



**HAL**  
open science

# Devenir de patients avec une fibrillation atriale dans une unité de court séjour gériatrique en Guadeloupe : cohorte FAGU

Cassandra Stéphane-Fortuné

## ► To cite this version:

Cassandra Stéphane-Fortuné. Devenir de patients avec une fibrillation atriale dans une unité de court séjour gériatrique en Guadeloupe : cohorte FAGU. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-05361276>

**HAL Id: dumas-05361276**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05361276v1>**

Submitted on 12 Nov 2025

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.



HAL Authorization

UNIVERSITE DES ANTILLES

2024

FACULTE DE MEDECINE  
HYACINTHE BASTARAUD  
N° 2024ANTI1172

Devenir de patients avec une fibrillation atriale dans une unité  
de court séjour gériatrique en Guadeloupe : cohorte FAGU

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD des  
Antilles et de la Guyane  
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 22 Octobre 2024

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Par

**STEPHENE-FORTUNE Cassandra**

Examineurs de la thèse : Monsieur le Professeur TABUE TEGUO MATURIN  
(Président)

Monsieur le Professeur DRAME MOUSTAPHA

Monsieur le Professeur DELIGNY Christophe

Madame le Docteur MONFORT Astrid

Directeur de la thèse : Madame le Docteur VAINQUEUR Larissa

**Le Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY**  
**Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Suzy DUFLO**  
**Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY**

<b><u>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</u></b>	
<b>Antoine ADENIS</b> _____	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Véronique BACCINI</b> _____	<b>Hématologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Pascal BLANCHET</b> _____	<b>Chirurgie Urologique</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 95
<b>Sébastien BREUREC</b> _____	<b>Bactériologie &amp; Vénérologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 12 80
<b>Laurent BRUREAU</b> _____	<b>Urologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>André CABIE</b> _____	<b>Maladies Infectieuses</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 01
<b>Philippe CABRE</b> _____	<b>Neurologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 61
<b>Raymond CESAIRE</b> _____	<b>Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 96 89 10 10
<b>Nadège CORDEL</b> _____	<b>Dermatologie &amp; Vénérologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Pierre COUPPIE</b> _____	<b>Dermatologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

<b>CHERET Antoine</b> _____	<b>Thérapeutique-Médecine de la douleur</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Michel DE BANDT</b> _____	<b>Rhumatologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Nadia SABBAH</b>	<b>Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques</b> CH de CAYENNE Tel :
<b>Bertrand De TOFFOL</b> _____	<b>Neurologie</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Magalie DEMAR - PIERRE</b> _____	<b>Parasitologie et Infectiologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
<b>Christophe DELIGNY</b> _____	<b>Médecine Interne</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 55
<b>Félix DJOSSOU</b> _____	<b>Maladies infectieuses et tropicales</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
<b>Moustapha DRAMÉ</b> _____	<b>Épidémiologie, Économie de la Santé</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Suzy DUFLO</b> _____	<b>ORL – Chirurgie Cervico-Faciale</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 93 46 16
<b>Narcisse ELENGA</b> _____	<b>Pédiatrie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
<b>Loïc EPELBOIN</b> _____	<b>Maladies infectieuses</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
<b>Karim FARD</b> _____	<b>Médecine Nucléaire</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 67
<b>Jocelyn INAMO</b> _____	<b>Cardiologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

<b>Christina IOSIF</b> _____	<b>Radiologie et imagerie médicale</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Hatem KALLEL</b> _____	<b>Médecine intensive-réanimation</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Annie LANNUZEL</b> _____	<b>Neurologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 13
<b>Harold MERLE</b> _____	<b>Ophtalmologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Mathieu NACHER</b> _____	<b>Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
<b>Rémi NEVIERE</b> _____	<b>Physiologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Olivier PARANT</b> _____	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Stéphanie PUGET</b> _____	<b>Neurochirurgie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Chantal RAHERISON-SEMJEN</b> _____	<b>Pneumologie, Addictologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Dabor RESIERE</b> _____	<b>Thérapeutique-médecine de la douleur</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Pierre-Marie ROGER</b> _____	<b>Maladies infectieuses et tropicales</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>François ROQUES</b> _____	<b>Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 71
<b>Jean ROUDIE</b> _____	<b>Chirurgie Digestive</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71

### **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>Maturin TABUE TEGUO</b> _____	<b>Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement</b> <b>CHU de Martinique</b> <b>Tel :0596 48 81 95</b>
<b>André-Pierre UZEL</b> _____	<b>Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</b> <b>CHU de Guadeloupe</b> <b>Tel : 05 90 89 14 66</b>
<b>Magaly ZAPPA</b> _____	<b>Radiologie et imagerie médicale</b> <b>CH de CAYENNE</b> <b>Tel : 05 94 93 50 00</b>

### **Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers**

<b>Stéphane AMADEO</b> _____	<b>Psychiatrie</b> <b>CHU de Martinique</b> <b>Tel : 05 96 55 20 00</b>
<b>Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL</b> _____	<b>Épidémiologie, économie de la santé et prévention</b> <b>CHU de Guadeloupe</b> <b>Tel : 05 90 89 10 10</b>
<b>Papa Ngalgou GUEYE</b> _____	<b>Médecine d'Urgence</b> <b>CHU de Martinique</b> <b>Tel : 05 96 55 20 00</b>
<b>Hossein MEHDAOUI</b> _____	<b>Médecine intensive-réanimation</b> <b>CHU de Martinique</b> <b>Tel : 05 96 55 20 00</b>
<b>Stéphane PLAWEKI</b> _____	<b>Chirurgie Orthopédique</b> <b>CHU de Martinique</b> <b>Tel : 05 96 55 20 00</b>
<b>Patrick PORTECOP</b> _____	<b>Médecine d'urgence</b> <b>CHU de Guadeloupe</b> <b>Tel : 05 90 89 10 10</b>
<b>Marc PUJO</b> _____	<b>Médecine d'Urgence</b> <b>CH de CAYENNE</b> <b>Tel : 05 94 93 50 00</b>

### **Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>Cindy BERAL</b> _____	<b>Ophtalmologie</b> <b>CHU de Guadeloupe</b> <b>Tél. : 0590 89 10 10</b>
-----------------------------	---

### **Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>Romain BLAIZOT</b> <hr/>	<b>Dermatologie-Vénérologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
<b>Moana GELU-SIMEON</b> <hr/>	<b>Gastroentérologie hépatologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Clarisse JOACHIM-CONTARET</b> <hr/>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Marie-Laure LALANNE-MISTRIH</b> <hr/>	<b>Nutrition</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 00
<b>Amélie ROLLE</b> <hr/>	<b>Anesthésie Réanimation</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Emmanuelle SYLVESTRE</b> <hr/>	<b>Biostatistique, Informatique médicale et Technologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE</b> <hr/>	<b>Endocrinologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 03

### **Maître de Conférences**

<b>Yoann GARNIER</b> <hr/>	<b>Biologie Moléculaire et Cellulaire</b> INSERM
-------------------------------	---

### **Maître de Conférences des Universités Associé - Praticiens Hospitaliers**

<b>Maïder FIRPION-COPPRY</b> <hr/>	<b>Hygiène hospitalière</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
---------------------------------------	--

### **Professeur des Universités de Médecine Générale**

<b>Jeannie HELENE-PELAGE</b> <hr/>	<b>Médecine Générale</b> CHU de Guadeloupe / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40
---------------------------------------	---

**Professeur Associé de Médecine Générale**

**Franciane GANE-TROPLENT**  

---

**Médecine générale**  
Cabinet libéral  
Tel : 05 90 20 39 37

**Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale**

**Philippe CARRERE**  

---

**Médecine générale**  
Cabinet libéral

**Maître de Conférence Associé de Médecine Générale**

**KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé**  

---

**Médecine générale**  
Cabinet libéral

**Franck MASSE**  

---

**Médecine générale**  
Cabinet libéral

**Professeur émérite**

**Eustase JANKY**

**Gynécologie-Obstétrique**  

---

## RESUME :

**Contexte :** La fibrillation atriale non valvulaire ( FANV) est une pathologie fréquente qui touche particulièrement la personne âgée. Ainsi en Guadeloupe, en 2021, dans une unité de court séjour gériatrique, la prévalence de la FANV était de 19% (225/1145) chez les patients âgés de plus de 75 ans. Une des complications les plus redoutées est le risque embolique, surtout dans la population gériatrique. En effet, l'âge est un facteur associé au risque d'accidents thromboemboliques cérébraux. Bien que les recommandations soient claires, il est constaté un sous-dosage ou une non-prescription du traitement anticoagulant chez les personnes âgées du fait de leur fragilité. Les comorbidités des patients et la sous prescription d'anticoagulation pourraient favoriser la fragilité chez cette population de par leurs complications respectives et augmenter le risque de survenue d'évènements thromboemboliques (type AVC) ou hémorragiques. Il n'existe pas à ce jour d'étude sur le devenir des patients âgés sous anticoagulants oraux aux Antilles.

**Objectif :** L'objectif de cette étude est d'évaluer le devenir des patients ayant une FANV dans la population gériatrique en Guadeloupe en s'intéressant à la mortalité à 12 mois et aux facteurs qui lui sont associés.

**Matériel et méthode :** Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective, monocentrique, observationnelle, réalisée sur des patients hospitalisés au court séjour gériatrique du centre hospitalier de Guadeloupe. 220 patients, de 70ans et plus, présentant un antécédent de FANV ou une découverte de FANV en service, ont été inclus entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 31 décembre 2020. Les résultats d'intérêt étaient la mortalité à 12 mois.

Nous avons effectué des analyses de régression logistique univariées et multivariées pour mettre en évidence les facteurs associés à la mortalité.

**Résultats :** L'âge moyen des participants était de  $86 \pm 7$  ans et étaient compris entre 71ans et 107 ans. La moitié des patients étaient des femmes (53,64%). Un total de 25 patients sont décédés au cours de l'hospitalisation. 12 mois après l'hospitalisation des patients, la moitié des patients étaient décédés (n=123). Il est mis en évidence une association statistiquement significative entre la mortalité à 12 mois, l'ADL ( $p=0,0074$ ), la dénutrition ( $p=0,0154$ ) et l'index de Charlson ( $p=0,0094$ ). Il n'est pas retrouvé d'associations statistiquement significatives pour la fragilité, la prise d'anticoagulants oraux et le statut cognitif.

**Conclusion :** Cette étude a permis de mettre en évidence que la dénutrition, la perte d'autonomie et les comorbidités sont associées à la mortalité à 12 mois post-hospitalisation dans une population gériatrique en Guadeloupe. La fragilité n'a pas été mise en évidence dans notre étude. Néanmoins, il convient de lui porter une attention particulière. Cette étude permet de confirmer l'intérêt de prévenir et d'améliorer la prise en charge des patients âgés, afin de limiter les répercussions que pourraient avoir les facteurs associés à la FANV.

**Keywords :** Atrial fibrillation, Frailty, follow up study, In-hospital

## ABSTRACT

**Background:** Non-valvular atrial fibrillation (FANV) is a common condition that particularly affects the elderly. In Guadeloupe, in 2021, in a geriatric short-stay unit, the prevalence of non-valvular atrial fibrillation was 19% (225/1145) in patients aged over 75. One of the most feared complications is the risk of embolism, especially in the geriatric population. Age is a factor associated with the risk of cerebral thromboembolic events. Although the recommendations are clear, it has been observed that anticoagulant treatment is under-dosed or not prescribed in the elderly because of their frailty. Patients' co-morbidities and under-prescription of anticoagulation could contribute to frailty in this population, due to their respective complications, and increase the risk of thromboembolic events (such as stroke) or haemorrhage. To date, there has been no study of the outcome of elderly patients taking oral anticoagulants in the French West Indies.

**Objective:** The aim of this study was to assess the outcome of patients with VNF in the geriatric population of Guadeloupe, focusing on 12-month mortality and associated factors.

**Material and method:** This study was a retrospective, monocentric, observational cohort study of patients hospitalised in the geriatric short-stay department of the Guadeloupe hospital centre. 220 patients, aged 70 and over, with a history of VNAF or VNAF discovered on the ward, were included between 1 January 2019 and 31 December 2020. The outcomes of interest were 12-month mortality.

Univariate and multivariate logistic regression analyses were performed to identify factors associated with mortality.

**Results:** The mean age of the participants was  $86 \pm 7$  years and ranged from 71 to 107 years. Half of the patients were women (53.64%). A total of 25 patients died during hospitalisation. At 12 months after hospitalisation, half of the patients had died (n=123). There was a statistically significant association between mortality at 12 months, ADL ( $p=0.0074$ ), undernutrition ( $p=0.0154$ ) and the Charlson index ( $p=0.0094$ ). No statistically significant associations were found for frailty, use of oral anticoagulants and cognitive status.

**Conclusion:** This study demonstrated that undernutrition, loss of autonomy and co-morbidities are associated with mortality at 12 months post-hospitalisation in a geriatric population in Guadeloupe. Frailty was not identified in our study. Nevertheless, it merits special attention.

This study confirms the importance of preventing and improving the management of elderly patients, in order to limit the potential repercussions of factors associated with FANV.

**Keywords :** Atrial fibrillation, Frailty, follow up study, In-hospital

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME .....</b>	<b>11</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>13</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>15</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>16</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>17</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>19</b>
<b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODE : .....</b>	<b>20</b>
<b>3. RÉSULTATS : .....</b>	<b>22</b>
<b>4. DISCUSSION:.....</b>	<b>26</b>
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>28</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>30</b>
<b>7. ANNEXES .....</b>	<b>34</b>
<b>A. INDEX DE COMORBIDITÉS DE CHARLSON .....</b>	<b>34</b>
<b>B. ÉCHELLES ADL ET IADL.....</b>	<b>36</b>
<b>C. INDEX DE FRAGILITÉ DE DONINI.....</b>	<b>37</b>

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

## FIGURE

Figure 1: Diagramme de flux .....	21
-----------------------------------	----

## TABLEAUX

Tableau 1 : Description des variables utilisés.....	22
---	----

Tableau 2 : Caractéristiques des patients .....	23
---	----

Tableau 3: Caractéristiques des facteurs associés à la mortalité à 12 mois	
--	--

- analyses univariées .....	25
-----------------------------	----

Tableau 4:Caractéristiques des facteurs associés à la mortalité -	
---	--

analyses multivariées .....	26
-----------------------------	----

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

**AAP** : Anti-agrégant plaquettaire

**ACO** : Anticoagulant oral

**ADL** : Activity of Daily Living selon Katz ; activités de la vie quotidienne

**AOD** : Ant

**AVC** : Accident vasculaire cérébral

**AVK** : Anti-vitamine K

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**ESC** : European Society of Cardiology ; société européenne de cardiologie

**FA** : Fibrillation atriale

**FANV**: Fibrillation atriale non valvulaire

**HTA** : Hypertension artérielle

**IADL** : Instrumental Activity of Daily Living simplifiée selon Lawton

**ICC** : Index de comorbidités de Charlson

**SFGG** : Société française de gériatrie et de gérontologie

**Devenir de patients avec une fibrillation atriale dans une unité de court séjour gériatrique  
en Guadeloupe : cohorte FAGU**

Cassandra STEPHENE-FORTUNE<sup>1</sup>, Larissa VAINQUEUR<sup>1,3</sup>,MD, Ludwig MOUNSAMY<sup>2</sup>, MD,  
Moustapha DRAME<sup>1,3</sup>,MD,PhD, Mathurin TABUE-TEGUO<sup>1,3</sup>, MD, PHD

<sup>1</sup>CHU de Martinique, pôle de gériatrie

<sup>2</sup>CHU de Guadeloupe, pôle médecine

<sup>3</sup>Unité de recherche EpiCliV, Université des Antilles

**Corresponding author :**

Pr Maturin Tabue Teguo, MD, PhD. INSERM

# INTRODUCTION

La fibrillation atriale non valvulaire (FANV) est une pathologie fréquente qui touche particulièrement la personne âgée (1,2). Les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) révèlent que la moitié des patients hospitalisés pour FANV ont 80 ans ou plus (3). Ainsi en Guadeloupe, en 2021, dans une unité de court séjour gériatrique, un travail de thèse retrouvait une prévalence de la FANV de 19% (225/1145) chez les patients âgés de plus de 75 ans (4).

La fibrillation atriale est un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'insuffisance cardiaque, d'accident thromboembolique et est associée à une multiplication par deux du risque de décès toutes causes. Une des complications les plus redoutées est le risque embolique, surtout dans la population gériatrique. En effet, l'âge est un facteur associé au risque d'accidents thromboemboliques cérébraux.(2,5). Un peu plus de 40% des AVC ischémiques sont directement associés à une cardiopathie emboligène chez la personne âgée.(6)

Selon Hannon O et al, l'incidence des AVC est de 8% par an chez les personnes âgées de plus de 75 ans s'il n'y a pas d'introduction de traitement anticoagulant. Compte-tenu du risque de survenue des accidents thromboemboliques dû à la FANV, il est recommandé l'utilisation d'anticoagulants en prévention primaire. (7)

Bien que les recommandations soient claires, il est constaté un sous-dosage ou une non-prescription du traitement anticoagulant chez les personnes âgées du fait de leur fragilité. (8–10)

Avec l'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, les comorbidités telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, les syndromes d'apnées du sommeil, sont plus fréquentes chez les personnes âgées (11). Par ailleurs, en Guadeloupe, on assiste à une prévalence plus élevée de certaines pathologies chroniques telles que les syndromes démentiels, les syndromes parkinsoniens spécifiques, à une prédominance des facteurs de risques cardio-cérébro-vasculaires (hypertension artérielle, diabète) ainsi que des taux de dépendance plus élevés (12–14).

Ces facteurs et la sous prescription d'anticoagulants pourraient favoriser la fragilité chez cette population de par leurs complications respectives et augmenter le risque de survenue d'évènements thromboemboliques (type AVC) ou hémorragiques.

La fragilité est définie par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress(15). Elle est associée à une augmentation de l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, de la mortalité, de la gravité des symptômes et de la durée du séjour à l'hôpital, ainsi qu'à la non-prescription d'anticoagulants chez la personne âgée. (16,17)

Un des critères de non-prescription ou de sous dosage des anticoagulants pourrait être la peur du risque hémorragique. Les recommandations de l'ESC 2020 font mention du risque de complications hémorragiques associées à la prise d'anticoagulants (18) qui a tendance à augmenter avec l'âge (19), ce qui pourrait contribuer à accroître la fragilité du fait de son retentissement fonctionnel sur l'homme.

Il n'existe pas d'étude sur le devenir des patients âgés sous anticoagulants oraux aux Antilles.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le devenir des patients ayant une FANV dans la population gériatrique en Guadeloupe. Nous étudierons la mortalité des patients ayant une FANV 1 an après leur hospitalisation dans le service de court séjour gériatrique dans le CHU de Guadeloupe, ainsi que les facteurs qui y sont associés.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Il s'agissait d'une étude de cohorte historique à partir des données des dossiers médicaux de patients hospitalisés entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2020. Tous les patients hospitalisés durant cette période et âgés de 70 ans ou plus ont été inclus. Les patients exclus sont ceux qui ont exprimé leur opposition à la participation de l'étude (voir diagramme de flux - figure 1).

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients et comprenaient leurs caractéristiques sociodémographiques, leur statut fonctionnel, les comorbidités et leur(s) traitement(s). Les données recueillies ont été anonymisées dès le recueil.

Le comité d'éthique du CHU de Guadeloupe a approuvé le protocole d'étude. Tous les participants ont été informés par note d'informations de la conduite de cette étude, et étaient libres d'accepter ou de refuser d'y participer.

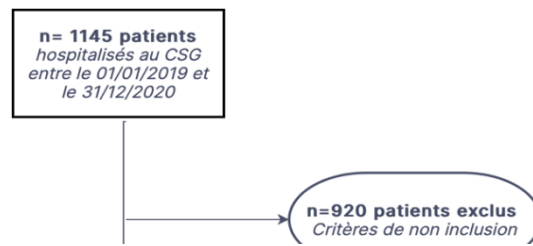


Figure 1: Diagramme de flux

L'index de fragilité de Donini (20) a été utilisé, comprenant l'autonomie du patient, l'albuminémie et l'état cognitif. L'autonomie du patient a été définie à l'aide des activités de base de la vie quotidienne - ADL(21), et les activités instrumentales de la vie quotidienne – IADL(22).

Les résultats d'intérêt étaient la survie à 12 mois. La mortalité a été déterminée à partir des documents administratifs (fichiers de l'INSEE en libre accès).

Pour l'analyse statistique des données, les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes  $\pm$  écart-type (DS) et les variables qualitatives en fréquences et en pourcentages.

Nous avons effectué des analyses de régression de Cox univariées et multivariées pour mettre en évidence les facteurs associés à la survie. Le seuil de signification statistique a été fixé à p inférieure à 0,05. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique SAS 9.4 (SAS Institute, Inc., Cary, NC).

# RÉSULTATS

Le tableau 1 décrit les variables utilisées dans notre analyse.

*Tableau 1 : Description des variables utilisés*

<b>Âge à l'hospitalisation</b>	
<b>Genre</b>	
Masculin	
Féminin	
<b>Retour à domicile après hospitalisation</b>	
<b>Autonomie</b>	
ADL	Score de 1 à 6
IADL	Score de 1 à 4
<b>Dépendance</b>	
ADL	<3
IADL	<2
<b>FANV</b>	
Découvert avant hospitalisation	
Découvert pendant l'hospitalisation	
<b>Antécédents</b>	
HTA	
Diabète	
EP/TVP	
AVC	
Hémorragique	Comprend AVC hémorragique - hémorragie majeure définie par : anémie profonde avec nécessité de transfusion d'au moins 2 concentrés erythrocytaires (23)
Cancer	
Anémie	
Cognition	
	Modérément altérée
	Sévèrement altérée
Insuffisance rénale	
Chutes	
Dénutrition	Avec albumine <35g/L
sévère	Avec albumine < 30g/L

<b>Index de fragilité (selon Donini)</b>	
Stade A	Score 0-2 points
Stade B	Score 3-4 points
Stade C	Score 5-8 points
<b>Index de Charlson</b>	
<b>CHA2Ds2VASC</b>	
<b>HAS-BLED</b>	
<b>Traitement</b>	
Polymédication	>5 médicaments
Anticoagulation orale	
AOD	
AVK	
Héparine	
AAP	
<b>Décès à 12mois</b>	
<b>Décès pendant l'hospitalisation</b>	
<b>Passage aux urgences à 12 mois</b>	

Les caractéristiques descriptives de l'échantillon (n= 220) sont présentées dans le Tableau 2. L'âge moyen des participants était de  $86 \pm 7$  ans et étaient compris entre 71ans et 107 ans. La moitié des patients étaient des femmes (53,64%). Un peu plus des deux tiers des patients (71%) avaient déjà un diagnostic de FANV à leur arrivée dans le service.

*Tableau 2 : Caractéristiques des patients*

	<b>Total</b>
	N= 220
<b>Âge à l'hospitalisation – m(ET)</b>	86 $\pm$ 7
Min - Max	71 - 107
<b>Genre n (%)</b>	
Masculin	102 (46,36%)
Féminin	118 (53,64%)
<b>Retour à domicile après hospitalisation</b>	89 (40,45%)
<b>Autonomie - m (ET)</b>	
ADL	3 $\pm$ 2
IADL	3 $\pm$ 1
<b>Dépendance n (%)</b>	
ADL	179 (81,36%)
IADL	192 (87,27%)
<b>FANV n (%)</b>	
Découvert avant hospitalisation	157 (71,36%)
Découvert pendant l'hospitalisation	63 (28,64%)
<b>Antécédents n (%)</b>	
HTA	190 (86,36%)
Diabète	88 (40%)

EP/TVP	25 (11,36%)
AVC	71 (32,27%)
Hémorragique	23 (10,45%)
Cancer	41 (18,64%)
Anémie	142 (64,55%)
Cognition	111 (50,45%)
Modérément altérée	55 (25%)
Sévèrement altérée	56 (25,45%)
Insuffisance rénale	42 (19,09%)
Chutes	57 (25,91%)
Dénutrition	112 (53,85%)
sévère	50 (24,04%)
<b>Index de fragilité</b>	
Stade A	5 (2,27%)
Stade B	99 (45%)
Stade C	116 (52,73%)
<b>Index de Charlson – m(ET)</b>	8 ± 2
<b>CHA2Ds2VASC – m(ET)</b>	6 ± 1
<b>HAS-BLED – m(ET)</b>	210 (95,45%)
<b>Traitement n (%)</b>	
Polymédication*	195 (88,64%)
Anticoagulation orale	132 (60%)
AOD	107 (48,64%)
AVK	25 (11,36%)
Héparine	68 (30,91%)
AAP	109 (49,55%)
<b>Décès à 12mois n (%)</b>	123 (55,91%)
<b>Décès pendant l'hospitalisation n (%)</b>	25 (11,36%)
<b>Passage aux urgences à 12 mois n(%)</b>	51 (23,18%)

*Les résultats sont présentés en moyenne ± écart-types ou en pourcentages.*

*\*polymédication quand médicaments ≥ 5 par jour*

Au total, 25 patients sont décédés au cours de l'hospitalisation. 12 mois après l'hospitalisation des patients, la moitié des patients étaient décédés (n=123).

Le tableau 3 montre les facteurs associés à la mortalité à 12 mois.

*Tableau 3: Caractéristiques des facteurs associés à la mortalité à 12 mois - analyses univariées*

	<b>OR (IC à 95%)</b>	<b>P</b>
<b>Âge à l'hospitalisation</b>	1,039 (1,011-1,067)	0,0062
<b>Sexe féminin</b>	0,866 (0,608-1,233)	0,4328
<b>Autonomie</b>		
ADL	0,854 (0,786-0,928)	<b>0,0002</b>
IADL	1,163 (1,015-1,332)	0,0294
Dépendance		
ADL	1,349 (0,834-2,179)	0,2207
IADL	1,249 (0,716-2,179)	0,4340
<b>Antécédents</b>		
HTA	1,245 (0,725-2,137)	0,4265
Diabète	1,085 (0,758-1,554)	0,6544
EP/TVP	1,056 (0,605-1,843)	0,8470
AVC	0,994 (0,681-1,449)	0,9744
Hémorragique	1,734 (1,050-2,861)	0,0314
Cancer	1,177 (0,763-1,814)	0,4619
Anémie	1,603 (1,083-2,372)	0,0184
Cognition		
Modérément altérée	0,882 (0,567-1,372)	0,5773
Sévèrement altérée	1,189 (0,778-1,816)	0,4237
Insuffisance rénale	1,394 (0,909-2,137)	0,1279
Dénutrition	1,896 (1,296-2,775)	<b>0,0010</b>
sévère	2,235 (1,512-3,305)	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Index de fragilité</b>		
Stade B	0,745 (0,232-2,387)	0,6197
Stade C	0,958 (0,301-3,044)	0,9418
<b>Index de Charlson</b>	1,153 (1,053-1,263)	<b>0,0021</b>
<b>CHA2Ds2VASC</b>	1,031 (0,902-1,180)	0,6527
<b>HASBLED</b>	1,225 (0,501-2,998)	0,6567
<b>Traitement</b>		
Polymédication	0,874 (0,501-1,524)	0,6342
AOD	0,839 (0,589-1,196)	0,3322
AVK	1,310 (0,763-2,248)	0,3270
ACO	0,929 (0,649-1,330)	0,6873
AAP	1,045 (0,734-1,489)	0,8056
Héparine	1,024 (0,700-1,497)	0,9023

OR : Odd Ratio , IC : Intervalle de confiance , P : p-value

L'ADL, la dénutrition ( $p=0,0010$ ), la dénutrition sévère ( $p<0,001$ ) et l'index de Charlson ( $p=0,002$ ) étaient statistiquement significatifs. L'analyse multivariée (voir tableau 4) met en évidence une association statistiquement significative entre la mortalité à 12 mois, l'ADL ( $p=0,0074$ ), la dénutrition ( $p=0,0154$ ) et l'index de Charlson ( $p=0,0094$ ). Il n'est pas retrouvé d'associations statistiquement significatives pour la fragilité, la prise d'anticoagulants oraux et le statut cognitif.

*Tableau 4: Caractéristiques des facteurs associés à la mortalité - analyses multivariées*

	<b>OR (IC à 95%)</b>	<b>P</b>
<b>ADL</b>	0.887 (0.813-0.968)	0.0074
<b>Index de Charlson</b>	1.132 (1.031-1.243)	0.0094
<b>Dénutrition</b>	1.620 (1.096-2.393)	0.0154

OR : Odd Ratio , IC : Intervalle de confiance , P : p-value

## **DISCUSSION**

Dans ce travail, la dénutrition, l'ADL et l'index de comorbidité de Charlson (ICC) sont des facteurs associés à la mortalité à 12 mois.

La dénutrition est une pathologie majeure qui intéresse la population gériatrique et qui est associée à une mortalité toutes causes confondues (24). L'étude KASADS réalisée en Guadeloupe conforte l'idée selon laquelle la population gériatrique de Guadeloupe est sujette à la dénutrition (28). Notre travail est donc en accord avec plusieurs études qui retrouvent un risque de dénutrition élevé chez les patients atteints de FANV, ainsi que de moindres chances de survie (25,26). Par ailleurs, Czalpa et al ont étudié le lien entre les patients atteints de FANV et la nutrition. Il est fait mention non seulement du risque de sous-nutrition qui engendre fréquemment de la dénutrition, mais également du risque de malnutrition chez des patients qui pourraient être en surpoids ou obèses(27).

Nous avons trouvé que l'ADL est associée à la mortalité chez les patients atteints de FA et concerne 81% de la population de l'étude. Dans l'étude de Wallace et al (29), il est mis en exergue que la FA est un facteur de risque de longévité fonctionnelle plus courte chez les personnes âgées que chez les personnes sans antécédents de FA, indépendamment d'autres facteurs de risques avec notamment un risque plus élevé d'invalidité (basé sur l'ADL).

Il est intéressant de noter que pour l'IADL qui s'intéresse aux fonctions instrumentales, il n'a pas été mis en évidence d'association statistiquement significative. Pour autant, 87% de la population de la cohorte présente une dépendance sur les IADL. Il est donc licite de penser que la proportion importante de patients ayant un IADL élevé par rapport aux autres patients rend la mise en évidence d'une corrélation statistiquement significative plus difficile.

Notre travail est en accord avec les données de l'étude de Jung et al (31) qui retrouve que les patients atteints de FA présentaient une ICC significativement élevée par rapport à ceux sans FA, ainsi qu'un risque de décès toutes causes plus important. Cependant, il est important de souligner que l'ICC initial n'était pas appliqué à une population gériatrique et ne fait donc pas apparaître certaines pathologies fréquentes en gériatrie telles que l'HTA, la dénutrition, et ne prend pas en compte l'autonomie du patient (32). Il pourrait être plus pertinent d'utiliser le concept de fragilité qui intègre notamment la dimension de l'autonomie, l'impact des comorbidités selon les échelles et les définitions retenues (33–35). Néanmoins, dans notre étude, il n'a pas été retrouvé d'association statistiquement significative concernant la notion de fragilité. Plusieurs travaux (38) (39) retrouvent une association entre FA et fragilité. La fragilité est indépendamment associée à une augmentation de la mortalité (36). Dans notre travail, nous avons choisi de nous baser sur l'échelle de Donini, car elle était l'échelle la plus reproductible à partir des données dont nous disposions. Nous pouvons nous interroger sur la pertinence du choix de ce score de fragilité choisi dans notre travail. Les échelles de fragilité ne sont pas toujours adaptées à la pratique des professionnels de santé en termes de données disponible et de temps. (33)

Nous n'avons pas retrouvé d'association pour la cognition, ce qui n'est pas en accord avec les autres résultats. En effet, nous retrouvons une association statistiquement significative sur l'ADL et le taux d'albumine (qui fait partie des marqueurs de dénutrition), mais pas sur la cognition qui n'a pas été mise en évidence malgré une proportion de 50% de la cohorte d'étude. Un échantillon plus grand aurait peut-être permis de mettre en évidence ces associations.

Concernant la polymédication, il est retrouvé une forte proportion de patients polymédiqués dans notre échantillon. Pour autant, il n'est pas retrouvé d'association avec la mortalité. Néanmoins, dans certaines études, il est montré que la polymédication est fréquente chez les patients ayant une FA et fait partie des facteurs associés à la mortalité. Elle serait d'ailleurs un facteur limitant à la prescription d'anticoagulation orale chez les personnes âgées (40,41).

D'ailleurs, il est à noter dans notre étude que 60% des patients ont une anticoagulation orale dont 49% des AOD et 11% des AVK. Toutefois, l'utilisation des AOD n'est pas associée à la

mortalité des patients à 12 mois. Il s'agit là d'une donnée intéressante, puisque malgré les recommandations de la SFGG (7), il est mis en avant une certaine réticence quant à la prescription de ces médicaments chez la personne âgée(17) . Plusieurs travaux mettent en avant l'idée selon laquelle les patients les plus fragiles avec des comorbidités plus importantes, ainsi qu'un déclin cognitif , sont moins susceptibles d'être anticoagulés malgré le risque élevé de survenue d'accidents ischémiques (46,47). Or, la prescription d'AOD n'est pas associée à une augmentation de la mortalité et pourrait être corrélée à une diminution d'évènements hémorragiques (42,43). Malgré ces études, les ACO restent sous-utilisés chez les personnes âgées fragiles (48). Les études de Bahri et al (9) et Ferguson et al (49,50), mettent en exergue l'implication du patient dans le parcours de soin, afin d'optimiser l'utilisation des ACO. Il conviendrait alors de discuter davantage de la balance bénéfice-risque, des différentes options thérapeutiques de façon personnalisée avec les patients, afin de définir une prise en charge optimale et d'accentuer l'accompagnement des patients, dans le but d'augmenter leur adhésion thérapeutique.

Notre étude a ses limites et ses forces. Cette étude portant sur le devenir des patients hospitalisés ayant une FA, est la première réalisée en Guadeloupe.

La présence de données manquantes dans les dossiers des patients est une des limites, ce qui entraîne un biais d'information. Nous relevons également 11% de patients décédés pendant l'hospitalisation, ce qui constitue un biais d'attrition.

D'autre part, la forte proportion de patients fragiles et ayant de nombreuses comorbidités majeure la difficulté à mettre en évidence des associations statistiquement significatives.

## CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence les facteurs associés à la mortalité à 12 mois post-hospitalisation dans une population gériatrique en Guadeloupe. Il est retrouvé : les comorbidités avec l'ICC, la dénutrition, la perte d'autonomie avec l'ADL. Néanmoins, il convient de porter une attention particulière au lien entre la fragilité et la FA, même s'il n'a pas été mis en évidence dans notre étude.

Cette étude permet de confirmer l'intérêt de prévenir et d'améliorer la prise en charge des patients âgés, afin de limiter les répercussions que pourraient avoir les facteurs associés à la FANV, d'autant plus que la FANV représente à elle-seule un risque élevé de mortalité. Même

s'il est actuellement recommandé d'utiliser les AOD en première intention à titre préventif, ces derniers demeurent sous-utilisés.

Il serait licite de s'intéresser dans de prochaines études à la survenue d'évènements hémorragiques sous traitements anticoagulants dans cette même population afin d'évaluer s'il existe des spécificités liées à notre territoire.

### **Conflict of interest statement**

The authors state that they have no conflicts of interest.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Wilke T, Groth A, Mueller S, Pfannkuche M, Verheyen F, Linder R, et al. Incidence and prevalence of atrial fibrillation: an analysis based on 8.3 million patients. *Europace*. avr 2013;15(4):486-93.
2. Staerk L, Sherer JA, Ko D, Benjamin EJ, Helm RH. Atrial Fibrillation: Epidemiology, Pathophysiology, and Clinical Outcomes. *Circ Res*. 28 avr 2017;120(9):1501-17.
3. Charlemagne A, Blacher J, Cohen A, Collet JP, Diévert F, de Groot P, et al. Epidemiology of atrial fibrillation in France: Extrapolation of international epidemiological data to France and analysis of French hospitalization data. *Archives of Cardiovascular Diseases*. 1 févr 2011;104(2):115-24.
4. Binot Hadrien. KARUEFA Facteurs associés à l'utilisation d'anticoagulants dans la fibrillation atriale, chez la personne âgée hospitalisée en court séjour gériatrique au CHU de Guadeloupe. [Guadeloupe]: Université des Antilles; 2021.
5. Sharrief A, Grotta JC. Chapter 21 - Stroke in the elderly. In: Dekosky ST, Asthana S, éditeurs. *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2019 [cité 15 nov 2022]. p. 393-418. (Geriatric Neurology; vol. 167). Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128047668000212>
6. Ay H, Arsava EM, Andsberg G, Benner T, Brown RD, Chapman SN, et al. Pathogenic ischemic stroke phenotypes in the NINDS-stroke genetics network. *Stroke*. déc 2014;45(12):3589-96.
7. Hanon O, Assayag P, Belmin J, Collet JP, Emeriau JP, Fauchier L, et al. Expert consensus of the French Society of Geriatrics and Gerontology and the French Society of Cardiology on the management of atrial fibrillation in elderly people. *Archives of Cardiovascular Diseases*. mai 2013;106(5):303-23.
8. Averlant L, Ficheur G, Ferret L, Boulé S, Puisieux F, Luyckx M, et al. Underuse of Oral Anticoagulants and Inappropriate Prescription of Antiplatelet Therapy in Older Inpatients with Atrial Fibrillation. *Drugs Aging*. sept 2017;34(9):701-10.
9. Bahri O, Roca F, Lechani T, Druésne L, Jouanny P, Serot JM, et al. Underuse of Oral Anticoagulation for Individuals with Atrial Fibrillation in a Nursing Home Setting in France: Comparisons of Resident Characteristics and Physician Attitude. *Journal of the American Geriatrics Society*. janv 2015;63(1):71-6.
10. Yamashita Y, Hamatani Y, Esato M, Chun YH, Tsuji H, Wada H, et al. Clinical Characteristics and Outcomes in Extreme Elderly (Age  $\geq$  85 Years) Japanese Patients With Atrial Fibrillation: The Fushimi AF Registry. *Chest*. 1 févr 2016;149(2):401-12.
11. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 3 mars 2020;141(9):e139-596.
12. Tabue-Teguo M, Simo N, Lorenzo N, Rinaldo L, Cesari M. Frailty Syndrome Among Elderly in Caribbean Region. *Journal of the American Medical Directors Association*. 1 juin 2017;18(6):547-8.
13. Foucan L, Afassinou Y, Chingan-Martino V, Ancedy Y, Bassien-Capsa V, Galantine O, et al. Metabolic Syndrome Components in a Nondiabetic Afro-Caribbean Population: Influence of Gender and Age. *Metab Syndr Relat Disord*. mai 2022;20(4):243-9.
14. Lannuzel A, Mecharles S, Tressières B, Demoly A, Alhendi R, Hédreville-Tablon MA, et al. Clinical varieties and epidemiological aspects of amyotrophic lateral sclerosis in the Caribbean island of Guadeloupe: A new focus of ALS associated with Parkinsonism. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*. 27 avr 2015;16(3-4):216-23.

15. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2011;9(4):387-90.
16. Wilkinson C, Todd O, Clegg A, Gale CP, Hall M. Management of atrial fibrillation for older people with frailty: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. mars 2019;48(2):196-203.
17. Induruwa I, Evans NR, Aziz A, Reddy S, Khadjooi K, Romero-Ortuno R. Clinical frailty is independently associated with non-prescription of anticoagulants in older patients with atrial fibrillation. *Geriatr Gerontol Int*. nov 2017;17(11):2178-83.
18. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*. 1 févr 2021;42(5):373-498.
19. Hanon O, Vidal JS, Pisica-Donose G, Orvoën G, David JP, Chaussade E, et al. Bleeding risk with rivaroxaban compared with vitamin K antagonists in patients aged 80 years or older with atrial fibrillation. *Heart*. sept 2021;107(17):1376-82.
20. Donini LM, Savina C, Rosano A, De Felice MR, Tassi L, De Bernardini L, et al. MNA predictive value in the follow-up of geriatric patients. *J Nutr Health Aging*. 2003;7(5):282-93.
21. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. *JAMA*. 21 sept 1963;185:914-9.
22. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
23. Schulman S, Kearon C, Scientific the SOCOAOT, Thrombosis SC of the ISO, Haemostasis. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2005;3(4):692-4.
24. Yu Z, Kong D, Peng J, Wang Z, Chen Y. Association of malnutrition with all-cause mortality in the elderly population: A 6-year cohort study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 4 janv 2021;31(1):52-9.
25. Díez-Manglano J, Clemente-Sarasa C. The nutritional risk and short-, medium- and long-term mortality of hospitalized patients with atrial fibrillation. *Aging Clin Exp Res*. 1 déc 2019;31(12):1775-81.
26. Arenas Miquélez A, Requena Calleja MA, Gullón A, Pose Reino A, Formiga F, Camafort M, et al. Nutritional Risk and Mortality at One Year for Elderly Patients Hospitalized with Nonvalvular Atrial Fibrillation. *Nonavasc Registry. J Nutr Health Aging*. 2020;24(9):981-6.
27. Czaplá M, Uchmanowicz I, Juárez-Vela R, Durante A, Kałużna-Oleksy M, Łokieć K, et al. Relationship between nutritional status and length of hospital stay among patients with atrial fibrillation – a result of the nutritional status heart study. *Front Nutr [Internet]*. 14 déc 2022 [cité 12 août 2024];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2022.1086715/full>
28. Simo-Tabue N, Boucaud-Maitre D, Letchimy L, Guilhem-Decleon J, Helene-Pelage J, Duval GT, et al. Correlates of Undernutrition in Older People in Guadeloupe (French West Indies): Results from the KASADS Study. *Nutrients*. janv 2023;15(13):2950.
29. Wallace ER, Siscovick DS, Sitlani CM, Dublin S, Mitchell PH, Odden MC, et al. Incident Atrial Fibrillation and Disability-Free Survival in the Cardiovascular Health Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016;64(4):838-43.
30. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies:

- Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*. 1 janv 1987;40(5):373-83.
31. Jung M, Yang PS, Kim D, Sung JH, Jang E, Yu HT, et al. Multimorbidity in atrial fibrillation for clinical implications using the Charlson Comorbidity Index. *International Journal of Cardiology* [Internet]. 1 mars 2024 [cité 24 juill 2024];398. Disponible sur: [https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(23\)01695-9/abstract](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(23)01695-9/abstract)
  32. de Decker L. JLE - *Annales de Gériologie* - L'indice de co-morbidité de Charlson. sept 2009;2(3):159-60.
  33. Drame M, Novella JL, Jolly D, Laniece I, Somme D, Heitz D, et al. Rapid cognitive decline, one-year institutional admission and one-year mortality: Analysis of the ability to predict and inter-tool agreement of four validated clinical frailty indexes in the safes cohort. *The Journal of nutrition, health and aging*. oct 2011;15(8):699-705.
  34. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez Jr. F, Vallone R. Screening for Frailty: Criteria and Predictors of Outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1991;39(8):778-84.
  35. Li WMB. The Physics of Frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993;41(9):1004-8.
  36. Salis F, Palimodde A, Demelas G, Scionis MI, Mandas A. Frailty and comorbidity burden in Atrial Fibrillation. *Front Public Health* [Internet]. 9 mars 2023 [cité 24 juill 2024];11. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1134453/full>
  37. Vainqueur L, Simo-Tabue N, Villeneuve R, Dagonia D, Bhakkan-Mambir B, Mounsamy L, et al. Frailty index, mortality, and length of stay in a geriatric short-stay unit in Guadeloupe. *Front Med*. 12 août 2022;9:963687.
  38. Koca M, Yavuz BB, Tuna Doğrul R, Çalışkan H, Şengül Ayçiçek G, Özsüreççi C, et al. Impact of atrial fibrillation on frailty and functionality in older adults. *Ir J Med Sci*. 1 août 2020;189(3):917-24.
  39. Wilkinson C, Wu J, Searle SD, Todd O, Hall M, Kunadian V, et al. Clinical outcomes in patients with atrial fibrillation and frailty: insights from the ENGAGE AF-TIMI 48 trial. *BMC Med*. 24 déc 2020;18:401.
  40. Koziel M, Simovic S, Pavlovic N, Kocijancic A, Papparisto V, Music L, et al. Impact of multimorbidity and polypharmacy on the management of patients with atrial fibrillation: insights from the BALKAN-AF survey. *Annals of Medicine*. 1 janv 2021;53(1):17-25.
  41. Terwangne C de, Lelubre C, Hanotier P, Meester A de, Descamps O, Duray C, et al. Prevalence and Impact of Atrial Fibrillation on Intra-Hospital Mortality in Patients Aged  $\geq 75$  Years. *American Journal of Cardiology*. 15 août 2022;177:40-7.
  42. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 15 mars 2014;383(9921):955-62.
  43. Schneeweiss S, Gagne JJ, Patrick AR, Choudhry NK, Avorn J. Comparative efficacy and safety of new oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 1 juill 2012;5(4):480-6.
  44. Cs M, Sm G, A S, Kb F, Mj E. Meta-analysis of efficacy and safety of new oral anticoagulants (dabigatran, rivaroxaban, apixaban) versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *The American journal of cardiology* [Internet]. 8 janv 2012 [cité 5 juill 2022];110(3). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22537354/>
  45. Kachroo S, Hamilton M, Liu X, Pan X, Brixner D, Marrouche N, et al. Oral Anticoagulant Discontinuation in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation. 2016;22(1).
  46. Bul M, Shaikh F, McDonagh J, Ferguson C. Frailty and oral anticoagulant prescription in adults with atrial fibrillation: A systematic review. *Aging Med (Milton)*. 1 juin

2022;6(2):195-206.

47. Lefebvre MCD, St-Onge M, Glazer-Cavanagh M, Bell L, Kha Nguyen JN, Viet-Quoc Nguyen P, et al. The Effect of Bleeding Risk and Frailty Status on Anticoagulation Patterns in Octogenarians With Atrial Fibrillation: The FRAIL-AF Study. *Canadian Journal of Cardiology*. 1 févr 2016;32(2):169-76.

48. Ogilvie IM, Newton N, Welner SA, Cowell W, Lip GYH. Underuse of Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: A Systematic Review. *The American Journal of Medicine*. 1 juill 2010;123(7):638-645.e4.

49. Ferguson C, Hendriks J. Partnering with patients in shared decision-making for stroke prevention in atrial fibrillation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. mars 2017;16(3):178-80.

50. Ferguson C, Inglis SC, Newton PJ, Middleton S, Macdonald PS, Davidson PM. The caregiver role in thromboprophylaxis management in atrial fibrillation: A literature review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 1 avr 2015;14(2):98-107.

## ANNEXES

### a. Index de comorbidités de Charlson

Le score total de l'index de comorbidités de Charlson est calculé en additionnant les pondérations associées à chaque trouble de comorbidité présenté par le client. Les scores plus hauts indiquent des troubles plus sévères et, par conséquent, un moins bon pronostic.

États pathologiques ou âge	Score
Pour chaque décennie après 40 ans, ajouter un score de 1. Formule : (âge - 40)/10.	-
Infarctus du myocarde (antécédent, pas seulement les modifications de l'ECG)	1
Insuffisance cardiaque congestive	1
Maladie vasculaire périphérique (incluant l'anévrisme de l'aorte > 6cm)	1
Maladie cérébrovasculaire : AVC avec séquelles modérées ou sans séquelles ou AIT	1
Troubles neurocognitifs	1
Maladie chronique pulmonaire	1
Connectivite	1
Maladie ulcéreuse	1
Maladie hépatique légère (sans hypertension portale, incluant les hépatites chroniques)	1
Diabète sans lésion organique associé (sauf si traité par régime seul)	1
Hémiplégie	2
Maladie rénale modérée ou sévère	2
Diabète avec lésions organiques (rétinopathie, neuropathie, néphropathie)	2
Tumeur sans métastases (sauf si diagnostiquée depuis plus de 6 mois)	2
Leucémie (aiguë ou chronique)	2
Lymphome	2
Maladie hépatique modérée ou sévère	3
Tumeur solide métastatique	6
VIH avec SIDA	6
Score total	-

### Interprétation

<b>Score</b>	<b>Mortalité à 1 an</b>	<b>Score</b>	<b>Mortalité à 10 ans</b>
0	12%	0	8%
1-2	26%	1	25%
3-4	52%	2	48%
> 4	85%	> 2	59%

*Source : Charlson ME et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies : development and validation. J Chronic Dis. 1987*

## b. Échelles ADL et IADL

### Échelle ADL de Katz

<b>1. Hygiène corporelle</b>	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
<b>2. Habillage</b>	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
<b>3. Aller aux toilettes</b>	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
<b>4. Transfert</b>	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
<b>5. Continence</b>	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
<b>6. Repas</b>	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
<b>Total des points</b>	
Meilleur score = 6. Score <3 = dépendance majeure; score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités	

*Source : Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10*

### Échelle IADL de Lawton

<b>CAPACITÉ À UTILISER LE TÉLÉPHONE</b>	
Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et comp	0
Je compose un petit nombre de numéros de téléphone bien conn	1
Je réponds au téléphone mais n'appelle pas	1
Je suis incapable d'utiliser un téléphone	1
<b>CAPACITÉ À UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT</b>	
Je peux voyager seul(e) de façon indépendante (par les transport	0
Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus	1
Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné	1
Je ne me déplace pas du tout	1
<b>RESPONSABILITÉ POUR LA PRISE DES MÉDICAMENTS</b>	
Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaires	0
Je peux les prendre de moi-même à condition qu'ils soient préparé	1
Je suis incapable de les prendre de moi-même	1
<b>CAPACITÉ À GÉRER SON BUDGET</b>	
Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques,	0
Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin	1
Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à mes dépenses au	1

Il comporte 4 items. Le résultat du test d'autonomie est compris entre 0 et 4. Plus le score IADL est bas, plus l'individu est dépendant

*Source: Lawton M, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist. 1969;*

### c. Index de fragilité de Donini

Index de fragilité prenant en compte : l'âge, les fonctions cognitives, l'état fonctionnel et nutritionnel.

Pour chaque élément, il est distingué trois niveaux : l'âge (< 75 ; 75-80 ; > 80) ; les fonctions cognitives (normales, légèrement altérées, sévèrement altérées) ; l'état fonctionnel (indépendant, dépendant pour 1 ou 2 AVQ, dépendant pour plus de 2 AVQ) ; l'état nutritionnel (albumine > 35, 30-35, < 30 g/l):

Age :

- <75 : 0
- 75-80 : 1
- > 80 : 2

Statut cognitif :

- Normal : 0
- Légèrement altéré : 1
- Sévèrement altéré : 2

Statut fonctionnel (ADL):

- Indépendant : 0
- Dépendant 1-2 ADL : 1
- Dépendant > 2 ADL : 2

Statut nutritionnel (Albumine (g/L)) :

- >35 : 0
- 30-35 : 1
- < 30 : 2

Un score de fragilité est attribué à chaque niveau : 0 point pour les meilleurs scénarios (âge < 75 ; fonctions cognitives normales...) ; jusqu'à 2 points pour les pires scénarios (âge > 80 ; fonctions cognitives gravement altérées...).

Les classes de fragilité ont été définies comme suit :

- A: 0-2 points
- B: 3-4 points
- C: 5-8 points

*Source : Donini LM, Savina c, rosano a, et al. MNa predictive value in the follow-up of geriatric patients. J Nutr Health aging 2003;7:282-93.*

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

**NOM ET PRENOM : STEPHENE-FORTUNE Cassandra**

**SUJET DE LA THSE : DEVENIR DE PATIENTS AVEC UNE  
FIBRILLATION ATRIALE DANS UNE UNITE DE COURT SEJOUR  
GERIATRIQUE EN GUADELOUPE : COHORTE FAGU**

**THESE : MEDECINE Qualification : Médecine Générale  
Médecine Spécialisée**

×

**ANNEE : 2024**

**NUMERO D'IDENTIFICATION : 2024ANTI1172**

**MOTS CLEFS : ATRIAL FIBRILLATION- FRAILTY - FOLLOW UP  
STUDY - IN-HOSPITAL**

---

La fibrillation atriale non valvulaire ( FANV) est une pathologie fréquente qui touche particulièrement la personne âgée. Malgré les recommandations, il est constaté un sous-dosage ou une non-prescription du traitement anticoagulant chez les personnes âgées du fait de leur fragilité. Cette étude a pour objectif d'évaluer le devenir des patients ayant une FANV dans la population gériatrique en Guadeloupe. Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective réalisée sur des patients hospitalisés au CHU de Guadeloupe. Cette étude permet de confirmer l'intérêt de prévenir et d'améliorer la prise en charge des patients âgés, afin de limiter les répercussions que pourraient avoir les facteurs associés à la FANV

---

-----  
**JURY : Président : Monsieur le Professeur TABUE TEGUO MATURIN**

Directeur de la thèse : Madame le Docteur VAINQUEUR Larissa

**Juges** : Monsieur le Professeur DRAME MOUSTAPHA

Monsieur le Professeur DELIGNY Christophe

Madame le Docteur MONFORT Astrid

---