



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2013-2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

**L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE
L'ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES
DESORIENTÉES PAR L'AMÉNAGEMENT
DES ESPACES EXTERIEURS :**

l'exemple de l'EHPAD

La Rose des Vents de Quiberon (56)

Anne-Lise COME

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma maîtresse de stage, Madame Chantal BANNETEL, directrice de l'EHPAD La Rose des Vents à Quiberon, pour le temps qu'elle m'a consacré tout au long de mon stage de professionnalisation et sa confiance. Elle m'a soutenue et conseillée lors de ces huit mois, en me transmettant ses connaissances, ses compétences en tant que directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social. Tous les échanges que nous avons eus m'ont permis d'apprendre les différentes facettes de ce métier.

Je remercie également l'ensemble du personnel et des résidents de l'EHPAD La Rose des Vents pour leur accueil, leur gentillesse et leur confiance, et notamment les membres du groupe de travail « aménagement des espaces extérieurs ». Grâce à eux, j'ai pu, lors de mon stage de professionnalisation, apprendre sur moi-même et sur le métier de directeur d'EHPAD.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble des personnes rencontrées lors des visites d'établissement : Monsieur Michel Barbé, directeur de l'EHPAD Les Jardins du Castel de Chateaugiron (35), Madame Natacha Crespin, directrice adjointe au MAREVA (56), Madame Marie-Anne Fourrier, directrice du Centre Gérontologique des Abondances de Boulogne-Billancourt (92), Monsieur Franck Hilton, ancien directeur de l'EHPAD de Guer (56), actuel directeur du Centre Hospitalier de Basse-Vilaine à Nivillac (56). Je tiens également à remercier Madame Anne Audran, architecte-paysagiste des Jardins d'Anne A. à Saint Senoux (35), pour son expertise et sa gentillesse.

Je tiens également à remercier mes proches, famille et amis, pour leur soutien tout au long de cette formation, et leur disponibilité, ainsi que la promotion Geneviève Laroque, une « promo pas comme les autres ».

Sommaire

Introduction.....	1
Titre I. L'accompagnement des personnes désorientées en EHPAD, face aux pathologies démentielles et aux troubles associés.....	9
I.1 Une approche des pathologies démentielles et des troubles associés.....	9
I.1.1 Une définition des pathologies démentielles, et plus particulièrement celles dites neuro-dégénératives.....	9
I.1.2 Les troubles associés, causes fréquentes de perte d'autonomie.....	12
I.2 L'accompagnement des personnes atteintes de pathologies démentielles dégénératives en EHPAD.....	15
I.2.1 Les difficultés en établissement pour le résident ainsi que pour sa famille et le personnel.....	15
I.2.2 Les thérapies pouvant être mises en place pour améliorer la qualité de vie des personnes désorientées.....	18
Titre II. Des espaces extérieurs adaptés pour les personnes atteintes de démence dégénérative.....	25
II.1 Quelques recommandations pour des jardins adaptés.....	25
II.1.1 Des aménagements utiles.....	26
II.1.2 ... permettant de développer des activités stimulant les capacités cognitives et physiques.....	31
II.2 Des risques et des obstacles à appréhender.....	35
II.2.1 De tels aménagements nécessitent une réflexion concernant la sécurité des résidents.....	35
II.2.2 La réussite de tels aménagements suppose l'implication des proches, du personnel ainsi que des partenaires de l'établissement.....	37
Titre III. Un projet d'aménagement des espaces extérieurs pour les personnes désorientées, outil d'une politique globale d'établissement.....	41
III.1 Des bénéfices directs pour les personnes accueillies en établissement.....	41
III.1.1 Des aménagements permettant de respecter les droits fondamentaux des personnes tout en veillant à leur sécurité et à leur qualité de vie.....	41
III.1.2 L'intérêt de la stimulation cognitive et physique.....	43
III.2 Des avantages à apprécier d'une façon plus globale.....	48
III.2.1 Un projet améliorant l'image même de l'établissement.....	48
III.2.2 Un environnement de travail plus agréable.....	51
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	57

Liste des annexes	I
ANNEXE I : Questionnaire pour les familles de résidents sur l'aménagement des espaces verts.	II
ANNEXE II : Questionnaire pour les membres du personnel sur l'aménagement des espaces verts.	III
ANNEXE III : Grille d'entretien avec des usagers sur l'aménagement des espaces extérieurs	IV
ANNEXE IV : Plan des Résidences Bonne Fontaine : EHPAD La Rose des Vents et Foyer Logement des Dunes (appartenant au CCAS).	V
ANNEXE V : Plan du projet d'aménagement du patio de l'unité des Phares, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.	VI
ANNEXE VI : Plan du projet d'aménagement des patios salle à manger et bibliothèque, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.	VII
ANNEXE VII : Plan du projet d'aménagement d'une partie du jardin, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.	VIII
ANNEXE VIII : Plan du projet d'aménagement du jardin sensoriel, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.	IX

Liste des sigles utilisés

A.G.G.I.R.	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
A.M.M.	Autorisation de Mise sur le Marché
A.N.E.S.M.	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
A.P.A.	Allocation Personnalisée d'Autonomie
A.S.G.	Assistant de Soins en Gérontologie
C.A.S.F.	Code de l'Action Sociale et des Familles
C.L.E.I.R.P.P.A.	Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées
DSM-IV-TR	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4 ^{ème} édition, texte révisé
E.H.P.A.D.	Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes
G.I.R.	Groupe Iso-Ressources
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
I.N.S.E.E.	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
I.N.S.E.R.M.	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
O.R.S.	Observatoire Régional de la Santé
P.A.S.A.	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
P.A.S.S.	Parcours d'Activités Santé Seniors
S.S.I.A.D.	Services de soins infirmiers à domicile
U.H.R.	Unité d'Hébergement Renforcé

*« [...] la progression de la maladie d'Alzheimer n'est pas véritablement une déferlante
mais une marée qui monte. »*

Geneviève Laroque¹

¹ PELLISSIER J., 27 décembre 2009, « Geneviève Laroque : 35 ans de gérontologie. Un témoignage passionnant... », [visité le 7 mai 2014], disponible sur Internet : <http://www.jerpel.fr/spip.php?article278>

Introduction

« L'entrée en « institution » représente a minima, un tournant dans la vie de la personne âgée, souvent un véritable bouleversement, parfois un traumatisme. »² Ce « bouleversement », ce « traumatisme » décrit par Isabelle Donnio est souvent dû à l'état de la personne elle-même, un état de dépendance. Ainsi, Michel Billé montre que « l'entrée dans cette dernière demeure a en effet pour conséquence de modifier profondément l'image que la personne a d'elle-même. Il faut d'abord se reconnaître dépendante. »³ La dépendance est comprise comme "l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière"⁴.

Du fait d'une entrée en établissement plus tardive (84 ans en 2009 contre 80 ans en 1990⁵), la dépendance n'est que plus forte en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : la part des personnes très dépendantes (Groupe Iso Ressources GIR 1 et 2) était de 55% fin 2011 (contre 51% fin 2007). La part des personnes âgées dépendantes selon la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) (c'est-à-dire du GIR 1 à 4) représentait, en 2011, 89% des résidents d'EHPAD. Ainsi, de plus en plus de personnes accueillies en institution sont fortement dépendantes (GIR 1 à 4). Parallèlement, le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie vont avoir tendance à accroître cette évolution. Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2060, un français sur 3 aura plus de 60 ans, les personnes de plus de 75 ans représenteront 16,2% de la population totale contre 8,5% en 2007. On notera une croissance du nombre des personnes très âgées (de plus de 85 ans) : elles étaient 1,3 million en 2007, elles seront 5,4 millions en 2060⁶.

Les personnes accueillies en établissement seront également plus régulièrement touchées par des démences dont celles dites dégénératives comme la maladie

² DONNIO I., 2005, « L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, n°112, p.73-92, [7 mai 2014], disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2005-1-page-73.htm>

³ BILLE M., 2005, "L'entrée en institution dernière mise en demeure?", *Gérontologie et société*, n°112, p. 63-72, [7 mai 2014], disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2005-1-page63.htm>

⁴ Article L.232-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) issu de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

⁵ PIROU D., POUILLAIN N., ROCHELLE S., février 2013, « La vie en communauté : 1,6 million de personnes en France », *INSEE Première*, n°1434, 4 p., [en ligne], [7 mai 2014], disponible sur : www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1434#inter3

⁶ BLANPAIN N., CHARDON O., octobre 2010, « Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. », *INSEE Première*, n°1320, 4 p., [en ligne], [7 mai 2014], disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320

d'Alzheimer. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁷, la démence est une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes. On parle également de personnes atteintes de troubles cognitifs. Actuellement 860 000 personnes⁸ souffriraient de démence de type Alzheimer (sachant que la maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence). Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)⁹, elles seront 2 millions en 2020, la prévalence de cette maladie augmentant avec l'âge : 0.5% avant 65 ans, 2 à 4% après, cependant à 80 ans, la prévalence atteint déjà 15%.

Cette évolution de la population accueillie en établissement exige de la part des responsables une réflexion sur l'accompagnement qui lui est proposé : un accompagnement adapté permettant aussi de rendre plus attractive l'image de l'EHPAD, certes leur dernière demeure, mais loin de l'ancienne image de « mouvoir ».

L'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs est souvent difficile, du fait, principalement, des troubles d'agitation pathologique liés à ces maladies. Ces troubles peuvent apparaître sous différentes formes : cris, agressivité verbale et/ou physique, déambulation, fugue, ... Ces symptômes sont souvent dus à l'anxiété, l'angoisse ressentie par la personne malade du fait de difficultés d'adaptation à l'environnement, provoquées par les troubles cognitifs : amnésie, aphasie, apraxie, agnosie¹⁰. Les familles ainsi que les professionnels entourant la personne malade ne comprennent pas ces troubles et ne savent pas toujours comment y faire face. Par exemple, face aux fugues, tant à domicile qu'en établissement, l'entourage de la personne ne sachant pas comment réagir et souhaitant qu'elle soit en sécurité, met en place différents dispositifs ; ces derniers peuvent cependant restreindre les droits et libertés de la personne.

Ainsi, des thérapies, des interventions sont mises en place non pas pour soigner ces maladies (aucune thérapie ne permet la guérison actuellement) mais pour agir sur les symptômes liés (tout en respectant les droits et libertés de la personne) : troubles de la mémoire, désorientation, apathie, anxiété, agressivité. Des thérapies médicamenteuses existent. Cependant, les effets secondaires indésirables sont nombreux par rapport aux

⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *OMS La démence*, [visité le 7 mai 2014], disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr>

⁸ INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, *Alzheimer – INSERM*, [visité le 7 mai 2014], disponible sur <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>

⁹ *Ibid*

¹⁰ Amnésie : altération de la mémoire ; Aphasie : perturbation du langage ; Apraxie : réduction de la capacité à accomplir une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes ; Agnosie : diminution de la faculté d'identifier ou de reconnaître des objets malgré des fonctions sensorielles intactes

bénéfiques de ces médicaments¹¹. De nombreux rapports et études notent également la forte médication des personnes âgées en établissement : plus d'un tiers des sujets en institutions médicalisées pour personnes âgées ont des traitements neuroleptiques (avec de nombreux effets indésirables), et ce sont principalement des personnes atteintes d'une démence¹². Le rapport Verger¹³ a également montré qu'une personne accueillie en EHPAD utiliserait en moyenne 8 molécules de médicament par jour. Cette médication importante accroît la iatrogénie en EHPAD. Les effets indésirables évoqués sont l'augmentation du risque de chute, de dénutrition, une augmentation des troubles du comportement, etc.

Du fait des inconvénients des thérapies médicamenteuses, dans les pays anglo-saxons et un peu plus tardivement en France, des thérapies (ou interventions) non médicamenteuses ont été développées. Ces thérapies agissent sur la qualité de vie, le langage, la cognition (ensemble des processus mentaux qui se rapportent à la fonction de connaissance tels que la mémoire, le langage, le raisonnement, l'apprentissage, l'intelligence, la résolution de problèmes, la prise de décision, la perception ou l'attention), par des stimulations sensorielles, par des activités motrices ou occupationnelles. Cela correspond par exemple à un environnement adapté, à une prise en charge psychologique, orthophonique, à des ateliers thérapeutiques comme l'art-thérapie ou la musicothérapie.

Ces différentes modalités d'accompagnement sont régulièrement recommandées par l'ANESM¹⁴ ou la HAS¹⁵ dans la prise en charge de personnes atteintes de démence. Ces recommandations de bonne pratique professionnelle entrent dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité au sein des établissements et services médico-

¹¹ COHEN Dr A., janvier/février 2014, « A propos des neuroleptiques en gérontopsychiatrie », *Soins gérontologie* n°105, p.7

¹² *Ibid* « Plus d'un tiers des sujets en institution médicalisée pour personnes âgées reçoivent des traitements neuroleptiques [...]. Il s'agit souvent de personnes atteintes d'un processus de démence où les neuroleptiques sont souvent prescrits contre une symptomatologie psychotique ou/et contre des troubles du comportement (agitation, agressivité). »

¹³ VERGER P., *La politique du médicament en EHPAD.*, Ministère des affaires sociales et de la santé, septembre 2013, 125 p.

¹⁴ AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, 2009, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, 47 p.

¹⁵ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, *Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement. Programme AMI Alzheimer : Alerte et Maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques (NL) dans la maladie d'Alzheimer*, 2 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2011, *Recommandation de bonne pratique professionnelle : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*, 49 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *Recommandation de bonne pratique professionnelle : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, 44 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2013, *Maladie d'Alzheimer. Les neuroleptiques. Quelle place dans les troubles du comportement, Programme AMI Alzheimer : Alerte et Maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques (NL) dans la maladie d'Alzheimer*, 2 p.

sociaux. Cette dernière a été formalisée au début des années 2000 au moment de la réforme de la tarification de ces mêmes établissements. Ainsi, la loi du 2 janvier 2002¹⁶ exhorte les établissements et services en action sociale et médico-sociale à procéder à « des évaluations de leur activité et de la qualité de leurs prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées selon les catégories d'établissements ou de services par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ».¹⁷

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPAD) de Quiberon, lieu de mon stage de professionnalisation, est actuellement dans la démarche d'évaluation externe après avoir réalisé son évaluation interne en 2012. Ces deux démarches permettent d'améliorer la qualité des prestations proposées par l'établissement. L'EHPAD « La Rose des Vents » de Quiberon (56) accueille des résidents de façon permanente ou temporaire (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit) et intervient également à domicile par l'intermédiaire de son Service de Soins à Domicile (SSIAD). L'établissement possède ainsi une capacité d'accueil de :

- 73 places en hébergement permanent,
- 2 places en hébergement temporaire,
- 5 places d'accueil de jour,
- 3 places d'accueil de nuit,
- 30 places de SSIAD « personnes âgées » (Service de Soins Infirmiers à Domicile).

Au sein de l'hébergement permanent, une unité spécifique de 15 lits « l'unité des Phares » a été mise en place afin d'accueillir des personnes dites désorientées. La population accueillie dans cette unité est constituée de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées diagnostiquées, accompagnées de symptômes psycho-comportementaux importants qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents. La personne doit présenter une capacité à déambuler (déplacement sans but précis) de façon autonome. Elle doit par ailleurs être en capacité de participer de façon régulière aux activités proposées. Cette unité n'est toutefois pas un secteur fermé de l'établissement ; ainsi les résidents peuvent circuler dans l'ensemble de l'établissement et participer aux animations de l'hébergement traditionnel.

¹⁶ PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel, 3 janvier 2002, p.124

¹⁷ Article L.312-8 CASF

Concernant l'environnement, l'établissement possède une situation géographique exceptionnelle, face à la mer, à l'extrémité sud de la presqu'île, proche du centre-ville de Quiberon mais en retrait des grands axes de circulation, lui prodiguant une certaine quiétude. De nombreux espaces extérieurs sont présents au sein de cet établissement¹⁸, dont un grand jardin de 3000 m² accessible depuis l'unité des personnes désorientées, une esplanade vue mer à l'avant de l'établissement et trois patios dont un au sein de l'unité des Phares. Toutefois, ces espaces sont peu utilisés : les trois patios comportent des obstacles à la marche, risques de chute, tels que des luminaires au sol et une forte dénivellation entre les espaces de marche et de plantation. Les deux autres espaces sont peu investis par les résidents et leurs familles du fait d'un manque d'aménagement.

Suite à l'évaluation interne réalisée en 2012, un plan d'amélioration a été mis en place : un projet d'agencement des différents espaces extérieurs¹⁹ y est prévu. Ce projet, impulsé par la nouvelle direction, a débuté en novembre 2013 afin d'améliorer la qualité de vie des résidents et futurs résidents en leur proposant des espaces aménagés, utilisables et agréables dont notamment un jardin dit « thérapeutique » accessible par l'unité dédiée aux personnes désorientées. Le plan d'amélioration, issu de l'évaluation interne, remplaçant le projet d'établissement actualisé de l'EHPAD, impulse, de fait, la stratégie de l'établissement. Le projet d'aménagement des espaces extérieurs est une partie intégrante des outils de mise en œuvre de la stratégie de l'établissement et de la politique d'accueil et d'accompagnement des personnes y résidant, et plus particulièrement les personnes désorientées.

Ce projet m'a ainsi permis de réfléchir à cette question : «En quoi le recours à des espaces extérieurs permet-il l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs à l'EHPAD «La Rose des Vents» de Quiberon ?».

Au cours de mon travail, différentes questions sont apparues :

- Quels bénéfices peut-on attendre, pour les usagers et leurs familles, de l'utilisation des espaces extérieurs en termes de qualité de vie, d'accompagnement et de thérapie ?
- Quels sont les risques éventuels associés à cet accès aux espaces extérieurs ?
- Quels sont donc les points de vigilance relatifs à cet usage des espaces extérieurs par les résidents et leur entourage ?
- Quelles sont les incidences de cet accès en termes d'organisation du travail pour les équipes ? De qualité de vie au travail ?

¹⁸ Un plan de l'établissement ainsi que du foyer logement voisin se situe en annexe IV.

¹⁹ Les plans d'aménagement des trois patios ainsi que du jardin dont la partie sensorielle proposés par l'architecte paysagiste retenu par l'EHPAD de Quiberon sont visibles des annexes V à VIII.

-In fine, quel bilan peut-on dresser de cet accès et cette utilisation des espaces extérieurs ?

Afin de répondre à la question principale de ce mémoire, il s'agira tout d'abord de connaître l'accompagnement des personnes désorientées en établissement à travers les pathologies démentielles et les troubles associés (Titre I). Ensuite, une réflexion sera menée sur l'adaptation des espaces extérieurs pour ces personnes (Titre II). Enfin, nous verrons que ces aménagements font partie d'une stratégie globale de l'établissement impactant à la fois les résidents, leurs proches mais également le personnel de l'EHPAD (Titre III).

Méthodologie

Mon travail d'analyse a débuté par des recherches documentaires sur différents études et rapports en lien avec l'accompagnement de personnes atteintes de syndrome démentiel et notamment l'utilisation des espaces extérieurs dans cet accompagnement. Ensuite, j'ai diffusé des questionnaires auprès du personnel, des proches des usagers accompagnés. Seulement 6 proches et 7 membres du personnel ont répondu à ces questionnaires. Ces questionnaires ont été complétés par des entretiens auprès de 8 usagers (dont la présidente du Conseil de la Vie Sociale et un membre du Conseil d'Administration de l'établissement). Ces entretiens ont été menés de façon semi-directive et plutôt informelle.²⁰

Des visites d'établissements et des entretiens avec leurs directeurs et le personnel m'ont permis d'étayer ma réflexion. Ainsi j'ai pu visiter l'EHPAD de Ker Anna à Sainte Anne d'Auray, deux établissements des MAREVA (EHPAD de Vannes) (Parc Er Vor à Meucon et Les Nymphéas à Vannes), l'EHPAD Les Jardins du Castel à Chateaugiron, l'EHPAD de Guer et enfin le centre gérontologique les Abondances à Boulogne-Billancourt.

Un groupe de travail a été mis en place afin de réfléchir à ce projet. Il est composé de membres du personnel de l'établissement :

- 2 aides-soignants, aides médico-psychologiques de l'hébergement traditionnel ;
- 2 agents des services hospitaliers ;
- 1 infirmière diplômée d'état ;
- 2 assistants de soins en gérontologie de l'unité pour personnes désorientées, dite « unité des Phares »
- 2 animatrices

²⁰ Les questionnaires ainsi que la grille d'entretien utilisés se situent en annexes I à III.

-1 agent des services techniques.

Le pilotage de ce groupe de travail m'a été confié par la directrice. Les réunions m'ont permis de compléter mon analyse. Ce projet m'a également permis de rencontrer des intervenants extérieurs spécialisés dans ce type d'aménagement, notamment une architecte-paysagiste. Ainsi, ces entretiens informels ont complété et approfondi ma réflexion.

Lors de mon stage de professionnalisation, j'ai également pu participer à des groupes de travail sur l'organisation du travail, la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels ainsi qu'au comité de pilotage mettant en œuvre les axes d'amélioration définis lors de l'évaluation interne.

Ces différents travaux m'ont permis de réfléchir de façon globale à l'agencement de ces espaces : impact sur les résidents (mise en place de thérapies non-médicamenteuses, réduction de l'utilisation de médicaments, ...), leurs familles mais également le personnel (diminution des comportements d'agitation pathologique, impact sur l'organisation du travail, avantages et inconvénients sur les risques professionnels, ...). Ainsi cette thématique a été analysée dans sa globalité : stratégie de l'établissement, politique d'accompagnement des résidents et plus particulièrement des personnes désorientées.

Titre I. L'accompagnement des personnes désorientées en EHPAD, face aux pathologies démentielles et aux troubles associés.

Afin de pouvoir évoquer les aménagements utiles à mettre en place pour les personnes désorientées, il paraît essentiel d'analyser l'accompagnement de ces personnes en établissement, et notamment au sein de l'EHPAD de Quiberon.

Ainsi, nous verrons dans une première partie une approche des différentes pathologies démentielles rencontrées en établissement ainsi que les troubles qui y sont associés, psychiques et comportementaux (I). Ces différents troubles peuvent poser certaines difficultés pour le malade, mais également pour le personnel soignant et les familles. C'est pourquoi différentes thérapies médicamenteuses ou non-médicamenteuses peuvent être mises en place dans le but d'améliorer la vie quotidienne de ces personnes (II).

I.1 Une approche des pathologies démentielles et des troubles associés.

La démence est un terme souvent mal perçu par le grand public, cependant les pathologies démentielles impactent de plus en plus de personnes en établissement. Il semble essentiel de définir tout d'abord la démence afin d'obtenir une certaine approche des pathologies dites démentielles (1). Un focus sera réalisé sur les pathologies neuro-dégénératives, ayant une prévalence importante dans la population âgée, souvent accompagnée en établissement. Ensuite, les symptômes de ces pathologies, regroupés sous le terme de syndrome démentiel, seront évoqués (2).

I.1.1 Une définition des pathologies démentielles, et plus particulièrement celles dites neuro-dégénératives.

Avant de définir les pathologies démentielles, il est important de débiter l'analyse par une approche de la démence.

La démence

L'Organisation Mondiale de la Santé estime le pourcentage de personnes de plus de 60 ans qui seront atteintes à un moment ou à un autre par une démence entre 2 et 8%²¹. Ces données montrent ainsi l'importance de ces pathologies.

²¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *OMS La démence*, [visité le 7 mai 2014], disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr>

Différentes définitions de la démence sont présentes au sein de la littérature. Nous évoquerons, en complément de celle de l'OMS présentée en introduction, celle du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, texte révisé, « DSM-IV-TR », souvent utilisée dans les études sur la démence²². Les démences sont ainsi caractérisées par l'apparition de déficits cognitifs multiples : altération de la mémoire (amnésie), perturbation du langage (aphasie), diminution de la capacité à accomplir une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes (apraxie), réduction de la faculté d'identifier ou de reconnaître des objets malgré des fonctions sensorielles elles aussi intactes (agnosie) et perturbation des fonctions exécutives. L'ensemble de ces troubles ne sont pas forcément présents chez une même personne et évoluent au cours de la maladie. Ces déficits ont un impact important sur la vie sociale mais aussi professionnelle du malade. L'évolution de ces troubles prend plusieurs années. Cette définition de la démence permet de distinguer ainsi les états confusionnels chroniques et les états confusionnels aigus, dus à une maladie traitable²³. Ces derniers ne seront pas évoqués ici : le terme « pathologies démentielles » évoquant les états confusionnels chroniques. La recherche ne connaît pas encore précisément l'ensemble des facteurs de risque de ces pathologies. Certains sont fréquemment cités tels que: l'âge (la fréquence des démences augmentant à partir de 65 ans), le sexe (les femmes étant plus souvent atteintes), le niveau scolaire, les antécédents familiaux, les facteurs génétiques, les antécédents de traumatismes crâniens (pour les démences traumatiques), de pathologies vasculaires (pour les démences vasculaires mais également pour les démences neuro-dégénératives), ainsi que le manque d'activité physique²⁴.

Les pathologies démentielles

Concernant les causes de la démence, différentes pathologies sont évoquées et listées au sein de la DSM-IV-TR. Deux grandes distinctions sont réalisées tout d'abord entre les démences dites dégénératives (ou démences primaires) et celles non dégénératives (ou démences secondaires). Cependant, la frontière entre ces deux types de démences est parfois floue : ce sont alors des démences mixtes, mêlant les deux catégories de démences évoquées ci-dessus.

Tout d'abord, les démences non-dégénératives représentent 40% de l'ensemble des pathologies démentielles. Elles peuvent être vasculaires, traumatiques, infectieuses,

²² VILLAR DOUMET R., *La démence, dsm-IV*, [visité le 18 juillet 2014], www.rvd-psychologue.com/demence.html

²³ PHANEUF M., BAL-CRAQUIN M-T, 2007, *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*, Paris : Elsevier Masson, 416 p.

²⁴ FRANCE ALZHEIMER. *Les maladies apparentées / France Alzheimer / Union nationale des Associations France Alzheimer* [visité le 29 avril 2014], disponible sur Internet : <http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/maladies-apparent%C3%A9es>

toxiques, carentielles, tumorales. Ce type de démence représente 40% de l'ensemble des pathologies démentielles.

La maladie de Parkinson fait partie des démences neuro-dégénératives: un ralentissement psychique et moteur de la personne est présent dans cette pathologie tandis que le langage est relativement préservé. Les trois principaux symptômes de cette maladie sont une difficulté à se mouvoir, une rigidité musculaire et des tremblements au repos.²⁵ Concernant la prévalence de cette maladie, selon l'INSERM, 1% de la population est concernée après 65 ans avec une augmentation autour des 70 ans. En France, 100 000 personnes seraient atteintes de cette pathologie.

Il existe également des démences cortico-sous-corticales comme la démence à corps de Lewy. Cette pathologie entraîne une altération des capacités notamment cognitives fluctuante au cours de la journée. La personne atteinte par ce type de démence présente des symptômes ressemblant à la maladie de Parkinson, mais également à la maladie d'Alzheimer²⁶.

Au sein des démences dégénératives, la plus répandue est la maladie d'Alzheimer. Les effets de ce type de démence varient selon chaque personne malade : parfois ces pathologies atteignent de façon globale les fonctions du malade, parfois une fonction est plus spécifiquement atteinte. La démence fronto-temporale, autre type de démence, est souvent confondue avec la maladie d'Alzheimer ou avec des troubles psychiatriques. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune et la plus connue des démences. Elle serait à l'origine de 60 à 70% des cas de démence²⁷. Selon l'INSERM²⁸, la prévalence de la maladie d'Alzheimer est de 0,5% avant 65 ans, et entre 2 et 4% après. Cependant, celle-ci augmente fortement avec l'âge (15% à 80 ans).

Afin de comprendre l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies neuro-dégénératives, dont le nombre augmentera en établissement, il est important d'évoquer les troubles associés à ces pathologies démentielles et dont souffrent les malades.

²⁵ INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, *Maladie de Parkinson*, [visité le 17 juillet 2014], disponible sur <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/maladie-de-parkinson>

²⁶ La maladie de Parkinson étant une démence sous-corticale et la maladie d'Alzheimer une démence corticale, selon la zone du cerveau touchée par les lésions.

²⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*

²⁸ INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, *op. cit.*

I.1.2 Les troubles associés, causes fréquentes de perte d'autonomie.

Comme pour les pathologies provoquant une démence, les troubles qui y sont liés sont très différents selon les personnes mais également selon les pathologies.

Des caractéristiques communes

Ces troubles ont, cependant, des caractéristiques communes²⁹ : ainsi ces symptômes sont fréquents lorsqu'une personne est touchée par une pathologie démentielle. Ces derniers indiquent une rupture avec le comportement antérieur de la personne. Ils fluctuent en intensité et/ou selon les périodes. Par exemple, la démence à corps de Lewy entraîne des altérations cognitives fluctuantes au cours de la journée avec une détérioration importante en fin de journée. Ces troubles sont également souvent associés et interdépendants. De ce fait, il est parfois difficile de discerner un trouble d'un autre ou du symptôme d'une autre pathologie. Enfin, ils peuvent avoir des conséquences sur l'adaptation des personnes atteintes à leur environnement ainsi qu'à leur accompagnement. Au début de la pathologie démentielle, des signes d'alerte comme des changements comportementaux ou psychologiques minimes peuvent être présents.

Le syndrome démentiel ou les troubles associés

Les troubles associés aux pathologies démentielles sont de différentes catégories ; ainsi on évoque sous le terme « syndrome démentiel », l'ensemble des symptômes présentés par une personne atteinte de pathologie démentielle. Ces différents symptômes apparaissent au cours de la maladie : une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, par exemple, sera atteinte, au début de la maladie, d'amnésie (mémoire immédiate touchée), de troubles des facultés de jugement et de raisonnement. Puis, une altération du langage, des facultés à réaliser des gestes élaborés, de l'orientation spatio-temporelle apparaîtront. Les troubles s'aggravant au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, ceux-ci entraînent une dégradation de l'état de santé général de la personne atteinte, notamment du fait des troubles de mastication et de déglutition mais également de la réduction de la capacité d'attention et de l'augmentation de l'agitation notamment au moment des repas. La personne perd alors progressivement son autonomie. Ainsi, la démence est une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde³⁰.

Nous pouvons évoquer ici quelques troubles intellectuels, psychologiques et comportementaux provoqués par des pathologies démentielles.

²⁹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *Recommandation de bonne pratique professionnelle : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, 44 p.

³⁰ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *op. cit.*

Les troubles cognitifs

Tout d'abord, les plus connus et les plus visibles pour le grand public, sont les troubles cognitifs. Ainsi, ils regroupent : une altération de la mémoire, une perturbation du langage, une diminution de la capacité à accomplir une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes (apraxie), une réduction de la faculté d'identifier ou de reconnaître des objets malgré des fonctions sensorielles elles aussi intactes (agnosie) et une perturbation des fonctions exécutives. Une ou plusieurs fonctions cognitives peuvent être touchées selon les personnes et les pathologies.

Les troubles psychologiques et comportementaux

Au niveau psychologique, ces troubles peuvent être les premiers symptômes visibles. Le plus souvent, le patient souffre de dépression, d'anxiété ou d'anxiété. Il peut également vivre des épisodes de confusion, voire dans certaines pathologies démentielles, des hallucinations ou des délires.

Ces troubles psychologiques sont souvent répertoriés dans les troubles du comportement. Ainsi l'International Psychogeriatric Association les a regroupés sous le terme de « symptômes psychologiques et comportementaux de la démence » (SPCD)³¹

La plupart de ces troubles est liée à un état d'anxiété de la personne, un sentiment d'insécurité³² dû, par exemple, à une désorientation spatio-temporelle ou à des troubles de la mémoire. Ces troubles peuvent être mal-compris par les soignants et/ou les familles, entraînant des attitudes inadaptées. En retour, la personne malade ne comprend pas ces attitudes aggravant ses troubles³³

Ces troubles du comportement sont nombreux. Il est possible de les classer selon 4 grandes catégories:

- les comportements excessifs comme la déambulation ;
- les comportements régressifs comme la dépression ou l'apathie ;
- les comportements violents tels que l'agressivité verbale ou physique ;
- les comportements inadaptés comme la désinhibition.

Une partie de ces troubles du comportement est nommée « troubles du comportement perturbateurs ». Ils sont régulièrement présents lors d'une pathologie neuro-dégénérative. Ainsi, selon la HAS³⁴, ce type de troubles touche environ 80% des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Ces troubles sont des « comportements, attitudes ou expressions

³¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *Argumentaire, Recommandation de bonne pratique professionnelle : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, 94 p.

³² TREPIED V., PIOU O., janvier 2011, *Maladie d'Alzheimer. Contexte, politique et enjeux sociaux*, CLEIRPPA, [visité le 10 mai 2014], disponible sur Internet : <http://www.cleirppa.fr/UserFiles/File/Fiche-Maladie+Alzheimer.pdf>

³³ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *op.cit.*

³⁴ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *op.cit.*

dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées ».

De fait, ces troubles ont des influences nombreuses à la fois sur la qualité de vie du malade, s'exposant à de multiples risques pour sa santé mais également pour sa sécurité. Ils retentissent également sur l'accompagnement en institution ainsi que sur la qualité de vie des aidants familiaux et professionnels. Les difficultés rencontrées en établissement lors de l'accompagnement de personnes atteintes de démence vont être analysées.

I.2 L'accompagnement des personnes atteintes de pathologies démentielles dégénératives en EHPAD

Les symptômes des pathologies démentielles sont nombreux et variables selon les personnes atteintes, la maladie ainsi que son stade d'évolution. Ces troubles impactent tant la personne que son entourage : les conséquences de ces troubles seront discutées tout d'abord (1) puis une approche des différentes thérapies possibles sera réalisée (2).

I.2.1 Les difficultés en établissement pour le résident ainsi que pour sa famille et le personnel.

Avec la description des différents troubles pouvant être subis par une personne atteinte de démence dégénérative, il est important de constater la nécessité, d'une part, du diagnostic de la pathologie, et, d'autre part, du repérage et de l'évaluation des symptômes psychologiques et comportementaux. Différents outils de repérage sont décrits au sein de la recommandation de la HAS de 2009³⁵. Ces différents troubles et symptômes entraînent des conséquences pour la personne malade ainsi que pour ses proches et les professionnels l'entourant.

Les retentissements pour la personne en établissement.

Ces troubles entraînent des conséquences sur la qualité de vie du résident. D'un point de vue fonctionnel, le résident peut subir une perte d'autonomie, une difficulté d'adaptation à son environnement, une dégradation de son état de santé, de sa sécurité ainsi qu'une diminution de ses capacités relationnelles.

La difficulté d'adaptation à l'environnement subie par le résident peut être renforcée par son institutionnalisation. Souffrir d'une démence accroît le risque pour une personne d'être institutionnalisée. Ainsi, elle perd ses repères et doit s'adapter à une nouvelle organisation (vie en collectivité, horaires de repas, de lever, de coucher, etc).

Parmi les troubles d'agitation pathologique, la déambulation est l'un des principaux troubles du comportement subis par une personne atteinte de démence dégénérative³⁶. Plusieurs modalités de déambulation existent : errance sans but, comportement exploratoire, fuite, déambulation-promenade, marche rapide, compulsive ou syndrome de Godot (le résident suivant continuellement une personne dans tous ses déplacements). Ces déplacements incessants ont, tout d'abord, un impact sur l'état de santé de la personne malade : fatigue, hausse de la dépense énergétique, des difficultés de concentration notamment pendant les repas, augmentant le risque de dénutrition et de

³⁵ *Ibid.*

³⁶ PHANEUF M., BAL-CRAQUIN M-T, *op.cit.*

déshydratation³⁷. De plus, ces errances pouvant s'accompagner de fugue, le résident met alors sa propre sécurité en danger. C'est pourquoi, de nombreux établissements mettent en place des dispositifs afin de limiter les risques de fugue. Ainsi, l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer³⁸ montre que 90% des EHPAD questionnés (3348 publics, privés non lucratifs et commerciaux) ont mis en place des limitations à la sortie de l'établissement. 55% ont recours à des restrictions à la circulation à l'intérieur même de l'établissement et 52% imposent des limites à l'utilisation des espaces extérieurs par leurs résidents. Ces restrictions à la liberté d'aller et venir posent question. Certes, le résident atteint de démence dégénérative met sa sécurité en danger par ses fugues. Cependant tout individu a le droit à sa liberté. Les démences dégénératives et leurs troubles imposent aux établissements une réflexion éthique sur la liberté et la sûreté des résidents accueillis, deux valeurs fondamentales prônées par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, signée le 4 novembre 1950 et entrée en vigueur le 3 septembre 1953.

De même, l'usage de contention pose également cette question du bénéfice-risque et de l'équilibre à trouver entre sécurité et liberté. L'étude de l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer précédemment citée indique que 76% des EHPAD ayant répondu ont recours à la contention. Cette proportion peut sembler importante, cependant seuls 2% des établissements ayant répondu à cette étude l'utilise de façon fréquente ou systématique. Il est important de rappeler que toute forme de contention doit être prescrite par un médecin et réévaluée régulièrement.

Ces troubles ont ainsi une conséquence sur la sécurité du résident mais également sur sa liberté, du fait des dispositifs mis en place pour prévenir les mises en danger.

Les retentissements pour les proches

Les symptômes démentiels ont également des répercussions sur les proches des personnes atteintes. Souvent, le malade est resté au domicile accompagné très longtemps d'un aidant familial ; l'institutionnalisation arrive fréquemment lorsque l'aidant s'est épuisé, les troubles ayant des conséquences sur la qualité de vie ainsi que sur l'état de santé physique et psychique de celui-ci. La HAS note ainsi, dans son argumentaire, que ce type de situation peut augmenter les vulnérabilités préexistantes, ainsi que les risques d'accidents vasculaires-cérébraux³⁹. L'état psychologique de l'aidant peut également être affecté : hausse de l'anxiété, du stress ou de l'humeur dépressive.

³⁷ PHANEUF M., BAL-CRAQUIN M-T, *op.cit.*

³⁸ BATTISTA E, 8 juillet 2013, « Entre 2009 et 2012, les Ehpads ont accompli des efforts pour respecter les droits des résidents », *Hospimedia.fr*, [en ligne] [5 mai 2014], disponible sur : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20130708-ethique-entre-2009-et-2012-les-ehpad-ont>

³⁹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *op.cit.*

Les retentissements pour les professionnels

Tout comme les proches, les professionnels prenant en charge des résidents atteints de démence subissent des répercussions sur leur état de santé physique et psychique. Ces difficultés doivent être connues par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Ainsi, ces risques dits professionnels doivent être retranscrits au sein du document unique d'évaluation des risques professionnels⁴⁰, sous la responsabilité du directeur. Ces difficultés rencontrées face à des personnes atteintes de dégénérescence cognitive sont à la base des risques psycho-sociaux : agressivité verbale, anxiété, stress, fatigue,...

Les professionnels subissent également une charge de travail plus importante. De fait, les résidents désorientés se trouvant plus régulièrement dans des situations dangereuses par rapport aux autres résidents, les professionnels doivent renforcer leur vigilance à leur égard à tout moment de la journée pour écarter les risques de fugues, chutes, déshydratation, dénutrition, etc.

Le soignant doit également faire face à des situations de refus de soins ou d'alimentation. Ainsi, la HAS⁴¹ évoque les périodes les plus à risques de tensions entre le résident et les intervenants et pouvant favoriser voire aggraver les troubles psychologiques et comportementaux. Ces situations sont celles qui touchent à l'intimité de la personne, à sa vie privée, tels les toilettes, les repas, les séances d'habillage ou de déshabillage.

Pour faire face à ces difficultés, il est important que les professionnels soient formés, tout d'abord, aux pathologies mais aussi aux troubles qui y sont liés, afin de pouvoir y faire face⁴². Par la mesure n°20 du Plan Alzheimer 2008-2012, le Gouvernement de l'époque a ainsi voulu introduire un Plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer. Ainsi, le diplôme d'assistant de soins en gérontologie (ASG) a été créé en septembre 2010.

Ce nouveau type de professionnels est plus spécifiquement formé aux pathologies démentielles et aux troubles qui y sont associés. Ils ont vocation à travailler dans les unités dites dédiées aux personnes désorientées, telles que l'unité des Phares de l'EHPAD de Quiberon, des Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) ou des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) comme au Centre Gérontologique des Abondances à Boulogne-Billancourt (92)⁴³.

⁴⁰ Articles L.421-1, 421-2 et 421-3 du Code du travail

⁴¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *op.cit.*

⁴² Des séances de formation se développent également envers les aidants familiaux. Ainsi, à l'EHPAD de Quiberon, le jeudi 22 mai 2014, le médecin coordonnateur, la cadre de santé ainsi que la psychologue ont proposé aux familles une réunion d'information ayant pour thème « Accompagner un proche atteint d'une démence. ».

⁴³ Ces deux dispositifs ont été institués par la mesure n°16 du Plan Alzheimer 2008-2012. Le PASA est un pôle « *de soins et d'activités adaptés [...] proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé* ». Les UHR sont réservés aux « *patients ayant des troubles très importants du comportement* », accueillis nuit et jour, sous forme de petite unité

Anne-Lise COME - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2014

Face à ces troubles psychologiques et comportementaux, les professionnels mettent en place des thérapies, des accompagnements, tels que définis dans le projet de vie de la personne accompagnée. Afin que ces différents types d'accompagnement et que le projet de vie de la personne soient le plus adaptés, il est indispensable, comme le note la HAS, de réévaluer régulièrement les troubles, leur évolution ainsi que leurs conséquences⁴⁴.

I.2.2 Les thérapies pouvant être mises en place pour améliorer la qualité de vie des personnes désorientées.

Aucun traitement n'existe afin de guérir les pathologies démentielles. Cependant, des thérapies peuvent être mises en place par les professionnels afin de réduire les symptômes démentiels et de prévenir l'évolution des troubles. Différents types de thérapies existent : thérapie médicamenteuse, intervention non-médicamenteuse, philosophie d'accompagnement. Sans prétendre à l'exhaustivité des thérapies existantes, ce paragraphe permet de mettre en évidence l'intérêt pour les professionnels soignants mais également pour les directeurs d'établissement, d'une réflexion sur l'accompagnement des personnes souffrant de démence et des différents outils pour en améliorer la qualité.

Les thérapies médicamenteuses

Aujourd'hui, en France, seuls 4 types de médicaments sont autorisés concernant la maladie d'Alzheimer, l'une des principales pathologies démentielles⁴⁵. Ces traitements n'agissent que sur les symptômes des démences dégénératives. Ces médicaments ne peuvent être utilisés lorsque les troubles sont d'origine somatique ou iatrogène. La recommandation de bonnes pratiques de la HAS⁴⁶ indique que les traitements psychotropes (anxiolytique, neuroleptique, etc) doivent être utilisés uniquement lorsque les techniques de soins sont d'efficacité insuffisante ; une évaluation préalable des troubles et de l'état de santé de la personne est indispensable. Ces traitements sont utilisés en cas d'opposition, de cris ou de déambulation ou de signes psychotiques, agitation ou agressivité en découlant.

Plus d'un tiers des résidents en établissements médicalisés pour personnes âgées sont sous traitement neuroleptique révèle un article du Dr Cohen⁴⁷. Et ce sont souvent des personnes atteintes d'une pathologie démentielle. Dans ce même article, il évoque une

de 12 résidents. Le cahier des charges des PASA et UHR se situe à l'annexe VIII de la circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

⁴⁴ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *op.cit.*

⁴⁵ TREPIED V., PIOU O., *op.cit.*

⁴⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2013, *Maladie d'Alzheimer. Les neuroleptiques. Quelle place dans les troubles du comportement, Programme AMI Alzheimer : Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des neuroleptiques (NL) dans la maladie d'Alzheimer*, 2 p.

⁴⁷ COHEN Dr A., *op. cit.*

méta-analyse qui démontre que l'usage de ce type de médicament augmente de 60 à 70% la mortalité du patient. Ainsi, les effets indésirables de ce type de médicament sont nombreux : risque plus élevé de décès et d'accident vasculaire cérébral⁴⁸. De plus, il accroît la perte d'équilibre et donc le risque de chute. Ces nombreux inconvénients empêchent ainsi l'augmentation des doses prescrites⁴⁹. L'utilisation des thérapies médicamenteuses doit se faire dans le cadre d'une prise en charge globale du résident, prenant en compte le bénéfice/risque de chaque médicament dans le respect des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM).

De même que les thérapies médicamenteuses doivent être évaluées régulièrement et ne doivent pas être utilisées en première intention, la contention physique doit également l'être. Par ailleurs, la contention physique doit obligatoirement être prescrite médicalement.

Différents types de contention physique existent ; les plus fréquemment employés sont le fauteuil coquille avec harnais, la ceinture pelvienne, la tablette, les barrières de lit⁵⁰.

Ces deux types de thérapies, la contention et les médicaments, doivent être utilisés en complément ou, en tout cas, en dernière intention lorsque les thérapies non-médicamenteuses ainsi que les philosophies d'accompagnement restent sans efficacité.

Les attitudes de soins et de communication

Les thérapies non-médicamenteuses qui seront par la suite évoquées, doivent s'appuyer sur des « savoir-faire » et des « savoir-être » partagés par l'ensemble des professionnels exerçant autour des résidents atteints de dégénérescence cognitive. Afin d'obtenir cette culture commune, il semble indispensable que la direction impulse un projet fort de l'établissement qui soit au service des projets individualisés des résidents. « *...aucune approche psychosociale, aussi pertinente soit-elle ne saurait exonérer une direction, un service, une institution d'un travail d'élaboration d'un projet institutionnel, d'un réel management des professionnels, d'une réflexion sur les valeurs à partager entre les différents acteurs*⁵¹ ».

Ce projet institutionnel peut se décliner via la formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement à une culture commune telle que, par exemple, la bientraitance. La bientraitance est une culture partagée par l'ensemble du personnel sur le respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité. Cela vise à promouvoir le

⁴⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2013, *op.cit.*

⁴⁹ TREPIED V., PIOU O., *op.cit.*

⁵⁰ BATTISTA E., *op.cit.*

⁵¹ GUISSSET MARTINEZ M-J., *Les approches non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer : bilan d'évaluations, projets innovants à l'international* in INSTITUT GINESTE MARESCOTTI, 2008, « Actes du colloque international "Approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer". », *La Revue de Gériatrie*, vol. n°33, n°6 Suppl., 36 p.

bien-être de l'usager⁵². La HAS évoque dans son aide mémoire sur les thérapies non-médicamenteuses⁵³, les attitudes de soin et de communication essentielles dans l'accompagnement global d'une personne atteinte de démence. Elles entrent dans le cadre du *care*, c'est-à-dire « *toutes les interventions de support visant à assurer le confort du malade* » ; cela est à mettre en parallèle avec la seconde signification du verbe « soigner » dans les pays anglo-saxons, le *cure*, c'est-à-dire « *les soins curatifs avec un objectif de guérison* ». Le *care* permet de mettre en place une démarche de soins globale, centrée autour de la personne⁵⁴. Ces attitudes de soins et de communication doivent permettre ainsi une réflexion plus globale au sein de l'équipe soignante.

D'autres philosophies ou cultures d'accompagnement se sont développées récemment. Ne pouvant ici réaliser une liste exhaustive de l'ensemble des philosophies d'accompagnement existantes, l'une des plus connues en France sera ici présentée : l'Humanitude développée par Yves Gineste et Rosette Marescotti. L'Humanitude⁵⁵ a été créée par F. Klopfenstein, puis popularisée et définie par Albert Jacquard en 1987⁵⁶ comme suit : « *[/]es cadeaux que les humains se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils se font encore en un enrichissement sans limite* ». Le Docteur Lucien Mias a appliqué ce concept aux personnes âgées, repris ensuite par Y.Gineste et R.Marescotti. Ce concept est ainsi devenu une philosophie et une méthode d'accompagnement envers les personnes âgées. Ces deux auteurs définissent ainsi le concept d'Humanitude : « *l'ensemble des particularités qui permettent à l'homme de se reconnaître dans son espèce, l'humanité... et de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité* ⁵⁷ ».

⁵² AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, janvier 2008, *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 47 p.

⁵³ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, *Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement. Programme AMI Alzheimer : Alerte et Maîtrise de la latrogénie des neuroleptiques (NL) dans la maladie d'Alzheimer*, 2 p.

⁵⁴ LUQUEL L., septembre 2008, « La méthodologie de soin Gineste-Marescotti dite « Humanitude », expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer », *Gérontologie et société*, n°126, p.165-177

⁵⁵ GINESTE Y., MARESCOTTI R., PELLISSIER J., septembre 2013, « L'Humanitude dans les soins », *Recherche en soins infirmiers*, n°94, p.42-55

⁵⁶ Cité dans PHANEUF M., BAL-CRAQUIN M-T, 2007, *op.cit.*

⁵⁷ Cité dans *ibid.*

Les thérapies non-médicamenteuses

La HAS indique, dans sa recommandation de bonnes pratiques sur la prise en charge des troubles du comportement⁵⁸, les objectifs des thérapies non-médicamenteuses :

- « -améliorer les fonctions cognitives, l'humeur, les troubles du comportement ;
- réduire le stress lié à la maladie et les causes du stress ;
- préserver le plus longtemps possible l'autonomie fonctionnelle (se nourrir, se laver) ;
- préserver le plus longtemps possible les liens et les échanges sociaux ;
- maintenir et améliorer la qualité de vie ;
- retarder le passage en institution ;
- aider, soulager et préserver la santé mentale et physique des aidants. »

La HAS recommande ces thérapies en première intention pour le traitement des troubles du comportement en situation de crise. Elles sont également indiquées afin de réduire la fréquence et l'intensité de ces troubles.

Leur efficacité est, cependant, variable, comme le rappelle P. Verger⁵⁹. Peu d'études existent mais certaines montrent que les effets de ce type de thérapies durent le temps de la session puis s'estompent. Elles doivent donc être régulièrement répétées, afin d'apporter une certaine efficacité. Il semble, également, que ces interventions doivent être réalisées par des professionnels formés tant en formation initiale que continue, basées sur des études nombreuses et précises, comme l'indique le professeur Jean-Luc Novella⁶⁰, président du Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS : « *les thérapies non pharmacologiques sont très largement appliquées pour des patients vivant à domicile ou en institution, dans les consultations mémoire, les accueils de jour, les établissements d'hébergement pour personnes âgées, mais il n'existe cependant que peu de preuves de leur efficacité à court et moyen terme. Ainsi, ce type de prise en charge est probablement utilisé d'une manière mal adaptée, compte tenu de l'insuffisance des données et procédures précises.* »

Cependant, avec les visites d'établissement réalisées, on peut constater l'intérêt des interventions non-médicamenteuses, et notamment des interventions de stimulation cognitive et d'activités physiques. Ainsi, dans sa thèse de doctorat⁶¹, E. Lapre note

⁵⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *Recommandation de bonne pratique professionnelle : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, 44 p.

⁵⁹ VERGER P., *op.cit.*

⁶⁰ Cité dans VERGER P., septembre 2013, *op.cit.*

⁶¹ LAPRE E., 2010, *Maladie d'Alzheimer et thérapies non médicamenteuses : évaluation de la stimulation cognitive et de l'activité physique sur le fonctionnement exécutif*, Thèse pour le Doctorat en Sciences Humaines et Sociales option : Psychologie, Université de Bordeaux 2, 282 p.

l'intérêt de ces deux types de programme isolément et conjointement mis en œuvre sur le fonctionnement cognitif et exécutif de la personne.

- La stimulation cognitive

Les interventions de type cognitif agissent, pour certaines, par le biais d'un travail de la mémoire : ainsi les ateliers mémoire consistent à répéter des actions ou des processus cognitifs. Ces ateliers peuvent se faire de façon collective ou individuelle. La revalidation cognitive cherche, quant à elle, à développer les capacités cognitives résiduelles afin de permettre à la personne de réaliser de nouveau certaines tâches.

- La stimulation psycho-sociale

Dans ce type d'interventions, on trouve les thérapies par réminiscence ou par Validation. Il peut également s'agir d'ateliers, de groupes de paroles comme à l'accueil de jour Augustin-Azémi, Centre communal d'action sociale d'Evreux (27)⁶². La Validation, développée par Naomi Feil⁶³, est une approche de communication. Elle permet de « retrouver la personne en perte d'autonomie sur le plan cognitif dans sa logique personnelle et de la suivre dans sa fantaisie évocatrice du passé. [Elle] vise de ce fait à la reconnaître dans sa dignité comme être humain valable et capable d'être compris, de la soutenir dans sa volonté d'expression et de l'assister dans son évolution au cours de cette dernière étape de sa vie⁶⁴ ». Trois moyens d'application de cette méthode existent : la relation d'aide, la théorie d'Erickson (une théorie fondée sur les étapes de croissance de l'homme) et les interventions propres à la Validation. Les interventions de type réminiscence⁶⁵ utilisent l'évocation des souvenirs de la personne, afin d'agir sur son comportement (améliorer le bien-être, le lien social et réduire l'angoisse, le stress qui favorisent les troubles du comportement).

- La stimulation sensorielle

Les thérapies dites sensorielles sont très nombreuses et interviennent dans différents domaines. Ainsi, nous pouvons citer la musicothérapie⁶⁶, l'art-thérapie, la luminothérapie, l'aromathérapie. La stimulation peut également être multi-sensorielle, combinant la luminothérapie, l'aromathérapie, etc. Les cinq sens sont alors stimulés. Ce type d'intervention est connu sous le nom de « Snoezelen ». Au sein de l'unité des Phares à

⁶² FOUASSIER D., GARCIA SUAREZ F., HAMON C. et al., mars/avril 2014, « Groupe de parole pour patients Alzheimer en accueil de jour », *Soins gérontologie* n°106, p.18-22

⁶³ MOBIQUAL, 2012, fiche pratique, La Validation : une pratique quotidienne, 6 p.

⁶⁴ Cité dans PHANEUF M., BAL-CRAQUIN M-T, 2007, *op.cit.*

⁶⁵ MOBIQUAL, 2012, fiche pratique : La réminiscence en pratique, 2 p.

⁶⁶ Nous citerons concernant la musicothérapie, l'article de *Soins en Gérontologie* d'Emilie TROMEUR qui y indique les effets de ce type de stimulation sensorielle. Pour plus de détails : TROMEUR E., mai/juin 2014, « Musicothérapie réceptive et maladie d'Alzheimer », *Soins gérontologie*, n°107, p.16-18

l'EHPAD de Quiberon, une salle Snoezelen existe. Ce concept a été développé dans les années 1970 par deux Hollandais (A. Verhuel et J. Hulsegge). Le terme « Snoezelen » provient de la contraction de Snueffelen (renifler, sentir) et de doezelen (sommoler), ce qui pourrait signifier l'exploration des sens, la détente et le plaisir⁶⁷. Cette salle est utilisée par les résidents avec des professionnels de l'unité, formés à l'usage de ce type d'interventions. En période de crise, cela permet d'atténuer les troubles et ainsi d'améliorer le bien-être de la personne.

- La stimulation de l'activité motrice

Les bienfaits de la stimulation de l'activité motrice sont développés dans différents rapports et études.

Ainsi, l'étude de l'Observatoire Régionale de la Santé (ORS) de Bretagne⁶⁸ montre que cela apporte des bénéfices dans trois domaines. Tout d'abord, ce type d'activité permet de favoriser les relations sociales des résidents entre eux. Ensuite, cela permet d'améliorer le bien-être psychologique. Enfin, les capacités fonctionnelles de la personne âgée sont améliorées : augmentation de la masse musculaire, amélioration de l'équilibre, de la capacité à se déplacer et à réaliser des actes de la vie quotidienne. De fait, cela permet de réduire le risque de chute ainsi que les besoins en kinésithérapie. Ce dernier point n'est pas à négliger, le coût des interventions kinésithérapeutes étant intégré au forfait de soins global, comme à l'EHPAD de Quiberon. Michel Barbé, directeur de l'EHPAD « Les Jardins du Castel » à Chateaugiron (35) indique ainsi : « *Dans les EHPAD, on a tendance à beaucoup faire appel à la kinésithérapie pour tout et pour rien, comme de la marche dans le jardin. L'activité physique régulière, même si elle ne se substitue pas à ce soin, peut pour certaines personnes améliorer des déficiences et diminuer les frais de kiné* »⁶⁹.

L'EHPAD de Chateaugiron a mis en place un PASS (Parcours d'Activité Santé Seniors), selon le cahier des charges⁷⁰ développé par la Préfecture, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail (CARSAT) de Bretagne.

⁶⁷ EHPAD LA ROSE DES VENTS, *Ehpad de Quiberon*, [visité le 28 juillet 2014], disponible sur Internet : <http://maison-de-retraite-de-quiberon.fr/>

⁶⁸ VERGNIORY S., GAUTIER E., BOMPAYS S. et al., « *Evaluation de l'expérimentation « généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », Observatoire Régional de la Santé Bretagne, mars 2012, 220 p.

On peut également ici citer une étude sur les activités de Siel Bleu (Sport, initiative et loisirs), exposée dans cet article : WATREMETZ L., 17 avril 2014, « Une étude sur un an des activités Siel Bleu dans trois Ehpad montre des gains physiques notables », *Hospimedia*, [visité le 18 avril 2014], disponible sur Internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20140417-offre-de-soins-une-etude-sur-un-an>

⁶⁹ MARIE J., Juin-juillet 2014, « Les activités physiques en EHPAD », *Animagine*, n°85, p.6-13

⁷⁰ PREFET DE LA REGION BRETAGNE, DRJSCS BRETAGNE, ARS BRETAGNE, CARSAT BRETAGNE, 2012, *Appel à candidatures « Parcours d'activités santé seniors » (PASS)*, 7 p.

Ce projet a pour but de développer, en Bretagne, « *l'organisation et la structuration d'une offre d'activités physiques et sportives adaptées aux personnes âgées hébergées en établissement, pour favoriser le maintien de leur autonomie* ». Ce type de dispositif comprend différentes sortes d'agrès adaptés pour l'activité physique et sportive des personnes âgées. Selon le cahier des charges, un éducateur sportif doit réaliser au minimum trois interventions de deux heures par semaine au sein de l'établissement.

- *La stimulation par l'environnement*

Enfin, il semble essentiel de prendre en compte l'environnement de la personne atteinte de dégénérescence cognitive de façon globale : l'intérieur de l'établissement (couloir, chambre, salle à manger, etc) ainsi que les espaces extérieurs. Afin, par exemple, de réduire les risques liés à la déambulation, l'architecture intérieure peut être adaptée : unité sécurisée, espace de déambulation lui aussi sécurisé, mobilier adapté, environnement convivial, stimulant⁷¹. Il est également possible de travailler sur les barrières subjectives, les jeux d'ombre et de lumière afin de limiter la déambulation à des zones sécurisées. L'ANESM recommande également de travailler sur les espaces extérieurs, zones qui sont souvent peu autorisées aux résidents désorientés⁷². Ainsi, nous verrons comment adapter ces espaces extérieurs pour les personnes atteintes de pathologies démentielles, afin également d'y réaliser des thérapies non-médicamenteuses.

⁷¹ STRUBEL Dr D., mars 2014, « La déambulation en institution. Comment la prendre en charge ? », *Repères en gériatrie*, vol.16 n° 132, p.51-54

⁷² Cf I-2-1 de ce document.

Titre II. Des espaces extérieurs adaptés pour les personnes atteintes de démence dégénérative.

Au XIXème siècle et au début du XXème siècle, différents professionnels de santé avaient noté l'importance de la végétation, du soleil et de l'air frais dans la prise en soins des personnes. Cependant, au milieu du XXème siècle, l'accès à la nature ainsi que sa valeur thérapeutique ont disparu des établissements de santé, du fait du coût des terrains, des contraintes architecturales ainsi que des demandes importantes de stationnement. On note pourtant, depuis les années 1990, un retour de l'utilisation et de l'aménagement des espaces extérieurs dans les établissements de soins, tout d'abord dans les pays anglo-saxons⁷³, puis en France.

Cette partie sera ainsi axée sur la mise en œuvre d'espaces extérieurs adaptés pour les personnes âgées atteintes de pathologies démentielles suivant des recommandations (1), émises à partir notamment d'études, de retours d'expériences, de visites d'établissements ainsi qu'à partir de la réflexion qui s'est déroulée à l'EHPAD de Quiberon. Les risques et obstacles pouvant être rencontrés dans ce type de projet seront abordés dans une seconde partie (2), en même temps que les solutions pouvant être apportées.

II.1 Quelques recommandations pour des jardins adaptés.

Les espaces extérieurs dans un établissement médico-social accueillant des personnes âgées dépendantes, notamment des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, doivent répondre à des besoins spécifiques. Ces besoins sont décrits au sein de l'ouvrage de S. ROGER et O. PIOU *Accompagnement et cadre de vie en établissement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres causes de dépendances : guide pratique : éléments de projet d'établissement et de projet architectural*⁷⁴. Ainsi, ces espaces doivent permettre aux résidents d'en percevoir leurs limites, de pouvoir sortir et ainsi avoir un contact avec l'environnement extérieur. Ils doivent également stimuler les capacités et les sens, tout en assurant la sécurité des résidents. Aménager des espaces extérieurs permet ainsi aux résidents de se promener et de déambuler à l'extérieur du bâtiment, tout en étant en sécurité.

⁷³ COOPER MARCUS C., « Gardens and health », World Congress of Design and Health, 2000

⁷⁴ ROGER S., PIOU O., 2012, *Accompagnement et cadre de vie en établissement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres causes de dépendances : guide pratique : éléments de projet d'établissement et de projet architectural*. Rennes : Presses de l'EHESP, 175 p.

Quelques recommandations pour adapter au mieux les espaces extérieurs seront ici être développées. Tout d'abord, les aménagements préconisés seront décrits (1), ceux-ci permettant de développer différents types d'activités notamment de stimulation cognitive et physique (2), respectant ainsi les différents besoins décrits précédemment.

II.1.1 Des aménagements utiles...

Afin d'agencer de manière utile les espaces extérieurs, il convient tout d'abord de réfléchir à leur accessibilité. Ces espaces doivent également être attractifs pour les résidents, leurs proches et le personnel. Enfin, ils doivent être réfléchis de façon pluri-professionnelle pour une meilleure adhésion du personnel au projet.

Des espaces extérieurs accessibles

L'ANESM, dans sa recommandation de bonnes pratiques concernant la qualité de vie en EHPAD⁷⁵, indique que les espaces extérieurs de ces établissements participent à la qualité de vie des résidents accueillis ; ainsi, ils peuvent procurer du bien-être, permettre des activités différentes, etc. Il a pu être vu précédemment que le nonaccès aux espaces extérieurs⁷⁶ est régulièrement un point d'insatisfaction de la part des résidents, ce qui montre bien l'importance de ces espaces dans la qualité de leur accompagnement.

Il est donc important lors de la construction d'un EHPAD de réfléchir aux espaces intérieurs et extérieurs, et notamment aux connexions entre ces différents espaces. Franchir le seuil d'une porte, parfois lourde, pour accéder à l'extérieur peut être une limitation à l'accessibilité, d'autant plus lorsque le résident subit des déficiences cognitives. La facilité d'accès doit donc être recherchée au maximum⁷⁷, la possibilité d'un libre accès à l'extérieur pouvant permettre de réduire l'agitation de personnes atteintes par exemple de la maladie d'Alzheimer⁷⁸.

L'accessibilité à l'intérieur même des espaces extérieurs doit également être pensée. Les axes de circulation doivent être suffisamment larges afin de permettre l'accès à des personnes à mobilité réduite. Ils doivent également être stables, les personnes atteintes

⁷⁵ AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, 2011, *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, 64 p. p. 36-37

⁷⁶ Cf I-2-1 sur l'étude de l'Observation de la Fondation Médéric Alzheimer et le pourcentage d'établissements ayant mis en place des restrictions à l'accès aux espaces extérieurs pour leurs résidents.

⁷⁷ BENGTSOON A., CARLSSON G., 2006, « Outdoor Environments at Three Nursing Homes: Focus Group Interviews with Staff », *Journal of Housing for the Elderly*, vol. 19, p.49-69

⁷⁸ RIVASSEAU-JONVEAUX T., POP A., FESCHAREK R. et al., septembre 2012, « Les jardins thérapeutiques : recommandations et critères de conception », *Geriatr Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, vol.10 n°3, p.245-253, [en ligne] [3 février 2014]., disponible sur Internet : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/gpn/e-docs/00/04/79/95/resume.phtml>

de pathologies démentielles souffrant régulièrement de perte d'équilibre. Ces chemins de circulation doivent également apporter un sentiment de sécurité aux résidents : chemin circulaire, visibilité permanente depuis l'établissement, ...

Enfin, l'accessibilité comprend également la signalétique. Afin de permettre aux résidents d'utiliser ces espaces extérieurs, accessibles et aménagés, il est important que ceux-ci soient connus ou, pour les personnes atteintes de déficience cognitive, indiqués. Les indications doivent être claires ; pour cela, l'utilisation de pictogrammes compréhensibles par tous peut être privilégiée. De même, afin d'assurer un sentiment de sécurité aux résidents qui souhaiteraient se promener dans le jardin, des indications doivent également y être présentes, ceci permettant de retourner facilement à l'intérieur de l'établissement.

Lors de la réflexion sur l'aménagement des espaces extérieurs à l'EHPAD de Quiberon, il a pu être constaté que ces zones étaient peu utilisées du fait de difficultés d'accès : la porte pour sortir dans le jardin est lourde et une petite dénivellation rend difficile le passage de fauteuils roulants. Au sein des patios, des risques de chute existent du fait de luminaires sortant du sol ou du dénivellement entre le dallage et les plantations.

Des espaces extérieurs attractifs

La qualité de vie en EHPAD passe par des espaces extérieurs accessibles mais également aménagés. A l'EHPAD La Rose des Vents, il a été montré qu'une certaine insatisfaction des résidents et des familles est ressortie vis-à-vis des espaces extérieurs. Ainsi, seulement 59% des résidents et 53% des familles (ayant répondu au questionnaire de satisfaction de 2013) se disaient satisfaits de ces espaces. Ces chiffres sont à mettre en parallèle avec ceux vis-à-vis des locaux et notamment des chambres : 80% des résidents et 84% des familles ayant affirmé leur satisfaction. Le projet d'aménagement des espaces extérieurs, mené à La Rose des Vents, entend ainsi répondre à une demande des résidents, des familles mais également des professionnels de l'établissement. Les zones à l'extérieur sont nombreuses dans cet établissement, et bénéficient d'une situation géographique exceptionnelle. Cependant, aucun aménagement réel n'a véritablement été réalisé. Ainsi, le projet entend rendre ces espaces attractifs pour les résidents et leurs familles par des agencements adaptés.

Une certaine esthétique doit être recherchée afin d'attirer le regard du résident, notamment celui atteint de déficiences cognitives. Cependant, un jardin dédié à ces résidents doit être réfléchi dans une optique plus large que la simple décoration. Ainsi, lors d'une visite d'un EHPAD, il a pu être constaté qu'un jardin pensé uniquement de façon esthétique est finalement peu utilisé par les résidents. Ce jardin, (trop) grand, avec des axes de circulation très longs, n'incite pas les personnes accueillies à s'y promener. Pour des résidents atteints de pathologies démentielles, il est intéressant de réfléchir à

des jardins de taille réduite puisqu'ils ne perçoivent pas la distance de la même façon qu'une personne aux capacités cognitives intactes (et cela varie selon les pathologies). Ainsi, certains résidents déambuleront beaucoup, dans l'ensemble du jardin, tandis que d'autres ne s'éloigneront que peu de la porte de l'établissement⁷⁹. Un jardin thérapeutique peut être, en quelque sorte, un cocon pour le résident, et donc de taille réduite, tel que le jardin thérapeutique de l'EHPAD de Guer (56).

Afin d'éviter cet écueil, le jardin à l'arrière du bâtiment de l'EHPAD de Quiberon est ainsi réfléchi pour mettre en éveil l'ensemble des sens des résidents s'y promenant⁸⁰, autour d'une boucle de déambulation assez courte. Les fleurs et plantes aux couleurs variées sont ainsi privilégiées, dans le « Jardin des couleurs », mettant en œuvre le sens visuel. Des plantes aux odeurs nombreuses sont également mises en place pour le sens olfactif. Enfin, le sens tactile est stimulé par les plantes à toucher, comme des plantes cotonneuses. Le sens auditif est également mis à contribution, par les bruits de la nature (oiseaux, mer toute proche) entourant le résident dans le jardin. Des cabanes à oiseaux seront également mises en place dans les conifères.

Enfin, les espaces extérieurs peuvent être attractifs par leur côté familier, évoquant des souvenirs aux résidents s'y promenant : les plantes, les sons, les odeurs. Il est ainsi important de connaître l'histoire des résidents accueillis au sein de l'établissement. Cela permet de réaliser un jardin dont les agencements et les plantations seront perçus comme familiers pour le résident qui y accédera plus facilement.

Des espaces réfléchis ensemble

Afin de mettre en œuvre un tel projet d'aménagement, répondant aux besoins des résidents, et notamment ceux atteints de pathologies démentielles, le directeur d'un EHPAD doit s'entourer de personnes intervenant au sein de l'établissement (connaissant donc les résidents ainsi que les espaces) mais également de personnes extérieures, permettant d'apporter une expertise dans ce domaine. Pour un tel projet, le directeur peut demander l'intervention d'un maître d'œuvre, spécialisé dans ce domaine tel qu'un architecte paysagiste ou paysagiste concepteur⁸¹. Il est important de connaître ses réalisations. Le choix de l'EHPAD de Quiberon s'est, de fait, porté sur une architecte paysagiste, ayant déjà réalisé des jardins thérapeutiques, des parcours d'activités santé seniors ou d'autres aménagements dans des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Avant de débiter la réflexion autour de ces espaces et notamment du jardin à l'arrière accessible par l'unité des Phares, des questionnaires ont été diffusés auprès des familles

⁷⁹ BENGTTSSON A., CARLSSON G., *op. cit.*

⁸⁰ Cf Plan du projet d'aménagement du jardin sensoriel en annexe VIII

⁸¹ JARDINS D'ANNE A., *Jardins d'Anne A. Paysagiste conseil*, [visité le 7 février 2014], disponible sur : <http://www.jardinsdanna.fr/>

(6 réponses), des professionnels de l'établissement (7 réponses) et des entretiens ont été menés auprès de 8 résidents (dont la présidente du Conseil de la Vie Sociale et un membre du Conseil d'Administration de l'établissement). Ces travaux préliminaires, complétés par des visites d'établissement, ont permis au groupe de travail de définir les besoins concernant les espaces extérieurs. Ce travail pluridisciplinaire⁸², utilisé par l'architecte paysagiste lors de la réalisation des plans, permet d'obtenir un projet complet, respectant les besoins de chacun, tout en prenant en compte les limites perçues par chaque profession. Cette réflexion a ainsi permis de définir des objectifs pour chaque espace, tout en les priorisant.

Le tableau présenté ci-dessous reprend les différents objectifs pour chaque espace inclus dans le projet d'aménagement des espaces extérieurs de l'EHPAD de Quiberon.

Ils ont été définis lors de la première réunion du groupe de travail le 15 janvier 2014. Cette première réunion s'est déroulée de la manière suivante : le séquençage du projet a été décrit, puis les espaces ont été définis. Ensuite, les résultats du recueil des besoins ont été exposés permettant un échange important au sein du groupe de travail sur les expériences, besoins et réticences de chacun face à un tel projet.

⁸² Le groupe de travail comprenait :

- 2 aides-soignants, aides médico-psychologiques de l'hébergement traditionnel ;
- 2 agents des services hospitaliers ;
- 1 infirmière diplômée d'état ;
- 2 assistants de soins en gérontologie de l'unité pour personnes désorientées, dite « unité des Phares »
- 2 animatrices
- 1 agent des services techniques.

Espace	Objectifs ⁸³
Esplanade à l'avant du bâtiment	- accueillir les proches et les enfants
Patios	- être agréable à l'œil - être accessible (sans risque de chute) - être utilisable
Patio de l'unité des Phares	- améliorer le confort thermique : cet aménagement est jugé prioritaire par le groupe de travail - être agréable à l'œil, - être accessible - être utilisable
Jardin à l'arrière du bâtiment	- mettre en place un jardin thérapeutique (fleurs, chemin de déambulation, bancs, peut-être agrès), - un potager à hauteur pour des ateliers de jardinage intergénérationnel, - profiter de l'extérieur à l'ombre et à l'abri du vent: cet aménagement est jugé prioritaire par le groupe de travail

Cette manière de procéder, avec un groupe de travail pluriprofessionnel et un recueil des besoins préalable, permet d'obtenir un projet réfléchi et partagé par l'ensemble des acteurs. Le personnel ainsi associé adhère de fait au projet, permettant ainsi sa réussite.

⁸³ Tableau réalisé à partir du compte-rendu de la réunion du 15 janvier 2014 du groupe de travail « aménagements des espaces extérieurs »

II.1.2 ... permettant de développer des activités stimulant les capacités cognitives et physiques.

Le choix de l'EHPAD de Quiberon concernant l'aménagement des espaces extérieurs s'est porté sur des espaces extérieurs permettant de multiples activités : jardin sensoriel, agrès, potager, espace de jeux.

Concernant plus particulièrement le jardin à l'arrière de l'établissement, accessible depuis l'unité des personnes désorientées, un des objectifs était de mettre en place un jardin dit thérapeutique. Ce terme recouvre plusieurs possibilités : jardin sensoriel, agrès pour l'activité physique et sportive, potager, etc.

Le jardin sensoriel

Le but d'un tel jardin est de stimuler les sens des résidents se promenant ou déambulant dans cet espace⁸⁴ par des plantes aux couleurs et odeurs variés, des plantes qu'ils pourront toucher sans danger. Cette stimulation multi sensorielle, qui peut être réalisée au sein d'une pièce de type « Snoezelen », permet à la personne atteinte de déficience cognitive de se détendre, de se rappeler des souvenirs également. L'utilisation de plantes souvent présentes dans les anciens jardins de ces résidents permet que « *le jardin fonctionne selon le principe de la madeleine de Proust dont la saveur réveille tant de souvenirs* » selon M-T. Vobmann⁸⁵, cadre de santé aux Jardins du Castel, EHPAD de Chateaugiron (35).

De plus, l'utilisation des espaces extérieurs permet aux résidents de suivre le rythme naturel, et ainsi d'améliorer leur rythme circadien, et donc le rythme veille/sommeil.

Les agrès

Le choix à l'EHPAD de Quiberon a été de ne pas respecter stricto sensu le cahier des charges du PASS mais de placer quelques agrès au sein du jardin thérapeutique, tout au long du circuit de déambulation. Des agrès de type très variés existent, le choix peut parfois être difficile. Afin de s'assurer de leur utilisation, ils doivent être réfléchis avec l'équipe soignante ainsi que l'ergothérapeute et/ou le kinésithérapeute de l'établissement. De plus, l'aménagement des espaces doit permettre une utilisation optimale : chemins stables afin d'y accéder, suffisamment larges pour pouvoir être utilisés par des personnes en fauteuil roulant, etc.

⁸⁴ ROGER S., PIOU O., *op. cit.*

⁸⁵ BERTUCCI A-E., 19 novembre 2012, « Ces jardins qui réveillent la mémoire et les sens », *Ouest-France*

Quelques exemples d'agrès sont visibles ci-dessous, ainsi que les capacités physiques et cognitives qu'ils mobilisent⁸⁶.



Le slalom

Présentation de l'exercice	Poteaux de couleurs différentes, numérotés et disposés en quinconce.
Capacités physiques stimulées	Déplacement latéral, travail des appuis, équilibre et orientation visuelle.
Capacités cognitives mobilisées	Orientation multi directionnelle. Appréciation et contournement des obstacles. Mémorisation et calcul



Les sols variés

Présentation de l'exercice	Marche sur différentes surfaces, tant à droite qu'à gauche. Déplacement avant, arrière, yeux ouverts, yeux fermés
Capacités physiques stimulées	Proprioception. Equilibre. Travail musculaire.
Capacités cognitives mobilisées	Travail de proprioception. Appréciation de l'obstacle, reconnaissance du sol.



Les barres

Présentation de l'exercice	Marche et exercice. Déplacement avant, arrière et latéral.
Capacités physiques stimulées	Travail de flexion - extension, de musculation, d'équilibre.
Capacités cognitives mobilisées	Mémorisation, répétition des exercices.



Pose et dépose

Présentation de l'exercice	Pose de balles ou de ballons, de poids et de couleurs différents.
Capacités physiques stimulées	Mobilisation des membres supérieurs. Travail musculaire.
Capacités cognitives mobilisées	Travail d'orientation spatiale. Adaptation et précision du geste. Mémorisation des couleurs.

⁸⁶ DIRECTION REGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE BRETAGNE, 2013, Dossier de presse « Le Parcours d'activités santé seniors. Une innovation thérapeutique bretonne au service de la santé des seniors » 8 février 2013 Saint Jacut les Pins, 10 p.

Le potager

Le choix a également été fait à l'EHPAD de Quiberon de mettre en place un potager, afin que les résidents puissent y cultiver des légumes, des fruits, des herbes aromatiques, etc. Lors des entretiens avec les résidents, la moitié des personnes interrogées était intéressée par du jardinage, évoquant des activités précédemment réalisées à leur domicile. Cependant, une réticence des usagers interrogés était souvent exprimée lors des entretiens concernant le jardinage à même le sol, évoquant des difficultés pour se baisser ou le fait d'être en fauteuil. Ainsi, lors d'une visite d'un établissement, les membres du groupe de travail présents ont pu constater qu'une activité de jardinage à même le sol ne permettait pas aux résidents d'y participer ; ils étaient de simples spectateurs, regardant les professionnels jardiner.

Afin d'ouvrir l'activité jardinage aux personnes à mobilité réduite, des tables de jardinage à hauteur ont été imaginées. Ce sont des tables sous lesquelles peuvent être glissés un ou plusieurs fauteuils roulants, ou des chaises. Ainsi, les résidents peuvent jardiner tout en étant assis, à l'instar de la réalisation au sein du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) du Centre gérontologique des Abondances.

Le choix de l'EHPAD de Quiberon était de mettre en place de telles tables potagères, et d'y réaliser des ateliers de jardinage dits intergénérationnels. Des liens avec les écoles à proximité de l'établissement, le centre aéré ainsi que l'animateur jeunesse de la Ville de Quiberon ont permis de réfléchir à ces ateliers. Ainsi, en plus d'une simple activité de jardinage, stimulant les capacités physiques et cognitives des résidents, l'intergénérationnalité permet de maintenir ou de créer du lien social pour ces résidents, dont les facultés sociales sont souvent affaiblies. Les gestes de jardinage sont remémorés et peuvent être partagés avec les enfants.

Ces tables à hauteur pourront être installées tant au sein du jardin à l'arrière qu'au sein des différents patios, permettant des activités avec des groupes de taille différente.

L'espace de jeux pour les grands et les petits

Le projet d'aménagement des espaces extérieurs de l'EHPAD de Quiberon tend également à modifier l'image des maisons de retraite pour le public, et de permettre aux résidents d'accueillir leurs proches hors de leur chambre, dans des espaces aménagés et agréables. Ainsi, des bancs, des chaises et des tables sont disposés à de multiples endroits au sein des différents espaces, jardin ou patios.

De plus, un boulodrome sera installé au sein du jardin permettant des animations en plein air pour l'ensemble des résidents de l'établissement, ainsi que pour leurs proches. Enfin, concernant l'esplanade à l'avant de l'établissement, la volonté de la direction et du groupe de travail est d'y implanter des jeux pour enfants. Ces aménagements sortent du seul

cadre de l'aménagement pour les personnes désorientées. Cependant, cela participe à l'accueil des résidents et de leurs proches. L'image de la maison de retraite, « mouvoir » pour certains, est modifiée et devient plus accueillante. La maison de retraite devient un espace familial, « comme à la maison », où petits et grands peuvent profiter de ces espaces.

Un tel projet se doit d'être une réflexion collégiale, avec l'ensemble des acteurs de l'établissement. Il est important de le percevoir dans sa globalité ; les différents espaces répondent à des objectifs certes différents mais tendent vers un but commun : améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents de l'établissement. Néanmoins, afin de réussir un projet d'aménagement d'espaces extérieurs, il est important d'identifier les risques et les obstacles pouvant apparaître.

II.2 Des risques et des obstacles à appréhender.

Lors de la réflexion sur un tel projet, il est essentiel d'identifier les différents risques et obstacles pouvant être rencontrés. Tout d'abord, le but d'un établissement est de créer un espace sécurisé, surtout pour des personnes atteintes de pathologies démentielles, dont les troubles aggravent les risques (1). De plus, la participation du personnel, des familles et autres partenaires est un élément nécessaire à lever les éventuels freins à la réussite d'un tel projet (2).

II.2.1 De tels aménagements nécessitent une réflexion concernant la sécurité des résidents.

Des études montrent que les personnes âgées, et notamment celles atteintes de pathologies démentielles, éprouvent différentes peurs qui peuvent les limiter dans l'utilisation des espaces extérieurs : peur de la chute, peur de la douleur, peur de la chaleur⁸⁷. Un accent doit donc être mis sur la sécurité des résidents lors de la construction d'un projet d'agencement d'espaces extérieurs, tel qu'un jardin thérapeutique dédié aux personnes désorientées.

La sécurité dans les déplacements

Tout d'abord, la sécurité des résidents dans leurs déplacements comprend la sécurisation des allées de déambulation. Le revêtement doit être stabilisé, afin d'éviter les risques de perte d'équilibre et donc de chute. Il doit également être drainant permettant ainsi l'évacuation de l'eau. De plus, les pentes doivent être faibles (certaines études évoquent des pentes inférieures à 5%)⁸⁸. De fait, il est préférable de ne pas installer des revêtements en bois, certes esthétique mais dangereux. En effet, au sein du centre gérontologique des Abondances, une terrasse en bois a été créée au sein d'un jardin d'une unité renforcée dédiée à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Ce jardin est peu utilisé par les résidents, le personnel ayant noté un risque important de chute. Il est également important de penser aux mains-courantes ou aux rambardes, permettant aux résidents de se tenir lors des déplacements et de s'y appuyer.

⁸⁷ MASQUELIER J-L., mai 2012, « Jardins en maison de retraite : pourquoi ? comment ? Jardins des plaisirs et non plus jardin de tous les dangers et des peurs (chute, douleur, chaleur) », *Agevillagepro.com* [en ligne] [7 février 2014], disponible sur Internet : <http://www.agevillagepro.com/article-6982-1-jardins-en-maison-de-retraite-pourquoi-comment.html>

⁸⁸ O UBI CAMP I, *Votre paysagiste maître en jardins : Bienvenue chez Bellet Paysage à Villers Cottelets dans l'Aisne (02)* [visité le 3 mars 2014], disponible sur : <http://www.jardins-therapeutiques.fr/>

La sécurité vis-à-vis de la déambulation des résidents

Un tel projet doit aussi prendre en compte la déambulation des résidents, et les sorties éventuelles hors de l'établissement, se mettant alors en danger. Ainsi, le jardin dédié aux personnes désorientées doit être clos, ou doit être équipé d'un système permettant aux personnels d'identifier lorsque les résidents désorientés sortent de l'enceinte de l'établissement. Le jardin de l'EHPAD de Quiberon est un jardin clos ; les seuls accès se font depuis l'intérieur de l'établissement ou par des portes fermées à clé. Certains établissements font le choix de pastilles dans les chaussures des résidents désorientés ; lorsque ces derniers passent les portiques installés aux abords de l'établissement, cela déclenche un signal, prévenant le personnel de la sortie du résident. Ils peuvent alors intervenir afin que le résident ne se mette pas en danger, en quittant l'établissement.

La sécurité concernant les agrès

Le choix de l'établissement quiberonnais s'étant porté sur l'installation de quelques agrès au sein du jardin thérapeutique, une réflexion concernant ces derniers a été nécessaire. Différents types d'agrès existent. Cependant grâce à une réflexion avec différents professionnels de l'établissement, seuls cinq agrès ont été retenus, les autres présentant un risque de chute, comme l'agrès « sols variés »⁸⁹. Ce dernier peut représenter un risque de chute, si le résident l'utilise sans être accompagné. Les agrès prévus au sein du projet de l'établissement sont : les barres, l'agrès pose-dépose⁹⁰, la roue à tourner, les pédaliers et le portillon⁹¹.

La sécurité concernant les plantations

La sécurité doit également être pensée du point de vue des plantations utilisées. Elles ne doivent être ni toxiques ni allergiques. Les résidents ayant une déficience de leurs capacités cognitives, ils peuvent, de ce fait, ingérer les plantations ou fleurs présentes à leur portée. Elles ne doivent par ailleurs être ni piquantes, coupantes ou épineuses, afin d'éviter tout risque de blessures des résidents.

La sécurité alimentaire

Un potager sera mis en place au sein de l'EHPAD de Quiberon. Il est intéressant d'utiliser les produits cultivés comme les légumes, les fruits ou les herbes aromatiques, lors d'ateliers culinaires par exemple. Cependant, de nombreuses réglementations sont

⁸⁹ Ce risque a été visible lors de visite de PASS notamment à l'EHPAD de Ker Anna à Ste Anne d'Auray (56)

⁹⁰ Cf II-1-2 pour les agrès précédemment cités.

⁹¹ Cet agrès n'est pas habituel dans les projets de jardin. Celui-ci a été proposé par un membre de l'équipe soignante de l'EHPAD, faisant partie du groupe de travail, et retenu dans le projet par la directrice.

en vigueur dans le domaine de l'alimentation en EHPAD. Ainsi, afin de respecter au mieux les normes, des protocoles doivent être en place, connus et appliqués par les professionnels dans l'utilisation de tels produits.

II.2.2 La réussite de tels aménagements suppose l'implication des proches, du personnel ainsi que des partenaires de l'établissement.

Face à un tel projet, différentes contraintes peuvent apparaître. Il est important de les prévoir. L'implication des proches, du personnel ainsi que des partenaires de l'établissement peut permettre de les surmonter.

Les contraintes techniques

Les contraintes techniques d'un tel projet peuvent être nombreuses et notamment celles liées au bâtiment déjà en place. A l'EHPAD de Quiberon, les locaux ainsi qu'une partie du terrain sont propriété d'un office public HLM, Bretagne Sud Habitat, le reste du terrain appartenant à la ville de Quiberon. Dans ce projet, il a donc été nécessaire de prendre en considération ces éléments, les propriétaires devant accepter les différents aménagements.

De plus, un bâtiment déjà construit impose de devoir faire avec l'existant : accès aux espaces extérieurs, ouvertures, aménagements déjà réalisés. Toutes ces indications doivent être analysées dès le début de la réflexion sur ce projet.

Il est également indispensable de prévoir, au cours de la réflexion et avant la mise en œuvre des agencements, la charge pour l'établissement représentée par l'entretien ainsi que le renouvellement des plantations choisies⁹². Ainsi, un tel projet d'aménagement sur le long terme représente une charge financière en entretien et renouvellement des plantations. Afin, de réduire celle-ci, il est possible de prévoir un partenariat avec des associations locales de fleurissement permettant ainsi des dons de plantes.

Les contraintes quant à la charge de travail

Un tel projet augmente la charge de travail pour les agents techniques de l'établissement qui s'occupent des espaces verts. Il est ainsi important que ce projet soit prévu avec eux, afin de réaliser des aménagements sur le long terme. Il faut donc penser ce projet à nombre de personnel tant technique que de soins constant.

L'ouverture des espaces extérieurs aux résidents d'un EHPAD, et notamment désorientés, suppose une charge de travail certainement plus importante ressentie par les personnels de soins accompagnant ces résidents. Le personnel doit ainsi proposer, inciter et accompagner les résidents dans ces espaces nouvellement aménagés.

⁹² RIVASSEAU-JONVEAUX T., POP A., FESCHAREK R. et al., *op.cit.*

Enfin, un tel projet modifie la façon de travailler des professionnels : des animations peuvent ainsi être proposées en extérieur, des activités physiques également (avec des soignants formés, des kinésithérapeutes, des animateurs ou des intervenants extérieurs travaillant dans des associations telles que Siel Bleu⁹³). Ce projet nécessite d'être intégré à tous les niveaux de l'accompagnement d'un résident⁹⁴ : projet d'établissement, projet de soins, projet d'accompagnement. Ainsi, les activités pouvant y être proposées seront intégrées au sein des Projets de Vie Individualisés. Afin de prendre en considération ces contraintes concernant le travail des soignants, un travail pluri professionnel est essentiel.

La recherche de l'adhésion et de la mobilisation des équipes

Comme pour tout projet de l'établissement, l'adhésion des équipes à celui-ci est recherchée par le directeur. La réflexion en groupe de travail pluri-professionnel, s'appuyant sur des personnes ressources internes et externes à l'établissement, est une solution permettant l'implication des équipes. Le groupe de travail au sein de l'EHPAD de Quiberon a été composé de personnels volontaires ; seule la pluri-disciplinarité a été recherchée (un nombre de membres du groupe de travail de chaque catégorie professionnelle était préalablement défini).

Des comptes-rendus étaient réalisés après chaque réunion du groupe de travail et diffusés à l'ensemble du personnel. De nombreuses discussions ont ainsi été initiées, entre les membres du groupe de travail et les autres membres du personnel, afin de réfléchir aux différentes idées évoquées au sein du compte-rendu, notamment des objectifs définis pour chaque espace. Des points sur le projet étaient régulièrement réalisés lors des réunions trimestrielles d'information générale à l'ensemble du personnel de l'établissement. De même, lors de l'obtention d'une subvention, l'information a été donnée par la direction et moi-même, tout d'abord, au sein de l'unité des Phares, puis lors d'une réunion de transmissions quotidiennes. Ces modalités d'information et de communication permettent à l'ensemble du personnel d'appréhender l'intérêt d'un tel projet et de s'y impliquer.

Permettre à l'ensemble du personnel de s'exprimer par l'intermédiaire des questionnaires a également complété ces modalités d'implication du personnel dans un tel projet.

L'obstacle de la peur des résidents atteints de démence

Les résidents atteints de déficience cognitive peuvent ressentir différentes peurs face aux espaces extérieurs. Il est ainsi essentiel qu'ils soient incités par le personnel mais également par leurs proches à les utiliser. Pour cela, le personnel ainsi que les

⁹³ Siel Bleu (Sport, Initiatives Et Loisirs) propose des programmes d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées.
WATREMETZ L., *op.cit.*

⁹⁴ ROGER S., PIOU O., *op.cit.*

proches doivent connaître les bénéfices des activités pouvant être réalisées dans de tels espaces extérieurs. Le directeur doit ainsi informer le personnel mais aussi les proches des résidents concernant un tel projet, les raisons, etc. Ils peuvent également être associés à la réalisation d'un tel projet : faire exprimer les attentes de chacun, permettre à ces derniers de participer pleinement à l'aménagement, etc⁹⁵. Il en va de même pour les résidents : ainsi ils peuvent participer pleinement à la création mais également à la réalisation d'un jardin, comme au Centre gérontologique des Abondances.

Un tel projet peut également permettre le recours au secteur associatif. Des bénévoles interviennent régulièrement au sein des EHPAD, comme à l'EHPAD de Quiberon. Un tel projet permet à de nouvelles associations ou intervenants de s'impliquer dans la vie de l'établissement. Cela enrichit les échanges sociaux des résidents et peut leur faciliter l'utilisation de ces espaces par des ateliers avec des bénévoles ou des intervenants extérieurs.

La contrainte financière

Enfin, la contrainte financière doit obligatoirement être pensée lors de la réflexion sur un tel projet. Ainsi, le directeur doit réaliser un budget prévisionnel de l'ensemble du projet : aménagement, plantations, ameublements, charge en personnel, etc. Le budget du projet de l'EHPAD de Quiberon était conséquent puisqu'il concernait de multiples espaces extérieurs : l'esplanade à l'avant, les trois patios, le jardin à l'arrière. Concernant le jardin thérapeutique, le budget peut être compris entre 20 000 et 35 000€. Cette estimation s'est basée sur les différents jardins thérapeutiques qui ont pu être visités lors de mon stage de professionnalisation. Ce budget est donc conséquent pour un établissement de taille modeste comme l'EHPAD La Rose des Vents. Un simple projet de potager (appelé ici jardin thérapeutique) coûte environ 13 000€, selon l'expérience de l'EHPAD Les Savarounes au Chamalières⁹⁶. Il est également important de prendre en compte l'entretien de ces espaces aménagés dans le budget⁹⁷.

Concernant les ressources d'un tel projet, une part peut provenir de l'établissement par de l'autofinancement. La direction doit alors bien étudier la possibilité de financement par l'établissement (par une analyse financière notamment).

Un tel projet avec un budget conséquent nécessite de rechercher des financements hors de l'établissement. Des demandes de subvention peuvent ainsi être adressées auprès de fondations, de caisses de retraite ou de mutuelles. De même, les partenaires institutionnels (Agence Régionale de Santé, Conseil Général, Municipalité) peuvent être sollicités pour soutenir ce projet.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ MOBIQUAL, 2012, fiche « ils le font » : Atelier jardin thérapeutique, 4 p.

⁹⁷ GUISSSET-MARTINEZ M-J, COUPRY O., VILLEZ M., janvier 2013, *Rapport d'étude « Jardins : des espaces de vie au service du bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage »*, Fondation Mederic Alzheimer, n°3, 44 p.

Enfin, le directeur peut faire appel à la générosité comme des dons de plantes par les professionnels de l'établissement, les proches des résidents ou par des associations locales⁹⁸.

Après avoir étudié quelques recommandations pour des espaces extérieurs adaptés ainsi que les différents risques et obstacles d'un tel projet, il est indispensable d'analyser l'intérêt de tels agencements au sein d'un établissement pour personnes âgées. Pour cela, il est important d'apprécier l'établissement et son environnement dans sa globalité.

⁹⁸ L'EHPAD de Quiberon a reçu une aide conséquente (37 000€) de la part d'une fondation et d'une caisse de retraite afin de financer notamment le jardin thérapeutique, faisant partie du projet d'aménagement des espaces extérieurs.

Titre III. Un projet d'aménagement des espaces extérieurs pour les personnes désorientées, outil d'une politique globale d'établissement.

L'intérêt d'aménager les différents espaces extérieurs de l'établissement dépasse le seul bénéfice pour les résidents atteints de déficience cognitive. C'est un projet plus global qui implique l'établissement tout entier : cela permet de modifier son image et de lui donner un aspect résidentiel, familial. Ce projet entre ainsi tout à fait dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations mises en œuvre par l'EHPAD. Tout d'abord, les bénéfices directs pour les personnes accueillies en établissement seront analysés (1). Des impacts positifs sont également à noter pour le personnel et les proches des résidents (2). Ce projet prend donc en compte l'établissement dans sa globalité.

III.1 Des bénéfices directs pour les personnes accueillies en établissement

De nombreux articles ou sites internet mettent en avant les effets bénéfiques d'un jardin thérapeutique sur les troubles du comportement et l'humeur des résidents atteints d'une pathologie démentielle. Cependant, ces effets sont très variables puisque chaque personne réagit différemment face à ce type d'intervention. Ainsi, certains déambuleront encore plus à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'établissement, d'autres ne se déplaceront pas et resteront assis. Enfin, certains résidents ne souhaiteront pas sortir de l'établissement⁹⁹. Aménager des espaces extérieurs pour des résidents désorientés permet de mieux respecter leurs droits fondamentaux tout en veillant à leur sécurité. Cela permet d'améliorer leur qualité de vie (1). Cela permet également des interventions stimulant les capacités cognitives et physiques (2).

III.1.1 Des aménagements permettant de respecter les droits fondamentaux des personnes tout en veillant à leur sécurité et à leur qualité de vie

De tels aménagements réfléchis et mis en place dans un EHPAD permettent d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé : respect des droits fondamentaux comme la liberté d'aller et venir, amélioration de la qualité de vie, ...

⁹⁹ COHEN-MANSFIELD J., WERNER P., « Effets d'un jardin thérapeutique sur les troubles du comportement et de l'humeur de résidents de maisons de retraite présentant une déambulation », extrait de : "Visit to an outdoor garden: Impact on behavior and mood of nursing home residents who pace", 1998, *Research and Practice in Alzheimer's Disease*, p.419-436, [en ligne] [15 janvier 2013], disponible sur Internet : <http://mapage.noos.fr/bellesplantes/deambulation.html>

Limiter l'usage de la contention physique ou chimique face aux troubles du comportement

L'aménagement d'espaces extérieurs adaptés aux personnes déambulantes permet, selon une étude, de baisser le nombre de périodes de déambulation¹⁰⁰. Cette baisse de la déambulation permet ainsi d'éviter l'usage de la contention physique ou chimique, souvent utilisée afin de réduire ces troubles du comportement. Cette même étude montre que le niveau d'anxiété est diminué, cette anxiété étant souvent responsable de troubles psychologiques et comportementaux chez des personnes atteintes de pathologie démentielle. Ainsi lors de cette étude, les infirmières ont noté une baisse de l'agitation physique non agressive et agressive ainsi qu'une amélioration de l'humeur des résidents ayant utilisé ces espaces aménagés.

De plus, l'activité physique permet également de réduire le nombre de résidents qui sont placés en fauteuil roulant par les soignants, puisqu'ils retrouvent une capacité motrice dans leurs déplacements¹⁰¹.

Améliorer la qualité de vie

Les ateliers pouvant être proposés dans un jardin aménagé, comme des ateliers de jardinage ou des promenades en extérieur, ont des effets bénéfiques sur la qualité de vie des résidents. Il a pu être précédemment noté que cela réduit l'agitation et procure ainsi plus d'apaisement. Cela leur permet également d'améliorer le rythme circadien, et ainsi de réintroduire un cycle veille/sommeil, souvent très perturbé par les pathologies démentielles. Les différentes interventions pouvant être réalisées permettent également aux résidents de retrouver (ou en tout cas de ne pas perdre) une partie de leur autonomie : amélioration de la praxie, de la communication, de l'orientation spatio-temporelle¹⁰².

Favoriser les liens sociaux, inter- et transgénérationnels

Enfin, les ateliers qui seront proposés au sein des espaces extérieurs aménagés à l'EHPAD La Rose des Vents seront réalisés avec la participation d'associations locales, d'écoles quiberonnaises et du centre-aéré de Quiberon. Ainsi, cela permet aux résidents d'améliorer leur communication, de retrouver des liens sociaux qui avaient pu être fragilisés par l'entrée en établissement et/ou par des pathologies neurodégénératives. De telles activités créent ainsi un grand potentiel social pour les résidents, notamment lorsqu'ils sont atteints de pathologies dégénératives.

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ PREFET DE LA REGION BRETAGNE, DRJSCS BRETAGNE, ARS BRETAGNE, CARSAT BRETAGNE, *op. cit.*

¹⁰² O UBI CAMPI, *op.cit.*

De plus, des activités avec des personnes de différentes générations présentent un intérêt certain tant pour les enfants (échange de connaissances, découverte d'activités, etc.) que pour les personnes âgées. Ainsi, pour ces derniers, cela leur permet d'améliorer leur mobilité, mais également de stimuler leurs capacités cognitives: retrouver des mots, se rappeler des souvenirs, etc.¹⁰³.

Enfin, ces différentes activités ont des bienfaits pour les résidents atteints de démence, comme la réduction des troubles psychologiques et comportementaux. Les activités permettent de prévenir la perte d'autonomie et donc de la limiter.

III.1.2 L'intérêt de la stimulation cognitive et physique

Les différents aménagements précédemment évoqués permettent de mettre en place plusieurs activités stimulant les capacités cognitives et physiques des résidents désorientés. Tous ces aménagements participent à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes au sein des établissements médico-sociaux. Il ne faut ainsi pas oublier que *« les personnes souffrant de démence ont encore l'énergie et le désir de rester actives et impliquées dans le monde autour d'elles. Du début jusqu'à la fin de nos vies, nous développons des activités, des intérêts, des passe-temps, goûts et dégoûts, des compétences et des talents qui structurent et donnent sens à notre vie et lui procurent une certaine valeur. Ces activités de loisirs ou ces activités liées aux tâches ménagères, établissent une routine, procurent des opportunités de socialisation et aident à définir qui nous sommes. »*¹⁰⁴

Le potager ou le jardinage :

Mettre en place un potager et donc des activités de jardinage, permet aux résidents atteints de dégénérescence cognitive de se remémorer des gestes qu'ils exécutaient fréquemment avant l'entrée en établissement. Il s'agit ainsi de stimuler la mémoire émotionnelle.

Afin de réaliser des activités adaptées aux résidents, il est essentiel de créer des fiches d'évaluation, comme celles décrites par Mobiqua¹⁰⁵. De même, au Centre gérontologique des Abondances, au sein du PASA, une fiche d'évaluation est remplie par les soignants ainsi que par la psychologue, avant l'atelier de jardinage. Cette fiche permet de préciser

¹⁰³ FONDATION HOPITAUX DE PARIS HOPITAUX DE FRANCE, octobre 2012, « Epanouir nos aînés. Développer les liens intergénérationnels dans les établissements dédiés aux personnes âgées », *La lettre des amis Hôpital soleil* [en ligne], n°62, p.1-2, disponible sur Internet : <http://www.fondationhopitaux.fr/wp-content/uploads/2012/10/Lettre-H%C3%B4pital-Soleil-62.pdf>

¹⁰⁴ (traduit de l'anglais) Brawley E.C. 2007 « Designing successful gardens & outdoor spaces for individuals with Alzheimer's disease. » *Journal of Housing for the Elderly* p.265-283 in DEMENTIA BEHAVIOUR MANAGEMENT ADVISORY SERVICE, *Gardens that Care: Planning Outdoor Environments for People with Dementia*, [visité le 15 avril 2014], disponible sur Internet: http://dbmas.org.au/uploads/resources/101796_ALZA_Garden32pp_LR.pdf

¹⁰⁵ MOBIQUAL, 2012, fiche « ils le font » : Atelier jardin thérapeutique, 4 p.

les choix d'activité du résident, d'évaluer leur réalisation ainsi que l'implication du résident lors de cet atelier. Les objectifs individuels sont adaptés suivant chaque évaluation.

Ces évaluations permettent de relever les bienfaits de ces séances de jardinage. Tout d'abord, un travail cognitif est sollicité lors de cet atelier. Un travail de communication tant verbale qu'écrite est mis en œuvre ; la mémoire est aussi stimulée : mémoire des gestes, des procédures, des souvenirs, des termes. Enfin, l'atelier permet de solliciter l'orientation dans le temps mais aussi dans l'espace. Cet atelier en lien direct avec la nature permet aux résidents atteints de maladies dégénératives de mieux s'inscrire dans le temps, avec l'alternance des saisons, l'attente de la culture, etc. Les fonctions exécutives sont également préservées : le jardinage permet de maintenir et de solliciter les mouvements.

Ensuite, les fonctions physiques sont aussi sollicitées. Le jardinage permet de mettre en œuvre l'ensemble du corps du résident : les articulations, les muscles, le système cardiovasculaire et pulmonaire. En améliorant ses capacités physiques, le résident a davantage d'équilibre et de fait, moins de risques de chute. Avec les ateliers de jardinage à l'extérieur du bâtiment, on améliore le périmètre de marche du résident, ainsi que sa capacité à se déplacer sur des sols variés.

Un atelier de jardinage permet de renouer avec les notions de plaisirs : plaisir du savoir faire, plaisir de voir les plantations évoluer, plaisir de récolter, etc. Avec les fruits, légumes et herbes récoltés, des ateliers de cuisine thérapeutique peuvent être mis en œuvre : le plaisir de déguster, de cuisiner permet de stimuler de nouveau l'alimentation (de fait, de lutter contre la dénutrition et la déshydratation).

Le jardinage permet également d'apporter un mieux-être psychologique pour les résidents. Cultiver puis récolter des fruits et légumes permet d'améliorer l'estime de soi des résidents, qui se réalisent par ces ateliers. Le travail fourni lors de ces ateliers permet de mettre en valeur les résidents par les soignants ainsi que les autres participants. Cela permet également de lutter contre la dépression, ainsi que de prévenir et diminuer les troubles psychologiques et comportementaux des personnes atteintes de pathologies démentiennes.

Les espaces extérieurs ont ainsi été réintroduits comme support de soin, permettant de réduire les troubles de différentes pathologies, comme ici les troubles psychologiques et comportementaux¹⁰⁶. Cela contribue à l'amélioration de la qualité de vie des résidents accueillis au sein d'unités dédiées pour malades d'Alzheimer par exemple. Ce concept des espaces extérieurs dans le soin est très ancien, dans les pays occidentaux mais

¹⁰⁶ DEMENTIA BEHAVIOUR MANAGEMENT ADVISORY SERVICE, *op.cit.*

également en Chine ou au Japon. Les jardins sont les lieux de multiples activités notamment des activités physiques et sportives telles que le taï-chi.

L'activité physique et sportive :

De nombreuses activités physiques peuvent être mises en place au sein d'un jardin aménagé pour les résidents désorientés¹⁰⁷. Il peut s'agir de promenades, seul ou accompagné, interrompues ou non par des moments de repos. Les agrès installés peuvent également permettre une activité plus spécifique, selon le type mis en place. Des agrès tels que les barres ou les sols variés, permettent de prévenir les chutes et les troubles de l'équilibre, en travaillant sur les appuis et le renforcement musculaire par exemple. Selon le type d'agrès, une initiation du pas peut également être mise en œuvre, par exemple pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, et ainsi favoriser l'allongement du pas.

Le cahier des charges du PASS¹⁰⁸ évoque même que cela permet d'alléger les traitements des résidents. Ce bénéfice n'est pas négligeable du fait des nombreux effets indésirables de ces médicaments, et des interactions qui peuvent exister entre eux¹⁰⁹. De plus, de nombreux rapports montrent que la consommation de médicaments en EHPAD est très importante. Développer des espaces aménagés pour mettre en œuvre des thérapies non-médicamenteuses est un avantage pour les résidents – en améliorant leur qualité de vie -, pour les établissements médico-sociaux – avec une meilleure politique du médicament - et pour la Sécurité Sociale française (notamment la branche Assurance Maladie) – en réduisant ses dépenses.

¹⁰⁷ Les bénéfices des PASS, et donc de l'activité physique, ont été mis en avant par les directeurs des EHPAD de Guer, Chateugiron, Sainte Anne d'Auray.

¹⁰⁸ PREFET DE LA REGION BRETAGNE, DRJSCS BRETAGNE, ARS BRETAGNE, CARSAT BRETAGNE, *op.cit.*

¹⁰⁹ Concernant les thérapies médicamenteuses pouvant être mises en place concernant les pathologies démentielles, cf I-2-2 de ce document.

L'utilisation du médicament en EHPAD.

Différents rapports ont dernièrement été publiés concernant la politique du médicament en EHPAD. Dans le dernier¹¹⁰, P. Verger évoque, selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)¹¹¹, que la consommation de médicaments en EHPAD est environ de 7 molécules par résident par jour. Ces données montrent une forte consommation médicamenteuse en établissement. De plus, cette moyenne cache des disparités puisque dans 11,70% des EHPAD, au moins 33% des résidents ont 10 molécules et plus par jour, et dans 12,87% des EHPAD, au moins 5% des résidents ont 15 molécules et plus par jour.

Les principales classes thérapeutiques prescrites en EHPAD sont les antidépresseurs (32%), les anxiolytiques (27%), les hypnotiques (15%), les neuroleptiques (15%) et les régulateurs de l'humeur (3%).¹¹²

Le jardin sensoriel

Le jardin thérapeutique ou sensoriel – c'est-à-dire stimulant les différents sens des résidents – fait partie intégrante du Plan Alzheimer 2008-2012¹¹³, concernant l'architecture des nouvelles unités (Unités cognitivo-comportementales et Unité d'Hébergement Renforcée) pour malades d'Alzheimer ou maladies apparentées. La construction d'une unité de ce type doit donc être réfléchi au niveau de l'intérieur mais aussi de l'extérieur du bâtiment. Ainsi, par exemple, le jardin et les activités qui y sont menées peuvent être une source de communication entre les soignants et les résidents, dont la pathologie peut réduire les capacités de communication.

De plus, de tels espaces stimulant les différents sens mais également l'orientation spatio-temporelle, cela permet de prévenir (voire de réduire) les troubles psychologiques et comportementaux des résidents, et ainsi d'améliorer leur qualité de vie. Ces bénéfices de la stimulation sensorielle par les plantes (plantes cotonneuses, lavande, plantes aromatiques, etc) et aménagements (fontaine, carillon) ont pu être perçus lors des visites de l'EHPAD de Guer et de Chateaugiron. Ces avantages ont été mis en valeur par les directeurs de ces établissements.

Les bénéfices sont nombreux pour les résidents qui utilisent ces espaces aménagés. Cependant, un tel projet doit être perçu d'un point de vue plus global : ce projet s'intègre au sein du projet d'établissement et des différents projets en découlant

¹¹⁰ VERGER P., *op.cit.*

¹¹¹ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, novembre 2012, « *Rapport sur l'expérimentation relative à la réintroduction des médicaments dans le forfait soins des EHPAD* » in VERGER P., *op.cit.*

¹¹² HAUTE AUTORITE DE SANTE, octobre 2007, « *Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé* » in VERGER P., *op.cit.*

¹¹³ Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, 1er février 2008

(projet de service, de soins, d'accompagnement). Ainsi, des effets bénéfiques sont également présents pour l'établissement, le personnel ainsi que les familles.

III.2 Des avantages à apprécier d'une façon plus globale.

Les avantages d'un tel projet sont nombreux pour le résident. De plus, le directeur d'un EHPAD menant un projet d'aménagement se doit de l'intégrer au sein du projet de l'établissement, appréciant ainsi les bénéfices pour l'ensemble de l'établissement. D'une part, l'image même de l'établissement est améliorée par de tels agencements (1). D'autre part, l'environnement de travail y est modifié, des effets bénéfiques impactant l'ensemble du personnel (2).

III.2.1 Un projet améliorant l'image même de l'établissement.

Aménager ses espaces extérieurs de façon agréable et utile permet à l'établissement de promouvoir une image positive auprès du public. Les espaces extérieurs d'un établissement sont régulièrement les premiers visibles dès l'abord de l'établissement. Ainsi, voir des espaces bien agencés, agréables à l'œil et permettant de multiples activités, donnent envie aux résidents, futurs résidents et leurs familles. C'est une nouvelle image de l'EHPAD. L'EHPAD, plus connu sous le terme de maison de retraite pour le grand public, est souvent synonyme d'attente, d'ennui pour des personnes âgées qui sont entrés dans leur « dernière demeure ». ¹¹⁴ Aujourd'hui, apparaît une nouvelle image de ces établissements, grâce à des clips vidéo ¹¹⁵, des articles de presse, etc.

Un établissement centré sur le résident, ses besoins, ses envies, ...

Ainsi, on constate aujourd'hui que les animations, les activités tendent à se diversifier en EHPAD, afin de répondre aux besoins des personnes accueillies, ces besoins étant répertoriés dans les projets de vie individualisés de chaque résident. C'est une nouvelle conception de l'accompagnement, qui n'est plus centrée sur le seul soin, les gestes techniques, mais sur la personne accueillie, une personne qui peut être malade mais qui ne doit pas être identifiée par cette maladie. Le résident est ainsi mis au cœur du projet d'accompagnement, du projet de soin, du projet de service ainsi que du projet d'établissement. L'évolution des recherches sur les démences dégénératives a permis ce recentrage sur le résident, évoqué par Jérôme Pellissier dans *Les démences au croisement des non-savoirs*.

¹¹⁴ BILLE M., 2005, *op. cit.*

¹¹⁵ L'EHPAD La Rose des Vents de Quiberon a participé au concours de clip-vidéo « Bien vivre ensemble en EHPAD » proposé par la DRJSCS (Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale), l'ARS Bretagne et avec le soutien de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale). Pour le voir: <http://maison-de-retraite-de-quiberon.fr/?p=88#more-88>

« Les conceptions de la démence influent également fortement sur l'environnement proposé aux personnes malades, notamment dans les institutions: toutes celles qui fonctionnent, comme beaucoup de cantous en France, comme Carpe Diem au Québec, sur le principe d'un lieu de vie le plus chaleureux possible, centré sur les activités et non sur les soins, etc partent d'une conception où prime la personne confrontée à la maladie et non un malade dont la vie ne serait plus qu'expression de désordres neurologiques. Il s'agit bien de contrer l'effet délétère dont parle Jean Maisondieu, d'un regard uniquement médical risquant d'enfermer le malade dans sa maladie. ¹¹⁶»

C'est dans ce but qu'un projet d'aménagement des espaces extérieurs peut être développé : permettre aux personnes âgées d'y être comme chez elles, avec des activités qui les intéressent, mais aussi qui leur sont utiles. Des activités comme le jardinage permettent d'améliorer les capacités cognitives et/ou physiques de résidents atteints de démence, mais aussi de leur rappeler des souvenirs, de retrouver l'estime d'eux-mêmes, et de faire de cet établissement un endroit accueillant, comme chez eux. De même, le résident est mis au cœur de la création d'un jardin sensoriel : des plantes comme chez lui, permettant de lui rappeler des souvenirs, des odeurs, des sons, etc.

Un établissement ouvert sur son environnement

Comme vu précédemment, l'EHPAD de Quiberon, grâce au projet d'aménagement des espaces extérieurs, s'ancre véritablement dans l'environnement quiberonnais, grâce notamment aux écoles, au centre-aéré, aux associations et à l'animateur jeunesse de la Ville. Ce projet a été l'occasion d'échanger avec ces différents partenaires : dons de plantes, construction de cabanes à oiseaux, de tables potagères par les jeunes de la Ville. Cela a permis (et permettra encore grâce aux différents ateliers qui seront mis en place) de faire entrer dans l'établissement des personnes n'ayant pas l'habitude d'y venir. Auparavant, on constatait souvent que les maisons de retraite étaient construites en périphérie des villes comme si l'on souhaitait cacher la vieillesse et donc la mort. Aujourd'hui, l'EHPAD s'ouvre sur la ville et ses différents acteurs.

On voit ainsi bien le potentiel social d'un tel type de projet, dans lequel les associations, les écoles, ainsi que tous types d'intervenants locaux peuvent prendre part. De même, avec des espaces extérieurs aménagés, il est possible d'ouvrir son établissement à la ville, avec des portes ouvertes, comme le propose l'association Jardins & Santé¹¹⁷ (permettant de récolter de l'argent pour financer de multiples projets chaque année). Cette association souhaite développer les jardins dits thérapeutiques, c'est-à-dire adaptés

¹¹⁶ PELLISSIER J., « De l'influence des conceptions des syndromes démentiels sur le prendre-soin des personnes malades » in ARFEUX-VAUCHER G., *op. cit.*, p.81-83

¹¹⁷ JARDINS ET SANTE, *Jardins ouverts au service de la santé*, [visité le 14 mars 2014], disponible sur : <http://www.jardins-sante.org/>
Cette association a été créée il y a 7 ans sur le principe de collecter des fonds par des visites de jardins, qui sont reversés pour différents projets.

aux usagers des établissements sanitaires et médico-sociaux, atteints de maladies cérébrales¹¹⁸.

De plus, un projet d'aménagement des espaces extérieurs permet d'agrandir les espaces collectifs pour les personnes âgées dépendantes accueillies, tout en leur permettant d'être ancrées dans l'environnement. Souvent, la dépendance, la perte d'autonomie et l'entrée en établissement (qui s'ensuit régulièrement) confine la personne à un espace de plus en plus réduit, ce qu'évoque Marie-Françoise Bonicel dans « Panser la dépendance ou penser la dépendance? »: « *Le passage à la dépendance qui nécessite souvent un changement de lieu, parfois un rétrécissement de l'habitat dont peut disposer le résident, la limitation des lieux que ses infirmités ou le règlement lui permettent de parcourir, comme Jacques Brel le poétisait dans sa chanson « Les vieux », exclut progressivement la personne dépendante de l'ouverture vers le monde. (...) L'éloignement des lieux de commerce ou de loisirs, ou parfois la rigidité du règlement intérieur, pour assurer la sécurité des résidents génère le plus souvent un confinement dans l'espace clos de l'établissement qui s'affirme au fil du temps... si l'on tient compte de l'âge de plus en plus élevé de l'entrée en maison de retraite médicalisée.* »¹¹⁹

Un établissement renforçant les liens inter-générationnels

Le projet d'aménagement de l'EHPAD de Quiberon incorpore également un axe intergénérationnel. Tout d'abord, par ses liens avec les écoles primaires et maternelles et le centre aéré de Quiberon, des activités de jardinage avec des résidents de l'EHPAD (des unités traditionnelles ou de l'unité pour personnes désorientées) et des enfants vont être initiées, en complément des différentes animations déjà mises en place en commun (cuisine, chants, jeux, etc). Un autre exemple d'un jardin thérapeutique montre cet effet bénéfique concernant les liens intergénérationnels. A l'EHPAD de Cleunay à Rennes (35), un jardin thérapeutique a été créé par des étudiants en ergothérapie, permettant ainsi de développer de l'intergénérationnalité avec les résidents. De plus, il est remarquable de constater que les enfants ainsi que les petits-enfants des résidents les accompagnent dans leur promenade au sein du jardin¹²⁰.

En participant à des promenades au sein du jardin sensoriel ou à des ateliers par exemple de jardinage, les proches des résidents peuvent retrouver une certaine

¹¹⁸ Cette association soutient de multiples projets chaque année afin d'améliorer la vie des personnes atteintes de maladies cérébrales telles que l'autisme et troubles envahissants du développement, maladie d'Alzheimer, dépression, etc.

¹¹⁹ BONICEL M-F., « Panser la dépendance ou penser la dépendance? » in ARFEUX-VAUCHER G., 2012, *Les démences au croisement des non-savoirs, Chemins de la complexité*, collection *Psychologie et vieillissement*, Rennes : Presses de l'EHESP, p.199 à 257

¹²⁰ DIVET M., 11 juin 2014, « Des étudiants inventent un jardin thérapeutique pour seniors », Jactiv Ouest-France, [en ligne], [7 mai 2014], disponible sur Internet : <http://jactiv.ouest-france.fr/ils-sactivent/initiatives/etudiants-inventent-jardin-therapeutique-pour-seniors-31858>

communication avec leurs parents atteints de syndrome démentiel, renouer des liens familiaux ou amicaux, qui sont souvent fragilisés par ce type de pathologies. La dépendance, notamment due à des maladies neurodégénératives, entraîne fréquemment une distension voire une rupture des liens sociaux. Il en va de même pour l'entrée en établissement médico-social¹²¹. Organiser de tels ateliers, de telles activités grâce à des espaces aménagés permet de lutter contre cette « désocialisation » des personnes âgées dépendantes ainsi que des aidants. Les liens entre les membres de la famille sont maintenus, grâce à des visites plus agréables dans l'établissement.¹²²

C'est aussi pour renforcer les liens entre les générations, que la direction de l'EHPAD de Quiberon a voulu intégrer au sein du projet d'aménagement des jeux pour enfants. Ainsi, petits et grands apprécient d'utiliser ces espaces, et apprécient d'aller rendre visite à leurs parents ou grands-parents. Cela permet aux jeunes générations d'avoir une vision positive des personnes âgées et plus globalement de la vieillesse. « *Les jeunes ayant participé aux activités intergénérationnelles reconnaissent qu'ils n'ont plus la même image de la vieillesse.* »¹²³

III.2.2 Un environnement de travail plus agréable.

Ce projet d'aménagement des espaces extérieurs, notamment en faveur des personnes désorientées, a un impact certain sur l'environnement de travail des professionnels. Un tel projet a pour but d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé par l'établissement. De plus, cela modifie les manières de travailler des professionnels, et de fait, leur permet de réfléchir au sens de l'accompagnement, notamment de personnes atteintes de démence, tout cela en groupe. Enfin, en allant dans le sens d'une réduction des troubles et donc de l'amélioration de la qualité de vie des résidents, on agit positivement en matière de prévention des risques professionnels.

Un projet ancré dans un projet plus global

Le projet d'aménagement des espaces extérieurs de l'EHPAD de Quiberon fait partie intégrante des axes d'amélioration définis lors de l'évaluation interne. Ne disposant

¹²¹ BONICEL M-F., *op. cit.*

¹²² CORDIER C., août 2014, « Les jardins thérapeutiques offrent beaucoup plus qu'une simple stimulation sensorielle », *Hospimedia* [en ligne], [18 août 2014], disponible sur Internet : http://abonnes.hospimedia.fr/interviews/20140814-dr-therese-jonveaux-neurologue-les-jardins-therapeutiques-offrent?c=0&f=EQ&s=91AA1ACAADAE1962876A5A20D2EA9F55&u=65489&utm_source=sim&utm_medium=email&utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_content=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_term=

¹²³ PUIJALON B., TRINCAZ J., *Le droit de vieillir*, in SAUVEUR Y., 2013, *Images de la vieillesse dans la France contemporaine. Ambiguïtés des discours et réalités sociales*. Dijon: Editions Universitaires de Dijon, 266 p.

pas de projet d'établissement actualisé, ces axes d'amélioration servent de fils conducteurs pour la politique de l'établissement. Le but de l'évaluation interne et des axes d'amélioration ainsi définis est de permettre à l'établissement d'améliorer la qualité des prestations proposées. Le projet d'établissement (ou le plan d'amélioration) est un des outils de management de l'établissement pour le directeur. Il permet de définir les axes d'évolution, les projets de la structure. Baser le projet d'aménagement des espaces extérieurs sur ce type de document permet de l'ancrer au sein d'un projet plus global. Ce dernier est communiqué, défini par le directeur auprès de l'ensemble des professionnels. Ces axes d'évolution constituent un outil essentiel de communication pour le directeur, permettant une cohérence dans les projets développés et les actions mises en œuvre. Communiquer et faire participer les professionnels aux différents projets de l'établissement permet de les faire adhérer à la politique de l'établissement, à laquelle ils sont associés et impliqués.

Améliorer la qualité des prestations proposées

Le but des différents projets mis en place, notamment à l'EHPAD de Quiberon, est d'améliorer les prestations qu'il délivre. Aménager les espaces extérieurs permet de créer un environnement de vie plus agréable, offrant davantage d'animations ou d'activités en extérieur. Cela répond donc à l'insatisfaction des résidents et de leurs proches vis-à-vis de ces espaces, et de l'accès à ces espaces.

De plus, un tel projet permet également d'améliorer les réponses apportées à des personnes atteintes de démence cognitive. Les thérapies médicamenteuses sont réduites *a minima*, limitant ainsi les effets secondaires ; de nouvelles thérapies plus douces, non médicamenteuses peuvent ainsi se mettre en place. Ainsi, les troubles sont réduits de façon non médicamenteuse afin d'améliorer la qualité de vie des résidents : cela entre dans le cadre de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

D'autre part, un tel projet permet de remettre le résident au centre de l'action institutionnelle, avec ses droits et libertés. On note régulièrement que les professionnels travaillant en EHPAD sont souvent focalisés sur le soin, les gestes techniques : le nombre de toilettes réalisées en une matinée, le nombre de transferts à faire avant le repas, etc. Il est important de constater qu'un tel discours éloigne le soignant du résident. Le résident n'est plus au centre du travail du soignant, seuls les gestes techniques comptent. Travailler sur la mise en place de nouvelles thérapies non-médicamenteuses pour les personnes atteintes de pathologies démentielles permet aux professionnels de réfléchir au sens de leur travail auprès des personnes âgées.

Un jardin thérapeutique, mis en place pour des personnes désorientées, modifie, on a pu le voir précédemment, les manières de travailler des professionnels. De plus, cela

valorise leur travail thérapeutique¹²⁴. Des bénéfices sont visibles pour les résidents (même si peu d'études scientifiques ont mesuré l'efficacité de ces thérapies). De plus, le jardin, le potager peut être comme un médiateur entre le soignant et le résident qui récupère une certaine forme de communication, en retrouvant son estime de soi, ses capacités, etc.

Un projet renforçant la cohésion et la pluridisciplinarité

De plus, nous avons pu voir dans le Titre II, qu'il était essentiel que le projet soit réfléchi de façon pluriprofessionnelle. Chaque catégorie professionnelle travaillant avec des résidents désorientés doit pouvoir s'exprimer dans la mise en œuvre d'un tel projet. Travailler ensemble à un même projet, réfléchir ensemble permet d'améliorer la cohésion d'équipe. Chacun peut s'exprimer, chacun est écouté ; chaque proposition est étudiée. Ainsi, chaque professionnel peut se mettre à la place de l'autre, voir les difficultés rencontrées dans son travail et travailler ensemble à trouver des solutions. Ce travail a été réalisé à l'EHPAD de Quiberon lors de la réflexion sur le projet d'aménagement des espaces extérieurs, mais également pendant l'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels. Comme expliqué précédemment, ce projet d'aménagement des espaces extérieurs fait partie intégrante du projet d'établissement, ou en tout cas de ses axes d'amélioration, qui guident la politique de la structure impulsée par le directeur. Impliquer les professionnels dans la réflexion et la réalisation des projets permet au chef d'établissement de fédérer les équipes autour de la politique de l'établissement.

Des troubles moins fréquents, des risques réduits

On a ainsi pu constater que les troubles liés aux pathologies démentielles entraînaient des risques pour les aidants professionnels. Or, de tels aménagements permettent de nombreuses animations (jardinage, promenade, stimulation multi-sensorielle), dont les effets constatés sur le terrain (même s'ils n'ont pas été validés par des études scientifiques) montrent que les troubles psychologiques et comportementaux sont réduits. Des troubles moindres permettent dès lors de réduire les risques notamment psycho-sociaux pour les professionnels travaillant auprès de résidents atteints de syndromes démentiels. Réduire les risques psycho-sociaux pour les professionnels par l'intermédiaire d'un plan est une obligation pour tous les directeurs d'établissements publics à compter du 1^{er} janvier 2015¹²⁵. Il est donc intéressant de réfléchir à la mise en

¹²⁴ JARDINS ET SANTE, *Jardins ouverts au service de la santé*, [visité le 14 mars 2014], disponible sur : <http://www.jardins-sante.org/>

¹²⁵ La circulaire n°5705/SG du 20 mars 2014 a pour objet la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques. Ainsi, un plan d'action de prévention des risques psychosociaux sera réalisé au plus tard en 2015, après Anne-Lise COME - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2014

place de nouvelles thérapies d'accompagnement permettant de réduire les risques professionnels, comme le permettent des espaces extérieurs spécifiquement adaptés. Ainsi, dans l'article d'Hospimedia du 14 août 2014, le Dr Thérèse Jonveaux note que le jardin thérapeutique est un « *apport dans le travail des soignants* ». Cela permet de modifier les pratiques d'accompagnement ainsi que de réduire les troubles perturbateurs des personnes âgées dépendantes. Cela permet ainsi de lutter contre l'épuisement, la fatigue professionnelle, le stress et l'anxiété et de prévenir le burn-out des professionnels travaillant en gériatrie.¹²⁶

que chaque employeur public ait réalisé un diagnostic partagé des facteurs de risques psychosociaux intégré au Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).

¹²⁶ CORDIER C., août 2014, *op. cit.*

Conclusion

Que les établissements soient de taille réduite, tel que l'EHPAD de Guer, ou de taille plus importante, comme le Centre Gérontologique des Abondances de Boulogne-Billancourt, il est remarquable de constater que les directeurs souhaitent créer (ou recréer) une nouvelle image de la maison de retraite. Ce ne sont plus simplement des établissements hébergeant entre leurs murs des personnes âgées dépendantes physiquement et/ou psychiquement, et au milieu – lorsque l'espace le permet – des espaces verts agrémentés de quelques bancs. Ce sont des établissements accueillant des personnes âgées, mais aussi leurs familles – petits et grands – dans des jardins, terrasses, patios, cours, aménagés, agréables et utiles permettant des activités diverses, des promenades comme à la maison.

Pour certains établissements ayant une longue histoire de soins, ce recours aux espaces extérieurs dans le soin est un retour en arrière. On le voit, par exemple, aux Abondances, où l'établissement a été construit autour de différents espaces verts. Aucun recensement des établissements ayant des espaces extérieurs aménagés n'a été réalisé, mais, il est possible de noter (comme le note l'association Jardin & Santé) que ce concept se développe de plus en plus en France, après les pays anglo-saxons, ainsi que les pays asiatiques. Et cela ne se restreint pas uniquement aux pathologies neurodégénératives. Ainsi, l'association Jardins & Santé souhaite développer ce type de jardins pour différentes pathologies, différents handicaps qu'ils soient physiques, mentaux ou psychiques. Par exemple, Anne Audran de Jardins d'Anne A. travaille, tant sur des jardins pour des particuliers, que pour des jardins d'établissements sanitaires, médico-sociaux ou sociaux, hébergeant des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Mettre en place un tel projet signifie surmonter certains obstacles et prévenir ou réduire certains risques. Ces contraintes peuvent être importantes comme par exemple le coût financier d'un tel projet. Cependant, les bénéfices doivent également être évalués, pour les résidents, les familles et les professionnels. Ce projet doit être global, et prendre en compte l'établissement dans sa globalité, tel que le voit le chef d'établissement. Un tel projet d'aménagement des espaces extérieurs doit ainsi faire partie intégrante du projet d'établissement, l'agencement permettant de prendre en compte les différents acteurs de l'EHPAD et d'apporter des bénéfices variés pour les résidents certes, mais également pour leurs familles et le personnel.

Après une telle réflexion, il est important de voir que le ratio bénéfices / risques, coûts met en évidence les avantages d'un tel projet. Evidemment, le coût doit être réfléchi afin qu'il n'impacte pas excessivement les résidents par le biais de la section « hébergement » du budget de l'EHPAD. Pour ce faire, des demandes de subvention sont indispensables ; de

nombreuses associations ou fondations développent ce type de subvention. Cependant, améliorer la qualité, permettre aux résidents de vivre mieux est avant tout une priorité pour un directeur d'EHPAD.

Un tel projet montre bien le jeu d'équilibriste du directeur d'établissement médico-social : améliorer la qualité des prestations pour les résidents, améliorer la qualité de l'environnement de travail pour les professionnels sans impacter excessivement les dépenses de l'établissement, et ce au sein de l'ensemble des sections tarifaires « soins », « dépendance » et « hébergement », tout en assurant sécurité et respect des droits des personnes. Cela est évoqué par Marie-Françoise Bonicel dans « Panser la dépendance ou penser la dépendance? » : « *En fait, chaque structure tente en fonction de sa population, de ses ressources toujours insuffisantes en personnel, d'opérer une conciliation entre humanité, sécurité, efficacité et optimisation des moyens.* »¹²⁷

Avec les différentes évolutions évoquées en introduction (augmentation de l'espérance de vie, entrée plus tardive en établissement, accroissement de la dépendance notamment due à des démences avec l'âge), l'accompagnement proposé par les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes doit être réfléchi afin d'améliorer sa qualité. Les thérapies non-médicamenteuses entrent dans le cadre de cette réflexion. Elles sont très nombreuses comme on a pu le voir ; ainsi elles peuvent être adaptées en fonction des résidents accueillis. Elles offrent de nombreux avantages aux résidents mais également à l'ensemble des acteurs de l'établissement. Améliorer la qualité des prestations proposées par un établissement médico-social entre dans le cadre d'une réflexion globale, touchant l'ensemble des acteurs d'une institution.

¹²⁷ BONICEL M-F., *op. cit.*

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), Journal officiel, n°167, 21 juillet 2001, p.11737

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel, 3 janvier 2002, p.124

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, n°0167, 22 juillet 2009, p.12184

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Circulaire interministérielle N°DGCS/SD3A/DGOS/SDR/2011/362 du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 (Pôle d'activités et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées) du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, BO Santé – Protection Sociale – Solidarité, n°2011/10, 15 novembre 2011, p.286-294

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE *et al.*, Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, 6 juillet 2009, 9p.

Code de l'Action Sociale et des Familles

Code du Travail

Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, 1er février 2008

Ouvrages

ARFEUX-VAUCHER G., 2012, *Les démences au croisement des non-savoirs, Chemins de la complexité*, collection *Psychologie et vieillissement*, Rennes : Presses de l'EHESP, 221 p.

DEMOURES G., 2006, *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*, Paris : Masson, 239 p.

PHANEUF M., BAL-CRAQUIN M-T, 2007, *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*, Paris : Elsevier Masson, 416 p.

ROGER S., PIOU O., 2012, *Accompagnement et cadre de vie en établissement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres causes de dépendances : guide pratique : éléments de projet d'établissement et de projet architectural*. Rennes : Presses de l'EHESP, 175 p.

TREPIED V., PIOU O., janvier 2011, *Maladie d'Alzheimer. Contexte, politique et enjeux sociaux*, CLEIRPPA, [visité le 10 mai 2014], disponible sur Internet : <http://www.cleirppa.fr/UserFiles/File/Fiche-Maladie+Alzheimer.pdf>

VERGNIORY S., GAUTIER E., BOMPAYS S. et al., mars 2012, « *Evaluation de l'expérimentation « généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »* », Rennes : Observatoire Régional de la Santé Bretagne, 220 p.

Articles

BATTISTA E, 8 juillet 2013, « Entre 2009 et 2012, les Ehpad ont accompli des efforts pour respecter les droits des résidents », *Hospimedia.fr*, [en ligne] [5 mai 2014], disponible sur : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20130708-ethique-entre-2009-et-2012-les-ehpad-ont>

BENGTSSON A., CARLSSON G., 2006, « Outdoor Environments at Three Nursing Homes: Focus Group Interviews with Staff », *Journal of Housing for the Elderly*, vol. 19, p.49-69

BERTUCCI A-E., 19 novembre 2012, « Ces jardins qui réveillent la mémoire et les sens », *Ouest-France*

BILLE M., 2005, "L'entrée en institution dernière mise en demeure?", *Gérontologie et société*, n°112, p. 63-72, [7 mai 2014], disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2005-1-page63.htm>

BLANPAIN N., CHARDON O., octobre 2010, « Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. », *INSEE Première*, n°1320, 4 p., [en ligne], [7 mai 2014], disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320

BOUCQ Isabelle, 4 septembre 2013, « Des jardins thérapeutiques adaptés aux pathologies », *Le lien horticole*, n°853, p.10-11

CHAHINE A., hiver 2010, « Qu'est-ce qu'un jardin à but thérapeutique ? », *L'Ecologiste* n°33, p.43-44

CLAVREUL L., 7 août 2012, « Les personnes âgées dépendantes prennent trop de médicaments », *Le Monde.fr*, [en ligne] [3 décembre 2013], disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/08/07/les-personnes-dependantes-prennent-trop-de-medicaments_1743153_1651302.html

COHEN Dr A., janvier/février 2014, « A propos des neuroleptiques en gérontopsychiatrie », *Soins gérontologie* n°105, p.7

COHEN-MANSFIELD J., WERNER P., « Effets d'un jardin thérapeutique sur les troubles du comportement et de l'humeur de résidents de maisons de retraite présentant une déambulation », extrait de : "Visit to an outdoor garden: Impact on behavior and mood of nursing home residents who pace", 1998, *Research and Practice in Alzheimer's Disease*, p.419-436, [en ligne] [15 janvier 2013], disponible sur Internet : <http://mapage.noos.fr/bellesplantes/deambulation.html>

CORDIER C., août 2014, « Les jardins thérapeutiques offrent beaucoup plus qu'une simple stimulation sensorielle », *Hospimedia* [en ligne], [18 août 2014], disponible sur Internet : http://abonnes.hospimedia.fr/interviews/20140814-dr-therese-jonveaux-neurologue-les-jardins-therapeutiques-offrent?c=0&f=EQ&s=91AA1ACAADAE1962876A5A20D2EA9F55&u=65489&utm_source=sim&utm_medium=email&utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_content=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_term=

DIVET M., 11 juin 2014, « Des étudiants inventent un jardin thérapeutique pour seniors », *Jactiv Ouest-France*, [en ligne], [7 mai 2014], disponible sur Internet : <http://jactiv.ouest-france.fr/ils-sactivent/initiatives/etudiants-inventent-jardin-therapeutique-pour-seniors-31858>

DONNIO I., 2005, « L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, n°112, p.73-92, [7 mai 2014], disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2005-1-page-73.htm>

FONDATION HOPITAUX DE PARIS HOPITAUX DE FRANCE, octobre 2012, « Epanouir nos aînés. Développer les liens intergénérationnels dans les établissements dédiés aux personnes âgées », *La lettre des amis Hôpital soleil* [en ligne], n°62, p.1-2, disponible sur Internet : <http://www.fondationhopitaux.fr/wp-content/uploads/2012/10/Lettre-H%C3%B4pital-Soleil-62.pdf>

FOUASSIER D., GARCIA SUAREZ F., HAMON C. et *al.*, mars/avril 2014, « Groupe de parole pour patients Alzheimer en accueil de jour », *Soins gérontologie* n°106, p.18-22

GINESTE Y., MARESCOTTI R., PELLISSIER J., septembre 2013, « L'Humanité dans les soins », *Recherche en soins infirmiers*, n°94, p.42-55

GOUTARD L., LEON O., BERGER C. et *al.*, Novembre 2012, « Personnes âgées dépendantes en Bretagne : une augmentation potentielle de 40 % à l'horizon 2030 », *Octant Analyse* [en ligne] [2 décembre 2013], n°35, 8 p., disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=19224

GUISSET-MARTINEZ M-J, juin-juillet 2013, Communiqué de presse de la Fondation Mederic Alzheimer sur le rapport d'étude « Jardins : des espaces de vie au service du bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage », *Animagine* n°79, p.16-23

INSTITUT GINESTE MARESCOTTI, 2008, « Actes du colloque international "Approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer". », *La Revue de Gériatrie*, vol. n°33, n°6 Suppl., 36 p.

K. P.-A. et F.J., 2014, « Un enjeu pour la recherche en sciences humaines et sociales, mieux vivre dès aujourd'hui avec maladie. », *Revue de presse nationale et internationale de la Fondation Médéric Alzheimer*, mars 2014, Hors-Série, p.15-16, [visité le 29 mai 2014], disponible sur Internet : <http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/Nos-Travaux/La-Revue-de-presse/Numero-Hors-serie>

LUQUEL L., septembre 2008, « La méthodologie de soin Gineste-Marescotti dite « Humanitude », expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer », *Gérontologie et société*, n°126, p.165-177

MARIE J., Juin-juillet 2014, « Les activités physiques en EHPAD », *Animagine*, n°85, p.6-13

MASQUELIER J-L., mai 2012, « Jardins en maison de retraite : pourquoi ? comment ? Jardins des plaisirs et non plus jardin de tous les dangers et des peurs (chute, douleur, chaleur) », *Agevillagepro.com* [en ligne] [7 février 2014], disponible sur Internet : <http://www.agevillagepro.com/article-6982-1-jardins-en-maison-de-retraite-pourquoi-comment.html>

PELLISSIER J., 27 décembre 2009, « Geneviève Laroque : 35 ans de gérontologie. Un témoignage passionnant... », [7 mai 2014], disponible sur Internet : <http://www.jerpel.fr/spip.php?article278>

PIROU D., POUILLAIN N., ROCHELLE S., février 2013, « La vie en communauté : 1,6 million de personnes en France », *INSEE Premiere*, n°1434, 4 p., [en ligne], [7 mai 2014], disponible sur Internet : www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1434#inter3

P. SA., 14 février 2013, « Un "jardin des cinq sens" pour stimuler le corps et l'esprit », *Le Monde sciences et techno* [en ligne] [16 avril 2014], disponible sur Internet : http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/02/14/un-jardin-des-cinq-sens-pour-stimuler-le-corps-et-l-esprit_1832934_1650684.html#

RIVASSEAU-JONVEAUX T., POP A., FESCHAREK R. et al., septembre 2012, « Les jardins thérapeutiques : recommandations et critères de conception », *Geriatr Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, vol.10 n°3, p.245-253, [en ligne] [3 février 2014]., disponible sur Internet : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/gpn/e-docs/00/04/79/95/resume.phtml>

STRUBEL Dr D., mars 2014, « La déambulation en institution. Comment la prendre en charge ? », *Repères en gériatrie*, vol.16 n° 132, p.51-54

STRUBEL D., CORTI M., décembre2008, « La déambulation chez les patients déments », *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, vol.6 n°4, p.259-264, [en ligne] [22 avril 2014], disponible sur Internet : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/pnv/e-docs/00/04/43/96/article.phtml>

TROMEUR E., mai/juin 2014, « Musicothérapie réceptive et maladie d'Alzheimer », *Soins gérontologie*, n°107, p.16-18

VION A., 19-26 décembre 2008, « Alzheimer : un jardin pour stimuler les sens », *TSA Hebdo* n° 1188-1189, p. 21-23

VOLANT S., février 2014, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Etudes et résultats* n°877, 6 p.

WATREMETZ L., 17 avril 2014, « Une étude sur un an des activités Siel Bleu dans trois Ehpad montre des gains physiques notables », *Hospimedia*, [visité le 18 avril 2014], disponible sur Internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20140417-offre-de-soins-une-etude-sur-un-an>, 1p.

Rapports

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, janvier 2008, *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 47 p.

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, 2011, *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, 64 p. p. 36-37

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, 2009, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, 47 p.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANCY, JARDIN ART MEMOIRE ET VIE, septembre 2010, *dossier de presse Jardin « art, mémoire et vie » du CHU de Nancy*, 12 p.

DIRECTION REGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE BRETAGNE, 2013, *Dossier de presse « Le Parcours d'activités santé seniors. Une innovation thérapeutique bretonne au service de la santé des seniors » 8 février 2013 Saint Jacut les Pins*, 10 p.

GERONTOPOLE, HOPITAUX DE TOULOUSE, août 2008, *Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement - Réflexion sur les critères de définition et missions*, [visité le 7 février 2014], 38 p., disponible sur Internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf

GUISSET-MARTINEZ M-J, COUPRY O., VILLEZ M., janvier 2013, *Rapport d'étude « Jardins : des espaces de vie au service du bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage »*, Fondation Mederic Alzheimer, n°3, 44 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, *Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement. Programme AMI Alzheimer : Alerte et Maîtrise de la latrogénie des neuroleptiques (NL) dans la maladie d'Alzheimer*, 2 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2011, *Recommandation de bonne pratique professionnelle : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*, 49 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *Recommandation de bonne pratique professionnelle : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, 44 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2009, *Argumentaire, Recommandation de bonne pratique professionnelle : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, 94 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2013, *Maladie d'Alzheimer. Les neuroleptiques. Quelle place dans les troubles du comportement, Programme AMI Alzheimer : Alerte et Maîtrise de la latrogénie des neuroleptiques (NL) dans la maladie d'Alzheimer*, 2 p.

MOBIQUAL, 2012, fiche « ils le font » : Les Promeneurs..., 2 p.

MOBIQUAL, 2012, fiche « ils le font » : Atelier jardin thérapeutique, 4 p.

MOBIQUAL, 2012, fiche pratique : La réminiscence en pratique, 2 p.

MOBIQUAL, 2012, fiche pratique, La Validation : une pratique quotidienne, 6 p.

PINVILLE M., « *Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales* », Premier Ministre, 2013, 81 p.

PREFET DE LA REGION BRETAGNE, DRJSCS BRETAGNE, ARS BRETAGNE, CARSAT BRETAGNE, 2012, *Appel à candidatures « Parcours d'activités santé seniors » (PASS)*, 7 p.

RIVIERE D., décembre 2013, « *Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés* », Ministère des affaires sociales et de la santé, 39 p.

VERGER P., septembre 2013, « *La politique du médicament en EHPAD.* », Ministère des affaires sociales et de la santé, 125 p.

Thèses et mémoires

LAPRE E., 2010, *Maladie d'Alzheimer et thérapies non médicamenteuses : évaluation de la stimulation cognitive et de l'activité physique sur le fonctionnement exécutif*, Thèse pour le Doctorat en Sciences Humaines et Sociales option : Psychologie, Université de Bordeaux 2, 282 p.

MANGIN L., 2013, *Prise en charge psychomotrice et non médicamenteuse de la déambulation*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Université de Toulouse III, 68 p.

VALLET J., CORTADELLAS J., 2009, *Attention soutenue chez la personne âgée atteinte de démence : validité pathologique de l'adaptation du Test des 2 Barrages de Zazzo*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Université de Toulouse III, 92 p.

Conférences

COOPER MARCUS C., « Gardens and health », World Congress of Design and Health, 2000

Sites internet

CAPVERT 14, *Jardins thérapeutiques – CAP VERT 14*, [visité le 15 avril 2014], disponible sur Internet : <http://www.capvert14.fr/pages/Jardins-therapeutiques>

CENTRE D'ETUDES SUR LE STRESS HUMAIN, *Troubles cognitifs légers et maladie d'Alzheimer – Centre d'études sur le stress humain*, [visité le 7 mai 2014], disponible sur Internet : <http://www.stresshumain.ca/stress-et-vous/stress-chez-les-aines/resilience-et-adaptation-au-stress.html>

DEMENTIA BEHAVIOUR MANAGEMENT ADVISORY SERVICE, *Gardens that Care: Planning Outdoor Environments for People with Dementia*, [visité le 15 avril 2014], disponible sur Internet: http://dbmas.org.au/uploads/resources/101796_ALZA_Garden32pp_LR.pdf

EHPAD LA ROSE DES VENTS, *Ehpad de Quiberon*, [visité le 28 juillet 2014], disponible sur Internet : <http://maison-de-retraite-de-quiberon.fr/>

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. *Les jardins thérapeutiques*. [visité le 15 février 2014], disponible sur Internet : <http://www.maisons-de-retraite.fr/Ehpad/La-vie-en-etablissement/Les-jardins-therapeutiques>

FRANCE ALZHEIMER. *Les maladies apparentées / France Alzheimer / Union nationale des Associations France Alzheimer* [visité le 29 avril 2014], disponible sur Internet : <http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/maladies-apparent%C3%A9es>

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Haute Autorité de Santé. Indicateurs de pratique clinique, outils et programmes (AMI Alzheimer)*. [date de mise à jour : 5 mars 2013], disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1033507/fr/indicateurs-de-pratique-clinique-outils-et-programmes-ami-alzheimer

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, *Alzheimer – INSERM*, [visité le 7 mai 2014], disponible sur <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, *Maladie de Parkinson*, [visité le 17 juillet 2014], disponible sur <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/maladie-de-parkinson>

JARDINS D'ANNE A., *Jardins d'Anne A. Paysagiste conseil*, [visité le 7 février 2014], disponible sur : <http://www.jardinsdanna.fr/>

JARDINS ET SANTE, *Jardins ouverts au service de la santé*, [visité le 14 mars 2014], disponible sur : <http://www.jardins-sante.org/>

MARC AMORETTI M. S., *Les Jardins à But Thérapeutique : une idée ancienne à la mode ! Blog de la Biarnesa. Agence brésilienne de traduction internationale*. [visité le 15 avril 2014], disponible sur Internet : <http://blog.biarnesa.com/fr/index.php/?2008/06/28/24-les-jardins-a-but-therapeutique-une-idee-ancienne-a-la-mode>

O UBI CAMPI, *Votre paysagiste maître en jardins : Bienvenue chez Bellet Paysage à Villers Cottelets dans l'Aisne (02)* [visité le 3 mars 2014], disponible sur : <http://www.jardins-therapeutiques.fr/>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *OMS La démence*, [visité le 7 mai 2014], disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr>

QUADRAMEA, *Une maison de retraite près de Lyon accueille un jardin thérapeutique pour les patients Alzheimer*. [visité le 15 avril 2014], disponible sur Internet : http://www.senioractu.com/Une-maison-de-retraite-pres-de-Lyon-accueille-un-jardin-therapeutique-pour-les-patients-Alzheimer_a5740.html

VILLAR DOUMET R., *La démence, dsm-IV*, [visité le 18 juillet 2014], www.rvd-psychologue.com/demence.html

Autres

BROSOLO Dr P., LEGUENNEC Solen, EMERY P., Accompagner un proche atteint d'une démence. Information auprès des familles réalisée à l'EHPAD La Rose des Vents de Quiberon, le jeudi 22 mai 2014

EMERY P., Analyses de pratique sur les démences et les troubles associés réalisées à l'EHPAD La Rose des Vents de Quiberon, les lundi 31 mars et 26 mai 2014.

Réunions du groupe de travail « Aménagement des espaces extérieurs » à l'EHPAD La Rose des Vents de Quiberon les 15 janvier 2014 et 19 mars 2014

Visites d'établissement :

- EHPAD de Ker Anna à Sainte Anne d'Auray (56),
- MAREVA (Maisons de Retraite de Vannes) :
Parc Er Vor à Meucon et Les Nymphéas à Vannes (56),
- EHPAD Les Jardins du Castel à Chateaugiron (35),
- EHPAD de Guer (56)
- Le Centre Gérontologique les Abondances à Boulogne-Billancourt (92)

Liste des annexes

- ANNEXE I : Questionnaire pour les familles de résidents sur l'aménagement des espaces extérieurs
- ANNEXE II : Questionnaire pour les membres du personnel sur l'aménagement des espaces extérieurs
- ANNEXE III : Grille d'entretien avec des usagers sur l'aménagement des espaces extérieurs
- ANNEXE IV : Plan des Résidences Bonne Fontaine : EHPAD La Rose des Vents et Foyer Logement des Dunes (appartenant au CCAS).
- ANNEXE V : Plan du projet d'aménagement du patio de l'unité des Phares, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.
- ANNEXE VI : Plan du projet d'aménagement des patios salle à manger et bibliothèque, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.
- ANNEXE VII : Plan du projet d'aménagement d'une partie du jardin, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.
- ANNEXE VIII : Plan du projet d'aménagement du jardin sensoriel, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.

ANNEXE I : Questionnaire pour les familles de résidents sur l'aménagement des espaces verts.

Nom-Prénom (facultatif) :

Nous sommes actuellement en cours de réflexion sur l'aménagement des espaces verts suivants:

- l'esplanade à l'entrée de l'établissement
- 3 patios (2 jouxtant la salle à manger commune, et un au sein de l'unité des Phares)
- le jardin à l'arrière de l'établissement (accès par l'unité des Phares).

Afin de mener à bien cette réflexion et faire en sorte que le projet soit le plus adapté possible, nous souhaitons recueillir les souhaits des résidents et familles, concernant l'aménagement de ces espaces.

Différentes idées ont déjà été proposées telles que :

- la mise en place d'une terrasse permettant aux proches de profiter de l'extérieur avec leurs parents
- la création d'un potager pour le développement d'activités intergénérationnelles (en lien avec l'école Sainte Anne - Saint Clément, partenaire)
- l'installation d'un jardin thérapeutique à destination des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en vue de stimuler leurs capacités motrices et cognitives (espace de déambulation sécurisé, jardin des sens...)
- l'édification d'une tonnelle dans le jardin permettant d'accueillir les personnes à l'ombre pour des activités ou des goûters
- l'installation d'agrès permettant en vue de développer des activités physiques pour les résidents.

Dans le cadre du présent questionnaire, pouvez-vous indiquer les aménagements que vous souhaiteriez voir mis en place à l'EHPAD La Rose des Vents :

- au niveau de l'esplanade à l'entrée de l'établissement ?

- au niveau des 3 patios concernés par cette réflexion?

- au niveau du jardin à l'arrière du bâtiment (accès par l'unité des Phares) ?

Quelles activités en extérieur souhaiteriez-vous voir mises en place au sein de l'établissement ?

Avez-vous d'autres idées relativement à l'aménagement des espaces extérieurs de l'EHPAD La Rose des Vents ?

Nous vous remercions d'avoir bien voulu participer à cette enquête.

Cette enquête est à retourner pour le vendredi 10 janvier.

ANNEXE II : Questionnaire pour les membres du personnel sur l'aménagement des espaces verts.

Nom-Prénom (facultatif) :

Nous sommes actuellement en cours de réflexion sur l'aménagement des espaces verts suivants:

- l'esplanade à l'entrée de l'établissement
- 3 patios (2 jouxtant la salle à manger commune, et un au sein de l'unité des Phares)
- le jardin à l'arrière de l'établissement (accès par l'unité des Phares).

Différentes idées ont déjà été proposées telles que :

- la mise en place d'une terrasse permettant aux proches de profiter de l'extérieur avec leurs parents
- la création d'un potager pour le développement d'activités intergénérationnelles (en lien avec l'école Sainte Anne - Saint Clément, partenaire)
- l'installation d'un jardin thérapeutique à destination des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en vue de stimuler leurs capacités motrices et cognitives (espace de déambulation sécurisé, jardin des sens...)
- l'édification d'une tonnelle dans le jardin permettant d'accueillir les personnes à l'ombre pour des activités ou des goûters
- l'installation d'agrès permettant en vue de développer des activités physiques pour les résidents.

Dans le cadre du présent questionnaire, pouvez-vous indiquer les aménagements que vous souhaiteriez voir mis en place à l'EHPAD La Rose des Vents (et dans quels buts) :

- au niveau de l'esplanade à l'entrée de l'établissement ?

- au niveau des 3 patios concernés par cette réflexion?

- au niveau du jardin à l'arrière du bâtiment (accès par l'unité des Phares) ?

Quelles activités en extérieur souhaiteriez-vous voir mises en place au sein de l'établissement ?

Avez-vous d'autres idées relativement à l'aménagement des espaces extérieurs de l'EHPAD La Rose des Vents ?

Nous vous remercions d'avoir bien voulu participer à cette enquête.

Cette enquête à est à retourner pour le vendredi 10 janvier.

ANNEXE III : Grille d'entretien avec des usagers sur l'aménagement des espaces extérieurs

NOM :

Prénom :

Unité : Phares

Coquillages

Bateaux

Fleurs

Oiseaux

Utilisez-vous les espaces extérieurs de l'établissement ?

Si oui l'esplanade devant ? Le jardin à l'arrière du bâtiment ?

Apprécieriez-vous de pouvoir vous promener dans un jardin avec une terrasse à l'arrière du bâtiment ?

Apprécieriez-vous l'installation d'une terrasse devant l'établissement (esplanade) ? (ces terrasses pourraient être utilisées avec les familles par exemple) ?

Etes-vous intéressé par la mise en place d'un potager (faire du jardinage) ?

Seriez-vous intéressé par des activités de jardinage avec des enfants ?

Si résident des Phares : Avez-vous envie de pouvoir vous promener dans un jardin aménagé et sécurisé ?

Aimeriez-vous qu'il y ait des plantes, des fleurs, etc ? et quels types ? (aromatiques, fleurs, arbres fruitiers, etc)

Etes-vous intéressé par des activités physiques (de la gym douce, des exercices de marche, etc) à l'extérieur ?

ANNEXE V : Plan du projet d'aménagement du patio de l'unité des Phares, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.

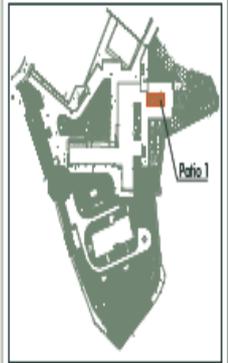
Un patio végétalisé

23/07/2014

EHPAD La rose des Vents
2 rue Bonne Fontaine
56170 QUBERON

Maître d'ouvrage :
Mme Chantal BANNETEL
Directeur d'établissement
PO.M. le Maire de Quiberon

Surface totale du projet : 2000 m²
dont 100 m² pour le Patio 1

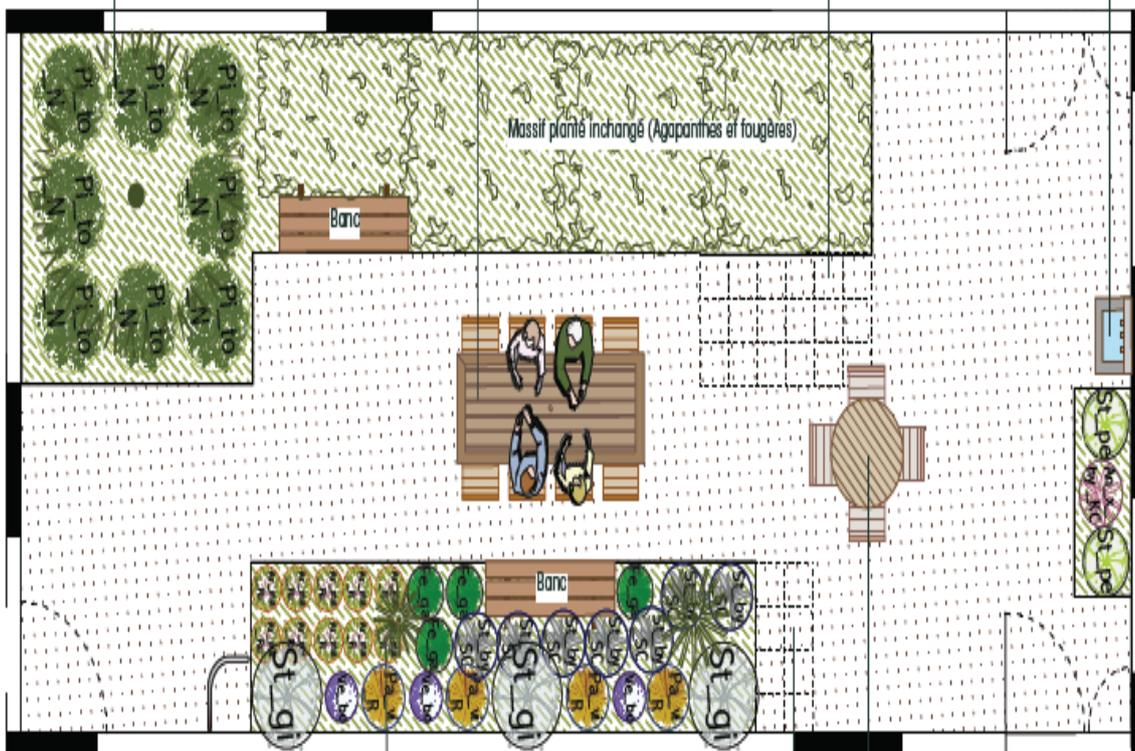


Fontaine

Allanthe conservé +
Pittosporum tobira Nanum en couvre-sol

Table longueur 2,60 x 0,90 m

Rajout de dalles gravillonnées



Massif planté inchangé (Agapanthes et fougères)

Banc

Banc

St. p. m. n. c.
St. p. e.

Massif planté : graminées,
armérie maritime, stachys,
cordylines conservées

Rajout de dalles gravillonnées

Salon de jardin possible - Ø 1 m



**PLAN
PATIO 1**
ECHELLE 1/50eme

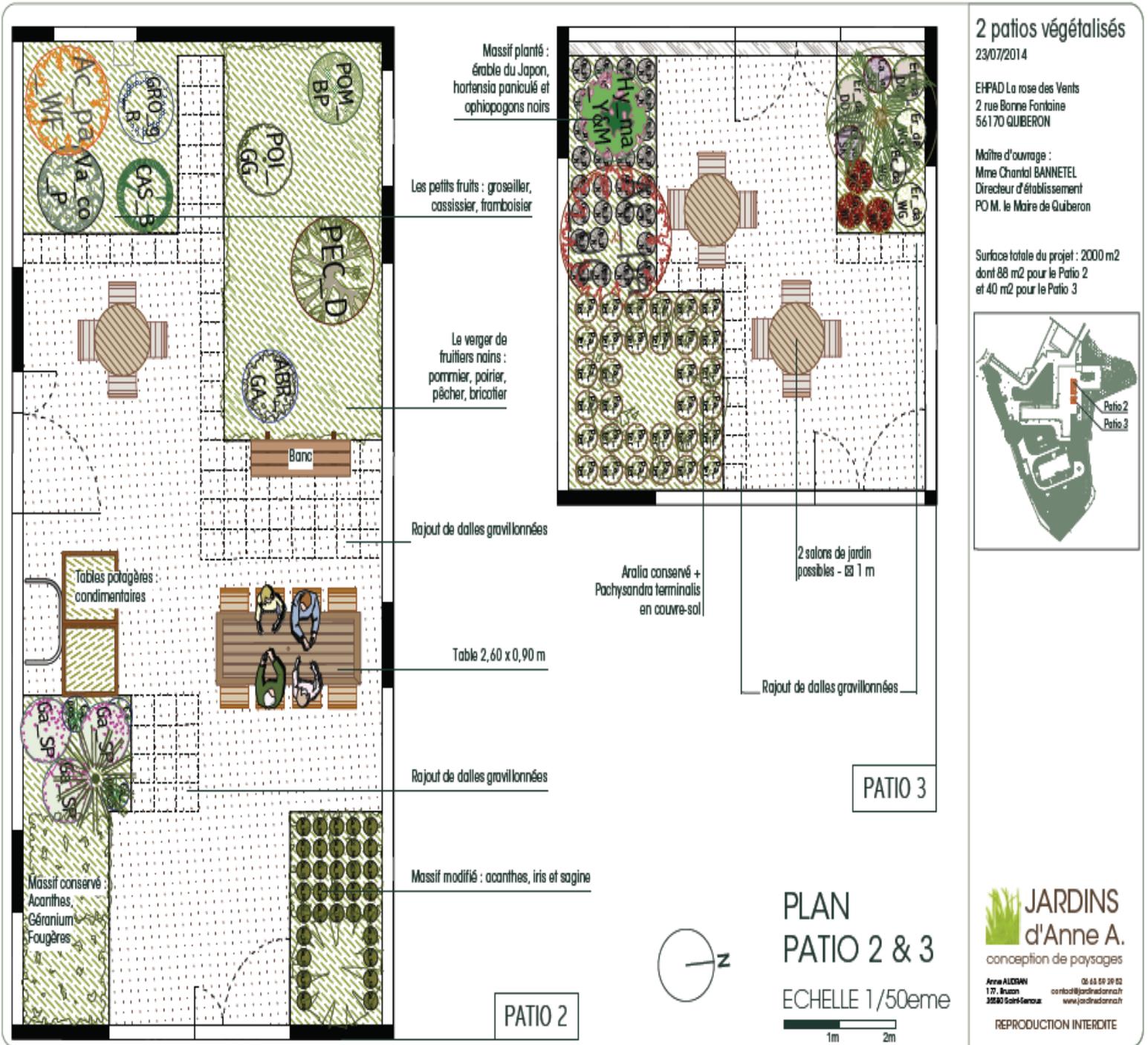


**JARDINS
d'Anne A.**
conception de paysages

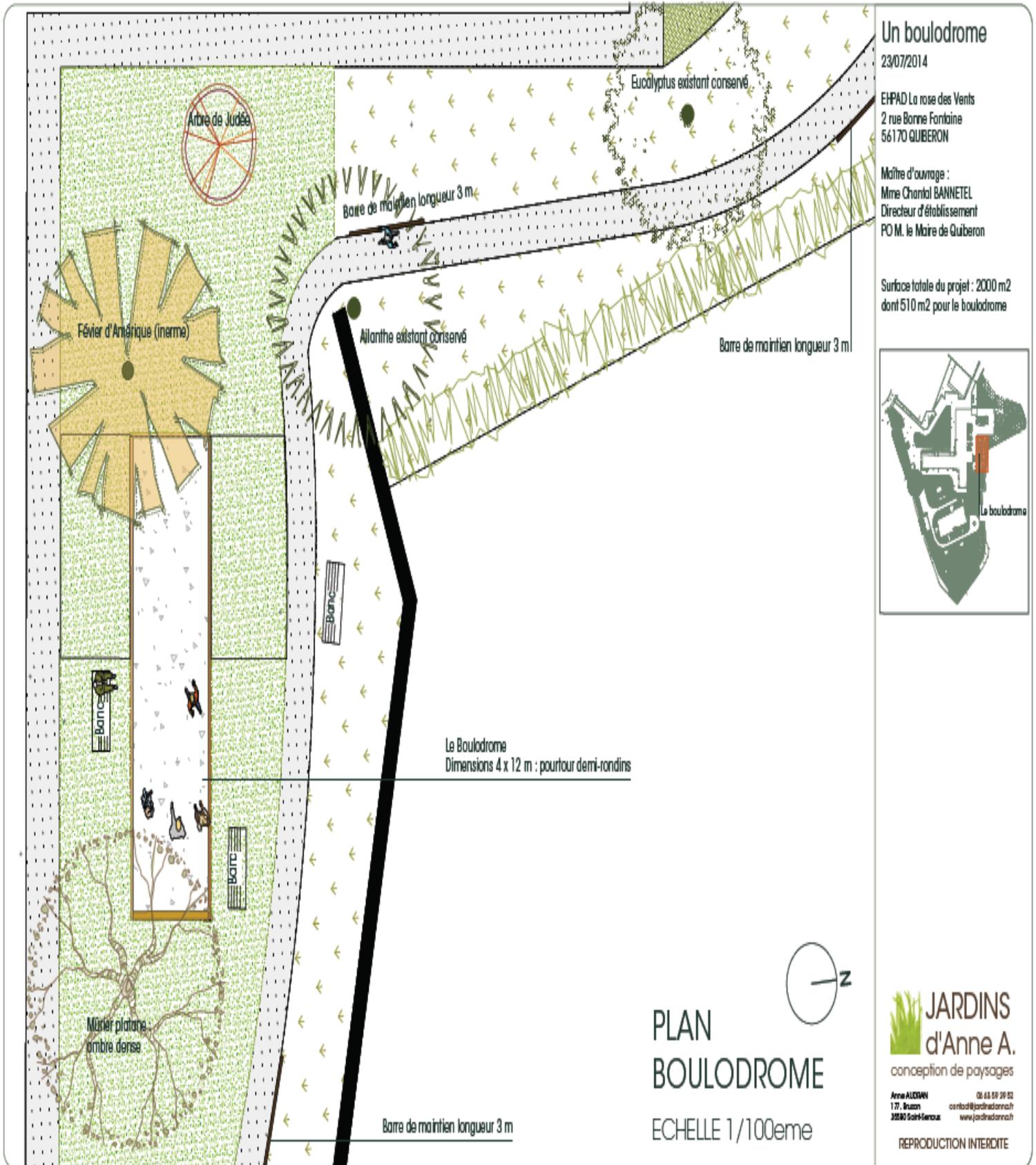
Anne AUDRAN 02 63 89 20 82
177, Bruzon chantal@jardinsdannea.fr
35500 Saint-Kernez www.jardinsdannea.fr

REPRODUCTION INTERDITE

**ANNEXE VI : Plan du projet d'aménagement des patios salle à manger et bibliothèque, par
Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.**



ANNEXE VII : Plan du projet d'aménagement d'une partie du jardin, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.



ANNEXE VIII : Plan du projet d'aménagement du jardin sensoriel, par Anne Audran, architecte paysagiste chez Jardin d'Anne A.

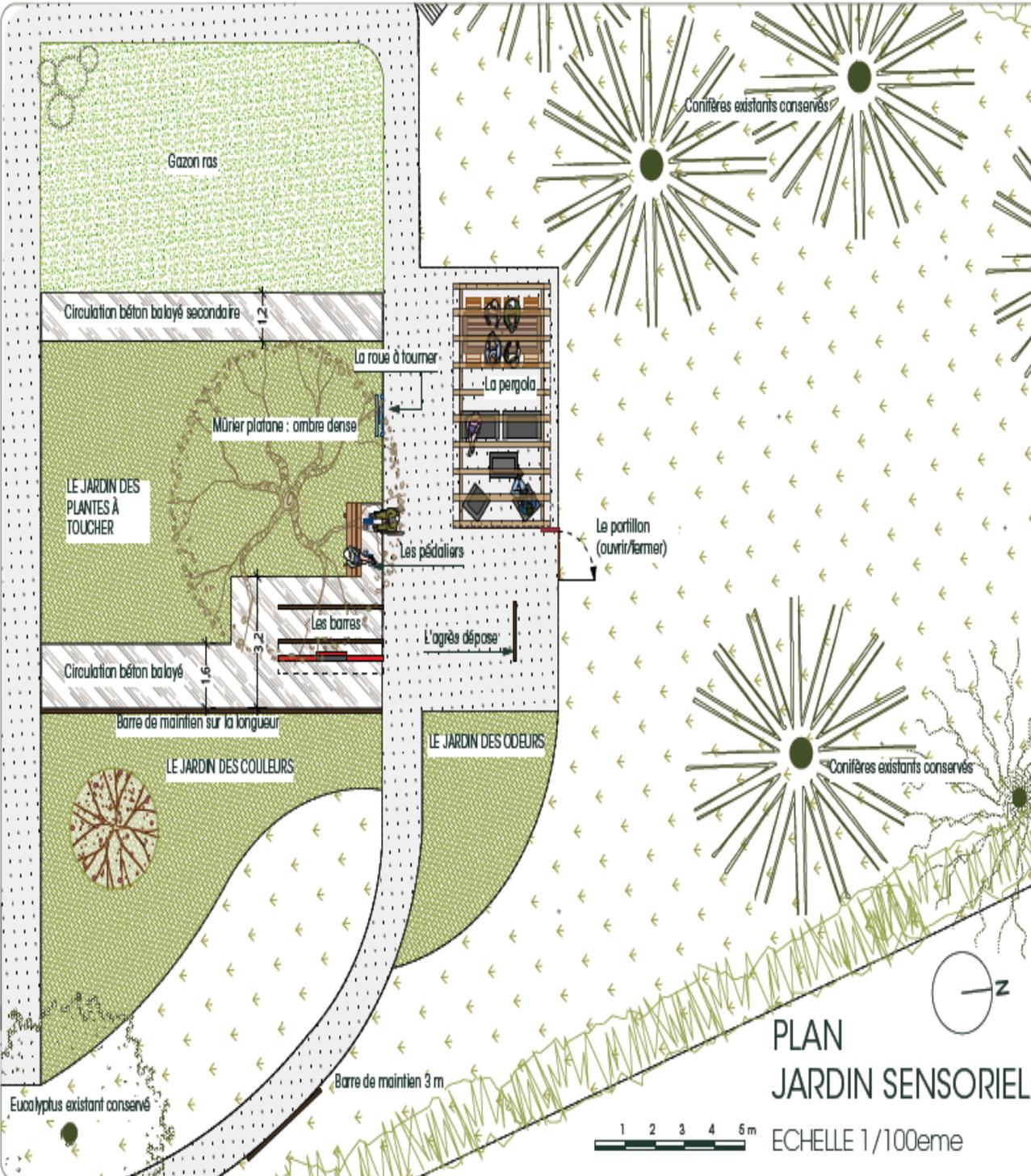
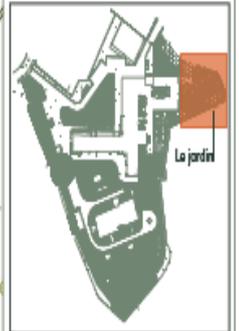
Un jardin sensoriel

23/07/2014

EHPAD La rose des Vents
2 rue Bonne Fontaine
56170 QUIBERON

Maître d'ouvrage :
Mme Chantal BANNETEL
Directeur d'établissement
POM, le Maire de Quiberon

Surface totale du projet : 2000 m²
dont 1260 m² pour le jardin sensoriel



**PLAN
JARDIN SENSORIEL**
ECHELLE 1/100eme

**JARDINS
d'Anne A.**
conception de paysages

Anne AUDRAN 02 63 59 29 83
117, Rue de la République contact@jardinsdannea.fr
35500 Saint-Servan www.jardinsdannea.fr

REPRODUCTION INTERDITE

COME

Anne-Lise

Décembre 2014

DESSMS
Promotion 2013-2014

**L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE
L'ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES
DESORIENTEES PAR L'AMENAGEMENT DES
ESPACES EXTERIEURS :
l'exemple de l'EHPAD La Rose des Vents de
Quiberon (56)**

Résumé :

L'amélioration de la qualité de l'accompagnement en EHPAD est une priorité essentielle, et notamment pour les personnes atteintes de démence dégénérative. L'EHPAD de Quiberon possède plusieurs espaces extérieurs non aménagés pour ces résidents. Une réflexion a ainsi été menée pour agencer ces espaces de façon adaptée pour les personnes accompagnées : jardin thérapeutique, jardin sensoriel, potager, agrès pour l'activité physique. De nombreux obstacles sont appréhendés lors de la réflexion d'un tel projet : moyens financiers, implication du personnel, des proches, utilisation par les résidents. Ce projet a pour but d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes âgées atteintes de démence par de nombreux biais : thérapies non médicamenteuses, amélioration de la qualité de vie des résidents, de l'image de l'établissement et de l'environnement de travail des professionnels.

Mots clés :

EHPAD, Alzheimer, démence, qualité, accompagnement, résident, projet, aménagement, espaces extérieurs, jardin thérapeutique, jardin sensoriel, thérapies non-médicamenteuses, stimulation, potager, activité physique

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.