

A propos du Manger-mains dans une unité des soins de longue durée : point de vue de l'équipe soignante

Monique Fauré,¹
Martine Camallières,²

¹ Cadre supérieur de santé Hôpital Local de GIMONT 32 200

² Médecin Gériatre Centre Hospitalier d'AUCH 32 017

e-mail: m.faure@hopital-gimont.fr

Points clés: *La dégradation de l'état nutritionnel aggrave le pronostic de la maladie d'Alzheimer et représente une co-morbidité. La prise en soins autour de l'alimentation est essentielle, la prise en compte des troubles du comportement alimentaire demande une réflexion particulière dans le quotidien. Les solutions peuvent parfois devenir invasives et mettre la personne en échec. La mise en place du Manger-mains peut représenter une des solutions.. Pour cela, il doit s'accompagner d'une réflexion éthique, prendre en compte la situation singulière du patient et de sa famille et permettre aux soignants de poser un regard distancié dans le cadre d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire.*

Mots clés : *maladie d'Alzheimer – troubles du comportement alimentaire – manger mains - aide au repas - plaisir - indépendance - réflexion éthique*

Introduction

Les manifestations comportementales de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés évoluent rapidement sur des troubles du comportement alimentaire. La dégradation de l'état nutritionnel a une influence directe sur l'état physique et le déclin cognitif. Pour lutter contre la dénutrition, l'aide au repas est envisagée comme un élément essentiel de l'apport nutritionnel, elle est le plus souvent spécifiée comme partielle ou totale dans les planifications de soins. Cet aspect est mis en lien avec le fonctionnement des établissements, où les rythmes de vie sont

pour la plupart imposés. Dans les institutions accueillant des personnes âgées, l'enjeu au quotidien est de lutter contre la perte d'autonomie, la tâche est d'autant plus difficile pour les personnes présentant des syndromes démentiels. Le **Manger-mains** peut représenter une réponse face à l'installation de troubles spécifiques, il ne peut se faire qu'avec l'adhésion de l'ensemble des intervenants. Une réflexion préliminaire sur la place de l'alimentation s'impose ainsi qu'un travail sur le vécu de chacun, y compris sur la tolérance de la personne elle-même à saisir les aliments avec ses mains.

Les troubles du comportement alimentaire du patient dément

Les troubles du comportement alimentaire apparaissent très rapidement dans l'évolution de la Maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. L'aggravation de la maladie peut s'accompagner ensuite de la survenue de troubles praxiques ou de réflexes d'opposition, de défense ou parfois de phénomènes compulsifs.

L'échelle de BLANDFORD [1] propose des items décrivant les comportements sélectifs et de résistance, l'incoordination neuro-musculaire, les dyspraxies et agnosies, les fausses routes et la dépendance alimentaire. Elle permet d'explorer de façon affinée les troubles présentés par la personne et donne ainsi la possibilité de mettre en place des actions très concrètes : laisser la possibilité de déambuler, présenter des petites quantités d'aliments, proposer la nourriture dans un verre peuvent devenir des solutions pour augmenter les apports. Les équipes soignantes ont un rôle primordial dans leur façon d'aborder la question de l'alimentation et particulièrement dans le domaine de l'aide au repas.

La place de l'alimentation dans les institutions de personnes âgées

La lutte contre la malnutrition des personnes âgées est aujourd'hui une mission de santé publique et une préoccupation dans les établissements gérontologiques tant sur le plan individuel que collectif. *« Les résultats d'études d'intervention suggèrent qu'une meilleure organisation des soins permettrait de fournir aux personnes démentes une alimentation appropriée et suffisante pour combler leur besoins. »*[2] Dans le quotidien, les soins s'harmonisent en fonction des diverses séquences de vie des patients tels que le lever, la toilette, les repas, le coucher. Le repas en institution permet de maintenir des repères spatiaux et temporels, il rythme les journées, la salle à

manger est parfois le seul lieu de rencontre.

Le Professeur R.Hugonot nous rappelle : *« le premier facteur de la victimisation est la faiblesse »*...il poursuit *« les institutions sont un lieu de bonne intentions qui deviennent parfois un enfer »* [3].

Tout ce qui tourne autour du repas de la personne âgée démente peut renvoyer à des dérives le plus souvent non intentionnelles, bâties sur la réponse aux seuls besoins physiologiques.. Le manque de relation et de communication s'instaure de façon insidieuse face au patient et favorisent la mise en place de soins routiniers. Le thème de l'alimentation est souvent cité dans la question de la prévention de la maltraitance en institution, il nous ramène à la fragilité de la population soignée mais surtout à la banalisation de gestes ou attitudes inappropriées par négligence ou omission. Les équipes soignantes se doivent de progresser dans le travail de réflexion, d'écoute et d'identification des situations à risques. Le **Manger-mains** peut représenter une réponse face à l'installation de troubles spécifiques, toutefois l'introduction d'un tel projet ne peut se faire qu'avec l'adhésion de l'ensemble des intervenants.

Le manger mains

Ce concept développé particulièrement par le PR Charles Henri RAPIN au sein d'une unité de gériatrie du canton de Genève (Suisse) a été abordé sous différents angles :

« Avec l'évolution de la maladie , il arrive que les personnes souffrant d'Alzheimer ne soient plus capables d'utiliser leurs couvert , ne puissent plus profiter des bienfaits de manger avec les leurs ,ni de bénéficier des effets de la convivialité. Les repas deviennent des moments de gêne et de honte, ils préfèrent dire qu'ils ont déjà mangé ou qu'ils n'ont pas faim. Ainsi progressivement, vont -ils subir les méfaits de la carence alimentaire

et de la sous alimentation qui accentueront leur handicap et les symptômes psychiques et physiques de leur maladie et de l'âge » [4].

Le patient peut devenir totalement ou partiellement dépendant pour se nourrir. L'acte alimentaire peut alors devenir une véritable épreuve, le maniement des couverts devient trop complexe. La texture Manger-mains permet d'apporter des aliments variés à forte densité énergétique. Les aliments sont préparés pour être présentés en petites portions, solidifiés pour être facilement saisis, mais suffisamment mous pour être consommés facilement. La présentation est un élément important, elle doit respecter la facilité de reconnaissance des aliments, l'utilisation d'aliments colorés pour compenser les troubles gnosiques et praxiques, mais aussi stimuler l'appétit. Pour éclairer notre exposé, nous présentons un travail mené au sein d'une unité de soins de longue durée accueillant en majorité des personnes souffrant de syndromes démentiels.

Management du projet Manger-mains

Méthode et résultats

Le projet Manger-mains est mené au sein d'une unité de soins de longue durée de 31 lits, d'un Hôpital local situé en milieu rural. Une observation directe est réalisée sur une population de 21 personnes qui ont la possibilité de prendre leur repas en salle de restaurant. Les 21 résidents inclus dans le projet initial « Manger-mains » ont un score MMS (Mini Mental Test) inférieur à 15. Leur moyenne d'âge est de 78,2 ans. L'équipe de diététiciennes a réalisé un travail préalable avec l'équipe de restauration pour information et analyse des possibilités et contraintes. Ce travail ne sera pas développé ici, il demeure toutefois incontournable et essentiel pour l'adaptation d'un tel projet. L'inclusion dans la première étape du projet « Manger-mains » a permis de distinguer les

personnes qui tireront bénéfice du projet. Les observations sont réalisées par les soignants, au cours de repas accompagnés hebdomadaires.

La texture Manger-mains est bien acceptée, hormis pour une personne qui exprime son dégoût en touchant les aliments. Les personnes qui habituellement ont une texture modifiée ont pu bénéficier d'un repas normal en texture Manger-mains. Une diminution des troubles du comportement semble constatée, particulièrement dans la diminution des comportements sélectifs, des fausses routes et de la déambulation.

Le recueil des informations notées sur la grille d'observation par les soignants fait ressortir de nombreux points positifs, particulièrement en ce qui concerne la communication avec le patient. La participation de l'ensemble des membres de l'équipe est signalé comme un élément motivant. Quelques soignants relèvent des difficultés, le manque de temps et l'impossibilité de mettre en place la texture Manger-mains à tous les repas. Des soignants signalent que les personnes se lèchent les doigts ou ramassent les aliments en dehors de l'assiette. Deux soignants signifient que cette texture n'est pas adaptée pour tous, certains signalent que les patients se salissent autant.

Discussion

Ce travail a permis d'identifier des idées forces qui semblent accompagner le projet Manger-mains. Il montre comment il est nécessaire d'analyser un tel projet en explorant le point de vue et le vécu de l'équipe soignante.

L'Autonomie et l'indépendance de la personne

Les soignants constatent que l'approche **personnalisée** de l'aide au repas permet de restaurer des capacités perdues ou non identifiées comme restantes chez certains patients. L'aide totale ou partielle, c'est

parfois subir la volonté d'un soignant pressé, qui détermine le rythme de la prise. La cuillère posée au bord des lèvres, pour faire ouvrir la bouche peut aussi devenir un acte invasif et douloureux. Avec la **texture Manger-main** la personne a la possibilité de porter les aliments à la bouche, de les avaler à son rythme. Elle choisit dans son assiette les aliments, les goûte, les repose si besoin. Elle a le temps de parler, de sentir, de goûter. La liberté d'action de la personne est favorisée, mais elle est accompagnée de la nécessité de laisser le temps de savourer le repas.

L' expérience sensorielle – L'expérience affective

La personne ne subit **aucune contrainte** et est seulement invitée à s'asseoir si elle le souhaite. La présence des soignants à table renforce la relation et donne un autre sens à l'accompagnement. Les personnes qui habituellement ont une texture mixée ou moulinée redécouvrent le plaisir de mâcher, de croquer. Elles font moins de fausses routes malgré une texture différente. Tous ces éléments stimulent l'appétit en augmentant les capacités gustatives et olfactives.

Plusieurs personnes ont **augmenté leur prise alimentaire** au cours de ce repas. Elles font des remarques positives sur la saveur et la présentation ; elles se comportent comme des convives. Le Manger-mains peut redonner au repas la valeur d'une **véritable expérience sensorielle**. La reconnaissance des aliments est favorisée. Le retentissement sur l'humeur et le comportement se révèlent positifs. Les échanges à table se font plus volontiers. La majorité des patients ont le même menu, ceci participe à la motivation de participer et de se tenir à table

Les soignants comme des accompagnants

Les capacités d'adaptation du personnel soignant sont nécessaires, elles doivent se centrer sur l'éviction du sentiment d'échec. *« La prise alimentaire doit absolument être associée à un échange affectif et préserver le plus de convivialité possible »* [5]. La relation se décline **autour de l'accompagnement et de la sollicitation encourageante** dans une démarche d'autonomisation, telle que décrite par le Professeur PLOTON : *« Pour cela nous proposons de recourir à la réassurance et à la revalorisation constante, pour solliciter le moteur psychique de l'autonomie relationnelle (dans sa dimension globale la plus instinctive) moteur dont le pivot est le jeu du désir que nous proposons de restaurer »*[6].

Le temps imparti au repas, l'ambiance, la convivialité vont permettre de donner toute sa valeur au projet Manger-mains. La présence du soignant consommant lui aussi un repas à la table renforce la relation. **La guidance** peut être verbale, sous forme de rappels ou d'aides pour recentrer l'attention. Elle peut être gestuelle, aider à saisir les premiers aliments, aider à faire le geste pour se nourrir. Cette relation peut permettre au patient d'exprimer son ressenti face à une difficulté ou un refus. L'attention portée à la personne est déterminante, le temps du repas est un moment privilégié d'observation. Le soignant peut aller à la rencontre de la personne, comprendre ses difficultés et ses désirs.

Le soignant favorise **l'expression du résident**. La relation doit accompagner le repas, elle s'instaure dans un **registre positif** : féliciter la personne, lui sourire, la questionner, lui montrer qu'elle a de l'intérêt. Les soignants installés face à la personne modifient leur regard sur celle-ci et découvrent une personne qui n'est plus seulement un objet de soins. même si la personne reste sur un échec ou un refus. La compréhension des troubles du comportement et des difficultés va dégager un travail de réflexion permettant la

personnalisation du soin et surtout son adaptation régulière.

Les soignants face à leurs contradictions

Malgré un fort enthousiasme, les soignants ont toutefois repéré des éléments négatifs considérant le menu Manger-mains comme moins varié. La durée plus longue du repas est signalée comme étant problématique. **La fragilité du ressenti positif** des soignants est identifiable dans la notion de la propreté du résident. Les soignants ont des difficultés à voir des aliments tomber sur la table ou par terre, à ne pas guider les gestes maladroits, à ne pas commenter les difficultés. Certains essuient les salissures à plusieurs reprises et ne peuvent contenir une aide plus rapprochée. La question de l'apparence doit être au centre de la réflexion dans la mise en place d'un tel projet, elle renvoie aux phénomènes régressifs : il sera difficile de mesurer la reprise d'une certaine autonomie face à une personne considérée comme mangeant salement. Le soignant peut être envahi émotionnellement par cette situation et porter un regard négatif sur la personne. Le pas menant **vers l'infantilisation** pourrait rapidement être franchi.

Pour répondre à ce point, une réflexion reste à mener sur **l'hygiène autour du soin repas**. L'hygiène des mains de la personne avant et après le repas, la propreté du visage, la protection de la personne, la mise à disposition de linges humides, la possibilité de changer de vêtements seront des actions essentielles qui garantiront la réussite du projet. L'identification projective ne laisse que peu de place à la personne accompagnée, elle peut induire une **déshumanisation** ou une sorte de **toute puissance**.

Conclusion

Certaines perturbations du comportement alimentaire, comme l'utilisation inappropriée des couverts, les mélanges, la manipulation excessive des aliments,

peuvent s'accroître si un accompagnement personnalisé n'est pas mis en place.

Le Manger mains peut permettre aux personnes de retrouver une des fonctions premières de l'alimentation : manifester ses envies, provoquer du plaisir et du bien être et retrouver la joie de partager. Le manger-mains représente une alternative face à certains troubles du comportement alimentaire. Les soignants peuvent l'inscrire dans un projet de vie et de soin personnalisé. Il doit se construire autour d'une éthique qui doit donner à la personne malade sa position de sujet. Aucune action ou décision ne doit se figer, chacune mérite d'être suivie et évaluée. Il passe aussi par la reconnaissance de compétences complémentaires et la construction d'un regard commun.

Références

- [1] BLANDFORD G., WATKINS LB., MULVHILL M N., TAYLOR B., assessing, Feeding behaviour in late stage dementia: a taxonomie, and initial finding, facts and recherche in *Gérontology*; 1997
- [2] PAYETTE H., FERLAND G., Nutrition et vieillissement, *L'année gérontologique*, SERDI, Paris, 1999 ; p. 83-87
- [3] HUGONOT R., La vieillesse maltraitée, Dunod, PARIS, 1998 ; p.136-142
- [4] RAPIN C.H., Manger-mains et pourquoi pas?, Nouvelle texture pour nouvelle indépendance, Arpège, Fondation LEENARDS ,CH. PRILLY, 2004; p.1-3
- [5] MEUNIER F., L'alimentation de la personne âgée, *Soins Gérontologie* , Janvier 2005, 51 : p. 15-18
- [6] PLOTON L., La personne âgée, *Chronique sociale*, LYON, 2005 ; p. 185-189