Cah. Année Gérontol. (2013) 5:91-95
DOI 10.1007/s12612-013-0331-4

COMMUNICATIONS AFFICHÉES / POSTERS

P2-07 Sciences humaines et sociales

© Springer-Verlag France 2013

P2-07-01
Santé perçue et mortalité six semaines après une hospitalisation en urgence

C. Godard-Sebillotte*, T. Basileu, L. Godaert-Simon, J.-L. Fanon
Service de médecine interne gériatrique, Fort-de-France, France

Introduction : La santé perçue est un paramètre d'évaluation de l'état de santé de plus en plus étudié. Chez le sujet âgé, son association avec la mortalité et le déclin fonctionnel a été montrée à plusieurs reprises. Dans la cohorte SAFES (sujet âgé fragile évaluation et suivi), il existe une association indépendante entre santé subjective à l'admission et mortalité un an après l'hospitalisation en urgence après ajustement sur l'âge, le sexe, l'autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, le score de Charlson, l'échelle de Norton, l'existence d'un risque de dénutrition évaluée par le Mini-Nutritional Assessment Short Form et l'existence d'un syndrome confusionnel aigu. L'évaluation de la santé perçue peut être réalisée à l'aide d'une question extrêmement simple : « en général, comment qualifieriez-vous votre santé ? ». L'association entre la santé perçue et la mortalité précoce, par contre, a été peu étudiée.

Objectifs : Étudier l'association entre santé perçue à l'admission en service de gériatrie aiguë et mortalité six semaines après l'admission.

Méthodes : Cohorte prospective observationnelle.

Résultats : Du 1er janvier 2012 au 30 juin 2012, 370 patients ont été admis en gériatrie aiguë. Deux cent quatre-vingt-sept patients ont été inclus dans la cohorte, dont 60,6 % de femmes. Leur âge moyen était de 85,6 ans. Quinze jours avant l'admission en urgence, 30,1 % d'entre eux présentaient une perte d'autonomie pour moins de deux activités de la vie quotidienne, 17,8 % pour deux à quatre activités de la vie quotidienne et 52,1 % pour plus de quatre activités de la vie quotidienne. Un risque de malnutrition était retrouvé chez 96,1 % des patients, évalué à l'aide du MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment-Short Form). Selon l'index de Charlson, les patients présentaient des niveaux de comorbidité bas pour 8,0 % d'entre eux, moyens pour 50,9 % et élevés pour 41,1 %. À l'admission dans le service de gériatrie aiguë 44,8 % des sujets considéraient leur santé comme « moyenne, mauvaise ou très mauvaise ». Six semaines après l'admission en urgence, ces sujets étaient significativement plus souvent décédés que ceux considérant leur santé comme « bonne ou très bonne ». Il existait une association entre santé perçue et mortalité six semaines après l'admission en urgence.

Conclusion : Nous retrouvons une association entre santé perçue et mortalité six semaines après l'admission en urgence en service de gériatrie aiguë. La santé perçue semble être un indicateur de santé intéressant en situation aiguë dans une population gériatrique afro-caribéenne martiniquaise.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

P2-07-02
La représentation de l'homme âgé maghrébin est-elle un frein à son intégration dans les dispositifs gérontologiques ? Étude socioanthropologique MATC

J. Duchier*, J.-P. Rwabihama, J. Mantovani, A.-M. Duguet
Inserm UMR 1027, Toulouse, France

Introduction : Chez les migrants âgés originaires du Maghreb, la dimension culturelle : perception du vieillissement, place de la personne âgée dans la société, différences liées au genre comme le patriarcat ainsi que les traditions d'entraide ont un impact sur les solidarités familiales et les prises en charge des troubles cognitifs.

Objectifs : Un des volets de l'étude MATC soutenue par la fondation Médéric Alzheimer se propose d'identifier les besoins des migrants vieillissants et les freins à l'accès aux dispositifs et aux structures d'aide aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. L'étude s'appuie sur les trajectoires de vie et les représentations des familles susceptibles d'entraîner des réticences pouvant aboutir à un retard au diagnostic et à la prise en charge.

Méthodes : Une enquête qualitative socioanthropologique est réalisée sur des patients âgés originaires du Maghreb admis dans des services hospitaliers pour des pathologies diverses mais présentant des troubles cognitifs diagnostiqués ou non. Des monographies sont constituées à partir de l'analyse d'une quinzaine d'entretiens semi-directifs enregistrés avec le patient et/ou avec un aidant proche de son entourage familial.

Résultats : Les personnes vieillissantes d'origine maghrébine sont peu nombreuses dans les services hospitaliers. Les retards aux soins sont particulièrement importants, certains patients entrant à l'hôpital à un stade avancé de dégradation cognitive. Les familles concernées sont réticentes à se situer dans une perspective de prévention précoce de la maladie et à faire appel à une aide non familiale. On constate une tendance à prendre en charge les troubles du grand âge au sein de la famille méconnaissant ainsi souvent les ressources extérieures mobilisables du fait des difficultés à formuler une demande pourtant légitime. Dans certains entretiens, un respect excessif pour l'image du « patriarche » a conduit des familles à refuser l'intervention de prestataires extérieurs ou l'institutionnalisation pour les hommes. Ces recours semblent être acceptés plus facilement pour les femmes. Par ailleurs, une connaissance de la culture de ces personnes favoriserait les interventions des professionnels. Le rapport à la démence (maladie d'Alzheimer ou apparentée) reste très marqué d'étiologie profane et on observe fréquemment un déni de la maladie par crainte de la stigmatisation. Cependant, les prémices d'un renversement de cette situation apparaissent dans les discours des enfants issus de la deuxième génération.

Conclusion : Des facteurs culturels jouent un rôle dans les freins à l'accès aux soins des personnes âgées originaires du Maghreb atteintes

de troubles cognitifs ou de démence et à leur prise en charge. Une « compétence culturelle » paraît indispensable pour faire bénéficier ces migrants âgés des prestations auxquelles ils ont droit dans le respect de leur mode de vie en articulant les différences dans une approche intégrative.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-03
Défense des droits des aînés, maltraitance, bientraitance et comités des usagers : une schématisation conceptuelle

M.-E. Bédard[1,*], M. Beaulieu[2,3], E. Gagnon[4,5]
[1]*Doctorat en gérontologie, université de Sherbrooke et chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées, boursière du Fonds de recherche du Québec, société et culture (FRQSC)*
[2]*Professeur titulaire, facultés des lettres et sciences humaines, université de Sherbrooke, Canada*
[3]*Titulaire, chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées, université de Sherbrooke et centre de recherche sur le vieillissement, Sherbrooke, Canada*
[4]*Chercheur d'établissement, CSSS de la Vieille-Capitale, université Laval, Québec, Canada*
[5]*Professeur associé au département de médecine sociale et préventive, université Laval, Québec, Canada*

Introduction : Il importe de schématiser les liens que l'on fait dans les écrits scientifiques et ministériels entre défense des droits des aînés (DDA), maltraitance, bientraitance et comités des usagers (CU). Ces concepts renferment une multitude de caractéristiques, dimensions et représentations complexes (générales ou abstraites), qui jusqu'à présent, n'ont fait l'objet d'aucune figuration conceptuelle. En fait, à notre connaissance, aucune étude ne les lie explicitement. Pourtant, les CU furent créés expressément pour défendre les droits des usagers, une action visant notamment la lutte contre la maltraitance. Ce processus analytique permettra de résumer la structure synthétique de ces connaissances construites à partir de sources diverses.

Objectifs : Présenter une schématisation conceptuelle des liens alliant la DDA, la maltraitance, la bientraitance et les CU, tant dans les textes politiques que dans les écrits scientifiques.

Méthodes : 1) Extraction des liens unissant : DDA, maltraitance, bientraitance et CU, de documents ministériels et d'une recension systématique des écrits sur l'évolution de la DDA et ses usages contemporains dans le champ du vieillissement (n = 113) ; 2) dans une perspective de gérontologie critique, synthèse de ces liens (ex. : valeurs, intentions) ; 3) schématisation.

Résultats : Les CU sont considérés comme un moyen d'améliorer la qualité des services en permettant aux usagers de faire connaître leurs besoins et leurs insatisfactions sur des sujets de préoccupations tels que la maltraitance des aînés. Ils ont le mandat, entre autres, de défendre les droits et les intérêts collectifs de tous les usagers, de manière à prévenir ou intervenir lors de situations de maltraitance (violence, exploitation, négligence), en favorisant des changements dans les conditions qui persécutent et violent les droits des aînés. Le point de convergence, entre les actions s'appliquant à promouvoir la bientraitance et à contrer la maltraitance, réfère à la prévention (de la maltraitance), plus précisément aux approches développées en amont du problème, dans un contexte donné, favorisant les bonnes pratiques et attitudes, pour la personne elle-même ou pour les autres.

Conclusion : La schématisation conceptuelle permet de relier les concepts et d'en faire ressortir, d'un seul coup d'œil, l'articulation théorique et politique. Elle nous permet ainsi de poser un regard critique sur les politiques institutionnelles et sociales de santé et les moyens entrepris pour prévenir, dépister ou corriger les situations de maltraitance. Elle aide également à préciser la pensée et à augmenter la quantité et la qualité des informations analysées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-04
La génération sandwich et la prise en charge de parents âgés atteints de la maladie d'Alzheimer: Une histoire de générations ? L'étude française ALERT

C. Pagniez[1,*], D. Huvent-Grelle[1], F. Puisieux[1], C.S. Société septentrionale de gérontologie clinique[2], T. Martin[1]
[1]*CHRU Lille, France*
[2]*SSGC, Lille, France*

Introduction : L'aide informelle fournie auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer par un proche peut être source de stress et ressentie comme un fardeau. Les traitements permettant de réduire les troubles du comportement induits par la maladie sont rares, et la perte d'autonomie et de la mémoire, inéluctables. Nous nous sommes intéressés à ces aidants, « pris en sandwich » entre deux générations : celle de leurs parents âgés malades et celle de leurs petits-enfants, réclamant toutes deux une partie de leur temps, et leurs soins.

Objectifs : Étude des caractéristiques sociodémographiques et de la qualité de vie de la « génération sandwich », définie comme la génération prenant soin à la fois de parents âgés déments et de petits-enfants.

Méthodes : Étude multicentrique, prospective, observationnelle, s'étendant sur une année. Onze centres de gériatrie du Nord de la France ont participé à l'étude. Quatre-vingt-dix-neuf aidants familiaux prenant soin à la fois de leurs parents âgés atteints de la maladie d'Alzheimer et de leurs jeunes petits-enfants ont été inclus.

Résultats : Ces grands-parents de la génération sandwich sont en majorité des femmes (79 %), et sont nés dans les années 1950. Leurs parents ont en moyenne 86 ans, et les petits-enfants sept ans. Quarante-sept pour cent d'entre eux prennent des médicaments, 57 % se sentent stressés et 53 % ont des troubles du sommeil. Le patient atteint de la maladie d'Alzheimer est le plus souvent la mère ou la belle-mère de l'aidant. L'aidant intervient de façon hebdomadaire dans 95 % des cas. Trente-huit pour cent des personnes incluses dans l'étude exercent une activité salariée à temps plein. La plupart d'entre eux affirment apprécier aider leur parent, mais préfèrent toutefois s'occuper de leurs petits-enfants.

Conclusion : Ces femmes « prises en sandwich » doivent faire face aux demandes de deux générations, leurs parents et leurs petits-enfants. Cette situation semble similaire aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni et probablement dans d'autres pays. Nous nous demandons si ce phénomène ne reflète pas un problème de société plus large.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-05
L'engagement bénévole dans les associations de soutien à domicile des aînés : une question d'adaptabilité et d'équilibre

J. Castonguay[1,2,*], A. Vézina[2,3], A. Sévigny[1,2]
[1]*École de service social, université Lava, Québec, Canada l*
[2]*Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, CHU de Québec, Canada*
[3]*Faculté des sciences sociales, université Laval, Québec, Canada*

Introduction : Demeurer à domicile le plus longtemps possible, telle est une volonté partagée par l'ensemble des personnes aînées. Cependant, les associations de soutien à domicile, qui leur offrent un soutien considérable, sont aux prises avec un problème important de recrutement et de fidélisation des bénévoles. Or, ces associations reposent essentiellement sur l'action de ces bénévoles. De plus, ceux qui jouent un rôle de premier plan dans leur fonctionnement vieillissent ; ils dépassent maintenant l'âge de 70 ans.

Objectifs : Cette étude québécoise vise trois objectifs : 1) identifier les facteurs qui facilitent ou qui contraignent l'engagement des bénévoles dans ces associations ; 2) mieux comprendre les circonstances dans lesquelles ces facteurs apparaissent ; 3) mieux comprendre la relation qui les lie entre eux.

Méthodes : Cette étude, descriptive et compréhensive, s'appuie sur des méthodes qualitatives. Un échantillon non probabiliste et typique est constitué de 12 bénévoles et de 4 coordonnateurs, ceux-ci représentant deux types d'acteurs contribuant au fonctionnement des associations. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées. Les données ont été soumises à une analyse qualitative de contenu thématique mixte.

Résultats : L'engagement bénévole apparaît comme un processus ponctué de plusieurs étapes (recrutement, accueil et fidélisation). Pour chacune d'elles, des facteurs sont plus influents que d'autres. Leur présence ou absence rend possible ou non l'initiation de cet engagement et son maintien. Dans ce contexte, une négociation constante a lieu entre les acteurs : chacun d'eux est amené à s'adapter à la réalité des autres. Cette adaptabilité est cependant limitée. Un équilibre entre la position de l'organisme et celle du bénévole est nécessaire.

Conclusion : L'identification des facteurs associés à l'engagement bénévole permet d'améliorer la qualité de la coordination des bénévoles et, par le fait même, de favoriser leur engagement. Néanmoins, un des enjeux concernant le développement de l'action bénévole consiste à savoir si les nouveaux retraités prêteront leur concours à des réponses concrètes et directes aux besoins de solidarité et d'engagement actuels. En effet, tel que le montre cette étude, disposer de davantage de temps disponible ne fait pas en sorte que l'on devient automatiquement bénévole.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-06
Phénoménologie de la vieillesse à partir de Philippulus dans *L'étoile mystérieuse* de Hergé

D. Riviere
Service de psychiatrie, centre hospitalier de Tulle, Tulle, France

Introduction : « Fin du monde ou fin d'un monde ». Ou comment le vieillard fou peut devenir prophète. Quand le monde adulte et pensant — le cogito — voit le socle sur lequel il croit être stable vaciller, il interroge la science, symbolisée par les astronomes, et cherche des appuis solides. La folie et la vieillesse réunies, et symbolisées par Philippulus le prophète, ne sont pas accueillies et renvoyées à l'asile.

Objectifs : Peut-on envisager le vieillissement cognitif autrement que dans un paradigme défectologique ?

Méthodes : On interroge autant la phénoménologie lévinassienne que les approches artistiques telles que Hergé a pu les présenter. Certains personnages de Hergé sont porteurs d'une symbolique qui peut avoir un intérêt heuristique pour le gériatre.

Résultats : Si le fou est prié de se taire, seul le sérieux de la science peut apporter la lumière (« l'étoile ») sur le supposé sens de la vie. L'expédition, sur le navire l'Aurore, qui fait penser à l'œuvre éponyme de Nietzsche, à haut risque, rois mages de l'univers de Hergé, n'arrive qu'à extraire un misérable caillou de l'étoile, dont le « mystère » demeure quasi entier. Rien ne prouve donc que la stabilité soit l'affaire de la science, dont Popper a défini le caractère nécessairement falsifiable. Le fou, certes, est prié sans trop de ménagement de retourner à l'asile, mais il aura auparavant annoncé quelques prophéties pour qui veut l'entendre : la mort étant la seule certitude, il importe à chacun d'en faire « le seul espoir » (M. X. dément sévère, EHPAD Neuvic, 2012) et d'en tirer quelques conséquences dans l'ordre de ce que Kant appelait « métaphysique des mœurs ». Les troubles psychiatriques du sujet âgé, délires, hallucinations, agressivité… ont, par-delà le caractère incohérent qu'ils se donnent, une fonction non seulement psychologique, mais aussi sociale : l'annonce du passage du cogito, parangon de l'ontologie comme philosophie première, qui est aussi philosophie de la puissance (Lévinas), à l'obéissance, qui est aussi, voire surtout, écoute (*oboedio* : prêter l'oreille, obéir).

Conclusion : Que dirait le vieillard qu'il nous importe d'entendre, si ce n'est que la fin d'un monde n'est pas la fin du monde ? Il y a donc dans le discours du sujet âgé, fou, quelque chose à découvrir qui est, au sens grec du terme, une apocalypse (*απο-καλυπτω* : découvrir, se dévoiler).

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-07
Leviers et obstacles à l'engagement bénévole des aînés dans le domaine du soutien à domicile : une recension des écrits

J. Castonguay[1,2,*], M. Beaulieu[3], A. Sévigny[2]
[1]*Centre universitaire de formation en gérontologie, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*
[2]*Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, CHU de Québec, Québec, Canada*
[3]*École de travail social, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*

Introduction : Les associations de soutien à domicile sont aux prises avec un problème important de recrutement et de fidélisation des bénévoles. Dans un contexte de vieillissement démographique, cette situation est préoccupante. En effet, ces associations assurent une part importante du soutien offert aux aînés et reposent essentiellement sur l'action bénévole.

Objectifs : Cette recension des écrits vise à répertorier les facteurs pouvant faciliter ou contraindre l'engagement bénévole (recrutement, accueil et fidélisation) des aînés dans le domaine du soutien à domicile auprès des aînés.

Méthodes : Seize bases de données, francophones et anglophones, en santé et sciences sociales sont interrogées pour la période 2005–2013

en croisant les thèmes bénévolat et soutien à domicile, et bénévolat et soins palliatifs. Parmi les 1 898 documents recensés, 266 sont retenus. Ces documents — articles scientifiques (articles empiriques ou théoriques, recensions systématiques, etc.), thèses, mémoires et livres — sont pertinents pour mieux comprendre l'engagement bénévole des aînés dans le domaine du soutien à domicile.

Résultats : Deux types de facteurs sont identifiés. Les facteurs individuels comprennent les caractéristiques sociodémographiques de la personne, sa capacité à s'engager bénévolement, ses motivations et ses sentiments de liberté et de bien-être. Les facteurs organisationnels ont trait principalement à l'activité bénévole et aux ressources dont l'association dispose. Un même facteur peut être facilitant ou contraignant dépendamment du contexte d'actualisation. En effet, le contexte sociopolitique, qu'il soit local, régional, national ou international, a une influence sur ces facteurs et la dynamique qui les lie entre eux.

Conclusion : L'engagement bénévole est un processus qui découle d'une combinaison de facteurs dont la présence ou l'absence rend possibles ou non l'initiation et le maintien de cet engagement. Le tout demeure une question d'adaptabilité et d'équilibre. Même si l'engagement bénévole est un geste libre et gratuit, il nécessite tout de même certaines balises. Certes, les bénévoles sont libres de s'engager ou non dans le respect de leurs intérêts, de leur disponibilité et de leur rythme. Toutefois, le soutien (formation, encadrement, suivi, reconnaissance, etc.) reçu de la part de leur association est d'importance pour eux et favorise leur engagement.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-08
Analyse de pratiques concernant la contention chimique

B. Colombier[1,*], S. Moulias[2], N. Curatolo[2], T. Cudennec[2], F. Muller[1], D. Preulier[1], L. Teillet[1]
[1]SSR Pr Teillet AP–HP Sainte-Périne, Paris, France
[2]UGA Pr Teillet AP–HP Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt, France

Introduction : La contention chimique est un sujet complexe, se situant à la frontière entre un objectif de soin et une visée sécuritaire, rendue possible depuis les années 1950 grâce aux progrès de la chimie avec notamment l'arrivée sur le marché des neuroleptiques. Dans la littérature médicale, le terme de contention physique est bien défini. Par contre, celui de contention chimique peut désigner trois contextes. Il peut s'agir de l'administration de psychotropes en général. Ce peut être aussi toute prescription médicamenteuse à un patient au comportement difficilement tolérable pour l'entourage. Enfin, il peut s'agir d'une prescription occasionnelle de médicaments afin de contrôler un comportement ou de limiter la liberté de mouvement d'un patient. Devant cette difficulté d'accéder à une définition fiable et utilisable en pratique clinique, il nous a semblé pertinent de recueillir et d'analyser la perception de la « contention chimique » par les professionnels soignants.

Objectifs : Étudier et analyser la signification du terme « contention chimique » dans l'imaginaire et la pratique d'un échantillon de personnels médicaux et paramédicaux.

Méthodes : Nous avons choisi d'utiliser une méthode d'analyse qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien. Les thèmes de ce guide d'entretien étaient centrés sur le terme « contention chimique » : l'imaginaire auquel il renvoie, sa définition, son utilisation ; la pratique de la contention chimique : molécules utilisées, circonstances de prescription ou de délivrance, avantages, inconvénients et impact sur la pratique médicale, les difficultés éthiques ou encore légales qu'elle peut entraîner. Notre population cible était essentiellement un échantillon de médecins, d'infirmières, d'aides-soignantes travaillant majoritairement aux hôpitaux universitaires Paris Île-de-France-Ouest. L'analyse des résultats s'est faite à partir du verbatim, par deux médecins formés aux sciences sociales.

Résultats : Au total 45 entretiens, soit 20 heures d'enregistrement, ont été réalisés et retranscrits entre avril et juin 2013, avec 32 femmes et 13 hommes de 23 à 62 ans. Il y avait 12 gériatres travaillant en unité de gériatrie aiguë, unité de soins de suite et réadaptation, unité de long séjour, équipe mobile et en psychogériatrie ; trois psychiatres, un neurologue, un radiologue, un médecin d'équipe de soins palliatifs, un chirurgien orthopédique, un pédiatre réanimateur, un médecin généraliste, deux internes et un externe en médecine. Cinq infirmières, un cadre infirmier et huit aides-soignantes, un ergothérapeute, un kinésithérapeute, trois psychologues, un psychomotricien, un pharmacien ont aussi été interrogés. L'analyse de ces entretiens permet de mettre en avant une hétérogénéité dans la perception de ce qu'est la contention chimique pour chaque intervenant, selon son statut et son rapport au patient, et de nombreuses incertitudes concernant sa définition et son utilisation appropriée.

Conclusion : La multiplicité des situations en pratique médicale rend difficile un standard de définition et de cadre d'utilisation pour la contention chimique. Le but de cette première intervention est d'amener les soignants à réfléchir sur le sujet et à se former à cette prescription si particulière.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-09
« Le sans fourchette®» : le plaisir, la convivialité et l'intergénération

F. Verdureau[1], P. Metais[2], R. Lepage[3], M. Palud[1], M.-P. Pancrazi[1], E. Laurine[4,*]
[1]Mémoire et Santé, Marseille, France
[2]ELY Consulting SA, Luxembourg, Luxembourg
[3]Le Grand Puech, Mimet, France
[4]Mémoire et santé, Londres, Royaume-Uni

Introduction : « Le sans fourchette® » propose un repas sans couvert au restaurant pour les malades d'Alzheimer, leur famille et les soignants. Cette initiative se propose de sensibiliser le monde de la restauration au handicap invisible. Dans cette optique, le projet a été réalisé en partenariat avec l'école hôtelière afin de former la future génération de restaurateurs, d'intégrer la connaissance de ce type de handicap au cours de leurs études et de déstigmatiser le malade atteint de maladie d'Alzheimer.

Objectifs : « Le sans fourchette® » a deux objectifs. D'une part, il s'agit de maintenir des moments de plaisir, de convivialité et de partage autour du repas pour des patients et leur famille. Prendre ce moment propice pour en faire une sortie, en dehors du lieu de vie des personnes en mettant l'accent sur le plaisir de la table et l'échange dans un milieu rassurant. D'autre part, « Le sans fourchette® » a pour objectif de sensibiliser les professionnels de la restauration à la maladie d'Alzheimer et de les amener à proposer des formules adaptées aux besoins des personnes malades et de leur famille.

Méthodes : Dans le cadre du projet « Le sans fourchette® », l'association Mémoire et Santé intervient tout d'abord auprès des écoles hôtelières. À travers une série de séminaires, elle sensibilise les élèves et les responsables pédagogiques à la maladie d'Alzheimer, au handicap

invisible, et aux liens vieillissement/besoins alimentaires. En partenariat avec l'équipe pédagogique nous élaborons un « sans fourchette® » adapté à chaque structure d'accueil. Mémoire et Santé intervient aussi auprès des réseaux de professionnels de santé et des patients afin de communiquer sur la réalisation à venir d'un « sans fourchette® ».

Résultats : À ce jour, plusieurs « sans fourchette® » ont été réalisés avec succès avec les équipes du lycée hôtelier de Marseille (60 couverts en 2012, 90 couverts en 2013). Les élèves et encadrants ont montré leur adhésion au projet à travers leur intérêt pour la meilleure compréhension de la maladie et des répercussions du handicap dans la vie quotidienne des malades. Les élèves ont montré une bonne capacité d'adaptation en cuisine lors des discussions sur l'adaptation des mets aux besoins des malades. En service, ils ont été à l'écoute et ont su adapter leur communication avec les différents convives ne sachant pas qui autour de la table était malade ou pas. Les assiettes sont retournées vidées de leur contenu après le repas, sans avoir eu besoin de venir en aide aux malades. Tout le monde est resté à table sur l'ensemble du repas, l'ambiance était chaleureuse et paisible, les sourires étaient présents et les tentatives de communications retrouvées avec le personnel de salle.

Conclusion : « Le sans fourchette® » est une action innovante auprès des malades d'Alzheimer et de la jeune génération de futurs restaurateurs. Cette jeune population reste surprise des capacités restantes de communication des malades et de la transmission de plaisir et de jovialité au moment du repas. Pour les soignants comme pour les familles, cette nouvelle approche doit faire évoluer l'image du repas qui ne devrait pas être un combat pour les malades mais un moment de plaisir. Notre démarche veut gagner sur les idées reçues, combattre les a priori du maintien coûte que coûte de l'usage des couverts afin de retrouver un moment convivial et chaleureux autour du repas au restaurant.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.