



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 Novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
le mercredi 21 juin 2023, à Poitiers
par **Anna LE HOUARNO**

**Analyse de la survie des patients âgés atteints
d'hémorragie digestive du sujet âgé, en Gériatrie et en
Hépto-Gastroentérologie au CHU de Poitiers**

Composition du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, Doyen de la faculté de médecine de Poitiers,
Professeur des universités et Praticien hospitalier

Membres :

Madame le Professeur Christine SILVAIN, Professeur des universités et Praticien hospitalier
Madame le Docteur Claire BOYER, Praticien hospitalier

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Raphaël OLIVIER, Praticien hospitalier
Madame le Docteur Evelynne LIUU, Maître de conférence des universités et Praticien
hospitalier



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesueur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesueur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesueur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAUFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesueur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesueur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesueur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesueur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesueur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUJ Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesueur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Remerciements

Merci à ma famille et à mes amis.

Merci au Dr Liuu et au Dr Olivier d'avoir encadré ma thèse, au Pr Silvain et au Dr Boyer de faire partie de mon jury, et au Pr Paccalin de présider ma thèse.

Merci à Clément.

SOMMAIRE

1. Introduction	8
2. Patients et méthodes	8
2.1. <i>Schéma de l'étude et population étudiée</i>	8
2.2. <i>Recueil de données</i>	9
2.3. <i>Objectifs de l'étude</i>	9
2.4. <i>Analyse statistique</i>	9
3. Résultats	10
3.1. <i>Population de l'étude</i>	10
3.2.1. <i>Comparaison des patients selon le service d'orientation</i>	11
3.2.2. <i>Comparaison des prises en charge selon les services</i>	12
3.3. <i>Objectif principal : l'analyse de la survie</i>	13
3.4. <i>Objectifs secondaires : facteurs prédictifs de la mortalité</i>	14
4. Discussion	15
5. Conclusion	17

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Caractéristiques des patients à l'inclusion

Tableau 2. Evolution durant l'hospitalisation

Tableau 3. Comparaison des patients en Gériatrie et Hépatogastroentérologie

Tableau 4. Comparaison des prises en charge en Gériatrie et Hépatogastroentérologie

Tableau 5. Variables associées à la survie en analyse de Cox univariée

Tableau 6. Variables associées à la survie en analyse de Cox multivariée

Figure 1. Diagramme de flux de la population étudiée

Figure 2. Représentation graphique de la survie selon la méthode de Kaplan-Meier

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. World Population Ageing 2020 Highlights

Annexe 2. Analyse de l'activité hospitalière 2018

Annexe 3. Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées, Haute Autorité de Santé 2017

Annexe 4. Les fondamentaux de la pathologie digestive, chapitre 16 Hémorragies digestives, CDU-HGE/Editions Elsevier-Masson – Octobre 2014

Annexe 5. Score de Charlson modifié

Annexe 6. Groupe Iso-ressources, grille nationale AGGIR

TABLE DES ABREVIATIONS

- AC : Anticoagulants
- AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- AVK : Anti-vitamine K
- CGR : Concentré de globules rouges
- CHU : Centre hospitalo-universitaire
- CRH : Compte-rendu d'hospitalisation
- CRP : Protéine C réactive
- GIR : Groupe iso-ressources
- HD : Hémorragie digestive
- HGE : Hépatogastroentérologie
- HR : Hazard ratio
- IMC : Indice de masse corporelle
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- IPP : Inhibiteurs de la pompe à protons
- IV : Intraveineux
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- PNN : Polynucléaires neutrophiles
- SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
- SM : Supplémentation martiale
- TSH : Thyroid Stimulating Hormone
- TP : Taux de prothrombine
- VGM : Volume globulaire moyen
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

La population mondiale vieillit : en 2020, les personnes de 65 ans ou plus sont estimées à 727 millions dans le monde (annexe 1). Ce nombre devrait doubler d'ici 2050 pour atteindre les 1,5 milliards de personnes. Le pourcentage de la population de 65 ans et plus, passerait alors de 9,3% en 2020, à 16% en 2050. Les personnes âgées de 80 ans et plus représentaient elles 6% de la population française, et 12,5% des personnes hospitalisées en France en 2018. 1,6 millions ont été hospitalisées au moins une fois en 2018, soit un taux d'hospitalisation de 40%, ce qui est deux fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population française tout âge confondu (19%), avec un séjour moyen de 12,6 jours en courts séjours, contre 6,3 jours tout âge confondu (annexe 2). Ce vieillissement rapide de la population mondiale amène à une augmentation des besoins en santé et représente un enjeu majeur des années à venir. Devant une population âgée plus fragile, plus comorbide, souvent polymédiquée, et à plus haut risque de complications, l'hospitalisation est souvent une étape critique dans le parcours de vie (annexe 3).

L'hémorragie digestive représente les urgences les plus fréquentes en Hépatogastroentérologie et affecte 143 habitants sur 100 000 par an en France (annexe 4), en faisant l'un des principaux problèmes auxquels les hépatogastroentérologues font face (1)(2)(3)(4). L'âge moyen des personnes ayant une hémorragie digestive haute est de 70 ans, et le taux de mortalité varie entre 2 et 10%, accru par la présence de maladies associées, ou par leur survenue lors de l'hospitalisation (jusqu'à 25%) (annexe 4). Les patients âgés représentent une catégorie dont les caractéristiques sont particulières, avec des comorbidités considérables et un risque de complications plus élevé, qui nécessite certaines précautions pour une prise en charge adaptée. L'âge a été établi comme facteur de risque chez les patients hospitalisés pour hémorragie digestive haute notamment, avec une mortalité variant dans les études de 12 à 35% pour ceux âgés de plus de 60 ans(5)(6).

L'écart est encore plus flagrant lorsque l'on compare les patients âgés et le reste de la population avec une mortalité à 30 jours à 16,9% parmi les patients de 80 ans et plus, contre 4,3% pour les patients de moins de 65 ans (7) ; et une mortalité à 3 ans, 53 fois plus élevée chez les patients de 85 ans et plus, par rapport à ceux de moins de 40 ans (8).

Par ailleurs, comme pour la population mondiale, l'âge moyen des patients présentant une hémorragie digestive augmente, la proportion de patients de 80 ans et plus est passée en 10 ans, de 9,8% à 25% pour l'hémorragie digestive haute, en Grèce par exemple (5). Il devient donc évident qu'il nous faudra composer avec une population plus âgée, à plus fort risque de complications et de mortalité, faisant de leur prise en charge un enjeu majeur de santé public. Le parcours de soin devra donc être adapté et la question de la prise en charge de cette population particulière se pose. Une prise en charge en unité de soins intensifs hépatogastroentérologiques, habituée à ces pathologies graves, est à mettre en balance avec une hospitalisation en service spécialisé de Gériatrie, plus adaptée à ces patients particuliers comorbides et fragiles. En effet, peu d'études ont étudié spécifiquement le parcours de soins de l'hémorragie digestive dans la population gériatrique. Nous avons donc réalisé une étude ayant comme objectif principal de comparer la survie du sujet âgé de 75 ans et plus en Gériatrie et en Hépatogastroentérologie au CHU de Poitiers ; avec pour objectifs secondaires d'identifier les facteurs de risque de mortalité associés.

2. Patients et méthodes

2.1. Schéma de l'étude et population étudiée

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, monocentrique, observationnelle puis analytique, incluant les patients de 75 ans et plus, hospitalisés au Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Poitiers dans le service de Gériatrie et dans le service d'Hépatogastroentérologie entre le 01/07/2020 et le 30/06/2021, pour une hémorragie digestive, ou en ayant présenté une hémorragie digestive lors de leur hospitalisation.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique du CHU de Poitiers, incluant un feuillet de consentement éclairé donné aux patients hospitalisés.

Les participants ont été suivis de la date d'admission, pour les patients admis pour hémorragie digestive, ou de la date de survenue de l'hémorragie digestive, pour les patients l'ayant développée au cours d'une hospitalisation pour un autre motif, jusqu'à la survenue du décès ou à la date des dernières nouvelles, avec une date de point définie au 2 janvier 2023.

2.2. Recueil de données

La sélection des patients a pu être réalisée via le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) avec le codage D62, correspondant à l'hémorragie digestive, dans les unités fonctionnelles d'hospitalisation "1070 ; 1080 ; 1085 ; 1050 ; 1051 ; 1090 ; 1091 ; 1095 ; 1362 ; 1364 ; 1366 ; 1375". Les données cliniques et biologiques, ainsi que les antécédents, les comorbidités, la date des dernières nouvelles et le statut vital à cette date ont été recueillies rétrospectivement dans les dossiers médicaux via les logiciels sécurisés Télémaque® et Cyberlab®.

Les données biologiques et cliniques recueillies à l'admission étaient celles rapportées entre 24 et 48h à partir de la survenue de l'hémorragie digestive, et l'hémoglobine de sortie correspondait à la valeur de l'hémoglobine dans les 24h précédant la sortie d'hospitalisation. L'élévation des Polynucléaires neutrophiles (PNN) était définie par un seuil de 7G/L.

Les antécédents médicaux, de même que les traitements habituels, étaient répertoriés en fonction de leur mention dans le compte-rendu d'hospitalisation ou dans l'évolution présente sur Télémaque®. La supplémentation martiale intraveineuse représentait une supplémentation par FERINJECT réalisée soit lors de l'hospitalisation soit en externe. Les troubles neurocognitifs étaient définis par leur mention dans le dossier médical. Le score de Charlson modifié (9) a permis d'identifier les comorbidités d'intérêt, et d'évaluer leur poids (annexe 5). Le groupe iso-ressources (GIR) évalué en fonction des données présentes dans le mode de vie du compte-rendu d'hospitalisation ou de l'évolution, ou alors par sa mention dans le dossier médical, a été utilisé pour représenter l'autonomie du patient (annexe 6).

Les données de survie ont été recueillies via le moteur de recherche des personnes décédées Match ID®, basé sur les enregistrements officiels de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), actualisé tous les mois.

2.3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de comparer la survie chez les patients de 75 ans et plus, selon leur service d'hospitalisation : en Gériatrie ou en Hépato-gastro-entérologie entre le 01/07/2020 et le 30/06/2021.

L'hémorragie digestive a été définie comme décrite par la Société Nationale Française de Gastro-entérologie, soit la survenue d'un saignement extériorisé du tube digestif, et plus exceptionnellement des voies biliaires et pancréatiques (méléna, hématomèse, rectorragies). L'hémorragie digestive haute comprend les saignements provenant de l'œsophage, de l'estomac ou du premier segment de l'intestin grêle (duodénum) ; et l'hémorragie digestive basse les étiologies essentiellement colorectales et anales (annexe 4). L'objectif secondaire de l'étude était d'identifier les facteurs prédictifs de la survenue de la mortalité.

2.4. Analyse statistique

Les variables quantitatives sont décrites par la moyenne \pm l'écart-type, pour les variables à distribution normale, et par la médiane (interquartiles) pour les variables ne répondant pas à une distribution normale. Les variables qualitatives sont exprimées en nombre (pourcentages).

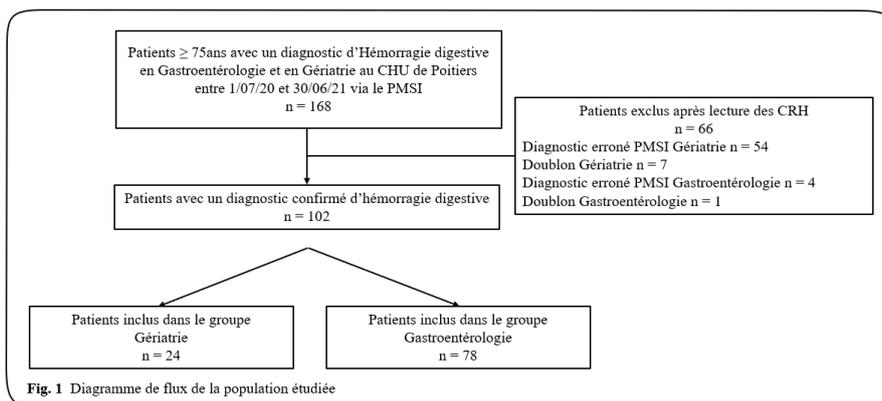
Les analyses de survie ont été réalisées par le test de Logrank, avec une représentation graphique selon la méthode de Kaplan-Meier, et par le test du modèle de risques proportionnels de Cox. La comparaison des événements de survie était exprimée en Hazard ratio (HR) et intervalle de confiance à 95 % (IC95 %). Parmi les variables associées à la survie de façon significative ($p < 0,05$) en analyse Cox univariée, dix ont été retenues pour l'analyse multivariée (modèle maximal) avec un ajustement à l'âge, variable communément admise comme associée à la mortalité. Le modèle final a été déterminé par une régression descendante dite « pas-à-pas ».

Les analyses descriptives et statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel Statview (SAS institute, version 5.0).

3. Résultats

3.1. Population de l'étude

Des 168 patients retrouvés via le PMSI, 102 ont été inclus dans notre étude, excluant 58 qui correspondaient à des erreurs de codage (hémorragie d'origine non digestive après adjudication du dossier médical) et 8 patients présentaient deux hospitalisations dans la période d'inclusion, dont seule la première a été retenue (Figure 1).



Abréviations: PMSI, programme de médicalisation des systèmes d'information (Diagnostic D62, dans les Unités fonctionnelles "1070; 1080; 1085; 1050; 1051; 1090; 1091; 1095; 1362; 1364; 1366; 1375"); CRH, Compte-rendu d'hospitalisation; CHU, Centre hospitalier universitaire

Des 102 patients restants, 24 ont été inclus dans le groupe Gériatrie et 78 dans le groupe Hépatogastroentérologie (HGE), en fonction de leur orientation initiale à l'entrée en hospitalisation. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1.

L'âge moyen était de 83,7 ans ($\pm 5,5$), 88 patients (86%) vivaient à domicile, et le Groupe iso-ressources (GIR) moyen était de 4,5 ($\pm 1,3$). Le score de Charlson modifié moyen était de 3,1 ($\pm 2,7$), 26 patients (25%) présentaient un antécédent d'hémorragie digestive, 11 patients (11%) un cancer digestif actif, et 17 patients (17%) des troubles cognitifs (Tableau. 1).

Un traitement par anticoagulants était présent chez 49 patients (48%), dont 19 patients (19%) sous Antivitamine K (AVK), 27 patients (26%) sous Anticoagulants oraux, et 3 patients (3%) sous Héparine curative. Une part tout aussi importante des patients inclus présentait un traitement par antiagrégants plaquettaires, avec 47 patients soit (46%) (Tableau. 1). Les patients présentant une prise récente d'Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), dans les 7 jours précédant l'hospitalisation, ne représentaient que 4 patients.

Tableau 1. Caractéristiques des patients à l'inclusion

Caractéristiques	Valeurs
Age, années (moyenne et écart-type)	83,7 (±5,5)
Sexe, Féminin, n (%)	43 (42)
IMC, kg/m ² (médiane et interquartiles)	26,2 [23,3-29,0]
Domicile, n (%)	88 (86)
EHPAD, n (%)	10 (10)
Foyer logement, n (%)	4 (4)
GIR, (moyenne et écart-type)	4,5 (±1,3)
Score de Charlson modifié, (moyenne et écart-type)	3,1 (±2,7)
Troubles neurocognitifs, n (%)	17 (17)
Cirrhose, n (%)	10 (10)
Cancer digestif actif, n (%)	11 (11)
Antécédent d'HD, n (%)	26 (25)
Anticoagulants, n (%)	49 (48)
Antiagrégants plaquettaires, n (%)	47 (46)

Abréviations: IMC, indice de masse corporelle; HD, hémorragie digestive; Anticoagulants (Anticoagulants oraux directs, Antivitamine K, Héparines à posologie curative); GIR, groupe iso-ressources; EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

L'origine de l'hémorragie digestive était haute chez 35 patients (36%), basse chez 44 patients (43%), et indéterminée chez 23 patients (23%). Un surdosage en AVK a été retrouvé chez 9 patients, parmi les 19 patients (19%) sous AVK, soit 47% des patients sous AVK.

Un décès est survenu lors de l'hospitalisation pour 12 patients (12%), et un cancer digestif a été découvert chez 6 patients sur 102.

La durée moyenne de suivi était de 394 jours (±294,6), 55% (n=56) des patients sont décédés lors de la période de suivi, 26% (n=27) ont été réhospitalisés dans l'année pour récurrence d'hémorragie digestive, et 45% (n=46) ont été réhospitalisés toutes causes (Tableau. 2).

Tableau 2. Evolution durant l'hospitalisation

Caractéristiques	Valeurs
Motif d'hospitalisation à l'admission : HD, n (%)	82 (80)
Diagnostic, n (%)	
HD haute	35 (34)
HD basse	44 (43)
HD d'étiologie inconnue	23 (23)
Cancer digestif découvert pendant l'hospitalisation, n (%)	6 (6)
Décès hospitalisation, n (%)	12 (12)
Réhospitalisation dans l'année non programmée	
Pour récurrence d'HD, n (%)	27 (26)
Toutes causes, n (%)	46 (45)
Patients décédés lors de la période de suivi, n (%)	56 (55)

Abréviations: HD, hémorragie digestive

3.2.1. Comparaison des patients selon le service d'orientation

L'âge des patients orientés en Gériatrie était significativement plus élevé : 86,5 ans (±6,1) contre 82,8 ans (±5,1) en HGE ($p < 0,01$), ainsi que la dépendance fonctionnelle avec un score GIR qui était significativement plus bas en Gériatrie à 3,5 (±1,2) contre 4,8 (±1,2) en HGE ($p < 10^{-4}$). Le score de Charlson, ainsi que les antécédents de cirrhose, de cancer digestif actif, d'hémorragie digestive, de troubles cognitifs, et de traitements par anticoagulants et par antiagrégants plaquettaires ne présentaient pas de différence significative.

Tableau 3. Comparaison des patients en gériatrie et Hépatogastroentérologie

Caractéristiques	Gériatrie	HGE	p
Age, années (moyenne et écart-type)	86,5 (±6,1)	82,8 (±5,1)	< 0,01
Sexe Féminin, n (%)	14 (58)	29 (37)	NS
IMC, kg/m ² (moyenne et écart-type)	26,3 (±4,7)	26,3 (±5,0)	NS
Score de Charlson modifié, (moyenne et écart-type)	3,0 (±2,6)	3,2 (±2,7)	NS
GIR, (moyenne et écart-type)	3,5 (±1,2)	4,8 (±1,2)	< 10⁻⁴
EHPAD, n (%)	4 (17)	6 (8)	NS
Anticoagulants, n (%)	9 (38)	40 (51)	NS
Antiagrégants plaquettaires, n (%)	14 (58)	33 (42)	NS
Hémoglobine, g/dl (moyenne et écart-type)	8,0 (±1,8)	8,0 (±1,7)	NS
Motif d'hospitalisation : HD, n (%)	8 (33)	74 (95)	< 10⁻⁴

Abréviations: HGE, Hépatogastroentérologie; IMC, indice de masse corporelle; GIR, groupe iso-ressources; EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes; Anticoagulants (Anticoagulants oraux directs, Antivitamine K, Héparines à posologie curative); HD, hémorragie digestive

A l'entrée, l'hémoglobine moyenne était similaire dans les deux groupes : 8,0g/dL (±1,8 pour le groupe Gériatrie, et ±1,7 pour le groupe HGE) ; de même que le Volume glomérulaire moyen (VGM) : 92,3 fl (±7,8) en Gériatrie, et 93,7 (±8,4) en HGE ; et que le Taux de prothrombine (TP) : 69,1% (±29,0) en Gériatrie, et 63,4% (±27,6) en HGE. La Ferritine moyenne était de 517,4 µg/L (±1297,1) en Gériatrie, et 378,9 µg/L (±1019,9) en HGE, avec un écart non significatif.

La Protéine C réactive (CRP) n'était également pas significative, à 60,5g/L (±65,9) en Gériatrie, contre 35,9g/L (±57,1) en HGE. Ni l'albumine à 33,9g/L (±3,2) en Gériatrie et 33,1g/L (±4,7) en HGE.

La créatinine était à 154,7µmol/L (±136,2) chez les patients orientés en Gériatrie, soit significativement plus élevée que ceux orientés en HGE à 115,4µmol/L (±51,7) ($p < 0,05$), mais la différence retrouvée pour le DFG n'était pas significative : 48,3 (±30,4) ml/min/1,73m² en MDRD en Gériatrie, et 58,5 (±29,3) ml/min/1,73m² en MDRD en HGE. L'urée était également significativement plus élevée : 20,5mmol/L (±13,2) en Gériatrie, contre 14,3mmol/L (±8,8) en HGE ($p < 0,01$).

3.2.2. Comparaison des prises en charge selon les services

L'identification de l'origine du saignement était significativement plus fréquente dans le service d'HGE, en comparaison avec les patients du service de Gériatrie : elle a ainsi été déterminée comme haute dans 40% (n=31) des cas, basse dans 50% (n=39) des cas, et indéterminée dans 10% (n=8) des cas en HGE ; et comme haute dans 17% (n=4) des cas, basse dans 21% (n=5) des cas, et indéterminée dans 63% (n=15) des cas en Gériatrie de manière significative. Une endoscopie a été réalisée de manière significative ($p < 10^{-3}$) plus fréquente en HGE avec la réalisation d'une endoscopie chez 77% (n=60) des patients, contre 38% (n=9) en Gériatrie. De même pour les gestes thérapeutiques endoscopiques, réalisés chez 26% (n=20) des patients en HGE, contre un seul individu en Gériatrie (Tableau. 4).

Les transfusions sanguines étaient significativement plus fréquentes chez les patients orientés en HGE, avec une transfusion chez 90% des patients (n=70) en HGE, contre 70% des patients (n=17) en Gériatrie ($p < 0,05$). Les Inhibiteurs de la pompe à protons ont été administrés chez 71% (n=17) des patients en Gériatrie, et 63% (n=49) des patients en HGE, sans différence significative. Une supplémentation martiale intraveineuse, lors de l'hospitalisation ou en externe, a été administrée chez 53% (n=41) des patients en HGE, et 33% (n=8) en Gériatrie (Tableau. 4).

Tableau 4. Comparaison des prises en charge en gériatrie et Hépatogastroentérologie

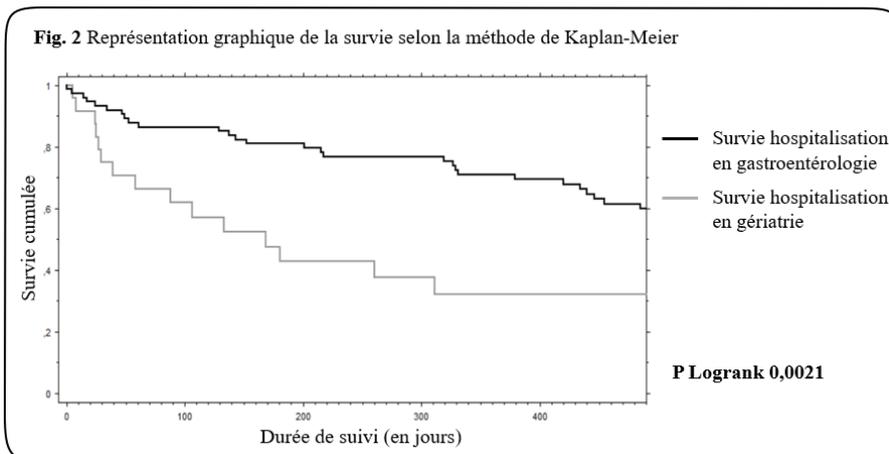
Caractéristiques	Gériatrie	HGE	p
Diagnostic HD haute, n (%)	4 (17)	31 (40)	< 0,05
Diagnostic HD basse, n (%)	5 (21)	39 (50)	< 0,05
Diagnostic HD d'origine indéterminée, n (%)	15 (63)	8 (10)	< 10⁻⁴
Cancer digestif découvert pendant l'hospitalisation, n (%)	1 (4)	5 (6)	NS
Endoscopie, n (%)	9 (38)	60 (77)	< 10⁻³
Fibroskopie œsogastroduodénale, n (%)	8 (33)	45 (58)	< 0,05
Coloscopie courte, n (%)	1 (4)	18 (23)	< 0,05
Coloscopie totale, n (%)	1 (4)	16 (21)	NS
Geste thérapeutique endoscopie, n (%)	1 (4)	20 (26)	< 0,05
Transfusion CGR, n (%)	17 (71)	70 (90)	< 0,05
IPP IV, n (%)	17 (71)	49 (63)	NS
Sandostatine IV, n (%)	1 (4)	14 (18)	NS
SM IV, n (%)	8 (33)	41 (53)	NS
Embolisation, n (%)	1 (4)	4 (5)	NS
Décès hospitalisation, n (%)	1 (4)	7 (9)	NS
Hémoglobine sortie, g/dL (moyenne et écart-type)	9,8 (±1,2)	9,4 (±0,9)	NS
Durée d'hospitalisation, jours (moyenne et écart-type)	16 (±9)	7 (±6)	< 10⁻⁴
Durée de suivi, jours (moyenne et écart-type)	234 (±255)	443 (±290)	< 0,01

Abréviations: HGE, Hépatogastroentérologie; IMC, indice de masse corporelle; HD, hémorragie digestive, Anticoagulants (Anticoagulants oraux directs, Antivitamine K, Héparines à posologie curative); GIR, groupe iso-ressources; CGR, concentré de globules rouges; Geste thérapeutique endoscopie (clip, sérum adrénaliné, plasma argon, thermocoagulation à la coagrasper); IPP, inhibiteurs de la pompe à protons; IV, intraveineux; SM, supplémentation martiale

Un décès est survenu lors de l'hospitalisation chez 1 patient (4%) en Gériatrie et 7 patients (9%) en HGE. La durée d'hospitalisation était significativement majorée en Gériatrie à 16,3 (±9,3) jours, par rapport à 7,1 (±6) jours en HGE ($p < 10^{-4}$). (Tableau 4).

3.3. Objectif principal : l'analyse de la survie

A 200 jours de suivi, 13 patients sur 24 étaient décédés dans le bras Gériatrie (54%), alors que 14 patients sur 78 étaient décédés dans le bras HGE (18%), pour une durée moyenne de suivi de 234 jours (±255 jours) en Gériatrie, et de 443 jours (±290 jours) en HGE. L'orientation en Gériatrie était associée de manière significative à une survie moindre avec un *P* Logrank à 0,0021 selon la méthode de Kaplan-Meier (Figure 2).



3.4 . Objectifs secondaires : facteurs prédictifs de la mortalité

En analyse univariée, il y avait une association significative entre la survie et l'âge (*HR* 1,07, $p < 0,05$), ainsi qu'entre la survie et le score de Charlson modifié (*HR* 1,15, $p < 0,01$), et entre la survie et la durée d'hospitalisation (*HR* 1,07, $p < 10^{-4}$).

Les autres facteurs associés à une plus grande mortalité étaient l'augmentation de la CRP (*HR* 1,01, $p < 10^{-3}$), la découverte d'un cancer digestif (*HR* 2,71, $p < 10^{-4}$), et le lieu de vie en EHPAD (*HR* 2,58, $p < 0,05$) (Tableau. 5).

Le GIR était associé à une meilleure survie de manière significative (*HR* 0,70, $p < 10^{-4}$), de même que lorsque l'hémorragie digestive était le motif d'hospitalisation (*HR* 0,29, $p < 10^{-4}$), ou lorsque l'albumine était plus élevée (*HR* 0,92, $p < 0,01$), ou encore lorsqu'une supplémentation martiale intraveineuse était réalisée lors de l'hospitalisation (*HR* 0,47, $p < 0,01$), ou en externe (*HR* 0,38, $p < 0,05$) (Tableau. 5).

Néanmoins, ni le traitement préexistant par anticoagulants, ni celui par antiagrégants plaquettaires, ni le surdosage en AVK n'étaient démontrés avoir un lien significatif avec la survie, avec un p à 0,096 pour le traitement par anticoagulants, un p à 0,165 pour celui par antiagrégants plaquettaires (Tableau. 5), et un p à 0,280 pour le surdosage en AVK.

Tableau 5. Variables associées à la survie en analyse de Cox univariée

Caractéristiques	HR (95% CI)	p
Age, années	1,07 (1,01-1,12)	< 0,05
Sexe Féminin	1,66 (0,98-2,82)	NS
IMC, kg/m ²	0,96 (0,90-1,03)	NS
GIR	0,70 (0,57-0,86)	< 10⁻⁴
EHPAD	2,58 (1,24-5,34)	< 0,05
Score de Charlson modifié	1,15 (1,05-1,25)	< 0,01
Troubles cognitifs	1,77 (0,92-3,38)	NS
Anticoagulants	0,64 (0,37-1,09)	NS
Antiagrégants plaquettaires	1,46 (0,86-2,48)	NS
Motif d'hospitalisation : HD	0,29 (0,16-0,55)	< 10⁻⁴
Orientation, Gériatrie	2,42 (1,35-4,32)	< 0,01
Diagnostic HD haute	0,94 (0,54-1,64)	NS
Diagnostic HD basse	1,10 (0,64-1,87)	NS
Diagnostic HD d'étiologie inconnue	0,96 (0,5-1,81)	NS
Cancer digestif découvert	2,71 (1,15-6,37)	< 0,05
Endoscopie	0,83 (0,48-1,46)	NS
Geste thérapeutique endoscopie	0,96 (0,50-1,86)	NS
Embolisation	1,17 (0,36-3,81)	NS
IPP IV	1,40 (0,80-2,47)	NS
SM IV	0,47 (0,28-0,82)	< 0,01
Créatinine, µmol/l	1,00 (1,00-1,01)	NS
Albumine, g/l	0,92 (0,87-0,97)	< 0,01
CRP, mg/L	1,01 (1,00-1,01)	< 10⁻³
Ferritine, µg/l	1,00 (1,00-1,00)	NS

Abréviations: IMC, indice de masse corporelle; GIR, groupe iso-ressources; EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes; Anticoagulants (Anticoagulants oraux directs, Antivitamine K, Héparines à posologie curative); HD, Hémorragie digestive; CRP, protéine C réactive; IPP, inhibiteurs de la pompe à protons; IV, intraveineux; Geste thérapeutique endoscopie (clip, sérum adrénaliné, plasma argon, thermocoagulation à la coagrasper); SM, supplémentation martiale

En analyse multivariée, les dix critères analysés étaient ceux significatifs en analyse univariée. Les facteurs de risques de mortalité retenus en modèle final étaient l'âge (*HR* 1,10, $p < 0,0037$), le score de Charlson modifié (*HR* 1,22, $p < 0,0004$), et la CRP (*HR* 1,01, $p < 0,0002$). Les facteurs protecteurs retenus étaient la supplémentation martiale intraveineuse (*HR* 0,36, $p < 0,0025$), ainsi que l'hémorragie digestive comme motif d'hospitalisation (*HR*

0,48, *p* 0,0389), à l'opposé de la survenue d'une hémorragie digestive au cours d'une hospitalisation pour un autre motif (Tableau. 6).

Tableau 6. Variables associées à la survie en analyse de Cox multivariée

	Modèle maximal		Modèle final	
	HR (95% CI)	p	HR (95% CI)	p
Age, années	1,09 (1,01-1,18)	0,0343	1,10 (1,03-1,17)	0,0037
Score de Charlson modifié	1,24 (1,08-1,42)	0,0019	1,22 (1,09-1,35)	0,0004
GIR	1,11 (0,77-1,59)	0,5887		
EHPAD	1,54 (0,56-4,25)	0,4062		
Motif d'hospitalisation : HD	0,47 (0,17-1,30)	0,1457	0,48 (0,24-0,96)	0,0389
Orientation, Gériatrie	1,40 (0,49-4,00)	0,5303		
Albumine, g/l	0,99 (0,92-1,08)	0,8598		
CRP, mg/L	1,01 (1,00-1,01)	0,0061	1,01 (1,00-1,01)	0,0002
SM IV	0,39 (0,18-0,81)	0,0123	0,36 (0,18-0,70)	0,0025
Cancer digestif découverte	1,92 (0,55-6,70)	0,3054		

Abréviations: GIR, groupe iso-ressources; EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes; HD, Hémorragie digestive; CRP, protéine C réactive; SM, supplémentation martiale; IV, intraveineux

4. Discussion

Notre étude met donc en évidence que plus un patient présentant une hémorragie digestive est âgé, plus la mortalité est élevée quand il est pris en charge en Gériatrie plutôt qu'en HGE, et ce pour plusieurs raisons : en Gériatrie, les patients sont plus âgés et plus dépendants, ont moins d'explorations endoscopiques, et moins de supplémentation martiale au décours. C'est à mettre en perspective avec les 2 populations retrouvées qui diffèrent, les patients hospitalisés en HGE étant plus jeunes et plus autonomes, ce qui est attendu, et des prises en charge plus invasives étant donc proposées à ces patients. Notre étude prouve néanmoins, qu'en cas d'hémorragie digestive, avec une sélection adaptée des patients à l'entrée, notamment sur l'âge et le poids des comorbidités évalué par le score de Charlson, une prise en charge de qualité est possible. Ainsi nous confirmons que les patients âgés de 75 ans et plus ne doivent pas être « sous-traités » et peuvent bénéficier d'examen complémentaires et de prises en charge invasives (endoscopies...).

Les facteurs de risque de mortalités retenus dans notre étude après analyse multivariée étaient donc l'âge, le score de Charlson modifié, et le syndrome inflammatoire biologique. Tandis que la supplémentation martiale intraveineuse et l'hémorragie digestive comme motif d'hospitalisation, a contrario de sa survenue lors d'une hospitalisation pour un autre motif, apparaissaient comme des facteurs protecteurs.

Par rapport à la littérature, notre étude semblait être représentative de la population âgée à risque d'hémorragie digestive, tant sur la répartition des sexes (12)(20)(28), que sur la valeur d'hémoglobine à l'admission (29).

La mortalité toutes causes retrouvée dans notre étude après la survenue d'une hémorragie digestive chez les patients de 75 ans et plus était de 54% en Gériatrie, et 18% en HGE à 200 jours, pour une durée moyenne de suivi de 234 jours (± 255 jours) en gériatrie, et de 443 jours (± 290 jours) en HGE. Celle-ci est plus importante que les taux de mortalité retrouvés dans d'autres études, mais les patients inclus dans ces études étaient soit plus jeunes, ou alors la durée de suivi était plus courte (11). Le taux de mortalité lors de l'hospitalisation, qui est de 12% (n=12) dans notre étude, semble en accord avec la littérature, rapporté à l'âge de la population et à la durée de suivi, d'une pathologie d'autant plus mortelle que le patient est âgé (15)(16).

Or l'âge est un facteur de risque indépendant de mortalité, ce qui a déjà été démontré dans de nombreuses études (5)(6)(13)(14)(11) ; de même que les comorbidités (11)(20), y compris celles sans lien connu avec l'hémorragie digestive (5)(6)(13)(15)(11).

La population hospitalisée en Gériatrie est tout autant comorbide que celle en HGE, elle est en revanche plus âgée et plus dépendante. Elle est donc bien sûr polymédiquée, avec un traitement anticoagulant chez 38% de cette population, et un traitement antiplaquettaire chez 58% des patients hospitalisés en Gériatrie.

Les patients hospitalisés en Gériatrie présentent la même hémoglobine d'entrée qu'en HGE, mais une créatinine plus élevée, sans pour autant présenter davantage d'antécédents d'insuffisance rénale chronique.

Plusieurs points sont à souligner : notamment le score de Charlston modifié qui impacte ici la survie (HR 1.20, p 0.0006) avec un risque compétitif, le patient pouvant décéder de son hémorragie digestive comme d'une autre étiologie. Celui-ci est peu connu des équipes d'HGE et son utilisation systématique semble donc indispensable pour aider à l'orientation des patients, dès leur admission à l'hôpital, et au processus décisionnel aussi bien sur les stratégies exploratoires, diagnostiques que thérapeutiques.

A noter, la profondeur de l'anémie à 24-48h du début des symptômes ne représentait pas dans notre étude un facteur de mortalité. Le lien entre l'anémie au début des symptômes et la mortalité est représenté de manière hétérogène dans la littérature, quelques articles semblent retrouver un lien entre une hémoglobine basse et une augmentation de la mortalité (29), mais la majorité des études ne semble pas mettre en évidence d'association significative entre celles-ci (6)(11) (12).

Plus les patients sont comorbides, plus ils sont polymédiqués, or la prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires au long cours est un facteur de risque reconnu de survenue d'hémorragie digestive (28)(30)(31), à l'image de la proportion de patients sous anticoagulants au long cours qui était de 48% dans notre étude, dont la moitié pour une fibrillation atriale, et 46% pour les antiagrégants plaquettaires. Même si ni la présence de ces traitements, ni le surdosage en AVK n'étaient démontrés dans notre étude avoir un lien significatif avec la survie, leur rôle dans la prévalence de l'hémorragie digestive n'était lui pas étudié, et il est évident qu'ils jouent un rôle prépondérant dans l'hémorragie digestive du sujet âgé.

L'autre élément essentiel est le motif d'hospitalisation : effectivement lorsque ce dernier est l'hémorragie digestive la survie est améliorée. Lorsque l'HD survient lors d'une hospitalisation pour un autre motif la survie en est affectée. Les transferts de la Gériatrie vers l'unité de soins intensifs d'HGE sont rares. Une amélioration de la prise en charge de ces patients pourrait être un transfert systématique en cas d'HD dans le service de soins intensifs pendant la période à risque avant un retour en Gériatrie pour la poursuite de l'hospitalisation, et la prise en charge globale de ces patients multimorbides. Ou bien un recours à l'unité mobile de Gériatrie en HGE pourrait aider à la prise en charge de la perte d'autonomie et des comorbidités des patients âgés, pour qui la survenue d'une hémorragie digestive a un impact important sur la survie et nécessite une mutualisation des expertises.

La supplémentation martiale intraveineuse lors de l'hospitalisation s'est révélée être un facteur protecteur dans notre étude, qu'elle soit ou non associée à une carence martiale biologique.

Le lien entre la supplémentation martiale et l'hémoglobine post-hospitalisation n'a pu être exploré dans notre étude devant l'absence de suivi biologique. Néanmoins, l'association entre la supplémentation martiale et une bonne réponse hématopoïétique, ainsi qu'une correction de l'anémie post-hospitalisation est déjà admise dans la littérature (23)(24).

Il pourrait donc être pertinent d'inclure la supplémentation martiale intraveineuse dans la stratégie thérapeutique de l'hémorragie digestive, voire de la réaliser de manière systématique lors de ces hospitalisations, y compris en l'absence de carence martiale biologique, indépendamment du lieu d'hospitalisation.

Notre étude semble être représentative de la population âgée à risque d'hémorragie digestive. La majorité des études sur le sujet n'incluant pas de patients âgés de 65 ans et plus (29)(30), il n'y a donc pas de recommandations fortes spécifiques aux personnes âgées. Notre étude s'intéresse ainsi à une population âgée, spécifique et peu rapportée dans la littérature actuellement.

Néanmoins, l'effectif est faible et l'étude est monocentrique et rétrospective. Il n'y a ni suivi clinique, ni suivi biologique, une fois le patient sorti d'hospitalisation; ce qui ne nous permet donc pas d'explorer l'anémie post-hospitalisation et son lien avec la survie.

Il est également à noter que la présence fréquente de multiples comorbidités parmi les patients inclus pourrait être un facteur confondant de l'interprétation de l'association entre la supplémentation martiale et la survie; et cela étant donné l'impact favorable de la supplémentation martiale déjà prouvé dans plusieurs domaines tels que l'insuffisance cardiaque (21), et l'insuffisance rénale chronique (22).

De plus, il existe un biais lié au screening; les patients décédés aux urgences, ou non hospitalisés en Hépatogastroentérologie ou en Gériatrie n'étant pas pris en compte par notre étude.

De prochaines études sur la place de la supplémentation martiale dans l'hémorragie digestive pourraient être pertinentes, et notamment inclure un suivi biologique et/ou clinique afin de mieux apprécier le lien entre la supplémentation martiale, l'anémie post-hospitalisation et la survie.

Les caractéristiques des patients gériatriques rendent la gestion de leur prise en charge et notamment celle des complications liées à l'endoscopie plus délicates, et pourraient motiver davantage d'études se concentrant sur la prise en charge endoscopique du sujet âgé lors d'une hémorragie digestive.

Les facteurs de récurrence et de réhospitalisation n'ont pas été explorés dans notre étude, or celle-ci retrouve un taux de réhospitalisation pour récurrence d'hémorragie digestive de 26%, et toutes causes de 45%, plus important que dans d'autres études réalisées sur des patients plus jeunes (27)(20), ce qui pourrait justifier davantage d'explorations vu l'impact attendu sur le patient et sur le système de santé.

5. Conclusion

Notre étude confirme que la mortalité des patients âgés de 75 ans et plus, présentant une hémorragie digestive est supérieure dans le service de Gériatrie que dans celui d'HGE. C'est toutefois logique et attendu car, en Gériatrie, les patients sont plus âgés et plus dépendants, ils ont moins d'explorations endoscopiques, et moins de supplémentation martiale au décours. Notre étude prouve néanmoins qu'en cas d'hémorragie digestive, avec une sélection adaptée des patients à l'entrée, notamment sur l'âge et le poids des comorbidités évalué par le score de Charlson, une prise en charge de qualité est possible. Ainsi nous confirmons que les patients

âgés de 75 ans et plus ne doivent pas être « sous-traités » et peuvent donc bénéficier d'examens complémentaires et de prises en charge invasives (endoscopies...). La survenue d'une hémorragie digestive est de pronostic sévère, d'autant plus que le patient est âgé, comorbide et inflammatoire ; elle ne doit donc pas être sous-traitée lorsqu'elle survient pendant l'hospitalisation. Une mutualisation des expertises lors de la prise en charge d'une hémorragie digestive du sujet âgé semblerait donc adaptée, avec d'éventuels transferts de patients entre services au moins pour la prise en charge aiguë. La réalisation systématique d'une supplémentation martiale intraveineuse, qu'il y ait ou non une carence martiale biologique, paraît être un facteur protecteur et de nouvelles études pour le confirmer semblent intéressantes.

Commenté [RO1]: Je t'en propose une autre, et je supprimerai l'ancienne, tu peux reformuler un peu biensur mais j'insisterai sur ces points.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med.* 3 déc 2019;171(11):805-22.
2. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* oct 2015;47(10):a1-46.
3. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, Lau JY, Goh K lee, Ho LH, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. *Gut.* 1 oct 2018;67(10):1757-68.
4. Mak LY, Lau CW, Hui YT, Ng C, Shan E, Li MK, et al. Joint recommendations on management of anaemia in patients with gastrointestinal bleeding in Hong Kong. *Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi.* août 2018;24(4):416-22.
5. Theocharis GJ, Arvaniti V, Assimakopoulos SF, Thomopoulos KC, Xourgias V, Mylonakou I, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in octogenarians: Clinical outcome and factors related to mortality. *World J Gastroenterol WJG.* 7 juill 2008;14(25):4047-53.
6. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut.* mars 1996;38(3):316-21.
7. Christensen S, Riis A, Nørgaard M, Sørensen HT, Thomsen RW. Short-term mortality after perforated or bleeding peptic ulcer among elderly patients: a population-based cohort study. *BMC Geriatr.* 17 avr 2007;7:8.
8. Roberts SE, Button LA, Williams JG. Prognosis following upper gastrointestinal bleeding. *PloS One.* 2012;7(12):e49507.
9. Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol.* 15 mars 2011;173(6):676-82.
11. Lee YJ, Min BR, Kim ES, Park KS, Cho KB, Jang BK, et al. Predictive factors of mortality within 30 days in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Korean J Intern Med.* janv 2016;31(1):54-64.
12. Wu PH, Hung SK, Ko CA, Chang CP, Hsiao CT, Chung JY, et al. Performance of Six Clinical Physiological Scoring Systems in Predicting In-Hospital Mortality in Elderly and Very Elderly Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Emergency Department. *Med Kaunas Lith.* 11 mars 2023;59(3):556.
13. Imhof M, Epstein S, Ohmann C, Röher HD. Poor late prognosis of bleeding peptic ulcer. *Langenbecks Arch Surg.* sept 2007;392(5):587-91.
14. Mungan Z. An observational European study on clinical outcomes associated with current management strategies for non-variceal upper gastrointestinal bleeding (ENERGIB-Turkey). *Turk J Gastroenterol Off J Turk Soc Gastroenterol.* 2012;23(5):463-77.

15. Crooks CJ, Card TR, West J. Excess long-term mortality following non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a population-based cohort study. *PLoS Med.* 2013;10(4):e1001437.
16. Garg SK, Anugwom C, Campbell J, Wadhwa V, Gupta N, Lopez R, et al. Early esophagogastroduodenoscopy is associated with better Outcomes in upper gastrointestinal bleeding: a nationwide study. *Endosc Int Open.* mai 2017;5(5):E376-86.
17. Mearin F, Lanas Á, Bujanda L, Canelles P, Cotter J, Hervás A, et al. Open questions and misconceptions in the diagnosis and management of anemia in patients with gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol.* janv 2018;41(1):63-76.
18. Ketz F, Buisson A, Velentza A, Pautas É. [Intravenous iron supplementation in the elderly patient]. *Soins Gerontol.* 2020;25(143):44-6.
19. Bager P, Dahlerup JF. Randomised clinical trial: oral vs. intravenous iron after upper gastrointestinal haemorrhage--a placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther.* janv 2014;39(2):176-87.
20. Ballester-Clau R, Torres Vicente G, Voltà-Pardo T, López-Barroso L, Cucala-Ramos M, Reñé-Espinet JM, et al. Clinical experience with ferric carboxymaltose in the management of anemia in acute gastrointestinal bleeding. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* janv 2019;31(1):116.
21. Loncar G, Obradovic D, Thiele H, von Haehling S, Lainscak M. Iron deficiency in heart failure. *ESC Heart Fail.* août 2021;8(4):2368-79.
22. Guibergia C, Brazier F, Choukroun G. Prise en charge de la carence martiale au cours de la maladie rénale chronique : mise au point et proposition d'un algorithme. *Néphrologie Thérapeutique.* 1 déc 2022;18(7):658-65.
23. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, Chandrasekhara V, Chathadi K, Decker GA, et al. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* juin 2012;75(6):1132-8.
24. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, Vigil H, Azari R, Melnikoff N, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc.* 1 déc 1999;50(6):755-61.
25. Bjorkman DJ, Zaman A, Fennerty MB, Lieberman D, DiSario JA, Guest-Warnick G. Urgent vs. elective endoscopy for acute non-variceal upper-GI bleeding: an effectiveness study. *Gastrointest Endosc.* 1 juill 2004;60(1):1-8.
26. El-Dallal M, Walradt TJ, Stein DJ, Khrucharoen U, Feuerstein JD. Pros and Cons of Performing Early Endoscopy in Geriatric Patients Admitted with Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Analysis of the US National Inpatient Database. *Dig Dis Sci.* mars 2022;67(3):826-33.
27. Staerk L, Lip GYH, Olesen JB, Fosbøl EL, Pallisgaard JL, Bonde AN, et al. Stroke and recurrent haemorrhage associated with antithrombotic treatment after gastrointestinal bleeding in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *The BMJ.* 16 nov 2015;351:h5876.

28. Kocaoğlu S, Çetinkaya HB. Use of age shock index in determining severity of illness in patients presenting to the emergency department with gastrointestinal bleeding. *Am J Emerg Med.* 1 sept 2021;47:274-8.
29. Aljarad Z, Mobayed BB. The mortality rate among patients with acute upper GI bleeding (with/without EGD) at Aleppo University Hospital: A retrospective study. *Ann Med Surg* 2012. nov 2021;71:102958.
30. Lanas-Gimeno A, Lanas A. Risk of gastrointestinal bleeding during anticoagulant treatment. *Expert Opin Drug Saf.* juin 2017;16(6):673-85.
31. García Rodríguez LA, Martín-Pérez M, Hennekens CH, Rothwell PM, Lanas A. Bleeding Risk with Long-Term Low-Dose Aspirin: A Systematic Review of Observational Studies. *PLoS ONE.* 4 août 2016;11(8):e0160046.

ANNEXES

Annexe 1 : World Population Ageing 2020 Highlights

World Population Ageing 2020 Highlights

1

Executive summary

The world continues to experience an unprecedented and sustained change in the age structure of the global population, driven by increasing levels of life expectancy and decreasing levels of fertility. People are living longer lives, and both the share and the number of older persons in the total population are growing rapidly. Globally, there were 727 million persons aged 65 years or over in 2020. Since women live longer than men, on average, they comprise the majority of older persons, especially at advanced ages. Over the next three decades, the number of older persons worldwide is projected to more than double, reaching over 1.5 billion in 2050. All regions will see an increase in the size of the older population between 2020 and 2050. Globally, the share of the population aged 65 years or over is expected to increase from 9.3 per cent in 2020 to around 16.0 per cent in 2050.

Population ageing is occurring alongside broader social and economic changes taking place throughout the world. Declines in fertility, changes in patterns of marriage, cohabitation and divorce, increased levels of education among younger generations, and continued rural-to-urban and international migration, in tandem with rapid economic development, are reshaping the context in which older persons live, including the size and composition of their households and their living arrangements. In Western European countries and the United States of America, intergenerational co-residence has declined dramatically, and most older persons now live either in single-person households or in households consisting of a couple only or a couple and their unmarried children. Despite the persistence of traditional family structures and cultural norms that favour multi-generational households, many countries of the less developed regions are experiencing a slow shift in family and household composition towards smaller families and household types. Family structures and household living arrangements can change quickly in response to major events or crises affecting family members and kin relations. For example, multi-generation households re-appeared in the United States of America and in some European countries in response to the economic crisis of 2008, while skip-generation families have become more common in sub-Saharan Africa as a means of caring for millions of children orphaned by the HIV/AIDS pandemic since the 1980s.

Throughout the world older women are more likely than older men to live alone. Older women are also more likely to live in skip-generation households or in extended-family households, whereas older men are more likely to live with a spouse only. Further, older men are more likely than older women to live with children under age 20, while older women are slightly more likely than older men to live with older children. These differences are explained to a large extent by the typical age difference between spouses and by the reproductive life spans of women and men. Since husbands are typically older than their wives, and since there is no male equivalent of menopause, men are more likely than women to co-reside with children under age 20 when they reach older ages.

Co-residence with adult children is a common mechanism of support for parents at older ages, which may be triggered by a decline in their physical or mental health and an increased need for personal care. In other cases, co-residence is a way for parents to support adult children who never left the parental home or have returned to cope with economic hardship or adverse life events. Yet another situation is an older person who moves into the household of an adult child to help care for grandchildren.

The living arrangements of older people are an important determinant of their economic well-being as well as their physical and psychosocial health and life satisfaction. Research has also found an association between mortality risks at older ages and an individual's living arrangements. Older persons living alone or in institutions, for example, have higher overall mortality risks than those living with a spouse or other family members. The living arrangements of older persons can also have important macroeconomic implications by shaping the demand for housing, social services, energy, water and other resources.

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division

2

World Population Ageing 2020 Highlights

Since early 2020, the world has been impacted by the rapid spread of COVID-19, which continues to expand globally. By the end of September 2020, over 33 million cases had been reported worldwide, with nearly 850,000 deaths attributed to the disease. Since COVID-19 is a new disease in humans, and since the pandemic is ongoing, available studies of its impact on older persons remain inconclusive. Nevertheless, a preliminary analysis of COVID-19 mortality rates at older ages has uncovered considerable variation across countries and points toward factors that may explain the observed differences. Among the factors affecting mortality from COVID-19 at older ages, the main determinant is the extent to which countries have been able to control the spread of the virus and mitigate the pandemic. In addition, frailty is a key factor since the risk of death from COVID-19 increases with both age and the presence of co-morbidities such as cardiovascular, pulmonary or kidney disease, as well as cancer and obesity. Living arrangements explain part of the observed international differences in age patterns of COVID-19 mortality, in particular for older persons whose living arrangements affect the risk of contracting COVID-19.

In this context, the living arrangements and mechanisms of family support for older persons have become increasingly important for policymakers, especially in countries at advanced stages of population ageing. Understanding the interconnections between the living arrangements of older persons and their health and well-being has particular relevance in light of the pledge made by Governments in the 2030 Agenda for Sustainable Development¹ that no one will be left behind. In practice, this pledge implies that the Sustainable Development Goals (SDGs) must be achieved for all segments of society and at all ages, with a particular focus on the most vulnerable, including older persons.

How and with whom older people reside has important implications for the Goals related to ending poverty in all its forms everywhere (SDG 1), ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages (SDG 3), and achieving gender equality and empowering all women and girls (SDG 5). Mitigating the impact of COVID-19 on the older population will require continued efforts by the international community to curb the spread of the virus and to put in place measures to protect the most vulnerable segments of the population — in particular, older persons with pre-existing conditions or who reside in institutions — from exposure to the disease.

¹ A/RES/70/1

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division

Analyse de l'activité hospitalière 2018

Focus sur les patients âgés de 80 ans et plus

En 2018, 191 habitants sur 1 000 ont été hospitalisés en France. Ainsi, les 3 300 établissements de santé français ont pris en charge 12,8 millions de patients. Parmi eux, **un patient sur huit était âgé de 80 ans et plus**, soit **1,6 million de patients**. Ce qui représente, pour cette classe d'âge, un taux de recours à l'hospitalisation de 399 patients pour 1 000 habitants en France.

Les analyses présentées dans cette synthèse portent exclusivement sur les hospitalisations et répondent à deux objectifs :

- Décrire les consommations de soins hospitaliers des patients âgés de 80 ans et plus, et leurs évolutions entre les années 2013 et 2018,
- Étudier les parcours de soins hospitaliers des patients âgés de 80 ans et plus, tous champs sanitaires confondus, sur une période de 6 mois, et analyser leurs évolutions au cours du temps.

L'activité hospitalière des établissements se répartit en quatre champs :

- des prises en charge de pathologies aiguës et de courts séjours, dites MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie),
- des hospitalisations à domicile (HAD),
- des soins de suite et de réadaptation (SSR),
- des soins de psychiatrie.

Principaux résultats

Avec l'effet combiné de la croissance démographique et de l'allongement de l'espérance de vie, la part des personnes âgées de 80 ans et plus est passée de 4,8% en 2007 à 6% en 2018. Au sein de l'activité hospitalière la part des patients âgés de 80 ans et plus est passée de 10,3% en 2007 à 12,5% en 2018. Cette croissance n'est pas uniforme sur la période : après une hausse assez régulière jusqu'en 2015, cette évolution est nettement moins rapide depuis 2017.

Un premier rapport de l'ATIH s'était intéressé à la consommation de soins hospitaliers des patients de cette tranche d'âge dans un contexte de forte progressions annuelle entre 2007 et 2010¹. La description des prises en charge des patients âgés de 80 ans et plus a été actualisée dans un contexte de ralentissement de la consommation de soins hospitaliers², sur les données 2018. Au-delà de l'effet démographique, le ralentissement reflète également des modifications dans les modalités de prise en charge de ces patients. Ce phénomène est illustré par la mise en perspective de parcours de soins des patients de 80 ans et plus entre 2013 et 2018.

1 patient sur 8 est âgé de 80 ans et plus à l'hôpital

Les personnes âgées de 80 ans et plus représentent 6% de la population française et 12,5% des personnes hospitalisées en France en 2018. Parmi 3,9 millions de personnes âgées de 80 ans, 1,6 millions ont été hospitalisées au moins une fois en 2018, soit un taux d'hospitalisation de 40%. Ce taux est deux fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population française, qui est de 19%, tous âges confondus.

21% des patients ont une prise en charge combinée en MCO et SSR

Près de 97% des patients âgés de 80 ans et plus sont pris en charge au moins une fois en MCO, dont 21% avec une prise en charge complémentaire en SSR. Cette combinaison est bien plus fréquente que sur l'ensemble de la patientèle (6% tous âge confondus).

En MCO, le motif d'hospitalisation le plus fréquent en nombre de journées d'hospitalisation est les « Affections de l'appareil circulatoire »³, et en SSR les « Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire »⁴. Les motifs de prise en charge principaux en HAD sont les pansements complexes et les soins palliatifs. En psychiatrie les épisodes dépressifs sont les plus fréquents.

En 2018, 188 500 personnes âgées de 80 ans et plus sont décédées lors d'une hospitalisation, soit 11,9% des patients de cette classe d'âge.

Un tiers des patients a recours à une alternative à l'hospitalisation complète

Les alternatives à l'hospitalisation complète sont soit une hospitalisation sans nuitée en MCO (hors séances), soit une hospitalisation à domicile, soit une hospitalisation à temps partiel en SSR ou en psychiatrie. 35% des patients âgés de 80 ans ont eu recours au moins une fois à l'une de ces alternatives en 2018

La prise en charge par un établissement public est plus fréquente en MCO qu'en SSR

Tous champs confondus 60% de l'ensemble des journées d'hospitalisation des patients de cette classe d'âge sont prises en charge par des établissements publics, 24% par des établissements privés commerciaux et 15% par des établissements privés d'intérêt collectif.

Ces proportions varient selon le champ sanitaire : le taux de prise en charge par des établissements publics est de 75% pour les journées d'hospitalisation de MCO et 48% pour les journées de SSR.

1 Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 – Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus, ATIH, 2012 - <https://www.atih.sante.fr/impact-du-vieillessement-de-la-population-sur-lactivite-hospitaliere>

2 Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2018, prévisions 2019 et 2020 (septembre 2019), page 132.

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-SEPT_2019-ACTIVITE%20MCO%20ETABL%20PUBLIC%20DE%20SANTE%202013-2018.pdf

3 Séjours groupés dans la catégorie majeure de diagnostic (CMD) 05

4 Catégorie majeure CM – 08

Les hospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus

En 2018, 1,6 million de patients âgés de 80 ans et plus a été hospitalisé dans un établissement de santé en France, que ce soit en court séjour (MCO), en hospitalisation à domicile (HAD), en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en psychiatrie. Les patients âgés de 80 ans et plus représentent 12,5% des patients hospitalisés, alors que cette tranche d'âge ne représente que 6% de la population française.

Quelle est l'ampleur des hospitalisations chez les personnes âgées ?

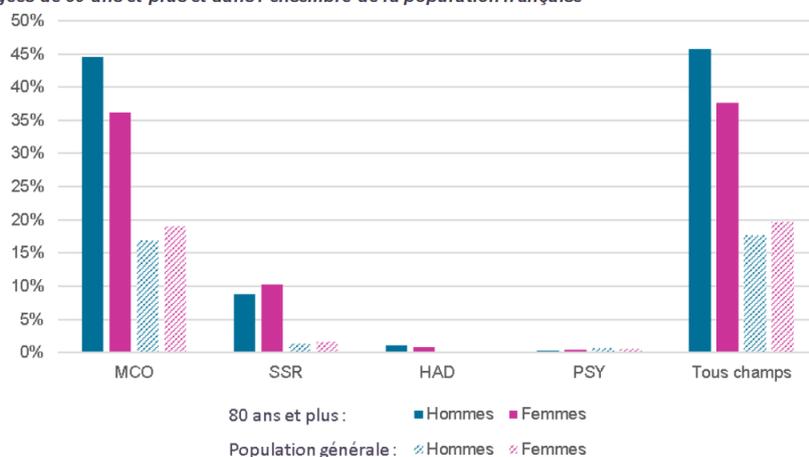
4 personnes âgées sur 10 ont été hospitalisées au moins une fois en 2018

En France, 40% des personnes âgées de 80 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois en 2018. Cette proportion est de 37% dans la population féminine (soit 1,0 million de patientes) et de 45% dans la population masculine (soit 0,6 million de patients).

Le taux d'hospitalisation de cette tranche d'âge est deux fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population française, qui est de 19% tous âges confondus (Figure 1).

Dans l'ensemble de la population française, la proportion de personnes hospitalisées est plus élevée dans la population féminine que masculine, parmi les personnes âgées de 80 ans et plus c'est le phénomène inverse qui est observé : la proportion des personnes hospitalisées est plus importante dans la population masculine.

Figure 1 : Taux d'hospitalisation pour 100 habitants par champs d'activité et par sexe chez les personnes âgées de 80 ans et plus et dans l'ensemble de la population française



Tous champs sanitaires confondus, l'âge moyen de ces patients est de 86 ans (85,3 ans pour les hommes et 86,5 ans pour les femmes). La moyenne d'âge des patients est de 84 ans en psychiatrie (hommes et femmes), 86 ans en MCO (85,3 ans pour les hommes et 86,5 ans pour les femmes) et SSR (85,6 ans pour les hommes et 86,7 ans pour les femmes), et 88 ans en HAD (86,3 ans pour les hommes et 88,6 ans pour les femmes).

Chaque jour, 26 personnes âgées sur 1 000 sont en cours d'hospitalisation

En 2018, chaque patient de 80 ans et plus hospitalisé l'a été en moyenne 23 jours dans l'année, tous champs sanitaires confondus, ce qui représente près de 37 millions de journées d'hospitalisation réalisées par les établissements de santé en France.

Le nombre quotidien de patients âgés en cours d'hospitalisation dans un établissement de santé est de l'ordre de 100 000 en 2018 répartis par champ de la façon suivante : environ 53 000 patients en MCO, 41 000 en SSR, 5 000 en HAD et 2 000 en psychiatrie.

Rapporté à la population française âgée de 80 ans et plus, cela signifie donc qu'en moyenne, 26 personnes pour 1 000 habitants ont été chaque jour en cours d'hospitalisation durant l'année 2018. Par comparaison, le nombre moyen de personnes en cours d'hospitalisation par jour, tous âges confondus, est de 6 pour 1 000 habitants.

Si, sur l'année, la durée moyenne des prises en charge des patients âgés de 80 ans et plus est plus élevée que pour l'ensemble des tranches d'âge, cela s'observe surtout en MCO (12,6 jours pour les 80 ans et plus, versus 6,3 jours tous âges confondus). En revanche, elle est assez comparable en SSR (39,3 jours versus 36,4 jours) et en HAD (48,2 jours versus 45,3 jours) et plus courte en psychiatrie (42,6 jours versus 55,8 jours).

La durée moyenne de prise en charge sur l'année reflète à la fois le nombre d'hospitalisations et la durée moyenne de chaque prise en charge : les patients âgés hospitalisés l'ont été en moyenne 1,8 fois en MCO en 2018, pour une durée moyenne de séjour de 7 jours. En SSR, les patients âgés hospitalisés ont eu en moyenne 1,3 hospitalisation dans l'année pour une durée moyenne de séjour de 31 jours. En HAD, le nombre moyen d'hospitalisation a été de 1,5 pour une durée moyenne de 32 jours. En psychiatrie les patients âgés hospitalisés l'ont été 1,5 fois dans l'année pour une durée moyenne de séjour de 29 jours.

Annexe 3 : Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées, Haute Autorité de Santé 2017

Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées

COMMUNIQUÉ DE PRESSE - Mis en ligne le 27 oct. 2017

27 octobre 2017

En France, près de 3 millions de personnes âgées de 70 ans et plus sont hospitalisées une ou plusieurs fois chaque année. Or l'hospitalisation constitue pour elles une étape critique qui les expose à un risque de perte d'autonomie. La Haute Autorité de Santé (HAS) publie deux documents pour aider les équipes hospitalières à mieux s'organiser en vue de répondre aux besoins spécifiques des patients âgés hospitalisés : l'une en coproduction avec le Conseil national des professionnels de gériatrie (CNPG) et l'autre avec la Société française de chirurgie orthopédique et traumatique (SOFOT) et la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG).

En France, les personnes âgées de 70 ans et plus représentent 29 % des séjours hospitaliers en services de soins aigus, soit près de 5,4 millions de séjours. L'hospitalisation est souvent pour ces patients une étape critique dans leur parcours de vie. Ces dernières années, la HAS a produit différents travaux pour améliorer leur prise en charge en ville comme à l'hôpital. Elle a notamment émis des recommandations pour mieux prendre en charge les personnes âgées polypathologiques et/ou fragiles en soins primaires ou pour réduire leurs risques d'hospitalisation et de réhospitalisation.

C'est dans ce contexte qu'elle publie aujourd'hui de nouveaux travaux sur la prise en charge hospitalière des patients âgés. L'un porte sur la réduction de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. L'autre, plus spécifique, a pour objet l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées hospitalisées pour une fracture de la hanche. Objectif : aider les établissements à s'organiser et les professionnels à adapter leurs pratiques pour diminuer la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées.

La perte d'autonomie liée à l'hospitalisation est en partie évitable si on adapte les soins et l'environnement hospitaliers aux besoins spécifiques des patients âgés

Lors d'une hospitalisation, une personne âgée peut perdre ses capacités à réaliser seule certaines activités de base de la vie quotidienne comme se lever, marcher, s'habiller, manger.

Cette perte d'autonomie qui survient durant l'hospitalisation peut être due à plusieurs facteurs intriqués : certains sont liés au patient (sa pathologie et son état de santé avant l'hospitalisation) ; d'autres sont liés aux modalités de soins et à l'environnement hospitaliers. A propos de ces derniers, on parle de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, un phénomène en grande partie évitable qui concerne près de 10 % des personnes hospitalisées.

Le travail de la HAS, mené en coproduction avec le CNPG, s'appuie sur l'analyse de la littérature pour préconiser la mise en place d'actions d'amélioration dans les services hospitaliers recevant des personnes âgées. Concrètement, il s'agit de dépister, de prévenir, suivre et de traiter les 6 causes principales de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments. Des actions simples et de bon sens sont recommandées, telles que favoriser la mobilité du patient, éviter les périodes de jeûne injustifiées, réévaluer l'utilité des différents traitements médicamenteux.

Ces recommandations remettent parfois en cause des pratiques réalisées en routine, et nécessitent d'accompagner le personnel dans un changement des pratiques à tous les niveaux de l'organisation hospitalière administrative, médicale et paramédicale.

La fracture de la hanche : opérer rapidement avec une organisation orthogériatrique pour améliorer le pronostic

La fracture de la hanche au sein de la population âgée est fréquente avec 50 000 cas par an chez les femmes et 16 000 chez les hommes. Elle est cause de perte d'autonomie, d'entrée en institution, de complications et de décès : 10 à 30% des patients deviennent dépendants, 25 % entrent en Ehpad^[1] et 20 à 24 % décèdent dans l'année.

Dans son travail mené en coproduction avec la SOFCOT et la SFGG, la HAS a évalué le parcours de soins actuel de la personne âgée victime d'une fracture de la hanche, depuis le service des urgences jusqu'à son retour à domicile. C'est sur cette base qu'elle émet des recommandations dans l'objectif d'améliorer le pronostic.

En pratique, c'est la mise en place d'une organisation orthogériatrique au sein de l'hôpital qui est préconisée, afin de répondre aux besoins spécifiques de ces patients âgés hospitalisés et permettre de réduire le délai opératoire à moins de 48 heures, ce délai constituant l'un des principaux facteurs de surmortalité. La HAS recommande aussi une mobilisation et une rééducation précoces, poursuivies à domicile, et la prévention d'une seconde fracture de la hanche par un traitement de l'ostéoporose et des actions d'amélioration pour réduire les risques de chute.

Chapitre 16

Hémorragies digestives

1. Sémiologie
2. Exploration d'une hémorragie digestive
3. Points importants de la prise en charge
4. Principales causes d'hémorragie digestive

Sémiologie

Une hémorragie digestive se définit par un saignement, actif ou ayant cédé, dont l'origine se situe dans l'appareil digestif (tube digestif principalement, et exceptionnellement voies biliaires ou pancréatiques). Il convient d'écarter d'emblée tout diagnostic différentiel : crachat sanglant (hémoptysie), saignement nasal (épistaxis) dégluti puis vomé, ou saignement gynécologique. On distingue les hémorragies digestives hautes, dont l'origine se situe en amont de l'angle duodénojéjunal, des hémorragies digestives basses dont l'origine est en aval.

Hématémèse

L'hématémèse est une hémorragie extériorisée par vomissements. Elle est le signe d'une hémorragie digestive haute.

Méléna

Le méléna (ou méléna) est l'émission par l'anus de sang digéré noir et fétide. L'origine de l'hémorragie est alors en règle générale située en amont de l'angle colique droit.

Rectorragie ou hématochézie

Une rectorragie ou hématochézie est l'émission par l'anus de sang rouge vif non digéré. Elle est en règle générale le signe d'une hémorragie digestive basse. Cependant, en cas d'hémorragie digestive haute massive, le sang peut arriver à l'anus non digéré et donc rouge.

Pour désigner l'émission de sang rouge par l'anus, le terme « rectorragie » est le plus utilisé, mais souvent de façon impropre, car, d'un point de vue étymologique, l'usage du terme rectorragie devrait être restreint aux saignements d'origine rectale. Le terme « hématochézie » est approprié, mais peu utilisé.

Annexe 5 : Score de Charlson modifié, Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol.* 15 mars 2011;173(6):676-82.

Table 2. Risk-Adjusted Hazard Ratio for Mortality Within 1 Year After Hospital Discharge Among 55,929 Patients Aged ≥ 18 Years, Calgary, Alberta, Canada, 2004

Variable	Hazard Ratio	Updated Weight	Charlson Weight
Male sex	1.28		
Age ≥ 65 years	4.40		
Charlson comorbidity ^a			
Myocardial infarction	0.99*	0	1
Congestive heart failure	1.91	2	1
Peripheral vascular disease	1.10*	0	1
Cerebrovascular disease	1.10*	0	1
Dementia	2.39	2	1
Chronic pulmonary disease	1.28	1	1
Rheumatologic disease	1.30	1	1
Peptic ulcer disease	1.08*	0	1
Mild liver disease	1.94	2	1
Diabetes without chronic complications	1.12*	0	1
Diabetes with chronic complications	1.22	1	2
Hemiplegia or paraplegia	2.26	2	2
Renal disease	1.43	1	2
Any malignancy, including leukemia and lymphoma	2.28	2	2
Moderate or severe liver disease	3.83	4	3
Metastatic solid tumor	6.01	6	6
AIDS/HIV	3.69	4	6
Maximum comorbidity score		24	29

Abbreviations: AIDS, acquired immunodeficiency syndrome; HIV, human immunodeficiency virus.

* $P > 0.05$.

^a The following comorbid conditions were mutually exclusive: diabetes with chronic complications and diabetes without chronic complications; mild liver disease and moderate or severe liver disease; and any malignancy and metastatic solid tumor.

Annexe 6 : GIR (Groupe Iso-ressources), grille nationale AGGIR, Légifrance

Les activités analysées dans le modèle AGGIR

Le modèle AGGIR comporte 10 variables d'activité corporelle et mentale (dites discriminantes) et 7 variables d'activité domestique et sociale (dites illustratives) :

Corporelle et mentale :	Domestique et sociale :			
1. Cohérence	1. Gestion	A	fait seul	spontanément,
2. Orientation	2. Cuisine			et totalement,
3. Toilette	3. Ménage			et habituellement,
4. Habillage	4. Transports			et correctement.
5. Alimentation	5. Achats	C	ne fait pas seul	ni spontanément,
6. Elimination urinaire et fécale	6. Suivi du traitement			ni totalement,
7. Transferts	7. Activités du temps libre			ni habituellement,
8. Déplacements à l'intérieur				ni correctement.
9; Déplacements à l'extérieur		B	fait seul	non spontanément,
10. Alerter				et/ou partiellement,
				et/ou non habituellement,
				et/ou non correctement
		(Sous réserve de la modalité C).		

Certaines variables comme la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination l'orientation et la cohérence sont codées sur plusieurs "sous-variables" (toilette du haut et toilette de bas par exemple, ces deux activités nécessitant des capacités mentales, motrices et fonctionnelles sensiblement différentes). Dans ces cas, les règles spécifiques à appliquer sont indiquées pour chaque variable.

L'utilisation du modèle implique, en établissements comme à domicile, que l'ensemble des dix-sept activités soit évalué.

Comment coder le modèle AGGIR :

1/ L'observation porte sur les activités effectuées par la personne seule, en excluant ce que font les "aidants" et les soignants (il faut en effet bien distinguer ce que fait la personne âgée et ce que font l'entourage et les professionnels).

En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie intégrante de la personne : lunettes, prothèse auditive, fauteuil roulant, poche de colostomie, etc.... Par exemple : une personne amputée des deux jambes, dont les transferts sont assurés, qui se déplace avec un fauteuil roulant en tous lieux, dans un environnement adapté, n'aura aucune difficulté pour les déplacements à la condition que ces déplacements répondent aux critères définis plus loin.

2/ A chaque variable peuvent correspondre trois modalités :

Pour chacune des variables et sous variables il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité, puis seulement dans un deuxième temps, en fonction de la réponse aux adverbes, de coder la variable par A, B ou C.

Les groupes iso-ressources, qui déterminent des besoins en soins de base, sont calculés à partir des huit premières variables d'activités corporelles et mentales (variables dites discriminantes) énumérées dans la grille AGGIR, les deux dernières évaluant l'isolement et le confinement d'une personne à son domicile.

Il existe six groupes iso-ressources ou GIR (calculés par un algorithme complexe nécessitant le recours à l'informatique) :

- Le GIR 1 comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

- Le GIR 2 est composé essentiellement de deux sous-groupes :

d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les "grabataires lucides") et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;

d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les "déments perturbateurs") ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

- Le GIR 3 regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.

- Le GIR 4 comprend deux sous-groupes essentiels :

d'une part, des personnes n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules.

d'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assurant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part).

- Le GIR 5 est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



