

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie**

**État des lieux des méthodes d'utilisation du
« Jardin Thérapeutique » en institution par les
ergothérapeutes pour des personnes atteintes de la
Maladie d'Alzheimer**

Mémoire présenté et soutenu par

Périé Noémie

En juin 2021



Mémoire dirigé par

Mme Devanneaux Brigitte

Ergothérapeute, Cadre de Santé CH La Rochefoucauld, MSc Éducation

Référent pédagogique

M. Sombardier Thierry

Remerciements

Ce mémoire est l'aboutissement de mes trois années de formation durant lesquelles j'ai énormément appris et grandi. Sa réalisation a été possible grâce à la contribution de plusieurs personnes à qui je souhaite adresser mes remerciements.

Je voudrais tout d'abord remercier **Mme Brigitte Devanneaux**, directrice de ce mémoire, pour l'ensemble de ses conseils, pour sa présence et sa bienveillance. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce travail.

Je tiens à remercier **M. Stéphane Mandigout** pour l'ensemble de ses apports méthodologiques qui ont permis de me guider dans l'élaboration de ma démarche de recherche.

Je remercie **M. Thierry Sombardier** et **M. Patrick Toffin** pour leur apports durant ces trois années de formation.

Je remercie **l'ensemble des ergothérapeutes** qui ont répondu à mon questionnaire et qui m'ont permis de réaliser cette étude.

Je tiens sincèrement à remercier les personnes suivantes :

Mes parents, pour leur patience et leur soutien. Merci de toujours croire en moi malgré les difficultés que j'ai pu traverser.

L'ensemble de ma famille, pour leur encouragement et leur soutien sans faille.

Mes camarades de promotion, devenus des amis, pour leur aide, leur présence et nos moments de partages, de pleurs mais surtout de rires.

**« L'Alzheimer, c'est la fin d'une aventure. En naufragés, nous sommes emportés sans
boussole ni GPS. »**
Bihmane Belattaf (1955)

« Le bout du monde et le fond du jardin contiennent la même quantité de merveilles. »
Christian Bobin (1999)

**« Tout jardin est, d'abord l'apprentissage du temps, du temps qu'il fait, la pluie, le
vent, le soleil, et le temps qui passe, le cycle des saisons. »**
Erik Orsenna (2000)

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussigné Périé Noémie

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le vendredi 28 mai 2021

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source » .

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2021
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) Périé Noémie

Etudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : vendredi 28 mai 2021

Signature de l'étudiante

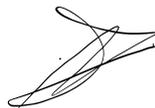


Table des abréviations

AMP : Aide médico-psychologique

ANESM : Agence nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

AS : Aide-soignant

ASG : Assistant de soins en gérontologie

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESAD : Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UVA : Unité de Vie Alzheimer

Table des matières

Introduction.....	1
La maladie d'Alzheimer	3
1. Les généralités	3
2. Les différents stades de la maladie.....	3
3. Les prises en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	4
L'ergothérapie et la maladie d'Alzheimer.....	7
1. Les généralités	7
2. L'intervention de l'ergothérapeute en gériatrie auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	8
2.1. L'évaluation et le diagnostic	8
2.2. La stimulation et la réadaptation cognitive	9
2.3. La réadaptation motrice	10
2.4. La prévention et le traitement du risque de chute	10
2.5. La préconisation d'aides humaines et techniques	10
Le jardin thérapeutique	12
1. Les définitions.....	12
2. Le projet de jardin thérapeutique	13
3. Les bénéfices du jardin.....	14
3.1. Le potentiel thérapeutique du jardin	14
3.2. Les différentes dimensions du jardin.....	15
La méthodologie	18
1. La population cible.....	18
2. Le type d'étude	18
3. La réalisation de la démarche de recherche.....	18
4. La conception du questionnaire	18
5. La procédure d'analyse des résultats	20
Les résultats	21
1. Les généralités	21
2. Les bénéfices du jardin thérapeutique	23
3. Le jardin au sein de la structure	24
4. Les séances d'ergothérapie au sein du jardin	26
5. L'utilisation du jardin en dehors de séances.....	30
6. Le point de vue de l'ergothérapeute de façon globale.....	31
La discussion.....	33
1. Les objectifs de l'étude.....	33
2. Réponse à la problématique	33
2.1. Les facteurs d'influence	33
2.2. La généralisation des pratiques.....	33
2.2.1. Les formations.....	33
2.2.2. Les séances d'ergothérapie.....	34
2.2.3. L'utilisation du jardin en dehors de séances	34
2.2.4. Les évaluations	34
2.2.5. Les freins et les barrières à l'utilisation.....	35
2.3. L'influence de la méconnaissance des bénéfices du jardin thérapeutique	36

2.4. L'influence de l'appétence de l'ergothérapeute pour l'activité jardin	37
3. Limites et perspectives	38
Conclusion.....	39
Références bibliographiques	40
Annexes.....	42

Table des illustrations

Figure 1 - L'ancienneté en tant qu'ergothérapeute diplômé d'état, par rapport à un effectif total de 25.....	21
Figure 2 - Les lieux d'exercice des ergothérapeutes, par rapport à un effectif total de 25.....	22
Figure 3 – L'ancienneté au sein de la structure, par rapport à un effectif total de 25.	22
Figure 4 - Les objectifs du jardin thérapeutique selon les ergothérapeutes interrogés, par rapport à un effectif total de 25.	23
Figure 5 - Les évènements lors desquels le jardin a été créé, par rapport à un effectif total de 18.....	24
Figure 6 - Les éléments composants le jardin, par rapport à un effectif total de 16.....	25
Figure 7 - Les professionnels utilisant le jardin, par rapport à un effectif total de 16.	26
Figure 8 – Les raisons du choix du médiateur, par rapport à un effectif total de 13.	26
Figure 9 - Les critères selon lesquels l'activité est proposée aux résidents, par rapport à un effectif total de 13.	27
Figure 10 - Les objectifs des séances, par rapport à un effectif total de 13.	27
Figure 11 - La temporalité des objectifs, par rapport à un effectif total de 13.	28
Figure 12 - La fréquence des séances, par rapport à un effectif total de 13.....	28
Figure 13 - La durée des séances, par rapport à un effectif total de 13.	29
Figure 14 - Les activités réalisées durant les séances, par rapport à un effectif total de 13.	29
Figure 15 - Les objectifs de l'utilisation du jardin en dehors de séances, par rapport à un effectif total de 16.....	30
Figure 16 - Les activités réalisées au sein du jardin en dehors des séances, par rapport à un effectif de 16.....	31
Figure 17 - Les freins à l'utilisation du jardin, par rapport à un effectif de 18.	31
Figure 18 - Les freins à la création d'un jardin, par rapport à un effectif total de 7.	32

Table des tableaux

Tableau 1 - Les tranches d'âge des ergothérapeutes questionnés, par rapport à un effectif total de 25.....	21
Tableau 2 - La quotité de temps de travail partiel, par rapport à un effectif total de 10.	23
Tableau 3 - Les modalités de la mise en place d'un projet de jardin thérapeutique, par rapport à un effectif total de 18.	24
Tableau 4 - Les fréquences d'utilisation du jardin en dehors de séances, par rapport à un effectif total de 16.	30

Introduction

La médecine moderne n'a cessé de faire des progrès depuis plus de trente ans. Grâce à cela l'espérance de vie de la population mondiale a continué de croître. Nous avons pu alors voir augmenter l'apparition de nouvelles pathologies liées à l'âge. Parmi celles-ci, nous retrouvons les démences et notamment la maladie d'Alzheimer. Cette dernière représente un enjeu majeur de santé publique en France. A ce jour, il s'agit de la pathologie dégénérative la plus fréquente. En 2020, 50 millions de personnes sont atteintes de démence dans le monde et deux tiers sont dues à la maladie d'Alzheimer. (1)

Il existe en France plusieurs dispositifs permettant la prise en charge de personnes atteintes de cette maladie. Pour le maintien à domicile, le Plan Alzheimer de 2012 (2) a permis la création d'Équipes Spécialisées Alzheimer à Domicile (ESAD). Celles-ci permettent le renforcement du soutien à domicile par l'intervention de personnels spécialisés. Certains services sont proposés aux aidants comme des formations ou encore des structures de répit temporaire dans le but de diminuer le fardeau de l'aidant. Au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), des Unités Cognito-Comportementales (UCC) pour les patients souffrant de troubles du comportement ont également été créés. Elles permettent de stabiliser les troubles du comportement pour accompagner le patient dans son retour à domicile. Lorsque la dépendance devient trop importante, il existe les établissements accueillant les individus de façon permanente : les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Le Plan Alzheimer de 2012 a permis la mise en place de dispositifs spécifiques au sein de ces structures. Un environnement adapté est alors proposé avec les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) ainsi qu'un accompagnement social et thérapeutique grâce à l'intervention de professionnels médicaux et paramédicaux, notamment dans le cadre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Ces deux dispositifs répondent à un cahier des charges bien précis.

Auprès des personnes âgées et plus spécifiquement en institution, l'ergothérapeute a différentes missions. Celles-ci tournent autour de l'amélioration de l'indépendance et de l'autonomie par la mise en place d'actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité. Le professionnel a pour objectif de « maintenir les activités journalières et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge » d'après l'arrêté du 5 juillet 2010 (3). Le professionnel travaille en inter-professionnalité pour élaborer une prise en charge globale des résidents. Dans le cas de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, l'ergothérapeute gardera les mêmes missions et proposera des activités thérapeutiques qui vont permettre d'accomplir ces objectifs. L'ergothérapeute va agir en sollicitant les capacités restantes de la personne atteinte de la maladie par le biais d'activités adaptées en évitant la mise en échec, en proposant des activités visant à maintenir une vie sociale et en aménageant au mieux son environnement.

Lors de ma deuxième année de formation, j'ai réalisé un stage dans un EHPAD. J'ai pu observer et participer à l'organisation et la réalisation d'ateliers « Jardin thérapeutique ». La présence d'un jardin est imposée par le cahier des charges de certains dispositifs, comme le PASA et l'UHR par exemple. En tant que thérapie non-médicamenteuse, celui-ci présente plusieurs effets bénéfiques. En effet, il permet une stimulation des capacités sensorielles, cognitives, motrices, des liens sociaux et la réduction des troubles du comportement. (4)

J'ai alors souhaité m'intéresser davantage à l'utilisation de l'activité jardin en tant que médiateur par l'ergothérapeute lors de la prise en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Je me suis questionnée sur cette pratique ergothérapique, notamment en m'interrogeant sur l'existence de différents types de jardins, sur les formations proposées, les protocoles existants et les méthodes de pratique.

C'est pour cela que nous avons décidé de réaliser **un état des lieux des méthodes d'utilisation du « Jardin Thérapeutique » par les ergothérapeutes pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.**

Afin de répondre à notre questionnement, nous allons mener une analyse de pratique. La méthodologie de recherche se basera sur un recueil de données par le biais d'un questionnaire. Nous détaillerons les résultats obtenus puis nous les analyserons lors d'une discussion afin de faire ressortir les éléments importants de notre étude.

La maladie d'Alzheimer

1. Les généralités

Le vieillissement entraîne une altération des fonctions cognitives. Lorsque cette détérioration devient plus importante que la normale, il s'agit de démence. Cette dernière affecte alors « la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement »(1). La maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démences et représente, en 2020, 60 à 70% d'entre elles selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la maladie d'Alzheimer est définie comme « une maladie neuro dégénérative d'évolution progressive » (5). Il s'agit de la principale cause de dépendance lourde et la raison principale d'entrée en institution. La démence de type maladie d'Alzheimer se définit par un syndrome démentiel avec en plus l'existence de plaques amyloïdes, de dégénérescences neurofibrillaires et d'une perte neuronale. Le syndrome démentiel engendre des troubles des fonctions cognitives (mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives) qui entraînent à leur tour un retentissement important sur la vie quotidienne.

Aujourd'hui, la maladie d'Alzheimer est la pathologie dégénérative la plus fréquente. Le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies a estimé que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans passera de 420 millions à près d'un milliard entre 2000 et 2030 (6). Il est possible que d'ici 2050, 13,8 millions de personnes soient diagnostiquées comme souffrant de la maladie d'Alzheimer dans le monde. En 2017, plus de 36,5 millions de personnes dans le monde sont touchées par la démence et la majorité de ces cas sont liés à la maladie d'Alzheimer.

La forte prévalence de la maladie dans le monde s'explique notamment par l'augmentation rapide de la fréquence de la maladie d'Alzheimer avec l'avancée en âge et une durée relativement longue de la maladie. Cette population gériatrique croissante fait peser un lourd fardeau non seulement sur l'économie mondiale, mais aussi sur les familles et les soignants.

2. Les différents stades de la maladie

Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, les symptômes engendrent différentes répercussions sur la vie quotidienne des personnes atteintes et de leurs proches.

A l'heure actuelle, il existe plusieurs classifications afin de définir les différents stades de la maladie d'Alzheimer. En effet, les symptômes peuvent se manifester différemment selon chaque individu. Ils peuvent apparaître dans un ordre différent et sur des durées variées. Il est difficile de prévoir comment la maladie va se manifester. Cependant, elle évolue en s'intensifiant. Le passage d'un stade à un autre est souvent difficilement identifiable car l'ordre des symptômes varie et les manifestations des stades s'intercalent. Les répercussions sur les activités de la vie quotidienne deviennent de plus en plus importantes au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

Selon l'Échelle de détérioration globale (EDG) proposée par Reisberg en 1982, il existe quatre stades (44) :

- **Le stade léger**, équivalant aux stades 2 et 3 de l'EDG : Il correspond à des déficits légers, c'est-à-dire à des pertes de mémoire, des difficultés d'apprentissage de nouvelles choses, des difficultés de communication (perte du mot), des difficultés de concentration et d'attention, des changements d'humeur ou de comportements (manque d'intérêt, d'initiative), une désorientation spatio-temporelle. A ce stade, les individus concernés maintiennent la plupart de leurs capacités et restent autonome dans leur quotidien. Ils sont généralement conscients de ces changements, ce qui peut causer une certaine agressivité ou un déni.
- **Le stade modéré**, équivalant aux stades 4, 5 et 6 de l'EDG : Il correspond à une diminution importante des facultés cognitives et fonctionnelles de la personne. Bien qu'elles soient conscientes de leur état, leur mémoire et leurs capacités cognitives déclinent. A ce moment-là, elle aura besoin d'aide et de soutien pour réaliser les activités de la vie quotidienne. L'implication des familles et des proches devient de plus en plus grande.
- **Le stade avancé**, équivalant au stade 7 de l'EDG : Il s'agit du stade grave de la maladie. Il correspond à des troubles de la mémoire importants, une grande désorientation spatio-temporelle, une perte des fonctions de base (manger, marcher, se laver, etc.) et une difficulté à reconnaître les proches, les amis ou la famille. La personne peut ne plus communiquer verbalement. A ce stade-là, la communication non verbale est importante. La présence d'aides et de soins devient alors essentielle. Les familles et les proches doivent soutenir la personne pour lui assurer un confort et une qualité de vie corrects.
- **Le stade terminal**, équivalant à la fin de vie. La personne est totalement dépendante, elle présente des troubles de la déglutition, une incontinence, une impossibilité à se déplacer, un fort déclin des capacités cognitives. Elle aura besoin de soins constants.

Selon les différents stades de la maladie, les besoins de prise en charge multi-professionnelles évoluent.

3. Les prises en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

A ce jour, il n'existe aucun traitement curatif contre la maladie d'Alzheimer. Il existe des traitements pharmaceutiques permettant de réduire les symptômes de la maladie ainsi que des approches non-pharmaceutiques.

En effet, le journal *Frontiers in neurology* (7) a publié en 2018 une revue narrative écrite par Chiara Zucchella, concernant les traitements non pharmaceutiques et notamment l'approche pluridisciplinaire de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées. Cette revue s'appuie sur différentes études menées entre 2000 et 2018. Les traitements médicamenteux ont une efficacité limitée à ce jour, c'est pourquoi il est intéressant d'impliquer de nombreux professionnels afin d'optimiser la prise en charge et de la rendre la plus complète possible. Selon cette revue, les traitements non pharmaceutiques améliorent le fonctionnement, l'indépendance et la qualité de vie des personnes en lien avec la Classification

Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). En comparaison avec les médicaments, ceux-ci sont non invasifs et ne présentent pas d'effets secondaires. Leur objectif principal, par le biais d'interventions variées, est de maintenir la fonction et la participation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les objectifs des interventions non-médicamenteuses sont présentés dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, publié en 2009 par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) (8). Les objectifs sont les suivants :

- Préserver l'autonomie fonctionnelle par le maintien ou la réhabilitation des capacités fonctionnelles,
- Préserver les fonctions cognitives restantes,
- Diminuer les troubles du comportement,
- Maintenir les capacités sensorielles,
- Réduire le stress et l'anxiété,
- Maintenir les liens sociaux et affectifs.

Ces interventions portent sur la cognition, l'autonomie fonctionnelle, les comportements et sur la qualité de vie. Chacune de ses prises en charge doit être assurée par des professionnels formés à cet effet et dans le cadre d'un projet de soins. L'HAS publie en décembre 2011 les recommandations de bonnes pratiques à propos du diagnostic et de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées (5). En termes d'interventions non médicamenteuses, l'HAS en recommande plusieurs :

- Les interventions portant sur la qualité de vie,
- Les interventions portant sur l'aspect psychologique et psychiatrique,
- Les interventions portant sur la communication,
- Les interventions portant sur la cognition,
- Les interventions portant sur l'activité motrice,
- Les interventions portant sur le comportement.

DomusVi, un groupe gestionnaire d'établissements médico-sociaux, a d'ailleurs proposé une classification des thérapies non pharmaceutiques selon leurs bénéfices (9). Celui-ci est disponible en **Annexe 1**. Nous retrouvons notamment l'activité jardin thérapeutique qui regroupe la stimulation sensorielle, le développement de la motricité, la stimulation cognitive, la favorisation des liens sociaux et la réduction des troubles du comportement.

Pour permettre d'assurer ces différentes interventions, nécessitant un travail interdisciplinaire, les différents Plans Alzheimer ont permis la création et l'amélioration de structures d'accueil spécialisées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer :

Les **Plans Alzheimer de 2001 et de 2004** (10)(11) ont permis le développement de nouvelles structures d'accueil de jour. Ces dernières permettent l'accueil de personnes présentant une détérioration intellectuelle le temps d'une ou plusieurs journées par semaine au sein de structures adaptées (telles que les EHPAD). Les buts étant de préserver

l'autonomie, de maintenir au travers de diverses activités les capacités de la personne, d'éviter une aggravation de sa perte d'autonomie, de préserver ou rétablir des contacts sociaux, de repérer les modifications comportementales, d'offrir un répit à l'aidant et de contribuer au soutien des familles. Les Plans Alzheimer ont également eu comme objectif, au sein de ces structures, l'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes atteintes de troubles démentiels et de leur famille ainsi que l'intégration des contraintes propres à l'hébergement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées.

Le **Plan Alzheimer de 2012** (2) a, lui aussi, apporté de nombreux éléments et a permis la création de différents dispositifs pour les individus atteints de la maladie d'Alzheimer qui sont les suivants :

- **Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)** : Ce sont des unités adaptées pour les personnes souffrant de troubles du comportement modérés. Ces espaces se situent à l'intérieur d'un EHPAD. Ils permettent d'accueillir durant la journée des résidents afin de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques.
- **Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)** : Ce sont des unités adaptées pour les personnes souffrant de troubles du comportement sévères. Ce sont des espaces aménagés dans un EHPAD. Ils permettent l'hébergement de résidents atteints de la MA et ayant des troubles sévères du comportement. Leur maintien en structure d'hébergement classique est devenu difficile et altère leur sécurité et leur qualité de vie ainsi que celles des autres résidents et de leur entourage.
- **Les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC)** : Il s'agit d'unités situées au sein d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Elles accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. Elles ont pour objectif de stabiliser les troubles du comportement aigus grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale. Son but est de permettre un répit à l'aidant principal et d'assurer un retour de la personne à son domicile dans des conditions favorables.

Ces différents dispositifs impliquent la présence d'une équipe interdisciplinaire dont l'ergothérapeute fait partie.

L'ergothérapie et la maladie d'Alzheimer

1. Les généralités

Le ministère de la Santé et des Sports publie un arrêté le 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute et définit l'ergothérapie comme une profession de santé fondée sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'ergothérapeute intervient dans un « environnement médical, professionnel, éducatif et social »(3).

L'objectif de l'ergothérapie est de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace »(3). Son but est de « prévenir, réduire ou supprimer une situation de handicap en prenant en compte les habitudes de vie, les activités significatives, les facteurs psycho-sociaux et l'environnement du patient »(3).

Ce professionnel appuie sa pratique sur les activités et leurs potentiels thérapeutiques. En effet, l'activité est traduit du terme « occupation » en anglais. L'occupation est définie comme « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société »(3). Parmi ces activités, nous retrouvons les soins personnels, l'exercice professionnel et les loisirs. Pour réaliser ces actes quotidiens, nous devons agir et faire. Comme décrit par Ann Wilcock et repris par Marie-Chantal Morel Brack dans son ouvrage « Modèles Conceptuels en ergothérapie », un engagement dans les activités est nécessaire pour nous. Nous en avons besoin pour « prendre soin de nous-mêmes et des autres, nous développer, nous structurer, affermir notre identité et notre place dans le monde, interagir et communiquer avec les autres et donner un sens à notre vie : être utile, laisser une trace, aimer, avoir des enfants pour assurer l'avenir, croire à une vie après la mort, donner un sens à l'humanité... »(12).

L'ergothérapeute a pour rôle d'exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité afin de permettre un engagement optimal de la personne dans ces activités. Pour cela, il apprend lors de sa formation à repérer les composantes de chaque activité afin de cibler et de définir son potentiel thérapeutique. Trois composantes sont alors à analyser : les composantes physiques, les composantes cognitives et les composantes affectives et sociales.

Selon le Nouveau guide des pratiques en ergothérapie publié en 2008 (13), une activité peut être thérapeutique si elle répond au moins à l'un des objectifs suivants :

- Favoriser l'amélioration des fonctions déficitaires et réduire les limitations fonctionnelles,
- Développer les capacités résiduelles, solliciter les ressources d'adaptation et d'évolution,
- Réduire ou supprimer les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement de la personne,
- Permettre à la personne de conserver son potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel.

La mise en place d'activités à visée thérapeutique a pour objectif le maintien et la récupération des performances et des habiletés physiques, cognitives, sensorielles, psychiques et relationnelles ainsi que le maintien de l'indépendance et de l'autonomie.

L'ergothérapeute intervient également dans la préconisation et la conception d'aides techniques et d'appareillages afin de pallier à une situation de handicap ou à une incapacité. L'ergothérapeute travaille avec des personnes de tout âge et notamment en gériatrie, auprès des personnes âgées présentant des incapacités motrices et/ou cognitives.

Pour adapter au mieux l'activité à l'environnement humain et matériel, l'histoire et le projet de vie de chaque individu, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur la théorie du *flow* de Csikszentmihalyi. En effet, comme décrit dans l'ouvrage « Modèles conceptuels en ergothérapie » « lorsque nous pouvons nous engager et réaliser des activités qui ont un sens pour nous dans notre contexte social, en expérimentant le « *flow* », nous augmentons nos chances d'améliorer notre bien-être, notre santé et notre qualité de vie »(12). Il est alors nécessaire, pour pouvoir cibler les activités signifiantes pour les résidents de prendre en compte leurs appétences et leurs habitudes de vie.

2. L'intervention de l'ergothérapeute en gériatrie auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Lors de la prise en soin d'une personne âgée, l'ergothérapeute a différents objectifs et différentes missions, comme le décrit Anaïs Villaumé (14). Il garde comme but global de favoriser l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Pour compléter ces missions, nous pouvons faire le lien avec les recommandations de l'ANESM (8) concernant les bonnes pratiques professionnelles dans l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social.

2.1. L'évaluation et le diagnostic

Pour adapter au mieux son plan d'intervention, élaborer un diagnostic ergothérapique et fixer des objectifs de prise en soin adaptés à la personne, une évaluation est nécessaire. Il en existe plusieurs. Nous avons ici fait le choix de décrire l'approche conceptuelle de Gary Kielhofner (12).

Pour évaluer les situations de handicap et/ou de dépendance, l'ergothérapeute entre dans une démarche holistique. Il évalue la personne et ses activités. Selon le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Gary Kielhofner, le patient se forme et se transforme au fur et à mesure des interactions avec l'environnement et selon l'interprétation de ses expériences.

Selon Gary Kielhofner, le MOH repose sur deux hypothèses fondamentales qui sont : « les interactions entre la personne, ses motivations, son style de vie, ses capacités et l'environnement instaurent une adaptation dynamique dans les activités humaines » et « l'activité humaine signifiante et significative est essentielle dans l'auto-organisation de la personne » (12).

- **L'être**

L'être humain peut se composer de trois éléments :

- La volition : Elle fait référence à la motivation à agir sur son environnement ainsi qu'au processus aboutissant aux choix des activités. Elle comprend les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts.
- L'habituation : Elle permet d'organiser et de simplifier la vie quotidienne grâce à des habitudes et des rôles liés à la société et à la culture. Cela permet de structurer la vie quotidienne et d'intégrer une routine.
- Les capacités de rendement : Celles-ci ont un rôle d'action. Elles sont directement liées aux systèmes organiques (musculo-squelettique, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel, cognitif). Elles sont à la fois objectives et subjectives et prennent en compte le vécu et les sensations de la personne.

▪ **L'agir**

Ces trois composantes sont liées entre elles (interdépendantes) et dépendent de l'environnement physique et social. Ce dernier est source d'opportunités, de ressources, d'exigences et de contraintes impactant la personne et ses activités. L'adaptation de la personne à cet environnement se fait selon l'agir. L'agir permet le développement de sa propre identité et de ses compétences. Il se décrit sous trois niveaux : la participation, le rendement et les habiletés. La participation équivaut à l'engagement dans les activités significatives et significatives. Il s'agit du niveau le plus accompli. Le rendement est la réalisation des activités grâce aux différentes habiletés. Il est assimilé à la performance. Le dernier niveau se définit par les différentes habiletés : motrice, opératoire et d'interaction et de communication. Il existe alors une réelle dynamique entre la personne, son environnement et l'agir.

▪ **Le devenir**

Le devenir correspond à l'identité et à la compétence. L'identité est assimilée aux expériences vécues qui guident ce que nous sommes et notre avenir. Elle correspond à la perception qu'a la personne de son être. L'agir et la participation interviennent pour la conception de l'identité. La compétence correspond à la mise en pratique de notre identité dans le but d'obtenir les résultats souhaités. Cela se traduit par la réalisation des attentes liées aux rôles, aux valeurs et aux normes de performance de la personne. Cela inclut le maintien d'une routine, permettant à la personne de remplir ses responsabilités, mais aussi la participation à des activités offrant un sentiment de compétence, de contrôle, de satisfaction et d'accomplissement. La construction d'une identité positive et la réalisation de la compétence dans un contexte environnemental forment l'adaptation occupationnelle.

Ce modèle basé sur l'occupation humaine permet d'appréhender l'importance et le processus de l'engagement humain dans l'activité en structurant le recueil de données et la pratique des ergothérapeutes.

2.2. La stimulation et la réadaptation cognitive

L'ergothérapeute a pour objectif de stimuler les capacités cognitives restantes et de développer des stratégies de compensation. Pour cela, l'intervention en ergothérapie se portera sur l'orientation dans la réalité, la stimulation cognitive et la reminiscence. L'ergothérapeute s'assure du maintien de la participation des résidents lors des activités par des moyens « d'encouragement, de coaching, d'adaptation de l'activité et du partage de l'expérience vécue »(14). Les activités peuvent être réalisées en groupe ou de façon

individuelle. Lors de ces séances, l'ergothérapeute réalisent des mises en situation qui facilitent les transferts d'acquis. En les réalisant de manière répétitive, les personnes âgées vont solliciter leurs capacités d'apprentissage et d'adaptation. Il est également important de prendre en considération la notion de plaisir. Cette dernière favorise l'engagement de la personne âgée. Cela peut se faire à travers des activités de type jeu, qui sont très intéressantes dans le cas des individus atteints de la maladie d'Alzheimer.

2.3. La réadaptation motrice

Sur le plan moteur, l'ergothérapeute intervient afin d'améliorer et de maintenir les schémas moteurs notamment lors de la marche des transferts. Ici aussi l'ergothérapeute s'appuie sur des mises en situations qui vont faciliter le transfert d'acquis et améliorer les activités de la vie quotidienne. A travers ces mises en situation, l'ergothérapeute cherche à stimuler « l'équilibre, la station debout prolongée, la coordination, la vitesse d'exécution »(14). Afin d'assurer la stimulation des capacités motrices restantes des personnes âgées, l'ergothérapeute a pour mission la formation, le conseil et l'éducation de l'équipe soignante. En effet, cette dernière a pour rôle de stimuler autant que possible les habiletés des résidents lors des actes quotidiens (toilettes, repas, etc.) afin de les conserver.

2.4. La prévention et le traitement du risque de chute

Le risque de chute chez la personne âgée est un élément important à prendre en compte lors de la prise en charge. Dans un premier temps, l'ergothérapeute évalue les facteurs de risques de chutes. Par des actions de prévention, de conseils et d'éducation, le professionnel paramédical aide ensuite le résident à développer des stratégies d'adaptation posturale et sécuritaire lors des actes de la vie quotidienne. Les actions réalisées à répétition permettent une meilleure acquisition. Elles peuvent être réalisées en groupe ou de façon individuelle.

2.5. La préconisation d'aides humaines et techniques

Lorsque la situation le nécessite, le thérapeute peut proposer des aménagements de l'environnement en préconisant des aides, qu'elles soient humaines ou matérielles. Ces aides ont pour but de sécuriser le sujet âgé grâce à « une amélioration de ses capacités fonctionnelles et une amélioration de sa participation aux activités mais aussi de sa participation sociale » (14). Elle permettent également de réduire les troubles de la communication et les difficultés liées à la mémoire pour les personnes atteintes d'une démence.

L'ergothérapeute joue un rôle essentiel dans le maintien de l'autonomie et de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne de la personne âgée et notamment de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Cette prise en charge tient compte des différents facteurs en lien avec la perte d'autonomie et le handicap en s'appuyant sur l'apprentissage des compensations, la mise en place d'aides techniques, les modifications de l'environnement ou encore l'aide aux aidants. L'ergothérapeute intervient afin de maintenir des capacités fonctionnelles et l'indépendance au quotidien de la personne. Un essai contrôlé randomisé réalisé par Maud JL Graff (professeur en ergothérapie), publié en 2006 et intitulé « L'ergothérapie en communauté pour les personnes atteintes de démence et leurs soignants : essai contrôlé randomisé »(15), montre d'ailleurs qu'une approche ergothérapique diverse incluant des interventions cognitives et comportementales permet d'améliorer les activités de

la vie quotidienne des personnes malades et des soignants. De plus, en 2018 dans le journal *Frontiers in neurology* (7), Chiara Zucchella apporte les preuves d'une efficacité des interventions d'ergothérapie auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de démence dans le maintien de leur fonction physique, l'augmentation de leur participation, la réduction des troubles comportementaux et dans l'amélioration de leur bien-être et de leur qualité de vie.

Les activités proposées par l'ergothérapeute aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent être variées car elles dépendent du sens que chacun y donne. Ici, nous avons fait le choix d'étudier l'activité « Jardin thérapeutique ».

Le jardin thérapeutique

1. Les définitions

À partir du Moyen Âge, les jardins au sein des établissements hospitaliers se sont développés. Composés de potagers et de vergers, ils permettaient d'alimenter les hôpitaux. Les patients participaient alors à l'entretien de ces espaces en pratiquant notamment l'hortithérapie. Cette pratique avait lieu principalement en psychiatrie. Cela a pris fin au milieu des années 50 à la suite de l'industrialisation des productions maraîchères et le renouvellement de la pratique psychiatrique. La prise en charge étant davantage basée sur la réinsertion, les hôpitaux d'hébergement long ou permanent n'avaient plus leur place (16).

Les jardins sont réapparus plus tard en étant imposés notamment dans les cahiers des charges des PASA et des UHR (17). Certains centres hospitaliers ont également réintégré des espaces extérieurs dans leur structuration d'établissement. Le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy en a été le pionner (18). En 2010, il ouvre le jardin thérapeutique multifonctionnel « Art, mémoire et vie ». Celui-ci représente à la fois un lieu de recherche et d'espace exploitable par les patients atteints de maladies neurodégénératives mais également pour ceux en soins palliatifs.

Le jardin se définit comme un « espace géographique essentiel, lieu symbolique d'une bonne nature, réduction du monde, et donc profondément civilisé »(19).

Le jardin à but thérapeutique est défini selon l'Association Jardins et Santé comme « un espace extérieur, intégré à un établissement hospitalier ou para hospitalier [...]. Il permet de créer un univers à la fois clos et sécurisant mais aussi ouvert au monde et vivifiant. Il crée des situations de bien-être et de confort où les choses sont liées entre elles. Il s'agit non seulement d'offrir la possibilité de vivre dans un jardin, mais aussi de participer à sa création, à son évolution, d'en prendre soin ». Il s'agit d'un espace conçu pour « faciliter les interactions avec les éléments soignants de la nature. Ces interactions peuvent être passives ou actives selon le design du jardin et les besoins des usagers »(20).

La Fédération française jardins, nature et santé définit deux catégories, qui sont l'hortithérapie et le jardin thérapeutique(21).

- **L'hortithérapie :**

Selon la définition de l'American Horticultural Therapy Association, l'hortithérapie consiste à utiliser les plantes et le végétal comme médiation thérapeutique sous la direction d'un professionnel formé à cette pratique pour atteindre des objectifs précis adaptés aux besoins du participant.

Jérôme Pellissier décrit l'hortithérapie comme « l'utilisation, s'inscrivant dans la durée, du jardin, du jardinage et des relations avec la nature, en vue d'améliorer son état et sa santé (incluant les dimensions bien-être, équilibre, capacité à prendre-soin de soi) avec l'aide d'un ou de plusieurs professionnels qualifiés, ayant les connaissances et les capacités pour»(22).

Marianne Blake et Gary Mitchell ont réalisé une revue littéraire en 2016 à propos de l'hortithérapie dans les soins aux personnes atteintes de démence (23). Il en ressort que les personnes pratiquant l'hortithérapie présentent un meilleur niveau de bien-être. Cette activité

permet aux professionnels de santé d'engager la personne dans une activité signifiante et d'en être créatrice.

- **Le jardin thérapeutique :**

Selon la définition de l'American Horticultural Therapy Association, le jardin thérapeutique se caractérise comme un environnement dominé par les plantes et conçu pour faciliter l'interaction avec les éléments thérapeutiques de la nature. La fédération française jardins, nature et santé reprend la distinction de Clare Cooper Marcus et Naomi Sachs dans le livre « Healing Gardens : therapeutic benefits and design recommendations » (21). Selon elles, il y a tout d'abord les jardins thérapeutiques « où l'on est », c'est-à-dire ceux au sein duquel il est possible de s'asseoir, marcher, observer, écouter, se reposer, etc. Puis il existe les jardins thérapeutiques « où l'on fait », c'est-à-dire au sein duquel des activités sont réalisées et encadrées par des professionnels. C'est deux types peuvent se regrouper en un selon les établissements et les objectifs du projet de jardin thérapeutique.

2. Le projet de jardin thérapeutique

Le Plan Alzheimer de 2012 (2) a conçu des unités de soins permettant la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces unités répondent à des cahiers des charges bien précis dont le jardin fait partie. En effet, la Direction Générale de l'action sociale notifie dans le « Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement » (17) l'obligation de posséder un jardin. L'outil jardin est alors devenu imposé dans l'accompagnement de personnes atteintes de démence. Cet espace doit être clôt et sécurisé afin d'être accessible librement par les résidents.

Selon le cahier des charges, l'ergothérapeute a pour mission l'élaboration du programme d'activités du PASA. Il participe ensuite à la réalisation de ses activités au sein du PASA et de l'UHR. Ces activités ont pour objectif le maintien ou la réhabilitation des capacités fonctionnelles et cognitives restantes, la mobilisation des fonctions sensorielles et le maintien du lien social des résidents. Les différents moyens que possèdent le jardin thérapeutique ainsi que les différents professionnels qui peuvent y intervenir (ergothérapeute, psychomotricien, assistants de soins en gérontologie, psychologue, infirmier) permettent l'accomplissement de ces objectifs.

Afin d'exploiter l'ensemble des ressources de ce jardin et de soutenir le projet, des professionnels de la structure doivent s'investir. Des formations et des outils sont disponibles afin d'accompagner les professionnels et donc les structures dans la conception du projet.

La Fondation Médéric Alzheimer, l'École Nationale Supérieure de Paysage de Versailles et l'Association Jardins & Santé, ont publié en janvier 2020, le « Guide Pratique pour la Conception et l'élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires » (20). Il s'agit d'un outil « empirique et scientifique » rédigé pour tous les professionnels du paysage et du secteur social, médico-social et sanitaire qui souhaitent aménager un jardin adapté à l'accompagnement des personnes qu'ils accueillent. Ce guide a

pour but de mieux appréhender la mise en place d'un projet de jardin thérapeutique en partageant des recommandations et des conseils. Il accompagne les professionnels dans leur démarche de conception en résumant tous les points à prendre en compte avant, pendant et après la création. Il souligne également les avantages sur le plan économique de la mise en place de ce projet. En effet, la thérapie par le jardin permet de réduire la durée de convalescence ainsi que les coûts de médication. La présence d'un jardin peut améliorer la qualité de vie au travail des soignants et ainsi réduire les coûts dus à des *turn-over* réguliers. Enfin, les espaces verts au sein d'une structure de soins rendent plus attrayant l'établissement d'accueil. Ce projet présente de nombreux avantages pour l'institution, le personnel et les résidents.

Pour participer à la conception d'un projet de jardin thérapeutique, des organismes proposent des formations. Par exemple, le domaine régional de Chaumont sur Loire propose des formations « Jardin de soin et santé » sur 3-4 jours (24). Celles-ci abordent plusieurs thèmes, du plus général au plus spécifique. D'autres organismes, tels que Pétrarque, Mosaïque des Hommes et des Jardins, Terr'Happy proposent aussi des formations à ce sujet. Chacun a des objectifs similaires, c'est-à-dire de guider les formés à la conception et l'utilisation d'un jardin comme médiateur thérapeutique.

Lors de la conception du projet, certaines notions sont à prendre en compte comme la configuration des lieux et les pathologies des résidents. Les différents éléments du jardin n'ont pas tous les mêmes bénéfices. Il est important de se questionner alors sur les effets de chacun afin de faire ressortir le potentiel thérapeutique global du jardin.

3. Les bénéfices du jardin

3.1. Le potentiel thérapeutique du jardin

Comme décrit précédemment, l'ergothérapeute a pour rôle d'exploiter le potentiel thérapeutique des activités. Il analyse les composantes physiques, les composantes cognitives et les composantes affectives et sociales.

Pour cela, il est pertinent de s'intéresser aux bienfaits du jardin. D'après le Domaine de Chaumont sur Loire (24), dès qu'une personne pénètre au sein de son jardin, plusieurs capacités sont utilisées, qu'elles soient psychiques, physiques ou relationnelles, même sans en avoir conscience. Selon l'Association Jardins et Santé (21), le jardin est un espace vert extérieur visant à l'amélioration ou le maintien de la santé et du bien-être des personnes qui s'y rendent. C'est un endroit de vie, d'apaisement, de plaisir, de ressource, de partage, de convivialité, propice à la promenade et à la contemplation.

Tous les jardins ne sont pas thérapeutiques. Pour qu'ils le soient, il faut d'abord que le jardin soit accessible et adapté à toute personne, en situation de handicap ou non. Il est également nécessaire que le jardin soit un lieu et un support permettant à des professionnels d'y mener des activités thérapeutiques en lien avec la nature, le jardinage et l'extérieur. Les professionnels auront un objectif d'amélioration ou de maintien de la santé du patient ou du résident.

Le guide pratique pour la conception et l'élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires (20) souligne les avantages de

concevoir ce projet, en mettant notamment en avant les bienfaits des végétaux sur la santé. Ceux-ci impactent :

- Les **processus psycho-sociaux** : cohésion sociale, réduction du sentiment de solitude et d'agression, etc.
- Les **processus psychologiques** : relaxation, estime de soi, fatigue, cognition, réduction de la dépression, etc.
- Les **processus physiologiques** : condition cardiovasculaire et respiratoire, espérance de vie, qualité du sommeil, etc.

Cela fait du jardin thérapeutique une réelle thérapie non-médicamenteuse. Il est cependant important de prendre en compte la relation de chacun avec la nature. Les effets des espaces végétalisés dépendent aussi de la perception subjective que chacun peut avoir de ces espaces. Le jardin peut ne pas être signifiant pour la personne et ne pas apporter les mêmes bénéfices. En France, en 2013, 7 français sur 10 possédaient un jardin individuel et 8 français sur 10 en profitent régulièrement (25). Dans les établissements de soins, le jardin peut permettre aux résidents d'investir une routine déjà connue et faciliter ainsi la transition entre le domicile et l'institution.

3.2. Les différentes dimensions du jardin

Kevin Charras a publié en 2017 un article concernant une revue littéraire à propos de la conception des jardins à l'usage des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. En s'appuyant sur quelques études scientifiques existantes, il fait le lien entre les aménagements, les usages et les vertus thérapeutiques des jardins pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il s'intéresse aux impacts de l'utilisation du jardin thérapeutique sur les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence en rapport avec des éléments d'aménagements paysagers identifiés. Il réussit à dégager un cadre conceptuel qui s'appuie sur les différentes dimensions à prendre en compte lors de la conception ainsi que leurs effets (26).

- **L'attractivité et la maîtrise des espaces extérieurs** a pour objectif de solliciter la curiosité des usagers et leur assurer un environnement qu'ils pourront investir
- La qualité d'utilisation : perception des opportunités d'utilisation et d'investissement des espaces extérieurs en lien avec les aspirations des usagers.
Exemple : vue sur l'extérieur, éléments attrayants, activités en libre accès, liberté de mouvement, évènements, changements saisonniers
- L'environnement sécurisé et sécurisant : éléments d'aménagement permettant l'utilisation des espaces extérieurs en toute sécurité pour les usagers et avec la possibilité d'aide si nécessaire.
Exemple : stabilisation des sols, éléments permettant de s'asseoir, clôtures, sols lisses, matériaux, mobiliers, surveillance des extérieurs depuis l'intérieur
- **Un rôle social**, c'est-à-dire donner l'occasion aux usagers d'investir les espaces de façon plus ou moins intime

- L'interaction et la communication : espaces agencés en vue d'accueillir plusieurs personnes et de favoriser les situations d'interactions sociales
Exemple : Espaces de discussion, tables, espaces d'activités (potager, plantation, bricolage).
- L'intimité : agencement d'espaces en retrait permettant aux usagers de s'y retrouver seul ou en groupe restreint
Exemple : Alcôve verte, clairière aménagée au cœur d'un jardin
- Solliciter **la curiosité intellectuelle** des usagers
- La sollicitation sensorielle : donner l'occasion aux usagers de solliciter et d'exercer leurs sens
Exemple : Végétations (odeur, couleur, goût), aménagements (jeu d'ombres et de lumières, jardin des senteurs), faune animale (ouïe) sollicitant les sens
- La sollicitation occupationnelle : agencement de l'espace sollicitant l'intérêt occupationnel des usagers
Exemple : Abris de jardin, coin potager, animaux
- La sollicitation spirituelle et culturelle : opportunité d'investissement des espaces dans l'objectif de relaxation et de méditation
Exemple : Espaces en retrait ou isolés, contemplation d'un paysage cadré depuis le jardin, fontaine, eau.
- **L'accessibilité et l'ergonomie des aménagements** ont pour but de pallier les particularités physiques et psychiques des usagers et de réduire les situations de handicap
- La fonctionnalité : structuration et aménagement ergonomique des espaces
Exemple : Chemin permettant le passage de fauteuils roulants, bacs de plantation à hauteur, toilettes, travail des vues à hauteur d'assise (en fauteuil)
- Le confort : disposer d'éléments d'aménagement et d'une structuration de l'espace confortables
Exemple : Bancs, chaises, plaids et imperméables à disposition, ombre/mi- ombre, brumisation
- L'accessibilité : rendre accessible physiquement les espaces extérieurs
Exemple : Facilité d'ouverture des portes, accès aux personnes en situation de handicap, respect de la pente pour les fauteuils
- Décrire **la composition du jardin** afin de faciliter l'orientation et l'identification des espaces
- La structuration : structurer le jardin de telle manière à faciliter l'orientation des usagers
Exemple : Nœuds, périphérie, grands axes, raccourcis, points de repère, ouverture, points d'appels, points d'intérêts, découverte d'ambiance, cheminement sans obstacle, travail du sol, des matériaux, de la couleur et des textures

- La lisibilité et la familiarité : rappel d'éléments familiers pour les usagers
Exemple : Jardin d'apparat, potager, terrasse, verger, végétation horticole
- **La gestion végétale** permet d'assurer la pérennisation de l'usage des jardins par l'intégration et l'évolution des éléments naturels
- Les éléments vivants : choisir les végétaux pour favoriser la biodiversité, attirer la faune sauvage (oiseaux, insectes) et domestique (chats, chiens, poissons)
Exemple : Plantations durables et saisonnières, non-toxiques, fruitiers, nichoirs, animaux domestiques, bassin.
- L'entretien et la maintenance du jardin : anticiper par des choix adaptés des végétaux et des matériaux en fonction du mode d'entretien (intervention d'un jardinier, participation des usagers)
Exemple : Mise en place d'activités en lien avec le jardin, organisation de la responsabilité de l'entretien
- Les modalités climatiques : aménagements et protections en fonction des saisons
Exemple : Abris, terrasses, zones ombragées ou ensoleillées, zones protégées des intempéries

Les usages étant décrits en théorie, nous allons maintenant nous questionner sur la pratique réelle des ergothérapeutes en France. Nous nous posons la problématique suivante :

Quelles sont les méthodes d'utilisation du « Jardin Thérapeutique » des ergothérapeutes en France en institution avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Les hypothèses :

- ⇒ L'existence de guides, de recommandations et de formations permettent de généraliser la pratique et l'utilisation des jardins thérapeutiques par les ergothérapeutes en France auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.
- ⇒ La méconnaissance des bénéfices du jardin thérapeutique influe sur l'utilisation du jardin comme médiateur thérapeutique auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.
- ⇒ L'appétence de l'ergothérapeute pour l'activité jardin influence la proposition de sa création et/ou de son utilisation comme médiateur auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

La méthodologie

Pour mener à bien notre étude et répondre à notre problématique, nous avons mis en place une méthodologie de recherche.

1. La population cible

Notre étude s'intéressait aux ergothérapeutes exerçant en institution, auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Nos critères d'inclusion étaient l'exercice en institution et la prise en soin de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le fait de ne pas avoir de jardin au sein de la structure dans laquelle ils exercent n'était pas un critère de non-inclusion.

Les facteurs suivants ont pu influencer les réponses au questionnaire :

- L'âge
- La date de leur diplôme
- La structure dans laquelle ils exercent
- La quotité de temps de travail (temps plein/temps partiel)

2. Le type d'étude

Notre étude portait sur un état des lieux des pratiques. Il s'agit d'une analyse de pratique réalisée à travers une étude observationnelle. Pour cela, nous avons dû recueillir les données auprès de la population cible. Afin de mener à bien ce recueil, il nous a semblé pertinent de choisir le questionnaire comme outil de recherche. En effet, cela nous a permis d'obtenir un panel de réponses plus large qui facilite la vision globale de la situation.

Le questionnaire a été transmis à la population cible par le biais d'internet. Cela a permis qu'il soit diffusé et accessible par un nombre important d'ergothérapeutes partout en France et d'optimiser alors le nombre de réponses. Ce questionnaire devait être rempli par les ergothérapeutes en autonomie.

3. La réalisation de la démarche de recherche

Le questionnaire a été réalisé grâce au logiciel *Sphinx®*. Tout d'abord, il a été diffusé aux ergothérapeutes par courrier électronique. Nous avons recueillis ces adresses électroniques auprès des référents de filière et des autres étudiants de la promotion qui avaient certains contacts grâce à des précédents stages. Dans un deuxième temps, le questionnaire a été diffusé sur des groupes spécialisés en ergothérapie sur le réseau social *Facebook* (« le coin de l'ergothérapie », « Ergo en EHPAD », « Ergo en PASA/EHPAD », « Mémoire ergothérapie »).

4. La conception du questionnaire

Le premier envoi du questionnaire a eu lieu le 5 avril 2021. L'enquête a été clôturée le 30 avril 2021.

Le questionnaire était composé de 33 questions. Nous avons privilégié les questions fermées afin de faciliter le remplissage du questionnaire. En effet, celles-ci permettent un temps de remplissage plus court ainsi qu'une facilité d'analyse des résultats. Ceux-ci seront

directement quantifiables. Nous avons fait le choix d'une dernière question libre afin de laisser la possibilité aux ergothérapeutes interrogés d'ajouter des informations sur leur point de vue. Nous avons fait en sorte que les questions soient compréhensibles par l'ensemble des ergothérapeutes. Les questions étaient courtes et explicites. Lorsque plusieurs choix de réponses étaient possibles, nous avons souhaité laisser la possibilité aux personnes questionnées de rajouter un autre choix en ajoutant la réponse « Autre » ouverte. Selon certaines réponses, les questions proposées pouvaient être différentes afin de les adapter en fonction de la présence ou non d'un jardin dans la structure par exemple.

Avant la diffusion, le questionnaire a été testé afin de vérifier son bon fonctionnement et d'assurer un ordre de questions pertinent.

Tout d'abord, une présentation du sujet et de l'étude a été donnée au début du questionnaire afin d'expliquer au mieux notre démarche. Le questionnaire a ensuite été conçu en plusieurs parties.

- **Les informations générales :** *Questions 1 à 5*

Ces questions portaient sur l'âge, l'année de diplôme, le lieu d'exercice, leurs années d'ancienneté et leur quotité de temps de travail. Ces informations permettaient d'identifier les facteurs qui pouvaient influencer les réponses pour la suite du questionnaire. Ce sont des questions à réponse unique ou à choix multiples.

- **Leur avis sur les bénéfices du jardin thérapeutique :** *Question 6*

Cette question avait pour but de recueillir l'avis général de l'ergothérapeute à ce sujet (même s'il n'utilise pas le jardin comme médiateur). Il s'agit d'une question à choix multiples.

- **Informations sur le jardin :** *Questions 7 à 16*

La première question portait sur la présence ou non d'un jardin. Si la réponse était négative, l'ergothérapeute était directement dirigé à la question 31.

Les autres questions (à partir de la 8) abordaient le sujet de sa création, des formations, de son utilisation de façon générale, de sa composition et des professionnels qui l'utilisent.

Ce sont des questions dichotomiques ou bien à choix multiples.

- **Informations sur les séances d'ergothérapie réalisées au sein du jardin :** *Questions 17 à 26*

La première question portait sur l'utilisation du jardin dans le cadre de séances. Si la réponse était négative, l'ergothérapeute était directement dirigé à la question 27.

Le reste des questions portait sur le choix de ce médiateur, les critères d'inclusion, les objectifs thérapeutiques, les bilans et évaluations, la fréquence, la durée et le contenu des séances.

Ce sont des questions dichotomiques, à réponses courtes (nom des évaluations validées) ou bien à choix multiples.

- **Informations sur l'utilisation du jardin en dehors de séances :** *Questions 27 à 29*

Ces questions portaient sur les objectifs, la fréquence, les activités réalisées. Ce sont toutes des questions à choix multiples.

- **Informations sur le point de vue de l'ergothérapeute de façon globale :** *Questions 30 à 33*

La question 30 concernant les freins à la création d'un jardin était posée aux ergothérapeutes exerçant dans une structure ne possédant pas de jardin.

La question 31 concernant les freins à l'utilisation du jardin était posée à tous les autres ergothérapeutes.

La question 32 était posée aux ergothérapeutes qui actuellement n'utilisent pas le jardin comme médiateur avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Enfin, la dernière question était la seule question ouverte. Elle permettait aux ergothérapeutes d'ajouter des éléments complémentaires s'ils le souhaitaient.

Ces questions étaient soit dichotomique, soit à choix multiples, soit ouverte pour la dernière.

5. La procédure d'analyse des résultats

Grâce à l'analyse des données de *Sphinx*®, nous allons exporter les résultats sous forme de tableau *Excel*®. Nous allons ensuite pouvoir exposer les résultats sous forme de graphiques, de tableaux ou bien d'explications écrites. En effet, pour les questions dichotomiques, nous décrirons les résultats obtenus sous forme de répartition. Pour les questions à choix unique, nous privilégierons les tableaux. Pour les questions à choix multiples, des diagrammes en barres horizontales semblent être les plus pertinents pour une lecture simple des résultats. Pour la question à réponse courte ainsi que les réponses « Autre », nous synthétiserons les informations en rassemblant les réponses similaires. Pour la dernière question ouverte, nous exposerons les réponses telles qu'elles ont été écrites.

Pour analyser les résultats et ouvrir la discussion, nous réaliserons des calculs de fréquence. Nous croiserons les résultats afin de voir quels facteurs peuvent influencer les réponses. Enfin, nous observerons également les réponses les plus citées afin de généraliser les pratiques.

Les résultats

1. Les généralités

Nous avons récoltés 25 réponses d'ergothérapeutes. Les 25 réponses ont été prises en compte et seront exploitées.

Les **tranches d'âges** sont représentées par le Tableau 1.

Les tranches d'âges	20-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	Plus de 50 ans
Nombre d'ergothérapeutes concernés sur 25	16	6	2	1

Tableau 1 - Les tranches d'âge des ergothérapeutes questionnés, par rapport à un effectif total de 25.

Les ergothérapeutes interrogés étaient pour la plupart (12/25) diplômés depuis moins de 5 ans. Leur ancienneté en tant qu'ergothérapeute diplômé d'état est présentée par la Figure 1.

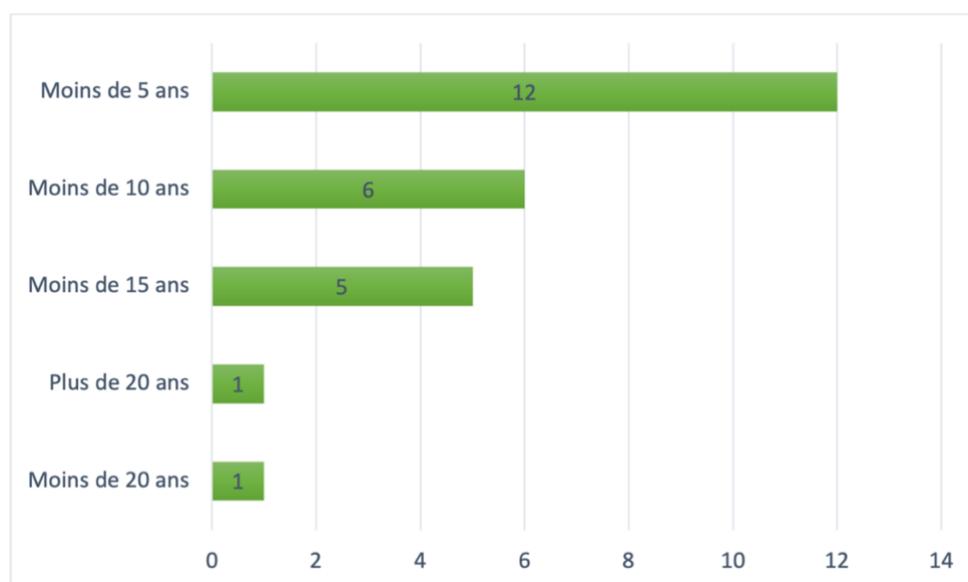


Figure 1 - L'ancienneté en tant qu'ergothérapeute diplômé d'état, par rapport à un effectif total de 25.

Les ergothérapeutes ayant répondu à notre questionnaire intervenaient dans différentes structures. Celles-ci sont représentées par la Figure 2.

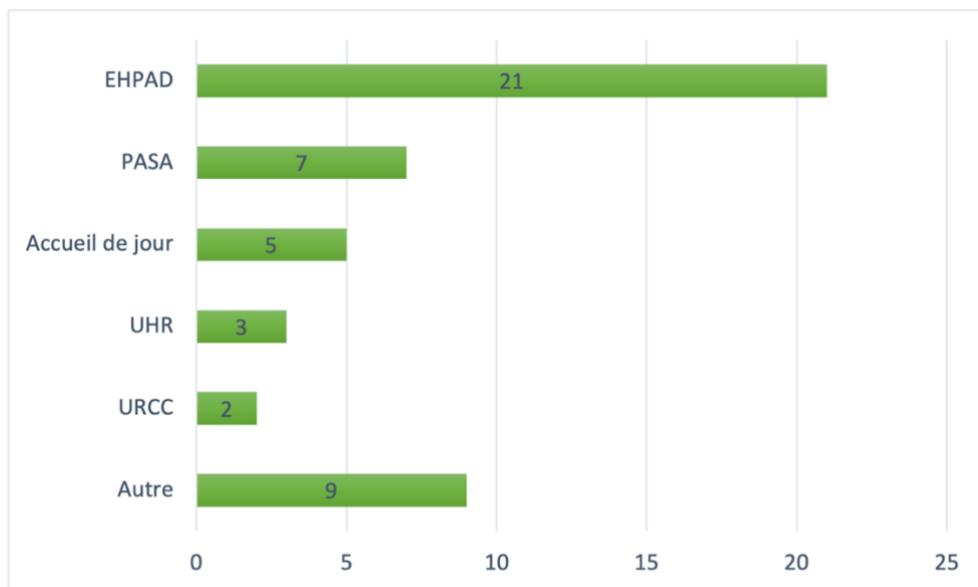


Figure 2 - Les lieux d'exercice des ergothérapeutes, par rapport à un effectif total de 25.

Sur les 25 répondants, il y en a 10 qui exerçaient uniquement en EHPAD. Parmi les réponses « Autre », nous retrouvons 3 ergothérapeutes qui exerçaient en Unité de Vie Protégée, 2 ergothérapeutes qui exerçaient en Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile, un ergothérapeute qui exerçait en USLD, un ergothérapeute qui exerçait dans une unité sécurisée avec des personnes démentes déambulantes mais non identifiée comme UHR et pour finir un dernier ergothérapeute qui exerçait au sein d'un SSR gériatrique et dans un service de patients en état pauci-relationnel.

Concernant leur ancienneté au sein de la structure dans laquelle ils exerçaient, les réponses étaient toutes égales ou inférieures à 15 ans. En effet, la Figure 3 représente la répartition des réponses obtenues.

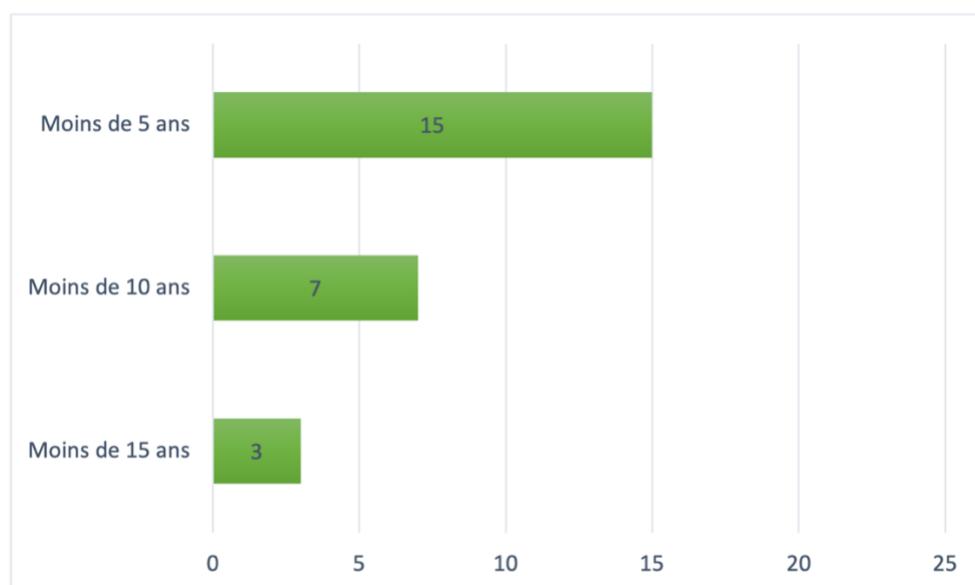


Figure 3 – L'ancienneté au sein de la structure, par rapport à un effectif total de 25.

Nous avons questionné les ergothérapeutes à propos de leur quotité de temps de travail. 15 d'entre eux exerçaient en temps plein et les 10 autres exerçaient en temps partiel. Pour ces derniers, le Tableau 2 représente leurs quotités de leur temps partiel.

Pourcentage de temps de travail	30 %	50%	80%
Nombre d'ergothérapeutes concernés sur 10	2	4	4

Tableau 2 - La quotité de temps de travail partiel, par rapport à un effectif total de 10.

Nous nous attendions à ce que l'âge, la date de diplôme, la structure dans laquelle les ergothérapeutes exerçaient ou encore leur quotité de temps de travail influencent les réponses et donc l'utilisation du jardin thérapeutique comme médiateur auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce n'est pas le cas. Aucune corrélation n'a été trouvée entre ces facteurs et la suite du questionnaire.

2. Les bénéfices du jardin thérapeutique

Nous avons demandé en premier lieu l'avis des ergothérapeutes concernant les objectifs du jardin thérapeutique. Plusieurs choix de réponses étaient possibles. Les résultats sont présentés par la Figure 4.

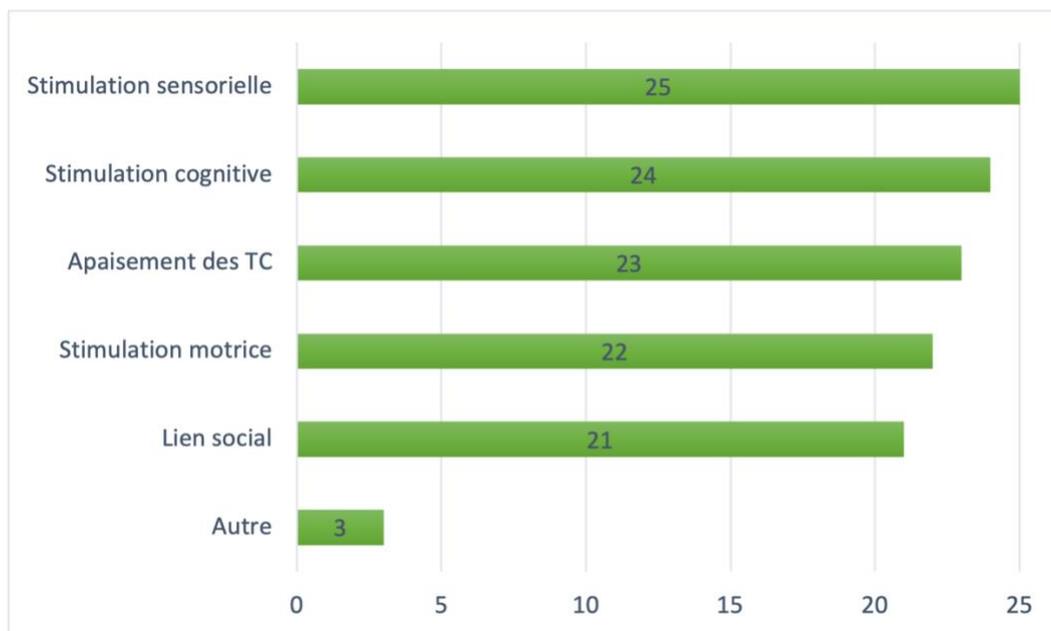


Figure 4 - Les objectifs du jardin thérapeutique selon les ergothérapeutes interrogés, par rapport à un effectif total de 25.

Parmi les réponses « Autre », nous retrouvons le maintien du sentiment d'utilité et de compétence. Un ergothérapeute a souligné que le jardin permettait aux résidents de réaliser une activité signifiante pour eux. Un dernier a indiqué que ce médiateur sollicitait la mémoire grâce aux souvenirs d'évènements passés ou d'odeurs.

3. Le jardin au sein de la structure

Tout d'abord, il a été pertinent de questionner la présence d'un jardin au sein de la structure dans laquelle les ergothérapeutes travaillaient. 18 ergothérapeutes ont signalé la présence et 7 l'absence d'un jardin sur leur lieu d'exercice.

Les questions suivantes portant sur le jardin, les 7 ergothérapeutes non concernés n'ont pas eu à répondre à ses questions. **L'effectif total** pour la suite des questions est de **18**.

Nous avons souhaité nous intéresser à la création du jardin. Selon les structures, le jardin a été créé à différents moments. Les réponses obtenues sont présentées par la Figure 5.

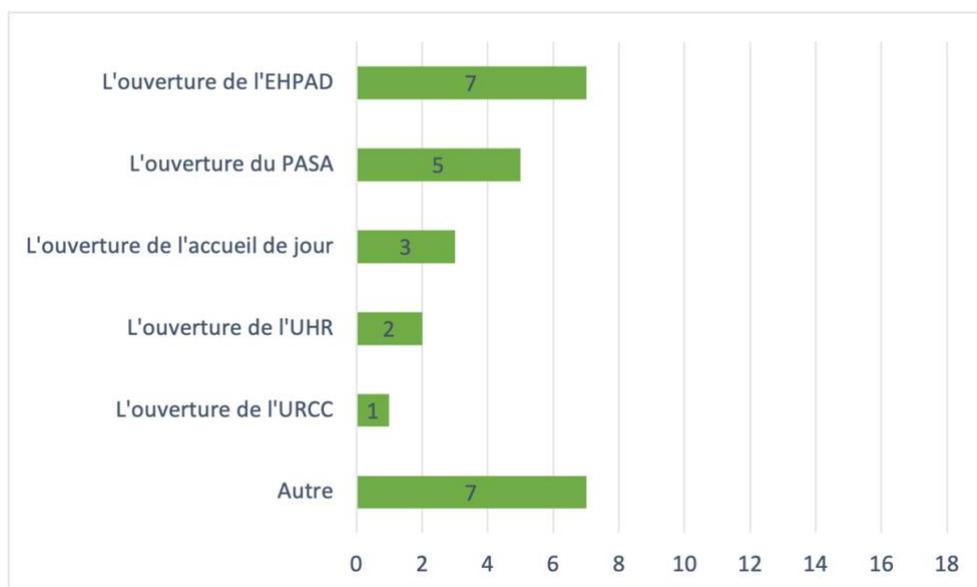


Figure 5 - Les événements lors desquels le jardin a été créé, par rapport à un effectif total de 18.

Parmi les réponses « Autre », 5 thérapeutes ont indiqué que le jardin thérapeutique a été créé des années après l'ouverture de la structure. Un ergothérapeute, travaillant en UCC, a répondu que la création a eu lieu à l'ouverture de la clinique et un dernier à l'ouverture de l'UVA.

Nous avons souhaité ensuite connaître les modalités de conception du projet de jardin thérapeutique. Elles sont présentées dans le Tableau 3.

Modalités de conception du projet de jardin thérapeutique	Le jardin était présent avant l'arrivée de l'ergothérapeute	L'ergothérapeute a participé à la conception	Sans participer à la conception, l'ergothérapeute est force de propositions	L'ergothérapeute ne participe pas au projet
Nombre d'ergothérapeutes concernés sur 18	8	6	3	1

Tableau 3 - Les modalités de la mise en place d'un projet de jardin thérapeutique, par rapport à un effectif total de 18.

Ensuite, nous avons questionné les répondants sur les formations. Sur les 18, seulement 3 ont participé à une formation à propos du jardin thérapeutique. Parmi ces 3, seulement 1 a participé au projet en étant source de propositions.

Pour la partie suivante du questionnaire, nous avons souhaité le proposer qu'aux thérapeutes investissant le jardin avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ils étaient alors 16 ergothérapeutes concernés. L'**effectif total** pour les questions qui suivent est alors de **16**.

Nous nous sommes intéressé aux éléments constituant le jardin. Les résultats obtenus sont présentés par la Figure 6.

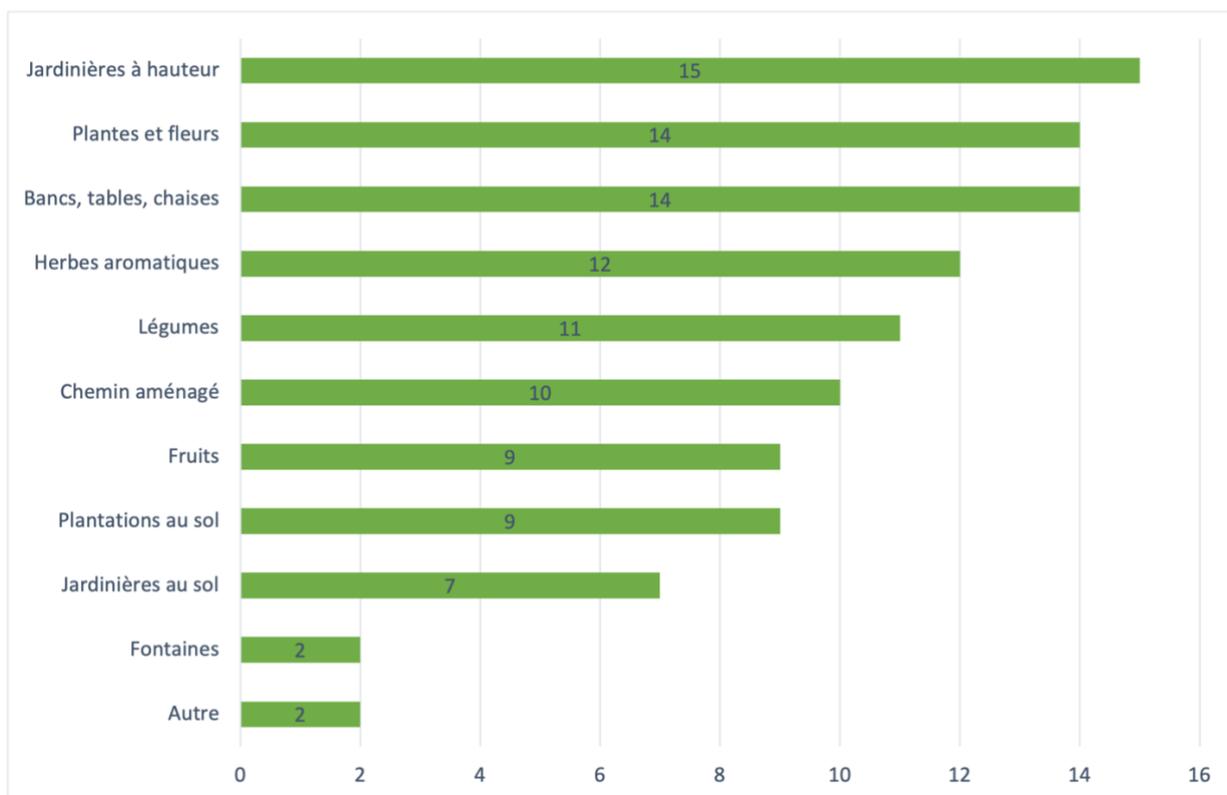


Figure 6 - Les éléments composants le jardin, par rapport à un effectif total de 16.

Parmi les réponses « Autre », nous retrouvons les arbres fruitiers et des vignes.

Ensuite, nous souhaitons connaître les modalités d'accès au jardin.

- Pour 9 professionnels sur 16, le jardin était accessible toute l'année. Pour les autres, le jardin n'était accessible qu'au printemps et en été.
- Dans 11 cas sur 16, les résidents pouvaient se rendre seul dans le jardin. Pour les autres, ce n'était pas possible pour des raisons de sécurité.
- Pour 13 des ergothérapeutes, le jardin était accessible à tout moment de la journée. Pour les 3 autres, il n'était accessible qu'au moment des activités ou bien en présence d'un accompagnant (professionnels ou famille, proches).

Nous nous sommes interrogés ensuite sur les différents professionnels qui utilisaient le jardin. Les réponses obtenues sont présentées par la Figure 7.

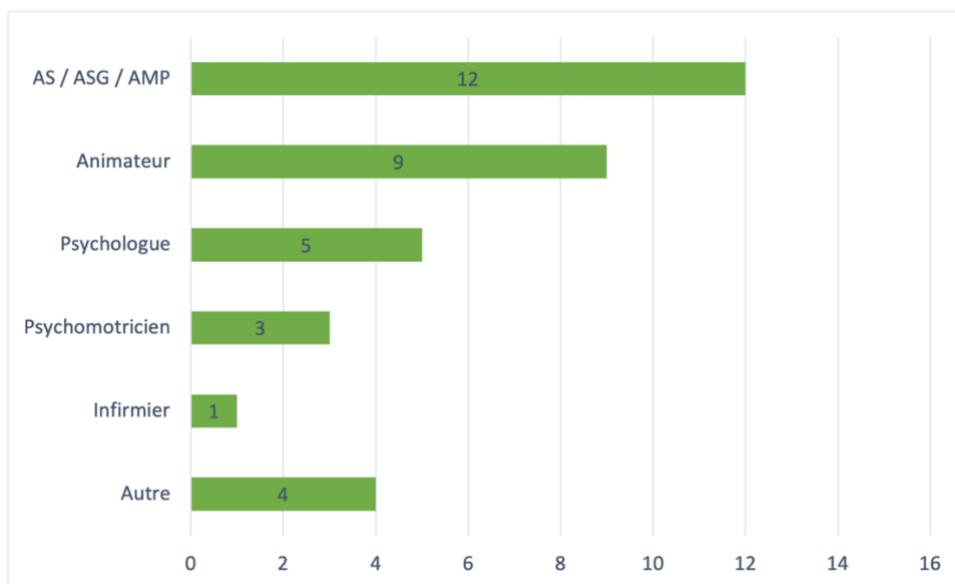


Figure 7 - Les professionnels utilisant le jardin, par rapport à un effectif total de 16.

Parmi les réponses « Autre », nous retrouvons un agent de service hospitalier ainsi qu'un art-thérapeute. 2 thérapeutes ont également noté la réponse « ergothérapeute » dans la case « Autre ».

La suite du questionnaire portait sur le détail des séances d'ergothérapie au sein du jardin. Ces questions s'adressaient alors aux ergothérapeutes réalisant des séances. Nous avons alors posé la question et parmi les 16, ils étaient 13 à réaliser des séances au sein du jardin. **L'effectif total** pour la suite des questions est alors de **13**.

4. Les séances d'ergothérapie au sein du jardin

Dans un premier temps, nous avons questionné les ergothérapeutes concernant les raisons de leur choix de médiateur. Les réponses obtenues sont détaillées par la Figure 8.

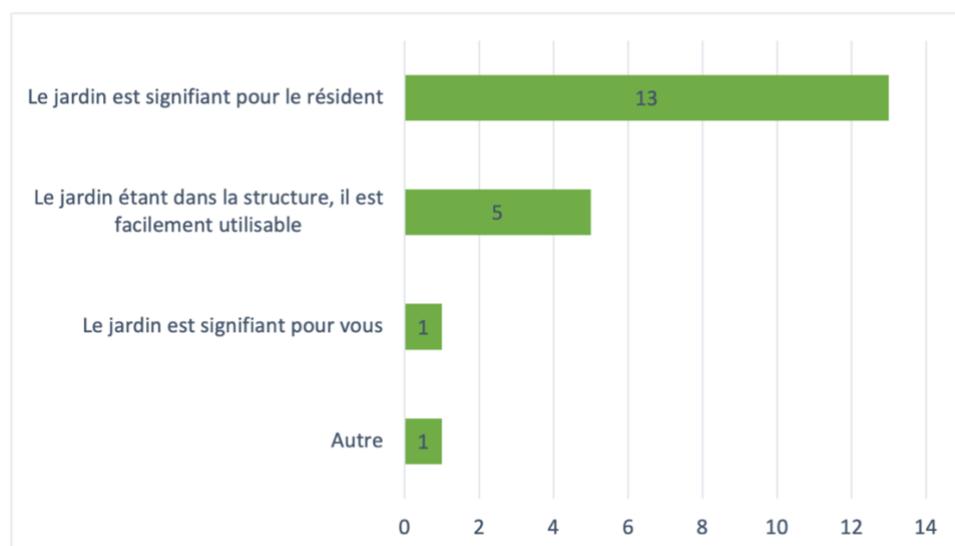


Figure 8 – Les raisons du choix du médiateur, par rapport à un effectif total de 13.

Parmi les réponses « Autre », nous retrouvons un ergothérapeute exprimant son plaisir de travailler en extérieur car il habitait dans le sud.

Nous souhaitons également savoir selon quels critères les ergothérapeutes proposaient l'activité jardin. Ces critères sont détaillés par la Figure 9.

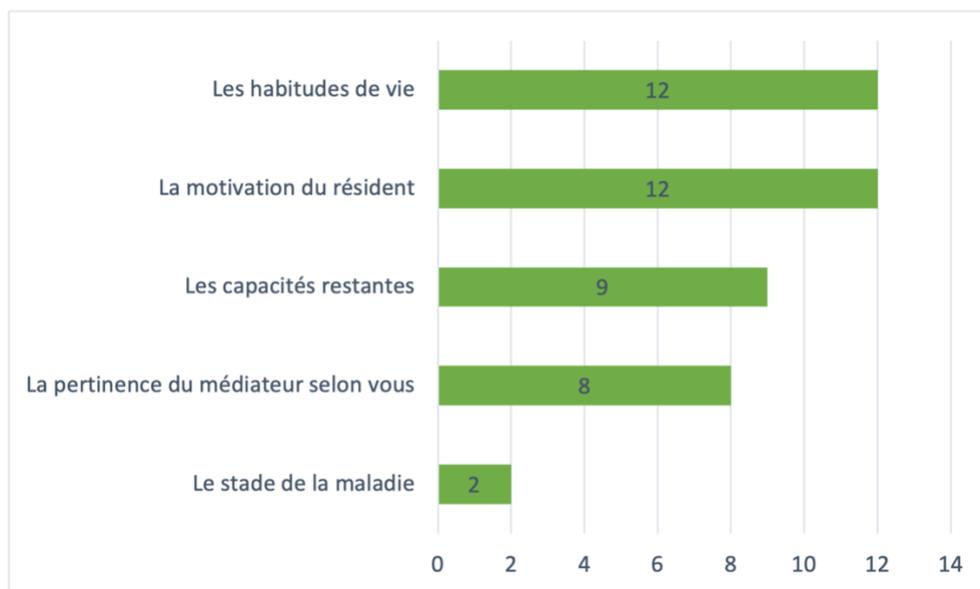


Figure 9 - Les critères selon lesquels l'activité est proposée aux résidents, par rapport à un effectif total de 13.

Nous avons ensuite questionné les ergothérapeutes à propos de leurs objectifs de séances. Tout d'abord, nous avons demandé la nature de leurs objectifs. Ceux-ci sont présentés par la Figure 10.

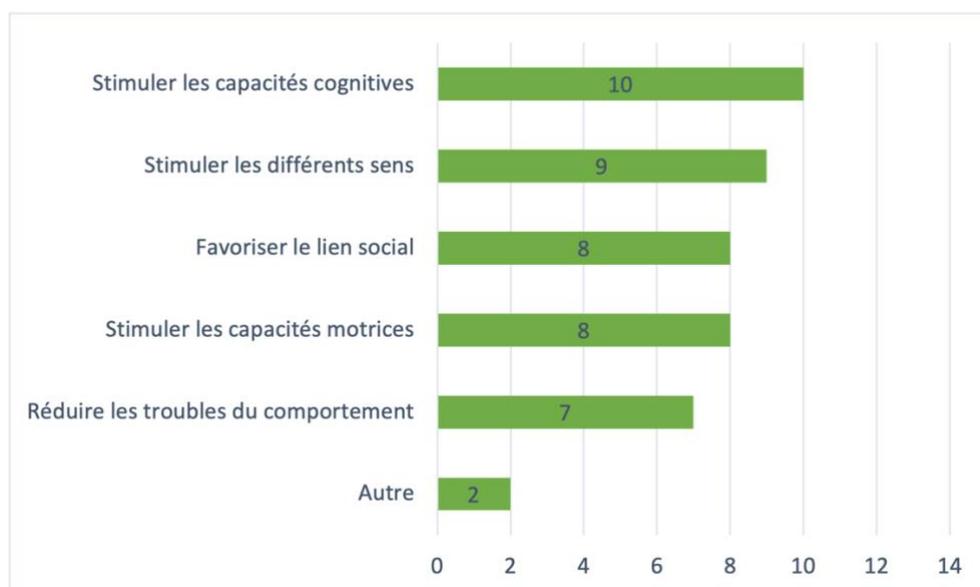


Figure 10 - Les objectifs des séances, par rapport à un effectif total de 13.

Parmi les réponses « Autre », nous retrouvons le « développement de l'ouverture d'esprit » ainsi qu'une ergothérapeute qui a précisé que les objectifs dépendaient de chaque résident.

La question suivante avait pour but de connaître la temporalité des objectifs. Cela est décrit par la figure 11.

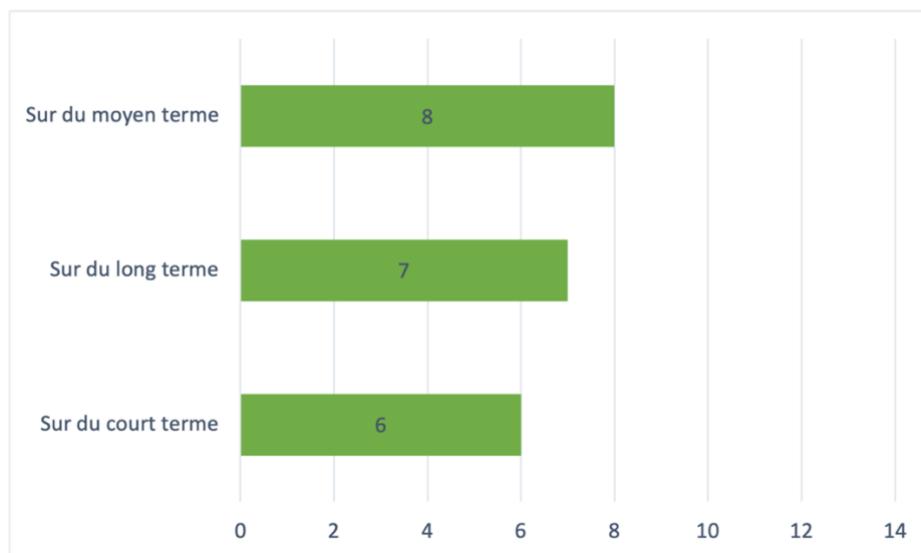


Figure 11 - La temporalité des objectifs, par rapport à un effectif total de 13.

De plus, nous avons voulu savoir comment les ergothérapeutes évaluaient leurs objectifs. 10 ergothérapeutes utilisaient des grilles d'observation faites maison et parmi eux 3 utilisaient en plus des évaluations validées. Un ergothérapeute évaluait le résident de façon globale au fil des séances. Un répondant utilisait exclusivement des évaluations validées. Un ergothérapeute n'a pas su répondre à la question.

Nous nous sommes intéressés aux différentes évaluations validées. NPI-ES apparaissait deux fois dans les réponses, le MMSE et le EMAE apparaissait une fois chacun.

La question suivante permettait de savoir s'ils réalisaient des séances individuelles ou de groupe. Pour 9 d'entre eux, ils effectuaient des séances en individuel et aussi en groupe. Pour les 4 autres, ce sont exclusivement des séances de groupes.

Nous avons ensuite interrogé les thérapeutes sur la fréquence (Figure 12), la durée (Figure 13) et le contenu des séances (Figure 14).

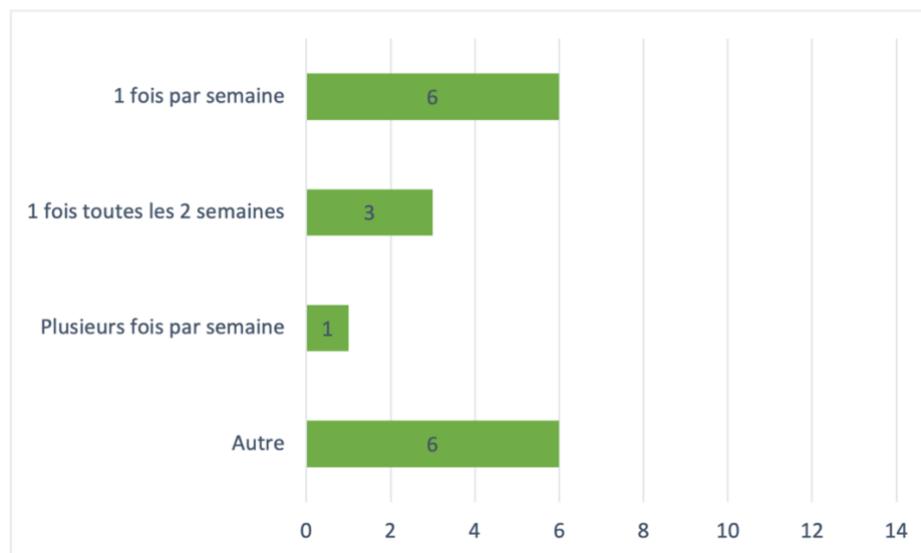


Figure 12 - La fréquence des séances, par rapport à un effectif total de 13.

Parmi les réponses « Autre », les ergothérapeutes insistaient sur le côté aléatoire. D'après eux, cela dépendait de la météo, de la période de l'année et donc des différentes tailles et plantations.

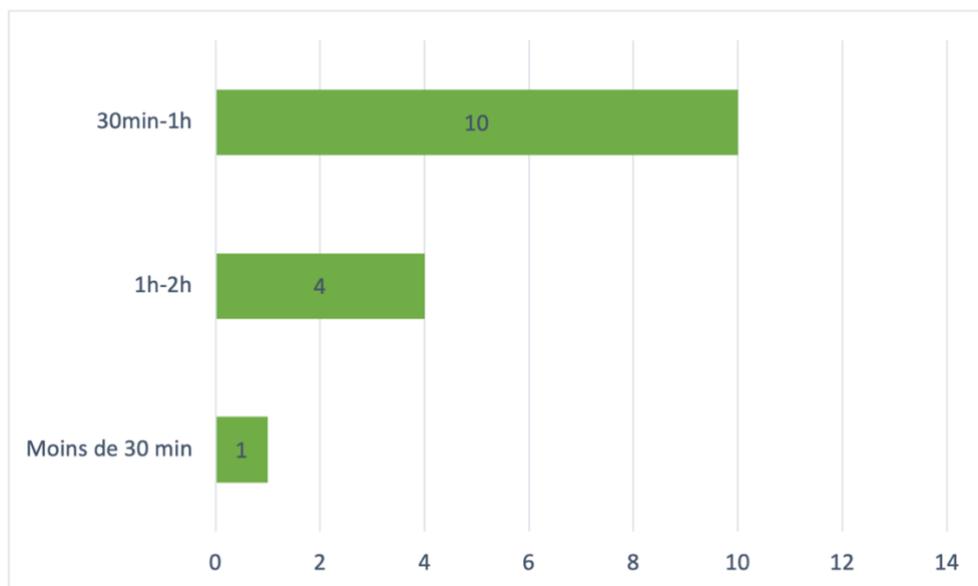


Figure 13 - La durée des séances, par rapport à un effectif total de 13.

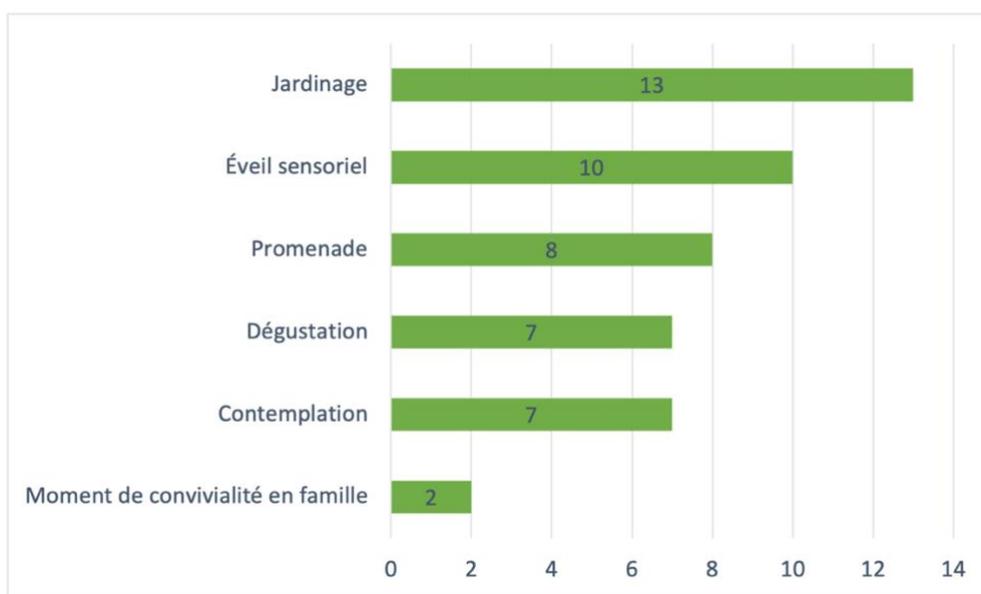


Figure 14 - Les activités réalisées durant les séances, par rapport à un effectif total de 13.

5. L'utilisation du jardin en dehors de séances

Les questions suivantes portant sur l'utilisation en dehors de séances, elles ont été proposées à l'effectif de 16 ergothérapeutes.

Nous avons d'abord questionné la fréquence de ces utilisations. Les réponses obtenues sont décrites par le Tableau 4.

La fréquence d'utilisation du jardin en dehors de séances	Très souvent	Assez souvent	Occasionnellement	Rarement	Jamais
Nombre d'ergothérapeutes concernés sur 16	2	5	8	1	0

Tableau 4 - Les fréquences d'utilisation du jardin en dehors de séances, par rapport à un effectif total de 16.

Nous avons ensuite interrogé les répondants concernant le but de ces utilisations. Les réponses sont détaillées par la Figure 15.

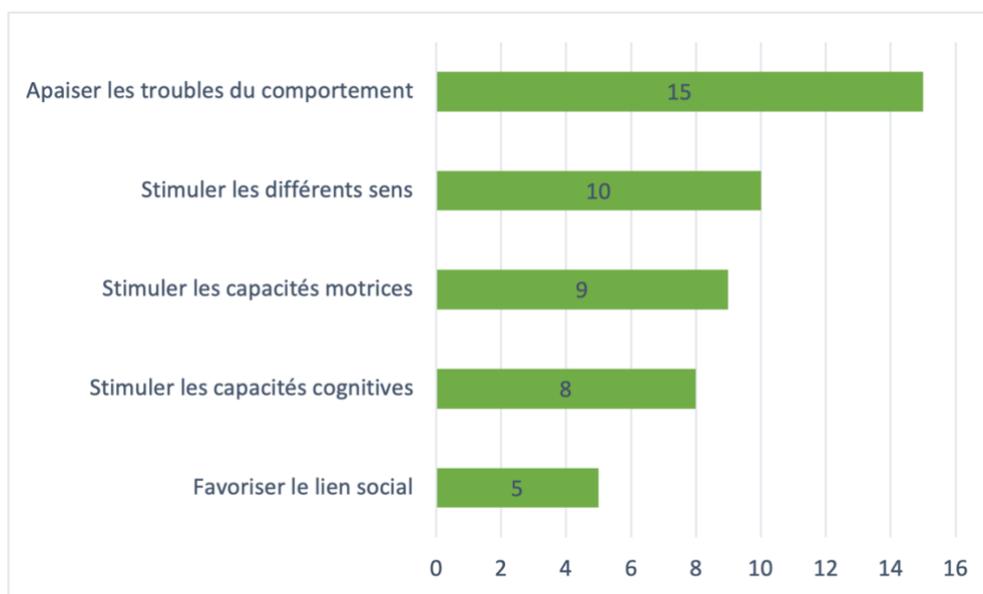


Figure 15 - Les objectifs de l'utilisation du jardin en dehors de séances, par rapport à un effectif total de 16.

Nous avons demandé ensuite aux ergothérapeutes quelles activités ils réalisaient au sein du jardin dans ces cas-là. Les réponses sont décrites par la Figure 16.

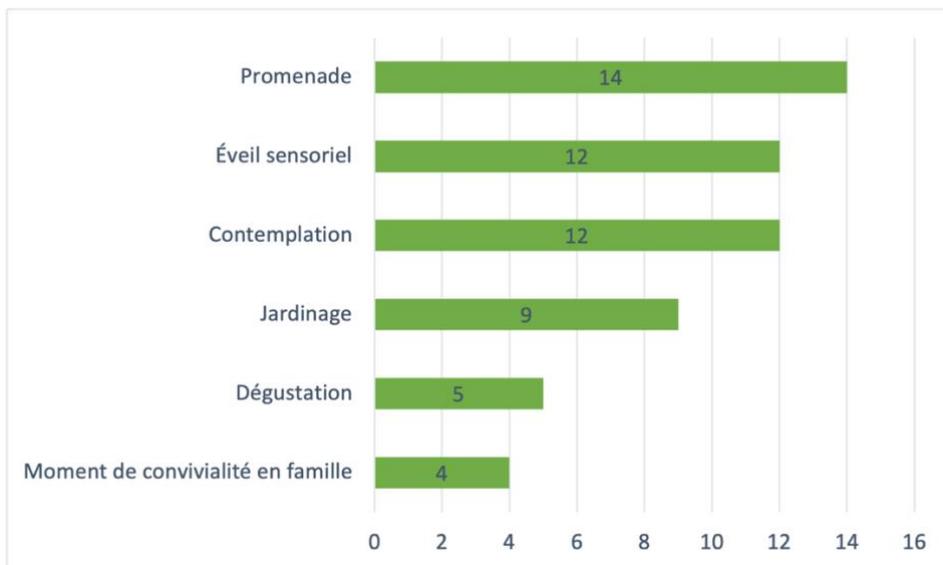


Figure 16 - Les activités réalisées au sein du jardin en dehors des séances, par rapport à un effectif de 16.

6. Le point de vue de l'ergothérapeute de façon globale

L'effectif total pour la question suivante est de 18 car elle a été posée aux ergothérapeutes travaillant dans une structure où un jardin était présent mais pas utilisé avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Nous les avons questionnés sur les freins et les barrières à l'utilisation du jardin selon eux. Les réponses sont détaillées par la Figure 17.

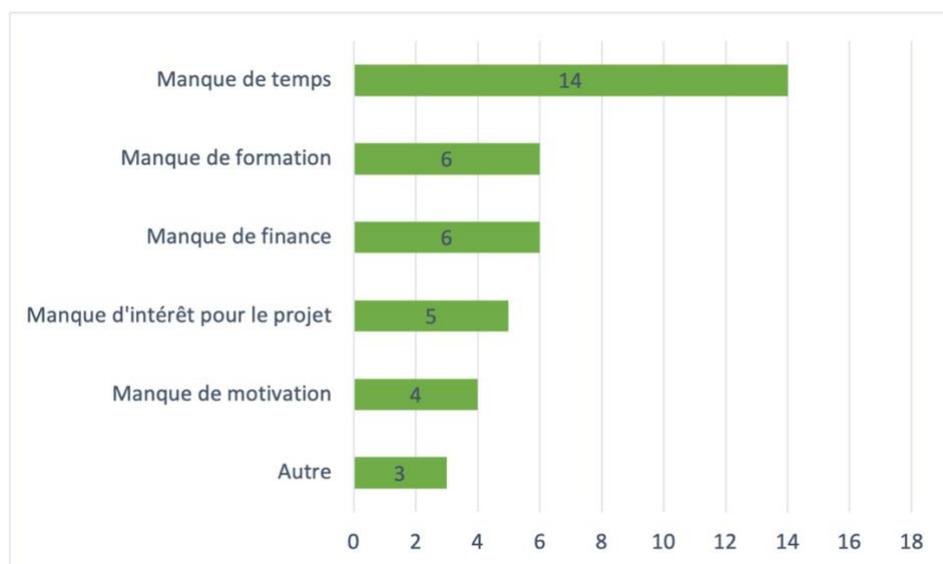


Figure 17 - Les freins à l'utilisation du jardin, par rapport à un effectif de 18.

Parmi les réponses « Autre », nous retrouvons un ergothérapeute qui a été embauché il y a peu et qui n'a pas encore mis en place l'activité. Un ergothérapeute a précisé que le jardin était utilisé par beaucoup de professionnels et qu'il était difficile de maintenir une organisation et d'assurer une utilisation commune. Un dernier professionnel a indiqué que l'utilisation peut être biaisée par la baisse de motivation du résident en fonction de la météo.

La question suivante portait sur les freins et les barrières à la création d'un jardin. Elle a alors été posée aux ergothérapeutes ayant signifié qu'il n'y avait pas de jardin dans la structure dans laquelle ils exerçaient. **L'effectif total** est de 7. Les réponses obtenues sont décrites par la Figure 18.

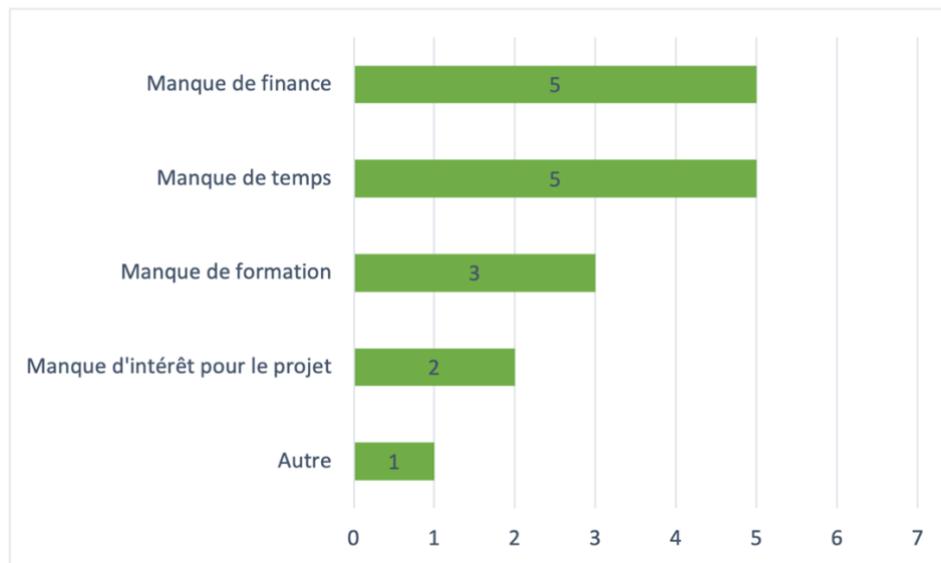


Figure 18 - Les freins à la création d'un jardin, par rapport à un effectif total de 7.

Parmi les réponses « Autre », un ergothérapeute a indiqué que le manque d'espace adéquat empêchait la création d'un jardin.

Ensuite, la question suivante a été posée aux ergothérapeutes qui travaillaient dans une structure où il n'y avait pas de jardin ainsi qu'aux ergothérapeutes qui n'utilisaient pas le jardin avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. **L'effectif total** est de 9. Nous leur avons demandé s'il souhaitait utiliser le jardin comme médiateur avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'ensemble des 9 ergothérapeutes a répondu « Oui » à la question.

Enfin pour terminer, nous avons proposé une question finale ouverte pour que les ergothérapeutes puissent apporter des éléments supplémentaires. Voici les réponses obtenues :

- « Le jardin thérapeutique est un outil de médiation très clivant utilisé seulement sous forme de jardinage par contre les multiples attraits cognitifs avec la reconnaissance des plantes et sensoriels en font un médiateur vraiment complet »
- « Malheureusement on me demande de travailler plus l'animation avec les gens "biens" en grand groupe »
- « Nécessité que ce soit un vrai projet institutionnel car besoin de personnels relais actifs (entretien du jardin, pérennité de l'intervention) qui est incompatible avec la plupart des fonctionnements en public aujourd'hui (auto-remplacement, surcharge, priorisation des interventions) »
- « On parle souvent de jardin thérapeutique au lieu d'hortithérapie. Pour moi le jardin thérapeutique est juste la pour être observé »
- « Pour qu'un jardin puisse être vraiment rentabilisé au niveau intérêt thérapeutique, il faut qu'il soit inclu dans la structure dès la conception du service, afin d'être en accès immédiat/libre aux personnes ».

La discussion

Nous rappelons notre problématique qui est :

Quelles sont les méthodes d'utilisation du « Jardin Thérapeutique » des ergothérapeutes en France en institution avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Afin de répondre à cette problématique, nous allons analyser plus en détail les résultats présentés auparavant. La réponse à la problématique se fera par la validation ou le rejet de nos hypothèses.

1. Les objectifs de l'étude

Les différents objectifs de notre recherche étaient de :

- Décrire la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par le biais du médiateur jardin thérapeutique.
- Recueillir l'avis d'ergothérapeutes sur l'utilisation du jardin thérapeutique avec ces résidents
- Mettre en avant l'importance de l'ergothérapie dans la mise en place de l'atelier jardin thérapeutique.

2. Réponse à la problématique

Notre étude a permis de mettre en évidence la façon dont les ergothérapeutes utilisent le jardin thérapeutique comme médiateur avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution. Afin de détailler cette pratique, nous allons valider ou rejeter chacune de nos hypothèses.

2.1. Les facteurs d'influence

Comme décrit dans les résultats, aucune corrélation n'a pu être faite entre l'utilisation du jardin thérapeutique et l'âge, la date de diplôme, la structure dans laquelle les ergothérapeutes exercent et leur quotité de temps de travail. Cela est peut être dû à un nombre de réponses trop restreint qui ne permet pas de mettre en avant ce type de corrélations.

2.2. La généralisation des pratiques

Hypothèse 1 : L'existence de guides, de recommandations et de formations permettent de généraliser la pratique et l'utilisation des jardins thérapeutiques par les ergothérapeutes en France auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Grâce aux questions 8-12 ; 17 ; 33

2.2.1. Les formations

Seulement 3 ergothérapeutes sur les 18 qui l'utilisent sont formés à une utilisation optimale de ce médiateur dans leur pratique professionnelle. Il est à noter que parmi ces 3, seul un professionnel est source de propositions pour le projet de jardin thérapeutique. Nous pouvons alors observer que l'investissement dans le projet de jardin thérapeutique n'est pas directement lié à la participation à des formations sur le sujet. Nous pouvons également dire

que les formations ne sont pas obligatoires pour utiliser cet outil mais elles permettent d'avoir de nombreuses notions sur le sujet. L'investissement et la participation à des projets au sein de l'institution reste de toute façon propre à chaque professionnel.

2.2.2. Les séances d'ergothérapie

Tous les ergothérapeutes interrogés réalisent des séances en groupe. Leurs objectifs principaux sont les stimulations cognitive et sensorielle (Figure 10). Cela reflète notamment les recherches effectuées par Kevin Charras (26) concernant l'impact de l'utilisation du jardin thérapeutique sur les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence mais c'est aussi en lien avec les recommandations de l'HAS concernant les thérapies non-médicamenteuses (5).

Le jardin thérapeutique possède plusieurs bénéfices, autre que cognitif et sensoriel. Il semblerait alors que les ergothérapeutes n'utilisent que partiellement le potentiel de cet outil et qu'ils priorisent certains objectifs. Par exemple, comme décrit dans la Figure 10, les ergothérapeutes semblent porter moins d'importance à la composante motrice de l'activité. Pourtant, d'après la Figure 14, l'activité la plus souvent réalisée au sein du jardin est le jardinage, activité davantage liée à l'hortithérapie. D'après Dr. Patrick Bacquaert et Dr Frédéric Maton (27), le jardinage présente de nombreux avantages sur le plan moteur. En effet, cette activité permet la sollicitation des capacités cardiorespiratoires, la mobilisation musculaire et articulaire et la dépense énergétique par différents mouvements. D'après la Figure 6, au sein du jardin, il y a des plantations au sol (9 ergothérapeutes sur 16), des jardinières au sol (7 ergothérapeutes sur 16) et des chemins aménagés (10 ergothérapeutes sur 16). Cela sous-entend que les résidents doivent se déplacer, se baisser et se relever. Ces mouvements sollicitent les capacités physiques. De plus, lorsque les résidents coupent, taillent, plantent, bêchent, les fonctions motrices de leurs membres supérieurs sont sollicitées. Les ergothérapeutes n'identifient peut être pas la stimulation motrice comme un objectif principal cependant elle représente une composante importante lors de la réalisation de l'activité et peut notamment avoir un impact dans la réduction du risque de chutes, mission clé de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées. Nous pouvons ici nous questionner concernant le manque de formation spécifique qui peut, peut être, être à l'origine d'une utilisation que partielle du médiateur jardin thérapeutique.

2.2.3. L'utilisation du jardin en dehors de séances

Les objectifs de ces temps d'utilisations sont légèrement différents des séances. L'objectif principal, d'après la Figure 15 est l'apaisement des troubles du comportement. Cela passe par trois activités principales qui sont la promenade, l'éveil sensoriel et la contemplation (Figure 16). Ces utilisations spontanées se font occasionnellement d'après les ergothérapeutes, lorsque le besoin se fait ressentir. Cela reflète notamment les recherches effectuées par Kevin Charras (26) montrant l'impact de l'utilisation du jardin thérapeutique sur les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence.

2.2.4. Les évaluations

Afin d'évaluer leurs objectifs, la plupart des ergothérapeutes interrogés (10 ergothérapeutes sur 13) utilisent en priorité des grilles d'observation faites maison afin d'évaluer les résidents. 4 ergothérapeutes utilisent des évaluations validées, dont 1 qui les utilise exclusivement. Cela reflète en partie les recommandations faites dans le guide pratique

pour la conception et l'élaboration de jardins (20) dans lequel des évaluations sont conseillées afin de pouvoir mesurer les bénéfices que le jardin thérapeutique apporte. Le guide recense les outils les plus utilisés. Dans un premier temps, à l'image de nos résultats, les évaluations qualitatives réalisées en fonction de chaque jardin permettent d'observer différents critères tels que la motivation, la participation, les troubles du comportement, le degré d'autonomie, la relation avec les autres, le repérage, etc. Un ensemble de données peut être récolté grâce à ce type d'observations qualitatives. De plus, le guide conseille des échelles et des mesures quantitatives par le biais d'outils standardisés, comme le font 4 des ergothérapeutes questionnés. Ils permettent d'obtenir des résultats chiffrables pouvant être comparés à des normes. Parmi ces outils, les ergothérapeutes peuvent utiliser des échelles psychométriques telles que la qualité de vie SF16, les échelles cognitives, les échelles de dépression, etc. D'après les résultats, les ergothérapeutes utilisent la NPI-ES (troubles du comportement), le MMSE (évaluation cognitive) et l'EMAE (évaluation multifocale de l'activité). Les mesures quantitatives peuvent également être réalisées grâce à des indicateurs de suivi et notamment des mesures physiologiques (poids, analyses sanguines, rythme cardiaque, etc.). Cela n'est pas du ressort de l'ergothérapeute mais d'autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire. Le travail interdisciplinaire est essentiel dans la prise en soin des résidents. D'après Fougeyrollas P. et Lavoie J. (28), l'équipe interdisciplinaire permet une compréhension intégrée des problèmes et des besoins des résidents. Les professionnels sont en perpétuelles interactions et cela permet de s'enrichir mutuellement au niveau des connaissances, des besoins des résidents et de leurs évaluations. Comme le présente la Figure 7, différents professionnels interviennent au sein du jardin. Cela vient conforter l'importance d'un travail en interdisciplinarité dans notre pratique en ergothérapie.

2.2.5. Les freins et les barrières à l'utilisation

Les séances sont réalisées principalement une fois par semaine mais la météorologie et les périodes de l'année impactent les fréquences de réalisation (Figure 12). En effet, l'activité est dépendante du temps extérieur. Comme le souligne un ergothérapeute, les personnes âgées peuvent être sensibles à la météorologie et leur motivation pour l'activité peut osciller selon les jours (vents, froids, chaleur). Cela peut être vu comme une contrainte mais c'est aussi la symbolique de vie du jardin. Comme cela est décrit dans le guide pratique pour la conception et l'élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires (20), le jardin est directement relié au cycle de la vie. Sa perpétuelle évolution en fonction de la météorologie au fur et à mesure des jours, des mois et des saisons rend ce médiateur vivant. De plus, cela fait le lien avec les recherches de Kevin Charras (26). En effet, il avait déjà soulevé ce problème. Afin d'assurer une pérennité de l'usage des jardins et de s'adapter aux modalités climatiques, selon lui, il est intéressant d'installer des aménagements et des protections selon les différentes saisons. Cela permettrait aux résidents d'être protégés des intempéries et d'ainsi pouvoir investir une partie du jardin malgré les variations météorologiques.

De plus, un frein à l'utilisation peut être l'accessibilité restreinte. En effet, d'après nos résultats, pour 3 ergothérapeutes le jardin n'est pas accessible toute l'année. De plus 5 ergothérapeutes signalent l'impossibilité pour les résidents de s'y rendre seuls. Cela questionne la présence d'un cahier des charges. En effet, d'après le cahier des charges relatif aux PASA et UHR (17), le jardin doit être un espace clôt et sécurisé permettant aux résidents d'accéder librement à cet espace.

Comme décrit par la Figure 7, de nombreux professionnels interviennent au sein du jardin. D'après un ergothérapeute, cela peut représenter une barrière car il souligne qu'il est difficile de maintenir une organisation et une utilisation commune. Cette problématique vient peut être souligné un travail pluriprofessionnel et non interdisciplinaire dans ce cas-là. Les compétences de chaque intervenant doivent se croiser afin d'optimiser l'utilisation, de répondre au mieux aux besoins des résidents et faire perdurer le projet dans le temps, comme décrit dans le guide pratique pour la conception et l'élaboration de jardins. Il serait intéressant de questionner ici la présence de réunion à propos du projet de jardin thérapeutique afin de réajuster les pratiques.

Les contraintes du terrain et des espaces peuvent aussi influencer la création d'un jardin à but thérapeutique. Comme l'explique un ergothérapeute, le manque d'espace adéquat est un frein. Un autre thérapeute souligne l'intérêt d'inclure le jardin dès la conception de la structure afin qu'il puisse être exploité et accessible facilement. Même si le jardin doit se situer plus loin des lieux de vie, un jardin même délocalisé a des avantages. Comme décrit dans le guide pratique pour la conception et l'élaboration de jardins (20), il permet de sortir, de changer de lieu, de partager des activités, de nouer des relations même avec des personnes qui ne vivent pas dans l'institution.

Le jardin nécessitant un entretien important. Comme le signale un ergothérapeute, il est important d'intégrer la présence d'un jardinier, personne relais, lors de la conception du projet, comme le conseillent la fondation Médéric Alzheimer, l'école nationale supérieure de paysage de Versailles et l'association jardins et santé (20). En effet, le jardinier sera en charge de l'entretien général du jardin. Selon les institutions, ce travail n'est pas pris en compte lors de la création du projet, ce qui peut créer des problématiques par la suite et même impacter la pérennité du jardin thérapeutique.

Après avoir abordé ces différents points, nous pouvons constater qu'une pratique et des méthodes communes ressortent de notre étude. Cependant, il peut être difficile de généraliser les pratiques à cause des contraintes institutionnelles et personnelles. Par conséquent, nous pouvons dire que l'hypothèse n'est que partiellement validée.

2.3. L'influence de la méconnaissance des bénéfices du jardin thérapeutique

Hypothèse 2 : La méconnaissance des bénéfices du jardin thérapeutique influe sur la mise en place du jardin comme médiateur thérapeutique auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Grâce aux questions : 6 ; 7 ; 10 ; 11

Nous avons questionné les ergothérapeutes sur leur opinion concernant les bienfaits du jardin thérapeutique. A l'unanimité, selon la Figure 4, les ergothérapeutes estiment que cet outil stimule les différents sens. Un grand nombre pensent également qu'il permet la stimulation cognitive (24 ergothérapeutes sur 25), l'apaisement des troubles comportementaux (23 ergothérapeutes sur 25), la stimulation motrice (22 ergothérapeutes sur 25) et la favorisation des liens sociaux (21 ergothérapeutes sur 25). Ils sont tous conscients de certains bienfaits de ce médiateur. 18 sur 25 ergothérapeutes signalent la présence d'un jardin dans la structure dans laquelle ils exercent et 16 sur ces 18 investissent le jardin avec les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Nous pouvons alors observer que les ergothérapeutes ont connaissance des bénéfices du jardin thérapeutique et que cela peut, peut être, influencer

l'utilisation plus fréquente de l'outil jardin auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Lorsqu'ils ont la possibilité (c'est-à-dire qu'un jardin est présent dans la structure où ils exercent), les ergothérapeutes utilisent et investissent le jardin. Comme dit précédemment, ils sont pourtant que 3 à avoir suivi une formation spécialisée. Nous pouvons nous questionner sur l'origine de leurs apprentissages. Une première approche sur les thérapies non-médicamenteuses est peut être proposée par les instituts de formation durant la formation initiale. Cela peut également être lié à la compétence de l'ergothérapeute de mettre en évidence le potentiel thérapeutique d'une activité. Comme décrit dans l'arrêté le 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute (3), cela fait partie de son champs de compétences. En effet, le professionnel étant formé au développement du potentiel thérapeutique d'une activité, il est en mesure d'utiliser tous les médiateurs possibles.

Notre hypothèse est alors déclinée.

2.4. L'influence de l'appétence de l'ergothérapeute pour l'activité jardin

Hypothèse 3 : L'appétence de l'ergothérapeute pour l'activité jardin influence la proposition de sa création et/ou de son utilisation comme médiateur auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Grâce aux questions : 18 ; 19 ; 30 ; 31

Selon les Figures 17 et 18, 5 ergothérapeutes sur 18 estiment que le manque d'intérêt pour le projet est un frein à l'utilisation du médiateur et 2 professionnels sur 7 pensent qu'il s'agit d'une barrière à la création du projet. Cependant, d'après les résultats présentés par la Figure 8, l'ensemble des ergothérapeutes ayant répondu choisit le jardin thérapeutique comme médiateur car il est signifiant pour le résident. Seul un ergothérapeute signale la signification de l'activité « jardin » pour lui.

En effet, la notion d'activité signifiante est essentielle dans la prise en charge en ergothérapie. La majorité des ergothérapeutes proposent l'activité jardin thérapeutique aux résidents selon leurs habitudes de vie et leur motivation. D'après I. Margot-Cattin (29), lors de démence, la mémoire procédurale est conservée et il faut alors la solliciter. Pour cela, il faut s'aider d'activités que la personne avait l'habitude de réaliser afin que les automatismes reviennent. La réalisation des actes se fera naturellement, sans réflexion et la personne va réagir à l'environnement en s'engageant dans l'activité. La sollicitation de la mémoire procédurale va permettre de déclencher les gestes spécifiques et auxquels la personne était habituée.

Cela rappelle encore une fois que la prise en charge en ergothérapie débute par la connaissance de la personne, son histoire et ses habitudes de vies présentes et passées.

L'hypothèse est alors rejetée.

→ Pour conclure, les cahiers des charges rendent obligatoire la présence de jardins, considérés comme thérapie non-médicamenteuse. Les compétences de l'ergothérapeute concernant le développement du potentiel thérapeutique d'une activité lui permettent d'optimiser l'utilisation de cet outil et d'en faire ressortir son potentiel thérapeutique. Cependant, l'utilisation du jardin thérapeutique rencontre des freins liés à des contraintes environnementales, météorologiques, institutionnelles et personnelles, ce qui peut limiter

l'utilisation du jardin par les professionnels. Le jardin thérapeutique ne semble que partiellement utilisé par les ergothérapeutes et les activités d'hortithérapie semblent privilégiées.

3. Limites et perspectives

Si nous prenons du recul sur cette étude, différentes limites apparaissent. Tout d'abord, le nombre de réponses ne permet pas de faire des généralisations. Il aurait fallu obtenir davantage de réponses pour cela.

Nous avons réalisé un premier état des lieux des pratiques actuelles qui nous a permis d'obtenir une vision globale. Cependant, l'étude pourrait être affinée notamment avec une méthode différente lors de la réalisation du questionnaire. Nous pourrions poser des questions afin de partir de l'expérience des ergothérapeutes pour les relier ensuite aux recommandations et aux guides d'utilisation. Pour cela, nous devrions limiter les questions fermées à choix multiples afin de laisser les professionnels libres et ne pas les guider dans leurs réponses. En effet, nous pensons que le fait de ne proposer qu'une sélection de réponses aux ergothérapeutes (pour les objectifs de séances par exemple), les a peut être guidé et aiguillé vers des réponses auxquelles ils n'auraient pas pensé spontanément. Cela a alors pu fausser certaines de nos réponses.

Nous pensons également que nous aurions dû définir le terme de « jardin thérapeutique » lors de la présentation du questionnaire afin d'éviter les amalgames avec l'hortithérapie.

Dans une poursuite de cette étude, nous pourrions questionner davantage chacun des objectifs de prise en soins des ergothérapeutes et s'intéresser aux moyens précis utilisés en fonction de chaque objectif.

Une utilisation que partielle du jardin thérapeutique ressort de notre étude. Il serait peut être intéressant de sensibiliser davantage les ergothérapeutes à la participation à des formations qui pourraient permettre une utilisation plus complète de l'outil et susciter des bénéfices plus importants pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pour les personnes âgées de façon générale. Le développement de nouvelles unités d'hébergement incluant un jardin thérapeutique représente une opportunité pour les ergothérapeutes, qui ont entièrement leur place dans la création d'un projet de jardin thérapeutique.

Conclusion

Chaque année, 5 à 7 millions de nouveaux cas de maladie d'Alzheimer sont recensés dans la population gériatrique mondiale (6). Ne pouvant pas guérir, de nombreuses thérapies non-médicamenteuses peuvent être proposées aux personnes atteintes de cette maladie afin d'améliorer leur quotidien. L'ergothérapeute, par son champs de compétences, joue un rôle important dans la mise en place de ces interventions non-pharmaceutiques. Il propose différentes activités. Nous avons souhaité, dans notre étude, observer la façon dont les ergothérapeutes utilisaient l'atelier jardin thérapeutique comme médiateur.

Ce travail a permis de réaliser un premier état des lieux de l'utilisation du jardin thérapeutique par les ergothérapeutes en institution avec des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Notre étude nous a permis de nous rendre compte que les bénéfices du jardin thérapeutique étaient reconnus par les ergothérapeutes et que cela faisait écho aux différentes études qu'il peut exister à ce sujet. La création de cet outil et sa mise en place peut parfois être limitée, faute de temps et de moyens. Cependant, certaines institutions et ergothérapeutes en font un élément essentiel de leur prise en soin. Dans la pratique, les ergothérapeutes utilisent en général les mêmes moyens afin d'atteindre des objectifs similaires, principalement liés à l'hortithérapie. Notre étude a révélé une pratique de base commune mais altérée par des contraintes de terrain.

Ce travail m'a conforté dans l'idée que le résident était au cœur de la prise en soin. Encore plus dans le cas de la maladie d'Alzheimer, le résident, de par ses habitudes de vie et son environnement, va nous guider tout au long de nos interventions. Malgré la démence, la personne reste actrice de sa prise en soin.

L'atelier jardin thérapeutique nécessite un grand nombre de notions afin d'exploiter au mieux l'ensemble de son potentiel thérapeutique. Le guide créé par la fondation Médéric Alzheimer, l'école nationale supérieure de paysage de Versailles et l'association jardins et santé en 2020 est très riche et apporte de nombreux éléments. Cependant, dans le cadre de la veille professionnelle et du réajustement de ses pratiques, des formations complémentaires sur le sujet semblent être intéressantes. Mes différents stages en gériatrie m'ont confortée dans l'idée de travailler plus tard auprès de personnes atteintes la maladie d'Alzheimer. Après avoir réalisé ce travail, j'en suis d'autant plus convaincue. J'ai acquis de nombreuses notions autour de l'outil jardin thérapeutique que je souhaiterai perfectionner avec des formations spécifiques afin de pouvoir réinvestir ce médiateur lors de mes futures prises en soin.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé. La démence [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.pdf>
3. Arrêté-du-5-juillet-2010-Formation-dergothérapeute.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2019/02/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute.pdf>
4. anesm_troubles_comportement_1.pdf.
5. recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_cha
rge.pdf.
6. Robinson M, Lee BY, Hane FT. Recent Progress in Alzheimer's Disease Research, Part 2: Genetics and Epidemiology. :14.
7. Zucchella C, Sinforiani E, Tamburin S, Federico A, Mantovani E, Bernini S, et al. The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. *Front Neurol.* 13 déc 2018;9:1058.
8. accompagnement_etablissement_medico_social.pdf.
9. brochure-alzheimer-therapies-non-medicamenteuses-domusvi.pdf.
10. Plan Alzheimer 2001-2005.pdf.
11. Plan Alzheimer 2004-2007 [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1synthese.pdf>
12. Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux.
13. Caire J-M. Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. 2008.
14. Villaumé A. Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* févr 2019;19(109):30-8.
15. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. 2006;333:4.
16. De Gunzburg B. Histoire et devenir des jardins dans les établissements hospitaliers. *Pour.* 2014;224(4):225.
17. cahierdeschargesPASA_et_UHR-2.pdf.
18. Nancy, pionnier en biodiversité thérapeutique [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/nancy-pionnier-en-biodiversite-therapeutique/>
19. Levy J. Jardin. In: *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés.* Paris; 2003.
20. Fondation Médéric-Alzheimer, École nationale supérieure du paysage (Versailles), Jardins & santé (Versailles). Conception et élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Paris: Fondation Médéric Alzheimer; 2020.
21. Jardins thérapeutiques [Internet]. Fédération Française Jardins Nature et Santé. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://f-f-jardins-nature-sante.org/jardins-therapeutiques>
22. Pellissier J. Jardins thérapeutiques et hortithérapie. 2017.
23. Blake M, Mitchell G. Horticultural therapy in dementia care: a literature review. *Nursing Standard.* 20 janv 2016;30(21):41-7.
24. Centre de formation | Domaine de Chaumont-sur-Loire [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://domaine-chaumont.fr/fr/centre-de-formation>
25. enquête_unep_ipsos_2013.pdf.
26. Charras K, Laulier V, Varcin A, Aquino J-P. Designing gardens for people with dementia: literature review and evidence-based design conceptual frame. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement.* déc 2017;15(4):417-24.
27. Le jardinage, une activité qui préserve votre jeunesse [Internet]. IRBMS. 2019 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/la-pratique-du-jardinage/>
28. FOUGEYROLLAS Patrick, LAVOIE Julie. De la pluri, à la multi vers l'interdisciplinarité de

- l'approche-programme [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <http://noemed.univ-rennes1.fr/sisrai/art/approche-programme.html>
29. I. Margot-Cattin, Eric Trouvé. La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée. In: Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques.
 30. Les traitements : construire le parcours de soin [Internet]. France Alzheimer. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/la-maladie-dalzheimer/traitements-construire-parcours-de-soin/>
 31. Traitements de la maladie d'Alzheimer : quels sont-ils ? [Internet]. Fondation Vaincre Alzheimer. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.vaincrealzheimer.org/traitements-maladie-alzheimer/>
 32. Les traitements médicamenteux de la maladie d'Alzheimer [Internet]. Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/prise-charge-traitements/medicamenteux/>
 33. Les traitements non médicamenteux - Fondation Recherche Alzheimer [Internet]. Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/prise-charge-traitements/non-medicamenteux/>
 34. Place des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/questions_alzheimer_fiche_bum_mars_2012.pdf
 35. Poirier N, Gil R. Les approches non médicamenteuses. L'âge et la vie - Prendre soin des personnes âgées et des autres. 20 juill 2018;205-19.
 36. Maladie d'Alzheimer : une prise en charge globale du patient [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/maladie-d-alzheimer/patient-alzheimer-prise-en-charge-globale>
 37. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
 38. Fondation Alzheimer [Internet]. Fondation Alzheimer. 2020 [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.fondation-alzheimer.org/le-nombre-de-personnes-atteintes-de-maladie-dalzheimer-devrait-doubler-en-30-ans/>
 39. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#tableau-figure1>
 40. Dispositifs de prise en charge des malades d'Alzheimer ou apparentés [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/dispositifs-de-prise-en-charge-des-malades-dalzheimer-ou-apparentes>
 41. Alzheimer INSERM [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
 42. DGOS. La maladie d'Alzheimer [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>
 43. Les stades de la maladie d'Alzheimer [Internet]. Société Alzheimer du Canada. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <http://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/quest-ce-que-la-maladie-dalzheimer/les-stades-de-la-maladie>
 44. Société Alzheimer [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: https://archive.alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/progression-series/evolution_survol.pdf
 45. Stern Y. Epidemiology of Alzheimer Disease. [cité 12 avr 2021]; Disponible sur: <https://core.ac.uk/reader/161458564>
 46. Fiche de poste EHPAD.pdf.
 47. L'activité : l'outil privilégié de l'ergothérapeute.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/2~v~activite_outil_privilegie.pdf
 48. Barral C. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*. 2007;27(2):231-46.
 49. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.pdf.
 50. Plan maladies neurodégénératives 2014-2019.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_PMND_18112014.pdf

Annexes

Annexe I. Les thérapies non médicamenteuses.....	43
Annexe II. Le questionnaire.....	44

Annexe I. Les thérapies non médicamenteuses

Atelier ou approche	Stimulation des capacités sensorielles	Stimulation des capacités cognitives	Stimulation des capacités motrices	Stimulation des liens sociaux	Réduction des troubles du comportement et de l'humeur	Réduction de la douleur
1 - Aromathérapie						
2 - Art-thérapie						Selon discipline
3 - Atelier mémoire						
4 - Bain thérapeutique/balnéothérapie			Balnéo			
5 - La thérapie par le Chant						
6 - La thérapie par la Cuisine ou la pâtisserie						
7 - La thérapie par la Danse						
8 - Équilibre						
9 - Gymnastique douce						
10 - La thérapie par le Jardinage						
11 - Jardin thérapeutique		Si plusieurs personnes		Si plusieurs personnes		
12 - Journal						
13 - Méthode Montessori adaptée						
14 - Musicothérapie			Si instrument			
15 - Orthophonie (mémoire et langage)						

Atelier ou approche	Stimulation des capacités sensorielles	Stimulation des capacités cognitives	Stimulation des capacités motrices	Stimulation des liens sociaux	Réduction des troubles du comportement et de l'humeur	Réduction de la douleur
16 - Photolangage						
17 - Poésie						
18 - Prévention des chutes						
19 - Rééducation à la marche						
20 - Rémiscence						
21 - Repas thérapeutique						
22 - Revue de presse						
23 - Socio-esthétique						
24 - Stimulation multisensorielle et approche Snoezelen						
25 - Tai chi chuan						
26 - Toucher bien-être						
27 - Validation						
28 - Wii						
29 - Zoothérapie						

Annexe II. Le questionnaire

État des lieux de l'utilisation du jardin thérapeutique par les ergothérapeutes dans le cas de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution

Bonjour,

Je m'appelle Noémie Périé et je suis actuellement en 3ème année d'ergothérapie au sein de l'Institut de formation de Limoges. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je réalise une analyse de pratique des ergothérapeutes concernant l'utilisation du jardin thérapeutique auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Je m'intéresse à la variété des pratiques ainsi qu'aux freins et facilitateurs à l'utilisation du jardin comme thérapie.

Ce questionnaire s'adresse aux ergothérapeutes travaillant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution.

1) Quelle est votre tranche d'âge ?

20-30 ans

31-40 ans

41-50 ans

Plus de 50 ans

2) Vous êtes diplômé depuis :

Moins de 5 ans

Moins de 10 ans

Moins de 15 ans

Moins de 20 ans

Plus de 20 ans

3) Vous exercez en :

- EHPAD
- PASA
- UHR
- Accueil de jour
- URCC
- Autre

4) Vous exercez dans cette structure depuis :

Moins de 5 ans

Moins de 10 ans

Moins de 15 ans

Moins de 20 ans

Plus de 20 ans

Autre

5) Vous travaillez :

- En temps plein
- En temps partiel

5) bis Quel est votre quotité de travail en temps partiel ?

- 20%
- 50%
- 80%
- Autre

6) Selon vous, le jardin thérapeutique favorise :

- La stimulation motrice
- La stimulation cognitive
- La stimulation sensorielle
- Le lien social
- L'apaisement des troubles du comportement
- Autre

7) La structure dans laquelle vous travaillez possède-t-elle un jardin ?

Oui

Non

8) La création du jardin a eu lieu lors de :

- L'ouverture de l'EHPAD
- L'ouverture du PASA
- L'ouverture de l'UHR
- L'ouverture de l'accueil de jour
- L'ouverture de l'URCC
- Autre

9) Comment le projet de jardin thérapeutique a-t-il été monté ?

- Le jardin était présent avant votre arrivée
- Vous avez participé à la conception
- Sans avoir participé, vous avez quand même la possibilité d'être force de propositions
- Vous ne participez pas au projet
- Autre

10) Avez-vous eu une formation à propos du jardin thérapeutique ? Si oui, précisez votre formation.

Non

Oui

11) Dans votre pratique d'ergothérapeute, investissez-vous le jardin avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Oui

Non

12) De quoi est constitué le jardin ?

- Plantations au sol
- Jardinières au sol
- Jardinières à hauteur
- Chemin aménagé
- Fontaines
- Bancs, tables, chaises
- Légumes
- Fruits
- Plantes et fleurs
- Herbes aromatiques
- Autre

13) Le jardin est-il utilisable toute l'année ? Si non, précisez les périodes d'utilisation.

Oui

Non

14) Les résidents peuvent-ils se rendre seul dans le jardin ? Si non, pourquoi ?

Oui

Non

15) Le jardin est-il accessible à tout moment de la journée ? Si non, précisez quand il est accessible.

Oui

Non

16) Le jardin est-il utilisé par les professionnels suivants ? Cochez les professionnels concernés.

AS / ASG / AMP

Animateur

Psychologue

Psychomotricien

Kinésithérapeute

Infirmier

Autre

17) Utilisez vous le jardin thérapeutique sous forme de séances ?

Oui

Non

18) Pourquoi choisissez-vous ce médiateur ?

- Le jardin est signifiant pour le résident
- Le jardin est signifiant pour vous
- Le jardin étant dans la structure, il est facilement utilisable
- Autre

19) Selon quels critères proposez-vous cette activité ?

- L'âge
- Le genre
- La motivation du résident
- Le stade de la maladie
- Les habitudes de vie
- Les capacités restantes
- La pertinence du médiateur selon vous
- Autre

20) Dans votre pratique, lors de vos séances, quels sont vos objectifs principaux ?

- Stimuler les capacités motrices
- Stimuler les capacités cognitives
- Stimuler les différents sens
- Favoriser le lien social
- Réduire les troubles du comportement
- Autre

21) Les objectifs sont fixés :

- Sur du court terme
- Sur du moyen terme
- Sur du long terme

22) Comment les objectifs sont-ils évalués ?

- Grille d'observation faite maison
- Evaluations validées
- Autre

22) bis Quelles évaluations validées utilisez-vous ?

23) S'agit-il de séances individuelles ou de séances en groupe ?

Séances individuelles

Séances en groupe

Les deux

24) A quelle fréquence les séances ont-elles lieu ?

Plusieurs fois par semaine

1 fois par semaine

1 fois toutes les 2 semaines

1 fois par mois

Autre

25) Combien de temps durent les séances ?

Moins de 30 min

30min-1h

1h-2h

Plus de 2h

Autre

26) Quelles activités réalisez-vous au sein du jardin durant ces séances ?

- Jardinage
- Promenade
- Contemplation
- Dégustation
- Éveil sensoriel
- Moment de convivialité en famille
- Autre :

27) En dehors des séances, utilisez-vous le jardin avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Jamais

Rarement

Occasionnellement

Assez souvent

Très souvent

28) Dans quel but ?

- Stimuler les capacités motrices
- Stimuler les capacités cognitives
- Stimuler les différents sens
- Favoriser le lien social
- Apaiser les troubles du comportement
- Autre

29) Dans ce cas là, quelles activités réalisez-vous au sein du jardin ?

- Jardinage
- Promenade
- Contemplation
- Dégustation
- Éveil sensoriel
- Moment de convivialité en famille
- Autre

30) Selon vous, quels sont les freins et barrières à l'utilisation du jardin ?

- Manque de temps
- Manque de finance
- Manque de formation
- Manque d'intérêt pour le projet
- Manque de motivation
- Autre

31) Quels sont les freins et barrières à la création d'un jardin ?

- Manque de temps
- Manque de finance
- Manque de formation
- Manque d'intérêt pour le projet
- Manque de motivation
- Autre

32) Souhaiteriez-vous utiliser le jardin comme médiateur avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Oui

Non

33) Souhaitez-vous apporter des éléments supplémentaires ?

État des lieux des méthodes d'utilisation du « Jardin Thérapeutique » en institution par les ergothérapeutes pour des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer

Contexte : L'apparition de la maladie d'Alzheimer vient impacter le quotidien des personnes atteintes. Les thérapies non médicamenteuses se développent afin de palier à ces répercussions. Dès le Moyen Âge, le jardin était utilisé par les patients psychiatriques, puis il a disparu lors de l'émergence de l'industrialisation des productions maraîchères et du renouvellement de la pratique psychiatrique. Aujourd'hui, le jardin thérapeutique est réapparu dans les établissements de soins afin d'apporter de nombreux bénéfices aux usagers.

Méthode : L'objectif de notre étude est de réaliser un état des lieux des méthodes d'utilisation du jardin thérapeutique en institution par les ergothérapeutes pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Pour cela, nous avons diffusé un questionnaire de 33 questions auprès des ergothérapeutes. Nous avons obtenu 25 réponses.

Résultats : Les résultats nous montrent que très peu d'ergothérapeutes sont formés à cet outil. Les professionnels ont connaissance des bénéfices du jardin thérapeutique mais n'utilisent que partiellement son potentiel thérapeutique. Ils ont des pratiques communes (objectifs, activités, évaluations) mais les contraintes du terrain influent sur l'utilisation et même parfois sur la création du projet de jardin thérapeutique.

Conclusion : Les ergothérapeutes réussissent à faire émerger les bénéfices du jardin thérapeutique lors de l'utilisation de ce médiateur. Cependant, des apports théoriques supplémentaires sur le sujet pourraient leur permettre de diversifier leurs pratiques afin d'exploiter davantage le potentiel thérapeutique du jardin. Il est important de retenir que les contraintes institutionnelles freinent parfois la mise en place de cet outil. L'intégration du jardin dans le projet institutionnel permettrait d'assurer une meilleure pérennité.

Mots-clés : maladie d'Alzheimer, jardin thérapeutique, thérapie non-médicamenteuse, ergothérapie

Inventory of the methods of using the "Therapeutic Garden" in institutions by occupational therapists for people with Alzheimer's disease

Context : The onset of Alzheimer's disease has an impact on the daily life of people with this disease. Non-pharmacological interventions are being developed to reduce these repercussions. As early as the Middle Ages, the garden was used by psychiatric patients, then it disappeared with the emergence of the industrialization of market gardening and the updating of psychiatric practice. Today, the therapeutic garden has reappeared in care institutions to provide many benefits to users.

Method : The objective of our study is to carry out an inventory of the methods of using the therapeutic garden in institutions by occupational therapists for people with Alzheimer's disease. To do this, we distributed a questionnaire of 33 questions to occupational therapists. We obtained 25 responses.

Results : The results show us that very few occupational therapists are trained in this tool. Professionals know the benefits of the therapeutic garden but only partially use its therapeutic value. They have common practices (objectives, activities, evaluations) but the constraints of the field influence the use and sometimes even the creation of the therapeutic garden project.

Conclusion : Occupational therapists succeed in bringing out the benefits of the therapeutic garden when using this tool. However, additional theoretical contributions on the subject could allow them to diversify their practices in order to better exploit the garden's therapeutic value. It is important to retain that institutional constraints sometimes slow down the implementation of this tool. The integration of the garden in the institutional project would ensure a better durability.

Keywords : Alzheimer's disease, therapeutic garden, non-pharmacological intervention, occupational therapy

