

Année Universitaire 2021-2022

Session Juin 2022

# L'utilisation du jardin thérapeutique auprès de personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer au sein d'un EHPAD

Présenté par : Inès CARREIRA MORGADO

Sous la direction de : CAPRA Lisette



## ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e), Inès CARREIRA MORGADO étudiant(e) en 3<sup>ème</sup> année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Champigny-sur-Marne, le 25 Mai 2022

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'CARREIRA MORGADO', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

**Note aux lecteurs :**

*« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné ».*

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé et qui m'ont accompagné dans l'élaboration de ce mémoire qui représente pour moi l'aboutissement d'une formation passionnante.

Je veux tout d'abord exprimer toute ma reconnaissance envers ma maître de mémoire, Lisette CAPRA, qui a su m'accompagner, m'encadrer et me conseiller tout au long de ce projet. Elle a également su m'encourager et me soutenir lors de mes moments de stress.

Je remercie mes référentes mémoire, Anne REGNACQ, Alice BOULLAUD, qui ont su répondre à mes interrogations et me conseiller dans ce mémoire.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE mais en particulier à ma référente, Hélène HAVIN, pour son accompagnement, sa guidance et sa bienveillance.

Merci à ma maître d'apprentissage, Blandine NERICH, ainsi qu'à l'une de mes tutrices de stage, Morgane DAVID, de m'avoir accompagné autant dans ma formation professionnelle que dans l'élaboration de mon mémoire.

Merci également à mes parents, mon frère et ma sœur qui ont toujours été présents pour me soutenir dans mes moments de doute et qui m'ont soutenus jusqu'à la relecture de ce travail.

Merci à mon compagnon, Giovan, pour sa patience, son soutien et son écoute active pendant ces trois années de formation.

Je ne pouvais pas ne pas remercier mes deux camarades, Zazie et Constance, avec lesquelles nous formons un trio de choc. Elles ont su m'écouter, me soutenir et me conseiller.

Et enfin, je tenais à remercier les trois ergothérapeutes qui ont consacré de leur temps pour s'entretenir avec moi et qui m'ont permis l'aboutissement de mon travail.

*« Ce n'est ni la richesse, ni la splendeur, mais la tranquillité et  
l'occupation qui vous donnent le bonheur. »*

- Thomas Jefferson

# GLOSSAIRE

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour personnes Âgées Dépendantes.

**ESA** : Équipe Spécialisée Alzheimer.

**MMSE** : Mini-Mental State Examination est un bilan qui a été créé pour permettre un dépistage d'une éventuelle atteinte neurocognitive majeure tel que la démence. Actuellement, il permet également d'effectuer un suivi de l'état cognitif ainsi qu'une évaluation du déclin des fonctions cognitives chez les personnes souffrant d'atteintes neurocognitives (Consortium National de Formation en Santé, 2018).

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**WFOT**: World Federation of Occupational Therapists.

# SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i> .....	1
<i>PARTIE CONCEPTUELLE</i> .....	3
<b>1. La Personne Âgée</b> .....	3
<b>1.1. Le vieillissement</b> .....	3
1.1.1. Le vieillissement réussi.....	4
1.1.2. Le vieillissement habituel .....	4
1.1.3. Le vieillissement pathologique .....	4
<b>1.2. La maladie d'Alzheimer</b> .....	5
1.2.1. Définition.....	5
1.2.2. Sa sémiologie.....	7
1.2.3. Son évolution .....	8
<b>1.3. L'évolution démographique française</b> .....	8
1.3.1. L'évolution générale du vieillissement de la population française.....	9
1.3.2. L'évolution du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.....	10
<b>2. L'apraxie dans la vie quotidienne</b> .....	11
<b>2.1. Le modèle conceptuel : MCREO</b> .....	11
2.1.1. Qu'est-ce qu'un modèle conceptuel ?.....	11
2.1.2. Pourquoi l'ergothérapeute utilise-t-il des modèles conceptuels ? .....	12
2.1.3. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) .....	12
<b>2.2. Les répercussions de l'apraxie dans les soins personnels</b> .....	16
2.2.1. Définition.....	16
2.2.2. Les conséquences.....	17
<b>3. L'ergothérapie et le jardin thérapeutique</b> .....	18
<b>3.1. L'ergothérapie</b> .....	18
3.1.1. Qu'est-ce que l'ergothérapie de manière générale ?.....	18
3.1.2. Le rôle de l'ergothérapeute au sein d'un EHPAD .....	18
3.1.3. Le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer au sein d'un EHPAD .....	19
3.1.4. Les activités thérapeutiques .....	20
<b>3.2. Le jardin thérapeutique</b> .....	21
3.2.1. Définition.....	21
3.2.2. Le potentiel thérapeutique de l'activité .....	22
3.2.3. Le rôle de l'ergothérapeute .....	23
<b>3.3. Le transfert d'acquis</b> .....	23
<i>PARTIE EXPERIMENTALE</i> .....	25
<b>1. Méthodologie d'enquête</b> .....	25
<b>1.1. Les objectifs d'enquête et leurs critères d'évaluation</b> .....	25
<b>1.2. La population cible</b> .....	26



<b>1.1.</b>	<b>L'outil d'investigation.....</b>	<b>27</b>
1.1.1.	Le choix .....	27
1.1.2.	La construction .....	27
<b>1.2.</b>	<b>Limites de l'entretien .....</b>	<b>28</b>
<b>2.</b>	<b><i>Présentation et analyse des résultats.</i>.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1.</b>	<b>La présentation et l'analyse linéaire des résultats bruts de l'enquête.....</b>	<b>29</b>
2.1.1.	La présentation de la population interrogée.....	29
2.1.2.	La présentation de la population prise en soin par les ergothérapeutes.....	29
2.1.3.	L'activité jardin thérapeutique.....	30
2.1.4.	L'entretien de jardinières et le rendement dans les soins personnels .....	33
2.1.5.	Le transfert des acquis .....	35
<b>2.2.</b>	<b>L'analyse des résultats en fonction des objectifs d'enquête .....</b>	<b>36</b>
<b>3.</b>	<b><i>Discussion</i>.....</b>	<b>38</b>
<b>3.1.</b>	<b>La confrontation des résultats d'enquête avec le cadre conceptuel.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2.</b>	<b>Les limites de l'étude.....</b>	<b>40</b>
<b>3.3.</b>	<b>Les apports de l'étude .....</b>	<b>41</b>
	<b><i>CONCLUSION</i>.....</b>	<b>42</b>
	<b><i>BIBLIOGRAPHIE</i>.....</b>	<b>45</b>
	<b><i>ANNEXES</i>.....</b>	<b><i>I</i></b>

# INTRODUCTION

En France, la croissance de l'espérance de vie représente l'un des facteurs engendrant une augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans (Dumont, 2017) qui représente, en 2021, 20,7% de la population (Algava & Blanpain, 2021). Étant donné que le vieillissement peut entraîner une dégradation des capacités générales des individus, il favorise ainsi l'apparition de pathologies dites du vieillissement telles que la maladie d'Alzheimer (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). Par conséquent, au vu de ce vieillissement démographique, nous pouvons constater une augmentation du nombre de personnes atteintes de cette pathologie. En effet, actuellement en France, la maladie d'Alzheimer touche 900 000 personnes et ce chiffre devrait doubler d'ici 2050 (Fondation recherche Alzheimer, 2021).

La maladie d'Alzheimer est une maladie évolutive (Behl, Stefurak, & Black, 2005) qui entraîne au fil du temps une dépendance dans la réalisation des occupations des clients (d'après Feldman et Woodward, 2005 cité par INSERM, 2005). Cette dépendance s'explique par les différents symptômes qui apparaissent et qui s'accroissent. Ainsi, le maintien à domicile n'étant plus sécurisé même avec des aides, le placement au sein d'une institution telle qu'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) représente une étape indispensable.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui s'intéresse aux interactions entre la personne, ses occupations et son environnement mais également au rendement occupationnel des clients (Law & al, 2005) (Polatajko, et al., 2013). Ainsi, il possède un rôle important dans l'accompagnement vers l'indépendance dans les soins personnels des personnes présentant la maladie d'Alzheimer.

Lors d'un stage au sein d'un EHPAD, j'ai eu l'occasion de prendre en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ce qui m'a permis de constater que ces manifestations pouvaient varier d'un client à l'autre. Une résidente en particulier m'a fait me remettre en question et c'est de là que mes recherches ont débuté. Chez cette résidente, la maladie se manifestait particulièrement par de la déambulation (diurne et nocturne) ainsi que par de l'anxiété. Afin de canaliser ces troubles, diverses activités lui ont été proposées mais sans atteindre les résultats escomptés. Au sein de son unité de vie, une terrasse comprenant des jardinières étaient présentes. Cependant, elle n'était pas investie par les résidents. Ainsi, je me suis demandée de quelle manière l'ergothérapeute, par le biais du jardin thérapeutique, pouvait-il diminuer l'impact des troubles psycho-comportementaux dans leur vie quotidienne. Néanmoins, mes recherches m'ont permis de constater que des études avaient déjà été effectuées à ce sujet ce qui m'a poussé à d'autres questionnements.

Après différentes recherches sur la maladie d'Alzheimer et le jardin thérapeutique dans le cadre d'une prise en soins en ergothérapie, la problématique suivante a émergé :

**De quelle manière l'ergothérapeute, au sein d'un EHPAD, peut-il favoriser le rendement occupationnel dans les soins personnels des personnes âgées dépendantes présentant la maladie d'Alzheimer ?**

Dans un premier temps, nous mettrons en évidence le cadre conceptuel qui permettra de développer le vieillissement démographique ainsi que la maladie d'Alzheimer et ses diverses conséquences. Par la suite, nous détaillerons plus précisément les conséquences de l'apraxie sur les occupations. Pour finir, nous évoquerons l'apport du jardin thérapeutique en lien avec le thème de recherche ainsi que le rôle de l'ergothérapeute dans ce dernier.

Dans un deuxième temps, nous mettrons en évidence le cadre expérimental en débutant par une présentation des objectifs d'enquête ainsi que de la méthodologie utilisée afin de mener à bien l'enquête. Nous poursuivrons avec une présentation et une analyse des données recueillies puis une discussion pour ensuite conclure sur le sujet.

# PARTIE CONCEPTUELLE

## 1. La Personne Âgée

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la personne âgée comme une personne ayant outrepassé son âge d'espérance de vie, estimée à sa naissance (World Health Organization, 2017). Cela signifie donc que les femmes nées en 2021 seront considérées comme personnes âgées à l'âge de 85,6 ans et les hommes à 79,7 ans (Besbes, et al., 2020). Ainsi, nous pouvons constater que l'âge seuil de la personne âgée varie en fonction de l'année de naissance et du sexe de l'individu.

Toutefois, grâce à nos recherches, nous pouvons mettre en évidence que la définition énoncée par l'OMS n'est pas prise en considération par toutes les études. En effet, selon l'étude d'Algava et Blanpain (INSEE) effectuée en 2021, la personne âgée est définie comme ayant 65 ans et plus, voire même 75 ans d'après le Centre d'Analyse Stratégique (2010) ou encore 69 ans selon une étude effectuée par l'IFOP (2011). Ainsi, nous pouvons conclure qu'il est difficile de définir réellement l'âge clef qui marque le passage d'une personne « adulte » à une « personne âgée ». Personnellement, j'ai décidé de m'appuyer sur l'étude d'Algava et Blanpain (2021) car à partir de 65 ans les risques de développer diverses maladies s'accroissent.

### 1.1. Le vieillissement

Le corps humain se développe grâce à un système de gains et de pertes afin que l'organisme puisse avoir un équilibre homéostatique (Hadj & Hélène, 2009). Lorsque l'organisme est en développement, la proportion des gains est supérieure à celle des pertes. Nous pouvons parler de vieillissement lorsque ce phénomène s'inverse. Ainsi, l'accumulation des dommages, autant biologiques que cognitifs, prend le dessus par rapport à la régénérescence. C'est ce qu'on appelle le vieillissement du corps (Hadj & Hélène, 2009).

Selon l'OMS, « *le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. [...] Le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie comme le départ à la retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du partenaire* » (2021). Des variables inter et intra individuelles telles que l'environnement, la culture, le vécu (professionnel et personnel) (Jeandel, 2005) ou encore l'époque (Rey, 2009) s'ajoutent et agissent sur ce processus de vieillissement, ce qui explique sa diversité. Ainsi, l'âge chronologique ne peut définir le vieillissement mais ils sont tous les deux étroitement liés (Jeandel, 2005) (De Jaeger, 2012). Néanmoins, les prémices de ce dernier

sont identiques à tout individu puisqu'il débute à la fécondation et est continu tout au long de la vie (Trivalle, 2009).

D'après Rowe et Khan cité notamment par Trivalle (2009) et Jeandel (2005), trois formes principales de vieillissement existent : réussi, normal et pathologique.

### 1.1.1. Le vieillissement réussi

Le vieillissement réussi est caractérisé par une absence totale de pathologie et une conservation ou une faible atteinte des capacités motrices et/ou intellectuelles de l'individu ce qui lui permet d'être autonome (Trivalle, 2009) (Jeandel, 2005) (Crignon-De Oliveira, 2010). Ces dernières sont entretenues par diverses stimulations (activités physiques/cognitives...) (Trivalle, 2009) qui devraient permettre une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité.

### 1.1.2. Le vieillissement habituel

Le vieillissement habituel est défini par des atteintes dites physiologiques entraînant une diminution de certaines fonctions (intellectuelles ou motrices) sans qu'elles ne soient définies par une pathologie précise (Trivalle, 2009) (Jeandel, 2005). Ces dernières sont en lien avec l'âge de l'individu (Trivalle, 2009) et entraîne un risque accru de déséquilibre ou un syndrome de fragilité (Jeandel, 2005) qui augmente le risque de dépendance (De Jaeger, 2018). A la différence du vieillissement réussi, les diverses capacités ne sont pas entretenues ce qui laisse place à un déconditionnement.

### 1.1.3. Le vieillissement pathologique

Le vieillissement pathologique en lien avec l'évolution de l'âge, est marqué par la présence d'une ou de plusieurs pathologies sévères, évolutives qui peuvent ou non entraîner un handicap ou des complications (Trivalle, 2009) (Jeandel, 2005). Ces dernières provoquent une dépendance majeure souvent irréversible dans les occupations (Trivalle, 2009) (De Jaeger, 2018).

L'âge entraîne donc un certain nombre de modifications physiologiques qui exposent les personnes âgées à un risque accru de développer des maladies chroniques telles que des maladies neurodégénératives comme la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer (Vinquant & Mayo-Simbsler, 2010).

## 1.2. La maladie d'Alzheimer

### 1.2.1. Définition

Sur le plan clinique, la maladie d'Alzheimer est « *une maladie neuro dégénérative (atteinte cérébrale progressive conduisant à la mort neuronale) caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions intellectuelles (cognitives) conduisant à des répercussions dans les activités de la vie quotidienne* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2015). Cette pathologie se caractérise par une démence et une dépendance de la personne (Spsychala, 2005) et peut-être associée à des troubles psycho-comportementaux (déambulation, anxiété, apathie, trouble du sommeil, délire ...) (Roblin, 2009). De plus, elle est caractérisée par une apparition insidieuse car il y a une absence presque totale de signes neurologiques avant-coureurs (Collette, Feyers, & Bastin, 2009).

Les causes de la maladie d'Alzheimer sont encore méconnues. Toutefois, des études ont déjà pu souligner certains facteurs de risque comme l'âge (2% au-delà de 65 ans et passe à 15% vers 80 ans ce qui signifie qu'elle double tous les 5 ans), le sexe féminin, les facteurs cardiovasculaires, certains facteurs génétiques ou encore le niveau d'éducation (Feteanu, 2009) (INSERM, 2019) (Fondation Recherche Alzheimer, 2022) (Boller & Belleville, 2016). Certaines d'entre elles, ont également pu mettre en évidence que sur le plan anatomique, la maladie d'Alzheimer se caractérise par des modifications cellulaires au niveau du système nerveux central. Nous retrouvons deux principaux phénomènes :

- **Hyperphosphorylation de la protéine TAU** (Clavaguera, Goedert, & Tolnay, 2010). Le rôle majeur de la protéine TAU est de maintenir une stabilité architecturale des neurones en régulant l'assemblage et l'espacement des microtubules (ou filaments spécifiques), éléments constituant les axones des neurones (Sergeant & al, 2008) (Dixit & al, 2008) (Morris, 2011) (Wang & Mandelkow, 2016). Ces derniers assurent la circulation du flux neuronal ainsi que la neurotransmission nécessaire à la propagation d'un message d'un neurone à l'autre (Clavaguera, Goedert, & Tolnay, 2010). Cela signifie donc que cette protéine régule également le transport neuronal (Lacovich & al, 2017). Ainsi, chez un sujet atteint de la maladie d'Alzheimer, le déficit de la protéine TAU engendre une dégénérescence neuro-fibrillaire (= « *accumulation anormale de filaments à l'intérieur du neurone* » (Fondation Recherche Alzheimer, 2022)) qui rend inopérant les neurones touchés. Cela conduit donc à la mort neuronale qui sera elle-même la conséquence de l'atrophie des zones cérébrales atteintes et donc l'apparition des troubles associés à ces zones (Fondation Recherche Alzheimer, 2022).

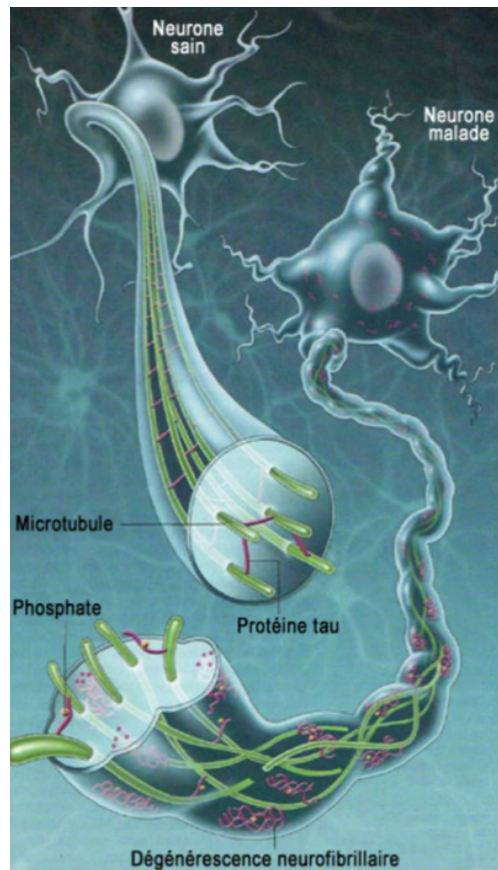


Figure 1 : Schéma de la dégénérescence neurofibrillaire.

- **Accumulation de la protéine Béta-amyloïde** (Clavaguera, Goedert, & Tolnay, 2010) (Ploton, 2009). La protéine Béta-amyloïde est produite par tous les individus (Biogen, 2017). Cependant, chez un sujet sain, elle est éliminée automatiquement par le corps a contrario d'un sujet atteint de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, elle va s'accumuler et former des plaques amyloïdes ou plaques séniles qui vont se positionner au niveau des synapses entravant la propagation du message.

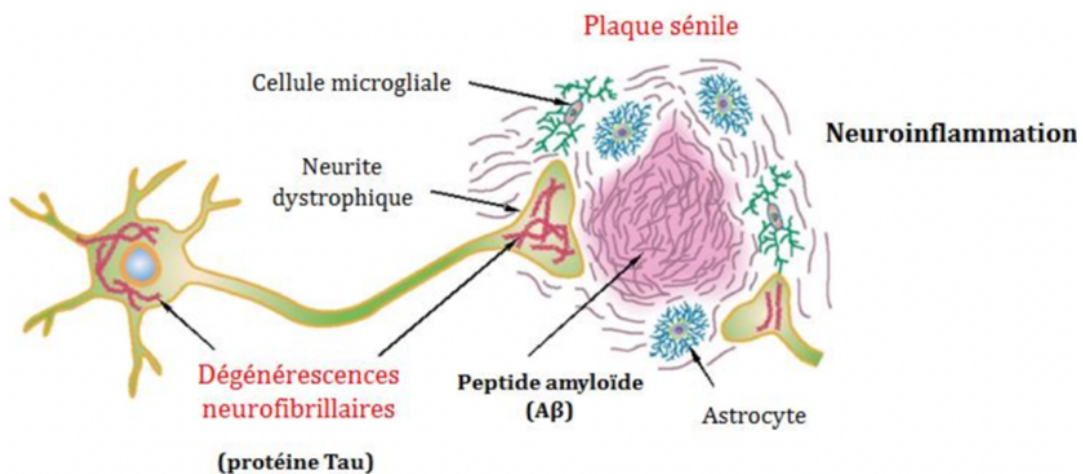


Figure 2 : Schéma de plaques séniles.

Ces deux principaux phénomènes touchent principalement les régions temporopariétale, frontale et hippocampique (Collette, Feyers, & Bastin, 2009). Toutefois, au fil de leur évolution, les lésions se propagent progressivement dans les autres zones corticales. Cela va également engendrer l'apparition de divers symptômes en lien avec la ou les zone(s) atteinte(s).

### 1.2.2. Sa sémiologie

En fonction des zones corticales atteintes, la maladie d'Alzheimer peut se manifester de différentes façons et ainsi faire apparaître des symptômes caractéristiques de cette pathologie. Ces derniers vont souvent apparaître dix à vingt ans après le début du développement de la maladie (Pradier, 2021).

Ainsi, le patient peut souffrir de :

- **Troubles mnésiques** : Correspond à l'incapacité de retenir de nouvelles informations, de se rappeler de certains éléments autobiographiques (événements vécus, leur contexte...) ou encore une perte des facultés d'apprentissage (Trouvé, 2011) (L'assurance maladie, 2022). Ainsi, la mémoire à court terme et à long terme (implicite et explicite) sont mises en jeu.
- **Désorientation spatiotemporelle** : C'est l'incapacité à s'orienter dans l'espace et dans le temps (CNRTL, 2022). La personne âgée va souvent avoir un rythme nyctéméral inversé, être incapable de se repérer dans des espaces pourtant familiers, ne pas avoir la notion du temps (heure, jour, année) (Trouvé, 2011).
- **Agnosie** : Correspond à une incapacité de reconnaître ou d'identifier des objets ou encore des personnes qui lui sont familières (Vidal, 2019).
- **Apraxie** : C'est un trouble affectant l'exécution intentionnelle d'habiletés motrices apprises et significatives (Alim Atteya, Fahmy, & Helmy, 2014).
- **Aphasie** : Correspond à « *une perte totale ou partielle de la capacité de parler ou de comprendre le langage parlé ou écrit* » (Le Robert, 2022).
- **Troubles psycho comportementaux** : Sont définis par Ohnen SH cité par Dauriac M-C comme « *des conduites et des attitudes inadaptées aux lieux et aux situations en référence aux normes culturellement admises ou de manière plus générale comme des comportements générateurs de difficulté pour le sujet lui-même ou dans sa relation avec autrui* » (2007, p. 12). Ainsi, ils se manifestent par de la déambulation, de l'anxiété, de l'apathie, des idées délirantes (Roblin, 2009), de l'agitation, de la désinhibition, des hallucinations... (Dauriac, 2007).

L'apparition des symptômes dépend des zones corticales atteintes. Toutefois, au vu du caractère évolutif de cette pathologie, ils s'aggravent en fonction de sa propagation cérébrale.



### 1.2.3. Son évolution

La maladie d'Alzheimer est une maladie évolutive et non homogène (Behl, Stefurak, & Black, 2005). En effet, son évolution et sa vitesse d'évolution diffèrent d'un client à l'autre et sont notamment marquées par une progression du déclin cognitif qui est mis en évidence par le Mini-Mental State Examination (MMSE) (Annexe n°1). Ce dernier, permet, d'après Feldman et Woodward cité par l'INSERM (2005), de classer la maladie d'Alzheimer selon 3 degrés de sévérité : léger, modéré et sévère. Outre le déclin cognitif, chaque degré a ses propres caractéristiques (fonctionnelles, comportementales) qui sont répertoriées sur la figure ci-dessous.

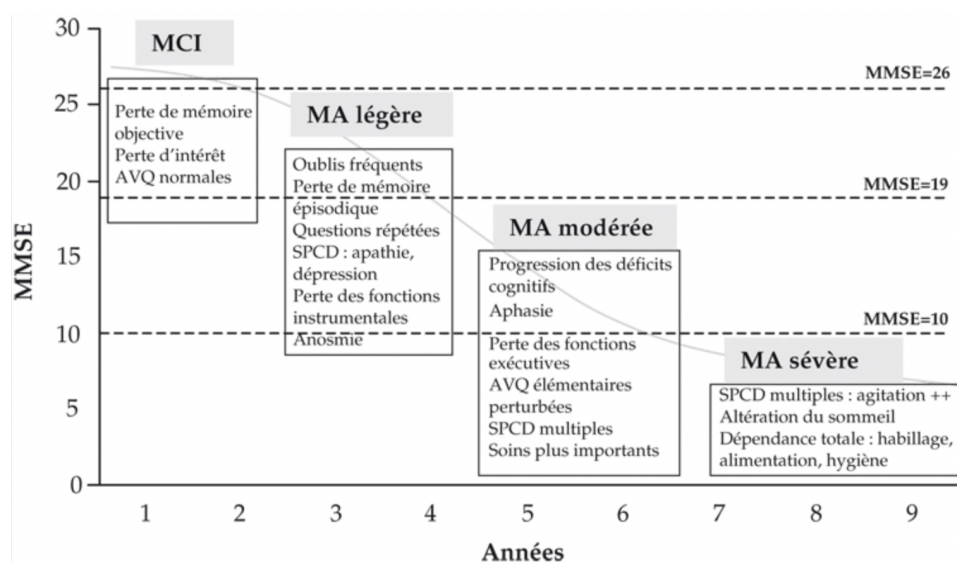


Figure 3: Évolution de la maladie d'Alzheimer (d'après Feldman et Woodward, 2005 cité par INSERM, 2005).

En lien avec la figure ci-dessus, nous constatons que l'évolution de la maladie d'Alzheimer entraîne une dépendance dans les occupations notamment lorsque le client est atteint d'un stade sévère de la maladie. Cette dépendance et plus précisément le nombre de personnes dépendantes aura tendance à augmenter dans l'avenir.

### 1.3. L'évolution démographique française

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2021, la France recensait 67,4 millions d'habitants alors qu'en 1970 il y avait seulement 50,7 millions d'habitants (Algava & Blanpain, 2021). De plus, les prévisions montrent que la démographie française ne cessera de croître. En effet, il est estimé qu'en 2070, il y aura 68,1 millions d'habitants en France. Toutefois, cette croissance démographique va être en partie responsable de l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans.

### 1.3.1. L'évolution générale du vieillissement de la population française

Plusieurs études ont démontré un vieillissement constant de la population mondiale et notamment de la population française. En effet, les personnes de plus de 65 ans représentaient 13,1% en 1986 alors qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2021 elles étaient 20,7% (Algava & Blanpain, 2021).

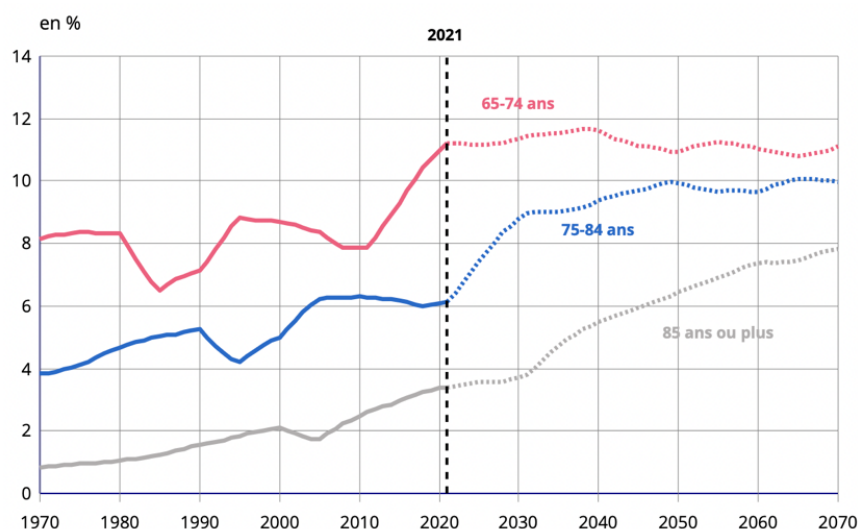


Figure 4 : Répartition de la population française de 65 ans et plus entre 1970 et 2070.

De plus, selon les projections de l'INSEE, effectuées grâce aux tendances démographiques récentes, le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans en 2070 représentera 28,9 % de la population pour un total de 68,1 millions d'habitants (Algava & Blanpain, 2021). Ainsi, nous pouvons constater qu'une forte augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans est estimée. Ce phénomène s'explique, dans un premier temps, par le baby-boom qui a eu lieu à posteriori de la guerre mondiale de 1939 - 1945 et qui a duré jusqu'à la moitié des années 70 (Dumont, 2017). Dans un deuxième temps, ce baby-boom a été suivi par une diminution importante du taux de natalité qui ne cesse de diminuer encore à ce jour. Et enfin, suite à l'augmentation de l'espérance de vie. En effet, de 1970 à 2019 l'espérance de vie a augmenté de 9,8 ans pour une femme et de 11,4 ans pour un homme (Besbes, et al., 2020). Ces trois causes justifient donc ce phénomène de vieillissement de la population.

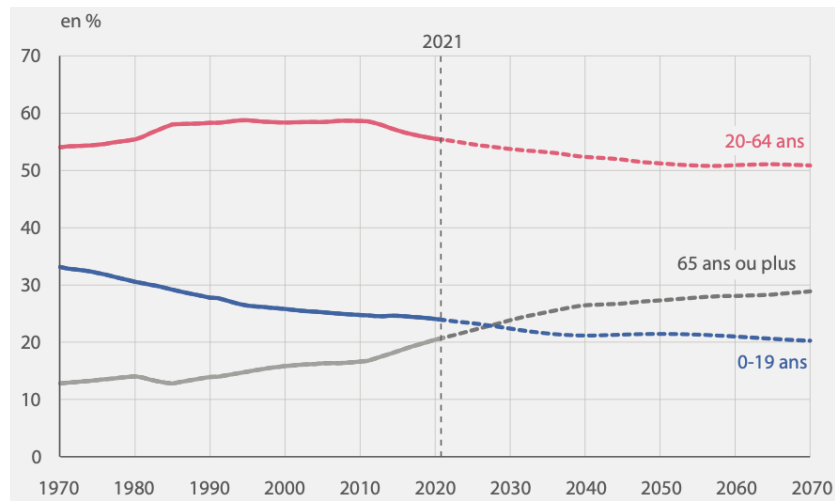


Figure 5 : Répartition par âge de la population française de 1970 à 2070.

Le vieillissement général de la population et le risque accru de développement de maladies pour une personne âgée signifie qu'inéluctablement le nombre de personnes atteintes de diverses pathologies et notamment de démences augmentera également.

### 1.3.2. L'évolution du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une pathologie qui affecte un grand nombre de personnes dans le monde mais également en France. En effet, selon l'INSERM (2019), 900 000 personnes sont actuellement atteintes de la maladie d'Alzheimer alors qu'en 2010, ils étaient environ 800 000 cas (Khosravi, 2011). Nous pouvons constater qu'il y a une forte croissance qui, par ailleurs, ne cessera de se poursuivre au vu du vieillissement démographique prévu dans les années à venir (Feteanu, 2009). Par conséquent, il est estimé que les chiffres devraient doubler d'ici 2050 (Fondation recherche Alzheimer, 2021).

Ces différentes données montrent que la maladie d'Alzheimer représente un enjeu de santé publique important (Belmin, Pequignot, Konrat, & Pariel-Madjlessi, 2007). Par conséquent, il est primordial d'avoir des connaissances précises sur cette maladie afin de la comprendre davantage et de la détecter précocement pour en diminuer les conséquences au maximum.

Nous avons pu constater, que la maladie d'Alzheimer pouvait se manifester de différentes manières et que l'impact sur le quotidien était également différent. Parmi les symptômes nous retrouvons l'apraxie qui va avoir des conséquences dans les occupations d'un client atteint de la maladie d'Alzheimer.

## 2. L'apraxie dans la vie quotidienne

### 2.1. Le modèle conceptuel : MCREO

#### 2.1.1. Qu'est-ce qu'un modèle conceptuel ?

Selon Morel-Bracq, un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* » (2017, p. 2). De plus, selon Kortman (1994), le classement des modèles s'effectue en trois catégories différentes. En effet, dans un premier temps nous avons les modèles généraux qui sont adoptés par divers professionnels de santé et pour diverses problématiques. Dans un deuxième temps, il y a les modèles appliqués qui sont quant à eux utilisés pour des problématiques plus ciblées. Pour finir, nous retrouvons les modèles de pratique qui sont axés sur des techniques et évaluations spécifiques.

Ainsi, actuellement, il existe un certain nombre de modèles, tous différents les uns des autres, qui appartiennent à une catégorie précise et qui sont utilisés par des professionnels en fonction de leurs objectifs et de leur identité professionnelle.

Voici un tableau qui regroupe et classe les différents modèles conceptuels (liste non exhaustive):

Modèles généraux	
Interprofessionnels	Élaborés par des ergothérapeutes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle de résolution de problèmes</li> <li>• Modèles du handicap :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- modèle biomédical : CIH</li> <li>- modèle bio-psycho-social : CIF, PPH</li> </ul> </li> <li>• Modèle humaniste</li> <li>• Modèle systémique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèles écologiques de la performance occupationnelle (PEO)</li> <li>• Modèle Personne –Environnement – Occupation –Performance (PEOP)</li> <li>• Modèle de l'Occupation Humaine, de Gary Kielhofner (MOHO)</li> <li>• Modèle Canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)</li> <li>• Modèle KAWA (Rivière), de Michael Iwama</li> <li>• Modèle de compétence, de Jacqueline Rousseau</li> <li>• Modèle australien de la Performance Occupationnelle (OPM : A)</li> </ul>
Cadres conceptuels, modèles appliqués ou cadres de référence	
Interprofessionnels	Élaborés par des ergothérapeutes
Troubles physiques et cognitifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle biomécanique</li> <li>• Modèle neuro-développemental</li> <li>• Modèle cognitif</li> </ul> Troubles psychosociaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle psychodynamique</li> <li>• Modèle comportemental</li> <li>• Modèle cognitivo-comportemental</li> <li>• Modèle interactif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre conceptuel du groupe Terminologie d'ENOTHE (CCTE)</li> <li>• Modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM)</li> <li>• Modèle ludique, de Francine Ferland</li> <li>• Approche CO-OP</li> </ul>

Figure 6 : Tableau de classification des modèles conceptuels

### 2.1.2. Pourquoi l'ergothérapeute utilise-t-il des modèles conceptuels ?

Dans un premier temps, nous pouvons constater que dans le tableau ci-dessus, chaque catégorie présente deux sous-catégories de modèles : interprofessionnels et élaborés par des ergothérapeutes. Mais quel est le but de ces différents modèles ? Dans un premier temps et de façon générale, les modèles permettent de cadrer et de structurer la pratique d'un professionnel ainsi que la prise en soin de ses clients (Morel-Bracq, 2017). Concernant les modèles interprofessionnels, ils permettent d'avoir un langage commun à tous les professionnels de santé et ainsi facilitent les échanges pour que tout le monde se comprenne sans pour autant exercer les mêmes fonctions. A contrario des modèles élaborés par les ergothérapeutes, qui eux nous permettent de justifier et d'expliquer nos objectifs ergothérapeutiques spécifiques ainsi que de se démarquer auprès des autres professionnels. Cependant, il n'est pas incohérent d'utiliser simultanément les deux types de modèle (Laurent, 2021).

Dans un deuxième temps, l'utilisation de modèles conceptuels par les ergothérapeutes leur permet d'avoir « *des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité.* » (2017, p. 8).

Bien évidemment, chaque professionnel peut utiliser le modèle qu'il souhaite. Mais comme le dit Morel-Bracq « (...) *choisir un modèle, c'est prendre un instrument pour regarder : lunettes grossissantes, lunettes colorées... qui vont mettre en évidence certains aspects plutôt que d'autres* » (2017, p. 6). De plus, il est important, avant d'utiliser un modèle, d'en comprendre l'intérêt ainsi que les procédures pour éliminer tous les risques d'incohérences qui peuvent avoir lieu suite à leurs différents principes éventuellement en contradiction l'un avec l'autre (Morel-Bracq, 2017).

### 2.1.3. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est un modèle conceptuel général qui a été créé en 2013 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes suite aux travaux de Mary Reilly (Morel-Bracq, 2017). Ce modèle est « *centré sur la personne dans le but d'établir des objectifs de traitement et évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçues lors d'un traitement en réadaptation* » (Law & al, 2005). De plus, il va mettre en lumière l'existence d'un dynamisme relationnel entre « *la personne, son environnement, ses activités ou occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé* » (2005).

Le MCREO met en évidence l'interaction qui existe entre les trois sphères qui composent ce modèle. Au centre du schéma, nous retrouvons la **personne** qui est constitué des trois dimensions du rendement : le cognitif, l'affectif et le physique. Il y a également la spiritualité qui se situe au cœur de la personne. Cette dernière évolue dans un **environnement** unique à chacun autant au niveau physique, qu'institutionnel, que culturel ou encore que social dans lequel des occupations seront réalisées. Ces

**occupations** prennent en compte les domaines des soins personnels, des loisirs et de la productivité. Le fait de prendre en considération ces trois sphères, nous permet de dire que le MCREO est un modèle holistique (Morel-Bracq, 2017). En effet, ce type de modèle ne se contente pas de considérer seulement un aspect de la personne mais bien dans sa globalité avec ce qui l'entoure ainsi que ses occupations.

La représentation schématique du modèle (vue de profil) (Voir figure 7) montre que l'occupation fait partie de notre principal intérêt puisqu'elle est mise en avant par rapport aux autres sphères (Polatajko, et al., 2013). Il démontre également que si certaines dimensions de la personne ou de l'environnement ne sont pas en corrélation avec l'occupation, alors ces dernières ne font pas partie de nos actions d'ergothérapeute. En effet, nos actions sont exclusivement centrées sur l'occupation en lien avec la personne et son environnement.

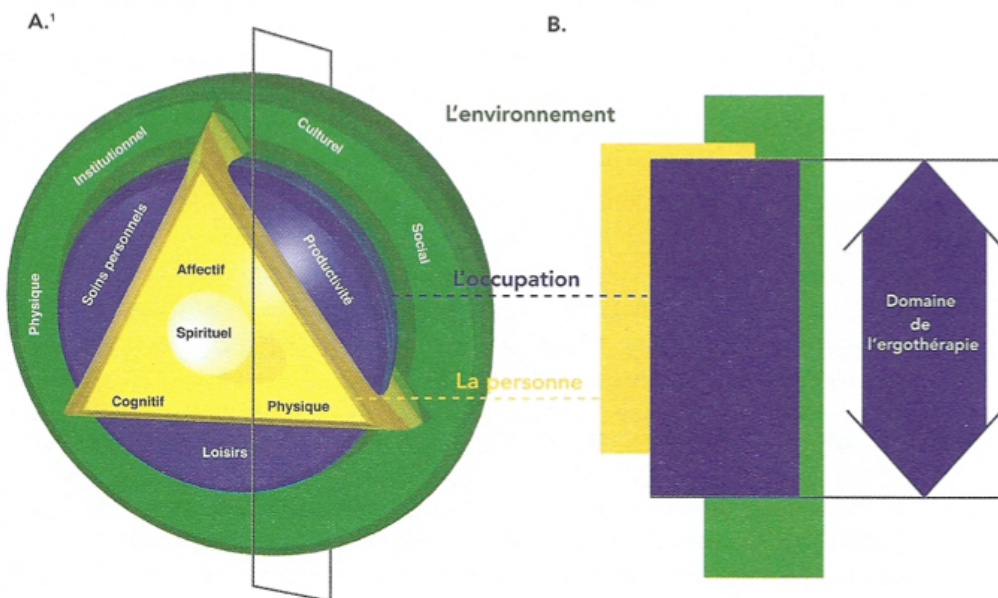


Figure 7 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

### 2.1.3.1. L'occupation

L'Homme accorde une importance toute particulière à l'occupation car elle représente un élément tout aussi essentiel pour lui que le fait de se nourrir, de boire ou encore de respirer (Dunton, Jr, & M.D, 1919). Elle va dessiner son identité personnelle et sociale et structurer sa vie tout en lui donnant un sens (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997 cité par (Polatajko, et al., 2013)). Selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes cité par Polatajko et ses collègues, l'occupation, qui correspond à l'« activité » en français (ENOTHE cité par (World Federation of Occupational

Therapist, 2018, p. 23)), est définie comme étant « *l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification* » (2013, p. 19). Ainsi, l'occupation englobe toutes les actions entreprises par une personne pour prendre soin de soi (soins personnels), pour se divertir (loisirs) et pour participer à la construction sociale et économique de la société (productivité) (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2012).

Dans notre sujet, nous allons nous focaliser sur la dimension des soins personnels qui est définie par l'Association Canadienne de Ergothérapeutes (2002) cité par Sylvie Meyer comme étant les occupations effectuées par une personne dans le but de s'occuper d'elle-même (2013). D'autres auteurs complètent ces propos en ajoutant de précisions. En effet, Fougeyrollas et ses collègues définissent les soins personnels comme étant l'ensemble des soins corporels tels que se laver, se coiffer, se brosser les dents, l'hygiène excrétrice, l'habillement et les soins de la santé (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, & Saint Michel, 1998). Malgré le fait qu'ils ne fassent pas partis du modèle conceptuel MCREO, j'ai trouvé que cette définition des soins personnels élaborée par leurs soins était plus détaillée et plus signifiante en lien avec mon sujet de mémoire que celle citée en amont. De plus, certains auteurs ajoutent également que les repas font partie des soins personnels (Meyer, 2013). Ces occupations, faisant partie d'un contexte de routines quotidiennes, sont effectuées dans un environnement bien précis ici un EHPAD.

#### 2.1.3.2. L'environnement

L'évolution de la maladie (comme vu précédemment dans la partie 1.2.3) entraîne une dépendance dans les occupations. En effet, nous pouvons constater que le client atteint de la maladie à un stade sévère est totalement dépendant dans ses occupations telles que l'habillement, les soins d'hygiène ou encore la prise de repas. Ainsi, cette dépendance quotidienne associée aux autres troubles (agitation, désorientation spatiotemporelle...) rend le maintien à domicile non sécurisé voire impossible que cela soit avec des aides humaines ou familiales. Cette insécurité peut également s'expliquer par une utilisation dangereuse d'objet causé par l'apraxie (Le Gall, et al., 2016). C'est pour ces raisons, que lorsque la dépendance prédomine, les clients sont souvent orientés vers des établissements spécialisés dans l'accompagnement de ce type de pathologie (ESA, EHPAD...). Nous pouvons retrouver notamment l'EHPAD qui va s'apparenter au nouvel environnement physique dans lequel les clients vont évoluer. Au sein de cette structure, de nombreux professionnels gravitent autour des clients et représentent ainsi de nouveaux repères pour ces derniers.



## → EHPAD

En France, il y avait 7 502 EHPAD en 2020, soit 601 304 places d'accueil (Finess, 31/12/2020, cité par (Caisse Nationale de solidarité pour l'Autonomie, 2021)).

L'EHPAD est une maison de retraite médicalisée accueillant des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans qui nécessitent, journalièrement, des soins (médicaux et paramédicaux) ainsi qu'une aide dans la réalisation de leurs occupations quotidiennes (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). Ainsi, l'objectif de ces établissements est de proposer aux résidents un accompagnement de qualité tout en maintenant leur autonomie dans leurs occupations (Agence Régionale de Santé, 2018). Ils prennent également en charge « *l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin* » (médical et paramédical) (Agence Régionale de Santé, 2018).

Afin d'accueillir au mieux les personnes atteintes de troubles apparentés ainsi que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la mesure n°16 du plan Alzheimer 2008-2012, s'engage à mettre en place au sein des EHPAD des structures adaptées à cette pathologie et notamment des Unités de Vie Protégées (UVP) (CNSA, 2008). Selon Vincent LANDREAU, les UVP « *accueillent des personnes âgées désorientées et cherchent à créer un cadre de vie adapté aux pathologies du résident. Le personnel soignant, plus nombreux que dans les autres services, se donne comme mission de permettre aux personnes âgées désorientées de garder jusqu'au bout leur autonomie* » (2004, p. 80).

De plus, l'environnement représente le contexte dans lequel le rendement occupationnel va se produire (Polatajko, et al., 2013) qui est un des concepts mis en évidence par le MCREO. En effet, comme son nom l'indique, le MCREO prend en compte l'engagement et le rendement occupationnel. Toutefois, au cours de mon mémoire seul le rendement occupationnel sera développé.

### 2.1.3.3. Le rendement occupationnel

Le MCREO illustre le rendement occupationnel comme résultant des interactions entre les différentes sphères du modèle (personne, occupation, environnement) (Polatajko, et al., 2013). Il se définit comme « *la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction* » (ACE, 2002 cité par (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2012, p. 22)).

Nous constatons que les différentes atteintes dues à la maladie d'Alzheimer restreignent la personne âgée lors de la réalisation de ses soins personnels ce qui engendre une dépendance dans ces derniers. Être dépendant signifie ne plus être en capacité de réaliser seul, sans recourir à une aide, ses occupations (Winance, 2007). Ainsi, en lien avec la définition du rendement occupationnel, nous pouvons dire que le fait d'être dépendant impacte le rendement occupationnel des personnes âgées



présentant la maladie d'Alzheimer. En effet, ils ne peuvent pas réaliser leurs soins personnels, qui correspondent à des occupations à la fois significantes (qui ont du sens pour le client (Djaoui, 2015)) et significatives (qui ont un sens pour l'environnement social (Rochex, 1995)), avec satisfaction.

En lien avec le MCREO et notre sujet, nous pouvons proposer le schéma suivant :

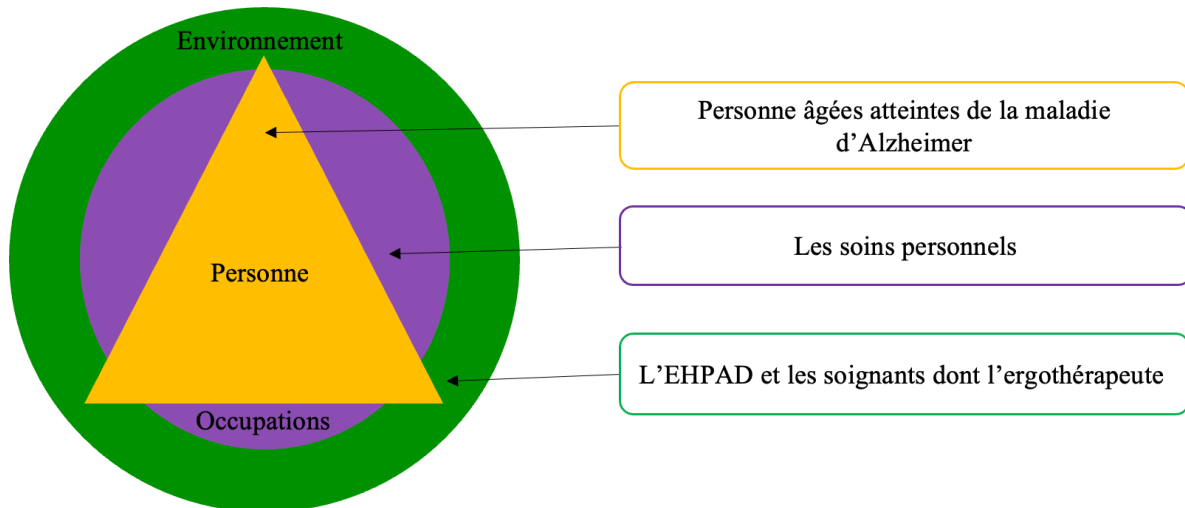


Figure 8 : Le MCREO adapté au sujet.

Comme vu précédemment, la maladie d'Alzheimer se caractérise par une atteinte de la personne concernant ses fonctions cognitives telles que la mémoire, les capacités langagières, les fonctions exécutives ou encore les praxies. Il est vrai que très peu d'études portent sur les troubles praxiques alors qu'ils semblent présents chez 70 à 80% des clients atteints de la maladie d'Alzheimer (Le Gall, et al., 2016) et qu'ils ont un impact direct pour réaliser ses soins personnels.

## 2.2. Les répercussions de l'apraxie dans les soins personnels

### 2.2.1. Définition

L'apraxie correspond à l'« *incapacité pour un sujet ayant toutes ses facultés intellectuelles, motrices et sensitivo-sensorielles, d'adapter ses mouvements à un but recherché en raison de troubles cérébraux organiques* » (CNRTL, 2022). Le psychiatre allemand Hugo Liepmann, a classifié l'apraxie en 2 principales catégories :

- **L'apraxie idéationnelle** renommée par la suite en **apraxie idéatoire** (terme actuellement utilisé) se caractérise par une image mentale défectueuse de l'action qui est envisagée (Goldenberg, 2013). Par conséquent, les divers mouvements aboutissant à cette action ne sont pas réalisés de manière adéquate ce qui impacte toute action quotidienne nécessitant

notamment l'utilisation d'outils de façon réelle ou isolée (Osiurak, 2016) (Le Gall & Osiurak, Apraxie, 2022). Toutefois, la reproduction par imitation d'un geste est conservée. En effet, le client doit seulement reproduire le mouvement effectué par autrui. Il n'a pas à générer une image mentale de l'action, ce qui est impacté dans ce type d'apraxie.

- **L'apraxie idéocinétique** renommée par la suite par **apraxie idéomotrice** (terme actuellement utilisé) se définit par l'impossibilité de traduire l'image mentale en commandes motrices appropriées (Goldenberg, 2013). Le client est en capacité de visualiser le mouvement à effectuer ainsi que de le faire mais il est incapable de connecter ces deux éléments ce qui rend les mouvements infonctionnels (Osiurak, 2016). Toutefois, ce qui est perturbé ici c'est davantage la réalisation des gestes symboliques, sans signification ainsi que par imitation (Le Gall & Osiurak, Apraxie, 2022). Le client est donc dans l'incapacité de faire le geste alors qu'il sait ce qu'il doit faire.

L'examen de l'apraxie évalue traditionnellement l'imitation des gestes, l'exécution de gestes communicatifs sur commande et l'utilisation d'outils et d'objets (Osiurak, 2016). Or, il a été amplement démontré que ces trois domaines peuvent être affectés plus ou moins indépendamment les uns des autres.

En lien avec le sujet de recherche, nous allons, nous intéresser plus particulièrement à l'apraxie idéatoire puisque c'est cette dernière qui impacte l'utilisation d'objet de manière adéquate et fonctionnelle, problématique au cœur du sujet. En effet, cela va avoir des conséquences sur la réalisation des occupations et notamment des soins personnels.

### 2.2.2. Les conséquences

Comme vu précédemment, l'apraxie va entraver l'utilisation fonctionnelle d'outils alors que la réalisation des soins personnels par les clients au sein d'un EHPAD, nécessite leurs utilisations (Le Gall, et al., 2016). De plus, Vanbellingen et Bohlhalter affirme que l'apraxie entraîne des troubles dans les occupations et s'accompagne d'une perte d'autonomie fonctionnelle (2011). Ainsi, si nous mettons en parallèle la définition de l'apraxie énoncée ci-dessus et les dires des précédents auteurs, nous pouvons indiquer que l'apraxie idéatoire va entraver le rendement dans les occupations des clients et notamment la réalisation de leurs soins personnels jusqu'à les rendre dépendants.

L'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement met en évidence le rendement occupationnel qui montre que le client est autonome et indépendant dans la réalisation de ses occupations, d'où le rôle essentiel de l'ergothérapeute. En effet, il joue un rôle important quant à la stimulation des capacités fonctionnelles de la personne âgée apraxique présentant la maladie d'Alzheimer afin de favoriser leur indépendance dans la réalisation des soins personnels. Pour cela, il va pouvoir proposer différents types de médiation et notamment le jardin thérapeutique.

### 3. L'ergothérapie et le jardin thérapeutique

#### 3.1. L'ergothérapie

##### 3.1.1. Qu'est-ce que l'ergothérapie de manière générale ?

Selon la World Federation of Occupational Therapist (WFOT) l'objectif de l'ergothérapie « *est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement.* » (2017, p. 23) (Traduction faite par l'article). L'ergothérapeute va identifier les difficultés de son client pour ensuite mettre en place ses actions. Pour cela, il va utiliser tout type de médiateurs tels que « *des exercices, des jeux, des activités d'artisanat, des activités projectives ou des mises en situation d'activités quotidiennes, des tâches domestiques, des gestes professionnels, des activités sociales, culturelles ou sportives...* » (World Federation of Occupational Therapist, 2017, p. 23) (Traduction faite par l'article). Ses observations lui permettent d'évaluer son client dans une ou plusieurs activités qui ont lieu au sein de son environnement. Grâce à cela il va pouvoir accompagner ce dernier dans la conception de son projet de vie personnel et ainsi lui proposer des conseils qui lui permettront d'augmenter son rendement occupationnel dans les occupations dans lesquelles il était restreint.

De plus, l'ergothérapeute exerce sur prescription médicale et au sein de divers établissements appartenant aux « *secteurs sanitaire et social et se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé* » (World Federation of Occupational Therapist, 2017, p. 23) (Traduction faite par l'article).

##### 3.1.2. Le rôle de l'ergothérapeute au sein d'un EHPAD

L'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (2022) met en évidence, grâce à sa fiche de poste, les deux principales missions de l'ergothérapeute au sein d'un EHPAD :

- « *Améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents* »
- « *Mettre en œuvre des actions de réadaptation, de prévention, de confort et de sécurité* »

Par conséquent, l'ergothérapeute va évaluer les difficultés qui empêchent les résidents de participer dans leurs occupations (toilette, habillage, repas, ...) (Saragoni, 2015). Par la suite, il va proposer des activités de rééducation, et/ou de réadaptation afin de permettre aux personnes âgées d'avoir un rendement occupationnel plus important dans leurs occupations et ainsi viser une indépendance dans leur réalisation.

L'ergothérapeute a également un rôle concernant la prévention (escarres, chutes...) auprès des résidents. Pour répondre à cette mission, il va mettre en place des ateliers de groupe ou encore préconiser des aides techniques (matelas avec des caractères spécifiques, coussins de positionnement ...).

Enfin, l'ergothérapeute a pour mission de former les soignants que cela soit en lien avec l'accompagnement des résidents (utilisation d'aide technique, accompagnement avec les différentes pathologies et troubles...) ou encore en lien direct avec les soignant(e)s (« *Prévention des troubles musculo-squelettiques, ergomotricité* » (Saragoni, 2015)...).

D'après le référentiel de compétence défini par l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur dix compétences pour intervenir auprès des patients. Au sein de ces compétences, nous retrouvons la compétence 3 qui est la suivante : « *mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* » (LégiFrance, 2010).

### 3.1.3. Le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer au sein d'un EHPAD

L'autonomie dans les occupations est l'objectif principal de l'ergothérapeute auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer au sein d'un EHPAD. Pour favoriser cette autonomie, il va stimuler les capacités motrices et cognitives de chaque client grâce à des moyens divers et variés. Cette stimulation s'appelle de la réadaptation. Selon l'OMS, la réadaptation correspond à « *un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement* » (2021). La réadaptation, qui est une action centrée sur le client, permet ainsi de l'aider à avoir le plus d'indépendance possible dans ses occupations. En effet, le but étant que, par la réadaptation cognitive (stimulation cognitive, réminiscence et orientation spatio-temporel) et motrice, l'ergothérapeute participe au maintien, à l'amélioration des capacités fonctionnelles et cognitives ainsi qu'au renforcement des stratégies de compensation afin de maximiser leur rendement occupationnel (Haute Autorité de Santé, 2010) (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie, 2022).

Il va également avoir un rôle dans l'aménagement de l'environnement afin de réduire les éventuelles limitations qui sont liées à l'environnement du client.

De manière générale, favoriser la participation dans les occupations permet d'avoir une action sur la prévention du risque de chutes et des troubles de la posture qui sont également des missions de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Pour cela, l'ergothérapeute va proposer des activités diverses et variées mais qui ont du sens pour le client afin de favoriser le rendement occupationnel.

### 3.1.4. Les activités thérapeutiques

L'activité est au centre de chaque personne mais souvent, nous pouvons penser que les personnes âgées atteintes de démence et présentant des troubles cognitifs ou comportementaux ne sont plus en capacité d'agir et de prendre des décisions seules concernant leur vie (Margot-Catin, 2013). Toutefois, peu importe les atteintes (cognitives ou motrices), l'engagement au sein d'activités, qui ont du sens pour le client, reste un besoin central pour ce dernier.

Ainsi, au sein des compétences mises en évidence par le référentiel de compétence défini par l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, nous retrouvons la compétence 3 qui est la suivante : « *mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* » (Légifrance, 2010). Cela signifie donc que l'ergothérapeute, pour mener à bien ses actions, s'appuie sur l'activité « *qui est l'objet d'expertise et le moyen thérapeutique* » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2022) qu'il privilégie. En effet, il va exploiter le potentiel thérapeutique de chacune afin de favoriser l'engagement dans les activités significatives pour ces personnes (World Federation of Occupational Therapist, 2017). Ces activités adaptées au client vont le valoriser et lui permettre de maintenir et d'améliorer ses capacités physiques, cognitives, sensorielles et relationnelles tout en lui montrant qu'il est en capacité d'agir (World Federation of Occupational Therapist, 2017) (Villaumé, 2018). Et donc, augmenter leur rendement occupationnel et ainsi favoriser leur indépendance dans leurs occupations.

Ainsi, selon la représentation du modèle MCREO, cette sphère occupationnelle va interagir avec la sphère personnelle mais également environnementale ce qui permet, en tant qu'ergothérapeute, de focaliser notre prise en soin sur une approche centrée sur le client en proposant des activités significatives c'est-à-dire qui ont du sens pour ce dernier (Djaoui, 2015).

La valeur thérapeutique des occupations n'est pas la même pour chaque personne. Le potentiel thérapeutique des occupations ainsi que leurs pouvoirs et leurs effets positifs sont optimisés lorsque le choix et le contrôle peuvent être exercés et qu'un sentiment d'accomplissement découlant du rendement est obtenu.

Dans notre situation et au vu des problématiques soulevées à partir de notre modèle conceptuel, il m'a semblé pertinent de me diriger vers la mise en place d'une activité jardin thérapeutique. En effet, le jardin présente diverses vertus thérapeutiques qui nous permet, en tant qu'ergothérapeute, d'avoir des objectifs et ainsi apporter des bénéfices au client. De plus, l'énonciation de la compétence 3 en lien avec le référentiel de compétence des ergothérapeutes, l'utilisation du jardin thérapeutique par l'ergothérapeute comme activité à des fins thérapeutiques est tout à fait justifiée.

## 3.2. Le jardin thérapeutique

Le jardin thérapeutique est une discipline récente mais dont la reconnaissance des effets thérapeutiques des plantes et de l'horticulture remonte à 2000 ans avant J.-C. (Wong & al, 1997).

Au XIX<sup>e</sup> siècle, le Dr Benjamin Rush, fut le premier à communiquer les bénéfices d'un travail réalisé au sein d'un jardin sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques (Wong & al, 1997). Dans les années 1940 et 1950, des soins de réadaptation ont été prodigués aux vétérans de guerre hospitalisés par le biais de cette même discipline. Il a été constaté que le travail avec les plantes dans ces jardins hospitaliers entraînait des améliorations remarquables de leur santé émotionnelle, mentale et physique (Wong & al, 1997). Ainsi, n'étant plus limitée au traitement des maladies mentales, la pratique du jardin thérapeutique a gagné en crédibilité et a été adoptée pour un éventail plus large de pathologies (American Horticultural Therapy Association, 2022). De plus, cette thérapie est particulièrement adaptée aux personnes âgées et aux personnes atteintes de démence (Pollock & Marshall, 2012) (Gonzalez & Kirkevold, 2014).

A ce jour, il est reconnu comme une modalité thérapeutique bénéfique qui se déploie progressivement en France depuis approximativement 20 ans (Girard & al, 2020). Les bénéfices thérapeutiques ont également été reconnu en 2008 dans le plan Alzheimer (Girard & al, 2020).

Avant d'être un lieu thérapeutique, le jardin représente un élément important pour les français. En effet, selon l'étude de l'UNEP-IPSOS réalisée en 2009, 75% de la population française possède un jardin dont ils estiment comme faisant partie d'un des espaces les plus important au sein d'une maison (le deuxième espace) (Girard & al, 2020). Ainsi, le jardin a une signification toute particulière pour les personnes âgées car des activités de loisirs telles que profiter de sa famille ou encore des activités de culture de la terre telles que l'entretien des plantes ont souvent été réalisées dans le passé (Heyn, Abreu, & Ottenbacher, 2004).

### 3.2.1. Définition

De manière générale, le jardin est défini comme « *un terrain, souvent clos, où l'on cultive des légumes, des fleurs, des arbres et arbustes fruitiers et d'ornement ou un mélange de ces plantes* » (Larousse, 2022). Ce qui attribue à ce jardin le caractère thérapeutique est que les différentes activités proposées par ce dernier ont des effets positifs sur un ensemble de résultats de santé des clients comme l'amélioration des capacités physiques, cognitives, psychologiques et/ou sociales et le bien-être général de la personne (Personne & Bentze, 2016) (Horowitz, 2012). Ainsi, le jardin thérapeutique est un jardin consacré à la santé des personnes affaiblies par leur âge, leur handicap ou encore leur pathologie.

Les jardins mis en place au sein des établissements de santé, peuvent inclure des activités pratiques, comme la mise en pot des plantes, ou une participation passive, comme l'observation d'un jardin et l'écoute du chant des oiseaux (Wong & al, 1997). Ainsi, il existe différents types de jardins thérapeutiques. En effet, nous pouvons retrouver des « *jardins de rencontres* » qui favorisent les rapports familiaux et amicaux, « *des jardins « du souvenir* » » qui contribuent à la stimulation de leur mémoire ou encore des « *jardins « en action* » » (Girard & al, 2020, p. 45). Ces derniers permettent de réaliser un certain nombre d'activités telles que se promener, s'occuper des animaux mais également entretenir les jardinières (planter, arroser...). La mise en place de cette activité par des professionnels de santé comme l'ergothérapeute, doit souligner les bénéfices qu'il va pouvoir apporter au client.

### 3.2.2. Le potentiel thérapeutique de l'activité

Les techniques du jardin thérapeutique sont employées pour aider les clients à acquérir de nouvelles compétences ou à retrouver celles qu'ils ont perdue (American Horticultural Therapy Association, 2022). En effet, cette activité offre aux personnes âgées des avantages concernant (Wong & al, 1997) (Criou & Boucq, 2021) :

- Leurs capacités **physiques** puisqu'elle va permettre d'entretenir leur système cardiovasculaire, respiratoire, musculo squelettique et ainsi permettre de diminuer les risques de chute ou encore les troubles trophiques.
- Leurs processus **psychologiques et comportementaux** en favorisant leur estime de soi, l'expression de leurs émotions, la diminution de leur agitation comportementale (Detweiler, Murphy, Myers, & Kye, 2008) ou encore la communication.
- Leurs processus **sociaux** en contribuant à leurs interactions sociales ainsi qu'à l'amélioration de leur qualité de vie.
- Leurs capacités **cognitives** grâce à la stimulation de leur mémoire (épisode, sémantique, procédurale et culturelle), de leurs compétences linguistiques, de leurs fonctions exécutives (programmation de l'action, attention...), de l'orientation spatio-temporelle ainsi que des praxies.

Nous pouvons constater que le jardin thérapeutique est une activité qui stimule une multitude de fonctions et notamment les praxies qui sont nécessaires à l'indépendance des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, c'est une activité que l'ergothérapeute peut investir comme modalité thérapeutique (Wong & al, 1997). Il va donc élaborer des objectifs spécifiques à chaque client.

### 3.2.3. Le rôle de l'ergothérapeute

Nos actions en tant qu'ergothérapeutes, sont fondées sur la mise en place d'interventions thérapeutiques non médicamenteuses qui sont, selon la Haute Autorité de Santé, à privilégier lors de la prise en soin de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (Haute Autorité de Santé, 2003).

Le jardin thérapeutique est une activité dite non médicamenteuse (Girard & al, 2020) qui permet de répondre à nos axes d'intervention en lien avec nos compétences (voir partie 3.1.3) et notamment avec pour objectif l'indépendance dans les soins personnels. Ainsi, nous pouvons, grâce à cela, justifier l'importance de notre accompagnement au sein de cette activité.

L'ergothérapeute accompagnera les clients dans la réalisation de cette activité en mettant en place en amont des objectifs qui doivent être à la fois atteignables et spécifiques à chaque client (Criou & Boucq, 2021). Cet accompagnement peut être effectué en lien avec d'autres professionnels de santé. Au sein de ce mémoire, nous évoquons plus spécifiquement l'indépendance dans les soins personnels.

Outre les objectifs en lien avec l'indépendance dans les soins personnels, l'utilisation du jardin thérapeutique permet également de faciliter le lien entre les différents acteurs (patients et thérapeutes) (Chimisanas, 2015).

Afin d'observer des bénéfices entre la pratique du jardin thérapeutique et les soins personnels en lien avec les praxies, il est nécessaire qu'il y ait un transfert des acquis.

### 3.3. Le transfert d'acquis

Le transfert des acquis est défini comme l'application des connaissances acquises à de nouvelles situations (Rivière & al, 2019). Celui-ci vise une utilisation par le client « *des aptitudes, des connaissances et/ou des stratégies* » (Wojtasik, et al., 2009, p. 197), apprises avec l'ergothérapeute lors de l'atelier jardin thérapeutique, dans ses occupations et plus particulièrement dans ses soins personnels.

Afin que le transfert des acquis ait lieu il est nécessaire d'étudier les différents facteurs à la fois limitants et facilitants. Cette étude réalisée par l'ergothérapeute est structurée autour de la personne, de l'occupation et de l'environnement (Metzler & Metz, 2010), concepts en lien avec le MCREO. Il est également nécessaire qu'il y ait une stimulation des acquis de manière adaptée au sein de l'environnement afin d'améliorer son rendement occupationnel (Wojtasik, et al., 2009).

Le transfert des acquis qui est essentiel dans le fonctionnement d'un client (Courchesne, et al., 2016) représente comme un point final de l'apprentissage (Rivière & al, 2019). Nous pouvons l'observer par une amélioration du rendement occupationnel. Ainsi, il est important de le prendre en considération dans notre sujet d'étude.



Mes recherches permettent d'affirmer que le jardin thérapeutique entraîne un travail des praxies, l'un des symptômes de la maladie d'Alzheimer qui entrave l'indépendance dans les soins personnels. En effet, certaines activités qui peuvent être réalisées au sein de ce jardin comme l'entretien de jardinière, nécessitent l'utilisation d'outils divers et variés (râteaux, pelles, bèches, sécateurs...).

Suite à ces lectures et afin de répondre à la problématique initiale qui est : « De quelle manière l'ergothérapeute, au sein d'un EHPAD, peut-il favoriser le rendement occupationnel dans les soins personnels des personnes âgées dépendantes présentant la maladie d'Alzheimer ? », je vous propose l'hypothèse suivante : « **L'atelier jardin thérapeutique, par l'entretien des jardinières, favorise le rendement occupationnel dans les soins personnels des personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer** ».

# PARTIE EXPERIMENTALE

Afin de répondre à la problématique suivante : « **De quelle manière l'ergothérapeute, au sein d'un EHPAD, peut-il favoriser le rendement occupationnel dans les soins personnels des personnes âgées dépendantes présentant la maladie d'Alzheimer ?** », j'ai décidé de réaliser une enquête.

L'analyse des résultats permettra de valider ou d'invalider l'hypothèse à savoir : « **L'atelier jardin thérapeutique, par l'entretien des jardinières, favorise le rendement occupationnel dans les soins personnels des personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer.** »

## 1. Méthodologie d'enquête

### 1.1. Les objectifs d'enquête et leurs critères d'évaluation

Afin de valider ou d'invalider mon hypothèse, j'ai établi des objectifs qui sont les suivants :

- Identifier les objectifs thérapeutiques des ergothérapeutes utilisant l'atelier jardin thérapeutique auprès des personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer à un stade avancé.

→ **Critères d'évaluation** : L'ergothérapeute énonce dans son discours :

- Les différents objectifs thérapeutiques qu'il /elle prend en compte lors de cet atelier et notamment ceux en lien avec le travail des praxies.
- Ses connaissances sur les apports généraux du jardin thérapeutique auprès des personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer à un stade avancé.

- Identifier les bénéfices de l'entretien de jardinières sur la stimulation des praxies auprès des personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer à un stade avancé.

→ **Critères d'évaluation** : Repérer dans le discours de l'ergothérapeute les mots clés mettant en évidence les bénéfices de cet atelier sur le travail des praxies.

- **Mots clefs** : Réapprentissage des gestes, ré autonomisation des gestes, utilisation des outils appropriés/ fonctionnels.

- Analyser si l'entretien de jardinières favorise le transfert des acquis dans les soins personnels des personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer à un stade avancé.

→ **Critères d'évaluation** : Par son discours, l'ergothérapeute souligne l'influence de cet atelier sur le transfert des acquis dans les soins personnels. Son discours sera fondé sur ses observations

personnelles et sur les échanges avec les autres professionnels notamment les aides soignant(e)s qui sont au plus près des résidents lors de la réalisation des soins personnels.

- Mots clefs : Rendement occupationnel plus important dans les soins personnels, plus d'indépendance dans les soins personnels.

## 1.2. La population cible

Dans le but de répondre aux objectifs d'enquête, j'ai souhaité interroger des ergothérapeutes. L'enquête étant fondée sur leurs observations et leurs ressentis, concernant l'augmentation du rendement dans la réalisation des soins personnels, par le biais de l'entretien de jardinières, il me semble donc essentiel de recueillir des informations auprès de cette population. Ainsi, ces données me permettront de répondre au mieux à la problématique et à l'hypothèse. Il est nécessaire que les ergothérapeutes sélectionnés répondent à des critères (inclusion et exclusion) bien particuliers qui sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.

	Inclusion	Exclusion
<b>Ergothérapeutes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Être diplômé(e)s d'état en ergothérapie</li> <li>- Travaillant ou ayant travaillé au sein d'un EHPAD</li> <li>- Prenant en soin ou ayant une expérience dans la prise en soin de personnes âgées dépendantes présentant la maladie d'Alzheimer à un stade sévère (un an d'expérience minimum)</li> <li>- Mise en place ou utilisation de l'atelier jardin thérapeutique, depuis minimum un an, auprès de personnes âgées apraxiques présentant exclusivement la maladie d'Alzheimer à un stade sévère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N'étant plus en activité depuis au moins 5 ans</li> <li>- Ne pratiquant plus auprès de la population cible depuis plus de cinq ans</li> <li>- Ne prenant plus en soin des personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer sans maladies apparentées</li> <li>- Ne pratiquant plus l'atelier jardin thérapeutique au sein d'un EHPAD depuis plus de cinq ans</li> <li>- Exerçant dans un autre type d'établissement que l'EHPAD</li> </ul>

En ce qui concerne la création de mon échantillon, j'ai dans un premier temps fait appel au réseau professionnel de mes tutrices antérieures ainsi que celui de ma maître d'apprentissage puis aux réseaux sociaux. N'aboutissant pas, j'ai décidé de répertorier un maximum d'EHPAD sous dossier Excel avec toutes les coordonnées nécessaires (ville, numéro de téléphone et nom de l'établissement) afin de les contacter par la suite par téléphone ou par email. J'ai ainsi contacté 212 EHPAD et seulement trois ergothérapeutes m'ont répondu favorablement. Lorsque je contactais les ergothérapeutes, je leur donnais ma thématique et ma population ciblée sans transmettre ma problématique exacte ou mon hypothèse afin de ne pas les influencer dans leurs réponses.

Au vu des contraintes de terrain (peu d'ergothérapeutes pratiquant le jardin thérapeutique) et du temps que nous avons à notre disposition quant à la réalisation de l'enquête, je n'ai pas pu atteindre mon objectif qui était de m'entretenir avec minimum quatre à cinq ergothérapeutes. Toutefois, les données recueillies par les 3 ergothérapeutes interrogées, me permettent d'opposer les observations et les ressentis de chacune afin d'obtenir une certaine justesse lors de l'analyse des réponses. Le nombre restreint de personnes interviewées démontre que cet échantillon est non représentatif mais il coïncide avec les critères de recherches (Van Campenhoudt & Quivy, 2011).

## 1.1. L'outil d'investigation

### 1.1.1. Le choix

L'outil méthodologique que j'ai choisi est l'entretien. Il me semble pertinent d'utiliser un outil qualitatif tel que l'entretien car les objectifs visés ne sont pas mesurables (Aubin-Auger, Mercier, Baumann, & Lehr-Drylewicz, 2008). Toutefois, il existe différents types d'entretiens (Tétreault, 2014) : directif, semi-directif ou non directif. Pour ma part, il s'agit de l'entretien semi-directif qui selon Imbert « est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives » (2010, p. 24). Ce dernier va donc me permettre, par le biais de questions ouvertes, d'accéder directement aux différents ressentis ou encore aux idées du thérapeute interrogé (Tétreault, 2014), en lien avec mon thème de recherche (Holstein & Gubrium, 2002). En effet, les questions ouvertes permettent d'orienter la personne sur le sujet tout en lui laissant la liberté d'évoquer ce qu'elle souhaite (Fenneteau, 2015) et ainsi faire part de ses idées, ses observations et ses ressentis en lien avec mes objectifs d'enquête qui sont fondés sur les observations des ergothérapeutes.

### 1.1.2. La construction

Afin de préparer au mieux les entretiens, j'ai réalisé en amont de la passation un guide d'entretien (Annexe n°2). Ce dernier est composé d'une introduction qui consiste à initier le sujet (Tétreault, 2014). Ensuite, plusieurs types de questions sont posées en fonction de différentes thématiques : Parcours du professionnels, prise en soin en ergothérapie, le jardin thérapeutique et enfin les influences de cette activité sur la population cible. L'ordre des questions permet de partir du plus général au plus précis. Toutefois, si les réponses apportées ne sont pas celles souhaitées, des questions de précision ou de redirection pourront être posées par l'intervieweur.

Voici les différentes étapes de l'entretien :

- La conception de la grille d'entretien avec des questions liées à mes objectifs d'enquête
- Le pré-test de la grille d'entretien par ma maîtresse de mémoire mais également par un membre extérieur au domaine de l'ergothérapie
- La passation des entretiens auprès des différents ergothérapeutes sélectionnés
- Le traitement et l'analyse des données. Cela clôturera le sujet et me permettra de valider ou d'invalider mon hypothèse

## 1.2. Limites de l'entretien

L'utilisation de l'entretien comme outil méthodologique pour réaliser cette enquête présente des limites. Il s'agit d'un outil qui permet de recueillir des données qualitatives mettant en évidence des résultats subjectifs puisqu'ils sont fondés sur les dires et donc les observations des ergothérapeutes interrogées. De plus, les résultats obtenus ne peuvent pas être représentatifs de l'ensemble des ergothérapeutes de part un échantillon trop infime. En effet, seulement trois ergothérapeutes ont été interrogées. Ce faible nombre s'explique, d'une part, par un projet jardin thérapeutique qui est mis en place et utilisé par très peu d'ergothérapeutes, et d'autre part, par l'absence d'ergothérapeutes en temps plein au sein des EHPAD. Cette absence limite la pratique de l'ergothérapeute qui est dans l'impossibilité de créer des groupes. De plus, il est difficile d'évaluer la notion de rendement occupationnel et de transfert d'acquis car ils présentent des caractéristiques qui sont observables dans le quotidien des clients.

## 2. Présentation et analyse des résultats.

Dans cette partie, l'analyse des résultats issue des différents entretiens sera présentée. Nous retrouverons dans un premier temps, la présentation des résultats bruts. Dans un second temps, une analyse plus précise en fonction de chaque objectif qui sera effectuée à partir des résultats bruts.

## 2.1. La présentation et l'analyse linéaire des résultats bruts de l'enquête

### 2.1.1. La présentation de la population interrogée

	<b>E1*</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>
<b>Année d'obtention du diplôme d'état</b>	2017	2010	2018
<b>Expérience professionnelle auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer</b>	4 ans et demi	8 ans	4 ans
<b>Lieu d'exercice</b>	EHPAD	EHPAD	EHPAD
<b>Expérience avec le jardin thérapeutique</b>	2 ans	4 ans	3 ans

Tableau 1 : Profil des ergothérapeutes interrogées (N=3).

\* = Ergothérapeute 1

Analyse des résultats : Les trois ergothérapeutes interrogées exercent au sein d'un EHPAD auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer depuis plus d'un an. De plus, dans leurs pratiques, elles utilisent le jardin thérapeutique également depuis un an ou plus. Ainsi, les critères d'inclusion sont respectés.

### 2.1.2. La présentation de la population prise en soin par les ergothérapeutes

	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>
<b>Population</b>	Personnes apraxiques. « [...] Personnes atteintes de maladie neuro évolutive dont celles atteintes de la maladie d'Alzheimer euuh souvent à un stade avancé [...] »	Personnes apraxiques. « [...] plutôt à un stade sévère de la maladie. »	Personnes apraxiques. « [...] Ils rentrent dans l'établissement plutôt à un stade modéré à sévère voir très sévère parce que la politique en France c'est de les maintenir le plus possible au domicile. »
<b>Types d'apraxie</b>	Habillage, repas et toilette.	Habillage et toilette. « [...] Idéatoire je crois. »	Habillage, repas et toilette.

Tableau 2 : La population prise en soin par les ergothérapeutes.

Analyse des résultats : Les trois ergothérapeutes interrogées exercent auprès de personnes âgées apraxiques atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. L'apraxie rencontrée est en lien avec les soins personnels (habillage, repas, toilette). Ainsi, les critères d'inclusion sont respectés.

### 2.1.3. L'activité jardin thérapeutique

#### 2.1.3.1. Le choix des clients qui y participeront

	E1	E2	E3
Choix	« [...] en questionnant d'abord euh les résidents sur leurs habitudes de vie [...] et si elles seraient intéressées par cette activité-là, si elles avaient envie de faire cette activité-là. » « [...] c'est des personnes qui dans leur vie passée ont toujours jardiné, ont toujours aimé s'occuper de plantes, de la nature en général [...] elles prennent vraiment plaisir à venir à cet atelier jardinage [...] » « [...] une activité qui est signifiante pour eux. »	« [...] on va interroger les résidents et en fonction de leurs réponses bah on choisit ceux qui appréciaient faire le jardin hein souvent qui avaient l'habitude de faire du jardin pour essayer de recréer effectivement de de se remémorer des souvenirs quand eux avaient leur jardin et ça revient très souvent parce qu'il y en a beaucoup beaucoup qui avaient un grand jardin. »	« [...] on va vraiment cibler les résidents dont l'atelier jardin thérapeutique représente euh une activité signifiante. Donc on va les interroger eux ou alors euh leurs familles pour vraiment savoir si c'était dans leurs habitudes... »
Contre-indications	« [...] si les troubles dus à la maladie deviennent trop présents, trop perturbateurs. »	« [...] il faut qu'ils aient des capacités pour comprendre, faire les choses ... »	« Quand les troubles deviennent trop envahissants et que donc la compréhension des consignes est impossible et que cela peut même devenir dangereux pour les autres. »

Tableau 3 : L'orientation des clients pour l'activité jardin thérapeutique.

Analyse des résultats : L'ensemble des ergothérapeutes ciblent en amont de l'activité les personnes qui vont y participer. Elles s'accordent à dire qu'il faut proposer l'activité jardin thérapeutique en fonction des habitudes antérieures des clients afin que l'activité puisse être signifiante pour eux. Afin de s'assurer de cet élément-là, E1 et E2 vont interroger directement et exclusivement les personnes atteintes de la pathologie alors que E3 pense à inclure l'ensemble du client en questionnant également l'entourage de la personne. Concernant les contre-indications, les trois ergothérapeutes excluent du groupe toutes

personnes qui pourraient perturber la dynamique de ce dernier ou encore avoir des actions dangereuses pour autrui de par leurs troubles trop envahissants.

### 2.1.3.2. Les caractéristiques de l'atelier

	E1	E2	E3
<b>Cadre spatio-temporel</b>	1 fois par semaine en fonction du temps + Entretien quotidien	1 fois par semaine en fonction du temps + Entretien quotidien	1 fois par semaine en fonction du temps + Entretien quotidien
<b>Professionnels présents</b>	1 ergothérapeute	1 ergothérapeute	1 ergothérapeute + 1 aide-soignante
<b>Objectif général</b>	Création de jardinières	Création de jardinières	Création de jardinières
<b>Les différentes étapes de l'activité auxquelles les résidents vont participer</b>	« [...] les résidents ont participé donc au désherbage, [...] à l'arrosage en allant d'un point A à un point B pour aller chercher de l'eau heu et [...] ils ont labouré la terre pour la retourner. » « [...] labourer la terre, arracher les mauvaises herbes, et replanter les semis. »	« [...] on va aller choisir et acheter les plantes d'abord en jardinerie et puis ensuite euh c'est les résidents donc qui vont faire toutes les étapes qui creusent, qui plantent les graines ou alors les fleurs directement et puis qui les arrosent après quotidiennement. »	« C'est eux qui vont choisir avec nous ce qu'ils veulent [...] Donc en fait on fait avec eux et puis après [...] ils arrosent quotidiennement les plantes. » « [...] on fait une pré-sélection avec tout le groupe [...] avec qu'est-ce qu'ils aimeraient comme fleurs et après on va en magasin avec 1, 2 ou 3 résidents [...]. Après tout ça ils vont donc entretenir les pots en faisant du désherbage, les laver etc avant de planter puis d'arroser les plantes. »

Tableau 4 : Le déroulement de l'activité jardin thérapeutique.

Analyse des résultats : Toutes les étapes de l'activité auxquelles vont participer les clients ont pour objectif la création de jardinières. Pour cela, les ergothérapeutes vont faire participer les résidents dans tout ce qui est désherbage, arrosage ainsi que la plantation. Toutefois, E2 et E3, décident d'inclure les participants dans le choix et dans l'achat de plantes ou de graines qui seront par la suite plantées par l'ensemble du groupe.

Concernant le cadre, seule E3 effectue l'activité en binôme avec l'aide-soignante du service afin « *de créer davantage de lien* ».



### 2.1.3.3. Les apports thérapeutiques de l'activité

	E1	E2	E3
Fonctions exécutives	X	X	X
Praxies	X	X	X
Gnosies	X	X	X
Mémoire	X	X	X
Langage / Lien social	X	X	X
Motricité fine et globale	X	X	X
Estime de soi		X	X
Déplacements	X		
Sensoriel		X	
Réorientation temporelle / saisonnière			X

Tableau 5 : Les apports thérapeutiques de l'activité.

Analyse des résultats : A l'unanimité, les trois ergothérapeutes expliquent que le jardin thérapeutique est un atelier « *assez complet* » parce que cela permet vraiment de stimuler un certain nombre de fonctions telles que les fonctions exécutives, les praxies, les gnosies, la mémoire, le langage et la motricité fine. En effet, cette activité va avoir un caractère « *réminiscent* » puisque cela va leur permettre de revenir sur des souvenirs antérieurs en « *renommant des fleurs qu'ils avaient* » ou encore en faisant part de leurs expériences avec telle et telle plantes. Grâce à cela ils vont pouvoir échanger entre eux, échanger leur savoir, parler « *de ce qu'il y avait chez eux* » mais aussi de s'entraider dans l'activité en faisant « *des retours sur leur manière de faire* ». Toutefois, certains apports thérapeutiques divergent entre les trois ergothérapeutes puisque certaines vont parler d'estime de soi (E2 et E3) ou encore de sensorialité (E2). E1 met également en évidence que pour arroser les plantes ils vont se déplacer « *d'un point A à un point B* ». Et enfin, E3 évoque la réorientation saisonnière « *puisque'on plante certaines fleurs a telle saison, pendant tel mois, [...] on remue les pots au printemps, après on va les entretenir en été pour les nettoyer et les mettre à l'abri en hiver* ».

## 2.1.4. L'entretien de jardinières et le rendement dans les soins personnels

### 2.1.4.1. Les bénéfices généraux

	E1	E2	E3
Les influences positives	« [...] les personnes du coup ne sont plus apathiques, que ça redonne du sens [...] à leur vie au quotidien, que c'est une activité qui est plaisante et qui permet vraiment d'échanger sur [...] des choses que les personnes faisaient au quotidien [...]. Ça peut vraiment lier plusieurs personnes et c'est assez positif pour les résidents en institution qui se sentent entourer à ce moment-là. »	« [...] ça permet d'avoir vraiment des influences sur les praxies euuh avec tout ce qui euuh concerne la reconnaissance des outils, heu la manipulation, comment les utiliser. »	« [...] reconnaître ce qu'il faut couper ou pas, à quel endroit, la manipulation et leur utilisation d'outils, canaliser. » « [...] il y a la possibilité de travailler sur l'adaptation, sur les praxies, comment on utilise les outils. »
Les influences négatives	« [...] je dirai que [...] si l'ergothérapeute de la structure n'est pas présent pour continuer heu et pérenniser cette activité ça peut se perdre chez certains [...] et l'autre point négatif c'est que c'est un atelier qui demande quand même de la concentration quand on est face à quelqu'un qui présente une maladie d'Alzheimer et qui peut être associée à des troubles du comportements c'est très difficile de maintenir l'attention de la personne sur cette activité. Elle peut fatiguer et demander euh [...] un retrait de cette personne par rapport au groupe. »	E2 n'évoque pas d'influence négative à ce sujet.	« Ça peut aussi parfois les mettre en échec [...] S'ils arrivent pas ils peuvent vite se mettre en repli donc on est obligé de les accompagner [...]. Il y a aussi le risque d'échec on essaye d'éviter au maximum pour maintenir une bonne adhésion thérapeutique pour qu'ils aient encore envie de venir et de faire l'activité avec nous. »

Tableau 6 : La vision des ergothérapeutes concernant le jardin thérapeutique.

Analyse des résultats : Le jardin thérapeutique peut avoir des bénéfices à la fois positifs et négatifs sur les clients. Concernant les effets positifs, nous pouvons constater qu'il va permettre de redonner un sens à leur vie (E1), de faire renaître des souvenirs et de créer des liens en échangeant tous ensemble (E1) ainsi que d'améliorer les praxies (E2, E3) et les gnosies (E2). Le jardin permet donc d'avoir des effets bénéfiques autant sur les fonctions cognitives que motrices, qui sont atteintes par la maladie d'Alzheimer. Cependant, E1 et E3 évoquent également des effets négatifs directement ou indirectement liés au client. En effet, elles évoquent un éventuel repli sur soi lors d'une mise en échec (E3) ou encore lorsque la fatigue se fait sentir (E2) car cette activité demande beaucoup de concentration et d'attention qui peuvent être des éléments compliqués à fournir sur du plus ou moins long terme chez cette

population. De plus, E2 met également en évidence que pour avoir une pérennisation de cette activité, la présence de l'ergothérapeute est indispensable.

#### 2.1.4.2. Les bénéfiques dans les occupations

	E1	E2	E3
Les apports dans les occupations	<p>« [...] grâce à cette activité signifiante on a remarqué [...] avec mes collègues aide soignants qu'il y avait un bénéfice [...] sur les temps de repas. [...] que les gestes main-bouche étaient mieux réalisés par exemple et qu'ils se sentaient plus en confiance dans leur réalisation. »</p> <p>« [...] réapprenaient en tout cas à refaire un geste euh pour le quotidien et qu'elle se sentait plus à l'aise euh dans la réalisation de ce geste quand on répétait l'activité sur plusieurs semaines. »</p> <p>« Alors c'est difficile de le dire parce que j'ai pas évalué mais je dirai quand même bah oui pour moi y a plus d'indépendance dans les soins perso [...]. »</p>	<p>« Non ouais enfin pas au niveau des praxies en tout cas. Ça peut être au niveau du lien social heu au niveau d'autres choses mais pas dans les praxies [...]. »</p> <p>« On peut dire que ça a des bénéfiques heu dans le réapprentissage des gestes et euh de la confiance qu'ils ont dans leur réalisation mais euh bah c'est tout. Je pourrai pas dire qu'ils sont plus indépendants. »</p>	<p>« [...] on a un bénéfice en termes de concentration et de gestion de la frustration mais sur l'apraxie en elle-même je sais pas si on a vraiment un effet mais ça leur permet de reprendre un peu confiance en les gestes qui font au quotidien. Parce qu'ils [...] se rendent compte qu'ils sont encore capables de faire des choses [...] donc ça le valorise de pouvoir les faire eux-mêmes. Le plus gros bénéfice pour moi c'est de reprendre confiance en eux. »</p> <p>« [...] je dirai que oui même si je ne l'ai pas évalué réellement ça leur permet d'avoir plus d'indépendance dans leurs soins personnels même si c'est des petites choses ça va être se brosser les cheveux, les dents, de enlever son appareil, de s'habiller ect en fait vraiment de vouloir s'impliquer dans leur quotidien. [...] parfois aussi c'est les aides-soignants qui viennent me voir pour m'en faire part [...]. »</p>
Augmentation du rendement occupationnel ?	Oui « [...] en partie pas totalement [...] ».	Non « [...] les apports sont trop faibles pour parler de ça. »	Oui.
Définition du rendement occupationnel	« Euh pour moi c'est le fait d'être hmm d'avoir l'envie et de pouvoir choisir au quotidien de réaliser une activité qui a du sens. »	X	« Pour moi c'est à la fois la quantité de choses qu'ils peuvent faire au quotidien et à la fois le plaisir qui peuvent y prendre en lien avec leurs habitudes pour que ça soit satisfaisant pour eux de faire l'activité qu'ils ont choisi. [...]. »

Tableau 7 : Les influences du jardin thérapeutique sur les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sur leurs occupations.

Analyse des résultats : L'ensemble des ergothérapeutes sont en accord sur les principaux apports du jardin thérapeutique sur les soins personnels : réapprentissage des gestes et la confiance en soi. E3 va également mettre en avant que cela permet au client d'être davantage concentré sur l'action à effectuer ainsi que sur la gestion de la frustration. E2 exprime le fait que cela permet d'avoir plus de lien social. Malgré le fait qu'elles soient toutes d'accord sur les principaux impacts, elles sont en désaccord quant à l'indépendance dans les soins personnels. En effet, E1 et E3, même si elles n'ont pas utilisé d'échelle d'évaluation, elles ont pu observer soit par elles même soit grâce aux échanges avec les aides-soignantes une indépendance dans les soins personnels et donc une augmentation dans leur rendement occupationnel. E3 met tout de même une interrogation sur le fait que ça soit dû à une amélioration des praxies mais plutôt dû au fait qu'ils « *ont plus confiance en nous de les laisser faire faire les choses quand on lui propose de faire parce qu'elle a confiance en nous. Donc le fait d'avoir confiance en nous fait qu'ils ont confiance en eux.* » De plus, E1 est la seule à mettre en évidence que les bénéfices s'observent lorsqu'il y a une répétition de l'activité dans le temps.

#### 2.1.5. Le transfert des acquis

Réponse à la question suivante : « **Est-ce que la participation à l'atelier jardin thérapeutique a permis aux personnes apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer d'avoir un transfert d'acquis dans les soins personnels ? Si oui, comment l'avez-vous remarqué ?** »

E1 est en accord avec le transfert d'acquis entre l'entretien de jardinière et les soins personnels. Toutefois, elle émet un doute sur le fait que cela soit exclusivement dû à cette activité. Pour elle, c'est l'ensemble de la prise en soin qui en est la cause tout comme E3. En effet, pour elle s'il y a un potentiel transfert d'acquis cela serait grâce à la prise en soin globale parce qu'elle estime que « *la prise en soin elle n'est pas que sur le jardin on développe les capacités sur l'ensemble des activités.* » Toutefois, pour elle ce dernier a lieu essentiellement sur l'organisation dans la tâche mais pas au niveau des praxies car « *c'est pas du tout les mêmes outils ni les mêmes gestes [...] mais ça fait appel quand même à des processus cérébraux similaires* ». Ainsi, E3 est partagée entre dire oui il y a un transfert des acquis et non il n'y en a pas car le mot transfert des acquis est « *un grand mot* » pour elle. Malgré ce partage, elle est plutôt d'accord pour dire qu'il n'y en a pas.

Enfin, E2 est catégorique : il n'y a pas de transfert d'acquis possible au niveau des praxies car pour elle les bénéfices ne sont pas transposables.

Analyse des résultats : Nous pouvons constater que E1 et E2 sont plutôt en accord sur le principe que s'il y a un transfert d'acquis c'est dû à une prise en soin globale. Toutefois, E1 valide complètement ce phénomène a contrario de E3 qui est plutôt partagée. En effet, pour elle beaucoup de choses différent

entre les outils nécessaires et les gestes réalisés dans l'entretien de jardinières et ceux dans les soins personnels tout comme E2. Ainsi, E2 et E3 sont en désaccord avec le transfert d'acquis.

## 2.2. L'analyse des résultats en fonction des objectifs d'enquête

A la suite de l'analyse brute effectuée par thématiques, nous allons à présent analyser les résultats en lien avec les trois objectifs d'enquête que nous avons établi en amont.

- Objectif n°1 : Les objectifs thérapeutiques des ergothérapeutes à travers l'atelier jardin thérapeutique

Les énumérations d'objectifs données par les trois ergothérapeutes sont assez similaires. Elles s'accordent à dire que les fonctions qui sont principalement stimulées par le jardin thérapeutique sont les fonctions exécutives, les gnosies, la mémoire, les compétences langagières ainsi que les praxies. Ainsi, le travail des praxies est l'un des objectifs au centre de la pratique de l'ergothérapeute auprès de cette population tout comme l'utilisation du jardin comme moyen thérapeutique. Toutes ces fonctions stimulées par le jardin thérapeutique permettent aux ergothérapeutes d'exprimer soit directement soit indirectement que c'est un atelier qui est « *assez complet* ».

Les ergothérapeutes mettent également un point d'honneur à ce que l'activité soit une « *activité signifiante* », faisant partie « *de leurs habitudes de vie* » ou encore « *qu'ils avaient l'habitude de faire* ».

En conclusion, les objectifs permettent de mettre en évidence un travail des praxies.

- Objectif n°2 : L'apport de l'entretien de jardinières sur les praxies

Les trois ergothérapeutes, en décrivant les étapes du jardin thérapeutique, mettent en évidence que les clients participent de manière générale à l'entretien de jardinières. En effet, elles évoquent le « *désherbage* », « *arrosage* » ainsi que le fait de planter « *les plantes ou les graines* » qui font donc partie du processus de l'entretien de jardinières. E2 et E3 font également participer les clients dans le choix et l'achat des plantes/ graines. Ainsi, elles ont pu mettre en évidence que cette activité permettait le « *réapprentissage des gestes* » qui fait partie du processus des praxies. De plus, les trois ergothérapeutes soulignent que le jardin thérapeutique entraîne une augmentation de la « *confiance en soi* » qui a donc un impact sur leur capacité à réaliser les gestes. Par conséquent, indirectement la confiance en soi a également des impacts positives sur les praxies tout comme le fait de gérer sa frustration et d'être capable de se concentrer davantage, comme évoqué par E3. En effet, cela va leur

permettre d'être plus aptes à réapprendre les gestes. Tous ces éléments vont permettre de participer au développement des praxies.

Pour conclure, les ergothérapeutes mettent en évidence que l'entretien de jardinières est l'une des activités proposées par le jardin thérapeutique permettant d'avoir des bénéfices sur les praxies.

- Objectif n°3 : Le transfert des acquis entre l'entretien de jardinières et les soins personnels

Aucunes des ergothérapeutes n'utilisent d'outils pour évaluer le transfert d'acquis qui justifierait d'une amélioration de leur rendement occupationnel, non évalué également. Toutefois, elles énoncent que leurs dires sont fondés sur leurs observations informelles et celles de leurs collègues notamment les aides-soignantes.

Malgré les bénéfices énoncés par E2 quant à l'entretien de jardinières sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dépendantes, pour elle il n'y a ni transfert d'acquis, ni augmentation du rendement occupationnel, ni plus d'indépendance dans les soins personnels. En effet, nous pouvons comprendre dans son discours que les bénéfices sont plus en lien avec l'activité en elle-même. En effet, pour elle les apports ne sont pas transposables dans les occupations au vu des gestes et des outils utilisés qui ne sont pas identiques. Cet avis est partagé par E3 mais pour elle il y a tout de même une indépendance plus importante dans les soins personnels qui s'accompagne d'un meilleur rendement occupationnel. Toutefois, le terme « *transfert des acquis* » est un mot trop fort pour pouvoir certifier qu'il y en a bien un auprès de cette population selon cette dernière malgré les bénéfices dans les occupations qu'elle a pu observer. Cependant, E2 et E3 sont en accord pour dire que si transfert d'acquis il y a, c'est grâce à une prise en soin globale et non exclusivement au jardin thérapeutique. E1 est l'unique ergothérapeute à indiquer que pour elle ce phénomène est observable auprès de cette population. Elle met également en évidence que les bénéfices s'observent lorsqu'il y a une répétition de l'activité dans le temps.

Ainsi, nous pouvons conclure que selon les discours des ergothérapeutes, il n'y aurait pas à proprement parler de transfert d'acquis entre l'activité jardin thérapeutique et les soins personnels.

### 3. Discussion

#### 3.1. La confrontation des résultats d'enquête avec le cadre conceptuel

Les résultats obtenus par le biais de l'enquête nous permettent de dire que l'apraxie fait partie de l'une des conséquences provoquées par la maladie d'Alzheimer qui impacte le rendement occupationnel des clients. Si nous nous reportons à la littérature, l'apraxie se caractérise par une incapacité à effectuer un geste moteur fonctionnel appris au préalable sans pour autant avoir d'atteintes cognitives, motrices ou sensitivo-sensorielles (Alim Atteya, Fahmy, & Helmy, 2014) (CNRTL, 2022).

Dans les résultats d'enquête, nous pouvons remarquer que l'apraxie va impacter les occupations des clients et notamment les soins personnels. Ainsi, les ergothérapeutes disent que cela va engendrer une dépendance dans leur réalisation ce qui est en totale adéquation avec la littérature. En effet, les soins personnels font partis des occupations qui nécessitent de manipuler des objets pour pouvoir les réaliser (Le Gall, et al., 2016) ce qui est impacté lorsqu'on la met en lien avec la définition de l'apraxie. Cette dépendance apparait quand les clients sont à un stade sévère de la maladie comme le précisent Feldman et Woodward en 2005 (cité par INSERM, 2005). De plus, la dépendance dans les soins personnels fait partie des compétences d'action de l'ergothérapeute puisque son principal rôle est l'autonomie et l'indépendance dans les occupations de cette population (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie, 2022). C'est pour cette raison que les ergothérapeutes interrogés s'orientent vers cet accompagnement.

Au niveau théorique, l'utilisation du jardin thérapeutique est intéressante quant à la mise en jeu des praxies mais également par sa diversité de fonctions stimulées. En effet, les ergothérapeutes mettent toutes en avant, directement ou indirectement, que cet atelier est « *assez complet* ». Ainsi, pour elles, il est intéressant de l'utiliser auprès de cette population de par les multiples symptômes de cette pathologie et de la multiplicité de fonctions stimulées par l'activité jardin. Ces propos sont confirmés par Wong et ses collègues ainsi que par Criou et Boucq qui mettent en avant tous les bénéfices qu'il peut y avoir sur la personne grâce à cette activité. En effet, le jardin va permettre de stimuler les capacités physiques, psychologiques, comportementales, sociales et cognitives qui incluent les praxies (Wong & al, 1997) (Criou & Boucq, 2021).

A travers l'analyse des données, nous remarquons que la mise en place d'activité signifiante est une priorité pour les ergothérapeutes. Elles vont, en amont de la mise en place de l'atelier jardin thérapeutique, apporter une attention particulière à ce que ce soit une activité faisant partie « *de leurs habitudes de vie* », « *qu'ils avaient l'habitude de faire* » ou encore « *une activité signifiante* ». La signification donnée à une activité va permettre de favoriser le rendement occupationnel. De plus, cette

orientation se situe au cœur des champs d'actions de l'ergothérapeute comme le dit la WFOT en 2017 (World Federation of Occupational Therapist, 2017).

Le jardin représente, pour un grand nombre de personnes âgées, un lieu ayant une signification. En effet, les ergothérapeutes évoquent le fait que souvent avant d'arriver en EHPAD ils avaient des jardins chez eux dans lesquels ils ont pu effectuer différentes activités telles que du jardinage. Ainsi, le jardin a une signification toute particulière pour les personnes âgées car des activités de loisirs telles que profiter de sa famille ou encore des activités de culture de la terre telles que l'entretien des plantes ont souvent été réalisées dans le passé (Heyn, Abreu, & Ottenbacher, 2004). Les ergothérapeutes, au sein de ce jardin, évoquent la possibilité de faire un certain nombre d'activités, autant passives qu'actives mais celle qui ressort le plus parmi les trois c'est l'entretien de jardinières (planter, arroser...). En lien avec la littérature, nous pouvons dire que ce type de jardin est un « *jardin « en action »* » (Girard & al, 2020, p. 45). Cet atelier proposé par l'ergothérapeute peut-être réaliser seul ou en lien avec d'autres professionnels. Parmi les trois ergothérapeutes, seulement une (E3) a mis en évidence qu'elle réalisait cet atelier avec l'une des aides-soignantes présente au sein de l'établissement. Cela permet, selon elle, de favoriser les liens et de permettre aux personnes âgées d'avoir un repère supplémentaire. En effet, selon la littérature, l'utilisation d'une médiation telle que le jardin thérapeutique permet de créer des liens entre les patients et les thérapeutes présents au sein de l'atelier (Chimisanas, 2015).

Les différentes stimulations induites par le jardin thérapeutique permettent d'avoir des bénéfices sur la récupération des capacités des clients autant au sein de l'atelier que dans les occupations. Pour observer les effets dans leurs occupations, il est nécessaire qu'il y ait un transfert d'acquis. En effet, selon Rivière et ses collègues, le transfert d'acquis correspond à l'application des connaissances acquises à de nouvelles situations (2019). Celui-ci vise une utilisation par le client « *des aptitudes, des connaissances et/ou des stratégies* » (Wojtasik, et al., 2009, p. 197), apprises avec l'ergothérapeute lors de l'atelier jardin thérapeutique, dans ses occupations et plus particulièrement dans ses soins personnels. De plus, le transfert des acquis permet la fin des apprentissages (Rivière & al, 2019). Toutefois, lorsque nous nous intéressons aux transferts des acquis, nous nous rendons compte que selon E3 c'est un terme « *fort* ». En effet, seulement une ergothérapeute est d'accord pour dire qu'il y a bien un transfert d'acquis entre l'activité jardin thérapeutique et les soins personnels. Les deux autres ergothérapeutes ne sont pas en accord avec cela car les gestes et les outils ne sont pas identiques entre les deux.

En conclusion, suite aux données recueillies, je peux seulement valider partiellement mon hypothèse. Les objectifs 1 et 2 sont validés car au sein des discours des ergothérapeutes nous pouvons observer que le jardin thérapeutique et plus précisément l'entretien de jardinières permet d'avoir des bénéfices sur le travail des praxies. Toutefois, les discours contradictoires entre les ergothérapeutes en



lien avec le transfert des acquis et l'amélioration du rendement occupationnel mais également le caractère non représentatif de la population, ne me permet pas de valider l'hypothèse en totalité.

### 3.2. Les limites de l'étude

Au cours de la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche, des limites ont pu être rencontrées.

Nous pouvons relever certaines limites quant au choix de l'entretien semi-directif. Dans un premier temps, l'utilisation de ce type d'entretien ne permet pas le recueil du même type d'informations de la part des ergothérapeutes interrogées même si les questions posées sont similaires. Dans un second temps, il s'agit d'un outil qui est qualitatif dont l'interprétation des résultats obtenus dépend de chaque personne. De plus, l'échantillon créé pour cette enquête est non représentatif bien que les caractéristiques de la population interrogée soient en lien avec le sujet. Le nombre de personnes interrogées s'élevant à trois, nous ne pouvons généraliser les résultats recueillis pour l'ensemble des populations. Il aurait donc été préférable d'interroger un nombre plus important d'ergothérapeutes dans le but d'obtenir davantage de réponses afin de confirmer les différents éléments mis en avant au sein de ce mémoire. Toutefois, afin de pouvoir remplir cette condition, il aurait été nécessaire d'avoir un temps imparti plus important pour réaliser ce travail. Le manque d'ergothérapeute au sein des EHPAD ainsi que la pratique peu courante du jardin thérapeutique de leur part entraîne également l'impossibilité d'interroger un nombre plus important d'ergothérapeutes et ainsi d'avoir un échantillon plus représentatif. Toutefois, j'ai pu mettre en évidence, grâce aux échanges avec des ergothérapeutes lors de ma recherche de population, qu'il s'agissait d'un projet en cours de conception. Ce qui freine sa mise en place est le manque de moyens financiers et d'espace dans l'établissement.

Le caractère subjectif du transfert d'acquis et du rendement occupationnel présente également une limite de ce travail. Ces deux éléments sont subjectifs puisqu'ils dépendent du ressenti de chaque ergothérapeute mais également des clients. Ainsi, les valeurs et les principes de la population interrogée peuvent avoir un impact sur la perception de la signification de ces deux concepts clefs de ce mémoire d'initiation à la recherche. De plus, le manque d'ergothérapeute au sein d'EHPAD, empêche ce dernier d'observer de manière optimale le rendement occupationnel et le transfert d'acquis auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

### 3.3. Les apports de l'étude

Malgré les limites rencontrées, ce mémoire m'a tout de même apporté un certain nombre d'intérêts.

D'un point de vue personnel, malgré le temps passé à réaliser ce mémoire d'initiation à la recherche, il a été pour moi très enrichissant en termes de méthode de recherche mais également en termes de rédaction. Ce travail m'a permis d'organiser mes idées de sorte à ce qu'elles soient en cohérence avec mon sujet d'étude mais également claires et compréhensibles pour l'ensemble des lecteurs. Les capacités rédactionnelles et de recherches que j'ai pu développer grâce à ce travail pourront être investies dans ma future pratique professionnelle puisqu'il s'agit de compétences au cœur du métier d'ergothérapeute. En effet, en tant qu'ergothérapeute nous sommes amenées à effectuer des bilans ou encore faire des recherches scientifiques afin de développer nos connaissances.

L'enquête m'a permis de mettre en évidence que le jardin thérapeutique était une activité ancrée dans les projets de beaucoup d'ergothérapeutes pour diverses raisons. D'une part, car il permet de stimuler un certain nombre de fonctions diverses et variées et d'autre part car c'est une activité qui est significative pour les personnes âgées. Cela a donc conforté dans mon choix de sujet : maladie d'Alzheimer et jardin thérapeutique.

Les recherches concernant le jardin thérapeutique et la maladie d'Alzheimer en lien avec l'ergothérapie m'ont permis de cibler les apports de cette pratique et ainsi développer de nombreuses notions à ce sujet que je pourrai mettre en avant lors de ma future pratique professionnelle.

Ce travail de recherche et d'enquête m'a réellement permis de conforter et de confirmer mon choix de formation professionnelle.

## CONCLUSION

Depuis quelques années, des mesures gouvernementales ont été adoptées en faveur du vieillissement de la population et notamment de la maladie d'Alzheimer. Cette pathologie présente divers symptômes ayant un impact sur les fonctions cognitives et motrices des personnes atteintes. Ainsi, ces conséquences, observées lors d'un stage, m'ont interrogées et m'ont poussées à approfondir mes recherches à ce sujet.

Les différentes lectures effectuées m'ont permis de relever des problématiques occupationnelles rencontrées par les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Son caractère évolutif entraîne des répercussions de plus en plus marquées qui vont notamment impacter l'indépendance des clients dans leurs occupations. Par son approche centrée sur le client et ses occupations, l'ergothérapeute semble jouer un rôle important dans l'accompagnement de ces derniers vers une indépendance dans leurs soins personnels. Suite à tous ces constats, une interrogation a émergé : **De quelle manière l'ergothérapeute, au sein d'un EHPAD, peut-il favoriser le rendement occupationnel dans les soins personnels des personnes âgées dépendantes présentant la maladie d'Alzheimer ?** La littérature a mis en évidence les répercussions de l'apraxie dans la réalisation des soins personnels. Au vu de l'attache que peuvent avoir les personnes âgées avec le jardin, j'ai souhaité lier ces conséquences à un moyen thérapeutique qui peut être utilisé par l'ergothérapeute : le jardin thérapeutique. C'est pourquoi, j'ai émis l'hypothèse suivante : **L'atelier jardin thérapeutique, par l'entretien des jardinières, favorise le rendement occupationnel dans les soins personnels des personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer.**

Dans le but de valider ou d'invalider mon hypothèse, j'ai mené une enquête afin de déterminer l'impact de l'entretien de jardinières sur le rendement occupationnel dans les soins personnels des personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer. Mon enquête s'est déroulée sous la forme d'entretiens semi-directifs auprès de trois ergothérapeutes. Les résultats de l'enquête soulignent l'existence de bénéfices quant à l'utilisation du jardin thérapeutique et plus précisément de l'entretien de jardinières sur les praxies d'après les ergothérapeutes interrogées. L'ensemble des ergothérapeutes interviewées considèrent comme essentiel le fait que l'activité soit signifiante pour le client ce qui permet d'avoir un meilleur rendement occupationnel au sein de l'activité.

Ainsi, les résultats obtenus démontrent, d'une part, les différents bénéfices de l'utilisation du jardin comme moyen thérapeutique et notamment celui en lien avec les praxies. Et d'autre part, l'intérêt de sa pratique en lien avec les objectifs centrés sur le client.

Suite aux données recueillies, j'ai pu valider partiellement mon hypothèse. Les discours contradictoires entre les ergothérapeutes en lien avec le transfert des acquis et l'amélioration du rendement occupationnel mais également le caractère non représentatif de la population, ne me permettent pas de valider l'hypothèse en totalité.

Lorsque j'ai débuté mon démarchage, je me suis rendue compte qu'au sein de beaucoup d'EHPAD la prise en soin proposée par les ergothérapeutes auprès de ma population cible, n'était pas le jardin thérapeutique. Ainsi, depuis la passation de mes entretiens, je me suis interrogée si finalement le jardin thérapeutique apportait plus de bénéfices, quant au rendement occupationnel dans les soins personnels, qu'une autre activité. C'est pourquoi, il serait bénéfique d'approfondir cette interrogation en questionnant des ergothérapeutes ne pratiquant pas cette activité afin de confronter les bénéfices et ainsi déterminer la plus-value du jardin thérapeutique.

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Schéma de la dégénérescence neurofibrillaire. ....	6
Figure 2 : Schéma de plaques séniles. ....	6
Figure 3: Évolution de la maladie d'Alzheimer (d'après Feldman et Woodward, 2005 cité par INSERM, 2005). ....	8
Figure 4 : Répartition de la population française de 65 ans et plus entre 1970 et 2070. ....	9
Figure 5 : Répartition par âge de la population française de 1970 à 2070. ....	10
Figure 6 : Tableau de classification des modèles conceptuels ....	11
Figure 7 : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) ....	13
Figure 8 : Le MCREO adapté au sujet.....	16

## CREDIT PHOTO

Figure 1 : Delphine Bailly,

Figure 2 : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03283117/document>

Figure 3 : [https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre\\_11.html#clicked](https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre_11.html#clicked)

Figure 4 : 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée, Algava, Elisabeth; Blanpain, Nathalie, 2021 (Algava & Blanpain, 2021)

Figure 5 : 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée, Algava, Elisabeth; Blanpain, Nathalie, 2021 (Algava & Blanpain, 2021)

Figure 6 : Les modèles conceptuels en ergothérapie, Marie-Chantal Morel-Bracq, 2017 (Morel-Bracq, 2017)

Figure 7 : <https://docplayer.fr/1507143-Artc-3-octobre-2013-evaluation-et-parcours-de-la-personne-cerebrolesee-evaluation-et-parcours-de-la-personne-cerebrolesee.html>

## BIBLIOGRAPHIE

- Agence Régionale de Santé. (2018, Mai 18). *L'accompagnement des personnes âgées*. Consulté le Mars 2022, sur Agence Régionale de Santé: <https://www.ars.sante.fr/laccompagnement-des-personnes-agees>
- Algava, E., & Blanpain, N. (2021, Novembre 11). Insee première. *68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée, N° 1881*.
- Alim Atteya, A., Fahmy, E., & Helmy, H. (2014). Ideomotor Apraxia and Activities of Daily Living in Stroke Patients. *The Egyptian Journal of Neurology Psychiatry and Neurosurgery*, *51*(1), 69.
- American Horticultural Therapy Association. (2022). *Horticultural Therapy : History and Practice*. Consulté le Avril 2022, sur American Horticultural Therapy Association: <https://www.ahta.org/about-horticultural-therapy>
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*.
- Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie. (2022). *Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie*. Consulté le Mars 2022, sur [http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche\\_poste/Fiche\\_AFEG\\_EHPAD.pdf](http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche_poste/Fiche_AFEG_EHPAD.pdf)
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., & Lehr-Drylewicz, A.-M. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer la revue française de médecine générale*, *19*(84), pp. 142-145.
- Behl, P., Stefurak, T. L., & Black, S. E. (2005). Progress in clinical neurosciences : Cognitive Markers of Progression in Alzheimer's Disease. *The canadian journal of neurological sciences*, 140-151.
- Belmin, J., Pequignot, R., Konrat, C., & Pariel-Madjlessi, S. (2007, Octobre). Prise en charge de la maladie d'Alzheimer : Troubles cognitifs et démences : une priorité de santé publique. *La Presse Médicale*, *36*(10), 1500-1510.
- Besbes, M., Betti, C., Caste, F., Fidani, G., Leduc, C., Mezzasalma, B., . . . Tronyo, J. (2020, Février 27). Tableau de l'économie française. *Insee Références*, pp. 32-33.
- Biogen (Réalisateur). (2017). *Comprend la maladie d'Alzheimer* [Film].
- Boller, B., & Belleville, S. (2016). Capacités de réserve et entraînement cognitif dans le vieillissement : similarité des effets protecteurs sur la cognition et le cerveau. *Revue de neuropsychologie*, *8*(4), 245-252.
- Caisse Nationale de solidarité pour l'Autonomie. (2021, Juin). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021. 18.
- Centre d'Analyse Stratégique. (2010). *Vivre ensemble plus longtemps*. Rapports & documents N° 28: La documentation française.
- Chimisanas, G. (2015). Le théâtre comme médiation. Dans G. Chimisanas, *Un atelier théâtre en CMP* (p. 63). Érès.
- Clavaguera, F., Goedert, M., & Tolnay, M. (2010, Février). Induction et propagation de la pathologie par la tau chez un modèle murin de la maladie d'Alzheimer. *26*(2), 121-124.
- CNRTL. (2022). Consulté le Mars 2022, sur Apraxie: <https://www.cnrtl.fr/definition/apraxie>
- CNRTL. (2022). *Désorientation*. Consulté le 2022 Mars, sur <https://www.cnrtl.fr/definition/désorientation>
- CNSA. (2008, Février 1). *Plan "Alzheimer et maladie apparentées" 2008-2012*. Consulté le 2022 Mars, sur CNSA: [https://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_alzheimer\\_2008-2012-2.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf)

- Collette, F., Feyers, D., & Bastin, C. (2009). La maladie d'Alzheimer. Dans C. Trivalle, *Gérontologie préventive : Éléments de prévention du vieillissement pathologique* (Vol. II, pp. 106-122). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Consortium National de Formation en Santé. (2018, Février 3). *Mini-Mental State Examination (MMSE)*. Consulté le Mai 2022, sur Consortium National de Formation en Santé: <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/mini-mental-state-examination-mmse>
- Courchesne, V., Nader, A.-M., Girard, D., Bouchard, V., Danis, E., & Soulières, I. (2016). Le profil cognitif au service des apprentissages : optimiser le potentiel des enfants sur le spectre de l'autisme. *Revue québécoise de psychologie*, 2(37), 141-173.
- Crignon-De Oliveira, C. (2010). Qu'est-ce que "bien vieillir" ? : Médecine de soin et prévention du vieillissement. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 4, 177-191.
- Criou, F., & Boucq, I. (2021, Juin). Horticultural Therapy. *Psychosocial interventions and dementia*.
- Dauriac, M.-C. (2007). Signification des troubles psycho-comportementaux de la démence. *Soins Gérontologie*(65), p. 12.
- De Jaeger, C. (2012). Principe de l'âge physiologique. Dans C. De Jaeger, *Les techniques de lutte contre le vieillissement* (pp. 33-38). Presses Universitaires de France.
- De Jaeger, C. (2018, Janvier). Physiologie du vieillissement. *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 14(1), 1-11.
- Detweiler, M. B., Murphy, P. F., Myers, L. C., & Kye, K. Y. (2008). Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents? *Amer. J. Alzheimer's Disease and Other Dementias*, pp. 31-45.
- Dixit, R., & al. (2008, Février 22). Differential Regulation of Dynein and Kinesin Motor Proteins by Tau. *Science*, 319(5866), pp. 1086-1089.
- Djaoui, E. (2015). L'activité humaine : un potentiel pour la santé? Dans M.-C. Morel-Bracq, É. Trouvé, É. Offenstein, É. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, . . . C. Gras, *Rôles sociaux et activités* (p. 211). De boeck-Solal.
- Dumont, G.-F. (2017). Vieillesse de la population de la France : les trois causes de son accentuation. *Population & Avenir*, 732, pp. 17-19.
- Dunton, W. R., Jr, & M.D. (1919). Reconstruction Therapy. *Philadelphia*, 10.
- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire*. (3ème, Éd.) Paris, 9-25: Dunod.
- Feteanu, D. (2009). Maladie d'Alzheimer : possibilités actuelles et perspectives futures de prévention. Dans C. Trivalle, *Gérontologie préventive : Éléments de prévention du vieillissement pathologique* (pp. 193-204). Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Fondation recherche Alzheimer. (2021). *Définition et chiffres de la maladie d'Alzheimer*. Consulté le Octobre 2021, sur <https://alzheimer-recherche.org/la-%20maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/>
- Fondation Recherche Alzheimer. (2022). *Causes et facteurs de risques de la maladie d'Alzheimer*. Consulté le Mars 2022, sur Fondation Recherche Alzheimer: <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/facteurs-de-risques/>
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & Saint Michel, G. (1998). Classification québécoise Processus de production du handicap.
- Girard, M., & al. (2020, Janvier). Conception et élaboration de jardins à l'usage des établissements médico-sociaux et sanitaires. *Guide Pratique*, 45.
- Girard, M., & al. (2020, Janvier). Conception et élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires. *Guide Pratique*, 11-13.
- Girard, M., & al. (2020, Janvier). Conception et élaboration de jardins à l'usage des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires. *Guide Pratique*, 67.
- Goldenberg, G. (2013, Septembre/ Octobre). Apraxia. *WIREs Cognitive Science*, 4, 453-454.

- Gonzalez, M. T., & Kirkevold, M. (2014). Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care : a modified scoping review. *Journal of clinical nursing*, 23(19-20), 2698-2715.
- Hadj, K., & Hélène, S. (2009). Processus de vieillissement et vieillesse. Dans T. Eric, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 13-32). Marseille: Solal.
- Haute Autorité de Santé. (2003, Mai). Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement.
- Haute Autorité de Santé. (2010, Janvier). Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.
- Heyn, P., Abreu, B., & Ottenbacher, K. (2004, Octobre). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia : a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 10(85).
- Holstein, J., & Gubrium, J. (2002). *Handbook of interview research. Context and method*. Los Angeles: Sage Publications.
- Horowitz, S. (2012). Therapeutic Gardens and Horticultural Therapy : Growing Roles in Health Care. *Alternative and Complementary Therapies*, 18(2).
- IFOP. (2011, Mars 1). *Les Français et le Bien Vieillir*. Consulté le Mars 2022, sur IFOP: [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1419-1-study\\_file.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1419-1-study_file.pdf)
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*(102), 24.
- INSERM. (2005). *Aspects cliniques et prise en charge de la maladie*. Consulté le Mars 2022, sur INSERM: [https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre\\_11.html#clicked](https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre_11.html#clicked)
- INSERM. (2019, Janvier 8). *Maladie d'Alzheimer : une maladie neurodégénérative complexe mais de mieux en mieux comprise*. Consulté le Janvier 2022, sur INSERM: <https://www.inserm.fr/dossier/alzheimer-maladie/>
- Jeandel, C. (2005). Les différents parcours du vieillissement. *Les tribunes de la santé*, 7, 25-35.
- Khosravi, M. (2011). Introduction. Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer? Dans *Dans la vie quotidienne du malade d'Alzheimer* (pp. 7-20). Doin.
- Kortman, B. (1994). The eyes of the beholder ; Models in Occupational Therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 115-122.
- Lacovich, V., & al., &. (2017). Tau Isoforms Imbalance Impairs the Axonal Transport of the Amyloid Precursor Protein in Human Neurons. *Journal of Neuroscience*, 37(1), pp. 58-69.
- Landreau, V. (2004). La personne âgée désorientée en institution. *Etudes sur la mort*, 80.
- Larousse. (2022). *Jardin*. Consulté le Avril 2022, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jardin/44738>
- L'assurance maladie. (2022, Janvier 27). *Ameli*. Consulté le Février 2022, sur Les différents troubles de la mémoire et leurs causes: <https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/sante/themes/troubles-memoire/troubles-memoire-causes>
- Laurent, M. (2021). Les modèles conceptuels : une réponse à la quête identitaire des ergothérapeutes. *ErgOTHérapie*(81), pp. 57-64.
- Law, M., & al. (2005). *Canadian Occupational Performance Manual* (Vol. 4ème édition). Toronto: CAOT.
- Le Gall, D., & Osiurak, F. (2022). *Apraxie*. Consulté le Mai 2022, sur Encyclopædia Universalis: <http://www.universalis-edu.com.ezproxy.u-pec.fr/encyclopedie/apraxie/>
- Le Gall, D., Jarry, C., Besnard, J., Etcharry-Bouyx, F., Baumard, J., Lesourd, M., & Osiurak, F. (2016). L'apraxie dans les pathologies dégénératives. *Revue de neuropsychologie*, 8, pp. 77-85.
- Le Robert. (2022). *Le Robert dico en ligne*. Consulté le 2022 Mars , sur Aphasie: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/aphasie>



- Légifrance. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. Consulté le Mai 2022, sur Légifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Margot-Catin, I. (2013). La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée. Dans E. Trouvé, *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Marseille: Solal.
- Metzler, M. J., & Metz, G. A. (2010, Juin). Analysing the barriers and supports of knowledge translation using the PEO model. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(3), 154.
- Meyer, S. (2013). L'action de "faire" : la performance de l'occupation, de l'activité, de la tâches et les domaines de la performance occupationnelle. Dans *De l'activité à la participation*. Bruxelles: De Boeck-Solal.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2015, Décembre 15). *La maladie d'Alzheimer*. Récupéré sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2021, Mai 26). *Les EHPAD*. Récupéré sur <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>
- Morel-Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (Vol. 2ème édition). Bruxelles: De Boeck supérieur.
- Morris, M. &. (2011). The Many Faces of Tau. *Neuron*, 70(2), pp. 410-426.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2022). *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* Consulté le Janvier 2022, sur Ordre des ergothérapeutes du Québec: <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021, Novembre 10). *Réadaptation*. Consulté le Avril 2022, sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021, Octobre 4). *Vieillesse et santé*. Consulté le Décembre 2021, sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Osiurak, F. (2016). *Apraxie et troubles d'utilisation d'outils*. Presses Universitaires de France.
- Personne, S., & Bentze, L. (2016). Développer les jardins à but thérapeutique en Ile de France : Expérimentations dans des établissements sociaux et médico-sociaux du Val d'Oise. *Pour*(230), pp. 5-15.
- Ploton, L. (2009). À propos de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 32(128-129), pp. 89-115.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend, & H. J. Polatajko, *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation (Deuxième édition)* (pp. 15-40). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Pollock, A., & Marshall, M. (2012). *Designing outdoor spaces for people with Dementia*. HammondCare.
- Pradier, L. (2021). Chapitre 7 : Maladie d'Alzheimer et cibles thérapeutiques : état de l'art. *Chimie et Cerveau*, 108.
- Rey, A. (2009). Définitions. Dans C. Trivalle, *Gérontologie préventive. Éléments de prévention du vieillissement pathologique* (Vol. II, pp. 3-7). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Rivière, É., & al. (2019, Juin). Debriefing for the Transfer of Learning : The Importance of Context. *Academin Medicine*, 94(6), 796.

- Roblin, J. (2009, Septembre). Symptômes psycho-comportementaux du sujet âgé. *L'Encéphale*, 35, 19-27.
- Rochex, J.-Y. (1995). *Le sens de l'expérience scolaire*. Paris: PUF.
- Saragoni, A. (2015, Septembre). *Quel est le rôle d'un ergothérapeute en EHPAD?* Consulté le Mars 2022, sur Association Française des Ergothérapeutes: [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Quel-est-le-role-dun-ergotherapeute-en-EHPAD\\_Sept-2015-n°27.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Quel-est-le-role-dun-ergotherapeute-en-EHPAD_Sept-2015-n°27.pdf)
- Sergeant, N., & al., &. (2008). Biochemistry of Tau in Alzheimer's disease and related neurological disorders. *Expert Rev Proteomics*, 5(2).
- Spychala, K. D. (2005). *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. Erès.
- Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. Dans S. Tétreault, & P. Guillez, *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 215-245). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Trivalle, C. (2009). La gérontologie préventive : pourquoi et comment ? Dans C. Trivalle, *Gérontologie préventive : Éléments de prévention du vieillissement pathologique* (Vol. II, pp. 9-13). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Trouvé, É. (2011). *Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée*. Marseille: Solal.
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Saint-Jean de Braye: Dunod.
- Vanbellingen, T., & Bohlhalter, S. (2011, Mars 23). Apraxia in neurorehabilitation : Classification, assessment and treatment. *NeuroRehabilitation*, 28(2), 91-98.
- Vidal. (2019, Décembre 9). *Les symptômes de la maladie d'Alzheimer*. Consulté le Mars 2022, sur Vidal: <https://www.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/maladie-alzheimer/symptomes.html>
- Villaumé, A. (2018). *Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie*. Elsevier.
- Vinquant, J.-P., & Mayo-Simbsler, S. (2010, Septembre). Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques. *Actualité et dossier en santé publique*(72), 33.
- Wang, Y., & Mandelkow, E. (2016). Tau in physiology and pathology. *Nature Reviews Neuroscience*, pp. 22-35.
- Winance, M. (2007). Dépendance versus autonomie... D ela signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales. *Sciences sociale et santé*, 25, 83-91.
- Wojtasik, V., Lekeu, F., Quittre, A., Olivier, C., Adam, S., & Salmon, É. (2009). Réadaptation cognitive pour les activités de vie quotidienne dans la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 32(130), 187-202.
- Wong, P., & al. (1997). *Horticultural therapy*.
- World Federation of Occupational Therapist. (2017, Juin). *Definitions of occupational therapy*.
- World Federation of Occupational Therapist. (2018). *Definitions of occupational therapy*.
- World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Consulté le Février 2022, sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1>

## ANNEXES

<b>Annexe 1 : Mini-Mental State Examination (MMSE)</b> .....	II
<b>Annexe 2 : Guide d'entretien</b> .....	IV
<b>Annexe 3 : Retranscription entretien ergothérapeute 1 (E1)</b> .....	VII



# FERMEZ LES YEUX

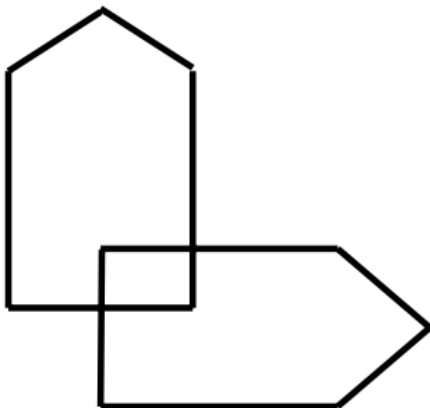
**Phrase :**

.....

.....

.....

**Recopier le dessin :**



## Annexe 2 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Inès CARREIRA MORGADO et je suis étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil. En lien avec mes études et l'obtention de mon diplôme, je dois effectuer un mémoire d'initiation à la recherche. Ce dernier traite des différents impacts que peut avoir l'atelier jardin thérapeutique auprès des personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer.

Nos échanges seront aiguillés par un guide d'entretien préalablement établi par mes soins et qui nous permettra d'aborder différents thèmes. Il est important de vous spécifier que vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou encore d'interrompre l'entretien. Le but de ce dernier est que vous vous sentiez le plus à l'aise possible afin que vous puissiez me faire part de votre vécu et de votre expérience concernant le sujet abordé.

Avant de débiter l'entretien, j'aimerais savoir si vous êtes d'accord que ce dernier soit enregistré. Cet enregistrement me permettra de retranscrire vos propos pour ensuite les analyser afin de répondre à mes interrogations initiales. Bien évidemment, une fois l'analyse faite, ce dernier sera supprimé. L'entretien aura une durée d'environ 40 minutes. Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

### Généralités et parcours professionnels

- Pour débiter cet entretien, pouvez-vous vous présenter et me faire part de votre expérience professionnelle depuis l'obtention de votre diplôme ?

→ Relances :

- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Depuis quand exercez-vous auprès des personnes présentant la maladie d'Alzheimer ?
- Depuis quand exercez-vous au sein d'un EHPAD ?
- Avez-vous exercé dans d'autres types d'établissements accueillant des personnes présentant la maladie d'Alzheimer (ESA, Accueil de jour, ...) ?

### Prise en soin en ergothérapie

- Au sein de votre établissement ou dans l'un de vos établissements précédents, avez-vous rencontré des personnes présentant la maladie d'Alzheimer qui se manifestaient notamment par une apraxie ?

→ Relance :

- Quel(s) stade(s) ?
- De quel type d'apraxie s'agissait-il en majorité ?
- Si vous n'avez pas observé d'apraxie, par quoi se manifestait la maladie d'Alzheimer ?

- Quels types de prise en soin vous leur proposez ou leur proposiez ?

→ Relances :

- Est-ce que vous leur proposez des PES écologiques ou plutôt analytique ?
- Est-ce que le jardinage fait partie ou faisait partie des activités que vous m'étiez en place ?  
Si oui, depuis combien de temps vous l'utilisez comme moyen thérapeutique ?
- Est-ce qu'il y a des contre-indications ? (Troubles trop envahissants, autres pathologies...)

### **Le jardin thérapeutique**

- Parmi toutes ces activités, nous allons nous focaliser sur l'atelier jardin thérapeutique. Comment était ou est organisé votre atelier au sein de l'EHPAD ?

→ Relances :

- Comment vous créer le groupe ?
- Combien de fois par semaine il est fait ?
- Est-ce que vous êtes seule lors de l'atelier ou vous le fait avec un autre professionnel ? Si oui, lequel ?

- Quels étaient ou quels sont les différentes étapes auxquelles les résidents participaient ou participent ?

→ Relances :

- Est-ce qu'ils participaient à la création de jardinière notamment avec la plantation ?
- Est-ce qu'ils se baladaient ? Communiquaient avec les autres résidents ?
- Est-ce qu'ils sentaient les plantes aromatiques ?

- Quel type jardin c'est ou c'était ? (Aromatique...)

- En tant qu'ergothérapeute, quels sont vos objectifs à travers cette activité ?

→ Relance :

- Est-ce que vous le proposez ou proposiez pour stimuler les praxies par exemple ?
- Est-ce que vous le proposez ou proposiez pour stimuler la mémoire, la communication ?

### **Influence du jardin thérapeutique sur la population cible**

- Je vais revenir sur un point précis que vous avez évoqué : l'entretien de jardinières. J'aimerais savoir quelles sont les influences (négatives ou positives) de cet atelier sur les personnes apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer ?

- Qu'avez-vous pu constater comme bénéfices apportés aux personnes apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer dans leurs occupations ?

→ Relances :

- Sont-elles plus indépendantes dans leurs soins personnels ?
  - Avez-vous pu constater que leur rendement occupationnel a augmenté ?
  - Si oui, pour vous qu'est-ce que le rendement occupationnel ?
- Si oui, est-ce que pour vous la participation à l'atelier jardin thérapeutique a permis aux personnes apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer d'avoir un transfert d'acquis dans les soins personnels ? Si oui comment l'avez-vous remarqué ?

→ Relances :

- Est-ce que vous en avez discuté avec les aides-soignantes ?
  - Est-ce que vous faites des évaluations pour observer ce phénomène ?
- Est-ce que vous avez remarqué que cet atelier pouvait impacter d'autres sphères ? la communication, les troubles psycho-comportementaux...

### **Remarques complémentaires**

- Avez-vous des éléments à ajouter ou des questions à poser ?

Je tenais à vous remercier pour le temps que vous m'avez consacré pour cet entretien ainsi que pour toutes ces informations qui me permettront, après étude, de valider ou d'invalider mon hypothèse de départ. Et ainsi, argumenter ma partie expérimentale.



## **Annexe 3 : Retranscription entretien ergothérapeute 1 (E1)**

**Date :** 31 Mars 2022

**Durée :** 25 minutes

**Inès (I) :** Ducoup euuh l'échange il va être aiguillé par un guide d'entretien que j'ai euuh établi avant.

Ergothérapeute 1 (E1) : D'accord.

**I :** Et euuh c'est vraiment des questions ouvertes donc je vais vous poser une question qui est euuh donc ouverte et vous répondez comme vous le souhaitez euuh par rapport à la question.

E1 : D'accord.

**I :** Donc n'hésitez pas. Et surtout euuh si vous voulez interrompre l'entretien ou euh ne pas répondre à une question vous avez le droit et vraiment euuh c'est que le but c'est que vous soyez le plus à l'aise possible euh et faire par de votre vécu et de votre expérience.

E1 : D'accord y a pas de soucis.

**I :** Du coup pour commencer l'entretien, est-ce que vous pouvez vous présenter et me faire part un peu de votre expérience professionnelle depuis l'obtention de votre diplôme svp.

E1 : Alors oui donc je m'appelle Madame L, donc euh je suis diplômée de XX depuis 2017. Euuh j'ai d'abord travaillé euh en tant qu'ergo en psychiatrie à XX et ensuite j'ai eu mon premier poste on va dire euuh sur du long terme donc à XX qui est à la XX. Donc j'y travaille depuis maintenant 4 ans et demi.

**I :** Ok.

E1 : Donc en tant qu'ergothérapie en gériatrie. Donc j'ai pu mettre en place plein de projet au sein de cette institution et je travaille encore sur d'autres projets euh voilà.

**I :** Ok donc du coup là vous travaillez enfin vous travaillez donc dans l'EHPAD depuis 4 ans et demi c'est ça ?

E1 : Depuis 4 ans et demi.

**I :** Ok d'accord parfait. Et est-ce que vous avez exercé dans d'autres types d'établissements où y avait des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? comme les ESA, les accueils de jour...

E1 : Euuh non j'ai fait quelques interventions en ESA parce qu'à savoir que euuh mon établissement est regroupé en 4 sites donc qui sont repartis sur les villes de XX, XX, XX et XX donc on dispose d'un ESA euuh à XX, j'y ai fait qu'une intervention mais j'y suis jamais rester plus que pour ce jour-là. C'était vraiment pour accompagner l'équipe euh sur un temps donné parce qu'il manquait du personnel.

**I : Ok, d'accord. Du coup au sein de votre établissement actuel ou dans l'un des autres établissements que où vous avez exercé, est ce que vous avez rencontré des personnes qui présentaient la maladie d'Alzheimer et qui se manifestait notamment par une apraxie ?**

E1 : Alors oui euuh bah au quotidien donc moi je travaille essentiellement avec des personnes atteintes de maladie neuro-évolutive dont celles atteintes de la maladie d'Alzheimer euuh souvent à un stade avancé. Donc on travaille justement euh avec mes collègues ergothérapeutes euh sur des ateliers donc je peux vous donner des types euh d'atelier donc comme l'atelier cuisine pour lequel j'ai mis en place fiche d'évaluation pour évaluer euh d'abord les fonctions exécutives et aussi euh les praxies bah des résidents au cours des ateliers.

**I : Ok.**

E1 : Donc on a remarqué que bah par le biais des ateliers thérapeutiques les personnes réapprenaient en tout cas à refaire un geste euh pour le quotidien et qu'elle se sentait plus à l'aise euh dans la réalisation de ce geste quand on répétait l'activité sur plusieurs semaines.

**I : Ok, d'accord. Et du coup c'était plutôt quel type d'apraxie majoritairement que vous avez rencontré ?**

E1 : Euuh alors là au niveau des apraxies euh c'était alors j'ai pris l'exemple de l'ateliers cuisine c'est vraiment au moment du déjeuner où on remarque que les personnes sont complètement apathiques et on s'est rendu compte qu'elle n'arrivait plus à initier par exemple le geste de la bouche.

**I : Ok.**

E1 : Donc c'est un geste qu'on a remis en place, qu'on a ré autonomisé par le biais d'activité. Mais sinon on retrouve aussi l'apraxie au niveau de l'habillement et euh au moment des soins comme la toilette.

**I : Ok d'accord. Euuh ducoup vous vous m'avez dit que vous proposez des prises en soin, j'ai un peu compris plutôt écologique.**

E1 : C'est ça.

**I : Est-ce que vous avez aussi d'autres prise en soin que vous proposez ou pas ?**

E1 : Euh hmm oui des prises en soin aussi rééducatives. Donc euuh plus alors ça va être pour du positionnement euuh aussi au fauteuil donc euh retravailler un petit peu l'équilibre statique au fauteuil à l'issue d'un AVC ou quand il y a un affaissement au niveau tonique hmm je propose aussi un groupe

euh de stimulation à la marche donc un groupe équilibre en co-thérapie avec ma collègue psychomotricienne euh c'est un groupe dans lequel on évalue euh les capacités de la marche, les capacités d'équilibre et c'est aussi un groupe ludique euh dans lequel on propose différents jeux aux résidents euh pour travailler différentes fonctions.

**I : Ok.**

E1 : Que ce soit pour les rotations de buste, les antéulsions au niveau des épaules, euh le fait de d'avoir de travailler les préhensions en utilisant des petites balles ou au contraire des balles un peu plus volumineuses.

**I : Ok. Ouais d'accord c'est très c'est très varié.**

E1 : Oui c'est très varié pour le coup.

**I : C'est bien. Et du coup le jardin thérapeutique est-ce que c'est quelque chose que vous mettez en place pour ses personnes euh fin atteintes de la maladie d'Alzheimer apraxiques ?**

E1 : Oui effectivement. A savoir que là je vais vous en parler pour l'une des structures pour lequel je travaille avec qui on a remis en place un atelier jardinage thérapeutique la semaine dernière.

**I : Ok.**

E1 : Donc on a fait un groupe de 3 personnes donc qui ont des troubles moteurs et cognitifs bah importants du fait de la maladie d'Alzheimer. Et c'est des personnes qui dans leur vie passée ont toujours jardiné, on toujours aimé s'occuper de plante, de la nature en générale et on a remarqué qu'en proposant seulement euh un outil fin pour le jardinage et en leur présentant les plantes et bah que ça c'est ré autonomiser un petit peu tout seul donc c'est des personnes qu'on a besoin de stimuler, qu'on encourage mais elles prennent vraiment plaisir à venir à cet atelier de jardinage pour l'abourrer la terre, arracher les mauvaises herbes, et replanter les semis.

**I : Est-ce qu'il y a des contre-indications pour les patients qui participent au groupe ?**

E1 : Alors oui comme je l'ai dit euh tout à l'heure dans le groupe on a plutôt des personnes avec des troubles moteurs et cognitifs bah importants mais la maladie d'Alzheimer elle peut aussi avoir d'autre trouble comme euh bah les troubles psycho comportementaux ect donc je dirai que si les troubles dû à la maladie deviennent trop présents, trop perturbateur nous ne pouvons pas les inclure au sein du groupe.

**I : Oui d'accord je comprends. Et donc du coup comment vous organiser un peu votre atelier au sein de l'EHPAD euh du jardin thérapeutique ?**

E1 : Alors, c'est-à-dire comment on a monté le projet ou comment on a proposé aux résidents ?

**I : Un peu de tout. Comment vous avez monté le projet aussi.**

E1 : Ok. Alors le projet il est né parce que qu'on s'est rendu compte qu'on avait pas mal de terrasses euh dans notre établissement qui étaient euh peu utilisées qui sont parfois euh pas dangereuses pour certaine mais on a plein de latte en bois autour de notre établissement et on n'a vu que nos résidents finalement restaient toujours euh dans les mêmes lieux et que c'était peu exploité par les résidents bah par manque d'envie, par apathie, par par méconnaissance. Donc on s'est dit qu'on aimerait crée vraiment un atelier de jardinage thérapeutique qui soit à la hauteur de l'ensemble des résidents donc un résident en fauteuil ou un résident qui a la possibilité de se mettre debout et que ça pourrait être un atelier enfin un moment de partage et de rencontre avec l'ensemble des résidents autour d'une activité qui est signifiante pour eux. De se faite bah on a fait une commande auprès de notre direction, on leur a présenté le projet et le projet a vu le jour pour la premier fois donc c'était il y a 2 ans donc c'était avant le COVID et là on a souhaité le remettre en place en voyant les beaux jours de la semaine dernière donc on a reconstitué un petit groupe en questionnant d'abord euh les résidents sur leurs habitudes de vie donc même s'ils sont atteint de la maladie d'Alzheimer il y a des choses que les personnes peuvent verbaliser, qu'elles aiment faire donc on les a questionner sur si elle serait intéressée par cette activités-là, si elle avaient envie de faire cette activités là et de ce faite on a monté un petit groupe le lundi euuh en ayant déjà l'ensemble des outils, des ustensiles parce qu'on avait déjà un bac adapté euh avec les semis prête à être planté ect et on a amené nos résidents sur notre terrasse au niveau de nos bacs adaptés. On leur a expliqué l'activité comment elle serait réalisée. Spontanément on a observé que les résidents se sont levés et ont commencé à initier en fait l'activités par eux même tout simplement. Donc à vraiment accompagné plus que euh comment dire plus que remobilisé.

**I : Ok.**

E1 : Je sais pas si vous voyez.

**I : Oui oui ok. Et du coup cet atelier vous le fait combien de fois par semaine ?**

E1 : Alors bah ils le font 1 fois par semaine. Après il faut savoir que les résidents entretiennent quotidiennement les plantes sinon les plantes ne survivent pas si on les arrose qu'une fois par semaine.

**I : Oui effectivement ça serait compliqué.**

E1 : Du coup pour l'entretien quotidien ils y vont soit seul en toute autonomie avec bien sûr une surveillance de loin mais c'est eux qui prennent l'initiative soit accompagné par une soignante de leur étage.

**I : D'accord et l'atelier vous le réalisez aussi avec une soignante de l'étage ?**

E1 : Non pour le coup l'atelier en lui-même je le fais seule.

**I : D'accord très bien. Alors j'aimerais savoir à quelles étapes de l'activité les résidents euuh participent ?**

E1 : Alors là les résidents ont participé donc au désherbage, donc enlever toutes les mauvaises herbes des bacs, ils ont participé à l'arrosage en allant d'un point A à un point B pour aller chercher de l'eau euuh et ils ont participer aussi à l'étape où ils ont l'abourrer la terre pour la retourner.

**I : Ok.**

E1 : Et là nous attendons la semaine prochaine pour replanter les graines.

**I : Ok donc c'est vraiment**

E1 : Sauf qu'aujourd'hui il fait pas très beau.

**I : Euh enfaite c'est vraiment la création de la jardinière avec tout ce qui est entretien euuh.**

E1 : C'est ça.

**I : Ok. Et ducoup dans le jardin thérapeutique les résidents ils se baladent, est-ce qu'ils communiquent avec les autres résidents aussi ?**

E1 : Alors généralement alors c'est pas le cas actuellement mais dans les années précédentes ont avait vraiment un petit groupe de dames atteintes de la maladie d'Alzheimer qui allaient se se se rencontrer en fait les unes les autres pour dire qu'elles aillaient au jardin pour entretenir leur fleurs. Elles avaient vraiment identifié les bacs de jardinage comme étant leurs fleurs et elles en prenaient soin donc elle allait en petit groupe de 3-4 résidents pour aller spontanément entretenir les bacs à fleurs. Donc on avait laissé à leur disposition des arrosoirs euuh des petits sacs poubelle pour enlever les mauvaises herbes et un petit râteau.

**Moi : Ah oui donc tout le matériel pour qu'elles puissent vraiment être autonome et indépendante dans l'activité.**

E1 : Voilà autonome autonome euuh alors tout en sachant que les terrasses sont visibles des services. On les a vraiment laissés en totale autonomie pour réaliser leurs activités et elles se sont saisies de cette activités puisqu'elles y allait spontanément euuh surtout pendant le printemps, l'été euuh elles ont arrosé pendant tout l'été euuh parce qu'elle était contente d'avoir leurs fleurs. Et on avait même une dame qui a fait des petites découpes et qui a mis des fleurs dans son verre du midi parce qu'elle avait envie de décorer sa table.

**I : D'accord originale. Et du coup c'était plutôt un jardin euuh enfin c'était quoi comme type de jardin ? aromatique, euuh vraiment que des plantes diverses et variés.**

E1 : Alors là on a que des plantes c'est que des fleurs tout en sachant que les plantes aromatiques on a voulu en mettre mais qu'elles n'ont pas pris, qu'elles n'ont pas poussées donc bon on a mais que des fleurs.

**I : Donc du coup c'était un test mais ça n'a pas fonctionné.**

E1 : On a pour projet de faire euh comment dire un jardin sensoriel euh justement avec des plantes aromatiques autour de notre kiosque. On a un a parcours de marche extérieure avec un kiosque pour se reposer. On a pour projet de mettre en place un jardin aromatique avec plein de senteur pour stimuler euh l'olfaction mais ça n'a pas encore vu le jour.

**I : D'accord.**

E1 : C'est dans les projets en cours.

**I : D'accord parfait. Et du coup en tant qu'ergothérapeutes quels sont vos objectifs à travers cette activité ?**

E1 : Alors euh favoriser l'autonomie alors pour moi dans les déplacements, stimuler euh la motricité fine et globale, euh favoriser on va dire les l'échange et les interactions sociales, et comme autres objectifs ce serait de hmmm enfin de travailler les praxies en fonction des atteintes des résidents et surtout euh mobiliser euh les fonctions exécutives et les gnosies.

**I : Ok.**

E1 : Parce que le jardinage y a quand même différentes étapes à respecter on va peut-être pas commencer par tout arracher ou tout arroser c'est en fonction de ce qu'on souhaite planter ou ce qu'on souhaite entretenir.

**I : Exactement. Bah c'est un atelier qui est assez complet je trouve quand même donc euh. Y a beaucoup de chose, ça stimule beaucoup de chose et euh dans vos objectifs j'entends donc euh**

E1 : Oui ça stimule beaucoup de fonction tant le cognitif que le moteur et c'est vraiment un atelier qui est plaisant pour les personnes qui ont jardiné au domicile avant euh on sent que les habitudes en fait reviennent assez spontanément, que les résidents verbalisent beaucoup beaucoup lors du jardinage sur ce qu'ils avaient à domicile, sur les plantes euh qu'ils aimaient avoir dans leur jardin, sur comment les entretenir, à quelles saisons ont plantes tel ou tel plantes. On en apprend aussi beaucoup en tant que thérapeute. Enfin moi personnellement vu que je ne suis pas très très jardinage de base donc euh j'ai appris beaucoup des résidents.

**I : Oui ça fait aussi stimuler leur mémoire c'est enfin donc c'est bien.**

E1 : Oui.

**I : C'est très bien. Du coup moi je vais revenir juste sur un point précis qui est l'entretien de jardinière donc avec euh fin ce qu'on a discuté juste avant.**

E1 : Oui.

**I : Et j'aimerais vraiment savoir un petit peu quelles sont les influences quelles soient négatives ou positives de cet atelier justement sur les personnes bah qui peuvent avoir des apraxies présentant euh la maladie d'Alzheimer.**

E1 : Alors juste le début est-ce que vous pouvez répéter. Quelles sont les

**I : Les influences négatives ou positives.**

E1 : Les influences négatives ou positive c'est ça ?

**I : Oui c'est ça exactement.**

E1 : Heum alors les influences négatives euh bah je commence par ce qui est négatif ducoup je dirai que pour les personnes apraxiques hmm si l'ergothérapeute de la structure n'est pas présent pour continuer euh et pérenniser cette activité ça peut se perdre chez certains sujet atteint de la maladie d'Alzheimer. Parce qu'on a quand même une atteinte qui est assez grande et l'autre point négatif c'est que c'est un atelier qui demande quand même de la concentration quand on est face à quelqu'un qui présente une maladie d'Alzheimer et qui peut être associé à des troubles du comportements c'est très difficile de maintenir l'attention de la personne sur cette activité. Elle peut fatiguer et demander euh comment dire euh un retrait de cette personne par rapport au groupe. Pour ce qui est de l'influence positive bah on se rend compte que les personnes du coup ne sont plus apathiques, que ça redonne du sens finalement euh à leur vie au quotidien, que c'est une activité qui est plaisante et qui permet vraiment d'échanger sur des des comment dire des des choses que les personnes faisaient au quotidien ou en tout cas ont fait à un moment de leur vie.

**I : Ok.**

E1 : Et c'est une activité en tout cas en institution qui est investi si elle est investie par les résidents elle sera d'autant plus investie par les soignants. C'est un vrai moment de partage si vous voulez entre thérapeute, soignants et résidents. Ça peut vraiment lier plusieurs personnes et c'est assez positif pour les résidents en institutions qui se sentent entourer à ce moment-là.

**I : Ok et du coup euh quels sont les bénéfices que vous avez pu constater qui ont été apporter pour ces résidents maladie d'Alzheimer avec une apraxie dans leurs activités de vie quotidienne ?**

E1 : Alors on a eu une petite dame euh qui du fait du jardinage a euh a réinvesti ses moments en famille finalement et a euh eu envie de nouveau de partager des moments avec ses enfants et elle a repris plaisir à manger. Donc elle était euh fin on sait pas si c'est grâce au jardinage en tout cas on sait que l'atelier de euh jardinage thérapeutique lui a fait tellement de bien et tellement plaisir au quotidien qu'elle a

finalement eu de nouveau de l'appétit et les temps de repas et bah se passait mieux pour cette petite dame.

**I : Ok et du coup est-ce que vous avez pu constater s'il y avait plus une indépendance dans leurs activités de soins personnels ?**

E1 : Alors c'est difficile de le dire parce que j'ai pas évalué mais seulement observé mais je dirai quand même bah oui pour moi y a plus d'indépendance dans les soins perso parce que par exemple par rapport aux gestes main-bouche on va constater qu'il sera plus ré utilisé et à réadapter parfois.

**I : Et donc du coup leur rendement occupationnel au niveau des soins personnels pour vous il a augmenté grâce à cet atelier ?**

E1 : Oui enfin en partie pas totalement mais en partie

**I : Ok.**

E1 : En tout cas grâce à cette activité signifiante on a remarqué fin on a revu avec mes collègues aides-soignants qu'il y avait un bénéfice sur les moments sur les temps de repas. On a remarqué que les gestes main-bouche étaient mieux réalisés par exemple et qu'ils se sentaient plus en confiance dans leur réalisation.

**I : Ok et du coup pour vous qu'est-ce que le rendement occupationnel ?**

E1 : Alors très bonne question. euh qu'est-ce que le rendement occupationnel ? et bein je dirai je dis avec mes mots comme ça.

**I : Oui y a pas de soucis.**

E1 : Euh pour moi c'est le fait d'être hmm d'avoir l'envie et de pouvoir choisir au quotidien de réaliser une activité qui a du sens.

**I : D'accord. Ok. C'est avec vos mots c'est très bien. Hmmm et du coup donc pour vous donc vous avez dit qu'en partie l'atelier jardin thérapeutique elle peut avoir des euh fin des bénéfices au niveau des euh du rendement occupationnel dans les soins personnels donc est-ce que pour vous il y a un transfert d'acquis ou pas du tout.**

E1 : Euh mm alors je dirai enfin encore une fois la nuance le propos je pense que oui il y a un transfert des acquis après je ne suis pas certaine que ce soit que grâce au jardinage thérapeutique. C'est un ensemble. Mais le jardinage thérapeutique peut avoir un impact positif et du coup il y a probablement un transfert d'acquis sur dans les AVQ.

**I : Ok et est-ce vous avez remarqué de façon générale que cet atelier avait pu impacter d'autres sphères comme la communication, la diminution des troubles psycho-comportementaux ect**



E1 : Bien sûr comme je vous le disais euh on a eu bah du coup pour l'exemple de cette dame qui du fait elle était plus en plein à communiquer avec sa famille, à les recevoir, à passer des temps en famille ou même d'autres résidents puisqu'elle faisait partie des petits groupes de dame qui allaient spontanément euh se chercher pour aller euh dans le jardin pour pouvoir euh bah jardiner ensemble alors qu'avant elle restait plutôt dans son coin.

**I : Ok donc c'est vraiment comme on disait tout à l'heure un atelier hyper complet enfin y a beaucoup de chose.**

E1 : Oui oui c'est vraiment un atelier complet où les personnes finalement euh sont à l'extérieur euh dans le cas en tout de notre structure, euh c'est un atelier qui rassemble du fait que chaque résidents va amener son savoir, en tout cas ses connaissances sur une plante, sur une fleur, sur une herbe aromatique sur quelque chose qu'il a aimé au niveau gustatif. Et c'est vraiment un atelier où la communication va se mettre en place de façon assez simple et facile et même au niveau des gestes bien on a beaucoup de résidents qui auront tendance à traiter euh les différents objets mis à disposition ce qui initie aussi au niveau moteur plein de chose pour l'ensemble des participants.

**I : Ok est-ce que vous avez des éléments à ajouter ou questions à poser par rapport à cet entretien ?**

E1 : Euh non c'est assez complet après juste une question par rapport à votre mémoire du coup enfin c'est pourquoi le jardinage thérapeutique c'est une activité que vous aviez vu en stage ?

**I : Alors je ne l'ai pas vu en stage c'était euh alors l'ergothérapeute n'intervenait pas mais c'était plutôt des une terrasse on va dire.**

E1 : D'accord.

**I : Mais avec le COVID elles ont pas pu trop les développer parce que bah les résidents étaient surtout bah fin ils étaient isoler donc c'était compliqué.**

E1 : Oui.

**I : Et l'ergothérapeute elle intervenait mais de façon très ponctuelle. Et en fait pour la petite histoire de mon projet c'est que j'avais euh une résidente qui était très très angoissée, y avait rien qui ne la calmait en fait elle avait plein de trouble psycho comportementaux.**

E1 : Oui.

**I : Et euh je me suis dit bah pourquoi pas investir en fait cette terrasse parce qu'en plus on était en été euh pourquoi pas investir cette terrasse justement pour réduire ses troubles psycho comportementaux et essayer de la canaliser un peu. Et ça m'a intéressé parce que je me dis en fait que les personnes âgées elles euh bah souvent dans leur passé elles ont jardiné.**

E1 : Oui.

**I : Parce que c'était un peu dans leur coutume ect et je me suis dit pourquoi euh pas l'atelier jardin thérapeutique d'où m'est venu cette problématique. J'ai pas pu garder les troubles psycho comportementaux parce que c'était quelque chose qui avait déjà été prouvé.**

E1 : D'accord.

**I : Donc du coup je me suis plutôt orienté sur euh l'apraxie et plutôt les soins personnels euh fin tout ce qui dans cette sphère un peu personnelle, de soin personnel. Voilà.**

E1 : D'accord. Bon bah c'est un très beau projet. C'est un super sujet en tout cas.

**I : Et bien merci. En tout cas en appelant les ergos je me rend compte que c'est un projet de beaucoup d'ergo qui est en train de se mettre en place donc euh c'est bien. Parce que j'ai appelé beaucoup d'EHPAD et euh et souvent ils me disaient ah c'est un projet en cours, il n'est pas encore établi. Donc euh je me dis que ça se développe et c'est cool.**

E1 : Non oui c'est vrai que ça se développe. Après comme je vous le disais avec le COVID on a eu 2 ans un petit peu compliqué donc eu y a eu un suspend dans beaucoup d'atelier et c'est un atelier qui fonctionne et qui fonctionne bien surtout quand on arrive à la période du printemps et de l'été c'est très investi. On n'a, enfin je fais un parallèle aussi mais un atelier de jus de fruit frais. Donc notre EHPAD s'appelle les murs à pêche on des pêcheurs et des prunes alors on les utilisent pas forcément parce qu'elle ne sont pas traitées mais on est vraiment parti bah sur ce qu'on peut avoir eu niveau environnementale euh pour proposer des jus de fruit frais à nos résidents avec des choses qui soit planter ou des choses fin issu de la nature et c'est super comme le jardinage de pouvoir se saisir de tout cas. Ça a vraiment du sens.

**I : Oui moi aussi je trouve et c'est pour ça que j'ai choisi cette médiation. Je trouvais que c'était que c'était intéressant et pertinent pour des personnes qui ont cette pathologie-là. Donc voilà.**

E1 : Bon bah super. Bah en tout cas j'espère que j'ai répondu à l'ensemble de vos questions.

**I : Oui merci beaucoup en tout cas pour le temps que vous m'avez consacré parce que c'est gentil.**

E1 : Je vous en prie et puis si vous avez des questions vous me renvoyez un mail et puis je répondrais avec plaisir.

**I : Et bien pas de soucis. Merci beaucoup en tout cas.**

E1 : Et bien je vous en prie.

**I : Je vous souhaite une bonne après-midi et merci.**

E1 : Merci bonne journée à vous aussi. Au revoir.

**I : Merci. Au revoir.**

## RESUME

La maladie d'Alzheimer représente un enjeu de santé publique dû au vieillissement de la population, qui entraîne ainsi une croissance du nombre de personnes atteintes de cette pathologie. Au vu de son caractère évolutif, les symptômes, qui sont multiples, vont s'installer progressivement au fil du temps, jusqu'à entraîner une dépendance totale dans les occupations et ainsi un placement au sein d'une institution spécialisée. L'apraxie, faisant partie de ces symptômes, impacte donc le rendement occupationnel des clients présentant la maladie d'Alzheimer dans la réalisation de leurs soins personnels. Le jardin thérapeutique, utilisé comme moyen thérapeutique par l'ergothérapeute, est reconnu comme ayant de nombreux effets sur certains symptômes de cette pathologie. Cependant, son efficacité concernant l'apraxie n'a pas été étudiée. L'objectif de cette étude est de déterminer l'impact de l'entretien de jardinières sur les personnes âgées apraxiques présentant la maladie d'Alzheimer dans le rendement de leurs soins personnels. Pour répondre à l'objectif de recherche qui est fondé sur des critères qualitatifs, trois entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes pratiquant le jardin thérapeutique au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Cette enquête met en évidence les intérêts de l'utilisation de cette médiation mais également ses limites. Au vu de l'échantillonnage non représentatif, les données recueillies ne permettent pas d'établir une conclusion générale certaine. Toutefois, elles constituent une piste de réflexion sur l'accompagnement des ergothérapeutes travaillant en EHPAD. Il serait intéressant d'approfondir cette recherche en mettant en parallèle les impacts des autres médiations mis en place par l'ergothérapeute en lien avec le thème de recherche.

Mots clefs : Maladie d'Alzheimer, jardin thérapeutique, ergothérapie, apraxie, soins personnels, rendement occupationnel

## ABSTRACT

Alzheimer's disease represents a public health issue due to the ageing of the population, which is leading to an increase in the number of people affected by this pathology. In view of its progressive nature, the symptoms, which are multiple, will progressively appear over time until they lead to total dependence in occupations and thus to a placement in a specialised institution. Apraxia is one of these symptoms and therefore impacts the occupational performance of Alzheimer's clients in carrying out their personal care. The therapeutic garden, used as a therapeutic means by the occupational therapist, is recognised as having numerous effects on certain symptoms of this pathology. However, its effectiveness in apraxia has not been researched. The aim of this study is to determine the impact of the maintenance of planters on apraxic elderly people with Alzheimer's disease in the performance of their personal care. To meet the research objective, which is based on qualitative criteria, three semi-structured interviews were conducted with occupational therapists practising therapeutic gardening in a residential home for the elderly. This survey highlights the benefits of using this mediation but also its limits. In view of the non-representative sample, the data collected do not allow us to draw a definite general conclusion. However, it does provide a basis for reflection on the support provided for occupational therapists working in residential homes. It would be interesting to extend this research by comparing the impacts of other mediations implemented by the occupational therapist in relation to the research theme.

Keywords: Alzheimer's disease, therapeutic garden, occupational therapy, apraxia, self-care, occupational performance