



**PROTOCOLE EXPERIMENTAL D'ÉVALUATION
DES BIENFAITS DE L'HORTITHERAPIE 03/2019**

*GUIDE PRATIQUE
destiné aux évaluateurs*

Le « **nom de Code de la personne évaluée** » sera les 3 1^{ère} lettres du nom et les 2 1^{ère} lettres du prénom. Il sera utilisé pour les différentes fiches du protocole.

Chaque questionnaire d'évaluation est accompagné d'une **fiche individuelle** permettant de donner des informations sur le profil de la personne et les troubles associés à sa maladie (*protocole d'évaluation sous forme d'études de cas*).

Le **questionnaire A** doit être rempli par l'aidant (ou le personnel soignant le cas échéant) :

- Les questions 1 et 2 une fois avant le démarrage du programme d'ateliers jardins ;
- La question 3 une fois le programme d'ateliers jardins fini ;

Le **questionnaire B** doit être rempli 3 fois par l'animateur des ateliers (ou l'accompagnant professionnel cas échéant) durant les ateliers : au démarrage, au milieu et en fin du programme d'hortithérapie, soit T0, T1 (2 mois) et T2 (3-4 mois).

- **Pour la phase T0** : 2 à 3 séances sont prévues pour que s'installe un rituel d'activités, la reconnaissance des lieux et des personnes présentes, ainsi que la mise en confiance des malades. Ces 1^{er} ateliers avant évaluation permettront également de montrer les différentes tâches à effectuer et à informer de l'évaluation à venir.
- **Echelle utilisée** : 4 choix de 0 à 3 (3 étant excellent) ;
- « **Compréhension et réalisation d'une consigne** » : la consigne doit être simple ; elle sera la même durant tout le cycle de l'évaluation = Exemple de consignes : Mettre de la terre dans un godet/pot - Aller chercher un arrosoir.
- « **Reconnaissance d'objets** » = Exemple de questions-type : Montrer les tomates – prendre le sécateur.
- **Repérage dans l'espace de l'objet** : aller d'un point A à un point B par un chemin simple et rectiligne.
- **Motricité/praxie** = coordination des mouvements pour arriver à faire une action / réalisation d'un geste ; exemple : mettre de la terre dans un pot, arroser une plante.
- **Motricité fine** : exemple = mettre des semis (\pm taille d'une lentille) dans un godet rempli de terre, écrire le nom d'une plante sur une étiquette, supprimer des fleurs fanées.
- **Equilibre** : en 5 points = les exercices doivent se faire dans une ambiance ludique ; passer au point suivant uniquement en cas de réponse positive du précédent.



EVALUATION Ateliers JARDIN
Questionnaire A rempli par
l'aidant ou le personnel soignant

Nom de code :

A remplir 1 fois avant le démarrage du programme d'ateliers

1) Quels sont les difficultés majoritaires et quotidiennes que vous rencontrez avec le malade.

.....

2) Quels sont vos attentes quant à la participation de votre proche à l'atelier ?

.....

A remplir à la fin du programme

3) Suite à la participation de votre proche aux ateliers, avez-vous constaté des changements ?

.....

Rempli par :



EVALUATION Ateliers JARDIN **T0**

*Questionnaire B rempli pendant l'atelier par
l'animateur/accompagnant professionnel*

Nom de code:

1) Compréhension et réalisation d'une consigne

Laquelle :

.....

Compréhension

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. à la 1ère élocution verbale | <input type="checkbox"/> |
| 2. après l'avoir mimé | <input type="checkbox"/> |
| 3. à l'amorçage du geste | <input type="checkbox"/> |
| 4. consigne non-compris | <input type="checkbox"/> |

Réalisation

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1. Fait | <input type="checkbox"/> |
| 2. Non fait | <input type="checkbox"/> |

pourquoi ?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Fatigue | <input type="checkbox"/> |
| Peur de ne pas y arriver | <input type="checkbox"/> |
| Pas envie de faire | <input type="checkbox"/> |
| Autres | |

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 3. A fini par faire l'action | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|--------------------------|

2) Interaction sociale et communication

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Interactions avec l'aidant | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Interactions avec l'animateur/soignant | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Interactions avec les autres personnes malades | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Interactions avec d'autres personnes | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |

Lesquelles :

.....

Mode de Communication verbale Non verbale

3) Comportement durant l'atelier

Bien-être dans les lieux 0 1 2 3

Intérêt porté aux activités 0 1 2 3

4) Réalisation d'actions types

Reconnaissance d'objets : OUI NON

Action faite :

.....

Repérage dans l'espace : OUI NON NA

Action faite :

.....

Motricité/praxie 0 1 2 3

Action faite :

.....

Motricité fine 0 1 2 3

Action faite :

.....

Equilibre :

1. Port d'une charge OUI NON

2. Difficulté à la marche OUI NON

3. Debout les yeux fermés OUI NON

4. Dynamique =avancer 3m les pieds collés OUI NON

5. Statique =tenir sur un pied sans se tenir OUI NON

Rempli par :



EVALUATION Ateliers JARDIN **T1**

*Questionnaire B rempli pendant l'atelier par
l'animateur/accompagnant professionnel*

Nom de code:

1) Compréhension et réalisation d'une consigne

Laquelle :

.....

Compréhension

5. à la 1ère élocution verbale
6. après l'avoir mimé
7. à l'amorçage du geste
8. consigne non-compris

Réalisation

4. Fait
5. Non fait

pourquoi ?

- Fatigue
- Peur de ne pas y arriver
- Pas envie de faire
- Autres

6. A fini par faire l'action

2) Interaction sociale et communication

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Interactions avec l'aidant | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Interactions avec l'animateur/soignant | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Interactions avec les autres personnes malades | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Interactions avec d'autres personnes | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |

Lesquelles :

.....

Mode de Communication verbale Non verbale

3) Comportement durant l'atelier

Bien-être dans les lieux 0 1 2 3

Intérêt porté aux activités 0 1 2 3

4) Réalisation d'actions types

Reconnaissance d'objets : OUI NON

Action faite :

.....

Repérage dans l'espace : OUI NON NA

Action faite :

.....

Motricité/praxie 0 1 2 3

Action faite :

.....

Motricité fine 0 1 2 3

Action faite :

.....

Equilibre :

6. Port d'une charge OUI NON

7. Difficulté à la marche OUI NON

8. Debout les yeux fermés OUI NON

9. Dynamique =avancer 3m les pieds collés OUI NON

10. Statique =tenir sur un pied sans se tenir OUI NON

Rempli par :



EVALUATION Ateliers JARDIN **T2**

*Questionnaire B rempli pendant l'atelier par
l'animateur/accompagnant professionnel*

Nom de code:

1) Compréhension et réalisation d'une consigne

Laquelle :

.....

Compréhension

9. à la 1ère élocution verbale
10. après l'avoir mimé
11. à l'amorçage du geste
12. consigne non-compris

Réalisation

7. Fait
8. Non fait

pourquoi ?

- Fatigue
- Peur de ne pas y arriver
- Pas envie de faire
- Autres

9. A fini par faire l'action

2) Interaction sociale et communication

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Interactions avec l'aidant | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Interactions avec l'animateur/soignant | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Interactions avec les autres personnes malades | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |
| Interactions avec d'autres personnes | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NA <input type="checkbox"/> |

Lesquelles :

.....

Mode de Communication verbale Non verbale

3) Comportement durant l'atelier

Bien-être dans les lieux 0 1 2 3

Intérêt porté aux activités 0 1 2 3

4) Réalisation d'actions types

Reconnaissance d'objets : OUI NON

Action faite :

.....

Repérage dans l'espace : OUI NON NA

Action faite :

.....

Motricité/praxie 0 1 2 3

Action faite :

.....

Motricité fine 0 1 2 3

Action faite :

.....

Equilibre :

11. Port d'une charge OUI NON

12. Difficulté à la marche OUI NON

13. Debout les yeux fermés OUI NON

14. Dynamique = avancer 3m les pieds collés OUI NON

15. Statique = tenir sur un pied sans se tenir OUI NON

Rempli par :