



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Étude de l'utilisation de la technique du manger-mains dans les établissements médico-sociaux de la région française de Nouvelle-Aquitaine

Study of the use of the finger-food technique in medico-social establishments in the French New-Aquitaine region

Emeline Cuvilliez^a, Jean Claude Desport^{a,b,*}, Carole Villemonteix^a, Sandra Guérin^a, Bastian Coulon^a, Corentin Varrier^a, Aurélie Lavaud^a, Jean Louis Fraysse^a

^a Centre de ressources en nutrition, ARS Nouvelle-Aquitaine (CERENUT), résidence l'art du temps, 16, rue du Cluzeau, 87170 Isle, France

^b Inserm U 1094, IRD U 270, EpiMact épidémiologie des maladies chroniques en zone tropicale, faculté de médecine, 2, rue du Dr-Marcland, 87025 Limoges cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 24 février 2023

Reçu sous la forme révisée

le 9 mai 2023

Accepté le 14 mai 2023

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Manger-mains

Dénutrition

EHPAD

RÉSUMÉ

Introduction et objectif. – La technique du manger-main (MM) permet à des personnes ayant des handicaps neuropsychiatriques, visuels ou moteurs de s'alimenter avec la main. Les données d'utilisation de cette technique sont rares. L'objectif de l'étude était de préciser les modes d'utilisation du MM dans les établissements médico-sociaux de la région Nouvelle-Aquitaine.

Méthode. – Un questionnaire simple sécurisé était adressé par voie électronique à 2625 établissements médico-sociaux. Les réponses étaient recueillies en automatique, et les résultats étaient présentés de manière descriptive.

Résultats. – Au total, 3 % des établissements contactés répondaient, dont 82 % d'EHPAD, 15 % d'établissements pour adultes en situation de handicap et 2 % pour enfants en situation de handicap. Le MM ne concernait que 24 établissements et 2 % des résidents. La présentation de l'alimentation en MM était dans 42 % des cas sous forme de bouchées, 30 % de toasts et 20 % de cubes d'hydratation. Les matériels de base nécessaires étaient peu présents. L'alimentation MM était principalement proposée au déjeuner et au dîner. Les avantages ressentis du MM étaient le maintien de l'autonomie et du plaisir de manger pour les résidents, la lutte contre la dénutrition. Les principaux inconvénients ressentis étaient l'augmentation du temps de travail, l'excessive technicité du MM et les problèmes d'hygiène.

Conclusion. – La technique du MM semble avoir des avantages, mais soulève des problèmes qui pourraient être améliorés par une augmentation du temps de personnel disponible, la formation des professionnels, l'acquisition des matériels de base et l'application plus fréquente du MM lors du petit-déjeuner et des collations. L'intérêt du MM en termes de coûts mériterait d'être exploré.

© 2023 Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Introduction and objective. – The finger-food (FF) technique is intended to allow people with neuropsychiatric, visual or motor disabilities to eat by taking food by hand. Data from the use of this technique are scarce. The objective of the study was to specify the modes of use of FF in medico-social establishments in the New-Aquitaine region.

Method. – A simple secure questionnaire was sent electronically to the 2625 medico-social establishments. Data were collected automatically and answers were presented descriptively.

Keywords:

Finger-food

Undernutrition

Nursing homes

* Auteur correspondant. CERENUT, 16, rue du Cluzeau, 87170 Isle, France.

Adresse e-mail : nutrition@unilim.fr (J.C. Desport).

<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2023.05.003>

0985-0562/© 2023 Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Results. – In all, 3% of establishments contacted responded ($n=80$, 82% from nursing homes, 15% from establishments for disabled adults and 2% from establishments for disabled children). FF concerned 24 establishments and 2% of residents. The presentation of food in FF was in 42% of cases in the form of bites, 30% of toasts and 20% of hydration cubes. The basic materials for FF were scarce. The FF diet was mainly offered at lunch and dinner. The perceived advantages of FF were the maintenance of the residents' autonomy and pleasure of eating and the fight against undernutrition. On the side of the disadvantages felt, the main ones were the increase in working time, the excessively technical nature of the method and possible hygiene problems.

Conclusion. – The FF technique seemed to have advantages, but raised problems which could probably be improved, thanks to an increase in the available staff time, the training of professionals, the acquisition of basic materials and the more frequent application of FF during breakfast and snacks. The interest of FF in terms of costs deserved to be explored.

© 2023 Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le manger-mains (MM), ou *finger-food* en anglais, est une technique permettant de s'alimenter seul grâce à des préparations facilement préhensibles, de faible volume et de diamètre allant de 1,5 à 2 cm, réalisées avec des aliments variés et respectant les besoins nutritionnels [1,2]. Le MM permet à des patients sélectionnés selon des indications spécifiques (Tableau 1) d'avoir accès à une alimentation suffisante [1,3]. L'alimentation en MM est donc ciblée, que ce soit à l'intérieur d'un établissement ou à domicile [4]. La méthode lutte contre le risque de dénutrition ou la dénutrition ainsi que contre la déshydratation, pourrait limiter les troubles du comportement au moment du repas (agitation, cris, levers répétitifs) et favoriser la confiance en soi [4,5].

Le MM utilise des présentations et des textures diverses. Il peut s'agir de petits morceaux, nuggets ou bâtonnets d'une alimentation en texture normale, de préparations tartinées sur toasts (de pain, pain de mie, brioche ou crêpe) à texture entière, de bouchées d'aliments ou d'hydratation en texture mixée (lisse, sans grain, sans aspérité), dont la fabrication nécessite l'utilisation d'un agent de texture [4]. Il est souhaitable que les bouchées de MM soient agréables visuellement, avec un goût identifiable et bon, nutritionnellement équivalentes à une préparation en texture normale, faciles à enrichir et non salissantes [3]. La formation des équipes à la technique, l'information des familles sont des points essentiels à une bonne application du MM [3].

Déjà en 1996, la technique avait été testée chez dix patients atteints de démence, de troubles psychiatriques ou de handicaps physiques, avec comme résultats principaux une augmentation du poids des patients et une amélioration de leur qualité de vie lors des repas [5]. Cependant, bien que des discussions soient souvent menées dans les établissements médico-sociaux et dans les structures d'aide à domicile au sujet du MM, les données de la littérature portant sur ce sujet sont très limitées, même dans les dernières années [1–4,6–12], et elles sont en particulier absentes dans la région Nouvelle-Aquitaine. La superficie de cette région étant proche de celle de l'Autriche, et le nombre d'établissements

médico-sociaux de plus de 2600, aucune formation de masse portant sur le MM n'y a été réalisée jusqu'en 2022.

L'objectif principal de l'étude était de préciser l'utilisation de la technique du MM dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap de la région française de Nouvelle-Aquitaine.

2. Méthodes

Un lien d'accès vers un questionnaire simple était envoyé le 16 août 2022 par messagerie aux 2625 établissements médico-sociaux de type EHPAD ou établissements pour personnes en situation de handicap référencés dans le CRM Colibri® (Customer Relationship Management ; Colibri Advanced Solution, Paris, France) du Centre de ressources en nutrition de Nouvelle-Aquitaine (CERENUT), dont la liste était issue de l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine. Le questionnaire est présenté dans l'Annexe 1. Il demandait de préciser le type d'établissement, le nombre de résidents par établissement, les types de texture préparés dans l'établissement, la présence ou non de la technique de MM dans l'établissement, les agents de texture utilisés pour la confection des aliments de MM, les formes de présentation des aliments en MM, les matériels utilisés pour le MM, le moment de mise à disposition d'aliments en MM, la durée évaluée du repas principal en MM, les avantages et inconvénients perçus ou supposés du MM et enfin les pistes d'amélioration proposées concernant cette technique. Le recueil des données était effectué de manière automatique grâce au logiciel Survio® (Survio SRO, Brno, République Tchèque). Celles-ci étaient enregistrées conformément aux lois Informatiques et Libertés et RGPD. Des rappels étaient faits durant un mois, avant clôture de l'enquête le 25 septembre 2022. Les résultats descriptifs étaient donnés en moyenne et écart-type pour les résultats qualitatifs, pourcentages pour les résultats quantitatifs.

3. Résultats

Quatre-vingts établissements répondaient (3 % des établissements contactés). Il s'agissait dans 82 % des cas d'EHPAD, 15 % des cas d'établissements pour adultes en situation de handicap et 2 % des cas d'établissements pour enfants en situation de handicap, dans 1 % des cas des établissements autres. Parmi les établissements répondants, 30 % pratiquaient le MM ($n=24$). Les informations obtenues concernaient 5883 résidents, parmi eux 54,8 % étaient en texture normale, 21,4 % en texture mixée, 20,9 % en texture hachée, et seulement 2,2 % bénéficiaient du MM, soit une moyenne de 5,5 résidents/établissement. La Fig. 1 montre la répartition en

Tableau 1

Principales indications à l'utilisation du manger-mains.

Démences avec ou sans déambulation
Troubles praxiques (difficultés à réaliser et à coordonner des mouvements quotidiens), incluant les difficultés à utiliser les couverts
Tremblements
Personnes opposantes ou refusant l'aide aux repas
Akathisie (impossibilité de s'asseoir)
Agnosie (incapacité à reconnaître un objet, une forme, un visage, etc.)
Troubles visuels

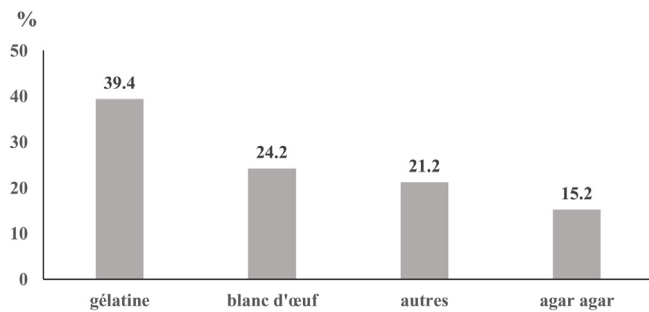


Fig. 1. Agents de texture utilisés dans les établissements pratiquant le manger-mains.

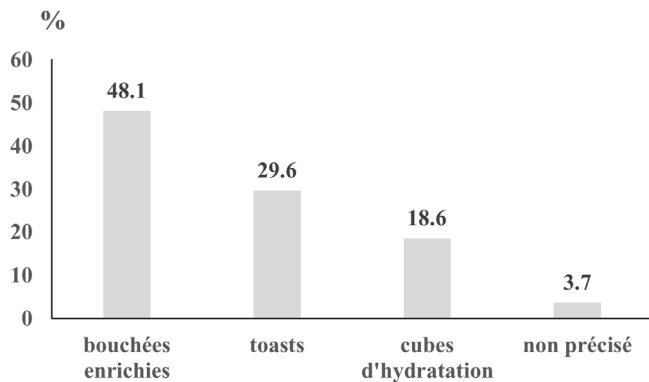


Fig. 2. Types de présentation réalisés dans les établissements pratiquant le manger-mains.

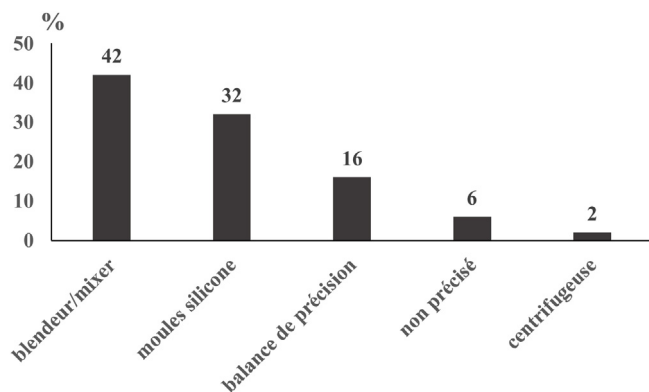


Fig. 3. Matériels présents dans les établissements pratiquant le manger-mains.

fonction des types d'agents de textures utilisés pour le MM. La Fig. 2 présente les types de présentation des aliments, la Fig. 3 : les matériels utilisés en MM et la Fig. 4 : la répartition de l'utilisation du MM en fonction des repas. Pour les personnes qui étaient en MM, la durée du repas principal était de moins d'une demi-heure dans 37,5 % des cas, et de plus dans 62,5 % des cas, cependant sans jamais dépasser une heure. La Fig. 5 montre la perception par les 80 établissements répondants des avantages du MM, la Fig. 6 : la perception de ses inconvénients et la Fig. 7 : les propositions d'amélioration de la technique. En raison de l'absence de représentativité par rapport à la répartition usuelle des divers types d'établissements (voir plus bas), il n'y avait pas d'étude statistique analytique des résultats.

4. Discussion

Le MM est un sujet important dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, dans la mesure où

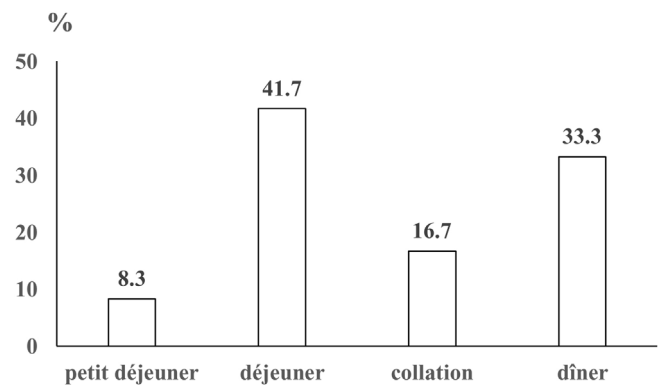


Fig. 4. Repas durant lesquels était proposée une alimentation en manger-mains.

ces établissements accueillent de nombreux patients qui ont des difficultés d'alimentation, en particulier à la suite de handicaps dus à des maladies neurologiques. Pourtant, très peu d'études et même d'articles généraux ont été publiés depuis 2015 sur cette thématique, dont aucun n'est issu de la région Nouvelle-Aquitaine (Tableau 2) [1-4,6-12]. Parmi ces publications, seuls cinq rapportent les résultats d'études [6,8,10-12], les autres étant des articles de généralités [1-4,7] et un article est une revue portant sur six articles [9]. Les études portent sur des nombres très faibles de personnes, ou un nombre non précisé, ce qui limite leur portée. La revue insiste sur cette critique et conclue également à des faiblesses méthodologiques notables [9]. Dans la plupart des cas cependant, les objectifs principaux de l'utilisation du MM étaient une meilleure autonomie, ainsi qu'une amélioration de la consommation alimentaire et de l'état nutritionnel. L'objectif d'une amélioration de la sensation de plaisir lors des prises alimentaires était atteint ou souhaité dans cinq cas [1-4,6]. Dans cinq cas, une satisfaction des soignants ou une bonne acceptation de la technique étaient signalées [1,8,10-12]. Un article faisait état de la réduction de la consommation de compléments nutritionnels oraux riches en énergie et/ou en protéines (CNO) à la suite de la mise en pratique du MM [6]. Les résultats à long terme étaient cependant incertains, peut-être en rapport avec une lassitude des patients [8,12].

Ce travail est donc le premier pour la région Nouvelle-Aquitaine. Néanmoins, le nombre relativement faible d'établissements répondants, ainsi que surtout la répartition des types d'établissements, aussi bien par comparaison avec l'ensemble des établissements français que par rapport à l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine (Tableau 3) [13-15] ne permet pas de dire que la cohorte est représentative. Il y a en effet une forte sur-représentation des EHPAD. Les résultats ne sont donc probablement qu'indicatifs de tendances.

Le faible nombre de résidents/établissement en MM est en accord avec les données de la littérature, qui montrent que la technique ne devrait concerner que moins de 10 % des résidents d'un établissement [2,3]. En revanche, le faible nombre d'établissements concernés suggère qu'il y a de forts blocages à l'adoption de cette technique. Les réponses portant sur les avantages et inconvénients de la technique suggèrent que ces blocages peuvent être liés :

- à une augmentation du temps de travail en cuisine, difficile à obtenir principalement du fait que les budgets de personnel sont contraints. Pourtant, la préparation des aliments pour le MM semble ne représenter que 10 à 15 % de l'activité d'une cuisine, voire moins [2], et de plus, il est possible que l'application de la technique génère des économies, grâce à une réduction du gaspillage, de la consommation de CNO [6] ainsi que de la prévalence de la dénutrition [6] ;

Nombre de réponses

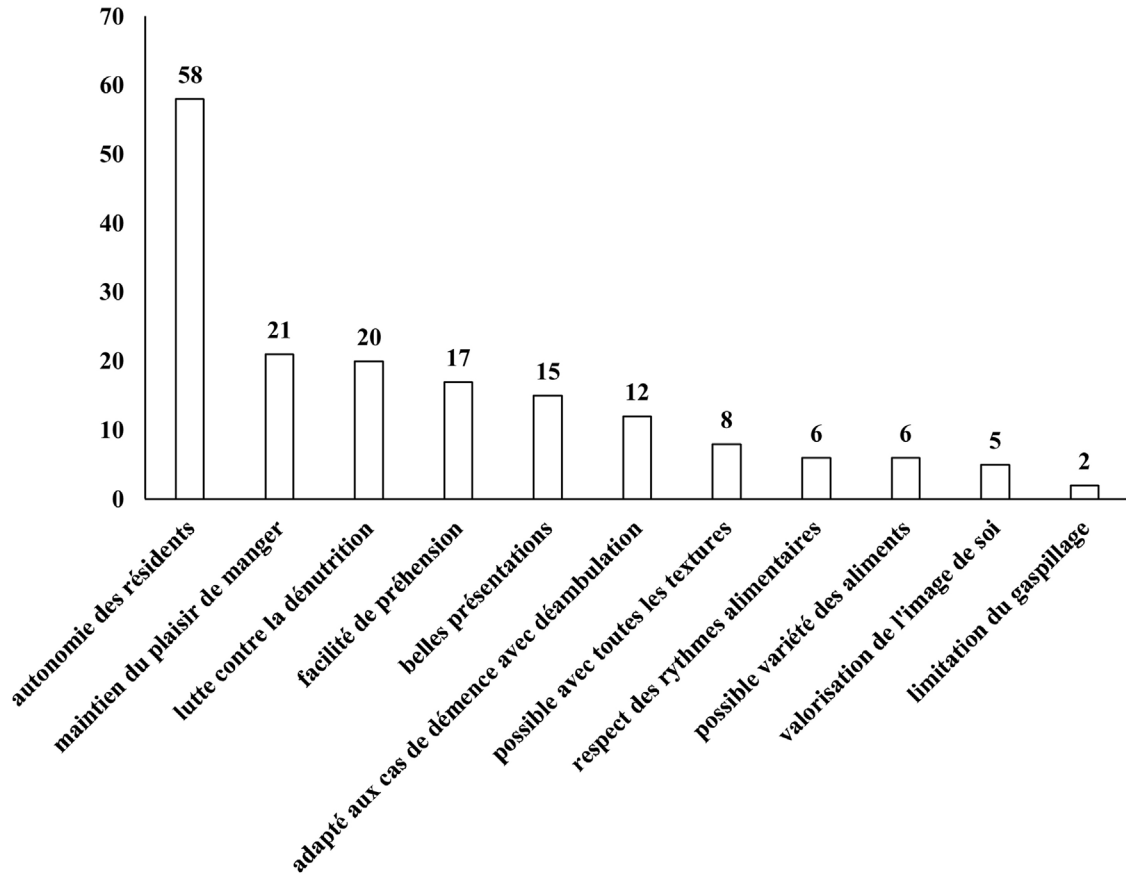


Fig. 5. Intérêts perçus pour la méthode du manger-mains dans les 80 établissements médico-sociaux répondants.

Nombre de réponses

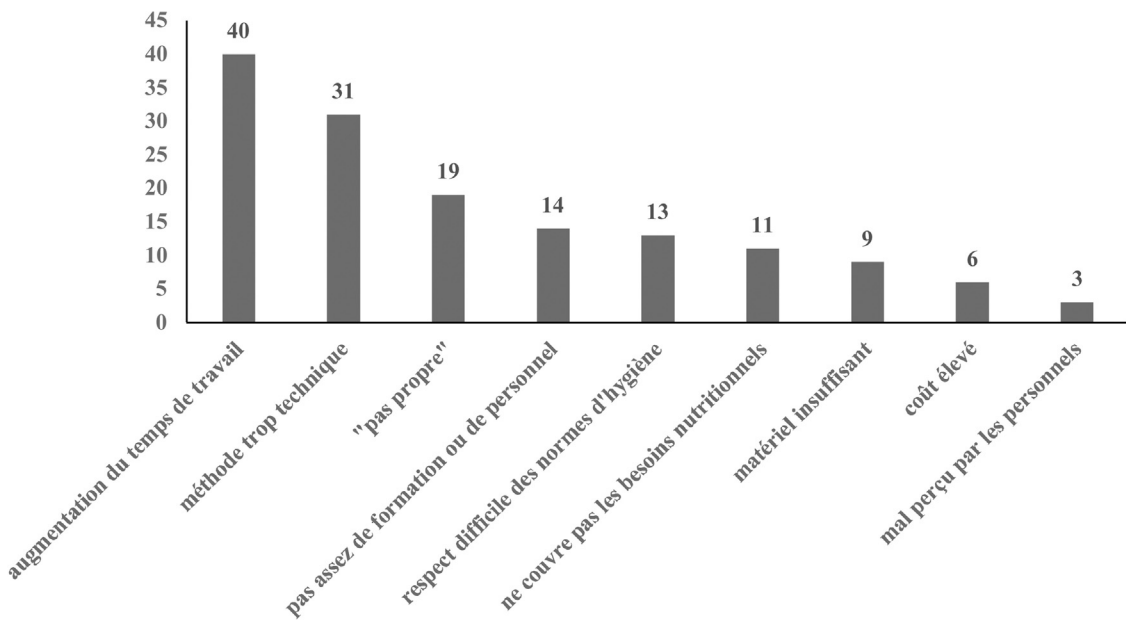


Fig. 6. Inconvénients perçus pour la méthode du manger-mains dans les 80 établissements médico-sociaux répondants.

Nombre de réponses

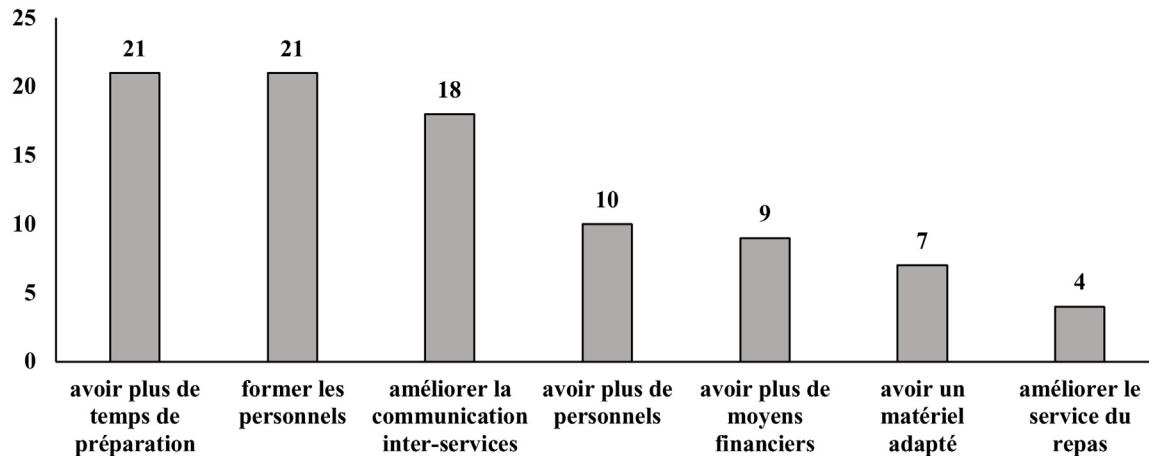


Fig. 7. Propositions d'amélioration faites par les 80 établissements répondants pour promouvoir la méthode du manger-mains.

Tableau 2

Articles récents portant sur la technique du manger-mains.

1 ^{er} auteur/année/référence	Localisation	Type d'article ou de document	Objectifs et résultats avec le MM
Malerba, 2015 [1]	France, Nancy	Généralités	Objectifs proposés : ↑ autonomie, ↑ consommation, ↑ plaisir, ↑ état nutritionnel, ↑ estime de soi, satisfaction des soignants
Dieuleveut, 2016 [6]	France, Deux-Sèvres	Étude : résidents d'un EHPAD, de nombre non précisé	Appréciations subjectives : ↑ autonomie, ↑ consommation, ↑ plaisir, ↓ dénutrition, ↓ CNO, ↓ agressivité
Graradji, 2018 [3]		Généralités	Objectifs proposés : ↑ autonomie, ↑ consommation, ↓ risque de dénutrition
Graradji, 2018 [7]	France, Meurthe-et-Moselle et Bouches-du-Rhône	Témoignages de professionnels d'EHPAD ; résidents ciblés	↑ poids en deux mois, ↑ autonomie, ↑ plaisir
Verbrugge, 2019 [8]	France, Vendée	Étude : résidents de cinq EHPAD avec troubles cognitifs ou physiques, alimentation normale (n = 25) versus MM mixé (n = 22)	↑ autonomie et moindre ↓ des apports durant 3 mois, puis dégradation Satisfaction des soignants : 69 %
Dalle, 2020 [2]	France, Lille	Généralités	Objectifs proposés : ↑ autonomie, ↑ consommation, ↑ plaisir, ↑ état nutritionnel, ↓ fausses routes
Heelan, 2020 [9]	Grande-Bretagne	Revue ; 6 études	Amélioration de l'évolution des patients en secteur de longue durée ; effectifs et méthodologies faibles
Visscher, 2020 [10]	Pays-Bas	Étude : 15 patients atteints de démence en EHPAD	Bonne faisabilité du MM par les patients et les soignants, ↑ consommation alimentaire
IREPS, 2021 [4]	France, Bourgogne-Franche-Comté	Livret pour l'utilisation du MM à domicile	Objectifs proposés : préserver l'autonomie, la confiance en soi, le plaisir de manger, ↓ troubles du comportement
Forsberg, 2022 [11]	Suède	Étude : 14 patients âgés, 15 aidants, 15 professionnels de santé	Bonne acceptabilité du MM par les patients et les entourages
Jeanne, 2022 [12]	France, Indre-et-Loire	Étude : 6 résidents d'un EHPAD	↑ consommation +34 % à 45 jours, ↓ dépendance alimentaire à 90 jours, évolution variable du poids à 150 jours, bonne acceptation de la technique

MM : manger-mains ; EHPAD : établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes ; CNO : compléments nutritionnels oraux.

Tableau 3

Répartition des types d'établissements dans l'étude, en France et en Nouvelle-Aquitaine. Dans l'étude, 1 % des établissements n'ont pas été intégrés dans le tableau ; ils étaient dans la catégorie « autre », sans précision.

Type d'établissement	Étude (%)	France (%)	Nouvelle-Aquitaine (%)
EHPAD	82	45	49
Établissements pour adultes en situation de handicap	15	34	31
Établissements pour enfants en situation de handicap	2	21	20

EHPAD : établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

- au coût des matériels et du consommable. Néanmoins, les matériels ne sont pas spécifiques au MM, et donc devraient déjà être présents dans les établissements. De plus, par exemple, la consommation spécifique des agents de textures pour le MM ne peut qu'être très limitée, compte tenu du petit nombre de résidents concernés, et les prix des moules et des balances de précision sont faibles ;
- à des réticences concernant le possible non respect des règles d'hygiène avec le MM. Cependant, les articles insistent bien sur la nécessité du lavage des mains avant les repas, même en MM,

et du respect des normes d'hygiène lors de la préparation et la conservation des aliments [1,2,4]. Certains mettent les aliments du MM à disposition dans des armoires vitrées réfrigérées, ce qui permet de plus une grande flexibilité d'utilisation [6] ;

- à des blocages culturels, le MM renvoyant à des comportements alimentaires paraissant régressifs. Pourtant, manger avec les mains reste très employé et bien admis dans de nombreux pays, et même en France (exemple, des cocktails dinatoires) avec une bonne sécurité si l'on respecte les règles d'hygiène de base. Ces blocages peuvent souvent être levés, sous réserve à la fois que les personnels soient formés et que des explications soient données aux patients et aux familles.

Les agents de textures utilisés dans les établissements (Fig. 1) sont ceux usuellement rapportés [1,2,6]. À noter que la gélatine est composée à 85–90 % de protéines, donc peut être à l'origine d'une alimentation hyperprotéique en cas d'alimentation exclusive en MM. Par exemple, l'apport énergétique et le contenu en protéines de bouchées de MM industrielles ou selon les recettes CERENUT sont d'environ 33 kcal et 2,2 g de protéines par bouchée (voir le webinaire MM sur le site internet de CERENUT : <https://cerenut.fr/>), respectivement. Pour une personne de 65 kg, un apport de 30 kcal/kg/j nécessite environ 60 bouchées, et l'apport protéique est alors de 2 g/kg. De plus, la gélatine n'est pas adaptée à certains troubles de déglutition, car elle se liquéfie aisément à la température de la bouche. Les bouchées intégrant de la gélatine doivent donc être consommées froides. Néanmoins, ces problèmes sont probablement rares, car l'alimentation exclusive en MM est probablement très peu appliquée. Ceci cependant n'a pas été évalué dans l'enquête, et demanderait à être vérifié.

Attention également aux apports trop élevés en gélifiants de type fibres solubles (agar agar, caroube), qui peuvent favoriser une constipation. La marge de sécurité en alimentation exclusive en MM est cependant plus large qu'avec les protéines, puisqu'une alimentation par 60 bouchées n'apporte qu'environ 18 g de fibres, donc au-dessous de la recommandation usuelle de 20 à 30 g/j.

Au total, il semble nécessaire de rappeler que les apports alimentaires énergétiques et protéiques quotidiens doivent intégrer les bouchées d'alimentation en MM, donc il est souhaitable de connaître la composition aussi bien des bouchées industrielles que des aliments MM fabriqués localement. Les apports moyens calculés par CERENUT pourraient également servir de base de calcul.

Les types de présentation des aliments (Fig. 2) sont également les types usuels. Les petits morceaux ou bouchées non enrichies ne sont pas cités, mais ont probablement été assimilés aux bouchées enrichies. Attention, les textures mixées nécessitent souvent lors de leur préparation des dilutions, il est donc important de les enrichir chez les personnes âgées.

Concernant le matériel, a priori les établissements pratiquant le MM devraient disposer des quatre principaux matériels cités. Les résultats sont préoccupants. En effet, le robot blender/mixeur, essentiel pour obtenir une texture mixée lisse, que le résident soit en MM ou non, n'est pourtant présent que dans un peu moins de la moitié des établissements. Les moules en silicone sont utiles pour les préparations en bouchées individuelles et plus il y a de moules différents, plus le visuel peut être varié. Néanmoins, si on n'a pas de moule, des préparations dans des bacs gastronormes GN peuvent être découpées au couteau ou à la roulette à pizza multi-roues rétractable. Ce matériel peu coûteux semble peu présent (environ 1/3 des cas). La balance de précision permet par exemple de doser l'agar agar (dosage nécessaire au gramme près). Ce matériel peu coûteux est rare (16 % des cas). Enfin, la centrifugeuse, destinée à obtenir des jus de fruits plus ou moins épaissis est quasiment absente. Il y a donc, même dans les établissements qui pratiquent le MM, d'évidents problèmes de matériel, qui impactent tous les résidents.

Le MM est en général proposé surtout pour le déjeuner et le dîner, mais ce n'est pas systématique, ce qui est surprenant. Il est également étonnant de ne retrouver de proposition pour les collations et le petit-déjeuner que dans 16,7 et 8,3 % des cas respectivement, alors que justement on pourrait penser que ces repas pourraient être privilégiés pour le MM. À noter que l'expérience montre que certains établissements ne proposent le MM lors des collations que deux à trois fois par semaine.

Dans plus de 62 % des cas, la durée des repas principaux de type MM dépasse une demi-heure, mais sans jamais excéder une heure. Compte tenu de la grande fréquence des troubles neurologiques dans les établissements concernés, ces durées modérément longues ne sont pas étonnantes, et par conséquent le MM ne semble pas induire de manière évidente un allongement de la durée des repas, contrairement à ce qui a pu être signalé [1]. Là encore, une vérification serait souhaitable.

Enfin, concernant les appréciations subjectives de la technique, les avantages sont ceux déjà précisés dans les divers articles sur le sujet [1–4,6–12]. De manière surprenante, la réduction possible du gaspillage n'arrive qu'en dernière position dans les avantages ressentis, ce qui suggère une fois de plus qu'une étude spécifique de cette question serait intéressante. Au sujet des inconvénients, la remarque qui signale que le MM ne couvre pas les besoins nutritionnels n'est pas recevable. En effet, dans la majorité des cas, les personnes ne sont pas en MM exclusif, et donc ce sont les apports totaux qui doivent être pris en compte, et non les apports du MM seulement. Pour les patients en MM exclusif, il est évident que la technique doit être encadrée, si possible par un(e) diététicien(ne), et que l'état nutritionnel des personnes doit être suivi de manière à éviter l'évolution vers une dénutrition.

Au total, l'étude a permis d'obtenir des données portant sur la région Nouvelle-Aquitaine, qui peuvent constituer un support pour construire des formations. En pratique, elles ont déjà servi à structurer un webinaire MM qui a été diffusé le 22 novembre 2022, et qui est désormais accessible, sous réserve d'être adhérent à CERENUT, grâce au lien : <https://cerenut.fr/formations/webinaires>. Elles serviront de plus à diffuser des informations lors de congrès et réunions de nutrition.

5. Conclusions

Malgré des avantages théoriques, l'application de la méthode du MM était très limitée dans les établissements médico-sociaux de Nouvelle-Aquitaine qui répondaient à l'enquête. Il serait certainement intéressant de préciser si le MM permet ou non des économies financières et en santé, mais également de favoriser la diffusion de l'information autour de cette technique et l'acquisition des matériels de base.

Protection des droits des sujets humains et animaux

Les auteurs déclarent que les travaux décrits n'ont pas impliqué d'expérimentations sur les patients, sujets ou animaux.

Consentement éclairé et confidentialité des données

Les auteurs déclarent que les travaux décrits n'impliquent aucun patient ou sujet.

Déclaration de liens d'intérêts

EC, CV, SG, BC, CV et AL sont salariés par le Centre de ressource en nutrition de Nouvelle-Aquitaine (CERENUT). JCD a été rémunéré pour des formations par CERENUT et est administrateur bénévole de CERENUT, JLF est administrateur bénévole de CERENUT.

Financement

Cette étude a été financée par l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine.

Contribution et responsabilité des auteurs

L'ensemble des auteurs atteste du respect des critères de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en ce qui concerne leur contribution à l'article. Les contributions des auteurs se sont réparties comme suit : Emeline Cuvilliez : conception, écriture, calculs, révision ; Jean Claude Desport : écriture, révision ; Carole Villemonteix : conception, révision ; Sandra Guérin : révision ; Bastian Coulon : révision ; Corentin Varrier : conception, révision ; Aurélie Lavaud : révision ; Jean Louis Fraysse : conception, révision.

Annexe 1. Questionnaire manger-mains

Les réponses doivent être données en cochant un ou plusieurs des items proposés, ou en texte libre. EMS : établissement médico-social
Quel est le type de votre structure ?
EMS personnes âgées/EMS handicapés adultes/EMS handicapés enfants/autre (si autre, précisez)
Quel est le nombre de résidents dans votre structure ?
Quelle(s) texture(s) utilisez-vous au sein de votre établissement ?
Normale/hachée/mixée
Utilisez-vous le manger-mains au sein de votre établissement ?
Oui/non
Quel(s) agent(s) de texture utilisez-vous pour le manger-mains ?
Gélatine/agar agar/blanc d'œuf/autre (si autre, précisez)
Sous quelle forme proposez-vous le manger-mains ?
Bouchées enrichies/cubes d'hydratation/toasts/autre (si autre, précisez)
De quel(s) matériel(s) disposez-vous pour réaliser le manger-mains ?
Robot blender/mixeur/centrifugeuse/moules en silicone/balance de précision/autre (si autre, précisez)
À quel(s) repas proposez-vous le manger-mains ?
Petit-déjeuner/déjeuner/dîner/collation/autre (si autre, précisez)
Quel est le temps moyen du repas principal en manger-mains ?
Moins d'une demi-heure/d'une demi-heure à une heure/plus d'une heure
Selon vous, quels sont les quatre principaux avantages du manger-mains ?
Selon vous, quels sont les quatre principaux inconvénients/limites du manger-mains ?
Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles d'après vous qui constituent des pistes d'amélioration pour une réalisation du manger-mains plus satisfaisante ?
Disposer plus de temps de préparation/avoir du matériel adapté/former le personnel de cuisine et le personnel soignant/améliorer la communication interservices/améliorer le service du repas/disposer de plus de personnel/disposer de plus de moyens financiers/autre (si autre, précisez)

Références

- [1] Malerba G, Pop A, Rivasseau-Jonveaux T, Mouchotte S, Fabbro J, N'Guyen A, et al. Nourrir un patient atteint de troubles neurocognitifs à l'hôpital et à domicile ? Le manger-mains : aspects pratiques. *Nutr Clin Metabol* 2015;29:197-201.
- [2] Dalle B. Le manger-mains, renouer avec l'autonomie et le plaisir. *Prat Nutr* 2020;16:42-5.
- [3] Graradji N. Les points-clés pour réussir un projet « manger-mains ». *Gérontologie pour les décideurs en gérontologie*, 95; 2018. p. 18-9.
- [4] IREPS Bourgogne Franche Comté. Manger-mains. Guide pratique pour une utilisation à domicile; 2021. <https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/files-upload/brochure-manger-mains-paysage-web.pdf>.
- [5] Frod G. Putting feeding back into the hands of patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1996;34:35-9.
- [6] Dieuleveut C, Favrelière C, Favreau L. Les bouchées enrichies adaptées, un outil à la portée des établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que des aidants familiaux : retour d'expérience. *Nutr Clin Metabol* 2016;30:158-62.
- [7] Graradji N, Lunel I, Vanthournout Z. Mettre les bouchées doubles contre la dénutrition. *Témoignages. Gérontologie pour les décideurs en gérontologie*, 95; 2018. p. 20.
- [8] Verbrughe S, Coulon-Bidte E, Dimet J. 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. *Nutr Clin Metabol* 2019;33:P081.
- [9] Heelan M, Prieto J, Roberts H, Gallant N, Barnes C, Green S. The use of finger foods in care settings: an integrative review. *J Hum Nutr Diet* 2020;33:187-97.
- [10] Visscher A, Battjes-Fries MCE, van de Rest O, Patijn ON, van der Lee M, Wijmaldsinga N, et al. Fingerfoods: a feasibility study to enhance fruit and vegetable consumption in Dutch patients with dementia in a nursing home. *BMC Geriatr* 2020;20:423.
- [11] Forsberg S, Westergren A, Wendin K, Rothenberg E, Bredie WLP, Nyberg M. Perceptions and attitudes about eating with the fingers-an explorative study among older adults with motoric eating difficulties, relatives and professional caregivers. *J Nutr Gerontol Geriatr* 2022;41:65-91.
- [12] Jeanne K, Mathé M, Garand F. Le défi du « manger-mains » : contre la dénutrition, pour l'autonomie. *Information Diététique* 2022;2:10-20.
- [13] Ministère de la Santé et des Solidarités. Établissements et services médico-sociaux - capacité d'accueil pour enfants et adolescents handicapés selon la catégorie d'établissement; 2020. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/acc_enf1/acc_enf1.asp-prov=BS-depar=CE.htm#top.
- [14] Ministère de la Santé et des Solidarités. Établissements et services médico-sociaux - capacité d'accueil pour adultes handicapés selon la catégorie d'établissement; 2020. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/acc_hand1/acc_hand1.asp-prov=BS-depar=CE.htm#top.
- [15] Ministère de la Santé et des Solidarités. Établissements et services médico-sociaux - capacité d'accueil pour les personnes âgées selon la catégorie d'établissement; 2020. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/acc_pers_agees1/acc_pers_agees1.asp-prov=BS-depar=CE.htm#top.