



HAL
open science

Le fait de vivre seul est-il un facteur de risque de dénutrition dans une population âgée ?

Ana Bermejo

► **To cite this version:**

Ana Bermejo. Le fait de vivre seul est-il un facteur de risque de dénutrition dans une population âgée?. Alimentation et Nutrition. 2019. dumas-02973118

HAL Id: dumas-02973118

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02973118>

Submitted on 20 Oct 2020

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

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

UNIVERSITÉ DES ANTILLES
2019

FACULTÉ DE MÉDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2019ANTI0486

**Le fait de vivre seul est-il un facteur de risque de
dénutrition dans une population âgée ?**

THÈSE

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

Le 11 Octobre 2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

BERMEJO Ana

Dirigée par : Dr ALLARD SAINT-ALBIN Laury

Jury

Président : Professeur DRAMÉ Moustapha

Membres : Professeur DELIGNY Christophe

Docteur MASSE Franck

Docteur ALLARD SAINT-ALBIN Laury

UNIVERSITÉ DES ANTILLES



FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CÉSAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

NEVIÈRE Rémi

Pascal BLANCHET

André-Pierre UZEL

Pierre COUPPIE

Thierry DAVID

Suzy DUFLO

Eustase JANKY

DE BANDT Michel

François ROQUES

Jean ROUDIE

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Ophthalmologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 0696 73 27 27

André CABIE

Maladies Infectieuses
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CÉSAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
Hygiène hospitalière
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 96 55 24 24

Annie LANNUZEL

Neurologie
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 93 50 24

Michel CARLES

Anesthésie-Réanimation
 CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
 Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel : 0690 39 56 28

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
 Cabinet libéral au Gosier
 Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 0696 38 05 20

VENISSAC Nicolas

**Chirurgie Thoracique
 Et cardiovasculaire**
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 0696 03 86 87

DJOSSOU Félix

**Maladies Infectieuses
 Et tropicales**
 CH de CAYENNE
 Tél : 0694 20 84 20

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 55

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
 CH de CAYENNE
 Tel : 06 94 97 80 48

Karim FARID

Médecine Nucléaire
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 24 61

Moustapha DRAME

Epidémiologie Economie de la Santé
 CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associées

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
 Cabinet libéral les Abymes
 Tel : 05 90 20 39 37

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO

Cardiologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 05 90 89 13 00

TABUE TEGUO Maturin

**Médecine interne : Gériatrie et biologie
 Du vieillissement**
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 0690 30 85 04

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion
 CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 12 77

MASSE Franck

Médecine Générale
 Tél : 0596 56 13 23

CARRERE Philippe

Médecine Générale
 Tél : 0690 99 99 11

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

BROUZENG-LACOUSTILLE

Endocrinologie
 CHU DE GUADELOUPE
 Tel : 05 90

CHAUMONT Hugo

Neurologie
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 06 90

BUTORI Pauline

ORL
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 0590 89 14 50

BONIFAY Timothée

Médecin Générale
 CHU de Cayenne Croix rouge
 Tel : 06 90 99 99 11

DURTETTE Charlotte

Médecine Interne
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 55

RENARD Guillaume

Chirurgie Orthopédique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 06 96 26 27 33

CHEVALLIER Ludivine

SYLVESTRE Emmanuelle

POUY Sébastien

HUYGHUES DES ETAGES Gunther

HENNO Florent

PASQUIER Jérémie

MONFORT Astrid

PERROT Emmanuel

JEREMIE Jean-Marc

TRAMIER Ambre

SAINTE-ROSE Vincent

ROLLE Amélie

CARPIN Jamila

Chirurgie Générale et VIS

CH de CAYENNE

Tel : 06 70 86 88 91

Maladies Infectieuses

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 20 60 31 36

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 66 44 56 15

ORL

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0590

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 37 85 15 28

Maladies Infectieuses maladies Tropicales

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 90 93 46 16

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72

Urologie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90

Psychiatrie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 44

Gynécologie Obstétrique

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0590 89 19 89

Parasitologie

CH de Cayenne

Tel : 05 90

Anesthésie-Réanimation

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90

Médecine Générale

Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane

Tel : 0690 72 12 04

PLACIDE Axiane

Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0690 30 75 19

NIEMETZKY Florence

Médecine Générale
CH de CAYENNE
Tel : 0694 16 15 31

BLAIZOT Romain

Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 0694 08 74 46

PARSEMAIN Aurélie

ORL
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0694 08 74 46

DUDOUIT Sylvain

Chirurgie Orthopédique
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0596

REMERCIEMENTS

Au Pr Moustapha DRAMÉ, vous me faites l'honneur de présider ma thèse et je vous en remercie. Sans vous et sans vos travaux, cette thèse n'aurait pas été possible. Merci d'avoir pris le temps de m'écouter et de m'avoir aidée à trouver un plan méthodologique. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon respect.

Au Pr Christophe DELIGNY, vous me faites l'honneur de juger mon travail et je vous en remercie. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon respect.

Au Dr Franck MASSE, après avoir dirigé mon mémoire, vous me faites l'honneur de juger mon travail à nouveau. Merci de m'avoir accueillie dans votre cabinet et d'avoir partagé avec moi ces provisions inattendues de cacahuètes ! Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon respect.

Au Dr Laury ALLARD SAINT-ALBIN, vous m'avez fait l'honneur de m'aider à trouver un sujet de thèse et de la diriger et je vous en suis profondément reconnaissante. Merci pour votre bienveillance depuis le début ainsi que de m'avoir fait découvrir la gériatrie. Veuillez recevoir toutes mes amitiés et mon respect.

Au Dr Lidvine GODAERT-SIMON, sans vous cette thèse n'aurait pas été possible. Merci de vous être rendue disponible pour m'aider dans ce projet. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon respect.

À mon père et à ma mère, grâce à qui j'ai pu faire ces études ; vous m'avez toujours soutenue et m'avez inculqué les valeurs du travail et la persévérance. Merci.

À mon frère David, que j'aime et que je respecte.

À Pierre et Domi, pour votre aide à maintes reprises.

À Case Coloc, l'insouciance des débuts, les régimes de bananes et les soirées ventre glisse.

À Ana, por seguir ahí.

À toutes les personnes que j'ai rencontrées et qui m'ont entourée tout au long de mon internat en Martinique et avec qui il a été si agréable de travailler.

Au Dr Cédric FAGOUR, pour son exemplarité.

À Émilie, Sylvie et Marc pour votre accueil et votre humanité.

À tous les patients ayant participé à l'étude.

Au programme ERASMUS et à Bruxelles, à partir desquels ma vie a basculé.

À Jules, l'amour de ma vie et à notre fripouille Nino.

À toute personne que j'aurais malencontreusement oubliée.

TABLE DES ABRÉVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living.

ESPEN : European Society for Clinical Nutrition and Metabolism.

IADL : Instrumental Activities of Daily Living.

IC : Intervalle de confiance.

MMSE : Mini-Mental State Examination.

MNA : Mini Nutritional Assessment.

OR : Odds Ratio.

SAFES : Sujet Âgé Fragile – Évaluation Suivi.

TNCM : Trouble Neurocognitif Majeur.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1. Diagramme de flux.....	17
Tableau 1. Caractéristiques de la population.....	18
Tableau 2. Risque de dénutrition de la population étudiée à 12 mois – Analyse univariée	19
Tableau 3. Risque de dénutrition de la population étudiée à 12 mois - Analyse multivariée.....	19

TABLE DES MATIÈRES

<i>INTRODUCTION</i>	12
<i>MÉTHODES</i>	14
<i>RÉSULTATS</i>	17
<i>DISCUSSION</i>	20
<i>CONCLUSION</i>	23
<i>RÉFÉRENCES</i>	24
<i>SÉRMENT D'HIPPOCRATE</i>	28

INTRODUCTION

Il existe un allongement continu de l'espérance de vie qui devrait être de 86 ans pour les hommes et de 91,1 ans pour les femmes en 2060[1]. Alors que l'espérance de vie des Français est parmi les plus élevées d'Europe, il n'en est pas de même pour l'espérance de vie en bonne santé[2]. En effet, le sujet âgé du fait de sa fragilité et polyopathie est plus à risque de perte d'autonomie.

Le changement progressif des structures familiales (hausse des séparations, diminution des familles nombreuses, moins de cohabitation avec d'autres membres de la famille...) accentué par le vieillissement de la population a mené à l'augmentation du nombre de seniors vivant seuls[3][4]. Ces derniers sont de fait les personnes vivant le plus souvent seules. En 2013, 38% des personnes âgées de 75 ans ou plus résidaient seules : 21% des hommes sont dans ce cas contre 48% de femmes[4].

Alors qu'on prévoit que le nombre de personnes âgées dépendantes augmente environ de 320.000 personnes (+25%) entre 2015 et 2030, selon un scénario intermédiaire, le souhait majoritaire des Français est de rester chez eux[2]. Une des priorités identifiées par les auteurs de la concertation Grand âge et autonomie est de laisser le libre choix de rester à son domicile aux Français âgés[2].

« Vieillir chez soi » peut améliorer le sentiment de bien-être chez le sujet âgé. Le vieillissement au domicile est lié à un sentiment d'appartenance, d'autonomie ainsi que de sécurité et d'utilité[5]. Cependant, plusieurs études ont montré que le fait de vivre seul, le sentiment de solitude ou l'isolement social sont indépendamment associés à un risque élevé de mortalité[6][7][8][9][10]. Pareillement, le fait de vivre seul ou le faible soutien social pourraient être des facteurs associés à l'apparition et la progression d'une maladie coronarienne[11][12].

Parfois considérés comme synonymes de vivre seul, la solitude et l'isolement social sont des catégories liées mais distinctes. En effet, le fait de vivre seul n'implique pas nécessairement un sentiment de solitude ou un état d'isolement social[13][14].

Des recherches antérieures ont montré que les personnes âgées socialement isolées sont particulièrement vulnérables aux insuffisances alimentaires et à la dénutrition[15][16][17][18].

La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique en France est de 4 à 10% chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 à 38% chez celles vivant en institution et de 30 à 70% chez les malades âgés hospitalisés[19]. Même si la prévalence de la dénutrition est plus faible chez les adultes âgés vivant à domicile que dans les hôpitaux ou les maisons de retraite, la vie à domicile demeure le mode de vie majoritaire des seniors (93% des femmes et 96% des hommes en 2015) y compris parmi les nonagénaires[20]. Par conséquent, la dénutrition concerne un nombre important de personnes âgées vivant à leur domicile.

La dénutrition est un facteur de fragilité du sujet âgé qui peut entraîner ou aggraver un état de dépendance avec un risque d'augmentation de la morbi-mortalité [19][21][22].

Un des objectifs du Programme National Nutrition Santé 2018-2022 est de réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution : de 15% au moins pour les personnes âgées de plus de 60 ans et de 30% au moins pour les plus de 80 ans [23].

De nombreux facteurs ont été étudiés comme déterminants potentiels de la malnutrition chez le sujet âgé, cependant il s'agit pour la plupart d'études transversales. À ce jour, plusieurs revues de la littérature ont été réalisées dans ce domaine[21][22][24]. Alors que les sujets âgés vivent majoritairement au domicile, la littérature scientifique prend généralement en compte les personnes âgées hospitalisées ou institutionnalisées. Peu d'études ont évalué les facteurs de risque de la dénutrition à l'aide d'études prospectives[21][22] notamment chez les sujets âgés vivant seuls au domicile[25][26].

Il serait nécessaire de pouvoir mieux dépister cette dénutrition pour pouvoir mettre en place des mesures préventives et correctives.

L'objectif principal de notre étude est de déterminer s'il existe un lien entre le fait de vivre seul et la dénutrition chez le sujet âgé de plus de 75 ans.

L'objectif secondaire est d'étudier la relation entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques avec le risque de dénutrition.

MÉTHODES

Schéma et population d'étude :

La population étudiée est celle de l'étude SAFES (Sujet Âgé Fragile- Évaluation Suivi)[27]. Dans cette étude prospective, 1306 patients âgés de 75 ans et plus ont été inclus entre le 1er mars 2001 et le 17 janvier 2002 au sein de neuf hôpitaux universitaires français. Elle a été conçue pour identifier les facteurs prédictifs de mortalité à deux ans chez les patients âgés après une hospitalisation aiguë, et à partir de ceux-ci, établir et valider un indice de risque de mortalité.

Les critères d'inclusion comprenaient : être âgé de 75 ans ou plus, avoir été admis via une unité d'urgences et avoir été hospitalisé dans un service de médecine du même hôpital du service d'urgences où ils avaient été admis à l'origine. L'admission dans un service d'urgences chirurgicales, ou dans un service d'hospitalisation de chirurgie, ou l'absence d'hospitalisation constituaient des critères d'exclusion. Les sujets éligibles ont été sélectionnés au hasard à raison de dix sujets par semaine.

Chaque sujet a été ensuite visité par un spécialiste en gériatrie entre le quatrième et septième jour d'hospitalisation pour son inclusion finale et son évaluation initiale. Le suivi s'est fait par entretien direct au douzième mois suivant l'hospitalisation initiale.

Cette étude a suivi les principes de la Déclaration d'Helsinki et les lois françaises concernant la recherche biomédicale. Elle satisfait à toutes les exigences éthiques en vigueur au moment de l'étude.

Dans notre étude, pour identifier les paramètres associés à la survenue de la dénutrition et notamment le fait de vivre seul, nous avons sélectionné et suivi à 12 mois les patients ne présentant pas de dénutrition lors de l'inclusion initiale dans la cohorte SAFES.

Données recueillies :

Les variables recueillies étaient les suivantes :

-Variables sociodémographiques : les variables sociodémographiques suivantes ont été étudiées: âge, sexe, le mode de vie seul ou non, la présence d'un aidant, le nombre d'enfants et le niveau d'instruction (primaire, secondaire ou universitaire).

-Variables médicales : l'évaluation gériatrique complète comprenait plusieurs mesures.

- L'état nutritionnel a été évalué à l'aide de la forme abrégée du Mini Nutritional Assessment (MNA)[28]. Un risque de dénutrition a été défini comme un score inférieur à 12. Ce questionnaire est validé pour les personnes âgées[29] et recommandé par la Société européenne pour la nutrition clinique et le métabolisme (ESPEN)[30].
- Le diagnostic d'un trouble neurocognitif majeur (TNM) était posé par un gériatre, après une semaine d'hospitalisation selon les critères du DSM-IV: altération de la mémoire (défini par un score MMSE de Folstein de 24 ou moins), perturbations cognitives et apparition de façon progressive.
- Les troubles de l'humeur et le risque de dépression ont été évalués à l'aide de l'échelle de Schwab et Giljeard (score supérieur à 14).
- Les niveaux de dépendance pour les activités de la vie quotidienne (ADL) ont été évalués à l'aide de l'indice de Katz. Le patient était dit dépendant si dans les deux semaines précédant l'hospitalisation il déclarait une perte d'autonomie pour au moins une des activités suivantes : l'hygiène corporelle, l'habillement, la capacité pour aller aux toilettes, la capacité pour réaliser ses transferts, la continence et la prise de repas.
- L'évaluation de la dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) a été réalisée à l'aide de l'échelle de Lawton. Cette échelle évalue la capacité du patient à utiliser le téléphone, faire ses courses, préparer les repas, faire le ménage, laver ses vêtements, utiliser un moyen de transport, prendre ses traitements et gérer son argent. Un sujet était considéré dépendant vis-à-vis des IADL à partir d'un score égal ou supérieur à 1.
- L'évaluation du risque de chute a été réalisée en utilisant le test d'appui monopodal. Le patient était considéré comme ayant un risque de chute s'il avait des difficultés à se tenir debout sur l'une ou l'autre jambe pendant au moins 5 secondes. Les difficultés à la marche ont été évaluées à l'aide du « get up and go test ». Le patient était considéré comme ayant des troubles de la marche s'il avait besoin de plus de 20 secondes pour réaliser le test.
- Le risque de développer des escarres a été évalué à l'aide de l'échelle de Norton : un score de 14 ou moins indique un risque de développer des escarres.
- Une version modifiée de l'indice de comorbidité de Charlson a permis de définir trois niveaux de comorbidité: faible (score = 0 ou 1), moyen (score = 2 à 4) et élevé (score de 5 ou plus).

- Le nombre de médicaments ainsi que le nombre de psychotropes ont été quantifiés.

Analyses statistiques :

Une analyse descriptive des variables sociodémographiques et cliniques des patients a été réalisée. Les variables quantitatives sont décrites avec moyenne et écart-type. Pour les variables qualitatives, l'effectif et le pourcentage des échantillons sont présentés.

Les analyses de régression logistique univariées et multivariées pour étudier les associations entre les différentes variables et le score de MNA ont été réalisées en utilisant la procédure LOGISTIC. Les résultats ont été présentés en termes de Odds Ratio (OR) et d'intervalle de confiance à 95% (IC). Le seuil de signification des tests statistiques réalisés avec le logiciel SAS V9.4 (SAS Institute, Inc., Cary, NC) était fixé à 0,05.

RÉSULTATS

Sur 1306 patients de la cohorte SAFES, nous avons inclus 264 patients (20,21%) ne présentant pas de dénutrition à l'admission dans le service de médecine. Après un suivi de 12 mois, parmi les 264 patients initialement inclus, 17,05% (45 patients) ont développé un risque de dénutrition. Un diagramme de flux est présenté dans la figure 1.

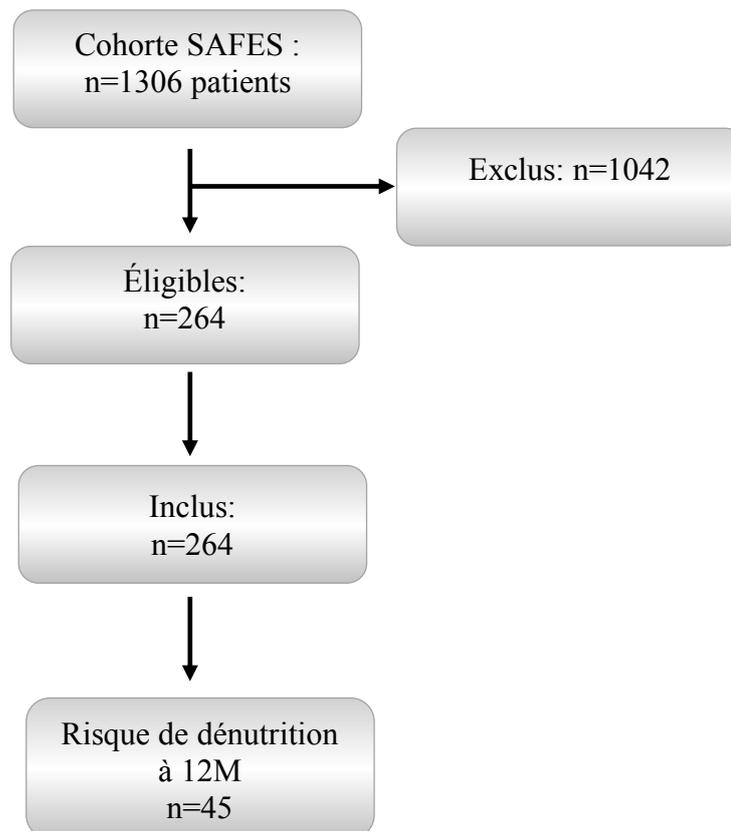


Figure 1.

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de notre échantillon.

L'âge moyen des patients de notre étude était de 84 ans \pm 6 ans. Le sujet le plus âgé avait 100 ans. La majorité des individus de l'échantillon étaient des femmes (65,53%) et avaient en moyenne 2 \pm 2 enfants. Pour les activités de la vie quotidienne (ADL), l'échelle d'autonomie de Katz était de 1 \pm 2 en moyenne et l'échelle de Lawton pour l'évaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) de 4 \pm 2. Dans

notre échantillon, les patients avaient en moyenne un indice de comorbidité de Charlson à 1 ± 1 . Le nombre moyen de médicaments et de psychotropes prit par patient étaient respectivement de 5 ± 3 et de 1 ± 1 . Nous avons constaté que le score MMSE à 7 jours d'hospitalisation était en moyenne à 21 ± 7 .

Tableau 1 **Caractéristiques de la population**

	n	%
<i>Caractéristiques sociodémographiques</i>		
Âge		
75-84 ans	158	59,85
≥ 85 ans	106	40,15
Sexe		
Masculin	91	34,47
Féminin	173	65,53
Vit seul	147	55,68
Niveau d'études		
Primaire	170	66,15
Secondaire	65	25,29
Universitaire	22	8,56
Présence d'un aidant	154	58,33
<i>Caractéristiques cliniques</i>		
TNCM	156	59,09
Risque de chute	144	54,55
Risque de dépression	158	59,85
Difficultés à la marche	64	24,24
Risque d'escarre	207	78,41
Dépendance pour les ADL	119	45,77

En analyse univariée (Tableau 2), aucun lien significatif n'a été retrouvé entre le fait de vivre seul et le risque de dénutrition. Deux variables médicales ont été associées au risque de présenter une dénutrition à 12 mois : la dépendance aux ADL et la présence d'un trouble neurocognitif majeur.

Tableau 2

Risque de dénutrition de la population étudiée à 12 mois
Analyse univariée

	OR	IC 95%	p
<i>Caractéristiques sociodémographiques</i>			
Âge ≥ 85 ans	1,42	0,72-2,79	0,30
Sexe masculin	0,75	0,38-1,45	0,39
Vit seul	1,27	0,67-2,43	0,45
Niveau d'études			
Secondaire vs primaire	1,28	0,57-2,87	0,55
Universitaire vs primaire	0,69	0,23-2,04	0,51
Présence d'un aidant	1,27	0,67-2,43	0,45
<i>Caractéristiques cliniques</i>			
TNCM	5,66	2,30-13,93	0,0002
Risque de chute	1,84	0,93-3,61	0,07
Risque de dépression	1,42	0,72-2,79	0,30
Difficultés à la marche	1,73	0,86-3,48	0,12
Risque d'escarre	1,97	0,79-4,92	0,14
Dépendance pour les ADL	2,20	1,09-4,45	0,02
Dépendance pour les IADL	1,11	0,96-1,28	0,12
Indice de comorbidité de Charlson	1,09	0,85-1,39	0,46
Nombre de médicaments	0,96	0,86-1,08	0,57
Nombre de psychotropes	1,10	0,78-1,55	0,55

Une analyse multivariée est présentée dans le tableau 3. La démence est la caractéristique clinique corrélée significativement avec la dénutrition. Nous n'avons pas retrouvé de lien entre le fait de vivre seul et la dénutrition chez les sujets âgés de notre échantillon.

Tableau 3

Risque de dénutrition de la population étudiée à 12 mois
Analyse multivariée

	OR	IC 95%	p
Vit seul	1,87	0,93-3,74	0,07
TNCM	6,15	2,48-15,26	<.0001

DISCUSSION

Dans cette étude, le fait de vivre seul n'apparaît pas comme un facteur pronostique de dénutrition chez les personnes âgées à 12 mois d'une hospitalisation dans un service de médecine via les urgences. La présence d'un trouble neurocognitif majeur et d'une dépendance aux ADL est en lien avec un risque de dénutrition en analyse univariée et uniquement le trouble neurocognitif majeur en analyse multivariée.

Ces résultats rejoignent ceux de l'étude SOLGER[31] qui ne retrouve pas de lien entre le fait de vivre seul et le risque de dénutrition, mais ne coïncident pas avec les résultats d'autres études transversales[32][33][34]. Dans ces études, le risque de dénutrition était plus élevé chez les personnes âgées vivant seules par rapport à celles vivant avec leurs familles. Cependant, elles n'évaluaient pas le degré de comorbidités ni le degré de dépendance des sujets qui étaient faibles dans notre étude et dans l'étude SOLGER. Le faible taux de comorbidités et le haut degré d'autonomie de nos patients pourraient expliquer l'absence de lien retrouvé entre le fait de vivre seul et le risque de dénutrition. Il faut également prendre en compte que, dans les pays où ont été réalisées ces études, la culture et mode de vie, les différents régimes alimentaires ainsi que les soutiens financiers au domicile peuvent différer du nôtre.

Certains auteurs ont retrouvé une association significative entre le risque de dénutrition et la dépendance aux IADL [35]. Ces résultats s'expliquent du fait des difficultés que les sujets âgés dépendants peuvent rencontrer pour réaliser certains actes tels que faire leurs courses ou préparer leurs repas avec, comme conséquence, une diminution des apports alimentaires. Cependant, pour la dépendance aux ADL comme déterminant de la dénutrition, il existe des preuves de qualité modérée[21]. Dans notre étude, les patients avaient une capacité fonctionnelle élevée avec, en moyenne, un seul secteur de dépendance pour les ADL. Cela peut s'expliquer du fait que, finalement, la majorité des personnes âgées vieillissent dans des bonnes conditions d'autonomie. L'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans avec 20% des sujets de plus de 85 ans dépendants[1].

Notre étude retrouve un lien significatif entre le risque de dénutrition à douze mois et les sujets présentant un trouble neurocognitif majeur. Ces résultats concordent avec de

nombreuses études transversales [22]. Cependant, ces résultats diffèrent dans différentes études prospectives[21].

Dans notre étude, le MMSE était réalisé après 7 jours d'hospitalisation, ce qui peut constituer un biais de mesure avec une sous-estimation des fonctions cognitives des patients lors de la réalisation du test dans une phase aigüe d'hospitalisation.

Comme pour les capacités fonctionnelles, la relation entre les troubles neurocognitifs et le risque de dénutrition reste un problème complexe et réciproque ; la déficience cognitive précède la dénutrition et vice versa. Ceci peut constituer une limite à l'étude et le lien de causalité ne peut pas être confirmé.

La maladie d'Alzheimer semble être un facteur prédictif de perte de poids. Chez ces patients, la perte de poids affecte entre 30 et 40% des patients atteints de formes légères à modérément sévères indépendamment de leur lieu de vie[36]. D'autres recherches montrent que la perte de poids et l'altération du score MNA semblent prédictifs de la sévérité, de la progression de l'atteinte cognitive, de la mortalité, et de l'entrée en institution chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer[36]. Différents travaux suggèrent que la perte de poids pourrait précéder l'apparition des symptômes cognitifs de la maladie d'Alzheimer [36].

Par ailleurs, les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs et vivant seules sont plus souvent exposées à des soins inadéquats et à des problèmes de santé non traités [37].

Dans ce contexte, les différents mécanismes sous-jacents à la perte de poids sont complexes, multifactoriels et partiellement compris.

Avec le vieillissement et l'augmentation des maladies chroniques, les sujets sont amenés à prendre plusieurs traitements médicamenteux en même temps[38]. Dans nos résultats, et probablement en raison des caractéristiques de notre échantillon, contrairement à d'autres études[22], l'âge et la polymédication n'ont pas été associés à un risque de dénutrition de façon significative. En effet, les sujets de notre étude ne représentent pas une population gériatrique classique. Ils présentent un faible taux de comorbidités et de dépendance. L'étude SAFES inclut tous les patients âgés hospitalisés dans un service de médecine, de spécialité ou polyvalente et non nécessairement dans un service de gériatrie aigüe où les patients sont généralement plus fragiles.

Une étude[39] a retrouvé que l'utilisation d'un ou deux médicaments par rapport à l'absence de médicament semblait avoir un effet protecteur sur le développement d'une dénutrition chez la femme. Le nombre moyen de médicaments pris par patient dans notre étude était de 5. La définition d'une polymédication n'est pas consensuelle, mais la prise de 5 médicaments ou

plus pris de façon simultanée est considérée par plusieurs auteurs comme une polymédication[38]. Une « polymédication excessive » (≥ 10) a été identifiée comme un facteur de risque significatif de dénutrition[39][40].

Le fait que les patients aient été recrutés initialement en milieu hospitalier pourrait constituer un biais de sélection car l'hospitalisation en elle-même expose à un risque accru de dénutrition[25][41]. Cependant, l'état nutritionnel semble s'améliorer à partir de trois mois après la sortie d'hospitalisation[25] et on pourrait donc considérer qu'après douze mois la dénutrition n'est plus en lien avec l'hospitalisation initiale.

Traiter la dénutrition chez les sujets âgés peut améliorer leur santé et leur qualité de vie ainsi que réduire les coûts de santé [42][43]. Le dépistage systématique permet l'identification des patients à risque de présenter une dénutrition et pouvant bénéficier d'une prise en charge préventive. En milieu hospitalier, le coût de la mise en place d'un dépistage systématique de la dénutrition suivi d'une prise en charge adaptée pourrait être largement compensé par la réduction de la durée du séjour d'hospitalisation ainsi que les recettes résultant du codage [44].

Malgré cela, la dénutrition chez le sujet âgé n'est pas toujours diagnostiquée ni prise en charge[45]. Des études identifient les obstacles et facilitateurs au dépistage et au traitement de la dénutrition chez les sujets âgés vivant dans la communauté. Par exemple, le manque de temps ou le fait que le dépistage ne fasse pas partie de la pratique de routine des professionnels de santé[46].

Avant 2018, plusieurs définitions et critères étaient recommandés pour le diagnostic de la dénutrition. Depuis cette date, des recommandations afin d'avoir un schéma consensuel au niveau mondial du diagnostic de la dénutrition ont été publiés par un groupe d'experts représentant plusieurs Sociétés et Fédérations de Sociétés Savantes[47]. Cela rendra plus facile la comparaison des données sur la dénutrition d'une étude à l'autre.

La stratégie de prise en charge nutritionnelle va varier en fonction de l'état nutritionnel du patient, de ses besoins protéino-énergétiques, de ses apports oraux spontanés, du projet thérapeutique et du pronostic de la maladie.

La supplémentation nutritionnelle orale semble avoir un effet bénéfique sur la prise de poids chez les sujets âgés [48][41] et pourrait réduire la mortalité et les complications chez ces patients principalement en milieu hospitalier [41]. Il existe peu de preuves sur l'effet bénéfique de la supplémentation nutritionnelle orale en milieu ambulatoire et leur avantage par rapport aux conseils diététiques n'est pas prouvé [49].

Plusieurs études démontrent des résultats positifs associés à un soutien nutritionnel individualisé proposé aux sujets âgés présentant une dénutrition, pendant et après une hospitalisation[50]. Le développement de programmes de soutien nutritionnel à niveau national en milieu hospitalier et ambulatoire pourrait être intéressant pour réduire le risque de dénutrition chez les sujets âgés.

CONCLUSION

Nous ne retrouvons pas de lien significatif entre le fait de vivre seul et le risque de dénutrition chez le patient âgé. Dans notre étude, les patients atteints d'un trouble neurocognitif majeur étaient significativement plus à risque de développer une dénutrition. Prêter une attention particulière à cette population, notamment avec une évaluation nutritionnelle régulière, pourrait permettre de mettre en place des mesures de prévention précocement.

La réalisation d'une étude similaire aux Antilles serait intéressante afin de prendre en compte les particularités liées à la population afro-caribéenne.

RÉFÉRENCES

1. Jocelyne.M. Ministère des solidarités [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé 2014 ; Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/article/les-chiffres-cles>
2. Lisa.C. Rapport de la concertation Grand âge et autonomie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé 2019 ; Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
3. Shaw BA, Fors S, Fritzell J, Lennartsoon C, Agahi N. Who Lives Alone During Old Age? Trends in the Social and Functional Disadvantages of Sweden's Solitary Living Older Adults. *Res Aging* 2018;40:815-38.
4. Rapport Insee : les français sont de plus en plus seuls — ; Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047266>
5. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The Meaning of « Aging in Place » to Older People. *The Gerontologist* 2012;52:357-66.
6. Leah V. Feelings of loneliness and living alone as predictors of mortality in the elderly: the PAQUID study. *Nursing Older People* 2017;29:13-13.
7. Rozzini R, Trabucchi M. Health status in elderly persons living alone. *JAMA Intern Med* 2013;173:323-4.
8. Holwerda TJ, Beekman ATF, Deeg DJH, Stek ML, van Tilburg TG, Visser PJ, et al. Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine* 2012;42:843-53.
9. Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch. Intern. Med.* 2012;172:1078-83.
10. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2013;110:5797-801.
11. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. *Psychosomatic Medicine* 2005;67:869-78.
12. Schmaltz HN, Southern D, Ghali WA, Jelinski SE, Parsons GA, King KM, et al. Living Alone, Patient Sex and Mortality After Acute Myocardial Infarction. *J GEN INTERN MED* 2007;22:572-8.

13. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *GER* 2016;62:443-9.
14. Perissinotto C, Covinsky KE. Health status in elderly persons living alone--reply. *JAMA Intern Med* 2013;173:323-4.
15. Kalousova L. Social isolation as a risk factor for inadequate diet of older Eastern Europeans. *International Journal of Public Health* 2014;59:707-14.
16. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people: Social isolation and malnutrition. *Geriatrics & Gerontology International* 2017;17:286-94.
17. Ferry M, Sidobre B, Lambertin A, Barberger-Gateau P. The SOLINUT study: Analysis of the interaction between nutrition and loneliness in persons aged over 70 years. *The journal of nutrition, health & aging* 2005;9:261-8.
18. Locher JL, Robinson CO, Roth DL, Ritchie CS, Burgio KL. The Effect of the Presence of Others on Caloric Intake in Homebound Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60:1475-8.
19. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. *Médecine des Maladies Métaboliques* 2007;1:92-6.
20. Fiches – Population – France, portrait social | Insee [Internet]. ;Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646124?sommaire=3646226>
21. O’Keeffe M, Kelly M, O’Herlihy E, O’Toole PW, Kearney PM, Timmons S, et al. Potentially modifiable determinants of malnutrition in older adults: A systematic review. *Clinical Nutrition* [Internet] 2018 ;Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561418325755>
22. Fávaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, Vereecken C, Vanhauwaert E, Declercq A, et al. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Adv Nutr* 2016;7:507-22.
23. Avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022. 2018;22.
24. van der Pols-Vijlbrief R, Wijnhoven HAH, Schaap LA, Terwee CB, Visser M. Determinants of protein–energy malnutrition in community-dwelling older adults: A systematic review of observational studies. *Ageing Research Reviews* 2014;18:112-31.
25. Chen CC-H, Tang ST, Wang C, Huang G-H. Trajectory and determinants of nutritional health in older patients during and six-month post-hospitalisation. *Journal of*

Clinical Nursing 2009;18:3299-307.

26. Johansson Y, Bachrach-Lindström M, Carstensen J, Ek A-C. Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:1354-64.

27. Dramé M, Novella JL, Lang PO, Somme D, Jovenin N, Lanièce I, et al. Derivation and validation of a mortality-risk index from a cohort of frail elderly patients hospitalised in medical wards via emergencies: the SAFES study. *European Journal of Epidemiology* 2008;23:783-91.

28. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2001;56:M366-372.

29. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. *Clinics in Geriatric Medicine* 2002;18:737-57.

30. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M, Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21.

31. Paino Pardo L, Poblet i Montells L, Ríos Álvarez L. Mayores que viven solos y malnutrición. Estudio SOLGER. *Atención Primaria* 2017;49:450-8.

32. Aliabadi M, Kimiagar M, Ghayour-Mobarhan M, Shakeri MT, Nematy M, Ilaty AA, et al. Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: a cross-sectional study. *Asia Pac J Clin Nutr* 2008;17:285-9.

33. Ramic E, Pranjic N, Batic-Mujanovic O, Karic E, Alibasic E, Alic A. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arh* 2011;65:92-5.

34. Kucukerdonmez O, Navruz Varli S, Koksall E. Comparison of Nutritional Status in the Elderly According to Living Situations. *J Nutr Health Aging* 2017;21:25-30.

35. van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Lonterman-Monasch S, de Vries OJ, Danner SA, Kramer MHH, Muller M. Prevalence and determinants for malnutrition in geriatric outpatients. *Clin Nutr* 2013;32:1007-11.

36. Gillette Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Alix E, Andrieu S, Belmin J, Berrut G, et al. IANA (International Academy on Nutrition and Aging) Expert Group: weight loss and Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 2007;11:38-48.

37. Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *Int. Psychogeriatr.* 2010;22:607-17.

38. Hovstadius B, Petersson G. Factors Leading to Excessive Polypharmacy. *Clinics in Geriatric Medicine* 2012;28:159-72.
39. Schilp J, Wijnhoven HAH, Deeg DJH, Visser M. Early determinants for the development of undernutrition in an older general population: Longitudinal Aging Study Amsterdam. *British Journal of Nutrition* 2011;106:708-17.
40. Jyrkkä J, Enlund H, Lavikainen P, Sulkava R, Hartikainen S. Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011;20:514-22.
41. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD003288.
42. Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA, Meijers JMM, Halfens RJG, Nuijten MJC. The economic costs of disease related malnutrition. *Clin Nutr* 2013;32:136-41.
43. Curtis LJ, Bernier P, Jeejeebhoy K, Allard J, Duerksen D, Gramlich L, et al. Costs of hospital malnutrition. *Clin Nutr* 2017;36:1391-6.
44. Reber E, Norman K, Endrich O, Schuetz P, Frei A, Stanga Z. Economic Challenges in Nutritional Management. *J Clin Med* 2019;8.
45. Volkert D, Saeglitiz C, Gueldenzoph H, Sieber CC, Stehle P. Undiagnosed malnutrition and nutrition-related problems in geriatric patients. *J Nutr Health Aging* 2010;14:387-92.
46. Harris PS, Payne L, Morrison L, Green SM, Ghio D, Hallett C, et al. Barriers and facilitators to screening and treating malnutrition in older adults living in the community: a mixed-methods synthesis. *BMC Fam Pract* 2019;20:100.
47. Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2019;43:32-40.
48. de van der Schueren M a. E, Wijnhoven H a. H, Kruijenga HM, Visser M. A critical appraisal of nutritional intervention studies in malnourished, community dwelling older persons. *Clin Nutr* 2016;35:1008-14.
49. What role for oral nutritional supplements in primary care? *Drug Ther Bull* 2018;56:90-3.
50. Agarwal E, Miller M, Yaxley A, Isenring E. Malnutrition in the elderly: a narrative review. *Maturitas* 2013;76:296-302.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

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

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

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

NOM ET PRÉNOM : BERMEJO Ana

SUJET DE LA THÈSE : Le fait de vivre seul est-il un facteur de risque de dénutrition dans une population âgée ?

THÈSE: MÉDECINE ; **Qualification :** Médecine Générale

ANNÉE : 2019

NUMERO D'IDENTIFICATION :2019ANTI0486

MOTS CLEFS : sujet âgé ; dénutrition ; vivre seul ; trouble neurocognitif majeur.

RÉSUMÉ :

Contexte : Il existe un vieillissement progressif de la population avec une augmentation de l'espérance de vie. Le changement de structures familiales mène à une augmentation des sujets âgés vivant seuls. La dénutrition constitue un facteur de risque d'événements défavorables dans la population âgée. L'objectif principal de notre étude est de déterminer s'il existe un lien entre le fait de vivre seul et la dénutrition chez le sujet âgé de plus de 75 ans.

Méthodes : La population étudiée est celle de l'étude SAFES. Dans cette étude, 1306 patients âgés de 75 ans et plus, hospitalisés dans un service de médecine via un service d'urgences, ont été inclus entre le 1er mars 2001 et le 17 janvier 2002 au sein de neuf hôpitaux universitaires français. Dans notre étude, nous avons sélectionné et suivi à 12 mois, 264 patients ne présentant pas de dénutrition lors de l'inclusion initiale dans la cohorte SAFES. Le critère de jugement principal était l'apparition d'un risque de dénutrition évalué à l'aide de la forme abrégée de l'outil Mini Nutritional Assessment (MNA).

Résultats : 45 patients (17,05%) ont développé un risque de dénutrition à 12 mois d'une hospitalisation dans un service de médecine. Le fait de vivre seul n'apparaît pas comme étant un facteur de risque de dénutrition chez les personnes âgées de 75 ans ou plus OR 1,87 (IC 0,93-3,74 ; p= 0,07). Dans notre étude, la présence d'un trouble neurocognitif majeur est en lien avec le risque de dénutrition de façon significative dans l'analyse multivariée OR 6,15 (IC 2,48-15,26 ; p< .0001).

Conclusion : Prêter une attention particulière aux patients atteints d'un trouble neurocognitif majeur, notamment avec une évaluation nutritionnelle régulière, pourrait permettre de mettre en place des mesures de prévention précocement.

JURY : Président : Pr DRAMÉ Moustapha

Juges : Pr DELIGNY Christophe

: Dr MASSE Franck

: Dr ALLARD SAINT-ALBIN Laury
