



Faculté de Médecine et de Pharmacie
Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Année 2020-2021

MEMOIRE

en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

présenté par

Camille BERNARDEAU

MANGER-MAINS : LA PLACE DE L'ORTHOPHONISTE
AUPRES DES PATIENTS AVEC TROUBLES NEUROCOGNITIFS
MAJEURS. REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE

Directrice du mémoire : Madame Catherine DE LANGE, Orthophoniste

Autres membres du jury : Madame Guénaél BRUNET-RIO, Orthophoniste
Madame Anne-Clémence NEBAS, Orthophoniste



Faculté de Médecine et de Pharmacie
Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Année 2020-2021

MEMOIRE

en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

présenté par

Camille BERNARDEAU

MANGER-MAINS : LA PLACE DE L'ORTHOPHONISTE
AUPRES DES PATIENTS AVEC TROUBLES NEUROCOGNITIFS
MAJEURS. REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE

Directrice du mémoire : Madame Catherine De Lange, Orthophoniste

Autres membres du jury : Madame Guénaël BRUNET-RIO, Orthophoniste
Madame Anne-Clémence NEBAS, Orthophoniste

Remerciements

En tout premier lieu, merci à Madame Catherine De Lange pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire et de m'avoir accompagnée tout au long de sa rédaction.

Merci également à Madame Guénaël Brunet-Rio et Madame Anne-Clémence Nébas d'avoir accepté de faire partie de mon jury et pour le temps qu'elles y ont consacré.

Merci à toutes les orthophonistes qui m'ont reçue en stage, ainsi qu'aux patients qui ont accepté de passer entre mes mains novices, pour avoir contribué à mon cheminement d'orthophoniste en devenir.

Merci à mes proches qui m'ont aidée, de manières diverses, dans la réalisation de ce mémoire et l'accomplissement de ces cinq longues années d'études.

Et, enfin, merci aux résidents d'EHPAD et anciennes collègues qui ont fait émerger ce questionnement et dont le souvenir m'a accompagné tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Table des matières

Introduction	1
Définitions et cadre théorique	2
1. La notion de « trouble neurocognitif majeur ».....	2
2. La déglutition	3
3. Phase pré-orale et oralité	5
4. Alimentation chez la personne âgée avec TNC majeur	6
4.1. Conséquences du vieillissement sur l'état nutritionnel.....	6
4.2. La perte de poids chez les patients avec TNC majeurs.....	7
4.3. La problématique alimentaire dans le cadre des TNC majeurs	7
5. Le manger-mains.....	9
5.1. L'autonomie alimentaire	11
5.2. La stimulation sensorielle	11
5.3. Les intérêts dans la prise en soin orthophonique	12
Problématique, objectifs et hypothèses	13
Méthode	14
1. Sélection des publications	15
2. Présentation des publications	15
3. Eléments d'analyse.....	17
Résultats	18

1. Présentation des résultats relatifs aux acteurs du manger-mains	18
2. Présentation des résultats selon les catégories d'indicateurs	21
2.1. Nutrition et santé.....	21
2.2. Capacités cognitives.....	22
2.3. Etat psychologique.....	22
2.4. Dimension sociale.....	23
2.5. Aspects institutionnels	24
2.6. Déglutition	25
3. Présentation des résultats globaux.....	25
Discussion	28
1. Interprétation des résultats	28
2. Limites.....	32
3. Perspectives.....	33
Conclusion	35
Bibliographie	37
Annexes	43
Liste des tableaux et figures	44
Liste des annexes.....	45
Annexe n°1 : Présentation des projets mis en œuvre dans les publications sélectionnées	46
Annexe n°2 : Relevé des acteurs cités dans la mise en place du manger-mains.....	48
Annexe n°3 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Nutrition et santé ».....	49

Annexe n°4 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Capacités cognitives »	51
Annexe n°5 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Etat psychologique ».....	52
Annexe n°6 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Dimension sociale ».....	53
Annexe n°7 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Aspects institutionnels »	54
Annexe n°8 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Déglutition »	55
Annexe n°9 : Relevé du nombre d'occurrences pour chaque catégorie d'indicateurs.....	56

Introduction

La loi du 10 juillet 1964¹, en créant le Certificat de Capacité d'Orthophonie, a reconnu l'orthophonie comme profession à part entière et a commencé à esquisser les contours de son domaine d'intervention. Depuis, plusieurs réformes sont venues élargir les champs de compétence de la profession. Le décret de compétence de 2002², dernier entré en vigueur, est venu y ajouter les troubles liés au vieillissement, notamment dans le cadre de la prise en soin des démences. Ces redéfinitions progressives posent la question de la délimitation des frontières professionnelles et celle de l'évolution de la formation et des pratiques des orthophonistes (Le Feuvre, 2007).

Le rôle des orthophonistes auprès de ces patients s'articule autour de problématiques variées, dont celles de l'alimentation et de la déglutition. Concernant l'alimentation, la démarche thérapeutique recommandée pour éviter la dénutrition consiste avant tout en une surveillance des facteurs de risque et des indicateurs de statut nutritionnel. Lorsque le diagnostic est établi, les facteurs entraînant la dénutrition doivent être pris en charge et les apports nutritionnels doivent être augmentés, par l'enrichissement de l'alimentation ou par la prescription de compléments nutritionnels oraux (Haute Autorité de Santé, 2008). Pour ce qui est de la déglutition, selon une étude proposant un état des lieux de la prise en soin orthophonique des troubles de la déglutition, le rôle des orthophonistes auprès des patients souffrant de démence consiste principalement à proposer des adaptations de textures et de postures et à sensibiliser l'entourage aux troubles de la déglutition (Jansen & Leurs, 2015). Pourtant, si le recours aux textures modifiées a augmenté ces dernières décennies, il n'y a pas de preuves tangibles qu'elles présentent un réel bénéfice pour prévenir les conséquences des troubles de la déglutition (O'Keeffe, 2018). Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer cette fissure entre l'état des connaissances scientifiques et la pratique. D'abord, la décision de proposer une modification des textures repose sur une base physiopathologique rationnelle : si l'imagerie met en évidence un retard du déclenchement du réflexe de déglutition par exemple, il semble logique d'épaissir les liquides pour ralentir leur progression dans la cavité bucco-pharyngée. Ensuite, beaucoup d'interventions manquent de preuves solides pour les étayer et il y a parfois un manque de connaissance des orthophonistes. Enfin, la culture médicale de précaution explique le recours fréquent aux textures modifiées, perçues comme garantissant une

¹ Pour consulter le texte : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000691713/>

² Pour consulter le texte : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000413069>

déglutition en toute sécurité (O’Keeffe, 2018). Pour autant, il n’est pas question de dire que cette pratique doit être abandonnée. Néanmoins, il est important que la balance bénéfice/risque, sur laquelle repose la préconisation, tienne compte de l’état de santé du patient, des objectifs de l’intervention et du plaisir d’alimentation. Pour être correctement appliquées, les décisions prises face à un trouble avéré ou à un risque de trouble de la déglutition doivent faire l’objet d’une concertation et être comprises par tous (Berkman & Vitale, 2017).

Une fois ce constat posé, il est nécessaire de se demander comment repenser la prise en soin et la prévention des troubles de la déglutition des patients âgés souffrant de démence. Le manger-mains est une pratique s’intégrant dans une intervention écologique globale et pouvant venir soutenir l’alimentation orale des patients. Dans ce mémoire, nous proposons un travail bibliographique visant à étudier l’usage qui en est fait dans les structures accueillant des patients âgés, notamment en regard de l’intérêt thérapeutique que cette adaptation représente pour l’intervention de l’orthophoniste. La première partie de ce mémoire est consacrée à la définition des notions importantes pour traiter notre sujet et à l’exposition du cadre théorique dans lequel notre travail s’inscrit. Nous reviendrons notamment sur la relation qui existe entre le manger-mains et la déglutition, ainsi que sur les liens entre le manger-mains et l’intervention orthophonique. Dans la seconde partie, nous exposerons la méthode que nous avons suivie pour réaliser notre analyse et les résultats obtenus, puis nous discuterons ces résultats afin de les mettre en lien avec notre cadre théorique, mais aussi présenter les limites et les perspectives de notre étude.

Définitions et cadre théorique

1. La notion de « trouble neurocognitif majeur »

Pour tenir compte de la diversité des patients pouvant être rencontrés dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, nous avons choisi d’utiliser le terme « *trouble neurocognitif majeur* » tel qu’il est défini dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015). Néanmoins, le terme de « *démence* » étant toujours usité et admis, il est également employé en tant que synonyme.

La catégorie des troubles neurocognitifs (TNC) regroupe les troubles acquis se manifestant par une atteinte d’un ou plusieurs domaines cognitifs : attention, fonctions exécutives,

apprentissage et mémoire, langage, activités praxiques et cognition sociale. Ils sont caractérisés, d'une part, par le degré d'atteinte – TNC légers et majeurs – et, d'autre part, par leur étiologie. Les TNC majeurs sont définis comme une altération importante d'un ou plusieurs domaines cognitifs par rapport aux performances antérieures, limitant l'autonomie au quotidien. Ces déficits ne doivent pas être liés à un état confusionnel, ni être mieux expliqués par un autre trouble mental.

2. La déglutition

La déglutition est le mécanisme par lequel les aliments, solides et liquides, la salive et les sécrétions nasales sont transportés de la cavité buccale vers l'estomac (Auzou, 2007a), tout en protégeant les voies respiratoires (Desuter & Remacle, 2009). Cette activité complexe repose sur de nombreuses structures anatomiques, mais aussi sur des réseaux neurologiques impliquant des structures corticales et sous-corticales, le tronc cérébral et certains nerfs crâniens (Dziewas et al., 2003 ; Easterling & Robbins, 2008). L'intégrité de ces structures et leur parfaite coordination sont nécessaires pour assurer une déglutition efficace. Son déroulement est le plus souvent décrit en trois phases successives (Puech & Woisard-Bassols, 2011) :

- Le temps oral se déroule sous contrôle cortical : il est volontaire. Une fois les aliments introduits en bouche, la mastication, l'insalivation et les mouvements de la langue permettent de les transformer en un bolus amalgamé rassemblé sur le dos de la langue. La langue le propulse alors vers le pharynx par des mouvements antéro-postérieurs.
- Le temps pharyngé correspond au réflexe de déglutition. Les voies aériennes sont protégées par la remontée du voile du palais, l'occlusion laryngée, l'ascension et la projection antérieure du larynx et le recul de la base de langue. Le bolus progresse dans le pharynx par péristaltisme, de l'isthme du gosier au sphincter supérieur de l'œsophage. Cette phase réflexe est rapide et se déroule en apnée.
- Pendant la phase œsophagienne, le bolus est transporté du sphincter supérieur au sphincter inférieur de l'œsophage par péristaltisme. Comme la phase pharyngée, c'est une activité réflexe. Elle dure moins de 10 secondes (Logemann, 2007).

Lorsqu'une partie du bolus pénètre la trachée, il y a fausse route. Celle-ci peut être :

- prédéglutive s'il y a un défaut de coordination de la propulsion du bolus et du réflexe de déglutition ;

- intradéglutive lorsqu'il y a un défaut de protection laryngée ;
- postdéglutive (ou secondaire) lorsqu'elle est due à une stase pharyngée ou laryngée qui pénètre les voies aériennes après la reprise inspiratoire (Becker, 2009).

La toux, qui peut être réflexe ou volontaire, permet d'éjecter le corps étranger des voies aériennes. Lorsque le réflexe de toux est aboli, le risque de fausses routes silencieuses est important : des éléments du bolus peuvent pénétrer les voies respiratoires sans aucun signe extérieur visible. Le risque de pneumopathies d'inhalation dues à la pénétration de bactéries dans les poumons est alors important. Chez les personnes âgées dépendantes, ce risque est souvent majoré par une mauvaise hygiène bucco-dentaire (Puech & Woisard-Bassols, 2011).

Le vieillissement physiologique de la déglutition, appelé presbyphagie, entraîne des modifications du mécanisme dont :

- un allongement du temps buccal et une hypotonie linguale,
- une diminution de la salivation parfois aggravée par la prise de médicaments,
- une diminution de la sensibilité du pharynx et de la région supraglottique,
- un retard de déclenchement du réflexe de déglutition,
- une diminution du réflexe de toux,
- un péristaltisme ralenti et un retard d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (Ferry, 2012 ; Easterling & Robbins, 2008).

La presbyphagie favorise donc certains mécanismes physiologiques qui augmentent le risque de fausses routes : déglutitions multiples pour vidanger la bouche, propulsion prématurée des liquides et stases de résidus alimentaires dans la bouche et le pharynx (Yoshikawa et al., 2005). Néanmoins, chez une personne âgée en bonne santé, l'adaptation physiologique progressive permet de garder une déglutition fonctionnelle (Ruglio, 2017 ; Bleckx, 2007).

A ces évolutions physiologiques peuvent s'ajouter des éléments pathologiques. La dysphagie désigne les troubles acquis de la déglutition d'origine organique ou fonctionnelle. Plus précisément, elle renvoie à une incapacité partielle ou totale, temporaire ou permanente d'avaler par la bouche des aliments et des liquides (Brin-Henry, Courrier, Lederlé, & Masy, 2016). Elle peut être d'origine comportementale, sensitive et/ou motrice. Elle concerne 40 à 50% des personnes vivant en institution, contre 7 à 22% des personnes âgées vivant à domicile (Easterling & Robbins, 2008).

3. Phase pré-orale et oralité

Comme évoqué précédemment, la déglutition est une procédure complexe se déroulant sous contrôle cortical. Les éléments sensoriels intervenant avant la mise en bouche sont nécessaires pour préparer le cerveau à l'activité de déglutition : l'odeur, l'identification des caractéristiques de l'aliment (texture, couleur, température, etc.) ou encore l'anticipation du goût. C'est pourquoi certains auteurs décrivent une quatrième phase dans le mécanisme de déglutition : la phase pré-orale. Celle-ci peut être décrite comme l'anticipation et la prise de décision avant la mise en bouche (Girod-Roux, 2012). Pour identifier ce qui est comestible ou non, le cerveau a besoin d'informations provenant du système gustatif, mais aussi de la vision et l'odorat (Auzou, 2007b). Des signes sensorimoteurs d'anticipation de la déglutition sont d'ailleurs observés bien avant la mise en bouche. L'anticipation et les informations proprioceptives³ permettent d'adapter la réponse motrice et, donc, de déglutir en toute sécurité (Shune, Moon, & Goodman, 2016 ; Siebens et al., 1986). Percevoir, c'est mettre du sens sur une sensation. La perception repose donc sur la mémoire (Lieury & Léger, 2020). Ainsi, l'identification et l'appréciation des aliments s'appuient sur des facteurs sensoriels (couleur, forme, odeur, texture...) mais aussi sémantiques (connaissances sur les propriétés de l'aliment, représentations mentales, expériences vécues, croyances...). Deux types de traitements sont distingués. Un traitement de l'information guidé par les sensations est dit « *bottom-up* » ou ascendant : les informations captées par les organes des sens entraînent l'activation des réseaux sémantiques correspondant. A l'inverse, lorsque le traitement est réalisé à partir des processus de haut niveau, cognitifs, il est dit « *top-down* » ou descendant. Ce sont alors les concepts sémantiques qui orientent les perceptions (Lieury & Léger, 2020). Si les atteintes mnésiques liées à certains types de TNC majeurs peuvent altérer les réseaux sémantiques et, ainsi, modifier les perceptions, les repas peuvent néanmoins constituer un espace de reviviscence⁴ basé sur les stimulations sensorielles et l'activation de la mémoire émotionnelle (Pouyet, Giboreau, Cuvelier, & Benattar, 2013). Bien que peu décrite dans la littérature, la phase pré-orale est essentielle pour assurer le bon déroulement de la déglutition et constitue un levier d'action intéressant pour les orthophonistes dans la prise en soin des dysphagies neurogériatriques (Girod-Roux, 2012).

³ Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la proprioceptivité se définit comme « l'ensemble des sensations résultant de la perception qu'a l'homme de son propre corps et renseignant sur l'activité du corps propre ». <https://www.cnrtl.fr/definition/proprioception>

⁴ Selon le CNRTL, la reviviscence est le « fait pour un phénomène émotionnel, moral, intellectuel de réapparaître, de se reproduire ». <https://www.cnrtl.fr/definition/reviviscence>

La prise en soin orthophonique des patients souffrant de TNC majeurs peut s'intégrer dans le cadre de l'oralité, c'est-à-dire de « *l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, à savoir l'alimentation, la respiration et bien sûr la communication* » (Abadie, 2004). Selon des travaux portant sur les terminologies orthophoniques (Brin-Henry, 2017), ce terme est utilisé depuis une quinzaine d'années dans la littérature et englobe les problématiques autour de l'alimentation et du langage, en mettant l'accent sur la sensorialité. Dans ce mémoire, nous considérons que l'oralité alimentaire fait partie intégrante de la déglutition. C'est pourquoi nous avons choisi de conserver le terme de trouble de la déglutition, en y intégrant les troubles de la phase pré-orale.

4. Alimentation chez la personne âgée avec TNC majeur

4.1. Conséquences du vieillissement sur l'état nutritionnel

La dénutrition peut être définie comme un « *état de déficit en énergie, en protéine, ou en n'importe quel autre macro ou micronutriment spécifique, produisant un changement mesurable des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle associée à une aggravation du pronostic de maladie* » (Basdevant, Laville, & Lerebours, 2001 cité par la Haute Autorité de Santé, 2007, p. 14). Le vieillissement altère la capacité de l'organisme à gérer les stocks énergétiques et utiliser les nutriments : le risque de dénutrition est donc majeur. Les nombreux facteurs de risque de dénutrition de la personne âgée doivent aussi être considérés : l'isolement, le deuil, les affections aiguës, les traitements médicamenteux au long cours, les troubles bucco-dentaires, les régimes restrictifs ou encore la dépendance (Patry & Raynaud-Simon, 2010).

La prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées dépendantes vivant en institution varie de 15 à 38% (Haute Autorité de Santé, 2007). Pourtant, la nutrition est un enjeu essentiel de la prise en soin des plus âgés parce qu'elle peut améliorer sensiblement leur qualité de vie et réduire l'incidence de pathologies liées à l'âge (Bertièrre, 2012 ; Barberger-Gateau et al., 2010 ; Patry & Raynaud-Simon, 2010). En effet, la dénutrition est associée aux infections nosocomiales, à l'apparition d'escarres, ainsi qu'aux chutes et fractures (Haute Autorité de Santé, 2007). De plus, elle renforce la symptomatologie dépressive et, par conséquent, la dépendance (Barberger-Gateau et al., 2010).

4.2. La perte de poids chez les patients avec TNC majeurs

Les patients avec des TNC majeurs présentent une perte de poids annuelle moyenne de 4% (Chouinard, Lavigne, & Villeneuve, 1998). Ce phénomène s’amorce avant l’institutionnalisation (Wang, Fukagawa, Hossain, & Ooi, 1997) et n’est pas en lien direct avec les troubles cognitifs (Barrett-Connor, Edelstein, Corey-Bloom, & Wiederholt, 1996). Chez ces patients, la dénutrition semble être un mécanisme physiopathologique à part entière (Chouinard et al., 1998 ; Malerba et al., 2015). Néanmoins, certains auteurs constatent un lien entre la détérioration de l’état nutritionnel des patients et leurs symptômes psychocomportementaux, ces derniers accentuant les difficultés autour de l’alimentation (Greenwood et al., 2005 ; Guerin et al., 2005 ; Malerba et al., 2015). La prévalence de l’anorexie ne doit pas non plus être sous-estimée. Elle peut être iatrogène, liée à une dysphagie, une pathologie œsogastrique ou un état dépressif. Ces causes sous-jacentes de dénutrition doivent être maîtrisées afin que le patient puisse s’alimenter (Legrain, Lacaille, & Ruglio, 2006). Il est également essentiel de garder à l’esprit que les pneumopathies d’inhalation constituent une importante cause de décès chez ces personnes. Bien que les liens de causalités ne soient pas totalement définis, un cercle vicieux peut rapidement se mettre en place : la dénutrition entraîne une perturbation de l’homéostasie⁵ favorisant les infections comme les pneumopathies d’inhalation et altérant l’état général du patient (Chouinard et al., 1998 ; Shune et al., 2016).

4.3. La problématique alimentaire dans le cadre des TNC majeurs

S’alimenter étant une activité neurologique sous contrôle cortical, les TNC majeurs altèrent considérablement l’alimentation et ont de graves conséquences pour la santé : précipitation du décès liée à la dénutrition, pathologies respiratoires, plaies et escarres, altération générale de la qualité de vie (Bleeckx, 2007). A partir des atteintes cognitives décrites dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015), il est possible d’extrapoler leurs conséquences sur l’activité d’alimentation :

⁵ Le CNRTL définit l’homéostasie comme la « *tendance de l’organisme à maintenir ou à ramener les différentes constantes physiologiques (température, débit sanguin, tension artérielle, etc.) à des degrés qui ne s’écartent pas de la norme* ». C’est l’état d’équilibre du milieu intérieur que l’organisme doit maintenir pour fonctionner correctement. <https://www.cnrtl.fr/definition/homeostasie>

Domaine cognitif touché	Exemples de conséquences sur l'activité d'alimentation	Phase(s) altérée(s)
Attention	Le patient est facilement distrait dans un environnement qui présente des stimuli multiples, ce qui est le cas des salles à manger communes.	Pré-orale et orale
Fonctions exécutives	Le patient ne parvient plus à séquencer les étapes pour manger et à les réaliser selon l'ordre logique (planification). Le patient est impulsif et peut se mettre en danger en avalant ou mettant les doigts dans un aliment trop chaud (contrôle inhibiteur).	Pré-orale et orale
Mémoire	Le patient peut oublier qu'il a quelque chose en bouche et, donc, arrêter de mastiquer.	Orale
Langage	L'équipe soignante peut avoir des difficultés à comprendre les besoins exprimés par le patient ou à se faire comprendre du patient.	Pré-orale et orale
Praxies	L'apraxie rend l'utilisation des couverts difficile.	Pré-orale
Gnosies	L'agnosie altère la reconnaissance des aliments et des couverts.	Pré-orale

Cognition sociale	Dans une structure, où les repas constituent un moment partagé par tous les résidents, le patient ne prend pas en compte ceux qui l’entourent et les normes sociales.	Pré-orale et orale
-------------------	---	--------------------

Tableau 1. Conséquences sur la déglutition et l’activité d’alimentation des différentes atteintes cognitives rencontrées chez les patients présentant des TNC majeurs

A l’atteinte cognitive peuvent s’ajouter divers handicaps, liés au vieillissement ou à une pathologie, tels qu’une cécité ou des troubles neuromoteurs par exemple. Les facteurs sensorimoteurs et les altérations cognitives sont responsables à part égale des difficultés que les patients rencontrent pour s’alimenter seuls (Malerba et al., 2015 ; de Medeiros Correia, Morillo, Jacob Filho, & Mansur, 2010).

Le tableau précédent montre que, malgré la diversité des profils de patients, l’altération des phases pré-orale et orale est au premier plan. Elle peut intervenir très tôt dans l’évolution de la maladie et complique considérablement l’alimentation et la prise des traitements. La dépendance alimentaire, qui concerne environ la moitié des personnes âgées vivant en institution (Shune et al., 2016), est une conséquence des différentes atteintes observables chez ces patients. Elle constitue une altération supplémentaire de la phase pré-orale parce qu’elle prive des signaux sensorimoteurs d’anticipation de la déglutition. Or, le manque d’intégration des informations sensorimotrices anticipatrices entraîne une déglutition absente ou mal coordonnée et, à terme, une véritable dysphagie (Shune et al., 2016). De plus, il est essentiel de souligner que les soignants ne peuvent consacrer, en moyenne, que 6 à 9 minutes par personne pour l’aide à la prise des repas, alors que le temps nécessaire à l’assistance alimentaire est estimé entre 30 et 45 minutes par résident (Haute Autorité de Santé, 2007). Il est impossible, dans ces conditions, d’assurer une prise alimentaire suffisante et sécurisée.

5. Le manger-mains

Le manger-mains est un concept développé par Charles-Henri Rapin, gériatre suisse, afin de stimuler l’appétit de ses patients et de favoriser leur autonomie. Il consiste en une adaptation des aliments, solides et liquides, pour qu’ils puissent être saisis avec les doigts afin de

contourner les handicaps et la perte d'autonomie engendrés par les TNC majeurs. L'objectif est également de préserver la dignité et l'estime de soi des patients (Malerba et al., 2015). Tout aliment peut être transformé en manger-mains et il peut être décliné sous différentes textures pour s'adapter aux dysphagies oro-pharyngées. D'ailleurs, de nombreuses variantes sont décrites dans la littérature, parfois sous d'autres appellations comme *bouchées*, pour répondre à des problématiques différentes. Par exemple, certains établissements utilisent le manger-mains en remplacement des plats traditionnels alors que d'autres y recourent pour compléter les apports journaliers (en le proposant en guise de collation ou d'apéritif).

Actuellement, la littérature n'est pas consensuelle sur l'efficacité du manger-mains pour augmenter les apports nutritionnels des personnes âgées démentes, même si cette pratique est considérée comme une piste prometteuse (Abdelhamid et al., 2016 ; Heelan et al., 2020). La difficulté de mettre en place des études randomisées avec un contrôle important des variables sur ce sujet peut expliquer ce manque de consensus dans les données. En effet, le manger-mains est nécessairement expérimenté au sein d'un lieu de vie, ce qui entraîne un certain nombre de biais : pas de contrôle des variables parasites (relatives au lieu, au personnel et aux résidents), nombre restreint de participants, hétérogénéité des populations, difficulté du recueil de données (notamment en lien avec les difficultés de communication des participants), etc. De plus, les variations de protocoles d'un établissement à un autre ne permettent pas de généraliser les résultats en compilant les données. Néanmoins, d'un point de vue qualitatif, les articles rapportent des effets positifs. Des synthèses de la littérature rendent compte des bénéfices potentiels suivant (Malerba et al., 2015 ; Heelan et al., 2020 ; Visscher et al., 2020) :

- stimulation de l'autonomie alimentaire,
- facilitation de l'initiation du repas,
- augmentation de la quantité de nourriture consommée,
- amélioration du statut nutritionnel,
- augmentation de la consommation de fruits et légumes,
- maintien de la courbe de poids,
- diminution du risque de fausse route,
- amélioration de la qualité de vie et du bien-être,
- stimulation du plaisir de manger,
- préservation du sentiment de dignité,
- soutien du partage et de la communication,
- et réduction des troubles psychocomportementaux.

Parmi ces potentiels bénéfiques, certains présentent un intérêt dans le champ de l'orthophonie.

5.1. L'autonomie alimentaire

Le manger-mains favorise l'autonomie alimentaire puisque les couverts ne sont plus nécessaires pour saisir les aliments. Il permet ainsi de contourner les difficultés praxiques et gnosiques. L'initiation des repas est également facilitée. Or, en regard de ce qui a été évoqué précédemment concernant la phase pré-orale, la conservation du geste de mise en bouche est essentielle pour permettre au cerveau de se préparer à la déglutition à venir en favorisant l'insalivation, la mastication et, dans un second temps, le déclenchement du réflexe de déglutition, ainsi que l'activation du système digestif. Le patient choisit ce qu'il met en bouche et le rythme auquel il enchaîne les bouchées. La programmation prémotrice de la déglutition se fait grâce au mouvement de la main (Shune et al., 2016). De plus, les risques inhérents à l'exploration de l'assiette – mettre les doigts dans une purée trop chaude par exemple – sont écartés. Cette position active favorise la motricité volontaire durant les phases pré-orale et orale : les processus cognitifs sont davantage engagés et le risque de fausses routes dues à un défaut de vigilance est réduit.

5.2. La stimulation sensorielle

La prise des aliments avec les doigts permet, avant la mise en bouche, d'en apprécier la texture, la fermeté, la température ou encore la forme : le manger-mains constitue une stimulation sensorielle renforcée permettant d'atténuer les difficultés gnosiques. D'ailleurs, certaines caractéristiques perceptives des bouchées tels que la couleur, l'homogénéité et la sauce sont des facteurs d'attractivité reconnus (Pouyet et al., 2013 ; Malerba et al., 2015).

Les informations sensorielles provenant de l'environnement, captées via les différents sens – toucher, vue, ouïe, odorat, goût et proprioception – et intégrées grâce aux processus cognitifs permettent de se représenter le monde et de le comprendre. Les troubles cognitifs altèrent la capacité à intégrer les informations sensorielles perçues et, donc, la compréhension de l'environnement. Pourtant, les expériences sensorielles prennent une place encore plus importante dans la perception du monde chez les personnes qui souffrent de TNC majeurs (Kenigsberg et al., 2015). La situation de dépendance constitue une profonde privation

sensorielle en coupant l'individu de nombreuses interactions avec son environnement. Un cercle vicieux se met en place : la dépendance limite les expériences sensorielles de l'individu et ce manque d'interaction avec l'environnement augmente la situation de dépendance. Autant que possible, des moyens de préservation de l'autonomie doivent être mis en place pour éviter que les patients ne perdent trop précocement certaines compétences (Lorrain, 2019).

5.3. Les intérêts dans la prise en soin orthophonique

En soutenant la phase pré-orale, le manger-mains constitue un outil intéressant pour la prise en soin des dysphagies neurogériatriques, aussi bien dans une optique de réhabilitation que de prévention. Il permet la restauration d'un geste fondamental, en répondant à la tendance naturelle de ces patients à se nourrir avec les mains (Pouyet et al., 2013).

La prise en soin des personnes âgées souffrant de TNC majeurs doit s'inscrire dans une logique globale et écologique (Haute Autorité de Santé, 2011), interdisciplinaire et permettant d'assurer le bien-être jusqu'à la mort (Brabant & Morel, 2012). L'intervention orthophonique doit s'orienter vers les difficultés alimentaires et communicationnelles. Le manger-mains est un outil intéressant de compensation pour réduire le risque de fausses routes, au même titre que les adaptations de texture et les postures de sécurité. Néanmoins, en concevant des séances autour du repas, il peut aussi être utilisé comme un instrument de stimulation de la cognition et de la communication. Son intégration directe dans la prise en soin orthophonique, permet d'optimiser son utilisation et d'exploiter davantage son potentiel. L'accompagnement verbal donné par le professionnel permet de guider le geste du patient et de l'inciter à mettre en bouche, déglutir ou ralentir par exemple. De plus, le langage donné au patient permet de remettre du sens sur ses perceptions sensorielles et de stimuler les processus cognitifs sous-jacents (Lorrain, 2019). Les aspects émotionnels rattachés à l'alimentation vont favoriser la participation du patient et la mobilisation des processus mnésiques (Kenigsberg et al., 2015).

Finalement, le retentissement du manger-mains sur l'oralité permet d'améliorer la qualité de vie du patient et de préserver son statut d'individu. Ces deux objectifs globaux doivent impliquer l'ensemble des acteurs intervenant auprès des patients et constituer la toile de fond de la prise en soin de ces personnes fragilisées par leur perte d'autonomie.

Problématique, objectifs et hypothèse

Essentiels pour la santé de la personne âgée, les enjeux autour de la déglutition et de l'alimentation doivent être interrogés de manière pluridisciplinaire, à travers une démarche éthique, d'autant plus concernant les personnes subissant une perte d'autonomie. Chaque professionnel intervenant auprès de la personne âgée souffrant de TNC majeurs possède une expertise et a un rôle à jouer. L'orthophoniste peut intervenir auprès de l'ensemble de ces patients, de manière préventive ou palliative. En effet, nous avons vu précédemment qu'en adoptant une définition plus large de la déglutition incluant la phase pré-orale, tous les patients souffrant de TNC majeurs présentent un risque accru de trouble de la déglutition. La prise en soin des dysphagies neurogériatriques doit permettre :

- 1) d'assurer la sécurité du patient,
- 2) d'optimiser sa nutrition,
- 3) et d'assurer sa qualité de vie.

Il est impossible de supprimer complètement le risque de fausse route. Il faut chercher un équilibre entre les trois objectifs précédemment cités pour réduire ce risque, sans qu'aucun pôle ne prévale sur les autres (Ruglio, 2017). Pourtant, la prise en soin des troubles de la déglutition chez l'adulte reste souvent basée sur des exercices analytiques, protocolisés, et des adaptations de posture et/ou de texture, peu adaptés à ces patients qui ne peuvent pas en transférer les principes au quotidien (Kerlan, 2017).

La récurrence de ce type de suivis dans la pratique orthophonique explique en partie ce phénomène. En effet, l'apparition de la prise en soin des « *troubles liés au vieillissement* » dans le décret de compétence des orthophonistes de 2002 est venue élargir l'action de l'orthophoniste auprès de ces patients : la prise en soin n'est plus focalisée sur un trouble (dysphagie ou troubles langagiers par exemple), mais sur la personne dans son ensemble. Ce type de prise en soin vient interroger les contours du soin orthophonique : dans quel cadre intervenir et que faire lorsque la récupération n'est pas possible ? En ce sens, les patients présentant un TNC majeur constituent une exception dans le champ d'intervention des orthophonistes. De plus, cette prise en soin illustre l'équilibre parfois difficile à trouver entre technicité et relationnel (Pennec, 2007). Il est également important de souligner qu'elle suppose une collaboration accrue avec les autres acteurs du soin, qu'ils soient familiaux, professionnels ou institutionnels, ce qui reste difficile pour diverses raisons : manque de disponibilité, manque de connaissances sur les

champs de compétences des autres professionnels impliqués, divergences dans la conception du soin et des priorités, etc.

L'orthophonie s'inscrit dans les thérapies non médicamenteuses recommandées par la Haute Autorité de Santé dans la prise en soin des maladies neurodégénératives (Haute Autorité de Santé, 2011). Le rôle de la prise en soin orthophonique auprès de patients déments est de tenter de ralentir l'évolution de la maladie d'une part, mais aussi d'aider le patient et son entourage à s'adapter aux modifications de leur vie quotidienne (Rousseau, 2002). En respectant ces principes, nous considérons que le manger-mains peut constituer un outil pertinent pour la prise en soin des patients avec TNC majeurs. Dans ce mémoire, nous souhaitons montrer que les orthophonistes ont un rôle à jouer lors de la mise en place du manger-mains dans les structures accueillant des personnes âgées souffrant de TNC majeurs en raison de l'intérêt de cette pratique dans le cadre de l'intervention orthophonique. Nous faisons l'hypothèse que les orthophonistes sont peu inclus dans ces projets en raison d'une vision restreinte des intérêts du manger-mains pour la population cible. Pour répondre à notre objectif, nous proposons d'étudier certaines caractéristiques de ces projets dans des ressources bibliographiques présentant l'élaboration de tels programmes, selon la méthodologie exposée dans la partie suivante.

Méthode

Nous avons souhaité proposer une revue narrative de la littérature, c'est-à-dire une synthèse non systématique et subjective sur un sujet donné (Saracci, Mahamat, & Jacquérior, 2019). Le choix de cette approche méthodologique se justifie par deux arguments. D'une part, il existe peu de travaux qui traitent le manger-mains et la plupart adoptent une approche qualitative et clinique, basée sur l'observation. Dans ces conditions, des travaux bibliographiques de type revue systématique de la littérature, nécessitant des données chiffrées et statistiquement significatives, paraissent peu appropriés. D'autre part, une revue narrative de la littérature donne davantage de latitude pour proposer un travail subjectif et argumentatif, défendant une vision particulière de l'orthophonie.

1. Sélection des publications

Trois bases de données ont été utilisées pour la recherche d'articles : PubMed, ScienceDirect et Cairn. Les mots-clefs suivants⁶ ont été saisis : « manger-mains », « bouchées », « déglutition », « dysphagie », « oralité », « dénutrition », « démence », « neurodégénératif », « trouble neurocognitif » et « personne âgée ». Aucun intervalle de temps relatif à la publication des articles n'a été défini. Seuls les articles de langue française ou anglaise ont été retenus. L'annuaire des mémoires disponible sur le site de la Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie⁷ a également été consulté pour rechercher les mémoires soutenus sur la même thématique. Afin de tenir compte des éléments organisationnels et culturels qui peuvent varier selon les pays, nous n'avons inclus que des articles présentant l'instauration du manger-mains dans des établissements français, bien que cela ait considérablement restreint le nombre de références. Ce choix nous est aussi apparu préférable en raison des différences qu'il peut exister d'un pays à un autre dans le champ de compétences des orthophonistes.

Après cette phase de pré-sélection, plusieurs critères d'inclusion ont été retenus pour choisir les publications faisant l'objet d'une analyse :

- Le principe général du manger-mains doit être respecté.
- Les aménagements proposés doivent concerner, exclusivement ou non, les personnes âgées souffrant de TNC majeurs.
- La mise en œuvre du manger-mains doit se faire au sein d'un service ou d'une structure d'accueil ou de vie pour personnes âgées dépendantes.

2. Présentation des publications

Selon les critères listés précédemment, les publications suivantes ont été retenues :

Auteurs et année de publication	Titre
<i>Fauré & Camallières, 2012</i>	A propos du manger-mains dans une unité de soins de longue durée : point de vue de l'équipe soignante
<i>Simon, 2012</i>	Lutter contre la dénutrition des personnes âgées : L'exemple du Pôle de gérontologie clinique du CHU de Nantes

⁶ Les équivalents anglais des mots-clefs cités ont également été utilisés.

⁷ <http://www.fneo.fr/lorthophonie/recherche/annuaire-memoires-par-domaine/>

<i>Malerba et al., 2014</i>	Impact du manger-mains sur la prise alimentaire du patient dément
<i>Dieuleveut, Favrelière, & Favreau, 2016</i>	Les bouchées enrichies adaptées, un outil à la portée des établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que des aidants familiaux : retour d'expérience
<i>Gouno, 2018</i>	La mise en place du manger-main dans un EHPAD du sud-est lyonnais : apports thérapeutiques, enjeux et limites
<i>Leroux, 2018</i>	Manger-mains et troubles dysphagiques dans la démence de type Alzheimer : à propos de trois cas dans un EHPAD
<i>Verbrugge, Coulon-Bidet, & Dimet, 2019</i>	Impact du "manger-mains" chez le résident institutionnalisé ne mangeant pas seul, en raison de troubles cognitifs et/ou physiques, à travers l'interdisciplinarité soignants/cuisiniers d'une recherche en EHPAD
<i>Kersalé, Vaz, & Cleray, 2019</i>	Ateliers thérapeutiques culinaires adaptés au manger-mains dans une unité d'hébergement renforcée

Tableau 2. Présentation des articles sélectionnés pour analyser les projets d'instauration du manger-mains en structure d'accueil pour personnes âgées souffrant de TNC majeurs

Certains points constituent des différences importantes entre les projets. D'une part, concernant les lieux d'expérimentation, si la majorité des projets sont mis en place en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes⁸ (Simon, 2012 ; Dieuleveut et al., 2016 ; Gouno, 2018 ; Leroux, 2018 ; Verbrugge et al., 2019), d'autres se déroulent en contexte hospitalier, notamment en Unité de Soins de Longue Durée⁹ (Fauré & Camallières, 2012), en Unité Cognitivo-Comportementale¹⁰ (Malerba et al., 2014) et en Unité d'Hébergement Renforcé¹¹ (Kersalé et al., 2019). D'autre part, concernant l'offre alimentaire proposée, plusieurs structures utilisent des variantes du manger-mains. Ainsi, le concept des plats « Picorés » et « Savourés » de Martine Perron a été repris par un des établissements (Simon, 2012). Le « Picoré », qui correspond au manger-mains classique, est associé au « Savouré » qui privilégie la texture hachée au mixé afin de conserver les propriétés gustatives et odorantes des aliments, tout en mettant l'accent sur les qualités esthétiques des plats proposés. Les deux concepts peuvent être dissociés ou associés au cas par cas, selon les profils des patients (Perron,

⁸ Les EHPAD accueillent les personnes de plus de 60 ans nécessitant de l'aide et des soins au quotidien. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>

⁹ Les USLD accueillent les personnes très dépendantes de plus de 60 ans. Rattachées à un hôpital, elles possèdent des moyens médicaux supérieurs aux EHPAD. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-usld-unites-de-soins-de-longue-duree>

¹⁰ Les UCC assurent une prise en charge de suite et de réadaptation à des patients ayant des troubles du comportement productifs sévères. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/4_document_echange_patient_dispositifs_accompagnement_pec_vf.pdf

¹¹ Dans les UHR, les patients ayant de sévères troubles du comportement peuvent bénéficier, de soins et d'activités sociales et thérapeutiques. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/4_document_echange_patient_dispositifs_accompagnement_pec_vf.pdf

2012). Une autre structure a, quant à elle, créé des bouchées enrichies adaptées qui consistent en des préparations pouvant être dégustées avec les mains et préalablement enrichies par des protéines laitières (Dieuleveut et al., 2016). Le manger-mains a également été expérimenté dans le cadre d'ateliers thérapeutiques pendant lesquels les patients participent à une partie de la conception (Kersalé et al., 2019). Néanmoins, si elles sont intéressantes à souligner, ces différences ne constituent pas un obstacle à l'analyse proposée dans ce mémoire¹².

3. Eléments d'analyse

Pour répondre à notre hypothèse, il nous a fallu, d'une part, montrer que les orthophonistes sont peu associés à la mise en place du manger-mains dans les structures ou services accueillant des personnes âgées souffrant de TNC majeurs. Pour cela, un inventaire des professionnels cités dans les articles a été réalisé, en y ajoutant les auteurs lorsque cela s'est révélé nécessaire. En effet, la façon dont chaque professionnel et son rôle sont évoqués est révélatrice de la place qui lui est attribuée dans l'élaboration du projet.

D'autre part, nous avons effectué un relevé systématique des expressions utilisées dans la description des indicateurs, des résultats et des observations en lien avec le manger-mains. Afin d'en faciliter l'analyse, ces termes ont été regroupés selon les grandes thématiques qu'ils recouvrent. Le tableau suivant présente les six catégories retenues pour classer les indicateurs, ainsi qu'une description spécifiant les sous-catégories établies avec un exemple entre parenthèse pour chacune.

Catégorie	Description
Nutrition et santé	Regroupe des indicateurs généraux de prise alimentaire (<i>ingesta</i>), des indicateurs objectifs de dénutrition ou de déshydratation (<i>albuminémie</i>), des indicateurs globaux de nutrition (<i>poids</i>), des indicateurs macronutritionnels (<i>ration protidique</i>) et des indicateurs indirects de l'état nutritionnel et de santé (<i>escarres</i>).
Capacités cognitives	Comprend les indicateurs relatifs aux effets du manger-mains sur les performances cognitives des patients (<i>attention</i>).

¹² Une présentation détaillée des projets de chaque publication est proposée en *annexe n°1*.

Etat psychologique	Réunit les indicateurs "positifs" liés aux repas (<i>acceptation</i>), les indicateurs "négatifs" liés aux repas (<i>déambulation</i>) et les indicateurs globaux de l'état psychologique (<i>estime de soi</i>).
Dimension sociale	Rassemble les indicateurs liés à la communication (<i>verbalisation</i>) et les indicateurs de sociabilisation (<i>partage</i>).
Aspects institutionnels	Comporte les indicateurs liés à la relation patient/soignant et au soin (<i>accompagnement holistique</i>), les indicateurs relatifs aux personnels (<i>charge de travail</i>) et les indicateurs relatifs aux aspects de gestion (<i>budget</i>).
Déglutition	Contient tous les indicateurs ayant trait à la déglutition (<i>fausses routes</i>).

Tableau 3. Présentation des différentes catégories d'indicateurs

A partir de ce relevé, il a été possible de dégager la dynamique dans laquelle se place chaque équipe initiatrice de projet et son positionnement théorique par rapport au manger-mains.

Après la présentation de ces données dans la partie résultats, l'objectif de la discussion sera de remettre les résultats obtenus en perspective, notamment à la lumière des intérêts du manger-mains pour la prise en soin orthophonique des dysphagies neurogériatriques exposés dans le cadre théorique.

Résultats

1. Présentation des résultats relatifs aux acteurs du manger-mains

A partir du tableau de relevé systématique des acteurs cités dans la mise en place du manger-mains (*annexe n°2*), le graphique suivant a été réalisé.

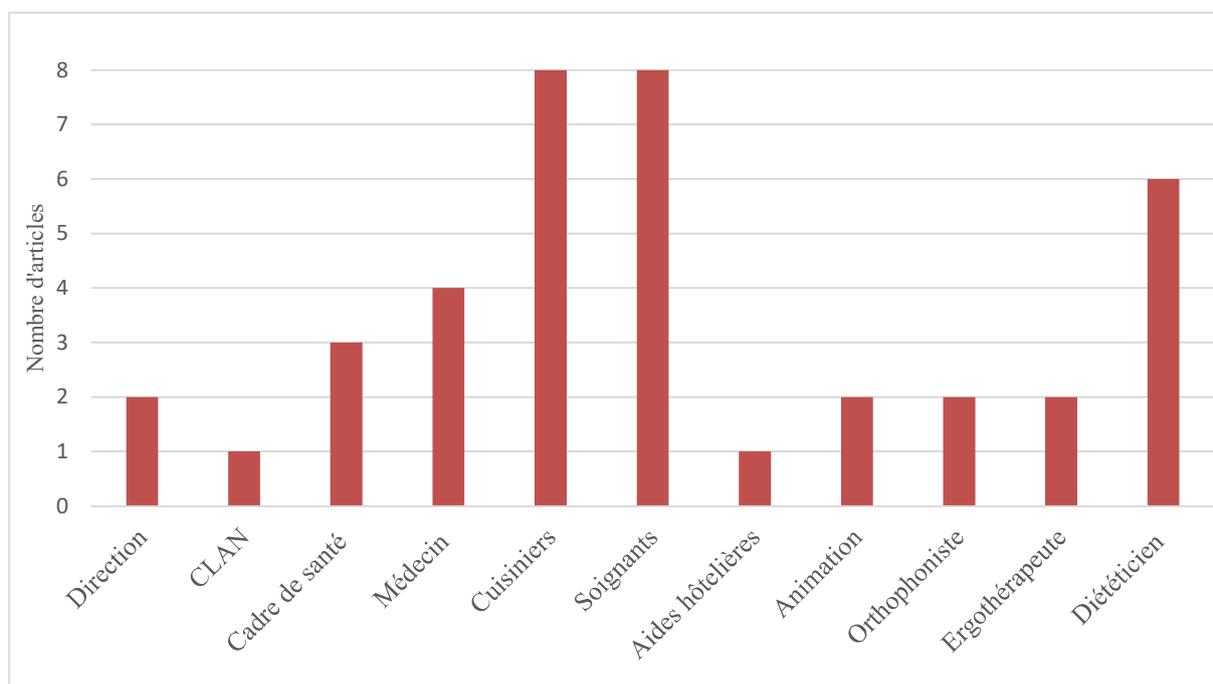


Figure 1. Représentation globale des différents acteurs au sein du corpus

Les acteurs les plus représentés sont les cuisiniers et les personnels soignants. Ils sont cités dans la totalité des articles, ce qui n'est pas surprenant puisqu'ils constituent des piliers essentiels du projet : les cuisiniers conçoivent et réalisent les recettes en manger-mains, tandis que les soignants accompagnent les résidents pendant les moments de repas. Le troisième acteur le plus régulièrement cité est le diététicien dont le rôle est de collaborer avec les équipes de cuisine afin d'assurer l'équilibre des apports nutritionnels. Certains diététiciens, en particulier en contexte hospitalier, ne font pas partie intégrante du service : ils sont rattachés à la structure mais interviennent dans l'ensemble des services (Simon, 2012). Un EHPAD précise même avoir dû faire appel à une diététicienne exerçant en libéral (Dieuleveut et al., 2016).

La direction et le cadre de santé sont généralement associés à la rédaction des articles mais sont assez rarement cités dans la présentation du projet. Quant au Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), il n'est cité que dans un article, ce qui n'est pas étonnant étant donné que cet acteur intervient principalement en milieu hospitalier.

Dans la mise en place du manger-mains, les médecins ont généralement un rôle de prescripteur pour juger si ce type d'adaptation alimentaire correspond au profil général du patient (Malerba et al., 2015). Pourtant, ils ne sont cités que dans la moitié des publications.

Les aides hôtelières et le personnel d'animation sont assez peu cités dans les publications. Toutefois, il est intéressant de souligner que lorsqu'ils sont cités, un rôle important

leur est accordé : la présentation et le service devant stimuler l'appétit pour les uns, et la création d'une atmosphère conviviale propice au partage et aux échanges pour les autres (Dieuleveut et al., 2016 ; Kersalé et al., 2019).

Les ergothérapeutes ne sont cités que par deux articles. Néanmoins, dans les deux publications, ils font partie des initiateurs du projet. Le manger-mains étant aussi parfaitement adapté au champ de compétence des ergothérapeutes, ils sont décrits comme des figures de référence auprès des personnels soignants et de restauration (Gouno, 2018 ; Kersalé et al., 2019).

Parmi les publications que nous avons retenues, il y a deux mémoires réalisés en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Seul l'un d'eux cite l'orthophoniste comme acteur de la mise en place du manger-mains (Gouno, 2018). Le projet décrit dans ce mémoire a été initié par une orthophoniste et une ergothérapeute. Cependant, l'auteure précise qu'en raison du statut libéral de l'orthophoniste, c'est l'ergothérapeute, salariée de l'EHPAD, qui coordonnait le projet et était considérée comme personne-ressource par le personnel. Une autre publication fait référence à un orthophoniste. Le rôle qui lui est attribué concerne uniquement la préconisation des adaptations de textures alimentaires (Kersalé et al., 2019).

Les acteurs cités par les différentes publications peuvent être regroupés en trois catégories. D'abord, les directeurs, les cadres de santé, le CLAN et les médecins peuvent être considérés comme les décideurs. Nous avons choisi d'intégrer les médecins à cette catégorie car, en raison de leur statut de cadre, en particulier dans des structures comme les EHPAD, ils font partie intégrante des processus de prise de décision. Ensuite, les personnels de restauration, les soignants, les aides hôtelières et les animateurs constituent les acteurs directs du manger-mains en raison de leur proximité avec les patients sur les moments de repas. Enfin, les orthophonistes, les ergothérapeutes et les diététiciens ont été regroupés dans la catégorie des acteurs "experts". Nous avons considéré qu'ils apportent un point de vue particulier lors de la mise en place du manger-mains, en raison de leur champ d'intervention plus réduit et spécifique. Cette classification a permis la réalisation du graphique suivant.

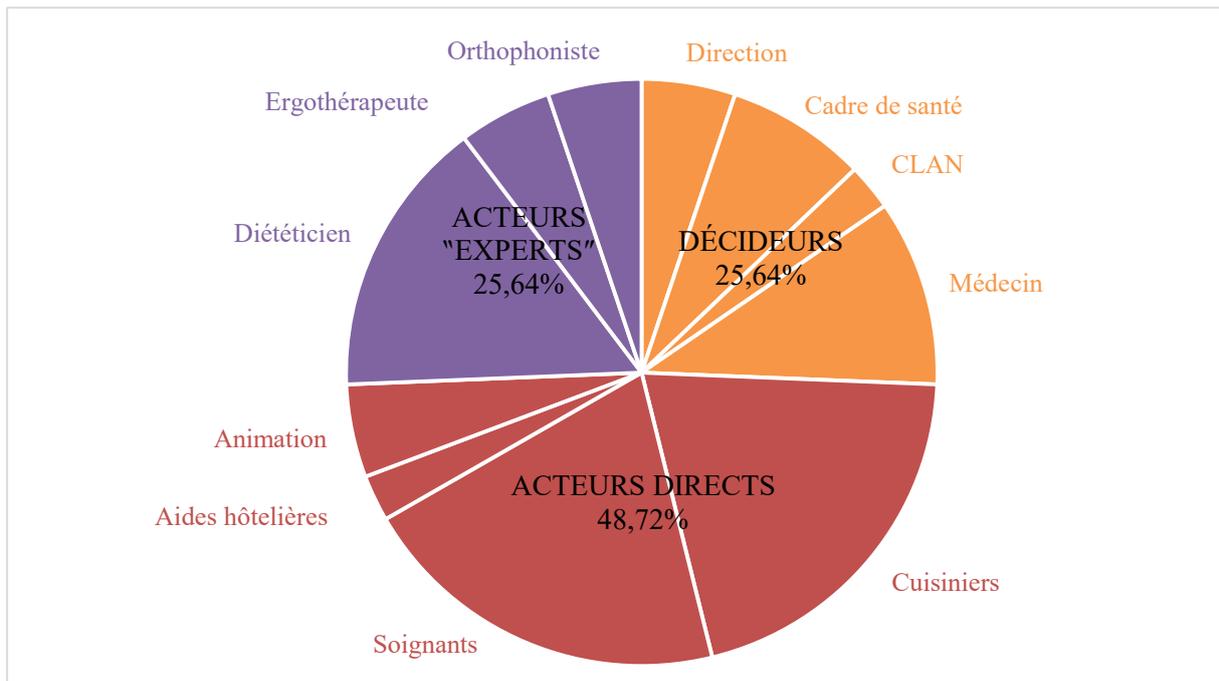


Figure 2. Représentation de la part globale de chaque type d'acteurs au sein du corpus

Les professionnels les plus représentés sont donc les acteurs directs, principalement à travers les soignants et les cuisiniers. Les décideurs et les acteurs "experts" sont représentés à part égale. En mettant de côté le CLAN qui ne concerne pas tous les types de structures, il est possible de remarquer que la représentativité est assez bien équilibrée du côté des décideurs. En revanche, du côté des acteurs "experts", les diététiciens sont bien plus souvent évoqués que les autres.

2. Présentation des résultats selon les catégories d'indicateurs

2.1. Nutrition et santé

Parmi les indicateurs permettant de mesurer la nutrition et la santé, aucun indicateur n'est surreprésenté par rapport aux autres.

Plusieurs sous-catégories sont distinguées (*annexe n°3*). Le graphique suivant illustre la part de chacune de ces sous-catégories par rapport à l'ensemble des indicateurs de nutrition et de santé.

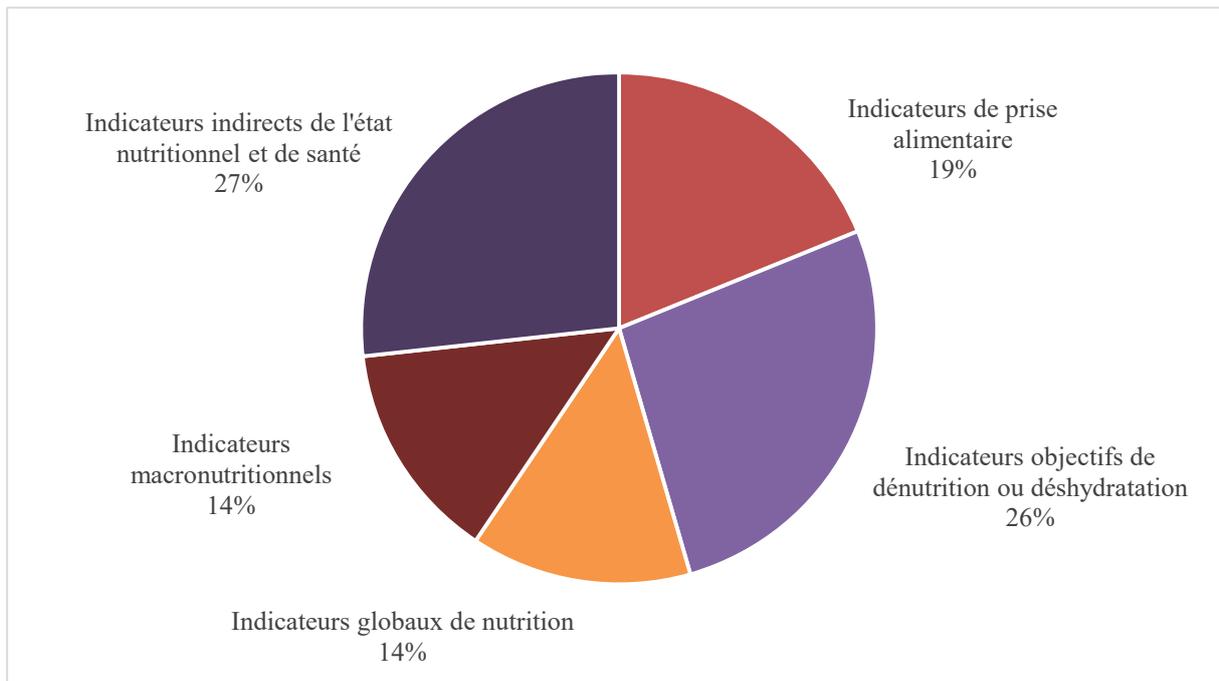


Figure 3. Nutrition et santé : part de chaque sous-catégorie d'indicateurs au sein du corpus

Les deux sous-catégories d'indicateurs les plus représentées sont les indicateurs indirects de l'état nutritionnel et de santé et les indicateurs objectifs de dénutrition ou déshydratation. Ces deux sous-catégories sont représentées à part égale et constituent à elles deux un peu plus de la moitié des indicateurs. Quant aux indicateurs de prise alimentaire, aux indicateurs macronutritionnels et aux indicateurs globaux de nutrition, ils occupent une part similaire au sein des indices de nutrition et de santé.

2.2. Capacités cognitives

Les indicateurs visant à observer le lien entre le manger-mains et les capacités cognitives des personnes âgées souffrant de troubles neurocognitifs majeurs sont très peu nombreux (*annexe n°4*). Aucun indicateur n'est plus exprimé que les autres.

2.3. Etat psychologique

Concernant les indicateurs relatifs à l'état psychologique des patients, le tableau de relevé systématique (*annexe n°5*) permet de noter que l'observation des troubles psycho-

comportementaux est un indicateur davantage utilisé que les autres. Le plaisir et la satisfaction sont également légèrement plus représentés que les autres indicateurs.

Les indicateurs utilisés pour juger de l'état psychologique des patients pendant les moments de repas représentent 89% de la catégorie. Parmi ces indicateurs liés aux repas, il est possible de distinguer ceux à connotation positive de ceux à connotation négative. Les indicateurs positifs et négatifs sont représentés à part égale. Les indicateurs globaux de l'état psychologique des patients, indépendants des moments de repas, représentent quant à eux 11% de la catégorie.

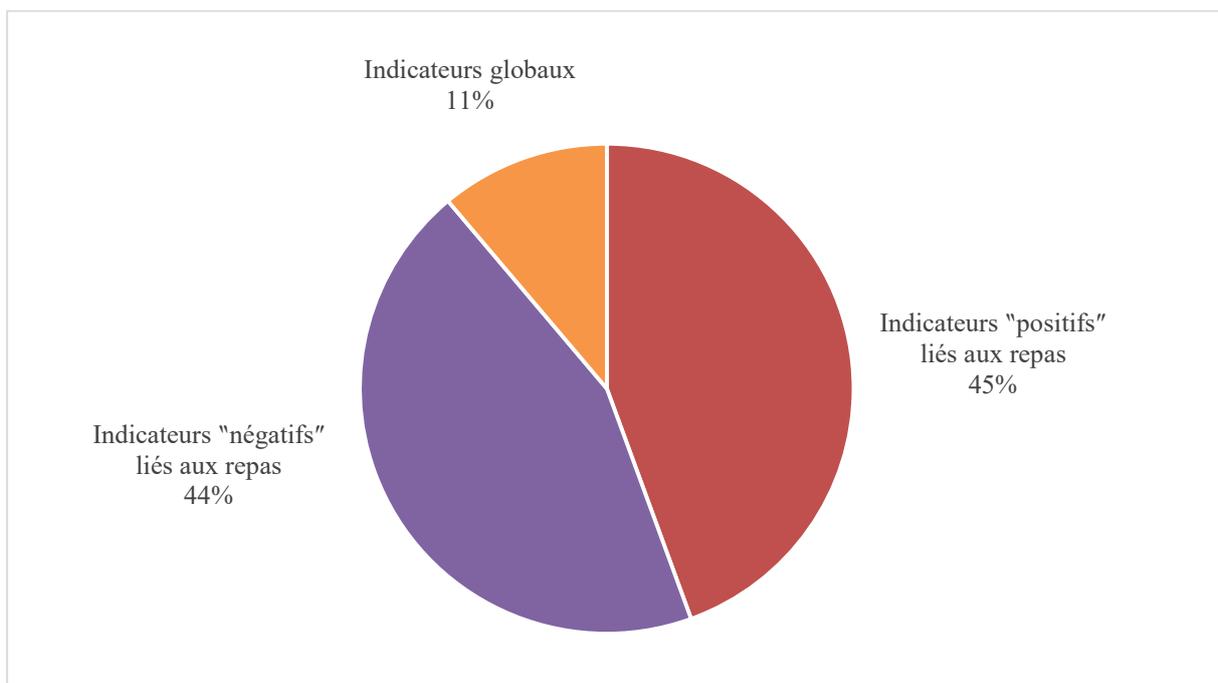


Figure 4. Etat psychologique : part de chaque sous-catégorie d'indicateurs au sein du corpus

2.4. Dimension sociale

Parmi les indicateurs relevant de la dimension sociale, aucun ne se distingue des autres en termes de nombre d'occurrences (*annexe n°6*).

Au sein de cette catégorie, deux types d'observations peuvent être isolées : celles qui concernent la communication et celles qui se rapportent à la sociabilisation. Le graphique suivant montre que les indicateurs relatifs à la communication sont largement plus représentés que ceux ayant trait à la sociabilisation.

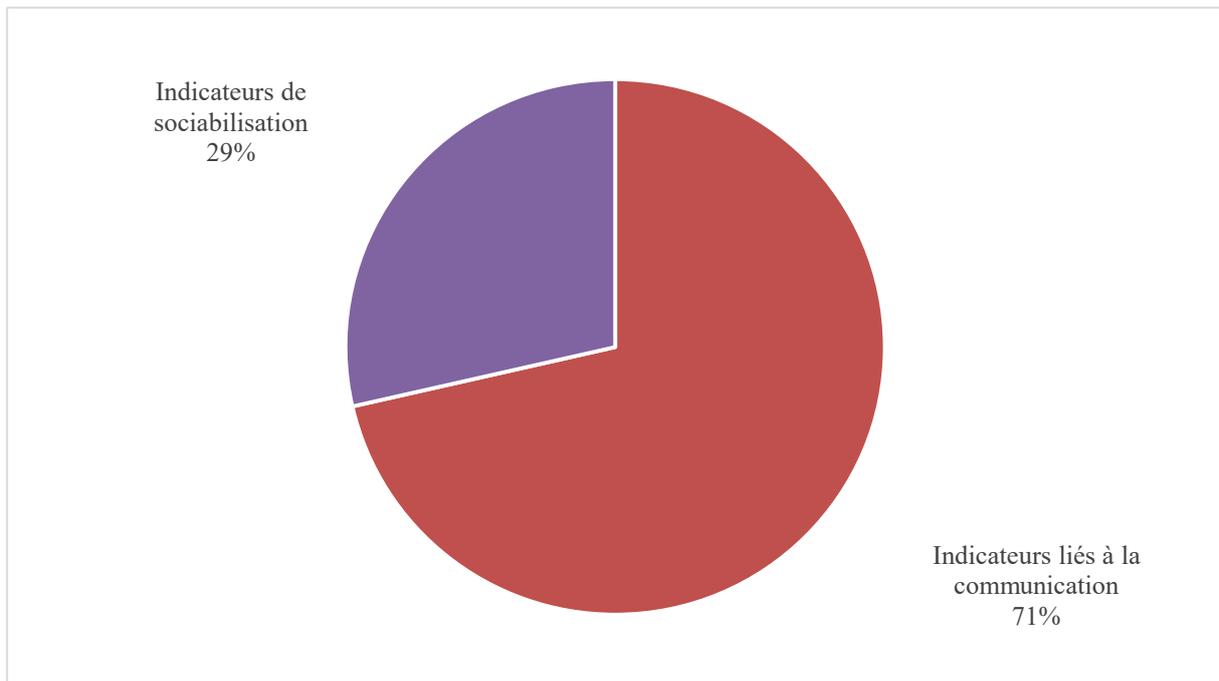


Figure 5. Dimension sociale : part de chaque sous-catégorie d'indicateurs au sein du corpus

2.5. Aspects institutionnels

En ce qui concerne les indicateurs en lien avec les aspects institutionnels du manger-mains, le ressenti des soignants est un indicateur légèrement plus représenté que les autres. Cependant, de manière globale, il n'y a pas de surreprésentation d'un indicateur par rapport aux autres (*annexe n°7*).

Le graphique suivant montre que, si les indicateurs relatifs aux personnels sont légèrement plus représentés, il existe un équilibre relatif entre les trois catégories.

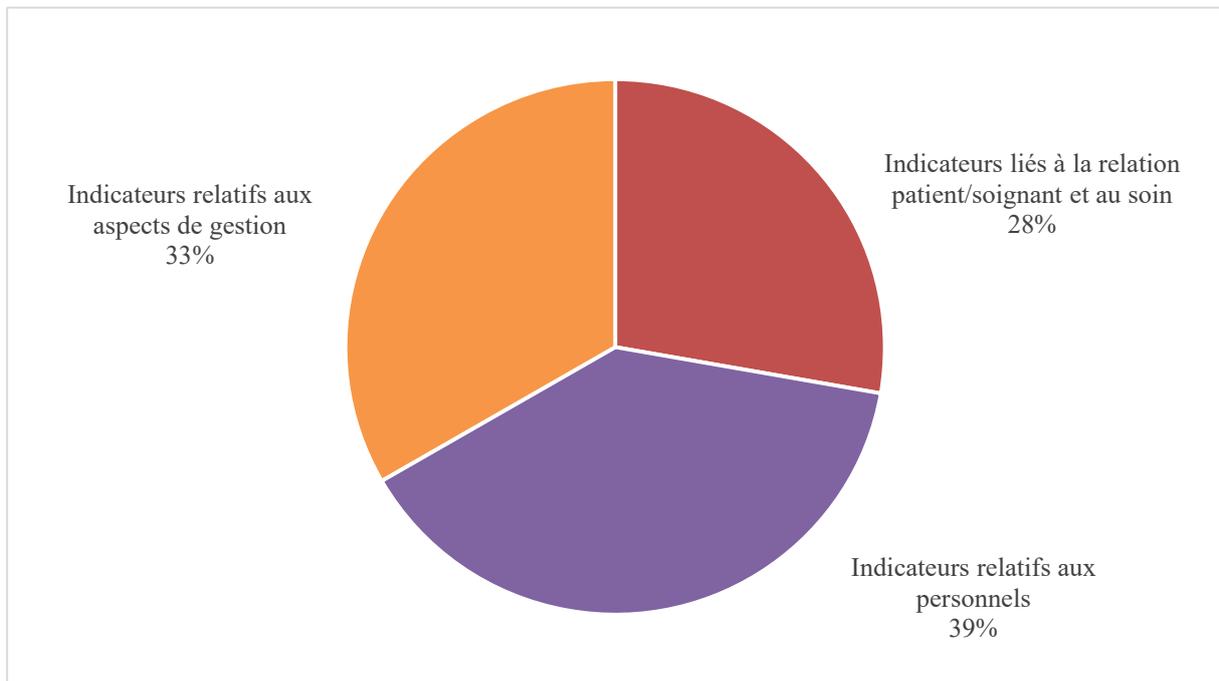


Figure 6. Aspects institutionnels : part de chaque sous-catégorie d'indicateurs au sein du corpus

2.6. Déglutition

Parmi les indicateurs de la déglutition, les plus répandus sont la mesure de l'autonomie alimentaire et les fausses routes (*annexe n°8*). Pour la majorité des indicateurs, les liens avec le manger-mains sont assez peu exploités. Il s'agit davantage d'éléments observés pour juger du bon déroulement du repas que des effets des repas en manger-mains.

3. Présentation des résultats globaux

Pour rendre compte de l'impact de chaque catégorie d'indicateurs au sein de l'ensemble des publications, deux axes sont proposés. D'une part, il est possible de comparer le nombre d'articles qui prend en compte chaque domaine. D'autre part, la part des différents types d'indicateurs peut être mesurée à partir du nombre d'occurrences relevées pour chaque catégorie (*annexe n°9*).

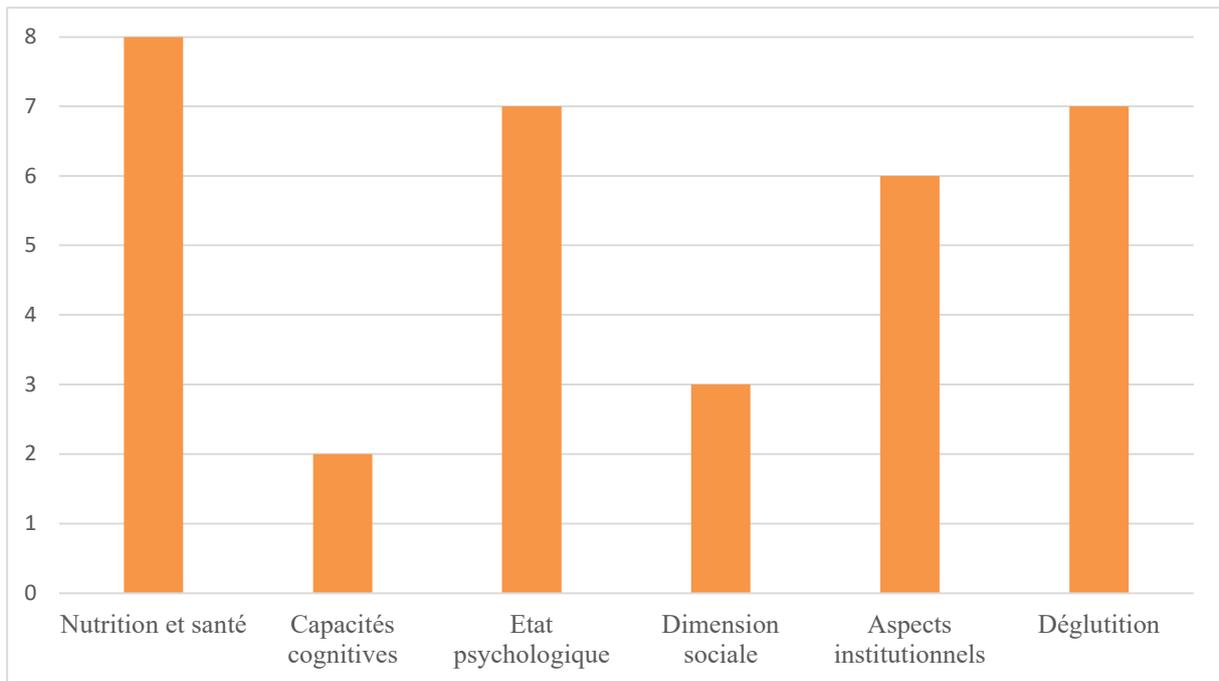


Figure 7. Nombre d'articles prenant en compte chaque type d'indicateurs

Sur le graphique précédent, qui compare les différentes catégories d'indicateurs en fonction du nombre d'articles qui les prennent en compte, il apparaît clairement que toutes les publications ont inclus des indicateurs relatifs à la nutrition et à la santé. De même, les indicateurs relatifs à l'état psychologique et à la déglutition sont présents dans la quasi-totalité des publications. Quant aux indicateurs relevant des aspects institutionnels du manger-mains, ils sont également fortement représentés. D'ailleurs, il est intéressant de souligner que les deux seules publications qui ne font pas référence à cette dimension sont des mémoires de fin d'études rédigés par des personnes extérieures aux projets. En revanche, peu de travaux se sont intéressés aux effets du manger-mains sur les capacités cognitives et les rapports sociaux des patients.

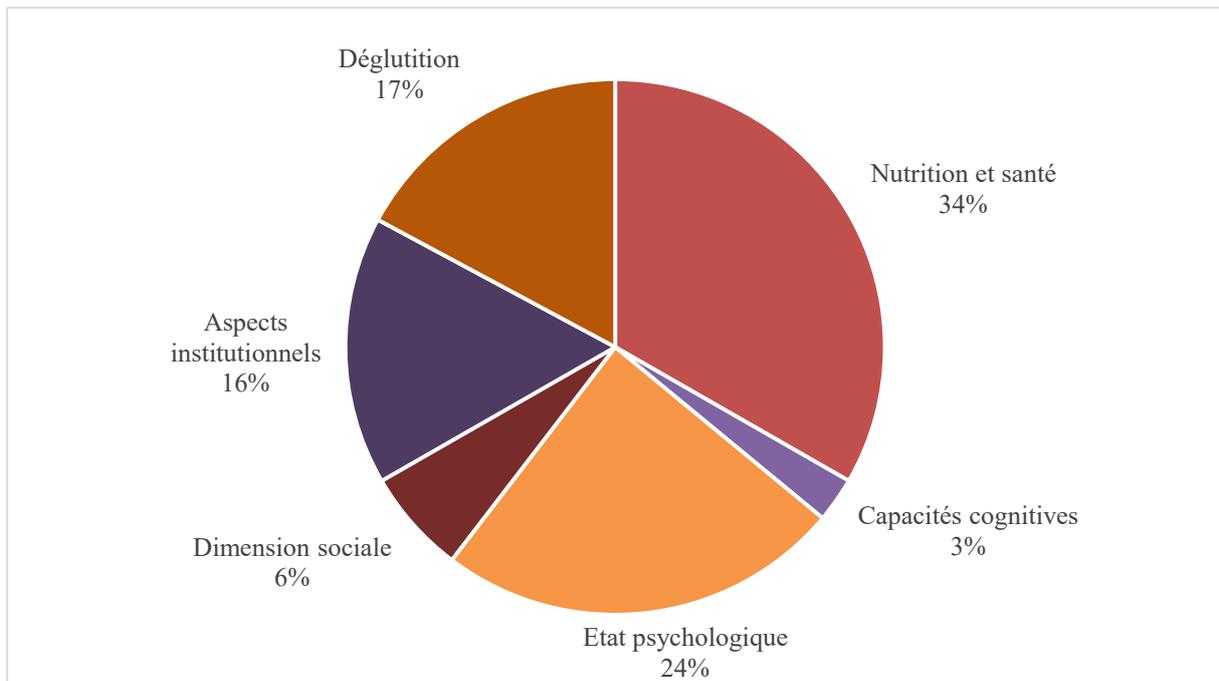


Figure 8. Représentation de la part globale de chaque type d'indicateurs au sein du corpus

Ce graphique illustre la part globale de chaque type d'indicateurs utilisés pour mesurer les effets de la mise en place du manger-mains. Comme pour les résultats relatifs au nombre d'articles prenant en compte chaque domaine, la catégorie de nutrition et santé est celle qui a le plus de poids. Néanmoins, beaucoup d'indicateurs différents sont utilisés puisque le rapport occurrences/indicateurs est de 1,4 (*annexe n°9*).

Les indicateurs relatifs à l'état psychologique des patients occupent la deuxième part la plus importante parmi l'ensemble des indicateurs. Cette donnée concorde avec celle relative au nombre de publications faisant référence à cette dimension. Selon le rapport occurrences/indicateurs, la disparité des indicateurs est moins importante que pour la catégorie précédente.

La déglutition et les aspects institutionnels prennent des parts équivalentes dans l'ensemble des indicateurs. En revanche, il y a plus d'homogénéité dans ceux utilisés pour évaluer la déglutition (rapport occurrences/indicateurs de 2,4) que dans ceux choisis pour mesurer les effets du manger-mains sur les aspects institutionnels (rapport occurrences/indicateurs de 1,3).

La dimension sociale et les capacités cognitives constituent une faible part de l'ensemble des indicateurs servant à évaluer les répercussions du manger-mains. Ceci est cohérent étant donné le petit nombre de publications y faisant référence. Par ailleurs, c'est dans ces deux catégories

que l'on retrouve le plus de disparité au niveau des indicateurs (rapports occurrences/indicateurs respectifs de 1,2 et 1).

Discussion

Afin de prendre du recul par rapport aux résultats bruts exposés précédemment, nous proposons de les analyser en regard de notre hypothèse de départ et du lien entre la pratique orthophonique et le manger-mains présenté dans le cadre théorique. Nous discuterons également les limites de notre étude, ainsi que les perspectives qu'elle offre, tant du point de vue de la pratique orthophonique que de travaux futurs.

1. Interprétation des résultats

Dans l'ensemble, nous observons d'une part que les acteurs directs sont les plus représentés dans notre échantillon, bien que cette catégorie soit souvent limitée aux soignants et aux cuisiniers. Nous remarquons également que parmi les acteurs "experts", les diététiciens sont beaucoup plus représentés que les ergothérapeutes et les orthophonistes. D'autre part, nous constatons que les dimensions les plus explorées pour mesurer les impacts du manger-mains concernent la nutrition et la santé, et dans une moindre mesure, les conséquences psychologiques et les aspects institutionnels. L'exploration de la déglutition, bien qu'elle apparaisse dans la quasi-totalité des articles, reste assez pauvre. La dimension sociale et les capacités cognitives sont globalement mises de côté.

Toutes les publications de notre étude rappellent l'aspect transversal du manger-mains et l'importance d'impliquer tous les professionnels dans un tel projet. Pourtant, les résultats que nous avons obtenus ne concordent pas pleinement avec ce présupposé. L'implication de l'ensemble des acteurs et la coordination des rôles de chacun ne sont pas toujours visibles. Proposer le manger-mains à des personnes âgées souffrant de TNC majeurs est une démarche qui s'inscrit dans une logique palliative. Or, l'efficacité des prises en soins palliatives repose sur une réflexion commune supposant une démarche pluridisciplinaire, une réflexion éthique et une approche globale et systémique (Daydé, 2006). La simple volonté de coopération entre les acteurs n'est pas suffisante. Le rôle des décideurs – qui n'est pas toujours développé dans les

publications que nous avons étudiées – est essentiel puisque ce sont eux qui posent le cadre du manger-mains, en choisissant les acteurs auxquels faire appel et en définissant les objectifs à poursuivre, ainsi que les moyens de mise en œuvre. Comme nous l’avons vu lors de la présentation des résultats, certains articles montrent que le cercle des acteurs directs peut être élargi, notamment aux aides hôtelières et aux animateurs (Dieuleveut et al., 2016 ; Kersalé et al., 2019). Inclure tous les corps de métiers présents dans une structure permet de sensibiliser chacun aux problématiques auxquelles le manger-mains répond et, ainsi, d’en faire des observateurs plus avertis et des porte-paroles auprès des familles. D’ailleurs, une enquête menée auprès de médecins coordinateurs d’EHPAD a permis de montrer qu’en dépit de nombreuses contraintes structurelles et conjoncturelles, la formation à la culture palliative et la déconstruction des fausses croyances constituent le principal levier d’action pour mettre en place une véritable démarche palliative (Elie & Alluin, 2020). Intégrer des intervenants extérieurs à l’établissement participe aussi de ce cheminement et ne semble pas obligatoirement constituer un frein puisque certains articles de notre panel mentionnent avoir fait appel à des professionnels libéraux (Dieuleveut et al., 2016 ; Gouno, 2018). Mais, pour y recourir, encore faut-il percevoir le lien entre l’intervention de ces professionnels et le manger-mains. Cela suppose de bien connaître les champs de compétences des acteurs susceptibles d’intervenir auprès des personnes âgées mais aussi de percevoir l’ensemble des bienfaits potentiels du manger-mains.

La sollicitation quasi systématique des diététiciens est à mettre en lien avec l’importance donnée à la nutrition et à la santé. Le manger-mains étant censé favoriser la prise alimentaire, il n’est pas surprenant que les premiers effets attendus concernent l’état nutritionnel. La nutrition constitue un enjeu majeur de santé chez ces patients et doit donc être évaluée. L’importance de la part de ces indicateurs peut aussi s’expliquer par le fait que cette dimension est facilement objectivable puisqu’elle repose sur des données traditionnellement recueillies et consignées dans les dossiers des patients (poids, albuminémie, natrémie, consommation médicamenteuse, hospitalisations, etc.). En revanche, les aspects relatifs à la déglutition, aux capacités cognitives et à la dimension sociale sont assez peu investis. En effet, si la déglutition est globalement prise en compte dans les publications, les liens entre la dysphagie et le manger-mains ne sont pas approfondis. Logiquement, les travaux rédigés par des orthophonistes sont ceux dans lesquels le plus d’indicateurs relatifs à la déglutition sont dénombrés (Gouno, 2018 ; Leroux, 2018). Pourtant, même dans ces publications, l’exploration du manger-mains à travers le prisme de l’exercice orthophonique est assez ténue. Dans ces travaux, comme dans tous les

autres, l'attention est davantage concentrée sur l'évaluation de l'efficacité de cette pratique en termes de stratégie de prise en soin de la dénutrition. La place de la déglutition parmi l'ensemble des indicateurs dans nos résultats est en grande partie due à notre choix d'intégrer l'autonomie alimentaire dans cette catégorie. Ce lien est rarement fait dans les publications que nous avons analysées. L'autonomie alimentaire est uniquement mise en lien avec les troubles praxiques, ce qui en fait un enjeu pour améliorer la prise alimentaire. Elle est aussi associée à une meilleure estime de soi. En revanche, son intérêt pour diminuer ou prévenir le risque de fausse route reste peu exploré. De la même façon, l'impact du manger-mains sur les capacités cognitives des patients et sur les dimensions sociales du repas est rarement pris en compte. Pourtant, pour répondre à la problématique alimentaire qui se pose dans les structures accueillant des personnes âgées, il ne faut pas considérer les repas uniquement selon l'angle médical ou diététique. Ils doivent être envisagés en tenant compte du désir, du plaisir, de la convivialité et du rythme qui les sous-tendent (Champvert, 2012). Le plaisir de manger repose sur le jeu entre les aspects ludiques, sensoriels et de sociabilité (Corbeau, 2012). Le recours rare aux orthophonistes et aux ergothérapeutes peut être mis en lien avec le faible investissement des dimensions cognitives et sociales. Nous avons déjà exposé dans notre cadre théorique en quoi le manger-mains constitue un outil d'intervention pour les orthophonistes. Pourtant, lorsqu'il est évoqué, le rôle de l'orthophoniste est limité à la préconisation de textures et à l'observation des repas (Gouno, 2018 ; Kersalé et al., 2019 ; Leroux, 2018). Le manger-mains intéresse également les ergothérapeutes, dont le rôle, en gériatrie, est de maintenir les activités quotidiennes, tout en prévenant les complications liées au vieillissement et aux pathologies. Leur pratique repose notamment sur la stimulation des habiletés cognitives, motrices et sociales (Villaumé, 2019). Le repas constitue donc un enjeu pour l'intervention de l'ergothérapeute, au même titre que pour celle de l'orthophoniste. D'ailleurs, dans les articles qui mentionnent les ergothérapeutes, ceux-ci sont à l'origine des projets (Gouno, 2018 ; Kersalé et al., 2019). Le manger-mains peut être envisagé comme un médiateur de la prise en soin dans différents champs d'exercice complémentaires. Notre étude montre que ce présupposé permet d'élargir les perspectives de l'utilisation du manger-mains.

Si l'impact du manger-mains sur l'état psychologique des patients est quasi systématiquement exploré, nous remarquons qu'il est majoritairement considéré à travers les troubles psycho-comportementaux, même si plusieurs articles prennent également en compte la satisfaction et le plaisir (Gouno, 2018 ; Kersalé et al., 2019 ; Malerba et al., 2014 ; Simon, 2012). Les aspects psychologiques paraissant parfois inaccessibles chez ces personnes en raison de leurs difficultés

de communication, il est plus aisé d'étudier les comportements produits. Néanmoins, les troubles psychocomportementaux peuvent être mis en lien avec l'état psychologique général. En effet, s'ils sont parfois encore considérés comme la simple manifestation de l'altération cognitive des patients, il est désormais admis que les troubles du comportement d'une personne démente sont d'origine multifactorielle, intégrant à la fois des facteurs neurobiologiques, somatiques, psychologiques et environnementaux (Vandel, Haffen, & Sechter, 2009). Les interventions environnementales permettent d'ailleurs de réduire considérablement certains troubles psychocomportementaux tels que l'agitation, l'agressivité ou encore les comportements moteurs aberrants (Saidlitz, Sourdet, Vellas, & Voisin, 2014). Les repas constituent une situation propice à leur manifestation. Effectivement, ils tendent à émerger lorsqu'il y a une inadéquation entre la personne et son environnement (Rousseau, Fromage, & Touchet, 2009). Les troubles psychocomportementaux forment donc un indicateur intéressant pour mesurer l'impact du manger-mains sur la qualité de vie de la personne. A ce propos, nous relevons que les psychologues sont absents de notre recueil. Pourtant, ils sont – entre autres – formés à la stimulation cognitive. Cette approche vise à développer chez le patient des stratégies cognitives plus efficaces, mais aussi à agir sur les facteurs susceptibles d'améliorer le fonctionnement cognitif global tels que la motivation, la confiance ou l'estime de soi (Padovan et al., 2013). De même, leurs compétences en termes d'analyse des pratiques, intégrant aussi bien la clinique des institutions que celle du vieillissement (Talpin, 2020), font d'eux des personnes-ressources pour accompagner les équipes dans un tel projet.

Quant aux aspects institutionnels, ils sont assez largement pris en compte et intègrent des dimensions complémentaires. Ce sont des données intéressantes à l'échelle d'une structure pour ajuster les propositions selon les besoins des patients et les contraintes institutionnelles avec lesquelles il faut composer. Par exemple, les projets sont nécessairement différents selon que la nourriture est préparée par des cuisiniers sur place ou par un prestataire de service. Les indicateurs relatifs aux aspects institutionnels sont également intéressants pour évaluer la faisabilité du projet et servir de base aux autres établissements qui souhaiteraient proposer le manger-mains. Toutefois, il est important de souligner que peu de précisions sont données sur les enjeux du manger-mains posés préalablement à la mise en route du projet.

En définitive, si la démarche de chaque établissement constitue un énorme progrès dans la prise en soin des personnes âgées souffrant de TNC majeurs et un vecteur d'amélioration de la qualité de vie de ces patients, nous remarquons que l'ensemble des structures se privent de ressources intéressantes pour exploiter tout le potentiel du manger-mains. Ainsi, nous pouvons valider

notre hypothèse selon laquelle les orthophonistes sont peu inclus dans ces projets en raison d'une vision restreinte des intérêts du manger-mains pour la population cible.

2. Limites

D'abord, si nous avons montré que le rôle des orthophonistes est peu interrogé lors de la mise en place du manger-mains, d'autres explications peuvent s'ajouter à la nôtre pour justifier leur absence. D'une part, il est possible que les structures aient, sans le mentionner, souhaité faire appel à des orthophonistes libéraux mais que ceux-ci aient refusé de s'associer au projet par manque de temps ou d'intérêt. De manière générale, en France, il est difficile pour les orthophonistes libéraux de répondre à la demande de soin (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2020). Face à des listes d'attentes allant le plus souvent de plusieurs mois à plusieurs années, ils peuvent se montrer réticents à s'engager dans des projets de longue haleine. Il est également envisageable que les orthophonistes ne souhaitent pas participer à ce type de projet parce qu'ils ne prennent pas en charge les troubles liés au vieillissement. Selon l'étude Kalliopé, seuls 43,7% des orthophonistes exerçant en libéral en 2002 déclaraient intervenir auprès de ce type de patients (Le Feuvre, 2007). En orthophonie, le soin se définit généralement en fonction des pathologies. Or, la prise en soin des patients âgés souffrant de TNC majeurs n'entre pas dans ce cadre. Le contexte de polypathologie, l'impossibilité de récupération et l'obligation de coordination en font une prise en soin à part qui contraint les orthophonistes à délimiter eux-mêmes les frontières professionnelles de leur champ d'intervention dans ce domaine (Pennec, 2007). D'autre part, il est aussi possible qu'un certain nombre de structures n'aient pas d'orthophonistes libéraux installés dans leurs secteurs. Ces facteurs qui pourraient également expliquer l'absence des orthophonistes dans ce type de projets n'ont pas été explorés dans ce mémoire.

Ensuite, compte-tenu du petit nombre de publications incluses dans notre analyse et de leur hétérogénéité, la généralisation est fortement limitée. Le travail que nous proposons est volontairement inscrit dans une perspective qualitative basée sur l'interprétation. En raison du choix de notre thématique et de l'état actuel des connaissances, cette approche nous a paru justifiée. De plus, nous avons proposé un travail bibliographique, qui ne présente pas d'aspects pratiques. C'est un choix que nous assumons car nous considérons qu'une expérimentation menée sur le terrain ne nous aurait pas amené à la même réflexion sur la prise en soin des

patients âgés souffrant de TNC majeurs et sur la déglutition. D'un côté, une étude pratique nous aurait contraint très tôt dans un cadre méthodologique beaucoup moins souple que l'étude bibliographique. Notre réflexion sur le sujet aurait été moins aboutie et nous aurions probablement proposé une observation visant à juger de l'efficacité du manger-mains, à l'image des quelques mémoires d'orthophonie menés sur la même thématique qui questionnent peu le rôle et les pratiques des orthophonistes auprès de ces patients, ou les possibilités du manger-mains. D'autre part, compte-tenu du contexte sanitaire de la période durant laquelle nous avons réalisé ce mémoire, les résultats n'auraient pas été obtenus dans des circonstances traditionnelles (protocoles d'hygiène peu compatibles avec l'instauration de ce type de projet, interdiction des repas dans les lieux communs, difficulté pour les intervenants extérieurs de pénétrer dans les structures, annulation de stages...). Nous considérons que ce travail bibliographique constitue un préalable intéressant à la poursuite d'autres travaux. Néanmoins, nous avons conscience que la subjectivité de l'analyse proposée et l'absence d'aspects pratiques dans ce mémoire constituent une limite de notre travail.

Enfin, il est possible que notre analyse présente un biais d'information qui pourrait nous amener à nuancer nos interprétations. En effet, les informations absentes des publications ont été considérées comme non prises en compte dans l'élaboration du projet. Nous avons estimé que l'écrit retraçant la mise en place du manger-mains rendait compte, consciemment ou non, de la façon d'envisager cette pratique et ses potentialités. Toutefois, certaines informations pourraient avoir été passées sous silence par les auteurs pour d'autres raisons.

3. Perspectives

En ce qui concerne les travaux futurs qui pourraient s'inscrire dans le même champ que notre mémoire, plusieurs pistes intéressantes pourraient être explorées. Afin de vérifier si les résultats obtenus à l'issue de ce travail bibliographique se vérifient dans la pratique, il pourrait être intéressant de réaliser une enquête auprès de services et d'établissements accueillant des personnes âgées souffrant de TNC majeurs pour les interroger sur les objectifs qu'ils visaient lors de l'instauration du manger-mains et sur leur représentation du rôle de l'orthophoniste au sein d'un tel projet, sans s'attarder sur l'efficacité du dispositif qui a parfois tendance à concentrer toute l'attention.

Nous espérons avoir montré, à travers l'exposé de notre cadre théorique et de notre problématique, l'impact du manger-mains sur la qualité de vie des patients atteints de TNC majeurs et l'intérêt de reconsidérer la définition de la déglutition traditionnellement usitée en orthophonie. A ce titre, interroger les orthophonistes sur la façon dont ils conçoivent leur intervention auprès de ces patients pourrait être enrichissant pour la pratique. Ce travail pourrait donner lieu à un support de communication à destination des orthophonistes ou à une proposition de formation.

Nous regrettons de ne pas avoir pu développer les aspects culturels intervenant dans le manger-mains et, de manière plus globale, les freins à son instauration. La formation des professionnels et l'information des familles étant des éléments importants dans l'acceptation de cette pratique, il serait pertinent d'interroger les différents acteurs de la prise en soin des patients âgés et les familles sur leurs représentations concernant les différents troubles, le soin et l'alimentation.

En choisissant de traiter cette thématique pour notre mémoire, nous souhaitons aussi inciter les orthophonistes libéraux intervenant dans des structures accueillant des personnes âgées avec TNC majeurs à communiquer autour de cette pratique. En dépit des difficultés qui peuvent être rencontrées sur le terrain, les différentes expériences pratiques relatées dans la littérature témoignent de ses intérêts, de sa faisabilité et des adaptations possibles.

Concernant notre pratique future, ce mémoire nous a amené à reconsidérer notre conception de la prise en soin orthophonique en gériatrie, notamment en ce qui concerne la déglutition. A l'issue de ce travail, nous sommes encore plus convaincues de l'intérêt de travailler en réseau et de communiquer avec les autres professionnels afin d'être en mesure d'envisager le caractère transversal des prises en soin. Creuser la question de la prise en soin des patients souffrant de TNC majeurs nous a également permis de comprendre pourquoi les frontières du champ d'intervention de l'orthophoniste nous paraissaient parfois si floues au cours de nos études et d'esquisser nos propres limites professionnelles. De manière générale, ce travail aura été une source d'acquisition de connaissances et de réflexions qui, nous l'espérons, viendra nourrir notre pratique future.

Conclusion

Dans ce mémoire, nous avons voulu exposer en quoi le manger-mains est un outil intéressant pour la prise en soin orthophonique des patients présentant des TNC majeurs, pour prévenir ou diminuer le risque de fausses routes. Nous avons également souhaité montrer que la rare association des orthophonistes à ce type de projets peut notamment s'expliquer par une vision tronquée du potentiel de cette pratique. A travers une revue narrative de la littérature, nous avons effectivement observé que les structures qui accueillent des personnes âgées souffrant de TNC majeurs font peu appel à des orthophonistes dans la conception et la mise en œuvre du manger-mains. En effet, l'autonomie alimentaire est assez peu envisagée comme ayant un impact direct sur la déglutition. Elle est davantage considérée comme un élément favorisant l'augmentation des apports nutritionnels et l'estime de soi. Le lien entre le geste alimentaire, le déroulement de la séquence de déglutition et l'organisation cérébrale dirigeant le tout n'est pas exploité. Quant à la stimulation sensorielle apportée par le manger-mains, elle est très rarement mentionnée. De plus, lorsque cette dimension est prise en compte, c'est surtout son effet sur l'appétit des patients qui est évoqué. L'importance de la sensorialité dans la déglutition n'est pas suggérée. A l'issue de notre analyse, nous avons donc pu confirmer notre hypothèse.

Le manger-mains peut être considéré comme une simple adaptation de texture produisant des effets en soi. Néanmoins, l'utiliser comme un outil autour duquel différentes prises en soin s'articulent permet d'en retirer davantage de bénéfices. Cela ne peut se faire que dans le cadre d'une démarche de soin globale, écologique et centrée sur le patient. D'autres pratiques allant dans ce sens peuvent évidemment être envisagées en complément. Il est également important que le manger-mains soit inclus dans une véritable réflexion commune autour des repas, étayée par de la documentation scientifique sur les facteurs favorisant leur bon déroulement. D'une part, la concertation permet à chacun d'apporter son point de vue professionnel, lié aux compétences propres à son champ d'intervention, pour aboutir à une représentation moins lacunaire des enjeux du temps du repas. Elle donne également la possibilité à chacun d'acquérir des connaissances et de remanier ses représentations. De plus, elle est essentielle pour trouver le meilleur compromis entre ce qu'il est possible de mettre en place au sein d'une structure et ce qui s'avère le plus bénéfique pour les patients. D'autre part, il ne faut pas négliger le fait que le repas dépasse le simple acte de se nourrir. Ses dimensions sociales, hédoniques, affectives culturelles et rituelles sont tout aussi importantes (Barberger-Gateau et al., 2010 ; Champvert,

2012 ; Chevalier, 2019). Le plaisir alimentaire pouvant être présent jusqu'à la fin de la vie (Corbeau, 2012), cela en fait un objectif central de la prise en soin des patient âgés.

Bibliographie

- Abadie, V. (2004). Trouble de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, (220), 55-68.
- Abdelhamid, A., Bunn, D., Copley, M., Cowap, V., Dickinson, A., Gray, L., ... Hooper, L. (2016). Effectiveness of interventions to directly support eating & drinking in people with dementia : Systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0196-3>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.
- Auzou, P. (2007a). Anatomie et physiologie de la déglutition normale. *Kinésithérapie, la Revue*, 7(64), 14-18. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70368-6](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70368-6)
- Auzou, P. (2007b). Contrôle neurologique de la déglutition. *Kinésithérapie, la Revue*, 7(64), 24-29. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70370-4](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70370-4)
- Barberger-Gateau, P., Rullier, L., Féart, C., & Bouisson, J. (2010). Alimentation et vieillissement cérébral : Une relation complexe. *Gérontologie et société*, 33 / n° 134(3), 107-121.
- Barrett-Connor, E., Edelstein, S. L., Corey-Bloom, J., & Wiederholt, W. C. (1996). Weight loss precedes dementia in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(10), 1147-1152. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1996.tb01362.x>
- Basdevant, A., Laville, M., & Lerebours, E. (2001). *Traité de nutrition clinique de l'adulte*. Lavoisier MSP.
- Becker, M. (2009). Evaluation radiologique de la dysphagie. Dans *Précis d'audiophonologie et de déglutition. Les voies aéro-digestives supérieures* (Vol. 2, pp. 149-162). Solal.
- Berkman, C., & Vitale, C. (2017). Speech-Language Pathologists' views about aspiration risk and feeding in advanced dementia. *Innovation in Aging*, 1, 368-369. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.1342>
- Bertièrre, M.-C. (2012). Alimentation et diététique. Dans *Nutrition de la personne âgée* (4e édition, pp. 12-17). Elsevier Masson.
- Bleeckx, D. (2007). Vision épidémiologique et aspects pluriprofessionnels de la dysphagie en neurologie. *Kinésithérapie, la Revue*, 64, 33-37.
- Brabant, A., & Morel, V. (2012). Soins palliatifs : Définition, historique et structures de soins palliatifs. *Rééducation orthophonique*, (251), 5-14.
- Brin-Henry, F. (2017). Oralité(s) : Origine terminologique et évolution conceptuelle en orthophonie. *Rééducation orthophonique*, (271), 435-449.

- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2016). *Dictionnaire d'Orthophonie* (3e édition). Ortho Edition.
- Champvert, P. (2012). Le temps du repas en maison de retraite. Dans *Nutrition de la personne âgée* (4e édition, pp. 339-347). Elsevier Masson.
- Chevalier, B. (2019). L'oralité alimentaire. Dans *Le développement du bébé de la vie fœtale à la marche* (pp. 219-234). Elsevier Masson.
- Chouinard, J., Lavigne, E., & Villeneuve, C. (1998). Weight loss, dysphagia, and outcome in advanced dementia. *Dysphagia*, 13(3), 151-155. <https://doi.org/10.1007/PL00009565>
- Corbeau, J.-P. (2012). Préférences et symboles alimentaires chez le sujet âgé. Dans *Nutrition de la personne âgée* (4e édition, pp. 325-338). Elsevier Masson.
- Daydé, M.-C. (2006). Des réseaux pour promouvoir la coordination des complémentarités, optimiser les pratiques de soins dans le respect de situations singulières. *Médecine Palliative : Soins de Support—Accompagnement—Éthique*, 5(5), 270-274. [https://doi.org/10.1016/S1636-6522\(06\)74290-8](https://doi.org/10.1016/S1636-6522(06)74290-8)
- de Medeiros Correia, S., Morillo, L. S., Jacob Filho, W., & Mansur, L. L. (2010). Swallowing in moderate and severe phases of Alzheimer's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68(6), 855-861. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000600005>
- Desuter, G., & Remacle, M. (2009). Physiologie de la déglutition. Dans *Précis d'audiophonologie et de déglutition. Les voies aéro-digestives supérieures* (Vol. 2, pp. 95-105). Solal.
- Dieuleveut, C., Favrelière, C., & Favreau, L. (2016). Les bouchées enrichies adaptées, un outil à la portée des établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que des aidants familiaux : Retour d'expérience. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, (30), 158-162. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2016.03.00>
- Dziewas, R., Sörös, P., Ishii, R., Chau, W., Henningsen, H., Ringelstein, E. B., ... Pantev, C. (2003). Neuroimaging evidence for cortical involvement in the preparation and in the act of swallowing. *NeuroImage*, 20(1), 135-144. [https://doi.org/10.1016/S1053-8119\(03\)00285-4](https://doi.org/10.1016/S1053-8119(03)00285-4)
- Easterling, C. S., & Robbins, E. (2008). Dementia and Dysphagia. *Geriatric Nursing*, 29(4), 275-285. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.10.015>
- Elie, E., & Alluin, R. (2020). Freins et leviers à la mise en place de la démarche palliative en EHPAD. *Médecine Palliative*, 19(3), 150-159. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2019.09.009>
- Fauré, M., & Camallières, M. (2012). A propos du Manger-mains dans une unité de soins de longue durée : Point du vue de l'équipe soignante. *Lettre de Psychogériatrie*.

- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2020, 17 novembre). La fédération nationale des orthophonistes (FNO) mobilise les citoyens pour améliorer l'accès aux soins en orthophonie. Repéré à <https://www.fno.fr/acces-aux-soins/>
- Ferry, M. (2012). Déglutition. Dans *Nutrition de la personne âgée* (4e édition, pp. 37-41). Elsevier Masson.
- Girod-Roux, M. (2012). Troubles de la déglutition dans la maladie d'Alzheimer—Revue de littérature. *La lettre de psychogériatrie*, 2-10.
- Gouno, S. (2018). *La mise en place du manger-main dans un EHPAD du sud-est lyonnais : Apports thérapeutiques, enjeux et limites*. Université de Lyon 1.
- Greenwood, C. E., Tam, C., Chan, M., Young, K. W. H., Binns, M. A., & van Reekum, R. (2005). Behavioral disturbances, not cognitive deterioration, are associated with altered food selection in seniors with Alzheimer's disease. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(4), 499-505. <https://doi.org/10.1093/gerona/60.4.499>
- Guerin, O., Soto, M. E., Brocker, P., Robert, P. H., Benoit, M., Vellas, B., & REAL.FR Group. (2005). Nutritional status assessment during Alzheimer's disease: Results after one year (the REAL French Study Group). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 9(2), 81-84.
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*. Repéré à <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1957255707741585>
- Haute Autorité de Santé. (2008). *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée—Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles*. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495743/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitration-proteino-energetique-chez-la-personne-agee
- Haute Autorité de Santé. (2011). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Diagnostic et prise en charge*. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge
- Heelan, M., Prieto, J., Roberts, H., Gallant, N., Barnes, C., & Green, S. (2020). The use of finger foods in care settings: An integrative review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 33(2), 187-197. <https://doi.org/10.1111/jhn.12725>
- Jansen, C., & Leurs, J. (2015). *Etat des lieux de la prise en charge orthophonique des troubles de la déglutition chez l'adulte : Analyse comparative des pratiques professionnelles en France métropolitaine*. Université de Lille.
- Kenigsberg, P.-A., Aquino, J.-P., Berard, A., Boucart, M., Bouccara, D., Brand, G., ... Robert, P. (2015). Les fonctions sensorielles et la maladie d'Alzheimer : Une approche multidisciplinaire. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 13(3), 243-258. <https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0553>

- Kerlan, M. (2017). Ethique et oralité : On ne parle pas la bouche pleine. *Rééducation orthophonique*, (271), 93-106.
- Kersalé, M., Vaz, S., & Cleray, M. (2019). Ateliers thérapeutiques culinaires adaptés au manger-mains dans une unité d'hébergement renforcée. *NPG Neurologie—Psychiatrie—Gériatrie*, 19(113), 300-306. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.06.006>
- Le Feuvre, N. (2007). L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes. Dans *Le métier d'orthophoniste : Langage, genre et profession* (pp. 41-51). Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Legrain, S., Lacaille, S., & Ruglio, V. (2006). La nutrition artificielle chez les sujets atteints de démence. *Laennec*, Tome 54(3), 23-29.
- Leroux, C. (2018). *Manger-mains et troubles dysphagiques dans la démence de type Alzheimer : À propos de trois cas dans un EHPAD*. Université de Limoges.
- Lieury, A., & Léger, L. (2020). *Introduction à la psychologie cognitive* (2e édition). Dunod.
- Logemann, J. A. (2007). Swallowing disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 21(4), 563-573. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2007.03.006>
- Lorrain, E. (2019). Trouble de l'oralité alimentaire et Alzheimer. *L'Orthophoniste*, (393), 13-16.
- Malerba, G., Pop, A., Rivasseau-Jonveaux, T., Mouchotte, S., Fabbro, J., N'Guyen, A., ... Quilliot, D. (2015). Nourrir un patient atteint de troubles neurocognitifs à l'hôpital et à domicile ? Le manger-mains : aspects pratiques. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 29(3), 197-201. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2015.06.001>
- Malerba, Jonveaux, T. D., Pop, A. D., Mouchotte, S. D., Schmitt, A. D., Nguyen, A. D., ... Quilliot, D. (2014). Impact du manger-mains sur la prise alimentaire du patient dément. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28, S226. [https://doi.org/10.1016/S0985-0562\(14\)70939-2](https://doi.org/10.1016/S0985-0562(14)70939-2)
- O'Keeffe, S. T. (2018). Use of modified diets to prevent aspiration in oropharyngeal dysphagia: Is current practice justified? *BMC Geriatrics*, 18(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0839-7>
- Padovan, C., Dancer-Camarasa, H., Dorey, J.-M., Borg, C., Sagne, A., Viricel-Wasiak, C., ... Rouch, I. (2013). Enquête sur l'activité des psychologues et neuropsychologues en gériatrie dans la région Rhône-Alpes. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(3), 501-514. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.02.011>
- Patry, C., & Raynaud-Simon, A. (2010). La dénutrition : Quelles stratégies de prévention ? *Gérontologie et société*, 33 / n° 134(3), 157-170.
- Pennec, S. (2007). « Les troubles du vieillissement » : Une voie nouvelle pour les orthophonistes ? Dans *Le métier d'orthophoniste : Langage, genre et profession* (pp. 205-218). Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

- Perron, M. (2012). *Oser proposer une autre alimentation aux personnes fragilisées. Avec des concepts de plats « Picorés » et « Savourés »*. Editions de la Chronique Sociale.
- Pouyet, V., Giboreau, A., Cuvelier, G., & Benattar, L. (2013). Perception, préférences et consommation alimentaires chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. *Cliniques*, N° 6(2), 217-232.
- Puech, M., & Woisard-Bassols, V. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur la prise en charge fonctionnelle* (2e édition). Solal.
- Rousseau, T. (2002). Bilan du patient suspecté de démence. *Rééducation orthophonique*, (212), 127-134.
- Rousseau, T., Fromage, B., & Touchet, C. (2009). Interactions entre le sujet âgé Alzheimer et son environnement. *NPG Neurologie—Psychiatrie—Gériatrie*, 9(49), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.05.003>
- Ruglio, V. (2017). Dysphagies neurogériatriques, oralités et presbyphagie. *Rééducation orthophonique*, (271), 359-383.
- Saidlitz, P., Sourdet, S., Vellas, B., & Voisin, T. (2014). Management of behavioral symptoms in dementia in a specialized unit care. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 12(4), 371-378. <https://doi.org/10.1684/pnv.2014.0508>
- Saracci, C., Mahamat, M., & Jacquérior, F. (2019). How to write a narrative literature review article? *Revue Médicale Suisse*, 15(664), 1694-1698.
- Shune, S. E., Moon, J. B., & Goodman, S. S. (2016). The Effects of Age and Preoral Sensorimotor Cues on Anticipatory Mouth Movement During Swallowing. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 59(2).
- Siebens, H., Trupe, E., Siebens, A., Cook, F., Anshen, S., Hanauer, R., & Oster, G. (1986). Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(3), 192-198. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb04202.x>
- Simon, M. (2012). *Lutter contre la dénutrition des personnes âgées : L'exemple du Pôle de gériatrie clinique du CHU de Nantes*. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Talpin, J.-M. (2020). Le psychologue, le sujet dément, l'institution et la clinique : Du mortifère au transitionnel. *NPG Neurologie—Psychiatrie—Gériatrie*, 20(118), 192-197. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.01.004>
- Vandel, P., Haffen, E., & Sechter, D. (2009). Traitements pharmacologiques des troubles psychocomportementaux dans la maladie d'Alzheimer. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(3), 219-223. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.01.011>
- Verbrugge, S., Coulon-Bidet, E., & Dimet, J. (2019). Impact du “manger-mains” chez le résident institutionnalisé ne mangeant pas seul, en raison de troubles cognitifs et/ou physiques, à travers l'interdisciplinarité

- soignants/cuisiniers d'une recherche en EHPAD. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 33(1), 56-57. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2019.01.324>
- Villaumé, A. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie—Psychiatrie—Gériatrie*, 19(109), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002>
- Visscher, A., Battjes-Fries, M., Rest, O., Patijn, O., Lee, M., Wijma-Idsinga, N., ... Voshol, P. (2020). Fingerfoods: A feasibility study to enhance fruit and vegetable consumption in Dutch patients with dementia in a nursing home. *BMC Geriatrics*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01792-5>
- Wang, S. Y., Fukagawa, N., Hossain, M., & Ooi, W. L. (1997). Longitudinal weight changes, length of survival, and energy requirements of long-term care residents with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(10), 1189-95.
- Yoshikawa, M., Yoshida, M., Nagasaki, T., Tanimoto, K., Tsuga, K., Akagawa, Y., & Komatsu, T. (2005). Aspects of Swallowing in Healthy Dentate Elderly Persons Older Than 80 Years. *Journal of Gerontology*, 60A(4), 506-509.

Annexes

Liste des tableaux et figures

<u>Tableau n°1</u> : Conséquences sur la déglutition et l'activité d'alimentation des différentes atteintes cognitives rencontrées chez les patients présentant des TNC majeurs.....	8
<u>Tableau n°2</u> : Présentation des articles sélectionnés pour analyser les projets d'instauration du manger-mains en structure d'accueil pour personnes âgées souffrant de TNC majeurs.....	15
<u>Tableau n°3</u> : Présentation des différentes catégories d'indicateurs.....	17
<u>Figure n°1</u> : Représentation globale des différents acteurs au sein du corpus.....	19
<u>Figure n°2</u> : Représentation de la part globale de chaque type d'acteurs au sein du corpus.....	21
<u>Figure n°3</u> : Nutrition et santé : part de chaque sous-catégorie d'indicateurs au sein du corpus.....	22
<u>Figure n°4</u> : Etat psychologique : part de chaque sous-catégorie d'indicateurs au sein du corpus.....	23
<u>Figure n°5</u> : Dimension sociale : part de chaque sous-catégorie d'indicateurs au sein du corpus.....	24
<u>Figure n°6</u> : Aspects institutionnels : part de chaque sous-catégorie d'indicateurs au sein du corpus.....	25
<u>Figure n°7</u> : Nombre d'articles prenant en compte chaque type d'indicateurs.....	26
<u>Figure n°8</u> : Représentation de la part globale de chaque type d'indicateurs au sein du corpus.....	27

Liste des annexes

Annexe n°1 : Présentation des projets mis en œuvre dans les publications sélectionnées

Annexe n°2 : Relevé des acteurs cités dans la mise en place du manger-mains

Annexe n°3 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Nutrition et santé »

Annexe n°4 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Capacités cognitives »

Annexe n°5 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Etat psychologique »

Annexe n°6 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Dimension sociale »

Annexe n°7 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Aspects institutionnels »

Annexe n°8 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Déglutition »

Annexe n°9 : Relevé du nombre d'occurrences pour chaque catégorie d'indicateurs

Note : Dans un souci de lisibilité, lorsqu'un acteur ou un indicateur est présent dans un article, la case est colorée en vert. De même, dans les tableaux de relevés des indicateurs, les noms des auteurs apparaissent en vert lorsque la catégorie d'indicateurs a été prise en compte dans la publication.

Annexe n°1 : Présentation des projets mis en œuvre dans les publications sélectionnées

	Type d'étude	Lieu	Population	Effectif	Type de MM	Données recueillies
1	Observationnelle descriptive	USLD	Score MMS < 15 Âge moyen = 78,2 ans	21	Repas en texture normale transformés pour être adaptés au MM	Qualitatives
2	Observationnelle descriptive	PASA	Diagnostic de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés	ND*	Reprise du principe de plats « Picorés » et « Savourés » pour le déjeuner et le goûter	Qualitatives Quantitatives
3	Observationnelle descriptive	UCC	Diagnostic de maladie d'Alzheimer	20	Repas en texture normale transformés pour être adaptés au MM	Qualitatives Quantitatives
4	Etude comparative avant/après	EHPAD	Ensemble des résidents Âge moyen = 86 ans	90	Bouchées en texture lisse enrichies Proposées pendant les repas (totalité de l'assiette ou en complément de l'alimentation classique) et mises à disposition en permanence dans des vitrines réfrigérées	Qualitatives Quantitatives
5	Observationnelle descriptive avec entretiens semi-directifs	EHPAD	Âge moyen = 88 ans Peu de communication verbale Troubles alimentaires	17	MM décliné en textures mixée, hachée et normale	Qualitatives Quantitatives
6	Série de cas	EHPAD	Diagnostic de maladie d'Alzheimer Dépendance alimentaire Troubles de la déglutition avérés ou comportements à risque	3	MM en texture modifiée pour s'adapter à tous les profils de patients	Qualitatives Quantitatives
7	Expérimentale prospective randomisée	EHPAD	Âge moyen = 83,7 ans Troubles cognitifs et/ou physiques Dépendance alimentaire	47	MM en texture mixée pour le déjeuner et le dîner	Qualitatives Quantitatives
8	Observationnelle descriptive	UHR	Âge moyen = 82 ans MMS < 15	16	MM en texture normale proposé en apéritif (midi) ou en goûter Ateliers hebdomadaires de cuisine thérapeutique (4 à 6 patients) Déjeuner mensuel sous forme de buffet en MM (incluant patients, soignants et familles)	Qualitatives Quantitatives

*ND : non défini

- 1 Fauré & Camallières (2012). A propos du manger-mains dans une unité de soins de longue durée : point de vue de l'équipe soignante
- 2 Simon (2012). Lutter contre la dénutrition des personnes âgées : L'exemple du Pôle de gérontologie clinique du CHU de Nantes
- 3 Malerba et al. (2014). Impact du manger-mains sur la prise alimentaire du patient dément
- 4 Dieuleveut, Favrelière & Favreau (2016). Les bouchées enrichies adaptées, un outil à la portée des établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que des aidants familiaux : retour d'expérience
- 5 Gouno (2018). La mise en place du manger-main dans un EHPAD du sud-est lyonnais : apports thérapeutiques, enjeux et limites
- 6 Leroux (2018). Manger-mains et troubles dysphagiques dans la démence de type Alzheimer : à propos de trois cas dans un EHPAD
- 7 Verbrugghe, Coulon-Bidet, & Dimet (2019). Impact du "manger-mains" chez le résident institutionnalisé ne mangeant pas seul, en raison de troubles cognitifs et/ou physiques, à travers l'interdisciplinarité soignants/cuisiniers d'une recherche en EHPAD
- 8 Kersalé, Vaz & Cleray (2019). Atelier thérapeutiques culinaires adaptés au manger-mains dans une unité d'hébergement renforcée

Annexe n°2 : Relevé des acteurs cités dans la mise en place du manger-mains

	Fauré & Camallières (2012)	Simon (2012)	Malerba et al. (2014)	Dieuleveut et al. (2016)	Gouno (2018)	Leroux (2018)	Verbrugghe et al. (2019)	Kersalé et al. (2019)	Occurrences
Direction	N	O	N	O	N	N	N	N	2
CLAN	N	O	N	N	N	N	N	N	1
Cadre de santé	O	N	N	O	N	N	O	N	3
Médecin	O	N	O	O	N	N	O	N	4
Cuisiniers/Service restauration	O	O	O	O	O	O	O	O	8
Soignants	O	O	O	O	O	O	O	O	8
Aides hôtelières	N	N	N	O	N	N	N	N	1
Animation	N	N	N	O	N	N	N	O	2
Orthophoniste	N	N	N	N	O	N	N	O	2
Ergothérapeute	N	N	N	N	O	N	N	O	2
Diététicien	O	N	O	O	N	O	O	O	6

Annexe n°3 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Nutrition et santé »

		Fauré & Camallières (2012)	Simon (2012)	Malerba et al. (2014)	Dieuleveut et al. (2016)	Gouno (2018)	Leroux (2018)	Verbrugge et al. (2019)	Kersalé et al. (2019)	Occurrences	TOTAL
Indicateurs généraux de prise alimentaire	Prise alimentaire	O	N	N	N	N	N	N	N	1	7
	Consommation alimentaire	N	N	N	O	N	N	N	N	1	
	Appétit	O	O	N	N	N	N	N	N	2	
	Ingesta	N	O	N	N	N	O	N	O	3	
Indicateurs objectifs de dénutrition ou déshydratation	Statut nutritionnel	N	O	N	N	N	O	N	N	2	10
	Dénutrition	N	N	N	O	N	N	N	O	2	
	Déshydratation	N	O	N	N	N	N	N	N	1	
	Albuminémie	N	O	N	O	N	N	N	N	2	
	Hématocrite	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
	Créatinémie	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
Indicateurs globaux de nutrition	Naîtrémie	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
	Poids	N	O	N	O	O	O	N	N	4	5
Indicateurs macronutritionnels	Indice de Masse Corporelle (IMC)	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
	Apports énergétiques	N	N	O	N	N	N	N	N	1	5
	Ration protidique	N	N	O	N	N	N	N	N	1	
	Apports caloriques	N	N	N	N	N	N	O	N	1	
Apports nutritionnels	N	N	N	N	N	N	N	O	1		

	Apports protéino-énergétiques	N	N	N	N	N	N	N	O	1	
Indicateurs indirects de l'état nutritionnel et de santé	Chutes	N	O	N	N	N	N	N	N	1	10
	Escarres	N	O	N	O	N	N	N	N	2	
	Etat cutané	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
	Consommation médicamenteuse	N	N	N	O	N	N	N	N	1	
	Consommation de CNO	N	N	N	O	N	O	N	N	2	
	Fièvre	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
	Hospitalisation	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
Maladies	N	N	N	N	N	O	N	N	1		
TOTAL											37

Annexe n°4 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Capacités cognitives »

	Fauré & Camallières (2012)	Simon (2012)	Malerba et al. (2014)	Dieuleveut et al. (2016)	Gouno (2018)	Leroux (2018)	Verbrugghe et al. (2019)	Kersalé et al. (2019)	Occurrences	TOTAL
Attention	N	N	N	N	N	O	N	N	1	3
Troubles phasiques	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
Capacités résiduelles	N	N	N	N	N	N	N	O	1	

Annexe n°5 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Etat psychologique »

		Fauré & Camallières (2012)	Simon (2012)	Malerba et al. (2014)	Dieuleveut et al. (2016)	Gouno (2018)	Leroux (2018)	Verbrugghe et al. (2019)	Kersalé et al. (2019)	Occurrences	TOTAL
Indicateurs "positifs" liés aux repas	Acceptation	O	N	N	N	N	N	N	N	1	12
	Plaisir	O	O	N	N	O	N	N	N	3	
	Motivation	O	N	N	N	N	N	N	N	1	
	Satisfaction	N	O	O	N	N	N	N	O	3	
	Indépendance	N	N	N	N	N	N	N	O	2	
	Envie	N	N	N	O	N	N	N	N	1	
	Autonomie décisionnelle	N	N	N	N	N	N	N	O	1	
Indicateurs "négatifs" liés au repas	Sélection	O	N	N	N	N	N	N	N	1	12
	Troubles psycho-comportementaux	O	O	O	O	N	O	N	O	6	
	Déambulation	O	N	N	N	N	N	N	N	1	
	Comportement alimentaire	N	N	N	N	O	O	N	N	2	
	Réactions de défense	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
	Comportements perturbateurs	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
Indicateurs globaux	Humeur	O	N	N	N	N	N	N	N	1	3
	Estime de soi	N	O	N	O	N	N	N	N	2	
TOTAL											27

Annexe n°6 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Dimension sociale »

		Fauré & Camallières (2012)	Simon (2012)	Malerba et al. (2014)	Dieuleveut et al. (2016)	Gouno (2018)	Leroux (2018)	Verbrugghe et al. (2019)	Kersalé et al. (2019)	Occurrences	TOTAL
Indicateurs liés à la communication	Communication patient/soignant	O	N	N	N	N	N	N	N	1	5
	Communication entre résidents	O	N	N	N	N	N	N	N	1	
	Communication (en général)	N	N	N	N	O	N	N	N	1	
	Verbalisation	O	N	N	N	N	N	N	O	2	
Indicateurs de sociabilisation	Participation sociale	N	N	N	N	N	N	N	O	1	2
	Partage	N	N	N	N	N	N	N	O	1	
TOTAL											7

Annexe n°7 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Aspects institutionnels »

		Fauré & Camallières (2012)	Simon (2012)	Malerba et al. (2014)	Dieuleveut et al. (2016)	Gouno (2018)	Leroux (2018)	Verbrugghe et al. (2019)	Kersalé et al. (2019)	Occurrences	TOTAL
Indicateurs liés à la relation patient/soignant et au soin	Liens patients/équipe/entourage	N	N	N	N	N	N	N	O	1	5
	Accompagnement holistique	N	N	N	N	N	N	N	O	1	
	Souplesse et adaptabilité au patient	N	N	N	O	N	N	N	N	1	
	Relation soignant/patient	O	N	N	N	N	N	N	N	1	
	Personnalisation du soin	O	N	N	N	N	N	N	N	1	
Indicateurs relatifs aux personnels	Collaboration	N	N	N	N	O	N	N	O	2	7
	Ressenti des soignants	N	N	N	O	N	N	O	O	3	
	Charge de travail	N	N	O	N	O	N	N	N	2	
Indicateurs relatifs aux aspects de gestion	Faisabilité	N	N	N	N	O	N	N	N	1	6
	Budget	N	N	N	O	N	N	N	N	1	
	Formation	N	N	N	O	N	N	N	N	1	
	Durée des repas	O	N	O	N	N	N	N	N	2	
	Propreté	O	N	N	N	N	N	N	N	1	
TOTAL											18

Annexe n°8 : Relevé des indicateurs de la catégorie « Déglutition »

	Fauré & Camallières (2012)	Simon (2012)	Malerba et al. (2014)	Dieuleveut et al. (2016)	Gouno (2018)	Leroux (2018)	Verbrugghe et al. (2019)	Kersalé et al. (2019)	Occurrences	TOTAL
Textures	N	N	N	N	N	O	N	O	2	19
Fausses routes	O	N	N	N	O	O	N	O	4	
Autonomie alimentaire	N	N	O	O	O	O	O	N	5	
Posture/Installation	N	N	N	N	O	O	N	N	2	
Phase pré-orale	N	N	N	N	N	O	N	N	1	
Mastication	N	N	N	N	O	O	N	N	2	
Préhension/Geste	N	N	N	N	O	O	N	N	2	
Expérience sensorielle	O	N	N	N	N	N	N	N	1	

Annexe n°9 : Relevé du nombre d'occurrences pour chaque catégorie d'indicateurs

Catégorie	Nombre d'indicateurs différents	Nombre d'occurrences total	Rapport occurrences/indicateurs
Nutrition et santé	26	37	1,4
Capacités cognitives	3	3	1
Etat psychologique	15	27	1,8
Dimension sociale	6	7	1,2
Aspects institutionnels	13	18	1,3
Déglutition	8	19	2,4

Note : Le calcul du rapport occurrences/indicateurs permet de mettre en valeur le degré d'homogénéité au sein d'une catégorie. Le résultat doit se lire de la manière suivante : lorsque le rapport est égal à 1, il n'y a qu'une occurrence par indicateur. Par conséquent, plus le résultat est proche de 1, plus l'hétérogénéité est grande.

Résumé

Chez les personnes âgées avec TNC majeurs, la problématique alimentaire et de déglutition constitue un enjeu majeur pour la santé. La prise en soin des dysphagies neurogériatriques doit être envisagée globalement, dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie. Le manger-mains, en garantissant l'autonomie alimentaire et une stimulation sensorielle renforcée, est un outil intéressant pour la prise en soin orthophonique. Pourtant, les orthophonistes sont peu associés à la mise en place du manger-mains dans les lieux d'accueil pour personnes âgées souffrant de démence. A travers une revue narrative de la littérature, ce mémoire s'est intéressé aux objectifs et indicateurs utilisés pour mesurer l'impact de l'instauration du manger-mains. A l'issue de ce travail, l'hypothèse selon laquelle les orthophonistes sont peu inclus dans ce type de projets en raison d'une vision restreinte des intérêts du manger-mains pour la population cible a été validée. En définitive, pour maximiser le potentiel du manger-mains, son instauration doit faire l'objet d'une concertation plus globale sur le repas.

Mots-clefs : manger-mains, dysphagies neurogériatriques, déglutition, démence, TNC majeurs, personnes âgées, gériatrie

Abstract

Feeding and swallowing is a major issue for people suffering from advanced dementia's health. Treating neurogeriatric dysphagia must be considered globally, to improve patients' daily life. Finger food is an interesting tool for speech and language therapists as it helps self-feeding and provides an increased sensory stimulation. Yet, care settings rarely ask speech and language therapists to be involved in this kind of experiment. A narrative review of the use of finger food in care settings has been carried out to study which goals were set and which indicators were used. The hypothesis that speech and language therapists were rarely involved because of a limited vision of the interests of finger food was validated. In the end, to use its full potential, finger food must be included in an overall plan regarding meals.

Keywords: finger food, neurogeriatric dysphagia, swallowing, dementia, major neurocognitive disorder, elderly people, geriatrics