



HAL
open science

L'activité jardinage thérapeutique en ergothérapie Auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade sévère

Myriam Prou-Flèche

► To cite this version:

Myriam Prou-Flèche. L'activité jardinage thérapeutique en ergothérapie Auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade sévère. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01650736>

HAL Id: dumas-01650736

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01650736v1>

Submitted on 28 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Institut de Formation
D'Ergothérapie d'Aix-Marseille
Faculté d'Aix-Marseille

Myriam PROU-FLECHE

UE 6.5 S6 : Mémoire
d'initiation à la recherche

13 Mai 2016

L'activité jardinage thérapeutique en ergothérapie
Après de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade sévère

Sous la direction de Delphine Dandois directrice de mémoire
et Isabelle Fabrizio responsable méthodologique

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail d'écriture du mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier pour leur soutien et leurs conseils avisés et rigoureux Mme Dandois et Mme Fabrizio qui m'ont accompagnée tout au long de l'élaboration de ce travail et m'ont permis de réaliser ce mémoire.

Je remercie les enseignants de l'IFE avec une attention particulière pour Mme Catheline Blanc qui a toujours su m'encourager et m'aider quand j'en ai eu besoin.

Je remercie les ergothérapeutes qui ont répondu à mon questionnaire ainsi qu'à ceux qui ont participé aux entretiens car ils ont permis la construction de ce travail.

Je remercie pour finir ma famille et mes amis qui m'ont encouragée pendant ces trois années d'études et plus particulièrement mon compagnon et mes trois enfants qui ont montré un soutien sans faille et ont toujours cru en moi.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Le contexte.....	1
1.2. Thème général.....	3
1.3. Utilité sociale et enjeux pour la pratique professionnelle.....	3
1.4. Question de départ	4
1.5. Problématique pratique	4
1.5.1. La démence de type Alzheimer	4
1.5.2. L'Ehpad	8
1.5.3. Les activités	12
1.5.4. L'activité jardinage.....	15
1.5.5. L'hortithérapie	16
1.5.6. La pré-enquête exploratoire.....	19
1.6. Le cadre théorique	21
1.6.1. Le concept de qualité de vie	21
1.6.2. Le concept d'activité signifiante et significative.....	23
1.6.3. Le potentiel thérapeutique de l'activité	24
1.6.4. La mémoire et les mémoires préservées à long terme dans la maladie d'Alzheimer.....	25
1.7. Question de recherche.....	28
2. MATERIEL ET METHODE	29
2.1. Choix de la méthode	29
2.2. Population	29
2.3. Choix et construction de l'outil de recueil de données	30
2.4. Déroulement de l'enquête	32
2.5. Choix des outils de traitement des données	33
3. RESULTATS	34

4. DISCUSSION DES DONNEES	48
4.1. Interprétation des résultats	48
4.2. Réponse à l'objet de recherche	50
4.3. Discussion autour des résultats et critiques du dispositif de recherche	51
4.4. Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle	52
4.5. Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche à partir des résultats	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	60

1. INTRODUCTION

1.1. Le contexte

Avant d'intégrer l'institut de formation en ergothérapie de Marseille, j'étais infirmière DE. A la sortie de mes études, j'ai travaillé quelques années à l'hôpital en service de neurologie puis j'ai choisi le travail d'infirmière en libéral car j'avais envie de pouvoir accompagner les patients dans leur cadre de vie, avoir du temps pour être à leur écoute. Ces années m'ont permis d'avoir une vision globale de la personne, de mieux la comprendre dans son environnement physique et humain, en lien avec ses activités journalières, et ont favorisé une qualité de relation privilégiée avec les familles. J'accompagnais surtout de nombreuses personnes âgées dépendantes (dont certaines étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées), leur famille ayant fait le choix de les maintenir à domicile.

Après une interruption de nombreuses années de ma carrière professionnelle pour m'occuper de ma famille (3 enfants), j'ai décidé de me reconverter professionnellement et d'apprendre le métier d'ergothérapeute. J'ai fait ce choix car j'avais envie d'accompagner les personnes dans un processus de changement qui leur permette de retrouver indépendance et autonomie afin d'améliorer leur bien-être et leur qualité de vie, et cela en accord avec leurs valeurs. Justement, la clé de voute du métier d'ergothérapeute est de prendre en compte l'interaction personne-activité-environnement. Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, l'ANFE¹, l'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. Ce métier permet une approche holistique de la personne, ce qui est en accord avec mes valeurs personnelles.

Durant ces années d'exercice d'infirmière en libéral, les personnes âgées ainsi que les aidants me confiaient très souvent leur craintes concernant leur admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD : au-delà de la peur de ne plus être indépendantes ni même autonomes, je retrouvais dans leurs propos surtout la crainte de l'ennui, de l'inutilité, de ne plus avoir de sens à leur vie, ne plus avoir d'espace privé, ne plus avoir rien à faire, ne plus avoir d'activité, etc. Chez elles, ces personnes pratiquaient encore de nombreuses activités, malgré la diminution de leurs capacités physiques et cognitives, avec le soutien de leur famille : soins personnels, entretien de la maison, un peu de cuisine parfois, et

souvent le jardinage, l'entretien des plantes vertes ou fleuries qui leur procurait satisfaction, joie et ressourcement.

Et puis, une de mes amies a été atteinte de la maladie d'Alzheimer. J'ai été confrontée à l'épreuve difficile de cette pathologie et je sais donc, en tant qu'aidante, ce qu'elle impose comme modification dans les activités de la vie quotidienne pour la personne, son impact dans la diminution de la qualité de vie et l'importance de l'environnement physique et humain.

Ces expériences m'ont amenée à m'investir quant au devenir de ces personnes et à vouloir me consacrer professionnellement à cette population. Durant la formation d'ergothérapeute, je me suis donc beaucoup intéressée à la gériatrie, à la maladie d'Alzheimer ainsi qu'à l'environnement favorable pour ces personnes. J'ai appris aussi diverses interventions en ergothérapie possible auprès de ce public et l'un des principes fondamentaux de l'ergothérapie : à savoir que l'être humain a besoin d'agir, que le besoin d'activité est central à l'être humain.

A l'occasion d'un stage en Ehpad, cette importance des activités en lien avec la qualité de vie pour les résidents m'a été confirmée. En effet, j'ai pu observer que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées ne font plus guère d'activités par elles-mêmes, et cela, pour diverses raisons : du fait qu'elles n'en sont plus capables du fait de leur pathologie et aussi par le fonctionnement même de la structure, car les activités instrumentales de la vie quotidienne (tels la préparation des repas, le ménage, l'entretien du linge) sont assurées par le personnel. Ces personnes passent donc une grande partie des journées inactives, ce qui peut amplifier la solitude, les problèmes d'ennui, de dépression, d'apathie et de comportement qui accompagnent souvent la progression de la démence et dégradent leur qualité de vie.

De plus, bien que la marche et les déplacements soient encore possibles pour le plus grand nombre (et parfois même impérieux dus à la maladie, tel la déambulation), ces personnes ne pouvaient pratiquement jamais sortir à l'extérieur malgré la présence d'un joli parc entourant la résidence. En effet, le manque d'accessibilité aux abords du bâtiment, le manque d'allées, de jardin structuré et sécurisé faisaient qu'ils ne pouvaient pas circuler à l'extérieur et profiter des bienfaits de la nature.

Cela a suscité des nombreux questionnements chez moi :

En Ehpad, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut-elle avoir une qualité de vie satisfaisante ? Comment l'ergothérapeute intervient-il ?

Quelles activités significatives l'ergothérapeute peut-il proposer à ces personnes pour susciter leur intérêt, favoriser leur engagement et leur permettre de se mettre en activité ?

Puisque les personnes âgées ont souvent eu un jardin, l'activité jardinage pourrait-elle être pertinente pour ces personnes démentes et quels bienfaits cela pourrait-il leur apporter ?

1.2. Thème général

Mon expérience et mes interrogations m'ont amenée à me questionner sur le rôle de l'ergothérapeute dans le lien entre l'activité et la qualité de vie auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD et l'utilisation du jardinage comme média.

1.3. Utilité sociale et enjeux pour la pratique professionnelle

Aujourd'hui, nous assistons à un vieillissement de la population. Selon l'INSEE², en 2050 en France, 22,3 millions de personnes seront âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. Donc, en 2050, un français sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005.

De plus, selon France Alzheimer, aujourd'hui, plus de 850 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, en France, dont les 2/3 ont 85 ans et plus. Le principal facteur de risque pour la maladie d'Alzheimer étant l'âge, avec le vieillissement progressif de la population, il est attendu que le nombre de cas augmente fortement. Ainsi, selon le rapport de Mme Gallez³, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus atteintes de démences en 2020 serait estimé à 1,3 million, dont 1,15 million âgées de 75 ans et plus.

On peut déjà prévoir que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les Ehpad, accueilleront de plus en plus de personnes dans un futur proche dont certaines atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, la démence constituant la principale cause d'entrée en institution. Cela devient donc un problème de santé publique.

Les enjeux pour la pratique professionnelle seraient d'améliorer les pratiques professionnelles en lien avec la déontologie et élargir les moyens d'interventions proposés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

1.4. Question de départ

Au vu de ce contexte et de mes questionnements, je formule ma question de départ :

Comment l'ergothérapeute, par le choix de l'activité jardinage thérapeutique, peut influencer sur la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées en Ehpad ?

1.5. Problématique pratique

1.5.1. La démence de type Alzheimer

Définition et diagnostic

La maladie d'Alzheimer est la forme de démence la plus répandue chez les personnes âgées. Selon la Haute Autorité de santé, l'HAS⁴, la maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative d'évolution progressive dont la fréquence augmente considérablement avec l'âge. Elle se caractérise par la perte progressive des fonctions cognitives dont la mémoire, et s'accompagne de troubles du comportement. L'évolution se fait sur de longues années et entraîne l'apparition d'une dépendance progressive dans les activités de la vie quotidienne caractérisant un syndrome démentiel.

Le syndrome démentiel correspond à des troubles des fonctions cognitives (mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives, etc.) suffisamment importants pour retentir sur la vie quotidienne et qui durent depuis au moins 6 mois (DSM-IV-TR)⁵.

Selon M. Sarazin⁶, la maladie d'Alzheimer résulte d'un processus pathologique dont les principales lésions neuropathologiques observées sont rangées sous trois rubriques :

- la pathologie neurofibrillaire due à l'accumulation intracellulaire de protéine tau ;
- les dépôts extracellulaires de peptide bêta amyloïde ;
- les pertes synaptiques ou neuronales.

Ces lésions envahissent progressivement les différentes zones du cortex cérébral. Elles sont longtemps silencieuses puis entraînent des manifestations visibles au fur et à mesure qu'elles se multiplient et touchent des zones importantes pour le fonctionnement cérébral.

L'HAS recommande d'utiliser les critères de diagnostics de la maladie d'Alzheimer selon le DSM -IV -TR (cf. annexe 1) dans l'attente de la validation de critères plus

spécifiques. En effet, le diagnostic est complexe. Il sera établi par une équipe pluridisciplinaire après un bilan médical complet (afin d'éliminer les autres pathologies possibles), une évaluation neuropsychologique pour faire un bilan complet des fonctions cognitives et des examens d'imagerie cérébrale (IRM et scanner cérébral) dans le meilleur des cas. Souvent, il reste essentiellement clinique, fondé sur la détérioration et l'évolution des performances cognitives et leur retentissement dans les activités quotidiennes.

Manifestations cliniques

L'évolution des symptômes de la démence de type Alzheimer est très hétérogène et d'une personne à l'autre, les manifestations cliniques pourront être différentes.

➤ **Les signes cliniques cognitifs**

- Les troubles mnésiques : selon Ergis, Gely-Nargeot et Van der Linden⁷, ce sont les troubles de la *mémoire épisodique* touchant d'abord les faits récents qui caractérisent les premiers stades de la maladie d'Alzheimer et traduisent un déficit des processus de mémorisation. Le patient répète plusieurs fois les mêmes questions, oublie des fragments entiers du passé récent (coups de téléphone, rendez-vous, visites...), égare ou perd des objets. Très rapidement, il oublie la date, le jour de la semaine.

L'atteinte de la *mémoire de travail* (qui permet de maintenir des informations et de les manipuler lors de la réalisation de tâches diverses) est très précoce aussi comme le montre l'impossibilité de restituer trois mots après une tâche interférente dans le Mini-Mental State Examination. L'altération de la *mémoire sémantique* est plus tardive ainsi que celle de la mémoire épisodique des faits anciens.

Par ailleurs, les *mémoires perceptive et procédurale* sont longtemps préservées et l'acquisition d'habiletés perceptivo motrices reste longtemps possible.

Les troubles mnésiques s'accroissent progressivement, les capacités d'apprentissage sont amoindries et s'accompagnent plus ou moins précocement d'une atteinte des autres fonctions cognitives :

- La désorientation temporo-spatiale peut être précoce : c'est parfois parce que la personne s'est perdue sur un itinéraire pourtant familier qu'elle est amenée en consultation...
- Les troubles du langage oral sont fréquents au début avec notamment un manque du mot, ainsi qu'une baisse de concentration et de l'attention.

- Les troubles de l'organisation gestuelle ou apraxie provoquent une altération à réaliser une activité malgré des fonctions motrices intactes. On retrouve une perte de certains gestes.
- Les troubles gnosiques ou troubles de reconnaissance d'objets ou de visages malgré des fonctions sensorielles intactes.
- Les troubles des fonctions exécutives : l'abstraction et le jugement deviennent difficiles ainsi que la flexibilité mentale. De même, la logique, la résolution de problèmes, l'organisation et la planification sont altérées.

➤ **Les troubles psychocomportementaux**

Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence sont, avec les troubles cognitifs, une composante clinique majeure de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. D'après M. Sarazin⁶, ils sont observés chez plus de 60 % des patients déments et sont corrélés aux stades de sévérité de la démence. Graduellement, on voit apparaître :

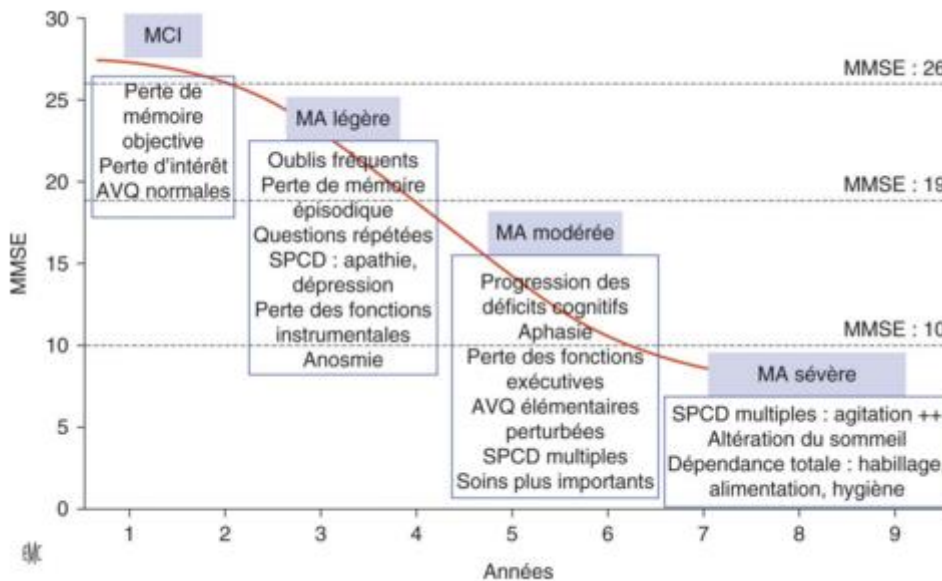
- les troubles de l'humeur : anxiété et dépression ;
- l'apathie : elle se caractérise par une perte d'intérêt pour les activités habituelles et les relations sociales et familiales, une perte de la motivation nécessaire pour initier une action, et un désengagement émotionnel et affectif. Selon l'HAS⁸, la prévalence de l'apathie varie selon le type de maladie et son stade : chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, elle est en moyenne de 60 %.
- Les troubles comportementaux dits productifs tels que l'agitation, l'agressivité, le comportement moteur aberrant, les cris, les troubles du rythme veille/sommeil, etc.

Ces troubles psychocomportementaux sont repris dans le tableau suivant (Anesm 2009).

Les troubles psychologiques et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées	
<i>Les troubles dits productifs</i>	<i>Les troubles dits non productifs</i>
agitation agressivité irritabilité désinhibition comportements d'opposition déambulation cris comportements moteurs aberrants troubles psychotiques (hallucinations, délires) troubles du sommeil	dépression apathie repli sur soi

➤ Degré de sévérité de démence

Le déclin cognitif est variable selon les patients. Le *mini mental State* (MMS), qui évalue l'efficacité cognitive globale, permet d'apprécier le niveau de sévérité de la démence et de repérer aisément un désordre cognitif. Bien qu'il ne soit ni un test diagnostique spécifique, ni un test de dépistage, il est facile et rapide à réaliser. Il permet la classification en trois stades (léger, modéré, sévère) selon le résultat obtenu (Feldmans, 2005)⁹.



Progression des symptômes de la maladie d'Alzheimer (d'après Felman et Woodward .2005).

MMSE : Mini Mental State Examination ; MCI : Mild Cognitive Impairment ; MA : maladie d'Alzheimer ; AVQ : activités de la vie quotidienne ; SPCD : symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

➤ Les conséquences de la maladie

Comme nous l'avons vu précédemment, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont une altération importante des fonctions cognitives. Progressivement, cette personne se trouve incapable d'exécuter des tâches complexes et devient dépendante pour réaliser les actes de la vie quotidienne comme la toilette, l'habillage etc. On observe alors une diminution de son autonomie dans la vie quotidienne. Elle perd progressivement de l'initiative, s'inscrit de moins en moins dans les activités et il devient impossible de la laisser seule. La prise en charge par les proches est alors très lourde. Cela demande un investissement très important de leur part aussi bien dans leurs habitudes de vie qu'au niveau psychoaffectif.

En effet, au vu de ces troubles, le patient a des difficultés, voire des incapacités à exprimer ses souffrances, ses attentes et ses besoins. C'est pour cela qu'elles vont s'exprimer

par le biais de modifications comportementales souvent inappropriées. Une personne qui vit avec la maladie d'Alzheimer se retrouve souvent dans un monde qu'elle ne comprend plus que partiellement. Elle est privée d'une partie des informations qui lui sont nécessaires pour fonctionner de manière pleinement autonome dans son quotidien et assumer de façon habituelle ses relations avec autrui. Ses réactions vont dépendre de la façon dont elle perçoit et ressent son environnement, des capacités et des moyens dont elle va disposer pour s'y adapter avec le risque de développer des troubles du comportement si l'environnement lui semble menaçant ou incompréhensible (approche Carpe diem)¹⁰.

Ces troubles psychocomportementaux, souvent présents, entraînent l'épuisement des aidants et sont en grande partie responsables de l'institutionnalisation de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou apparentées. En effet, la démence constitue la principale cause de l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, l'EHPAD (C. Mourgues 2012)¹¹.

Nous avons vu précédemment que la maladie d'Alzheimer ou apparentée altère les capacités de mémoire, entraîne une perte des repères temporo-spatiaux, et provoque une diminution progressive de l'autonomie fonctionnelle et sociale des personnes. Elle induit également une diminution de leurs capacités de communication verbale, d'adaptation et une hypersensibilité à l'environnement. Lorsqu'elles sont dans l'incapacité de décrire une souffrance, physique ou morale, elles l'expriment par des modifications de comportement.

Nous allons maintenant nous questionner sur l'Ehpad et voir comment cette institution accompagne les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées.

1.5.2. L'Ehpad

Selon la définition de la CNSA¹² (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), les Ehpad sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.

Ces établissements signent désormais une convention tripartite avec le conseil général et l'ARS (agence régionale de santé) qui leur apportent des financements en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en charge des personnes ainsi que des soins prodigués.

➤ **Le public accueilli**

Ce sont des personnes âgées de plus de 60 ans, en situation de dépendance. Pourtant, ces personnes âgées sont institutionnalisées de plus en plus tardivement, la moyenne d'âge étant de 85 ans à leur entrée en institution. A leur admission, elles arrivent fragilisées et présentent des polyopathologies : pathologies physiques (paralysies, difficultés à la marche, cardiopathies, respiratoires etc.) et/ou des pathologies neurologiques dont la maladie d'Alzheimer ou autres démences. La maladie d'Alzheimer est ainsi le motif principal d'entrée en institution et 75 % des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes seraient porteurs de pathologies démentielles (Maire S. 2013)¹³.

➤ **Les missions de l'Ehpad**

Selon l'Anesm¹⁴, l'Ehpad constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, et ce quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression.

La qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1993). La qualité de vie est un concept multidimensionnel. Ce concept intègre de façon complexe l'état de santé physique de la personne, ses capacités fonctionnelles, ses sensations somatiques, son état de santé psychologique, son statut social, son environnement relationnel. Il est basé sur la satisfaction de la personne, donc en partie personnel et subjectif car il tient compte du ressenti de la personne. Ainsi, avoir une action sur ces différents déterminants permet d'influer sur la qualité de vie.

L'objectif premier des institutions pour personnes âgées dépendantes est donc de veiller à la santé et au bien-être des personnes accueillies.

Pour cela, l'Anesm¹⁴ a édité un ensemble de recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la qualité de vie en Ehpad afin de promouvoir l'ensemble des pratiques professionnelles destinées à améliorer la qualité de vie des résidents. La personne

accueillie bénéficie désormais d'un accompagnement individuel de qualité dans le respect des droits des usagers de la loi du 2 janvier 2002. Ses attentes et ses besoins vont être pris en compte et un projet personnalisé de soins sera établi en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire. Les soins sont assurés en continu par une équipe pluridisciplinaire (dont des infirmiers, psychologue, kinésithérapeutes, des aides-soignantes, auxiliaires de vie et aides médico-psychologiques) sous la supervision du médecin coordonnateur.

En 2008, l'état a mis en place le Plan Alzheimer 2008-2012 afin de mieux connaître, diagnostiquer et mieux prendre en charge les malades et leurs aidants. Parmi les 44 mesures du plan, certaines concernent l'amélioration de l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

- La mesure 16 du plan¹⁵ prévoit la création d'unités adaptées pour les patients ayant des troubles comportementaux (PASA et UHR).
- La mesure 20 du plan¹⁶ prévoit l'intervention en établissement d'ergothérapeute et de psychomotricien, entre autres pour leurs compétences en réhabilitation cognitive et comportementale auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'ergothérapeute fait donc partie aujourd'hui de l'équipe pluri disciplinaire en Ehpad.

La partie suivante va donc s'intéresser à la place qu'occupe l'ergothérapeute dans l'accompagnement et dans la prise en charge de la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer au sein d'un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante.

➤ **Le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d' Alzheimer en Ehpad**

Etymologiquement, le mot ergothérapie vient du grec « ergon » qui signifie le travail et de « therapeia » qui signifie le soin, la thérapie. L'ergothérapie c'est donc la thérapie par l'activité. L'ergothérapie s'appuie sur la science de l'activité humaine qui étudie les liens entre l'activité, la santé et la qualité de vie. C'est une discipline paramédicale qui prend en compte la personne dans sa globalité et qui étudie les interactions entre l'environnement, l'activité et la personne.

Pour l'ANFE¹ « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient,*

réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. ».

Selon l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie¹⁷, l'objectif de l'ergothérapie en Ehpad est le maintien des activités journalières et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge.

L'ergothérapeute participe à la prise en charge globale du patient et s'inscrit dans un travail interdisciplinaire. Ses missions générales seront donc d'améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents et de mettre en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité. Suite à l'évaluation de la personne, il va axer ses interventions sur les différents facteurs qui peuvent intervenir dans la production du handicap : mise en place d'aides techniques, modifications de l'environnement afin qu'il devienne facilitateur, l'entraînement des différentes fonctions (travail sur la mobilité et les transferts, prévention des chutes, stimulation et réadaptation cognitive) et l'apprentissage des compensations.

Concernant les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, l'Anesm¹⁸ recommande aujourd'hui de favoriser les thérapies non médicamenteuses à visée thérapeutique. Les objectifs de ces interventions seront de :

- préserver l'autonomie fonctionnelle par le maintien ou la réhabilitation des capacités fonctionnelles ;
- préserver les fonctions cognitives restantes et diminuer les troubles du comportement ;
- maintenir les capacités sensorielles ;
- réduire le stress et l'angoisse ;
- maintenir les liens sociaux et affectifs.

Pour cela, l'ergothérapeute va axer ses interventions sur les activités de la vie quotidienne et proposer des activités thérapeutiques qui vont pouvoir permettre la réalisation de ces objectifs. L'ergothérapeute va agir en soutenant les capacités restantes de la personne malade par des activités adaptées qui ne le mettent pas en échec, en proposant des activités visant à maintenir une vie sociale, en aménageant son environnement pour le rendre rassurant.

Afin d'accompagner au mieux ces patients, l'ergothérapeute devra développer une relation de confiance en faisant preuve de qualités relationnelles et humaines telles que l'écoute,

l'empathie, la bienveillance, le respect, etc. Par ses qualités humaines, ses compétences dans le domaine de la psychogériatrie (Validation de Naomi Feil, l'Humanitude...) et une pratique centrée sur la personne, l'ergothérapeute développe une vision positive de la personne, ne s'attachant pas qu'aux pertes et incapacités. Il pourra s'appuyer sur les capacités restantes de la personne afin de les mobiliser et favoriser la remise en activité.

En effet, pratiquer des activités significatives peut être un moyen de susciter l'intérêt de la personne atteinte de démence, d'améliorer ses capacités d'attention, de stimuler ses facultés sensorielles, de lui redonner confiance. De même, l'ergothérapeute en proposant une activité avec d'autres résidents peut favoriser aussi naturellement les contacts et la communication.

Mais, pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la difficulté, voire l'incapacité à participer aux activités devient pour l'ergothérapeute, le problème principal. Comment choisir une activité qui va motiver la personne à s'y investir? Quelles activités vont être adaptées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer? Sur quels critères les choisir?

Nous allons donc maintenant évoquer la notion d'activité.

1.5.3. Les activités

Nous venons de voir que l'ergothérapeute utilise comme intervention des activités thérapeutiques, mais qu'entend-on par activité? Qu'est-ce que l'activité?

Selon Sylvie Meyer¹⁹, aux origines de l'ergothérapie, activité et occupation sont des synonymes. Aujourd'hui, le réseau ENOTHE (European Network of Occupational therapy in Higher education) y fait une distinction et propose les définitions suivantes : l'activité est la réalisation d'une suite structurée de tâches qui concourt aux occupations, l'occupation est un groupe d'activité, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs.

Les occupations sont tout ce que les gens font dans leur vie de tous les jours, elles sont innombrables et variées. Mais il y a une dimension subjective à l'activité. De ce point de vue, Léontiev (Rochex, 1995) propose un découpage en activités significatives et significatives :

- Les activités signifiantes ont un sens particulier pour la personne lié à son histoire et à son projet personnel, elles ont de l'intérêt ou de l'importance dans la vie d'une personne
- Les activités significatives correspondent au sens social donné par l'entourage.

Ainsi, afin de pouvoir proposer des activités qui soient signifiantes et significatives, il est important d'explorer les habitudes de vie de la personne, ses goûts, ses choix.

Pourquoi pratiquer des activités ? Éric Trouvé²⁰ a mené une étude sur des personnes âgées de plus de 60 ans afin d'étudier le lien positif entre l'engagement dans des activités signifiantes et significatives et la santé. Selon lui « *les résultats tendent à démontrer que la réalisation d'occupations choisies, avec ou sans aide, permet de développer ou maintenir ses capacités, garantir un certain niveau de compétence, d'exercer un certain contrôle sur la vie et l'environnement, de donner un sens à la vie et donc d'améliorer la qualité de vie* ». L'engagement dans les activités permet donc d'améliorer la qualité de vie.

L'étude de Woodhead et al. (2005)²¹ a étudié 94 personnes atteintes de démence accueillies en accueil de jour durant trois mois. Elle porte sur leur participation à différentes activités proposées et le lien avec des variations des symptômes psychologiques et comportementaux. Les résultats rapportent que les activités ont un effet bénéfique sur les patients : Les comportements positifs ont augmenté pour tous les participants durant cette période et les personnes qui ont été investies dans l'engagement à des activités ont eu une diminution des comportements perturbateurs dont l'agitation. Cette étude montre l'intérêt de proposer des activités aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'article de Han et al. (2015)²² vise à synthétiser 34 études qualitatives décrivant le point de vue des personnes démentes au sujet des activités significatives. L'objectif de cette étude était d'identifier les activités qui sont importantes pour les gens atteints de démence et les raisons pour lesquelles ils veulent se lancer dans ces activités. Les résultats montrent qu'être relié à soi, aux autres et à l'environnement est une forte motivation pour participer à des activités et que l'engagement dans des activités significatives aide la personne atteinte de démence à rester connectée. Les activités citées par les personnes atteintes de démences étaient notamment de pouvoir continuer à pratiquer les activités de la vie quotidienne, pouvoir garder un rôle (rôle de mari ou de femme, de grand-mère etc.), maintenir des activités

de loisirs (regarder la télévision, promenades, jardinage, écouter de la musique etc.), se sentir utile, ne pas se sentir seul, avoir des contacts sociaux, faire des activités avec d'autres personnes, être au contact de la nature (faire des promenades, pratiquer du jardinage). Ces résultats soulignent l'importance d'identifier la nature et la portée des activités significatives du point de vue des personnes lors des soins centrés sur la personne.

De même, l'étude scientifique de Malderen et al (2013)²³ a cherché à identifier les interventions visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée (définition des auteurs identique à l'Ehpad). Ils se sont basés sur le concept de Vieillesse Active promu par l'OMS qui peut être décrit par 7 déterminants et ont rajouté 2 déterminants qui s'avèrent utiles en institution : animation / loisirs significatifs et participation. 35 études ont été retenues selon des critères d'inclusion (intervention de l'étude en Ehpad, articles publiés à partir de 1990, outil de mesure de la qualité de vie et effet sur la qualité de vie mesurée) après une visite de 5767 articles. Ces interventions ont été classées en fonction de leurs effets sur les 9 déterminants du concept de Vieillesse Active, chacune pouvant agir sur plusieurs déterminants. Parmi les interventions qui montrent une amélioration significative de la qualité de vie on retrouve entre autres : les exercices de faible intensité comme le tai-chi, des exercices musicaux, les interventions sociales, un programme de zoothérapie, écouter la radio musique de leur époque, la thérapie par le rire, des programmes de contes et le jardinage d'intérieur. Les auteurs concluent en précisant que malgré l'omniprésence de la notion de qualité de vie en gérontologie, seulement quelques études permettent de tirer des conclusions sur la pratique fondée sur des données probantes pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées en institution. Ils précisent aussi que la qualité de vie doit être vue dans une perspective holistique et les interventions ne peuvent être limitées à une seule facette.

Les activités sont variées mais elles n'ont pas le même sens pour chacun de nous. La participation aux activités donne un sens à la vie et participe à la qualité de vie. L'engagement dans des activités semble influencer bénéfiquement les symptômes psychocomportementaux de la démence. Les personnes atteintes de démences expriment qu'être relié à soi, aux autres et à l'environnement est une motivation pour s'engager dans des activités ; le jardinage en est un exemple.

L'activité jardinage a été évoquée dans deux des articles précédents. Nous venons de voir que cette l'intervention pouvait avoir une action sur la qualité de vie de personnes âgées en institution. Nous allons donc explorer cette activité et voir ce qu'elle peut apporter aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

1.5.4. L'activité jardinage

➤ Définition

Selon la définition du CNRTL²⁴, le jardinage est l'art de cultiver, d'entretenir un jardin. C'est le travail fait dans un jardin, surtout pour la culture des plantes potagères ou dans le cadre d'un jardin familial. Le dictionnaire de l'académie française²⁵ décrit l'horticulture (dérivée du latin hortus « jardin ») comme l'art de cultiver les jardins, de pratiquer la culture des légumes, des fleurs, des arbres ou arbustes fruitiers ou d'ornement. Le jardinage est une activité bien connue des personnes âgées car autrefois il était très courant de cultiver un petit lopin de terre pour y faire pousser des légumes. Ces jardins familiaux, souvent agrémentés de fleurs, étaient un lieu de vie aussi. Les enfants jouaient, observaient la nature, les adultes développaient des relations amicales et d'entraide entre jardiniers, bavardant de la pluie, de la météo etc. Le jardin était un lieu de socialisation et d'échange. Cultiver un jardin, au-delà de se trouver en plein air et de faire pousser des plantes peut s'avérer aussi d'un grand intérêt pour la santé et le bien-être.

➤ Les effets du jardinage sur la santé de la personne âgée

L'article scientifique de Mareschal et Genton²⁶ a étudié les effets bénéfiques de l'activité physique chez la personne âgée en lien avec les recommandations des sociétés savantes pour cette population. Pour des personnes âgées sans démence et vivant à domicile, l'activité physique (marche, jardinage, gymnastique ou exercice physique général, vélo et natation) était associée au maintien du statut fonctionnel. Sur un suivi moyen de 2,6 ans, pour chaque heure d'activité physique supplémentaire au-delà de trois heures par semaine, le risque de mortalité diminuait de 11 % et celui de développer une invalidité dans les activités de la vie quotidienne diminuait de 7 %. La pratique d'une activité physique régulière et adaptée comprenant des exercices d'endurance, de résistance, d'équilibre et de souplesse est donc préconisée pour obtenir des bénéfices sur le plan de la santé physique des personnes âgées. Elle participe aussi au maintien de l'autonomie et à la diminution de la mortalité.

L'étude scientifique de Park et al.²⁷ a été menée auprès de personnes âgées de 63 à 86 ans. Ils ont pratiqué des travaux de jardinage intenses à modérés régulièrement, équipés de télémétrie pour mesurer leur activité cardiaque. Un questionnaire sur l'état physique ressenti et psychologique était aussi réalisé. Les résultats montrent que le niveau de santé physique de ces personnes correspond à celui attendu par les recommandations d'activités physique pour cette population. De plus, cette étude a montré un état mental supérieur à la moyenne des individus pour ce groupe comparativement à des groupes n'ayant pas ce type de pratique. La pratique du jardinage demeure une activité physique à part entière car il faut fournir toute une série de gestes et d'effort pour jardiner. Cette activité paraît toute indiquée pour l'entraînement équilibré et général des différents appareils : respiratoire, cardiaque et locomoteur. De plus, il contribue aussi pour les seniors à la transmission d'un savoir et d'un savoir-faire agissant ainsi sur leur valorisation.

Les effets d'un programme de jardinage d'intérieur pour des personnes âgées vivant en institution ont été étudiés par Tse (2010)²⁸. Ces personnes ont suivi un programme de jardinage durant huit semaines en comparaison avec un groupe témoin qui pratiquait d'autres activités. Les résultats ont montré qu'il y a eu des améliorations significatives dans la socialisation, la satisfaction de vie et une diminution significative de la perception du sentiment de solitude par rapport à la situation initiale et au groupe contrôle. Pendant les interviews, les participants ont exprimé des sentiments de plaisir, de joie et de la valorisation par le fait de prendre soin de leurs plantes. Un des effets secondaire positif est le sentiment d'avoir augmenté leur activité physique.

Nous venons de voir que l'activité jardinage apporte de nombreux bienfaits aux personnes âgées qui la pratiquent : bénéfiques sur le plan de la santé physique et psychologique, socialisation et satisfaction de vie. Mais qu'en est-il pour des personnes atteintes de pathologies ? Quand elle est pratiquée dans le but d'avoir une action thérapeutique, l'activité jardinage prend le nom d'hortithérapie.

1.5.5. L'hortithérapie

L'hortithérapie, mot **composé de horti : jardin et de thérapie : traitement** et traduit de l'anglais, horticultural therapy, signifie le jardinage à des fins thérapeutiques.

La stratégie thérapeutique qui utilise des plantes ou des activités de jardinage comme des outils thérapeutiques dans n'importe quel jardin peut être appelée hortithérapie. Comme

l'explique Richard (2011)²⁹, le principe de l'hortithérapie est d'utiliser le jardinage pour stimuler, restaurer les différentes fonctions de notre corps ; motrices, sensorielles, cognitives, l'affect et les relations sociales. « *L'hortithérapie est donc un processus par lequel les plantes, le jardinage et l'empathie naturelle de l'homme pour la nature sont utilisés au sein de programmes de prévention, de réadaptation ou de stimulation sensorielle, plus généralement d'accompagnement au soin, conçus et conduits par des professionnels* ». Cette discipline d'origine anglo-saxonne s'adresse donc à des personnes souffrant de troubles somatiques ou psychiques et intéresse tout public, des enfants aux séniors.

➤ **Historique de l'hortithérapie**

Depuis des siècles, les jardins établis à proximité des habitats ont constitué des lieux voués à la culture vivrière et médicinale ou bien des lieux de repos où l'on pouvait flâner et se reposer. Le concept sur lequel repose l'hortithérapie a une longue histoire débutant dans l'Égypte ancienne, les médecins préconisant aux patients souffrant de maladies mentales de se promener dans des jardins afin d'y recueillir les bienfaits.

Dès 1798, aux États Unis, le docteur Benjamin Rush, professeur à l'institut de médecine et de pratique clinique à Philadelphia, utilisa les activités d'horticulture dans le traitement des patients atteints de maladies mentales. Plus tard, le Friends Hospital of Philadelphia, le premier établissement psychiatrique privé fondé en 1813, pratiqua la thérapie par l'horticulture. Cet hôpital proposa une approche thérapeutique plus contemplative, privilégiant le contact avec la nature et la multiplication des stimulations sensorielles. Durant la première moitié du 20^{ème} siècle, la pratique d'utiliser le jardinage comme un outil thérapeutique afin d'améliorer la santé se développa à travers tous les États Unis. Cette pratique fut appliquée aux personnes souffrant de troubles somatiques et notamment de troubles moteurs dès la 1^{ère} guerre mondiale. Puis durant la 2^{ème} guerre mondiale, l'hortithérapie commença à constituer une part des programmes de réadaptations fonctionnelles des blessés. En 1971, le premier diplôme universitaire d'hortithérapeute fut créé, associant des enseignements conséquents aussi bien en psychologie qu'en horticulture.

Dès 1973, la première organisation professionnelle d'hortithérapeute vit le jour dans le Maryland aux USA ; elle devient, en 1988, l'American Horticultural Therapy Association (AHTA). En Angleterre, en 1978, une nouvelle association vit le jour, la Society for Horticultural Therapy puis, en 1993, le premier diplôme universitaire d'hortithérapie fut créé

à l'université de Coventry. Cette méthode est aussi répandue au Japon. La France s'inscrit timidement dans cette mouvance depuis une vingtaine d'année, mais elle ne bénéficie pas encore de formation officiellement reconnue.

La pratique de l'hortithérapie, accompagnant souvent une prise en charge médicale, peut s'appliquer à toutes les disciplines médicales et s'adresser à des publics variés. Elle offre un éventail d'activités facilement adaptables aux lieux et aux saisons, à la pathologie de la personne et son degré d'évolution.

➤ **L'hortithérapie et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer**

Ainsi, des études portent aujourd'hui sur l'utilisation des activités de jardinage auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées.

L'étude de Jarrot et Gigliotti (2010)³⁰ porte sur un groupe de 129 patients âgés de 80 ans en moyenne atteints de démence. Ils ont tenté de comparer l'impact des activités horticoles (remplir des pots de terre, semer des graines, repiquer des boutures etc.) sur leur affect et leur engagement comparativement à un autre groupe témoin qui pratiquait des activités traditionnelles. Les résultats montrent que les patients étaient plus engagés, avec plus de participation active que le groupe témoin, ce qui atteste le degré de stimulation de ces activités et leur intérêt pour ces personnes. Cependant on n'observa pas de différence en matière d'affects exprimés entre les 2 groupes.

Gonzalez et Kirkevold (2013)³¹ ont fourni une revue de littérature sur les bénéfices associés à l'utilisation de jardins sensoriels et d'activités de jardinage dans les soins pour les personnes atteintes de démences. Sur les seize études retenues, huit ont étudié les bénéfices des jardins sensoriels, sept ont examiné les activités de jardinage en extérieur et un article l'usage de plantes d'intérieur. Le terme de **jardin sensoriel** réfère à l'idée que le jardin stimule les sens tels que la vision, l'odorat, le toucher, l'ouïe, le goût. L'usage du jardin sensoriel peut être passif : être simplement là, présent, à apprécier les diverses stimulations comme le souffle de l'air, le soleil sur la peau, les odeurs des fleurs etc. ou d'un usage plus actif par des activités déterminées dans le jardin. Les résultats révèlent que ces interventions semblent améliorer le bien-être, l'affect et réduisent les apparitions des comportements perturbateurs. De plus, l'usage des médicaments psychotropes, les incidents de chutes sérieuses, le sommeil et les rythmes circadiens semblent diminuer.

Ces études montrent l'intérêt de l'usage d'un jardin thérapeutique auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Que la personne profite de façon passive d'un jardin ou qu'elle soit plus active en pratiquant des activités de jardinage, elle reçoit des bénéfices qui participent à son bien-être et à sa santé.

Grâce à la richesse de ses activités qui le compose, le jardinage sollicite le corps de la personne âgée dans sa globalité favorisant ainsi l'activité motrice. Elle stimule les fonctions sensorielles et cognitives et favorise la socialisation ainsi que la valorisation de la personne âgée. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer semblent montrer un engagement et une participation accrue durant cette activité et les troubles psychocomportementaux semblent amoindris.

Nous avons vu au travers de cette littérature professionnelle tout ce qui concernait les principaux thèmes se rapportant à ma question de départ. Cet état des lieux apporte de nombreuses informations sur la question et montre que l'activité jardinage peut être pertinente auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Pourtant, elle n'aborde pas la question du point de vue des ergothérapeutes qui travaillent dans ces institutions que sont les Ehpad. Pour cela, une pré-enquête exploratoire va être réalisée.

1.5.6. La pré-enquête exploratoire

La pré-enquête se présente sous la forme d'un questionnaire composé de 13 questions (cf. annexe 2). Avant d'envoyer ce questionnaire, je me suis assurée par téléphone qu'il y avait bien un ergothérapeute dans l'établissement, afin d'avoir plus de chance d'avoir des réponses. Il a été adressé à 35 ergothérapeutes travaillant en Ehpad. Son objectif a été de recueillir les types d'activités thérapeutiques que les ergothérapeutes pratiquent auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et savoir si le jardinage en fait partie, afin de vérifier la pertinence de ma question de départ. Diverses questions ont porté sur l'activité jardinage.

J'ai reçu 8 réponses d'ergothérapeutes. Les principaux éléments qui ressortent de ces réponses sont les suivants :

- un seul établissement sur les 8 possède une unité dédiée le PASA ;
- aucun ergothérapeute n'utilise d'évaluation de la mesure de la qualité de vie et mesurent l'impact de l'activité sur le résident uniquement par l'observation ;
- parmi les 8 ergothérapeutes, 5 animent un atelier jardinage ;
- ils co-animent l'atelier jardinage avec un autre professionnel ;
- les 3 qui ne pratiquent pas d'atelier jardinage aimeraient pouvoir l'utiliser. Les raisons évoquées sont le manque de temps, le manque de budget, l'absence de jardin ;
- les raisons de l'atelier jardinage et les objectifs thérapeutiques sont nombreux (cf. annexe 3) ;
- les ergothérapeutes préconisent l'activité jardinage avec des personnes à un stade léger ou modéré ;
- certains ergothérapeutes disent s'appuyer sur la mémoire procédurale durant l'activité.

Au vu des ergothérapeutes interrogés qui travaillent en Ehpad avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer il semblerait donc que l'utilisation du jardinage soit pertinente. L'analyse montre que les ergothérapeutes ne préconisent pas l'activité jardinage pour les personnes en stade sévère de la maladie. Pourtant, la revue de littérature incluait tous stades de démence dans leurs études.

Ma question de départ évolue donc au vu des résultats de la pré-enquête exploratoire et ma problématique pratique devient donc :

Comment l'ergothérapeute, par le choix de l'activité jardinage thérapeutique, peut influencer sur la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées au stade sévère au sein d'un Ehpad ?

Par rapport à ma problématique pratique, je vais donc développer les concepts suivants dans le cadre théorique.

1.6. Le cadre théorique

1.6.1. Le concept de qualité de vie

La qualité de vie est un terme très utilisé depuis de nombreuses années tant dans la littérature scientifique que dans le langage courant. Selon Mabire³² cette notion apparaît dès les années 1960 et la complexité de ce concept vient des apports des différentes disciplines qui s'y sont intéressées : la philosophie, la sociologie et la psychologie, la politique et les compagnies d'assurance et la médecine. C'est donc un concept multidimensionnel qui intègre des notions voisines de bonheur, satisfaction de vie, bien-être et santé. Il existe de nombreuses définitions de la qualité de vie mais celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) semble la plus admise. Elle la définit comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (OMS 1994). L'OMS intègre donc six domaines qui permettent d'éclairer la qualité de vie. Il s'agit des domaines de :

- la santé physique ;
- l'état psychologique ;
- l'indépendance de la personne ;
- ses relations sociales ;
- son environnement ;
- ses croyances personnelles.

Ces domaines peuvent être évalués diversement, à partir d'une association d'indicateurs objectifs (par exemple l'état de santé) et d'indicateurs subjectifs. Pour Mabire³² « *Les indicateurs subjectifs ne sont évaluables que par le sujet lui-même car ils sont de l'ordre de l'intime et concernent les pensées, les perceptions, les jugements, les évaluations propres à chacun* ». La qualité de vie présente donc une notion subjective variable selon chaque individu.

Comme l'indique Bruchon-Schweitzer³³, la notion de « qualité de vie liée à la santé » est apparue dans les années 1980, quand on est passé des mesures de santé à celle de qualité de vie. Cette notion englobe la santé subjective ainsi que ses répercussions sur les autres

domaines de la qualité de vie. Ce concept multidimensionnel, utilisé dans le contexte médical et médico-psycho-social, inclut la santé physique et mentale et est lié aux maladies chroniques et à leurs facteurs de risque. La qualité de vie liée à la santé permet d'évaluer les résultats des interventions, de prendre en compte le vécu du patient à l'égard de sa pathologie et de son traitement. Selon Mabire³² « *Le concept de qualité de vie lié à la santé a tout de même du sens car il vise à donner au sujet un rôle central dans les études où sa subjectivité et ses impressions personnelles servent à l'amélioration de la prise en charge médicale ou psychosociale* ».

L'évaluation de la qualité de vie se mesure à l'aide de deux méthodes principales :

- la passation de questionnaires ou d'échelles : ces outils peuvent être utilisés en auto-administration (le sujet répond lui-même aux questions qui lui sont posées) ou en hétéro-administration (un professionnel de santé ou un aidant répond en se mettant à la place de la personne concernée) ;
- l'observation : directe ou par caméra vidéo discrète.

De nombreux outils génériques d'évaluation ont été développés mais ils mesurent davantage un état de santé perçu que la qualité de vie dans toutes ses dimensions comme par exemple le *Sickness impact profile* (SIP) ou le questionnaire de santé SF-36. D'autres outils spécifiques ont été conçus pour obtenir une évaluation globale de la qualité de vie chez des personnes présentant des pathologies spécifiques comme par exemple le *Quality of life in Alzheimer disease* (Qol-AD) dans la maladie d'Alzheimer. Quelle que soit la méthode utilisée, la qualité de vie doit être interprétée dans un contexte donné et peut varier avec le temps. Elle n'est donc pas un indicateur fixe.

Ainsi selon Bruchon-Scheitzer³³, la qualité de vie est un concept global, comprenant plusieurs dimensions (santé physique, psychologique, sociale) influencé par des facteurs généraux (culture, environnement) mais aussi plus personnels (valeurs, croyances, normes, attitudes). La qualité de vie comprend à la fois des aspects objectifs et subjectifs qui sont tous deux des indicateurs valides.

1.6.2. Le concept d'activité signifiante et significative

Selon Francine Ferland³⁴, l'être humain est un être agissant. Grâce à ses activités, il se relie aux autres, développe ses habiletés et ses compétences, la confiance en soi, et peut se réaliser dans l'action. Tout au long de la vie, les activités évoluent en fonction des rôles qui seront les siens. Ainsi l'activité occupe une place prépondérante tout au long de la vie, même pour les personnes âgées. Pourtant, pour que l'engagement soit optimal et participe à la santé et à sa qualité de vie, il est nécessaire que ces activités soient signifiantes et significatives pour elle, qu'elles répondent à ses intérêts, ses désirs et ses objectifs personnels.

Elian Djaoui³⁵ examine les liens de l'activité avec les rôles assumés par un individu et parle des dimensions psychoaffective et sociale de ces activités. Ces deux dimensions renvoient à la définition faite par Rochex (cité par Morel, 2006) entre une activité signifiante (qui a du sens pour la personne) et une activité significative (porteuse de sens pour l'environnement social : famille, réseau sociaux, organisations etc.).

L'activité signifiante renvoie au psychoaffectif, sollicite la personne dans ce qu'elle a de singulier et de spécifique. Elle a du sens pour la personne dans la mesure où un certain nombre de ses besoins psychiques trouvent satisfaction à travers l'activité (sécurité, autonomie, maîtrise de l'environnement, reconnaissance, épanouissement de soi, créativité etc.).

L'activité significative caractérise le socio-symbolique. L'individu devient un membre d'un collectif, en lien avec un réseau social, soumis à un ensemble de règles communes. Elle répond à des exigences imposées par la vie en société notamment pour les actions collectives (vie familiale, vie professionnelle etc.).

Selon Morel (2006), « *Les ergothérapeutes pensent que l'engagement dans des activités signifiantes et significatives permet de développer ses capacités, d'avoir un certain contrôle sur sa vie et son environnement, de donner un sens à sa vie et donc d'améliorer sa qualité de vie* ». Il sera donc important pour l'ergothérapeute de chercher les activités signifiantes et significatives de la personne. Pour cela, il pourra utiliser un modèle centré sur la personne tel le modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation afin de repérer ce qui est important pour elle et qui lui fait sens. De plus, afin d'avoir une action thérapeutique et d'engager la personne dans une mise en activité, l'ergothérapeute va devoir adapter l'activité aux capacités du patient et développer le potentiel thérapeutique de l'activité.

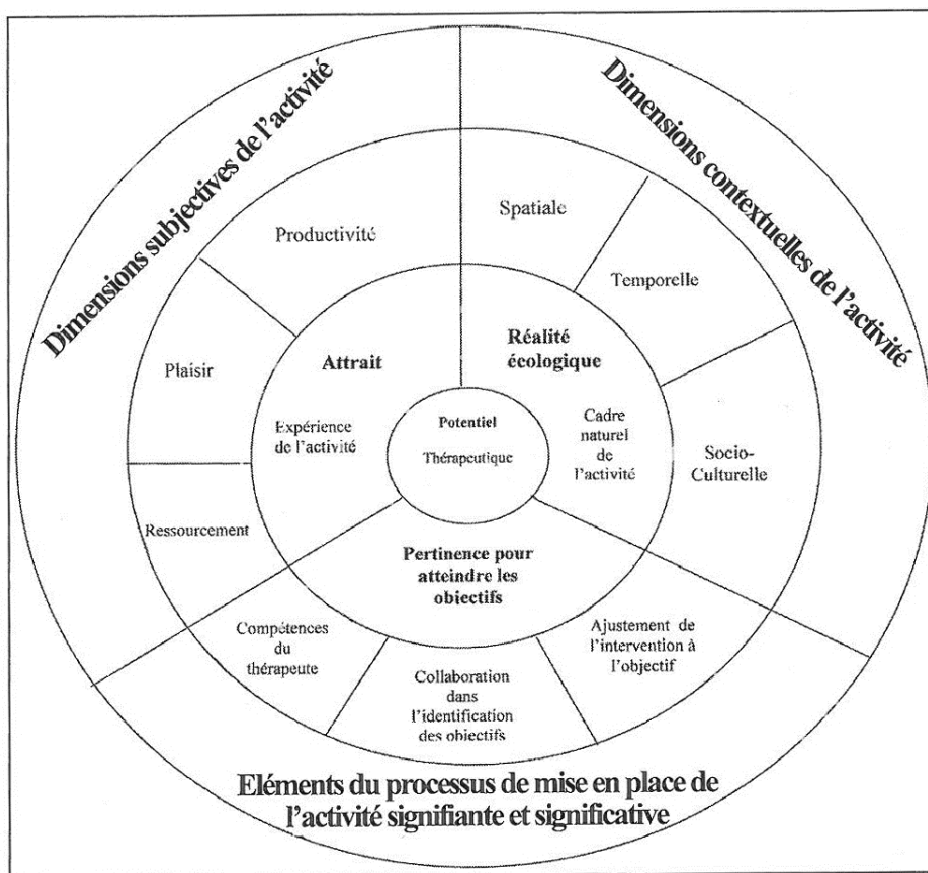
1.6.3. Le potentiel thérapeutique de l'activité

Malgré l'importance de l'activité pour l'être humain, celle-ci n'est pas thérapeutique en soi. Selon Morel-Bracq³⁶, l'ergothérapeute américaine Doris Pierce a étudié cette question et mis en évidence dans ses travaux de recherche qu'il fallait des conditions particulières, des éléments indispensables à prendre en compte pour développer le potentiel thérapeutique de l'activité. Il s'agit des dimensions subjectives de l'activité, des dimensions contextuelles en lien avec sa réalité écologique ainsi que du processus de mise en place de l'activité signifiante et significative.

- Les dimensions subjectives de l'activité permettent d'initier l'engagement dans une activité. L'attrait de l'activité correspond au degré de désir en termes de productivité, plaisir, ressourcement que la personne expérimente. Pour Doris Pierce, la motivation à **produire** un objet ou un résultat afin de se sentir utile à soi ou aux autres, peut parfois permettre de trouver des satisfactions personnelles, donner un sens à l'existence. De même, **le plaisir** ressenti durant l'activité permet aussi l'engagement et procure des effets bénéfiques pour l'humeur et la santé. Enfin, certaines activités procurent un **ressourcement** qui peut être physique ou psychique, elles restaurent notre niveau d'énergie et nous aident à vivre. Doris Pierce précise que le développement simultané de ces trois dimensions très subjectives augmente le potentiel thérapeutique de l'activité.
- Les dimensions contextuelles de l'activité correspondent au cadre naturel de l'activité, à sa réalité écologique et sont représentées par ses dimensions spatiales, temporelles et socioculturelles. Proposer l'activité en cohérence avec le lieu habituel où elle est pratiquée (par exemple, préparer le repas à la cuisine ou faire le jardinage à l'extérieur), au moment habituel (par ex. se laver le matin) et en cohérence avec les origines culturelles de la personne peuvent lui permettre de mieux comprendre la situation et de s'inscrire dans l'activité en particulier pour les personnes désorientées.
- Les éléments du processus de mise en place de l'activité sont de trois ordres : ils concernent les compétences de l'ergothérapeute, sa collaboration avec la personne pour identifier ensemble les objectifs thérapeutiques et sa capacité à ajuster l'intervention aux objectifs définis. Par la relation de confiance établie avec la personne, son observation et ses compétences professionnelles, l'ergothérapeute établit un plan de traitement pertinent. La pertinence de l'activité repose également sur une collaboration avec le

patient pour le choix d'objectifs appropriés en lien avec ses besoins et ses attentes. Il saura adapter l'activité en cours si besoin afin de pouvoir la poursuivre malgré les difficultés rencontrées et permettre la réussite de l'activité.

Ainsi, selon Doris Pierce, l'ensemble de ces éléments vise le développement du potentiel thérapeutique de l'activité. Avant d'entreprendre une activité, ces divers éléments doivent donc être explorés par l'ergothérapeute : il s'agit de l'attrait de l'activité, de sa réalité écologique et de sa pertinence vis à vis des objectifs à atteindre. Ils sont repris dans un schéma en forme de cible.



1.6.4. La mémoire et les mémoires préservées à long terme dans la maladie d'Alzheimer

Selon Ergis, Gely-Nargeot et Van der Linden⁷, la mémoire traite les nombreuses informations sensorielles (visuelles, auditives, tactiles, gustatives, olfactives) qui viennent de notre environnement et qui affluent à notre cerveau. La mémoire ne constitue pas une entité

homogène; selon le type de tâches à effectuer, selon le type d'information à mémoriser, nous utiliserons l'une ou l'autre de nos mémoires.

Pour le Pr. Francis Eustache³⁷, la mémoire se compose **de 5 systèmes de mémoire** impliquant des réseaux neuronaux distincts bien qu'interconnectés :

- **La mémoire de travail** (à court terme) :

Elle dure de quelques secondes à quelques minutes. Elle permet le stockage temporaire de l'info à l'état brut en vue de son utilisation immédiate. Elle nous permet par exemple de suivre une conversation ou de retenir un numéro de téléphone durant sa composition. Sa capacité est limitée (l'empan correspond au nombre d'éléments retenus, en général 7) ainsi que sa durée : si le contenu enregistré n'est pas répété, il est oublié au bout de 15 secondes. Par ailleurs, la mémoire de travail est en lien avec l'attention.

- **La mémoire sémantique** :

Elle regroupe la connaissance du monde et du langage, des savoirs. Elle permet l'acquisition et la mémorisation des connaissances générales, scolaires, culturelles. Ces informations sont codées en dehors du contexte temporo-spatial. Les troubles de la mémoire sémantique se traduisent parfois au début par une incapacité de nommer des objets familiers.

- **La mémoire épisodique** :

La mémoire épisodique est une forme de mémoire explicite. L'information est située dans un contexte temporel et spatial. On y retrouve les épisodes de la vie, ainsi que la mémoire autobiographique. Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles de la mémoire épisodique représentent le symptôme majeur et sont souvent suffisamment sévères pour perturber la vie quotidienne du patient.

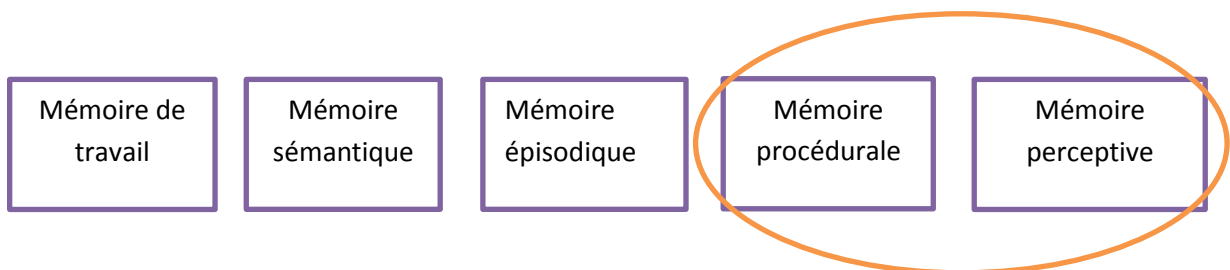
- **La mémoire procédurale** :

La mémoire procédurale est la mémoire des automatismes. Elle entre en jeu dans l'apprentissage de procédures, des manipulations, des habiletés motrices qui sont difficilement verbalisables : cela regroupe les « savoir-faire ». Elle permet par exemple de conduire, de faire du vélo etc. sans avoir à réapprendre à chaque fois. Les mouvements se font sans contrôle conscient et les circuits neuronaux sont automatisés. Ces processus sont donc effectués de façon implicite. Dans la maladie d'Alzheimer, cette mémoire est plutôt bien préservée et l'acquisition d'habiletés perceptivo motrices reste longtemps possible. Selon Josephsson (1994) cité par Margot-Cattin³⁸, « *la mémoire procédurale est comme une forme*

de mémoire du corps qui permet la réalisation d'actes automatisés ne nécessitant pas de réflexion consciente ». Pour Margot-Cattin, certaines activités dont le jardinage ont de fortes composantes de mémoire procédurale. Quand l'environnement est adapté à la situation, la personne ayant une pathologie démentielle réagit en déclenchant une suite d'actions automatisées qui lui permettent de s'engager dans l'activité. Gitlin et Vause-Earland³⁹ estiment que la mémoire procédurale est une zone de facultés cognitives préservées chez les personnes atteintes de démence qui peut faciliter l'apprentissage et peut prendre en charge des objectifs de réadaptation. Par la sollicitation de ce système mnésique, l'ergothérapeute pourrait être en mesure de faciliter le réapprentissage d'habiletés familières et significatives.

- **La mémoire perceptive**

Cette mémoire fonctionne beaucoup à l'insu de l'individu. : elle correspond au fait d'être en contact avec une information perceptive, elle est liée au sens. Elle dépend donc des modalités sensorielles, notamment la vue. Elle permet de retenir des images, des sons sans s'en rendre compte. Elle implique la mémorisation d'informations perceptives et facilite la reconnaissance ultérieure de ces informations.



Les mémoires préservées à long terme

D'après le Pr Eustache⁴⁰, la mémoire repose donc sur cinq systèmes de mémoire : la mémoire de travail qui est au cœur du système, la mémoire sémantique et la mémoire épisodique qui sont deux systèmes de représentation consciente à long terme, la mémoire procédurale et la mémoire perceptive, toutes deux implicites. Ces deux dernières formes de mémoire nous permettent de réaliser des tâches sans efforts cognitif car elles reposent sur des traitements automatiques de l'information. Selon lui, dans la maladie d'Alzheimer, les mémoire perceptive et procédurale sont longtemps préservées. La préservation de ces formes de mémoire est donc précieuse car on pourra s'appuyer sur ces capacités préservées même au stade sévère de la maladie afin de favoriser l'activité.

1.7. Question de recherche

Ces modèles conceptuels ont été retenus car ils se rapportent à la problématique pratique. La question de départ ayant guidé ce travail concernait le rôle de l'ergothérapeute dans le lien entre l'activité et la qualité de vie auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en Ehpad à travers l'utilisation du jardinage comme média. Les recherches, la pré-enquête exploratoire et les apports théoriques ont permis d'affiner peu à peu ce sujet. Nous avons vu que la participation aux activités a un impact positif sur la qualité de vie. L'étude du concept de mémoire a mis en avant le fait que les mémoires procédurale et perceptive sont longtemps préservées dans la maladie d'Alzheimer et les deux sont sollicitées dans l'activité jardinage. Dans la pré-enquête exploratoire, les ergothérapeutes parlent de pouvoir s'appuyer sur la mémoire procédurale et les habitudes de vie, ce qui pourrait laisser penser que même les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère pourraient s'engager dans l'activité jardinage. C'est donc dans ce contexte qu'est formulée la question de recherche :

Qu'est-ce que l'ergothérapeute met en place autour de l'activité jardinage pour solliciter les mémoires perceptive et procédurale chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère afin de permettre sa participation à l'activité?

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Choix de la méthode

La question de recherche de ce mémoire fait appel à des pratiques peu présentes sur le terrain ou qui sont en cours de développement. En effet, l'utilisation de l'activité jardinage auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère par les ergothérapeutes semble encore très peu répandue en Ehpad comme semble nous le montrer les résultats de l'enquête pré-exploratoire.

Mon choix va donc se porter sur la méthode clinique car c'est une méthode exploratoire, sans hypothèse à priori, qui vise la découverte de savoirs provenant des particularités d'une population donnée. En effet, selon Chantal Eymard⁴¹, la méthode clinique « *est réservée à ce qui s'entend et s'interprète en étant à côté de la personne. Elle est fondée sur l'écoute et l'interprétation des signes recueillis et accueillis auprès d'un sujet. C'est à partir de ces éléments recueillis dans la pratique clinique, en étant à l'écoute du sujet, qu'elle s'intéresse à la recherche du cas clinique* ». Cette approche est avant tout qualitative et vise à recueillir des données de contenus. Elle nécessite donc de l'écoute et du temps. Pour Eymard « *le but premier de la méthode clinique n'est pas de généraliser mais de proposer une régulation de la théorie ou des théories qui ont fondé l'attendu par rapport au phénomène étudié* ».

2.2. Population

La problématique de ce travail de recherche concerne les ergothérapeutes intervenants en Ehpad auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées au stade sévère. Dans l'enquête, nous souhaitons ainsi recueillir les différents moyens mis en place par les ergothérapeutes pour l'activité jardinage auprès de cette population afin de permettre leur participation.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- être ergothérapeute diplômé d'Etat ;
- exercer en Ehpad ;
- intervenir auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées au stade sévère ;
- pratiquer l'activité jardinage thérapeutique avec cette population.

Malgré l'envoi de quelques de mails de recherche, le temps imparti étant très court et les critères d'inclusion restrictifs, je n'ai pas trouvé de nouveaux ergothérapeutes correspondant à mes critères. Les cinq ergothérapeutes qui ont répondu au questionnaire de la pré-enquête ont donc été de nouveaux contactés. Ce contact a d'abord eu lieu par mail afin de savoir s'ils avaient pratiqué eux même avec des personnes au stade sévère, et, si la réponse était positive, leur faire part de mon souhait de les interroger à nouveau sur le sujet. Trois d'entre eux m'ont donné une réponse favorable. Suite à leur accord, une correspondance par mail a eu lieu afin de les informer de l'avancée du travail depuis le questionnaire de la pré-enquête.

2.3. Choix et construction de l'outil de recueil de données

En fonction la méthode employée, les outils seront différents. La méthode clinique étant réservée à ce qui s'entend et s'interprète en étant à côté de la personne, l'entretien en est l'outil privilégié. Selon Gatto et Ravenstein⁴² il existe plusieurs types d'entretiens selon leur plus ou moins grande directivité : l'entretien non directif, l'entretien semi-directif, l'entretien directif ouvert et l'entretien directif. Pour réaliser le recueil de données, l'entretien semi-directif sera utilisé avec comme caractéristique l'entretien d'explicitation. En effet, la spécificité de cet entretien semi-directif est de viser la verbalisation de l'action, de mettre à jour des choses que les personnes font mais qu'elles n'ont pas forcément conscience ou qu'elles font de façon implicite. Pour Vermersch⁴³ la technique d'entretien d'explicitation est « *un ensemble de pratiques d'écoute basées sur des grilles de repérage de ce qui est dit et de techniques de formulations de relances (questions, formulations, silences) qui visent à aider, à accompagner la mise en mots d'un domaine particulier de l'expérience en relation avec des buts personnels et institutionnels divers* ». Cet entretien permet de s'informer sur la manière dont l'interviewé a réalisé une tâche particulière, ce qui correspond à ma question de recherche. Pour cela, l'entretien d'explicitation va se focaliser sur la mise en mot à posteriori de l'action vécue plutôt que sur l'émotion, le ressenti de la personne. Le vécu de l'action concerne la succession des actions élémentaires que le sujet met en œuvre pour atteindre un but.

L'entretien semi-directif s'appuie sur un outil théorisé de recueil des données, un guide d'entretien, construit à partir des concepts choisis précédemment et par rapport à l'objet de recherche à étudier. Pour cela, deux matrices théoriques sont construites (cf. annexe 4 et 5) à partir du concept du potentiel thérapeutique de l'activité ainsi que des mémoires préservées à long terme dans la démence, et sont décomposées en variables, critères et indicateurs. Puis

quelques thèmes sont identifiés et définis afin de pouvoir être abordés dans l'entretien. Pour chaque thème déterminé, une question ouverte sera formulée, avec une question de relance prévue si besoin. Ces questions seront utilisées seulement si l'interviewé ne les aborde pas spontanément, elles servent de guide et n'ont pas d'ordre établi.

Le guide d'entretien démarre par la question inaugurale. Cette question reprend l'objet de recherche et donne à l'interviewé l'orientation de son discours. Elle doit rester ouverte et permettre un engagement du point de vue de la personne interrogée.

Le guide d'entretien semi-directif :

Question inaugurale : Ce qui m'intéresse c'est de comprendre ce que l'ergothérapeute doit mettre en place autour et pendant l'activité jardinage pour solliciter les mémoires procédurale et perceptive de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé afin de permettre sa participation à l'activité.

Thèmes	Questions
Le contexte environnemental et matériel	Pouvez-vous m'expliquer quel contexte environnemental vous mettez en place pour l'activité jardinage et avec quel matériel? <i>Relance :</i> quel est le lieu de l'activité, y a-t'il une saison propice ? Adaptez- vous l'environnement ? Utilisez-vous du matériel que les patients avaient l'habitude d'utiliser ?
L'environnement humain	Comment communiquez-vous avec la personne pour la faire participer ? <i>Relance :</i> Quel mode de communication utilisez-vous ?
L'activité en elle-même	Expliquez-moi comment vous choisissez l'activité, la tâche à exécuter ? <i>Relance :</i> comment adaptez-vous l'activité pour les personnes démentes au stade avancé ? (faut-il la séquencer, la simplifier, la personnaliser ...)
L'aide apportée	apportez-vous des repères pour aider la personne à démarrer l'activité ? <i>Relance :</i> aidez- vous la personne à démarrer les gestes de l'activité ?

Entrée sensorielle	sollicitez- vous les perceptions sensorielles ? <i>Relance</i> : Que faites-vous pour stimuler les sens ?
Répétitivité	favorisez-vous certains gestes? <i>Relance</i> : Proposez-vous des gestes répétitifs ?
Satisfaction	Qu'est-ce que la personne exprime au niveau psychologique durant l'activité ? <i>Relance</i> : Que percevez-vous de la part de la personne quand l'activité est adaptée ou non ?

2.4. Déroulement de l'enquête

J'ai eu l'opportunité de réaliser trois entretiens. Compte tenu de la distance géographique deux entretiens ont dû se faire par téléphone. C'est un peu regrettable car l'échange en direct permet de prendre en compte le non verbal exprimé par la personne. Les deux entretiens téléphoniques se sont passés sans difficulté, les ergothérapeutes m'ayant donné rdv le soir après leur travail, ils étaient très disponibles. Il n'y a pas eu d'interruption durant l'entretien. Le troisième entretien a eu lieu en direct et s'est déroulé aussi de façon très conviviale, devant une tasse de café dans un lieu public très calme. L'ergothérapeute m'a demandée de la tutoyer, me disant qu'elle serait plus à l'aise pour échanger, ce que j'ai accepté volontiers car il est important d'établir une relation de confiance afin que la personne puisse se livrer.

Le cadre de l'entretien avait été défini auparavant lors de notre correspondance: leur accord avait été demandé pour enregistrer l'entretien et la garantie de l'anonymat affirmée. Je les avais informés de la durée de l'entretien (environ 30mn) afin qu'ils puissent s'organiser professionnellement et être disponibles pour l'entretien.

Dès le début de l'entretien, je me suis montrée chaleureuse afin de mettre la personne à l'aise et lui ai redemandé son accord d'être questionnée. Ensuite je me suis attachée à accueillir sa parole, à me montrer empathique afin que la personne se sente en confiance et puisse s'exprimer le plus possible librement. Pour cela, j'ai pratiqué une écoute active, ponctuée de reformulations, de formules de relance, j'ai tenu compte des temps de silences qui signalent une réflexion sans les interrompre. Je me suis assurée aussi que l'interviewé

restait bien dans la verbalisation de l'action, c'est-à-dire dans des explications sur des tâches concrètes et non sur son ressenti émotionnel. Tout cela nécessite beaucoup de concentration de la part de l'intervieweur. A la fin de l'entretien, je leur ai demandé s'ils avaient encore des choses à me dire concernant le sujet afin de leur laisser la possibilité de s'exprimer encore si besoin, puis je les ai vivement remerciés pour leur participation et pour leur gentillesse d'avoir accepté de prendre ce temps pour moi.

2.5. Choix des outils de traitement des données

Pour Eymard⁴¹ (2003, p 53) l'analyse des entretiens doit permettre de mettre en évidence des éléments essentiels à la compréhension du fonctionnement de l'être humain d'aujourd'hui dans un processus de santé afin de participer à la compréhension du processus de soins et l'évolution de la qualité des soins. Elle préconise l'analyse de contenu pour traiter les données d'un entretien. L'analyse de contenu sera donc choisie car elle permet de lire un contenu et de lui attribuer du sens. Pour cela des catégories de sens sont élaborées. Elles vont reprendre les thèmes du guide d'entretien qui ont été construits à partir des matrices théoriques.

3. RESULTATS

Les trois entretiens ont été retranscrits et sont consultables dans les annexes 6 à 8. Au vu des résultats, un nouveau thème est apparu concernant certaines limites évoquées par les ergothérapeutes. Je vais procéder à l'analyse des données de chaque thème ainsi qu'à une présentation des fragments du discours des 3 ergothérapeutes correspondant. Les résultats bruts sont présentés par ergothérapeute sous la dénomination E1, E2 et E3.

Thème 1, le contexte environnemental est décomposé en 4 sous-thèmes : l'environnement physique, l'adaptation du matériel, le choix des plantes et les repères temporels.

- L'environnement physique : les 3 ergothérapeutes utilisent les ressources environnementales de leur établissement. E1 étant en ville, il pratique le jardinage dans des jardinières sur une terrasse. E2 et E3 bénéficient d'un jardin et l'utilisent pour leurs activités jardinage. Ils précisent que la situation écologique est un atout pour les résidents car elle favorise leur implication et leur intérêt.

- L'adaptation du matériel : les ergothérapeutes E1 et E3 bénéficient de jardinières en hauteur qui sont accessibles aux résidents en fauteuil roulant et E2 d'un autre espace aménagé en hauteur. E1 est seul à préciser utiliser des outils ergonomiques en plus des outils ordinaires. E2 et E3 n'utilisent que des objets usuels que les résidents avaient l'habitude d'utiliser autrefois.

- Le choix des plantes : les 3 ergothérapeutes soulignent l'importance du choix des plantes. Ils précisent que les plantes sont rattachées à la culture de la personne et évoquent des souvenirs. E1 et E2 choisissent aussi la plante selon un critère de non toxicité et non dangerosité. E1 évoque la facilité à la culture. E3 précise qu'elles doivent stimuler les sens et être adaptées au climat de la région.

- Les repères temporels : E2 évoque les saisons comme repérage temporel. Les 3 ergothérapeutes décrivent la notion de routine avec la régularité du rythme des séances hebdomadaires.

Thèmes	Sous-thèmes	Fragments du discours
Le contexte environnemental	Environnement physique	<p><u>E1 ligne 19-20</u> « Nous n'avons pas de jardin car nous sommes en ville, seulement une terrasse avec des jardinières. »</p> <p><u>E2 ligne 12-22</u> « Moi je vais privilégier le jardin à l'extérieur : en effet notre maison de retraite possède un très grand parc et le jardin a une grande importance.... nous avons un grand jardin traditionnel où on plante des fleurs et des légumes... je privilégie vraiment la situation écologique pour les personnes parce qu'il est important de les remettre dans le contexte de l'activité : c'est-à-dire on fait du jardin dans un jardin! Le fait d'être dans un environnement contextuel connu va favoriser leur implication et leur intérêt. »</p> <p><u>E3 ligne 115-117</u> « le choix du lieu, des plantes, le bruit du vent, le soleil, la chaleur...c'est beaucoup plus parlant car pour la majorité des personnes âgées aujourd'hui elles avaient la possibilité d'avoir un jardin donc c'est plus parlant si on est dehors »</p> <p><u>E3 ligne 121-122</u> « Moi où je suis, c'est vraiment le potager à l'extérieur avec des gens qui vivaient à la campagne »</p>
	Adaptation et choix du matériel	<p><u>E1 ligne 60-62</u> « Alors c'est des jardinières mobiles et qui sont accessibles en fauteuil à 80 cm et 85 cm, en fait j'en ai pris 3 : y en a une qui est adaptée pour les fauteuils standard et une pour les fauteuils confort. »</p> <p><u>E2 ligne 15-16</u> « et puis un autre espace de jardin qui a été aménagé en hauteur pour permettre aux personnes à mobilité réduite de faire l'activité »</p> <p><u>E3 ligne 13-15</u> « le potager est surélevé quand même, il est placé sur une surface qui est pas forcément très accessible pour les fauteuils parce que c'est de l'herbe</p>

		<p>et c'est pas très carrossable. Il y a 6 ou 7 bacs »</p> <p><u>E1 ligne 55-57</u> « Comme adaptation de matériel il n'y a pas grand-chose : on a déjà des outils ergonomiques, comme par exemple un sécateur avec un système de retour et de ressort, on appuie et qui va revenir tout seul. »</p> <p><u>E2 ligne 46-47</u> « nous utilisons du matériel que les patients avaient l'habitude d'utiliser puisque l'intérêt c'est de les remettre dans un contexte de choses qui sont connus. »</p> <p><u>E3 ligne 19-20</u> : « Ce sont des objets que les personnes avaient l'habitude d'utiliser, des objets ordinaires pour le jardin »</p>
	Choix des plantes	<p><u>E1 ligne 186-199</u> « le premier critère c'est la non toxicité des plantes, ensuite c'est la facilité à cultiver la plante et enfin que la plante parle à la personne....il y a un mélange de plein de cultures surtout à Marseille...on va plutôt choisir de la menthe ou de la coriandre dans un cas, par exemple une personne africaine, ou de la sauge, du thym ou du romarin dans un autre et si on cherche en plus à stimuler cette mémoire perceptive il va forcément falloir choisir une plante qui parle à la personne, qu'elle aura déjà vu et senti et qui lui évoquera des souvenirs. »</p> <p><u>E2 ligne 53-56</u> « Moi par exemple, je fais très attention à ce que l'on va planter dans le jardin de façon à ce que les légumes, les plantes les fleurs bien sûr suscitent la réminiscence et évoquent des choses connues. Donc on va mettre des légumes, des fleurs qui sont de notre région et que les personnes âgées utilisaient dans leurs jardins. »</p> <p><u>E2 ligne 63-64</u> « ...mais je prends pas de plantes qui piquent ou qui sont toxiques bien sûr ! »</p>

		<p><u>E3 ligne 34-45</u> « C'est des plantes en fait qui stimulent les sens, et qui sont adaptées au climat de la région....Le fait qu'elles soient adaptées au climat font que les gens ont eu l'habitude de les voir chez eux, puisqu'ils viennent de cette région, c'est en lien avec la culture. Oui, c'est important le choix de la plante...pour que la personne puisse investir dans l'activité, effectivement, il faut qu'on trouve des choses qui lui parlent..... et le choix de la plante, c'est important. ».</p>
	Repères temporels	<p><u>E1 ligne 215-221</u> « : Sur l'activité en elle-même, si on la répète toutes les semaineson peut créer de l'habitude effectivement... C'est pour favoriser cet ancrage, pour que les gestes deviennent répétitifs,pour qu'il y ait une routine qui se crée »</p> <p><u>E2 ligne 17-26</u> « l'activité jardinage est surtout proposée pendant la période du printemps et de l'été et si elle n'a pas lieu c'est vraiment à cause de la météo, qu'il fait trop froid ou s'il pleut..... . Si on est au printemps, à l'automne, ça permet un repérage au niveau temporel»</p> <p><u>E2 ligne 97-99</u> « puis je vais aussi instaurer une routine dans l'activité c'est-à-dire que chaque semaine ou 2 fois par semaine si je peux, nous faisons l'activité jardinage et dans l'activité on va procéder toujours de la même manière. »</p> <p><u>E3 ligne 191-196</u> « Ça peut devenir une activité qui les intéresse et qui va devenir routinière dans le déroulement de la semaine, ça peut être un repère. Par exemple si je fais l'activité jardinage 2 fois par semaine, même si les personnes ne produisent pas, ça va être un repère, c'est le jour du jardinage. La routine</p>

		de l'activité va leur être bénéfique, A partir du moment où la cognition est limitée c'est d'autant important de s'appuyer sur des habitudes de vie, car c'est rassurant »
--	--	--

Thème 2, l'environnement humain

Les 3 ergothérapeutes disent avoir un discours qui s'adapte aux capacités de compréhension de la personne. Ils précisent qu'ils s'expriment simplement, avec des phrases courtes. E2 précise aussi qu'il adapte sa parole à un débit lent, calme avec des temps d'attente qui vont permettre la compréhension de la consigne. E2 et E3 soulignent l'importance aussi de valoriser et d'encourager la personne par la parole afin qu'elle soit dans un contexte favorable, qu'elle se sente reconnue et qu'elle poursuive l'activité.

Environnement humain	Le discours	<p><u>E1 ligne 110-111</u> « Effectivement on va limiter tout ce qui est explication, on va plutôt passer par des ordres simples, des phrases très courtes : sujet verbe complément »</p> <p><u>E2 ligne 75-82</u> « il va falloir avoir un discours adapté de façon à ce qu'ils puissent comprendre les consignes. Je vais concrètement parlant avoir un discours qui va devenir simple : c'est-à-dire je vais faire une phrase sujet verbe complément une phrase simple, ne pas multiplier plusieurs verbes dans une phrase. Je vais parler d'une voix très calme paisible et puis parler lentement et surtout leur laisser le temps de comprendre l'information. Ça va leur permettre d'intégrer et de prendre le temps de comprendre la question, ce qu'on leur demande. Et puis bien sûr, il va aussi s'agir de valoriser, d'encourager la personne de façon à ce qu'elle soit dans un contexte favorable et chaleureux. Voilà donc le mode de communication ça va être un mode de communication verbale qui va pouvoir être suffisamment enveloppant simple et compréhensible pour la personne. »</p>
----------------------	-------------	---

		<p><u>E3 ligne 54-55</u> « : ben, je vais rester simple, oui, je vais utiliser que des ordres simples, je vais pas commencer à faire un discours autour de la fleur par exemple, un ordre simple »</p> <p><u>E3 ligne 146-149</u> « Oui tout à fait, c'est très important car s'il y a échec c'est plus difficile après d'impliquer la personne dans l'activité, elle va être tentée d'arrêter et de partir. Donc il faut valoriser au maximum la personne, même si c'est simple comme geste, pour que la personne continue et ait l'impression de ne pas être inutile »</p>
--	--	--

Thème 3, l'activité en elle-même

Il est décomposé en 2 sous-thèmes : le choix de l'activité et l'adaptation de la tâche.

- Le choix de l'activité : les 3 ergothérapeutes disent baser leur choix sur 2 points :

- cette activité jardinage doit être signifiante et significative pour la personne. Cette connaissance est recherchée par le recueil de données auprès de la personne mais surtout auprès de la famille. E3 précise que c'est parfois par découverte lors de mise en situation.
- Un bilan des capacités préservées de la personne au niveau moteur, cognitif, psychologique. Pour cela, ils se basent sur des évaluations. Ils utilisent tous les 3 préférentiellement l'observation. E1 la complète avec quelques bilans afin de connaître le niveau fonctionnel de la personne, E3 se base sur les évaluations réalisées par les autres professionnels. E1 et E3 pratiquent des mises en situation.

- L'adaptation de la tâche : les 3 ergothérapeutes disent adapter la tâche en la simplifiant. E1 et E2 précisent en décrivant des étapes séquencées de la tâche et E1 précise qu'il passe à l'étape suivante seulement si elle est réussie. E3 sélectionne seulement 4 gestes durant l'activité : gratter la terre, faire un trou, replacer la terre, arroser.

L'activité en elle-même	Le choix de l'activité	<p><u>E1 ligne 67-70</u> « : Par la connaissance de la personne qui se fait en amont, à l'entrée du résident ; Alors on a un entretien avec la famille, avec le résident si possible, ça dépend des moyens de communication qu'a le résident, c'est vraiment un recueil de données pour arriver à trouver une activité signifiante. »</p> <p><u>E1 ligne 138-152</u> « on va pas parler de déficience, on va parler plutôt de capacités préservées et si on n'a pas fait l'évaluation de ces capacités préservées on ne sait pas en fait, comment le résident peut interagir avec l'environnement ; et la participation passe par cette analyse qui doit être fine et pertinente, par la réalisation d'activités qui doit être correcte, voilà, pour vraiment ,entre guillemets, adapter l'activité au résident. Il faut connaître ses capacités.... l'évaluation va se faire assez doucement sur les premières semaines d'entrée du résidentbeaucoup d'observations, quelques petits bilans basiques, petit bilan de marche, tout ce qui est bilan cutanée et aussi orthopédique parce qu'en Ehpad c'est important et bilan de motricité générale sur les AVQ toilette, habillage, repas.....on se fait une idée plus précise des capacités motrices, cognitives de la personne et son niveau fonctionnel »</p> <p><u>E2 ligne 85-92</u> « pour choisir une activité je vais me baser sur des évaluations, sur un bilan des capacités préservées de la personne. Donc, dès son admission et dans les semaines qui suivent je vais faire beaucoup d'observations. Le bilan va donc porter sur l'aspect physique, cognitif, psychologique aussi, est-ce qu'il a des troubles du comportement ? de façon à pouvoir évaluer toutes les capacités préservées, afin de pouvoir s'appuyer dessus avant de proposer une activité. Je vais aussi, parce qu'il est indispensable de s'appuyer sur une activité signifiante et</p>
-------------------------	------------------------	---

	<p>significative, pour ces personnes-là qui sont déjà au stade avancé, je vais à la rencontre de la famille pour échanger avec eux et savoir quelles étaient ses activités autrefois »</p> <p><u>E3 ligne 79-83</u> « : ben dans l'idéal c'est faire une évaluation, qu'elle soit basée sur de l'observation ou une évaluation plus standard ou plus validée, après chacun a ses méthodes, moi je suis plus sur de l'observation et des évaluations qu'auront fait les autres professionnels aussi, le kiné pour la marche et l'équilibre, la psychologue qui est en charge de tout ce qui est cognition, etc. Et moi, je complète avec tout ce qui est praxies et mises en situation écologique. »</p> <p><u>E3 ligne 98-100</u> « bien sûr, je m'appuie sur l'activité signifiante et significative, la base ça va être ça.... si une personne l'a fait toute sa vie, on part du principe que ça va être signifiant pour elle »</p> <p><u>E3 ligne 86-91</u> « on va se baser sur l'histoire de vie de la personne, sur ce que nous dira la famille, car à ce stade là c'est plutôt la famille qui nous le dira. Des fois c'est lors d'une mise en situation..... on va se rendre compte qu'elle s'arrête devant le potager, et alors je me dis tiens il y a quelque chosedans ce cas-là, c'est vraiment la découverte. »</p>
L'adaptation de la tâche	<p><u>E1 ligne 112-113</u> « Et puis on va simplifier l'activité, on va la séquencer, commencer seulement par une étape, et si elle est réussie, passer à la suivante etc. »</p> <p><u>E2 ligne 93-97</u> « Ensuite, je vais vraiment adapter la tâche, je vais la simplifier. C'est-à-dire que par exemple, je vais séquencer la tâche ... Par exemple, si je propose, de planter une fleur, je vais pas lui dire de planter la fleur, on va décomposer la tâche : premièrement on va faire un petit trou, deuxièmement on va enlever le petit godet qui se trouve autour de la plante, etc. »</p>

		<p><u>E3 ligne 126-127</u> « Moi, je sélectionne certains gestes : gratter la terre, faire un trou pour planter le bulbe, replacer la terre et arroser. »</p> <p><u>E3 ligne 140-144</u> « On simplifie en fait l'activité au maximum pour solliciter quelque chose d'automatique... . Donc c'est simplifier vraiment l'activité pour permettre de continuer quand même à participer à une activité même si le geste paraît simple. »</p>
--	--	---

Thème 4, l'aide apportée

Il se décompose en 3 sous-thèmes : l'aide verbale, l'aide gestuelle et le mimétisme.

- L'aide verbale : les 3 ergothérapeutes utilisent une guidance verbale. E3 précise que l'aide est adaptée en fonction des capacités de la personne et peut être faite durant toute la séance.

E1 et E2 insistent sur la nécessité de donner des consignes simples.

- L'aide gestuelle : les 3 ergothérapeutes pratiquent la guidance gestuelle et disent qu'elle stimule la mémoire procédurale. E1 parle d'accompagner le geste et précise que la personne comprend mieux les gestes que les explications verbales. E2 intervient par l'aide gestuelle quand l'aide verbale ne suffit pas. E3 aide la personne à faire le geste et agit par répétition pour stimuler la mémoire procédurale.

- Le mimétisme : les 3 ergothérapeutes proposent l'imitation pour favoriser la gestuelle. E2 souligne l'intérêt du groupe pour le mimétisme. E2 et E3 précisent qu'il peut permettre la participation.

L'aide apportée	Aide verbale	<p>E1 ligne 82-84 « ça va plutôt être dans les consignes que l'on va donner aux résidents, qui vont être des consignes extrêmement simples. On va essayer de limiter les explications,</p> <p><u>E2 ligne 108-111</u> « on va généralement commencer par une aide verbale, c'est vrai que là on va les solliciter comme je vous expliquais tout à l'heure, de leur donner un ordre simple de façon à pouvoir les guider, vous prenez la pelle, voyez ce genre de chose »</p>
-----------------	--------------	--

		<u>E3 ligne 132-133</u> « Il y en a qui vont être capable de faire toute la séquence avec une aide, une guidance orale »
	Aide gestuelle	<p><u>E1 ligne 84-87</u> « on va beaucoup passer par la gestuelle et je vous disais qu'on travaille surtout sur la mémoire procédurale. On va pas expliquer comment planter une fleur, on va montrerou tout simplement de la guidance gestuelle.</p> <p><u>E1 ligne 90-91</u> « on les accompagne dans le geste un petit peu comme les prises en charge repas. »</p> <p><u>E1 ligne 120-122</u> « la guidance gestuelle marche très très bien avec une personne ayant une démence sévère, elle va beaucoup plus être à même de comprendre avec une guidance gestuelle qu'avec une explication verbale. »</p> <p><u>E2 ligne 111-115</u> « ça va pouvoir être une aide gestuelle si le verbal n'est pas suffisant. On va faire un guidage du geste : par exemple prendre leurs mains et les accompagner pour faire le geste en même temps .et à partir du moment où ils ont commencé, il y a un espèce de mise en route, vous voyez la mémoire procédurale se met en en route et donc là ils vont être en capacité de continuer tout seuls »</p> <p><u>E3 ligne 63-66</u> « , soit une amorce gestuelle par exemple en lui donnant l'outil dans la main et en commençant à faire le geste avec elle, et par répétition ,une fois que ça a fait appel à la mémoire procédurale, le geste va se réenclencher »</p>
	Mimétisme	<p><u>E1 ligne 86</u> « et on va essayer par exemple de travailler en miroir, imitation »</p> <p><u>E2 ligne 121-124</u> « . Il y a aussi le mimétisme c'est-à-dire que la personne elle va pouvoir regarder l'autre ou moi-même, c'est l'intérêt d'avoir aussi une activité en groupe, et là par mimétisme ils vont aussi être en capacité de pouvoir faire la même chose et donc de se lancer dans l'activité. »</p> <p><u>E3 ligne 59-60</u> « ou sur imitation pour que si la compréhension orale est limitée, ben, en voyant faire, la personne elle va y</p>

	arriver » <u>E3 ligne 157-158</u> « elle peut quand même participer à l'activité sur imitation par exemple...et avec une tâche très simple, elle va réussir »
--	--

Thème 5, l'entrée sensorielle

Les 3 ergothérapeutes sollicitent les perceptions sensorielles. Ils se servent des plantes, dont les plantes aromatiques, pour stimuler les différents sens comme l'odorat, le goût, le toucher. E2 précise qu'il stimule la vue en se servant du graphisme et des couleurs de certaines plantes. E2 et E3 précisent que l'extérieur est une source de stimulation des perceptions sensorielles autres que les plantes : le soleil, le vent, les saisons. E2 note que cette stimulation des sens permet la réminiscence, les souvenirs.

Entrée sensorielle	<p><u>E1 ligne 28-29</u> « : Là ce qu'on bosse....., ça va vraiment être tout ce qui passe par la mémoire sensorielle. »</p> <p><u>E1 ligne 46-48</u> « Avec la jardinière aromatique, on va faire d'abord toucher, manipuler, sentir, et certaines plantes on va les faire goûter : je pense à la menthe ou à la sauge, ça c'est des feuilles qu'on peut mâcher. »</p> <p><u>E2 ligne 22-25.</u> « Ensuite le fait d'être à l'extérieur je trouve que c'est très important, car ça permet à ces personnes de pouvoir prendre le soleil, de pouvoir avoir des perceptions sensorielles ; le soleil sur la peau, le vent, les odeurs, ressentir les saisons. »</p> <p><u>E2 ligne 61-69</u> « je sollicite la mémoire perceptive car je mets en situation les éléments qui vont stimuler les sens : je vais le faire par le choix des plantes par exemple. Certaines vont stimuler le toucher : doux, rugueux, lisse etc,Pour stimuler la vue, je vais choisir des plantes avec un graphisme intéressant, des couleurs. Je vais stimuler aussi par les odeurs, par des plantes odorantes : je vais choisir de la menthe, du thym que l'on va froisser et que l'on respire, ça stimule la réminiscence, les souvenirs. Ça les renvoie à des choses qui sont connues donc ça les encourage et ça les intéresse. Le goût aussi est sollicité car il y a un certain nombre des plantes que l'on peut manger : le persil, la menthe, le thym etc.</p> <p><u>E3 ligne 110-113</u> : « Ca va pas être mon objectif premier, mais</p>
--------------------	--

	effectivement, ça en fait partie car le fait de sortir à l'extérieur va stimuler les perceptions sensorielles. Le fait d'être dehors et de sentir le vent, sentir les plantes aromatiques qui sont au jardin, la sauge, le romarin,...ça stimule les sens »
--	---

Thème 6, la répétitivité

E1 n'a pas évoqué ce thème. E2 et E3 disent favoriser les gestes répétitifs afin de solliciter la mémoire procédurale. Ils proposent des tâches répétitives du type plantation de bulbes. E2 note que l'automatisme est alors stimulé et la personne fait la tâche demandée correctement.

Répétitivité	<p><u>E2 ligne 126-134</u> « je vais favoriser tout ce qui est geste spontané, vous voyez, les gestes répétitifs, tout ce qui est en lien avec la mémoire procédurale... par exemple, et bien pour une personne qui faisait du jardinage et qui plantait des bulbes de fleurs au printemps, et bien, je vais l'aider éventuellement à démarrer le geste, et ensuite, sans avoir besoin de lui expliquer quoi que ce soit, elle va pouvoir répéter le geste et le faire jusqu'à la fin de l'activité : reprendre le bulbe, écarter la terre, mettre le bulbe dedans etc. elle va le faire de façon automatique. C'est une habileté perceptivo-motrice une espèce de mémoire du corps.....Elle va mettre les bulbes dans le bon sens sans avoir besoin de lui dire. »</p> <p><u>E3 ligne 134-136</u> « je vais favoriser le geste répétitif, par exemple planter des bulbes mettre le bulbe dans le trou, l'automatisme est sollicité c'est plutôt la mémoire procédurale qui est stimulée. »</p>
--------------	---

Thème 7, la satisfaction

Les 3 ergothérapeutes expriment qu'ils perçoivent du bien-être de la part de la personne durant l'activité. E2 note le plaisir exprimé par les résidents quand ils sont à l'extérieur. E2 et E3 précisent que quand l'activité est adaptée et que tout se déroule au mieux, la personne peut montrer qu'elle apprécie par un regard, un sourire, de la détente. E3 dit que la satisfaction peut s'exprimer par une petite phrase parfois. E2 et E3 notent que l'intérêt pour l'activité peut s'exprimer par la durée de la participation.

Satisfaction	<p><u>E1 ligne 160</u> « Au niveau psychologique sur le long terme c'est vraiment un bien-être »</p> <p><u>E2 ligne 26-28</u> « Les résidents, ils apprécient de se trouver à l'extérieur : je perçois nettement leur plaisir quand ils vont à l'extérieur... d'ailleurs ils se préparent volontiers pour y aller. »</p> <p><u>E2 ligne 32-37</u> « Et bien quand l'activité est adaptée et que la personne arrive à se mettre en activité il est clair que l'on perçoit l'intérêt la personne...elle peut montrer un sourire, elle va rester concentrée sur la tâche. Donc le fait qu'elle continue l'activité de façon prolongée, ça c'est un élément moi personnellement qui m'indique que la personne est dans quelque chose qui lui convient parce qu'une personne je vais dire à un stade sévère si l'activité ne convient pas où si elle n'est pas intéressé et bien elle va s'arrêter et partir...</p> <p><u>E2 ligne 38</u> « ... pour moi souvent je perçois aussi du bien-être ressenti, de la détente »</p> <p><u>E3 ligne 167-170</u> « pendant l'activité en elle-même, quand tout est bien réuni et que tout marche bien comme il faut, et bien ça va être un sourire qui montre à priori que la personne apprécie ce qu'elle fait, ça va être un regard aussi.....à ce stade là, ça va être plus du non verbal, mais ça peut être un mot aussi des fois, ou une petite phrase réduite <i>Ah ça fait du bien d'être ici</i></p> <p><u>E3 ligne 172-173</u> « : Oui du bien-être, et j'ai envie de dire une satisfaction d'être là, à cet instant-là, et de faire quelque chose l'air de rien »</p> <p><u>E3 ligne 177-180</u> « ça va être, peut-être, une posture tout simplement, une façon de se tenir, on la sent plus détendue, et puis le fait qu'elle tienne sur la longueur, qu'elle reste dans l'activité longtemps peut monter que ça l'intéresse, ça peut être un indice de satisfaction de sa part. »</p>
--------------	--

Thème 8, les limites à l'activité

E3 évoque le fait qu'il ne peut prendre en charge que 1 ou 2 résidents au stade sévère et que c'est un problème car ils sont nombreux. E2 dit aussi qu'il ne peut gérer qu'un ou deux résidents au stade sévère et qu'il faut être 2 pour animer l'atelier. E1 n'évoque pas cela mais a dit au début de l'entretien qu'il animait l'atelier pour des stades légers autonomes et qu'il avait

testé l'atelier jardinage dans l'unité fermée avec des jardinières mobiles; il n'a donc pas poursuivi l'expérience mais n'a pas dit pourquoi. E3 parle de la nécessité de pouvoir percevoir des signes de satisfaction chez le résident pour ne pas avoir le sentiment de faire les choses inutilement.

<p>Les limites évoquées</p>	<p><u>E1 ligne 17 à 26</u> « Alors effectivement, les personnes que j'ai sur l'activité jardinage en ce moment c'est des déments au stade légers et même l'atelier est en auto gestion par les résidents qui sont les plus autonomes et les plus indépendants....oui, on a une unité Aloïs, une unité fermée, protégée et on a monté des jardinières puisqu'en fait c'est des jardinières sur roulettes... je les ai déplacées à l'unité Aloïs pour faire un test avec les résidents. »</p> <p><u>E2 ligne 36 à 38</u> « parce qu'une personne je vais dire à un stade sévère si l'activité ne convient pas où si elle n'est pas intéressé et bien elle va s'arrêter et partir...il faut être 2 pour animer l'atelier car je ne peux gérer qu'1 ou 2 résidents comme ça... »</p> <p><u>E3 ligne 160 à 162</u> « et c'est pour ça que quand on est seule pour animer l'activité on ne peut pas prendre plus de 1 ou 2 personnes quand elles sont au stade sévère, car il faut se focaliser sur eux et c'est un problème, car les résidents sont nombreux et en demande. »</p> <p><u>E3 ligne 175 à 176</u> « Oui et pour le thérapeute il faut réussir à percevoir ces petites choses-là pour ne pas avoir l'impression de faire les choses pour rien... »</p>
-----------------------------	---

4. DISCUSSION DES DONNEES

4.1. Interprétation des résultats

Selon Eymard (p. 53) le travail d'interprétation se construit dans une proposition d'organisation des éléments du discours qui sont rapportés au cadre théorique et donc aux attendus de la ou des théories. Il permet la mise à jour de l'imprévu de la théorie et provoque sa régulation. Les théories de référence qui ont permis de réaliser le guide d'entretien pour obtenir le recueil de données sont le concept du potentiel thérapeutique de l'activité selon Doris Pierce ainsi que le concept des mémoires préservées à long terme dans la démence. Elles apparaissent sous forme de matrice (cf. annexe 4 et 5) et ont été décomposées en variables, critères et indicateurs.

- Ainsi le thème 1 du contexte environnemental, reprend la variable **des dimensions contextuelles de l'activité** car il évoque la réalité écologique de l'activité jardinage, le cadre naturel de l'activité est décrit. Le sous-thème environnement physique, évoque **la dimension spatiale** de l'activité ; 2 ergothérapeutes sur 3 parlent de la cohérence de l'activité avec le lieu, ils pratiquent dans le jardin, dans la nature. Pour les 3 ergothérapeutes, le choix des outils se porte sur des objets ordinaires, connus et utilisés par les résidents. Le sous-thème des repères temporels évoque **la dimension temporelle** et le choix des plantes se réfère à **la dimension socio-culturelle** de l'activité.

- Les thèmes 2, 3 et 4 évoquent **le processus de mise en place de l'activité**. En effet, le thème 2 parle du discours de l'ergothérapeute qui est adapté, il s'agit de compétence relationnelle et cela fait partie des **compétences de l'ergothérapeute**. De même, le sous-thème : le choix de l'activité, du thème 3 qui parle de l'activité en elle-même, se réfère à **la compétence de l'ergothérapeute**. En effet, les 3 ergothérapeutes s'appuient sur la recherche de l'activité signifiante et significative ainsi que sur un bilan des capacités afin de favoriser l'objectif de participation à l'activité. **L'ajustement de l'activité à l'objectif** est évoqué dans le thème 4 : l'aide apportée et dans le sous-thème : l'adaptation de la tâche du thème 3. En effet les 3 ergothérapeutes adaptent la tâche en la simplifiant et ajustent l'intervention par une aide verbale, gestuelle ou d'imitation si besoin.

- Le thème 5 sur les entrées sensorielles se réfère à la variable **mémoire perceptive** avec les modalités sensorielles comme critères. Les 3 ergothérapeutes disent stimuler les sens et favoriser cette mémoire chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade

sévère. Cela passe par le choix des plantes qui vont permettre cette stimulation et par l'environnement de nature qui favorise l'éveil de tous les sens.

- Le thème 6 sur la répétitivité se réfère à la variable **de la mémoire procédurale** dans la matrice sur les mémoires préservées à long terme dans la démence. Deux des ergothérapeutes disent favoriser les gestes répétitifs par des tâches précises afin de stimuler cette mémoire et permettre la participation à l'activité jardinage.

- Le thème 7 sur la satisfaction parle **des dimensions subjectives de l'activité** qui sont sollicitées avec les critères de plaisir et de ressourcement. On retrouve dans le discours des ergothérapeutes des indicateurs tels le sourire, le bien-être ressenti, la détente, et la durée de l'investissement.

A travers leur discours, les ergothérapeutes expriment le fait qu'avant tout, l'activité jardinage doit avoir du sens pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées au stade sévère. Ils s'assurent donc que l'activité soit signifiante et significative. En effet, la connaissance et la pratique qu'elle a eue de l'activité jardinage ainsi que son contexte environnemental, sont stockées dans les mémoires procédurale et perceptive. L'activité thérapeutique du jardinage va donc s'attacher à stimuler ces mémoires afin de permettre la participation à l'activité. De plus, au vu des résultats et en les confrontant aux concepts vus précédemment, il apparaît que les ergothérapeutes utilisent le potentiel thérapeutique de l'activité jardinage dans ses trois dimensions : les dimensions subjectives, contextuelles et les éléments du processus de mise en place de l'activité signifiante et significative.

- Le thème 8 évoque une limite à l'activité par le fait que les ergothérapeutes ne prennent qu'un ou deux résidents, au vu de leurs capacités limitées, durant l'activité jardinage et qu'ils doivent co-animer l'atelier avec un autre professionnel. Un ergothérapeute n'a pas poursuivi l'expérience avec les personnes atteintes au stade sévère mais n'a pas évoqué la raison. Il est évoqué aussi le risque pour l'ergothérapeute de se sentir en échec durant cet atelier en raison de difficultés de communication verbale des personnes démentes.

4.2. Réponse à l'objet de recherche

L'enquête effectuée a cherché à répondre à l'objet de recherche suivant :

« Qu'est-ce que l'ergothérapeute met en place autour de l'activité jardinage pour solliciter les mémoires perceptives et procédurales chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère afin de permettre sa participation à l'activité? »

D'après le discours des ergothérapeutes interrogés, il apparaît qu'ils vont agir sur plusieurs facteurs :

- l'activité signifiante et significative : ils vont s'assurer que l'activité jardinage est une activité qui a du sens pour la personne, que c'était une activité qui était pratiquée, qu'elle est signifiante. Pour cela, ils vont rechercher dans l'histoire de vie, auprès de la famille si besoin.
- les dimensions contextuelles de l'activité, l'environnement, afin de recréer un contexte propice qui soit évocateur de souvenirs et susceptible de stimuler les habiletés perceptivo-motrices qui sont traitées de façon automatique. L'activité jardinage permet de nombreuses adaptations possibles :
 - choix du lieu : le cadre naturel de l'activité est favorisé, à l'extérieur si possible, ce qui enrichit la stimulation des sens.
 - choix des outils : ils vont être ordinaires le plus possible afin de stimuler la réminiscence
 - choix des plantes : elles jouent un grand rôle aussi bien pour l'aspect de stimulations des sens que pour leur aspect socio-culturel (les plantes sont en lien avec la culture régionale ou nationale) et favorisent la réminiscence et les souvenirs. Elles sont aussi choisies pour leurs qualités de robustesse, de non toxicité et de facilité de culture.
 - instauration d'une routine dans la régularité des séances et dans l'activité
- L'ajustement de l'intervention aux capacités de la personne :
 - la tâche à effectuer : elle va être simplifiée, séquencée et choisie de préférence de façon à pouvoir engendrer des gestes répétitifs ;
 - le discours va être adapté : les directives orales vont être simples, sur un ton de voix calme et lent de façon à laisser du temps à la personne pour réagir à la

demande. La personne va être encouragée, valorisée même si l'action est très modeste de façon à éviter l'échec et favoriser le plaisir ;

- l'aide gestuelle ou le mimétisme vont être utilisés pour favoriser l'amorce du geste. Cette facilitation du geste et sa répétition permet le réapprentissage des habiletés familières significatives.

- L'activité thérapeutique se fait seulement avec un ou deux résidents et en co-animation avec un autre professionnel.

4.3. Discussion autour des résultats et critiques du dispositif de recherche

Cette recherche semble montrer que l'activité jardinage peut être pertinente et possible avec des personnes démentes au stade sévère. Les résultats semblent montrer que les ergothérapeutes interrogés maîtrisent les éléments indispensables à prendre en compte pour développer le potentiel thérapeutique de l'activité jardinage en s'appuyant sur l'activité signifiante et significative. Les trois ergothérapeutes utilisent leurs compétences professionnelles pour mener à bien cette activité jardinage auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère et permettre leur participation à l'activité. Pour Eymard⁴¹ (p 52) la quête du chercheur en méthode clinique est de découvrir dans le récit du sujet d'imprévisibles éléments et pas seulement le prévisible construit à partir de la théorie. Même si l'ensemble des entretiens corroborent la théorie avec laquelle j'ai construit mon questionnaire, il est donc apparu un thème nouveau lors de l'analyse des résultats. Il est évoqué le problème d'animer seul cet atelier au vu des difficultés des résidents et soulevé la nécessité de travailler en équipe pour cette activité jardinage. La nécessité de réduire le nombre de résidents à un ou deux à l'atelier pour pouvoir être dans une prise en soin optimale pour eux, semble être aussi indispensable. L'ergothérapeute étant généralement seul en Ehpad pour s'occuper de tous les résidents, cela pourrait être une remise en cause de l'activité par manque de temps, ou par choix d'autres priorités de sa part. De même, la présence d'un autre professionnel durant l'atelier jardinage peut être une contrainte et remettre en cause l'activité.

Le dispositif de recherche peut être soumis à quelques critiques. J'aurais pu durant les entretiens être plus attentive aux limites à l'activité évoquées par les ergothérapeutes et approfondir les questions à ce propos afin de les laisser s'exprimer sur ce sujet.

De plus, deux entretiens ont dû se faire par téléphone ce qui est contraire à la démarche clinique. En effet, dans la démarche clinique, l'entretien est vu comme une situation de rencontre, dans une démarche d'écoute et de relation directe. Cette distance imposée par le

téléphone a pu influencer négativement sur la qualité du discours des ergothérapeutes interrogés. Mes entretiens ont été d'une durée d'environ 30 mn, ce qui a peut-être été un peu court pour leur laisser le temps de s'imprégner du sujet.

Bien que les échanges aient été fructueux, l'implication du chercheur dans le recueil des données est un facteur non négligeable. J'ai pu involontairement induire des réponses en orientant mes questions et ainsi provoquer des biais en influençant les réponses. Le résultat aurait donc pu être différent si l'entretien avait été fait par une autre personne.

De même, l'implication du chercheur a une influence dans l'analyse et l'interprétation des données et donc une autre personne que moi aurait peut-être pu interpréter différemment les résultats même si j'ai essayé d'être le plus objective possible.

4.4. Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle

Cette étude pourrait servir de point de départ à une auto-évaluation de leur pratique, pour les ergothérapeutes qui animent un atelier jardinage auprès de ce public.

Les résultats de cette recherche ont mis à jour des stratégies mises en place par les ergothérapeutes, favorisant l'engagement des personnes atteintes de démence sévère dans l'activité jardinage. Certaines rejoignent les compétences du référentiel de compétences des ergothérapeutes, notamment la compétence 3 qui porte sur la mise en œuvre des activités de soins et la compétence 6 qui porte sur la conduite d'une relation dans un contexte d'intervention, et pourraient être utilisables par les professionnels qui pratiquent auprès de cette population. Néanmoins, diverses conditions seraient limitantes, notamment la nécessité de limiter de nombre de participants à l'atelier et le besoin de co-animation. De même, la mise à disposition d'un espace de jardin pourrait être un obstacle selon l'établissement dans lequel on exerce, bien que cette activité jardinage puisse se faire dans des conditions plus modestes. Il faut aussi connaître un minimum le jardinage.

On pourrait imaginer que les résultats de cette recherche soient applicables pour la même population, mais pour d'autres types d'activités que le jardinage, à partir du moment où l'ergothérapeute puisse agir sur les dimensions contextuelles de l'activité, l'ajustement de l'intervention aux capacités de la personne et que l'activité soit signifiante pour la personne.

L'activité jardinage nécessite quelques connaissances, aussi bien des plantes que les façons de les cultiver. Elle demande de connaître un minimum les tâches que l'on pratique

dans un jardin, cela afin d'augmenter la richesse des propositions que l'on peut faire aux résidents afin de pouvoir s'adapter à leurs capacités. Pour cela, il existe désormais plusieurs formations d'hortithérapie proposées par l'association nationale française des ergothérapeutes. Elles permettent de se sensibiliser à l'hortithérapie et de connaître les différentes techniques utilisées et adaptées aux pathologies des patients. Cela pourrait être une formation complémentaire.

4.5. Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche à partir des résultats

Ce travail de recherche a été élaboré à partir d'une méthode clinique. Les résultats présentent donc une limite car ils ne peuvent être généralisés. En effet, seuls trois entretiens ont été pratiqués pour aboutir au résultat proposé. Ces entretiens sont le recueil de l'expérience de trois ergothérapeutes seulement, et bien que des similitudes soient retrouvées dans tous les entretiens, il n'est pas possible de généraliser les résultats car cet échantillon n'est pas représentatif.

Ce mémoire a été réalisé à partir d'une réflexion et d'un questionnement personnel quant aux intérêts que pouvait apporter le jardinage dans la pratique de l'ergothérapie auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Ehpad, et notamment, si la pratique de cette activité pouvait influencer sur leur qualité de vie. Nous avons vu que cette maladie provoque une diminution de l'autonomie fonctionnelle, altère leurs capacités de communication et d'adaptation à l'environnement et qu'au stade sévère cela peut se traduire par des troubles du comportement. Ils éprouvent de plus des difficultés à s'engager dans des activités. Nous avons vu aussi qu'un des rôles de l'ergothérapeute en Ehpad est de permettre le maintien des activités journalières et qu'il utilise l'activité comme support de soins. Les recherches sur l'activité ont montré que la participation aux activités donne un sens à la vie et a une influence bénéfique sur la qualité de vie. Les recherches que j'ai effectuées auprès de 3 ergothérapeutes travaillant dans trois Ehpad différents sur l'activité jardinage ont fait émerger que cette activité apporte de nombreux bienfaits pour les personnes âgées ainsi que pour celles atteintes de la maladie d'Alzheimer car elle favorise l'engagement et la participation. L'activité jardinage serait donc pertinente auprès de ce public car favorisant leur participation, et ainsi leur qualité de vie. Suite à la pré-enquête exploratoire effectuée auprès des ergothérapeutes en Ehpad, et aux recherches du cadre théorique, ma question de recherche s'est orientée vers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère et ce que

les ergothérapeutes mettent en place pour permettre leur participation durant l'activité jardinage. Les résultats montrent que les ergothérapeutes s'appuient sur l'activité signifiante et significative et les mémoires préservées à long terme dans la maladie, utilisent le potentiel thérapeutique de l'activité jardinage, limitent le nombre de résidents à 1 ou 2 durant l'activité et ne travaillent pas seuls ou sinon difficilement.

Afin d'approfondir davantage le sujet et d'essayer de confirmer ou non les résultats obtenus, il serait intéressant de mener une autre étude en interrogeant un plus grand nombre d'ergothérapeutes et de pouvoir se déplacer sur le terrain pour permettre aussi l'observation durant l'activité, afin d'avoir d'autres sources d'informations. De plus, une partie de l'enquête pourrait être d'interroger les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur leur ressenti durant l'activité ou d'élaborer un outil d'observation avec des indicateurs pour recueillir ces informations. Cela permettrait d'avoir une évaluation sur les dimensions subjectives de l'activité.

Une autre perspective de recherche à partir des résultats serait d'approfondir cette nécessité de travailler en équipe pour cette activité jardinage auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère, d'appréhender le rôle de l'ergothérapeute dans un travail interdisciplinaire autour de cette activité jardinage.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ANFE Association nationale française des ergothérapeutes. La profession. [En ligne]. <http://www.anfe.fr/index.php/l-ergotherapie/la-profession> consulté le 06 juin 2015.
- 2- INSEE Institut national de la statistique et des études économiques. Projection de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050.[En ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089 consulté le 05 juin 2015.
- 3- Assemblée Nationale .Office parlementaire des politiques de santé : Gallez C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées 2005. [En ligne]. http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2454.asp#P614_95235. Consulté le 09 février 2016.
- 4- HAS recommandation maladies d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf. consulté le 05 décembre 2015.
- 5- HAS. Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer DMS IV TR. [En ligne].http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/maladies_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_annexe_4_2011-12-19_17-01-43_457.pdf.consulté le 05 décembre 2015.
- 6- Sarazin M. Maladie d'Alzheimer. EMC (Elsevier SAS, Paris), 2006, Psychiatrie 37-540-B-30. [En ligne].<http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/46846/37-42147.pdf> consulté le 10 février 2016.
- 7- Ergis AM. Gely-Nargeot M.C, Van Der Linden M. Les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer. Marseille : Edition Solal ; 2005, 387 pages. (Collection neuropsychologie).
- 8- HAS Recommandation de bonne pratique Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie Juillet 2014. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/bat-3v_reco2clicsapathie-alzheimer-071014.pdf . Consulté le 12 février 2012.

- 9- Feldman H.H., Woodward M. The staging and assessment of moderate to severe Alzheimer disease *Neurology* 2005; 65: S10-S17.
- 10- Carpe Diem Centre de ressources Alzheimer [En ligne].
<http://alzheimercarpediem.com/la-maladie/> consulté le 20 décembre 2015.
- 11- Mourgues C. et Al. Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés : étude qualitative sur les conséquences économiques de la maladie et sur le fardeau des aidants. NPG (2012) volume 12-n°71 p 208-216.
- 12- CNSA, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. [En ligne].<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad> Consulté le 27 novembre 2015.
- 13- Maire S. Lang P.O, Kaltenbach G. Vogel T. Les traitements symptomatiques de la maladie d'Alzheimer : analyse descriptive des modalités de prescription en EHPAD. NPG déc 2013 Volume 13 numéro 78 p. 355-364.
- 14- ANESM, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Qualité de vie en Ehpad : de l'accueil de la personne à son accompagnement.[En ligne]
http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_qualite-de-vie_web.pdf consulté le 04 juin 2015.
- 15- Plan Alzheimer 2008-2012 mesure 16. [En ligne]. <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no16.html>. Consulté le 05 décembre 2015.
- 16- Plan Alzheimer 2008-2012 mesure 20. [En ligne]. <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no20.html> Consulté le 05 décembre 2015.
- 17- AFEG fiche de poste : ergothérapeute en Ehpad. [En ligne].
http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche_poste/Fiche_AFEG_EHPAD.pdf Consulté le 20 janvier 2016.
- 18- ANESM. Recommandations de bonnes pratiques. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-

- social.[En ligne].
http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf .Consulté le 05 décembre 2015.
- 19- Meyer S. De l'activité à la participation. Collection Ergothérapies. Paris, Édition De Boeck-Solal ; 2013, 274 pages.
- 20- Trouvé E. L'engagement dans des occupations : un enjeu pour la santé et la qualité de vie des personnes âgées ? Revue ergOTHérapies N° 44 décembre 2011 p 39-53.
- 21- Woodhead E, Zarit S, Braungart E, Rovine M, Femia E. Behavioral and psychological symptoms of dementia: The effects of physical activity at adult day service centers. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias. 2005; volume 20 (numéro 3): 171-179. [En ligne].<http://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=psychpub> Consulté le 20 janvier 2016.
- 22- Han A, Radel J, Mc Dowd J, Sabata D. Perspectives of People with dementia About Meaningful Activities: A Synthesis. In American Journal of Alzheimer's disease and Other Dementias. 2015.
- 23- Malderen L, Mets T., Gorus E.. Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: A systematic review . In Ageing Research Reviews Volume 12, Issue 1, January 2013, Pages 141–150 Special Issue: Invertebrate Models of Aging. [En ligne].<http://www.sciencedirect.com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S1568163712000517> . Consulté le 14 novembre 2015.
- 24- CNRTL centre national de ressources textuelles et lexicales. [En ligne].
<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/jardinage> .Consulté le 10 mai 2015.
- 25- Académie française dictionnaire. [En ligne]. <http://www.academie-francaise.fr/le-dictionnaire/la-9e-edition> .Consulté le 10 mai 2015.
- 26- Mareschal J. Genton L. Activité physique et santé chez la personne âgée : évidences et recommandations. Nut. Clin. Et Mét.. 2014; volume 28, issue 4: pages 263-271. [En ligne]. <http://www.sciencedirect.com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0985056214001216> consulté le 07 juin 2015.

- 27- Park S., Shoemaker C. Haub M. Can older gardeners meet the physical activity recommendation through gardening? Hort tech; 2008; volume 18 n° 4: pages 639-643. [En ligne]. <http://horttech.ashspublications.org/content/18/4/639.short> consulté le 07 juin 2015.
- 28- TSE M.M. Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. Journal of Clinical Nursing. [En ligne]. <http://onlinelibrary.wiley.com.lama.univ-amu.fr/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02803.x/abstract> . Consulté le 06 janvier 2016.
- 29- Richard D. Quand jardiner soigne : initiation pratique aux jardins thérapeutiques. Paris : éditions Delachaux et Niestlé ; 2011, (187 p).
- 30- Jarrot S. Gigliotti C. Comparing Responses to Horticultural-Based and traditional activities in Dementia Care Programs. Am jour of Alhz dis & oth dem; 2010; [En ligne]. <http://aja.sagepub.com/content/25/8/657.full.pdf+html> consulté le 12 mars 2015.
- 31- Gonzalez M. Kirkevold M. Benefits of sensory and horticultural activities in dementia care : a modified scoping review. Journal of clinical nursing; 2013. [En ligne]. <http://onlinelibrary.wiley.com.lama.univ-amu.fr/doi/10.1111/jocn.12388/abstract;jsessionid=4FC1F4E0606910631D0E7C6FA653A28A.f04t03> Consulté le 15 février 2016.
- 32- Mabire JB, Gay MC. Qualité de vie au cours des démences: définitions, difficultés et intérêt de son évaluation. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2013 ; volume 11(1) : 73-81. [En ligne]. http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/qualite_de_vie_au_cours_des_demences_definitions_difficultes_et_interet_de_son_evaluation_295972/article.phtml?tab=texte Consulté le 10 mars 2016.
- 33- Bruchon-Scheitzer M, Boujut E. Psychologie de la santé : Concepts, méthodes et modèles. 2eme édition Paris, Edition Dunod 2014 ; 570 pages.
- 34- Ferland F. L'activité au cœur du développement de la personne. In : L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? Paris : Edition De boeck-Solal ; 2015, 35-41.
- 35- Djaoui E. Rôles sociaux et activité. In : L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? Paris : Edition De Boeck-Solal ; 2015, 207-215.

- 36- Morel-Bracq M.C. Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité. In Expériences en ergothérapie ; 24 ème série. Montpellier : Edition Sauramps Médical ;2011, 22-30.
- 37- Eustache F. Eustache-Vallée M.L La mémoire en 40 pages. Paris : Edition Uppr ; 2014, 40 pages.
- 38- Margot-Cattin I. La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée. Trouvé E. In Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques. Marseille : Edition Solal ; 2011, 125-136.
- 39- GitlinL.N, Vause-Earland T. Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence : le rôle de l'approche non pharmacologique en réadaptation. In: Stone JH, Blouin M. editors. International Encyclopedia of Rehabilitation, 2010. [En ligne] <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/28/> Consulté le 10 février 2016.
- 40- Eustache F. ChételatG. Desgranges B.De La Sayette V. Alzheimer : fatalité ou espoir ? Paris : Edition Le Muscadier ; 2015, 136 pages. Collection choc Santé.
- 41- Eymard C. Initiation à la recherche en soins et santé. Paris : Edition Lamarre ; 2003, 243 pages.
- 42- Gatto F. Ravestein J. Le mémoire : penser, écrire, soutenir, réussir. Montpellier : Edition Sauramps médical ; 2008, 118 pages.
- 43- Vermersch P. L'entretien d'explicitation.8^{ème} édition. Issy les Moulineaux : Edition ESF ; 2014, 205 pages. Collection Psychologies & Psychothérapies.

ANNEXES

Annexe 1: Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR.....	1
Annexe 2 : Questionnaire de la Pré-enquête exploratoire	3
Annexe 3 : Réponses des questions 6-8-9 de la pré-enquête exploratoire	4
Annexe 4 : Variables, critères et indicateurs du concept du Potentiel Thérapeutique de l'activité selon Doris Pierce.....	5
Annexe 5 : Variables, critères et indicateurs des mémoires préservées à long terme dans la démence	6
Annexe 6 : Premier entretien	7
Annexe 7 : Deuxième entretien	13
Annexe 8 : Troisième entretien	17

Annexe 1: Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;

2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

a. aphasie (perturbation du langage)

b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)

d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;

2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;

3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif : si le début se situe après 65 ans.

Annexe 2 : Questionnaire de la Pré-enquête exploratoire

- 1) Pouvez-vous décrire le contexte environnemental de votre établissement? (ville, campagne, parc, jardin, ...)
- 2) Il y a-t-il un PASA (Pôle d'Activités de Soins Adaptés) dans votre établissement?
- 3) Utilisez-vous des évaluations de la mesure de la qualité de vie?
Si oui lesquelles?
Si non comment mesurez-vous l'impact de l'activité thérapeutique sur le résident?
- 4) Est-ce que les activités thérapeutiques que vous pratiquez sont inscrites dans le Projet de Vie Individualisé du résident?
- 5) Pouvez-vous décrire les activités thérapeutiques que vous proposez dans le cadre de la maladie d'Alzheimer?

Pourquoi avez-vous choisi ces activités?

Quels sont leurs atouts et leurs limites pour les personnes démentes?
- 6) Etes-vous amené à animer un atelier jardinage pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer que vous prenez en charge?

Si oui, pour quel stade de la maladie préconisez-vous cette activité?
- 7) Pouvez-vous décrire une séance?
- 8) Quels sont vos objectifs lors d'un atelier jardinage ?
- 9) Travaillez-vous en équipe autour de l'activité jardinage et avec qui?
- 10) Est-ce que cette activité s'inscrit dans un projet de jardin thérapeutique?
- 11) Si vous ne pratiquez pas d'activité jardinage, pour quelles raisons ?
- 12) Aimerez-vous pouvoir utiliser l'activité jardinage avec vos résidents ? Pourquoi ?
- 13) Est-ce qu'un autre professionnel anime cette activité jardinage?

Si oui, lequel ?

Annexe 3 : Réponses des questions 6-8-9 de la pré-enquête exploratoire

	Question 6 : Atelier jardin/ stade	Question 8 : Objectifs de l'atelier jardinage	Question 9 : Co-animé avec :
Ergo 2	Stade modéré	C'est une activité qu'ils avaient l'habitude de pratiquer Le bien-être qu'ils ressentent lorsqu'ils sont en contact avec la nature -se sentir utile - retrouver des gestes familiers - embellir leur chez eux	une des animatrices et le personnel formé au jardin thérapeutique
Ergo 3	Stade léger	- redonner un rôle social / revalorisation - Permettre de s'exprimer et de prendre des initiatives - maintenir les praxies - la mémoire procédurale, des associations, des souvenirs - travail des sens : odorat, toucher gout vue ouïe - l'orientation temporelle (jour/nuit et les saisons) - valoriser la communication verbale ou non verbale	une collègue AS (formée ASG) ou AMP ou une bénévole (qui aime le jardinage)
Ergo 4	Stade modéré	- Revaloriser et améliorer l'estime de soi grâce à une activité signifiante. - Stimuler la motricité (fine et globale) - Stimuler les 5 sens. - Stimuler les mémoires et utiliser le principe de réminiscence - Ralentir la perte des praxies	l'animatrice et la psychomotricienne
Ergo 6	Stade modéré	- améliorer ou maintenir les praxies, les préhensions - stimuler des fonctions cognitives choisies (communication, orientation temporelle, mémoire, attention) - valorisation, estime de soi - diminuer la dysmétrie - diminuer les troubles comportementaux	L' aide-soignante
Ergo 7	Stade modéré	- Apporter du bien-être, - instaurer un lien social pour les personnes qui s'isolent, - travail de la mémoire, - travail moteur(déplacement, motricité fine...;) -renforcer le sentiment d'utilité et d'estime de soi	Le jardinier ou l'animatrice

Annexe 4 : Variables, critères et indicateurs du concept du Potentiel Thérapeutique de l'activité selon Doris Pierce

VARIABLES	CRITERES	INDICATEURS
Dimensions subjectives	Production	Ne s'applique pas
	Plaisir	La tâche est agréable Ne demande pas d'effort très important Sentiment de réussite Des sourires
	Ressourcement	Détente Satisfaction Bien-être ressenti Durée de l'investissement
Dimensions contextuelles	Spatiale	En situation écologique Dans le parc, le jardin Sur un balcon, des jardinières en hauteur
	Temporelle	La saison, beau temps, pas de pluie, la journée La routine La régularité de l'activité
	Socio-culturelle	Choix de types de plantes selon la culture Les façons de faire Les habitudes
Processus de mise en place de l'activité	Compétence de l'ergothérapeute	Compétence relationnelle Maîtrise de l'activité jardinage Connaitre les capacités de la personne S'appuyer sur l'activité signifiante et significative Identifier les objectifs
	Collaboration pour les objectifs thérapeutiques	Ne s'applique pas
	Ajustement de l'activité à l'objectif	Les matériaux : grosses graines La tâche est simplifiée, séquencée Environnement adapté, contraste visuel Aide verbale Aide gestuelle, imitation

Annexe 5 : Variables, critères et indicateurs des mémoires préservées à long terme dans la démence

VARIABLES	CRITERES	INDICATEURS
Mémoire procédurale	inconscient	Geste spontané
	automatique	Répétitivité
Mémoire perceptive	Modalités sensorielles	Le toucher La vue L'odorat Le gout L'ouïe
	implicite	Les habitudes Les gestes spontanés L'habileté perceptivo motrice

Annexe 6 : Premier entretien

I= interviewer

E1= ergothérapeute Les silences :

- 1 I : donc si vous voulez bien nous allons faire un entretien concernant mon sujet de mémoire.
- 2 Cet entretien sera anonyme. Mon mémoire concerne l'activité jardinage auprès de personnes
- 3 atteintes de la maladie d'Alzheimer et l'impact du jardinage sur leur qualité de vie.
- 4 E1 : D'accord
- 5 I : Voilà donc c'est le thème de la participation à l'activité, pendant l'activité jardinage
- 6 E1 : ok pas de souci
- 7 I : Ce qui m'intéresse, c'est de comprendre ce que l'ergothérapeute doit mettre en place
- 8 autour et pendant l'activité jardinage avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un
- 9 stade sévère afin de permettre sa participation à l'activité.
- 10 E1 : D'accord ok....c'est vrai que j'avais pas vu la problématique et du coup c'est un peu plus
- 11 complexe que ce que je pensais.
- 12 I : Ne vous tracassez pas, j'ai prévu quelques questions pour vous guider
- 13 E1 : Cool...
- 14 I : Ce que j'ai vraiment besoin de savoir, de comprendre c'est comment vous vous y prenez
- 15 quand vous faites l'activité jardinage..., après, j'ai ciblé ma question de recherche sur le stade
- 16 sévère mais j'imagine que ce n'est pas le public que vous avez le plus couramment.
- 17 E1 : Alors effectivement, les personnes que j'ai sur l'activité jardinage en ce moment c'est
- 18 des déments au stade légers et même l'atelier est en auto gestion par les résidents qui sont les
- 19 plus autonomes et les plus indépendants. Nous n'avons pas de jardin car nous sommes en
- 20 ville, seulement une terrasse avec des jardinières.
- 21 I : D'accord mais je suppose que vous êtes en contact avec des personnes qui sont à des
- 22 stades plus avancés
- 23 E1 : Alors oui, on a une unité Aloïs, une unité fermée, protégée et on a monté des jardinières
- 24 puisqu'en fait c'est des jardinières sur roulettes, donc on peut les déplacer d'étage en étage.
- 25 I : D'accord
- 26 E1 : Je les ai déplacées à l'unité Aloïs pour faire un test avec les résidents.
- 27 I : Oui
- 28 E1 : Là ce qu'on bosse c'est plus du tout la motricité ni le repérage temporo-spatial, ça va
- 29 vraiment être tout ce qui passe par la mémoire sensorielle.
- 30 I : D'accord, vous sollicitez la mémoire sensorielle...
- 31 E1 : Complètement. Autant sur les personnes avec une démence légère, on va travailler
- 32 vraiment tout ce qui est praxies, un petit peu le maintien de la motricité du membre sup, il y a
- 33 un effet clinique au niveau du moral qui est indéniable... ça c'est vrai qu'on arrive vraiment à
- 34 avoir des résidents qui sont contents de bosser là-dessus. Sur les stades sévères, c'est plus
- 35 compliqué...ça va être plus dans le ponctuel, dans le plaisir de l'instant immédiat, et ça va
- 36 ...euh vraiment passer par la mémoire sensorielle. Tout ce qui est moment plus consciente est
- 37 extrêmement intense chez la personne démente sévère dont il n'y a plus effectivement que la
- 38 mémoire procédurale et la mémoire sensorielle et qui marche. Alors la mémoire procédurale

39 ça marche quand on a eu des personnes qui ont eu l'habitude de faire du jardinage, on arrive à
 40 retrouver certains gestes et certaines pratiques. On s'appuie donc sur une activité signifiante et
 41 significative Je pensais notamment à certains messieurs de l'unité Alois qui eux n'ont pas
 42 fait de jardinage, c'est beaucoup plus le plaisir gustatif parce qu'on a une jardinière
 43 aromatique, une potagère et une florale et donc là c'est le plaisir visuel.

44 I : C'est bien, donc par rapport à l'entrée sensorielle comment vous sollicitez les perceptions
 45 sensorielles ? Comment vous procédez ?

46 E1 : Avec la jardinière aromatique, on va faire d'abord toucher, manipuler, sentir, et certaines
 47 plantes on va les faire goûter : je pense à la menthe ou à la sauge, ça c'est des feuilles qu'on
 48 peut mâcher.

49 I : Donc vous sollicitez les différentes entrées sensorielles : le goût, le toucher, la vue...

50 E1 : Effectivement, il y a peut-être que l'ouïe qu'on bosse pas sur cet atelier et pour les
 51 éléments sévères c'est de la stimulation sensorielle.

52 I : Vous me disiez que vous vous appuyiez sur une activité signifiante et significative et
 53 comment est-ce que vous adaptez l'activité pour ces personnes-là ? Vous voyez dans le sens
 54 de l'adaptation de l'activité ?

55 E1 : Comme adaptation de matériel il n'y a pas grand-chose : on a déjà des outils
 56 ergonomiques, comme par exemple un sécateur avec un système de retour et de ressort, on
 57 appuie et qui va revenir tout seul. Après, au niveau de l'adaptation pure et dure, il y a pas
 58 d'adaptation orthopédique il y a pas de nécessité d'installation vraiment spécifique.

59 I : D'accord, vous avez des jardinières en hauteur

60 E1 : Alors c'est des jardinières mobiles et qui sont accessibles en fauteuil à 80 cm et 85 cm,
 61 en fait j'en ai pris 3 : y en a une qui est adaptée pour les fauteuils standard et une pour les
 62 fauteuils confort.

63 I : Mais ce que je voulais savoir c'est sur la tâche en elle-même, vous voyez, quand vous allez
 64 leur proposer une activité, vous allez la choisir comment ?

65 E1 : D'une manière générale ?

66 I : oui

67 E1 : Par la connaissance de la personne qui se fait en amont, à l'entrée du résident ; Alors on a
 68 un entretien avec la famille, avec le résident si possible, ça dépend des moyens de
 69 communication qu'a le résident, c'est vraiment un recueil de données pour arriver à trouver
 70 une activité signifiante. Après on est aussi limité matériellement par l'institution, on n'a pas
 71 trente-cinq mille activités à leur proposer donc il faut vraiment cibler des activités qui parlent
 72 à tout le monde. C'est pour ça que généralement je choisis le jardinage et la cuisine.

73 I : c'est vrai que ces activités étaient très parlantes pour les personnes âgées actuelles.

74 E1 : Tout à fait, ça touche un maximum de personnes. Le jardinage est une activité super
 75 intéressante pour tout ce qui est motricité, cognition même comportementale ou troubles
 76 cliniques. Vous mettez une personne avec des troubles du comportement sur l'activité
 77 jardinage qui lui est signifiante et vous voyez directement que les troubles comportementaux
 78 diminuent. Et du coup il y a moins besoin de médicaments aussi....C'est une thérapie non
 79 médicamenteuse, on met la personne en activité pour éviter la surmédication.

80 I : Et après quand vous proposez une tâche, on va dire par exemple planter une fleur, est ce
 81 que vous l'adaptez cette tâche ?

- 82 E1 : Alors voilà, les adaptations ça va plutôt être dans les consignes que l'on va donner aux
 83 résidents, qui vont être des consignes extrêmement simples. On va essayer de limiter les
 84 explications, on va beaucoup passer par la gestuelle et je vous disais qu'on travaille surtout
 85 sur la mémoire procédurale. On va pas expliquer comment planter une fleur, on va montrer et
 86 on va essayer par exemple de travailler en miroir, imitation ou tout simplement de la guidance
 87 gestuelle.
- 88 I : D'accord donc ça peut être du mimétisme, le guidage gestuel, vous voulez dire vous leur
 89 prenez la main ?
- 90 E1 : Complètement, on les accompagne dans le geste un petit peu comme les prises en charge
 91 repas.
- 92 I : Et ça fonctionne bien ?
- 93 E1 : Ça fonctionne si il y a de la mémoire procédurale derrière. Par exemple pour les dames
 94 ça a tendance à fonctionner, par exemple le fait de prendre la terre avec une truelle. Sur des
 95 choses un peu plus compliquées, comme planter la fleur ou tailler la plante, là, les messieurs
 96 se trouvent plus rapidement en difficulté, on va leur proposer des choses un peu plus
 97 parlantes.
- 98 I : Ah bon, et par exemple pour les messieurs ça serait quoi de plus parlant pour eux ?
- 99 E1 : bien par exemple, tout simplement retourner la terre, ou alors mettre de l'engrais, des
 100 billes d'argile au fond du pot
- 101 I : Ce que vous voulez dire c'est que les dames étaient plus à planter des fleurs, tandis que les
 102 messieurs faisaient plutôt les gros travaux autrefois ?
- 103 E1 : oui, oui, complètement... alors après ça dépend, c'est très individuel ça va dépendre du
 104 recueil de données qu'on aura fait en amont si on avait un monsieur qui avait l'habitude du
 105 jardinage là effectivement on proposerait toutes sortes de tâches sur l'activité. Par contre pour
 106 un monsieur qui n'en a jamais fait et pour qui l'activité n'est pas signifiante on essaiera de
 107 rester plus dans le plaisir, voilà, le plaisir sensoriel et dans des tâches un peu simples.
- 108 I : Je suppose aussi que vous adaptez votre discours ?
- 109 E1 : Complètement, c'est ce que je vous disais l'adaptation sera plus dans les consignes que
 110 dans le matériel. Effectivement on va limiter tout ce qui est explication, on va plutôt passer
 111 par des ordres simples, des phrases très courtes : sujet verbe complément, mais surtout la
 112 démonstration, l'imitation et la guidance gestuelle. Et puis on va simplifier l'activité, on va la
 113 séquencer, commencer seulement par une étape, et si elle est réussie, passer à la suivante etc.
- 114 I : D'accord, donc ça c'est vraiment ce qui va les aider au niveau mémoire procédurale, vous
 115 me disiez, et tout ce qui est sensoriel.
- 116 E1 : oui oui, la mémoire procédurale c'est vraiment tous les apprentissages qu'on a fait très
 117 jeunes et dont on n'a plus besoin de faire appel à la conscience pour les faire : très
 118 basiquement par exemple, c'est l'écriture ou la marche. C'est des schémas moteurs qu'on a
 119 tellement appris ou tellement vu, qu'ils sont imprimés de façon inconsciente dans le cerveau.
 120 C'est pour ça que la guidance gestuelle marche très très bien avec une personne ayant une
 121 démence sévère, elle va beaucoup plus entre à même de comprendre avec une guidance
 122 gestuelle qu'avec une explication verbale.
- 123 I : Donc en fait vous créez un contexte environnemental autour de la personne pour lui
 124 permettre..., pour stimuler finalement cette mémoire-là.

125 E1 : complètement...et on fait attention à ne stimuler que ce genre de mémoire procédurale et
 126 sensorielle qui est vraiment la mémoire inconsciente et ancrée dans le plus profond du
 127 cerveau et que la maladie a pas encore dégradée. Elle dégrade très rapidement tout ce qui est
 128 mémoire consciente, mémoire des faits, mémoire des mots. Mais cette mémoire sensorielle et
 129 procédurale reste ancrée très très très longtemps.

130 I : Oui, c'est vraiment intéressant parce que c'est un moyen d'approche pour ces personnes-là
 131 finalement, de leur permettre de participer à l'activité, ça les aide à s'engager finalement...

132 E1 : Complètement et c'est une technique qui est possible grâce à l'évaluation de départ en
 133 fait. Si on a pas bien analysé les capacités préservées du résident puisque pour des personnes
 134 atteintes de démences sévères.....nous on a une approche clinique positive qui s'appelle
 135 l'approche Montessori

136 I : oui

137 E1 : qui se rapproche du concept genre Humanité etc. et qui nous impose d'avoir une vue
 138 positive...donc on va pas parler de déficience, on va parler plutôt de capacités préservées et
 139 si on n'a pas fait l'évaluation de ces capacités préservées on ne sait pas en fait, comment le
 140 résident peut interagir avec l'environnement ; et la participation passe par cette analyse qui
 141 doit être fine et pertinente, par la réalisation d'activités qui doit être correcte, voilà, pour
 142 vraiment ,entre guillemets, adapter l'activité au résident. Il faut connaître ses capacités.

143 I : Et donc comment vous les évaluez-vous ces capacités préservées chez la personne ?

144 E1 : C'est un peu plus compliqué qu'en centre de rééducation parce qu'on est pas sur un lieu
 145 de soins, on est sur un lieu de vie, donc l'évaluation va se faire assez doucement sur les
 146 premières semaines d'entrée du résident et puis on va dire sur la continuité des années par tout
 147 ce qui est transmissions , observations mais surtout à l'entrée du résident. Beaucoup
 148 d'observations, quelques petits bilans basiques, petit bilan de marche, tout ce qui est bilan
 149 cutané et aussi orthopédique parce qu'en Ehpad c'est important et bilan de motricité générale
 150 sur les AVQ toilette, habillage, repas. Une fois qu'on a vu ces items, on a quelques idées de
 151 comment le résident interagit avec l'environnement.et on se fait une idée plus précise des
 152 capacités motrices, cognitives de la personne et son niveau fonctionnel.

153 I : C'est bien, et quand vous arrivez à mettre la personne dans l'activité par les différents
 154 moyens que vous venez de m'expliquer, qu'est-ce que vous constatez chez la personne, qu'est
 155 ce qu'elle exprime au niveau psychologique généralement ?

156 E1 : Cela va dépendre des résidents : je vais essayer d'être organisé.....Il peut y avoir
 157 plusieurs phases : la phase de découverte de l'activité si la personne était pas habituée et il y a
 158 une phase un peu plus sur le long terme où la personne est habituée. On va pas s'affoler dans
 159 les premières semaines si la personne est un peu déstabilisée, c'est la période d'adaptation. Au
 160 niveau psychologique sur le long terme c'est vraiment un bien être, c'est une prise en charge
 161 proche du résident où il y a vraiment une interaction humaine et en fait c'est con à dire mais
 162 en ehpad c'est ce que recherchent les résidents, c'est vraiment pouvoir discuter, faire et agir.
 163 En gros, avoir une présence permanente. Le premier point positif c'est ça ;

164 I : Donc vous observez du bien-être, du plaisir ...

165 E1 : Complètement, et moi en plus je bosse chez Korian , ils sont en train de faire une étude
 166 sur une échelle d'évaluation du Bien-être. En gros c'est comme pour une évaluation de la
 167 douleur sur la petite réglette mais pour le bien-être...

168 I : D'accord

- 169 E1 : C'est un travail qu'ils ont en cours pour essayer d'objectiver si les activités sont adaptées
 170 aux résidents, si ça leur apporte vraiment un bien-être quantifiable
- 171 I : Et oui, c'est là où c'est intéressant, c'est vrai, de pouvoir le percevoir
- 172 E1 : On peut le percevoir par des observations, de manière un peu inconsciente et subjective
 173 et aussi qualitative. Ce qui est intéressante c'est de le quantifier avec des évaluations
 174 standardisées, c'est ce qu'essaye de faire Korian en ce moment sur le bien-être.
- 175 I : Et j'imagine qu'il y a des critères pour cela, qui vont pouvoir objectiver cette notion de
 176 bien être, de plaisir ressenti ?
- 177 E1 : Oui il y a plusieurs outils pour cela : il y a aussi le NPI qui est le bilan des psychologues
 178 pour évaluer l'état clinique, et donc, avec toutes ces évaluations, on arrive à évaluer un petit
 179 peu de façon objective le bien-être de la personne ;
- 180 I : Quand vous préparez l'activité jardinage est ce que vous réfléchissez aussi au choix des
 181 plantes ?
- 182 E1 : Oui sur les choix des plantes j'ai eu l'occasion de m'y pencher parce qu'au début je me
 183 suis planté :On allait au marché aux fleurs de Marseille juste à côté de l'établissement avec les
 184 résidents pour voir et acheter des fleurs et la première fois j'ai ramené des petits piments
 185 parce que c'était joli, décoratifs...En fait c'était des piments très forts et un résident en a
 186 mangé ! Donc le premier critère c'est la non toxicité des plantes ensuite c'est la facilité à
 187 cultiver la plante et enfin que la plante parle à la personne.
- 188 I : Vous voulez dire quand elle parle à la personne, c'est qu'elle a un sens selon son aspect
 189 culturel ?
- 190 E1 : C'est une très bonne remarque effectivement parce qu'il y a un mélange de plein de
 191 cultures surtout à Marseille....Complètement, on va plutôt choisir de la menthe ou de la
 192 coriandre dans un cas , par exemple une personne africaine, ou de la sauge, du thym ou du
 193 romarin dans un autre. Ça c'est donc très pertinent et ça peut participer à rendre l'activité
 194 signifiante.
- 195 I : Oui, cultiver des légumes que l'on connaît ou non peut donc avoir une incidence sur la
 196 pertinence de l'activité ?
- 197 E1 : Complètement, et si on cherche en plus à stimuler cette mémoire perceptive il va
 198 forcément falloir choisir une plante qui parle à la personne, qu'elle aura déjà vu et senti et qui
 199 lui évoquera des souvenirs.
- 200 I : c'est un peu le principe de la réminiscence ?
- 201 E1 : tout à fait ! La médiation de l'activité effectivement ça facilite ce qu'on appelle
 202 l'amorçage dans le processus de la mémoire, cette mémoire sensorielle amorce les souvenirs
 203 et crée de la réminiscence...on a un souvenir qui arrive et on peut le partager.
- 204 I : donc si je comprends bien, le choix de la plante par l'ergothérapeute a beaucoup
 205 d'importance
- 206 E1 : Complètement, c'est très pertinent ce que vous dites et c'est d'autant plus vrai sur les
 207 démences sévères où il reste que la mémoire sensorielle et procédurale.....Encore une
 208 personne avec un stade de démence léger on peut lui proposer plein de plantes qu'il ne
 209 connaît pas et lui proposer de la découverte et de la nouveauté, mais une personne démente
 210 sévère il va falloir vraiment se baser sur ses habitudes, ses repères, ses souvenirs et là, ce
 211 critère-là devient super intéressant.

- 212 I : Oui bien sûr, c'est très intéressant ce que vous me dites...Je revois mes questions mais je
213 pense qu'on a abordé tout ce qui me semblait important, autour de la compétence de
214 l'ergothérapeute... Pour la sollicitation procédurale comment est-ce que vous procédez ?
215 E1 : Sur l'activité en elle-même, si on la répète toutes les semaines peut être qu'effectivement
216 il peut y avoir un ancrage de la procédure...alors de là à dire que ça passe sur la mémoire
217 procédurale...C'est pas possible !il faut vraiment un long terme pour que la mémoire
218 procédurale entre en jeu mais par contre on peut créer de l'habitude effectivement...moi je
219 fais toutes les semaines la même recette sur l'unité Alois pourquoi ? C'est pour favoriser cet
220 ancrage, pour que les gestes deviennent répétitifs, pour que la recette devienne connue et
221 pour qu'il y ait une routine qui se crée
- 222 I : Donc la routine vous vous en servez aussi, vous l'utilisez !
- 223 E1 : Complètement, c'est extrêmement important pour les déments qui sont sur le plan
224 sévère !
- 225 I : D'accord, ça fait partie des choses que vous mettez en place pour favoriser l'activité, la
226 participation ?
- 227 E1 : Oui, oui oui.....c'est pour ça que dans notre thérapeutique il y a une notion de
228 fréquence de régularité et de durée qui sont assez codifiées
- 229 I : Très bien, je pense que j'ai fait le tour... est ce que vous pensez que l'on a fait le tour
230 aussi autour de cette activité jardinage ?
- 231 E1 : Je pense que c'est nickel, si vous avez d'autres questions n'hésitez pas à m'appeler.
232 Vous pouvez me transmettre votre mémoire par mail ça m'intéresse.
- 233 I : Oui bien sûr, je vous le transmettrai volontiers ! Merci d'avoir participé à cet entretien
234 ainsi que votre disponibilité, bonsoir.

Annexe 7 : Deuxième entretien

I= interviewer

E2= ergothérapeute Les silences =.....

- 1 I : Si vous le voulez, nous allons faire un entretien concernant l'activité jardinage que vous
 2 pratiquez avec les personnes Alzheimer au stade sévère
 3 E2 : oui bien sûr, je suis d'accord pour faire cet entretien
 4 I : ce qui m'intéresse, c'est de comprendre ce que l'ergothérapeute doit mettre en place autour
 5 et pendant l'activité jardinage avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer un stade
 6 sévère pour permettre sa participation à l'activité.
 7 E2 : oui bien sûr
 8 I : pouvez-vous m'expliquer quel contexte environnemental vous mettez en place pour
 9 l'activité jardinage et avec quel matériel ?
 10 E2 : oui, alors, effectivement....attendez, je réfléchis.....donc l'environnement dans lequel je
 11 vais démarrer l'activité pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est très
 12 important. Moi je vais privilégier le jardin à l'extérieur : en effet notre maison de retraite
 13 possède un très grand parc et le jardin a une grande importance. Notre jardinier est très
 14 impliqué aussi dans les ateliers qui se font à l'extérieur, donc nous avons un grand jardin
 15 traditionnel où on plante des fleurs et des légumes et puis un autre espace de jardin qui a été
 16 aménagé en hauteur pour permettre aux personnes à mobilité réduite de faire l'activité. Et là,
 17 nous plantons des herbes aromatiques, des petits fruits, des légumes et des fleurs ... l'activité
 18 jardinage est surtout proposée pendant la période du printemps et de l'été et si elle n'a pas lieu
 19 c'est vraiment à cause de la météo, qu'il fait trop froid ou s'il pleut. Donc voilà, je privilégie
 20 vraiment la situation écologique pour les personnes parce qu'il est important de les remettre
 21 dans le contexte de l'activité : c'est-à-dire on fait du jardin dans un jardin ! Le fait d'être dans
 22 un environnement contextuel connu va favoriser leur implication et leur intérêt. Ensuite le
 23 fait d'être à l'extérieur je trouve que c'est très important, car ça permet à ces personnes de
 24 pouvoir prendre le soleil, de pouvoir avoir des perceptions sensorielles ; le soleil sur la peau,
 25 le vent, les odeurs, ressentir les saisons. Si on est au printemps, à l'automne, ça permet un
 26 repérage au niveau temporel et puis ça fait faire de l'exercice physique. Les résidents, ils
 27 apprécient de se trouver à l'extérieur : je perçois nettement leur plaisir quand ils vont à
 28 l'extérieur... d'ailleurs ils se préparent volontiers pour y aller.
 29 I : Oui justement vous parlez de plaisir, comment est-ce que la personne exprime son
 30 ressenti au niveau psychologique durant l'activité, que percevez-vous de la part de la
 31 personne ?
 32 E2 : Et bien quand l'activité est adaptée et que la personne arrive à se mettre en activité il est
 33 clair que l'on perçoit l'intérêt la personne...elle peut montrer un sourire, elle va rester
 34 concentrée sur la tâche. Donc le fait qu'elle soit dans l'activité, qu'elle continue l'activité de
 35 façon prolongée, ça c'est un élément moi personnellement qui m'indique que la personne est

36 dans quelque chose qui lui convient parce qu'une personne je vais dire à un stade sévère si
 37 l'activité ne convient pas où si elle n'est pas intéressé et bien elle va s'arrêter et partir...il faut
 38 être 2 pour animer l'atelier car je ne peux gérer qu'1 ou 2 résidents comme ça... Pour moi
 39 souvent je perçois aussi du bien-être ressenti, de la détente et ça vraiment c'est formidable !
 40 Moi ça me réjouit quand je vois qu'une personne même un stade sévère ou modérément
 41 sévère tout à coup elle se met dans cette activité, elle fait, elle arrive à faire et elle éprouve
 42 vraiment un sentiment de réussite même si ça passe par le non verbal, elle s'exprime....

43 I : Et au niveau du matériel, avez-vous du matériel adapté ?

44 E2 : donc là je l'ai déjà dit, nous avons des jardinières en hauteur, quelques petits outils qui
 45 vont être adaptés un sécateur qui fonctionne sans trop d'effort, des petite binettes avec des
 46 manches rallongés mais sinon nous utilisons du matériel que les patients avaient l'habitude
 47 d'utiliser puisque l'intérêt c'est de les remettre dans un contexte de choses qui sont connus.
 48 J'ai oublié de dire qu'au départ on s'appuie quand même sur l'activité qui est signifiante, qui
 49 a du sens pour une personne. Au stade sévère, on ne va pas lui faire faire du jardinage si elle
 50 n'en n'a jamais fait, donc c'est vrai que les objets sont importants dans la mesure où ils
 51 rappellent une activité. C'est ce qui va pouvoir faire du sens et les aider à se mettre dans
 52 l'activitéAprès pour le matériel, ça c'est plutôt le matériau auquel je pense, mais il y a
 53 aussi le choix des plantes qui n'est pas anodin. Moi par exemple, je fais très attention à ce
 54 que l'on va planter dans le jardin de façon à ce que les légumes, les plantes les fleurs bien sûr
 55 suscitent la réminiscence et évoquent des choses connues. Donc on va mettre des légumes,
 56 des fleurs qui sont de notre région et que les personnes âgées utilisaient dans leurs jardins.
 57 Je privilégié des fleurs qui vont avoir du contraste par exemple donc là je vais plutôt réfléchir
 58 par rapport à une stimulation sensorielle au niveau visuel voilà quelque chose qui va donner
 59 envie de toucher de regarder de sentir.

60 I : Très bien, et donc vous sollicitez-vous les perceptions sensorielles aussi ?

61 E2 : Oui , je sollicite la mémoire perceptive car je mets en situation les éléments qui vont
 62 stimuler les sens : je vais le faire par le choix des plantes par exemple. Certaines vont
 63 stimuler le toucher : doux, rugueux, lisse etc, mais je prends pas de plantes qui piquent ou
 64 qui sont toxiques bien sûr ! Pour stimuler la vue, je vais choisir des plantes avec un
 65 graphisme intéressant, des couleurs. Je vais stimuler aussi par les odeurs, par des plantes
 66 odorantes : je vais choisir de la menthe, du thym que l'on va froisser et que l'on respire, ça
 67 stimule la réminiscence, les souvenirs. Ça les renvoie à des choses qui sont connues donc ça
 68 les encourage et ça les intéresse. Le goût aussi est sollicité car il y a un certain nombre des
 69 plantes que l'on peut manger : le persil, la menthe, le thym etc.

70 I : Comment communiquez-vous avec la personne pour la faire participer ?

71 E2 : oui alors là, c'est vrai que la communication c'est très important pour les Alzheimer au
 72 stade sévère car de par leurs difficultés cognitives ils vont avoir des difficultés à pouvoir
 73 comprendre des phrases complexes, donc en fait, il va falloir avoir un discours adapté de
 74 façon à ce qu'ils puissent comprendre les consignes. Je vais concrètement parlant avoir un
 75 discours qui va devenir simple : c'est-à-dire je vais faire une phrase sujet verbe complément
 76 une phrase simple, ne pas multiplier plusieurs verbes dans une phrase. Je vais parler d'une
 77 voix très calme paisible et puis parler lentement et surtout leur laisser le temps de comprendre
 78 l'information. Ça va leur permettre d'intégrer et de prendre le temps de comprendre la
 79 question, ce qu'on leur demande. Et puis bien sûr, il va aussi s'agir de valoriser,

80 d'encourager la personne de façon à ce qu'elle soit dans un contexte favorable et chaleureux.
81 Voilà donc le mode de communication ça va être un mode de communication verbale qui va
82 pouvoir être suffisamment enveloppant simple et compréhensible pour la personne.
83 I : expliquez-moi comment vous choisissez l'activité, la tâche à exécuter
84 E2 : bien, alors là effectivement il y a différentes façons d'appréhender votre question. Déjà,
85 effectivement pour choisir une activité je vais me baser sur des évaluations, sur un bilan des
86 capacités préservées de la personne. Donc, dès son admission et dans les semaines qui
87 suivent je vais faire beaucoup d'observations. Le bilan va donc porter sur l'aspect physique,
88 cognitif, psychologique aussi, est-ce qu'il a des troubles du comportement ? de façon à
89 pouvoir évaluer toutes les capacités préservées, afin de pouvoir s'appuyer dessus avant de
90 proposer une activité. Je vais aussi, parce qu'il est indispensable de s'appuyer sur une activité
91 signifiante et significative, pour ces personnes-là qui sont déjà au stade avancé, je vais à la
92 rencontre de la famille pour échanger avec eux et savoir quelles étaient ses activités autrefois,
93 qu'est-ce qu'il aimait faire, qu'est-ce qu'il pratiquait ? Ensuite, je vais vraiment adapter la
94 tâche, je vais la simplifier. C'est-à-dire que par exemple, je vais séquencer la tâche ... Par
95 exemple, si je propose, de planter une fleur, je vais pas lui dire de planter la fleur, on va
96 décomposer la tâche : premièrement on va faire un petit trou, deuxièmement on va enlever le
97 petit godet qui se trouve autour de la plante, etc. Et puis je vais aussi instaurer une routine
98 dans l'activité c'est-à-dire que chaque semaine ou 2 fois par semaine si je peux, nous faisons
99 l'activité jardinage et dans l'activité on va procéder toujours de la même manière. D'abord on
100 va sur place ensuite, on prend les outils, ensuite on regarde ce qu'on a fait la semaine d'avant
101 ensuite je donne les consignesVous voyez histoire de instaurer une routine, c'est très
102 important parce que les routines ça permet....., comment dire les routines on peut s'appuyer
103 dessus c'est quelque chose qu'on va faire sans avoir faire trop d'effort au niveau cognitif...
104 donc pour eux c'est très intéressant.

105 I : Apportez-vous des repères pour aider la personne à démarrer l'activité ?
106 E2 : oui bien sûr, alors là bien sûr, c'est quelque chose que l'on fait quasiment
107 systématiquement avec ces personnes au stade sévère parce que souvent ils ne sont pas en
108 capacité forcément de pouvoir démarrer seul une action, de participer à l'activité. Donc, on
109 va généralement commencer par une aide verbale, c'est vrai que là on va les solliciter comme
110 je vous expliquais tout à l'heure, de leur donner un ordre simple de façon à pouvoir les
111 guider, vous prenez la pelle, voyez ce genre de chose, ensuite ça va pouvoir être une aide
112 gestuelle si le verbal n'est pas suffisant. On va faire un guidage du geste : par exemple
113 prendre leurs mains et les accompagner pour faire le geste en même temps .et à partir du
114 moment où ils ont commencé, il y a un espèce de mise en route, vous voyez la mémoire
115 procédurale se met en en route et donc là ils vont être en capacité de continuer tout seuls....
116 donc c'est vraiment très important le guidage, il sollicite la mémoire procédurale et vraiment
117 c'est quelque chose qui marche très très bien car la mémoire procédurale, elle est longtemps
118 préservée dans la maladie.....

119 I : ah oui effectivement..
120 E2 : donc voilà, par le fait de démarrer le geste, la mémoire procédurale est stimulée et la
121 personne peut continuer à faire les gestes seule et donc elle participe à l'activité. Il y a aussi
122 le mimétisme c'est-à-dire que la personne elle va pouvoir regarder l'autre ou moi-même, c'est

123 l'intérêt d'avoir aussi une activité en groupe, et là par mimétisme ils vont aussi être en
124 capacité de pouvoir faire la même chose et donc de se lancer dans l'activité.

125 I : justement, est-ce que vous favorisez certains gestes ?

126 E2 : alors oui bien sûr, je vais favoriser tout ce qui est geste spontané, vous voyez, les gestes
127 répétitifs, tout ce qui tout ce qui est en lien avec la mémoire procédurale. Voilà, je vais
128 favoriser ça : par exemple, et bien pour une personne qui faisait du jardinage et qui plantait
129 des bulbes de fleurs au printemps, et bien, je vais l'aider éventuellement à démarrer le geste,
130 et ensuite, sans avoir besoin de lui expliquer quoi que ce soit, elle va pouvoir répéter le geste
131 et le faire jusqu'à la fin de l'activité : reprendre le bulbe, écarter la terre, mettre le bulbe
132 dedans etc. elle va le faire de façon automatique. C'est une habileté perceptivo-motrice une
133 espèce de mémoire du corps.....Elle va mettre les bulbes dans le bon sens sans avoir besoin de
134 lui dire. Vous voyez, je vais donc favoriser les tâches avec des gestes répétitifs, des gestes
135 qui vont stimuler sa mémoire procédurale.

136 I : C'est super tout ça ! Avez-vous d'autres choses que vous voudriez me dire avant la fin de
137 cet entretien ?

138 E2 : Ecoutez je pense avoir décrit ce que je faisais pendant l'activité jardin..... je vous
139 encourage dans la suite de votre travail de mémoire et n'hésitez pas si vous avez besoin
140 d'autres renseignements

141 I : Je vous remercie beaucoup pour votre disponibilité et votre gentillesse, au revoir

Annexe 8 : Troisième entretien

I= interviewer

E3= ergothérapeute Les silences =

- 1 I : Si tu le veux bien, nous allons faire un entretien concernant l'activité jardinage que tu
- 2 pratiques avec les personnes Alzheimer au stade sévère
- 3 E3 : oui bien volontiers, je suis d'accord pour faire cet entretien
- 4 I : ce qui m'intéresse, c'est de comprendre ce que l'ergothérapeute doit mettre en place autour
- 5 et pendant l'activité jardinage avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer un stade
- 6 avancé pour permettre sa participation à l'activité
- 7 E3 : oui, bien c'est vaste.....
- 8 I : peux-tu m'expliquer quel contexte environnemental tu mets en place pour l'activité
- 9 jardinage et avec quel matériel ?
- 10 E3 : quel contexte environnemental ?.....d'accord, ok, le potager est au niveau du parking,
- 11 c'est pas terrible mais on fait avec, au niveau de l'accessibilité pour accompagner les
- 12 personnes, c'est pas simple, il y a une pente, et du déplacement à faire entre la structure et le
- 13 potager. Après, le potager est surélevé quand même, il est placé sur une surface qui est pas
- 14 forcément très accessible pour les fauteuils parce que c'est de l'herbe et c'est pas très
- 15 carrossable. Il y a 6 ou 7 bacs qui ont été faits en amont, ça n'a pas été fait pendant une
- 16 activité. En matériel, une petite pelle, qu'est-ce qu'il y a encore ?.....un plante bulbe, un
- 17 arrosoir.....
- 18 I : oui
- 19 E3 : Ce sont des objets que les personnes avaient l'habitude d'utiliser, des objets ordinaires
- 20 pour le jardin,
- 21 I : est ce qu'il y a des objets adaptés ?
- 22 E3 : non mais ça existe, mais moi je n'ai rien de particulier, c'est vraiment du matériel
- 23 ordinaire
- 24 I : d'accord, et dans le contexte environnemental, le choix des plantes est ce que ça a une
- 25 importance ?

26 E3 : oui, vis-à-vis de ce qu'on veut en faire après, c'est-à-dire ce n'est pas juste jardiner pour
 27 jardiner. Il y a aussi tout le côté réminiscence, mémoire dans l'activité, et donc on choisit
 28 aussi les plantes en fonction de ce qu'on pourra en faire en activité. Et on choisit aussi les
 29 plantes en fonction de la région, c'est normal aussi,

30 I : bien sûr pour qu'elles soient adaptées, tu veux dire au niveau climat

31 E3 : c'est ça, mais par rapport à la personne elle-même c'est surtout,....., il faut que ce soit
 32 des choses, euh,.....faciles à planter on va dire, et si possible, comme on est dans le potager, le
 33 but c'est que ça produise aussi pour qu'il y ait derrière le côté, euh, gustatif, que ça éveille
 34 tous les sens. C'est des plantes en fait qui stimulent les sens, et qui sont adaptées au climat de
 35 la région.

36 I : d'accord

37 E3 : Le fait qu'elles soient adaptées au climat font que les gens ont eu l'habitude de les voir
 38 chez eux, puisqu'ils viennent de cette région, c'est en lien avec la culture. Oui, c'est
 39 important le choix de la plante...pour que la personne puisse investir dans l'activité,
 40 effectivement, il faut qu'on trouve des choses qui lui parlent.

41 I : voilà c'est ça

42 E3 : des choses dont elle avait l'habitude de voir autour d'elle ou qu'elle avait dans son
 43 jardin, voila

44 I : oui, oui, c'est pas négligeable

45 E3 : et le choix de la plante, c'est important...

46 I : très bien, on va choisir un autre thème. Comment communique-tu avec la personne pour
 47 la faire participer ?

48 E3 : Bien, verbalement déjà, tout simplement, après tout dépend des capacités de
 49 compréhension de la personne bien sur.

50 I : oui, pour un stade sévère

51 E3 : pour un stade sévère.....il y en a quand même beaucoup qui comprennent les ordres
 52 simples,

53 I : donc, tu vas adapter ton discours

54 E3

55 I : d'accord et est ce qu'il y a autre chose ? : ben, je vais rester simple, oui, je vais utiliser que
 56 des ordres simples, je vais pas commencer à faire un discours autour de la fleur par exemple,
 57 un ordre simple

58 E3 : après ça va être de la communication plutôt gestuelle, donc, d'amorcer les gestes, suivre
59 le mouvement ou sur imitation pour que si la compréhension orale est limitée, ben, en voyant
60 faire, la personne elle va y arriver

61 I : Donc ce serait plutôt des repères que tu vas lui donner pour qu'elle puisse démarrer
62 l'activité ?

63 E3 : c'est ça, initier l'activité par une aide gestuelle ou d'imitation, soit une amorce gestuelle
64 par exemple en lui donnant l'outil dans la main et en commençant à faire le geste avec elle, et
65 par répétition, une fois que ça a fait appel à la mémoire procédurale, le geste va se
66 réenclencher ou alors sur imitation

67 I : donc ton objectif, c'est de stimuler la mémoire procédurale pour qu'ils puissent se mettre
68 en route

69 E3 : c'est ça, car certains qui ont fait ça toute leur vie, ils vont même pas avoir besoin, même
70 au stade sévère, qu'on lance l'activité : le fait de voir les outils, le potager, la terre, les
71 plantes, ils font faire..... Donc le contexte environnemental fait appel à leur mémoire
72 perceptive, les perceptions les renvoient sur ce qu'ils savaient faire.....et puis il y en a
73 beaucoup qui vont avoir besoin d'être aidés au niveau du geste, de l'imitation pour initier le
74 mouvement vraiment et se lancer dans l'activité.

75 I : oui

76 E3 : je ne sais pas si je suis assez claire ?

77 I : si si bien sûr, et est-ce que tu peux me dire comment tu vas choisir l'activité pour une
78 personne ?

79 E3 : ben dans l'idéal c'est faire une évaluation, qu'elle soit basée sur de l'observation ou une
80 évaluation plus standard ou plus validée, après chacun a ses méthodes, moi je suis plus sur de
81 l'observation et des évaluations qu'auront fait les autres professionnels aussi, le kiné pour la
82 marche et l'équilibre, la psychologue qui est en charge de tout ce qui est cognition, etc. Et
83 moi, je complète avec tout ce qui est praxies et mises en situation écologique.

84 I : d'accord, donc en fait tu fais un bilan des capacités globales. Et comment tu sais que cette
85 activité, elle a du sens pour la personne ?

86 E3 : Ca, on va se baser sur l'histoire de vie de la personne, sur ce que nous dira la famille, car
87 à ce stade là c'est plutôt la famille qui nous le dira. Des fois c'est lors d'une mise en
88 situation..... par exemple on se rend compte, supposons que l'idée c'est de voir au niveau de la
89 marche à l'extérieur comment ça se passe, et ben on va se rendre compte qu'elle s'arrête
90 devant le potager, et alors je me dis tiens il y a quelque chosedans ce cas-là, c'est vraiment
91 la découverte.

92 I : oui, là tu ne vas pas prendre appui sur ce qu'on t'a dit, tu le découvres toi-même par des
93 mises en situations et l'observation du comportement

94 E3 : oui c'est ça en fait il y a les 2....il y a ce qui va ressortir de l'histoire de vie de la
95 personne, (par exemple cette dame avait un jardin dont elle s'occupait elle-même) et puis
96 effectivement ce que tu vois par l'observation

97 I : oui très bien

98 E3 : Donc, bien sûr, je m'appuie sur l'activité signifiante et significative, la base ça va être
99 ça.... si une personne l'a fait toute sa vie, on part du principe que ça va être signifiant pour
100 elle, mais ça veut pas dire pour autant qu'elle va adhérer, qu'elle va avoir envie de le faire.
101 C'est arrivé, on a eu le cas d'un monsieur pâtissier de son métier et bien faire des gâteaux, il
102 en avait jusque-là... et il ne voulait pas participer à l'atelier pâtisserie

103 I : donc tu veux dire que l'activité soit signifiante est nécessaire mais n'est pas suffisante
104 parfois ?

105 E3 : non pour moi, elle est pas toujours suffisante....mais pour pouvoir, toi, orienter ton
106 activité au départ, effectivement, il faut bien se baser sur quelque chose. Donc ça va être
107 l'histoire de vie avec les habitudes de vie, et éventuellement l'observation lors des mises en
108 situation.

109 I : Oui très bien, et est-ce que dans ton activité jardinage tu vas spécialement solliciter les
110 perceptions sensorielles ?

111 E3 : Ca va pas être mon objectif premier, mais effectivement, ça en fait partie car le fait de
112 sortir à l'extérieur va stimuler les perceptions sensorielles. Le fait d'être dehors et de sentir le
113 vent, sentir les plantes aromatiques qui sont au jardin, la sauge, le romarin,...ça stimule les
114 sens

115 I : on revient un peu sur les choix des plantes

116 E3 : c'est ça, le choix du lieu, des plantes, le bruit du vent, le soleil, la chaleur...c'est
117 beaucoup plus parlant car pour la majorité des personnes âgées aujourd'hui elles avaient la
118 possibilité d'avoir un jardin donc c'est plus parlant si on est dehors. Après, si la population
119 vient plutôt d'appartement mais qui avaient sur leur balcon de quoi jardiner, et bien on peut
120 très bien imaginer une activité jardin avec des jardinières et des plantes vertes par exemple ou
121 des fleurs. Moi où je suis, c'est vraiment le potager à l'extérieur avec des gens qui vivaient à
122 la campagne, mais on pourrait imaginer en fonction du public de créer un atelier jardinage sur
123 des balconnières... Cette activité jardin permet vraiment de s'adapter à l'environnement et à la
124 population et de créer des contextes différents.

125 I : Et oui, et est-ce que tu favorises certains gestes ?

126 E3 : Moi, je sélectionne certains gestes : gratter la terre, faire un trou pour planter le bulbe,
127 replacer la terre et arroser.

128 I : tu veux dire que l'activité est séquencée ?

129 E3 : oui et elle est proposée à différentes personnes en fonctions de leur capacités.

130 I : D'accord

131 E3 : Certaines tâches sont plus parlantes selon les personnes, et puis il y a des capacités même
132 au stade sévère qui peuvent être différentes, Il y en a qui vont être capable de faire toute la
133 séquence avec une aide, une guidance orale ou même gestuelle, et d'autres qui sont en mesure
134 de faire un seul geste, donc là je vais favoriser le geste répétitif , par exemple planter des
135 bulbes mettre le bulbe dans le trou, l'automatisme est sollicité c'est plutôt la mémoire
136 procédurale qui est stimulée. Souvent à ces stades-là, c'est pas des personnes qui ont des
137 capacités d'apprentissage, donc tu peux plus leur apprendre à faire. C'est pour ça qu'il faut se
138 baser sur ces automatismes, cette mémoire procédurale et cette activité significative parce
139 qu'il faut qu'il y ait un rappel de gestes qui sont déjà connus, parce que tu pourras pas leur
140 apprendre. On simplifie en fait l'activité au maximum pour solliciter quelque chose
141 d'automatique et donc qui sera fait correctement plutôt que de rester trop vague et du coup la
142 personne ne peut pas se projeter car elle est déjà en perte de repères. Donc c'est simplifier
143 vraiment l'activité pour permettre de continuer quand même à participer à une activité même
144 si le geste paraît simple.

145 I : tu veux dire qu'il y a une notion d'éviter l'échec ?

146 E3 : Oui tout à fait, c'est très important car s'il y a échec c'est plus difficile après d'impliquer
147 la personne dans l'activité, elle va être tentée d'arrêter et de partir. Donc il faut valoriser au
148 maximum la personne, même si c'est simple comme geste, pour que la personne continue et
149 ait l'impression de ne pas être inutile

150 I : Donc tu as toute une attitude quand même qui est réfléchie et que tu mets en place autour
151 de la personne

152 E3 : oui l'air de rien, c'est vrai que je fais des choses sans y réfléchir, avec l'expérience au
153 bout d'un moment on ne se pose plus la question, ça se fait de façon implicite, par
154 l'observation aussi, on sait qu'il faut agir comme ça ... Le stade sévère c'est vrai que c'est un
155 peu compliqué parce que..... il y a différents stades sévères on va dire.....mais bon même une
156 personne qui n'est plus en mesure de reconnaître un outilde comprendre des ordres
157 simples, et bien, elle peut quand même participer à l'activité sur imitation par exemple...et
158 avec une tâche très simple, elle va réussir

159 I : donc quand tout ce contexte est réuni, elle va pouvoir s'engager dans l'activité

160 E3 : C'est ça, c'est l'intérêt.....et c'est pour ça que quand on est seule pour animer l'activité
 161 on ne peut pas prendre plus de 1 ou 2 personnes quand elles sont au stade sévère, car il faut
 162 se focaliser sur eux et c'est un problème, car les résidents sont nombreux et en demande.

163 I : Et qu'est-ce que tu penses que la personne exprime au niveau psychologique pendant
 164 l'activité quand l'activité est adaptée ?

165 E3 : Et bien Attend ...

166 I : Qu'est-ce que tu perçois ?

167 E3 : alors oui, pendant l'activité en elle-même, quand tout est bien réuni et que tout marche
 168 bien comme il faut, et bien ça va être un sourire qui montre à priori que la personne apprécie
 169 ce qu'elle fait, ça va être un regard aussi.....à ce stade là, ça va être plus du non verbal, mais
 170 ça peut être un mot aussi des fois, ou une petite phrase réduite *Ah ça fait du bien d'être ici*

171 I : d'accord donc tout ça, ça exprime du bien-être ?

172 E3 : Oui du bien-être, et j'ai envie de dire une satisfaction d'être là, à cet instant-là, et de faire
 173 quelque chose l'air de rien

174 I : oui c'est important

175 E3 : Oui et pour le thérapeute il faut réussir à percevoir ces petites choses-là pour ne pas avoir
 176 l'impression de faire les choses pour rien.Parce qu'on ne fait jamais pour rien en fait, et il
 177 faut réussir à percevoir ça et ça va être surtout du non verbal. Donc ça va être, peut-être, une
 178 posture tout simplement, une façon de se tenir, on la sent plus détendue, et puis le fait qu'elle
 179 tienne sur la longueur, qu'elle reste dans l'activité longtemps peut monter que ça l'intéresse,
 180 ça peut être un indice de satisfaction de sa part. Et même au-delà de l'activité en elle-même,
 181 car on a parlé de planter de toucher de faire, il y a aussi à ce stade-là, certaines personnes qui
 182 ne vont pas forcément faire, mais qui vont être présentes, qui vont regarder, peut être que ça
 183 va leur permettre d'apprécier un instant

184 I : tu veux dire que même de façon passive, elles peuvent être actives par leur présence ?

185 E3 : c'est ça, oui, c'est une participation qui est autre, qui n'est pas forcément dans l'action,
 186 la personne ne va pas spécialement faire, mais d'être là avec un petit groupe, qu'on lui parle,
 187 que ce soit une activité qui à priori avait du sens pour elle avant, et bien même si elle ne
 188 produit pas, l'activité peut avoir quand même un sens pour elle à ce moment-là et elle va en
 189 retirer du bienfait. Mais c'est vrai que le stade sévère balaye des cas de figures très différents.
 190 A partir du moment où l'activité jardinage était une activité signifiante, elle leur apporte
 191 quelque chose et même parfois pour des personnes qui ont jamais forcément fait de jardinage,
 192 on leur propose et des fois ça marche, des fois non. Ça peut devenir une activité qui les
 193 intéresse et qui va devenir routinière dans le déroulement de la semaine, ça peut être un

194 repère. Par exemple si je fais l'activité jardinage 2 fois par semaine, même si les personnes ne
195 produisent pas, ça va être un repère, c'est le jour du jardinage. La routine de l'activité va leur
196 être bénéfique, A partir du moment où la cognition est limitée c'est d'autant important de
197 s'appuyer sur des habitudes de vie, car c'est rassurant

198 I : oui, donc c'est vraiment la mémoire procédurale qui est stimulée

199 E3 : Oui il faut faire appel à quelque chose de déjà connu, déjà expérimenté avant. Parce que
200 c'est beaucoup plus facile pour elles. A vouloir leur apprendre, c'est prendre le risque de les
201 mettre en échec puisqu'elles ne sont plus en capacités d'apprentissage. Donc il vaut mieux
202 partir sur une activité qu'elles connaissaient déjà. À ces stades-là, elles ne sont plus trop à se
203 poser la question *je fais plus comme avant*, elles ne se comparent plus à avant et donc elles
204 font.

205 I : Très bien, je crois que toutes les questions ont été abordées. Est-ce qu'il y a quelque chose
206 que tu voudrais rajouter concernant cette activité jardinage ?

207 E3 : Je crois que ça va, si tu as besoin tu peux me rappeler, c'est volontiers

208 I : Merci beaucoup de ton implication et de ta disponibilité, au revoir.

Résumé

Les troubles cognitifs et comportementaux engendrés par la maladie d'Alzheimer ont des conséquences sur la vie quotidienne, notamment une difficulté à réaliser des activités, ce qui affecte la qualité de vie des personnes âgées qui en sont atteintes. En Ehpad, l'activité jardinage peut être utilisée auprès de cette population par l'ergothérapeute comme thérapie non médicamenteuse. L'étude porte sur les moyens mis en œuvre par l'ergothérapeute durant l'activité jardinage pour favoriser la participation à l'activité pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère. Les résultats de cette étude clinique montrent qu'en s'appuyant sur l'activité signifiante, les mémoires procédurale et perceptive qui sont préservées à long terme dans la maladie et le potentiel thérapeutique de l'activité jardinage, la participation à l'activité est possible et influence positivement la qualité de vie.

Mots clefs :

Maladie d'Alzheimer, jardinage, activité thérapeutique, participation, qualité de vie

Summary

The cognitive and behavioral impairments caused by Alzheimer's disease have consequences on daily living, in particular a lack of ability to engage in activities, which affects the quality of life of the elderly who are affected. In nursing homes, gardening activity can be use with this population by the occupational therapist as a non-pharmacological therapy. The study concerns the ways implemented by the occupational therapist to foster the participation in the activity for the people affected by the Alzheimer's disease in the severe stage. The results of this clinical study show that leaning on meaningful activity, the procedural et perceptive memories which are preserved in the long term in the disease and the therapeutic potential of the gardening activity, the participation in the activity is possible and influences positively the quality of life.

Keywords

Alzheimer's disease, gardening, therapeutic activity, participation, quality of life