



# Quoi de neuf en gériatrie, Revue de la littérature

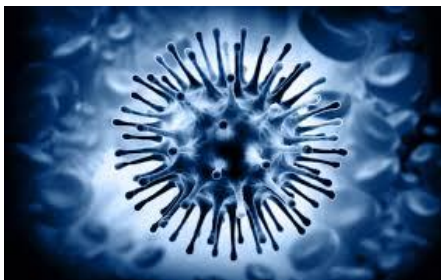
12<sup>emes</sup> Journées scientifiques de  
l'hôpital Broca. Paris, septembre 2025  
Pr Philippe Chassagne

ORIGINAL ARTICLE

# Reduction of Antihypertensive Treatment in Nursing Home Residents

Athanase Benetos, M.D., Ph.D.,<sup>1,2</sup> Sylvie Gautier, M.D.,<sup>1,2</sup> Anne Freminet, M.S.N.,<sup>1</sup>  
Alice Metz, M.S.N.,<sup>1</sup> Carlos Labat, B.Sc.,<sup>2</sup> Ioannis Georgiopoulos, M.D.,<sup>1</sup>  
François Bertin-Hugault, M.D.,<sup>3</sup> Jean-Baptiste Beuscart, M.D., Ph.D.,<sup>4</sup>  
Olivier Hanon, M.D., Ph.D.,<sup>5</sup> Patrick Karcher, M.D.,<sup>6</sup>  
Patrick Manckoundia, M.D., Ph.D.,<sup>7</sup> Jean-Luc Novella, M.D., Ph.D.,<sup>8</sup>  
Abdourahmane Diallo, Ph.D.,<sup>9</sup> Eric Vicaut, M.D., Ph.D.,<sup>9</sup>  
and Patrick Rossignol, M.D., Ph.D.,<sup>10,11</sup> for the RETREAT-FRAIL Study Group\*

**Merci pour votre attention**



*Journal of the American Geriatrics Society*

**Journal of the  
American Geriatrics Society**

*Journal of the American Geriatrics Society*, 2025; 73:1498–1505  
<https://doi.org/10.1111/jgs.19392>

**CLINICAL INVESTIGATION** **OPEN ACCESS**

# The Effect of Influenza Vaccination on Hospitalization and Mortality Among People With Dementia

Andreas Moses Appel<sup>1</sup>  | Christina Jensen-Dahm<sup>1</sup>  | Thomas Munk Laursen<sup>2</sup>  | Gunhild Waldemar<sup>1,3</sup>  | Janet Janbek<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Danish Dementia Research Centre, Department of Neurology, Copenhagen University Hospital – Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark | <sup>2</sup>National Centre for Register Based-Research, Department of Economics and Business Economics, Aarhus BSS, Aarhus University, Aarhus, Denmark | <sup>3</sup>Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

# Maladie d'Alzheimer et grippe

- Transferts hospitaliers, surmortalité en cas d'insuffisance respiratoire aiguë
- Vaccination dans cette population peu étudiée (rythme de revaccination mal documenté)
- Grippe 2024 -2025 (S 49 à S 8) :
  - 29 100 hospitalisations dont 60 % chez des personnes âgées de 65 ans et plus
  - 14 100 décès estimés soient 7,3 % des décès recensés en France

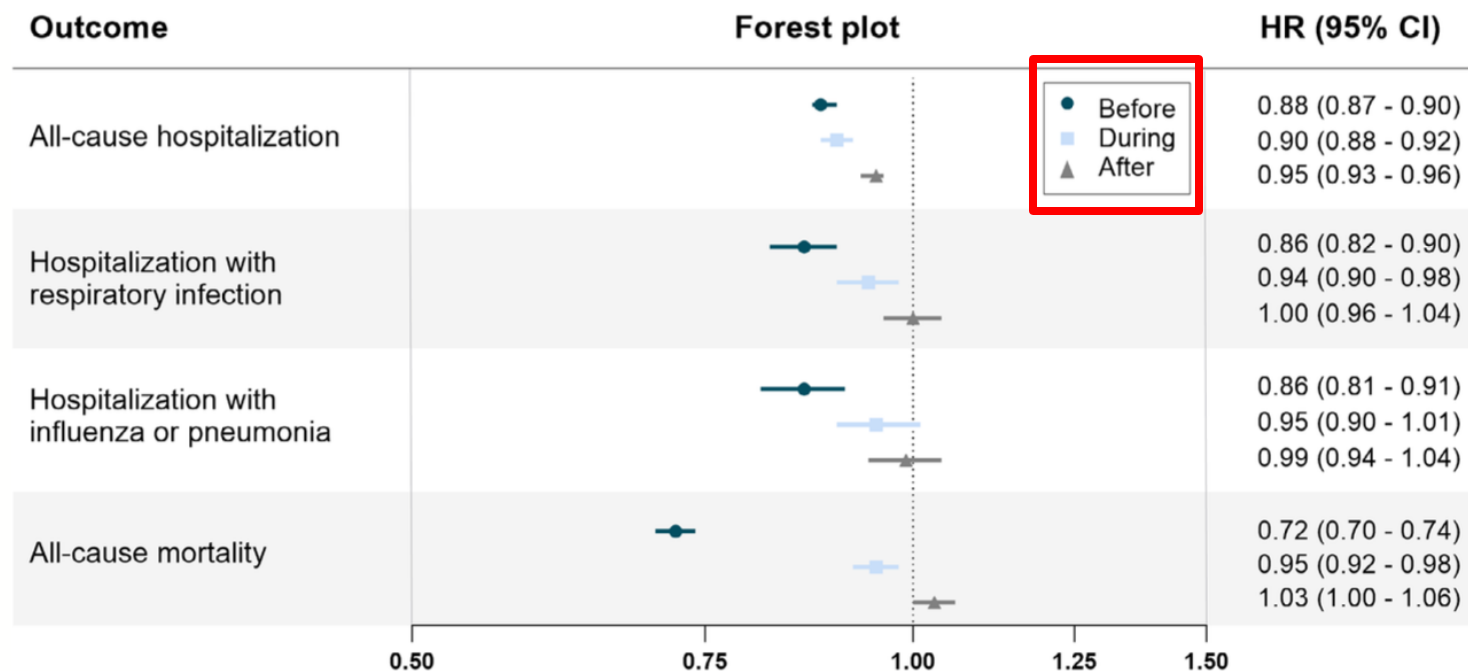
# Méthodes

- Registre, Danemark, cohorte communautaire (2002), PA  $\geq 65$  ans, MA incidente,
- 134 002 participants dont 87 % étaient âgés de 75 ans ou plus (41 %  $\geq 85$  ans)
- Critères de jugement :
  - hospitalisations toute cause ou « maladie respiratoire aiguë » ou « grippe » ou « pneumopathie »
  - Décès
  - Statut vaccinal (base de données nationales) en répartissant en 2 groupes (vaccin ou pas), annuel ou non (pré, pendant ou après l'épisode épidémique), sous-analyse des résidents d'EHPAD

**TABLE 2** | Hazard ratios for vaccinated compared to unvaccinated among people with dementia.

|                                             |                  | Model 1 <sup>a</sup> |           | Model 2 <sup>b</sup> |           | Model 3 <sup>c</sup> |           |
|---------------------------------------------|------------------|----------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|-----------|
|                                             | Number of events | HR                   | 95% CI    | HR                   | 95% CI    | HR                   | 95% CI    |
| All-cause hospitalization                   |                  |                      |           |                      |           |                      |           |
| Unvaccinated (ref)                          | 224,644          | 1                    |           | 1                    |           | 1                    |           |
| Vaccinated                                  | 154,296          | 0.95                 | 0.95–0.96 | 0.95                 | 0.94–0.96 | 0.90                 | 0.89–0.91 |
| Hospitalization with respiratory infection  |                  |                      |           |                      |           |                      |           |
| Unvaccinated (ref)                          | 26,287           | 1                    |           | 1                    |           | 1                    |           |
| Vaccinated                                  | 20,439           | 1.00                 | 0.98–1.02 | 1.00                 | 0.98–1.02 | 0.91                 | 0.89–0.93 |
| Hospitalization with influenza or pneumonia |                  |                      |           |                      |           |                      |           |
| Unvaccinated (ref)                          | 18,080           | 1                    |           | 1                    |           | 1                    |           |
| Vaccinated                                  | 13,792           | 0.98                 | 0.95–1.00 | 0.98                 | 0.95–1.00 | 0.91                 | 0.89–0.93 |
| All-cause mortality                         |                  |                      |           |                      |           |                      |           |
| Unvaccinated (ref)                          | 61,747           | 1                    |           | 1                    |           | 1                    |           |
| Vaccinated                                  | 43,461           | 0.95                 | 0.94–0.96 | 0.95                 | 0.94–0.96 | 0.91                 | 0.90–0.92 |

<sup>a</sup>Adjusted for age, calendar year, and sex.<sup>b</sup>Model 1 + adjusted for educational attainment.<sup>c</sup>Model 2 + adjusted for comorbidities, general practitioner visits and hospitalization with influenza or pneumonia in the past 12 months.



**FIGURE 3** | Hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals (CI) of outcomes for vaccinated compared to unvaccinated individuals before, during and after the influenza season—among people with dementia. HRs were adjusted for age, calendar year, sex, educational attainment, comorbidities, and general practitioner visits and hospitalization with influenza or pneumonia in the past 12 months.

# Commentaires

- Réduction de 12 % du nb d'hospitalisations (avec ou sans pathologie respiratoire) et du taux de décès avec la vaccination antigrippale chez des malades âgés avec une MA (identiques aux données de la population générale)
- Le risque de décès chez les personnes vaccinées :
  - de la population communautaire est inférieur (HR : 0,76)
  - des résidents d'EHPAD est inférieur (HR : 0,85) ainsi que le nb d'hospitalisations dans des proportions identiques (hypothèse : moins de transferts volontaires)
- Une vaccination précoce reste la meilleure prévention (après c'est trop tard...)



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

## Joint Bone Spine

journal homepage: [www.elsevier.com](https://www.elsevier.com)



### Review

## Daily or intermittent vitamin D supplementation in patients with or at risk of osteoporosis: Position statement from the GRIO



Marie-Eva Pickering<sup>a,\*</sup>, Jean-Claude Souberbielle<sup>b</sup>, Anne Boutten<sup>c</sup>, Véronique Breuil<sup>d,e</sup>, Karine Briot<sup>f</sup>, Roland Chapurlat<sup>g</sup>, Patrice Fardellone<sup>h</sup>, Rose-Marie Javier<sup>i</sup>, Eugénie Koumakis<sup>j</sup>, Bernard Cortet<sup>k</sup>, in name of Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO)

# Supplémentation en vitamine D

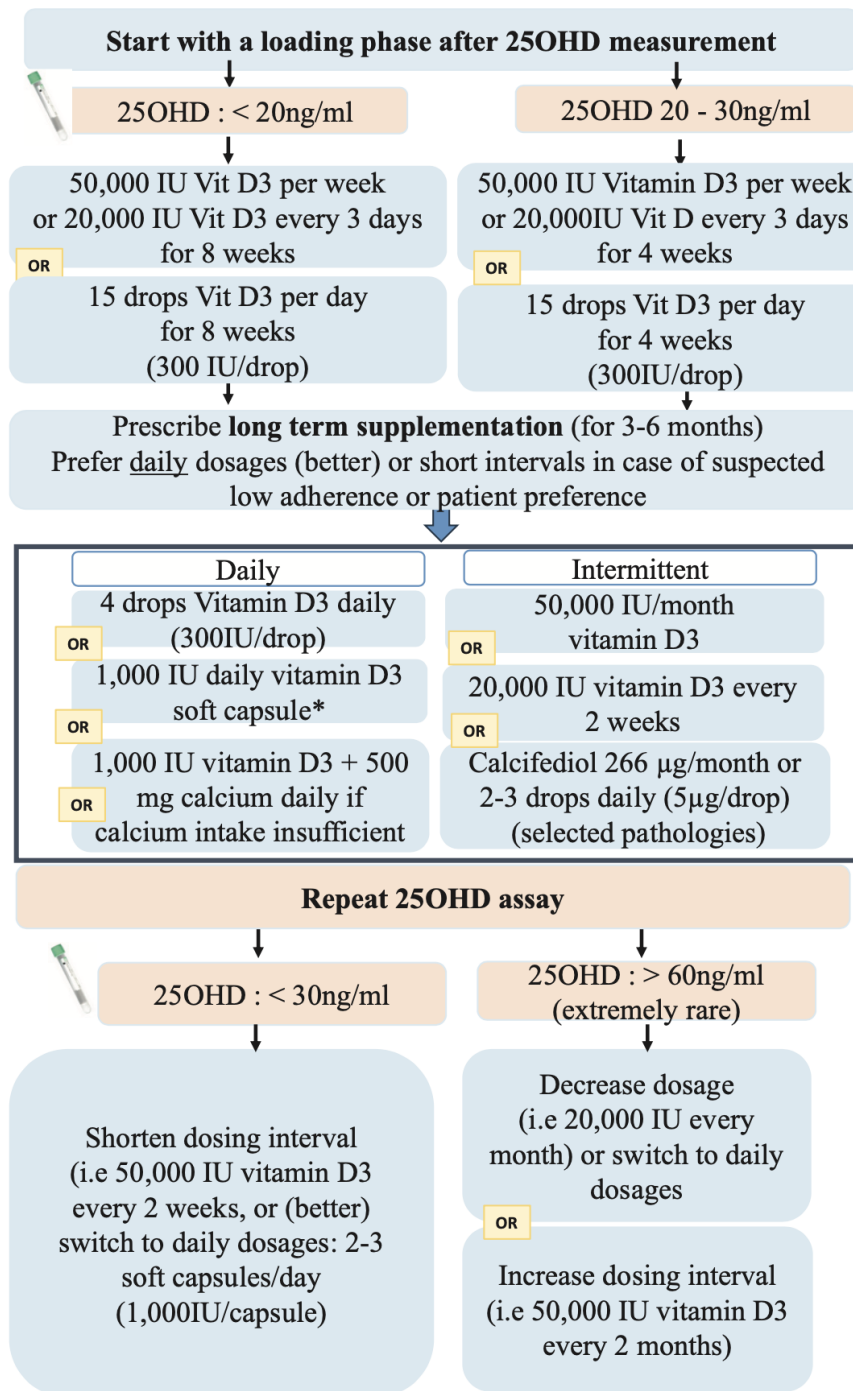
- Supplémentation guidée par le dosage de Calcidiol (25 OH Vit D 3) avant et lors de la titration, cible  $\geq 30$  ng/ml (prévention OP)
- Carence (Calcidiol : 10-12 ng/ml) ou insuffisance de 20 à 50 ng/ml
- Le Top : Calcium et vitamine D <sup>(1)</sup>, méta-analyse (49 282 participants , réduction de 6 % de la fréquence des fractures et de 16 % des FESF)

# Supplémentation séquentielle

- Efficacité inférieure à l'administration quotidienne (1000 à 3000 UI) mais aucune étude RCT
- Doses massives (500 000 UI annuelle) : plus de chutes et de fractures <sup>(1)</sup> confirmation (pas de réduction fracturaire et augmentation du nb de chutes) dans une méta-analyse <sup>(2)</sup>
- Deux limites au ttt quotidien : galénique et dosage et hypothétique adhérence

<sup>1</sup> Sanders JM Jama 2010

<sup>2</sup> Myung SK Osteoporos Int 2023





JAMDA

journal homepage: [www.jamda.com](http://www.jamda.com)



## Review Article

# Risk Factors for Falls in Community-Dwelling Older Adults: An Umbrella Review

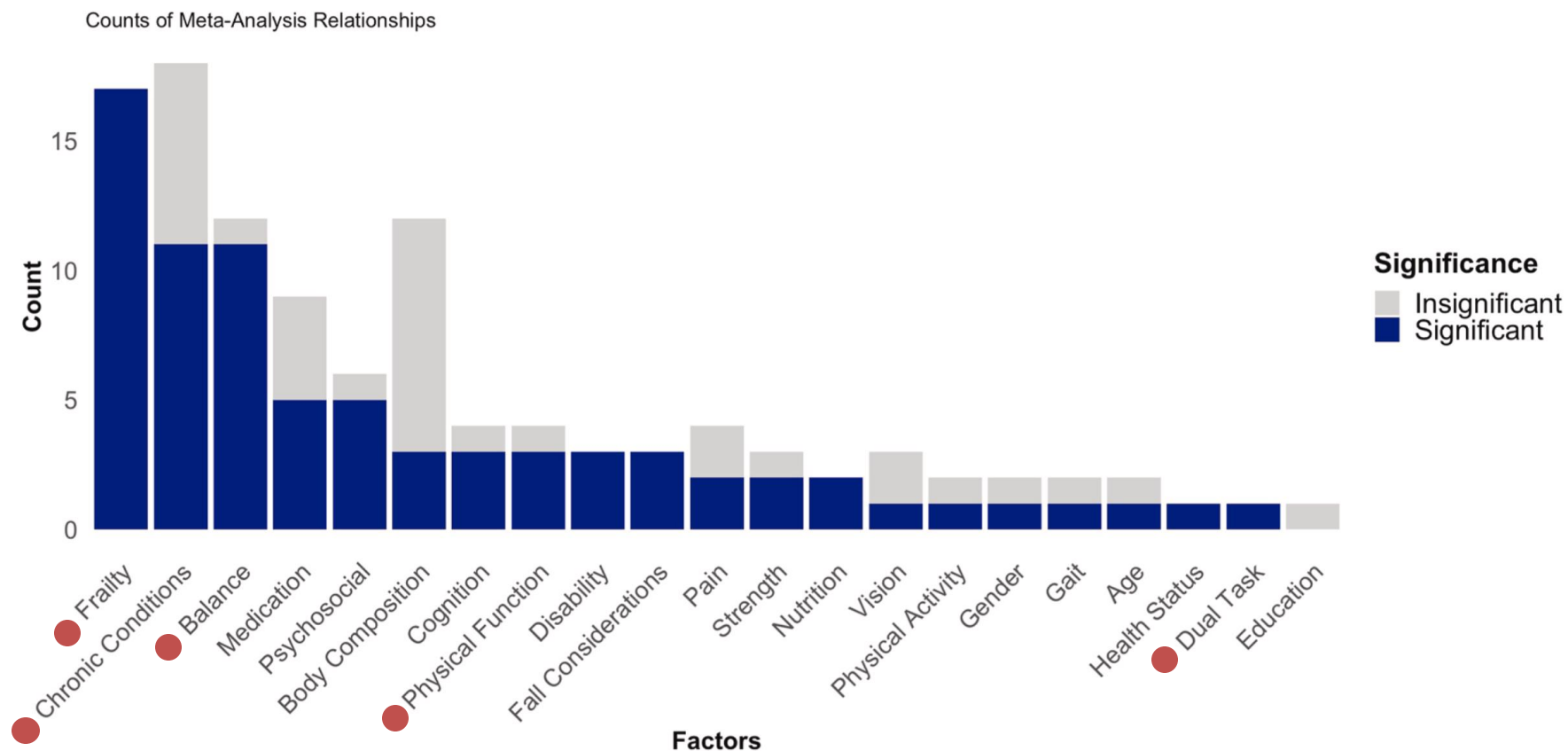


Stephanie Saunders MScPT, Cassandra D'Amore PhD, Quikui Hao MD,  
Nabil Abd El-Moneim MScPT, Julie Richardson PhD, PT, Ayse Kuspinar PhD, PT,  
Marla Beauchamp PhD, PT\*

*School of Rehabilitation Sciences, Faculty of Health Sciences, McMaster University, Hamilton, ON, Canada*

# Méthodes

- Etudes centrées sur la population communautaire âgée de plus de 60 ans, 8 173 études prospectives sélectionnées dont 57 retenues (Cochrane, Prospéro) analysant **29 facteurs de risque de chutes**
- Donc nombre très important de stratégies thérapeutiques préventives et de combinaisons
- Classement des études les plus robustes (statistiques) et des actions les plus étudiées (études randomisées)



**Fig. 2.** Counts of meta-analysis relationships predicting any fall.

● Significatif  $\geq 60\%$



JAMA Internal Medicine | [Original Investigation](#)

# Thick Liquids and Clinical Outcomes in Hospitalized Patients With Alzheimer Disease and Related Dementias and Dysphagia

Alexander Makhnevich, MD; Alexandra Perrin, BA; Dristi Talukder, BS; Yan Liu, PhD; Stephanie Izard, MPH; Codruta Chiuhan, PhD; Stefani D'Angelo, MS; Rebecca Affoo, SLP, PhD; Nicole Rogus-Pulia, PhD, CCC-SLP; Liron Sinvani, MD

*JAMA Intern Med.* 2024;184(7):778-785. doi:[10.1001/jamainternmed.2024.0736](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0736)  
Published online May 6, 2024.

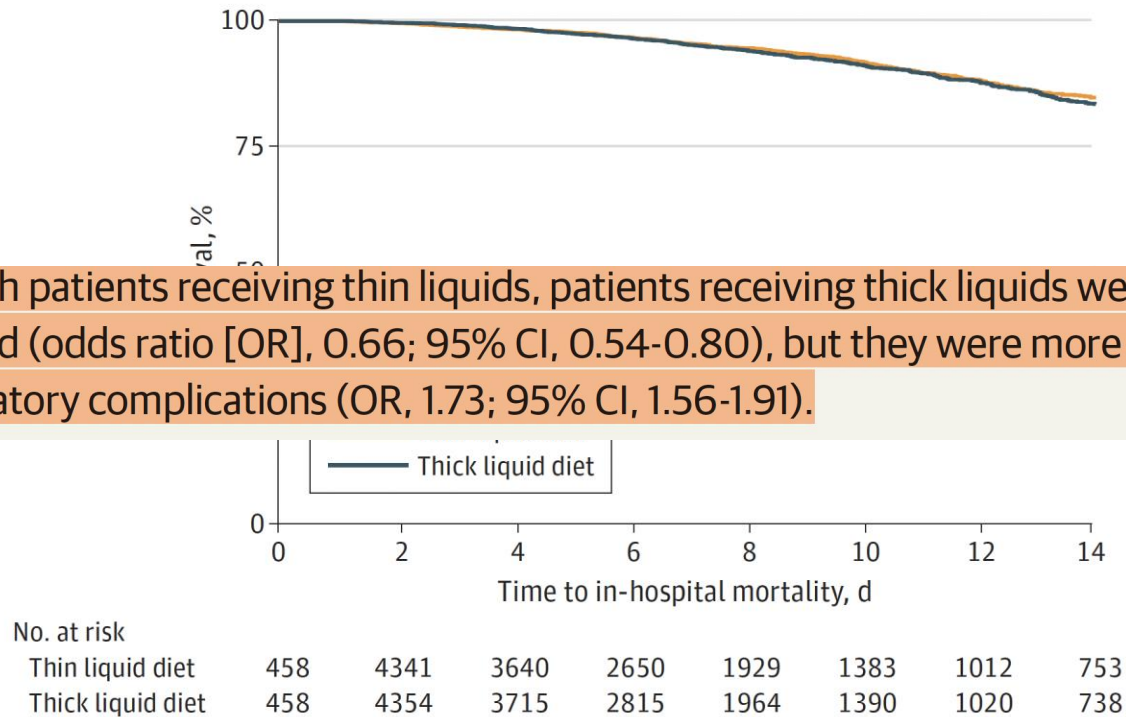
# MA (Sd apparentés) et déglutition

- 86% des personnes âgées avec TNCM hospitalisées ont des troubles de déglutition qui altèrent l'efficacité (dénutrition, déshydratation) et surtout la sécurité (inhalation, infection, décès)
- La réponse : adaptation des textures alimentaires (solides) et des liquides (épaississants) et positionnement pendant les repas, l'adhésion des malades et de leurs proches à ces mesures de compensation est médiocre à court terme
- Niveau de preuve lors d'une VFS : réduction des inhalations avec solutions épaissies

# Méthodes

- Etude rétrospective, 11 hôpitaux (NY), 8 516 malades hospitalisés (90 %  $\geq$  75 ans) ayant un TNCM et des Td de déglutition identifiés (3 Ozz ou orthophonie ou algorithme sans dépistage standardisé) au cours des premières 24 heures du séjour
- 2 groupes (score de propension) avec texture alimentaire libre (nle, mixée ou purée) mais distincts par la nature des liquides (épaissis ou non au moins pour 70 % des volumes)
- Critères de jugement :
  - principal : décès dans les 14 jours
  - secondaires : complications respiratoires, détresse respiratoire et ventilation mécanique, durée de séjour

Figure 2. Kaplan-Meier Survival Estimates According to Thick or Thin Liquid Diet for the First 14 Days Only



Compared with patients receiving thin liquids, patients receiving thick liquids were less likely to be intubated (odds ratio [OR], 0.66; 95% CI, 0.54-0.80), but they were more likely to have respiratory complications (OR, 1.73; 95% CI, 1.56-1.91).

# Commentaires (très personnels)

- Dépistage des troubles de déglutition (VVST <sup>1</sup>)
- Positionnement, verre échancrure nasale et non canard
- Epaississant : essai et adhésion et réévaluation du malade
- Dans les états avancés sévères de TNCM « on peut ne pas poursuivre » et s'interroger sur la poursuite à long terme de cette mesure de compensation et reconsidérer les médicaments « indispensables »
- Privilégier l'hydratation : hypodermoclyse

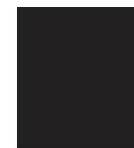


ESC HEART FAILURE

*ESC Heart Failure* (2025)

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/ehf2.15218

ORIGINAL ARTICLE



# The efficacy and safety of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors in patients aged over 80 years with heart failure

Kenji Nakano<sup>1</sup> , Kenji Kanenawa<sup>1\*</sup> , Akihiro Isotani<sup>1</sup>, Takashi Morinaga<sup>1</sup>, Kaori Yamamoto<sup>2</sup>, Norihisa Miyawaki<sup>1</sup>, Euihong Ko<sup>1</sup>, Miho Nakamura<sup>1</sup>, Yuichi Tanaka<sup>1</sup>, Kenichi Ishizu<sup>1</sup>, Toru Morofuji<sup>1</sup>, Masaomi Hayashi<sup>1</sup>, Masato Fukunaga<sup>1</sup>, Makoto Hyodo<sup>1</sup>, Shinichi Shirai<sup>1</sup> and Kenji Ando<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Cardiology, Kokura Memorial Hospital, Kitakyushu, Japan; and <sup>2</sup>Department of Medical Information Management Section, Kokura Memorial Hospital, Kitakyushu, Japan

# SGLT2 i : l'outil de prévention universel (1)

- AMM : diabète, insuffisance cardiaque (FES préservée ou diminuée), Maladie Rénale Chronique (MRC)

**Figure 1 : Fonction du transporteur SGLT2 et conséquences de son inhibition pharmacologique**

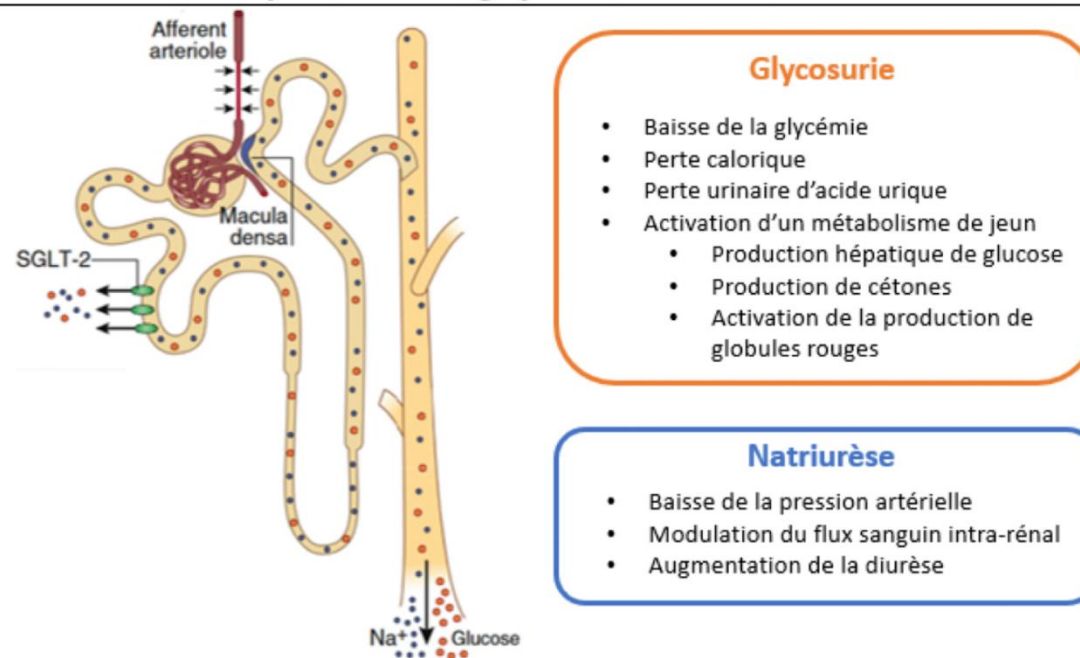


Schéma extrait de Cherney DZ, et al, JACC, 2019

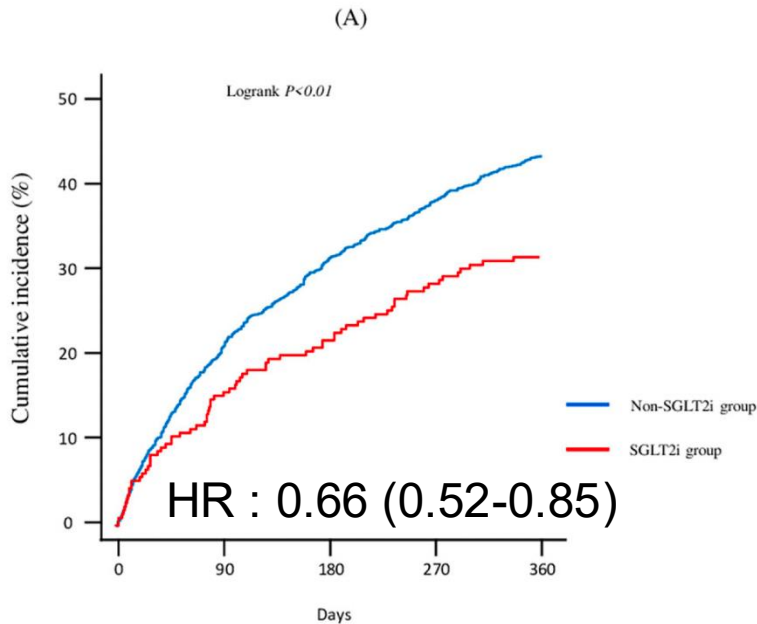
# **SGLT2 i (Gliflozines) : l'outil de prévention universel (2)**

- Effets secondaires associés : infection urinaire et génitale, sarcopénie et perte de poids, ostéoporose (risque très modéré)
- Etudes pivotales réalisées dans des populations jeunes et ayant peu de syndromes gériatriques
- But : analyse rétrospective longitudinale dans une population âgée « real setting » de l'efficacité et de la tolérance de cette classe de médicaments

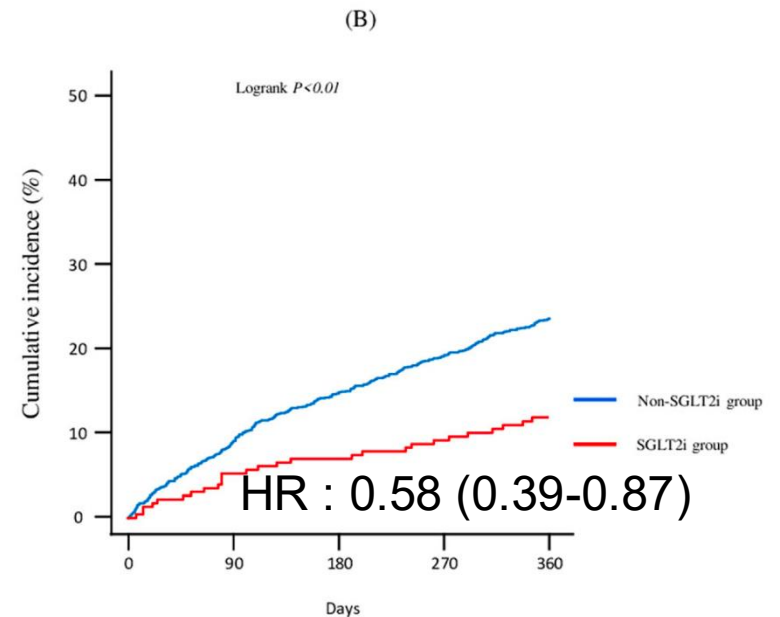
# Méthodes

- 1 559 malades  $\geq 80$  ans avec IC et un passé d'hospitalisations
- 2 groupes : n = 233 avec SGLT2 i (20 % recevaient déjà le médicament) et 1 326 sujets contrôles, suivis pendant 12 mois (date index premier séjour)
- Critère composite d'efficacité : décès (tte cause) ou ré-hospitalisations pour IC instable
- Evaluation de la tolérance (sécurité) : hospitalisation pour AVC ou déshydratation ou Infection urinaire (non génitale)
- Analyse Post-hoc selon le risque de dénutrition (GNRI) et de fragilité

**Figure 2** Kaplan–Meier curves for (A) composite outcome, (B) all-cause death and (C) heart failure hospitalization in the non-SGLT2i and SGLT2i groups. Follow-up was censored for 1 year. SGLT2, sodium-glucose cotransporter 2; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor.

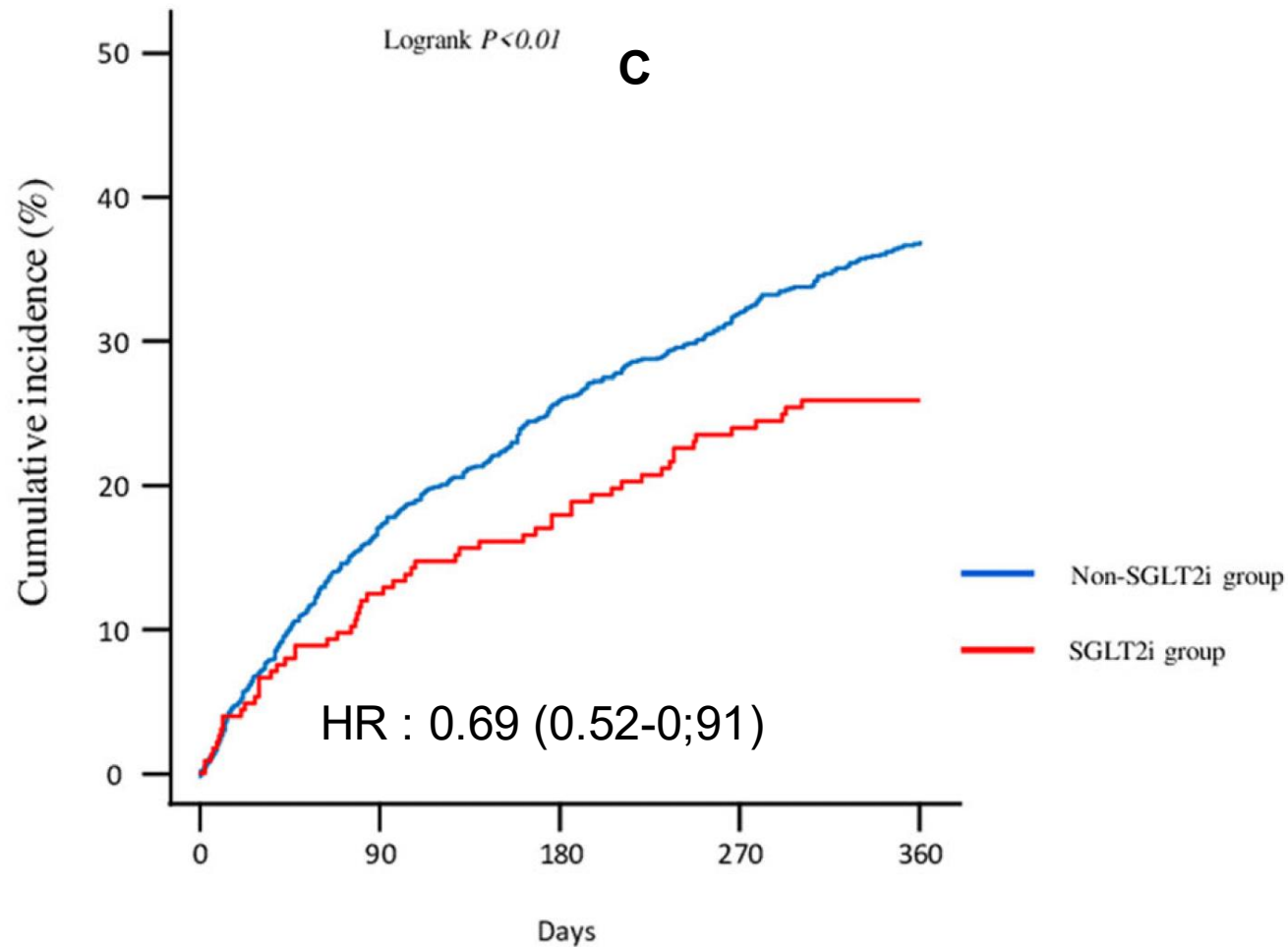


|                  | 0     | 90         | 180        | 270        | 360        | Days            |
|------------------|-------|------------|------------|------------|------------|-----------------|
| Non-SGLT2i group | 0 (0) | 298 (22.8) | 444 (34.1) | 539 (41.5) | 612 (47.3) | N of events (%) |
|                  | 1313  | 1006       | 854        | 746        | 666        | N at risk       |
| SGLT2i group     | 0 (0) | 35 (15.3)  | 50 (21.9)  | 65 (28.5)  | 72 (31.6)  | N of events (%) |
|                  | 230   | 195        | 179        | 161        | 149        | N at risk       |



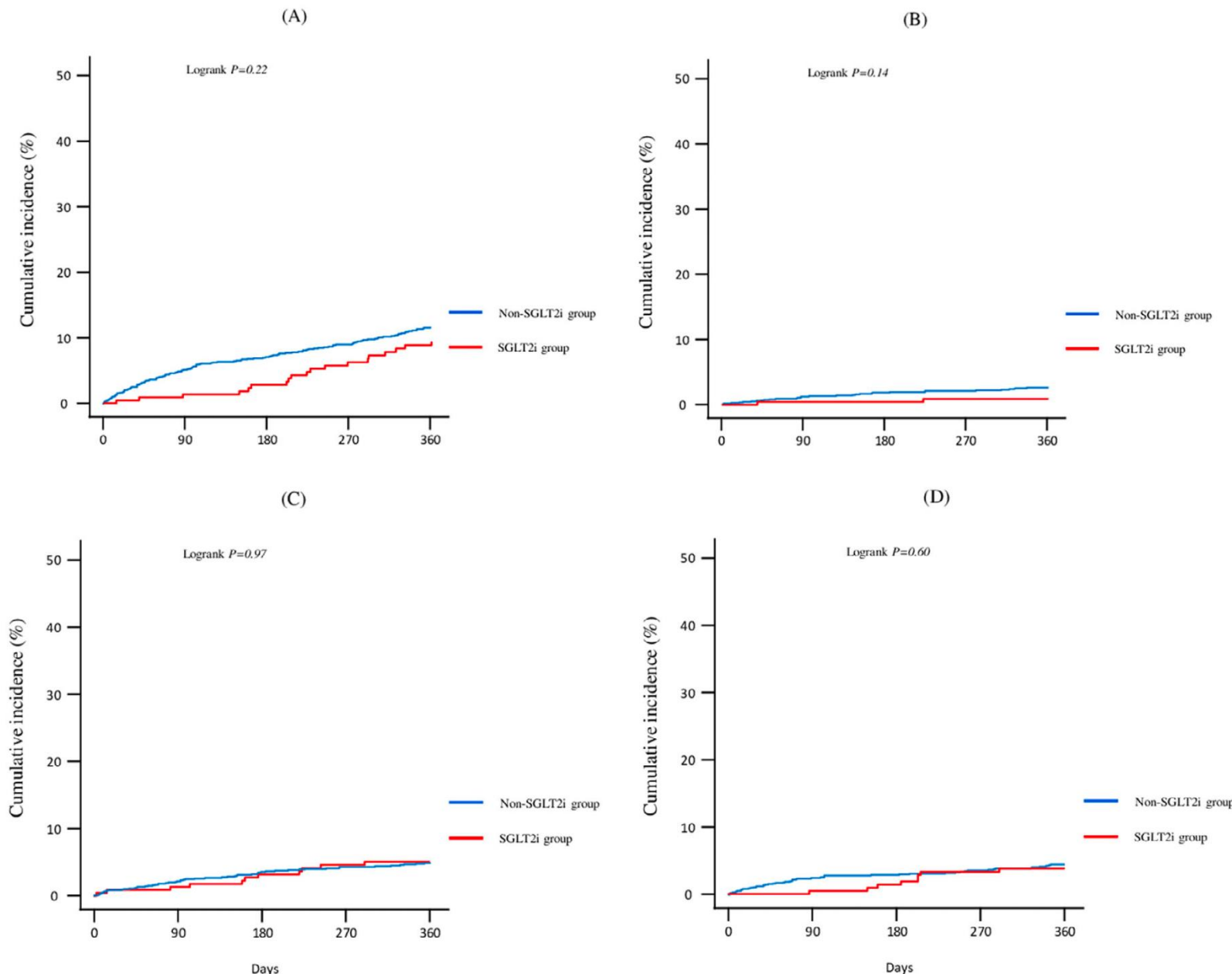
|                  | 0     | 90        | 180        | 270        | 360        | Days            |
|------------------|-------|-----------|------------|------------|------------|-----------------|
| Non-SGLT2i group | 0 (0) | 119 (9.1) | 194 (14.9) | 251 (19.3) | 307 (23.7) | N of events (%) |
|                  | 1313  | 1186      | 1105       | 1035       | 967        | N at risk       |
| SGLT2i group     | 0 (0) | 12 (5.2)  | 16 (7.0)   | 21 (9.2)   | 27 (11.9)  | N of events (%) |
|                  | 230   | 220       | 214        | 206        | 192        | N at risk       |

**Figure 2** Kaplan–Meier curves for (A) composite outcome, (B) all-cause death and (C) heart failure hospitalization in the non-SGLT2i and SGLT2i groups. Follow-up was censored for 1 year. SGLT2, sodium-glucose cotransporter 2; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor.



|                  | 0     | 90         | 180        | 270        | 360        | Days            |
|------------------|-------|------------|------------|------------|------------|-----------------|
| Non-SGLT2i group | 0 (0) | 217 (17.2) | 320 (26.0) | 388 (32.1) | 441 (37.0) | N of events (%) |
|                  | 1313  | 1005       | 854        | 746        | 666        | N at risk       |
| SGLT2i group     | 0 (0) | 28 (12.4)  | 40 (17.9)  | 53 (23.9)  | 57 (25.8)  | N of events (%) |
|                  | 230   | 195        | 180        | 162        | 156        | N at risk       |

**Figure 3** Kaplan–Meier curves for (A) safety composite outcome, (B) ischaemic stroke, (C) urinary tract infection and (D) dehydration. SGLT2, sodium-glucose cotransporter 2; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor.



**Table 3** Univariate and multivariate Cox proportional hazard models for composite adverse events, ischaemic stroke, dehydration and urinary tract infection at 1 year follow-up.

|                          | Non-SGLT2i           | SGLT2i   | Univariate analysis |                 | Multivariate analysis |                 |
|--------------------------|----------------------|----------|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
|                          | Events, <i>n</i> (%) |          | HR (95% CI)         | <i>P</i> values | HR (95% CI)           | <i>P</i> values |
| Safety composite outcome | 133 (11.7)           | 19 (9.4) | 0.74 (0.46–1.20)    | 0.22            | 0.80 (0.49–1.29)      | 0.36            |
| Ischaemic stroke         | 30 (2.6)             | 2 (0.9)  | 0.36 (0.09–1.50)    | 0.16            | NA                    | NA              |
| Urinary tract infection  | 58 (5.0)             | 11 (5.1) | 1.02 (0.53–1.93)    | 0.96            | NA                    | NA              |
| Dehydration              | 52 (4.5)             | 8 (3.8)  | 0.82 (0.39–1.72)    | 0.60            | NA                    | NA              |

*Note:* In multivariate analysis, adjusted variables included age and gender. Composite adverse events included dehydration, urinary tract infection and ischaemic stroke.

Abbreviations: CI, confidence interval; HR, hazard ratio; NA, not available; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor.

# Gliflozines et personnes très âgées ayant une IC

- Efficacité +++ (survie et qualité de vie), penser à la MRC +++
- Tolérance bonne et cela malgré le statut de dénutrition et de fragilité des malades
- Limites :
  - Analyse rétrospective (biais de sélection : nature des associations médicamenteuses et titration des médicaments non intégrés au modèle multivarié)
  - D'autres complications comme une OP n'ont pas été recherchées (risque faible)

Circulation: Heart Failure

## **ORIGINAL ARTICLE**

---

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

Abdelhakim Hacı , MD; Yara Antakly Hanon, MD; Audrey Lacour, MD; Jean-Philippe David, MD, PhD; Tesnim Khalifa, MD; Matthieu Piccoli , MD; Aude Clemencin, MD; Patrick Assayag , MD, PhD; Jean-Sebastien Vidal , MD, PhD; Olivier Hanon , MD, PhD



ORIGINAL ARTICLE



# Extended Reduced-Dose Apixaban for Cancer-Associated Venous Thromboembolism

**Authors:** Isabelle Mahé, M.D., Ph.D. , Marc Carrier, M.D. , Didier Mayeur, M.D., Jean Chidiac, M.D., Eric Vicaut, M.D., Nicolas Falvo, M.D., Olivier Sanchez, M.D., Ph.D.,  **+28**, for the API-CAT Investigators<sup>†</sup> [Author Info &](#)

[Affiliations](#)

Published March 29, 2025 | N Engl J Med 2025;392:1363-1373 | DOI: 10.1056/NEJMoa2416112 | **VOL. 392 NO. 14**

**Copyright © 2025**

## Extended Reduced-Dose Apixaban for Cancer-Associated

A Research Summary based on Mahé I et al. | 10.1056/NEJMoa2416112 | Published on March 29, 2024

**WHY WAS THE TRIAL DONE?**

For patients with cancer-associated venous thromboembolism (VTE), anticoagulation with a direct oral anticoagulant or low-molecular-weight heparin is recommended for 6 months. However, data on appropriate and effective regimens beyond that period are limited.

**HOW WAS THE TRIAL CONDUCTED?**

Patients with active cancer and proximal deep-vein thrombosis or pulmonary embolism who had completed at least 6 months of anticoagulant treatment were assigned to receive oral apixaban at a reduced (2.5 mg) or full (5.0 mg) dose twice daily for 12 months. The primary efficacy outcome was centrally adjudicated fatal or nonfatal recurrent VTE over 12 months of follow-up (noninferiority margin, 2.00 for the upper boundary of the 95% CI of the subhazard ratio).

**TRIAL DESIGN**

- Randomized
- Double-blind
- Noninferiority
- Location: 121 centers in 11 countries

**RESULTS**

Reduced-dose apixaban was noninferior to full-dose apixaban in the incidence of recurrent VTE at 12 months. Clinically relevant bleeding, a key secondary outcome, occurred significantly less frequently in the reduced-dose group than in the full-dose group.

**LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS**

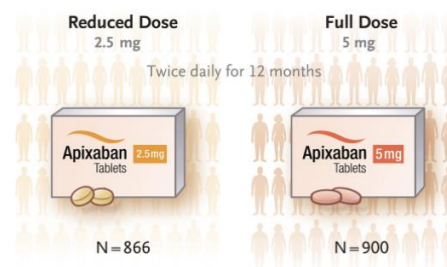
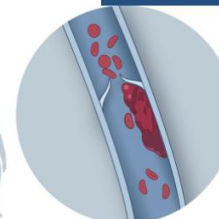
- Owing to legal constraints in France, no data on race and ethnic group were collected in this trial, so no data on treatment effects according to ethnic group were available.
- The trial provides data over a period of 12 months of extended anticoagulant therapy; the potential efficacy and safety of a longer duration of treatment remain uncertain.

**CONCLUSIONS**

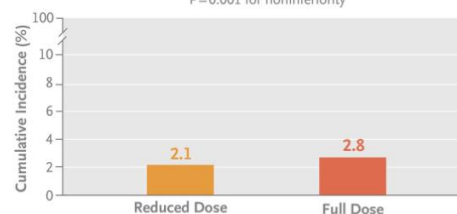
Among patients with active cancer and VTE who had received at least 6 months of anticoagulant treatment, extended treatment with low-dose apixaban was noninferior to full-dose apixaban for the prevention of recurrent VTE and the incidence of clinically relevant bleeding was lower with the reduced dose of apixaban than with the full dose.

**Patients**

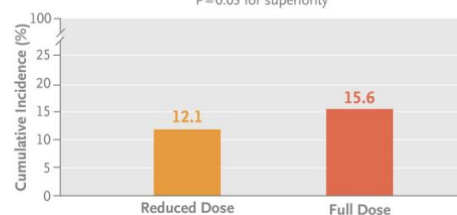
- 1766 adults
- Median age: 69 years
- Women: 57%; Men: 43%

**Fatal or Nonfatal Recurrent VTE**

Adjusted subhazard ratio, 0.76 (95% CI, 0.41–1.41)  
P=0.001 for noninferiority

**Clinically Relevant Bleeding**

Adjusted subhazard ratio, 0.75 (95% CI, 0.58–0.97)  
P=0.03 for superiority



# Ce que cette étude apporte

- Dans une population d'adultes (n = 1 766, âge médian : 69 ans) ayant une MTEV associée à un cancer traités pendant 6 mois, une randomisation **pendant une année supplémentaire** en comparant 2 schémas d'Apixaban (5mg /J vs 10 mg/j) est :
  - efficace pour la prévention des récives et ou décès (CJP)
  - bien tolérée (« safety ») : risque hémorragique inférieur avec de faibles doses
- Etude multicentrique, randomisée





# Supermarket/hypermarket opportunistic screening for atrial fibrillation (SHOPS-AF) using sensors embedded in the handles of supermarket trolleys: A feasibility study



Ian D. Jones, PhD<sup>a,b</sup>, Deirdre A. Lane, PhD<sup>b,c</sup>, Robyn R. Lotto, PhD<sup>a,b</sup>, David Oxborough, PhD<sup>b,d</sup>, Lis Neubeck, PhD<sup>e</sup>, Peter E. Penson, PhD<sup>b,f</sup>, Emma Johnston Smith, MSc<sup>a</sup>, Aimeris Santos, MD<sup>a,b</sup>, Emily E. McGinn, MRes<sup>a,b</sup>, Aderonke Ajiboye, MPH<sup>a,b</sup>, Nicola Town, PhD<sup>a,b</sup>, Gabriela Czanner, PhD<sup>b,g,h</sup>, Andy Shaw, PhD<sup>i</sup>, Hala El-Masri, MD<sup>j</sup>, and Gregory Y.H. Lip, MD<sup>b,c</sup> *Liverpool, UK; Aalborg, Denmark; Edinburgh, UK; Bratislava, Slovakia*

Am Heart J. 2024 May;271:164-177.

# Méthodes

- 4 supermarchés (100 000 visites hebdomadaires), recrutement de « client » avec Caddie pré-équipé (matériel validé), 210 participants (60 % âgés de plus de 65 ans et 67 % de femmes...)
- Détection d'une arythmie et mesure du pouls (Interne en pharmacie du magasin) et ECG en complément et identification d'une FA prévalente
- Calculs des variables : sensibilité, spécificité, VPP et VPN

**Table 6.** Range of index test accuracy as a summary from the sensitivity analysis

|                               | Range of values |
|-------------------------------|-----------------|
| Sensitivity (%)               | 0.70-0.93       |
| Specificity (%)               | 0.15-0.97       |
| Positive predictive value (%) | 0.24-0.56       |
| Negative predictive value (%) | 0.55-1.00       |

# Commentaires

- Bonne acceptation
- Nombreux faux positifs (arythmie détectée) et surtout nombreux échecs de l'enregistrement lors de la marche dans les rayons ...
- Pour un test de dépistage la sensibilité de la méthode est médiocre +++
- Messieurs nous n'avons pas de raisons supplémentaires pour faire les courses...