

Université Jean Monnet Saint-Étienne

Mémoire pour le Diplôme Universitaire

« Santé et Jardins,
prendre soin par la relation à la nature »

Année 2024/2025

Jardiner en chambre ***Avant-projet d'un chariot végétal***

Emma PINET



Introduction

Ce mémoire s'inscrit dans une quête de sens, au croisement de mes engagements professionnels, personnels et écologiques. Il marque une étape importante dans mon parcours d'animatrice en EHPAD, mais aussi dans mon cheminement intérieur, au fil duquel j'ai tenté de réconcilier soin, lien social et présence au vivant.

Mon intérêt pour les personnes âgées ne date pas d'hier. Après avoir passé quelques mois auprès des seniors en tant qu'aide-soignante durant mes études, j'ai développé une profonde empathie pour ces personnes parfois très seules. Cette première expérience humaine m'a profondément marquée et m'a conduite à interroger leur place dans notre société. Plus tard, j'ai orienté mes études vers l'histoire de l'art et la médiation culturelle, avec un mémoire qui s'intitule « *Les attentes et les besoins des seniors dans les musées* », en me demandant comment les institutions culturelles pouvaient s'ouvrir davantage à eux. En poste, j'ai continué à explorer cette voie en développant des partenariats entre musées et EHPAD.

Parallèlement, un autre fil s'est peu à peu imposé à moi : celui du végétal. Si mon amour des plantes remonte à l'enfance, transmis notamment par mes parents, mon grand-père et mon environnement, il a refait surface avec force ces dernières années. Mon balcon est aujourd'hui devenu un petit jardin suspendu, débordant de vie — et cet excès de chlorophylle a fini par s'inviter dans mon travail. J'ai voulu unir ces deux élans : l'attention portée aux aînés et le pouvoir de la nature.

Intégrer le Diplôme Universitaire Santé et Jardins a donc été une évidence. Dès les premières heures de formation, j'ai ressenti un alignement profond avec les thématiques abordées et les témoignages partagés.

Ce mémoire est né d'une pensée, ancrée dans mon quotidien professionnel. Chaque jour, en distribuant le courrier, je croise des résidents que je ne vois jamais lors des animations collectives. Pourquoi restent-ils dans leur chambre ? Que se joue-t-il derrière ces refus répétés de participer à la vie commune ? Peu à peu, une idée s'est imposée : les animations collectives, bien qu'essentielles, ne suffisent pas. Elles laissent de côté celles et ceux qui, pour des raisons physiques, psychiques ou émotionnelles, ne peuvent ou ne veulent plus se rendre disponibles au groupe. Alors, comment aller vers eux autrement ?

La question centrale de ce mémoire se formule ainsi : Comment développer une médiation végétale accessible en chambre, pour des résidents d'EHPAD dépendants et/ou isolés ?

Pour y répondre, nous avons mené une réflexion basée sur le terrain, à l'EHPAD « Les Artistes de Batignolles », en impliquant résidents et équipe pluridisciplinaire, et en expérimentant un chariot de médiation végétale.

Dans un premier temps, il s'agira de présenter le cadre théorique, en abordant les changements démographiques, l'isolement des résidents en EHPAD et le rôle des interventions non médicamenteuses, et plus particulièrement du végétal, dans le bien-être des personnes âgées. Puis, nous décrirons l'environnement de l'étude et la conception du projet, en détaillant l'EHPAD « Les Artistes de Batignolles », la démarche de co-construction avec l'équipe et les résidents, ainsi que les choix méthodologiques pour élaborer le chariot de médiation végétale. Enfin, nous présenterons les expérimentations et les perspectives, en analysant les premiers tests, les entretiens réalisés, les leviers et freins identifiés, ainsi que les pistes pour poursuivre le projet.

Remerciements

Je souhaite remercier en premier lieu Madame Julia GUDEFIN (chargée d'enseignement au sein du Diplôme Universitaire Santé & Jardins - co-directrice de Danaecare), ma tutrice de mémoire qui a su me guider, m'interroger sur les bonnes pistes et me donner du courage pour poursuivre.

Je remercie également tous les enseignants du D.U., ainsi que mes camarades de promotion, pour cette belle année marquée par nos rencontres mensuelles, nos pique-niques partagés et des échanges toujours stimulants. Nous venons d'horizons différents, des quatre coins de la France mais nous avons en commun l'envie d'apporter du bien-être grâce au contact avec la nature.

Je tiens à remercier mes collègues de la résidence Les Artistes de Batignolles, et en particulier Elisabeth Ferrera, psychologue, et Bruno Le Dastumer, médecin coordinateur, pour leur intérêt immédiat pour le projet, leur temps et leurs retours qui m'ont beaucoup aidée à le construire et à l'ancrer dans la réalité de notre établissement.

Merci également à Christelle Forestier-Jouve, fondatrice de l'association Les Petites Bulles Vertes, et à Juliette Cheriki-Nort, art-thérapeute et éco-thérapeute, pour m'avoir consacré du temps et partagé leurs expériences très inspirantes. Leurs témoignages ont enrichi ma réflexion tout au long de ce mémoire.

Je remercie mon compagnon, pour son soutien moral (et logistique), ainsi que ma famille, toujours présente pour m'écouter, me conseiller, et m'encourager (et pour avoir relu encore et encore mes textes), — même au bout du troisième mémoire.

Enfin, je veux remercier mon grand-père, qui m'a transmis mes premiers souvenirs de jardinage. C'est avec lui que j'ai découvert la terre, les pommes de terre, les saisons et les petites bêtes - comme ces doryphores ! Il a aussi rendu possible ce D.U. financièrement. Et le hasard a voulu que l'animatrice de l'EHPAD où il vivait à la fin de sa vie ait elle aussi suivi cette formation, ce qui a rendu cette aventure encore plus touchante. Merci à Catherine Riboulet pour l'organisation de la fête des rattes qui lui faisait très plaisir.

Sommaire

Introduction	2
Remerciements	4
I. Cadre théorique	6
1.1. Considérations générales sur les personnes âgées en EHPAD	6
1.1.1. Les changements démographiques en France	6
1.1.2. Brève histoire des EHPAD	7
1.1.3. Un public en évolution	10
1.2. L'isolement en EHPAD	12
1.2.1. Définitions	12
1.2.2. Conséquences psychologiques et physiques de l'isolement	15
1.2.3. Les leviers pour lutter contre l'isolement	17
1.3. Le végétal et les Interventions Non Médicamenteuses (INM)	21
1.3.1. Les INM	21
1.3.2. Le végétal comme outil thérapeutique en gérontologie	24
II. Environnement de l'étude	28
2.1. Question de recherche	28
2.2. Diagnostic de terrain et construction du projet	29
2.2.1. Présentation de l'EHPAD « Les Artistes de Batignolles »	29
2.2.2. Implication de l'équipe dans la construction du projet	31
2.2.3. Identification des résidents concernés	32
2.2.4. Entendre les résidents	34
2.3. Conception du chariot végétal	35
2.3.1. Inspirations méthodologiques	35
2.3.2. Choix des supports	36
2.3.3. Déroulement type d'une séance	37
2.3.4. Élaboration d'un catalogue de médiations	38
2.4. Méthodes d'évaluation du projet	39
2.4.1. Objectifs	39
2.4.2. Outils quantitatifs	40
2.4.3. Outil qualitatif	41
III. Expérimentations et suite du projet	42
3.1. Premiers tests informels	42
3.2. Analyse des entretiens	43
3.3. Leviers et freins	47
3.4. Prochaines étapes	47
IV. Conclusion	49
V. Bibliographie	50

I. Cadre théorique

1.1.Considérations générales sur les personnes âgées en EHPAD

1.1.1 Les changements démographiques en France

Le vieillissement de la population française est le fruit de deux évolutions sociétales : la baisse durable de la fécondité et l'allongement de l'espérance de vie. Ces tendances, observées dans la majorité des pays occidentaux, traduisent des progrès notables en matière de santé publique, de conditions de vie et de maîtrise de la natalité.

En France, cette dynamique démographique suscite néanmoins de nombreuses inquiétudes, relayées dans les médias et les débats publics. Le vieillissement est souvent présenté comme un « risque sociétal »¹, en particulier en raison de la baisse du taux de natalité et des incertitudes autour du financement des retraites. Ce phénomène est semblable au sein d'une majorité des pays de l'Union Européenne. Cette notion de « vieillissement de la population » a connu une première formulation dès 1928 par le démographe Alfred Sauvy : « *D'après les hypothèses faites sur la construction des taux de natalité et de mortalité, il importe de remarquer que ces résultats ne font qu'enregistrer les conséquences du vieillissement progressif de la population, vieillissement qui a pour effet d'élever la mortalité et d'abaisser la natalité* »².

Au 1er janvier 2024, la France comptait 68,4 millions d'habitants. La part des personnes âgées de 65 ans représente aujourd'hui 22 % de la population, contre 19,6 % en 2018 et 18,4 % en 2015³. Il y avait aussi 31 000 centenaires. Cette tendance s'est accentuée depuis le milieu des années 2010, avec l'entrée dans le grand âge des générations du baby-boom, dont les aînés atteignent désormais 79 ans.

Selon les projections de l'INSEE, la population française pourrait atteindre 76,5 millions d'habitants en 2070. Cette croissance concernerait principalement les classes d'âge les plus

¹ CARBONNELLE. S. (2010). *Penser les vieillesse. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Editions Seli Arsalan, p. 9.

² SAUVY. A. (1928). *La population française jusqu'en 1956*, Journal de la Société de statistique de Paris, n°2.

³ INSEE (2024). *Bilan démographique 2023 – Bilan démographique 2023*.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004?sommaire=7746197#titre-bloc-22>

élevées : d'ici 2040, un Français sur quatre aura 65 ans ou plus. En parallèle, le nombre de naissances devrait diminuer, passant d'environ 740 000 par an en 2020 à 660 000 en 2070. L'un des scénarios envisagés prévoit qu'en 2070, la France comptera plus d'une personne de 65 ans ou plus pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans, ainsi que près de 270 000 centenaires.

Cependant, ces données chiffrées méritent d'être nuancées. Le vieillissement démographique ne reflète pas nécessairement un vieillissement en terme de dépendance. Aujourd'hui, l'âge moyen de la perte d'autonomie est estimé à 83 ans pour les femmes et 78 ans pour les hommes⁴. Seul 8 % des personnes de plus de 60 ans sont dépendantes, contre 20 % des plus de 85 ans. Autrement dit, vieillir ne signifie pas toujours être en mauvaise santé ni perdre son autonomie. Les seniors d'aujourd'hui vivent plus longtemps, mais aussi mieux, et cette tendance pourrait se renforcer à l'avenir grâce aux progrès médicaux, aux modes de vie plus actifs et à une meilleure prévention.

En France, le vieillissement se manifeste de manière différente selon les territoires. À Paris, la population reste globalement plus jeune que dans le reste du pays, avec un âge moyen de 39 ans contre 42 ans en région. Toutefois, les arrondissements du 5^e, 6^e, 7^e et 16^e comptent une proportion plus élevée de seniors. On observe aussi que de nombreux Parisiens âgés choisissent de quitter la capitale à l'âge de la retraite, préférant des régions plus calmes et abordables pour y passer leurs vieux jours.

1.1.2 Brève histoire des EHPAD

« Le temps est l'ingrédient essentiel ; mais, dans le monde moderne, il n'y a pas de temps ». Printemps silencieux, Rachel Carson.

Après avoir analysé les grandes tendances démographiques et constaté l'accélération du vieillissement de la population, il est essentiel de comprendre ce que recouvre aujourd'hui le terme « EHPAD » et de revenir brièvement sur son histoire en France.

⁴ DUÉE M., REBILLARD C. (2006). *La Dépendance des Personnes Âgées : Une Projection En 2040 – Données Sociales : La Société Française*, Insee.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045>

Selon le site officiel du gouvernement, un EHPAD est un « *établissement médicalisé (anciennement appelé maison de retraite) où sont hébergées des personnes, généralement âgées d'au moins 60 ans, ayant besoin de soins et d'aide au quotidien. Ces personnes y résident à temps complet ou partiel, de manière temporaire ou permanente. Sous certaines conditions, elles peuvent bénéficier d'aides pour financer leur séjour en EHPAD.* »⁵

Toutefois, la diversité des termes employés peut prêter à confusion pour le grand public : maison de retraite, hospice, cantou, USLD, résidence autonomie, EHPAD, etc. Chacun renvoie à une époque, une politique sociale ou un niveau de médicalisation spécifique. Comprendre l'évolution historique et terminologique de ces structures permet ainsi d'éclairer le modèle actuel et ses enjeux.

La question de la prise en charge des aînés s'est profondément transformée au cours du XXe siècle. Le vieillissement de la population, corrélé à l'évolution des modes de vie, a entraîné une modification progressive des structures d'accueil pour personnes âgées. Durant ce siècle, nous avons assisté à « *un changement profond des pratiques d'accompagnement : urbanisation, exode rural, fin de la cohabitation familiale, transformation des liens intergénérationnels, rôle croissant de l'hôpital modernisé* »⁶. Autrefois, les personnes âgées étaient souvent prises en charge au sein de la cellule familiale. Les plus précaires étaient accueillies dans les hospices, institutions d'assistance plutôt que de soin, où les besoins liés au vieillissement étaient peu considérés.

À cette époque, le terme "hospice" n'avait pas la connotation péjorative qu'on lui prête aujourd'hui. L'augmentation du niveau de vie et les progrès sociaux du XXème siècle ont entraîné un glissement terminologique et structurel, marqué par la volonté de distinguer ces établissements du champ hospitalier plus classique. La loi du 30 juin 1975 institue le concept de « maison de retraite », avec la possibilité de choisir un établissement médicalisé ou non. Ce texte introduit pour la première fois une forme partielle de médicalisation dans les structures d'hébergement, par la présence d'infirmiers, d'aides-soignants et de vacations médicales, sans toutefois permettre une médicalisation complète de l'ensemble des établissements.

⁵ Établissement D'hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes (en ligne). Service Public.<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

⁶ GUILLEMARD, A.-M. (2023). Les Ehpads et leur avenir. Éléments clés de leur histoire récente et nouvelles perspectives, Georges Arbuz & Régis Gonthier, Librinova, 2022, 416 p. *Retraite et société*, 90(1), 213-215. <https://doi.org/10.3917/rs1.090.0214>

À partir des années 1990, la prise en charge du grand âge devient un enjeu public majeur. La mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (1997), puis de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (2001), vise à répondre financièrement aux besoins croissants des personnes âgées dépendantes. En 1999, la réforme du secteur introduit une nouvelle dénomination : les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Cette appellation appuie la mission de soin de ces établissements mais elle demeure controversée pour certains : on peut estimer que cela accentue une image négative de la dépendance, incitant les établissements à conserver des appellations plus neutres comme « Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées ».

La réforme de 1999 transforme profondément le fonctionnement institutionnel : la médicalisation devient une condition d'accès à la nouvelle appellation et aux financements associés. C'est également à cette époque qu'apparaît la fonction de médecin coordonnateur, chargé d'assurer la continuité des soins et de structurer la dimension médicale de l'établissement. La tarification devient tripartite : hébergement (dépenses hôtelières, à la charge du résident, sauf s'il a droit à l'aide sociale du département), soins (dépenses relatives aux soins médicaux et paramédicaux, prises en charge par l'Assurance maladie) et dépendance (dépenses à la charge du résident mais qui peuvent être en partie couvertes par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie), sur la base d'évaluations standardisées (grilles AGGIR pour l'autonomie et PATHOS pour les soins). L'outil PATHOS, cité précédemment, est une évaluation des besoins de soins des résidents par les médecins coordonnateurs, validée par les médecins conseils de l'Assurance maladie⁷. Cette structuration financière marque l'entrée des établissements dans une logique de contractualisation avec les pouvoirs publics.

Selon Gérard Brami, docteur en droit et directeur d'EHPAD, la loi du 2 janvier 2002 constitue un tournant majeur dans l'histoire des structures médicalisées accueillant des personnes âgées⁸. Les maisons de retraite vont devenir des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou EHPAD.

⁷ VASSELLE A., (2011). *Rapport d'information, fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, p. 48.
<https://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf>

⁸ BRAMI, G. (2013). *Les paradoxes de l'évolution des ehpad*. *Empan*, 91(3), 56-61.
<https://doi.org/10.3917/empa.091.0056>

Cette loi qui se situe dans la continuité de celle de 1975, introduit également des avancées significatives en matière de droits des résidents : conseil de la vie sociale, contrat de séjour, projet personnalisé, règlement de fonctionnement. L'EHPAD devient progressivement un lieu d'habitat reconnu. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2015 renforce le rôle préventif de ces établissements, en insistant sur la lutte contre la perte d'autonomie.

Toutefois, les réformes successives ont laissé subsister de nombreuses fragilités structurelles. Depuis les années 2010, plusieurs rapports (Assemblée nationale, Libault, Jeandel & Guérin) soulignent des insuffisances persistantes : conditions de travail du personnel, pression réglementaire, inadéquation des moyens financiers. Les experts de la Cour des comptes notent que « *les réformes nécessaires tardent à être mises en œuvre, en décalage avec les besoins croissants du secteur.* »⁹

Enfin, les EHPAD doivent aujourd'hui faire face à un paradoxe : leur mission de soin s'est renforcée, mais les attentes sociales à leur égard — en termes de qualité de vie, d'ouverture et de personnalisation — sont elles, de plus en plus fortes. Comme le résume Gérard Bami : « *ces établissements ont atteint une maturité de fonctionnement, mais nécessitent désormais une réflexion renouvelée sur leur place dans le parcours de vie des citoyens* ».

Pour résumer, si nous devons retenir deux dates dans l'histoire des EHPAD ce serait celle de 1999 avec la création de l'acronyme d'EHPAD ainsi que celle de 2002 qui instaure officiellement les EHPAD.

1.1.3 Un public en évolution

Dans mon EHPAD, j'entends régulièrement le médecin coordonnateur, la psychologue ou encore les aides-soignantes évoquer l'évolution du profil des résidents : des personnes « de plus en plus lourdes » à prendre en charge, des établissements qui « ne sont plus ce qu'ils étaient ». Une soignante me confiait que, quelques années auparavant, les résidents étaient globalement plus autonomes, et qu'il n'était pas rare de les voir sortir régulièrement ou vivre de façon relativement libre dans l'établissement. Mais ont-ils raison ?

⁹ GUILLEMARD, A.-M. (2023). Les Ehpads et leur avenir. Éléments clés de leur histoire récente et nouvelles perspectives, Georges Arbuz & Régis Gonthier, Librinova, 2022, 416 p. *Retraite et société*, 90(1), 213-215. <https://doi.org/10.3917/rs1.090.0214>

Selon Gérard Brami, cette évolution est bien réelle. Il observe que l'entrée en EHPAD est de plus en plus tardive : *« comme nous l'avions indiqué dans un article récent, l'admission en établissement se fait de plus en plus tardivement, et recule de pratiquement cinq mois chaque année »*¹⁰. Ce phénomène reflète à la fois une volonté politique de favoriser le maintien à domicile, et une réticence croissante des familles à envisager l'EHPAD comme un lieu de vie. Résultat : les personnes qui y entrent sont plus âgées, plus fragiles et souvent déjà très dépendantes.

Les données de l'enquête EHPA, analysées par la DREES en 2022, confirment que le public accueilli évolue. Cette année-là, on dénombrait environ 67 000 résidents âgés de moins de 75 ans dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, dont 14 000 avaient moins de 65 ans. Le profil de ces résidents plus jeunes diffère nettement de celui des plus âgés : ils sont plus souvent des hommes et présentent davantage de troubles psychiques. Comme le précise la DREES : *« la moitié des résidents de moins de 65 ans ont eu une reconnaissance administrative de handicap avant 60 ans, c'est un tiers des résidents de 65 à 69 ans et seulement 2 % de ceux de 75 ans ou plus*¹¹ ».

En termes de dépendance physique, mesurée via la grille AGGIR, les résidents plus jeunes sont globalement moins dépendants que leurs aînés. Parmi les moins de 75 ans, 44 % sont classés en GIR 1 ou 2 (dépendance forte), contre 54 % chez les 75 ans et plus. De manière significative, *« 18 % des résidents de moins de 65 ans ne sont pas dépendants au sens de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) [ils sont en GIR 5 ou 6, ou sans GIR], soit 10 points de plus que les résidents de 75 ans ou plus »*.

Mais à cette indépendance physique minorée est contrebalancée par une présence de troubles psychiques et cognitifs. Les jeunes résidents présentent souvent des difficultés à interagir, à communiquer ou à se comporter de « façon sensée », selon les termes mêmes de la DREES. Les maladies neurodégénératives sont moins fréquentes dans cette tranche d'âge (38 % des moins de 65

¹⁰ BRAMI, G. (2013). *Les paradoxes de l'évolution des ehpad*. Empan, 91(3), 56-61.
<https://doi.org/10.3917/empa.091.0056>

¹¹ « Ehpad : un résident sur dix a moins de 75 ans »
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/240524_ER_EHPAD

ans contre 53 % des 75 ans ou plus), mais d'autres pathologies psychiatriques ou neurologiques altèrent fortement l'autonomie sociale.

Cette fragilité psychique est aussi visible dans les dispositifs juridiques de protection : *« 60 % des moins de 65 ans sont sous tutelle, soit 43 points de plus que les résidents de 75 ans ou plus »*. Leurs parcours de vie diffèrent également : *« 14 % des résidents de moins de 65 ans proviennent d'un établissement ou service psychiatrique, contre 9 % des résidents de 70 à 74 ans et seulement 1 % des 75 ans ou plus. Les jeunes résidents se distinguent aussi plus souvent par une domiciliation antérieure dans un établissement pour adultes handicapés : 15 % des moins de 65 ans, contre 4 % des 70-74 ans et moins de 1 % des 75 ans ou plus »*.

Enfin, ces jeunes résidents sont aussi marqués par une grande précarité économique. *« À ces difficultés psychiques s'ajoutent des difficultés économiques pour les jeunes résidents : deux tiers des résidents de moins de 65 ans reçoivent l'aide sociale à l'hébergement (ASH) car ils ne sont pas en mesure de financer les frais de l'établissement, contre la moitié des résidents de 70 à 74 ans et seulement un sixième des résidents de 75 ans ou plus. »*

Ce portrait met en lumière une transformation structurelle du public accueilli en EHPAD : moins âgé mais davantage marqué par des parcours de vie complexes, souvent issus de la psychiatrie ou du handicap, avec des difficultés d'insertion sociale. L'EHPAD devient, dans ces cas, un lieu par défaut, faute d'alternative adaptée. Ce glissement, déjà observé depuis une quinzaine d'années, questionne profondément le modèle actuel des établissements, pensés historiquement pour des personnes âgées dépendantes, mais de plus en plus confrontés à la diversité des vulnérabilités.

1.2. L'isolement en EHPAD

« Jamais il ne s'était trouvé seul, et l'isolement lui semblait insupportable », Contes et nouv., Maupassant, 1889.

1.2.1. Définitions

Après avoir abordé les enjeux structurels liés à l'histoire des EHPAD et à l'évolution de leurs publics, il est nécessaire de franchir les murs de l'institution et de s'intéresser à l'expérience intérieure des résidents. C'est dans le quotidien de ces établissements, et parfois jusque dans

l'espace clos de la chambre, que se manifeste avec le plus d'intensité le sentiment d'isolement. Les résidents connaissent souvent un isolement social en raison de leurs limites cognitives et physiques, or, à tous les âges de la vie nous avons besoin de lien avec les autres pour nous définir en tant qu'individu et membre d'une communauté.

Certaines unités sont spécifiquement conçues pour accueillir des publics très vulnérables — Unités de Soins Adaptés (USA), Unités Grands Dépendants (UGD), ou encore Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) —, et si elles répondent à des impératifs de sécurité et de soins, elles participent aussi, dans leur organisation même, à une forme d'isolement renforcé.

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit l'isolement comme une « *action d'isoler, de s'isoler ; fait d'être isolé ; état de celui, de ce qui est isolé.* » Le verbe « *isoler* » signifie : « *mettre à part, mettre à l'écart matériellement ou moralement.* » Étymologiquement, le mot vient du latin *insula*, « île » : être isolé, c'est être rendu îlot, séparé du reste. Dans cette optique, l'EHPAD peut apparaître comme un archipel d'îles humaines, et le végétal — par la médiation qu'il propose, l'hortithérapie — peut devenir le réseau de ponts sensoriels et symboliques.

L'isolement se matérialise de façon concrète dans l'environnement de l'établissement : le portail sécurisé, les digicodes des unités protégées, la porte fermée d'une chambre. Mais il prend aussi forme dans la condition même du résident, comme le souligne Christelle Forestier-Jouve, qui parle d'un isolement inscrit dans « *le corps et/ou l'esprit malade, la dépendance aux autres, l'absence ou la difficulté de communication, etc.* »¹²

Ce qui rend l'isolement si complexe à définir, c'est qu'il ne dépend pas uniquement de la présence ou de l'absence d'autrui. Il est possible de se sentir profondément seul malgré des visites régulières de proches. « *Dans cette perspective, la solitude est envisagée comme une expérience qui se loge au cœur même des liens sociaux* » (Chao et al., 2015), et les « *formes qu'elle prend sont multiples, différenciées selon les histoires de vie, les états psychiques et les dynamiques institutionnelles* (Van de Velde, 2011 ; Campéon, 2011 ; Pan Ké Shon, 2003). »¹³. Il est également à différencier de la

¹² FORESTIER-JOUE C., (2023). *Depuis la compréhension de la notion d'enfermement de la personne malade en institution sanitaire et médico-sociale vers les effets directs et indirects d'un jardin de santé et de l'hortithérapie*. Mémoire universitaire, Université Jean-Monnet, Saint-Etienne.

¹³ TREPIED V., (2016). Solitude en EHPAD, L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes, *Gérontologie et société* – n° 149 – vol. 38.

solitude : « le premier est subi, durable, et stressant, le second est un moment choisi pour passer du temps agréable avec soi-même »¹⁴.

Le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) propose une définition riche et englobante de l'isolement social : il s'agit de « *La situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger. Les relations d'une qualité insuffisante sont celles qui produisent un déni de reconnaissance, un déficit de sécurité et une participation empêchée. Le risque de cette situation tient au fait que l'isolement prive de certaines ressources impératives pour se constituer en tant que personne et accéder aux soins élémentaires et à la vie sociale.* »

De manière complémentaire, le site du gouvernement¹⁵ rappelle que « *L'isolement touche toutes les catégories sociales, mais il peut être renforcé par les situations de précarité. L'isolement d'une personne peut, par ailleurs, être aggravé par les caractéristiques du territoire.* »

Certaines analyses vont plus loin, en liant l'isolement des personnes âgées à un phénomène de disqualification sociale, comme le définit Serge Paugam (1991) : il s'agit d'un processus d'étiquetage et de relégation qui fragilise l'identité et le sentiment d'existence sociale. Être étiqueté « vieux », « dépendant », voire « inutile » — c'est déjà être partiellement exclu.

Dans cette perspective, Vercauteren et Connangle (2021) mettent en lumière la manière dont notre société fonctionnelle tend à marginaliser les individus âgés : « *la personne n'ayant plus de fonction véritable dans notre société, personne n'en voyait clairement l'« utilité ». Dès lors est apparue cette notion d'utilité liée au regard que notre société pouvait poser sur cette partie de la population, sans lui trouver une place objective. Par analogie, les EHPAD devenaient des structures rassemblant des personnes sans utilité pour la société, et les personnels y travaillant, des employés de seconde zone. [...] Il s'agit donc, encore, sur ce point, d'un mécanisme aboutissant à la marginalisation d'un travail dans la gérontologie, mais aussi, de façon plus positive, à l'émergence de métiers spécialisés.* »

Ces différentes approches montrent que l'isolement ne peut être réduit à une absence de relations. Il est un phénomène complexe, multidimensionnel, à la fois social, spatial, corporel, affectif et

¹⁴ Petits Frères des Pauvres. (2022, 17 février). Comment faire la différence entre solitude et isolement ? [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=QpYe7HpJe0A>

¹⁵ Agir contre l'isolement des personnes âgées (en ligne). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/agir-contre-l-isolement-des-personnes-agees>

symbolique. Et c'est précisément pour cela qu'il appelle des réponses plurielles — dont certaines de la médiation végétale.

1.2.2 Conséquences psychologiques et physiques de l'isolement.

L'isolement accélère notamment la perte d'autonomie et peut provoquer dépressions et suicides. Que sait-on des effets de ce mal sur les personnes âgées ?

• Conséquences physiques

Fragilisation générale et troubles musculosquelettiques

L'absence d'activité régulière liée à l'isolement entraîne une diminution de la tonicité musculaire et de la densité osseuse. Ce phénomène contribue à une diminution de la mobilité, une posture voûtée, et une fragilité accrue face aux chutes. Les enquêtes montrent que la sédentarité, fréquente chez les personnes isolées, accentue la peur de tomber et les vertiges, notamment chez les nonagénaires.

Dégradation de l'état nutritionnel

L'isolement limite souvent la motivation à cuisiner et à manger. Certains peuvent surconsommer des aliments industriels, d'autres tomber dans la dénutrition. Dans les deux cas, il en résulte des carences nutritionnelles renforçant encore la vulnérabilité physique.

Accélération des maladies chroniques

L'isolement social exerce une pression sur la santé physique, au point d'être aussi nocif que l'obésité ou le tabagisme. Il augmente significativement les risques d'hypertension, de maladies cardiovasculaires et d'infarctus, ou, par exemple de 29 % le risque de crise cardiaque et de 32 % celui d'AVC. Il fragilise également le système immunitaire, rendant les personnes isolées plus exposées aux infections et moins aptes à s'en remettre.

• Conséquences psychologiques et cognitives

Dépression, anxiété et perte de confiance

L'isolement est un facteur majeur de troubles psychiques chez les seniors : dépression, anxiété, sentiment d'inutilité. Les visites sont moins fréquentes, le soutien émotionnel se raréfie... ce qui entraîne des symptômes souvent masqués ou confondus avec le vieillissement. Le retrait social est parfois autoalimenté : la peur de s'exposer renforce la solitude.

Dégradation de l'estime de soi et motivation réduite

Privées des repères sociaux, les personnes isolées peuvent percevoir leur vie comme dénuée de sens, voire se considérer comme un poids. La présidente des Petits Frères des Pauvres Anne Généau signale que « *le retrait social peut rendre les seniors moins enclins à rechercher de l'aide ou à s'adapter à des situations nouvelles, qu'elles soient sociales ou médicales* »¹⁶. Le cercle vicieux de la désinsertion et de l'autoretrait se met ainsi en place.

Déclin cognitif et risque neurodégénératif

Le manque d'échanges intellectuels provoque une accélération du vieillissement cérébral. Les interactions sociales sont essentielles au maintien des fonctions cognitives (mémoire, attention, raisonnement). Des études montrent que l'isolement augmente de 31 % le risque de démence, et une méta-analyse a confirmé que l'isolement social est lié à une détérioration des capacités cognitives.¹⁷

Impact sur la qualité du sommeil

La solitude est fréquemment accompagnée d'insomnies, de stress chronique, de troubles psychosomatiques.

Déprivation sensorielle

La psychologie clinique considère que la privation renvoie au « *fait d'être privé de quelque chose* ». Elle parle de déprivation pour exprimer le « *fait d'être privé d'une chose à laquelle on avait accès auparavant* ». Une des causes est l'absence de stimulation sensorielle au sein des structures médicales. Cela entraîne d'une part une diminution de « *l'autonomie des personnes malades dans la vie quotidienne, et de leurs relations avec autrui* » et d'autre part l'augmentation de « *leur isolement social et le risque d'accidents* »¹⁸.

Santé sociale dégradée

¹⁶ Isolement Social : Quelles Conséquences Pour les Seniors ?, (2024). Santé Magazine (en ligne). <https://www.santemagazine.fr/psycho-sexo/psycho/isolement-social-queelles-consequences-sur-la-sante-des-seniors-1104883>

¹⁷ LEE JH., SUTIN AR., HAJEK A., et al (2025). Loneliness and cognition in older adults: A meta-analysis of harmonized studies from the United States, England, India, China, South Africa, Mexico, and Chile. *Psychological Medicine*. doi:10.1017/S003329172500011X

¹⁸ KENISBERG PA., AQUINO JP., BERARD A., BOUCART M., BOUCCARA D., BRAND G., et al (2015). Les fonctions sensorielles et la maladie d'Alzheimer : une approche multidisciplinaire. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*; 13(3) : 243-58
doi:10.1684/pnv.2015.0553

L'isolement en institution engendre une détérioration de la santé sociale, c'est-à-dire une atteinte au sentiment d'exister en tant que sujet reconnu. Les résidents peuvent avoir l'impression de devenir un objet de soins, passif, sans pouvoir agir sur leur quotidien, et progressivement perdre leur image sociale construite tout au long de la vie. Comme en psychiatrie, où l'enfermement produit des effets similaires, Arnaud Béal et Sylvie Daniel notent que ce cadre est une « *discipline qui va s'imposer aux sujets, associée à un sentiment d'infantilisation et de délégitimation de ses capacités à décider et à agir par et pour soi-même* ». Si leur analyse concerne l'institution psychiatrique, les échos avec la réalité du grand âge en établissement sont frappants¹⁹.

Ces conséquences de l'isolement, qu'elles soient physiques, psychologiques, cognitives ou sociales, révèlent à quel point l'isolement en EHPAD ne se réduit pas à une solitude passagère, mais constitue un facteur majeur de vulnérabilité. Le repli en chambre, la perte d'initiative, la raréfaction des interactions et l'érosion de l'estime de soi créent un terrain propice au déclin. Dans ce contexte, proposer des médiations non verbales, sensorielles et individualisées devient une nécessité. C'est précisément à cette urgence que souhaite répondre ce projet de chariot végétal, en apportant une forme de lien vivant, doux et stimulant, au plus près des résidents les plus isolés, directement dans leur espace de vie. Il s'agit de retisser du lien, non pas par la parole ou l'animation de groupe, mais par le végétal, le sensoriel, le symbolique — pour permettre à chacun, même en retrait, de rester connecté au monde, à soi, et aux autres.

1.2.3 Les leviers pour lutter contre l'isolement

« *Des liens sociaux de qualité sont essentiels à notre santé mentale et physique ainsi qu'à notre bien-être.* », OMS

Dans un contexte sociétal où près d'une personne âgée sur quatre vit seule²⁰, la lutte contre l'isolement est aujourd'hui érigée en priorité nationale. La loi du 8 avril 2024, intitulée *loi pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie*, marque une nouvelle étape dans la reconnaissance

¹⁹ BÉAL A., DNIALE S. (2019). Regards croisés sur l'enfermement en psychiatrie. « L'internement c'est l'enfermement, mais l'enfermement ce n'est pas l'enfermement ». In C. Dargère, S. Héas (dir.), *Vivre la réclusion. Expériences plurielles de l'enfermement*, Paris, L'Harmattan, coll. « Des hauts & Débats ».

²⁰ Direction générale de la cohésion sociale (2022). *Objectif 6 : Lutter Contre L'isolement Des Personnes Accompagnées*. Sante.Gouv.Fr.
<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-6-isolement.pdf>

politique et sociale des besoins spécifiques liés au vieillissement. Ce texte législatif prévoit notamment des mesures visant à prévenir la perte d'autonomie, renforcer le repérage de l'isolement, faciliter l'accès aux soins, mieux signaler les situations de maltraitance, et soutenir les professionnels et bénévoles de l'aide à domicile. Parmi les articles de la loi figure l'autorisation accordée aux services sociaux et sanitaires d'accéder aux registres communaux recensant les personnes vulnérables, notamment en cas de canicule ou de crise sanitaire. Si cette mesure peut sembler modeste (*« afin de lutter contre l'isolement social des personnes âgées ou handicapées [...] les services sociaux et sanitaires pourront accéder aux registres des personnes vulnérables tenus par les mairies »*, Ministère de la Santé, 2024), elle traduit néanmoins une orientation claire vers un modèle de lien social plus proactif envers les publics les plus fragiles.

Le ministère de la Santé précise que cette lutte peut prendre la forme de *« formations, de sensibilisation, de repérage actif des situations d'isolement »* ainsi que d'une mobilisation de *« professionnels et de bénévoles »* dans une démarche d'intervention de proximité. Cette approche fait écho à ce que vivent les établissements au quotidien : repérer, accompagner et recréer du lien.

La Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) 2025 a justement pour thème « Réparons le lien social ». La lutte contre l'isolement est résumée en 5 grandes catégories²¹ :

- **écouter** (espaces et numéros dédiés),
- **rassembler** (cafés et restaurants sociaux, tiers-lieux de proximité, jardins communautaires, activités culturelles/artistiques partagées),
- **rejoindre** (aller-vers, faire du porte à porte, veille de proximité, maraudes),
- **soutenir** (aide aux démarches administratives, lutte contre l'illectronisme, accompagnements aux services médico-sociaux)
- faire **participer** (engagement dans du bénévolat, dans des activités centrées sur la communauté).

C'est dans ce contexte politique et humain que se posent les leviers à activer, à soutenir ou à inventer en EHPAD. Pour que les résidents souffrent le moins possible de l'isolement et de ses conséquences, tout le monde à son échelle doit travailler à améliorer la qualité des liens sociaux avec eux.

²¹ « Pour notre santé mentale, réparons le lien social », Semaine d'information sur la santé mentale [en ligne] : <https://www.semaines-sante-mentale.fr/wp-content/uploads/2024/03/Argumentaire-SISM-2025.pdf>

- **L'attention du personnel**

Dans le quotidien institutionnel, les soignants sont souvent les premiers témoins du retrait social. Une attitude fermée, un refus de participer, une lente dérive vers l'apathie sont autant de signaux d'alerte. Le personnel d'accompagnement — aides-soignants, agents hôteliers, infirmiers, animateurs — peut jouer un rôle central dans la prévention de l'isolement, à condition d'être formé. Il s'agit non seulement de compétences relationnelles (écoute active, communication empathique), mais aussi de capacités d'observation fine et de repérage de la souffrance psychique. Comme le souligne Valentine Trépiéd dans son étude Solitude en EHPAD, une relation soignante développée avec les personnes âgées dépendantes, ce sont des liens qui favorisent « *une valorisation identitaire contribuant à réduire le sentiment de solitude.* »²²

- **Le rôle fondamental des proches**

La famille, lorsqu'elle est présente, reste un vecteur puissant de continuité affective. Même si certaines familles résident loin ou ne peuvent se rendre régulièrement à l'EHPAD, les moyens de communication peuvent maintenir une forme de présence : appels téléphoniques ou vidéos, envoi de photos, messages vocaux... Ces médiations numériques, bien accompagnées, peuvent raviver le lien et offrir aux résidents des fenêtres vers l'extérieur. Il s'agit d'une conclusion de l'étude exploratoire de Trotman et al (2025)²³.

- **L'environnement physique**

L'architecture et la décoration des lieux influencent directement les possibilités d'interaction. Un salon chaleureux, une table bien placée, un jardin sécurisé, une salle d'activité lumineuse, des plantes... peuvent devenir des médiateurs de discussions spontanées. Des établissements expérimentent la création de « zones de rencontre » où les résidents peuvent s'installer librement, sans contrainte d'activité formelle ce qui permet une socialisation plus souple.

²² TRÉPIED V. (2016). Solitude en EHPAD - L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*. 38, n° 149(1), 91-104.
<https://doi.org/10.3917/gsl.149.0091>

²³ TROTMAN, H. *et al.* (2025) 'Mapping social participation interventions for adults with a neurodegenerative condition: a scoping review of in-person and digital community approaches', *Disability and Rehabilitation*, pp. 1–16. doi: 10.1080/09638288.2025.2499582.

- **L'ouverture vers l'extérieur de l'institution**

L'ouverture de l'EHPAD à l'extérieur constitue un levier majeur pour rompre l'entre-soi institutionnel. La présence de bénévoles, d'associations de quartier, d'activités intergénérationnelles, de stagiaires ou d'artistes en résidence peut transformer le climat d'un établissement. Ces présences « non soignantes » apportent d'autres regards, d'autres voix, d'autres rythmes. Elles contribuent à la revalorisation symbolique du lieu, en le rendant plus vivant, plus connecté au tissu social environnant.

- **Les animations collectives**

Les activités proposées au sein des EHPAD sont un levier essentiel contre l'isolement, à condition qu'elles ne soient pas pensées uniquement comme des occupations, mais comme de véritables médiations adaptées aux résidents. Il faut des animations variées comme des sorties, activités manuelles, sportives, culturelles, religieuses, musicales, etc. La diversité est importante pour toucher un plus grand nombre de résidents mais il faut aussi penser à des animations individuelles. Les membres de la Fondation Médéric Alzheimer présentent récemment une étude²⁴ examinant les interventions renforçant les liens sociaux. Ils concluent en disant que les activités sont répandues pour combattre l'isolement et que l'idéal est d'amener une diversité d'interventions accessibles aux personnes vivant avec Alzheimer.

- **Les médiations thérapeutiques**

Enfin, certaines médiations peuvent atteindre des résidents pour lesquels le langage ou les relations humaines sont devenus difficiles. La médiation animale par exemple peut générer un apaisement immédiat, une stimulation affective et une relance de la communication. De même, l'art-thérapie, la musicothérapie, l'hortithérapie sont des supports qui permettent de lutter contre l'isolement.

Face aux effets délétères de l'isolement, les EHPAD disposent aujourd'hui de leviers multiples, allant de l'implication du personnel et des proches à l'aménagement des espaces, en passant par les animations collectives, les actions intergénérationnelles et l'ouverture vers

²⁴ TROTMAN, H. *et al.* (2025) 'Mapping social participation interventions for adults with a neurodegenerative condition: a scoping review of in-person and digital community approaches', *Disability and Rehabilitation*, pp. 1–16. doi: 10.1080/09638288.2025.2499582.

l'extérieur. Cependant, ces dispositifs ne suffisent pas toujours à toucher les résidents les plus repliés, ceux pour qui la chambre devient un espace de retrait durable, voire définitif.

Dans ce contexte, les médiations individuelles prennent une place essentielle. Elles permettent d'entrer en relation autrement. C'est ainsi que nous allons étudier les Interventions Non Médicamenteuses qui font aujourd'hui l'objet d'un intérêt croissant, tant pour leurs effets positifs sur le bien-être que pour leur capacité à restaurer du lien dans un cadre institutionnel.

1.3. Le végétal et les Interventions Non Médicamenteuses (INM)

1.3.1. Les INM

Dans cette sous-partie, nous allons explorer ce que sont les Interventions Non Médicamenteuses (INM), leur cadre, leurs objectifs, ainsi que leurs champs d'application. Nous nous attarderons plus spécifiquement sur l'hortithérapie, médiation centrale de mon projet de chariot végétal.

• Définitions :

Les INM désignent un ensemble de pratiques encadrées visant à prévenir, accompagner ou traiter des pathologies ou facteurs de risque, en complément des traitements médicaux classiques. Selon la définition de la Plateforme CEPS (Plateforme universitaire Collaborative d'Evaluation des programmes de Prévention et de Soins de support), une INM est « *une méthode efficiente et efficace sur la santé humaine. Cette méthode, non invasive, prend la forme d'un produit, d'un programme ou d'un service. Elle a une action observable (bénéfices et risques mesurables allant au-delà du simple avis du consommateur) sur des indicateurs de santé et de qualité de vie et peut être reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle peut également avoir un impact positif sur des comportements de santé et des indicateurs socio-économiques* »²⁵. La NPIS (Non-Pharmacological Intervention Society) définit une INM comme « *protocole de prévention santé ou de soin efficace, personnalisé, non invasif, référencé et encadré par un*

²⁵ NINOT, G., AGIER, S., BACON, S. et al. (2017). La Plateforme CEPS : une structure universitaire de réflexion sur l'évaluation des interventions non médicamenteuses (INM) *Hegel*, 1(1), 53-56.
<https://doi.org/10.3917/heg.071.0053>.

professionnel qualifié». Dans le prolongement de cette définition, Grégory Ninot et al.²⁶ insistent sur le fait qu'une INM est toujours proposée sur une durée limitée, suivant un protocole standardisé, personnalisé, et encadré par un professionnel qualifié. Elle s'insère dans une stratégie de soins globale et peut induire des effets positifs durables.

Les INM se séparent en 5 catégories et 19 sous-catégories²⁷ : les interventions nutritionnelles santé, les interventions psychologiques santé, les interventions physiques santé, les interventions numériques santé et les autres interventions santé.

Ces approches sont aujourd'hui largement utilisées en prévention, en accompagnement ou en complément des soins médicaux classiques, notamment dans les domaines de la santé mentale, du vieillissement ou des maladies chroniques. Leur objectif est autant de soulager un symptôme que d'agir sur la qualité de vie globale. Ces interventions s'ajoutent à d'autres soins plus classiques. Cela reste ponctuel, il ne s'agit pas d'une façon de vivre ou d'une mode. De plus, l'un des aspects intéressants des INM est que cela repose sur la participation active du patient, à l'opposé d'une position passive face à un traitement médicamenteux.

Les INM sont désormais reconnues par plusieurs institutions nationales et internationales mais cela demeure fragile. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) les cite depuis 2003, la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2011, et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie s'en est récemment saisie, en 2024. En Amérique du Nord, elles sont regroupées sous l'appellation de "Complementary and Alternative Medicine (CAM)".

En France, plusieurs structures contribuent à leur développement et à leur évaluation : « *le CEPS, l'Observatoire des Médecines Complémentaires Non Conventionnelles (OMCNC), créé en 2015, le Groupe d'évaluation des Thérapies complémentaires personnalisées (GETCOP), ou encore le Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Complémentaire (CUMIC), fondé en 2018* »²⁸. Ces organisations jouent un rôle fondamental dans la structuration, la légitimation scientifique et le

²⁶ NINOT, G., MINET, M., LARCHÉ J., RIBSTEIN J., CHICHE, L., (2025), Interventions non médicamenteuses : un nouveau paradigme et des opportunités pour les internistes, *La Revue de Médecine Interne*, ISSN 0248-8663, <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2025.04.00>

²⁷ Cf. Annexe 1 « Catégories et sous-catégories d'Interventions Non Médicamenteuses (INM) » p.3

²⁸ NINOT, G., BOULZE-LAUNAY, I., BOURREL, G., et al (2018). De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel*, 1(1), 21-27. <https://doi.org/10.3917/heg.081.0021>.

recensement des pratiques et des professionnels. D'autant plus que les appellations sont nombreuses selon les pays et régions.²⁹

Cependant, malgré ces avancées, les INM ne sont pas encore pleinement intégrées au cœur du système de santé conventionnel. Leur développement se heurte encore à des résistances culturelles, institutionnelles ou scientifiques, notamment liées à la difficulté d'appliquer des critères d'évaluation. C'est pourquoi une vigilance s'impose : les INM ne doivent pas être confondues avec des approches non encadrées, anecdotiques ou pseudo-thérapeutiques. Nous en avons d'ailleurs longuement parlé durant la formation : la rigueur scientifique et éthique reste essentielle. Elles doivent prouver leur efficacité à travers des études solides, même si cela suppose d'adapter les outils d'évaluation à leur nature spécifique.

Récemment la société savante NPIS a publié un référentiel qui recense les interventions efficaces. Les sociétés savantes font établir des fiches pour chaque INM recensée. Ce document de référence contient l'ensemble des informations essentielles à sa compréhension et à sa mise en œuvre : son nom, les bénéfices attendus, les éventuels effets indésirables, les mécanismes d'action supposés, les publics concernés, les modalités pratiques, les conditions d'encadrement ainsi que le contexte dans lequel l'intervention peut être proposée. L'objectif de cette standardisation est de réduire les imprécisions descriptives souvent observées dans la littérature scientifique

• Objectifs

Lorsqu'un diagnostic est posé, c'est après qu'une INM peut être proposée car le problème de santé est identifié cela peut être un symptôme, une maladie ou un comportement à risque. Cela peut également être dans une optique de prévention.

Leurs objectifs sont ³⁰ :

- améliorer la qualité de vie,
- prévenir l'apparition de maladies,
- diminuer les symptômes d'une maladie,

²⁹ Cf. Annexe 2 « Appellations similaires aux INM » p.3.

³⁰ NINOT, G., BOULZE-LAUNAY, I., BOURREL, G., et al (2018). De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel*, 1(1), 21-27.
<https://doi.org/10.3917/heg.081.0021>.

- potentialiser les effets d'un traitement conventionnel,
- augmenter la durée de vie ;
- guérir une maladie.

Parmi les nombreuses formes d'INM aujourd'hui recensées, les sociétés savantes présentent le végétal comme outil thérapeutique. Ainsi nous allons maintenant détailler les fondements, les usages de l'hortithérapie et son intérêt en contexte gériatrique.

1.3.2. Le végétal comme outil thérapeutique en gériatrie

La Fondation Médéric Alzheimer, engagée dans la reconnaissance des INM pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs, propose depuis plusieurs années des fiches pratiques sur ce type d'approche. Dans sa dernière mise à jour de 2024, elle regroupe sous une même entrée « Hortithérapie » plusieurs expressions proches, parmi lesquelles : jardin thérapeutique, horticulture thérapeutique, thérapie par le jardinage, jardin de soins, ou encore thérapie par la relation à la nature. On peut réaliser des activités d'hortithérapie dans un jardin thérapeutique (un jardin conçu à cet effet) ou alors réaliser des ateliers d'hortithérapie sans jardin : les deux sont possibles !

• Définition

Elle définit l'hortithérapie comme un « *acte thérapeutique holistique qui consiste à utiliser le jardin, le jardinage, la culture des plantes ou d'une façon plus générale la relation aux plantes et aux matériaux issus de la nature dans le but d'améliorer la santé physique, mentale et sociale. Cette thérapie est particulièrement adaptée aux personnes âgées et aux personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée* ».

• Théories

Les fondements de l'hortithérapie reposent sur plusieurs modèles théoriques issus de disciplines variées (écologie humaine, psychologie environnementale, neurobiologie, anthropologie). L'un des fondements majeurs est la **théorie de la biophilie**, développée par Edward O. Wilson et Stephen Kellert, selon laquelle les êtres humains possèdent un attachement inné à la nature. Cette relation serait biologiquement inscrite dans l'histoire évolutive de notre espèce. En d'autres termes, le contact avec le vivant répond à un besoin fondamental de sécurité, d'équilibre

émotionnel et de stimulation cognitive ³¹. Dans cette perspective, la nature n'est pas simplement un décor apaisant, mais un milieu de vie réparateur, mobilisant des processus d'adaptation profonds. Cette interaction active avec les éléments naturels stimule l'élan vital, réduit les niveaux de stress, favorise l'expression des émotions, la créativité, la motricité et l'attention. Ces effets bénéfiques sont d'autant plus précieux qu'ils semblent peu dépendants des capacités intellectuelles ou du niveau socio-culturel, et restent mobilisables même en présence de pathologies lourdes ³².

Un autre cadre conceptuel important est le modèle de **restauration de l'attention** développé par Rachel et Stephen Kaplan (1990). Selon leur théorie, les environnements naturels sont dotés d'un pouvoir de régénération cognitive, en particulier lorsqu'ils suscitent ce que les auteurs appellent une « fascination douce », c'est-à-dire une attention légère mais soutenue, sans effort. Cette qualité permettrait au cerveau de récupérer après une surcharge mentale ou émotionnelle, phénomène courant chez les personnes âgées fragilisées.

Enfin, le Pr Roger Ulrich a démontré, dès les années 1980, que l'exposition visuelle à la nature – même indirecte, par le biais d'une fenêtre ou d'une image – peut produire des effets mesurables sur la santé : baisse de la tension artérielle, réduction de l'anxiété, amélioration de l'humeur, diminution des durées d'hospitalisation. Ce concept, connu sous le nom de "**théorie du contact visuel avec la nature**", alimente les réflexions sur l'architecture hospitalière et médico-sociale.

• Études scientifiques

La fiche publiée par la Fondation Médéric Alzheimer en 2024 propose une synthèse des principales études scientifiques menées ces dernières années sur les effets de l'hortithérapie auprès des personnes âgées vivant avec des troubles neurocognitifs. Ces travaux confirment l'intérêt de cette médiation dans un contexte gériatrique :

- L'hortithérapie participe à l'**amélioration des fonctions cognitives** ³³,

³¹ KELLERT, S. R., & WILSON, E. O. (1993). *The biophilia hypothesis*. Island Press.

³² PRINGUEY-CRIOU, F. (2015). Introduction au concept de jardins de soins en psychiatrie. *L'Encéphale*, 41(5), 454-459.

³³ ZHAO, Y., LIU, Y., & WANG, Z. (2020). Effectiveness of horticultural therapy in people with dementia: A quantitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(13-14), 1983–1997.

- Les **troubles du comportement** sont **réduits**, tels que l'agitation dans le cadre d'un accompagnement actif et structuré ³⁴,
- Elle permet une **réduction de l'apathie**, et une meilleure implication dans les activités proposées, y compris en institution ³⁵,
- Plusieurs études relèvent une **hausse de l'engagement** des participants, pouvant aller jusqu'à 45 % d'amélioration ³⁶,
- En revanche, une simple exposition ornementale aux plantes (présence passive de végétal sans manipulation ni interaction) ne suffit pas à générer ces bénéfices ³⁷,

• Bienfaits

Les bienfaits de l'hortithérapie auprès des personnes âgées sont pluriels. Cette médiation agit sur plusieurs plans : cognitif, physique, psychique, émotionnel et social³⁸. Les études (Hérod 2022 et Muroi 2021³⁹) ont démontré les bénéfices de cette thérapie pour les personnes âgées.

Sur le **plan physique**, l'hortithérapie permet le maintien ou la mobilisation de la motricité fine, de l'équilibre, de la coordination œil-main et de la souplesse. Le jardinage, même adapté, reste une activité corporelle douce qui stimule la proprioception, les capacités respiratoires, la circulation sanguine, et favorise l'exposition à la lumière naturelle.

³⁴ *Idem*

³⁵ YANG, Y., KWAN, R. Y., ZHAI, H. M., XIONG, Y., ZHAO, T., FANG, K. L., & ZHANG, H. Q. (2022). *Effect of horticultural therapy on apathy in nursing home residents with dementia: a pilot randomized controlled trial*.

³⁶ LU, L. C., LAN, S. H., HSIEH, Y. P., YEN, Y. Y., CHEN, J. C., & LAN, S. J. (2020). Horticultural Therapy in Patients With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 35, 1533317519883498.

³⁷ ZHAO, Y., LIU, Y., & WANG, Z. (2020). Effectiveness of horticultural therapy in people with dementia: A quantitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(13-14), 1983–1997.

³⁸ Cf. Annexe 3 « Effets de l'hortithérapie » p.4

³⁹ HEROD A., SZEWZYK-TARANIEK, B., et PAWLOWSKA B., « Therapeutic horticulture as a potential tool of preventive geriatric medicine improving health, well-being and life quality – A systematic review », *Folia Hortic.*, vol. 34, no 1, p. 85-104, juin 2022, doi: 10.2478/fhort-2022-0008.

MURRONI et al., « Effectiveness of Therapeutic Gardens for People with Dementia: A Systematic Review », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, vol. 18, no 18, p. 9595, sept. 2021, doi: 10.3390/ijerph18189595.

Sur le **plan cognitif**, les activités végétales favorisent la concentration, l'attention, l'évocation mnésique et les fonctions exécutives. Semer, repiquer, récolter mobilisent des compétences procédurales parfois bien conservées. La relation au végétal active également la mémoire épisodique (liée aux souvenirs personnels), sémantique (connaissances générales), mais aussi émotionnelle, à travers les odeurs ou les textures, souvent chargées d'un fort pouvoir évocateur.

Sur le **plan psychique et émotionnel**, l'hortithérapie contribue à la diminution du stress, de l'anxiété, et favorise la stabilité émotionnelle. Le sentiment d'être utile, de pouvoir encore "faire", génère une revalorisation de soi. La tolérance à l'échec est aussi travaillée, notamment lors d'une plantation qui ne prend pas ou d'un semis infructueux, sans que cela soit vécu comme un échec personnel. C'est une forme d'apprentissage de la patience et de l'acceptation du vivant. Comme le souligne Céline Bouttemy dans son mémoire sur le soin par la nature en milieu hospitalier, cette médiation « *favorise la tolérance à la frustration, par exemple lors d'un échec de semis, tout en mobilisant des savoir-faire anciens, réactivant ainsi l'estime de soi* »⁴⁰.

Sur le **plan relationnel et social**, le jardin devient espace de médiation. Il favorise les échanges, l'entraide, la coopération et la reconnaissance mutuelle. Que ce soit en groupe ou en binôme, il stimule la parole, l'écoute, et permet une re-socialisation douce, notamment pour les personnes les plus isolées ou en souffrance psychique.

Enfin, l'hortithérapie s'inscrit dans une **logique existentielle**. Elle permet une reconnexion au vivant, souvent en rupture avec le rythme fragmenté, artificiel et médicalisé de l'institution. Jardiner, c'est renouer avec une temporalité plus organique – celle des saisons, de la croissance, du cycle de vie. Cela peut soutenir, de manière implicite mais profonde, le sentiment d'appartenance au monde, la continuité de soi, et une certaine forme de spiritualité laïque.

Le vieillissement de la population, les mutations des profils accueillis en EHPAD et la persistance d'un isolement social parfois profond appellent à repenser les approches de soin et d'accompagnement dans les établissements. L'histoire des EHPAD, les enjeux liés à la perte d'autonomie, les conséquences de l'isolement, tout comme les leviers mobilisables — notamment les interventions non médicamenteuses — dessinent les contours d'une gérontologie plus attentive

⁴⁰ BOUTTEMY, C. (2024). *Comment apporter le soin par la nature dans un établissement de cancérologie ne disposant pas d'espaces végétalisés*. Mémoire universitaire, Université Jean Monnet, Saint-Étienne.

au vécu subjectif des personnes âgées. Parmi ces interventions, l'hortithérapie s'impose comme une médiation particulièrement pertinente.

Cependant, la majorité des recherches et des expérimentations autour du végétal en institution supposent l'existence d'un jardin, d'une terrasse accessible, ce qui n'est pas le cas dans tous les établissements. En l'absence de jardin, comment alors penser une médiation végétale ? Comment adapter le vivant aux contraintes de l'espace clos et parfois exigü d'une chambre ? Comment accompagner des résidents très dépendants ou repliés sur eux-mêmes, à partir d'un chariot mobile végétal ?

C'est précisément l'objectif de ce mémoire : concevoir une forme de médiation végétale adaptée aux chambres, fondée sur des approches sensorielles (images, sons, textures, odeurs) et participatives, et centrée sur les résidents les plus isolés.

La deuxième partie de ce mémoire sera ainsi consacrée à la présentation du terrain, du public, de la méthode de conception et d'évaluation du projet, ainsi qu'aux premières pistes concrètes de mise en œuvre du chariot végétal en chambre.

II. Environnement de l'étude

2.1. Question de recherche

La première étape de ce projet est née d'un constat : les animateurs en EHPAD proposent majoritairement des activités collectives, pour des raisons à la fois pratiques et organisationnelles. Ces animations sont précieuses, mais elles s'adressent principalement à ceux qui souhaitent ou peuvent participer au collectif. Qu'en est-il alors des autres ? Ceux qui, pour des raisons physiques, psychiques ou sociales, demeurent en retrait, en chambre, parfois oubliés.

L'objectif de cette recherche a donc été de concevoir un autre mode d'entrée en relation, à travers une médiation : le végétal. La réalité du terrain a vite imposé ses contraintes : l'EHPAD où je travaille ne dispose pas de jardin, seulement de balcons difficilement accessibles et sans

point d'eau. C'est dans ce contexte qu'est née l'idée du chariot végétal, capable d'entrer dans les chambres, de circuler entre les unités, et de venir au-devant des personnes les plus isolées.

La question centrale qui guide ce mémoire est la suivante : Comment développer une médiation végétale accessible en chambre, pour des résidents d'EHPAD dépendants et/ou isolés ?

Plusieurs questions sous-jacentes guideront cette seconde partie :

- Comment associer les professionnels de l'EHPAD au projet ?
- Quels sont les freins et comment les contourner ?
- Quels types de contenus le chariot doit-il avoir pour susciter la curiosité, l'émotion et l'ouverture ?
- Quelle méthode d'évaluation qualitative et/ou quantitative permettrait de rendre compte des effets de cette médiation ?

Il ne s'agit pas ici de proposer un modèle généralisable, mais bien de développer un projet situé dans la réalité de la résidence « Les Artistes de Batignolles », où je travaille, à Paris. À travers cette étude, nous chercherons à comprendre ce que le végétal peut (re)mettre en mouvement : un lien, un regard, une présence, là où l'isolement demeure.

Enfin, pour enrichir cette réflexion, deux entretiens ont été menés auprès de professionnelles de terrain intervenant en médiation végétale individuelle en EHPAD : Christelle Forestier-Jouve, fondatrice de l'association Les Petites Bulles Vertes et Juliette Cheriki-Nort, art-thérapeute et éco-thérapeute.

2.2. Diagnostic de terrain et construction du projet

2.2.1. Présentation de l'EHPAD « Les Artistes de Batignolles »

Ce projet prend place au sein de l'EHPAD « Les Artistes de Batignolles », que nous désignerons dans ce mémoire parfois par le terme de « résidence » car il s'agit du mot employé sur site. Il s'agit d'un établissement privé situé dans le 17^e arrondissement de Paris, au cœur de l'écoquartier Clichy-Batignolles, un territoire en pleine mutation urbaine mêlant logements

sociaux et haut de gamme. La résidence est bordée par le parc Martin Luther King, un espace labellisé EcoJardin, ainsi que par plusieurs équipements de proximité : une école primaire, une crèche, et l'association de quartier Ozanam.

La résidence est un bâtiment de 6 étages, conçu dans une optique de standing et de confort. Elle est classée en gamme 3, ce qui correspond à une offre haut de gamme selon la classification interne du groupe. Chaque chambre dispose d'un balcon privatif. Toutefois, dans la réalité, ces espaces sont peu investis par les résidents (mais plutôt par les familles), en raison de contraintes physiques et d'un accès peu adapté (balcon triangulaire)⁴¹. Le bâtiment comprend également plusieurs terrasses, qui furent un temps aménagées pour des activités de jardinage (présence d'anciens bacs de culture), mais l'absence de points d'eau fonctionnels — les robinets étant aujourd'hui hors service — empêche tout projet horticole durable. La résidence propose également un restaurant, un salon de coiffure, une salle d'animation, une salle de kinésithérapie, deux salles de balnéothérapie, ainsi qu'un espace multi-sensoriel Snoezelen.

Elle accueille des personnes âgées en courts et longs séjours. L'EHPAD dispose de 125 chambres, dont 89 sont actuellement occupées. Les résidents sont âgés de 57 à 103 ans, avec une majorité de femmes. La plupart ont vécu à Paris une grande partie de leur vie.

3 unités spécialisées existantes :

- USA (Unité de Soins Adaptés) au rez-de-chaussée : accueille des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
- UGD (Unité de Grands Dépendants) au second étage : accueille des résidents en situation de grande dépendance physique.
- UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) : son ouverture est en cours de préparation. Elle accueillera des personnes atteintes de troubles du comportement sévères, nécessitant un encadrement renforcé et une équipe pluridisciplinaire spécialisée.

Organisation interne :

La gouvernance de la résidence s'articule comme suit :

⁴¹ Cf. Annexe 4 « Photographie des balcons de la résidence « Les Artistes de batignolles » » p4.

- **Direction** : directrice, directrice adjointe, assistante de direction, secrétaires.
- **Pôle soins** : IDEC (Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice), infirmiers, aides-soignants, médecin coordinateur, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien et kinésithérapeutes (externes).
- **Pôle hébergement et cuisine** : gouvernante, agents des services hôteliers (ASH), les équipes de restauration (serveurs), chef de cuisine, cuisiniers ainsi que l'agent technique en charge de l'entretien du bâtiment.
- **Animation** : j'occupe ce poste depuis août 2024.

Un établissement du groupe *emeis*

La résidence « Les Artistes de Batignolles » fait partie du groupe *emeis*, anciennement connu sous le nom d'Orpea. Créé en 1989, le groupe Orpea a connu une croissance rapide, devenant l'un des principaux acteurs français et européen dans la prise en charge du grand âge. Il a développé des EHPAD et des cliniques dans plus de 20 pays. En 2022, le groupe a été profondément ébranlé par des révélations médiatiques (*Les Fossoyeurs*, Victor Castanet) et des enquêtes mettant en lumière des dérives : maltraitements, détournement de fonds et négligences dans les soins.

En réponse, l'État a renforcé son contrôle, la Caisse des Dépôts et des Consignations (CDC) est dorénavant son nouvel actionnaire. Le groupe a été renommé *emeis* en 2023 pour changer son image, dans le cadre d'un vaste plan de transformation centré sur la qualité et la transparence. Le nom *emeis* — du grec ancien « nous » — symbolise cette volonté affichée de recentrer le projet sur les personnes accueillies, les familles et les équipes de soin.

2.2.2. Implication de l'équipe dans la construction du projet

Dès les prémices du D.U, j'ai parlé de mon projet au personnel de la résidence, notamment à Élisabeth Ferrera, psychologue de la résidence, et au docteur Bruno Le Dastumer, médecin coordinateur. Tous deux ont manifesté un vif intérêt pour le projet et exprimé leur souhait de s'y associer.

Afin de formaliser leur participation et de recueillir leurs avis, j'ai conçu un questionnaire spécifique pour chacun d'eux⁴². Cet outil visait à recueillir leur accord de principe, leurs réflexions cliniques sur l'intérêt de ce chariot, identifier les résidents cibles et anticiper les freins.

Ce travail a permis de poser les bases du projet dans une réflexion pluridisciplinaire. Il s'ajoute à une offre déjà riche en Interventions Non Médicamenteuses (INM) au sein de la résidence — art-thérapie, musicothérapie, médiation animale, Activité Physique Adaptée (APA). Le chariot végétal vient non pas combler un vide, mais enrichir une dynamique existante par une médiation nouvelle.

Durant la période du D.U, un changement de direction est intervenu. En juillet 2025, j'ai présenté le projet à la nouvelle directrice de la résidence, qui s'est montrée à son tour ouverte et favorable à sa mise en œuvre. Elle a validé le principe de financement du matériel, via le budget de l'animation de l'établissement.

2.2.3. Identification des résidents concernés

L'identification des résidents au projet constitue une étape fondamentale. En tant qu'animatrice et non professionnelle du soin, il était essentiel d'impliquer dès le départ le médecin coordinateur et la psychologue dans cette sélection. Leur participation permet d'ancrer le dispositif dans une réflexion pluridisciplinaire.

Dans les réponses du questionnaire, le médecin coordinateur Bruno Le Dastumer a souligné l'intérêt de cibler des personnes « *qui manifestent un attrait pour le végétal et qui acceptent cette forme d'"intrusion" dans leur intimité.* »⁴³. Il propose également plusieurs critères d'ordre médical : « *Tous les résidents pourraient potentiellement bénéficier du projet, mais plus particulièrement ceux qui présentent un état anxieux, un repli sur soi, un syndrome post-chute ou encore des symptômes comportementaux.* ». Le médecin suggère des noms de résidents et de débiter par une phase test : « *Je pense à Mme S., qui arrive bientôt en séjour temporaire et qui*

⁴² Cf. Annexe 5 « Questionnaire - Elisabeth Ferreira, psychologue » p.5 et Annexe 6 « Questionnaire - Bruno Le Dastumer, médecin coordinateur » p.7

⁴³ Cf. Annexe 6 « Questionnaire - Bruno Le Dastumer, médecin coordinateur » p.7

jardine encore chez elle, ou encore à Mme B., actuellement immobilisée, à Mme C.H., Mme C... Une phase exploratoire sur deux ou trois séances permettrait d'affiner le périmètre, puis d'adapter le rythme et la fréquence des interventions. ».

La psychologue de l'établissement, Elisabeth Ferreira, a indiqué que cette médiation pouvait constituer un moyen privilégié d'aller vers des personnes en situation d'isolement, présentant une certaine apathie ou un repli sur elles-mêmes. Selon ses mots, cette médiation pourra « *approcher des personnes qui sont apathiques ou en repli narcissique [...] cela permettra d'ouvrir à une relation objectale avec un environnement puis d'élargir progressivement vers une relation aux autres, en passant par le biais de cette approche thérapeutique.* »⁴⁴. À l'issue des échanges, il a été décidé de prévoir un cycle de 10 séances individuelles.

L'idée est que la sélection se construira progressivement, en s'appuyant sur :

- les rencontres médicales en amont de l'admission (visites préalables à l'admission - VPA),
- les bilans d'intégration, les réunions de projet personnalisé (PP),
- les observations partagées en réunion pluridisciplinaire (médecin, psychologue, IDEC, infirmiers, aides-soignants, etc.).

La psychologue et/ou le médecin me feront parvenir par mail les noms des résidents pour lesquels une participation est envisagée, après recueil de leur consentement ou celui de leurs proches. Le projet sera intégré au PP du résident s'il y a adhésion.

Les indications cliniques principales concernent :

- les troubles psychologiques : anxiété, tristesse, perte d'élan vital, repli sur soi, dépression, isolement ; symptômes post-traumatiques ou syndromes post-chute, avec un impact sur la motivation ou l'ouverture à l'autre ;
- ou encore les cas de grande dépendance physique.

Dans un souci de faisabilité et d'organisation, je pourrais réaliser deux séances par semaine donc pour deux résidents. Le nombre de séances nécessaires par résident est de 10 séances.

⁴⁴ Cf. Annexe 5 « Questionnaire - Elisabeth Ferreira, psychologue » p.5

2.2.4. Entendre les résidents

Dans le prolongement des échanges avec l'équipe pluridisciplinaire et afin d'ancrer ce projet au plus près des réalités vécues par les résidents, une enquête qualitative a été menée sous forme d'entretiens semi-directifs. Cette étape visait à recueillir directement la parole des principaux concernés : les résidents eux-mêmes. J'ai mené ces entretiens pour mieux cerner ce que les résidents aiment, ce qui leur ferait plaisir ou au contraire ce qui pourrait les déranger, afin de construire un projet de médiation végétale qui leur ressemble et qui ait du sens pour eux.

- **Cadre des entretiens** : Les 15 entretiens semi-directifs se sont déroulés dans les chambres des résidents. Ainsi, le répondant n'est pas influencé par ses voisins et il n'est pas perturbé par les bruits et les passages autour de lui. L'inconvénient des entretiens individuels avec les répondants est la timidité. Pour minimiser cet inconvénient, la première question « *Aimez-vous les plantes, les fleurs, les animaux ?* » est facile à répondre.
- **Recrutement des répondants** : il s'est réalisé sur la base du volontariat des résidents ciblés grâce aux indications cliniques citées ci-dessus. Il n'est pas possible de respecter la proportion homme/femme car les EHPAD comme celui où je travaille présentent une majorité de femmes. Ils ont été réalisés à l'aide d'enregistrements suivis de retranscriptions.
- **Description des répondants** : l'enquête a été effectuée auprès de 15 personnes âgées entre 63 et 100 ans au sein de la résidence « Les Artistes de Batignolles ». La moyenne d'âge est de 88,5 ans. L'échantillon compte 15 femmes et 0 homme. Elles sont arrivées au sein de la résidence depuis 1 an et 3 mois en moyenne.
- **Limites de l'enquête** : cette enquête exploratoire présente plusieurs limites. D'une part, l'échantillon reste restreint : 15 résidentes seulement ont été interrogées, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de l'EHPAD. D'autre part, ayant moi-même mené les entretiens, un biais de désirabilité peut être présent : certaines résidentes ont pu formuler des réponses qu'elles estimaient attendues ou valorisées, notamment parce qu'elles me connaissent. Enfin, des résidents n'ont pas été inclus du fait de leurs troubles cognitifs sévères ou de l'impossibilité de parler, ce qui exclut une partie importante de la population par le projet.

- **Instrument de recherche** : l'outil sélectionné pour cette étude a été l'entretien semi-directif, le plus utilisé dans les sciences sociales, le résident est guidé par les questions définies mais il a tout de même la liberté de s'exprimer sur celles-ci. Cela permet de récolter des réponses succinctes et des réponses plus personnelles.
- **Présentation de l'entretien** : il durait en moyenne 7 minutes, l'entretien le plus court a été de 4 minutes et le plus long de 15 minutes. Les questions restaient les mêmes selon les résidents, en revanche je suivais le rythme de chacun. L'ordre des questions n'a pas été suivi par tous les répondants. Plusieurs personnes ont développé les questions fermées.

L'entretien est divisé en trois parties : *rapport à la nature*; *vie en chambre* ; *préférences et réticences*. La première partie questionne la relation entre le résident et la nature, elle est composée de 5 questions dont 2 fermées et 3 ouvertes. Les premières questions identifient si le résident a eu des liens à la nature et au jardinage dans son passé. La deuxième partie, par le biais de 2 questions ouvertes et 4 questions fermées, porte sur l'isolement : sort-il souvent de sa chambre ? participe-t-il aux animations collectives ? A la fin, il leur est demandé de compléter s'ils le souhaitent par une suggestion et s'ils souhaitent participer aux séances de médiations végétales en chambre.

2.3 Conception du chariot sensoriel végétal

2.3.1. Inspirations méthodologiques

Ce futur chariot de médiation végétale s'est construit grâce à plusieurs sources d'inspiration déjà existantes, croisées au fil de mes recherches et de mes échanges. 3 références ont nourri particulièrement ma réflexion :

Le Zébulatoire de Juliette Cheriki-Nort⁴⁵

Juliette Cheriki-Nort est art-thérapeute et éco-thérapeute. Elle intervient dans des EHPAD avec un dispositif singulier : un ancien déambulateur réaménagé, qu'elle a nommé le Zébulatoire. Il n'est pas pensé comme un simple support logistique, mais comme un outil relationnel et symbolique. Cet objet lui permet d'être au même niveau que les résidents et provoque de la surprise et des questionnements de la part des résidents mais aussi du personnel.

⁴⁵ Cf. Annexe 18 : Photos du chariot Snoezelen et du déambulateur « Zébulatoire » p.59

Son chariot évolue selon les publics, les saisons et les envies du moment : « *Il y a du matériel fixe et du matériel qui change selon la saison et les personnes que j'ai commencé à connaître.[...] Si un résident aime les chevaux, je veille à avoir un livre dessus.*⁴⁶ ». Le Zébulatoire n'est pas utilisé pour des séances collectives mais justement pour des interventions individuelles : « *Je vais chercher ceux qu'on n'invite pas, ceux pour qui ça ne marchera pas.* »

Le chariot de Christelle Forester-Jouve (Les Petites Bulles Vertes) :

Christelle Forestier-Jouve, fondatrice de l'association Les Petites Bulles Vertes, m'a partagé de nombreux conseils pratiques pour penser ce chariot. Elle insiste sur la fatigabilité des résidents, qui nécessite des séances courtes. Elle recommande également d'utiliser au maximum l'environnement direct, notamment la vue depuis la fenêtre, qui peut constituer un support de médiation à part entière. Elle évoque l'intérêt de travailler avec les plantes aromatiques avec les personnes âgées. Une autre idée partagée consiste à créer des supports visuels montrant les différentes étapes de croissance d'une plante, de la graine jusqu'au développement final. Enfin, elle attire l'attention sur le choix du matériel : il faut des outils adaptés mais éviter qu'ils ressemblent à des ustensiles de cuisine, pour ne pas créer de confusion. Pour terminer, son approche repose sur l'écoute fine de la personne : « *trouver l'élément de la nature qui va éveiller la personne*⁴⁷ ».

Le chariot Snoezelen

Dès les premières ébauches de mon projet, le chariot Snoezelen m'est apparu comme une source d'inspiration. Conçu pour pallier l'absence d'une salle dédiée, ce dispositif mobile permet d'apporter jusqu'en chambre une stimulation sensorielle douce et personnalisée. Le lien entre les deux projets se situe précisément là : une approche individualisée, centrée sur les sens, pensée pour améliorer la qualité de vie. Les différentes versions du chariot Snoezelen — avec leurs compartiments thématiques (ouïe, vue, odorat, toucher), leurs rangements intégrés, et leurs dimensions adaptées aux espaces — m'ont inspirée dans la conception physique et fonctionnelle de mon outil. Mon chariot végétal en serait, en quelque sorte, une déclinaison « verte ».

2.3.2. Choix des supports

⁴⁶ Cf. Annexe 8 : Entretien avec Juliette Cheriki-Nort p.14

⁴⁷ Cf. Annexe 7: Entretien avec Christelle Forestier-Jouve p.9

Le choix du chariot a été guidé par des critères de praticité et de modularité, afin de pouvoir pénétrer facilement avec dans les chambres de l'EHPAD et de ranger facilement le contenu.

Le chariot

Le support retenu est une desserte IKEA modèle Övning⁴⁸. Il s'agit d'un chariot compact, léger et fonctionnel avec plusieurs rangements, aux dimensions de 56 cm (longueur) × 33 cm (profondeur) × 71 cm (hauteur). Il peut être poussé à la main, sa hauteur est adaptée à l'assise en fauteuil, et ses niveaux permettent de séparer les contenus par nature.

Critères de sélection des contenus

Le contenu du chariot a été pensé en fonction de plusieurs critères essentiels :

- **Sécurité** : éviter les objets tranchants ou plantes toxiques et privilégier des matériaux lavables.
- **Poids et ergonomie** : choisir des objets légers, aux formes ergonomiques pour des personnes souffrant d'arthrose ou de troubles moteurs.
- **Éveil des sens** : textures variées, sons naturels, odeurs végétales, infusions, objets visuellement riches⁴⁹...
- **Valeur symbolique** : objets évoquant la nature, le cycle des saisons, les souvenirs personnels ou collectifs, porteurs de récits ou de réminiscences.

Une première liste de contenus envisagés, par catégorie, est disponible en annexe⁵⁰. Le contenu évoluera sans doute au fil du temps, des saisons et des résidents. L'idée n'est pas d'utiliser tous les objets à chaque séance, mais d'adapter la séance au profil du résident, à son état du jour et à la relation qui se construit séance après séance.

2.3.3. Déroulement-type d'une séance

*« Médier, c'est créer du lien , sans manipulation, en étant suffisamment à distance du sujet traité. »*⁵¹ Paroles de praticiens en institution (2016). *Cliniques*

⁴⁸ Cf. Annexe 9 « Desserte IKEA modèle Övning », p.21

⁴⁹ J'ai été inspirée par les matières du jardin thérapeutique du CHU de Nancy.
REINHARD. F., JONVEAUX. T., VERGER. L. (2010). *Le jardin «art, mémoire et vie »*. Nancy.

⁵⁰ Cf. Annexe 10 « Contenus du chariot» p.21

⁵¹ Paroles de praticiens en institution (2016). *Cliniques*, Les médiations : un dispositif thérapeutique ? N°12, éditions érès, p.12.

Les séances de médiation végétale en chambre sont pensées comme des moments courts allant de 15 minutes à 40 minutes, selon les possibilités du résident. Comme le recommande également Christelle Forestier-Jouve : les résidents se « *fatiguent vite, surtout ceux qui sont très dépendants. Il faut des séances douces, pas trop longues, mais qui peuvent être répétées.*⁵² ». Elles sont animées par moi-même, sur la base de la sélection réalisée avec l'équipe soignante (médecin coordinateur, psychologue, IDEC). Le résident est informé en amont de la venue du chariot.

Chaque intervention suit un déroulement souple mais structuré ⁵³, composé de trois temps :

- **Temps d'arrivée** : le résident peut accepter ou refuser, selon son état ou son humeur du jour. Démarrer par une question légère, commenter la météo du jour en regardant la fenêtre par exemple, comme le préconise Christelle Forestier-Jouve.
- **Temps d'exploration** : le chariot est présenté comme une boîte à trésors végétale. Proposer une séance en lien avec la saison et les possibilités du résident. Juliette Cheriki-Nort, éco-art-thérapeute, invite à le voir comme une matériauthèque et de proposer des activités simples.
- **Temps de conclusion** : après avoir nettoyé, la séance peut se conclure par un petit échange, écrire ou dire un mot sur la séance dans le cahier⁵⁴ tout en buvant un verre d'infusion ou d'eau avec du sirop. Lorsque c'est possible, laisser une trace dans cette séance dans la chambre : une fleur dans un petit vase, une image, une carte postale, un petit mot...

2.3.4. Élaboration du catalogue de médiations

Avant le déploiement du chariot, l'objectif est de constituer une base de médiations structurées. L'idée est de créer un classeur qui sera installé sur le chariot, contenant des fiches de médiations végétales.

Chaque fiche⁵⁵ comprendra : la description de la médiation, les objectifs thérapeutiques visés (stimulation cognitive, sensorielle, émotionnelle, physique, sociale...) et la liste du matériel

⁵² Cf. Annexe 7: Entretien avec Christelle Forestier-Jouve p.9

⁵³ STIGSDOTTER, U.,K., & GRAHN, P., (2002), IVARSSON, C., & GRAHN, P., (2010). PALSDOTTIR A., et al (2014).

⁵⁴ Cahier inspiré par le mémoire de Clara DAVID qui invite le patient à répondre à différentes questions comme « j'ai vu, j'ai senti, j'ai touché, j'ai goûté, j'ai entendu, j'ai pensé à, j'ai observé » ainsi qu'une page réservée à l'expression libre avec des mots, des croquis, des photos, des plantes.

⁵⁵ Cf. Annexe 11 « Fiche Plante Messagère » p.23

nécessaire. Ces fiches prendront exemple sur la base de données THAD (Therapeutic Horticulture Activity Database), qui constitue une véritable mine d'or en matière d'activités adaptées aux personnes âgées et atteintes de troubles cognitifs. Afin de faciliter leur utilisation, les fiches seront classées selon la saison.

Une attention particulière sera portée à la création de liens sociaux entre la chambre et l'extérieur : cela pourra prendre la forme de plantes disposées dans les espaces communs, des dons faits aux soignants, de cadeaux à remettre à la famille, ou d'une mise en lien avec les autres résidents de l'étage (distribution d'eau infusée aux herbes par exemple). Ces possibilités selon la médiation seront notées dans la fiche.

Les idées de médiations s'inspirent des présentations des intervenants au sein du D.U.

C'est le cas des animations jardin menées par Titouan Delage, fondateur de l'Association Poisson Mécanique, implantée au sein de l'EHPAD de la Sarrazinière à Saint-Étienne. Il apporte, selon l'unité, les matériaux du jardin à l'intérieur, permettant aux résidents immobilisés de participer aux animations. Par exemple : réaliser des semis ou trier des graines. A la fin de notre journée, des boîtes et bocaux aromatiques réalisés par les résidents, nous ont été offerts. Cette ouverture vers l'extérieur, ce don, m'ont inspirée.

De plus, le projet de jardin présenté par Catherine Riboulet, animatrice au sein d'un USLD à Saint-Etienne, a également été une source d'inspiration pour organiser le catalogue en rythme avec l'année : jacinthes en janvier, plantes vertes en février, bouquets de printemps en mars, massifs en avril, muguet en mai, fleurs et fruits en été, lavande en septembre, houx en décembre, etc.

Enfin, des propositions issues de la pratique et des travaux de Leticia Castellazi⁵⁶ viennent compléter la réflexion, notamment sur les bienfaits de l'hortithérapie même en hiver, en ajoutant un versant artistique et en créant une attente pour le printemps.

Une sélection de ces activités, classées en tableaux par saison, est proposée en annexe⁵⁷.

2.4. Méthodes d'évaluation du projet

2.4.1. Objectifs

⁵⁶ CASTELAZZI, L. (2023) *L'hortithérapie dans la prise en charge d'un adulte avec un trouble psychique. Ce qu'il faut savoir lorsqu'on travaille avec une personne atteinte de troubles mentaux*. Mémoire Universitaire, Université Jean-Monnet, Saint-Étienne.

⁵⁷ Cf. Annexe 12 « Exemples de médiations » p.24

L'objectif central de l'intervention est d'ordre social. Il s'agit avant tout de recréer du lien avec le résident et autour de lui. Ces interventions visent à rompre l'isolement et à favoriser les échanges. L'intervention cherche ainsi à recréer un espace relationnel, à offrir un moment d'attention individualisée, et à permettre au résident de se sentir pleinement exister dans une relation humaine par le végétal. Cet objectif relève du déterminant psychosocial tel que défini dans les modèles de santé : il touche aux dynamiques de lien, d'appartenance, de communication et de reconnaissance.

Autour de cet axe principal, d'autres effets seront observés : cognitifs, sensoriels, émotionnels, et physiques. Ces effets sont considérés comme des bénéfices associés.

« Dans le contexte de l'éducation du patient, toute évaluation est également un acte thérapeutique dans la mesure où le patient participe à l'analyse des résultats et aux décisions thérapeutiques et éducatives. »

Groupe d'Étude et de Réflexion en Éducation Thérapeutique (GEREPI)

Dans une logique d'éducation thérapeutique et d'intervention non médicamenteuse (INM), l'évaluation des effets de ces médiations doit elle-même être pensée comme un acte porteur de sens. Il ne s'agit pas uniquement de mesurer des résultats, mais d'entrer dans une démarche où le résident a la possibilité de s'exprimer sur ce qu'il vit. Cette posture rejoint une approche humaniste de l'évaluation, fondée sur le dialogue et la reconnaissance des vécus singuliers.

C'est pourquoi, dans ce projet, l'évaluation sera toujours un moment d'échange avec le résident. L'outil ne sera pas utilisé seul sauf si la personne n'est pas en mesure de parler. Dans la majorité des cas, c'est moi qui remplirai les fiches d'évaluation avec le résident, à l'oral, car beaucoup ne sont plus en capacité d'écrire.

2.4.2. Outils quantitatifs

Pour évaluer les séances de médiation végétale en chambre, deux outils d'évaluation quantitatifs ont été retenus, chacun répondant à des objectifs spécifiques et à une temporalité différente.

L'échelle UCLA Loneliness Scale – Version 3 items⁵⁸

La version abrégée en 3 items de l'échelle UCLA de la solitude a été choisie pour évaluer l'évolution du sentiment d'isolement social des résidents au fil de la médiation. Cette échelle présente l'avantage d'être courte, compréhensible et adaptée aux personnes âgées, y compris celles présentant de légers troubles cognitifs. Cette échelle sera administrée au début du programme et à la fin.

L'échelle EVIBE (Évaluation du Bien-Être)⁵⁹

En complément, une évaluation immédiate du ressenti est prévue à l'issue de chaque séance. Il s'agira de l'échelle EVIBE, développée par la Fondation Clariane, qui permet de recueillir de manière simple l'état émotionnel global du résident. L'objectif ici est de saisir l'effet direct de la séance. Là encore, l'évaluation sera remplie en présence du résident, de manière orale et accompagnée. Le format visuel et la formulation brève facilitent la passation auprès d'un public âgé et/ou dépendant.

Ce double dispositif — une mesure de fond (UCLA) et une mesure de ressenti à chaud (EVIBE) — permet d'obtenir une vision globale du vécu du résident, à la fois sur le plan émotionnel immédiat et sur l'évolution du sentiment de solitude.

2.4.4. Outil qualitatif

« L'observation est la méthode la plus simple de recueil de données qualitatives. »

Fraisse, 1963

Pour compléter les outils quantitatifs, j'ai choisi d'ajouter l'observation participante comme outil qualitatif d'évaluation. Je serai en immersion directe dans les séances. Ainsi, ma position me place dans une situation d'observatrice-actrice. Chaque séance donnera lieu à une prise de notes détaillée, consignée dans le logiciel NetSoins. J'y noterai : les paroles échangées, la fluidité ou la rareté du langage, les gestes du résident, les mimiques et expressions faciales, les interactions éventuelles avec les proches ou les soignants s'ils sont présents. Elisabeth Ferreira suggère de noter la posture corporelle *« la capacité d'attention, de concentration, l'investissement, la posture*

⁵⁸ Cf. Annexe 13 « UCLA Loneliness Scale – Version 3 items » p.25

⁵⁹ Cf. Annexe 14 « Échelle EVIBE » p.26

corporelle (se redresse, ou tête dans les épaules) »⁶⁰. Pour m'aider, j'ai réalisé une grille d'observation construite autour de quelques items⁶¹.

Une partie de ces éléments cités ci-dessus, relèvent du champ du « paralangage », c'est-à-dire tout ce qui est au-delà des mots. C'est intéressant de les noter pour les personnes atteintes de troubles cognitifs modérés ou sévères.

Toutefois, cette méthode a ses limites car toute observation est un regard subjectif, filtré par ses propres représentations. Néanmoins, elle n'est pas l'unique outil d'évaluation de ce projet.

III. Expérimentations et suite du projet

3.1. Premiers tests informels

Afin de mieux anticiper le déroulement concret des futures médiations végétales, deux résidentes ont été sollicitées au cours des mois de mai et juin pour participer à des séances individuelles en chambre. Ces séances exploratoires ont été pensées comme des moments de test, non évalués, mais avec l'objectif de tester les supports, de mesurer le temps d'attention, d'observer les réactions et d'identifier les ajustements nécessaires.

Les deux résidentes ont été choisies avec l'accord de la psychologue, sur la base des critères d'inclusion définis dans le projet : sentiment d'isolement, faible participation aux animations collectives, repli partiel ou total dans la chambre. Mme A⁶² réside dans l'UGD (Unité des Grands Dépendants), Mme B. dans l'USA (Unité de Soins Adaptés).

Voici un tableau récapitulatif de ces premières séances :

Résidente	Date	Durée	Activité principale	Observations
Mme A	14/05/2025	30	Bouturage et plantation d'une plante "araignée" dans un pot	Très concentrée sur les gestes. Plonge ses mains dans la terre. Nomme la plante « la plante qui a soif ».

⁶⁰ Cf. Annexe 5 « Questionnaire - Elisabeth Ferreira, psychologue », p.6

⁶¹ Cf. Annexe 15 « Grille d'observation » p.27

⁶² Les noms des résidentes ont été anonymisés.

Résidente	Date	Durée	Activité principale	Observations
Mme B	16/05/2025	25	Découverte sensorielle d'un panier en osier et arrosage d'une petite bouture	Mme B sourit en touchant le panier, dit que « c'est beau ». Difficultés pour arroser.
Mme A	27/05/2025	35	Arrosage, désherbage et explication des besoins de la plante	Mme A commente la pousse, dit qu'elle a grandi. Écoute les explications puis résume ce que j'ai dit.
Mme B	30/05/2025	20	Lecture illustrée sur les oiseaux et écoute de chants d'oiseaux	Elle est très réceptive aux images des oiseaux, commente avec un langage inconnu. Grande sensibilité avec les oiseaux.
Mme A	12/06/2025	30	Entretien de la plante et observation de fleurs fraîches et de feuilles ramassées au parc	Mme A touche chaque feuille, sent chaque fleur. Elle dit qu'elle aimerait garder une petite feuille. Moment très calme.
Mme B	13/06/2025	20	Lecture d'un livre illustré sur les insectes du jardin	Moins de réactions que pour les oiseaux. Elle s'attarde sur les papillons. Je comprends le mot « beau ».

3.2. Analyse des entretiens

Pour analyser les questions ouvertes des entretiens, une méthode d'analyse thématique a été privilégiée, reposant sur une grille d'analyse horizontale permettant de repérer les récurrences, les nuances et les éléments saillants du corpus. Afin d'éviter toute projection subjective, cette méthode suit les principes de Laurence Bardin⁶³, en organisant rigoureusement les données autour de thèmes identifiés. Conformément aux recommandations de Pierre Paillé⁶⁴ (2016), plusieurs relectures des retranscriptions ont permis de faire émerger les thématiques pertinentes. Des annotations marginales ont d'abord été prises sur chaque entretien, puis les expressions clés ont été regroupées en catégories. L'élaboration d'un arbre thématique⁶⁵ permet de visualiser les catégories, sous-catégories et exemples concrets tirés du corpus.

• Rapport à la nature

⁶³ BARDIN, L. (1991). *L'analyse de contenu*, Paris, PUF.

⁶⁴ PAILLE, P., & MUCCHIELLI, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.), Paris, Armand Colin.

⁶⁵ Cf. Annexe 16 « Arbre thématique » p.29

L'analyse des entretiens a permis de dégager trois axes majeurs : l'empreinte des souvenirs liés à des lieux de nature, un attachement aux fleurs et plantes souvent d'ordre esthétique, et une certaine ambivalence quant au manque éprouvé de nature aujourd'hui.

Une très grande majorité des résidentes interrogées ont évoqué des souvenirs de nature liés à leur passé personnel, souvent situés dans des lieux précis : maisons familiales avec jardins, balcons fleuris, campagnes, ou vergers. Ils reviennent dans les récits avec émotion. Par exemple, Mme A. évoque une maison à Bourges : « *On avait une maison de campagne et bon bah là je jardinais un petit peu [...] C'était de la petite décoration* ». Le jardin devient alors un espace de réminiscence : « *J'ai toujours vu ma mère le faire* » (Mme M.), « *Maman était plutôt fleurs, elles étaient devant la maison* » (Mme A.).

La nature semble surtout appréciée pour sa dimension esthétique. La majorité des participantes déclarent aimer les plantes mais surtout les fleurs, comme en témoigne Mme A. : « *J'aime les roses comme beaucoup de femmes certainement. J'aime aussi les glaïeuls* ». Certaines évoquent même une dimension contemplative : « *Ça me fait du bien d'être dans un décor naturel et spontané* » (Mme P.), ou encore « *Bien sûr, ça fait du bien* » (Mme C.). Cet attachement n'est pas toujours associé à une pratique du jardinage en tant que telle, mais à la présence de la nature comme décor.

Une autre dimension importante émerge : celle du manque. La moitié des résidentes interrogées expriment que la nature leur manque « beaucoup » (8/15). Ce manque est souvent associé à la difficulté d'accès à la nature et à la limitation des mobilités physiques : « *C'est dommage qu'on ne puisse pas descendre plus souvent au parc* » (Mme C.), ou encore « *On ne peut pas trouver la nature dans une maison de retraite !* » (Mme A.). À l'inverse, certaines répondantes estiment ne pas souffrir de cette absence : « *J'ai jamais travaillé, vécu dans la nature pour dire la vérité* » (Mme M.), ou alors « *On a le parc à proximité donc plutôt non* » (Mme P.).

Les plantes ou odeurs évoquant des souvenirs aux résidents sont : le lilas, le chèvrefeuille, les marguerites, les cerisiers en fleurs, l'orchidée, une pomme, une jacinthe, le mimosa, les arbres en fleurs, « la plante qui a soif », les roses et les glaïeuls. Mme B. évoque « *une allée remplie de lilas et de statues* », ou Mme C. qui mentionne « *le chèvrefeuille [...]*

près de la porte d'entrée ». D'autres éprouvent des difficultés à nommer une plante spécifique, ou soulignent leurs troubles de la mémoire : « *Oui mais vous me demandez ça sur le coup, j'ai des trous de mémoire* » (Mme M.), ou encore une perte d'odorat.

• La vie en chambre

La grande majorité ne sort peu ou pas de sa chambre : 9 sur 15 déclarent « un peu », 3 disent « pas du tout », et seules 3 indiquent « beaucoup ». Cette donnée confirme que les résidents choisis ressentaient de l'isolement ou sont isolés, souvent en raison de leur état physique. Mme A. exprime : « *Je fais ce que je peux. Si quelqu'un peut m'accompagner, je sors. J'ai pas beaucoup de force, je suis vite KO* ». Mme B. souligne l'impact des douleurs : « *Je voudrais sortir plus mais c'est les jambes qui ne veulent pas [rires]* ». Ces expressions indiquent que le confinement en chambre est souvent subi.

Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, la majorité des résidentes interrogées participent aux animations collectives : 11 sur 15 déclarent y prendre part (avec des degrés variés), tandis que 4 indiquent ne pas y aller. Mme B. explique : « *Je participe au théâtre avec Delphine parfois mais c'est rare [...]* ». Certaines résidentes indiquent un désintérêt volontaire pour les animations collectives : « *Si j'aimais, je me serai inscrite* » (Mme C.).

À la question « *Aimeriez-vous qu'on vous propose une séance individuelle dans votre chambre ?* », 11 résidentes sur 15 ont répondu « oui ». C'est un résultat très encourageant pour le projet de chariot végétal. Certaines justifient ce choix par la difficulté à se déplacer, d'autres par une préférence pour les interactions plus personnelles. Ce choix d'une animation dans un cadre intime permet aussi de revaloriser la chambre. Mme C. souligne : « *Oui, surtout que ça s'y prête bien* ». D'autres perçoivent cette proposition comme accessible : « *C'est une idée que je trouve astucieuse si on a le matériel. Arroser ce n'est pas difficile* » (Mme A.).

Les réponses à la question « *Quel type d'activité vous plairait ?* » confirment une volonté de participer à des médiations simples et tournées vers les fleurs. Les suggestions vont de l'arrosage à l'observation, en passant par l'écoute de sons de la nature, comme le propose Mme C. : « *Et pourquoi pas écouter des sons de la nature, si vous avez ça* ».

• Préférences, réticences et ouverture au projet

À la question « *Y a-t-il des choses que vous n'aimeriez pas du tout ?* », 9 résidentes déclarent qu'aucun aspect ne leur déplaît particulièrement. Les autres formulent surtout des réserves d'ordre pratique. La crainte de salir ou d'abîmer les mains revient dans plusieurs verbatims. Mme A. évoque : « *J'aimais mettre des gants quand je jardinais, des gants vert et blanc* ». Mme P. déclare : « *J'aurais tendance à mettre des gants pour ne pas abîmer les mains* ». Ce besoin d'équipement de protection, notamment des gants, est exprimé par 5 résidentes. Cette demande est à envisager comme une adaptation à satisfaire. D'autres réticences, plus rares, concernent des tâches spécifiques. Mme M. rit en évoquant : « *Bêcher [rires]* », une activité jugée trop physique. Mme C. ajoute : « *La terre, ça va si j'ai un tablier ou quelque chose pour me protéger* ».

À la question « *Aimeriez-vous qu'on vous laisse quelque chose après la séance ?* », 12 résidentes sur 15 répondent positivement. Ce souhait concerne principalement le fait de garder une trace agréable de la séance. Il s'agit majoritairement d'une plante ou d'une fleur. Mme M. demande simplement : « *Une fleur* », Mme C. suggère : « *Une petite plante ou une photo, ça me plairait. Quelque chose de joli* ». Cette demande illustre une volonté de prolonger la séance dans le temps et dans l'espace de la chambre. Seulement 3 personnes n'ont pas émis de souhait explicite. Il ne s'agit pas nécessairement d'un refus mais parfois d'un manque d'inspiration ou d'intérêt immédiat, comme l'exprime Mme L. : « *Non, je ne vois pas* ».

Les réponses libres à la fin de l'entretien ont permis de recueillir des éléments précieux, plus personnels. Plusieurs résidentes en ont profité pour raconter leur rapport au jardin. Mme B. parle avec émotion de son jardin à Bourges et de ses balcons à Paris. Mme C. évoque son jardin de pivoines à Clamart, tandis que Mme P. insiste sur le plaisir de contempler le parc Martin Luther King depuis sa fenêtre : « *C'était pour avoir le double plaisir, d'avoir la nature, les arbres, la proximité du parc et d'autre part l'animation de la rue sans en être gênée* ».

Enfin, la dernière question portait sur l'acceptation d'une future séance de médiation végétale en chambre. Parmi les 15 résidentes : 13 ont répondu « Oui », 1 a répondu « À rediscuter », 1 a répondu « Non ». Ces résultats sont positifs et encourageants pour la suite du projet.

3.3. Leviers et freins

Pour conclure, il est important de résumer les leviers et les freins de ce projet avant sa mise en place. Cette analyse a été enrichie par mes échanges avec le médecin coordinateur et la psychologue de l'établissement⁶⁶.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Un EHPAD déjà sensibilisé aux Interventions Non Médicamenteuses (INM)- Une ouverture de la direction et du corps médical- Pluridisciplinarité	<ul style="list-style-type: none">- Temps disponible- Gestion du matériel végétal- Habitudes institutionnelles orientées vers l'animation collective.
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none">- Possibilité de former le personnel sur l'hortithérapie et le jardin- Partenariats avec d'autres structures (ex. école, association de quartier, bénévoles de la paroisse)- Valoriser l'EHPAD « Les Artistes de Batignolles » au sein du groupe emeis et au delà	<ul style="list-style-type: none">- Repose sur une personne, l'animatrice- Contraintes budgétaires limitant le renouvellement ou l'entretien du matériel.

⁶⁶ Cf. Annexe 5 « Questionnaire - Elisabeth Ferreira, psychologue » p.5 et Annexe 6 « Questionnaire - Bruno Le Dastumer, médecin coordinateur » p.7

3.4. Prochaines étapes

Après plusieurs mois de réflexion, de lectures et d'échanges, le projet entre désormais dans sa phase concrète. Les prochaines étapes pour que le chariot de médiation végétale trouve rapidement sa place sont les suivantes :



Septembre – octobre 2025 : achat

Il s'agira d'abord de réunir le matériel (chariot, plantes, outils, contenants et accessoires).

Octobre – novembre 2025 : premiers pas

C'est à cette période que les premières séances seront organisées. En parallèle, une communication externe sera mise en place via le site internet de la résidence, l'application MyEmeis (application famille) et la gazette (familles et résidents). On peut imaginer un appel aux dons pour récupérer des boutures, tuteurs, pots, renforçant ainsi le lien avec les personnes gravitant autour de l'EHPAD. Enfin, la présentation du projet à la responsable animation France *emeis* permettra de réfléchir à une future formation destinée aux animateurs du groupe et aux collègues des animateurs.

Fin 2025 : renforcer et élargir

Une fois que le chariot et les séances seront bien avancées, une formation/sensibilisation au personnel soignant viendra consolider le tout. L'idée est de faire connaître le projet, d'expliquer son fonctionnement.

Conclusion

Le vieillissement de la population française et l'isolement que peuvent ressentir certains résidents en EHPAD rappellent l'importance de penser des dispositifs favorisant le bien-être physique, psychique et social des personnes âgées. Aujourd'hui, alors qu'un tiers de la population française pourrait avoir plus de 60 ans dans quarante ans, il devient crucial de développer des initiatives qui prennent en compte la santé dans sa globalité, c'est-à-dire « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁶⁷. Alors, notre question centrale était : Comment développer une médiation végétale accessible en chambre, pour des résidents d'EHPAD dépendants et/ou isolés ?

Dans un milieu urbain, les études sont sans appel : l'exposition à la nature et au jardinage améliore les relations sociales (Kweon et al, 1998), favorise le rassemblement (Coley et al, 1997), diminue le sentiment de solitude et augmente les liens sociaux (Mass et Van Dillen, 2009 ; Kwein et al, 1998)

La réflexion d'avant-projet menée à l'EHPAD « Les Artistes de Batignolles » a permis de répondre à cette question en s'appuyant sur des échanges : réunions pluridisciplinaires, écoute des résidents et expérimentations. Pour développer une médiation végétale accessible en chambre, il est nécessaire de concevoir un outil mobile et pratique, de choisir du matériel et des supports adaptés aux capacités et pathologies des résidents, de mesurer les impacts grâce à des outils d'évaluation pertinents et, surtout, d'écouter les besoins et envies des résidents. Dans notre étude, la majorité d'entre eux ont exprimé un attrait particulier pour le jardin d'agrément et se considèrent majoritairement comme des jardiniers débutants, ce qui implique que les activités doivent être simples, guidées et personnalisées.

Chaque geste autour de la nature compte, même les petits.

⁶⁷ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Bibliographie

Articles de revue

- BELONI, P. (2019). Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées. *Médecine humaine et pathologie*. Université de Limoges. Français.
- BRAMI, G. (2013). *Les paradoxes de l'évolution des ehpad*. Empan, 91(3), 56-61.
<https://doi.org/10.3917/empa.091.0056>
- BHERER, L. (2023). *Les bienfaits de la nature sur la santé globale*. Observatoire de la Prévention de l'Institut de Cardiologie de Montréal. <https://observatoireprevention.org/2021/07/08/les-bienfaits-de-la-nature-sur-la-sante-globale/#:~:text=D'apr%C3%A8s%20notre%20%C3%A9valuation%2C%20les,de%20l'activit%C3%A9%20nerveuse%20sympathique>
- CHERIKINORT—Nort, J. (2021). *Accompagner grâce au vivant. Vingt-cinq ans d'animation et de médiation par la nature*. *Sociographe*, Hors-série 14(4), 21-38. <https://doi.org/10.3917/graph1.hs014.0021>.
- COLEY, R. L., SULLIVAN, W. C., & KUO, F. E. (1997). Where Does Community Grow?: The Social Context Created by Nature in Urban Public Housing. *Journal of Environmental Psychology*, 17(3), 1-14. <https://doi.org/10.1177/001391659702900402>
- COSQUER, A. (2022). Pourquoi la nature nous fait-elle du bien ? *Rhizome*, 82(1), 13-14. <https://doi.org/10.3917/rhiz.082.0013>
- GONZALEZ, M. T., & KIRKEVOLD, M. (2014). Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2698–2715.
- HEROD A., SZEWZYK-TARANEK, B., et PAWLOWSKA B., « Therapeutic horticulture as a potential tool of preventive geriatric medicine improving health, well-being and life quality – A systematic review », *Folia Hort.*, vol. 34, no 1, p. 85-104, juin 2022, doi: 10.2478/fhort-2022-0008.
- IVARSSON, C., & GRAHN, P., (2010). Patients' experiences and use of a therapeutic garden: from a designer's perspective, *Schweizerische Zeitschrift Fur Forstwesen*. 161. 104-113.
- KAPLAN & KAPLAN (1989), « The Experience of Nature: a psychological perspective » Cambridge, University Press.
- KELLERT, S. R., & WILSON, E. O. (1993). *The biophilia hypothesis*. Island Press.

- LU, L. C., LAN, S. H., HSIEH, Y. P., YEN, Y. Y., CHEN, J. C., & LAN, S. J. (2020). Horticultural Therapy in Patients With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 35, 1533317519883498.
- KWEON, B.-S., SULLIVAN, W. C., & WILEY, A. R. (1998). Green Common Spaces and the Social Integration of Inner-City Older Adults. *Environment and Behavior*, 30(6), 832–858. <https://doi.org/10.1177/001391659803000605>
- MAAS, J., VAN DILLEN, S. M. E., VERHEIJ, R. A., & GROENEWEGEN, P. P. (2009). Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health & place*, 15(2), 586–595. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.09.006>
- NINOT, G., BOULZE-LAUNAY, I., BOURREL, G., GERAZIME, A., GUERDOUX-NINOT, E., LOGNOS, B., LIBOUREL, T., MERCIER, G., ENGBERINK, A.-O., RAPIOR, S., SENESSE, P., TROUILLET, R., & CARBONNEL, F. (2018). De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel*, 1(1), 21-27. <https://doi.org/10.3917/heg.081.0021>
- PALSDOTTIR A., et al (2014). , « The Journey of Recovery and Empowerment Embraced by Nature — Clients' Perspectives on Nature-Based Rehabilitation in Relation to the Role of the Natural Environment », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, 11, no 7, 7094-7115.
- STIGSDOTTER, U.K., & GRAHN, P., (2002), What makes a garden a healing garden? *Journal of Therapeutic Horticulture*, 13, 60-69.
- TREPIED V., (2016). Solitude en EHPAD, L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes , *Gérontologie et société* – n° 149 – vol. 38.
- Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, 420-421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- YANG, Y., KWAN, R. Y., ZHAI, H. M., XIONG, Y., ZHAO, T., FANG, K. L., & ZHANG, H. Q. (2022). Effect of horticultural therapy on apathy in nursing home residents with dementia: a pilot randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 26(4), 745-753.
- ZHAO, Y., LIU, Y., & WANG, Z. (2020). Effectiveness of horticultural therapy in people with dementia: A quantitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(13-14), 1983–1997.

Livres

- BARDIN, L. (1991). *L'analyse de contenu*, Paris, PUF
- CARBONNELLE. S. (2010). *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Editions Seli Arsalan,

- COTTEREAU, D. (2017). DEHORS : Ces milieux qui nous transforment – Récits écobigraphiques nés d’ateliers d’écriture. Éditions L’Harmattan.
- LEBAY, P. (2022). *Créer un jardin de soins : du projet à la réalisation*. Terre Vivante.
- PAILLE, P., & MUCCHIELLI, A. (2016). *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.), Paris, Armand Colin.
- PELLISSIER, J. (2022). *Jardins thérapeutiques et hortithérapie : Comment la nature prend soin de nous, jardiner pour se soigner*. (2e éd.). Dunod.
- REINHARD, F., JONVEAUX, T., & VERGER, L. (2010). *Le jardin « art, mémoire et vie »*. Nancy.

Travaux universitaires

- BOUTTEMY, C. (2024). *Comment apporter le soin par la nature dans un établissement de cancérologie ne disposant pas d’espaces végétalisés*. Mémoire universitaire, Université Jean Monnet, Saint-Étienne.
- CASTELAZZI, L. (2023) *L’hortithérapie dans la prise en charge d’un adulte avec un trouble psychique. Ce qu’il faut savoir lorsqu’on travaille avec une personne atteinte de troubles mentaux*. Mémoire Universitaire, Université Jean-Monnet, Saint-Étienne.
- DAVID, C. (2021). *Mise en œuvre d’une animation au jardin à visée thérapeutique pour permettre à des patients de bénéficier des effets du végétal au sein d’un établissement de santé. Application à l’expérimentation de séances de médiation végétale au Jardin de l’Anjou pour des patients en cancérologie à la Clinique de l’Anjou*. Sciences du Vivant. <dumas-03356725>
- FORESTIER-JOUVE C., (2023). *Depuis la compréhension de la notion d’enfermement de la personne malade en institution sanitaire et médico-sociale vers les effets directs et indirects d’un jardin de santé et de l’hortithérapie*. Mémoire universitaire, Université Jean-Monnet, Saint-Etienne

Sites webs

- Comité Régional d’Éducation pour la Santé Provence-Alpes-Côte d’Azur. (2024). *Guide méthodologique pour une évaluation du patient avec le patient*. <https://www.cres-paca.org/image/45228/20227?size=!800,800®ion=full&format=pdf&download=1&crop=centre&realWidth=1240&realHeight=1754&force-inline>

- Fiche pratique Horithérapie (2024) issue du livre *Interventions non médicamenteuses et maladie d'Alzheimer : comprendre, connaître, mettre en œuvre*, Fondation Médéric Alzheimer
- Fondation Médéric Alzheimer : <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/>
- Frene (2023). Le syndrome de manque de nature. En ligne : <https://frene.org/methodologie-approche-pedagogique/fiche-ressource-le-syndrome-du-manque-de-nature-10-07-2013-html/>
- Le Bonheur est dans le jardin : <https://lebonheurestdanslejardin.org/tag/roger-ulrich/2019>
- Pour les personnes âgées : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>
- Semaines d'information sur la santé mentale : <https://www.semaines-sante-mentale.fr/sism-2025/les-sism-2025/>

RÉSUMÉ

Ce projet de mémoire s'inscrit dans la volonté de rencontrer les personnes âgées les plus isolées dans un EHPAD à travers la médiation végétale. En partant des besoins exprimés par les résidents, en particulier ceux vivant une situation d'isolement, ce travail va permettre de concevoir un dispositif adapté : un chariot végétal. Pourquoi le végétal ? C'est un support thérapeutique riche : il favorise la stimulation sensorielle et cognitive, soutient l'expression émotionnelle, renforce le lien social et valorise la capacité d'agir des personnes âgées.

Ce travail s'attache ainsi à montrer que la médiation végétale, même à petite échelle, peut devenir un levier puissant pour décroïsonner, humaniser et enrichir l'accompagnement en EHPAD. Elle constitue un geste à la fois thérapeutique et symbolique, participant à une meilleure intégration de la nature dans la vie quotidienne des résidents et, plus largement, au bien-être collectif de l'institution.

Mots-clés : hortithérapie, médiation végétale, EHPAD, isolement, interventions non médicamenteuses, bien-être, lien social.