Gras, Non souligné

Mis en forme : Retrait : Gauche : 1,5 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt, Non souligné

Mis en forme : Justifié, Retrait : Gauche : 2 cm, Première ligne : 0 cm, Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

Le type de fibrillation atriale était recueilli sur le dossier médical du résident, un compte-rendu de consultation cardiologique ou un compte-rendu d'hospitalisation. La fibrillation atriale était classée

selon qu'elle était paroxystique (réversible spontanément en moins de 24 heures), persistante (durée supérieure ou égale à une année ou arrêtée par cardioversion), persistante prolongée (durée supérieure ou égale à une année –pour laquelle une stratégie de contrôle du rythme est envisagée), ou permanente (durée supérieure à une année et acceptée).

- ☐ Ancienneté de la FA
- ☐ Type de FA
- ☐ Photocopie du dernier électrocardiogramme

2.4.1.3. Comorbidités

Comorbidités générales

- le ~~score~~ Score de Charlson mesurant les comorbidités (Annexe) est un score datant de 1987, destiné à pondérer les risques relatifs de mortalité à 1 an des 4 groupes de pathologies regroupant 19 pathologies différentes (Annexe). Il avait été utilisé en Onco-Gériatrie initialement afin d'évaluer la survie au décours d'une suite à un cancer en Cardiologie et en

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Non souligné

Mis en forme : Police : (Par défaut) Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Non souligné

Mis en forme : Police : (Par défaut) Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Non souligné

Mis en forme : Police : (Par défaut) Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Non souligné

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Gras

Mis en forme : Retrait : Gauche : 1,5 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Gras, Non souligné

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Italique, Non souligné

Mis en forme : Retrait : Gauche : 2 cm, Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Italique

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Italique, Non souligné

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police : (Par défaut) Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

Néphrologie. Adapté à la Gériatrie, il permet à permis de déterminer leur risque de mortalité, sans analyserexcluant les conséquences des morbidités ou de la qualité de vie. Ce score a été calculé sur les données du dossier médical.

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

- l'Indice de Masse Corporelle et aAlbuminémie, en état d'euvolémie, reflet de l'état nutritionnel.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :(Par défaut) Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Italique

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

- la notion de chute récente (inférieure à 3 mois) définie par (plus de 2 chutes sur une période inférieure ou égale à 3 mois). (24)

- Présence de troubles cognitifs ou d'un syndrome démentiel dans les antécédents. Il n'a pas été exigé possible de rechercher la présence de test neuropsychologique pour documenter le syndrome démentiel.

Comorbidités vasculaires

- l'Hypertension artérielle non équilibrée et était définie par une Pression Artérielle une hypertension traitée ou une Pression Artérielle supérieure ou égale à 140/90 mm Hg, qu'elle soit ou non traitée. Nous avons retenu défini ce chiffre de Pression Artérielle, quels que soient les antécédents du résident (diabète,

maladie rénale chronique).

Mis en forme : Police :14 pt, Soulignement

- a Arythmie cardiaque autre que la FA ou le Flutter auriculaire.

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Soulignement

- c Cardiopathie ischémique dans les antécédents, définie par un antécédent d'infarctus du myocarde pris en charge médicalement ou par coronarographie (angiographie significative).

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Soulignement

Mis en forme : Police :14 pt, Non souligné

Mis en forme : Police :14 pt

la présence d'une

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Non souligné

- y Valvulopathie (aortique ou mitrale) clinique ou échographique ment explorée. Nous n'avons pas systématiquement pu récupérer le compte-rendu d'échocardiographie documentant les valvulopathies. La présence d'une valvulopathie était une information figurant dans le dossier médical du résident.

Mis en forme : Police :(Par défaut) Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Soulignement

Mis en forme : Police :14 pt

un

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

- a Antécédent d'accident vasculaire cérébral (ischémique ou hémorragique) documenté soit par un compte-rendu ~~sur un~~ courrier d'hospitalisation ou sur un scanner cérébral. Il n'avait

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Non souligné

Mis en forme : Crénage 14 pt

~~pas été possible de recueillir d'informations sur la documentation~~ les circonstances de ~~de~~ l'accident vasculaire cérébral. Ce diagnostic a été retenu sur les données, ~~déclaré~~ ~~comme présent sur consultation~~ du dossier médical. Ainsi, la nature exact de ~~ou bien de connaître le type~~ d'AVC (ischémique ou hémorragique) n'a pu être systématiquement établie ni même si la survenue de l'AVC était initialement associée à une fibrillation atriale. ~~lorsque ce n'était pas indiqué.~~

~~une~~

- ~~une~~ insuffisance cardiaque clinique et documentée (évaluation cardiologique avec échographie cardiaque) ~~notée sur le dossier médical~~ ou documentée par une échocardiographie.

~~un~~

- ~~un~~ antécédent de thrombose veineuse profonde et/ou d'embolie pulmonaire ~~noté dans le dossier médical.~~

~~un~~

- ~~un~~ antécédent ~~hémorragique grave (défini par une~~ hémorragie digestive ou AVC hémorragique ~~ou une~~ hémorragie ayant nécessité une hospitalisation.)

- ~~un~~ diabète ~~déclaré dans les antécédents.~~

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Soulignement

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Soulignement

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Soulignement

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Non souligné

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Non souligné

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Non souligné

Mis en forme ... [25]

Mis en forme : Crénage 14 pt

~~Facteur de risque probabilité d'accident d'embolie~~

~~artérielle thromboembolique~~

~~le Score de CHADSS-VASc 2 qui évalue le risque d'AVC~~
~~lors d'une FA justifiant un traitement antithrombotique (AVK~~
~~ou AAP) a été calculé. Plus le score est élevé, plus le risque~~
~~thromboembolique artériel annuel est élevé ; un score supérieur~~
~~ou égal à 2 étant à haut risque thromboembolique. Ce score est,~~
~~en théorie, calculé lors de la découverte d'une fibrillation~~
~~auriculaire et sert à décider d'un traitement anti-thrombotique~~
~~avant un événement thromboembolique, notamment cérébral.~~

~~Dans notre étude, ce score a été calculé non étions a posteriori,~~
~~autrement dit après de l'institution éventuelle des AVK.~~

~~Le CHADS-VASc 2 était calculé sur d'après les antécédents~~
~~actuels répertoriés au moment de l'inclusion dans l'étude ; aussi~~
~~il pouvait être différent au moment de la découverte de~~
~~PAC/FA.~~

INR labile

~~Dans la littérature, l'INR labile est le témoin d'un risque~~

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Italique

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Italique, Non souligné

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Italique, Non souligné

Mis en forme : Retrait : Gauche : 2 cm, Espace Avant : 12 pt, Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Italique, Non souligné

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :(Par défaut) Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Soulignement

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Italique

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Espace Avant : 12 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Justifié, Retrait : Gauche : 2,75 cm, Première ligne : 0 cm, Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : Double, Taquets de tabulation : 2,75 cm, Gauche

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

hémorragique. L'INR labile est défini par un INR dans l'intervalle thérapeutique (entre 2 et 3) moins de 60 % du temps.

Mis en forme : Police :14 pt, Soulignement

Dans notre étude, nous avons défini l'INR labile au regard des 6 prélèvements réalisés lorsque 3 ou plus de ces prélèvements n'étaient pas dans l'intervalle thérapeutique défini. (Annexe)

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :15 pt, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0,75 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :15 pt

Mis en forme : Police :15 pt, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

5.2. Facteur de risque hémorragique

Score HAS bled (Annexe)

Mis en forme : Police :Garamond, 15 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

Mis en forme : Police :15 pt, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

2.4.1.4. Traitement des résidents

Mis en forme : Police :15 pt

Mis en forme : Police :15 pt, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

Mis en forme : Police :15 pt

Les traitements antithrombotiques comprennent plusieurs classes de médicaments qui interfèrent avec les différentes étapes de la physiologie de l'hémostase : les antiagrégants plaquettaires, les anticoagulants, les fibrinolytiques. Ainsi, dans notre étude, nous avons défini le traitement antithrombotique comme étant soit un traitement par antiagrégant plaquettaire, soit un anticoagulant.

Mis en forme : Police :14 pt, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Justifié, Retrait : Gauche : 1,5 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Retrait : Gauche : 1,5 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Justifié, Retrait : Gauche : 1,5 cm, Première ligne : 0 cm, Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : Double

Traitement par antiagrégant plaquettaire (Aspirine à faible dose)

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

ou Clopidogrel), posologie journalière. Nous avons recueilli le traitement antithrombotique délivré employé :

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

. antiagrégant plaquettaire,

Mis en forme : Police :14 pt

. anticoagulant qui était un antivitamine K ou un nouvel anticoagulant (anti-Xa ou antithrombine) afin de connaître la prévalence du traitement par anticoagulant,

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

. l'absence de traitement était également notée.

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Gras

□ Traitement par Anti Vitamine K

- Indication du traitement par AVK validée par un spécialiste

Mis en forme : Retrait : Première ligne : 0,29 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

- □ l'ancienneté du traitement était répertoriée : selon qu'elle était de moins d'une année, entre 1 et 5 ans. Nous avons défini comme « inconnue » l'ancienneté d'un traitement supérieure à 5 ans ou non répertoriée dans le dossier médical. Durée du traitement anticoagulant (< à 1 ans ; entre 1 et 5 ans ; ou inconnue)

Mis en forme : Justifié, Retrait : Gauche : 1,5 cm, Suspendu : 0,75 cm, Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : Double, Avec puces + Niveau : 1 + Alignement : 3,76 cm + Retrait : 4,39 cm

Mis en forme : Police :14 pt, Gras

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt, Gras

Mis en forme : Police :14 pt, Gras

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

- □ l'indication du traitement par anticoagulant, si elle était présente lorsqu'il existait, était recueillie via les par

~~l'intermédiaire de comptes-rendus médicaux ou d'hospitalisation~~

Mis en forme : Police :14 pt

~~(Cardiologue, Neurologue, Gériatre). Absence de tout traitement~~

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

~~(anticoagulant ou antiagrégant).~~

Mis en forme : Police :14 pt

~~—~~

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

- ~~□~~ ~~lorsque le traitement anticoagulant avait été~~

Mis en forme : Police :14 pt

~~refusé par le patient, cette information, lorsqu'elle était notée dans~~

Mis en forme : Police :14 pt, Gras

~~le dossier médical, était prise en compte~~

Mis en forme : Police :14 pt

~~recueillie. Liste des autres médicaments pris et classification~~

Mis en forme : Police :14 pt, Gras

~~—~~ ~~Nombre d'interaction médicamenteuse~~

Mis en forme : Police :14 pt

~~—~~ ~~Type d'interaction médicamenteuse~~

Mis en forme : Police :14 pt

- ~~—~~ ~~nous avons défini les interactions médicamenteuses avec les~~

Mis en forme : Police :14 pt

~~antivitamines K selon la base de données de l'AFSSAPS~~

Mis en forme : Police :14 pt, Gras

~~permettant de recueillir les interactions théoriques répertoriées les~~

Mis en forme : Police :14 pt

~~plus fréquentes (Tableau 1). XXXTABLEAU AFSSAPSXXX. Une~~

Mis en forme : Police :14 pt

~~interaction (théorique) était définie par l'association aux AVK d'un~~

~~ou plusieurs médicaments potentiellement à l'origine d'une~~

~~interaction avec ou sans traduction biologique. Nous avons défini~~

~~5 principales interactions médicamenteuses avec les AVK les plus~~

~~fréquemment retrouvées au sein de notre cohorte (statine,~~

Mis en forme : Police :14 pt

~~inhibiteur de la recapture de la sérotonine, hormone thyroïdienne,~~

Mis en forme : Police :14 pt

~~paracétamol et antiagrégant plaquettaire). Nous n'avons pas pris~~

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

en considération les interactions médicamenteuses entre ces médicaments.

• Nous nous sommes attachés au caractère qualitatif et quantitatif de ces interactions.

5.3. 2.4.2. Décision ou non d'un traitement par AVK (recueil des éléments décisionnels du médecin ayant en charge la santé du résident)

Les 514 sujets inclus ont été répartis en deux groupes :

- Groupe avec anticoagulant
- Groupe sans anticoagulant

Les deux groupes ont été analysés puis comparés afin de connaître les caractéristiques des patients selon leur traitement et les paramètres significativement et indépendamment associés à la non prescription.

Dans le groupe sans AVK, pour chaque dossier, nous avons interrogé les prescripteurs des différents EHPAD et USLD concernant les facteurs déterminant la « non prescription » des AVK.

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :15 pt

Mis en forme : Police :15 pt, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

Mis en forme : Police :Garamond, 15 pt, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

Mis en forme : Justifié, Retrait : Gauche : 0,75 cm, Suspendu : 0,75 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double

Mis en forme : Police :15 pt, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(33;88;104))

Mis en forme : Police :Garamond, 13 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

Le médecin en charge de la santé du résident (Médecin Traitant ou Médecin Coordinateur) indiquait les critères associés à la non prescription des AVK. Nous avons recueilli les justifications les plus fréquemment retrouvées en les regroupant en « underuse volontaire » correspondant à la non prescription des AVK, décidée et validée par le médecin prescripteur. Les critères étaient notés de 1 à 10 selon le principe d'une Echelle Visuelle Analogique (figure 1) afin de pondérer la décision de non recours aux AVK. Ainsi les critères étaient notés de 1 (très faible risque) à 10 (risque majeur).

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Espace Avant : 6 pt,
Interligne : Double, Taquets de
tabulation : 2,25 cm,Gauche

Mis en forme : Pied de page, Droite,
Droite : -1,52 cm, Taquets de
tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

Pondération (de 1 à 10)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Mis en forme : Police :Garamond, 14 pt

Mis en forme : Gauche, Retrait : Gauche : 0 cm, Première ligne : 0,01 cm

Mis en forme : Police :Garamond

Figure 1

En cas de non prescription d'AVK, citer par ordre décroissant les motifs de non prescription et pour chacun de ces motifs pondérer par une note la décision (1 très faible risque, 10 risque majeur)

- Traitement ou non par AVK
- Critères de décision du traitement par ordre d'importance
- Critères de décision en faveur de l'abstention thérapeutique par ordre d'importance

Mis en forme : Justifié, Retrait : Gauche : 1,5 cm, Première ligne : 0 cm, Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : 1,5 ligne, Taquets de tabulation : 2,25 cm,Gauche

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Centré, Espace Avant : 6 pt, Taquets de tabulation : 2,25 cm,Gauche

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :Garamond

Mis en forme : Espace Avant : 6 pt, Taquets de tabulation : 2,25 cm,Gauche

Mis en forme : Police : (Par défaut) Garamond, 13 pt

Mis en forme : Justifié, Retrait : Gauche : 0,87 cm, Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : 1,5 ligne, Avec puces + Niveau : 1 + Alignement : 2,8 cm + Retrait : 3,44 cm, Taquets de tabulation : 2,25 cm,Gauche

Mis en forme : Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Mis en forme : Crénage 14 pt

Page 23 : [1] Mis en forme	d09peqe3	11/07/2012 08:46:00
Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm		
Page 23 : [2] Mis en forme	d09peqe3	11/07/2012 08:46:00
Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm		
Page 30 : [3] Mis en forme	d09peqe3	31/08/2012 08:40:00
Justifié, Espace Avant : 6 pt, Après : 0 pt, Interligne : Double		
Page 30 : [4] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:49:00
Police :Garamond, 14 pt		
Page 30 : [5] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:49:00
Police :Garamond, 14 pt		
Page 30 : [6] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:49:00
Police :Garamond, 14 pt		
Page 30 : [7] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:49:00
Police :Garamond, 14 pt		
Page 30 : [8] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:49:00
Police :Garamond, 14 pt		
Page 30 : [9] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:49:00
Police :Garamond, 14 pt		
Page 30 : [10] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:49:00
Police :Garamond, 14 pt		
Page 30 : [11] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:49:00
Police :Garamond, 14 pt		
Page 30 : [12] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:52:00
Espace Après : 0 pt, Interligne : Double		
Page 30 : [13] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:50:00
Police :16 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))		
Page 23 : [14] Mis en forme	d09peqe3	11/07/2012 08:46:00
Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm		
Page 31 : [15] Mis en forme	d09peqe3	22/08/2012 10:56:00
Justifié, Retrait : Gauche : 2 cm, Espace Après : 0 pt, Interligne : Double		

Page 23 : [16] Mis en forme **d09peqe3** **11/07/2012 08:46:00**

Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Page 34 : [17] Mis en forme **d09peqe3** **22/08/2012 11:03:00**

Police :Garamond, 14 pt, Italique

Page 34 : [18] Mis en forme **d09peqe3** **22/08/2012 11:03:00**

Police :Garamond, 14 pt, Italique, Non souligné

Page 34 : [19] Mis en forme **d09peqe3** **22/08/2012 11:03:00**

Police :(Par défaut) Garamond, 14 pt

Page 34 : [20] Mis en forme **d09peqe3** **22/08/2012 11:03:00**

Police :Garamond, 14 pt

Page 34 : [21] Mis en forme **d09peqe3** **22/08/2012 11:03:00**

Police :Garamond, 14 pt

Page 34 : [22] Mis en forme **d09peqe3** **22/08/2012 11:03:00**

Police :Garamond, 14 pt

Page 34 : [23] Mis en forme **d09peqe3** **22/08/2012 11:03:00**

Police :Garamond, 14 pt

Page 23 : [24] Mis en forme **d09peqe3** **11/07/2012 08:46:00**

Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

Page 23 : [25] Mis en forme **d09peqe3** **11/07/2012 08:46:00**

Pied de page, Droite, Droite : -1,52 cm, Taquets de tabulation : Pas à 8 cm + 16 cm

STATISTIQUES

Les données ont été anonymisées et saisies sur tableur EXCEL® puis analysées à l'aide d'un logiciel de statistiques : XL stat®. Les variables qualitatives ont été exprimées en nombre absolu et en pourcentage. Les variables qualitatives ont été comparées entre les deux groupes à l'aide du χ^2 et selon les effectifs par test exact de Fisher. Un seuil de 5 % était considéré comme significatif. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne \pm Déviations Standard. Les variables quantitatives ont été comparées entre les cas et les témoins à l'aide du test t de Student non apparié.

Pour les variables statistiquement significatives, à l'issue de l'analyse uniparamétrique, une régression logistique multinomiale a complété cette analyse.

RESULTATS

Nous avons réalisé notre enquête sur 5363 résidents vivant au sein de 54 établissements de la région normande permettant d'inclure 514 malades qui avaient une fibrillation atriale (FA).

1. Caractéristiques des malades

1.1 Etat civil et ancienneté au sein de l'institution

Cinq cent quatorze malades ont été inclus dont 71,2 % de femmes. La médiane des âges était de $87,2 \pm 5,2$ (ext : 73-102 ans).

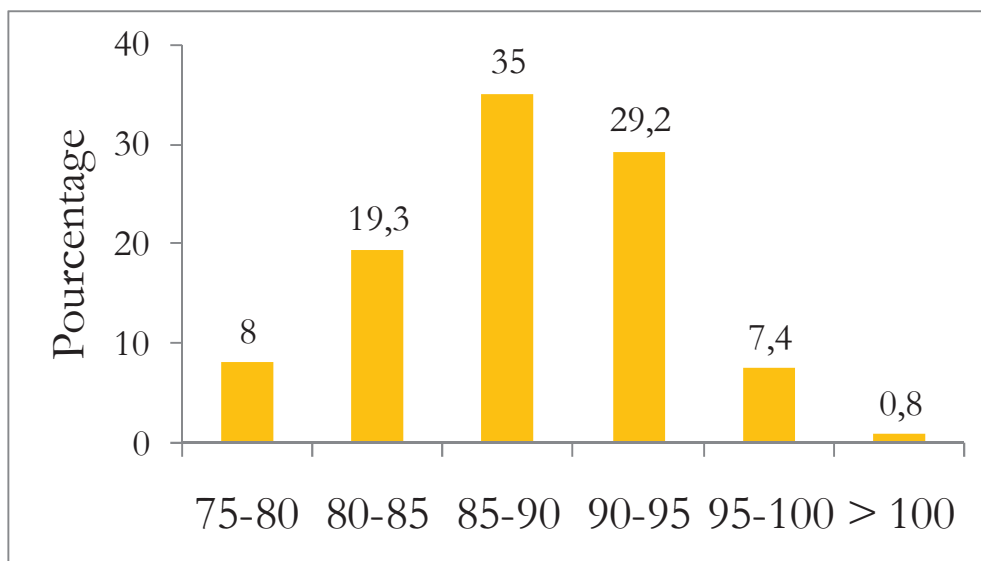


Figure 3 : Age des patients

1.2 Caractéristiques des établissements

Sur les 54 établissements, 51 étaient des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et 3 des Unités de Soins de Longue Durée.

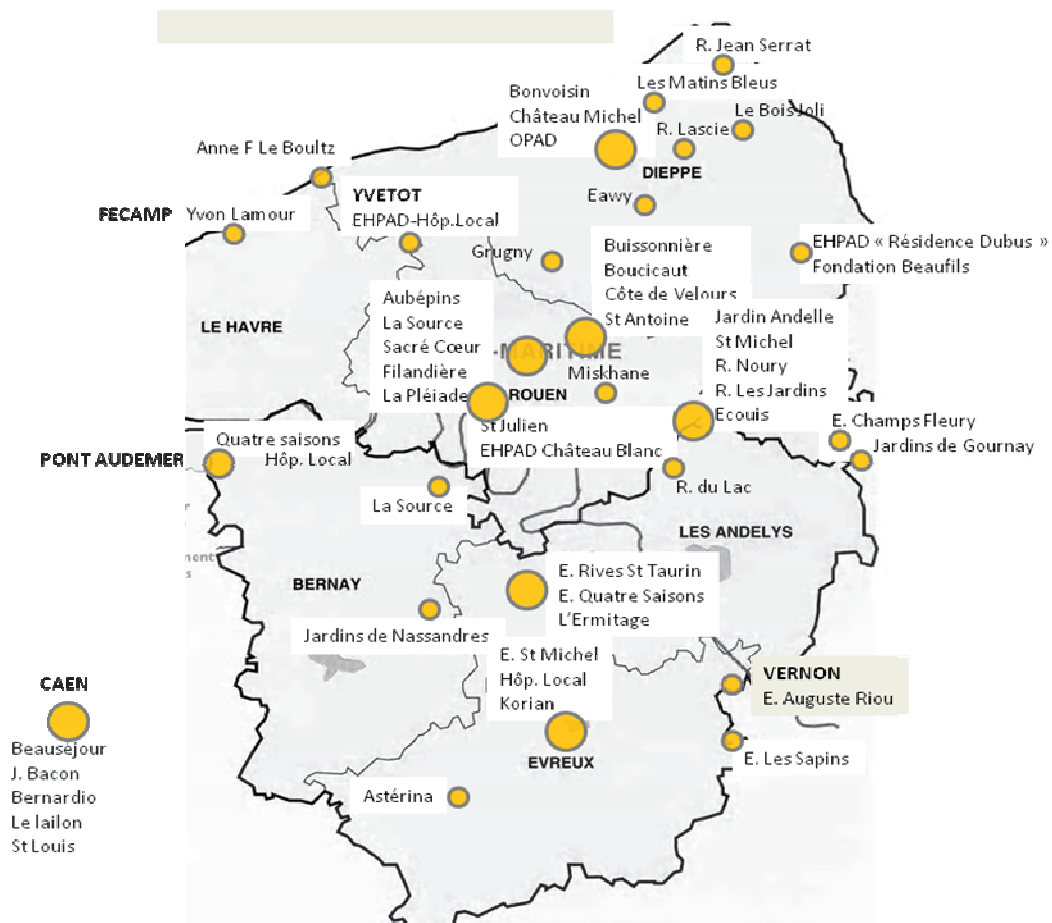


Figure 4 : EHPAD de l'étude

Tableau 6. Caractéristiques des EHPAD

Caractéristiques	n
Type	
- EHPAD	51
- USLD	3
Nombre de résidents par EHPAD	96
Nombre de médecins généralistes par EHPAD	8.4
GIR moyen (extrême)	717.65 (496-880)
Pathos moyen (extrême)	186 (68-425)
Nombre d'EHPAD réalisant l'INR au sein de l'établissement	52

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ; USLD : Unité de Soins de Longue Durée ; GIR : Groupe iso Ressource traduisant le niveau de dépendance des résidents institutionnalisés ; Pathos : attestant du niveau de soins nécessaire des personnes âgées polypathologiques en institution.

1.3 Diagnostic de la fibrillation atriale

Vingt huit malades (5,5 %) avaient une FA datant de moins d'un an, 161 (31,5 %) entre 3 et 5 ans, et 322 (63 %) avaient une FA dont l'ancienneté demeurait inconnue.

La fibrillation atriale lorsqu'elle avait fait l'objet d'une évaluation était permanente dans 77,9 % des cas et paroxystique dans 22,1 % des cas.

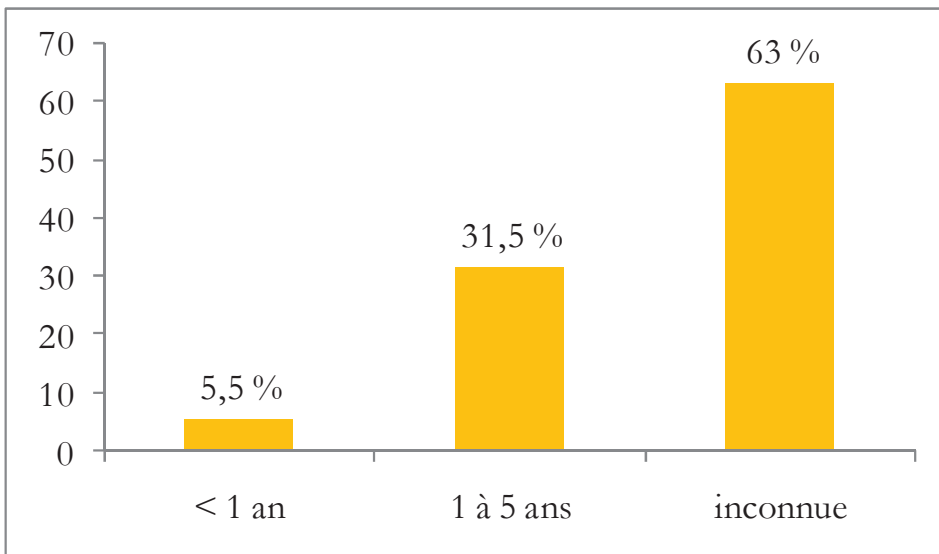


Figure 5. Ancienneté de la fibrillation atriale

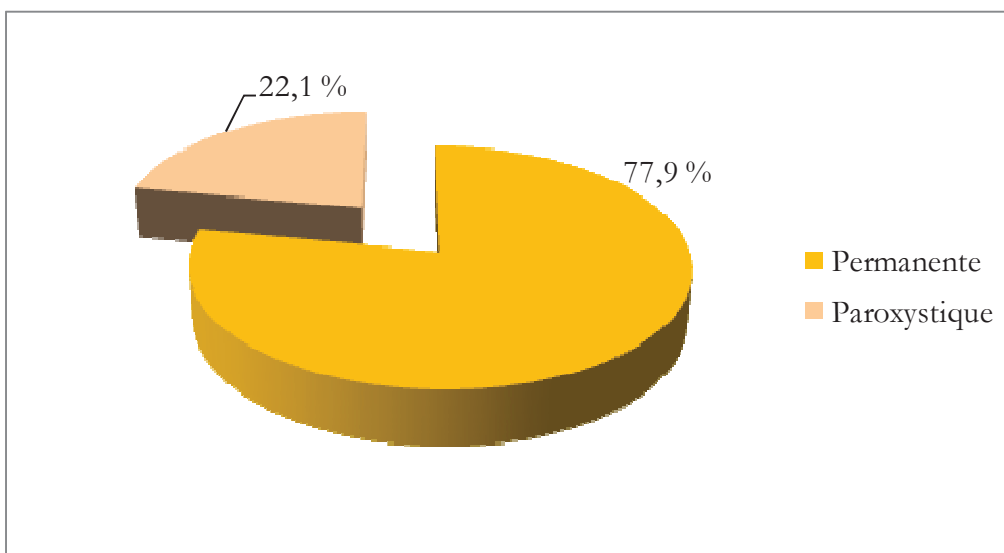


Figure 6. Type de fibrillation atriale

1.4 Comorbidités

Comorbidité générale

Le score de Charlson moyen, mesurant les comorbidités (20 items), était de $7,44 \pm 1,8$ (ext : 4-18).

Cinquante pourcents des patients avaient un score de Charlson supérieur à 7, ce qui traduit une comorbidité élevée et un score supérieur à 5 témoigne d'une mortalité notable.

Cent vingt cinq (24,3 %) malades étaient dénutris (défini par un IMC ≤ 18 ou une diminution du poids de 5 % en 3 mois ou une albuminémie récente inférieure à 30 g/l), 101 étaient considérés comme des chuteurs (19,7 %) (≥ 2 chutes dans les 3 derniers mois).

Trois cent vingt sept patients (71,4 %) avaient un antécédent de syndrome démentiel ou un état cognitif altéré.

Comorbidités cardio-vasculaires

Le tableau 7 résume les principales caractéristiques des 514 malades étudiés

Un antécédent d'hypertension était retrouvé chez 380 patients (73,9 %), une arythmie autre qu'une FA ou un flutter chez 69 malades (13,4 %) et 133 (25,9 %) avaient un antécédent d'infarctus du myocarde. Deux cent vingt sept malades (44,2 %) avaient une insuffisance cardiaque patente et des traitements en rapport avec cette maladie.

Un antécédent d'accident vasculaire cérébral était identifié chez 168 malades (32,7 %).

Un antécédent de valvulopathie documentée sur les données d'un compte-rendu spécialisé ou d'hospitalisation était identifié chez 103 malades (20 %), 52 (10,1 %) présentaient un rétrécissement aortique, 12 (2,3 %) une insuffisance aortique et 39 (7,6 %) une insuffisance mitrale.

Un antécédent de maladie thromboembolique veineuse était documenté chez 54 patients (10,5 %).

Cent seize malades (22,5 %) avaient un diabète.

Soixante malades (11,7 %) avaient un antécédent d'accident hémorragique.

Tableau 7. Comorbidité cardio-vasculaire

	n = 514	%
Hypertension artérielle	380	73,9
Arythmie	69	13,4
Infarctus du myocarde	133	25,9
Insuffisance cardiaque	227	44,2
Valvulopathie	103	20
- Rétrécissement aortique	52	10,1
- Insuffisance aortique	12	2,3
- Insuffisance mitrale	39	7,6
Accident vasculaire cérébral	168	32,7
Maladie thromboembolique veineuse	60	11,7
Diabète	116	22,5
Événement hémorragique	60	11,7

Probabilité d'accident thromboembolique

Le score de CHADS-VASc 2 moyen, mesurant le risque thromboembolique artériel (7 items), était de $5,0 \pm 1,4$ (ext : 2-9), ce qui traduisait un risque élevé d'événements thromboemboliques artériels, notamment d'infarctus cérébraux majeurs.

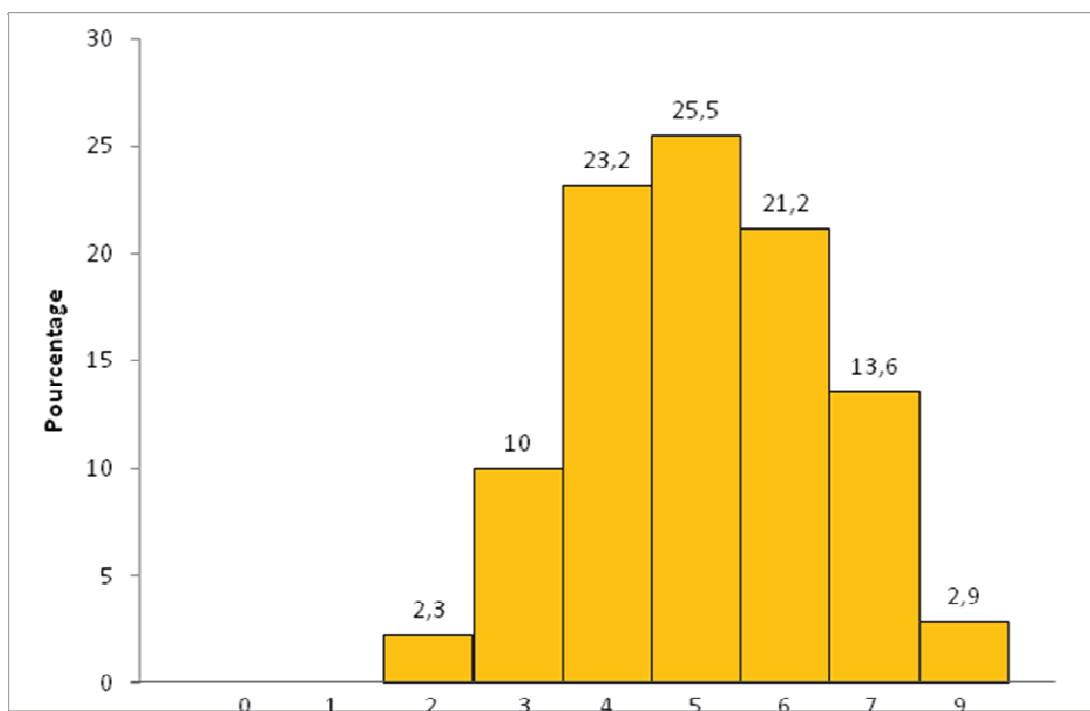


Figure 7 : CHADS-VASc 2

INR labile

Quatre vingt sept patients (17 %) étaient traités par anticoagulant et avaient un INR labile selon notre définition.

Dans 83 % des cas, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que l'INR est stable ; l'information quant au recueil des derniers INR pouvant manquer.

2. Traitements médicamenteux. Anticoagulant

Le nombre de médicaments quotidien moyen par malades était de 6,5
 $\pm 2,3$ (ext : 1-15).

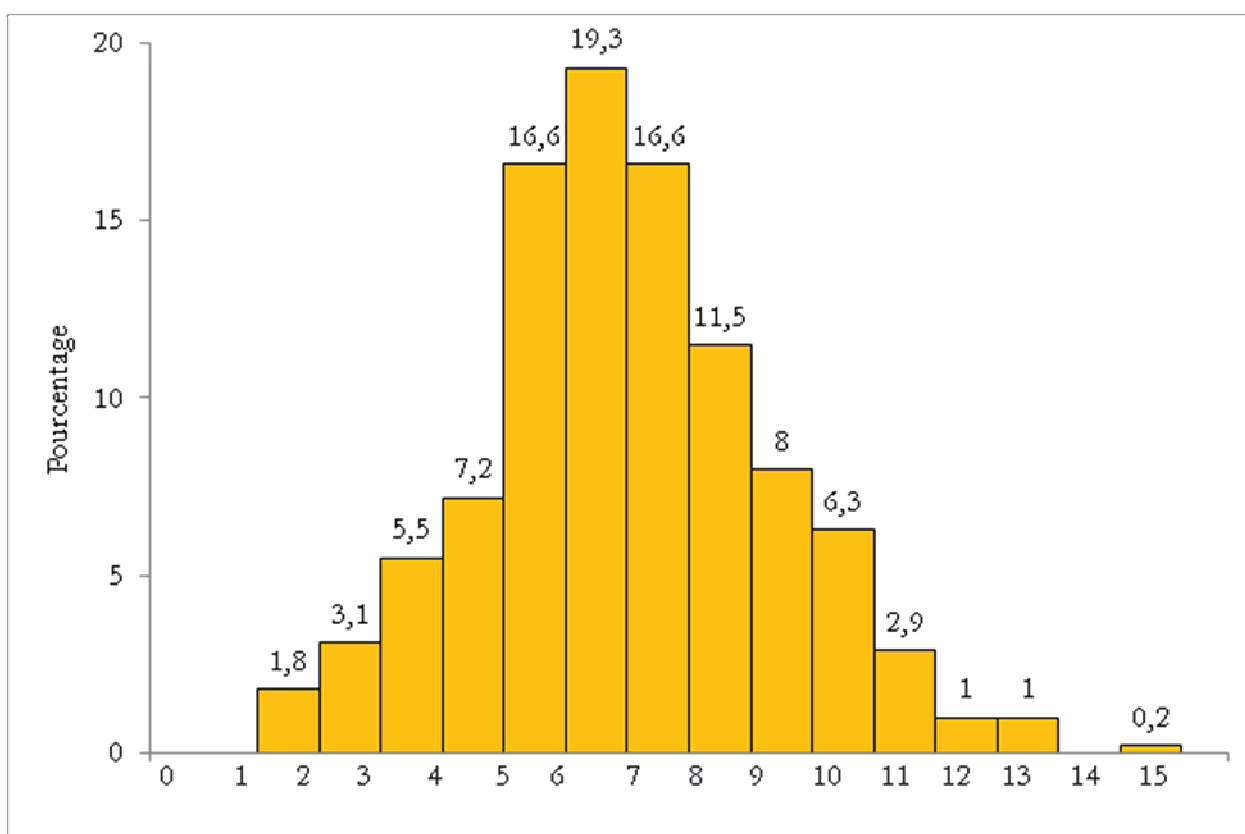


Figure 8. Nombre de médicaments

Cent quatre vingt dix huit patients présentaient une ou plusieurs interactions médicamenteuses avec les AVK.

Le nombre moyen d'interactions était de 1,34 (ext : 0-4).

Les médicaments interagissant le plus souvent avec les AVK dans notre série étaient les statines (28,7 %), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (24,2 %), le paracétamol (22,1 %), les hormones thyroïdiennes (18,6 %) et les antiagrégants plaquettaires (8,0 %).

Plusieurs de ces interactions pouvaient s'additionner pour un même patient.

1) Traitement antithrombotique

Le tableau 8 résume le traitement antithrombotique dans la population étudiée.

Tableau 8. Type de traitement

	n	%
AAP ou AVK	436	84,8
Pas d'AVK	274	53,3
AVK seul	240	46,7
AAP seul	191	37,9
Aucun traitement	77	15,1
AAP + AVK	14	2,3

Deux cent quarante malades (46,7 %) étaient traités par anticoagulant.

Quatre cent trente six malades (84,8 %) recevaient un traitement antithrombotique, soit un traitement par antiagrégant plaquettaire, soit un anticoagulant.

Les anticoagulants étaient prescrits depuis moins d'un an chez 23 malades (9,3 %), entre 1 et 5 ans chez 99 malades (40,4 %). Pour 123 patients (50,2 %), l'ancienneté du traitement était inconnue.

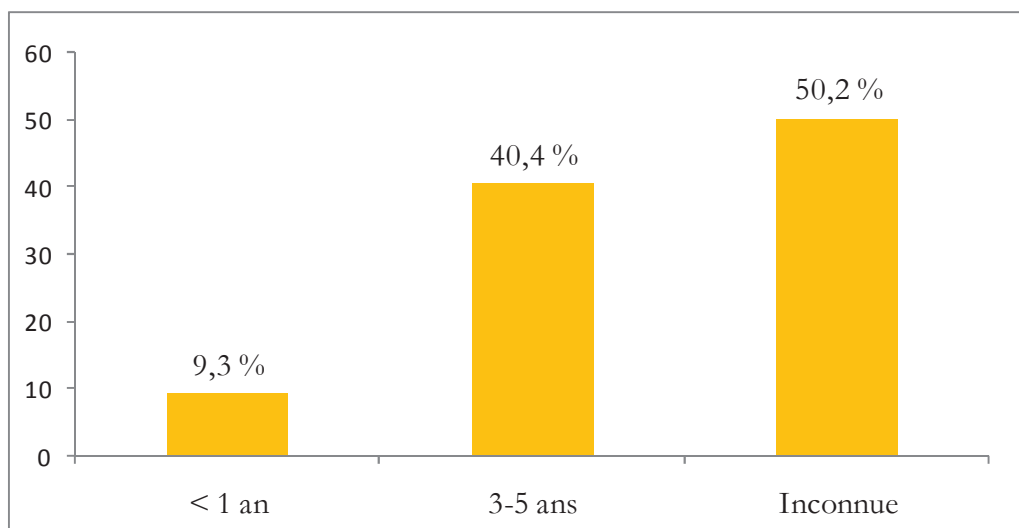


Figure 9. Ancienneté du traitement par AVK

L'indication du traitement par anticoagulant avait été validée par un spécialiste en amont de l'enquête (Cardiologue, Neurologue, Gériatre) pour 195 patients (38,1 %).

Seuls 7 patients (1,36 %) avaient refusé ce traitement.

Trois patients (0,58 %) avaient un traitement par nouvel anticoagulant (Dabigatran).

Cent quatre vingt onze patients (37,9 %) avaient un traitement par antiagrégant plaquettaire qui était le Clopidogrel pour 27 patients.

Soixante dix sept patients (15,3 %) ne recevaient aucun traitement antithrombotique pour leur FA.

Tableau 9. Caractéristiques du traitement antithrombotique selon le type de FA.

	n	%
Type de fibrillation atriale		
- paroxystique	114	22,1
- permanente	400	77,9
Traitement		
- pas d'AVK	274	53,3
- AVK	240	46,7
- AVK ou AAP	436	84,8
- Anticoagulant + antiagrégant		
Ancienneté du traitement par AVK		
- < 1 an	23	9,3
- 1 à 5 ans	99	40,4
- inconnue	123	50,2
INR labile	87	17
Refus du traitement anticoagulant	7	1,36
- antécédent hémorragique	60	11,7
- autres traitements	6,5 ± 2,3	
- interactions avec AVK	190	12,1
. statine-AVK	57	28,7
. Inhibiteur de recapture de la sérotonine-AVK	48	24,2
. Paracétamol-AVK	42	22,1
. hormones thyroïde-AVK	37	18,6
. AVK-AAP	16	8
. autre	30	25,3

FA paroxystique : réversible en 48 h ; FA permanente : d'une durée supérieure à 1 an et acceptée ; INR labile : INR dans l'intervalle thérapeutique (entre 2 et 3) moins de 60 % du temps.

3. Comparaison des groupes: groupe avec AVK et groupe sans

AVK. Analyse univariée

Le tableau 10 résume les caractéristiques des groupes comparés.

La prévalence de la prescription des AVK, dans cette population de sujets âgés ayant une fibrillation atriale, était de 46,7 % (265 patients).

1) Groupe sans AVK

a) Caractéristiques démographiques

Les malades ne recevant pas d'anticoagulant étaient plus âgés ($88,2 \pm 5,2$ vs $86,2 \pm 4,9$). Il n'y avait pas de différence significative selon le sexe et l'ancienneté au sein de l'institution

b) Caractéristique de la fibrillation atriale

La comparaison des deux groupes étudiés a montré que les malades ne recevant pas d'anticoagulant avaient plus souvent une fibrillation atriale paroxystique (29,3 % vs 14,5 %).

c) Comorbidités générales et syndromes gériatriques

La comparaison des deux groupes étudiés a montré que les malades ne recevant pas d'anticoagulant avaient plus de troubles cognitifs (76,2 % *vs* 66,6 %), étaient plus souvent victimes de chutes (25,5 % *vs* 9,8 % ; $p = 0,001$).

Dans ce groupe de patients ne recevant pas, malgré leur FA, d'AVK, on constatait une fréquence supérieure d'accidents hémorragique grave (8,5 % *vs* 3,1 %).

Les malades ne recevant pas d'anticoagulant avaient un score CHADS-VASc 2 significativement plus faible (4,9 *vs* 5,3 ; $p = 0,001$).

2) Groupe avec AVK

a) Caractéristique de la FA

Dans ce groupe, les résidents avaient une FA significativement plus permanente (85,4 % *vs* 70,6 %) avec une probabilité thromboembolique artérielle selon le score CHADS-VASc 2 significativement plus élevé ($5,3 \pm 1,4$ *vs* $4,9 \pm 1,4$).

b) Comorbidités générales et syndrome gériatriques

Les malades recevant un traitement anticoagulant étaient significativement moins âgés ($86,2 \pm 4,9$ *vs* $88,2 \pm 5,2$), plus hypertendus (81,2 % *vs* 67,6 %) et étaient significativement plus diabétiques (28,6 *vs* 17,4). Ils avaient également, de façon significative, plus d'insuffisance mitrale (10,2 % *vs* 5,5 %).

Tableau 10. Comparaison démographiques entre les deux groupes

Résidents	Avec AVK (n = 240)	Sans AVK (n = 274)	P
	(m ± SD)		
Âge (m± SD)	86,2 ± 4,9	88,2 ± 5,2	0,01
	n (%)		
Sexe			
- femme	166 (70,9)	196 (71,7)	0,84
- homme	68 (28,2)	76 (29)	0,84

Tableau 11. Comparaison de l'ancienneté d'institutionnalisation et de la fibrillation atriale, entre les deux groupes.

Résidents	Avec AVK (n = 240) n (%)	Sans AVK (n = 274) n (%)	p
Ancienneté d'institutionnalisation (mois)	41,8 ± 39,4	39,6 ± 37	
- < 1 an	15 (6,4)	13 (4,8)	0,10
- 1 et 5 ans	83 (35,4)	75 (27,8)	0,10
- inconnue	136 (58,1)	181 (67,3)	0,10
Type FA			
- paroxystique	34 (14,5)	79 (29,3)	< 0,001
- permanente	200 (85,4)	190 (70,6)	< 0,001

FA paroxystique (cf. annexe) : réversible en moins de 48 h ; FA permanente (cf. annexe) : d'une durée supérieure à une année et acceptée.

Tableau 12. Caractéristiques cliniques. Comparaison entre les groupes.

Résidents	Avec AVK (n = 265)	Sans AVK (n = 274)	P
	(m ± SD)		
Charlson	7,4 ± 1,8	7,4 ± 1,9	0,001
CHADs-VASc 2	5,3 ± 1,4	4,9 ± 1,4	0,001
	n (%)		
Dénutrition	50 (21,3)	73 (27,1)	0,13
Cognition altérée	146 (66,6)	205 (76,2)	0,01
Chute	23 (9,8)	76 (28,5)	< 0,001
<i>Comorbidités vasculaires :</i>			
- hypertension artérielle	190 (81,2)	182 (67,6)	0,001
- arythmie	38 (16,2)	29 (10,7)	0,07
- infarctus du myocarde	70 (29,9)	62 (23,0)	0,08
- valvulopathie			
. rétrécissement aortique	23 (9,8)	27 (10)	0,93
. insuffisance aortique	5 (2,23)	6 (2,5)	0,807
. insuffisance mitrale	24 (10,2)	15 (5,5)	0,05
- AVC	82 (35)	85 (31,6)	0,41
- insuffisance cardiaque	114 (48,7)	109 (40,5)	0,33
- thrombose veineuse	28 (12)	25 (9,3)	0,41
- hémorragie	16 (6,8)	43 (15,9)	< 0,001
- diabète	67 (28,6)	47 (17,4)	0,003

Charlson (cf. annexe) : score de comorbidité destiné à pondérer le risque de mortalité à un an. Un score > 5 témoigne d'une mortalité notable. CHADS-VASc 2 (cf. annexe) : score de risque d'événement thromboembolique artériel. CHADS-VASc 2 = insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, âge, diabète, AVC, cardiopathie polyvasculaire, sexe féminin. Dénutrition : attestée par un IMC inférieur ou égal à 18, une perte de plus de 5 % du poids en 3 mois ou une albuminémie inférieure à 30 g/l. Cognition altérée : défini par un antécédent de trouble cognitif ou de syndrome démentiel. Chute : défini par plus de 2 chutes en 3 mois.

4. Comparaison multivariée : paramètres significativement et indépendamment associés à la non prescription des AVK

Les paramètres significativement associés à la non prescription des AVK étaient une fibrillation atriale paroxystique (OR = 2,79 ; IC [1,59-4,90] ; $p < 0,05$) et un antécédent de chute (OR = 2,59 ; IC [1,48-4,54] ; $p < 0,05$).

Tableau 13. Analyse multivariée

Facteur de risque	OR (IC 95 %)	p
Âge	1,00 (0,99-1,00)	0,72
FA paroxystique	2,79 (1,59 - 4,90)	0,01
Chutes	2,59 (1,48- 4,54)	0,002
CHADS-Vasc 2	0,98 (0,79-1,21)	0,87
Hémorragie	9,44 (0,59-14,8)	0,11

FA paroxystique (cf. annexe) : réversible en moins de 48 h ; Chutes (cf. annexes) : plus de 2 chutes en 3 mois.

5. Critères des médecins prescripteurs associés à la non prescription des AVK

Nous avons interrogé les prescripteurs des différents EHPAD et USLD concernant les facteurs déterminants dans la « non prescription » des antivitamines K.

Pour chaque patient ne recevant pas d'AVK, malgré une fibrillation atriale, le médecin en charge de la prescription notait, au maximum, dix critères parmi ceux motivant l'abstention thérapeutique. Les critères étaient notés de 1 à 10 selon le principe d'une échelle visuelle analogique du « faible risque » au « risque majeur ».

Nous avons donc saisi les renseignements obtenus dans les 274 dossiers des patients ne recevant pas d'AVK.

Les critères les plus fréquemment retrouvés (tableau 14), à l'origine d'une abstention thérapeutique quant à la prescription des AVK, étaient des antécédents de chute (47 %), la présence de trouble cognitif ou d'un syndrome démentiel (22,6 %), un grand âge (16,4 %), un antécédent hémorragique (10,9 %) d'origine digestive pour 18 résidents, une fibrillation atriale paroxystique (7,6 %), l'indication d'un autre traitement remplaçant les AVK validé par un spécialiste (Cardiologue, Gériatre, Neurologue) (6,9 %) ou une non observance des traitements (5,8 %).

Les chutes étaient notées de 7 à 10 sur l'échelle de risque ; le syndrome démentiel, l'âge et le risque hémorragique avaient une note moyenne de 5, l'âge et la fibrillation atriale une note variant de 1 à 3.

La « non prescription » volontaire regroupait ainsi la non observance du traitement, la présence de troubles cognitifs, de chute, un grand âge, l'existence de contre-indication aux AVK ou d'effet secondaire.

Le tableau 14 regroupe les critères volontaires de « non prescription » des AVK.

Tableau 14. Critères volontaires de « non prescription »

Critères	n	%
Chute	130	47
Syndrome démentiel	62	22,6
Grand âge	45	16,4
ATCD hémorragique	30	10,9
FA paroxystique	21	7,6
Alternative au traitement	19	6,9
Contre indication :		
- AVC hémorragique	13	5,7
- insuffisance hépatique	2	0,7
- insuffisance rénale	7	2,5

DISCUSSION

Mis en forme

Mis en forme : Police :22 pt

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Taquets de
tabulation : 11,59 cm,Gauche +
14,36 cm, Droite

Les buts de cette étude réalisée dans une cohorte de sujets très âgés vivants en EHPAD étaient de déterminer :

- 1) la prévalence de la Fibrillation Atriale
- 2) la prévalence du traitement par AVK dans cette population
- 3) et de préciser les facteurs associés à une « non prescription » des anticoagulants malgré cette arythmie à risque d'embolie artérielle.

Nous avons délibérément choisi de décrire les circonstances associées à une abstention théorique considérant que cette prévention ~~est~~ était désormais validée.

Les principaux résultats de cette enquête descriptive transversale montrent que :

- la prévalence de la fibrillation atriale était de 9,6 %, soit 514 malades ayant une arythmie parmi les 5363 sujets sélectionnés.
- les principales caractéristiques de ces malades ayant une fibrillation atriale étaient : un âge conséquent avancé (plus de 75 % étaient âgés de plus de 84 ans), une polyopathie se traduisant par une comorbidité élevée attestée par un score de Charlson moyen de 7,44, une forte prévalence de syndromes gériatriques volontiers associés à une abstention thérapeutique quant à la prescription des AVK au premier

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Justifié, Interligne : Double

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

rang desquels on retrouvait les troubles cognitifs (71,4 %) et les chutes (19,7 %).

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

- le taux de prescription des AVK parmi ces 514 malades était de 46,7 % (240 malades traités), 191 malades recevaient uniquement un simple traitement par antiagrégant plaquettaire.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

- chez les malades ayant une fibrillation atriale et un fort risque d'AVC (CHADS₂-VASS Vasc 2 moyen de 5,3) ~~l'existence d'undes~~ antécédents de troubles cognitifs, de chutes, ~~d'un antécédent~~ d'hémorragie sévère ou encore ~~d'un~~ grand âge, ~~plus vieux~~, étaient des facteurs significativement ~~et indépendamment~~ associés à une abstention thérapeutique, ~~soit autrement dit~~ à une « non prescription » des AVK.

Mis en forme : Police :14 pt

- les critères déterminants de cette « non prescription » des AVK pris en compte par les médecins généralistes en charge de la santé des résidents, étaient par ordre de fréquence : les chutes, le syndrome démentiel, le grand âge et la fibrillation atriale paroxystique.

- enfin, chez les malades traités par AVK, on retrouvait, en consultant analysant l'ensemble des médicaments délivrés, au moins une interaction médicamenteuse dans ~~X~~ 12,1 % des cas.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

- Les tableaux 15 et 16 résument les résultats des principales études concernant la Fibrillation atriale des sujets âgés et leur traitement par AVK.

Mis en forme : Retrait : Gauche : 1,25 cm, Interligne : Double, Sans numérotation ni puces

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Interligne : Double

Tableau 15. Etude de la fibrillation atriale des sujets âgés : comorbidités générales et syndromes gériatriques

Mis en forme : Interligne : Multiple 1,15 li

Tableau mis en forme

Comorbidités					
	Age (ans)	Score de Comorbidité générale	Trouble cognitif (%)	Chute (%)	Dénutrition (%)
<u>Notre étude</u> n = 514	87,2	Charlson 7,44	71,4	19,7	24,3
<u>Aspinall (2010)</u> ⁽³²⁾ n = 160	71				9
<u>Rozzini (2011)</u> ⁽³³⁾ n = 126	86	Barthel 35	61,5		
<u>De Breucker (2011)</u> ⁽²⁹⁾ n = 111	84		59	61	59

Mis en forme : Espace Avant : 0 pt

Mis en forme : Gauche, Espace Avant : 0 pt

Mis en forme : Gauche, Espace Après : 0 pt

Mis en forme : Gauche, Espace Avant : 0 pt

Mis en forme : Exposant

Mis en forme : Police :Non Gras

Mis en forme : Gauche, Espace Après : 0 pt

Mis en forme : Gauche, Espace Avant : 0 pt

Mis en forme : Exposant

Mis en forme : Police :Non Gras

Mis en forme : Gauche, Espace Après : 0 pt

Mis en forme : Gauche, Espace Avant : 0 pt

Mis en forme : Exposant

Mis en forme : Police :Non Gras

Mis en forme : Gauche, Espace Après : 0 pt

Mis en forme : Interligne : Double

Tableau mis en forme

Tableau 16. Etude de la fibrillation atriale des sujets âgés : prévalence de la fibrillation atriale et de son traitement par antivitamine K

	Prévalence Fibrillation atriale (%)	Prévalence AVK dans FA	Médicaments (n)	Interactions avec AVK (%)	Critère associé à non prescrit AVK
--	-------------------------------------	------------------------	-----------------	---------------------------	------------------------------------

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

<u>Notre étude</u> <u>n = 514</u>	<u>9,6</u>	<u>46,7</u>	<u>7,1</u>	<u>- chute</u> <u>- FA</u> <u>paroxystique</u>	Mis en forme : Gauche, Espace Après : 0 pt
<u>Aspinall (2010) ⁽³²⁾</u> <u>n = 160</u>		<u>9,6 à 12,4</u>	<u>46</u>		Mis en forme : Gauche, Espace Après : 0 pt
<u>Rozzini (2011) ⁽³³⁾</u> <u>n = 126</u>		<u>31</u>		<u>- AVC</u> <u>ischémique</u>	Mis en forme : Gauche, Espace Après : 0 pt
<u>De Breucker (2011) ⁽²⁹⁾</u> <u>n = 111</u>	<u>14</u>	<u>51</u>	<u>7,1</u>		Mis en forme : Gauche, Espace Après : 0 pt

1. Caractéristique de la fibrillation atriale

1.1 Prévalence de la Fibrillation atriale

La prévalence de la fibrillation atriale augmente avec l'âge ~~des malades~~ ⁽²⁻³⁾.

La prévalence de la fibrillation atriale, dans notre étude, concernant ~~des~~ des sujets âgés de plus de 75 ans en institution, était de 9,6 %.

Dans ~~la population~~ générale, la prévalence ~~de~~ la FA chez les plus de 65 ans est de 7 % et atteint 10 % chez les plus de 80 ans.

Ce chiffre reste strictement comparable à celui de notre étude.

Notre étude a été réalisée au sein d'EHPAD et d'USLD où séjournent des patients très âgés et dépendants ~~sans ne bénéficiant pas de~~ suivi médical spécialisé (le déplacement de ces sujets très fragiles chez un médecin

~~spécialiste, pour des raisons de coût et de pertinence, apparaît discutable, notamment cardiologique,~~ dans la majorité des cas). La prévalence de la fibrillation atriale peut être ainsi sous estimée en cas de fibrillation atriale ~~peu~~ asymptomatique et ~~notamment bien sûr~~ en l'absence de ~~diagnostic~~ confirmation électro-cardiographique possible.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

1.2 Inclusion des résidents

Dans notre étude, le diagnostic de fibrillation atriale a été retenu uniquement sur ~~la base uniquement de~~ la consultation des antécédents notés dans le dossier médical. Seuls les résultats d'un ~~Un électrocardiogramme ECG~~ datant de moins de 24 mois ~~étaient~~ recueillis afin de valider la présence d'une AC/FA ou plutôt d'un antécédent de FA.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Interligne : Double, Bordure : Encadrement : (Simple, Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))), 1,5 pt épaisseur du trait

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155)), Surlignage

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

La fréquence de la fibrillation atriale, dans notre étude, doit être pondérée. On peut, en l'absence d'électrocardiogramme de référence réalisé (non envisageable en pratique faute notamment d'un appareil d'enregistrement dans ces unités de vie non médicalisées), systématiquement réaliser chez à chaque patient et dans chaque EHPAD, au moment de l'inclusion, (non envisageable en pratique faute notamment d'un appareil d'enregistrement dans ces unités de vie

~~non médicalisées)~~ imaginer évoquer un biais de ~~une~~ sous estimation de la fréquence de ~~cette~~ l'arythmie.

A contrario, on peut imaginer qu'en l'absence ~~d'~~électrocardiogramme d'ECG au moment de l'inclusion, des résidents ayant un réel antécédent de fibrillation atriale (tel que nous l'~~avons~~ défini) ~~n'avaient ne souffraient~~ plus, quelques mois ou ~~une~~ années plus tard, ~~de~~ cette pathologie. Il reste que ces malades aux antécédents de FA restent, dans la majorité des cas, à risque quant à la survenue d'embolie artérielle. Notre second objectif étant l'analyse du taux de prophylaxie par AVK, ce chiffre de 10 % ~~reste apparaît~~ le meilleur « témoin » de la réalité épidémiologique de cette arythmie.

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt, Italique

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm,Gauche + 14,36 cm, Droite

2. FA, cComorbidités générales et syndromes gériatriques

2.1 Fibrillation atriale et comorbidités cardio-vasculaires

Dans notre étude, les malades étaient âgés en moyenne de 87 ans (75 % avaient plus de 84 ans) et étaient polyopathologiques.

Dans l'étude de De Breucker, menée au sein d'une population de 111 patients hospitalisés en souffrant d'une FA hospitalisés qui étaient âgés en moyenne de 84 ans, les patients souffraient-avaient également d'une insuffisance cardiaque dans-pour 19 % d'entre eux, avaient-et un antécédent d'accident vasculaire cérébral dans 24 % des cas⁽⁴⁸²⁹⁾.

L'insuffisance cardiaque est un facteur de risque établi de développement d'une fibrillation atriale. Dans l'insuffisance cardiaque, la distension mécanique de l'atrium est à l'origine d'une modification du volume et de la pression intra auriculaire favorisant le développement d'une fibrillation atriale.

Le risque d'AVC sans-en l'absence de FA augmente statistiquement de 1,4 par décennie. Il est en revanche multiplié par 5 en cas de fibrillation atriale par rapport à celui mesuré dans une population en rythme sinusal.

Mis en forme : Police :16 pt

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm,Gauche + 14,36 cm, Droite

Dans notre étude, les malades ayant une fibrillation atriale ~~plus de~~ ~~avaient souffraient~~ plus de comorbidités vasculaires telles une insuffisance cardiaque, un antécédent d'accident vasculaire cérébral et étaient significativement plus âgés.

Mis en forme : Police :14 pt

On retrouve, dans les comorbidités de notre population, une forte prévalence de valvulopathie (20 %) ayant par le passé été documentées par échocardiographie. Dans notre étude, 39 résidents (7,6 %) ~~présentaient avaient~~ une insuffisance mitrale. L'insuffisance mitrale entraîne une augmentation de la pression auriculaire ayant pour conséquence une distension de celle-ci ~~à l'origine de favorisant~~ l'émergence de trouble du rythme. Dans la Framingham Study, en 1999, les auteurs ~~mettent ont mis~~ en évidence un taux ~~d'échographique de l'insuffisance mitrale (échographique)~~ de 19 % au sein de la population étudiée ~~de 3589~~ de 3589 ~~sujets âgés en moyenne de 54 ± 10~~ sujets âgés en moyenne de 54 ± 10 ~~années~~ ^(33,34) années. Une faible fuite mitrale peut être sans conséquence clinique chez un sujet sans comorbidité associée. ~~L'au sein de notre étude,~~ la prévalence de l'insuffisance mitrale dans notre enquête est plus faible, probablement sous estimée, s'expliquant volontiers par l'absence d'échographie récente systématiquement réalisée ~~et recueillie~~ dans cette population très âgée, dépendante et sans suivi médical cardiologique régulier.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

Dans notre étude, les diagnostics d'insuffisance cardiaque, de valvulopathie ou d'AVC, ne répondaient pas toujours aux critères requis dans la littérature en l'absence de documentation échographique, ~~seannographique tomodensitométrique (pour identifier les AVC infra-cliniques ou passés)~~ ou d'avis spécialisé ; encore une fois, le recueil des antécédents ~~s'étant est~~ limité à ceux ~~notés figurant~~ dans le dossier médical des ~~résidents sans obtenir de documentation échocardiographique dans le cas de l'insuffisance cardiaque, ou seannographique pour l'antécédent d'AVC.~~résidents.

Ainsi, la fréquence de ces pathologies, au sein de notre étude, peut-être considérée comme étant sous estimée. La présence de lésions d'AVC démontrées sur une tomodensitométrie cérébrale sans traduction clinique évoquant des accidents vasculaires ischémiques n'a pas été recueillie dans le cadre de cette enquête descriptive. Elle est cependant dans la littérature dans une population âgée de plus de 80 a-ns estimée à X % 17,7 % ⁽³⁵⁾

2.2 Fibrillation atriale et syndrome gériatrique

Troubles cognitifs

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Interligne : Double, Bordure : Encadrement : (Simple, Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))), 1,5 pt Épaisseur du trait

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Non Surlignage

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Non Surlignage

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Exposant

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Retrait : Gauche : 1,27 cm, Sans numérotation ni puces

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm,Gauche + 14,36 cm, Droite

La présence d'un syndrome démentiel, ou de troubles cognitifs, était fréquemment retrouvée dans notre échantillon (71,4 %).

Mis en forme : Police :14 pt

Le syndrome démentiel est la conséquence de lésions ~~structurale~~ du ~~cerveau~~ cérébrales entraînant la perte de plusieurs fonctions intellectuelles cognitives à l'origine d'une perte d'autonomie et de trouble du comportement.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Les auteurs s'accordent aujourd'hui pour dire que les facteurs de risque vasculaires (ex : HTA, Hypotension, athérosclérose) sont déterminants quant à l'émergence de syndromes démentiels au premier rang desquels figure la maladie d'Alzheimer.

Mis en forme : Police :14 pt

Dans l'étude de De Breucker, 59 % des patients ayant une fibrillation atriale ~~avaient souffraient~~ également d'un dysfonctionnement cognitif ~~noté~~ dans leurs antécédents ⁽²⁹⁾ ~~du patient.~~

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Exposit

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

L'existence conjointe d'une arythmie, ~~tel~~ ~~qu'~~une fibrillation atriale et de troubles cognitifs, fait évoquer l'hypothèse d'une démence vasculaire ou d'une maladie d'~~Alzhzeimer~~ Alzheimer à composante cérébro-vasculaire. La physiopathologie des démences vasculaires est liée à la survenue de plusieurs multiples accidents vasculaires cérébraux, ischémiques ou hémorragiques, touchant le plus souvent les 2 hémisphères. La prévention secondaire des AVC ou des micro-infarctus cérébraux apparaît dans ce contexte utile même si, à ce jour, cette association n'a pas été encore totalement démontrée ⁽³⁴³⁶⁾.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

Dans une étude menée en 2011 sur une cohorte de 3045 sujets âgés de plus de 65 ans, sans éléments suggérant un syndrome démentiel, des auteurs ont étudié l'incidence d'un syndrome démentiel selon l'existence d'une fibrillation atriale.

Lors d'un suivi médian de 14 années, les malades ayant une fibrillation atriale prévalente (diagnostiquée à l'inclusion) avaient un risque significatif de survenue d'un syndrome démentiel (HR = 1,38) et de maladie d'Alzheimer (HR = 1,50) et cela après ajustement des cofacteurs habituels (âge, diabète, niveau socio-éducatif...).

Il semble donc que la fibrillation atriale, dans ce contexte d'émergence de syndrome démentiel, puisse être considérée comme l'hypertension artérielle ou le diabète, comme facteur de risque à considérer pour estimer la probabilité de survenue d'un syndrome démentiel ⁽³⁷⁾.

En pratique, l'existence de trouble cognitif et/ou d'un syndrome démentiel, lorsqu'une réflexion quant à une limitation l'initiation d'un traitement anticoagulant pour une fibrillation atriale est menée envisagée, constitue sont des un éléments volontiers négatif quant à l'institution du traitement retenus pour ne pas prescrire ces médicaments. Cela Ces impaete caractéristiques impactent sur la gestion quotidienne du traitement, sa prise et le contrôle de l'INR sur

Mis en forme : Exposit

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Interligne : Double, Bordure : Encadrement : (Simple, Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))), 1,5 pt Épaisseur du trait

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

son monitoring. Toutefois, en EHPAD, la dispensation du traitement est sécurisée, réalisée par une infirmière et le contrôle de l'INR est réalisé ~~par dans un laboratoire d'analyses médicales au sein de l'EHPAD~~ de proximité sous contrôle du Médecin Traitant ; les infirmières réalisant les prélèvements interviennent directement au sein de l'EHPAD.

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

~~(OH ??? où avez vous vu qu'il y a des labos en EHPAD)~~, sous contrôle du médecin traitant.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Interligne : Double

En 2010, Flaker a montré au sein d'une population communautaire (non institutionnalisée) en FA, issue de la cohorte ACTIVE-W et âgée en moyenne de 71 ans, que les patients ~~présentaient~~ avaient plus souvent d'événements hémorragiques associés aux AVK (9,6 % *versus* 7 % par année) en cas de troubles cognitifs (MMS inférieur à 26) ⁽³⁵³⁸⁾. De même, Van Deller, au sein de sa cohorte de patients âgés de plus de 70 ans en fibrillation atriale et recevant de la Warfarine, a mis en évidence une association entre la présence de troubles cognitifs (MMS inférieur à 23) et un taux d'INR situé en dehors de l'intervalle thérapeutique (OR=2,77 ; IC : (1,77-6,74)) ⁽³⁶³⁹⁾.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Chutes

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm,Gauche + 14,36 cm, Droite

Dans notre ~~étude~~série, 101 malades (19,7 %) avaient des troubles posturaux responsables de chutes à répétition (plus de 2 chutes en moins de 3 mois).

La prévalence ~~des chutes chez les sujets de plus de 65 ans est de 30 % et de 50 % après 80 ans~~ ⁽³⁷⁴⁰⁾. Les personnes âgées dépendantes vivant en institution

ont un risque de chute au potentiel de gravité supérieur ⁽³⁸⁴¹⁾. ~~Chez l-~~es~~a~~
~~personnes âgées, on constate~~~~a~~ une réduction ~~de ses~~ capacités d'adaptation

posturale. ~~Les~~~~a~~ ~~personnes~~ âgées vivant en institution ~~est~~ ~~sont~~

polypathologiques et ~~présente souffrent~~ plus volontiers ~~d'avantage~~ de trouble cognitif ou d'authentique syndrome démentiel. Les psychotropes, très souvent

prescrits ~~dans le cadre de~~pour ces pathologies, ~~sont~~ majorité ~~associés à~~
~~un~~fortement ce risque ~~élevé~~ de chute. ~~Ces médicaments, car ils sont~~ par

~~exemple de fait~~ à l'origine d'une hypovigilance, d'effets extrapyramidaux et d'hypotension orthostatique.

~~De Breucker rapporte un taux de chute plus élevé, en définissant comme chuteur un patient rapportant une ou plus d'une chute sur une période rétrospective de 6 mois.~~

~~Paradoxalement, dans notre étude, le pourcentage de patients chuteurs, au regard du nombre de résidents présentant des troubles cognitifs ou un~~

authentique syndrome démentiel, apparaît faible, en tout cas inférieur à celui

mesuré constaté par d'autres auteurs (de Br Reucker).

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

Cette donnée mérite d'être pondérée par le degré de dépendance des résidents d'EHPAD, ~~tel~~ que nous ~~les~~ avons ~~sélectionnés~~ étudiés.

Le taux moyen de GIR (717,6) témoigne ainsi dans notre échantillon de troubles locomoteurs sévères ~~et expose, en cas à l'origine~~ d'immobilisation ou ~~due fait d'une de faible~~ autonomie à ~~la~~ marche très altérée et par conséquent, associé à un plus faible, moins souvent à un risque de chute.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

~~L'En effet,~~ l'altération des fonctions supérieures est à l'origine de troubles attentionnels (épreuve de la « double tâche » : marcher et parler simultanément), de troubles exécutifs (planification de tâche), de troubles visuo-spatiaux (mauvaise appréhension de l'espace ~~3D~~ en trois dimensions), de troubles comportementaux (déambulation avec fatigue et inattention croissante, agitation) et d'une ~~altération~~ involution musculaire et ostéo-articulaire à l'origine de chute. Le syndrome démentiel est un facteur majeur de risque de chute (Risque Relatif : 1,93)⁽³⁹⁾ ~~et de chute grave~~ (Risque Relatif : 3,6)⁽³⁷⁾. L'utilisation de psychotropes et notamment de neuroleptiques dans le syndrome démentiel augmente ~~par ailleurs le~~ enfin notablement ce ~~risque~~ risque de chute (Risque Relatif : 3,5)⁽⁴⁰⁾.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

~~Il faut ici revenir à votre sujet et dire si oui ou non dans votre série ces conditions cognitives et / ou de chutes ont influencé l'abstention +++ Dans~~

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

notre étude, les patients ne recevant pas d'anticoagulant avaient davantage de troubles cognitifs (76,2 % *versus* 66,6 %) et étaient plus souvent victimes de chutes (25,5 % *versus* 9,8 %). Ainsi les troubles cognitifs et les chutes sont des facteurs favorisant l'abstention dans notre étude.

Mis en forme : Police :Italique

Mis en forme : Police :Italique

Mis en forme : Police :14 pt

L'efficacité des AVK, dans la fibrillation atriale, est démontrée : les AVK, ces médicaments réduisent le nombre d'AVC de 62 % (*versus* 20 % pour les antiagrégants plaquettaires) ⁽⁴⁴¹⁵⁾.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

L'avantage Le bénéfice de l'anticoagulation est pondéré par le risque hémorragique, en particulier chez les personnes âgées où ces événements les chutes sont toujours plus graves en termes de mortalité notamment ^{(42)Levesque}

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt,

Mis en forme : Police :14 pt,

Mis en forme : Police :14 pt

[revue de médecine interne](#)

La présence de Un passé de chute n'est pas, à lui seul, un facteur établi de risque hémorragique. Quelques études ont même montré l'absence de risque hémorragique accru lors des chutes en cas de traitement par AVK ⁽⁴¹⁻⁴²⁴³⁻⁴⁴⁾.

Mis en forme : Police :14 pt

Malcom Man Son Hing a montré estimé (modèle de Markov), dans au sein d'une population de personnes âgées de plus de 65 ans et à haut risque de chute (trouble cognitif, trouble sensitif des membres inférieurs, trouble de l'équilibre), qu'un risque d'hématome sous dural existait si un le sujet chute aite plus de 295 fois par année ⁽⁴³⁴⁵⁾.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

Le risque de chute n'est n'apparaît donc pas un facteur contre-indiquant, à lui
seul, la prescription des AVK dans la FA. Il faut ici parler même si vous y
reviendrez des résultats de l'enquête auprès des MG qui doit dire le contraire

++

.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt,
Surlignage

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Interligne : Double,
Bordure : Encadrement : (Simple,
Couleur personnalisée(RVB(49;132;155
)), 1,5 pt Épaisseur du trait)

Mis en forme : Taquets de
tabulation : 11,59 cm,Gauche +
14,36 cm, Droite

Dans notre étude, un antécédent de chute était associé à une abstention thérapeutique concernant les anticoagulants.

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Pour les médecins en charge de la santé du résident, un antécédent de chute était cependant à l'origine d'une abstention thérapeutique pour 47 % des praticiens interrogés.

Mis en forme : Interligne : Double

Seuls 19,7 % des patients étaient victimes de chute.

Les médecins interrogés ne prescrivent pas d'AVK une fois sur deux pour motif premier, la chute.

Cependant, 80 % des patients de notre série ne sont pas victimes de chutes.

Il existe donc un paradoxe : les chutes seules sont peu nombreuses ; d'autres facteurs pourraient expliquer l'absence de prescription des AVK.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :16 pt

3. Nature de la prescription Prescription des antithrombotiques chez les **sujets résidents** en EHPAD souffrant d'une fibrillation atriale.

3.1 Prévalence du traitement par AVK

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm,Gauche + 14,36 cm, Droite

Dans la littérature, le taux de prescription des AVK, lors d'une AC/FA, quel que soit l'âge **des sujets**, varie de 28 à 64 % selon les études ^(44-45,46-47,48).

~~À~~ Chez les patients âgés, après 69 ans, il varie de 35 à 46 % ⁽²⁵²⁶⁻⁴⁵⁻⁴⁷⁶⁻⁴⁸⁾.

En 2006, EM. Hylek a démontré que le taux de prescription des AVK chez les patients en FA était décroissant avec l'âge : 75 % chez les patients entre 65 et 69 ans, 45 % chez les patients entre 80 et 89 ans et seulement 24 % chez les patients de après 90 ans et plus ⁽⁴⁷⁴²⁾.

Rozzini a retrouvé en 2010, au sein d'un EHPAD, un taux de prescription de l'ordre de 31 % dans une population dont les caractéristiques sont étaient proches des nôtres.

Dans notre étude, la prévalence du traitement par AVK pour l'AC/FA est était de 46,7 %.

En comparaison avec les études réalisées, notamment y compris au sein de populations communautaires plus jeunes et moins « gériatriques » quant à leurs caractéristiques, ce taux de prescription des AVK est apparaît supérieur.

Cette différence peut s'expliquer encore une fois par une la dispensation du traitement garantie par les équipes infirmières des EHPAD, permettant une prise du traitement et un suivi de l'INR régulier et sécurisé.

Nous n'avons pas été en mesure de tester si la formation des prescripteurs habituels des quant au maniement des AVK, c'est-à-dire les médecins généralistes, avait ou non influencé leur décision et donc ce pourcentage de prescription.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Non Exposant/ Indice

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

~~De~~ revanche, dans la littérature ⁽³³⁴⁾, la ~~conduite~~ ~~fréquence~~ d'un traitement par AVK apparaît ~~plus souvent~~ ~~poursuivies~~ ~~supérieure~~ si l'initiation du traitement est antérieure à l'admission ~~du sujet~~ en institution (~~ex : prescription initiale hospitalière ou par un spécialiste~~). ~~Dans cette circonstance, cette prescription qui reste majoritairement spécialisée, émane de spécialiste lors de séjour du malade en établissement. Le déroulement de notre enquête n'a pas permis de recueillir cette information quant à l'antériorité et surtout aux conditions (hospitalières ou non) de la prescription~~ ~~initiale~~ ~~des anticoagulants~~.

Mis en forme : Police :14 pt

~~Nous n'avons pas été en mesure de déterminer, pour chaque prescripteur, sa formation ; une formation de gériatrie permettant une approche plus gériatrique des résidents pouvant être à l'origine d'un taux de prescription des AVK plus élevé.~~

Mis en forme : Police :14 pt

Cent quatre vingt onze malades recevaient un traitement par antiagrégant plaquettaire uniquement. ~~Un traitement~~ ~~l'~~ antiagrégant plaquettaire réduit ~~très faiblement~~ le nombre d'AVC ~~de l'ordre de -20 % versus placebo, donc à peine soit un peu à peine plus mieux que le qu'un simple placebo~~ ⁽¹⁵⁴⁾.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

~~La population étudiée~~ dans notre étude (patients âgés de plus de 75 ans) ~~les résidents avaient~~ ~~était à un~~ haut risque thromboembolique artériel et ~~relevaient donc majoritairement,~~ en théorie, ~~donc~~ d'un traitement par anticoagulant, ~~c'est à dire majoritairement encore aux AVK.~~

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

3.2 Fibrillation atriale et contre-indication aux AVK

Le traitement par AVK est contre-indiqué en cas d'antécédent d'accident vasculaire cérébral ischémique récent étendu (au risque d'un ramollissement hémorragique), de cancer évolutif, d'antécédent hémorragique sévère datant de moins d'une année ou de, de mauvaise compliance au traitement ⁽⁴⁸⁵⁰⁾.

Hormis un antécédent d'INR labile retrouvé chez 87 patients (17 %), nous n'avons pas été en mesure de dire s'il existait d'autre contre-indication pouvant expliquer ~~dans notre étude~~ chez certains malades l'absence de traitement par AVK.

Seul, au cas par cas, le médecin généraliste en charge de la santé du malade était en mesure de décider de la mise en route ou non du traitement préventif.

Dans notre étude, les critères des médecins prescripteurs ~~associés-cités~~ pour ne pas recourir à l'absence de prescription des aux AVK étaient : une chute (attentin ua lien à faire avec le paragraphe plus haut)(dans 47 % des cas), la présence de trouble cognitif ou d'un syndrome démentiel, le grand âge et la FA paroxystique. La chute représentait un critère majeur décisionnel en obtenant une note de 8/10.

Mis en forme : Police :14 pt
Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Interligne : Double, Bordure : Encadrement : (Simple, Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))), 1,5 pt Épaisseur du trait

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt, Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Couleur personnalisée(RVB(49;132;155))

Mis en forme : Police :14 pt
Mis en forme : Interligne : Double

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

Dans notre travail, nous n'avons pas calculé le risque individuel hémorragique, par exemple en utilisant l'outil HAS BLED. Cet outil décisionnel apparaît de toute façon plus pertinent à la phase initiale ~~du début~~ du traitement et, dans tous les cas, ~~ne peut être pertinent qu'en~~ uniquement en recueillant avec exhaustivité et objectivité toutes les circonstances ~~qui le composent, affirmées sur des données objectives.~~

Mis en forme : Police :14 pt

3.3 AVK et antiagrégant plaquettaire

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Interligne : Double

Dans notre étude, 14 résidents (2,3 %) recevaient un traitement par antiagrégant plaquettaire associé à des AVK.

L'aspirine est fréquemment associée au traitement par AVK en présence d'une AC/FA chez les patients présentant une cardiopathie ischémique, en particulier après une angioplastie par stent actif ou à haut risque cardiovasculaire.

Mis en forme : Police :14 pt

En 2010, une méta-analyse a suggérée qu'il existait un bénéfice antithrombotique de cette association antivitamine K-antiagrégant plaquettaire ~~avec associée~~ mais qui était cependant aussi associée à une majoration notable du risque hémorragique chez ces malades ^(49,51). Pour de nombreux praticiens, cette association après 80 ans ne doit pas être prescrite.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

L'étude de Hansen en 2010 a ~~montré calculé que une~~ l'augmentation du risque hémorragique ~~en cas d'ors de l'association~~ AVK-AAP avec un taux d'hémorragie ~~était~~ de 13,9 % par patient et par année, ~~et soit~~ un risque hémorragique multiplié par 3 ⁽⁵⁴⁵²⁾.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

4. Paramètres associés à une non prescription des AVK

Mis en forme : Police :16 pt

Deux cent soixante quatorze malades ne recevaient pas d'AVK pour leur fibrillation atriale malgré un haut risque thromboembolique (CHADS-VAS₂ ~~à de~~ 4,9 en moyenne) et ~~cela malgré~~ une efficacité démontrée, ~~en termes de prévention dans la littérature.~~

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt

L'existence ~~de trouble cognitif,~~ de chutes à répétition ~~et d'une fibrillation atriale paroxystique,~~ la polymédication, l'hypertension artérielle instable ~~et un âge élevé,~~ étaient ~~des~~ facteurs ~~significativement et indépendamment (non il vous manque la régression logistique)~~ associés à une « non prescription » des AVK.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Police :14 pt, Surlignage

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

Rozzini, dans son étude menée au sein d'un EHPAD, a ~~rapporté-souligné~~ que parmi les critères décisionnels « favorables », c'est-à-dire associés à la prescription des AVK, figurait l'absence de syndrome démentiel ⁽³²³³⁾.

Mis en forme : Police :14 pt

De Breucker, au sein d'une population âgée de 84 ans en FA, n'a pas mis en évidence d'association entre la présence d'un syndrome gériatrique et l'absence de traitement par AVK ⁽²⁷⁾.

Mis en forme : Expositant

Dans notre étude, d'après les médecins traitants, plusieurs critères étaient associés à l'absence de traitement anticoagulant. Un antécédent de chute était, dans 47 % des cas, un facteur influençant la décision du médecin en faveur d'une non prescription d'AVK. Soixante dix, trois pour cent des patients n'étaient pas victimes de chute ; cependant, seuls 46,7 % des malades de notre série recevaient des AVK.

Mis en forme : Police :14 pt

~~Le syndrome démentiel entraîne une altération des fonctions supérieures et une incapacité à planifier la vie quotidienne. Ainsi, la perte d'autonomie, lors d'un syndrome démentiel entraîne une incapacité pour le patient à gérer son propre traitement (oubli de prise, prise multiple de prise, automédication). Au sein des EHPAD, la dispensation des médicaments est gérée par l'équipe infirmière et la surveillance de l'INR faite grâce à la réalisation des prélèvements biologiques au sein des établissements. Enfin, la communication~~

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

par le laboratoire d'analyses médicales de proximité des résultats biologiques est transmise à l'équipe médicale.

Ainsi, le syndrome démentiel par l'intermédiaire de la perte d'autonomie ne peut expliquer à lui seul la « non prescription » des AVK dans ce lieu particulier que constitue l'EHPAD. Vous l'avez déjà dit +++

Mis en forme : Police :14 pt, Surlignage

Mis en forme : Police :14 pt

Le syndrome démentiel ou les troubles cognitifs exposent à un risque de chute et un risque de chute grave⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Mis en forme : Police :14 pt, Surlignage

Dans notre étude, 19,7 % des patients étaient chuteurs. La chute est, dans la littérature, significativement et indépendamment associée à une « non prescription » des AVK⁽⁵¹⁻⁵²⁾.

Dans la littérature, les facteurs de « non prescription » des AVK chez les patients âgés sont les chutes (41 %) et les antécédents d'hémorragie grave (28 %) ⁽⁴⁷⁾.

Quelques études ont montré l'absence de risque hémorragique lors des chutes en cas de traitement par AVK⁽³⁴⁾. Malcom Man-Son-Hing a montré, au sein d'une population de personnes âgées de plus de 65 ans traitées par AVK et à haut risque de chute (trouble cognitif, trouble sensitif des membres inférieurs, trouble de l'équilibre), un risque d'hématome sous-dural si un sujet chute plus de 295 fois par année⁽³⁵⁾. Le risque de chute n'est donc pas un facteur contre-indiquant la prescription d'AVK dans la fibrillation atriale.

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

Dans notre étude, parmi les critères décisionnels des médecins traitants expliquant la « non prescription » des AVK, la chute était présente dans 47 % des cas.

Le risque hémorragique secondaire à la chute est probablement surestimé lors d'un traitement par AVK. En pratique, seule l'expérience du médecin peut influencer la prescription ; un seul antécédent d'hématome sous dural chez un patient traité par AVK peut devenir un frein définitif à une nouvelle prescription d'AVK chez un patient âgé à risque de chute.

Mis en forme : Police :14 pt

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm,Gauche + 14,36 cm, Droite

	Comorbidités					Préval. FA (%)	Préval. AVK dans FA	Medt. (n)	Interact. avec AVK (%)	Critère à no
	Age (ans)	Comorbidité générale	Tb.cognitif (%)	Chute (%)	Dénut. (%)					
Notre étude n = 514	87,2	Charlson 7,44	71,4	19,7	24,3	9,6	46,7	7,1		- chute - FA p
Aspinall (2010) n = 160	71				9		9,6 à 12,4		46	
Rozzini (2011) n = 126	86	Barthel 35	61,5				31			-AVC
De Breucker (2011) n = 111	84		59	61	59	14	51	7,1		

Mis en forme : Largeur : 21 cm, Hauteur : 29,7 cm

Mis en forme : Taquets de tabulation : 11,59 cm, Gauche + 14,36 cm, Droite

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Le point fort de cette étude est la constitution d'une cohorte prospective multicentrique incluant 514 résidents en fibrillation atriale au sein de 54 EHPAD et USLD.

La cohorte est constituée de personnes très âgées vivant en institution ; population peu souvent étudiée dans la littérature.

Les résultats de cette étude peuvent être utilisables, en pratique, au sein des institutions et dans la population communautaire.

Les limites de ce travail sont :

- L'absence d'électrocardiogramme systématiquement réalisé au moment de l'inclusion sous-estimant la prévalence de la fibrillation atriale
- L'existence de données manquantes concernant la dépendance des résidents, le score hémorragique HAS BLED, la présence de contre-indication en AVK ; données influençant la prescription d'anticoagulant dans la fibrillation atriale
- L'absence de documentation des antécédents comme les valvulopathies, une tomodensitométrie cérébrale pour documenter un accident vasculaire cérébral, des troubles cognitifs. Ainsi, la prévalence de ces pathologies, au sein de notre étude, peut être considérée comme étant sous-estimée.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude permettent de préciser les caractéristiques des patients en fibrillation atriale vivant en EHPAD et ne recevant pas d'AVK.

La fibrillation atriale a, pour principale complication, la survenue d'accident thromboembolique artériel, notamment d'infarctus cérébraux, pour lesquels la prévention par anticoagulant a montré son efficacité.

Dans cette étude menée sur un échantillon de grande taille, seuls 46,7 % des patients recevaient un traitement préventif par anticoagulant.

L'abstention thérapeutique était supérieure chez les résidents les plus âgés aux antécédents de chutes, de troubles cognitifs, d'hémorragie grave ou de score CHADS-VASc 2 inférieur.

Les chutes étaient un motif d'abstention thérapeutique dans près de 50 % des cas.

L'étude se poursuit sur la région Nord-Ouest incluant les institutions de la région Picardie et de Nord-Pas de Calais permettant de recueillir, sur un effectif de 10 660 résidents, 1004 en fibrillation atriale.

L'obtention d'un effectif plus grand nous permettra de mettre en évidence une prévalence de la fibrillation atriale et de son traitement en AVK au sein d'une population représentative de la région Nord-Ouest. Nous pourrons ainsi décrire les paramètres significativement associés à l'absence de prescription des AVK dans la fibrillation atriale des sujets âgés.

ABBREVIATIONS

AC/FA	Arythmie Cardiaque par Fibrillation Atriale
ADL	Activities of Daily Living (activités de la vie quotidienne)
AVC	Accident vasculaire cerebral
AVK	Anti-vitamine K
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FA	Fibrillation atriale
GDS	Geriatric Depression Scale
GIR	Groupe iso Ressource
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (activités instrumentales de la vie quotidienne)
IC	Insuffisance cardiaque
INR	International Normalised Ratio
NYHA	New York Heart Association
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

ANNEXES

Score HAS BLED (European Society of Cardiology 2010)

Caractéristiques	Points
Hypertension	1
Anomalie de la fonction rénale ou hépatique	1 pour chacun
AVC	1
Hémorragie	1
INR instable	1
Âge > 65 ans	1
Drogues ou alcool	1 ou 2
Score maximum	9

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS 2007. *Prise en charge de la Fibrillation Atriale*. Recommandation 2007
2. Feinberg WM., et al. *Prevalence, age distribution, and gender of patients with atrial fibrillation. Analysis and implications*. Arch Intern Med 1995;**155**:469-73
3. Heeringa J., et al. *Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation. The Rotterdam Study*. Europ Heart J 2006; **27**(8):949-53
4. Miyakasa Y., et al. *Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted Country, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence*. Circulation 2006;**114**:119-25
5. Go AS, Hylek EM., et al. *Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors In Atrial Fibrillation (ATRIA) study*. JAMA 2001;**285**:2370-5
6. Prakash C., et al. *Atrial Fibrillation in Heart Failure: A Comprehensive Review*. The American Journal of Medicine 2010;**123**:198-204
7. Lloyd-Jones DM., et al. *Lifetime risk for developing congestive heart failure: The Framingham Heart Study*. Circulation 2002;**106**(24):3068-72
8. Lip GY., et al. *Treatment of atrial fibrillation in a district general hospital*. Br Heart Journal 1994;**71**:92-95.

9. Miyasaka Y., et al. *Mortality trends in patients diagnosed with atrial fibrillation: a 21-years community based-study*. Journal American College of Cardiology 2007;**49**:986-992
10. Wolf PA., et al. *Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: The Framingham study*. Stroke 1991;**22**:983-8
11. Launois R. *Réseau d'Evaluation en économie de la santé* ART- 2364/02
12. Fuster V., et al. *ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society*. Circulation 2006
13. Hylek EM., et al. *Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation*. New England Journal Med 2003;**349**:1019-26
14. Kondstaal PJ. *Antiplatelet therapy for preventing stroke in patients with non rheumatic atrial fibrillation and history of stroke or transient ischemic attacks*. Cochrane Database Syst Rev 1996;**1**:CD000186.

15. Petersen P., et al. *Placebo-controlled randomized trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complication in chronic atrial fibrillation*. The Copenhagen AFASAK study. *Lancet* 1989;**1**:175-179.
16. Go AS., et al. *Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: how well do randomized trials translate into clinical practice*. *JAMA* 2003;**290**:2685-2692.
17. *Stroke prevention in atrial fibrillation investigators. The stroke prevention in atrial fibrillation study: final results*. *Circulation* 1991;**84**:527-539
18. Van den Henvel PM., et al. *Polypharmacy and under prescribing in older adults: rational under prescribing by general practitioners*. *JAGS* 2011;**59**(9):1750-2.
19. Hugues M., et al. *Guideline Development group for the NICE National Clinical Guideline for management of atrial fibrillation in primary and secondary care. Risk factors for anticoagulation related bleeding complication in patients with atrial fibrillation: asystematic review*. *QJM* 2007;**100**:599-607
20. Pister R., et al. *A novel user-friendly score (HAS BLED) to asses one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey*. *Chest* DOI: 10. 1378/Chest.**10**-0134(2010)
21. AFSSAPS 2010. *Coordination régionale de Vigilance. Analyse et prévention des surdosages et/ou effets indésirables hémorragiques des AVK*

22. Tom Schyheg Olsen MD., et al. *Stroke attributable to Underuse of Warfarin and antiplatelets*. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, vol 14, n° 2 2005: PP 55-57
23. Lip GY., et al. *Refinding clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factors-based approach: The Euro heart survey on atrial fibrillation*. Chest 2010;**137**:263-272
24. Hart RG., et al. *Antithrombotic therapy to prevent stroke in patient with atrial fibrillation. A meta Analysis*. Ann Intern Med 1999;**131**(7):492-501
25. Ll-Morgan C., et al. *Warfarine treatment in patient with atrial fibrillation: observing outcomes associated with varying levels of INR control*. Thromb Res 2009;**124**(1):37-41
26. Schwammenthal Y., et al. *Anticoagulation remains underused in prevention of stroke associated with atrial fibrillation: Insights from two consecutive national surveys*. International Journal of Cardiology (2010);0167-5273
27. Gladstone DJ., et al. *Potentially preventable strokes in high risk patients with atrial fibrillation who are adequately anticoagulated*. Stroke 2009;**40**:234-40
28. Isla M., Ogilvie PhD., et al. *Underuse of Anticoagulants in Atrial Fibrillation: A Systematic Review*. The American Journal of Medicine 2010;**123**,638-645

29. De Breucker S., et al. *Could Geriatric Characteristics explain the under-prescription of anticoagulants therapy for olders patients admitted with Atrial Fibrillation*. *Drugs Aging* 2010;**27**(10):807-13
30. DRESS. Enquête EHPA 2007
31. DRESS. *Les établissements d'hébergement des personnes âgées en 2003:activité et personnel*. Enquête EHPA 2003
32. Aspinall SL., et al. *The Quality of Warfarin Prescribing and Monitoring in Veterans Affairs Nursing Homes*. *The American Geriatrics Society* 2010;**58**:1475-1480
33. Rozzini R., et al. *Warfarin prescribing in nursing homes*. *The American Geriatrics Society Journal* 2010;**59**(10);183-4
34. Shingh JP., et al. *Prevalence and clinical determinants of mitral, tricuspide, and aortic regurgitation (The Framingham Study)*. *Am J Card* 1999;**83**(6):897-902
35. Rohit R., et al. *Prevalence and correlates of silent cerebral infarcts in the Framingham offspring study*. *Stroke* 2008;**39**(11):2929-2935.
36. Ligthart SA., et al. *Treatment of cardiovascular risk factor to prevent cognitive decline and dementia: a systematic review*. *Vascular Health and Risk Management* 2010;**6** ;775-785
37. Dublin S., et al. *Atrial fibrillation and risk of dementia: a prospective cohort study*. *Journal American Geriatric Society* 2011.**59**(8):1369-75

38. Flacker GC., et al. *Cognitive function et anticoagulation control with patients with atrial fibrillation*. Circ Cardiovascular Qual Outcomes 2010;**3**:277
39. Van Deeler BA., et al. *Cognitive impairment as determinant for sub-optimal control of oral anticoagulation treatment in elderly patients with atrial fibrillation*. Drugs Aging 2010;**22**(4):353-60
40. Tinetti ME., et al. *Clinical practice. Preventing falls in elderly persons*. New Engl J Med 2003;**348**(1):42-9
41. HAS. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandation pour la pratique*. Novembre 2005
42. Levesque H. *Summary of symposium on prevention of thrombotic risk in elderly*. Rev Med Interne 2004 sept;**25** suppl 3:S318-324
43. Man Son Hing M., et al. *Anticoagulant related bleeding in older persons with atrial fibrillation*. Arch Intern Med 2003(14);**163**:1580-1586
44. Bond AJ., et al. *The risk of hemorrhagic complications in hospital in patients who fall while receiving antithrombotic therapy*. Thromb J 2005;**3**(1):1
45. Man Son Hing M., et al with. *Choosing antithrombotic therapy for elderly patient atrial fibrillation who are at risk for falls*. Arch Intern Med 1999;**159**: 677-685
46. Cohen N., et al. *Warfarine for stroke prevention still underused in atrial fibrillation patterns of omission*. Stroke 2000;**31**(6):1217-22

47. Friberg L., et al. *Stroke prophylaxis in atrial fibrillation: who gets it and who does not? Report from the Stockholm cohort Study on Atrial Fibrillation (SCAF study)*. Eur Heart Journal 2006;**27**(16) 1954-64
48. Nieuwaat R., et al. *Antithrombotic treatment in real life atrial fibrillation patients: a report from the Euro heart survey on atrial fibrillation*. Euro Heart Journal 2006;**27**(24): 3018-26
49. Hylek EM., et al. *Translating the results of randomized trials into clinical practice: the challenge of warfarine candidacy among hospitalized elderly patients with atrial fibrillation*. Stroke 2006;**37**(4):1075-80
50. Laupacis A., et al. *Antithrombotic therapy in atrial fibrillation*. Chest 1998;**114**:5795-5895.
51. Dentali F., et al. *Combined aspirin-oral anticoagulant therapy compared with oral anticoagulant therapy alone among patients at risk for cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized trial*. A Intern Med 2007;**167**:117-24
52. Morten L., et al. *Risk of bleeding with single, dual, or triple therapy with warfarin, aspirin, and clopidogrel in patients with atrial fibrillation*. Arch Intern Med 2010; **170**(16): 1433-1441

RESUME

La fibrillation atriale est associée à une morbidité et une mortalité notables en lien avec les événements thromboemboliques artériels, notamment la survenue d'un AVC.

L'anticoagulation est plus efficace que les antiagrégants plaquettaires pour réduire le risque d'AVC des patients en fibrillation atriale.

Les personnes âgées, candidates à une anticoagulation en raison d'une FA et pouvant bénéficier de ce traitement, sont souvent non traitées et ne bénéficient pas réellement d'une prévention efficace des AVC.

L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence de la fibrillation atriale et de son traitement par AVK chez les sujets âgés en EHPAD. Les critères secondaires étaient de déterminer les caractéristiques des patients âgés ayant une fibrillation atriale mais ne bénéficiant pas de traitement anticoagulant, et de déterminer les critères rapportés par les médecins généralistes associés à l'absence de prescription des AVK.

Nous avons réalisé une étude prospective multicentrique incluant 514 malades au sein de la région normande.

Dans notre étude, la prévalence de la fibrillation atriale était de 9,6 %, soit 514 cas. Quarante six pour cent de ces malades recevaient des AVK pour leur FA.

Les patients non traités par AVK étaient volontiers plus âgés, avaient plus souvent des antécédents d'hémorragie grave, de chute à répétition, de troubles cognitifs et présentaient une fibrillation atriale paroxystique.

Les médecins interrogés ne prescrivaient pas d'AVK, une fois sur deux en raison d'antécédent de chute, dans 22,6 % des cas en raison de troubles cognitifs et dans 16,4 % des cas en raison d'un âge très avancé.

Mots-clés : Fibrillation atriale, Antivitamine K, Sujet âgé