



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Mémoire

## Approche qualitative de l'éprouvé au Jardin de Soins. Une étude exploratoire en Psychiatrie de l'Adulte



*A qualitative study of healing garden experience. An exploratory study in adult psychiatry*

Romain Pommier<sup>a,\*</sup>, Dominique Pringuey<sup>b</sup>, France Pringuey-Criou<sup>c,\*</sup>, Yann Boulon<sup>d</sup>, Stéphane Boyer<sup>e</sup>, Catherine Massoubre<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Centre référent de réhabilitation psychosociale, CHU de Saint-Étienne, hôpital de Bellevue, 25, boulevard Pasteur, 42100 Saint-Etienne, France

<sup>b</sup> Département de pédagogie et de simulation médicale, faculté de médecine de Nice, 28, avenue Valombrose, 06107 Nice cedex 2, France

<sup>c</sup> Conception conseil en Jardins de soins, les jardins de Saint-Pons, 512, chemin de Saint-Pons, 06460 Escagnolles, France

<sup>d</sup> Centre référent de réhabilitation psychosociale de Saint-Étienne, REHACOOR, 42, hôpital de Bellevue, 25, boulevard Pasteur, 42100 Saint-Étienne, France

<sup>e</sup> Unité d'admission 3-secteur plaine, CHU de Saint-Étienne, hôpital Nord, avenue Albert-Raimond, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

<sup>f</sup> Pôle de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, CHU de Saint-Étienne hôpital Nord, avenue Albert-Raimond, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 13 septembre 2016

Accepté le 20 juin 2017

Disponible sur Internet le 1 décembre 2017

Mots clés :

Adulte  
Centre hospitalier de Saint-Étienne  
Entretien d'évaluation  
Jardinage  
Médiation thérapeutique  
Psychiatrie  
Relation soignant-soigné  
Rétablissement

### RÉSUMÉ

En Psychiatrie de l'adulte, le Jardin de soins apparaît aujourd'hui comme une médiation innovante à visée thérapeutique susceptible de participer au rétablissement des patients hospitalisés. L'effet thérapeutique répondrait de plusieurs mécanismes liés, en rapport avec notre relation fondamentale à l'environnement naturel et à des effets sociorelationnels favorisés par un support non intrusif de faible complexité. Les travaux à caractère scientifique ont débuté en psychiatrie dans les troubles réactionnels. Nous voulons conforter les impressions cliniques accumulées en pratique de soins chez l'adulte hospitalisé souffrant d'une pathologie sévère, à travers une étude pilote de type qualitatif utilisant l'analyse de récit. Chez un petit groupe de patients, l'expérience vécue au Jardin de soins est enregistrée au cours d'un entretien semi-dirigé. La recherche porte sur l'identification des thèmes récurrents participant à la synthèse des éléments centraux des expériences décrites. Nous avons commencé l'investigation chez sept patients. Les premières données de l'observation qualitative confortent l'hypothèse d'un dispositif de soins susceptible de soutenir le rétablissement des patients hospitalisés pour des troubles sévères. Le bénéfice porte sur une réduction de la perception des symptômes de la maladie, l'impression de « reprendre pied » avec la réalité, l'intérêt d'une relation soignant-soigné différemment perçue, l'avantage d'une reprise du pouvoir d'agir et la reconnaissance de l'importance du soutien d'autrui, les patients regagnant la « vitalité » du contact avec la réalité. Cette construction d'un sens par la méthode qualitative conforte l'intérêt thérapeutique du Jardin de soins et propose de nouvelles dimensions pertinentes pour la recherche.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### ABSTRACT

In Adult Psychiatry, the Healing Garden seems today an innovative therapeutic mediation aimed likely take part in the recovery of severe patients. The therapeutic effect would depend on several bound mechanisms, in keeping with our fundamental relation with the natural environment and socio-relational purposes supported by a nonintrusive support of low complexity. Formal scientific clinical studies began in psychiatry in reactive disorders. We want to consolidate the clinical impressions accumulated in practice care in the suffering hospitalized adult of a severe pathology, through a pilot study of a qualitative type using the content analysis of interviews in a short form. The method consists of exploring elements of their comments through a feedback of personal experiences within a small

Keywords:

Adult  
Evaluation interview  
Health Center of Saint-Étienne  
Healing garden  
Professional-patient relations  
Psychiatry  
Recovery  
Therapeutic mediation

\* Auteurs correspondants.

Adresses e-mail : [romain.pommier@chu-st-etienne.fr](mailto:romain.pommier@chu-st-etienne.fr) (R. Pommier), [france.pringuey@gmail.com](mailto:france.pringuey@gmail.com) (F. Pringuey-Criou).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.06.006>

0003-4487/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

group of patients to identify recurring and shared issues. Then, a structural synthesis of central elements of described experience aims at understanding the patient unique experience meanwhile and perceive the meaning for them. We began the investigation with 7 patients. The clinical evaluation was based on a semi structured interview lasting 20–30 minutes with the help of an interview guide collecting experience. The personal experience of the patient once re-written has been analyzed. The first step of qualitative data confirms the assumption of a device of care supporting the process of recovery, the benefit in a reduction of perception of symptoms of the disease, the impression to get back on their feet, the interest of a differently perceived relation with caregivers, the advantage of a resumption of the power to act, and the recognition of the importance of the support from others. Therefore patients state a re-start of their physical or psychic energy. It can be understood with the support of the group as well as the direct effects of the vegetal, or more, with discovering new possibilities to enable them to rebound back into daily life. Then, they can describe that whenever the caregiver goes to the same level as the patient in charge, and that he agrees to be taught and surprised by what the other knows, he restores on a making-together method a failing self-esteem. This feeling of self-efficiency, highlighted by human interaction with a newly renamed caregiver, enables people to get past feeling stigmatized even if this feeling is unfortunately deeply buried in the person. If the feeling of worthlessness and impossibility to change give way to a slightest action, a dynamic settles down. It enables the patient to get aware that it can act and influence on its environment, like the others. As a result, the feeling of inadequacy decreases and even the slightest result enable to recover self-confidence thanks to a positive environment. It doesn't take much for them to realize they can act and widen their experience to other areas of their lives. The feeling of the ability to act by themselves comes back. Finally the relationship with others seems a key element in the Healing Garden. It can be shared between peers, between caregivers and patients, between the relationships of these people with the rest of society. The matter is the acceptance of its own abilities even if they are diminished. This perspective cannot be separated from the above mentioned elements: The achievement is team work and overtake individual boundaries. It allows the patient. It is the feedback of society over creation and work performed. The feeling of self-efficiency created by the pride they can feel is reward and may lead to other achievement. To conclude, we propose to consider the thematic emergence of the experience of the concept of vitality as spring action in the real in front of others as echo in a psychopathologic tradition dedicated to the existential comprehension of disorders. The implementation of a healing garden in the psychiatric fields comes as a response of our survey and sustains the patients differently. The originality is in that patients acquire resources from the environment, in a dynamic recovery. So we suggest offering this mediation as soon as possible to curb the spread of their illness. We would like to see this pilot survey taking part in structuring relevant dimensions and new researches.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

En Psychiatrie de l'adulte, le Jardin de soins apparaît aujourd'hui comme une médiation innovante à visée thérapeutique [7] susceptible de participer au rétablissement des patients hospitalisés souffrant de pathologies sévères [2,25]. Une observation clinique convaincante soutient le développement de méthodes de soins utilisant la relation homme–plante [8,18,37] et formalise les principes d'activités partagées au Jardin de soins comme support environnemental original [28,32]. L'effet thérapeutique répondrait de plusieurs mécanismes liés en rapport avec notre relation à l'environnement naturel [29,30] et répondant de principes neurobiologiques variés tels une fonction refuge-protection [4], un « effet Savane » spécifique [24] support de notre inclination au vivant, tendance appelée « biophilie » [39] et la mise en jeu des mécanismes de résonance (phytorésonance) [23,28].

Les bénéfices en santé au Jardin de soins sont multiples [28] : réduction du stress pour les patients, mais aussi pour leurs familles et pour les soignants [1,17,18,36], amélioration de l'humeur [38], mobilisation des fonctions cognitives et mnésiques [31,40], relèvement de la qualité de vie [33,34], renforcement de l'autonomie des personnes [30].

Au Jardin de soins, la sollicitation polysensorielle favorise l'ouverture émotionnelle et affective [8,28] et l'amélioration ressentie par le patient peut œuvrer à équilibrer la relation soignant–soigné sur le fond d'une tâche commune [18]. Au travers des activités proposées, le partage entre participants est porteur de sens pour l'élaboration de l'identité [28], favorisant l'affranchissement du statut de malade [25], le rétablissement du patient et son retour à la possibilité d'agir [19]. La complexité des déterminants

du rétablissement pour chaque patient motive d'effectuer, au moins dans un premier temps, une observation individuelle et qualitative [27].

Dans le contexte du courant de la Médecine Basée sur les Valeurs dite « *Values Based Medecine* » [12,27], les approches qualitatives offrent la possibilité d'une recherche appliquée à la compréhension de l'expérience vécue par le patient [26], en procédant à une analyse de contenu thématique [22].

Sur la base d'expériences probantes à l'étranger [1,7,8,18,23,34,37] et d'une réalisation récente au CHU de Nice [15,28], le CHU de Saint-Étienne a récemment installé, dans le parc des Services de Psychiatrie, le « Jardin des Mélisses » [16], jardin aménagé selon les règles d'une conception participative [29] et répondant aux critères internationaux retenus dans la conception d'un jardin de soins [8,18,28–30] et notamment : biodiversité, non-toxicité, cohérence des espaces d'utilités diverses, circulations, signalisations, protections... (Fig. 1).

Intégré au projet médical global du Pôle de Psychiatrie du CHU, le Jardin de soins met en exergue la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés en répondant à trois objectifs [28] : améliorer la qualité des soins et la vie à l'hôpital, permettre aux patients les plus en difficulté d'avoir accès à des activités de médiation en initiant une ouverture vers l'extérieur et vers les autres, et constituer un élément socle des premiers niveaux de réhabilitation psychosociale.

Nous avons souhaité rendre compte de l'expérience vécue au Jardin des Mélisses de patients psychiatriques adultes hospitalisés et avons choisi un mode d'approche individualisé de celle-ci, appliqué au recueil des données subjectives selon les principes des études qualitatives.



Fig. 1. Photo du jardin.

## 2. Méthode

Notre projet de recherche avait pour but d'évaluer l'expérience vécue de patients hospitalisés en Psychiatrie de l'Adulte, utilisant, outre l'évaluation psychométrique des émotions ressenties et des comportements en groupe, l'analyse de récit brève selon le paradigme compréhensif de l'approche qualitative [20,26].

Le *Jardin des Mélisses* accueille sur indication médicale des patients hospitalisés atteints de troubles psychiatriques sévères et invalidants. Diverses activités de médiation encadrées par des infirmiers y sont proposées : visite, entretien, désherbage, arrosage, semis, repotages... Les séances au Jardin ont lieu deux fois par semaine pendant une heure et demie, pour un groupe de six patients maximum. Chaque patient est accompagné, seul ou en groupe, dans une activité adaptée aux cibles symptomatique désignées (cf. [Tableau 1](#)).

Notre étude exploratoire devait de principe concerner un effectif de 15 patients mais le recrutement s'est limité à 7 sujets, l'étude se consacrant à la faisabilité, à un test portant sur la

Tableau 1

Caractéristiques démographiques et cliniques des interviewés.

Patient	Âge	Sexe	Profession	Diagnostic	Ancienneté de la pathologie	Ancienneté de l'hospitalisation	Autre thérapies médicamenteuses	Cibles symptomatiques désignées ----- Activités adaptées	Prépondérance des thèmes
1	45	M	Sans emploi	Épisode dépressif majeur récurrent	15 ans	2 mois	Venlafaxine 150 mg/jour  Diazépam 10 mg 3/j	Cibles symptomatiques : Perte de confiance en soi, difficulté de communication ----- Activités adaptées : Participation à la création de massifs, entretien régulier du jardin	Une meilleure confiance en soi  Une parenthèse pendant l'hospitalisation
2	42	F	Conseillère de clientèle	Trouble bipolaire	6 mois	1,5 mois	Théralithe LP 400 mg/j	Diminution de l'activité motrice, perte de plaisir ----- Cibles symptomatiques : Bêcher, semer	La reprise de pensées positives Une meilleure confiance en soi
3	30	M	Sans emploi	Trouble bipolaire	2 ans	1 mois	Oxazépam 10 mg le matin, le midi et le soir Divalproate de sodium 250 mg (1 cp matin et soir)	Perte d'autonomie, perte de confiance en soi ----- Activités adaptées : Reconnaissance botanique, participation à la création de massifs	L'apaisement ressenti Une relation thérapeutique porteuse d'espoir
4	40	M	Intérimaire	Schizophrénie paranoïde	10 ans	2 mois	Clozapine 400 mg/j	Cibles symptomatiques : L'anxiété, des difficultés de communication, un repli sur soi ----- Activités adaptées : Arroser, désherber, tâche facile et répétée	Une diminution de ses symptômes  Un partage de son expérience avec d'autres
5	18	M	Lycéen	Schizophrénie paranoïde	1 an	1 mois	Olanzapine 20 mg le soir	Cibles symptomatiques : La diminution de l'activité motrice, l'isolement, le repli sur soi ----- Activités adaptées : Stimulation sensorielle par aromatiques, compositions florales	Une reprise de la vitalité une relation thérapeutique porteuse d'espoir
6	46	M	Sans emploi	Épisode dépressif majeur	4 ans	3 semaines	Paroxétine 40 mg, Oxazépam 150 mg, Alimemazine 25 mg	Perte d'autonomie, perte de plaisir ----- Cibles symptomatiques : Préparation de la terre, amender, semer	Un rappel de ses compétences antérieures, la reprise d'une dynamique positive
7	62	M	Retraité	Troubles cognitifs mineurs sur Trouble bipolaire	24 ans	3 mois	Aripiprazole 15 mg : 1 cp matin et soir Carbamazépine 200 mg 1 cp matin et soir Loxapine 25 mg 1 cp matin, midi, soir et nuit	Perte de confiance en soi, pessimisme ----- Activités adaptées : Bouture, taille, repotage, travail sur la dextérité	Un apaisement ressenti, un rappel de ses compétences antérieures

possibilité d'organisation interne des services cliniques hors soutiens financiers, et à une initiation aux principes de la méthode qualitative. Le chercheur est un interne en 4<sup>e</sup> année du DES de Psychiatrie, co-concepteur du projet, et l'étude fut contrainte par les impératifs de soumission de son travail de thèse de doctorat d'exercice portant sur ce thème « L'éprouvé au Jardin de Soins en faveur du rétablissement ? Une étude qualitative au Jardin des Mélisses ».

L'évaluation clinique a été basée sur un entretien semi-directif d'une durée de 20 à 30 minutes, conduit à l'aide d'un guide d'entretien et recueillant le témoignage du patient. Celui-ci une fois retranscrit fait l'objet d'une analyse de récit [6]. La méthode consiste, à travers un recueil des expériences vécues d'un petit groupe de sujets, à identifier des thèmes récurrents et partagés, ainsi que les éléments divergents. On effectue ensuite une synthèse structurale des « éléments centraux des expériences décrites » [11]. Il s'agit de comprendre « ce qui est vécu » par les patients au cours de la médiation et de percevoir le sens que cela peut avoir pour eux.

L'évaluation est systématisée par un guide d'entretien établi au préalable qui explore les thèmes relevant de la dynamique du rétablissement. Il interroge le retentissement sur les difficultés et sur les troubles. Il aborde les relations et les échanges avec les soignants et les autres patients, leur vie en général, le regard qu'ils portent sur eux-mêmes, le ressenti émotionnel de l'expérience, leur intérêt de poursuivre cette pratique à la sortie de l'hôpital et les bénéfices qu'ils pourraient en retirer. Converti en questions ouvertes posées systématiquement selon le même modèle, il permet de relancer la parole de l'interviewé. Le guide ici a été le même pour les sept entretiens et devait permettre de garder une forme de neutralité.

Dans ce type d'étude, le rôle de l'enquêteur est primordial. Il doit permettre de faciliter le témoignage et faire preuve d'empathie, de relance et d'incitation au dialogue. Il est le moins interventionniste possible [5]. L'étude est présentée aux patients avec une notice d'information. Une fois le consentement éclairé obtenu, le patient est interrogé et l'entretien est enregistré par matériel audio en Mp3 (Dictaphone/iPhone). L'enregistrement est retranscrit dans un logiciel sur Word 2011 de façon anonyme, l'original est détruit.

L'analyse de récit procède en plusieurs temps. Un premier travail consiste à identifier les thèmes du corpus, « désignant des unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle » [5]. La dénomination de ces premières identifications amorce une révision régulière de l'analyse visant à la consolidation des thèmes émergents [20]. L'étape suivante est une cartographie des thèmes qui procède de l'analyse transversale des entretiens. Les thèmes s'organisent et s'articulent entre eux, définissant des axes de réflexion. Ces axes représentent une logique de regroupement des thèmes que l'on poursuit jusqu'à saturation des données. Ce regroupement suggère une dimension susceptible de résumer au mieux l'expérience [20,26].

Nous avons réalisé sept entretiens semi-directifs auprès de patients ayant réalisé au moins six séances au Jardin de soins, peu

après la sixième séance, une femme et six hommes. L'âge des patients interrogés varie de 18 à 62 ans. L'inclusion en variation maximale garantit la diversité des points de vue initiaux. Un patient avait fait des études de paysagisme, un autre a longtemps jardiné dans un jardin partagé ouvrier. Leurs caractéristiques démographiques et cliniques sont portées sur le [Tableau 1](#).

Chaque entretien retranscrit est figuré dans des tableaux reprenant les rubriques du guide d'entretien, l'identification des thèmes du corpus et les extraits de verbatim correspondants, donnant une vue d'ensemble de l'analyse. Les extraits de verbatim illustrent le thème retenu. Pour exemple, nous citons un fragment d'analyse du discours dans le [Tableau 2](#).

### 3. Résultats

De l'analyse de récit brève appliquée à sept patients, nous rapportons l'émergence de 5 axes thématiques significatifs à savoir : un bénéfice portant sur la perception des symptômes de la maladie, l'impression de « reprendre pied » avec la réalité, l'intérêt d'une relation soignant-soigné nouvelle, une reprise du pouvoir d'agir et la reconnaissance de l'importance du soutien d'autrui.

#### 3.1. Axe 1. Un bénéfice sur la perception des symptômes de la maladie

L'apaisement ressenti en effectuant les séances au jardin de soins est la dimension la plus saillante de l'expérience : « ... ce jardin m'a fait du bien... ça apaise... » (E2). « De l'apaisement... ça me détendait beaucoup... » (E5). Cela s'accompagne d'une focalisation de la pensée sur une tâche, dans l'ici et maintenant, caractéristique des états méditatifs : « Même la télévision n'a pas cet effet-là... le jardin captive toute la pensée » (E2). « Ca nous libère... Les idées noires surtout, ça les met à distance... » (E3). Les symptômes de la lignée dépressive semblent les plus sensibles, mais l'effet produit sur les symptômes psychotiques est parfois net : « Ben... les voix... J'y pensais plus... J'étais dans les plantes, quoi, dans la terre » (E4). « Ben d'être bien... et de pas voir le temps passer » (E6).

Le Jardin de Soins semble permettre une perception plus fine des symptômes de la maladie et une plus grande prise de distance. L'environnement offert par le jardin permet pendant le temps des séances un bénéfique apaisement.

#### 3.2. Axe 2. L'impression de « reprendre pied » avec la réalité

L'expérience évoquée est celle d'un renouveau, de nouvelles possibilités s'offrant au sujet : « Oui l'hôpital c'est la maladie, et là-bas c'est autre chose » (E1). Au jardin « ... j'ai l'impression d'être normal » (E1). « ... Là, de faire quelque chose de productif, c'est différent » (E4). « J'ai commencé à jardiner un peu avec mes parents... Ca donne un intérêt commun, ils sont plus heureux de me voir » (E5). Le rapport au temps, en synchronie avec le rythme du vivant, est une dimension importante de cette remise en route « Cela aide à avoir la patience... Ya un temps pour tout, pour que ça pousse, ya un temps pour se soigner... ». Les sujets trouvent une énergie

**Tableau 2**  
Fragment d'une analyse de discours.

Rubrique	Thème	Extrait du verbatim
L'effet du Jardin de Soins sur les relations avec les autres Abordé systématiquement sur la base d'une question ouverte	Une modification de la relation soignant-soigné <i>Détail implicite de la conclusion du relevé thématique proposé : ce patient semble exprimer par la répétition du mot « différent » une profonde modification de la relation entre lui et ses soignants. Sur un « même pied d'égalité », expression qu'il utilise un peu plus loin, donne une information supplémentaire sur la nature de cette relation, plus horizontale semble-t-il. Il insiste dans la notion de niveau et les intègre de fait comme des alliés : « ils sont avec nous ».</i> <i>On peut d'ores et déjà pointer que ce thème, qui sera utilisé dans un des regroupements thématiques, est en lien avec un autre thème concernant le soutien des autres.</i>	« Pour les soignants, on les voit différemment... Ils nous donnent pas un cachet... Enfin le traitement on en a besoin, mais y a pas que les traitements pour soigner... Là c'est différent... » « Non, pas du tout mais ils sont plus comme nous... Là dans les structures on se dit : ceux-là ils sont malades, et ceux-là ils sont soignants. Là, ils sont sur un même pied d'égalité. Ça donne la sensation d'être au même niveau de santé. Ils sont avec nous. »

particulière « *me rapprocher de la nature déjà, ça m'a mis bien* » (E4). Une prise de distance semble rendre compte de cette dynamique : « *Ben j'étais bloqué, je pensais que j'allais pas m'en sortir mais ça m'a redonné envie. Ça m'a montré que j'étais pas que malade. Ça m'a donné envie de me battre* » (E3). « *Ben de la joie... Pas de l'euphorie mais de la joie, d'être content. C'est le fait de travailler la terre. On revient à ses origines, l'homme retourne à sa terre. On est attiré par la terre, il y a un effet en soi* » (E7). « *C'est quelque chose qui peut faire du bien à tout le monde. Parce que c'est la nature et qu'on a besoin de la nature. (...) parce qu'elle crée. Il y a un résultat après, je sais pas si ça se dit mais... vous récoltez ce que vous avez semé* » (E6).

Les patients évoquent une remise en route de leur énergie physique et psychique. Ils découvrent de nouvelles possibilités d'action qui leur permettent de reprendre pied avec la réalité. Cette dimension peut s'entendre en lien avec le support du groupe, comme avec l'effet direct du végétal.

### 3.3. Axe 3. L'intérêt d'une relation soignant-soigné nouvelle

Au Jardin, « *Là-bas, on ne nous considère pas que comme des malades...* » (E1) ... C'est « *plus bénéfique que les soins qu'on nous apporte dans le service. Ya plus de dialogue ici...* » (avec les soignants) (E3) « *on est un peu plus libres de parler, de s'exprimer, de poser certaines questions. Ya eu une bonne entente. On forme une équipe* » (E3) « *quand on nous donne les moyens... quand on se les donne nous-mêmes aussi on peut faire des choses* » (E4). « (Les soignants) sont avec nous » (E4) « *ça a augmenté le côté humain... qu'ils soient avec nous, qu'ils travaillent avec nous, nous montrant ce qu'il fallait faire, ce qu'il fallait planter... Ça rapprochait vraiment l'infirmier de l'homme. Et pas le gardien de prison dont on a l'image...* » (Ils forment) un cadre ouvert. C'est agréable de voir qu'ils sont aussi capables de faire la même chose que nous et d'y trouver du plaisir » (E5). « *Dans le fait de faire connaissance, de discuter, de donner des conseils aussi... ils sont à l'écoute...* » (E6).

L'importance de la présence des soignants lors des activités au Jardin de soins est évidente. Quand le soignant partage l'activité avec le patient et se laisse surprendre par les possibilités qui se révèlent, il restaure sur le mode d'un faire ensemble une estime de soi défaillante. Ce sentiment d'auto-efficacité, valorisé dans le regard de l'autre, un soignant ainsi requalifié, permet aux patients de dépasser leurs sentiments de stigmatisation déjà trop souvent intériorisés.

### 3.4. Axe 4. Une reprise du pouvoir d'agir

« *Au début on est un peu stressé, mais après on prend confiance en nous. En faisant les choses surtout, on reprend confiance...* » (E1) « *... c'est aussi une façon de se rendre fier de soi-même. En se disant j'ai pu faire quelque chose... A ben là, je suis capable de semer trois radis... Et en plus je vais être capable de le faire sans l'aide de personne...* » (E2) « *je pensais que j'allais pas m'en sortir mais ça m'a redonné envie. Ça m'a montré que j'étais pas que malade* » (E3). « *Donc là, ça m'a permis d'être capable sans produit...* » (E4). « *Au bout de trois séances, j'ai recommencé à m'intéresser à ce que je faisais. J'ai pris goût à redessiner* » (E5). « *Le fait de faire quelque chose, que je me dise que j'arrive à faire ça, même si c'est banal, je trouvais ça enrichissant... même si tout le monde peut le faire. Moi aussi j'y arrive, alors ça me donne confiance en moi* » (E5). « *J'ai une formation à faire avec un organisme qui accompagne des personnes. Donc pourquoi pas une formation de pépiniériste...* » (E6). « *Sept, huit ans que j'en ai pas fait... Mais de le faire ici, c'est comme un dé clic, ça m'a développé certaines idées... pas une multitude mais des idées spontanées...* » (E7).

Si le sentiment de dévalorisation et d'impossibilité de changement laisse une place, même infime, à l'action, cette dynamique s'installe. Elle permet au sujet de se rendre compte

qu'il peut agir et influencer sur son environnement au même titre que les autres. Ainsi le sentiment d'incapacité diminue, et les résultats même minimes, parce qu'ils sont valorisés par un environnement bienveillant, permettent de reprendre cette confiance en soi. Il en faut alors peu pour que cette reprise du pouvoir d'agir s'étende, dans la réflexion des personnes, à d'autres dimensions de leur existence. À défaut d'un changement radical, c'est au moins l'idée de la possibilité du changement qui s'installe.

### 3.5. Axe 5. La reconnaissance de l'importance du soutien d'autrui

« *... on est plus accompagné et plus proches (des soignants). Ils s'intéressent à ce qu'on sait faire* » (E1). « *... il y a de l'entraide, on peut se demander des choses les uns aux autres. On peut collaborer. L'un entraîne l'autre. C'est un peu le but de reprendre le lien à la société. Et là ça se fait de façon intuitive. À partir du moment où il y a un partage des tâches, il y a un lien automatique entre les différents "collaborateurs"* » (E2). « *C'est bénéfique. On voit des gens, on peut discuter et apporter plus de choses qu'en étant tout seul. Ça rompt la solitude...* » (E3). « *Travailler la terre, la nature, d'être entre patients, de s'entraider... on s'est complétés. Chacun fait une petite chose à son rythme... et au final ça fait un beau jardin* » (E4). « (devenir) *quelqu'un capable de faire des choses. De pouvoir aider quelqu'un... Que l'on s'entraide pour faire un travail... Y en a qui bataillent... ou qui ont besoin d'un coup de main. Si il y a une tâche qu'il sait pas bien faire, ou une tâche ou faut travailler en groupe...* » (E4) « (les infirmiers)... *y a quelque chose de réfléchi pour nous amener à un but précis. C'est important qu'il y ait un cadre* » (E5).

Au Jardin de soins, l'ouverture à l'autre constitue une dimension fondamentale. La reconnaissance de l'importance du soutien d'autrui se manifeste à la fois entre pairs, mais aussi dans la relation soignant-soigné et dans le rapport des personnes avec le reste de la société. L'acceptation de ses capacités propres, même si celles-ci sont amenuisées, est portée par le groupe : la réalisation se conçoit comme collective et dépasse l'action individuelle. La fierté qui en découle vient fertiliser le sentiment d'auto-efficacité générée par la reconnaissance concrète de l'action. Elle modifie le regard de la société sur les patients, et conduit à pouvoir envisager d'autres réalisations.

### 3.6. Regroupement des axes et synthèse

Les cinq axes identifiés peuvent se regrouper en deux dimensions indépendantes : d'une part, la réduction des symptômes perçus de la maladie, d'autre part, une expérience nouvelle et positive de la relation de soin, dans la reprise commune de l'agir et donnant l'impression de « reprendre pied » avec la réalité. Quatre thèmes clefs ressortent de ces dimensions : restauration, relation, action, réalité, dont nous pourrions, parmi bien d'autres possibilités, théoriser l'articulation par le concept de « vitalité ». La compréhension de l'expérience vécue au Jardin de soins aurait alors à interpréter ce dénominateur commun, la vitalité comme ressortant de l'agir dans le réel devant autrui.

Cette hypothèse conforte la définition phénoménologique de la pathologie la plus sévère, la schizophrénie, proposée par Minkowski comme la perte du contact « vital » avec la réalité [21], ou encore la caractérisation psychopathologique des troubles psychotiques par Tatossian comme atteinte de la quotidienneté [35], dans sa banalité même. Elle relie avec les modèles pathogénétiques les plus divers et s'ouvre à des dimensions psychométriques et sociothérapeutiques nouvelles.

## 4. Discussion

Cette étude pilote exploratoire menée selon une méthode inhabituelle prend le risque d'explorer un dispositif thérapeutique

environnemental peu commun, le Jardin de soins, au moyen d'une évaluation qualitative encore peu usitée dans la discipline, et une analyse de récit brève de l'expérience d'activités proposée à un petit groupe de patients.

La mise à disposition d'un Jardin de soins dans les services d'hospitalisation reprend la tradition institutionnelle de la proposition occupationnelle du travail à la ferme et plus récemment des ateliers thérapeutiques agricoles [1,8,28]. La mise en place de ce type de soutien thérapeutique tient surtout à la nécessité d'une installation participative qui garantit son fonctionnement pérenne, d'une formation des équipes soignantes et d'une insertion institutionnelle favorable [7,8,28]. La méthode qualitative, loin de s'opposer aux études quantitatives, est complémentaire d'évaluations standardisées réalisées par ailleurs en routine lors de cette activité, et présente un intérêt majeur dans la construction du sens de l'expérience des « vécus en situation » [19,21] et dans l'élaboration d'hypothèses scientifiques [26].

Nous proposons de considérer l'émergence thématique de l'expérience du concept de vitalité comme ressort de l'agir dans le réel devant autrui, en résonance avec une tradition psychopathologique dédiée à la compréhension existentielle des troubles [14,35]. D'autres dimensions peuvent être envisagées même dans ce champ, telle la constitution identitaire dans l'équilibre du rapport à soi et à l'autre, ou encore la dynamique existentielle [28], et *a fortiori* dans les domaines de la psychologie appliquée et de la neurobiologie de l'adaptation [36]. Cette richesse tient sans doute à la puissance métaphorique de l'adage « cultive ton jardin » qui se déploie depuis la métaphore du paysage du quotidien [13] jusqu'à la constellation multidisciplinaire de la phytorésonance [23,32]. Cette leçon d'humilité nous rappelle la nécessité vitale d'une reprise de nos liens primordiaux « dans le partager », « le cultiver ensemble », de « prendre-le-temps-de... avec... ».

Enfin et plus originalement, nous retrouvons dans le récit des patients la mention des différents paramètres définissant le rétablissement compris comme processus [3,9,10], notamment le contrôle des symptômes pathologiques et la réappropriation du pouvoir d'agir permettant d'avoir un contrôle sur sa vie. Enfin, ils invitent à proposer des principes d'évaluation ressortant de la clinique et de l'adaptation psychosociale pour reprendre les tentatives de formalisation standardisée de la catamnèse psychotique [2].

## 5. Conclusions

Cette étude qualitative des activités proposées au Jardin de soin a souhaité recueillir sous une formalisation nouvelle l'expérience vécue par les patients. Nous faisons l'hypothèse que la richesse des informations délivrées permettra d'élaborer un protocole d'observation utile aux travaux quantitatifs.

L'analyse de récit brève nous a permis de confirmer l'intérêt de cette médiation thérapeutique innovante chez des patients hospitalisés en Psychiatrie de l'Adulte. L'analyse thématique suggère de relier deux dimensions distinctes, le contrôle symptomatique et l'action dans la communauté, favorisant la reprise du contact vital à la réalité.

Notre étude vient soutenir l'intérêt de l'implantation d'un Jardin de Soins en milieu psychiatrique intégrant à la dynamique du rétablissement les ressources de l'environnement. Nous souhaitons enfin que cette étude pilote participe à la structuration de dimensions pertinentes de nouvelles recherches.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Adevi AA, Lieberg M. Stress rehabilitation through garden therapy: a caregiver perspective on factors considered most essential to the recovery process. *Urban Forest Urban Green* 2012;11:51–8.
- [2] Andresen R, Caputi P, Oades LG. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:972–80 [Disponible : <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1218&context=hbspapers>].
- [3] Anthony W. Recovery from mental illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosoc Rehab J* 1993;16:11–23 [Disponible : <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony1993c.pdf>].
- [4] Appleton J. The experience of landscape. Chichester: Wiley; 1996.
- [5] Bernard HR, Ryan GW. Analyzing qualitative data: systematic approaches. Los Angeles: Sage; 2010.
- [6] Bertaux D. Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes. Paris: Armand Colin; 2010.
- [7] Clatworthy J, Hinds J, Camic PM. Gardening as a mental health intervention: a review. *Ment Health Rev J* 2013;18:214–25.
- [8] Cooper-Marcus C, Sachs NA. Therapeutic landscapes. An evidence-based approach to designing healing gardens and restorative Outdoor Spaces. New Jersey: John Wiley & Sons Inc, Hoboken; 2014.
- [9] Davidson L, Strauss J. Sense of self in recovery from severe mental illness. *Br J Med Psychol* 1992;65:131–45.
- [10] Deegan P. Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison; 2001 [Disponible : [http://www.apurquebec.org/\\_domains/apurquebec.org/files/Retablissement\\_process\\_autogere\\_guerison\\_transformation.pdf](http://www.apurquebec.org/_domains/apurquebec.org/files/Retablissement_process_autogere_guerison_transformation.pdf)].
- [11] Fossey E, Harvey C, McDermott F, Davidson L. Understanding and evaluating qualitative research. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36:717–32.
- [12] Fulford KWW. Ten principles of values-based medicine. In: *The philosophy of psychiatry: a companion*. N.Y.O.U: Ed Press; 2004.
- [13] Furnelle V. La musique du paysage. Gembloux: Presses agronomiques de Gembloux; 2015.
- [14] Jeangirard C. Soigner les schizophrènes : un devoir d'hospitalité. Èrès: Ramonville Saint Agne; 2006.
- [15] Le Jardin de l'Armillaire » (CHU de Nice) un lieu de réhabilitation de la santé mentale, de rencontre, de culture et de recherche innovant en PACA. Disponible le 19 Octobre 2015 : [http://www.crespaca.org/arkotheque/client/crespaca/thematiques/detail\\_document.php?ref=1828&titre=jardins-de-l-armillaire-un-lieu-de-rehabilitation-de-la-sante-mentale-de-rencontre-de-culture-et-de-recherche-innovant-en-paca&from=themes](http://www.crespaca.org/arkotheque/client/crespaca/thematiques/detail_document.php?ref=1828&titre=jardins-de-l-armillaire-un-lieu-de-rehabilitation-de-la-sante-mentale-de-rencontre-de-culture-et-de-recherche-innovant-en-paca&from=themes).
- [16] Le Jardin des Mélisses du CHU de Saint-Étienne fédère les soignants. Disponible le 19 Octobre 2015 : <https://lebonheurstdanslejardin.org/2015/10/19/le-jardin-des-melisses-du-chu-de-saint-etienne-federe-les-soignants/>.
- [17] Kaplan R, Kaplan S. Experience of nature: a psychological perspective. New York: Cambridge University Press; 1989.
- [18] Kaplan R, Kaplan S, Ryan RL. With people in mind. Design and management of everyday nature. Washington DC: Island Press; 1998.
- [19] Marty L, Franck N, Martin B. Comment comprendre le processus de rétablissement de pathologies psychiatriques sévères : l'intérêt de l'analyse de récit. *Prat Sante Ment* 2014;60:47–53.
- [20] Miles MB, Huberman A, Saldaña AMJ. Qualitative data analysis. A methods sourcebook. Ed Sage; 2014. p. 408.
- [21] Minkowski E. La schizophrénie. Paris: Payot et Rivages; 2002.
- [22] Mucchielli R. L'analyse de contenu : des documents et des communications. Issy-les-Moulineaux: ESF Formation Permanente; 2006.
- [23] Neuberger K. In: A model to describe the process between plants and human being; 2007. p. 161–6.
- [24] Oriens GH. An ecological and evolutionary approach to landscape aesthetics. In: Penning-Roswell EC, Lowenthal D, editors. Meanings and values in landscapes. London: Allen & Unwin; 1986. p. 3–25.
- [25] Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *Info Psychiatr* 2012;88:257–66 [Disponible : [http://www.unafam.info/02/img/Se\\_retablir\\_Info\\_Psy.pdf](http://www.unafam.info/02/img/Se_retablir_Info_Psy.pdf)].
- [26] Pailié P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sciences sociales. Paris: Armand Colin; 2012.
- [27] Plagnol A. Psychiatrie et médecine fondée sur les valeurs. *Ann Med Psychol* 2013;171:716–9.
- [28] Pringuey D, Pringuey F. Le Jardin de soins en psychiatrie, recours thérapeutique. *Encephale* 2015;41:197–200.
- [29] Pringuey F. Introduction au concept de Jardins de soins. *Encephale* 2015;41:454–9.
- [30] Rivasseau-Jonveaux T, Pop A, Fescharek R, et al. Les jardins thérapeutiques recommandations et critères de conception. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012;10:245–53.
- [31] Rivasseau-Jonveaux T, Batt M, Fescharek R, et al. Healing gardens and cognitive behavioral units in the management of Alzheimer's disease patients: the Nancy experience. *J Alzheimer Dis* 2013;34:325–38.
- [32] Shepard P. Where we belong. Beyond abstraction in perceiving nature. Athens & London: The University of Georgia Press; 2003.
- [33] Sherman SA, Varni JW, Ulrich RS, et al. Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. *Landscape Urban Plan* 2005;73:167–83.
- [34] Stigsdotter U. A Garden at your Workplace May Reduce Stress. International Academy for Design and Health. World Health Organization; 2003 [Disponible : [http://www.bordbia.ie/consumer/gardening/GardeningArticles/ScientificArticles/Garden\\_At\\_Your\\_Workplace\\_May\\_Reduce\\_Stress.pdf](http://www.bordbia.ie/consumer/gardening/GardeningArticles/ScientificArticles/Garden_At_Your_Workplace_May_Reduce_Stress.pdf)].

- [35] Tatossian A. La phénoménologie des psychoses. Le Cercle Herméneutique « Phéno »; 2012.
- [36] Ulrich RS. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *J Environ Psychol* 1991;11:201–30.
- [37] Ulrich RS. Effects of gardens in health outcomes: Theory and research. In: Cooper-Marcus C, Barnes M, editors. *Healing gardens: Therapeutic benefits and design recommendations*. New York: J Wiley & Sons; 1999.
- [38] Van Den Berg AE, Custers MH. Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress. *J Health Psychol* 2011;16:3–11.
- [39] Wilson EO. *Biophilie*. Paris: Corti; 2012.
- [40] Yzoard M, Batt M, Trognon A, et al. Jardin thérapeutique et démences : le dialogue comme unification des fonctions psychologiques. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2017;100(17):253–63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2016.07.002> [in press].