

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2015

2015 TOU3 1549

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Clio BASCANDS

le 15 septembre 2015

**HORTITHERAPIE ET PSYCHIATRIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE,
RETOUR D'EXPERIENCE ET PROJET D'ETUDE EXPERIMENTALE**

Directeur de thèse : Dr Jérôme BOUCARD
Co-directeur de thèse : Pr Laurent SCHMITT

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le Docteur François GRANIER	Assesseur
Madame le Docteur Karine FAURE	Suppléant
Monsieur le Professeur Jean-Luc SUDRES	Membre invité
Monsieur le Docteur Jérôme BOUCARD	Membre invité

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur ARBUS :

Vous avez accepté avec beaucoup d'amabilité et m'avez fait l'honneur de présider ce jury, je vous remercie très sincèrement de l'attention que vous avez portée à ce travail.

Monsieur le Professeur SCHMITT :

Pour avoir accepté de diriger cette thèse et pour la valeur que votre encadrement et votre travail ont apporté à l'ensemble du DES de psychiatrie de Toulouse, soyez assuré de ma plus sincère gratitude et mon profond respect.

Monsieur le Professeur RAYNAUD :

Je suis très honorée que vous ayez accepté de juger ce travail. Je vous remercie très sincèrement pour votre accueil chaleureux dans votre service et votre enseignement clinique et théorique de qualité qui m'ont fait découvrir et aimer la pédopsychiatrie.

Monsieur le Professeur SUDRES :

Pour l'intérêt que vous portez à ce sujet et l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail, je vous remercie très sincèrement et vous exprime mon profond respect.

Monsieur le Docteur GRANIER :

Vous m'avez accueilli dans votre service et m'avez fait découvrir les domaines de l'art-thérapie et de la psychopathologie de l'expression. Grâce à la valeur de votre expérience et de votre enseignement vous m'avez donné l'envie de poursuivre dans cette voie et de mener ce travail. Soyez assuré de mes sincères remerciements et de mon très profond respect.

Madame le Docteur FAURE :

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur BOUCARD :

Pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour ton encadrement et ton soutien bienveillant, je t'exprime ma plus sincère reconnaissance et mon très profond respect. Je souhaite pouvoir continuer à travailler à tes côtés et être à la hauteur de la confiance que tu m'as accordée.

A mes anciens collègues,

A toute l'équipe du secteur Ouest d'Auch : Véronique, Philippe, Héléna, Elisabeth... pour m'avoir aidé à faire mes premiers pas d'interne et à surmonter l'épreuve du premier semestre.

A la « dream-team » des urgences psychiatriques de Purpan : Anca, Anne, Anne-Hélène, Catherine, Etienne, Olivier, Pascal... pour la valeur humaine de cette équipe mais aussi la richesse clinique de ce service et surtout pour m'avoir permis de jouer à Dr House...

A toute l'équipe de liaison de psychiatrie périnatale de Paule de Viguier : Céline, Aurélie, Isabelle, Françoise, Christine, Loïc...pour votre enseignement sur la clinique mère-bébé et la douceur de votre accueil.

A toute l'équipe du PAJA, du secteur 4 et des ATM: Zeynep, Diane, Khadidja, Guillaume, Patrick...pour m'avoir fait goûter à la richesse de la « psychiatrie de secteur » et m'avoir donné envie de poursuivre dans cette voie.

A toute l'équipe de l'UF2 et de l'UPT : pour votre expérience clinique et votre énergie débordante qui fait vivre ce service et les ateliers d'Art-thérapie.

A l'équipe de l'hôpital de jour de la MGEN : Elodie, Perrine, Marine, Vérole, Sophie, Roselyne, Fabienne, Brigitte, Anne-Lise, Rémy, Philippe...pour m'avoir permis de voir la psychiatrie sous l'angle passionnant des thérapies médiatisées et pour tous les délires qu'on a partagé à côté...

A l'équipe de l'hôpital de jour des « grands » : Françoise, Christelle, Marie-Pierre, Sabrina, Catherine, Cathy, Cricri, Fredo, Eric...pour votre expérience, votre vision intégrative de la pédopsychiatrie et votre richesse humaine.

A tous les internes de psychiatrie que j'ai eu le plaisir de côtoyer durant ces études

A celles et ceux qui ont eu une place particulière,

A Amélie, pour nos premiers pas fait ensemble dans l'internat et l'amitié qui en a découlé

A Caro, pour avoir été une « grande-sœur » et être resté une amie

A Samia, pour avoir été mon « maître Jedi » de l'internat et pour les restos « chelous »

A Chloé, pour les footings, le coaching et les traductions

A Chaton-Charras et Dubin-bénie, pour les pauses clopes, la « fashion police »...

A Catherine et Virginie, sans qui le jardin n'aurait pris vie

A Alexis et Corentin, pour votre aide durant ce dernier semestre un peu stressant...

Aux amis,

A Marine-Alizée, pour notre amitié depuis l'enfance et toutes ces bêtises, ces drames, la danse, les conneries, les bars, les voyages... et qui j'espère continueront le plus longtemps possible.

Au « Harem » de l'externat: Ségo, Marine, Popo, Nono, Clém, Hélène, Marie, Agathe, Aurélien, Benoît, et aux nouveaux venus...pour les soirées d'inté, les séjours périgourdins, les escapades automnales, les semaines au ski et tout ce qui reste à venir !

A Sarah, pour ces années de coloc' mémorables pendant l'externat.

Aux rencontres internationales et européennes d'Erasmus : Huong, Cécile, Louis, Jesus,...

A Delphine, Sophie, Pix, Jean, Jérémy et Cam, pour m'avoir intégré dans votre équipe albigeoise.

A ma famille,

A mes parents, grâce à vous et votre soutien sans faille, dans ces études et le reste..., j'ai réalisé un de mes rêves et je ne vous remercierai jamais assez pour ça

A mon frère Julien, pour ta patience et ta gentillesse qu'elle passe par les actes ou par les gâteaux...

A Taté, pour ta douceur, ta créativité et ton originalité un brin héréditaire...

A « tante Isabelle » et « cousin Tom », pour toutes ces soirées à l'improviste

A mes grands-mères, Jean et « papi cafouillette »

A ma belle-famille, pour sa gentillesse et sa convivialité

A toi Antoine, pour ce que tu es, ces années de bonheur et ces projets communs...

I- INTRODUCTION	7
II- UN PEU D'HISTOIRE.....	9
1- Introduction.....	9
2- La symbolique du jardin	9
a) Définitions.....	9
b) L'Arbre	10
c) Le jardin	11
3- La place du jardin dans les soins psychiatriques à travers les civilisations.....	16
a) Des civilisations antiques au 18 ^{ème} siècle : du bienfait de la promenade	16
b) Du 18 ^{ème} au 20 ^{ème} siècle : du potager asilaire aux « colonies ».....	19
c) De nos jours : des espaces verts à l'hortithérapie	21
d) Au Centre Hospitalier Gérard Marchant (CHGM).....	24
III - APPORTS THEORIQUES : DEFINITIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE.....	29
1- Définitions	30
a) Qu'est-ce qu'une psychothérapie médiatisée ?.....	30
b) Qu'est-ce que l'hortithérapie ?	34
c) Les différents champs d'application de l'HT.....	37
2- Grands courants théoriques.....	43
a) Les théories évolutionnistes	43
b) L'Ecopsychologie	44
c) La Phyto-résonnance.....	46
d) Phénoménologique	46
3- Revue de la littérature sur l'évaluation des bénéfices de ce type d'atelier en psychiatrie	49
4- Intérêts de la mise en place d'un atelier d'HT	55
a) Les fonctions psychiques	55
b) Résumé des effets bénéfiques de l'HT et des jardins thérapeutiques	67
5- Place dans l'éventail des thérapies médiatisées.....	69
a) Les indications cliniques.....	69
b) Risques et contre-indications	70
IV- APPLICATION PRATIQUE: UN ATELIER D'HORTITHERAPIE.....	73
1- Réflexions et préparation	73
a) Des expériences et des rencontres.....	73
b) Dispositif et cadre	75
c) Indications et objectifs de l'atelier	77

2- Déroulement.....	78
a) En amont :	78
b) Pendant :	79
c) En aval :	80
3- Projet d'évaluation de l'impact d'un atelier d'hortithérapie chez des patients psychotiques chroniques.....	81
a) Hypothèse	81
b) Critères de jugement principal et secondaires	81
c) Matériel et Méthode	82
4- Retour d'expérience	84
a) La dynamique groupale :	84
b) La dynamique et le rôle des soignants :	85
c) Déroulement des séances :	86
d) Aménagement du jardin :	87
e) Des échanges intra et extrahospitaliers :	89
f) Limites et perspectives	90
 CONCLUSION	 92
 BIBLIOGRAPHIE	 94
 ANNEXES	 103

« *A un jardin*

Nécessaire est la clôture

Pour que le lieu devienne lieu

Et le temps attende

...»

François Cheng

I- INTRODUCTION

On peut trouver une certaine ironie dans le fait de devoir à présent prouver les bienfaits pour l'homme du contact avec la nature. Cette nature de laquelle nous sommes issus, forcément bienfaisante puisque génératrice de vie. Le jardin, résumé de la nature pour l'homme, lui impose son rythme. Ce rythme naturel qui laisse de la place pour penser. C'est dans un contexte de mode sociétale d'un certain retour à la nature, à l'opposé d'une société technologique qui se doit d'aller toujours plus vite et en réaction probablement au tout économique et industriel actuel, que l'on observe un développement croissant de l'usage des jardins dans les lieux des soins.

Si le rôle majeur des plantes dans le traitement d'affections, tant somatiques que psychiques, a été reconnu dans toutes les cultures humaines, la valeur intrinsèque du jardinage, comme celle du cadre même des jardins dans les pratiques de soins, n'a également pas échappé aux thérapeutes.

Il y a déjà plusieurs siècles que l'aspect occupationnel du jardinage pour les patients a été mis en évidence. Certains hôpitaux asilaires y avaient même vu une valeur utilitaire pour les patients, qui pouvaient être rémunérés pour leur service rendu dans l'entretien des potagers. La valeur de soins se surajoute après la seconde guerre mondiale, période de pénurie alimentaire durant laquelle les patients ont entretenu et développé ces jardins dans le seul but

de survivre. C'est donc dans les années 50 qu'apparaît et se formalise la notion d'« hortithérapie ». Cette pratique promeut le recours aux jardins en tant qu'espaces et médias de réadaptation et de soins. Elle s'adresse à des pathologies aussi différentes que les handicaps moteurs, les déficits sensoriels ou encore les troubles du comportement et les affections psychiatriques. Actuellement, des centres spécialisés dans la formation à l'hortithérapie se multiplient dans les pays anglo-saxons et la valeur de cette technique de soin commence à être reconnue en France où des institutions et hôpitaux de plus en plus nombreux développent des programmes innovants mettant à profit leurs espaces verts et jardins.

Loin de nous l'idée d'écrire un plaidoyer sur l'usage de la nature dans les soins, même si le choix de ce sujet n'est pas innocent et démontre forcément d'un intérêt personnel. Ce travail de thèse s'intéresse au potentiel thérapeutique de l'hortithérapie et vise à mieux comprendre le fonctionnement d'un jardin thérapeutique, notamment au travers de l'interaction avec les patients souffrant de pathologie psychiatrique.

A partir d'éclairages sur la relation de l'homme avec la nature nous interrogerons les aspirations avec lesquelles les jardins entrent en résonance. Nous focaliserons notre propos sur le champ de la psychiatrie et des travaux scientifiques qui viennent à l'heure actuelle étayer le rôle bénéfique pour les patients de la relation à la nature et les jardins.

Afin d'illustrer ce sujet, nous réaliserons un retour d'expérience sur un atelier articulé autour d'un jardin thérapeutique.

Pour terminer et mettre en perspective ce travail de thèse, nous avons élaboré un protocole d'étude expérimentale afin d'évaluer les effets bénéfiques d'un atelier d'hortithérapie chez des patients psychotiques chroniques.

II- UN PEU D'HISTOIRE

1- Introduction

De façon générale, retracer l'historique permet de mieux appréhender une notion ainsi que les processus qui ont abouti à sa définition actuelle. C'est un préalable indispensable à toute réflexion sur un sujet aussi universel que celui du jardin.

Dans la première partie, nous développerons la symbolique du jardin issue de l'histoire des civilisations et des mythes que ces dernières ont créés.

Dans la deuxième partie, nous retracerons l'aspect historique pur de la place du jardin dans les soins psychiatriques. Trois grandes périodes se dessinent. On retrouve dès l'Antiquité, l'émergence de l'idée que le contact avec la nature peut être bénéfique pour l'être humain. Cette dernière s'est ensuite étendue aux personnes en souffrance et s'est développée parallèlement à l'évolution des soins et des contextes sociétaux associés. La deuxième période se situe entre le 18^{ème} et le 20^{ème} siècle, durant « l'âge d'or de la psychiatrie » où ce type d'activité avait une visée surtout utilitaire et par la même occupationnelle. La dernière période débute après 1945, dans l'après-guerre. Depuis, on s'attache à mettre un réel sens thérapeutique à ces activités médiatisées et l'on a vu apparaître le terme d' « hortithérapie ».

Afin d'illustrer cette évolution historique, nous prendrons l'exemple du centre hospitalier Gérard Marchant de Toulouse qui clôturera ce chapitre.

2- La symbolique du jardin

a) Définitions

Selon la définition du Larousse, un symbole est un signe figuratif, être animé ou chose, qui représente un concept, qui en est l'image, l'attribut, l'emblème. La symbolique est le système d'interprétation de ces symboles des faits naturels ou historiques et des principes moraux.

Même si elle est difficilement accessible pour nos patients, la part symbolique du jardin est un abord intéressant à développer car elle peut être porteuse de sens pour nous, les soignants.

b) L'Arbre

Sans parler de suite de jardin, l'arbre qui le compose est déjà un symbole (arbre de vie, arbre de la connaissance, ...) et chaque arbre est un symbole (le chêne symbolise la majesté, l'aulne, l'humilité).

Dans *Le livre des symboles*, quatre pages sont dédiées à la symbolique de l'arbre dans les différentes cultures (Ronnberg & Martin, 2011). Très souvent, il est représenté comme ressemblant à l'homme : ses jambes s'enracinent dans le sol, son corps élancé et ses bras s'élèvent au ciel. Symboliquement, l'arbre est un trait d'union entre le ciel et les entrailles de la terre et partout sur la planète, on n'a de cesse de le présenter comme une métaphore du monde. Ses branches permettent de s'élever, se nourrir, se chauffer et symbolisent la régénération mais aussi la souffrance et les difficultés enfouis au cœur de ses racines.

L'arbre est le symbole par excellence de la vie en perpétuelle évolution. Le déroulement de son cycle annuel l'associe tout naturellement à la succession de la vie, de la mort et de la renaissance. On rencontre des arbres sacrés, des rites et des symboles végétaux dans les traditions populaires du monde entier, dans les métaphysiques et les mystiques de tous les temps, des époques archaïques jusqu'à nos jours. Parfois, l'univers est représenté par un arbre géant ; dans d'autres traditions, l'humanité naît d'un arbre. L'arbre est associé à ce qui est vivant et créateur (Boudon, 2010). Avec les cultes de l'arbre, très vivants et universels dans l'Antiquité, les rédacteurs de la Genèse ont créé deux arbres, l'arbre de vie portant les fruits de l'immortalité et l'arbre de la connaissance du bien et du mal porteur de mort.

c) Le jardin

En tant que système symbolique, le jardin peut avoir un langage plus ou moins volontaire, intelligible, parfois énigmatique. Par exemple, Patrick Ringgenberg nous indique dans son livre « *La peinture persane, ou la vision paradisiaque* », que les couleurs et les parfums des jardins persans se lisaient comme un poème : « Les couleurs des fleurs sont comparées à des pierres précieuses (perles, rubis, turquoise, etc.) pour évoquer le caractère immuable et cristallin d'un jardin invisiblement habité par Dieu. Dans les métaphores, les allégories et la symbolique des poètes persans, le jardin est étroitement associé à la femme et à ses qualités. « Ta joue rosée, ô cyprès qui marche, est une rose qu'on a apportée des jardins du Paradis. » écrivait un poète à propos d'une belle »(Ringgenberg, 2006).

-Étymologie :

Le mot jardin vient du germanique « *garten* » qui signifie *enclos*, lieu de protection des biens précieux du jardin : les légumes, fruits, fleurs, animaux, et l'art de vivre (Clément, 2011). Enclos dont les fonctions sont de symboliser des limites dans l'espace afin de créer, remplir en-dedans, et communiquer, interagir en-dehors. C'est une interface communicante et protectrice de ce qui est source de vie.

Comme précédemment illustré par l'extrait du poème persan, l'étymologie du mot jardin est à rapprocher de celle du mot paradis qui trouve son origine dans l'iranien avestique, une langue très ancienne, dans laquelle « *pairidaēza* », signifie *enceinte royale ou nobiliaire*. L'encyclopédie Larousse nous apprend qu'en 401 avant J.-C., alors que les Grecs luttent contre les Perses, l'historien grec Xénophon découvre, au cœur même du désert, de splendides jardins que les Perses appellent alors *pairidaiza* : le mot combine *pairi* (« autour ») et *daiza* (« mur »), car ces premiers jardins des délices sont ceints de murs. Le terme donna *paradeisos* (« un parc clos où se trouvent des animaux sauvages ») en grec, puis *paradisus* en latin ecclésiastique.

-Paradis ou image d'un monde originel résolu :

Ce rapprochement étymologique est issu des mythes fondateurs créés par presque toutes les civilisations pour expliquer l'origine du monde et la naissance de leur société. Elles y mêlent souvent imaginaire, symbolisme et faits historiques. Le jardin y incarne le reflet cosmogonique d'une réalité d'ordre supérieur. Il est le symbole du Paradis terrestre, du cosmos.

Selon la mythologie grecque, les fêtes du mariage de Zeus et d'Héra se déroulèrent dans le mythique *jardin des Hespérides*. Il est également omniprésent dans la Bible, depuis le *jardin d'Eden* ou paradis terrestre, jusqu'au Christ apparaissant à Marie Madeleine sous les traits d'un jardinier, en passant par les jardins où David rencontre Bethsabée, où l'Époux retrouve sa Bien-Aimée du *Cantique des Cantiques* et celui de Gethsémani où Jésus passe la dernière nuit avec ses apôtres.

Le jardin clos, tel le cloître des monastères, les jardins médiévaux et des maisons musulmanes, symbolise alors le paradis chrétien planté d'arbres et de fleurs. Ses allées sont en croix et peuvent aussi figurer les 4 axes du monde ou les 4 fleuves de l'Eden. La fontaine au centre est la source de vie de ce jardin (André Parrot, 1977).

-Microcosme ou réduction éclairante du monde, support de méditation :

C'est en Perse, à partir du VI^{ème} siècle av J-C, que le jardin prit une signification métaphysique et mystique en devenant le thème central de leur vision du monde. Jardin clos, il est centré sur l'ordre, la géométrie, l'eau et la fraîcheur. Son plan géométrique est divisé en quatre parties par quatre canaux qui trouvent leur origine dans les quatre branches en lesquelles se divise la source de l'Eden dessinant ainsi une croix qui divise le monde en quatre parties. Les pavillons faisant office de belvédères permettent au monarque de dominer la nature domestiquée et, symboliquement, son royaume. Il est un reflet de la perception mythique de la nature et de l'ordre cosmique aux yeux des anciens peuples iraniens. En découle les jardins islamiques dont les deux exemples les plus somptueux en Europe sont ceux de l'Alhambra à Grenade et de l'Alcazar à Séville.



Jardin de l'Alhambra à Grenade-Source : personnelle

Dans les civilisations amérindiennes et notamment chez les Aztèques, le jardin était également conçu comme un microcosme avec, certes ses charmes et sa beauté, mais aussi avec toute sa violence et sa cruauté. Dans « *Les nouvelles du Mexique* », l'écrivain mexicain Alfonso Reyes en fait une longue description : « dans les jardins des empereurs Aztèques, où ne sont admis ni légumes ni fruits utiles, il y a des belvédères ... des bosquets très étendus avec des artifices de feuillages et de fleurs ; des clapiers, des viviers, des rochers, des monticules entre lesquels errent des cerfs et des chevreuils; dix étangs d'eau douce ou salée pour toutes les races d'oiseaux palustres ou marins... Ailleurs se trouvent des rapaces... Puis des... chacals, des serpents... et pour que rien ne manque à ce musée d'Histoire Naturelle, il y a des appartements où vivent des familles d'albinos, de nains, de bossus et autres contrefaits » (Zuylen, 1994).

Les jardins d'Extrême Orient sont le résumé de l'ordre cosmique, le monde de la nature réduit à son état originel. Dans la philosophie bouddhiste et principalement dans le Zen, le jardin est un monde de symboles où le sable soigneusement ratissé représente l'eau et ses ondulations, les pierres, les montagnes, etc. Les jardins sont la représentation du paradis du Bouddha Amida et le pont permet de passer du monde de souffrance à la Terre pure du Bouddha. C'est un espace métaphorique où le minéral et le végétal sont l'essence du Nirvana, l'impermanence du monde et de l'homme. Le jardin de Ryoan-ji en serait l'image de l'absolu (Bernadou, 2010).



Photo du jardin zen du Ryōan-ji, Kyoto - Source : personnelle

-Tentative d'affirmation du pouvoir de l'Homme sur la nature :

Si le premier jardin naît avec l'histoire de la sédentarisation des peuples, la première organisation au sein même du jardin et, par conséquent, les premières manifestations de l'art des jardins, naissent avec lui. Cette hypothèse va à l'encontre du jardin comme lieu de détente, d'agrément mais comme un lieu de survivance (Clément, 2011). Le jardin, et l'ordre qu'il implique, est un lieu où la nature, confuse, mal ordonnée, y est combattue voire chassée.

Chez l'Homme, il traduit des angoisses de mort sous-jacentes qu'il tente de déjouer par la maîtrise de cette Nature qui lui impose constamment sa loi.

Le jardin à la française en est un exemple poussé à son paroxysme. Il transforme le paysage en un œuvre d'art équilibrée et contrôlée par une géométrie rigoureuse et semble être l'expression d'un désir de domination totale sur la nature. Le dessin est géométrique, régulier, équilibré : chaque compartiment devant se plier au plan d'ensemble. La variation y est inadmissible. C'est Versailles qui porte l'art du jardin à la française à son point culminant. Il symbolise le pouvoir absolu de la monarchie sur la nature et par extension sur la vie politique, sociale et artistique du royaume. L'idée de splendeur et de triomphe écrasants est obtenue par la métamorphose esthétique totale du lieu et par l'attribution d'une nouvelle fonction au jardin qui devient un lieu de manifestations festives et de grand appareil (Zuylen, 1994).

-Le sens du lieu : le *Genius loci* et la *Chôra*:

Dans l'Antiquité, l'esprit du lieu donnait un sens au monde en reliant les hommes aux dieux en tous points de l'univers. Selon les Romains, chaque espace était habité par une divinité mineure, un *genius loci* garant de sa singularité. S'installer dans un lieu, y bâtir, supposait un dialogue, une négociation avec lui.

De nos jours, on retrouve cette croyance encore au Japon dans la religion shintoïste où il porte le nom de *chirei*. On y craint et vénère également les *kami*, ces divinités de la nature qui se cachent à l'intérieur des choses et notamment des plantes, des cours d'eau ou des pierres.

Le thème de la *chôra* dans le *Timée* de Platon illustre cette notion et aboutit à une aporie : ce troisième genre d'être, à la fois empreinte et matrice du devenir, qui n'est ni l'être absolu ni l'être relatif et qui reste finalement impensable. Il est ici interprété comme le milieu concret où existe l'être relatif (Berque, 2012). La *chôra* est une propriété du sensible, à mi-chemin entre être et non-être, elle n'est pas quelque chose mais la condition de possibilité de toute chose. Platon effectue un parallèle entre l'étymologie du terme, qui désigne un « terrain en friche » et le sens métaphysique qu'il lui donne. Dans les deux cas, elle est un espace de réalisation potentielle, une matrice (Amouretti *et al.*, 1993).

Le sens lié au lieu continue d'exister, mais il procède d'une présence d'une toute autre nature. Il s'agit de la présence de l'aventure humaine dans toutes ses dimensions, en chaque lieu. Cette présence, c'est la mémoire, le terreau, l'expérience vécue du lieu.

Le jardin est ainsi porteur d'une mémoire mais aussi d'un devenir. En découle l'atmosphère d'un lieu et le sentiment qu'on y éprouve. *Fusei* est un mot japonais désignant littéralement « le souffle de l'émotion » c'est à dire l'émotion éprouvée lorsqu'on contemple la nature. Le

jardin est alors un moyen d'expression de soi poétique influencé par des allers-retours constants entre l'environnement réel, la nature et les aspirations créatrices de l'individu (Bernadou, 2010).

-Source de connaissances :

Le jardin renferme et concentre une somme donnée de connaissances et constitue une sorte d'encyclopédie des sciences, des arts, d'Histoire. Il évoque les légendes, les mythes antiques ou les contrées lointaines. Il incarne aussi un laboratoire expérimental d'histoire naturelle et un guide de technologie pratique. Tel un livre d'histoire des civilisations, il évolue au fil des siècles et importe des modes exotiques. Les jardins botaniques en sont le parfait exemple.

Les Grecs ont donné au jardin un lien direct avec la connaissance scientifique et la vie intellectuelle : Théophraste, disciple d'Aristote, fut le fondateur du premier jardin botanique. Appelés dès l'Antiquité romaine, *hortus medicus*, *hortus academicus* ou jardins des plantes médicinales, ils ont émergé afin d'aider l'enseignement des matières médicales et de fournir les apothicaires. Lors de leur expansion géographique en Europe, ils ont été utilisés pour l'étude botanique de nouvelles espèces de plantes exotiques. A la différence des Jardins des simples, déjà largement répandus au Moyen Age et destinés à la culture des plantes médicinales, les nouveaux jardins botaniques étendaient leurs collections à tous les types de plantes, les espèces autochtones aussi bien que celles provenant de pays lointains. Leur importance fut notable pour permettre l'étude et la fourniture aux herboristeries d'espèces locales, et plus tard pour l'étude et l'acclimatation des espèces exotiques du Nouveau Monde. Actuellement, les jardins botaniques sont devenus non seulement des lieux d'études, de formation scientifique, d'essais et d'enseignement, mais aussi des lieux de recherche et de diffusion des connaissances, ainsi que des centres de référence importants pour les activités économiques et commerciales.

-Jardin secret :

En français, l'expression « jardin secret » désigne le domaine réservé et préservé des sentiments, où l'on peut cultiver des pensées intimes. Sartre écrivait à ce propos dans son livre « L'âge de raison »(1945) : « La liberté, c'est son jardin secret. Sa petite connivence avec lui-même ».

Le jardin d'ailleurs dans son histoire a souvent été un endroit préservé, mis à l'écart, une sorte de petit paradis, dans le prolongement des influences persanes. Lieu de croissance de la

culture, des phénomènes vitaux et intérieurs contenus par un mur et que l'on pénètre par une porte étroite.

Arthur Schnitzler, écrivain viennois et ami de Sigmund Freud, publie une illustration de cette expression en 1927 dans le recueil « Relations et solitudes »:

« Si tu protèges avec trop de tendresse le jardin secret de ton âme, il peut facilement se mettre à fleurir de façon trop luxuriante, à déborder au-delà de l'espace qui lui était imparti et même à prendre peu à peu possession dans ton âme de domaines qui n'étaient pas destinés à rester secrets. Et il est possible que toute ton âme finisse par devenir un jardin bien clos, et qu'au milieu de toutes ses fleurs et ses parfums elle succombe à sa solitude ».

Il pose le problème de l'intime comme part réservée, secrète, de l'être et de son caractère virtuellement pathogène dans le cas où le fantasme prendrait le pas sur la réalité jusqu'au replis sur soi.

-« Il faut cultiver notre jardin » :

La thématique du jardin est plurielle dans *Candide* : le jardin du baron de *Thunder-ten-tronckh* en Westphalie, celui de l'Eldorado, le jardin du vieux Turc et celui de Candide à la fin. Le jardin y est le symbole de la culture, à la fois matérielle, pour la nourriture qu'elle dispense, et intellectuelle, considérée comme une métaphore de la nourriture spirituelle. Le jardin est aussi un éloge de l'ordinaire, du chez-soi, de la normalité, car à défaut de construire un monde parfait, il faut se contenter, selon Voltaire, du monde tel qu'il est (1759).

Toutes ces portées symboliques du jardin semblent l'assimiler à un lieu de réparation et de réassurance de l'homme face à la nature mais également face à lui-même.

3- La place du jardin dans les soins psychiatriques à travers les civilisations

a) Des civilisations antiques au 18^{ème} siècle : du bienfait de la promenade

Du dieu guérisseur à la plante médicinale :

L'art de guérir a considérablement évolué au fil des siècles. La thérapeutique est d'abord religieuse. Chez les Romains, Asklépios est le plus connu des dieux guérisseurs. De religieuse, la thérapeutique devient ensuite empirique, puis scientifique. C'est à la

Renaissance que l'on réalise les plus grandes avancées de la pharmacie : la première pharmacopée officielle de Dioscoride est publiée à Florence en 1498, mais c'est à Paracelse, le père de la Pharmacie, que l'on doit certaines idées révolutionnaires dans l'art de guérir, notamment celle d'extraire par distillation le principe actif d'une plante (Salomé, 2009).

Bien avant cette découverte fondamentale, les hommes, au travers des civilisations, ont su utiliser des plantes à des fins thérapeutiques (Egypte, Grèce Antique, Orient...) jusqu'à créer des jardins regroupant ces plantes dites « médicinales » à l'origine de la phytothérapie (Le Mandat, 2009). Avant la découverte de la chimiothérapie au début du 20^{ème} siècle, la pharmacopée était essentiellement d'origine végétale, aussi les hôpitaux de l'époque étaient-ils entourés de « jardins des simples » regroupant les « simples », nom autrefois donné aux plantes médicinales.



Jardin des simples- source : enluminure anonyme datant de 1400

Du bienfait de la promenade :

On retrouve l'émergence de jardins, plus de 2000 ans avant JC, en Mésopotamie, dans la vallée du Tigre et de l'Euphrate. Ces rivières irriguaient alors une verdure luxuriante qui servit de source d'inspiration pour créer les premiers jardins, sortes de potagers primitifs, afin de se nourrir mais aussi d'apaiser les sens de ces hommes, récemment sédentarisés, qui tentaient de survivre dans ces paysages arides. Ce sont les princes, les dignitaires et les prélats des sociétés évoluées qui ont permis aux jardins d'agrément de se constituer.

Autour de 500 ans avant JC, cette idée a continué de se développer chez les Perses qui ont commencé à créer des jardins combinant la beauté du paysage, aux fragrances des fleurs, à la

musique de l'eau et aux températures fraîches du jardin afin de stimuler tous les sens simultanément (American Horticultural Therapy Association, 2007). C'était à la fois un verger et un lieu de chasse, recréant ainsi le terrain de jeu de la nature à plus petite échelle.

A cette même période, Nabuchodonosor, roi de Babylone, inaugure les premiers Jardins Suspendus, considérés dans l'antiquité comme l'une des sept merveilles du monde.

Au II^{ème} siècle après J-C, lorsque l'Empire Romain touche lentement à sa fin, ces jardins d'agrément finissent par disparaître avec le monde civilisé pour ne laisser la place qu'au jardin d'utilité.

C'est autour du X^{ème} siècle, qu'émerge l'idée que les jardins peuvent servir d'endroit privilégié pour la méditation. Les plus connus appartenaient aux monastères et abbayes qui consacraient une partie, ornementale, de leur jardin à la Vierge ; l'endroit prenait le nom de «jardin de Marie». En France, dans les années 1100, St Bernard de Fontaine, abbé de Clairvaux, a été le premier à décrire les bénéfices de la fréquentation du jardin d'hospice de son monastère. Il faisait référence aux bénéfices thérapeutiques de l'intimité, de la verdure, du chant des oiseaux et des fragrances florales (Gerlach-Spriggs *et al.*, 2004).

La constatation de ces effets bénéfiques du jardin pour l'homme a été ensuite étendue et adaptée aux personnes souffrantes. Parallèlement à l'évolution de la pharmacopée, s'est donc développée l'idée que les jardins pouvaient être bénéfiques également pour les malades, simplement en s'y promenant voire en les entretenant. L'Égypte ancienne nous a laissé de nombreux témoignages. On retrouve notamment les traces que les médecins *tribunal* prescrivaient aux malades mentaux des promenades et du repos dans les jardins royaux, dans l'idée, déjà, de permettre aux patients de s'apaiser dans un lieu clos, frais et serein, en-dehors de l'agitation et de la chaleur accablante de la région.

Il y a plus de 2000 ans, cette fois-ci en Asie, les taoïstes chinois créèrent des jardins et des serres simplement parce qu'ils considéraient que leur fréquentation était excellente pour la santé puisqu'ils étaient conçus comme une représentation du paradis (Richard & Ribes, 2011). Dans le monde islamique apparaissent, vers le 10^{ème} siècle, les premiers hôpitaux psychiatriques désignés sous le terme de « *Bîmarîstan* ». Dans leur article de 2001 sur ces derniers, Barcena *et al.* nous explique que leur structure architecturale naît de l'idée que la beauté fondée sur l'équilibre, l'harmonie et le rythme est salutaire. Généralement, ce sont des palais princiers avec un plan cruciforme édifié autour d'une cour centrale rectangulaire dans laquelle se trouve une fontaine. Arbres, fleurs parfumées et plantes vertes associés au

gargouillement et à la fraîcheur de l'eau des fontaines, étaient considérés comme curatifs et faisaient partie intégrante de la thérapie des aliénés (Gorini *et al.*, 2004).

Ce principe fût importé en Andalousie, aux 12^{ème} et 13^{ème} siècles, où les médecins envoyaient les patients dans les champs afin qu'ils cultivent pour ne pas penser ou délirer (Granier, 2014).

b) Du 18^{ème} au 20^{ème} siècle : du potager asilaire aux « colonies »

En France, c'est au 18^{ème} siècle que les jardins hospitaliers sont devenus principalement pourvoyeurs en légumes et fruits frais pour la cuisine, tout comme en plantes médicinales pour la pharmacie. Les édifices hospitaliers, en général les plus anciens, qui avaient été établis en ville ne disposaient souvent pas de jardin. Si l'on s'est préoccupé à partir de là de les reconstruire en périphérie, ce n'était pas tant pour leur offrir plus d'espace que pour éloigner de la ville un établissement pourvoyeur de miasmes délétères, au même titre que les cimetières. Cette relégation en périphérie résultait de l'intention de préserver les citadins de la nocuité de l'hôpital et de celle de préserver les malades hospitalisés des diverses émanations urbaines, jugées foncièrement nuisibles à leur état. De même, dès cette époque, on émit l'idée que des lieux de promenade étaient indispensables aux convalescents et qu'ils participeraient à accélérer leur rétablissement.

Après le grand incendie de l'hôtel-Dieu de Paris en décembre 1772, la notion d'hygiène est devenue centrale dans la construction de tout nouvel hôpital. L'étendue des cours et jardins constituait d'emblée un critère de salubrité et fut donc une des recommandations qui permettait de concevoir un hôpital en fonction des exigences les plus sévères de l'hygiène. L'emprise des jardins correspondait le plus souvent aux étendues de vide laissées entre les bâtiments.

Parallèlement à ce développement de l'hygiène dans les hôpitaux et hospices, étaient fondés, à partir de 1819, les premiers établissements pour l'accueil des malades mentaux appelés alors « asiles d'aliénés ». S'inspirant des premiers établissements créés en Grande-Bretagne et sous la houlette des médecins aliénistes, ces asiles d'aliénés ont été établis bien à l'écart des grands centres urbains, si possible dans un environnement rural. Deux sortes de considération sont à l'origine de cette apparente relégation : d'une part l'émergence de la notion de nocuité de la

ville, de la société et de la propre famille du malade mental, sources de désordre physique et mental, et d'autre part celle du caractère bénéfique du contact avec la nature, facteur de guérison (Delanöe-Vieux, 2009).

A ces notions vint s'adjoindre un peu plus tard, à l'instigation du premier inspecteur des asiles, Guillaume Ferrus, le concept de la thérapie mentale par le travail aux champs. Aussi les asiles se sont dotés de domaines agricoles où jardins potagers et vergers étaient cultivés par des aliénés sélectionnés parmi ceux qui étaient réputés paisibles, ou tout du moins inoffensifs, et supervisés par une équipe de jardiniers professionnels. On observait au bout de quelques années, l'absence d'accident et l'accélération de la guérison des participants. C'est ainsi que Ferrus, fort de ces résultats, obtint en 1832 de faire exploiter la ferme Sainte-Anne à des fins thérapeutiques pour les malades de Bicêtre.

Peu avant lui, Philippe Pinel, alors chef de service à Bicêtre puis à la Salpêtrière, développait sa doctrine sur le traitement moral dans laquelle il n'ignorait pas les bienfaits des activités manuelles et les recommandait tout particulièrement pour les patients convalescents. Son disciple, Jean-Etienne Esquirol, affirmait encore plus nettement l'importance de ces activités qui constituait notamment une source de distraction pour les malades, mais aussi leur apportaient des habitudes d'ordre. Il développa en expliquant que la fatigue résultant de l'effort régulariserait l'humeur des malades et favoriserait leur sommeil.

Le 30 juin 1838, une loi est d'ailleurs votée et promet que tout asile soit constitué de dépendances agraires. En 1839, le rapporteur au Conseil général de l'Eure, dit, au nom de la Commission des aliénés : « Nous rêvions d'un asile d'aliénés dont l'aspect serait celui d'une grande ferme, dont les travaux seraient ceux des champs, dont la vie serait celle d'un village » (Ortet, 2009). Car en plus de sa fonction thérapeutique, le travail des malades fournissait la cuisine en denrées dont elle avait besoin, abaissant parfois significativement le coût de fonctionnement de l'établissement. En 1847, De Watteville indique que les dépenses alimentaires représentaient, à l'époque, jusqu'à 44% des dépenses totales des hôpitaux. Bicêtre, Saint-Antoine, Lariboisière, Saint-Louis, Port-Royal, les Incurables femmes à Ivry, La Rochefoucauld, Saint-Joseph, Brézin, Brévanne, entre autres, ont un jardin potager et certains même leurs propres serres.

C'est dans ce contexte que le travail des malades, conçu au départ comme un agent de traitement, a connu l'attrait des administrateurs qui y ont vu le moyen d'atteindre une autarcie alimentaire. En ce sens, on fonda des « colonies agricoles », lesquelles correspondaient à la

mutation de la ferme, simple dépendance de l'asile au départ, en un centre d'hébergement à part entière. Certains médecin-directeurs allant jusqu'à suggérer la suppression pure et simple des asiles et leur remplacement par des colonies agricoles. Cette expérience incita certains médecins à poursuivre l'expérimentation du travail à la ferme, mais avec une toute autre forme d'hébergement, celle du placement chez l'habitant, à l'origine des « colonies familiales », prémices des familles d'accueil thérapeutiques actuelles (Laget, 2009).

Plus tard, en plein XX^{ème} siècle, l'industrialisation et la mécanisation des productions maraîchères ont mis fin à cette pratique, laissant la place aux adjudications puis aux marchés publics. De plus, le dogme aériste et la notion de l'effet bénéfique de la vie à la campagne sur la maladie mentale ont été discrédités. S'ajoute aussi à cela, la surpopulation des services qui découle de l'augmentation croissante du nombre d'internés et donc la nécessité de construire de nouveaux pavillons, dont certains empiètent sur le domaine agricole. La fonctionnalité et l'accessibilité des établissements furent les maîtres mots, et ainsi parcs et jardins hospitaliers ont disparu graduellement. Par un retour de balancier, les hôpitaux trop éloignés des villes y ont été peu à peu rapatriés, aidés par le souci d'externaliser les soins depuis les années 70 (Laget, 2014 ; Mouginot, 2009).

c) De nos jours : des espaces verts à l'hortithérapie

En France, la période charnière de l'évolution des soins psychiatriques se situe dans celle de l'après-guerre. Marqués par la similitude entre les conditions d'enfermement des hôpitaux et celles de l'univers concentrationnaire, de nombreux psychiatres dont la plupart sont issus de la Résistance veulent réformer les asiles. Au travers cette nouvelle sensibilité autour de la personne malade mentale, ils initient le développement de la psychothérapie institutionnelle. Pour le psychiatre Jacques Hochmann, il s'agissait d'« utiliser la vie en communauté pour aider les malades à renouer des liens sociaux et à retrouver le contact vital avec la réalité » (2004). C'est le début de l'ouverture de l'asile sur la société et de son humanisation. On donne la parole aux patients qui deviennent acteurs de leur guérison à travers notamment l'ergothérapie et la psychanalyse. Dans cette mouvance et à l'image de Claude Jeangirard à La Chesnaie et Jean Oury à Labordes, beaucoup d'institutions psychiatriques ont su utiliser le potentiel horticole des parcs et fermes de leur clinique pour créer des activités dont le but est à la fois d'occuper les patients tout en gardant toujours l'optique du soins.

En psychiatrie contemporaine, le cadre est toujours important et celui dans lequel se déroulent les soins participe au processus thérapeutique (Caire, 2009). On observe actuellement une attention renouvelée pour l'aménagement des espaces verts des hôpitaux par des paysagistes professionnels, en collaboration avec soignants et administration, afin d'en faire des lieux de distraction, de déambulation, de promenade et de détente pour tous (Marboeuf, 2009).

Plusieurs critères dictent ces nombreuses réalisations (et qui rejoignent, pour certains, ceux préconisés pour la création d'un jardin dit « thérapeutique »):

- L'appropriation indispensable des espaces verts pour les patients qui sont des lieux à vivre et non à regarder simplement, des lieux de vie protecteurs mais aussi des liens entre les différentes unités afin d'inciter le patient à sortir de son isolement.

- Une réflexion sur le choix des plantes pour favoriser les couleurs froides plus apaisantes, la perméabilité visuelle, l'impact sensoriel des feuillages, le rythme et la dimension du temps qui passe, les variations saisonnières.

- L'introduction de l'eau comme élément vital sous plusieurs formes afin d'animer ces espaces aux niveaux visuel et sonore.

- Penser les choses pour les patients invalides ou ne pouvant sortir à l'extérieur en travaillant sur la perception de l'intérieur de ces aménagements, sans oublier l'aménagement des patios.

- L'importance de l'accueil des familles avec des lieux de rencontre mais aussi d'isolement.

- Favoriser l'interactivité avec des parcours de santé.

Lorsque les espaces extérieurs sont marqués par la déshérence, lorsqu'ils ne traduisent plus l'hospitalité, l'attente, de ceux pour lesquels ils sont pensés et entretenus ; alors les conditions d'accueil et la qualité d'environnement des patients ne sont pas totalement optimisées. Car ces espaces structurent les seuils qui donnent du sens au mouvement, entre l'enfermement de l'hospitalisation complète et la libre circulation vers l'extérieur, et inversement. Selon une étude ethnologique réalisée au CH du Vinatier à Lyon, les patients percevaient l'espace du parc de l'hôpital comme « une abstraction ». Il est ce qui s'immisce entre la cité et les services. [...] Quant aux espaces verts, ils sont vécus comme autant d'endroits d'arpentages, de pérégrinations voire d'oubli, de mise en suspens » (Delanöe-Vieux, 2009).

En ce qui concerne l'hortithérapie (HT), Shoemaker dresse son histoire dans son article de 2004. La même année, Matsuo se focalise sur le développement considérable de l'HT à partir de la fin des années 70, ce qui avait déjà été évoqué par Markee et Janick en 1979. C'est aux Etats-Unis, dans les années 50, que le terme est apparu et la théorie développée. L'American

Horticultural Therapy Association (AHTA) date les prémices de l'HT vers 1812. Le Dr Benjamin Rush, professeur à l'Institut de Médecine et de Pratique Clinique de l'Université de Pennsylvanie, connu pour son rôle dans le développement de la psychiatrie moderne, publie son livre « Recherche et Observations dans les Maladies de l'Esprit ». Il affirme que « se retrancher dans un jardin » est l'une des activités qui distingue un patient masculin en rémission de sa manie, des patients qui ne le sont pas. Les activités agricoles et de jardinage étaient proposées dans les hôpitaux publics et privés, et l'Asile pour Insensés de Friends, créé en 1813 à Philadelphie, en est le premier exemple. En 1879, Friends réalise la première serre pour perpétuer sa longue tradition d'HT.

Au début des années 1900, les Drs Karl et Will Menninger utilisent dans leur clinique du Kansas le terme de « thérapie horticole ». Le jardinage, selon eux, « permettait aux patients atteints de troubles psychiatriques de s'ouvrir au monde en offrant l'occasion de fréquenter d'autres individus, de s'amuser, de développer leurs capacités motrices et de retrouver le respect d'eux-mêmes ». C'est en 1945 que R. Wright utilise pour la première fois le terme « hortithérapie » (Harris & Gee, 1999).

En 1940, des hôpitaux d'anciens combattants sont créés par le gouvernement américain pour soigner les militaires blessés au combat. Des membres des clubs de jardinage et de l'industrie horticole amènent des fleurs à l'hôpital, ainsi que des activités basées sur les végétaux. Vers la fin des années 1950, Alice Burlingame, thérapeute spécialisée en psychiatrie, ergothérapie, paysagisme, et production en serre, établit un programme d'HT avec des volontaires du Bureau National des Fermes et Jardins. De plus, Burlingame enseigne l'HT à l'Hôpital de Pontiac aux étudiants en ergothérapie. En 1960, elle publie le premier livre d'HT en association avec le Dr Donald Watson, « La thérapie à travers l'horticulture ».

Travaillant au sein de la Clinique Menninger de 1946 à 1953, Rhea McCandliss devient l'une des premières hortithérapeutes. En 1972, La Fondation Menninger s'associe au Département d'Horticulture de l'Université du Kansas pour l'enseignement des étudiants en santé mentale, proposant ainsi le premier programme d'enseignement de l'HT aux Etats Unis. Plusieurs universités lui emboitent le pas et en 1976 le premier doctorat en HT est accordé à P. Diane Relf par l'Université du Maryland.

En 1973, un groupe d'hortithérapeutes professionnels crée le Conseil de Thérapie et de Réhabilitation à travers l'Horticulture qui tient sa première conférence à la Bibliothèque Nationale du Département d'Agriculture. En 1988, l'organisation change d'appellation et devient l'Association Américaine d'Hortithérapie (American Horticultural Therapy Association) (AHTA).

En France, on ne retrouve pas d'organisation nationale formalisée et consensuelle, mais des initiatives individuelles multiples et croissantes qui sont parfois rattachées entre elles par des associations telles que « Jardins & Santé » ou « Belles Plantes », pour ne citer que les plus connues. Depuis peu l'HT bénéficie en France de propositions de formations sous des modalités plurielles (diplôme universitaire, stage de quelques jours ou de simples journées d'initiation avec ou sans pratique de terrain) aux contenus divers et variés. Cela résulte pour partie de l'absence de législation à même de conférer un cadre référentiel de base et une profession spécifique (Sudres, 2012).

d) Au Centre Hospitalier Gérard Marchant (CHGM)

Ce chapitre rassemble les données issues d'une exposition, intitulée "De Braqueville à Marchant, 150 ans d'histoire", réalisée en 2008 et les propos du Dr Mazel, ancien chef de service au CHGM du secteur 4, fondateur et ancien responsable de l'unité des Activités Thérapeutiques Médiatisées (ATM), recueillis en juin 2015.

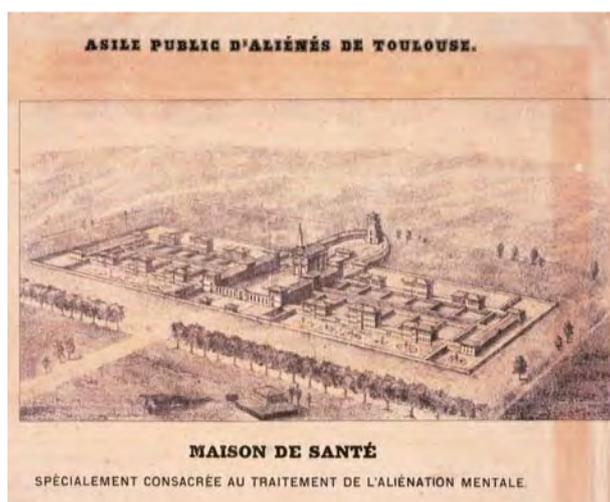
Dès le 17^{ème} siècle, les « insensés » de la ville de Toulouse étaient regroupés à l'hôpital La Grave, lui-même créé en 1197. Le quartier St-Cyprien permettait alors une séparation avec le centre de la ville par crainte des contagions. S'en suit la période de l'Ancien Régime décrite par Michel Foucault dans son ouvrage « *L'Histoire de la Folie à l'Age Classique* »(1972). Selon lui, c'est la fondation de l'Hôpital Général en 1656 qui marque le début du « Grand Renfermement ». Sont alors mélangés à La Grave tous ceux considérés comme « anormaux », aussi bien les « fous », que les libertins, prostituées, mendiants, criminels,... Le « fou » ne bénéficie pas de soins, on se contente de l'enfermer arbitrairement sur lettre de cachet. Un changement de regard va s'opérer autour de la révolution française de 1789. Et en 1790, une loi introduit la création d'hôpitaux destinés uniquement aux « insensés ». Le concept de maladie mentale apparaît et le traitement de la « folie » va alors se médicaliser.

Dans ce contexte historique, Gérard Marchant, né à St-Béat en 1813, fait ses études de médecine à Toulouse puis à Charenton auprès de Jean-Etienne Esquirol. Il en retire notamment son savoir sur les principes du « traitement moral » issus des travaux de Philippe Pinel. A son retour sur Toulouse, il est frappé par la situation critique dans laquelle se trouvent alors les aliénés. Il entreprend une grande campagne en faveur de la création de cet

asile dont l'architecte toulousain Jacques-Jean Esquié fera « un établissement modèle en France ».

Le choix du terrain joue un rôle fondamental. Le cadre de vie doit être agréable, à l'écart de la ville, ce qui coïncide également avec un enjeu « sécuritaire ». Ce cadre rural doit également permettre le travail agricole. Exigences curative et économique se rejoignent alors. Le lieu dit de Braqueville semble tout indiqué et le Conseil Général y achète un terrain de 25 hectares.

Les travaux de construction de l' « Asile de Braqueville » commencent en 1852. Chaque jour, pendant environ six ans, une cohorte de malades, d'ouvriers, de servants et d'infirmiers quitte La Grave pour se rendre sur le chantier de l'asile en construction et c'est le 1^{er} juillet 1858, alors que les travaux ne sont pas terminés (chantier terminé en 1864), que les portes de Braqueville s'ouvrent pour recevoir Gérard Marchant, nommé Médecin Directeur, et 260 aliénés, transférés de La Grave. Le Dr Marchant s'attache à mettre en application les principes d'Esquirol qui préconise la séparation des services selon les différentes pathologies dans un but curatif. Chaque pavillon donne sur un jardin intérieur et offre une large perspective sur la campagne grâce à l'aménagement de saut-de-loup évitant le recours à des murs d'enceinte jugés trop carcéraux. Architecture et thérapie sont, là encore, indissociables.



Gravure extraite d'une brochure ventant l'Asile de Braqueville Source : Conseil Général de la Haute-Garonne/Archives départementales/cote 4_N_268

Dès la construction de l'asile, la gestion d'une exploitation agricole et d'ateliers artisanaux est prévue. Cela relève de deux impératifs : l'un économique, l'autre médical. L'asile s'engage dès son origine dans une politique d'autosuffisance. Il s'agit également, contrairement à ce qui était pratiqué auparavant, de fournir une activité aux patients.

Maurice Dide deviendra médecin-chef en 1909. Dirigeant Braqueville dans l'entre-deux-guerres, il va contribuer à développer avec ses équipes les activités proposées aux aliénés. Il

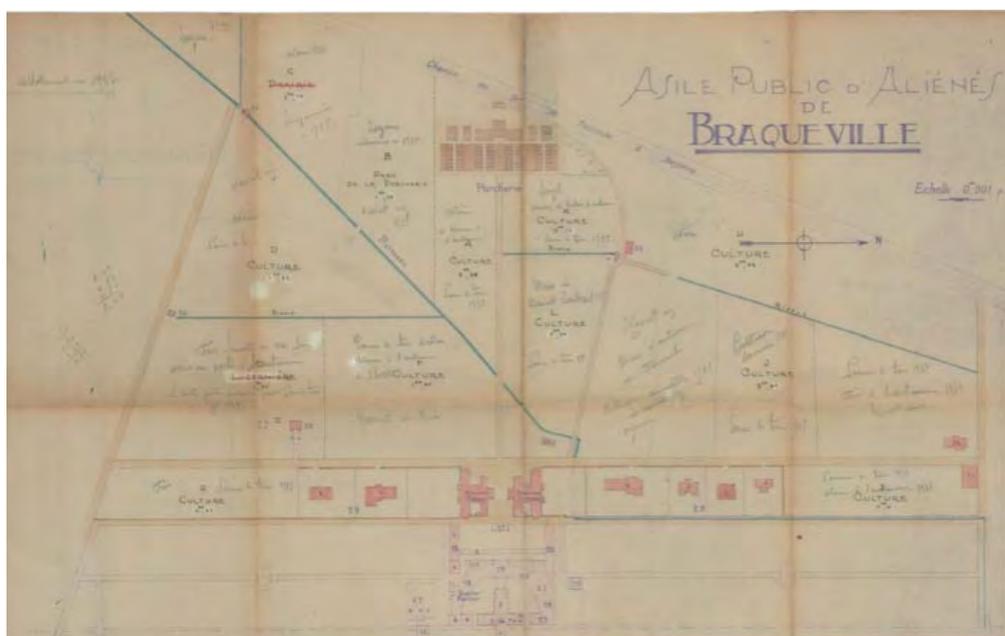
met ainsi en place des ateliers spécialisés (feronnerie, ébénisterie) et étend la production de la ferme et de la porcherie de l'asile. Il s'agit alors, contrairement à ce qui était pratiqué auparavant, de fournir une activité aux patients dans un but de rééducation.



Exemple de ferronneries réalisées par les ateliers



Porcherie de l'Asile



Le plan d'assolement de 1937 donne un aperçu de l'étendue de l'exploitation agricole et de la variété des cultures récoltées.

Source : Archives-CH Gérard Marchant

Les deux Guerres Mondiales, période de rupture majeure de l'époque contemporaine, ont bouleversé la vie de l'Asile de Braqueville, que ce soit d'un point de vue administratif ou médical. Entre le manque de personnel masculin parti au Front et la surpopulation due aux malades réfugiés du Nord, l'établissement est complètement désorganisé. De plus, la diminution des rations alimentaires associée à la survenue de cas de fièvre typhoïde provoquent une surmortalité importante. L'hôpital Marchant se situant à côté de la Poudrerie Nationale et de l'Office National Industriel de l'Azote (futur AZF), la Commission de

surveillance juge cet emplacement trop dangereux et décide de transférer les 778 patients vers d'autres hôpitaux de la région (Lannemezan, Auch, Saint-Lizier et Agen) en 1943. La reconstruction des pavillons détruits par les bombardements commencera en 1949 et l'hôpital rouvrira ces portes en 1953. La reconstruction est suivie par Lucien Bonnafé, alors conseiller technique auprès du Ministère de la Santé et le Dr Aimé Perret, médecin chef pendant la guerre, qui devient médecin-directeur en 1947.

Révélaient les tâtonnements des soins psychiatriques, les méthodes de chocs (inoculation du paludisme, cure de Sakel, électrochocs, chirurgie...) apparues dans l'entre-deux-guerres seront abandonnées progressivement dans l'après-guerre avec le développement de la « psychiatrie institutionnelle » et l'arrivée des neuroleptiques qui vont révolutionner la conception du soin et de la maladie. La chlorpromazine (Largactil®), un des premiers psychotropes, est utilisée à l'hôpital Marchant à partir de 1954. Les neuroleptiques permettent le développement des psychothérapies et du suivi extrahospitalier. L'après-guerre voit donc se développer de nouvelles activités dans l'hôpital. Ateliers artistiques et clubs sportifs sont mis en place. Des spectacles et des kermesses sont organisés par les patients et le personnel. Ce mouvement dénote une nouvelle conception du soin et de l'hôpital sous-tendu par un courant humaniste.

En 1952, issues du mouvement philanthropique américain, les associations « Croix Marines » (loi 1901) sont créées pour réhabiliter les patients handicapés mentaux et former les infirmiers. A l'époque, l'association de l'hôpital finançait une cafétéria, début de ce qui deviendra le « bar thérapeutique », lieu social et culturel qui favorise les échanges et les rencontres entre les patients. Au début, la gestion était assumée par le personnel de l'association, puis des distributeurs automatiques les ont progressivement remplacés. Les patients se laissant aller à de nombreuses violences, il a été décidé du retour des soignants dans la gestion de ce lieu. L'association louait également une ferme dite « thérapeutique », après Muret, où 2-3 patients stabilisés vivaient là en autonomie, sans soignant. Ils élevaient des animaux et entretenaient un jardin potager. Des « infirmiers visiteurs » venaient les rencontrer régulièrement, équivalent des actuelles visites à domicile. Les productions étaient revendues par l'association et les patients étaient rémunérés.

Jusqu'à dans les années 90, chaque service de l'hôpital avait son atelier d'ergothérapie (fabrication de savates ou de pinces à linges, esthétique, sport, ferme thérapeutique...). Les patients qui fabriquaient des objets touchaient un « pécule » (environ 40€/mois), pour financer leur tabac principalement. Il existait également l'« Ecole ménagère », équivalent de

l'atelier sur la vie quotidienne actuellement, où l'on préparait les patients en vue d'une autonomisation pour une réhabilitation prochaine.

Dès les années 70 à 90, parallèlement à la stabilité économique, un mouvement de mode sociétale se développe autour de la psychiatrie et la psychanalyse, débloquant ainsi des moyens financiers afin de favoriser l'externalisation des soins. A partir de 1960, la circulaire ministérielle sur la sectorisation des soins psychiatriques est mise en place progressivement. A l'hôpital Marchant, la politique de secteur est mise en place en 1965 puis modifiée en 1973 et 1996.

Au sein de l'hôpital, ces moyens financiers ont participé à la construction de locaux pour accueillir la cafétéria. Ce sont toujours les mêmes qui abritent aujourd'hui les ATM, ancienne Fédération des Ateliers Thérapeutiques Médiatisées créé en 1995 dans le cadre d'un projet d'établissement, pour regrouper les ateliers et les ergothérapeutes de chaque service. Le Dr Mazel s'est porté volontaire pour s'en occuper. Les ateliers de production et la ferme thérapeutique ont été arrêtés. D'autres ont été poursuivis et le sont encore aujourd'hui tels que le sport et l'esthétique. L'école ménagère a été poursuivie jusqu'à l'explosion, en 2001, d'AZF. Par la suite, le transfert de la psychiatrie à l'hôpital Larrey s'accompagne de l'arrêt temporaire du fonctionnement des ATM. Le relais a été pris par les CATTP de secteur et les ATM ont rouvert leurs portes 2 ans après la réouverture du CHGM. Compte-tenu du développement des soins ambulatoires sectorisés et des CATTP, les ATM se sont réorientés vers la prise en charge des patients hospitalisés au long cours et tendent à faire bénéficier également ceux qui ne peuvent encore sortir des services.

III - APPORTS THEORIQUES : DEFINITIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

En ce basant sur les concepts de psychothérapie médiatisée et ceux de l'Art-thérapie et de l'ergothérapie qui y sont rattachés, nous aboutirons sur la définition de l'HT. Nous exposerons ensuite les différentes formes qu'elle peut prendre ainsi que ses divers champs d'application, avant de développer le fond de l'HT à travers une revue de la littérature, afin d'argumenter les fonctions psychiques qu'elle amène, ses effets bénéfiques observés ou validés mais aussi ses limites.

La plupart des études effectuées et dont les résultats sont retranscrits dans ce chapitre, sont issues des pays anglo-saxons (Etats-Unis, Canada, Angleterre, Australie) et asiatiques (Corée du Sud, Japon). Dans ces pays où le métier d'hortithérapeute est souvent reconnu officiellement, des associations nationales (*American Horticultural Therapy Association* créée en 1988, *Canadian Horticultural Therapy Association* créée en 1987,...) centralisent la plupart des initiatives et favorise l'uniformisation de la pratique de l'HT, ce qui facilite son évaluation standardisée.

En France actuellement, les programmes d'HT ne sont pas obligés d'être enregistrés ou rattachés à un organisme régulateur ou un corps professionnel spécifique. Il est donc difficile de rapporter avec précision le nombre et les différents types de programme qui existent. Pour nous donner une idée, Sempik *et al.* ont tenté de réaliser une vue d'ensemble des projets de thérapies horticoles au Royaume-Uni en 2006. Ils rapportent notamment l'existence de 1500 jardins de soins dont 339 se situaient dans le cadre de soins en santé mentale, 144 s'adressaient à des personnes présentant des troubles du comportement et 74 se destinaient à la réhabilitation en addictologie.

1- Définitions

a) Qu'est-ce qu'une psychothérapie médiatisée ?

Pour tracer les contours de ces quelques définitions, nous nous appuierons sur le cours de présentation de l'Art-thérapie du Dr Granier dans le cadre du diplôme universitaire de psychiatrie, psychothérapie médiatisée et art-thérapie de la faculté de médecine de Toulouse (Granier, 2014). Nous retracerons le chemin historique ayant débuté par la description de l'art pathologique pour aboutir à la création du concept d'Art-thérapie, terrain qui borde, avec l'ergothérapie, celui, plus récent, des psychothérapies médiatisées.

Art-thérapie :

L'Art-thérapie est apparue tout d'abord sous les concepts de l'art pathologique ou « art des fous » au 19^{ème} siècle. Qualifié comme tel par des aliénistes de l'époque qui considèrent la production artistique des patients en tant que symptôme clinique. La formule « psychopathologie de l'expression » apparaît ensuite en 1950. Par l'observation de l'œuvre, une corrélation est établie avec l'état clinique de son auteur, son humeur, sa structure psychique, le déclenchement ou l'évolution de sa pathologie mentale, ses mécanismes de défense. C'est en 1980 que le concept d'art-thérapie se développe et se constitue en activité spécifique.

Ce processus de soin psychothérapique est fondé sur la mise en mouvement du potentiel créatif des patients, accompagné par le soignant. L'art-thérapie propose aux patients des mises en situation de création qui ne nécessitent aucune capacité ou talent artistique particulier. Le soin n'ayant pas vocation à tendre vers des buts artistiques et inversement.

Les soignants possèdent des connaissances en psychopathologie clinique et utilise une ou plusieurs médiations (les arts plastiques, la danse, la musique, le cinéma, la vidéo, le théâtre, l'écriture, le conte...). Ces modalités d'expression vont servir à favoriser la mise en mouvement des processus intrapsychiques et une mise en relation des personnes dans un cadre adapté. C'est au thérapeute d'apporter ce mouvement psychique, cette dynamique créatrice que le patient ne peut espérer venir de lui-même du fait de cette carence de créativité et d'initiative qui caractérise l'apragmatisme du tableau clinique psychotique.

C'est la triade soigné/soignant/média qui est mise en place, l'objectif de l'utilisation de la médiation étant de créer du lien et du sens en renouant avec la communication selon des

modalités variées et adaptées aux potentialités des personnes. Elle travaille à structurer la pensée, le discours, les comportements, en enrichissant l'imaginaire et en développant la capacité de symbolisation.

Dans la prise en charge art-thérapeutique, l'instauration d'une bonne relation thérapeutique est la première étape. Pour cela nous mettons en place un cadre physique (règles de bon fonctionnement de l'atelier) et un cadre moral (confidentialité, respect de soi et des autres) qui sont énoncés clairement dès le départ, sur lequel on pourra s'appuyer et qui sera revisité si besoin. Le cadre a une fonction de contenance. En psychiatrie, sa permanence lui donne la capacité de contenir les expressions plus ou moins destructrices de la souffrance psychique. L'alliance thérapeutique est présente quand la confiance est établie entre soignant et soigné. Bienveillante et dynamique, elle est ouverte au plaisir d'être dans le jeu créatif. Ce jeu, D.W.Winnicott le définit comme impliquant le corps avant l'esprit (1971). Le jeu et le plaisir sont les bases de la relation thérapeutique en situation de médiation.

Il faut rester vigilant aux transferts et contre-transferts qui s'opèrent dans la relation, ce qui implique de garder cette position d'observateur clinique, ainsi que la bonne distance entre nous, thérapeute, et le patient.

La vie créative est un terme énoncé par Winnicott, traduction de « creativity » qui, contrairement à créativité, reflète un mouvement vers, plus important que l'objet produit par l'acte créateur. L'Art-thérapie introduit une distance entre soi et sa production qui n'est pas « moi » mais « de moi ».

Entre le soignant et le soigné, il y a l'œuvre qui est tierce et qui va introduire des mouvements d'attachement et de détachement. Le devenir de l'œuvre fait partie du processus thérapeutique. Cela introduit la réalité de l'éphémère, de la disparition de l'objet et du souvenir et de notre condition d'humain mortel. Quand l'œuvre est avec et dans la Nature, les mêmes réalités sont introduites. L'Art-thérapie est une voie qui permet au patient de stimuler sa vie créative et de contrer le repli sur les symptômes. Aller à l'extérieur, dehors, accentue ce mouvement.

La Nature peut être le cadre physique de la thérapie, l'objet d'inspiration (rien que par la vue que nous en avons à travers les fenêtres de l'hôpital), l'objet d'impression à son contact, l'objet de création par le matériau qu'elle nous fournit, les archétypes qu'elle appelle, le lien immuable, sécurisant et apaisant entre l'Homme et la Nature.

Les soins art-thérapeutiques en psychiatrie, sans s'attacher à une pathologie particulière, tendent à rétablir l'intégrité physique, psychique et créatrice du sujet. En s'organisant autour du végétal, ils s'enracinent alors dans une force vivante, accessible et peu coûteuse.

Ergothérapie

L'Ergothérapie, dont le terme signifie étymologiquement « thérapie par le travail », propose des activités thérapeutiques aux malades mentaux. L'idée que le travail peut aider aux soins remonte aux cultures arabes à l'époque médiévale. On observait déjà que l'activité concrète permet une mise à distance des « mauvaises pensées » ou idées délirantes envahissantes des troubles psychotiques. Le courant de l' « Ergothérapie » s'est constitué de manière officielle et formalisée, parallèlement à celui de l'Art-thérapie.

L'Ergothérapie a largement démontré son efficacité et sa pertinence pour tendre vers un apaisement grâce, notamment, à son cadre contenant et réconfortant. Les thérapeutes restent vigilants face au risque qu'une activité qui serait souvent identique et immobile, dérive vers une routine qui pourrait aggraver les rituels et le repli autistique, symptômes négatifs de la production hallucinatoire et délirante de la psychose. Pour lutter contre cette tendance, la créativité des soignants est alors requise.

Psychothérapie médiatisée

Peut-être parce qu'il est difficile de définir et déterminer la place de l'art en thérapie, le concept de psychothérapie médiatisée s'est à son tour développé en 1987. Dans ce concept, c'est au travers de la relation psychothérapique que l'art se met au service du soin. On parle de « Psychothérapie médiatisée » ou « thérapie médiatisée » où l'objectif est clairement thérapeutique et les médiations (placée en tant qu'adjectif dans le terme), artistiques ou pas, ne sont qu'un moyen pour y parvenir. Dans cette optique, la médiation sous ses dehors techniques, se présente clairement comme un soin psychique. Elle est le « milieu », la « situation » qui se caractérise par :

- un lieu, un espace concret et symbolique (l'atelier, le jardin...)
- un temps dédié à l'activité dans cet espace
- une situation d'interaction entre plusieurs éléments que sont le patient, le thérapeute, la technique et la production, représentés par ce schéma :

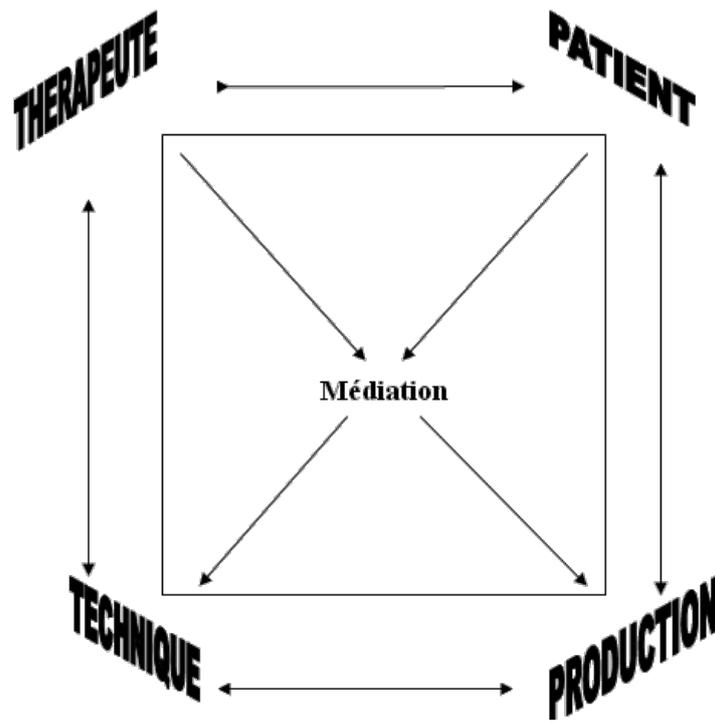


Schéma des interactions mises en jeu dans la psychothérapie médiatisée-Source :Cours du Dr Granier

Les multiples interactions mises au jour dans le dispositif médiatisé forment une dynamique en réseau, en toile, où les effets d'un élément sur un autre doivent être questionnés, ainsi que les effets feed-back de l'élément modifié sur l'élément modificateur. Par exemple, le choix de la technique pour un patient donné produira un effet différent selon la nature de la technique, les dimensions invoquées, les voies sensorielles utilisées, et aussi selon que la technique est choisie par le patient ou déterminée par le thérapeute. Il convient ensuite d'observer le feedback, ce que le patient aura saisi et « fait » de la technique, l'abord qu'il en aura, sa position corporelle et psychique engagées dans la production.

Un jardin, comme un atelier, se définit par l'établissement des conditions qui rendent la création possible. Le cadre est concrètement constitué par un espace physique délimité (le terrain), où l'accès est non fermé mais réservé ; par un espace temporel dédié, régulier et stable ; par un ou des soignants présents, guides attentifs et bienveillants.

La place de la psychothérapie médiatisée dans l'éventail du soin :

La psychothérapie médiatisée ne se substitue pas à une prise en charge classique associant un traitement médicamenteux et psychothérapeutique.

Chez les patients qui souffrent de trouble psychotique, le but de leur prise en charge en générale est d'organiser le psychisme pour contenir les affects violents et faire face à l'angoisse d'anéantissement et la terreur de l'objet. On peut alors comprendre l'importance de la médiation qui de part sa matérialité a un effet plus sécurisant et pare-excitant, alors que la dualité d'un entretien avec un thérapeute est potentiellement plus intrusive et insécurisante (Boucard J. *et al.*, 2001). Ce n'est pas le progrès dans la pratique de l'activité qui est d'abord attendu dans les thérapies médiatisées mais plutôt que l'activité partagée favorise, selon Hochmann, un moment de « réalité partagée » avec les patients. C'est d'avantage l'idée de proposer un moment de coexistence où l'activité vient faire médiation dans le sens de s'interposer, et tempérer les réactivations anxieuses, séductrices ou persécutrices qu'un rapprochement trop direct pourrait occasionner (Hochmann, 1986).

Le « milieu » de la médiation offre alors l'opportunité d'un lien thérapeutique fort et contenant. Elle participe à un traitement global de qualité incluant l'apaisement symptomatique, un travail de reconnaissance des troubles, de mentalisation et de représentation interne du corps et du soi, aidant ainsi à l'adhésion consciente du patient aux autres facettes du soin.

b) Qu'est-ce que l'hortithérapie ?

Le regain d'intérêt récent au sujet de cette relation bénéfique homme- plante s'illustre par une augmentation du recours aux activités horticoles au sein des soins. Cela a aboutit à l'utilisation de nombreux termes désignant ces différents programmes et activités comme « hortithérapie », « jardin thérapeutique » et « jardin de soins », pour n'en citer que quelques uns. Le terme d'hortithérapie est issu de l'anglais « hortitherapy » et « horticultural therapy ». Étymologiquement « c'est tout simplement utiliser une pratique de jardinage ou simplement, le jardin (en latin, hortus, horti) comme outil d'accompagnement thérapeutique » écrit Denis Richard dans son livre « Quand jardiner soigne » (Richard & Ribes, 2011).

En langue anglaise, les auteurs utilisent généralement les termes d'*horticultural therapy* et *therapeutic horticulture* de façon interchangeable alors qu'ils désignent des choses différentes. L'AHTA a clairement défini ces différents termes afin d'améliorer la lisibilité et la compréhension des professionnels sur ce domaine (AHTA, 2007). Il nous a donc semblé nécessaire de les développer afin de mieux cerner ce qu'est véritablement l'HT.

Les différents types de programme :

-L'hortithérapie (*horticultural therapy*)

C'est une thérapie médiatisée par l'utilisation des plantes et la pratique d'un jardinage adapté (Sempik *et al.*, 2003). Il s'agit alors de favoriser l'investissement d'un patient dans une activité horticole, accompagné par un thérapeute spécialisé, pour atteindre des objectifs cliniques spécifiques préétablis. L'AHTA précise que c'est une prise en charge active qui se déroule dans le contexte d'un projet thérapeutique préétabli, où le déroulement de l'activité est plus thérapeutique que la production finale.

On peut trouver des programmes d'HT dans de nombreux lieux de soins, de réhabilitation ou résidentiels. C'est d'ailleurs ce type de programme qui se rapproche le plus du cadre de l'atelier que nous proposons aux ATM.

-Horticulture thérapeutique (*therapeutic horticulture*)

Ce terme décrit un programme ouvert qui utilise les plantes ou les activités relatives aux plantes afin d'améliorer le bien-être des participants au travers une implication active ou passive. Cette dernière pouvant être organisée et animée par un soignant non spécialisé sans but thérapeutique prédéfini, à des fins plus occupationnelles.

On peut également retrouver ce type de programme dans de nombreux lieux de soins, de réhabilitation ou résidentiels.

-Horticulture communautaire (*social horticulture*)

C'est un loisir ou une activité récréative qui prend souvent un aspect communautaire. Il n'y a pas de but thérapeutique ou de thérapeute présent, l'objectif étant de favoriser les interactions sociales autour d'activités horticoles.

Les jardins partagés, qu'ils se situent dans les villes ou sur des lieux de soins ou de résidence, en sont de bons exemples.

Les différents types de jardin :

-Les jardins de soins (*healing gardens*)

Ce sont des jardins composés de plantes vertes, de fleurs, d'eau et d'autres composants de la nature. On en trouve souvent au sein des hôpitaux et autres lieux de soins. Un jardin de soins est pensé comme tel par sa facilité d'accès, son accessibilité pour tous, dans le but d'apporter des effets bénéfiques à la plupart de ses visiteurs. Ils sont conçus comme des lieux de retraite et de repos pour les patients, les visiteurs et le personnel de l'établissement, qui peuvent en profiter librement.

On peut diviser les jardins de soins en différents types spécifiques de jardin dont le jardin thérapeutique, le jardin d'hortithérapie et le jardin d'apaisement ou de déambulation souvent utilisé dans les pathologies neuro-dégénératives. Les descriptions de ces types de jardin se chevauchent c'est pour quoi l'AHTA tente de les définir assez distinctement.

Le Dr France Pringuey, également conceptrice de jardin de soins à Nice, a développé 4 critères qui lui semblent essentiels pour créer ce type de jardin (Pringuey & Pringuey, 2014) :

-La Naturalité : il est constitué d'une végétation luxuriante sur 3 niveaux afin d'harmoniser le paysage et attirer le regard sur le ciel.

-La Maintenance : « l'aspect du jardin est un des reflets de l'accueil et de la prise en charge en générale ». Cet argument est également en faveur de la valorisation des espaces verts de l'hôpital. L'entretien devrait être réalisé avec des outils non motorisés afin de limiter les nuisances sonores.

-La Biodiversité : grâce au choix de plantes adaptées au climat mais aussi sources d'évasion, de bien-être et de plaisir. Cela reflète la coopération et l'attention portée à l'Autre.

-La Sécurité : le jardin se doit d'être accessible à tous et conçu en ce sens. Les plantes choisies ne doivent pas être toxiques ou provoquer un risque de blessures ou d'allergies. La sensation de confort physique et émotionnel est recherchée afin de procurer des sentiments de protection, d'apaisement, d'évasion et de joie.

-Les jardins thérapeutiques (*therapeutic gardens*)

Ils sont utilisés au sein de programme thérapeutique à visées occupationnelles ou de rééducation fonctionnelle ou d'hortithérapie et peuvent être considérés comme une sous catégorie des jardins de soins. Un jardin peut être qualifié de thérapeutique lorsqu'il a été adapté aux besoins spécifiques des patients ainsi qu'en fonction des objectifs thérapeutiques. Par sa construction, il peut fournir des activités horticoles ou non-horticoles.

L'AHTA recommande qu'il soit le fruit d'un processus de collaboration multidisciplinaire. Elle précise qu'un jardin thérapeutique peut être également une extension d'un programme thérapeutique en intérieur ou faire parti d'un plus grand jardin de soins.

-Les jardins d'hortithérapie (*horticultural therapeutic gardens*)

Ces jardins sont un type de jardin thérapeutique. Ils sont conçus afin de s'adapter aux besoins spécifiques des patients, de fournir essentiellement des activités horticoles et de s'adapter aux capacités des patients ciblés leur permettant ainsi de réaliser les activités eux-même.

-Les jardins d'agrément (*restorative gardens*)

Ce peut être des jardins privés ou publics et pas forcément en lien avec un lieu de soins. Ce type de jardin utilise la valeur apaisante de la Nature pour procurer un environnement propice à la quiétude, la diminution du stress, l'apaisement émotionnel. Leur conception se concentre sur les besoins psychologique, physique et social de ses utilisateurs.

c) Les différents champs d'application de l'HT

Nous allons développer dans ce chapitre les différents champs qui utilisent l'HT, agrémentés des résultats des études les plus pertinentes ayant été menés sur le sujet. Afin de faciliter leur lisibilité, nous les avons classé en trois groupes : thérapeutique, vocationnel et social.

Les programmes thérapeutiques s'orientent, selon les spécialités médicales, vers le rétablissement d'une personne suite à une blessure ou une maladie physique ou mentale. Le champ de la psychiatrie sera plus spécifiquement développé dans les paragraphes suivants.

Les programmes vocationnels se basent quant à eux sur un modèle de réadaptation ou de réinsertion professionnelles.

Enfin les programmes sociaux, selon les âges et les évènements de vie, visent à améliorer la santé en général, le bien-être et/ou la qualité de vie des participants. Bien qu'il ait été présenté ici séparément aux fins de la discussion, on le retrouve dans bien des cas associés à des programmes vocationnel ou thérapeutique.

➤ Thérapeutiques

-En pédiatrie et pédopsychiatrie :

En 2004, Kamata a étudié les effets d'un programme d'HT chez des enfants asthmatiques. Ils relèvent chez les participants une diminution de l'anxiété, une amélioration de leurs compétences sociales, de leur capacité de travail en groupe et de leur expression émotionnelles.

Une autre équipe a montré que l'HT améliore la sociabilité des enfants souffrant de déficiences intellectuelles (Kim BY *et al.*, 2012).

En France, de nombreuses initiatives de soin par le jardin se sont développées en pédopsychiatrie. Anne RIBES, dans son livre "*Toucher la terre*", nous relate son expérience depuis 1991, année où elle a créé un atelier d'HT au sein d'un hôpital de jour (HDJ) de pédopsychiatrie à la Pitié Salpêtrière avec l'aide du Pr Michel Basquin, ancien chef de service (Ribes & Clément, 2005). Ce dernier évoque son expérience avec les jeunes patients souffrant de troubles autistiques en ces termes : « le jardin représente quelque chose qui a des correspondances avec leur pathologie, avec leurs difficultés, quelque chose qui peut être un accès possible pour eux, par conséquent, qui peut jouer un rôle thérapeutique [...] dans la mesure où l'on peut s'identifier au rythme de croissance d'une plante : germer, croître, fleurir, fructifier, mourir ». Les enfants y travaillent des notions importantes pour leur schéma corporel en répétant ces gestes qui les ancrent dans la réalité mais aussi les notions de plaisir, de partage, leur sensorialité et l'appropriation de l'espace et de la temporalité de la nature.

-En gériatrie et gérontopsychiatrie :

Plusieurs études ont montré les effets bénéfiques de l'HT sur le sentiment de bien-être et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en services de gériatrie ou en EHPAD (Black, 1971 ; Mattson & Hilbert, 1976 ; Bassen & Baltazar, 1997 ; Armstrong, 2000 ; Aldous & Kidd, 2008 ; Barnicle & Midden, 2003 ; Barnicle & Midden, 2003 ; Kim HY *et al.*, 2004 ; Milligan *et al.*, 2004 ; Rappe, 2005 ; Austin *et al.*, 2006 ; Shoemaker & Lin, 2008 ; Collins & O'Callaghan, 2008 ; Sugimoto, 2008 ; Baker, 2009 ; Wang & MacMillan, 2013). Elle diminue la symptomatologie dépressive (McCaffrey *et al.*, 2011) et améliore l'estime de soi chez les personnes âgées (Lee ES *et al.*, 2008).

Elle favorise les réminiscences (Kanda *et al.*, 2008), promeut les stimulations mentales et physiques et participe à un phénomène de protection cognitive (Infantino, 2003).

La pratique d'un jardinage adapté améliore la coordination oculo-manuelle (D'andrea *et al.*, 2007) et procure une activité physique d'intensité modérée (Armstrong, 2000 ; Park SA *et al.*, 2011).

-En neurologie

L'HT a fait l'objet de nombreuses publications dans le domaine des maladies neurodégénératives telles que la maladie de Parkinson ou les démences corticales (Burgess, 1989 ; Stein LK, 1997 ; Haas K et al., 1998 ; Bennett C. *et al.*, 1999 ; Mackenzie et al., 2000 ; Jarrot *et al.*, 2002 ; Jarrot SE et Gigliotti C, 2004 ; Gigliotti C *et al.*, 2004 ; Rappe E et Linden L, 2004 ; Lee EA et al., 2008 ; Jarrott SE et Gigliotti C, 2010 ; Raske M, 2010 ; Tse MMY, 2010 ; Bomalaski MN, 2011). Elle favorise une diminution de la douleur, une amélioration de l'attention et la diminution du stress (Yun & Choi, 2010). Elle peut aider à atténuer l'agitation (Luk *et al.*, 2011) et les troubles du comportement (Pfeffer *et al.*, 2007) conduisant à une baisse des traitements médicamenteux notamment par neuroleptiques (M. B. Detweiler *et al.*, 2012). Elle permet également une diminution de la symptomatologie dépressive (Kang *et al.*, 2010) ainsi qu'elle améliore la mémoire à long terme et les réminiscences (Kang *et al.*, 2010; Borgen & Guldahl, 2010). Dans une revue de la littérature réalisée en 2014, Gonzalez & Kirkevold concluaient sur l'efficacité de l'HT dans l'amélioration du sentiment de bien-être et de l'humeur associés à la diminution des troubles du comportement et des traitements psychotropes chez les patients souffrants de pathologie neurodégénérative.

En France, le 3^{ème} Plan Alzheimer de 2008-2012 recommande la construction de jardin dans les lieux d'hébergement et services accueillants des personnes atteintes de pathologies neurodégénératives. Dans son champ d'application, le Plan Alzheimer a insufflé une dynamique certaine aux jardins thérapeutiques en France. Les nouvelles structures créées (Unités Cognitivo Comportementales, Unités d'hospitalisation renforcée, Pôle d'activités et de soins adaptés) ont vu inscrit dans leur cahier des charges la nécessité de disposer d'un jardin qu'il soit d'agrément ou à but thérapeutique. Un rapport d'étude de la fondation Méderic-Alzheimer sur ce sujet (Guisset-Martinet *et al.*, 2013) ainsi qu'une étude menée dans un service de gériatrie au CHU de Nancy (Rivasseau-Jonveaux et al., 2012) énoncent plusieurs recommandations prenant en compte les particularités symptomatologiques de ces maladies dans l'aménagement de jardins à but thérapeutiques.

-En soins de rééducation et réadaptation

Certains établissements de soins de suite et de réadaptation ont aménagé leur parc en parcours de santé encadré par des soignants, principalement des kinésithérapeutes, et de difficultés variées pour s'adapter à l'état de santé de chaque patient (Gianeselli, 2009).

Selon une étude réalisée en 2005 par Wichrowski *et al.*, l'HT peut être proposée en rééducation cardio-vasculaire, au décours d'un accident cardiaque, comme un exercice adapté et gradué.

Si l'utilisation des « parcours de santé » en pleine nature constitue souvent une modalité de rééducation orthopédique et/ou cardio-vasculaire, l'HT trouve un intérêt spécifique chez les patients atteints de handicaps traumatiques d'origine neurologique (Detweiler & Warf, 2004 ; Jonasson *et al.*, 2007 ; Kim MY *et al.*, 2010). En 2004, l'équipe de Söderback *et al.* a montré que l'HT améliore le fonctionnement émotionnel, cognitif et sensori-moteur des participants cérébro-lésés, tout en favorisant leur socialisation et leur sentiment de bien-être.

-En soins palliatif

Peu d'études ont été menées sur ce sujet. Kingman, en 1982, fut l'un des premiers à proposer l'utilisation de l'HT dans le domaine des soins palliatifs. En 2006, une équipe coréenne a réalisé une étude contrôlée démontrant l'efficacité d'un programme d'HT sur la diminution du taux de cortisol, de l'intensité de la douleur, de l'anxiété et de la dépression chez des patients en unité de soins palliatifs (Gyeong-Hee *et al.*, 2006).

Une étude menée sur le sujet dans le cadre d'un travail de thèse en psychologie révèle également un effet bénéfique de l'HT sur les états de base, les attitudes et les processus de création de ces patients (Glowacki-Doumenc, 2013).

➤ **Vocationnels**

Les programmes de type vocationnel visent les personnes qui désirent retourner, dans un avenir proche ou plus lointain, sur le marché du travail, connaître un nouveau domaine professionnel et/ou développer des habiletés liées au monde du travail. Ces programmes se basent sur un modèle de réadaptation ou de réinsertion. Des listes d'objectifs liés à l'emploi, sous forme de questionnaires, sont souvent utilisées comme outils de suivi. On retrouve les programmes vocationnels dans de nombreux lieux tels que les écoles, les centres de formation, les centres de détention (Polomski *et al.*, 1997 ; O'Callaghan *et al.*, 2010 ; Barley *et al.*, 2012) et les entreprises privées (Haller, 1998).

➤ Sociaux

-Chez l'enfant

Plusieurs études ont été menées sur les effets bénéfiques d'un programme d'HT chez les enfants, notamment celles de Pents et Sheppard en 1998 puis de Waliczek *et al.* en 2001, visant à évaluer l'évolution des relations inter-personnelles et des attitudes envers l'école. Malgré le fait qu'aucune différence significative n'ait été retrouvée entre les pré et post-tests des groupes témoin et expérimental, les résultats ont montré que l'attitude des enfants envers l'école était plus positive dans celles qui offraient une pratique de jardinage individualisé plus intensive.

Rossiter en 2006 démontrait qu'un programme de thérapies médiatisées par les plantes et les animaux offraient une expérience émotionnelle réparatrice notamment au niveau de l'attachement des enfants. L'idée étant de favoriser la compassion, l'empathie et l'attention afin d'améliorer l'estime de soi et la confiance en soi.

Chez les enfants d'âge préscolaire, les programmes d'HT sont efficaces dans l'instauration de saines habitudes alimentaires via la consommation de fruits et légumes ainsi que dans la diminution du stress quotidien et l'amélioration de l'intelligence émotionnelle (S. Park & Huh, 2010).

-A l'adolescence et auprès d'étudiants

Une étude a montré l'impact d'un programme d'horticulture sur la réduction de l'anxiété chez des lycéennes coréennes (Lee YH *et al.*, 2004).

L'HT favorise l'estime de soi et le sentiment d'autonomie d'adolescents avec des troubles du comportement (Airhart & al., 1987). Elle a également été utilisée auprès d'adolescents ayant des difficultés d'apprentissage (Yamaya & Mattson, 2004) ou de milieux défavorisés (Steininger-Hotwagner, 2004).

Auprès de jeunes délinquants, l'HT peut leur permettre d'accroître leurs liens sociaux et de mener une réflexion plus concrète sur leur devenir (McGuinn & Relf, 2001 ; Sandel, 2004). Elle permet également de diminuer leur niveau de stress et la consommation de toxiques (Sandel, 2004), ainsi que d'améliorer l'estime de soi, la confiance en soi, leurs compétences professionnelles et la sensibilisation à l'environnement (Mattson *et al.*, 2004 ; Sandel, 2004).

Adressée à des étudiants, l'HT a des effets bénéfiques sur la diminution de l'anxiété (Lee YH *et al.*, 2004), les affects dépressifs (Lee HY *et al.*, 2008) et améliorer l'estime de soi (Kim JH *et al.*, 2010). Li X. et al. (2012) ont examiné les effets des couleurs des fleurs sur les réactions

physiologiques d'une trentaine d'étudiants. Ils ont observé une diminution de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque ainsi qu'une diminution des scores d'irritabilité, de fatigue et d'anxiété, notamment avec les fleurs de couleur vertes et violettes.

-En milieu carcéral

Dans son livre « Quand jardiner soigne », Denis Richard nous indique que l'HT est très répandue aux États-Unis en milieu carcéral, où près de la moitié des établissements pénitentiaires permettent de mettre en œuvre ce type de programme (Richard & Ribes, 2011). Sa pratique tendrait à réduire l'agressivité et limiter les manifestations de violence, sans parler de son intérêt occupationnel (Lee SM *et al.*, 2008). Plusieurs études rapportent une amélioration du sentiment de bien-être et de la qualité de vie (Migura *et al.*, 1997 ; O'Callaghan *et al.*, 2010). Une autre étude a également démontré l'effet bénéfique d'un programme d'HT sur la vulnérabilité aux addictions de prisonniers ayant des antécédents de toxicomanie (Richards & Kafami, 1999).

En France, cette pratique commence tout juste à être proposée dans quelques rares établissements (Richard & Ribes, 2011).

-En situation d'exclusion

On retrouve des programmes d'HT menés dans des foyers d'accueil pour personnes en situation d'exclusion ou de précarité sociale, surtout aux États-Unis.

En France, Andrew Harrison, éducateur technique dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, accueille des personnes en situation d'exclusion sur une période de 3 mois en vue d'une réhabilitation sociale voir professionnelle. Il a développé dans plusieurs articles une méthode pédagogique intitulée « l'Ecopédagogie » issue de « l'horticothérapie » (ou thérapie d'accompagnement par le jardin) qui lie les enseignements de l'écologie pratique à ceux des lois et des cycles naturels. Par la pratique d'une éducation à l'environnement et aux lois qui le gèrent, il espère donner à la personne des moyens d'appréhender physiquement, émotionnellement et mentalement son environnement global (Andrew Harrison, 1999 et 2002).

En Corée, l'évaluation d'un programme d'HT mené dans un foyer pour femmes battues a démontré son efficacité sur l'augmentation de l'estime de soi et la diminution de la dépression (Lee S. *et al.*, 2008).

2- Grands courants théoriques

Les bases scientifiques du concept s'intéressent à la co-relation originale Homme/Plante, un processus de coopération vitale, auquel se réfèrent les théories de la Savane, de la Phyto-résonance ou de la Biophilie. Nous avons choisi de présenter dans un chapitre spécifique, les fonctions psychiques selon un abord intégratif psycho-dynamique et cognitiviste.

a) Les théories évolutionnistes

L'hypothèse de la Savane

Selon la théorie du biologiste comportementaliste Gordon Orians , appelée « l'hypothèse de la savane » et développée en 1990, les êtres humains ont une attraction innée pour ces environnements qui rappellent précisément la savane africaine où ils se sont développés et où les conditions de vie étaient favorables (Orians & Heerwagen, 1992).

Au cours des années 1980, on démontre que des sujet issus de milieux culturels différents, ont des niveaux élevés et identiques de réponses positives à des décors naturels spécifiques : ceux de la savane. Une étude menée par une équipe d'anthropologue en 2007, a validée cette hypothèse en démontrant l'attraction des participants vers les paysages concentrant les caractéristiques de ces savanes tropicales primitives, notamment les arbres de couleur verte franche et de formes touffus. Un sentiment de bien-être et d'apaisement y étant majoritairement associé (Lohr, 2007).

La Biophilie

Ce concept a été décrit par Oward Wilson, entomologiste et biologiste américain, qui a également introduit le terme de biodiversité dans la littérature scientifique. En 1993, se basant notamment sur les travaux d'Orians, Wilson définit la biophilie dans son livre éponyme en ces termes : « Je définirais la "biophilie" comme la tendance innée à se concentrer sur la vie et les processus biologiques. Depuis notre prime enfance, nous nous préoccuons avec bonheur de nous-mêmes et des autres organismes. Nous apprenons à faire la différence entre le vivant et l'inanimé et nous nous dirigeons vers le premier comme des phalènes vers une lampe. Nous apprécions en particulier la nouveauté et la variété. [...] Explorer la vie, s'affilier à elle, constitue un processus profond et complexe du développement mental. Dans une mesure encore sous-évaluée par la philosophie et la religion, notre existence repose sur cette inclination. » (Wilson, 2012).

En d'autres termes, la biophilie serait un aspect inhérent de l'héritage issu de l'évolution de l'homme qui se manifeste par une affinité comportementale et émotionnelle pour la nature et qui contribue, non seulement à notre survie, mais aussi à notre bien-être psychologique et existentiel. Cette « biophilie », relèverait d'un mécanisme profond et complexe responsable de son développement psychique et de son adaptation au cours de l'évolution.

Edward O. Wilson suggère que l'être humain est attiré de façon innée par la nature. L'origine de cette attraction est toujours en débat : évolutionniste, innée ou acquise ?

Les premières théories évolutionnistes, celle de la Savane d'Orians, ou l'hypothèse de la biophilie de Wilson, sont relayées par une étude d'Ulrich en 1984 montrant l'influence positive d'une vue de la nature par la fenêtre sur la récupération de patients hospitalisés. Régulation du stress, niveau de stimulation et d'organisation, attention/fascination sont les mécanismes reconnus à l'origine de ces processus de restauration. Les capacités humaines à répondre de manière récupératrice dans un environnement naturel sont reliées à des comportements ancrés relevant de processus d'adaptation à la sélection naturelle et à la survie.

b) L'Ecopsychologie

S'inspirant de ces théories évolutionnistes et des travaux qui les ont relayés, le concept d'Écothérapie s'est développé dans les années 1990. Il est souvent rencontré dans la littérature sur l'HT et englobe une assez large modalité de thérapie qui s'en inspireraient. Elle est souvent rattachée au terme d'*écothérapie* ou d'*écopsychothérapie* ou *thérapie verte* ou *thérapie guidée par la nature*. Même si sa définition manque de clarté, nous allons tenter de la décrire au travers des auteurs les plus reconnus sur le sujet.

Gregory Bateson, psychologue, anthropologue, épistémologue et spécialiste de la théorie des systèmes appliquée aux sciences sociales aurait inspiré ces auteurs, suite à la parution en 1977 de son ouvrage « *Vers une écologie de l'esprit* ».

Dans son livre sur l'écothérapie de 1996, le psychothérapeute Howard Clinebell part du principe que les interactions avec la Terre sont porteuses de soins et qu'il est nécessaire de rétablir des liens émotionnels avec la Terre pour obtenir des effets thérapeutiques allant jusqu'à prescrire des temps quotidiens dans la nature.

Le psychologue clinicien George Burns (1998) développe lui aussi les principes d'une psychothérapie guidée par la nature basée sur les inter-échanges dynamiques entre l'esprit humain et l'environnement, ainsi que la réciprocité fondamentale entre la santé de l'homme et celle du système naturel.

Ambra Burls, chercheur en santé publique, parle d'« écothérapie contemporaine » et décrit une approche thérapeutique sociétale via l'horticulture, respectant la biodiversité afin de promouvoir des principes écologistes (Burls & Caan, 2005 ; Burls, 2007).

Introduisant une perspective d'éthique environnementale et d'écopsychologie dans le terme d'écothérapie, ces 3 auteurs partent du paradigme que la santé d'un individu et son environnement naturel sont des systèmes interdépendants. Theodore Roszak, un échopsychologue, rajoute que par ce biais « les professionnels de la psychologie peuvent jouer un rôle dans la crise environnementale actuelle » (Roszak *et al.*, 1995). Selon Berger et McLeod (2006), l'inclusion de la nature dans la psychothérapie s'inspire, non seulement de ses effets bénéfiques sur la santé mentale mais également parce qu'elle apporte une réponse viable à la « rupture actuelle entre la communication humaine et le monde de la nature ». Des chercheurs de l'université d'Essex, à l'origine du rapport « *Ecotherapy : The green agenda for mental health* », commandité par l'association anglaise *Mind*, ont également mis en avant ce lien entre éthique environnementale et santé de l'homme, revendiquant que les bénéfices émotionnels des espaces verts soient des arguments utilisés en faveur de la préservation de l'environnement (Pretty *et al.*, 2007). Certains auteurs qualifient cette approche de la santé de « socio-écologique » (Maller *et al.*, 2006).

D'autres auteurs se sont inspirés de l'écothérapie et ont pris une direction plus instrumentale et fonctionnelle quant à la valeur thérapeutique de la nature. Ils se sont accés vers les soins en santé mentale, telles que l'HT et l'horticulture thérapeutique (Simson & Straus, 1998 ; Ulrich, 1999 ; Sempik *et al.*, 2003), les jardins de soins (Cooper Marcus & Barnes, 1999 ; Stigsdotter & Grahn, 2002) ou la zoothérapie (Katcher & Wilkins, 1995).

Se concentrant sur les thérapies individuelles, certains préfèrent l'utilisation des termes de *thérapie assistée/guidée/facilitée par la nature* plutôt que celui d'écothérapie.

L'écothérapie est donc un concept qui contient des définitions et des références cliniques multiples et résulterait d'un croisement entre la philosophie environnementale, la psychologie et l'écologie.

c) La Phyto-résonance

L'hypothèse de la « phyto-résonance » a été développée par le Pr Paul Shepard en 1994. C'est un phénomène, issue de l'écologie, qui induit des stratégies de restauration à tous les niveaux d'organisation de l'être. Ce concept confirme l'origine multidisciplinaire de l'hortithérapie et replace la relation Homme-plantes au centre de la discipline. Pour Shepard « le grand extérieur doit désormais être vu comme amplifiant les qualités intangibles de l'être ». Le citant également, le Dr France Pringuey définit ce concept, fondateur selon elle : « Il « résonne » avec un ensemble de relations internes qui sont plus structurelles que le désir, la peur ou l'anxiété. Et si par résonance, on entend « deux entités physiques qui vibrent ou sonnent ensemble » c'est aussi le fait de « vibrer dans sa chair » à la réception d'un message. À ce titre, « les plantes représentent un testament holographique peu connu mais très expérimenté du monde naturel pour l'esprit humain ». La Phyto-résonance est un phénomène qui structure l'être humain à la réception du message de l'aspect externe des plantes, elle s'exprime par la mobilisation de processus restaurateurs et créatifs de l'être lui-même. » (F. Pringuey, 2015). Le Dr Pringuey illustre cette notion par une expérience personnelle : « Quand je regarde cet espace très structuré du jardin, je suis immédiatement saisie par l'atmosphère de mystère qui s'en dégage, par l'harmonie et la beauté de l'œuvre... Cette prise de connaissance intuitive de l'essence est fondatrice de l'être. Son domaine s'étend bien au-delà du monde de la perception sensorielle et de ses expressions qu'elles soient biologiques ou psychologiques. Il raconte le lien originaire de l'être au monde. Quant à l'équilibre des perspectives et l'analyse de l'espace géométrique objectif, mon être résonne avec la forme dynamique de la scène même si je fais abstraction de son contenu. Je suis pénétrée par l'équilibre et l'harmonie. C'est en cela que la co-relation au végétal peut être bénéfique et qu'elle ne peut être réduite à « la stimulation des cinq sens » et de la mémoire. C'est une relation de vitalité et de créativité essentielle pour l'homme. »(Boucq, 2014).

d) Phénoménologique

Dans un article publié en juin 2015 dans l'Encéphale, le Pr Dominique Pringuey, chef de service de psychiatrie au CHU de Nice, s'inspire de la phénoménologie pour décrire les modalités explicatives des effets bénéfiques des jardins de soins (Pringuey & Pringuey, 2015).

Selon lui, l'approche phénoménologique rattache l'activation sensorielle et cognitive du jardin aux significations émotionnelles et thymiques portées par notre lien aux plantes :

« Le jardin pose un espace vécu, distinct de l'espace géométrique et physique, plus profond que celui-ci, et que Minkowski appelle l'espace primitif, lieu du dynamisme vital, de l'histoire intérieure de la vie, de l'émotion, de l'affectivité et des relations interpersonnelles. Cet espace premier porte la forme générale rendant compréhensibles les « mouvements de l'âme » en référence aux trois dimensions de l'espace objectif: l'élévation de nos actes, la profondeur de nos sentiments, l'étendue de notre savoir. [...]

Dans le trio des dimensions spatiales, le primat de la verticalité tient à son fondement anthropologique référent à la station debout, dimension zénithale qui marque les valeurs significatives de la vie humaine dans la figuration verticale du haut et de l'ascension. [...] Mais au jardin, ce qui pousse, promesse et éloge de la hauteur future, certes, motive la célébration de la verticalité ascendante mais tout autant requiert l'humilité de l'attitude corporelle qui dans l'accroupi vers le sol contient un peu de cette image du recueillement humble et de la prière.

Au jardin, la visite, la promenade, l'inspection sont mises en marche du corps, examen visuel du spectacle botanique et évocation d'affects, de souvenir, de projets. Le jardin arrête le temps, unifie ces dimensions objectives et objectivables, pose un cheminement particulier, fait socle pour un nouveau départ. Il est « perspective ». Visitant un jardin, je crée mon jardin, je m'ouvre à lui comme il se donne à moi. Je crée mon jardin dans l'accueil de mes sensations, je m'approprie le jardin le faisant mien comme attestation de l'intentionnalité de ma conscience. »

Il poursuit en s'appuyant sur les théories du Dr Binswanger, psychiatre suisse et fondateur dans les années 30 de l'« analyse existentielle », une approche phénoménologique de la psychanalyse : « Dans son essai « Le rêve et l'existence », Binswanger propose de relier les directions générales du sens de l'existence à l'expérience esthétique, au monde commun, à la création artistique et aux structures spatiales et temporelles participant de la rencontre de l'être avec l'autre. Distinct de l'espace naturel, objectif et orienté, l'espace existentiel, présentiel et thymique, est le lieu de la disposition affective, de l'unité du soi et du monde.

L'espace affectif est le cœur, le foyer, le « nid » et porte les teneurs expressives de la maison familiale, de l'école, de l'église, de l'usine, du pays, comme aussi celles des espaces de la danse, de la rencontre, de la figure. Le foyer est bien le fond spatio-temporel des désordres psychiatriques qui signifient outre une souffrance profonde du vivre quotidien, une quête

identitaire douloureuse motivant une reprise des conditions même de l'histoire de vie, et ici du paysage de cette histoire et de l'histoire des paysages intimes.

Les directions de signification peuvent se donner « en 3D » comme le propose l'École de Hambourg. La verticale entre terre et ciel rend possible ascension et chute, et marque le principe de Stance — de ce qui tient debout, et donc aussi de ce qui « tient la route ». La Stance tient simultanément d'une assise horizontale suffisante dont les deux paramètres sont la profondeur et la largeur, la profondeur assurant le déploiement de la station debout qui fait «résistance» à la pression du monde que l'on sait tenir à « distance », et la largeur à l'horizontale, fournissant une base équilibrant l'ici et le là, le soi et le on. Un juste équilibre entre ces directions spatiales garantit la mesure.

L'expérience du jardin convie en toute simplicité à un retour aux justes proportions spatiales perdues dans les « formes manquées de la présence », et appelle à la mesure. Vertigineux ou écrasé par la réalité, le sujet gagnera au jardin la rencontre avec une plus juste mesure dont l'enjeu est la croissance et l'assurance modeste de plus fragile que soi. »

L'équipe suédoise de Gonzalez *et al.* fait également appel à une approche phénoménologique pour expliquer les processus psychiques en jeu chez le sujet participant à un atelier d'HT (2011). Ils partent du principe que les questionnements existentiels ont une dimension personnelle, sociale et physique. « Selon Van Deurzen (1988), la dimension physique, ou monde naturel, est la plus fondamentale. De la même façon, la phénoménologie de l'existence implique d'être dans le monde réel. Le sens de l'existence, ou plus spécifiquement « la signification terrestre », peut être créée ou redécouverte dans l'univers observable et implique de se vivre comme appartenant à une existence plus vaste et plus intense. Pour certains, s'accorder avec le monde naturel apporte le sentiment d'exister, et passe le plus souvent par les activités de loisir. L'existence humaine prendrait sens en tant qu'élément de la nature et du monde biologique. Éprouver une continuité avec la nature et le monde biologique pourrait être une dimension particulièrement porteuse de sens dans le contexte de l'HT.

Le jardinage est souvent décrit comme un loisir créatif et spirituel au cours duquel la dimension existentielle peut être atteinte via des expériences actives ou passives. Un jardin peut avoir un sens personnel en tant que lieu d'intimité, lieu pour comprendre la nature, ou lieu où l'on peut aider à la sauvegarde de la planète. L'implication dans l'environnement naturel peut aussi être la source d'un processus de réflexion aidant le sujet à trouver un sens au passé et planifier le futur.

Trouver du sens au travers du jardinage peut aussi être un récit personnel impliquant la découverte de la cohérence de la nature et de sa propre histoire de vie. Le sens peut provenir des expériences esthétiques vécues au travers des réactions affectives. Selon Ulrich (1983), la première réaction humaine aux plantes est affective, et cette réaction affective, lorsqu'elle survient, ouvre la voie à la découverte de significations et de souvenirs. La nature et les jardins, en tant que concepts environnementaux, sont aussi des métaphores de divers aspects de la vie : l'infiniment grand et l'infiniment petit, le beau et le laid, l'évolution et la déchéance. Reconnaître ces qualités métaphoriques aux jardins pourrait rapprocher le sujet de la compréhension de sa propre vie. »

3- Revue de la littérature sur l'évaluation des bénéfices de ce type d'atelier en psychiatrie

Malgré la longue tradition historique de l'usage de l'horticulture dans les soins psychiatriques, la recherche formalisée sur ce sujet est plutôt rare, comme nous l'avait déjà démontré en 2003 Sempik *et al.* dans leur analyse de la littérature sur l'usage de l'HT.

Notre revue de littérature avait pour objectifs de rechercher de façon exhaustive les travaux ayant évalué l'intérêt et l'efficacité des programmes d'HT qui s'adressent spécifiquement à des personnes atteintes de troubles psychiatriques et de décrire leurs différentes modalités d'intervention, afin d'en dégager les principes généraux.

Sur le plan méthodologique, ont été examinées les études portant sur ce thème précis, dont la méthodologie répond à un minimum de critères de standardisation et publiées dans des revues indexées dans Medline, The Cochrane library et Google Scholar.

Compte tenu de l'absence de consensus sur la distinction entre « *therapeutic horticulture* » et « *horticultural therapy* », les 2 termes ont été utilisés pour la recherche systématique. La recherche initiale a donc porté sur une combinaison de termes comprenant: « *horticultural therapy* », « *therapeutic horticulture* », « *healing garden* » et « *psychiatry* ». Aucun article n'a été retrouvé dans le moteur de recherche spécialisé PubMed. Dans celui de The Cochrane Library, on relève un seul article portant sur une revue de la littérature des effets de l'HT chez les patients schizophrènes (Liu *et al.*, 2014) qui elle-même n'inclut qu'une seule étude contrôlée randomisée remplissant leurs critères d'inclusion, celle de Kam & Siu de 2010.

Dans le moteur de recherche Google Scholar, nous avons relevé 3 études expérimentales sur l'évaluation des effets d'un programme d'HT chez des patients souffrants de troubles psychiatriques. Chacune des 4 études est détaillée plus bas et synthétisée dans un tableau récapitulatif situé à la fin de ce chapitre.

➤ Une équipe de chercheurs tokyoïtes a réalisé une revue de la littérature de 1990 à septembre 2013 sur les études contrôlées randomisées évaluant les effets de l'HT pour les patients souffrant de maladies répertoriées par la *International Classification of target Diseases* (ICD-10) (Kamioka *et al.*, 2014). Sur des centaines d'articles répertoriés, seulement 4 études ont répondu aux critères de validité de Cochrane et ont été retenus. Elles traitaient de patient souffrant de démence, d'hémiplégie post-AVC et de maladie mentale sévère telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires et la dépression. Ces études ont montré une efficacité significative sur la santé mentale et le comportement. Toutefois, elles présentaient plusieurs omissions au niveau des méthodes utilisées pour la randomisation, l'analyse en aveugle et en intention de traiter, ce qui les qualifie de faible niveau de preuve. Malgré le peu de preuve significative dans ces études, on relève une efficacité de l'HT sur la schizophrénie, la dépression, la démence et les soins palliatifs. L'équipe conclue sur la nécessité de réaliser des études contrôlées randomisées suivant les critères de Cochrane et la méthodologie de CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) afin d'obtenir des résultats à haut niveau de preuve sur les effets de l'HT. Ils détaillent également les éléments absents, et malgré tout importants, dans ces 4 études. Notamment, les effets indésirables, les perdus de vue, le coût et la durée de l'intervention ainsi que la description d'une *check-list* générale sur l'hortithérapie. Cette étude n'a pas été incluse dans le tableau récapitulatif car la population étudiée n'est pas exclusivement constituée de personne souffrant de trouble psychiatrique.

➤ En 2010, au sein d'un ESAT de Hong-Kong, une équipe de thérapeute a tenté d'évaluer l'efficacité d'un programme d'hortithérapie sur le stress, la performance de travail et la qualité de vie de personne souffrant de maladie psychiatrique sévère telles que des troubles psychotiques (schizophrénie, trouble schizo-affectif, psychose non spécifiée), des troubles bipolaires et des dépressions et travaillant en milieu protégé (Kam & Siu, 2010). L'ESAT était composé d'une ferme et de différents jardins : « Sensory garden, Activity garden, Farm garden, Display garden, Practical garden ».

Cette étude contrôlée randomisée en simple aveugle incluait 24 personnes, assignées soit au groupe expérimental soit au groupe contrôle. Deux personnes ont abandonnés après avoir

commencé le groupe expérimental. Les 10 participants au groupe expérimental ont bénéficié de 10 séances d'1h par jour, sur 2 semaines, pendant que les 12 personnes du groupe contrôle ont continué de participer seulement aux ateliers conventionnels.

Les objectifs de chaque groupe étaient :

a) enseigner les connaissances et savoir-faire de base en horticulture et développer l'intérêt de travailler avec les plantes.

b) partager des expériences relaxantes et des stratégies d'adaptation au travers du travail avec les plantes.

c) promouvoir le partage et la socialisation à travers la participation.

Des objectifs étaient définis pour chaque séance (cf table 1). Les premières commençaient par une introduction aux techniques d'horticulture. Ensuite elles développaient le partage d'expériences apaisantes et des stratégies de *coping* au travers le travail des plantes, ainsi qu'elles favorisaient les relations sociales. Chaque séance débutait par un accueil des participants, une introduction à l'activité qui était ensuite réalisée, avant de terminer par un temps de partage groupal. A la fin de chaque session le groupe expérimental rejoignait les ateliers habituels.

Tableau regroupant les thèmes des séances abordées durant le programme :

Table 1. Session titles and objectives of the horticulture activity programme		
No.	Session title	Session objectives
1	Orientation (Sensory, Activity, Farm, Display, & Practical Gardens)	• Introduction to the programme.
2	Organic Tips (Practical Garden)	• Garden tour.
3	Cultivation and Growth (Farm Garden)	• Give an introduction to organic farming.
4	Small Steps Toward Great Success (Farm Garden)	• Review life story and successes in coping with life events.
5	The Great Day (Farm Garden)	• Teach and practice watering and fertilizing plants.
6	Herbs for Relaxation (Sensory Garden)	• Improve understanding about importance of protective factors in coping with stress.
7	Be Tough as a Scarecrow (Activity Garden)	• Teach and practice weeds removal and loosening soil.
8	Taste the Herbs (Activity Garden)	• Sharing of experience related to coping strategies.
9	Bringing It to Life (Activity Garden)	• Teach harvesting skills, and how to examine and taste vegetables.
10	Grow With Support (Display Garden)	• Share about their past interests and successful events.
		• Introduction to herbs, and make drawing of and identify different herbs.
		• Share experiences related to their personal interests.
		• Make a scarecrow.
		• Share experience related to handicraft project and coping with stress.
		• Make herb tea bags.
		• Share strategies related to self-management of diet.
		• Teach the procedures of potting plants
		• Share their hopes, wishes, and future.
		• Visit and introduction to greenhouse.
		• Sharing on the activity group experience.

Les participants ont été évalués avant et après le programme d'HT, en utilisant les échelles d'évaluation suivantes:

.La version chinoise de la *Depression Anxiety Stress Scale 21* (DASS)

.La *Work Behavior Assessment* (WBA),

.La version chinoise de la *Personal Wellbeing Index* (PWI-C)

Les résultats de cette étude rapporte une différence significative entre les 2 groupes au niveau des résultats de la DASS21 (p=0,01) contrairement à la PWI-C et la WBA.

Dans cette étude pilote, l'équipe conclut que la participation au programme d'HT, en association aux soins standards, a eu un effet sur la diminution du niveau de stress, d'anxiété et de dépression. L'étude de l'impact de ce type de thérapie sur les performances de travail et

la qualité de vie restant à approfondir. Cependant, ces résultats n'émergent que d'une seule petite étude d'une durée très courte. (Liu et al., 2014)

➤ Une étude prospective et contrôlée, réalisée en 2004 par une équipe de chercheurs coréens, a tenté d'évaluer si l'HT peut contribuer à améliorer la sociabilité, l'estime et la confiance en soi de patient souffrant de schizophrénie chronique (Son *et al.*, 2004).

50 participants ayant des symptômes d'intensité comparable ont été sélectionnés. 25 ont participé au groupe expérimental et les 25 autres composaient le groupe contrôle. L'équipe ne précise pas la méthode de constitution des 2 groupes (randomisation ? aveugle ?). Le groupe expérimental a bénéficié d'une séance d'HT 2 fois par semaine pendant 5 mois.

L'évaluation s'est faite par la passation de plusieurs échelles : Relationship Change scale (RCS) ; Self-Esteem Scale (SES); Social Behavior Scale (SBS); Symptom Checklist 90 Revision (SCL-90R) Evaluation of Horticultural Activity (EHA). Chacune évaluant respectivement, les échanges relationnels, l'estime de soi, les compétences sociales et la symptomatologie. Les passations de chaque échelles ont été réalisées 3 fois dans chaque groupe : avant, à mi-parcours et à la fin du programme d'HT.

Selon les résultats obtenus dans le groupe expérimental, les scores de la SES ($P < .001$) et de la RCS ($P < .05$) ont significativement augmenté. De même, pour les scores de communication non verbale ($P < .05$) et du contenu de la conversation ($P < .05$) à la SBS. Selon la SCL-90R, les scores de sensibilité interpersonnelle ($P < .05$), dépression ($P < .05$) et anxiété ($P < .05$) ont significativement diminués dans le groupe expérimental. En ce qui concerne l'EHA, une amélioration significative a été observée au niveau de la participation et des concepts de Soi et d'identité.

L'équipe conclue sur l'efficacité de l'HT comme alternative thérapeutique pour améliorer les problèmes psychologiques, émotionnels et sociaux des patients atteints de schizophrénie chronique.

➤ Une équipe de chercheurs norvégiens a publié les résultats de 2 études prospectives sur les effets d'un programme d'atelier d'horticulture sur l'amélioration des dépressions sévères (Gonzalez *et al.*, 2009 ; 2011). Cette étude fait partie d'un large projet sur les effets bénéfiques des activités thérapeutiques dans les fermes urbaines pour les personnes souffrant de maladie mentale. Le programme était constitué d'activités de jardinage actif (semis, germination, repiquage, rempotage, plantation, bouturage) et d'activités passives (promenade, contemplation paysage, cueillette, observation de la faune et flore).

La première étude, qui date de 2008, comprenait 18 individus souffrant, selon le DSM-IV, d'épisode dépressif majeur ou de dysthymie ou d'un épisode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire de type II (score à l'échelle de dépression de Beck ≥ 15). Des évaluations (Echelle de dépression de Beck ; *Life Regard Index—Revised version (LRI-R)* ; questionnaire de 4 items sur l'élan vital) ont été réalisées avant, puis à la fin du programme de 12 semaines et, enfin, 3 mois après, démontrant une diminution de l'intensité de la dépression demeurant stable dans le temps. Les scores à la BDI ont diminué de 9.7 points ($p < .001$) entre les pré-tests (27.3) et les post-tests ($\Delta BDI \geq 6$) pour 72% des cas (diminution stable après 3 mois de suivi). Les scores de l'AFI ont augmenté de 10.2 points entre les pré-tests (68.8) et les post-test ($p=0.06$). Les plus grands changements de score ont eu lieu dans les premières semaines du programme. La diminution des scores à la BDI est corrélée à l'augmentation de la capacité attentionnelle des participants. Les plus grands changements de score ont eu lieu dans les premières semaines du programme. Des résultats contradictoires sont apparus en ce qui concerne l'évolution de l'élan vital qui semble s'améliorer selon le questionnaire de 4 items contrairement aux résultats de la LRI-R.

La deuxième étude, réalisée en 2009, comptait 28 participants. Le même protocole a été mis en place, hormis pour l'évaluation de l'élan vital. La LRI-R étant remplacée par la *Sense of Coherence Scale (SOC)*. Malgré ce changement d'échelle, les résultats étaient similaires la première étude.

Les effets bénéfiques sur la dépression seraient dues à une mise à distance des préoccupations au travers de l'investissement d'une activité plaisante et intéressante ainsi que l'intégration au sein du groupe de participant.

Tableau 1 récapitulatif des articles sélectionnés:

Auteurs	Kam MCY, et al.	Son KC, et al.	Gonzalez MT, et al.	Gonzalez MT, et al.
Revue, année	<i>Hong Kong J Occup Therapy</i> , 2010	<i>ISHS, Acta Horticulturae</i> , 2004	<i>Research and Theory for Nursing Practice</i> , 2009	<i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 2011
Titre	Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness	Effect of Horticultural Therapy on the Changes of Self-Esteem and Sociality of Individuals with Chronic Schizophrenia	Therapeutic Horticulture in Clinical Depression: A Prospective Study	A Prospective Study of Existential Issues in Therapeutic Horticulture for Clinical Depression
Objectif	Etudier les effets de l'HT sur le stress, les performances de travail et la qualité	Evaluer si l'HT peut contribuer à améliorer la sociabilité, l'estime et	Evaluer si l'HT peut diminuer l'intensité d'un épisode dépressif majeur	Evaluer si l'HT peut permettre de stimuler l'élan vital chez les patients souffrants

	de vie chez des personnes souffrant de pathologies psychiatriques	la confiance en soi des patients souffrant de schizophrénie chronique		d'un épisode dépressif majeur
Lieu	Chine, Hong-Kong. ESAT	Corée, Séoul. Centre de santé publique/dispensaire	Norvège. Dans 4 fermes urbaines.	Norvège. Dans 4 fermes urbaines.
Participants (nombre et pathologies)	24 Troubles psychotiques, Troubles bipolaires Episodes dépressifs majeurs	50 Schizophrénie	18 Dépression	28 Dépression
Programme d'intervention (durée, fréquence et activités)	10j consécutifs (1h/j) activités (cf table1).	5 mois 1h 2x/semaine	12 semaines 1 séance de 3h, 2x/semaine activités de jardinage actif et passives	Idem à l'étude de Gonzalez et al. de 2009
Critères d'évaluation primaire et secondaires	-Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS21) -Work Behavior Assessment (WBA) -Personal Wellbeing Index (PWI-C)	-Relationship Change scale (RCS) -Self-Esteem Scale (SES) -Social Behavior Scale (SBS) -Symptom Checklist 90 Revision (SCL-90R) -Evaluation de l'Activité Horticole (EAH) avant, à mi chemin et à 5 mois	-Beck Depression Inventory (BDI) -Attentional Function Index (AFI) à T0, à 4, 8 et 12 semaines et 3 mois après la fin. -Evaluation de l'avis des patients à 4, 8 et 12 semaines	- Beck Depression Inventory (BDI) - Sense of Coherence Scale (SOC), version à 13 items, à T0, à 4, 8 et 12 semaines et 3 mois après la fin.
Randomisation	Oui	Non précisé	Non	Non
Aveugle	Oui	Non précisé	Non	Non
Nombre de participants analysés	2 groupes : expérimental (n = 10) contrôle (n = 12)	2 groupes : expérimental (n = 25) contrôle (n = 25)	1 seul groupe expérimental (n = 16)	1 seul groupe expérimental (n = 28)
Résultats	Seule la DASS-21 montre une différence significative entre les 2 groupes (p<.01), contrairement à la WBA et la PWI-C.	Ont augmenté, seulement dans le groupe expérimental, les scores à la RCS (p<.001), la SES (p<.05) et la communication non-verbale (p<.05) et le contenu de la conversation (p<.05) à la SBS. Et Ont diminué à la SCL-90R les scores d'anxiété (p<.05), de dépression(p<.05) et de sensibilité interpersonnelle (p<.05)	- Diminution stable des scores pré et post-tests à la BDI (p<.001) pour 72% des cas - Augmentation des scores pré et post-tests de l'AFI (p=0.06).	- Les scores à la BDI ont diminué significativement (ils sont restés stables et significatifs après 3 mois de suivi). - Les scores à la SOC ont augmenté de manière non significative
Conclusion	L'HT est efficace sur la diminution du niveau d'angoisse,	L'HT diminue les niveaux de dépression, anxiété et	L'HT favorise la diminution du niveau de dépression et	L'HT favorise la diminution du niveau de dépression mais ne

	de dépression et de stress	sensibilité interpersonnelle et améliore l'estime de soi, les échanges relationnels, la communication non verbale et le contenu de la conversation des psychotiques chroniques. l'intensité	améliore les capacités attentionnelle en demandant peu d'effort de concentration et en interrompant les ruminations	participe pas à l'amélioration de l'élan vital
--	----------------------------	---	---	--

Discussion :

Plusieurs remarques émergent de cette revue de la littérature sur les études expérimentales évaluant les effets d'un programme d'HT chez des personnes souffrants de pathologies psychiatriques. Tout d'abord que le nombre d'étude sur le sujet est très faible, comparé notamment à celles effectuées auprès de population gériatrique. Au niveau de la méthodologie, la comparaison à un groupe témoin et la randomisation en simple aveugle n'étant pas systématique, ces études gardent un faible niveau de preuve. On remarque également, l'absence de description systématique et détaillée des activités qui constituent le programme d'HT. Seule l'étude de Kam & Sui a réalisé un tableau qui les synthétisent. Il aurait également été intéressant d'avoir des données sur l'observation d'effet secondaire ou indésirable, psychique ou physique, liés à la participation au programme d'HT. Enfin d'un point de vue pratique, il aurait été intéressant de connaître le coût et les modalités de financement de ce type de programme.

Pour conclure, on observe que des 4 études citées, toutes ont démontrée une efficacité sur l'amélioration des scores de dépression ainsi que sur ceux de l'anxiété pour les études de Kam et Sui et Son *et al.*

4- Intérêts de la mise en place d'un atelier d'HT

a) Les fonctions psychiques

Sans développer les fonctions psychiques selon une école de pensée particulière, nous avons tenté de les décrire selon une approche intégrative traversant à la fois la psychanalyse, le cognitivisme et la phénoménologie. De même que nous sommes partis de constations sur les

fonctions psychiques des thérapies médiatisées que nous avons étendue, pour certaines au cadre de la thérapie médiatisée par le jardin. Des observations et résultats d'étude descriptive ou expérimentale viennent les illustrer.

Ce plan s'inspire de celui proposé par le Dr Fabienne Bernadou, pédopsychiatre, dans son mémoire sur les psychothérapies médiatisées par les jardins japonais (2010).

L'EXPERIMENTATION D'UN ESPACE TRANSITIONNEL

« Entrer au jardin, c'est aller à la rencontre du jeu sans cesse renouvelé de la nature et donc accéder soi-même au jeu » (Escudero, 2000).

Boucard *et al.* (2001) rajoute: « dans la maladie psychotique, la confusion entre le symbolique et l'imaginaire serait contenue par l'outil de médiation ». On peut alors faire un rapprochement théorique entre la thérapie médiatisée et ce que Winnicott décrit chez l'enfant lorsqu'il développe le concept d'espace transitionnel dans son livre intitulé *Jeu et réalité, l'espace potentiel*: « Et c'est surtout la fiabilité de l'environnement maternel dans ses capacités contenantantes qui va permettre que la rencontre entre le dedans et le dehors ne soient pas vécus comme un empiètement mais comme une expérience initiée par lui-même et source de renforcement du sentiment d'unité et d'existence ». Le petit enfant se situe dans un état intermédiaire entre l'incapacité à reconnaître et accepter la réalité, et la capacité qu'il va acquérir progressivement de le faire. L'objet transitionnel va ainsi éviter la séparation mais aussi la permettre.

L'atelier est un espace qui offre un climat bienveillant favorisant la régression sur le plan psychique associé à un sentiment de sécurité. Ce cadre est un préalable nécessaire à la mise en place de relations interindividuelles participants au processus thérapeutique.

Le lieu de l'atelier intègre 2 dimensions complémentaires, celle du jeu et celle du travail thérapeutique. Il permet alors une non-exclusivité du monde interne et une non-emprise de la technique, d'où va pouvoir émerger une activité psychique. Le patient peut alors s'approprier cet espace stable, fixe donc structurant, afin de pouvoir projeter et introjecter des satisfactions pulsionnelles et sensorielles.

Par extension, le cadre de l'atelier au jardin, espace transitionnel au sens de Winnicott, va permettre pour les patients psychotiques de déposer la partie malade et la distanciation avec

les angoisses de morcellement à l'intérieur de cet enclos. Les murs ou la clôture assurant la cohésion des tensions internes en présence.

CONTENANCE, LA FONCTION DES ENVELOPPES :

➤ LE SCHEMA CORPOREL ET LE POSITIONNEMENT :

Par le travail indirect sur les fonctions exécutives, le schéma corporel et le positionnement du corps de façon réelle et symbolique, on tente de réparer les enveloppes psychocorporelles fragilisées, détruites ou non encore construites du fait de la maladie mentale.

- De façon réelle, car la pratique du jardinage implique de tenir debout, d'exercer une activité minimale utilisant le corps en entier et de travailler ainsi les fonctions cérébelleuses statiques pour obtenir l'équilibre, mais aussi dynamiques par le maintien du tonus postural. La motricité volontaire et involontaire entre forcément en jeu, médiée par la sollicitation des fonctions exécutives, afin de planifier, organiser et mettre en acte la tâche à accomplir.

Plusieurs études ont démontrées l'efficacité de la pratique du jardinage sur les fonctions motrices et cognitives au travers notamment de l'amélioration de la motricité fine et grossière et de la coordination oculomotrice (Moore, 1989). De même que pour le fonctionnement cognitif (Kaplan & Kaplan, 1989 ; Herzog *et al.*, 1997), notamment en améliorant la concentration (Wells, 2000), en stimulant la mémoire (Namazi & Haynes, 1994), en augmentant les capacités d'attention (Hartig *et al.*, 1991 ; Ulrich, 1999) et en améliorant globalement la réalisation de tâche (Willems & Sperling, 1983).

- Sur le plan symbolique, on cherche à unifier le schéma corporel morcelé, de même que pour le morcellement psychique, induit par la maladie mentale. En recherchant le sentiment d'être un et entier, en améliorant la perception et la représentation du corps dans son ensemble, on aide à la distinction Soi/Non soi altérée par la maladie mentale. Ce travail passe par l'activité concrète au jardin et le toucher qu'elle implique. Toucher la matière (terre, plantes) implique la sensation qu'elle nous touche en retour et ainsi procure la sensation de se sentir soi-même et fait prendre conscience de l'enveloppe cutanée externe. Cette conscience de la matérialité permet également d'établir un point d'ancrage dans la réalité par rapport à la pensée délirante.

➤ LES ENVELLOPPES PSYCHOCORPORELLES SELON ANZIEU

Ces fonctions de contenance mises en avant dans ce chapitre ne sont pas sans rappeler le lien historique et étymologique des mots jardin et paradis. Le premier ayant pu être considéré comme une figuration du paradis qui a pour caractéristiques d'être clos, enveloppé, contenu.

La « Théorie du Moi-peau » selon Anzieu définit le concept d'enveloppes psychocorporelles comme conteneurs de l'identité et du sentiment de soi, si défaillant dans la maladie mentale (Anzieu, 1995). Déjà abordé par Winnicott dans son livre *Les objets transitionnels* où il nous dit : « On admet généralement qu'une définition de la nature humaine, si elle est présentée en fonction des relations interpersonnelles, demeure inadéquate, même si l'on tient compte de l'élaboration imaginaire de la fonction, de tout l'ensemble de l'activité fantasmatique consciente et inconsciente, l'inconscient refoulé y compris. Les recherches menées depuis vingt ans nous permettent de décrire les personnes d'une autre manière : on peut dire que pour tout individu qui a atteint le stade de l'unité (avec une membrane qui l'enclot et délimite un intérieur et un extérieur), il existe une réalité intérieure – un monde intérieur riche ou pauvre, en paix ou en conflit » (Winnicott, 1951).

Les fonctions biologiques de la peau servant d'étayage au développement psychodynamique de l'enfant, à la construction psychique du sujet/du Moi et peuvent être mises à mal dans les situations pathologiques. Les 8 fonctions des « peaux d'Anzieux » sont les suivantes et sont particulièrement applicables à l'atelier médiatisé (Granier, 2014) :

-la **maintenance (ou consistance)**: Cette fonction est liée à ce que Winnicott a nommé le *holding*, la façon dont la mère porte l'enfant, la façon dont elle soutient le corps du bébé. La pulsion d'agrippement du bébé entre en jeu et c'est le holding de la mère qui va ou non sécuriser l'enfant. Cet appui maternel extérieur, avant même que l'enfant puisse se redresser par lui-même est garant de la possibilité d'intérioriser un sentiment d'unité et de solidité. Ce sentiment permet de constituer un premier axe corporel, de l'ordre de la verticalité, de la lutte contre la pesanteur, axe contre lequel peut s'appuyer l'enfant et qu'il intériorise également en une colonne vertébrale psychique, un premier axe mental organisateur. Cette fonction correspond physiologiquement à la main de la mère. La carence de maintenance conduit aux angoisses de désassemblage/de morcellement du corps et de la psyché.

-la **contenance** : Liée à la fonction maternelle du *handling*, c'est à dire la façon dont l'enfant a été touché, a bénéficié de soins corporels appropriés à ses besoins. Elle permet de déterminer un contenant par la fonction du conteneur qu'est la peau, cette enveloppe homogène

susceptible d'être réceptacle pour les apports nourriciers psychiques ou matériels. En d'autres mots, de même que la peau enveloppe tout le corps, le moi-peau vise à envelopper le psychisme dans sa totalité, comme une écorce. Le moi-peau, vécu comme une écorce, nécessite un noyau qui est le Ca, lieu des pulsions qu'il se doit de contenir. Cela correspond physiologiquement à la couche embryologique endodermique préfigurant le contenant, le sac digestif, et l'ouverture dedans-dehors. Deux formes d'expérience angoissante sont liées aux carences de contenance. D'une part, l'expérience d'une excitation pulsionnelle permanente, difficile à localiser et à identifier dans laquelle la topographie psychique est constituée par un noyau sans écorce. Le sujet recherche alors une enveloppe de souffrance comme enveloppe substitutive. D'autre part, une enveloppe trop discontinue provoque une angoisse diffuse exprimant celle de se vider.

-les fonctions de **constance** et de **pare-excitation** : D'abord assumée par la mère puis ensuite par la peau de l'enfant, cette fonction va permettre l'évitement d'une excitation trop grande induite par les attaques ou les stimulations externes. Elle contribue à préserver l'homéostasie énergétique et permet d'atteindre une constance à ce niveau-là. Physiologiquement, elle correspond à la seconde peau embryologique mésodermique, prémisse du système musculo-tendineux.

- la **signifiante** : Elle consiste à donner du sens à la perception, à la sensation jusqu'alors innommée. Les perceptions sensorielles constituant déjà un écran (une autre peau) filtrant ce qui est réceptionné du monde extérieur. Ses correspondances physiologiques sont les organes sensoriels issus embryologiquement de l'ectoderme.

-l'**intersensorialité** : C'est une phase synthétique où le moi-peau devient une surface psychique qui relie les sensations de différentes natures et permet de faire des correspondances entre elle, sur fond d'enveloppe tactile. Ce fond commun permet de donner un sens commun à toutes les sensations réunies. Physiologiquement cela correspond au système nerveux et notamment au cortex associatif.

-l'**individuation de soi** : Le Moi-peau contribue au sentiment d'identité. Représentée par la barrière cutanée, elle est l'affirmation et le sentiment de cohérence de soi, la reconnaissance devant le miroir, qui permet l'instauration de la familiarité et enfin qui permet l'altérité, c'est-à-dire la reconnaissance de l'Autre. La barrière cutanée, ectodermique est la correspondance physiologique de cette fonction. Son manque se traduit par le sentiment d'« inquiétante étrangeté », l'angoisse de perte de l'identité dans la dépersonnalisation.

-la **recharge libidinale**/énergétique du fonctionnement psychique. Lorsque le Moi-peau du nourrisson se constitue en partant des premières impressions fournies par le Moi-peau

maternel, celui-ci lui fournit un premier sentiment d'être, d'exister appartenant à la pulsion d'attachement. C'est une qualité sensible intrinsèque à ces « impressions », qui vont se transformer en sensations. Cela sous-tend le maintien postural, la tonicité adaptée, sans excès et sans manque. Sa correspondance physiologique serait mésodermique.

-la **sexualisation** : La peau, investit comme source de plaisir grâce aux soins tactiles de l'entourage maternant, se sexualise par la découverte et l'exploration des zones érogènes par l'auto-érotisme et devient la surface soutenant l'excitation sexuelle. Cela correspond physiologiquement aux muqueuses.

-l'**inscription psychique**/le stockage est la mémorisation des expériences sensorielles puis cognitives, c'est l'inverse de la sensation superficielle, elle permet une inscription dans le temps et donc une historicité. Sa correspondance physiologique serait les tissus graisseux.

Ces fonctions sont mises à profit dans les effets thérapeutiques recherchés en atelier médiatisé, des plus contenantes et des plus primitives aux plus régulatrices et aux plus complexes. La théorie des enveloppes s'applique aux différents champs des fonctions psychiques de l'atelier au jardin: contenance, continuité et étayages.

➤ STIMULER ET CONTENIR LES AFFECTS :

-Source d'une « solitude réflexive » :

Dans une de ses études sur les effets bénéfiques du jardinage, Kaplan explique que c'est une activité source de fascination, sous-tendue par une attention involontaire. Les jardiniers sont souvent complètement absorbés par leur travail et n'ont pas le sentiment de faire un effort demandant une attention volontaire et ont d'autant plus l'impression de se détendre par rapport au reste de la journée (Kaplan, 1973).

Le Dr Granier nous rappelle qu'au delà du cadre du jardin, il est intéressant de « se cultiver », en faisant des sorties dans la nature pour reconnecter avec un environnement non travaillé. Etre à la fois dans le bien être de l'activité physique et retrouvé un éprouvé sensoriel et émotionnel. La « solitude réflexive » induite par la marche permet de laisser ainsi l'esprit penser, vagabonder.

Le jardinage offre également un moment de solitude réflexive, sous-tendue par une attention involontaire, contexte propice à l'émergence de pensées et d'affects.

-Des réponses émotionnelles :

J. Escudero nous indique, dans un article publié en 2000 dans la revue *Santé Mentale* : « Au jardin, la place de l'objet crée (Land Art) et/ou élevé (semé, cultivé...), outre sa fonction médiatrice, revêt un aspect sensible, indicible, sensoriel et émotionnel qui renvoie à l'histoire du sujet (voir la place qu'occupent les fleurs [...] dans notre société à l'occasion des fêtes, naissances, mariages, décès,...). La végétation, par sa simple présence, suscite en chacun des réponses émotionnelles et physiologiques aptes à participer au processus de guérison. En touchant le regard, les couleurs du jardin réveillent les charges émotionnelles liées aux événements passés [...] Par l'accès aux mémoires sensorielles qu'il ouvre et à travers les possibilités de réminiscence, le jardin offre à «reconstruire le réel», permettant ainsi un travail véritablement psychothérapeutique ».

Cette stimulation des affects passe par un abord médiatisé indirect qui n'implique pas forcément le symbolique et la verbalisation. L'absence d'intrusion par le langage signifiant évite l'angoisse que cela peut susciter dans la maladie mentale. Pour ces sujets dont l'expression verbale souvent déficiente rend difficile l'accès aux psychothérapies classiques, la médiation stimule les processus de pensée et favorise l'expression des sensations sur un mode préverbal. L'expression émotionnelle y est souhaitable pour lutter contre l'alexithymie mais elle est surtout non-verbale et permet l'économie partielle de la mentalisation des liens intra-psychiques qui émergeront peut-être plus tard (Bernadou, 2010). Escudero rajoute qu'« A travers la production (œuvre qui est ici l'ordonnancement d'un espace avec les végétaux ou création végétale), la possibilité est donnée au sujet de retrouver des émotions, des affects sur lesquels la parole peut venir se poser. L'objet végétal permet de définir un espace de communication et de relation entre le patient et le thérapeute ».

-Une expérience créatrice :

La créativité, souvent frustrée par la maladie psychotique, est un moyen d'expression de soi. L'HT offre l'opportunité de beaucoup d'expérience créatrice telles que penser le paysagisme du jardin ou faire du Land Art. Escudero illustre ce propos en nous disant : « L'imaginaire en lien avec le potentiel créateur en chaque graine, plant, végétal est mis en action en vue de déclinaisons identitaires variées quant aux palettes offertes de formes, couleurs, senteurs, contacts. Comme dans l'art-thérapie, la personne devient sujet de sa production, et dès lors la création agit en retour sur son auteur. ».

A un autre niveau, les plantes offrent également une expérience créative de vie et de croissance. L'expérience de participer à la croissance des végétaux et s'inscrire dans un cycle

vivant stimule l'élan vital, s'opposant à la pulsion de mort. Elle inclut le sujet dans une dynamique positive, qui part du présent et oblige à se projeter dans le futur pour penser, imaginer le végétal en croissance.

➤ APAISEMENT DES SYMPTOMES

La contenance et le travail sur les enveloppes vont permettre l'apaisement des symptômes. Une décentration face aux idées délirantes et une mise à distance des productions hallucinatoires tend à s'opérer durant l'activité grâce à l'implication physique et psychique du patient dans celle-ci et l'apaisement sensoriel qu'elle suscite.

Certaines études ont d'ailleurs démontrées que ce type d'atelier favorise le sentiment de calme et d'apaisement (Moore, 1989 ; Relf, 1992). Selon Escudero, l'impact visuel de la nature participe à cet apaisement : « Les couleurs harmonieuses (le vert apaisant...) ralentissent les rythmes du corps, apportant la détente du sujet». Stamm & Barber (1978) avait déjà démontré, en 1978, l'effet d'un atelier d'HT sur la diminution de la tension et de l'anxiété chez les participants qui rentraient alors plus facilement en relation entre eux. Cette observation a été confirmée par d'autres études plus récentes, notamment celle de Stepney & Davis en 2004.

PRISE DE CONSCIENCE D'UNE CONTINUITE

Face à la désorganisation des symptômes psychotiques et la discontinuité de la pensée l'on cherche à amener le patient vers l'organisation, la continuité, la stabilité et la régularité. Cette continuité réelle et psychique se travaille au travers des repérages spatiaux et temporels incarnés par l'institution, l'atelier et la naturalité du jardin.

➤ LA FONCTION D'ACCUEIL

Au sujet de la fonction d'accueil que toute institution porte, le Dr Girard nous dit « Ce long travail de construction d'un cadre psychique, c'est-à-dire de composition topique et de sédimentation dans le temps, constituera l'essentiel du travail institutionnel au sens large, articulation souple, vivante et non étanche entre soignants. »(Bourjac, 2012). Cette fonction d'accueil dans cet espace, qu'il soit celui du jardin, de l'atelier ou de l'institution dans son ensemble, est le premier exemple de l'idée du soin et de la continuité qu'il apporte. La continuité, cet équivalent dans le temps de la contenance dans l'espace, est source de stabilité

et réassurance pour le patient. Elle s'installe avec la régularité essentielle des temps d'atelier. Toutes les semaines, afin d'entretenir les plantes qui sinon ne pourraient subsister, le patient viendra participer à l'atelier où il est attendu. La continuité du référent-soignant de l'atelier est également primordiale. Le tout étant d'éviter que le sujet retrouve une discontinuité existentielle et un morcellement, symptomatiques de la maladie psychotique. On peut toutefois utiliser les moments d'absence du soignant-référent ou de l'atelier pour travailler sur l'absence et l'attente, souvent vécues de façon intense et brutale par les sujets souffrants de troubles psychiatriques. Cette base et ce préalable à tout atelier dans une institution, permettront au sujet de s'apaiser et d'être ainsi plus disponible psychiquement pour l'atelier.

➤ REPERAGE SPATIAL

L'orientation spatiale est facilitée par plusieurs éléments. Le jardin est d'abord un lieu dédié à l'activité, nommé comme tel, divisé en plusieurs sections avec une entrée marquée et identifiée comme un espace accueillant. Chaque zone correspond à sa fonction au sein du jardin, à l'image du corps dont chaque organe participe au fonctionnement de l'ensemble. L'espace est aussi délimité sur ses bords par une peau/clôture, qui introduit la aussi les notions de contenance et de Soi/Non-soi. Une porte permet de maîtriser la fermeture ou l'ouverture de cet espace.

➤ REPERAGE TEMPOREL

-Des repères temporels structurants :

Le jardin repose sur la conjonction d'éléments de la nature (végétation, eau, terre, pierre) qui sont l'objet de variations dues à des paramètres temporels (accroissement des plantes, éphémères des floraisons, éternité du minéral...) et des changements saisonniers (cycle des saisons, floraison, fructification...). Ces temporalités annuelle, saisonnière et naturelle structurent le temps et l'organisation, du jardin et de celui qui s'en occupe. Ce travail cognitif sur un registre mnésique aide à lutter contre la désorganisation psychique temporelle et participe au maintien des patients dans une réalité structurante.

-Une expérience de la permanence de l'objet :

Instauré sur le long terme, l'atelier qui perdure au delà du départ du patient et ainsi lui permet d'expérimenter la confrontation à la permanence de l'objet malgré la séparation.

➤ DISCONTINUITÉ ET CHANGEMENTS

-La discontinuité engendre la frustration et parfois l'impulsivité lié aux besoins de satisfaction immédiate, souvent rencontrée chez les patients. Le jardin et la temporalité de la nature obligent à attendre et appréhender le vide qui sépare la graine de la future plante. Ce vide physique et psychique est temporaire et peut-être également transitionnel, au sens winnicottien, en laissant l'espace, temporel et spatial, pour une attente créatrice qui favorise le désir, la mise en œuvre des pensées, de l'imagination. L'idée étant que les patients fassent l'expérience créatrice positive de l'attente et du vide afin qu'ils soient moins synonymes d'angoisse et de violence. Cela introduit également le sentiment de continuité d'exister évoqué par Winnicott dans *La capacité d'être seul* (1958).

- La nature à une temporalité prévisible (saisons, cycle de la croissance d'une plante) et à la fois imprévisible. Par exemple, qui peut prédire qu'une graine va bien germer, s'adapter aux qualités du sol, ne pas être dégustée par un insecte ou être noyée par un orage. Ces aléas sont des petites perturbations des habitudes du jardin qui demandent à la fois de gérer la frustration de ne pas avoir obtenu ce à quoi l'on s'attendait mais aussi de stimuler des capacités d'adaptation afin de trouver des alternatives. On peut ainsi travailler de façon indirecte la tendance à la ritualisation de certains patients et apaiser l'angoisse induite par le changement. « En jardinant, chacun peut percevoir que le changement, loin de perturber, est une des aspects de l'équilibre nécessaire à la vie pour qu'elle puisse s'épanouir. » J. Escudero

LA RENCONTRE AVEC L'AUTRE AU TRAVERS DES ETAYAGES

➤ LES SOIGNANTS :

-La relation transférentielle :

La relation de transfert ou l'alliance thérapeutique est la base de tout soin. La relation qui s'instaure entre le patient et le thérapeute va permettre de travailler le rapport à l'Autre au travers des interactions précoces et des situations oedipiennes qui peuvent s'y rejouer. Le thérapeute va également venir parer/pare-exciter les conflits psychiques symptomatiques du sujet.

Hochmann nous dit « En s'incarnant dans une activité courante, le soignant dément les projections délirantes et peut ainsi entrer en contact avec son patient. Par sa récurrence régulière, l'activité commune étaye un lien interpersonnel continu capable de résister aux attaques envieuses et au clivage de l'expérience en menus morceaux »(Hochmann, 1986). Ceci rejoint également l'idée d'une continuité temporo-spatiale étayante pour les patients.

-Identifications secondaires :

Le Dr Bernadou explique ce phénomène en ce basant sur la théorie de Winnicott selon laquelle la construction de l'identité de l'enfant passe tout d'abord par le regard maternel. Pour le nourrisson, le premier Autre/la mère est d'abord parcellaire (sein, voix, regard), puis s'assemble secondairement. De même que l'enfant se rassemble par le regard maternel. Dans la situation médiatisée, le regard du thérapeute est le premier étayage pour le patient et la situation thérapeutique le place dans cette position là. Elle rajoute : « Le soignant, par son regard sur son malade, l'étaye, parce qu'il le fait « un » en lui renvoyant une image de soi vivante et unifiée, parce qu'il le nourrit psychiquement, « remplit son insight » et lui offre une activité qui le narcissise et le valorise socialement, parce qu'il est le support d'une identification secondaire. Nous retrouvons là, de fait, plusieurs reflets des interactions familiales : la fonction « maternelle », enveloppante et nutritive (phasique au sens kleinien), et la fonction « paternelle » (dynamique au sens kleinien), socialisante, qui donne un travail, qui le sort progressivement du giron maternel pour se diriger plus vers la vie externe, sociale. ».

Le Dr Bourjac modère ce propos : « il ne s'agit pas de succomber à la « tentation » de se présenter au patient sur le versant d'une aide calquée sur le modèle des soins maternels primaires mais d'interroger toujours cette tendance *naturelle*, d'y inscrire sans cesse une latence pour favoriser plutôt l'esprit d'une préoccupation simple et attentive partagée avec le patient, un autre soignant ou l'équipe soignante. [...] Il s'agit alors, pour le soignant d'opérer un certain renoncement à la jouissance tant du côté de l'acte de soin que du côté psychanalytique, et de se placer d'abord en position de *sujet supposé ne pas savoir* ».

Variabilité et immuabilité de sa présence, souplesse, capacité à supporter les attaques, cette relation thérapeutique permet au patient de s'animer et travailler sa relation à l'Autre.

-Une fonction institutionnelle :

Un des rôles de l'institution a déjà été évoqué dans la fonction d'accueil et de vecteur d'une continuité physique et psychique pour le patient. L'étayage et la figure transférentielle

qu'incarnent les soignants sont également portés par l'institution, ce qui renforce et soutient les soignants dans leur rôle.

Alfredo Zenoni nous dit que « chaque praticien peut avoir son style propre, son mode d'être présent, distraitement ou attentivement, son humour ou son sérieux ; chaque praticien peut avoir des responsabilités spécifiques, mais chacun doit contribuer à présentifier une figure de l'Autre qui permette au sujet d'y avoir une place sans la rupture du passage à l'acte. Il apparaît tout de suite que présentifier une figure pacifiante de l'Autre, promouvoir une certaine atmosphère de vie en commun, qui rende le séjour plus vivable pour tous, n'est pas l'apanage ou le devoir d'un seul praticien, et ne peut procéder que d'une orientation de travail partagée par tous les praticiens, au delà des compétences de chacun. C'est la nature de la clinique qui exige ici une réponse à plusieurs, qui commande la formation d'une équipe »(Zenoni, 2009).

➤ LE GROUPE :

-Expérience partagée d'une co-présence :

La relation à l'Autre est souvent vécue comme menaçante dans la maladie psychotique. Avant même l'interaction, il s'agit d'appréhender la présence de l'Autre. A ce sujet, le Dr Bourjac nous dit : « Dans cette médiation « non verbale » au premier abord, il s'agit d'attendre les dires du patient sans manifestement les attendre, le « laisser dire », au sens de *laisser tranquille sans laisser tomber*. Le silence à cet égard n'est pas une injonction à dire, il est d'abord et surtout l'expérience partagée d'une co-présence. C'est dans ces moments là que s'installe la première reconnaissance de l'Autre, dans sa corporéité même. Le jeu discret des regards, des sourires et des signes est déjà un premier acte de reconnaissance mutuelle, d'avant la parole échangée. Jean Oury dit « Se faire signe, ça ne prend sens parce que celui à qui on s'adresse sait déjà que quelque chose s'est passé. ». »

-Favoriser le lien:

En commençant par cette expérience d'une co-présence, il s'agit d'amener le patient vers l'interaction avec l'Autre. L'atelier permet cette rencontre en premier lieu, il crée un étayage entre les patients. L'activité partagée favorise le lien entre eux, voir l'interaction. Elle permet

un fonctionnement en double, une transmission du savoir et du savoir-faire des uns envers les autres. Les patients font alors l'expérience de l'entre-aide et de l'interdépendance.

Au delà du groupe de patient, le travail en réseau reste à l'initiative des soignants. Créer des liens, que le jardin ne soit pas un enfermement mais offre un lieu d'interface et d'ouverture vers l'extérieur. « Re-médier » en proposant des collaborations entre les ateliers de l'institution ou avec des structures extérieures afin de ne pas se renfermer sur soi-même et en s'enrichissant de l'Autre.

➤ LES ETAYAGES NARCISSIQUES :

-Face à la vision négative et destructrice du malade sur sa maladie mentale, induite notamment par ce que lui renvoie la société, il s'agit d'essayer de l'accompagner vers une vision plus positive, comme une possibilité créatrice.

Bardach a illustré cette idée dans une étude rapportant que la souplesse et l'adaptabilité de la pratique de l'HT permet de s'adapter à de nombreux handicaps, physique ou psychique (Bardach, 1975). L'HT représente une activité physique qui intègre le handicap, son sens émotionnel mais aussi la possibilité que le handicap ne gêne pas la participation et l'accomplissement de l'activité, ce qui favorise la reconnaissance et l'acceptation du trouble.

-La dépendance des plantes à l'égard des soins qu'on leur apporte implique un sentiment de responsabilité, vécu de façon très valorisante par les patients. Cela développe également la notion du soin en général, le soigné devenant alors d'une certaine façon soignant et peut introduire par ce biais là des notions d'éducation thérapeutique.

Toutes les fonctions psychiques potentielles de l'atelier médiatisé par le jardin visent toujours l'autonomie psychique des patients par la cicatrisation des troubles induits par la maladie mentale. L'objectif final étant de mener la personne vers une autonomie sociale.

b) Résumé des effets bénéfiques de l'HT et des jardins thérapeutiques

Les bénéfices apportés par les activités horticoles et l'exposition à la Nature peuvent être observés dans les domaines cognitifs, psychologiques, sociaux et physiques. La recherche continue d'observer ces connexions au travers de nombreux groupes de personne.

Ce résumé inclus quelques bénéfices cités dans la littérature, déjà synthétisés par l'AHTA en 2007, mis à jour et enrichie des références issues de cette revue de la littérature. Il faut toutefois garder à l'esprit que plusieurs de ces études font référence à des populations spécifiques et les bénéfices observés ne peuvent pas forcément être appliqués à tous les groupes de patient.

Bénéfices psychiques :

- Améliore la qualité de vie (Willems & Sperling, 1983 ; Waliczek *et al.*, 2001). Les résultats des études évaluant l'influence de l'HT sur la qualité de vie varient : certains révèlent des changements non significatifs (Richards & Kafami, 1999) et d'autres des changements significatifs (Heliker *et al.*, 2001 ; Waliczek *et al.*, 2001).
- Favorise l'estime de soi (Moore, 1989 ; Son *et al.*, 2004)
- Augmente la sensation de bien-être (Relf, 1992 ; Ulrich & Parsons, 1992 ; Shannon E. Jarrott *et al.*, 2002 ; Barnicle & Midden, 2003)
- Diminue le stress (Rodiek, 2002 ; Kam & Siu, 2010)
- Améliore l'humeur (Wichrowski *et al.*, 2005)
- Réduit l'anxiété (Son *et al.*, 2004 ; Stepney & Davis, 2004 ; Kam & Siu, 2010)
- Diminue l'intensité de la dépression (Cooper Marcus & Barnes, 1999 ; Stepney & Davis, 2004 ; Son *et al.*, 2004 ; Gonzalez *et al.*, 2009 ; 2011 ; Kam & Siu, 2010)
- Favorise le sentiment de contrôle de soi (Relf, 1992)
- Augmente le sentiment de calme et d'apaisement (Moore, 1989 ; Relf, 1992)
- Améliore la satisfaction personnelle (Pothukuchi & Bickes, 2001)

Bénéfices cognitifs :

- Amélioration du fonctionnement cognitif (Kaplan & Kaplan, 1989 ; Herzog *et al.*, 1997)
- Augmentation de la concentration (Wells, 2000)
- Stimulation de la mémoire (Namazi & Haynes, 1994).
- Améliore la réalisation de tâche (Willems & Sperling, 1983).
- Augmente les capacités d'attention (Hartig *et al.*, 1991 ; Ulrich & Parsons, 1992 ; Ulrich, 1999 ; Gonzalez *et al.* 2009)

Bénéfices sociaux :

- Augmente les interactions sociales (Moore, 1989 ; Perrins-Margalis *et al.*, 2000 ; Son *et al.* 2004)

- Favorise la cohésion sociale dans le groupe (Bunn, 1986)
- Participation à une expérience vécue comme positive (Perrins-Margalis *et al.*, 2000 ; Sempik *et al.*, 2006)

Bénéfices physiques : liés au contact avec la nature que procure le jardin, ainsi qu'à l'activité physique induite par le jardinage :

- Améliore les réponses immunitaires (Hartig *et al.*, 1991 ; Ulrich *et al.*, 1991 ; Ulrich & Parsons, 1992 ; Ulrich, 1999)
- Abaisse la fréquence cardiaque (Wichrowski *et al.*, 2005)
- Promeut un bien-être physique (Ulrich & Parsons, 1992 ; Cooper Marcus & Barnes, 1999 ; Armstrong, 2000 ; Rodiek, 2002)
- Améliore la motricité fine et grossière et la coordination oculomotrice (Moore, 1989)

5- Place dans l'éventail des thérapies médiatisées

a) Les indications cliniques

Les indications sont plutôt larges, à l'image des nombreuses spécialités médicales ayant recours à ce type d'atelier. En effet, on peut pratiquer l'hortithérapie avec quasiment tous les patients mais pas de la même manière avec tous les âges ou toutes les pathologies. Il est nécessaire d'adapter le cadre de l'atelier au type de patient auquel il s'adresse. Par exemple, une prise en charge individuelle s'adressera à des patients avec des capacités de concentration très réduite et nécessitant la présence constante d'un soignant à leur côté. A contrario, lorsque l'on est dans une logique de réhabilitation pour des patients stabilisés, l'atelier groupal permettra de stimuler notamment la socialisation entre les participants.

En psychiatrie, on peut indiquer toute pathologie associée à des symptômes anxieux :

- Troubles psychotiques : schizophrénie paranoïde/hébéphrénique/dysthymique, paraphrénie
- Trouble de l'humeur : dépression, phase dépressive d'un trouble bipolaire
- Troubles anxieux
- Addictions
- Troubles du spectre autistique
- Stress post-traumatique ...

A titre d'exemple, le tableau qui suit présente quelques objectifs recensés auprès des participants, avec des exemples d'activités pouvant être utilisées. Il ne prétend pas être exhaustif, le choix des activités hortithérapeutiques devant prendre en compte, avant tout, les compétences et les habiletés des participants.

Tableau 2 : exemples d'activités d'HT proposées selon la symptomatologie des patients :

Symptômes	Activités
Désorganisation psychique	Faire une activité de précision avec des étapes simples, tels que semer des graines ou repiquer des semis
Envahissements psychiques par des idées délirantes ou anxiogènes	Aider à la décentration par une activité nécessitant une concentration et une attention involontaire telle que désherber, tailler les plantes, faire du paillis, ...
Désorientation temporo-spatiale	Travailler dans une même parcelle de semaine en semaine et favoriser l'observation du jardin sur l'évolution des plantes pendant la saison.
Faible confiance en soi, Impulsivité	Favoriser les plantes simples à entretenir et qui se récolte rapidement
Repli sur soi, isolement	Au début, activité en présence de l'autre, voir côte à côte, autour d'une parcelle. Puis introduire une activité en binôme.

b) Risques et contre-indications

-AGGRAVATION DU SYMPTOME :

. Ritualisation, repli autistique et chronicisation : Un des risques inhérents à tout atelier est celui de la ritualisation trop importante de l'activité, ce à quoi la pathologie psychotique tend souvent afin de se réfugier, se replier dans un fonctionnement automatique voire autistique

qui évite de penser. Cependant la ritualisation du cadre, c'est à dire du lieu, de l'horaire et de la fréquence de l'atelier, a des vertus intéressantes vis à vis de la structuration du temps et de l'espace que cela suscite pour nos patients. Le fait que l'activité pratiquée change à chaque séance selon les besoins du jardin permet de limiter cette ritualisation afin qu'elle ne tende pas vers une chronicisation des patients.

. Aggravation de la dépendance envers l'institution: l'investissement trop important d'un patient pour l'atelier pourrait freiner sa dynamique d'autonomisation psychique et sociale pouvant aller jusqu'à sa forme la plus extrême qu'est l'hospitalisme.

. Renforcer la dévalorisation, la mise en échec ou la dépression : cet effet pourrait survenir surtout chez ceux qui possédaient un savoir technique en horticulture à la base et qui se sentirait déçu ou dévalorisé dans leurs compétences par le fait de ne pouvoir les exercer ailleurs que sur le lieu de leurs soins. Pour ces patients là, il y aurait un intérêt à poser un objectif réaliste de réhabilitation sinon d'éviter de les inclure sur ce type d'atelier.

. Excitation : L'atelier par son action de stimulation sensorielle et affective peut être également une source d'hyperexcitation à l'origine d'une aggravation de certains symptômes de la lignée maniaque ou d'une recrudescence anxieuse, délirante voire agressive. Le rôle, délicat, du cadre de l'atelier étant de stimuler tout en contrôlant l'état émotionnel du patient à travers le médium. Le risque le plus extrême étant celui du passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, il est nécessaire de bien encadrer l'utilisation des outils du jardin. D'où surtout l'importance d'une vigilance et d'une observation clinique permanente des soignants afin de prévenir ces états. De même qu'avant toute chose, la participation à un atelier médiatisé d'un patient en phase aigüe d'une décompensation thymique, dissociative ou délirante sera contre-indiquée.

. Remplissage : Il faudra être vigilant à laisser du vide pour les futurs patients et éviter de combler tout l'espace du jardin afin de laisser de l'espace physique et psychique pour penser le jardin et assurer qu'il se pérennise. Au niveau du temps d'activité, il est nécessaire de laisser des moments de repos et de relâchement afin d'éviter de tomber dans un activisme autant du côté des patients que celui des soignants.

-DU COTE DES SOIGNANTS :

. Surinvestissements : Les soignants se doivent de garder une juste distance face au patient ou à l'atelier.

Dans la relation contre-transférentielle, le surinvestissement de certains patients pourrait faire perdre au soignant sa vision objective et son sens de l'observation clinique, indispensable à sa fonction. Il s'agit avant tout d'établir un lien de réciprocité et non pas de symétrie avec les malades. A l'opposé, un soignant qui serait trop distant, du fait d'un mal-être personnel ou d'une absence d'intérêt professionnel, pourrait suggérer de l'indifférence et ainsi freiner voir empêcher l'établissement d'un lien et provoquer la fuite de l'atelier voir des soins par le patient. Le travail en équipe, qu'il soit institutionnel ou pas, trouve alors toute sa place de tiers dans la relation soignant-soigné. Cette triangulation de la relation thérapeutique, permet une interrogation et une prise de recul du soignant afin d'ajuster sa position selon la pathologie du patient.

De même que cette juste distance doit être respecté par le soignant envers son atelier, il est préférable de choisir une activité qui lui plaît mais qui ne soit pas une véritable passion personnelle pour que l'investissement ne soit pas trop intense au risque d'en oublier sa fonction première de soin pour les patients.

. Dérives du cadre : Malheureusement, la confusion entre jardin thérapeutique et espace vert existe souvent. Il faudra être vigilant au travail dissimulé comme pourrait le suggérer l'entretien ou la réhabilitation des espaces verts d'un établissement par les patients, tel que ça a déjà pu être fait par le passé ou proposé par certaines administrations actuelles. D'où l'importance d'un cadre bien défini et d'une reconnaissance administrative portée par un projet écrit, un espace et un temps dédiés à l'atelier.

De même, que le jardin n'a pas pour but de devenir un objet de valorisation de l'institution et qu'il faut protéger sa fonction première de lieu de soins et pas de réception.

De plus, c'est également le lieu où les patients déposent une souffrance psychique et, à l'image du secret médical, on se doit de protéger de l'intrusion de personnes étrangères à l'atelier, à moins qu'elles y soient invitées dans un cadre bien défini.

IV- APPLICATION PRATIQUE : UN ATELIER D'HORTITHERAPIE

Ce chapitre retrace la construction d'un atelier d'HT autour d'un jardin de soins. Parti d'une expérience de jeune interne, l'idée à germer progressivement pour devenir un véritable projet qui s'est concrétisé en un réel jardin de soins il y a moins d'un an.

1- Réflexions et préparation

a) Des expériences et des rencontres

Depuis août 2014, date de la naissance de ce projet, nous avons parcouru un long chemin afin d'arriver à ce jardin de soins tel qu'il est aujourd'hui et surtout tel qu'il est investit. Celui-ci est le fruit de la mobilisation et de la persévérance de nombreuses personnes pour surmonter obstacles et scepticisme afin de le porter jusqu'à sa concrétisation en décembre 2014.

Afin de replacer l'initiative de ce sujet de thèse dans son contexte, tout est parti d'une expérience marquante au sein de la ferme thérapeutique du Centre Hospitalier du Gers lors de mon premier stage d'internat en novembre 2011. J'y avais été marqué par la réceptivité des patients pour cet abord médiatisé du soin. Ce souvenir est ressurgi et s'est confirmé lors de mon passage dans le service du Dr Granier en novembre 2013 où, venant de déménager dans un nouveau bâtiment, l'équipe et les patients ont commencé un atelier autour des plantes afin, d'une certaine manière, de s'approprier ce nouveau lieu de soins. L'observation des ateliers médiatisés de l'Unité Psychothérapeutique de Transition (UPT) jusqu'à la (petite) participation à l'exposition « MYSTERES » en mars 2014, m'ont également permis d'apercevoir l'Art-thérapie et m'y ont donné le goût et l'envie de poursuivre dans cette voie.

A défaut d'avoir eu le temps de participer autant que je l'aurai souhaité aux ateliers de l'UPT, lors de mon sixième stage d'internat, de mai à novembre 2014, au secteur 4 du CHGM (secteur dont dépend historiquement et administrativement l'unité intersectorielle des ATM), j'ai pu observer un peu plus ceux proposés par les ATM. Riche de ses expériences et devant l'absence de jardin de soins, m'est venu l'idée d'en créer un au sein de cette institution. Le Dr Boucard, responsable du secteur 4 et des ATM, a très largement soutenu ce projet auprès des équipes de soins et administrative et a permis qu'il se concrétise. Par la suite, tout le cheminement théorique puis pratique s'est fait en collaboration avec Mme Catherine Guili,

infirmière aux ATM et soignante référente de l'atelier au jardin. Depuis juin 2015, elle a été rejointe par Virginie Darties, également infirmière aux ATM, afin de constituer un binôme de soignant pour animer les ateliers.

Dans l'idée de préparer l'atelier et d'enrichir ce travail de thèse par des expériences concrètes sur le sujet, nous avons rencontré plusieurs intervenants extérieurs :

-Mme Baudéant Agnès, infirmière en charge depuis 8 ans de l'atelier au jardin du CATTM d'Aufréry, auquel nous avons pu participer pour une séance et qui nous a très gentiment livré son expérience et ses conseils précieux sur le sujet.



Jardin de soins du CATTM de la clinique Aufréry à Toulouse-Source :personnelle

-Le Dr Bernadou Fabienne, pédopsychiatre en IME et ITEP en Ariège dans lesquels elle encadre un atelier articulé autour d'un jardin de soins. Elle est également l'auteur d'un mémoire passionnant sur les psychothérapies médiatisées par les jardins japonais, intitulé « Jishuniwa, le jardin autonome », qui m'a beaucoup aidé et inspiré dans mes réflexions sur l'atelier et dans la rédaction de cette thèse (Bernadou, 2010).

-Le centre de santé mentale de la MGEN où j'ai pu participer pendant 6 mois à l'élaboration de l'atelier « jardin », en collaboration avec Sophie Dubois et Rémy Babou, infirmiers



Jardin de soins du Centre de Santé Mentale MGEN de Toulouse-Source : Rémy Babou

-L'association DOMINO, à Roquesérière, où nous avons réalisé une visite du centre et de l'atelier jardin partagé lors des portes ouvertes de la Semaine d'Information en Santé Mentale en 2015.

-Rencontre avec le Dr Mazel, ancien chef de service du secteur 4 et du CATM (cf. chapitre sur l'historique du CHGM)

b) Dispositif et cadre

➤ DISPOSITIF TECHNIQUE D'UN ATELIER

Reprenant le cadre pratique élaboré et mis en place pour le « jardin des soins » des ATM (développé dans le chapitre suivant), cette liste peut servir de trame pour établir le dispositif technique du jardin comme atelier de psychothérapie médiatisée, dans le contexte d'une structure hospitalière psychiatrique publique.

PERSONNEL SOIGNANT :

-1 médecin psychiatre référent de l'atelier ou de l'unité pour l'encadrement médical, la validation des indications cliniques, la réflexion clinique sur le fonctionnement de l'atelier et son suivi.

-2 soignants référents seraient préférable, pour faciliter le travail autant durant le temps d'atelier avec les patients, que dans l'organisation du roulement pour faciliter la continuité du soins. Infirmier Diplômé d'Etat, éducateur, psychomotricien et autres professions paramédicales, qui aurait une formation dans le domaine des thérapies médiatisées, un intérêt motivé et un contact aisé avec les éléments du jardin.

-1 cadre de santé référent pour l'encadrement administratif, le planning des agents, la gestion budgétaire et technique et l'intégration dans l'administration de l'hôpital.

EQUIPEMENT MATERIEL :

-Des outils de jardinage et du petit matériel

-Un accès à un point d'eau pour l'arrosage du jardin et le nettoyage du matériel. Un dispositif de récupération d'eau de pluie peut permettre de diminuer les coûts de fonctionnement de l'atelier.

-Des éléments de mobilier de jardin, a minima une table et quelques chaises ou 1 banc

-Utilisation ponctuelle d'un véhicule de fonctionnement pour les achats et les sorties thérapeutiques dans un jardin extérieur ou pour aller chercher des matériaux pour le jardin (plantes, pierres, bois, engrais...)

CADRE GEOGRAPHIQUE :

-1 terrain d'une surface qui ne soit ni trop grande, car difficile à entretenir et peu contenante, ni trop petite, pour laisser des espaces de circulation et de vide afin de ne pas surcharger le jardin et permettre à l'atelier de se pérenniser. De 20 à 100m², par exemple.

-Proche du pavillon dont il dépend, pour des raisons pratiques et de sécurité

-1 zone de rangement des outils, sécurisée

-1 zone d'accueil, de repos, aménagée pour pouvoir s'y installer

-Nommer et signaler le jardin, que ce soit par une entrée symbolisée et/ou un écriteau

CADRE TEMPOREL :

-1 planning régulier avec les temps inscrits pour un ou plusieurs ateliers de groupe

-Penser des temps d'intervention séparés selon l'âge de la population accueillie (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, gérontopsychiatrie et/ou multigénérationnel) et le type de prise en charge groupale ou individuelle

-Des temps de réflexion entre soignants, de transcription écrite, de réunion de synthèse et de fonctionnement et de supervision si possible.

STATUT ET FONCTIONNEMENT:

-Il est important de distinguer le statut thérapeutique de ce type d'atelier des statuts occupationnels d'autre structure.

-La souplesse du statut permettant l'accueil de patients de divers horizons : hospitalisés en unité d'admission, en unité de suite, en unité de réadaptation (centre de post-cure), hospitalisation de jour, ou bien patients ambulatoires (CATTP).

-Le coût de fonctionnement de ce type d'atelier est variable selon la surface de l'atelier et le nombre de participants. L'investissement financier de quelques centaines d'euros au maximum, se fait au départ pour l'achat du matériel, principalement (exemple : de 500 à 1000€). Par la suite, le budget d'entretien est tout à fait modeste et concerne surtout le renouvellement du matériel usé ou l'achat exceptionnel de matière végétale (exemple : de 200 à 300€/an). Certaines associations ou fondations en faveur de l'HT, telles que « Jardins et Santé » ou la « fondation Truffaut » ou la Fédération Hospitalière de France, peuvent fournir une aide financière pour ce type de projet.

➤ EXEMPLE DU DISPOSITIF DE L'ATELIER D'HT DES ATM

L'atelier est proposé par l'unité des ATM, structure intra-hospitalière et intersectorielle du CHGM. Les patients y sont adressés par leur psychiatre référent de l'unité sectorisée dont ils dépendent et où ils sont hospitalisés à temps plein, sur un service dit « d'admission » pour les décompensations aiguës ou « de suite » pour ceux qui souffrent de pathologies plus sévères et handicapantes.

Selon les définitions énoncées plus haut, cet atelier se déroule au sein d'un jardin de soins dit thérapeutique. Il est situé entre le bâtiment du centre des ATM et l'IFSI du Centre Hospitalier Gérard Marchant et mesure environ 100 mètres carrés. Il se trouve un peu à l'abri des regards tout en étant assez près des ATM pour être repéré comme en en faisant parti.

Il se déroule selon une fréquence bi-hebdomadaire, le mardi et le vendredi matin, et dure 1 heure et demi, de 10h à 11h30. Six patients maximum peuvent être accueilli par temps d'atelier.

c) Indications et objectifs de l'atelier

Les activités thérapeutiques qui se déroulent au Jardin sont élaborées selon les cibles symptomatiques ou syndromiques fixées au cours de la réunion institutionnelle des ATM, pour un objectif thérapeutique précis. L'atelier d'HT des ATM a été pensé pour s'adresser majoritairement à des patients souffrant de pathologie psychiatrique sévère et hospitalisés sur les unités de suite. Le diagnostic le plus souvent rencontré est celui de schizophrénie paranoïde (9 patients sur les 12 accueillis depuis le début de l'atelier). Ces pathologies mentales sont à l'origine des indications symptomatiques, plus que diagnostique, telles que l'anxiété, l'émoussement affectif, la tristesse de l'humeur, le repli autistique, l'isolement socio-affectif, les troubles cognitifs, les déficits sensoriels ou l'inhibition psycho-motrice.

L'objectif de l'atelier au jardin des ATM n'est pas de réhabiliter professionnellement les patients mais de viser une certaine autonomie psychique et sociale en passant par l'apaisement de leur symptomatologie ; qu'elle soit sur un registre « positif » en favorisant un ancrage dans la réalité du jardin afin de les décentrer de leurs angoisses ou de leurs pensées délirantes ; ou bien d'ordre « négatif » en stimulant leur sensorialité, leurs affects, leurs émotions. Le but étant également de les réinscrire dans un rythme spatio-temporel structurant et de favoriser ainsi la réorganisation psychique afin de leur permettre d'être plus disponible pour échanger avec l'autre.

2- Déroulement

a) En amont :

L'orientation des patients sur l'atelier d'HT des ATM se fait en 3 temps :

1- Les patients sont orientés sur la structure des ATM par leur psychiatre référent de l'unité où ils sont hospitalisés et s'inscrit en complément des thérapeutiques classiques en psychiatrie : traitements médicamenteux et psychothérapeutiques. Ce dernier rédige une prescription selon un formulaire spécifique (cf. annexe 1). Celle-ci permet de définir à la fois les axes de travail sur le plan thérapeutique ainsi que les groupes de médiation préférentiellement souhaités par l'équipe qui adresse la personne à l'Unité des ATM. Le psychiatre référent a accès à l'ensemble des ateliers proposés aux ATM et peut de lui-même, compte tenu de la connaissance qu'il a du patient non seulement sur le plan clinique mais également de ses centres d'intérêt, suggérer la prise en charge au sein de l'atelier d'HT.

2- Un entretien d'accueil et d'orientation du patient sera ensuite réalisé par un des soignants des ATM afin de présenter la structure, d'exposer l'ensemble des ateliers, de recueillir ses souhaits quant aux objectifs à atteindre et aux moyens à utiliser pour y parvenir. Au cours de cet entretien, un repérage clinique est réalisé par les soignants pour, notamment, évaluer l'adéquation entre les ateliers pressentis et la disponibilité de la personne. De même, pour estimer la durée de la prise en charge et les relais potentiels au décours de celle-ci. Le recueil des données fait appel à un questionnaire standardisé (cf. annexe 2). L'orientation vers l'atelier d'HT tiendra compte également, de la place occupée par le lien à la nature au sein de l'histoire familiale et personnelle du patient, de son intérêt pour les plantes et de la possibilité de maintenir cet investissement au décours du passage en hospitalisation.

3- Durant la réunion institutionnelle hebdomadaire des ATM sont décidés les orientations des patients au sein des ateliers selon 3 critères : la prescription initiale du psychiatre référent, les souhaits recueillis du patient et les observations cliniques des soignants. Le souhait étant de s'inscrire dans le cadre d'une dynamique institutionnelle non dissociée des soins en pavillon mais au contraire qui vient s'y associer afin de les compléter, les enrichir et apporter une plus-value. Cela nécessite de faire des liens fréquents avec les équipes de soins afin de coordonner nos actions.

b) Pendant :

Le premier temps de l'atelier est constitué par un temps d'accueil et de préparation à l'activité proposée. On fournit une tenue adaptée aux patients (bottes, tablier), avant d'aller constater en groupe de l'avancement et des besoins du jardin afin d'en déduire le matériel à aller chercher. Ce premier temps relève, notamment, d'un travail mnésique de rappel des séances précédentes et d'une mise en continuité avec les avancements réalisés par l'autre groupe. Un travail cognitif sur les fonctions exécutives est également à l'œuvre dans la préparation de l'activité.

Par la suite, les patients rentrent dans l'activité de jardinage. Voici quelques exemples d'activités réalisées :

- actives : montage de carré potager, semis sous serre ou en pleine terre, repiquage, plantation, bêchage, désherbage, arrosage, binage, taille...

- passives (physiquement mais non psychologiquement) : promenade dans le jardin, observation de la faune/la flore/le temps/le paysage, confection d'un calendrier des semis et plantations, imaginer et dessiner l'aménagement du jardin ...

Lorsque cette dernière est terminée, un nettoyage et rangement des outils sont faits, avant de profiter d'un dernier temps de repos, de contemplation du jardin et des résultats de l'implication du jour autour, par exemple, de la dégustation d'un produit issu du jardin.

La séance se termine sur un moment d'expression autour de la rédaction d'un cahier retraçant le déroulement de chaque séance. On y note la date, la météo du jour, les « jardiniers » présents, les activités réalisées, les événements importants et les idées/projets pour la prochaine séance. Il sert de support matériel à la mise en continuité des 2 groupes de patient mais aussi à mettre en mot ce qu'il s'est passé durant la séance tout en effectuant un travail de mémoire à court terme.

c) En aval :

L'appréciation de l'expérience vécue au jardin par les patients fait l'objet d'un compte rendu d'observation décrivant le déroulement de l'activité, l'ajustement du comportement, les modalités relationnelles et le contenu des échanges. La verbalisation par les patients de nombreux aspects personnels lors de cette participation présente souvent de nombreuses thématiques susceptibles d'enrichir le fonds psychothérapeutique. Ces observations cliniques viennent affiner les prochaines indications thérapeutiques. Elles sont insérées au dossier médical du patient sur Cortexte (logiciel servant de support au dossier informatisé des patients au CHGM) et adressées à l'équipe de soin de l'unité d'hospitalisation afin de l'intégrer dans la prise en charge globale du patient. Si nécessaire, des transmissions orales sont faites au médecin référent de l'unité et/ou du patient.

Des présentations de cas clinique lors de la réunion institutionnelle hebdomadaire des ATM sont réalisées. De même que les soignants des ATM participent aux synthèses cliniques concernant le patient.

Une synthèse des observations et de l'évolution clinique du patient est réalisée en fin de prise en charge.

3- Projet d'évaluation de l'impact d'un atelier d'hortithérapie chez des patients psychotiques chroniques

L'évaluation est un outil essentiel à la validation des connaissances scientifiques. Elle répond à la double exigence de la rigueur de l'observation et du partage des savoirs.

Au départ, nous souhaitions rapidement mettre en place cette étude mais il nous a fallu plus de temps que nous l'aurions imaginé pour mettre en route l'atelier. En miroir de la saisonnalité du jardin qu'il faut respecter, nous avons repoussé la mise en application de l'étude afin que l'équipe ait le temps de s'approprier le jardin et le fonctionnement de l'atelier. Nous avons donc développé son cadre théorique dans ce chapitre et espérons pouvoir la mettre en œuvre au plus tôt.

Le comité d'éthique du CHGM a été sollicité en juin 2015. Les conclusions étaient que ce projet d'étude ne posait pas de question éthique et qu'il n'opposait donc pas de veto à sa réalisation.

a) Hypothèse

Etudier les effets d'un atelier d'HT sur l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrants de troubles psychotiques chroniques.

b) Critères de jugement principal et secondaires

Critère de jugement principal :

Score à l'échelle de qualité de vie de l'OMS (*World Health Organization Quality Of Life*) en version abrégée à 26 items (WHOQOL-26). La WHOQOL-26 est une version courte de l'échelle WHOQOL-100 commanditée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle évalue quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment exhaustive de la qualité de vie des personnes évaluées : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement. La WHOQOL-26 est un questionnaire auto-administré, si les sujets sollicités ont suffisamment de capacités pour répondre seuls, en fonction de leur ressenti par rapport à leur état au cours des deux dernières semaines. Dans le cas contraire, l'évaluation peut se faire de manière assistée par une tierce personne. Cette échelle a l'avantage d'être suffisamment compréhensible et rapide de passation. C'est un instrument d'évaluation de type générique multidimensionnel. La durée moyenne de passation est d'environ 8 à 10 minutes selon les sujets. Les études sur cette

échelle ont indiqué qu'elle avait une « bonne à excellente fiabilité et validité » dans une population de patients psychiatriques (Skevington *et al.*, 2004 ; Baumann *et al.*, 2010).

Critères de jugement secondaires :

-Score à la *Brief Psychiatric Rating Scale Expanded* (BPRS-E) de Lukof *et al.* (1986) à 24 items. Cette échelle permet l'évaluation standardisée de la pathologie psychiatrique de chaque sujet afin d'apprécier les changements symptomatiques sur 5 dimensions psychopathologiques : paranoïde, hébéphrénique, paranoïaque, mélancolique anxieuse, psychotique aiguë. La durée de la passation varie entre 20 et 30 minutes. Nous utiliserons la version française développée par Mouaffak *et al.* (2010).

- Un questionnaire bref évaluera l'appréciation que porte le patient sur le déroulement et la satisfaction vécue de l'activité. Il se fera sous la forme d'une échelle visuelle analogique (EVA) et abordera les éléments de satisfaction du patient par rapport au programme (utilité, durée des séances, suggestion d'amélioration), la perception de bénéfices (apaisement, amélioration de l'estime de soi) et/ou d'effets secondaires négatifs (fatigue, irritabilité...).

c) Matériel et Méthode

Type d'étude :

Etude expérimentale, prospective et contrôlée.

Population cible :

Recrutement :

A ce jour, le nombre de sujets nécessaire n'a pas été estimé car il n'existe pas de protocole d'étude similaire. Afin de nous aider dans ce calcul, nous allons faire appel à des experts en méthodologie. Les patients seront recrutés via leur orientation sur l'unité des ATM. La distribution entre les deux groupes se fera entre l'atelier d'HT et un autre atelier thérapeutique médiatisé. Les patients des deux groupes recrutés bénéficieront d'autres prises en charges thérapeutiques médiatisées groupales.

Critères d'inclusion :

- Majeur souffrant d'un trouble psychotique chronique
- Hospitalisé au CHGM (service de suite ou service d'admission)
- Bénéficiant d'autre prise en charge thérapeutique médiatisée groupale
- Patient éligible à l'hortithérapie
- Capacités de compréhension et expression suffisantes pour passer des échelles

Critères d'exclusion :

- Age inférieur à 18 ans
- Déjà bénéficiaire d'un atelier d'hortithérapie ou pratiquant une activité similaire

Consentement :

Le consentement de chaque patient étudié sera recueilli après une information sur le déroulement de l'étude et ses contraintes (cf. annexe 3). Pour les majeurs protégés, le consentement sera recueilli auprès des tuteurs et un avis sera pris auprès des curateurs. Cette étape sera réalisée avant l'entretien de pré-admission.

Méthode :

Entretien de pré-admission :

Il sera réalisé sous la forme d'un entretien semi-structuré, d'une durée d'une heure, par une personne formée à la passation des échelles. Un recueil des informations démographiques du sujet sera fait afin de vérifier l'homogénéité des 2 groupes : sexe, âge, statut familial et niveau de scolarité (primaire/secondaire). La passation des échelles (WHOQOL-26 et BPRS-E) sera ensuite réalisée.

Informations recueillies par l'intermédiaire du dossier patient :

- Diagnostic CIM 10, date de début et durée de la maladie
- Durée de l'hospitalisation en cours et modalités administratives (libre ou sans consentement)
- Participation à d'autre thérapie médiatisée

Programme des séances :

Le groupe expérimental bénéficiera de 6 séances d'HT d'une heure et demi, à la fréquence maximale d'une fois par semaine. Le déroulement des séances et les activités proposées seront les mêmes que celles décrites dans la partie « Déroulement », développée plus haut.

Relevés durant la participation :

- Les dates des présences et absences seront notées. On recherchera également la raison de l'absence, si possible. Une fréquence de participation sera ensuite déduite.
- Les soignants rempliront une grille d'évaluation de l'investissement subjectif, la qualité de la participation et le comportement individuel du patient et face au groupe à chaque séance.

Entretien de suivi après 6 séances :

La durée de 6 séances a été fixée en fonction de la durée moyenne d'hospitalisation du CHGM, afin d'éviter de perdre de vue certains patients qui seraient sortis d'hospitalisation avant la fin de leur participation à l'étude.

Lors de cet entretien, on réalisera la passation des échelles d'évaluation (WHOQOL-26 et BPRS-E) ainsi que l'EVA afin de recueillir l'expérience du patient au sein de l'atelier.

Traitement des données et analyse statistique :

- Définitions des variables et calcul des scores à la WHOQOL-26 et BPRS-E
- Comparaisons des résultats pré et post-test de la WHOQOL-26 et de la BPRS-E, selon le test de Student
- Comparaisons des résultats de l'EVA

A terme, les données recueillies viseront à vérifier l'hypothèse d'une amélioration de la qualité de vie des patients participants à un atelier d'HT. L'appréciation de l'évolution clinique globale tiendra compte de la contribution de cette thérapie non conventionnelle dans le résultat thérapeutique final. Le processus d'évaluation fournira divers indicateurs opérationnels pour l'ajustement du procédé thérapeutique, donnant une vision critique des indications, des activités proposées et de leur déroulement, et du processus d'évaluation lui-même.

4- Retour d'expérience

Dans ce chapitre, nous avons souhaité réaliser un retour d'expérience sur ces 8 mois d'existence de l'atelier, illustré de vignettes cliniques. Nous y aborderons la dynamique groupale, la position des soignants et l'évolution du déroulement des séances. L'aménagement du jardin y est également décrit. Il nous a aussi semblé intéressant d'y exposer quelques limites rencontrées.

Pour donner une idée des patients qui sont pris en charge, de décembre 2014 à juillet 2015, nous avons accueilli au rythme d'une séance par semaine, 12 patients dont 6 sont toujours hospitalisés. Neuf d'entre eux présentent un diagnostic de schizophrénie paranoïde et tous sont, ou ont été, hospitalisés sans consentement.

a) La dynamique groupale :

Au départ, la constitution des groupes du mardi ou du vendredi s'est faite selon le planning de chaque patient, compte tenu de l'homogénéité du groupe au niveau de l'intensité de leurs symptômes, la majorité étant issu des unités de suite. Par la suite, il en est ressorti des groupes avec des patients aux capacités hétérogènes au sein desquels s'est créé petit-à-petit un équilibre global. Cela a clairement favorisé l'entre-aide, l'échange de savoir et de savoir-faire entre eux mais cela s'est fait progressivement, en passant par des difficultés relationnelles.

Prenons l'exemple de Mr R. : Au tout début de l'atelier, le groupe était constitué de Mr R. et Mr B. Un rapport de rivalité s'est rapidement instauré entre eux. Mr R. avait tendance à se mettre en position d'emprise, qui se traduisait à certain moment par une attitude professorale ou une attitude de provocation et de disqualification envers Mr B.. Les soignants sont intervenus afin de jouer un tiers et tenter d'apaiser cette relation mais Mr B. n'a pas pu investir sereinement l'atelier. Les attaques étant trop franches, il a préféré arrêter en mettant en avant une fatigabilité importante. Par la suite, Mr S. a intégré le groupe. Mr R. ayant plus d'expérience et de capacité physique, il est venu spontanément aider Mr S. au cours de l'activité et le remotiver. Cela a permis pour Mr R. d'expérimenter une modalité relationnelle plus apaisée et en contrepartie de canaliser son effort physique. L'entre-aide ayant une fonction valorisante pour chacun. On peut facilement constater l'évolution de Mr R. au travers de ces deux vignettes cliniques, ainsi que du rôle des soignants dans l'incarnation du cadre.

b) La dynamique et le rôle des soignants :

Au commencement de l'atelier, Mme Guili et moi animions un seul temps d'atelier le vendredi matin. Compte-tenu du handicap sévère en lien avec la pathologie des patients, leur répartition sur deux créneaux différents en fonction de leur clinique nous a semblé nécessaire afin de constituer des groupes un peu plus homogènes. Le temps d'atelier du mardi matin a été créé et Mme Darthies a intégré l'équipe soignante sur celui-ci. Du fait des troubles cognitifs importants, des capacités attentionnelles et du maintien de l'investissement limités de ces patients, une attention et un encadrement quasi permanent sont nécessaires. Le rôle des soignants est d'accompagner et favoriser un maintien de l'attention afin qu'ils puissent avoir la satisfaction d'avoir accompli quelque chose. D'où la nécessité d'être au moins 2 soignants lors de ces ateliers. Le trinôme de soignants a facilité la prise en charge de ces patients peu autonomes puisque le fonctionnement se fait plus aisément et la disponibilité pour les patients est plus grande. Cela favorise également la spontanéité des patients et leur prise d'initiative

puisque les soignants auraient moins tendance à être dans la maîtrise de l'atelier car rassurés par la présence d'un collègue. La dynamique de groupe s'en est trouvée renforcée. Les observations cliniques des patients en sont plus riches. D'un point de vue pratique, la pérennité de l'atelier et du jardin est ainsi assurée durant les absences de l'un ou de l'autre, ce qui permet une meilleure continuité des soins et favorise le repérage des patients.

Nous avons observé le travail régulier de décentration du patient de ses idées délirantes à travers la relation instaurée grâce au support de l'activité qui de fait le ré-ancre dans la réalité. Cela entretient la dynamique groupale et évite la tendance à l'isolement des patients. Les fonctions de pare-excitation pour certains patients sont également régulièrement à l'œuvre. Une des difficultés dans le travail des soignants réside dans l'alternance régulière entre ces deux fonctions.

Nous avons également relevé une distractibilité des patients avec des tendances très ritualisées à se remplir, combler un sentiment de vide par le fait de fumer, boire, qui prendrait le dessus sur l'activité si on les laissait faire. La nécessité de réguler cette tendance par l'institution d'un cadre clair et simple est indispensable.

Les soignants participant à l'atelier, il ne s'agit pas de renvoyer aux patients une analyse, une interprétation clinique, de ce qu'ils auront fait ou dit. Mais de leur permettre de laisser s'exprimer leur ressenti et de le partager. L'ensemble des phénomènes participant à la rencontre du patient est bien entendu toujours accompagné d'effets de parole, d'une multitude d'échanges sur ce que nous sommes en train de faire et de vivre.

c) Déroulement des séances :

La constitution du groupe :

La constitution du groupe et le rassemblement de tous les patients ont mis régulièrement beaucoup de temps à se faire compte-tenu de l'oubli des patients du fait des troubles mnésiques ou des réticences associés. A l'origine, le point de ralliement se faisait à la cafeteria mais il était mal repéré et confondant par rapport au thème de l'atelier. Les patients se faisant vite déconcentré par l'activité de cette pièce commune. Nous avons donc décidé de

le déplacer au jardin ou devant la pièce où les outils sont entreposés, selon la météo, afin de faciliter le repérage des patients et ainsi de poser de suite le cadre spatial de l'atelier.

La répartition du temps d'atelier :

Le premier temps de l'atelier est axé sur la répartition des tâches à faire au jardin selon les besoins de ce dernier et les objectifs thérapeutiques de chaque patient. Ce premier temps est important car il pose le cadre de la séance, le patient pouvant se projeter et se concentrer sur l'activité.

Le temps d'atelier est d'une heure et demie mais le temps de participation active est susceptible d'être raccourci selon l'état clinique de la personne et la diversité des activités en lien avec cette médiation permet de s'adapter au mieux aux rythmes de chacun. Certains sont très limités physiquement et nécessitent des pauses régulières. D'autres, au contraire, sont dans un besoin d'hyperactivité physique, liée le plus souvent à une hyperactivité psychique, qu'il s'agit d'orienter dans le type d'activité que l'on va leur proposer et de contenir de façon plus globale.

Un dernier temps d'échanges pour clôturer l'atelier :

Après avoir réalisé l'activité, un temps de repos et de contemplation se fait naturellement. Il enchaîne avec un temps de parole autour du cahier « de liaison ». Ce temps de retour est particulièrement investi par les patients. C'est un moment où la parole se libère. Ce temps peut être parfois plus long que celui passé aux tâches du jardin. C'est aussi durant ce temps d'échange, de mise en commun des idées que se dessine l'évolution du jardin. C'est un indicateur du degré d'appropriation du jardin par les patients. Ce temps final permet au patient d'entrer dans une transition psychique vers la fin de l'atelier.

d) Aménagement du jardin :

-Implication des patients : Cette notion apparaît rarement dans la littérature sur le sujet et pourtant elle nous semble particulièrement intéressante pour les patients souffrant de trouble psychiatrique. L'aménagement du jardin s'est fait en collaboration avec les patients. Cette implication a permis de susciter l'émergence d'un désir, d'une projection, de mobiliser chez eux une créativité, des capacités d'imagination et d'abstraction souvent inhibées par la maladie mentale. Un travail sur plan a été fait avec eux pour faciliter la visualisation dans l'espace et s'assurer que cette parcelle nue, au départ, ne soit pas source d'angoisse. Au

travers cette réflexion, ils se sont rapidement appropriés le jardin et ont été valorisés par l'écoute et éventuellement la concrétisation de leurs propositions.

-La clôture : elle incarne une réelle fonction contenant et rassurante, reconnue par les patients. Même si ils déplorent son aspect actuel peu accueillant (grilles de chantier). Elle a eu le mérite de faire émerger des idées chez les patients pour la recouvrir avec des plantes grimpantes notamment, afin de la végétaliser et faire oublier son aspect austère, en attendant de pouvoir bénéficier d'une clôture en dur.

-L'entrée : elle est matérialisée par une pergola en fer sur laquelle commence à grimper 2 plantes. Elle symbolise cette fonction d'accueil, invite à entrer et engage le patient dans son arrivée. Elle l'oriente d'emblée sur l'allée centrale puis distribue les différentes parcelles.

-La superficie : d'environ 100 mètres carrés, elle n'est « pas trop grande » et donne une vision globale d'entrée ce qui peut être rassurant pour les patients.

-Les parcelles : de petites parcelles ont été créées afin de favoriser l'échange, l'entre-aide entre les patients qui se retrouvent à travailler côte à côte ou face à face. Elles nécessitent d'être bien délimitées par l'utilisation de petites bordures, des paillages ou la mise en place de carrés en hauteur. Cette organisation est plus structurante pour les patients qui visualisent mieux les espaces de chacun et organisent mieux leur tâche en conséquence.

-Les carrés en hauteur : ils sont plus adaptés pour les patients fatigables et en difficultés physiquement. Ils auraient tendance à anticiper un effort physique douloureux pour jardiner et sont agréablement surpris et rassurés par l'adaptation proposée. Cela permet de normaliser leur participation et de favoriser la prise de plaisir.

Par exemple, Mr H. avait manifesté son appréhension à l'idée de « devoir tout bêcher », preuve de sa représentation du travail au jardin. Il a pu être rassuré par l'adaptation proposée et en fin d'atelier s'est surpris à demander à venir sur un créneau supplémentaire.

-Une zone de repos : cet espace est indispensable. C'est bien plus qu'un coin repos, c'est la charnière des temps forts de l'atelier. Elle marque le début et la fin de la séance, moment où l'on prend conscience et on contemple le travail effectué. C'est un lieu de partage, de convivialité autour des dégustations mais aussi du temps de parole et d'écriture qui permet de

construire et de faire évoluer le jardin. Cette zone doit être aménagée d'une table, de sièges et pouvoir offrir un coin d'ombre afin de créer une ambiance propice à la détente et au partage.

-Un point d'eau : il est indispensable et doit se situer à proximité ou dans le jardin. Nous avons fait attention à ce qu'il puisse être fermé depuis l'intérieur des ATM afin d'éviter qu'il soit utilisé à mauvais escient.

D'ailleurs, les temps d'arrosage au jardin ont été l'occasion de réflexions avec Mr B., sur la juste quantité d'eau à procurer à un être vivant, transposant ainsi son besoin irréprouvable de boire de l'eau et la dangerosité d'un excès d'eau pour un être vivant, homme ou plante.

-Une zone de compostage : au-delà de sensibiliser au traitement des déchets du jardin ainsi qu'à une culture respectueuse de l'environnement, le compostage introduit la notion du cycle naturel.

-Objets extérieurs : éoliennes, « hôtel à insectes »,... sont autant de supports pour permettre des liens entre les ateliers mais aussi introduire des sources de stimulations sensorielles et des moments d'ancrages dans la réalité du jardin.

e) Des échanges intra et extrahospitaliers :

-Ateliers croisés au sein des ATM :

La fabrication d'objets destinés au jardin a pu servir de base d'activité pour d'autres ateliers. Ces échanges se sont souvent fait sur proposition des soignants mais parfois à l'initiative des patients. Ils ont été vécus très positivement par les patients. Cela a renforcé un sentiment d'existence et de reconnaissance de l'Autre.

Par exemple, les patients de l'atelier « Bois » ont confectionné des étiquettes pour nommer les différentes plantes du jardin. (cf photo en annexe 4)

L'atelier « Terre » de son côté a fabriqué de nombreux petits animaux en terre cuite qui ont été intégrés dans les parcelles. (cf photo en annexe 4)

-Travail autour d'un projet périphérique :

Le travail autour d'un support « périphérique » tel qu'une exposition, nous a montré les capacités créatives de certains patients, motivés par le regard qui pourra être porté par l'autre. Mr R., par exemple, a beaucoup plus exprimé sa créativité dans ce cadre du travail d'exposition. Lors du vernissage, il est allé présenter spontanément son travail à d'autres personnes. Sa créativité a été le support d'une expérience revalorisante pour lui. Ce constat a été l'occasion de faire du lien, d'échanger avec d'autres soignants de la structure et de réfléchir sur les capacités et le projet du patient.

-Les dons de plants :

Plusieurs personnes, issues principalement du personnel du CHGM, ont fait des dons de plants pour l'atelier. De même que pour les « ateliers croisés », les patients ont été touchés par la reconnaissance des autres, le sens de l'entre-aide qui est également introduit. Cela a renforcé la notion de responsabilité vis à vis de cet être vivant qui leur a été confié.

-Sorties à l'extérieur de l'hôpital :

Malgré leur modalité d'hospitalisation sans consentement qui rendent les sorties en-dehors de l'hôpital difficiles à mettre en pratique, nous essayons régulièrement de faire participer les patients aux sorties extérieures pour les achats pour le jardin mais également d'organiser des sorties thérapeutiques dans des jardins extérieurs.

f) Limites et perspectives

Sans répéter les limites évoquées dans la partie « risques et contre-indications », les difficultés sont propres à la maladie elle-même et aux handicaps, que les équipes cherchent à surmonter.

Une des limites de telles activités tient notamment dans leur mise en œuvre en elle-même (limite physique du patient, utilisation d'outils, extérieur, etc.).

Limite également à fixer une durée de prise en charge en lien avec l'absence de perspective sur la date de sortie d'hospitalisation du fait de l'évolution parfois imprévisible de la maladie mais aussi par des difficultés de communication entre les services.

Il serait peut-être intéressant d'avoir la possibilité pour les patients de continuer à venir à l'atelier lorsque leur hospitalisation à temps plein prend fin. Même si cette éventualité ne s'est pas encore présentée, elle reste possible comme pour tous les autres ateliers des ATM. Cela permettrait d'introduire l'idée d'une dialectique entre l'investissement qu'ils ont de leurs propre jardin (si ils en ont un) et celui de l'atelier d'HT, favorisant ainsi la création d'un espace à la fois personnel et partagé, au sein de l'environnement propre de la personne, véritable espace transitionnel.

CONCLUSION

Le jardin est un lieu empreint d'histoire et de culture, reflet des questionnements des hommes depuis les premières civilisations jusqu'à nos jours. On le retrouve dans sa dimension réelle, symbolique et imaginaire, traversant les sociétés dont il symbolise les préoccupations personnelles ou universelles.

La notion du bienfait pour l'homme du contact avec la nature a été largement reconnue depuis toujours, avant de s'étendre rapidement à ceux qui sont en souffrance physique ou psychique. L'idée qu'un jardin puisse servir de cadre thérapeutique et que le jardinage soit le support de soins pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques a d'abord découlé de l'usage purement économique et utilitaire des potagers asilaires. Le constat d'un apaisement et d'une stabilisation des patients y participant a été progressivement formalisé. Sous l'essor du développement de la psychiatrie moderne, les thérapies médiatisées par le contact avec les plantes ont abouti à la définition de l'hortithérapie dans les années 50.

Du secteur social au médical, plusieurs formes et programmes d'HT se sont développés selon le type de personne ou de pathologie ciblé. Certaines spécialités médicales, telle que la gériatrie, ont largement développé et standardisé ce type de thérapie médiatisée.

Dans le domaine de la psychiatrie, malgré de nombreux articles nationaux et internationaux retraçant des retours d'expérience positifs sur des ateliers médiatisés par les plantes, la revue de la littérature nous montre le manque important d'étude expérimentale standardisée sur ce sujet afin d'objectiver et de valider scientifiquement les effets bénéfiques constatés par les équipes soignantes. Des quatre études citées, on retiendra synthétiquement l'impact des programmes d'hortithérapie standardisés sur la diminution de la dépression, de l'anxiété et du stress des participants. L'effet apaisant semble être au premier plan et confirme les fonctions psychiques de contenance, de continuité et d'étayage de ce type d'atelier. Également stimulante sur bien des registres (cognition, affect, narcissisme, repérage, organisation), l'HT a aussi pour vocation d'être socialisante et de tendre, comme toujours, vers l'autonomie.

Notre expérience autour de l'atelier au sein du « jardin des soins » du CHGM a soutenu l'idée d'une adéquation de ce type de soins avec les besoins des patients souffrant de pathologie psychiatrique sévère. Leurs retours positifs nous le confirment à chaque séance. Nous espérons pouvoir objectiver ses effets par la conduite d'une étude prospective standardisée visant à évaluer l'amélioration du bien-être ressenti par les patients.

De façon plus générale, nous retiendrons de ce travail quelques éléments qui nous semblent essentiels à la constitution d'un atelier d'HT en psychiatrie. Tout d'abord l'importance de préciser et d'adapter son cadre et ses objectifs selon les patients ciblés. Inclure ces derniers dans le processus de construction et d'aménagement d'un jardin est une démarche tout a fait intéressante tant du point de vue de la stimulation des capacités cognitives que de la structuration de l'investissement objectal. Elle reste souvent marginale dans les retours d'expérience retrouvés et mérite une réflexion à part entière.

Plusieurs questions restent en suspend : Les jardins à but thérapeutique vont-ils se développer à hauteur de l'intérêt qu'ils semblent souvent susciter et du potentiel qui semble exister dans les établissements de soins? Ces thérapies deviendront-elles l'objet d'études standardisées et viendront-elles enrichir la littérature scientifique psychiatrique qui reste assez pauvre sur ce sujet?

Nous espérons avoir ouvert des pistes de réflexion sur les potentialités de l'HT ainsi que sur les démarches nécessaires à la mise en œuvre de ces jardins de soins.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

~~Professeur Christophe ARBUS~~
~~Professeur des Universités - Ancien Hospitalier~~
**SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE**
CHU TOULOUSE - 530, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

BIBLIOGRAPHIE

- Airhart, D. L., & al. (1987). Horticultural Training for Adolescent Special Education Students. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 2(1), 17-22.
- Aldous, D., & Kidd, J. (2008). Horticultural therapy perspectives in Australia and New Zealand. In *Acta Horticulturae* (Vol. 790, p. 93-99). Awaji, Japon: International Society for Horticultural Science (ISHS).
- American Horticultural Therapy Association. (2007). American Horticultural Therapy Association: Definitions and Positions. Elizabeth R. Messer Diehl, ASLA, HTM. Consulté à l'adresse <http://ahta.org/sites/default/files/DefinitionsandPositions.pdf>
- Amouretti, M.-C., Ruzé, F., & Jockey, P. (1993). *Le monde grec antique*. Paris: Hachette Éducation.
- André Parrot. (1977). Le berceau du monde sumérien. *Le Monde diplomatique*.
- Andrew Harrison. (1999). Ce jardin qui soigne. Cette nature qui guérit. *EMPAN*, 35(1), 97-103.
- Andrew Harrison. (2002). L'horticothérapie: vers une étude multidimensionnelle. *EMPAN*, 46(1), 85-87.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (Édition : 2e). Paris: Dunod.
- Armstrong, D. (2000). A survey of community gardens in upstate New York: Implications for health promotion and community development. *Health & Place*, 6(4), 319-327.
- Austin, E. N., Johnston, Y. A. M., & Lake Morgan, L. (2006). Community Gardening in a Senior Center: A Therapeutic Intervention to Improve the Health of Older Adults. *Therapeutic Recreation Journal*, 40(1), 48-56.
- Baker, L. M. (2009). Nature's Pervading Influence: A therapy of growth. *International Journal of Disability, Development and Education*, 56(1), 93-96.
- Bardach, J. L. (1975). *Some principles of horticultural therapy with the physically disabled*. National Council for Therapy and Rehabilitation Through Horticulture.
- Barley, E. A., Robinson, S., & Sikorski, J. (2012). Primary-care based participatory rehabilitation: users' views of a horticultural and arts project. *The British Journal of Occupational Therapy*, 62(595), 127-134.
- Barnicle, T., & Midden, K. S. (2003). The Effects of a Horticulture Activity Program on the Psychological Well-being of Older People in a Long-term Care Facility. *HortTechnology*, 13(1), 81-85.
- Bassen, S., & Baltazar, V. (1997). Flowers, flowers everywhere: Creative horticulture programming at the hebrew home for the aged at Riverdale. *Geriatric Nursing*, 18(2), 53-56. [http://doi.org/10.1016/S0197-4572\(97\)90055-0](http://doi.org/10.1016/S0197-4572(97)90055-0)
- Bateson, G. (1995). *Vers une écologie de l'esprit*. Paris: Points.
- Baumann, C., Erpelding, M.-L., Régat, S., Collin, J.-F., & Briançon, S. (2010). The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(1), 33-39.
- Bennett, C., So, N. K., & Smith, W. B. (1999). Horticultural therapy in an epilepsy clinic. *Epilepsia*, 40, 107-108.
- Berger, R., & McLeod, J. (2006). Incorporating Nature into Therapy: A Framework for Practice. *Journal of Systemic Therapies*, 25(2), 80-94.
- Bernadou, F. (2010). Jishuniwa, le jardin autonome - mémoire DU d'Art-thérapie et psychothérapies médiatisées de l'Université Toulouse III.
- Berque, A. (2012). La Chôra chez Platon. In *Espace et lieu dans la pensée occidentale de Platon à Nietzsche* (La Découverte, p. p13-27). Paris.

- Black, B. (1971). Horticultural therapy comes of age. *Garden Journal*, 21(1), 8.
- Bomalaski, M. (2011). Horticultural therapy for persons with severe dementia. *Journal of Investigate Medicine*, 59(1), 208-209.
- Borgen, L., & Guldahl, A. S. (2010). Great-granny's Garden: a living archive and a sensory garden. *Biodiversity and Conservation*, 20(2), 441-449.
- Boucard J. et al. (s. d.). Approche psychothérapique des psychoses par l'art-thérapie.
- Boucq, I. (2014). Au CHU de Nice, un jardin thérapeutique ancré dans la double compétence. Consulté à l'adresse <http://lebonheuredanslejardin.org/2014/06/16/au-chu-de-nice-un-jardin-therapeutique-ancre-dans-la-double-competence/>
- Bourjac, P. (2012). *Clinique du sujet en institution : De l'acte clinique en institution-conférence de la SPP*. Présenté à Découverte freudienne.
- Brigitte Boudon. (2010). *Symbolisme de l'arbre* (Les Editions du huitième jour).
- Bunn, D. E. (1986). Group cohesiveness is enhanced as children engage in plant stimulated discovery activities. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 1, 37-43.
- Burgess, C. W. (1989). Horticulture and Its Application to the Institutionalized Elderly. *Activities, Adaptation & Aging*, 14(3), 51-62.
- Burls, A. (2007). People and green spaces: promoting public health and mental well-being through ecotherapy. *Journal of Public Mental Health*, 6(3), 24-39.
- Burls, A., & Caan, W. (2005). Human health and nature conservation. *BMJ*, 331(7527), 1221-1222.
- Burns, G. W. (1998). *Nature-guided Therapy: Brief Integrative Strategies for Health and Well-being*. Psychology Press.
- Caire, M. (2009). Sainte-Anne et ses jardins. *Revue de la société française d'Histoire des Hôpitaux*, 133-134(1), 40-42.
- Cheng, F., & Siri, F. (2015). *Entretiens avec Françoise Siri : Suivis de Douze poèmes inédits*. Paris: Editions Albin Michel.
- Clément, G. (2011). *Une brève histoire du jardin*. Paris: Editions Jean-Claude Béhàr.
- Clinebell, H. (1996). *Ecotherapy: Healing Ourselves, Healing the Earth*. Routledge.
- Collins, C. C., & O'Callaghan, A. M. (2008). The Impact of Horticultural Responsibility on Health Indicators and Quality of Life in Assisted Living. *HortTechnology*, 18(4), 611-618.
- Cooper Marcus, C., & Barnes, M. (1999). Historical and Cultural Perspective on Healing Gardens. In *Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations*. John Wiley & Sons.
- D'Andrea, S. J., Batavia, M., & Sasson, N. (2007). Effect of Horticultural Therapy on Preventing the Decline of Mental Abilities of Patients with Alzheimer's Type Dementia. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 18(1), 8-17.
- Delanœ-Vieux, C. (2009). Statuts et usages des espaces verts au fil de l'histoire du centre hospitalier psychiatrique Le Vinatier: du domaine agricole à la réserve de biodiversité. *Revue de la société française d'Histoire des Hôpitaux*, 133-134(1), 45-50.
- Detweiler, M. B., Sharma, T., Detweiler, J. G., Murphy, P. F., Lane, S., Carman, J., ... Kim, K. Y. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly? *Psychiatry Investigation*, 9(2), 100-110.
- Detweiler, M., & Warf, C. (2004). Dementia wander garden aids post cerebrovascular stroke restorative therapy: a case study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(4), 54-58.
- Encyclopédie Larousse en ligne - jardin. (2015). Consulté à l'adresse <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/jardin/63092>

- Encyclopédie Larousse en ligne - symbole latin symbolum du grec sumbolon signe. (2015). Consulté à l'adresse <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/symbole/95230>
- Escudero, J. (2000). Cultiver son jardin. *Santé mentale*, (47), 20-21.
- Exposition « De Braqueville à Marchant, 150 ans d'histoire ». (2008).
- Gerlach-Spriggs, N., Kaufman, R. E., & Warner, S. B., Jr. (2004). *Restorative Gardens: The Healing Landscape*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Gianeselli, B. (2009). Le Parc-hôpital de Taverny. *Revue de la société française d'Histoire des Hôpitaux*, 133-134(1), 55-57.
- Gigliotti, C. M., Jarrott, S. E., & Yorgason, J. (2004). Harvesting Health Effects of Three Types of Horticultural Therapy Activities for Persons with. *Dementia*, 3(2), 161-180.
- Glowacki-Doumenc, A. (2013). *Hortithérapie et soins palliatifs: d'une évaluation clinique au processus: Application de terrain* (Thèse de doctorat de psychologie). Université Toulouse 2 Le Mirail, Toulouse.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2009). Therapeutic Horticulture in Clinical Depression: A Prospective Study. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(4), 312-328.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2011). A prospective study of existential issues in therapeutic horticulture for clinical depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(1),
- 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.
- Gorini, R., Baggieri, G., & Di Giacomo, M. (2004). Internement et traitement de la maladie mentale au moyen-âge islamiste: l'exemple des Bîmarîstans au Maroc et en Syrie (Vol. 7, p. 99-104). Présenté à Antropo.
- Granier, F. (2014, 2015). *DU Psychiatrie, Psychothérapies Médiatisées et Art-thérapie*. Toulouse.
- Guisset-Martinez, M.-J., Villez, M., & Couprie, O. (2013). *Jardins : des espaces de vie au service du bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage* (Rapport d'étude No. 3) (p. 44). Fondation Médéric Alzheimer.
- Gyeong-Hee, K., Hye-Ran, L., Hae-Jun, C., Mi-Ok, S., & Seong-Hye, C. (2006). Effects of horticultural therapy program on serum cortisol, pain, anxiety and depression of the hospice patients. *Korean Journal of Horticultural Science & Technology*, 24(1), 95-103.
- Haas, K., Simson, S. P., & Stevenson, N. C. (1998). Older persons and horticultural therapy practice. In *Horticulture as therapy : principles and practice* (Haworth Press, p. 23-56). New York: S. Simson and M. Strauss. Consulté à l'adresse <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US1997069935>
- Haller, R. (1998). Vocational, social, and therapeutic programs in horticulture. In *Horticulture as therapy : principles and practice* (Haworth Press, p. 43-70). New York: S. Simson and M. Strauss. Consulté à l'adresse <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US1997069929>
- Harris, M., & Gee, F. (1999). *Un jardin pour l'âme. Les pouvoirs bienfaisants de la nature*. Paris: J'ai lu.
- Hartig, T., Mang, M., & Evans, G. W. (1991). Restorative Effects of Natural Environment Experiences. *Environment and Behavior*, 23(1), 3-26.
- Heliker, D., Chadwick, A., & O'Connell, T. (2001). The Meaning of Gardening and the Effects on Perceived Well Being of a Gardening Project on Diverse Populations of Elders. *Activities, Adaptation & Aging*, 24(3), 35-56.
- Herzog, T. R., Black, A. M., Fontaine, K. A., & Knotts, D. J. (1997). Reflection and attentional recovery as distinctive benefits of restorative environments. *Journal of Environmental Psychology*, 17(2), 165-170.
- Hochmann, J. (1986). Réalité partagée et traitement des psychotiques. *Revue Française de Psychanalyse*, (6), 1643-1662.

- Hochmann, J. (2004). *Histoire de la psychiatrie* (Presse Universitaire de France). Paris.
- Infantino, M. (2003). Gardening: a strategy for health promotion in older women. *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 35(2), 10-17.
- Jarrott, S. E., & Gigliotti, C. (2004). From the garden to the table: evaluation of a dementia-specific HT program. In *Acta horticultrae* (Vol. 639, p. 139-144). International Society for Horticultural Science. Consulté à l'adresse <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US201301057498>
- Jarrott, S. E., & Gigliotti, C. M. (2010). Comparing Responses to Horticultural-Based and Traditional Activities in Dementia Care Programs. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(8), 657-665.
- Jarrott, S. E., Kwack, H. R., & Relf, D. (2002). An Observational Assessment of a Dementia-specific Horticultural Therapy Program. *HortTechnology*, 12(3), 403-410.
- Jonasson, I., Marklund, B., & Hildingh, C. (2007). Working in a training garden: Experiences of patients with neurological damage. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(4), 266-272.
- Kamata, Y. (2004). The practicability of horticultural therapy for asthmatic children: Program description. In *Acta Horticulturae* (Vol. 790, p. 75-82). Awaji, Japon: International Society for Horticultural Science.
- Kamioka, H., Tsutani, K., Yamada, M., Park, H., Okuizumi, H., Honda, T., ... Mutoh, Y. (2014). Effectiveness of horticultural therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(5), 930-943.
- Kam, M. C. Y., & Siu, A. M. H. (2010). Evaluation of a Horticultural Activity Programme for Persons With Psychiatric Illness. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 80-86.
- Kanda, H., Takahashi, H., Yoshida, Y., & Kunoh, M. (2008). Examination of Optimum Form of Horticultural Activities at Welfare Facilities in Rural Villages of Japan. In *Acta Horticulturae* (Vol. 790, p. 231-235). Leuven, Belgium: International Society for Horticultural Science (ISHS).
- Kang, H.-Y., Bae, Y.-S., Kim, E.-H., Lee, K.-S., Chae, M.-J., & Ju, R.-A. (2010). An integrated dementia intervention for Korean older adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(12), 42-50.
- Kaplan, R. (1973). Some Psychological Benefits of Gardening. *Environment and Behavior*, 5(2), 145-162.
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The Experience of Nature: A Psychological Perspective*. CUP Archive.
- Katcher, A. J., & Wilkins, G. (1995). Dialogue with animals: Its nature and culture. In *The Biophilia Hypothesis*. Island Press.
- Kim, B.-Y., Park, S.-A., Song, J.-E., & Son, K.-C. (2012). Horticultural Therapy Program for the Improvement of Attention and Sociality in Children with Intellectual Disabilities. *HortTechnology*, 22(3), 320-324.
- Kim, H. Y., Cho, M. K., Han, I. J., & Kim, J. S. (2004). Effect of horticultural therapy on the community consciousness and life satisfaction of elderly individuals. In *Acta Horticulturae* (Vol. 639, p. 159-165). Toronto, Canada: International Society for Horticultural Science (ISHS).
- Kim, J., Lee, S., & Suh JK. (2010). Effects of horticultural therapy based on reasoner's building self-esteem for juveniles. *Korean Journal of Horticultural Science & Technology*, 28(5), 877-883.
- Kim, M.-Y., Kim, G.-S., Mattson, N. S., & Kim, W.-S. (2010). Effects of Horticultural Occupational Therapy on the Physical and Psychological Rehabilitation of Patients with Hemiplegia after Stroke. *Korean Journal of Horticultural Science and Technology*, 28(5), 884-890.
- Kingmab, A. (1982). Horticulture and hospice - A horticultural therapy graduate practicum. *HortScience*, 17(2), 144-144.
- Laget, P.-L. (2009). Jardinages et labourages comme instruments curatifs vis-à-vis de l'aliénation mentale. *Revue de la société française d'Histoire des Hôpitaux*, 133-134(1), 28-34.

- Laget, P.-L. (2014). *Les jardins hospitaliers comme espace d'agrément et outil thérapeutique*. 4ème symposium international sur les jardins à but thérapeutique.
- Lee, E., Cho, M., Yoon, J., & Son, K. (2008). Effect of horticultural therapy program based on reminiscence on the psychological and physiological improvement of the aged. *Korean Journal of Horticultural Science & Technology*, 26(2), 177-188.
- Lee, E., Sung, H., Gong, H., Song, E., Lee, J., Cho, M. K., & Shon, K. (2008). The therapeutic effect comparison of horticultural therapy and ACE-I for dementia patients. *European Journal of Neurology*, 15, 229-229.
- Lee, S., Kim, M. S., & Suh, J. K. (2008). Effects of horticultural therapy of self-esteem and depression of battered women at a shelter in Korea. In *Acta Horticulturae* (Vol. 790, p. 139-142). Awaji, Japon: International Society for Horticultural Science (ISHS).
- Lee, S., Suh, J., & Lee, S. (2008). Horticultural therapy in a jail: correctional care for anger. In *Acta Horticulturae* (Vol. 790, p. 109-113). Awaji, Japon: International Society for Horticultural Science.
- Lee, Y. H., Lee, M. C., & Ro, M. L. (2008). Effects of Horticultural Therapy Applied by Natural Sound on the Depression of High School Students. In *Acta Horticulturae* (Vol. 790, p. 105-108). Awaji, Japon: International Society for Horticultural Science (ISHS), Leuven, Belgium.
- Lee, Y. H., Ro, M. R., & Lee, Y. S. (2004). Effects of horticultural activities on anxiety reduction of female high school students. In *Acta horticulturae* (Vol. 639, p. 249-251). Toronto, Canada. Consulté à l'adresse <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US201301057540>
- Le Mandat, M. (2009). Les plantes médicinales et les « Horti medici » dans les hôpitaux médiévaux. *Revue de la société française d'Histoire des Hôpitaux*, 133-134(1), 3-12.
- Liu, Y., Bo, L., Sampson, S., Roberts, S., Zhang, G., & Wu, W. (2014). Horticultural therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. Consulté à l'adresse <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009413.pub2/abstract>
- Li, X., Zhang, Z., Jiang, D., & Wang, J. (2012). Effects of plantscape colors on psycho-physiological responses of university students. *Journal of Food Agriculture and Environment*, 10(1), 702-708.
- Lohr, V. I. (2007). Benefits of nature: what we are learning about why people respond to nature. *Journal of Physiological Anthropology*, 26(2), 83-85.
- Luk, K. Y., Lai, K. Y. C., Li, C. C., Cheung, W. H., Lam, S. M. R., Li, H. Y., ... Wan, S. F. (2011). The effect of horticultural activities on agitation in nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 435-436.
- Lukoff, D., Liberman, R. P., & Nuechterlein, K. H. (1986). Symptom Monitoring in the Rehabilitation of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 578-602.
- Mackenzie, E. R., Agard, B., Portella, C., Mahangar, D. J., Barol, J., & Carson, L. (2000). Horticultural therapy in long-term care settings. *Journal of the American Medical Directors Association*, 1(2), 69-73.
- Maller, C., Townsend, M., Pryor, A., Brown, P., & Leger, L. S. (2006). Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. *Health Promotion International*, 21(1), 45-54.
- Marboeuf, D. (2009). Le centre hospitalier Georges-Mazurelle Hôpital Sud La Roche-sur-Yon. *Revue de la société française d'Histoire des Hôpitaux*, 133-134(1), 43-44.
- Markee, K. M., & Janick, J. (1979). A bibliography for horticultural therapy (1970-1978): Comparison of literature search techniques in an interdisciplinary field. *HortScience*.
- Matsuo, E. (2004). Humanity in horticulture-healing and pleasure. *ISHS Acta Horticulturae 790: VIII International People-Plant Symposium on Exploring Therapeutic Powers of Flowers, Greenery and Nature*.
- Mattson, R. H., & Hilbert, R. T. (1976). Psychological, social, physical, and educational effects of horticultural therapy for geriatrics. *HortScience*, 11(328).

- Mattson, R. H., Kim, E., Marlowe, G. E., & Nicholson, J. D. (2004). Horticultural Therapy Improves Vocational Skills, Self-esteem, and Environmental Awareness of Criminal Offenders in a Community Corrections Setting. *HortScience*, 39(4), 837-837.
- McCaffrey, R., Liehr, P., Gregersen, T., & Nishioka, R. (2011). Garden walking and art therapy for depression in older adults: a pilot study. *Research in Gerontological Nursing*, 4(4), 237-242.
- McGuinn, C., & Relf, P. D. (2001). A Profile of Juvenile Offenders in a Vocational Horticulture Curriculum. *HortTechnology*, 11(3), 427-433.
- Michel Foucault. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Migura, M. M., Whittlesey, L. A., & Zajicek, J. M. (1997). Effects of a Vocational Horticulture Program on the Self-development of Female Inmates. *HortTechnology*, 7(3), 299-304.
- Milligan, C., Gatrell, A., & Bingley, A. (2004). 'Cultivating health': therapeutic landscapes and older people in northern England. *Social Science & Medicine*, 58(9), 1781-1793.
- Moore, B. (1989). *Growing with Gardening: A Twelve-month Guide for Therapy, Recreation, and Education*. UNC Press Books.
- Mouaffak, F., Morvan, Y., Bannour, S., Chayet, M., Bourdel, M.-C., Thepaut, G., ... Krebs, M.-O. (2010). Validation of the French version of the expanded Brief Psychiatric Rating Scale with anchor BPRS-E(A). *L'Encéphale*, 36(4), 294-301.
- Mouginot, M. (2009). Les jardins potagers, lieux d'approvisionnement : l'exemple de l'AP-HP. *Revue de la société française d'Histoire des Hôpitaux*, 133-134(1), 24-27.
- Namazi, K., & Haynes, S. (1994). Sensory Stimuli Reminiscence for Patients with Alzheimer's Disease. *Clinical Gerontologist*, 14(4), 29-46.
- O'Callaghan, A., Robinson, M., Reed, C., & Roof, L. (2010). Horticultural training improves job prospects and sense of well being for prison inmates. In *Acta Horticulturae*. International Society for Horticultural Science.
- Orians, G. H., & Heerwagen, J. H. (1992). Evolved responses to landscapes. In J. H. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (éd.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture* (p. 555-579). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Ortet, A. (2009). La colonie. *Revue de la société française d'Histoire des Hôpitaux*, 133-134(1), 35-39.
- Park, S.-A., Lee, K.-S., & Son, K.-C. (2011). Determining Exercise Intensities of Gardening Tasks as a Physical Activity Using Metabolic Equivalents in Older Adults. *HortScience*, 46(12), 1706-1710.
- Park, S., & Huh, M. (2010). Effects of a horticultural program on the preschool children's emotional intelligence and daily stress. *Korean Journal of Horticultural Science & Technology*, 28(1), 144-149.
- Pents, T., & Sheppard, P. (1998). Children and youth and horticultural therapy practice. In *Horticulture as therapy: principles and practice* (Haworth Press, p. 199-230). New York. Consulté à l'adresse <http://library.wur.nl/WebQuery/clc/961874>
- Perrins-Margalis, N., Rugletic, J., Schepis, N., Stepanski, H., & Walsh, M. (2000). The Immediate Effects of a Group-Based Horticulture Experience on the Quality of Life of Persons with Chronic Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(1), 15-32.
- Pfeffer, J., Deyton, D., & Stewart, C. (2007). Designing a roof top horticultural therapy garden for a geriatric behavior center. *HortScience*, 42(4), 946-946.
- Polomski, R. F., Johnson, K. M., & Anderson, J. C. (1997). Prison Inmates Become Master Gardeners in South Carolina. *HortTechnology*, 7(4), 360-362.
- Pothukuchi, K., & Bickes, J. (2001). *Youth nutrition gardens in Detroit: A report on benefits, potential, and challenges*. Detroit, Michigan: Wayne State Univ.

- Pretty, P. J., Peacock, J., Hine, R., Sellens, M., South, N., & Griffin, M. (2007). Green exercise in the UK countryside: Effects on health and psychological well-being, and implications for policy and planning. *Journal of Environmental Planning and Management*, 50(2), 211-231.
- Pringuey, D., & Pringuey, F. (2014). Jardins de Soins en psychiatrie de l'adulte, un recours thérapeutique en évaluation. Présenté à 4ème Symposium Jardin et Santé.
- Pringuey, D., & Pringuey, F. (2015). Le jardin de soins, recours thérapeutique : aspects psychopathologiques et phénoménologiques, implications thérapeutiques. *L'Encéphale*, 41(3), 197-201.
- Pringuey, F. (2015). Le Jardin de soin : une phénoménologie de la résonance. Consulté à l'adresse <http://www.psycause.info/le-jardin-de-soin-une-phenomenologie-de-la-resonance/>
- Rappe, E. (2005). *The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long term care*. University of Helsinki- Faculty of Agriculture and Forestry, Helsinki.
- Rappe, E., & Lindén, L. (2004). Plants in health care environments: experiences of the nursing personnel in homes for people with dementia. In *Acta Horticulturae* (Vol. 639, p. 75-81). Toronto, Canada: International Society for Horticultural Science (ISHS).
- Raske, M. (2010). Nursing Home Quality of Life: Study of an Enabling Garden. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(4), 336-351.
- Relf, D. (1992). *The role of horticulture in human well-being and social development*. Timber Press.
- Ribes, A., & Clément, G. (2005). *Toucher la terre : Jardiner avec ceux qui souffrent*. Médicis.
- Richard, D., & Ribes, A. (2011). *Quand jardiner soigne : Initiation pratique aux jardins thérapeutiques*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Richards, H. J., & Kafami, D. M. (1999). Impact of Horticultural Therapy on Vulnerability and Resistance to Substance Abuse Among Incarcerated Offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 29(3-4), 183-193.
- Ringgenberg, P. (2006). *La peinture persane, ou la vision paradisiaque*. Paris: Les Deux Océans.
- Rivasseau-Jonveaux, T., Pop, A., Fescharek, R., Bah Chuzeville, S., Jacob, C., Demarche, L., ... Malerba, G. (2012). Les jardins thérapeutiques: recommandations et critères de conception. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 10(3), 245-253.
- Rodiek, S. (2002). Influence of an outdoor garden on mood and stress in older persons. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 13(1), 13-21.
- Ronnberg, A., & Martin, K. (2011). *Le livre des symboles* (Française). Köln; Paris: Taschen.
- Rossiter, S. (2006). Forget Me Not Farm: A Healing Place (Child Psychotherapy). *Annals of the American Psychotherapy Association*, 9(1), 30-32.
- Roszak, T., Gomes, M. E., & Kanner, A. D. (1995). *Ecopsychology: Restoring the earth, healing the mind* (Vol. 23). San Francisco, CA, US: Sierra Club Books.
- Salomé, E. (2009). L'apothicairerie des hospices de Beaune. *Revue de la société française d'Histoire des Hôpitaux*, 133-134(1), 17-23.
- Sandel, M. H. (2004). Therapeutic gardening in a long-term detention setting. *Journal for Juvenile Justice Services*, 19(1-2), 123-131.
- Sartre, J.-P. (1945). *Les Chemins de la liberté, tome 1 : L'âge de raison*. Paris: Gallimard.
- Schnitzler, A. (1991). *Relations et Solitude. Aphorismes*. (P. Deshusses, Trad.). Paris; Marseille: Rivages.
- Sempik, J., Aldridge, J., & Becker, S. (2003). Social & Therapeutic Horticulture: Evidence & messages from research. *Centre for child and family research*, (6), 60.

- Sempik, J., Aldridge, J., & Finles. (2006). Health, well-being and social inclusion: therapeutic horticulture in the UK. *CCFR Evidence*, (11).
- Shepard, P. (1994). Phyto-resonance of the true self. (p. 154-160). Présenté à The healing dimensions of people plant relations, proceedings of a research symposium., UC Davis.
- Shoemaker, C. A. (2004). Horticulture therapy: comparisons with other allied therapies and current status of the profession.
- Shoemaker, C. A., & Lin, M. (2008). A model for healthy aging with horticulture. In *Acta Horticulturae* (p. 93-98). Leuven, Belgium: International Society for Horticultural Science (ISHS).
- Simson, S., & Straus, M. C. (1998). *Horticulture as Therapy: Principles and Practice*. Taylor & Francis.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310.
- Söderback, I., Söderström, M., & Schäländer, E. (2004). Horticultural therapy: the 'healing garden' and gardening in rehabilitation measures at Danderyd hospital rehabilitation clinic, Sweden. *Developmental Neurorehabilitation*, 7(4), 245-260.
- Son, K., Um, S., Kim, S., Song, J., & Kwack, H. (2004). Effect of horticultural therapy on the changes of self-esteem and sociality of individuals with chronic schizophrenia. In *Acta Horticulturae* (Vol. 639, p. 185-191). Toronto, Canada. Consulté à l'adresse http://www.actahort.org/books/639/639_23.htm
- Stamm, I., & Barber, A. (1978). The nature and change in horticultural therapy. Présenté à 6th Annual Conference, NCTRH, Topeka, Kansas.
- Steininger-Hotwagner, B. (2004). A Garden to Live and to Learn for Socially Deprived Adolescents. In *Acta Horticulturae* (Vol. 639, p. 51-55). International Society for Horticultural Science (ISHS).
- Stein, L. K. (1997). Horticultural Therapy in Residential Long-Term Care. *Activities, Adaptation & Aging*, 22(1-2), 107-124. http://doi.org/10.1300/J016v22n01_09
- Stepney, P., & Davis, P. (2004). Social inclusion, mental health and the green agenda. *Journal of Social Work in Health Care*, 39(3/4), 387-409.
- Stigsdotter, U., & Grahn, P. (2002). What make a garden a healing garden. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 13(2), 60-69.
- Sudres, J.-L. (2012). Se former en Hortithérapie : et après ? (p. 1). Présenté à 3ème Symposium Jardins & Santé: les jardins à but thérapeutique, Paris.
- Sugimoto, M. (2008). Interaction effect between elderly and children during horticultural activities. *Acta Horticulturae*. Consulté à l'adresse <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US201301583479>
- Tse, M. M. Y. (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 949-958.
- Ulrich, R. S. (1999). Effects og Gardens on Health Outcomes: Theory and Research. In *Healing gardens: Therapeutic benefits and design recommendations* (p. 27-86).
- Ulrich, R. S., & Parsons, R. (1992). Influences of passive experiences with plants on individual well-being and health. In *The role of horticulture in human well-being and social development* (p. 93-105).
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201-230.
- Voltaire. (1759). *Candide ou L'Optimisme*. Paris: Gallimard.
- Waliczek, T. M., Bradley, J. C., & Zajicek, J. M. (2001). The Effect of School Gardens on Children's Interpersonal Relationships and Attitudes Toward School. *HortTechnology*, 11(3), 466-468.

- Wang, D., & MacMillan, T. (2013). The Benefits of Gardening for Older Adults: A Systematic Review of the Literature. *Activities, Adaptation & Aging*, 37(2), 153-181.
- Wells, N. M. (2000). At Home with Nature Effects of « Greenness » on Children's Cognitive Functioning. *Environment and Behavior*, 32(6), 775-795.
- Wichrowski, M., Whiteson, J., Haas, F., Mola, A., & Rey, M. (2005). Effects of Horticultural Therapy on Mood and Heart Rate in Patients Participating in an Inpatient Cardiopulmonary Rehabilitation Program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 25(5), 270-274.
- Willets, H., & Sperling, A. (1983). The role of the therapeutic recreationist in assisting the oncology patient to cope. *New York: Futura*.
- Wilson, E. O. (2012). *Biophilie*. Paris: José Corti Editions.
- Winnicott, D. W. (1951). *Les Objets transitionnels*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1958). *La capacité d'être seul*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard
- Yamaya, Y., & Mattson, R. H. (2004). Effect of Horticultural Activities on Environmental Awareness and Behavior of Youth with Learning Disabilities. In *Acta Horticulturae* (p. 207-214). International Society for Horticultural Science (ISHS), Leuven, Belgium.
- Yun, S., & Choi, B. (2010). Effect of horticultural therapy on the stress and serum cortisol of demented elders. *Korean Journal of Horticultural Science & Technology*, 28(5), 891-894.
- Zenoni, A. (2009). *L'autre pratique clinique : Psychanalyse et institution thérapeutique*. Toulouse: Erès.
- Zuylen, G. V. (1994). *Tous les jardins du monde*. Paris: Gallimard.

ANNEXES

Annexe 1

Fiche de prescription des ATM :

Patient : Pôle : Secteur : UF :
Né le : Médecin Prescripteur :
Modalité de soins : Infirmier(s) référent(s) :
Adresse et numéro de téléphone :

◆ **Diagnostic(s) :**

◆ **Précautions éventuelles du fait d'une maladie somatique :**

◆ **Restrictions :**

Y-a-t-il des restrictions à l'activité physique ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Certificat médical de non contre-indication à l'activité physique joint : Oui Non

Le patient doit-il être accompagné aux activités des ATM : Oui Non

◆ **Objectifs de l'activité : (Saisir X dans)**

Resocialisation, réadaptation, développement de l'autonomie.

Maintien des acquis et sollicitation des facultés cognitives.

Favoriser l'expression et la gestion des émotions.

Travail sur l'image corporelle, l'éprouvé corporel, l'expression corporelle.

Autres objectifs à préciser :

◆ **Médias souhaités : (Saisir X dans)**

Médiations artistiques.

Médiations corporelles et activités sportives.

Médiations verbales.

Habiletés sociales.

◆ **Durée prévisible du séjour en hospitalisation temps plein :**

<15 jours

Entre 15 jours et 1 mois

>1 mois

◆ **Personne en capacité de se déplacer : Oui Non**

NB : Pour la prise en charge des personnes dans l'incapacité de se déplacer, contacter les **infirmiers d'accueil/ATM au poste 7045**

◆ **Propositions éventuelles :**

Date et signature :

Docteur

Annexe 2

Questionnaire d'accueil :

Date de l'entretien :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de Tél :

Unité de soins :

Nom du psychiatre référent :

Nom de l'infirmier référent :

1) Quelle est la raison de votre venue aux ATM ?

2) Qu'est ce qui est à l'origine de votre hospitalisation ?

3) Comment se déroule le séjour ?

4) Depuis quand êtes-vous hospitalisé ? Jusqu'à quand ? Modalités d'hospitalisation ?

5) A-t-il déjà été hospitalisé ? A Marchant ? Ailleurs ?

6) Est-il déjà venu aux ATM ? Si oui, quel(s) atelier(s) ?

Avez-vous déjà participé à des activités ailleurs ? (ou lors des précédentes hospitalisations).

Qu'est ce que cela vous a apporté ?

7) Quel est votre projet ? (de manière globale, aux ATM : comment se représente-t-il les ateliers ? A son initiative ?)

8) Quelles sont vos disponibilités et indisponibilités ?

9) Quels sont vos centres d'intérêt ? Avez-vous des loisirs, des passions ?

10) Avez-vous des problèmes particuliers à prendre en compte pour les ateliers ? (allergies, port de lunettes, diabète, problèmes cardiaques, asthme, surdité, hypertension, problèmes dorsaux, écriture, lecture, appréhensions, phobies, PEC individuelles ou groupales).

Présentation des ateliers.

Choix du patient (motivations, objectifs...)

Evaluation soignante après entretien :

(Comportement adapté, discret, logorrhéique, dispersé.... Autonomie, hygiène, venu seul ou accompagné...)

Bilan de la réunion du vendredi :

Orientation :

Annexe 3

Formulaire recueil consentement éclairé du patient

FORMULAIRE POUR LE RECUEIL DU CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

Je soussigné(e).....

Né(e) le.....

Accepte de participer à une étude, en tant que patient hospitalisé au centre hospitalier Gérard Marchant et bénéficiant d'une prise en charge à l'unité des Activités Thérapeutiques Médiatisées, pour évaluer ma qualité de vie.

Le but de cette étude est de comprendre comment un atelier thérapeutique médiatisé par le jardin peut améliorer ma qualité de vie et l'évolution de mes troubles.

L'objectif de cette étude m'a bien été expliqué. Je sais que je peux à tout moment, et sans donner d'explication, ne plus participer à cette étude.

Je pourrai à tout moment demander des explications au Dr BOUCARD ou à Mme BASCANDS. Les résultats des échelles resteront strictement confidentiels. Seuls les personnes autorisés par le Dr BOUCARD et avec mon accord, pourront en prendre connaissance.

Je déclare avoir reçu toutes les informations nécessaires pour donner mon accord.

Fait à.....

Le.....

Signature

Annexe 4

Photos retraçant l'évolution du jardin des ATM

-En décembre 2014 :



-En mars 2015



-En août 2015 :



Source : Didier Guili

HORTITHERAPIE ET PSYCHIATRIE : REVUE DE LA LITTERATURE, RETOUR D'EXPERIENCE ET PROJET D'ETUDE EXPERIMENTALE

RESUME:

L'idée qu'un jardin puisse servir de cadre thérapeutique et que le jardinage soit un support de soins pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques a d'abord découlé de l'usage purement économique et utilitaire des potagers asilaires. Sous l'essor du développement de la psychiatrie moderne, les thérapies médiatisées par le contact avec les plantes ont abouti à la définition de l'hortithérapie (HT) dans les années 50. Du secteur social au médical, plusieurs formes et programmes d'HT se sont développés, selon le type de personne ou de pathologie ciblé.

Dans le domaine de la psychiatrie, malgré de nombreux articles nationaux et internationaux retraçant des retours d'expérience positifs sur des ateliers médiatisés par les plantes, la revue de la littérature montre le manque important d'étude expérimentale standardisée sur ce sujet afin d'objectiver et de valider scientifiquement les effets bénéfiques constatés par les équipes soignantes. Des quatre études publiées, on retiendra synthétiquement l'impact des programmes d'HT standardisés sur la diminution de la dépression, de l'anxiété et du stress des participants. L'effet apaisant semble être au premier plan et confirme les fonctions psychiques de contenance, de continuité et d'étayage de ce type d'atelier. Egalement stimulante sur bien des registres (cognition, affect, narcissisme, repérage, organisation), l'HT a aussi pour vocation d'être socialisante et de tendre vers l'autonomie.

Notre expérience autour d'un atelier d'HT a soutenu l'idée d'une adéquation de ce type de soins avec les besoins des patients souffrant de pathologie psychiatrique sévère. Nous espérons pouvoir objectiver ses effets par la conduite d'une étude prospective standardisée visant à évaluer l'amélioration du bien-être ressenti par les patients participant à un programme d'HT et ainsi participer au développement et à la diffusion de ce type de thérapie médiatisée.

TITRE EN ANGLAIS : Horticultural therapy and Psychiatry : literature review, experience feedback and experimental study project

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : hortithérapie – psychiatrie – jardin de soins - jardin thérapeutique – thérapie médiatisée

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Docteur Jérôme BOUCARD
Co-directeur de thèse : Professeur Laurent SCHMITT