



Le jardin comme outil de soin extra-hospitalier en psychiatrie : étude qualitative explorant le vécu au cours d'une saison de jardinage d'usagers de la psychiatrie

Laurent Lévy

► To cite this version:

Laurent Lévy. Le jardin comme outil de soin extra-hospitalier en psychiatrie : étude qualitative explorant le vécu au cours d'une saison de jardinage d'usagers de la psychiatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04567528

HAL Id: dumas-04567528

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04567528v1>

Submitted on 3 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Le jardin comme outil de soin extra-hospitalier en psychiatrie. Etude qualitative explorant le vécu au cours d'une saison de jardinage d'usagers de la psychiatrie

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 29 Avril 2024

Par Monsieur Laurent LEVY

Né le 15 juin 1992 à Clamart (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Madame le Professeur MICALLEF-ROLL Joëlle

Assesseur

Madame le Docteur GARDETTE Julie

Directeur

Le jardin comme outil de soin extra-hospitalier en psychiatrie. Etude qualitative explorant le vécu au cours d'une saison de jardinage d'usagers de la psychiatrie

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 29 Avril 2024

Par Monsieur Laurent LEVY

Né le 15 juin 1992 à Clamart (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Madame le Professeur MICALLEF-ROLL Joëlle

Assesseur

Madame le Docteur GARDETTE Julie

Directeur

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Doyen

Vice-Doyen aux affaires générales
Vice-Doyen aux professions paramédicales
Conseiller

Pr. Georges LEONETTI

Pr. Patrick DESSI
Pr. Philippe BERBIS
Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

- Aux études
- À la recherche
- À l'unité mixte de formation continue en santé
- Pour le secteur NORD
- Groupements Hospitaliers de territoire
- Aux masters

Pr. Kathia CHAUMOITRE
Pr. Jean-Louis MEGE
Pr. Justin MICHEL
Pr. Stéphane BERDAH
Pr. Jean-Noël ARGENSON
Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

- Sciences humaines et sociales
- Relations internationales
- DU/DIU
- DPC
- Développement DPC

Pr. Pierre LE COZ
Pr. Stéphane RANQUE
Pr. Véronique VITTON
Pr. Gabrielle SARLON
Pr. Frédéric CASTINETTI
Pr. Thomas GRAILLON

Ecole de médecine

Directeur

Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

- PASS - LAS
- DFGSM
- DFASM
- DFASM
- Préparation aux ECN
- DES spécialités
- DES stages hospitaliers
- DES MG
- Démographie médicale
- Etudiant

Pr. Régis GUIEU
Pr. Anne-Laure PELISSIER
Pr. Marie-Aleth RICHARD
Pr. Marc BARTHET
Pr. Aurélie DAUMAS
Pr. Patrick DESSI
Pr. Benjamin BLONDEL
Pr. Christophe BARTOLI
Dr. Noémie RESSEGUIER
Lily BLANC-PACCHIONI

Ecole de médecine dentaire

Directeur

Directeurs adjoints

Pr. Bruno FOTI

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Chargés de mission

- Formation initiale
- Recherche
- Formation continue
- Relations internationales
- Internat et diplômes d'études spécialisées
- Affaires générales

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Frédéric BUKIET

Pr. Hervé TASSERY

Pr. Virginie MONNET-CORTI

Dr. Alain TOSELLO

Ecole de maïeutique

Directrice

Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission :

- 1er cycle
- 2e cycle

Madame Estelle BOISSIER

Madame Cécile NINA

Ecole des sciences de la réadaptation

Directeur

Directrice adjointe

Pr. Laurent BENSOUSSAN

Pr. Valérie AGHABABIAN

Ecole des sciences infirmières

Directeur

Pr. Sebastien COLSON

Professeurs honoraires

AGOSTINI Serge	CHARPIN Denis	GEROLAMI-SANTANDREA André
ALBANESE Jacques	CHARREL Michel	GIUDICELLI Sébastien
ALDIGHERI René	CHAUVEL Patrick	GOUDARD Alain
ALESSANDRINI Pierre	CHOUX Maurice	GOUIN François
ALLIEZ Bernard	CIANFARANI François	GRILLO Jean-Marie
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel	GRIMAUD Jean-Charles
AQUARON Robert	CLEMENT Robert	GRISOLI François
ARGEME Maxime	COMBALBERT André	GROB Jean-Jacques
ASSADOURIAN Robert	CONTE-DEVOLX Bernard	GROULIER Pierre
AUFFRAY Jean-Pierre	CORRIOL Jacques	GUY'S Jean-Michel
AUTILLO-TOUATI Amapola	COULANGE Christian	HADIDA/SAYAG Jacqueline
AZORIN Jean-Michel	CURVALE Georges	HARLE Jean-Robert
BAILLE Daniel	DALMAS Henri	HASSOUN Jacques
BAILLE Yves	DE MICO Philippe	HEIM Marc
BARDOT Jacques	DEJOU Jacques	HOUEL Jean
BARDOT André	DELPERO Jean-Robert	HUGUET Jean-François
BERARD Pierre	DESSEIN Alain	JAQUET Philippe
BERGOIN Maurice	DELARQUE Alain	JAMMES Yves
BERLAND Yvon	DENIS Danièle	JOUE Paulette
BERNARD Dominique	DEVIN Robert	JUHAN Claude
BERNARD Jean-Louis	DEVRED Philippe	JUIN Pierre
BERNARD Pierre-Marie	DJIANE Pierre	KAPHAN Gérard
BERTRAND Edmond	DONNET Vincent	KASBARIAN Michel
BISSET Jean-Pierre	DUCASSOU Jacques	KLEISBAUER Jean-Pierre
BLANC Bernard	DUFOUR Michel	LACHARD Jean
BLANC Jean-Louis	DUMON Henri	LAFFARGUE Pierre
BOLLINI Gérard	DURAND Jean-Marc	LAUGIER René
BONGRAND Pierre	ENJALBERT Alain	LE TREUT Yves
BONNEAU Henri	ERARD Jacques	LEGRE Régis
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Samuel
BONNOIT Jean	FAVRE Roger	LOUCHET Edmond
BORY Michel	FIECHI Marius	LOUIS René
BOTTA Alain	FARNARIER Georges	LUCIANI Jean-Marie
BOTTA-FRIDLUND Danielle	FIGARELLA Jacques	MAGALON Guy
BOUBLI Léon	FIGARELLA-BRANGER Dominique	MAGNAN Jacques
BOURGADE Augustin	FONTES Michel	MALLAN- MANCINI Josette
BOUVENOT Gilles	FOUREL Jean	MALMEJAC Claude
BOUYALA Jean-Marie	FRANCES Yves	MARANINCHI Dominique
BREMOND Georges	FRANCOIS Georges	MARIANI Paul
BRICOT René	FUENTES Pierre	MARTIN Claude
BRUNET Christian	GABRIEL Bernard	MARTINI Louis
BUREAU Henri	GALINIER Louis	MATTEI Jean François
CAMBOULIVES Jean	GALLAIS Hervé	MERCIER Claude
CARTOUZOU Guy	GAMERRE Marc	MICHEL Jean
CAU Pierre	GARCIN Michel	MICHOTÉY Georges
CHABOT Jean-Michel	GARNIER Jean-Marc	MIRANDA François
CHAMLIAN Albert	GAUTHIER André	MONFORT Gérard
	GERARD Raymond	MONGES André

Professeurs honoraires

MONGIN Maurice	SEBAHOUN Gérard
MOULIN Guy	SEITZ Jean-François
MUNDLER Olivier	SERMENT Gérard
NAZARIAN Serge	SIMEONI Horace
NICOLI René	SIMON Jean
NOIRCLERC Michel	SOULAYROL René
OLIVE Daniel	TAMALET Jacques
OLMER Michel	TARANGER-CHARPIN Colette
OREHEK Jean	THIRION Xavier
ORTHLIEB Jean-Daniel	THOMASSIN Jean-Marc
PANUEL Michel	TRIGLIA Jean-Michel
PAPY Jean-Jacques	UNAL Daniel
PAULIN Raymond	VAGUE Philippe
PELOUX Yves	VAGUE/JUHAN Irène
PENAUD Antony	VANUXEM Paul
PIANA Lucien	VERVLOET Daniel
PICAUD Robert	VIALETES Bernard
PIGNOL Fernand	WEILLER Pierre-Jean
POGGI Louis	ZATTARA Henri
POITOUT Dominique	
PONCET Michel	
POUGET Jean	
PRIVAT Yvan	
QUILICHINI Francis	
RANQUE Jacques	
RANQUE Philippe	
RAOULT Didier	
REBOUL Maurice	
RICHAUD Christian	
RIDINGS Bernard	
ROCHAT Hervé	
ROHNER Jean-Jacques	
ROUDIER Jean	
ROUX Hubert	
ROUX Michel	
RUFO Marcel	
SAHEL José	
SALAMON Georges	
SALDUCCI Jacques	
SALVADORI André	
SAMBUC Roland	
SAN MARCO Jean-Louis	
SANKALE Marc	
SARACCO Jacques	
SARLES Jacques	
SARLES - PHILIP Nicole	
SASTRE Bernard	
SCHIANO Alain	

2023

Pr AMBROSI Pierre	31/08/2026
Pr OLIVE Daniel	31/08/2026
Pr ROUDIER Jean	31/08/2026
Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr BERLAND Yvon	31/08/2024
Pr CHARPIN Denis	31/08/2024
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2024
Pr COZZONE Patrick	31/08/2024
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2024
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2024

2022

Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2023
Pr CHARPIN Denis	31/08/2023
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2023
Pr COZZONE Patrick	31/08/2023
Pr FONTES Michel	31/08/2023
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2023
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2023
Pr DEJOU Jacques	31/08/2023
Pr HUE Olivier	31/08/2023

2021

Pr	BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr	LEGRE Régis	31/08/2024
Pr	RAOULT Didier	31/08/2024
Pr	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr	SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr	SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr	BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr	CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr	FRANCES Yves	31/08/2022
Pr	BONGRAND Pierre	31/08/2022
Pr	BRUNET Christian	31/08/2022
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2022
Pr	FAVRE Roger	31/08/2022
Pr	FONTES Michel	31/08/2022
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2022
Pr	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

Pr	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr	SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr	SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr	BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr	CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr	FRANCES Yves	31/08/2022
Pr	BONGRAND Pierre	31/08/2021
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2021
Pr	FAVRE Roger	31/08/2021
Pr	FONTES Michel	31/08/2021
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2021
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2019

Pr	BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr	CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr	FRANCES Yves	31/08/2022
Pr	CAU Pierre	31/08/2020
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2020
Pr	DELMONT Jean	31/08/2020
Pr	FAVRE Roger	31/08/2020
Pr	FONTES Michel	31/08/2020
Pr	MAGALON Guy	31/08/2020
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2020
Pr	OLIVER Charles	31/08/2020
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2018

Pr	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2019
Pr	DELMONT Jean	31/08/2019
Pr	FAVRE Roger	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2019
Pr	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2017

Pr	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
Pr	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2018
Pr	DELMONT Jean	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2018
Pr	OLIVER Charles	31/08/2018
Pr	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2016

Pr	BONGRAND Pierre	31/08/2019
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
Pr	BRUNET Christian	31/08/2019
Pr	CAU Pierre	31/08/2019
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2017
Pr	FAVRE Roger	31/08/2017
Pr	FONTES Michel	31/08/2019
Pr	JAMMES Yves	31/08/2019
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2017
Pr	POITOUT Dominique	31/08/2019
Pr	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
Pr	VIALETES Bernard	31/08/2019

2015

Pr	COULANGE Christian	31/08/2018
Pr	COURAND François	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2016
Pr	MATTEI Jean-François	31/08/2016
Pr	OLIVER Charles	31/08/2016
Pr	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2014

Pr	FUENTES Pierre	31/08/2017
Pr	GAMERRE Marc	31/08/2017
Pr	MAGALON Guy	31/08/2017
Pr	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2013

Pr	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
Pr	CARAYON Pierre	31/08/2016
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2016
Pr	DELMONT Jean	31/08/2016
Pr	HENRY Jean-François	31/08/2016
Pr	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
Pr	RUFO Marcel	31/08/2016
Pr	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2012

Pr AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2015
Pr CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
Pr FAVRE Roger	31/08/2015
Pr MATTEI Jean-François	31/08/2015
Pr OLIVER Charles	31/08/2015
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2015

2011

Pr DI MARINO Vincent	31/08/2015
Pr MARTIN Pierre	31/08/2015
Pr METRAS Dominique	31/08/2015

2010

Pr MAGNAN Jacques	31/12/2014
-------------------	------------

2009

Pr DJIANE Pierre	31/08/2011
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2012

2008

Pr LEVY Samuel	31/08/2011
Pr JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
Pr PONCET Michel	31/08/2011
Pr KASBARIAN Michel	31/08/2011
Pr ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

Docteurs Honoris Causa

1967

Pr DADI (Italie)
Pr CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

Pr MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
Pr T.A. LAMBO (Suisse)

1975

Pr O. SWENSON (U.S.A.)
Pr Lord J. WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

Pr P. FRANCHIMONT (Belgique)
Pr Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

Pr C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
Pr C. GIBBS (U.S.A.)
J.DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

Pr A. MARGULIS (U.S.A.)
Pr R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

Pr H. RAPPAPORT (U.S.A.)
Pr M. SCHOU (Danemark)
Pr M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
Pr S. REFSUM (Norvège)

1982

Pr W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

Pr S. MASSRY (U.S.A.)
Pr KLINSMANN (R.D.A.)

1986

Pr E. MIHICH (U.S.A.)
Pr T. MUNSAT (U.S.A.)
Pr LIANA BOLIS (Suisse)
Pr L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

Pr P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

Pr R. BERGUER (U.S.A.)
Pr W.K. ENGEL (U.S.A.)
Pr V. ASKANAS (U.S.A.)
Pr J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
Pr A. DAVIGNON (Canada)
Pr A. BETTARELLO (Brésil)

1989

Pr P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

Pr J.G. MC LEOD (Australie)
Pr J. PORTER (U.S.A.)

1991

Pr J. Edward MC DADE (U.S.A.)
Pr W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

Pr H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
Pr D. CARSON (U.S.A.)
Pr T. YAMAMURO (Japon)

1994

Pr G. KARPATI (Canada)
Pr W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

Pr D. WALKER (U.S.A.)
Pr M. MULLER (Suisse)
Pr V. BONOMINI (Italie)

1997

Pr C. DINARELLO (U.S.A.)
Pr D. STULBERG (U.S.A.)
Pr A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
Pr P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

Pr O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

Pr J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
Pr D. COLLEN (Belgique)
Pr S. DIMAURO (U. S. A.)

Docteurs Honoris Causa

2000

D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

T. MARRIE (Canada)

G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. DAKE (U.S.A.)

2005

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

S. KAUFMANN (Allemagne)

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CASTINETTI Frédéric	FLECHER Xavier
ALIMI Yves	CECCALDI Mathieu	FOUILLOUX Virginie
AMABILE Philippe	CERMOLACCE Michel	FOTI Bruno
ANDRE Nicolas	CHAGNAUD Christophe	FOURNIER Pierre-Edouard
ARGENSON Jean-Noël	CHAMBOST Hervé	FRANCESCHI Frédéric
ASTOUL Philippe	CHAMPSAUR Pierre	FUENTES Stéphane
ATTARIAN Shahram	CHANEZ Pascal	GABERT Jean
AUDOIN Bertrand	CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GABORIT Bénédicte
AUQUIER Pascal	CHARREL Rémi	GAINNIER Marc
AVIERINOS Jean-François	CHAUMOITRE Kathia	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>
AZULAY Jean-Philippe	CHIARONI Jacques	GARIBOLDI Vlad
BARLIER-SETTI Anne	CHINOT Olivier	GAUDART Jean
BARLOGIS Vincent	CHOSSEGROS Cyrille	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BARTHET Marc	COLLART Frédéric	GENTILE Stéphanie
BARTOLI Christophe	COSTELLO Régis	GERBEAUX Patrick
BARTOLI Jean-Michel	COUDERC Anne-Laure	GEROLAMI/SANTANDREA René
BARTOLI Michel	COURBIERE Blandine	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
BARTOLOMEI Fabrice	CRAVELLO Ludovic	GIORGI Roch
BASTIDE Cyrille	CUISSET Thomas	GIOVANNI Antoine
BAT Flora	CUNY Thomas	GIRARD Nadine
BELIARD-LASSERRE Sophie	DA FONSECA David	GIRAUD/CHABROL Brigitte
BENSOUSSAN Laurent	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	GONCALVES Anthony
BERBIS Philippe	DANIEL Laurent	GONZALEZ Jean- Michel
BERBIS Julie	DARMON Patrice	GRAILLON Thomas
BERDAH Stéphane	DAUMAS Aurélie	GRANEL/REY Brigitte
BEROUD Christophe	DAVID Thierry	GRANDVAL Philippe
BERTRAND Baptiste	D'ERCOLE Claude	GREILLIER Laurent
BERTUCCI François	D'JOURNO Xavier	GUEDJ Eric
BEYER-BERJOT Laura	DEHARO Jean-Claude	GUIEU Régis
BLAISE Didier	DELAPORTE Emmanuel	GUIS Sandrine
BLANC Julie	<i>DESSI Patrick (Surnombre)</i>	GUYOT-CECCALDI Laurent
BLIN Olivier	DEVILLIER Raynier	GUYE Maxime
BLONDEL Benjamin	DISDIER Patrick	HABIB Gilbert
BOISSIER Romain	DODDOLI Christophe	HARDWIGSEN Jean
BONIN/GUILLAUME Sylvie	DRANCOURT Michel	HOUVENAEGHEL Gilles
BONELLO Laurent	DUBOURG Grégory	HRAIECH Sami
BOULATE David	DUBUS Jean-Christophe	JACQUIER Alexis
BOYER Laurent	DUFFAUD Florence	JOURDE-CHICHE Noémie
BREGEON Fabienne	DUFOUR Henry	JOUE Jean-Luc
BRETELLE Florence	DUSSOL Bertrand	KAPLANSKI Gilles
BROUQUI Philippe	EBBO Mikaël	KARSENTY Gilles
BRUDER Nicolas	ESCLASSAN Rémi	KERBAUL François (détachement)
BRUE Thierry	EUSEBIO Alexandre	KRAHN Martin
BRUNET Philippe	FABRE Alexandre	LAFFORGUE Pierre
BUKIET Frédéric	FAKHRY Nicolas	LAGIER Jean-Christophe
BURTEY Stéphane	FAURE Alice	LAMBAUDIE Eric
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	FELICIAN Olivier	LANCON Christophe
CASANOVA Dominique	FENOLLAR Florence	LA SCOLA Bernard

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE GALL Michel
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas (disponibilité)
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MONNET-CORTI Virginie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao
PHILIP-ALLIEZ Camille
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TABOURET Emeline
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel (détachement)
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLA Antoine
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke (détachement)
VIVIER Eric
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

◆ **Professeurs des Universités**

ABOUT Imad
ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

◆ **Professeur certifié**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps**

REVIS Joana

◆ **Professeur des Universités médecine générale**

GENTILE Gaëtan

◆ **Professeur associé des Universités à mi-temps médecine générale**

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

◆ **Professeur des Universités associé à temps plein des disciplines médicales**

BOUSSUGES Alain

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps des disciplines médicales**

BOURVIS Nadège

Maître de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers

ABOUDHARAM Gérard	GIRAUD Thomas	RESSEGUIER Noémie
AHERFI Sarah	GIRAudeau Anne	ROBERT Philippe
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Thomas
ANTEZACK Angéline	GOURIET Frédérique	ROCHE-POGGI Philippe
APPAY Romain	GRIMALDI Stéphan	ROCHIGNEUX Philippe
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GUERIN Carole	ROMANET Pauline
BALLESTER Benoit	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SABATIER Renaud
BARON Sophie	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GUIBVARC'H Maud	SAULTIER Paul
BELLONI Didier	GUIVARCH Jokthan	SAVEANU Alexandru
BENYAMINE Audrey	HABERT Paul	SILVESTRI Frédéric
BIRNBAUM David	HAK Jean-François	STELLMANN Jan-Patrick
BLANCHET Isabelle	HAUTIER Aurélie	STEPHAN Grégory
BOBOT Mickael	HEIM Xavier	SUCHON Pierre
BOHAR Jacques	IBRAHIM KOSTA Manal	TOGA Isabelle Retraite au 20/09/2023
BONINI Francesca	JACQUOT Bruno	TOSELLO Alain
BOUCRAUT Joseph	JALOUX Charlotte	TROUDE Lucas
BOULAMERY Audrey	JARROT Pierre-André	TROUSSE Delphine
BOULLU/CIOCCA Sandrine	KASPI-PEZZOLI Elise	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
BOUSSEN Salah Michel	L'OLLIVIER Coralie	VELY Frédéric
BUFFAT Christophe	LABORDE Gilles	VENTON Geoffroy
CAMILLERI Serge	LABIT-BOUVIER Corinne	ZATTARA/CANNONI Hélène
CAMOIN Ariane	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	
CAMPANA Fabrice	LAGARDE Stanislas	
CARRON Romain	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CASAZZA Estelle	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
CASSAGNE Carole	LAMBERT Isabelle	
CATHERINE Jean-Hugues	LAURENT Michel	
CHAUDET Hervé	LENOIR Marien	
CHOPINET Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
CHRETIEN Anne-Sophie	MAAROUF Adil	
COZE Carole	MACAGNO Nicolas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	MALISSEN Nausicaa	
DALES Jean-Philippe	MAUES DE PAULA André (<i>disponibilité</i>)	
DARIEL Anne	MEGE Diane	
DEHARO Pierre	MENSE Chloé	
DELLIAUX Stéphane	MENU Estelle	
DELTEIL Clémence	MORAND-HUGUET Aurélie	
DESPLAT/JEGO Sophie	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUONSEIL Pauline	NETTER Antoine	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOIRRI-ESCLASSAN Emmanuelle	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	PIZZO Francesca	
GARCIAZ Sylvain	POMMEL Ludovic	
GASTALDI Marguerite	PRECKEL Bernard-Eric	
GAUDRY Marine	PROST Solène	
GELSI/BOYER Véronique	RE Jean-Philippe	

◆ Maître de conférences des Universités (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
POGGI Marjorie

RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

◆ Maître de conférence des Universités de médecine générale

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

◆ Maître de conférences associés de médecine générale à mi-temps

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

◆ Maître de conférences associés à mi-temps

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU temps plein Ecole des Sciences de la réadaptation

Formation Ergothérapie

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

Formation Pédicurie-Podologie

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

Formation Orthoptie

MONTICOLO Chloé

Formation Masso-Kinésithérapie

AUTHIER Guillaume	HOUDANT Benjamin
CAORS Béatrice	MIRAPEIX Sébastien
CHAULLET Karine	MULLER Philippe
ERCOLANO Bruno	ROSTAGNO Stéphan
HENRY Joannie	

CDD LRU temps plein Ecole des Sciences infirmières

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU temps plein Anglais

GILSINN Amanda

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU Ecole de Maïeutique

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers
Maîtres de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers
Enseignants mono-appartenants
Enseignants médecine générale
Enseignants associés

◆ **ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) (disponibilité)
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

◆ **ANATOMIE ET CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH) (disponibilité)
XERRI Luc (PU-PH)
APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH) (disponibilité)

◆ **ANESTHESIOLOGIE
ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

◆ **ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

◆ **ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)
SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

◆ **BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;
HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
DUBOURG Grégory (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) (disponibilité)
BARON Sophie (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

◆ **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

◆ **BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)
BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)
CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF)
(69ème section)

◆ **BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)
CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

◆ **CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)
PROST Solène (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

◆ **CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)
DEHARO Pierre (MCU PH)

◆ **CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)
BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
CHOPINET Sophie (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) (détachement)
DARIEL Anne (MCU-PH)

◆ **CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
TABOURET Emeline (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)
GAUDRY Marine (MCU-PH)

◆ **HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

◆ **DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)
MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)
HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU-PH)

◆ **GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

◆ **GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

◆ ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (PU-PH)

◆ EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

◆ IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)
FERON François (PR) (69ème section)
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

◆ MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

◆ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETTE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)
NETTER Antoine (MCU-PH)

◆ HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)
GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

◆ MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)
BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

◆ MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

◆ **MEDECINE D'URGENCE 4805**

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

◆ **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

◆ **NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)
BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

◆ **NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)
ATLAN Catherine (MCU-PH) (disponibilité)
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

◆ **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)
MEZOUAR Soraya (65ème section)

◆ **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

◆ **MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)
BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

◆ **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)
CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

◆ **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)
GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

◆ OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

◆ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH) (surnombre)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

◆ PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH) Retraite le 20/09/2023

◆ PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

◆ PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

◆ PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

◆ PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

◆ PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

◆ PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

◆ **PSYCHOLOGIE -
PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

◆ **RADIOLOGIE ET
IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)
HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

◆ **REANIMATION MEDICALE ;
MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

◆ **SCIENCES DE LA REEDUCATION
ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)
AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan
LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

◆ **PNEUMOLOGIE ;
ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

◆ **RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)

◆ **THERAPEUTIQUE ;
MEDECINE D'URGENCE ;
ADDICTOLOGIE 4804**

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

◆ **UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

◆ **MAÏËUTIQUE 90**

CLADY Emilie
FREMONDIÈRE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

◆ **SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)
BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)

◆ **ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)
BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIET-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

◆ **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)
ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LABORDE Gilles (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

◆ **PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)
LE GALL Michel (PU-PH)
LAN Romain (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PR)

Remerciements

Aux **membres du jury**.

A Monsieur le Professeur Christophe Lançon, président, je vous remercie du fond du cœur pour votre confiance et votre soutien, pour vos prises de positions engagées dans la défense des internes de Marseille en générale, et dans la mienne en particulier.

A Madame la professeur Joëlle Micallef-Roll, assesseure, je vous remercie pour votre présence, votre gentillesse et votre intelligence. Merci pour m'avoir offert l'opportunité de travailler dans votre service et d'avoir participer à créer de si bonnes conditions d'apprentissage. J'espère pouvoir continuer à travailler en collaboration avec vous et votre équipe dans le futur.

A Madame la Docteur Julie Gardette, directrice, je te remercie de m'avoir confié ce sujet de thèse passionnant, qui m'a permis d'évoluer dans un domaine qui m'étais inconnue et qui m'attirait tant. Merci pour ton amitié et ta confiance ainsi que pour l'énergie que tu emploies à défendre les causes auxquelles tu crois. Je te souhaite beaucoup de réussite dans tes projets et j'espère que nous pourrons continuer à travailler ensemble encore longtemps.

A l'**équipe soignante de Gap** et aux participants et à l'association Terre d'Hippocrate.

Merci à toute l'**équipe soignante de la Résidence Thérapeutique Temporaire Interlude et du CATTP** pour votre accueil. Un grand merci tout particulièrement au Dr Justine Liothier, à Laura, Eric et Patricia. Merci pour votre disponibilité, votre professionnalisme, votre ouverture d'esprit et votre implication dans des projets de soins engagés et inspirants. J'espère bientôt vous remettre cette thèse en mains propre et ces remerciements de vive voix.

Merci aux **participants de l'étude** pour votre confiance et votre disponibilité qui ont rendu cette thèse possible. J'ai beaucoup appris grâce à l'étude de nos échanges et j'espère que ce travail est digne de la confiance que vous m'avez accordé et fidèle à votre parole.

Merci à l'**association Terre d'Hippocrate** et tout particulièrement à Raphael sans qui tout ce projet n'aurait probablement pas lieu.

A ma **famille** et mes **amis**.

Merci à ma mère pour m'avoir inspiré à devenir médecin, à mon père pour m'avoir toujours soutenu, à mon frère pour tes sages conseils.

Merci à Sofia de traverser avec moi tous ces moments de vie.

Merci à Clément de m'avoir distrait par tes contes lorsque je devais travailler ma thèse.

Merci à toutes les autres personnes dans ma vie, que ne cite pas ici mais qui me sont si précieux.

Sommaire

Sommaire	1
Introduction.....	3
I. Jardins et Psychiatrie.....	4
I.1. Les jardins.....	4
I.1.1. Un peu d'Histoire.....	4
I.1.2. Hortithérapie.....	15
I.1.3. Effets thérapeutiques et preuves scientifiques	18
I.2. Les troubles psychiatriques en France, un enjeu de santé publique majeur	21
I.2.1. Définitions, psychiatrie et santé mentale	21
I.2.2. Prévalence	22
I.2.3. Répercussions psychiques et physiques	24
I.2.4. Répercussions économiques	26
I.2.5. Politique de santé mentale en cours	26
I.2.6. Prévention	27
I.2.7. Parcours de soin	28
I.2.8. Amélioration des conditions de vie et l'inclusion sociale	29
II. Matériel et méthodes.....	31
II.1. La rencontre d'une association de prévention cardiovasculaire et d'une équipe de psychiatrie extrahospitalière	31
II.1.1. Le contexte	31
II.1.2. Le programme	32
II.1.3. Le lieu	32
II.1.4. Déroulement	33
II.1.5. Participation.....	34
II.2. Etude qualitative	34
II.2.1. Les différents paradigmes de recherche	34
II.2.2. Méthode.....	35
II.2.3. Inclusion	36
II.2.4. Analyse	37
II.2.5. Nombre de personnes recrutées pour la recherche	37
II.2.6. Anonymat des données.....	37
III. Résultats	38
III.1. Le vécu de la pathologie psychiatrique.....	39
III.1.1. La crise.....	39
III.1.2. Ce qui amène la crise, une intrication de nombreux facteurs.....	40

III.1.3. Les difficultés ressenties entre les crises	45
III.1.4. Les ressources employées entre les crises.....	48
III.1.5. Conclusion	53
III.2. Le Jardin	54
III.2.1. Une activité source de plaisir et de fierté.....	54
III.2.2. Un environnement source d'apaisement	61
III.2.3. Un travail thérapeutique.....	69
IV. Discussion	81
IV.1. Mise en perspective des résultats	81
IV.2. Théories explicatives.....	83
IV.2.1. Théorie de la Savane.....	84
IV.2.2. Théorie de la restauration de l'attention.....	85
IV.2.3. Théorie de la biophilie.....	86
IV.3. Les forces et les faiblesses de notre étude	88
IV.3.1. Forces.....	88
IV.3.2. Faiblesses	89
IV.3.3. Ouverture.....	89
V. Conclusion	90
Bibliographie.....	92
Annexes	107
Annexe 1 - Formulaire de recueil de consentement signé par les participants	107
Annexe 2 - Notice d'information remise aux participants.....	108
Annexe 3 – Tableau socio-démographique rempli par les participants avant le premier entretien	109
Serment d'Hippocrate	110

Introduction

Dans cette thèse, nous explorons la place du jardinage comme soin extrahospitalier en psychiatrie en France, à travers une étude qualitative.

La première partie expose tout d'abord l'activité de jardinage en psychiatrie : son histoire, ses modalités d'applications actuelles, et les preuves scientifiques de son efficacité. Elle aborde également les enjeux de santé publiques liés aux troubles psychiatriques.

La deuxième partie détaille le matériel et les méthodes employés dans notre recherche qualitative. Elle est centrée sur le recueil de la parole de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et participant à une saison de jardinage extrahospitalier.

Dans la troisième partie, nous présentons les résultats de notre étude. L'analyse systématique des interviews des participants nous permet de proposer un modèle explicatif. Il offre une compréhension approfondie du vécu de la pathologie psychiatrique des participants, ainsi que du vécu de leur expérience de jardinage au cours de cette saison.

Nous entamons ensuite une discussion sur ces résultats, en les contextualisant au sein de la littérature et des théories existantes, en soulignant les forces et faiblesses de notre étude, et en énonçant les perspectives qu'elle ouvre.

Initions cette réflexion par une citation d'Oliver Sacks, neurologue et écrivain reconnu :

« En quarante ans de pratique médicale, j'ai constaté que seuls deux types de thérapies non pharmaceutiques étaient d'une importance vitale pour les patients atteints de maladies neurologiques chroniques : la musique et les jardins. »

I. Jardins et Psychiatrie

I.1. Les jardins

I.1.1. Un peu d'Histoire

I.1.1.1. Définition

Selon l'Académie Française, le mot « jardin » serait probablement issu du gallo-roman « *hortus gardinus* » : jardin enclos ; lui-même issu du francique « *gart, gardo* » : clôture.(1)

Le Petit Robert le définit comme un « *terrain, généralement clos, où l'on cultive des végétaux utiles ou d'agrément* ». (2)

Gilles Clément, ingénieur agronome paysagiste, en parle comme « *Le lieu de protection des biens précieux qu'il héberge : les légumes, les fleurs puis les fruits, les animaux, l'art de vivre, ce qui, au fil du temps, ne cessera d'apparaître comme "le meilleur"* ». (3)

I.1.1.2. Plantes médicinales

L'utilisation des plantes pour leurs vertus médicinales semble avoir toujours existé. (4) On en retrouve des preuves écrites à travers des textes chinois, égyptiens et mésopotamiens, vieux de 4 000 ans. En exemple : le Pavot était déjà utilisé par les Egyptiens pour son action sédatrice ; la Belladone par les Assyriens pour traiter les spasmes. (5)



Image issue de l'Atlas colorié des plantes médicinales indigènes par Paul Hariot (6)

Dans l'Antiquité grecque, les Asclépiades, disciples du Dieu de la médecine Esculape, faisaient boire des macérâts aux pèlerins venus les consulter. Ils avaient pour effet d'induire une « incubation nocturne ». Le lendemain, grâce aux rêves que les malades relataient, le prêtre-médecin fixait le traitement.



Stèle du IVème siècle av. J.-C. illustrant l'incubation nocturne (7)

Au Ier siècle après J.-C, Dioscoride écrivit un ouvrage qui fit autorité en Europe et constitua la base des études médico-botaniques pendant plus de 1 500 ans : le « De Materia Medica » où il faisait l'inventaire de plus de 500 espèces de plantes différentes. (8)



Fragments du traité sur les plantes de Dioscoride(9)

I.1.1.3. Jardins de plantes médicinales

On comprend donc que l'une des premières utilités des jardins en médecine concerne la ***production de plantes médicinales***.

Les premières traces de ces jardins médicaux sont retrouvées en Perse. Plus récemment, au centre de la ville de Marrakech existait un important *Bîmâristân* (c'est-à-dire un Hôpital) qui avait aménagé sa cour en jardin avec un système d'irrigation par petits canaux dont le dessin était très étudié. On y cultivait des arbres fruitiers, des fleurs et des plantes médicinales. (10)



Miniature illustrée de Djonayd du XIVème siècle, représentant le « jardin persan » à travers le roman allégorique de Hodayat et Hodayun de Khwadju Kermani (XIIe siècle) (11)

À Ceylan (Sri Lanka), au XIIème siècle, le roi Parkama Bâhu fonda également des hôpitaux comprenant un jardin médicinal central. Pour chaque malade, un homme et une femme étaient désignés pour assurer ses soins de jour et de nuit et lui donner les médicaments et plantes médicinales nécessaires.

En Europe, c'est à partir du Moyen-Âge, que l'on trouve dans la plupart des cloîtres des abbayes la trace des jardins « de simples » (plantes médicinales) dont les récoltes étaient utilisées par les hôpitaux. Les moines y fabriquaient leurs remèdes à partir de ces plantes, mais également d'autres produits (sels minéraux, peaux et carapaces d'animaux desséchés et broyés, etc.). Les plantes demeuraient cependant l'élément le plus utilisé, certaines « potions » en nécessitaient plus d'une vingtaine. En complément de la phytothérapie, largement utilisée par les médecins et apothicaires du Moyen Âge, on se souciait de l'alimentation du malade. Il fallait qu'elle soit saine et riche en céréales, en protéines (viande les « jours gras » ; œufs, fromage ou poisson « les jours

maigres »), en fibres (légumes et fruits, frais en été, secs en hiver). Le vin, aux vertus stimulantes, était souvent aromatisé par infusion de différentes plantes et épices. (12)



Enluminure anonyme datant d'environ 1400 (13)

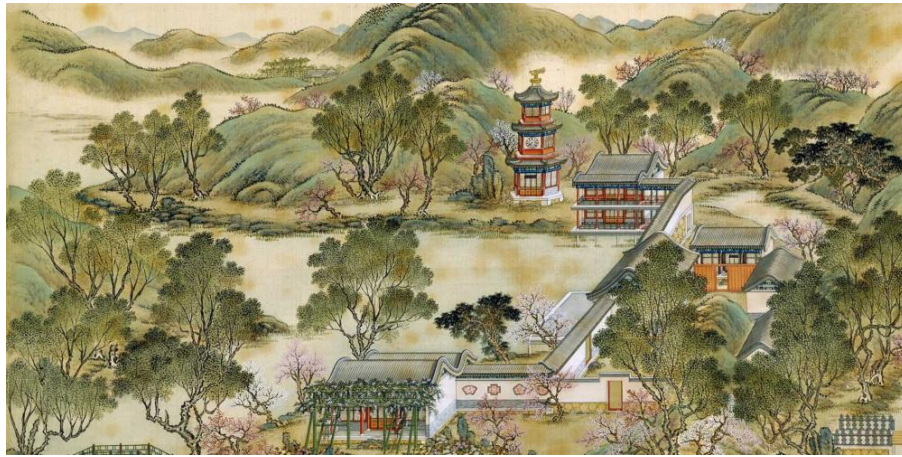
I.1.1.4. Jardins de soins

Parallèlement à l'évolution de la pharmacopée, on développe l'idée que **les jardins peuvent avoir des vertus thérapeutiques** simplement en les contemplant, en s'y promenant, voire en les entretenant.

En Grèce antique, le sanctuaire d'Asclépios abritait des jardins qui accueillaien les patients en impasse thérapeutique. On y pratiquait des jeux, du sport, de la musique et de la poésie. (14) D'autres espaces naturels appelés « bois sacrés » étaient aménagés pour que l'on vienne y méditer et se ressourcer. (15)

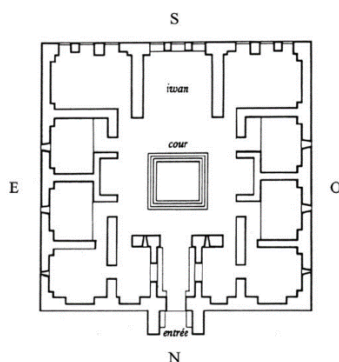
En Egypte Ancienne, c'étaient les juges qui décidaient au sein des tribunaux du devenir des malades mentaux. Même si certains été punis de mort, on prescrivait à d'autres des promenades et du repos dans les jardins royaux ou au sein des temples de Saturne. (16)

En Asie, il y a plus de 2 000 ans, les taoïstes créaient des jardins et des serres pour leurs bienfaits thérapeutiques et spirituels. Ils les concevaient comme une représentation du paradis et leurs fréquentations étaient considérées comme excellentes pour la santé. (17)



« Nuage de miséricorde pour la bénédiction universelle », issue des « Quarante vues du jardin de la Clarté parfaite », planche 7, Dynastie des Qing, ère Qianlong, 1747 (18)

En Perse vers l'an 1 000, les « *Bîmarîstan* » (hôpitaux) servaient aussi à accueillir les « fous ». Leurs structures architecturales naissent de l'idée que la beauté fondée sur l'équilibre, l'harmonie et le rythme étaient salutaire. Le plan était cruciforme avec en son centre une fontaine au sein d'une cour fleurie et arborée. (19) L'ombre des arbres, le parfum des fleurs et le vert des plantes associés au gargouillement et à la fraîcheur de l'eau des fontaines, étaient considérés comme curatifs et faisaient partie intégrante de la thérapie. (20)

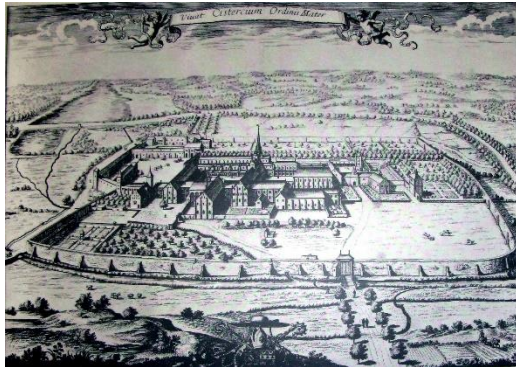


Plan du bîmarîstân Qaymarî, à Damas (21)

En Europe autour du X^{ème} siècle, c'est au sein du monastère qu'émerge l'idée que ***les jardins peuvent servir d'endroit privilégié pour le soin psychique***. Typiquement le monastère incluait vergers, vignes et jardins de légumes de fleurs et d'herbes médicinales. Il était aussi composé de jardins enclos, des lieux tranquilles propices à la méditation, à la prière et au rétablissement. (22)

En France, au XI^{ème} siècle, Saint Bernard de Fontaine, abbé de Clairvaux, fait la description de l'usage thérapeutique du jardin de son abbaye : « *L'homme malade est assis sur la verte pelouse, pour atténuer ses souffrances on a placé des herbes odorantes de toutes sortes qui flattent ses narines... ses yeux se repaissent du vert tendre des plantes aromatiques et des arbres... le chant des*

oiseaux colorés ravit ses oreilles... la terre respire la fécondité, et l'invalidé lui-même goûte les délices des couleurs, des chansons et des parfums qui sollicitent ses yeux, ses oreilles et ses narines ». (23)



Abbaye de Claveaux sur une estampe ancienne(24)



Ruines de l'ancienne abbaye de Clairvaux (25)

I.1.1.5. Jardinage et Hôpitaux Psychiatriques

Du Moyen Âge jusqu'au milieu du XXe siècle, **les Hôpitaux abritaient jardins potagers, vergers et petits élevages**. Les services de l'administration rapportent que 44% des dépenses totales étaient consacrées à l'alimentation en 1847, cette culture permettait donc de faire d'importantes économies. (26)



Hôpital Saint Louis, Gravure de Mariette XVIIème siècle(27)

La construction des « Hôpitaux généraux » en France date du XVIIème siècle et survient dans un contexte de croissance démographique et sur fond de crise économique. L'objectif est alors de freiner l'augmentation de la mendicité et de mettre au travail au sein des Hôpitaux, les personnes valides considérées comme non productives. Peu après leur création, on y conduit les « fous » ne

pouvant pas être pris en charge par leur famille. Mais on sépare vite ces derniers du reste des hébergés pour éviter les incidents lors des « accès de folie ». Ils sont alors mis dans des cellules individuelles. (10)

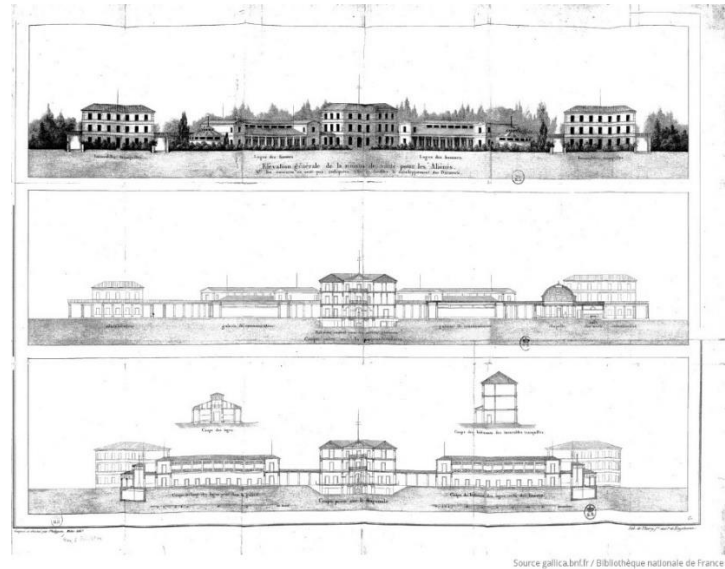


Pinel fait enlever les fers aux aliénés de Bicêtre / Charles-Louis Muller, 1849(28)

C'est d'Angleterre et d'Écosse que vint la création d'asiles. Ils prenaient en considération les spécificités des « aliénés », et permettaient un hébergement et un environnement plus adapté, avec pour objectif d'améliorer l'état mental des malades. Le travail sous la forme d'horticulture, d'agriculture, ou d'autres activités artisanales, devint une part essentielle de l'arsenal thérapeutique du modèle anglo-saxon.

Philippe Pinel et Jean-Étienne Esquirol, pouvant être considérés comme les précurseurs de la psychiatrie, croyaient eux aussi fermement aux bienfaits des activités manuelles. Ils affirmaient ainsi qu'elles constituaient une source de distraction, d'habitudes et d'ordre et que la fatigue après l'effort avait une action régulatrice de l'humeur et du sommeil. Elles réduisaient même chez les adolescents « leur propension à s'adonner à la masturbation ». (29)

Mais c'est le médecin Guillaume Ferrus (médecin en chef de la section des aliénés de Bicêtre) qui fut l'un des premiers aliénistes à réellement importer ce modèle anglo-saxon prônant le travail thérapeutique à l'asile. En 1834, il écrit dans son compte rendu de son voyage en Angleterre, être frappé d'avoir constaté que les guérisons étaient moins nombreuses dans les maisons pour aliénés de la classe aisée, ceux-ci n'y étant soumis à aucun travail corporel. Même constat à l'hôpital de Saragosse en Espagne : « *Les fous riches ne guérissaient pas parce qu'on ne pouvait les obliger à travailler la terre, tandis que les pauvres guérissaient* ». (30)



Ferrus, Guillaume Marie André (1784-1861)(31)

Extrait du livre de Guillaume Ferrus « Des Aliénés, considérations : 1° sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessité d'en créer de nouvelles en France... 2° sur le régime hygiénique et moral... »(31)

Guillaume Ferrus entreprit donc d'introduire le travail à titre expérimental à Bicêtre. Les tâches dépendaient des chantiers qui réclamaient localement des bras, c'est-à-dire terrassement, maçonnerie, badigeonnage, menuiserie, serrurerie et charpenterie ; la culture et le jardinage n'occupaient qu'une petite place dans cet ensemble. Après huit ans, le bilan était largement satisfaisant puisque non seulement on n'avait eu à déplorer aucun accident, mais les guérisons étaient devenues plus rapides et les rechutes plus rares. (32)



« Ferme Sainte-Anne, cultivée par les fous », tableau de Paris, Edmond Texier (33)

Grâce à ces résultats, Ferrus obtint en 1833 de faire exploiter la ferme Sainte-Anne par des « aliénés tranquilles ». De nombreux hospices et hôpitaux à travers la France imitèrent ce modèle (asile d'aliénés du Mans, hospice général de Nantes, hôpital général d'Orléans, hospice général de Tours). Trente années plus tard, ***presque tous les établissements (publics ou privés), possédaient une exploitation agricole.***

Les instances publiques fixèrent même des normes concernant le nombre d'hectare (ha) à allouer par nombre d'aliéné (a) (10 ha/100a si mixtes, 15 ha/100a si hommes, 5ha/100a si femmes). (34) On préférait allouer des cultures maraîchères et des plantes sarclées plutôt que la culture des céréales. Ces dernières réclamaient en effet un travail trop intense lors des moissons estivales, alors que les premières étaient moins intenses et étendues sur presque toute l'année. Les récoltes servaient au repas des malades, et permettaient ainsi de faire des économies. ***C'est ainsi que le travail des malades, qui avait initialement été amené dans un but thérapeutique, devint source de rentabilité.*** (10)

Les fermes, qui étaient initialement de simples dépendances de l'asile, deviennent des centres d'hébergement à part entière. C'est la création des « colonies agricoles ». La plus importante en France est probablement celle de Fitz-James, fondée en 1847 dans le département de l'Oise. Grâce à son succès, l'asile adjacent qui lui était affilié devint le plus grand de France, comptant 300 aliénés en 1861. Il est intéressant de noter que malgré la grande liberté des « colons », on ne décompta que très peu « d'évasions » (5 ou 6 par an), et très peu d'accidents, alors qu'ils avaient à leur disposition des instruments de travail agricole. (35)



Photo de lithographie présentant la colonie de Fitz-James dans l'Oise, 1860 (36)

Cette pratique prend fin vers la première partie du XXème siècle. D'un point de vue idéologique, des voies s'élevaient contre ce que l'on commençait à appeler « la traite des blancs » (10). D'un point de vue économique, l'industrialisation et la mécanisation de l'agriculture s'imposent.

La deuxième partie du XXème siècle amène avec elle un mouvement de désinstitutionalisation en psychiatrie, permis par la découverte des neuroleptiques dans les années 1950, et poussé par le courant antipsychiatrique. La psychothérapie institutionnelle se développe en France dans les années 1960 et vient faire le tuilage entre ces deux courants, de l'asile à la désinstitutionalisation. Elle base sa réflexion sur le pouvoir de l'institution psychiatrique, qu'elle considère comme malade, et qu'il s'agit de soigner. Elle insiste sur les vertus thérapeutiques des activités en communauté, à la jonction entre l'intra et l'extrahospitalier. Les dynamiques de groupe et les relations soignants-soignés sont au centre du soin. Or, on retrouve aussi le jardinage dans une anecdote aux origines de ce mouvement.

Le docteur François Tosquelles est considéré comme un des fondateurs de la psychiatrie institutionnelle. En 1940, il fuit le régime de Franco pour la France où il s'engage comme infirmier à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole (Lorèze). La France est alors en état de guerre, et 25 hôpitaux psychiatriques sont réquisitionnés à travers la France. Les patients qui y étaient sont répartis entre les hôpitaux restants, comme Saint-Alban. L'hôpital se retrouve en surnombre. Dans son ouvrage paru en 1987, Max Lafont, médecin à l'hôpital du Vinatier, revient sur cette période sombre de l'histoire française dans son livre « *L'extermination douce* ». Pendant cette guerre, **40 000 malades mentaux seraient morts de faim en France**. 3 000 uniquement à l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Mais l'hôpital de Saint-Alban fait exception : il passe de 32 morts en 1938 à 74 morts en 1941, puis étonnement les chiffres diminuent pour atteindre 16 morts en 1945 ! (37)

Cette prouesse est dû non seulement à l'ingéniosité du personnel, mais aussi et surtout à **l'ouverture de l'hôpital psychiatrique vers l'extérieur**. L'hôpital et la ferme adjacente ont ainsi été transformé en potager, et 124 malades y ont travaillé. Pendant la guerre, l'hôpital produira jusqu'à 5 tonnes de choucroute. Les malades ont aussi travaillé dans les champs avoisinants qui manquait de main d'œuvre dans cette période de guerre. Ils ont été rémunérés en denrées alimentaires. Les ateliers d'ergothérapie ont permis de fabriquer des objets que les malades allaient troquer contre de la nourriture aux villageois. L'hôpital fut un lieu d'appel pour les opérations de Résistance locales, et un refuge pour certains intellectuels et artistes comme Paul Eluard qui en tirera son livre « *Souvenirs de la Maison des Fous* »). (38)



L'hôpital psychiatrique de Saint-Alban et les champs adjacents (38)

C'est ainsi qu'à différents tournants de la psychiatrie, le jardinage a joué un rôle décisif.

Depuis quelques dizaines d'années, la surpopulation des services hospitaliers a incité à construire de nouveaux pavillons aux ambitions limitées : fonctionnalité, accessibilité et gain financier. Ces derniers ont été peu à peu rapatriés vers les villes, dans un souci d'externalisation des soins. ***Ce mouvement se fait au détriment des parcs, des jardins et des terres agricoles, qui disparaissent graduellement.*** (39)

Le cadre des soins psychiatriques est pourtant primordial pour le processus thérapeutique. On note ainsi un regain d'intérêt dans certains hôpitaux pour aménager des espaces verts. Des paysagistes collaborent avec soignants et administration, afin d'en faire des lieux accueillants, où l'on peut se distraire, déambuler, se promener, se détendre et se soigner. (10) Comme à **l'hôpital Salvator**, qui abrite un des derniers grands espaces végétaux de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille. Le paysagiste **Gilles Clément** a ainsi été sollicité pour entreprendre sa réhabilitation. Son projet est de découper l'hôpital en trois espaces : une **vaste clairière centrale** capable d'accueillir aménagements, usagers et famille ; un cadre dense composé de **cercles végétalisés** où l'on peut pratiquer des activités de sport, de jardinage (avec un potager) et de sensibilisation à l'environnement ; un **sous-bois périphérique** qui permet promenade et relaxation ou refuge vers des « cabanes à fugue ».

Projet de Gilles Clément pour l'hôpital Salvator (40)



I.1.2. Hortithérapie

Comme nous l'avons vu, le jardin a servi d'outil thérapeutique depuis bien longtemps et dans de nombreuses civilisations. Aujourd'hui, cette pratique revient sous la forme d'une thérapie médiatisée spécifique qu'on nomme **hortithérapie**. Nous le verrons, cette pratique est inégalement reconnue aujourd'hui dans le monde, et est en cours de légitimation.

Le terme d'hortithérapie est issu de l'anglais « hortithrapy » et « horticultural therapy ». Etymologiquement, c'est utiliser le jardin (en latin, hortus) comme thérapie(17).

Sous ce nouveau nom, l'hortithérapie fut refondée aux Etats-Unis, dans deux établissements psychiatriques en particulier :

- **L'Asile pour Insensés de Friends, en Pennsylvanie**, créé en **1813** par le **Dr. Benjamin Rush**. On y propose des activités de jardinage aux patients. Professeur de Médecine à l'Université, il est très actif dans ce domaine, et partage ses idées grâce à son livre : « *Recherche et Observations dans les Maladies de l'Esprit* ». Il est considéré comme le père fondateur de l'hortithérapie moderne. (41)
- La **clinique des Drs. Karl et Will Menninger au Kansas**, qui proposent le terme de « thérapie horticole » vers 1900. Selon eux, le jardinage « permettait aux patients atteints de troubles psychiatriques de s'ouvrir au monde en offrant l'occasion de fréquenter d'autres individus de manière ludique, de développer leurs capacités motrices et de retrouver le respect d'eux-mêmes ». (42)

Elle s'individualise de l'ergothérapie, courant des années 1960. En 1972, la formation d'hortithérapeute est officiellement enseignée à l'université du Kansas. D'autres universités américaines suivront ce mouvement. La formation s'inspire de l'ergothérapie, et y inclue des notions d'agronomie et d'écopsychologie. Pour uniformiser et promouvoir la pratique, on crée en 1988 **l'Association Américaine d'Hortithérapie** (*American Horticultural Therapy Association*, ou **AHTA**).

L'AHTA fournit aujourd'hui les définitions suivantes de cette nouvelle discipline :

- « *L'hortithérapie consiste à utiliser les plantes et le végétal comme médiation thérapeutique sous la direction d'un professionnel formé à cette pratique pour atteindre des objectifs précis adaptés aux besoins du participant.* » (43)
- « *Le jardin thérapeutique est un environnement dominé par les plantes, conçu pour faciliter l'interaction avec les éléments thérapeutiques de la nature.* » (44)

On remarque que le jardin thérapeutique n'est donc pas exclusivement utilisé pour des programmes d'hortithérapie. Ils peuvent aussi être utilisés au sein de programmes thérapeutiques à visées occupationnelles, ou de rééducation fonctionnelle.

La discipline étant récente et très variée, ces définitions sont encore fluides. Un des enjeux de la recherche scientifique dans ce domaine est donc d'établir des critères pour différencier les types de jardins. Le but est d'établir des groupes plus homogènes et ainsi fournir des preuves plus solides d'efficacité de leurs interventions en fonction de l'architecture du jardin.

Pour l'instant, on s'accorde sur certains traits communs aux différents jardins thérapeutiques (45) :

- **La conception participative.**
- **L'accessibilité.**
- **La profusion de plantes « significatives ».**
- **Le respect de la biodiversité.**

Ces jardins sont présents de nos jours dans de nombreux pays, et dans une grande diversité de lieux. Ils sont aussi bien consacrés aux soins intra ou extrahospitaliers, de réhabilitation ou résidentiels.

Cette grande diversité de jardins se retrouve aussi dans les soins qu'ils abritent. On retrouve des expérimentations de soins au sein de jardins thérapeutiques qui ne sont pas toujours encadrées par un hortithérapeute professionnel. Ces « programmes de jardinage organisé pour le soin » consistent à proposer à des populations malades de **cultiver dans des jardins collectifs** (46), à leur **domicile** (47), ou encore dans des **écoles** (48).

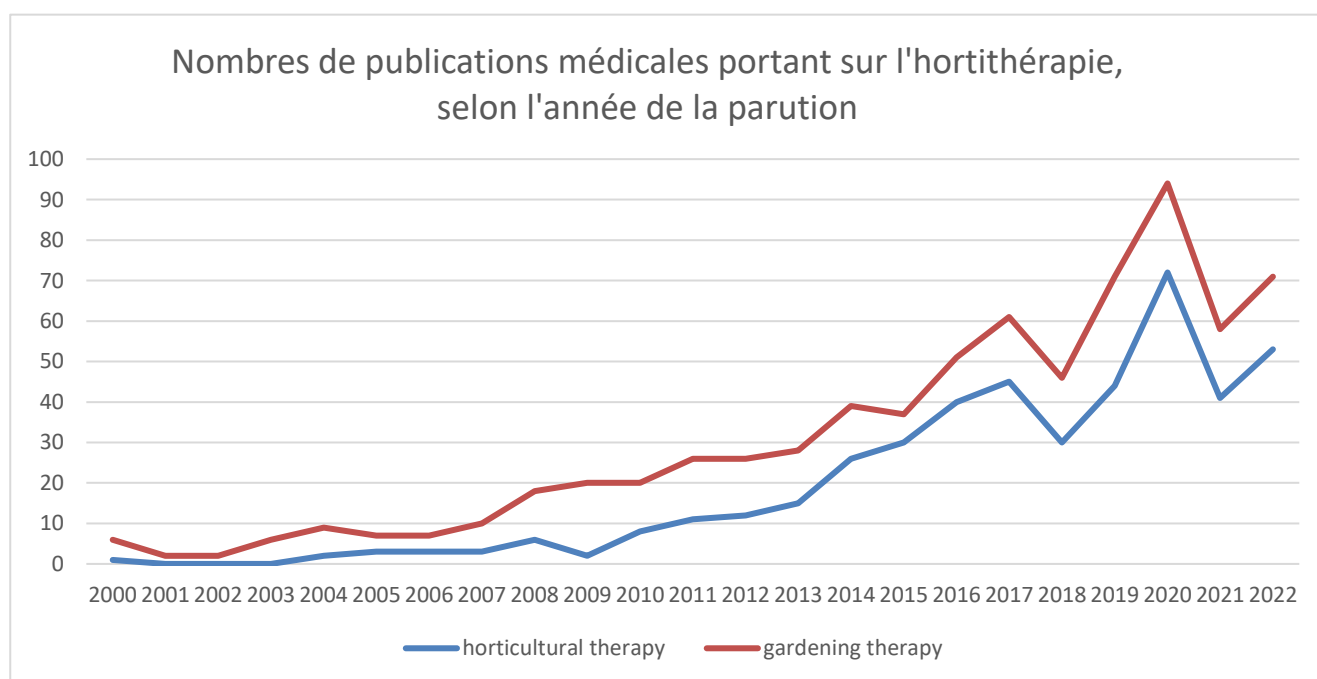
Dans la littérature scientifique, on reconnaît principalement trois grands champs d'application des actions de jardinages (41):

- Le premier champ est **thérapeutique**. En effet, le but est souvent de soulager les symptômes et/ou d'avoir une action préventive : en psychiatrie (dans tous les domaines : gériopsychiatrie, pédopsychiatrie, générale, addictologie), en gériologie, en rééducation et réadaptation, et en soins palliatifs.
- Le second champ est **vocationnel** : l'objectif est alors la réinsertion professionnelle du participant. A travers l'apprentissage de techniques, on redonne confiance aux personnes qui se lancent ensuite dans des formations d'horticulteur, de paysagiste

ou de maraîcher par exemple. On retrouve par exemple ces programmes dans les prisons et les écoles.

- Le dernier champ est **social**, en ayant pour objectif de réinsérer les personnes dans un tissu social local, et limiter l'insécurité alimentaire. L'exemple typique est le « *community garden* », qu'on pourrait traduire par « jardin partagé » ou « **jardin communautaire** ».

Ces champs ne sont pas exclusifs les uns des autres, et les activités de jardinage entremêlent souvent actions thérapeutiques, vocationnelles et sociales.



Augmentation des publications scientifiques hortithérapeutiques entre 2000 et 2022(50) (source : PubMed search « gardening therapy » et « horticultural therapy »)

Une pratique officielle de l'hortithérapie se développe rapidement dans le monde. Des pays tels que la Suède (49), le Royaume-Unis (50), le Canada (51), l'Autriche (52), le Japon (53), l'Australie (54) et Corée (55) du sud proposent un diplôme officiel dans ce domaine. De manière cohérente, le nombre de publications concernant ce sujet a été multiplié par plus de 6 entre 2010 et 2022.

D'autres pays hébergent des associations qui essaient de faire reconnaître la pratique de l'hortithérapie. C'est le cas de la France, qui ne dispose pas encore d'enseignement officiel français au métier d'hortithérapeute. Des initiatives isolées y sont pourtant croissantes. Elles concernent surtout les EHPAD, les hôpitaux psychiatriques, et les unités de soins palliatifs. Ces multiples praticiens informels se sont rassemblés autour de la **Fédération Française Jardins, Nature et**

Santé en 2019 (56). Ils réclament aujourd’hui une reconnaissance de cette pratique, et une formation diplômante reconnue. (57)

Nous venons de le voir : les publications scientifiques portant sur l’hortithérapie se sont multipliées ces dernières années. Donnons maintenant une vue d’ensemble de ces recherches scientifiques, et essayons de comprendre ce regain d’intérêt pour le jardinage thérapeutique.

I.1.3. Effets thérapeutiques et preuves scientifiques

De nombreuses études sont sorties au cours des 35 dernières années documentant les **effets bénéfiques des activités de jardinage pour la santé physique, psychique et sociale**. Tentons ici de présenter un aperçu nous permettant d’avoir une vision globale et critique de ces effets.

I.1.3.1. Sur le plan psychique et social

Une revue parapluie sortie en février 2024 recense toutes les revues systématiques et méta-analyses parues jusqu’à 2023 sur le sujet, dans le but de connaître l’impact du jardinage sur le bien-être, la qualité de vie et la santé mentale des participants. (58)

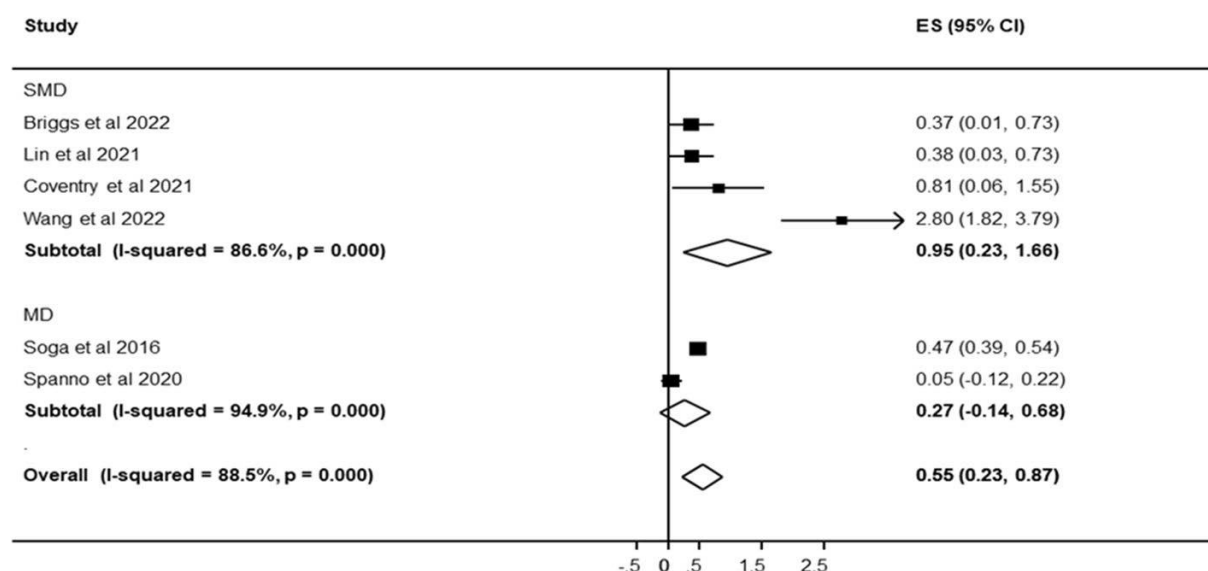
Au total, la qualité de ces études était assez basse. Sur les 40 études incluses, seules deux étaient de bonne qualité, 5 de moyenne qualité, 5 de mauvaise qualité et 29 de très mauvaise qualité.

Malgré ces limites, la revue parapluie dégage certains effets sur les variables étudiées :

- **Bien être** : un effet positif est retrouvé dans la plupart des études que ce soit sur le bien-être physique ou psychologique. Cet effet se retrouve pour plusieurs sous-populations de patients (démence, handicap psychique ou physique, et personnes âgées)
- **Santé mentale** : les études sont unanimes sur l’impact positif du jardinage sur la santé mentale, particulièrement sur les symptômes dépressifs, anxieux et les fonctions cognitives. Cet effet se retrouve chez des patients atteints de différents troubles psychiatriques (schizophrénie, troubles de l’humeur ou troubles anxieux). Plus spécifiquement, l’hortithérapie semble avoir le même effet.
- **Qualité de vie** : la majorité des études montrent un effet positif dans plusieurs dimensions de la qualité de vie (relations sociales, autonomie, estime de soi, santé)

pour l'hortithérapie ou le jardinage. Le même effet s'observe pour les études incluant des jardins communautaires, que ce soit en population générale ou vulnérable.

La revue parapluie réalise aussi une méta analyse lui permettant de mesurer directement le bien être apporté par le jardinage, à partir de certaines études qui avaient suffisamment de données. Cette analyse conclut à une augmentation globale de 55% dans les mesures de bien-être (IC à 95% : 0,23–0,87). L'hétérogénéité des données étant statiquement significatives, la solidité de ces résultats reste faible. Il est cependant intéressant de constater que la seule étude qui avait un niveau de qualité considéré comme élevé, avait aussi l'augmentation de la qualité de vie la plus importante. Il s'agit de celle de Wang et al 2022 (59) visible dans la figure ci-après.



Vue agrégée des résultats, issue de la méta analyse, revue parapluie, février 2024(58)

I.1.3.2. Sur le plan physique

L'impact sur le plan physique est moins exploré que celui sur la santé mentale des patients, rappelons toutefois que les deux sont liés.

En effet, nous avons vu plus haut que le jardinage avait montré une efficacité pour augmenter la sensation de bien-être. Or, plusieurs études ont fait le lien entre haut niveau de bien-être et diminution du risque de maladie chronique, amélioration du système immunitaire, meilleure rétablissement d'une maladie ou d'un accident traumatique, et même augmentation de l'espérance de vie. (60–65)

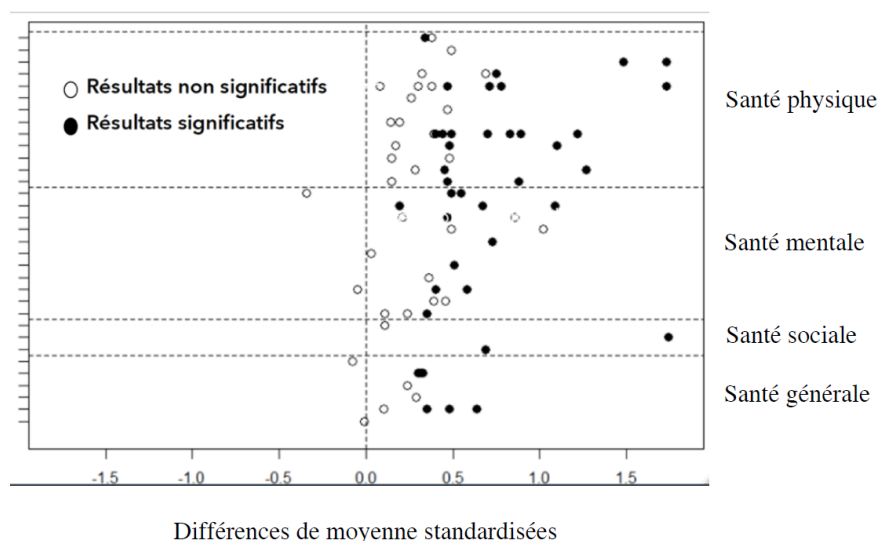
L'étude explorant santé physique et jardinage qui nous paraît la plus intéressante est la méta-analyse de Kunpeuk sortie en 2020 (66) qui est considérée par l'étude parapluie citée plus haut (58) comme étant une des rares études de bonne qualité sur le sujet. Elle cherchait à analyser l'impact que le jardinage pouvait avoir sur la nutrition, ainsi que sur la santé physique des participants.

Sur les 19 études incluses, la seule variable objective qui pouvait être comparée de manière fiable étaient l'IMC qui a montré une diminution significative grâce à la pratique du jardinage.

Dans les autres études, sur les 10 qui mesuraient le régime alimentaire, 8 ont montré une amélioration de l'alimentation des patients, avec une augmentation de la consommation de fruits et de légumes.

I.1.3.3. Vue d'ensemble

La méta-analyse de Soga et al. (67) parue en 2017 évaluant l'impact du jardinage sur la santé générale peut se résumer grâce au graphique ci-après qui montre une **amélioration de la santé dans les trois dimensions citées plus haut : physique, psychique et sociale**. Chaque point représente le résultat d'une étude se focalisant sur une variable de santé donnée. Par exemple, l'IMC pour la santé physique, l'amélioration de l'humeur pour la santé psychique et l'augmentation des interactions sociales pour la santé sociale. Des points situés sur la même ligne indiquent que des études analysent la même variable. Les points en noir sont les résultats significatifs et les blancs sont les résultats non significatifs. **Les résultats montrent que le jardin a des effets positifs sur la plupart des variables de santé étudiées.**



Impact de l'activité de jardinage sur différents aspects de santé, issue de la méta analyse
« Gardening is beneficial for health: A meta-analysis » Soga et A 2017(67)

1.2. Les troubles psychiatriques en France, un enjeu de santé publique majeur

Après avoir exploré les fondements historiques, thérapeutiques, et scientifiques de l'utilisation des jardins dans un contexte de soin, notamment par le prisme de l'hortithérapie, il est essentiel de contextualiser cette approche dans le cadre plus large des enjeux de santé publique liés aux troubles psychiatriques en France. On pourra ainsi mieux appréhender la place que peut occuper l'activité de jardinage dans le paysage du soin extrahospitalier en psychiatrie.

1.2.1. Définitions, psychiatrie et santé mentale

Lorsqu'on étudie les politiques de santé publiques, il n'est pas toujours facile de distinguer ce qui relève de la **psychiatrie**, discipline médicale spécialisée dans le traitement des troubles psychiatriques qui sont des entités diagnostiques établies par des critères précis ; et ce qui relève de la **santé mentale**, concept beaucoup plus large et récent défini par l'OMS en 2001 comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.* (68)»

Ce glissement sémantique, que l'on observe lorsqu'on passe des recherches dans le domaine médical aux politiques de santé publique, n'est pas anodin(69). Il survient au risque de créer une nouvelle morbidité qui élargit considérablement le spectre des pathologies. « *Nombre d'entités psychopathologiques sont devenues aujourd'hui des questions sociales, tandis qu'un nombre sans cesse croissant de questions sociales sont appréhendées au prisme des catégories et entités psychopathologiques* », explique **Alain Ehrenberg**, sociologue qui dirige le groupement de recherche "Psychotropes, Politique, Société" du CNRS. (70)

Cette difficulté à savoir ce qui relève ou non de la psychiatrie n'est pas nouvelle, et vient probablement en partie du fait que c'est une des rares spécialités médicales dont les pathologies traitées n'ont pas de cause anatomo-biologique spécifique établie. On peut ainsi s'interroger sur les moyens de qualifier une « maladie mentale » ou un « trouble psychique » sans pouvoir l'objectiver. La psychiatrie explore donc par essence la subjectivité. Elle n'est ni une spécialité d'organe, ni une spécialité purement fonctionnelle et « *navigue depuis ses origines de la philosophie à la médecine, de la psychogenèse à l'organogenèse, de la psychologie à la neurologie, de la sociologie à la psychanalyse.[...] Avec le risque de se voir disparaître en tant que spécialité médicale, se décomposant alors dans une des théories qui n'aborde que partiellement son domaine ; dissolution*

dans la neurologie et la pédiatrie, dissolution dans le "psychologique" et le social. » comme l'écrit le Dr JP. Salvarelli, psychiatre à l'hôpital du Vinatier dans son article « De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? » (71)

Différents paradigmes ont été développés pour répondre au besoin d'objectivité médicale au cours du temps, allant de **l'aliénation mentale de Pinel** (1801), au **modèle organo-dynamique de Henri Ey** (1920), en passant par les **maladies mentales par Griesinger** (1845). (71)

Aujourd'hui, le paradigme le plus répandu pour objectiver les troubles psychiatriques est porté par le **DSM-5** qui indique : « *La description exhaustive des processus pathologiques sous-jacents n'étant pas possible pour la plupart des troubles mentaux, il est important de souligner que les critères diagnostiques actuels sont la meilleure description disponible de la manière dont les troubles mentaux s'expriment et peuvent être identifiés par des cliniciens dûment formés. Le DSM est destiné à servir de guide pratique, fonctionnel et adaptable pour organiser l'information pouvant aider au diagnostic et au traitement adéquat des troubles mentaux. C'est un outil pour les cliniciens, une ressource éducative essentielle pour les étudiants et les praticiens, et une référence pour les chercheurs dans le domaine de la santé mentale. [...] Bien que le DSM-5 soit une classification catégorielle de troubles distincts, les pathologies mentales ne rentrent jamais complètement dans le cadre d'entités diagnostiques uniques.* » (72)

Ce cadre épistémologique guidera notre exploration pour comprendre les rapports épidémiologiques et politiques, ainsi que les recherches scientifiques citées dans notre thèse. Mais on gardera en mémoire cette multiplicité sémantique qui rend parfois les comparaisons hasardeuses et les catégories floues.

I.2.2. Prévalence

La prévalence des troubles psychiques est difficile à caractériser à l'échelle nationale. Cela est notamment dû à la difficulté à poser un diagnostic, au caractère évolutif des troubles, à l'hétérogénéité des situations au sein d'un même groupe diagnostic et aux risques de déni de soins et de stigmatisation. (73)

Selon l'OMS, la maladie mentale et les troubles psychiques touchent près d'**un cinquième de la population mondiale** (74). Selon Santé Publique France, cela correspondrait en France à 13

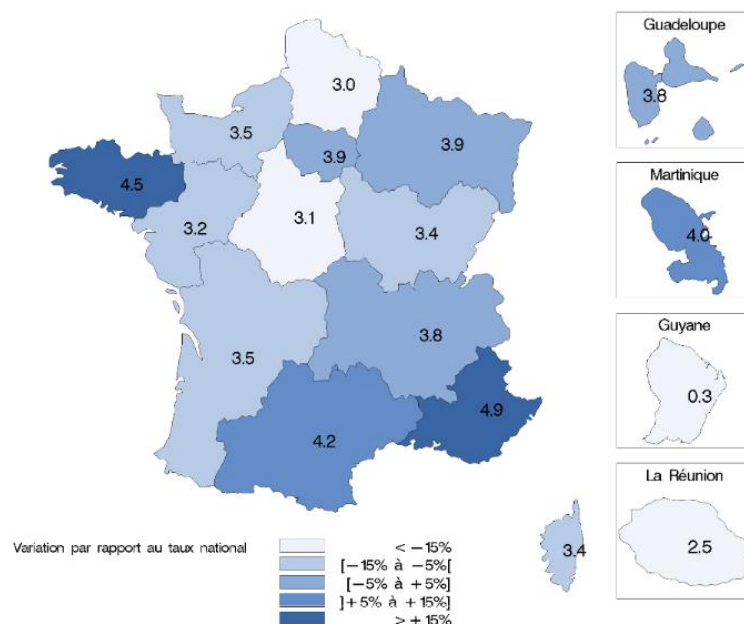
millions de Français, dont 3 millions souffriraient de troubles psychiques dits sévères. (75) Les prévalences des différents types de troubles varient considérablement :

- **Episodes dépressifs** : Selon l'INSERM, la prévalence vie entière serait de **15 à 20%**. (76) Selon le Baromètre de santé publique France, la prévalence augmenterait depuis 2005 avec une accélération sans précédent entre 2017 et 2021, passant de 9,8 % à 13,3 % (18-85 ans), particulièrement chez les jeunes adultes : de 11,7 % à 20,8 % (18-24 ans). (77)
- **Troubles bipolaires** : La prévalence, probablement sous-estimée, est estimée **entre 1% et 2.5%** de la population française (78).
- **Troubles psychotiques** : Selon une étude de l'INVS, la prévalence des troubles psychotiques est estimée à **0,74 %**, et celle des troubles de schizophrénie à **0,35 %**. Elles sont très probablement sous-estimées car elles ne concernent que les cas pris en charge en milieu hospitalier. (79) On peut ainsi retrouver selon d'autres études des chiffres de prévalence vie entière de faire un épisode psychotique de **3 %**, et de souffrir d'une schizophrénie de **0,7 % à 1 %**. (80)
- **Troubles anxieux** : Selon l'INSERM, se basant sur une étude de 2005, la prévalence vie entière est de **21 %** (81). Selon des études plus récentes (2016-2019), leur prévalence vie entière varie de 2,1 % pour le trouble panique à 10,7 % pour les phobies spécifiques. (82)
- **Troubles liés à l'usage de substances et addictions** : Selon l'**Observatoire Français des Dépendances et Toxicomanies** (OFDT), les usagers avec des troubles liés à l'usage de substances, toutes substances illicites confondues, seraient 350 000 en France (données 2019) (83). 8 % de la population adulte présenterait un TLUA (données 2014), la prévalence vie entière de TLUA serait de **5,7 %**. L'usage problématique ou la dépendance au cannabis concernerait 7% des adolescents de 17 ans et 3% des 18-64 ans. L'usage régulier de cocaïne, freebase ou crack concernerait 1,6% des adultes français. Concernant les addictions comportementales, les statistiques sont moins nombreuses. On sait cependant qu'environ une personne sur dix qui participe à des jeux de hasard ou d'argent en ligne a une pratique à risque modéré ou est un joueur excessif (enquête E-Games, France 2017)).

Il existe très souvent des comorbidités entre les différents troubles psychiatriques. Selon une étude épidémiologique publiée dans l'encéphale (81), la prévalence à 12 mois d'avoir au moins un diagnostic de comorbidité psychiatrique était, pour ceux présentant déjà :

- Un trouble anxieux : de 26%,
- Un trouble de l'humeur : de 38%,
- Un TLUA : de 26% chez les hommes et de 68% chez les femmes. (79)

La région PACA présente la plus forte prévalence de schizophrénie en France.



Prévalences régionales de personnes souffrant de schizophrénie prise en charge par le système de soins en 2014 (prévalence pour 1 000)

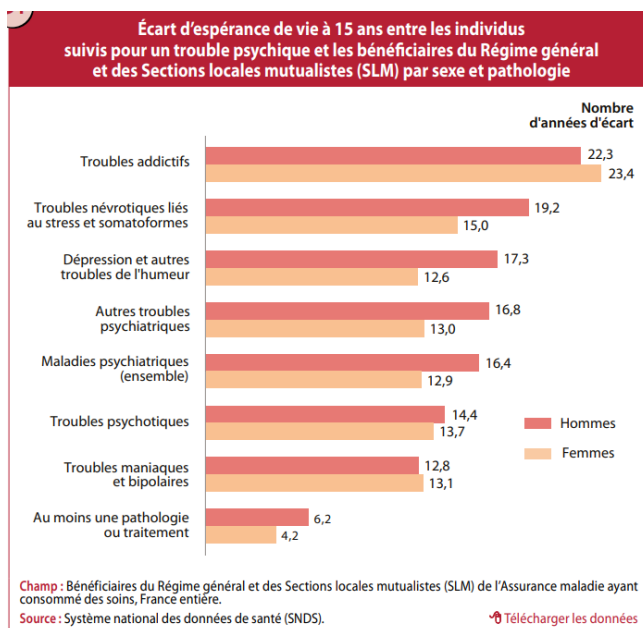
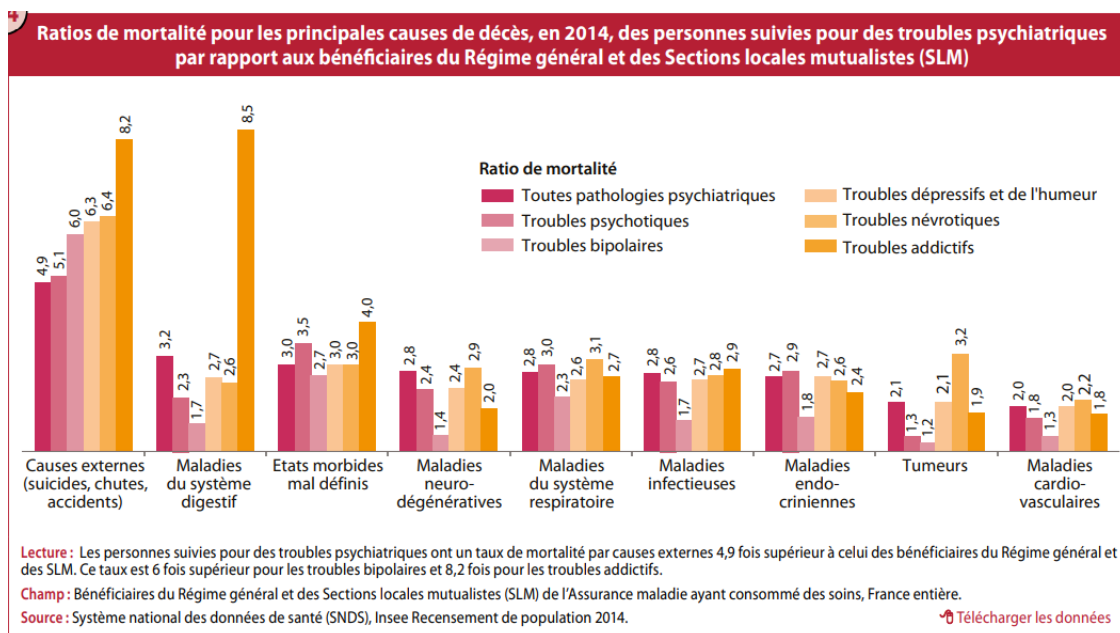
1.2.3. Répercussions psychiques et physiques

Comme le déclare l'OMS, se basant sur une étude du **Lancet de 2013** (84), **les troubles psychiques représentent 23 % des causes de handicap**. Cela en fait **la première cause d'années vécues avec une invalidité**, juste devant les troubles musculosquelettiques (21 %).

Il existe une forte stigmatisation participant à l'isolement social et professionnel. En 2014, une étude **IPSOS** révèle que 52 % des personnes interrogées se diraient gênées de vivre sous le même toit qu'une personne atteinte de maladie mentale, 35 % de travailler dans la même équipe et 30 % de partager un repas. En 2009, 65 % des personnes interrogées pensaient que les schizophrènes étaient un danger pour les autres. (85)

La France affiche l'un des taux de suicide les plus élevés des pays européens de développement comparable(69). **Le suicide est la première cause de mortalité entre 15 et 35 ans en France.**

Selon une étude de l'IRDES parue en septembre 2018 (86), les personnes suivies pour des troubles psychiques auraient **une espérance de vie bien inférieure à la population générale** (seize ans pour les hommes, et treize ans pour les femmes). Les taux de mortalités seraient supérieurs, quelle que soit la cause de décès.



Ratios de mortalité et écart d'espérance de vie entre des personnes suivies pour différents troubles psychiatriques et le reste de la population (86)

I.2.4. Répercussions économiques

La France est le pays avec **la plus forte consommation de psychotropes du monde**. Plus d'un quart de la population française consomme différents médicaments psychotropes, notamment des anxiolytiques, des antidépresseurs et des somnifères. (87) On estime que plus de 7 millions de personnes en France ont eu une prise en charge spécialisée due à un trouble psychique diagnostiqué ou à un traitement psychotrope.

Les dépenses liées sont donc particulièrement élevées et représentent **le premier poste de dépense de l'Assurance maladie**, 23 milliards d'euros annuels, soit 14 % des dépenses totales remboursées en 2017 (73). L'inclusion des coûts additionnels relatifs aux prises en charge médico-sociales, à la perte de productivité (les troubles dépressifs seraient responsables de 35% à 45 % de l'absentéisme au travail en France) et à la réduction de la qualité de vie a conduit à estimer le fardeau économique total des troubles psychiques à près de **110 milliards d'euros** pour la seule année 2007 (88). **Selon l'OCDE, ces coûts représenteraient près de 4 % du Produit intérieur brut (PIB)** (89).

I.2.5. Politique de santé mentale en cours

En conséquence de l'augmentation de la prévalence des troubles psychiatriques et de ces répercussions psychiques, physiques et économiques considérables, la santé mentale est une thématique qui prend de l'ampleur dans l'agenda politique en France.

La reconnaissance du handicap psychique a été officialisée dans une loi « pour l'égalité des droits et des chances » de 2005 (90). Deux plans interministériels successifs « *Psychiatrie et santé mentale* » ont suivi, couvrant les périodes 2005-2008 et 2011-2015. Ils ont permis de définir les priorités politiques dans ce champ (ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 ; Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012) (91).

A la suite de ces plans, une feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie a été lancée en juin 2018 par la ministre de la Santé, associée à un budget de 1,4 milliard d'euros (92). Cette feuille de route est notamment organisée autour de trois priorités :

- La promotion du **bien-être** mental et la **prévention** de la souffrance psychique,
- La mise en place de **parcours de soins** coordonnés soutenus par une **offre diversifiée**,
- **L'amélioration des conditions de vie, d'inclusion sociale** et de citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

En septembre 2021, les pouvoirs publics organisent la tenue **d'Assises de la santé mentale et de la psychiatrie** et allouent 1,9 milliard d'euros supplémentaires. La même année paraît sur le sujet un rapport de la Cour des Comptes (93), un rapport du Ministère de la Santé et de la Prévention (75) et un rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental (94).

En parallèle, on incite les acteurs locaux à définir et porter, sous l'égide des ARS, des adaptations organisationnelles telles que les **Projets Territoriaux de Santé Mentale**. Ils visent à organiser les parcours de santé et de vie des personnes et à structurer et coordonner l'offre sanitaire et d'accompagnement social et médico-social pour le suivi des troubles psychiques.

Pour mieux appréhender comment l'activité de jardinage thérapeutique peut s'intégrer dans la feuille de route du gouvernement pour la santé publique, examinons ses trois objectifs prioritaires : la prévention, le parcours de soin, et l'amélioration des conditions de vie/inclusion sociale.

I.2.6. Prévention

Dans son rapport « *Prévention des maladies psychiatriques, pour en finir avec le retard français* », l'**Institut Montaigne** rappelle que la plupart des maladies psychiatriques sont des maladies chroniques qui évoluent par stades successifs et que tout comme les pathologies comme le cancer ou les maladies cardio-vasculaires, **un diagnostic précoce et une prise en charge personnalisée peuvent considérablement améliorer le pronostic de la maladie** (69).

L'OMS contribua dès sa création, à définir la prévention comme étant « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle distingue trois types de prévention :

- La **prévention primaire** (avant l'apparition de la maladie) œuvre à réduire l'incidence d'une maladie dans une population et limiter ainsi l'apparition de nouveaux cas.
- La **prévention secondaire** (au tout début de la maladie) s'appuie sur des stratégies d'intervention précoce afin de s'opposer à l'évolution de la pathologie.
- La **prévention tertiaire** (au stade de maladie chronique) vise à diminuer l'incidence des complications et rechutes de la maladie ou les invalidités liées à celle-ci.

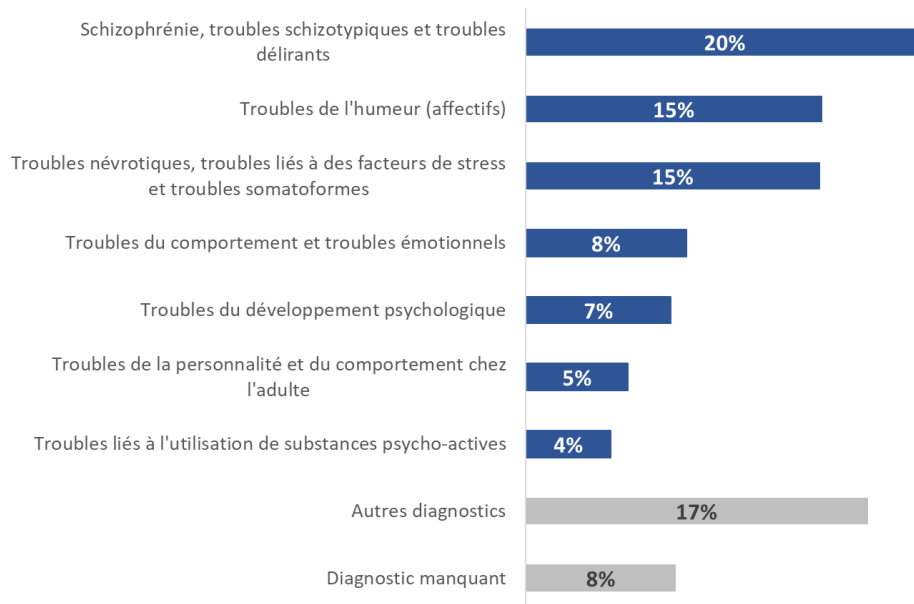
Ces trois types d'interventions prennent toute leur importance lorsqu'on les met en relation avec les fortes prévalences et taux de comorbidités déjà cités plus haut. (68)

I.2.7. Parcours de soin

Le rapport de la **Cour des Comptes** de 2021 (93) fait apparaître un défaut de prise en charge lors du passage de l'intra vers l'extra hospitalier dans le secteur de la psychiatrie en France. En effet, on observe de manière fréquente : des ré-hospitalisations rapides après la sortie, et souvent sous contrainte ; des longues durées d'hospitalisation (de plus d'un an) ; l'absence de suivi extra hospitalier.

Dans un rapport paru en 2021, nommé « *Améliorer le parcours de soins en Psychiatrie* » (94), le **Conseil Economique, Social et Environnemental** insiste aussi sur le manque de suivi avant et après hospitalisation. Ainsi en 2018, près de 40 % des personnes hospitalisées pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères n'ont pas bénéficié d'un suivi spécialisé en ambulatoire dans l'année précédent ou suivant leur hospitalisation (95).

Parmi l'ensemble des actes médicaux psychiatriques en France réalisés en ambulatoire en 2021, ceux qui concernent les troubles psychotiques arrivent en tête (voir tableau ci-après). **Il est à noter que la région PACA présente la plus forte incidence de troubles psychotiques en France. Ce sujet de l'extrahospitalier concerne donc particulièrement notre région.**



Répartition des actes ambulatoire réalisés en 2021 par diagnostic psychiatrique en France(96)

I.2.8. Amélioration des conditions de vie et l'inclusion sociale

Le troisième et dernier axe de la feuille de route concerne l'amélioration des conditions de vie, l'inclusion sociale, et un meilleur accès à la citoyenneté. Cette volonté politique est intéressante car elle manifeste une compréhension de l'intrication sociale des pathologies psychiatriques, et elle marque la volonté de s'inscrire dans une philosophie de rétablissement des usagers de la psychiatrie à travers l'usage des outils de réhabilitation psycho-social. Nous détaillerons donc ces deux concepts dans cette dernière sous partie.

Rétablissement

Depuis 2017, **le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques sévères est établi par décret comme étant un objectif central des politiques de santé mentale**(97). L'article 3224-6.-I du Code de la Santé Publique stipule depuis lors :

« Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. À ce titre, il prévoit [...] les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux. » (98)

Dans son livre « *Réhabilitation psychosociale : outils thérapeutiques et offre de soin* » (99), **Laure Bon**, neuropsychologue, nous rappelle qu'avant de devenir une finalité des politiques de santé, le concept de rétablissement a d'abord été une revendication du mouvement des usagers. Il peut se définir, selon **Patricia E. Deegan**, une des pionnières de ce mouvement, par l'accès à « *un état d'acceptation de la maladie et des limites qu'elle implique, cet état menant à la découverte de nouvelles possibilités* » (95). Il reste compliqué de décrire précisément ce qu'il représente pour chacun, usagers comme professionnels de santé.

Van Der Stel propose donc en 2012 un modèle du rétablissement à quatre dimensions(100) :

- **Clinique**, en lien avec la notion de rémission symptomatique, afin d'éviter les rechutes.
- **Sociale**, visant une amélioration sur le plan du logement, financier ou professionnel.
- **Fonctionnelle**, concernant l'amélioration ou le renforcement de certaines capacités dans divers domaines : cognition, motricité, habiletés sociales.

- **Personnelle**, propre à chacun. C'est une dimension subjective et centrale dans le processus de rétablissement ; l'objectif est d'accéder à un vécu personnel de satisfaction, d'acceptation et d'intégration dans son environnement, c'est l'objectif finale de toute prise en charge de rétablissement.

Comme nous l'avons lu dans l'article du Code de la Santé Publique cité plus haut, la réhabilitation psychosociale est considérée comme un élément central pour accéder au rétablissement.

Réhabilitation psychosociale

Dans leur livre paru en 2021 « *Des soins porteurs d'espoir en psychiatrie - La réhabilitation psychosociale* » (101), les psychiatres **David Masson et Nicolas Franck** définissent la réhabilitation psychosociale comme « *une expression désignant les soins et les accompagnements qui sont proposés aux personnes atteintes de troubles psychiques pour leur permettre de développer leurs capacités et favoriser leur inclusion sociale. Ces soins et ces accompagnements sont adaptés aux besoins et aux objectifs de vie de chaque personne. Ils visent son rétablissement, c'est-à-dire la possibilité pour elle de mener une vie qu'elle considère comme satisfaisante. La réhabilitation psychosociale s'appuie sur des outils thérapeutiques non médicamenteux spécifiques. Sa finalité est de renforcer le pouvoir d'agir des personnes et d'améliorer leurs compétences. Elle comporte également des interventions pour faciliter l'inclusion et lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques.* »

Ils retracent l'origine de cette pratique en la liant à la désinstitutionalisation psychiatrique. Ainsi, la réhabilitation psychosociale s'est développée pour accompagner cette dynamique et tient donc une place centrale dans les soins extrahospitaliers. Aujourd'hui, de nombreuses études viennent confirmer son efficacité thérapeutique à travers l'usage des différents outils qui la compose tel que : la psychoéducation, la remédiation cognitive, les thérapies cognitives et comportementales (TCC), les médiations psychocorporelles, l'entraînement aux capacités sociales, les activités physiques adaptées et le soutien à l'emploi. (102)

Il semblerait donc que l'hortithérapie, et plus largement le jardinage à visée thérapeutique, puisse correspondre à un outil de réhabilitation psycho-social et ainsi permettre de répondre aux enjeux de santé publique que nous avons révisé.

II. Matériel et méthodes

Après avoir exploré l'histoire et l'efficacité des jardins thérapeutiques ainsi que leur fondement dans la tradition et la recherche actuelle, la première partie a également abordé les enjeux de santé publique posés par les troubles psychiatriques en France et le cadre politique pour y répondre. Orientons-nous désormais vers l'analyse détaillée de l'application du jardinage comme outil de soin psychiatrique extrahospitalier à travers une étude qualitative dont on exposera ici la méthode.

II.1. La rencontre d'une association de prévention cardiovasculaire et d'une équipe de psychiatrie extrahospitalière

II.1.1. Le contexte

En 2021, « **Terre d'Hippocrate** » (association composée de cardiologues, médecins généralistes, agronomes et patients) a créé une expérimentation en santé intitulée « *De la Terre à l'Artère* » sur le territoire Gapençais. Ce projet, existant depuis trois ans déjà, propose des activités autour du jardinage à des personnes souffrant de pathologies cardio-vasculaires dans un but de prévention et d'amélioration de la qualité de vie, à travers des séances de jardinage hebdomadaires, supervisées par un animateur. D'autres activités au jardin sont aussi organisées : de la cuisine, de l'activité physique adaptée et de la relaxation.

Cette expérimentation a permis la naissance d'un groupe solidaire de patients qui s'est attaché au lieu et viennent y jardiner régulièrement. Une étude qualitative explorant leurs vécus a montré que cette pratique semblait répondre de manière efficace à un certain nombre de répercussions que leur maladie pouvait avoir tant sur le plan psychique, que physique.(13)

Parallèlement à Gap, au sein de différentes structures de soins psychiatriques extra hospitalière, tel que la **Résidence Thérapeutique Temporaire Interlude** (RT) ou le **CATTP**, des soignantes et soignants recherchaient depuis quelques années à faire des ateliers de jardinage avec leurs patients, mais rencontraient des difficultés à trouver un lieu pour les accueillir.

Une première rencontre entre les trois structures eut lieu fin 2022 et il y fut décidé d'ouvrir un créneau de jardinage pour les usagers de la psychiatrie l'année suivante.

II.1.2. Le programme

Le programme implique deux lieux de soins psychiatriques extrahospitaliers, la Résidence **Thérapeutique Temporaire Interlude** (RT) et le **CATTP** de Gap(103,104). Ce binôme offre une continuité des soins, permettant aux patients hébergés de la RT de poursuivre leur activité une fois sortis via le CATTP. Chaque semaine, les participants ont été accompagnés par un soignant de chaque structure, et encadrés par le même animateur que pour les ateliers de jardinage de l'intervention « *De la Terre à l'Artère* ».

Les séances étaient organisées le mardi après-midi, et duraient en moyenne 3 heures. Pour s'y rendre, chaque équipe empruntait un moyen de transport fourni par leur service. En cas de mauvais temps, l'atelier se faisait à l'intérieur.

II.1.3. Le lieu

Situé à Rambaud, à 5 km de Gap, le jardin s'étend sur une parcelle louée de 1 600 m². (13) Il a été aménagé pour être accessible, productif, fonctionnel et sécurisé. Le maraîchage y suit les principes de l'agriculture biologique. La majeure partie du terrain est dédiée à la culture maraîchère mais il offre par ailleurs plusieurs espaces dédiés : un espace de relaxation, un espace de convivialité abrité, et un espace sanitaire.



Photographie du jardin de Rambaud, mai 2023

II.1.4. Déroulement

L'activité s'est déroulée de **mars à octobre 2023** de la manière suivante :

- en mars, préparation des semis à la RT ou au jardin, et préparation du terrain ;
- entre avril et juin, plantation de différent légumes, plantes aromatiques et fleurs ;
- entre juillet et octobre : récolte des plantations.



Photographies de la préparation du terrain et des semis à la RT, mars 2023



Photographies du jardin et des activités aux jardins : plantation, récoltes..., avril-août 2023

II.1.5. Participation

La sélection des participants au programme de jardinage de l'été 2023 s'est effectuée au sein du CATTP et de la Résidence Thérapeutique de Gap. Les soignants de ces structures ont proposé cette nouvelle activité thérapeutique, et la participation s'est faite sur la base du volontariat, au même titre que toute autre activité thérapeutique. Le nombre de participants a été limité à 10 au maximum, pour des raisons pratiques (taille du jardin, encadrement, transport).

Sur les 29 séances proposées, 4 des 7 participants ont réalisé 20 séances ou plus, étalées sur une période de 5 et 7 mois. 3 participants ont interrompu leur participation en avril ou en mai, après avoir réalisé entre 5 et 10 séances. Ces interruptions sont dues à un départ de la R impliquant un éloignement géographique avec le jardin rendant difficile leur participation.

	Nombres de séances	Calendrier 2023						
		Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.
Patients U1 à U7	26	U1						
	21	U2						
	7	U3						
	10	U4						
	5	U5						
	20	U6						
	20			U7				

Nombre de séances réalisées par les 7 participants

II.2. Etude qualitative

La recherche scientifique en médecine étant principalement quantitative, il nous a paru intéressant de rappeler les différences entre recherche qualitative et quantitative. (105)

II.2.1. Les différents paradigmes de recherche

Dans la **recherche quantitative**, on postule que la réalité existe indépendamment du savoir mais qu'elle n'est pas toujours directement observable. Pour s'en approcher, on formule des hypothèses et on les teste pour voir si elles peuvent être ou non infirmées (démarche hypothético-

déductive). On construit ainsi sa connaissance, qui est contingente aux hypothèses qui n'ont pas encore été réfutées. (106)

Dans la **recherche qualitative**, on postule qu'il y a plusieurs vérités, construites par nos expériences individuelles, qui coexistent et se modifient entre elles. On utilise une approche inductive pour construire sa connaissance dans l'interaction qui naît entre chercheur et participants. On ne formule donc pas d'hypothèse au préalable, on en génère pour qu'elles soient ensuite testées par des recherches quantitatives. Le point de départ est donc plutôt un contexte et une question. Ici, le vécu des patients lors de cette activité de jardinage, et le vécu de leur pathologie psychiatrique.

Parmi les différentes méthodologies dans la recherche qualitative, nous avons opté pour l'**approche phénoménologique** car elle est répandue en psychiatrie et psychologie. (105)

Nous espérons donc faire émerger les mécanismes en jeu qui font de la pratique du jardinage un acte thérapeutique dans le but d'améliorer la prise en charge au sein de tels programmes en France.

II.2.2. Méthode

La recherche se compose de deux phases de recueil des données consistant en deux entretiens accompagnés chacun d'un questionnaire lors du premier entretien :

- **Première phase**, avant la participation à l'expérience, du 6 au 10 février 2023 :
 - **Questionnaire médico-socio-démographique**, préliminaire à l'entretien. Recueil de l'âge, du sexe, du traitement en cours, des conditions de vie et de l'expérience avec le jardinage. Cela nous permet de créer un tableau des caractéristiques de la population étudiée.
 - **Entretien individuel**, d'une durée de 30 à 45 minutes. Exploration du vécu de leur pathologie et du soin en psychiatrie, de leurs attentes concernant le programme proposé, de leurs représentations du jardin et du jardinage.
- **Deuxième phase**, après la participation à l'expérience, du 18 au 20 novembre 2023 :
 - **Entretien individuel**, d'une durée de 30 à 45 minutes. Exploration du vécu au jardin, de son inscription dans les soins.

Ces deux phases se sont déroulées au CATTP, ou à la Résidence Thérapeutique de Gap. Une fiche d'information a été remise au préalable à chaque participant potentiel, qui a ensuite donné son accord signé (voir fiche de consentement). Les entretiens étaient individuels.

Selon les règles de la recherche qualitative, les questions étaient ouvertes, et la trame d'entretien a pu évoluer au fur et à mesure en incluant les thèmes abordés dans les entretiens précédents. Les entretiens étaient enregistrés avec un dictaphone, et ont ensuite été retranscrits mot à mot puis effacés.

Les ateliers de jardinage se sont déroulés de début mars à fin octobre 2023 (Table 1). L'analyse des résultats s'est faite au fur et à mesure de l'avancée de la recherche, et s'est poursuivie jusqu'en décembre.

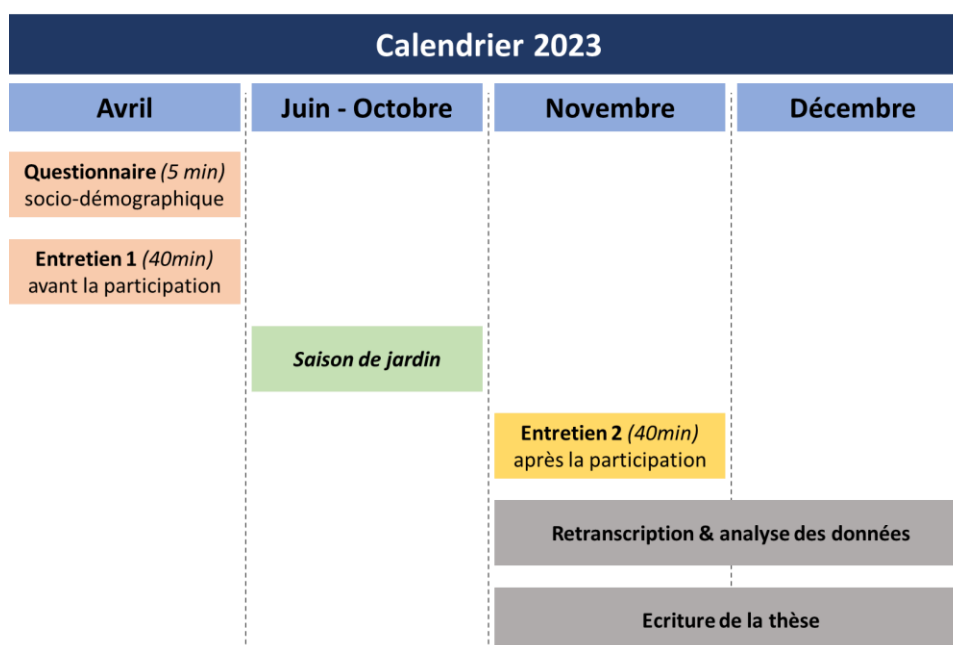


Diagramme de Gantt résumant le déroulé du programme de recherche

II.2.3. Inclusion

Tous les participants au programme de jardinage avaient la possibilité de participer à la recherche qualitative. En recherche qualitative, il est préférable d'inclure des profils hétérogènes pour capturer une gamme la plus large possible d'expériences vécues(107). Ils ont tous rempli une fiche d'information et de consentement expliquant entre autres que leur participation était facultative, et ne remettait bien sûr pas en cause leur participation à l'activité thérapeutique s'ils ne souhaitent pas participer ; qu'ils pouvaient se retirer de la recherche à tout moment sans justification.

Les effets indésirables de cette recherche étaient liés au temps que les participants devaient consacrer aux entretiens soit au maximum deux heures sur les 8 mois.

II.2.4. Analyse

Nous n'avons pas regardé la littérature sur le sujet avant d'interpréter les données pour ne pas biaiser notre analyse.

L'analyse des données s'est appuyée sur la **méthode IPA** (Analyse Interprétative Phénoménologique). Chacune des étapes de l'analyse a été réalisée par deux enquêteurs (Laurent Levy et Sofia Boulaarab) afin d'assurer « la triangulation des données ». La règle de « l'attention aux cas négatifs » a été appliquée : une attention particulière a été portée à l'intégration des résultats des participants allant à l'encontre du discours général des autres.

Pour chaque entretien, une liste de code a été établie. Les codes produits par cette analyse ont été compilés grâce à un logiciel de recherche qualitative NVivo et au logiciel de traitement de texte Word. Les différents codes étaient ensuite regroupés en catégories. Les catégories ont finalement été mises en relation les unes avec les autres dans le but de créer un modèle expliquant le phénomène étudié : leur vécu de leur pathologie, et du jardinage.

II.2.5. Nombre de personnes recrutées pour la recherche

Six personnes ont été recrutées pour le premier entretien, et quatre personnes pour le deuxième. Parmi ces dernières, trois étaient des personnes ayant participé au premier entretien, une était arrivé en cours de saison et était donc nouvelle.

Toutes les personnes interrogées ont été incluses dans l'analyse qualitative. Les patients auront accès à la thèse de psychiatrie qui présentera les résultats de cette recherche.

II.2.6. Anonymat des données

Les documents sources (enregistrements audio et retranscriptions écrites) ont été effacés au fur et mesure de leur traitement. Les données issues des entretiens ne sont pas présentées dans cette thèse de manière nominative, mais sous la forme de U pour Usager (de « U1 » à « U7 ») suivi de S pour Session (S1 pour l'entretien ayant eu lieu avant la saison de jardinage, S2 pour ceux ayant eu lieu après).

III. Résultats

Caractéristiques		Nombre de participants
Age		30 à 65 ans
Sexe	Masculin	6
	Féminin	1
Type de traitement	Antipsychotiques	6
	Anti épileptique	2
	Antidépresseur	1
Revenu	AAH	6
Expérience en jardinage	Oui	5
	Non	2
Participation à d'autres activités thérapeutiques	Oui - marche, cuisine, prépa physique, escalade	7
Lieu de vie, 1 ^{er} entretien	RT	5
	Domicile particulier	2
Hospitalisation entre les deux entretiens		0
Continuité de l'activité après départ de la RT	Oui	1
	Non	2

Caractéristiques de la population étudiée

Dans l'optique de mieux comprendre comment l'expérience du jardinage s'inscrit comme une activité thérapeutique, nous explorerons d'abord chez les participants le vécu de leurs maladies, avant d'aborder leur vécu au jardin.

III.2. Le vécu de la pathologie psychiatrique

Lors de l'analyse des entretiens, une distinction très nette a émergé dans le vécu de la pathologie psychiatrique des participants, entre les moments de crise et de stabilité. La crise semble marquer le début de ce qui est vécu comme la maladie. On a donc opté ici pour quatre sous parties : le vécu de la **crise** ; le vécu de **ce qui amène la crise** ; le vécu **entre les crises** qu'on a distingué en deux : les **difficultés ressenties** entre les crises et les **ressources employées** entre les crises.

En explorant ce vécu, on espère pouvoir se représenter plus finement le rôle thérapeutique de l'intervention extrahospitalière proposée.

III.2.1. La crise

Elle se manifeste différemment pour chacun mais est toujours vécue comme une rupture avec l'état antérieur. Cette partie décrit le vécu par les participants de la symptomatologie psychiatrique aigüe. Nous avons donc décidé ici de ne pas l'alimenter de bibliographie. Notre sujet étant plus tourné vers l'intervention thérapeutique que la description clinique.

III.2.1.1. Une perte de contact avec le réel

U6 S1 : « Et bien **j'avais perdu pied avec la réalité**, j'avais décompensé. »

U1 S1 : « Disons que **je perds complètement connaissance de la réalité**. Et donc, ça a tendance à me faire réagir dans tous les sens quand j'ai une crise de schizophrénie. J'agis dans tous les sens, sans connaître vraiment la vérité... »

III.2.1.2. Un sentiment de danger

U3 S1 : « J'avais de l'hyperactivité cérébrale, parce que je faisais des rêves prémo... Enfin, je savais des choses en avance. [...] Je me disais que **j'étais un danger**. Et puis, en plus, je voyais le danger se décupler. Je voyais juste qu'il fallait s'arrêter. »

U1 S1 : « Je me rappelle des souvenirs où je m'imaginais des choses. Donc, par exemple, quand on va dans un magasin, une personne ne sourit pas, on a tendance à dire : **celle-là elle me casserait bien la gueule**. »

III.2.1.3. Des sensations physiques désagréables

U2 S1 : « Et là, j'ai eu ce coup de barre. J'ai carrément craqué. [...] C'était chaud aussi. Je n'étais pas bien... je n'étais pas bien. [...] **Ça vous prend le cœur, ça vous prend les poumons, ça vous prend tout. C'est atroce**. Quand vous connaissez votre corps et que vous

connaissiez la souffrance, c'est fou. [...] À ne plus dormir. Oui, à ne plus dormir. C'était devenu infernal. Infernal. Enfin bon, je ne vais pas refaire le monde... »

U3 S1 : « Ça peut me rendre malade, **je peux vomir... J'ai le cœur qui s'emballe...** »

III.2.1.4. Un événement violent

U5 S1 : « **C'est venu de manière assez instantanée**, je dirais pas impulsive vu qu'on s'est bagarré... enfin lui m'a retenu c'est moi qui ai porté quelques coups mais c'était mon père j'avais encore cette notion-là, j'ai pas frappé à sang comme si c'était un mec dans la rue que je connais pas et que je me faisais agresser au couteau par exemple. C'était différent je me suis retenu. D'un côté j'ai pété les plombs, je me suis retenu d'un côté mais ça m'a suffi pour qu'ils appellent la police et les pompiers. »

III.2.2. Ce qui amène la crise, une intrication de nombreux facteurs

Nous avons vu dans la partie précédente que la crise pouvait être vécue comme un moment de rupture violent avec l'état antérieur et avec son environnement, qui devient source d'angoisse et d'agressivité. Nous verrons ici les facteurs que les participants ont considérés comme ayant une influence sur la survenue de cet état de crise.

A travers la mise en lumière de ces facteurs, nous espérons accéder à une meilleure compréhension de l'action préventive que peut jouer notre intervention au jardin. Pour alimenter cette réflexion, nous avons donc décidé de mettre en relief ces citations avec de la bibliographie.

III.2.2.1. L'isolement

U6 S1 : « Moi, pendant le premier confinement j'étais sorti, et pendant le deuxième confinement **je restais un peu enfermé et après j'ai pété un plomb** en fait. Je tournais en rond dans ma chambre je parlais seul quoi, ça allait pas. »

U5 S1 : « **J'étais un type tout seul dans mon coin.** »

U4 S1 : « Je me **refermais de plus en plus sur moi-même, je sortais de moins en moins**, et voilà à un moment j'ai dit stop et je me suis fait hospitaliser. »

Une étude sortie en février 2024 dans le *World Psychiatry Association Journal* (108) fait le point sur les déterminants sociaux des troubles mentaux, et rappelle que **l'isolement social** est un facteur de risque important de développer une maladie psychiatrique (en particulier dépression et anxiété, mais aussi dans une moindre mesure avec les troubles psychotiques). Des études

longitudinales bidirectionnelles sembleraient même estimer que si l'on supprimait la solitude, on préviendrait la survenue de 11 à 18% des épisodes dépressifs. (108)

L'isolation a eu un rôle dans la dégradation de la santé mentale durant la pandémie de Covid-19. L'enquête CoviPrev de Santé Publique France (109) le confirme dans la population française en montrant une augmentation de la prévalence : des symptômes dépressifs (prévalence doublée chez les jeunes adultes) et des pensées suicidaires ; des symptômes anxieux (doublés en population générale) ; et des troubles du sommeil.

III.2.2.2. Le rejet professionnel

- | | |
|---------|---|
| U5 S1 : | « <i>Moi à la fin de mon boulot je savais qu'ils allaient me virer je pleurais tout seul quoi, je pleurais tout seul devant ma machine à travailler. Je savais qu'ils ne voulaient pas me garder dans le fond mais bon. Puis j'ai pété les plombs...</i> » |
| U2 S1 : | « <i>Je n'ai jamais trop eu de chance dans mon boulot parce que les gens sont jaloux, ils vous dénoncent et tout, presque à vouloir prendre votre travail et me faire insulter 20 fois par jour. A un moment, j'ai craqué, j'ai pété sérieusement un boulon.</i> » |

Il existe de nombreuses études documentant les effets sur la santé de l'exposition à la violence, physique et psychologique, dans le milieu du travail. Certaines montrent que **le harcèlement psychologique** peut amener à développer des problèmes de santé mentales (syndrome de stress post-traumatique, détresse psychologique, dépression, idées suicidaires) et avoir des effets persistants sur la santé. (110)

La stigmatisation dans notre société des personnes atteintes de troubles psychiatriques a un impact fort dans ce milieu. Selon un sondage IPSOS de 2014 : 35 % des personnes interrogées ne voudraient pas travailler dans la même équipe qu'une personne atteinte d'une maladie mentale. (85)

Le non-emploi semblerait aussi être un facteur de risque de développer une maladie psychiatrique. Une étude réalisée en 2016 reprend des données très riches : 13 700 personnes représentatives de la population française interrogées entre 2006 et 2010. Elle analyse ces résultats en tenant compte de nombreuses variables, dont les problèmes de santé depuis l'enfance des individus étudiés, et l'hétérogénéité des situations de chômage. La conclusion est qu'il y a bien un lien causal négatif entre chômage et développement d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux généralisé en France, mais il semblerait uniquement présent chez les hommes et particulièrement chez ceux de plus de 40 ans. (110)

III.2.2.3. L'usage de toxique

U5 S1 : « Puis quand je travaillais j'avais de l'argent, je partais en brioche, **je fréquentais les bars souvent, régulièrement**, [...] Je cherchais beaucoup, je sortais beaucoup, j'avais un peu mon monde et mes fantasmes, **j'étais un peu dans mon monde et tout**. [...] Ce que je me dis maintenant, c'est que c'était une vie triste que j'avais. »

U4 S1 : « Ouais bah je **fumais beaucoup à l'époque, la drogue, la cocaïne...** du coup je me **refermais de plus en plus sur moi-même**, je sortais de moins en moins, et voilà à un moment j'ai dit stop et je me suis fait hospitaliser. »

Les pathologies duelles sont fréquentes en psychiatrie et particulièrement avec les troubles liées à l'usage de substance. Selon le National Survey on Drug Use and Health : parmi les patients souffrant de troubles mentaux, il y aurait 20 à 30% d'abus ou dépendance à des substances (hors tabac) ; et parmi les patients traités pour une addiction, 40 à 50 % souffriraient de troubles mentaux. Les liens de causalités de l'un vers l'autre sont toujours l'objet de débat. (111)

III.2.2.4. Un environnement anxigène

U3 S1 : « Un rien m'atteint dans le bon sens, et dans l'autre sens, c'est la même chose, aussi. Ça peut être très violent... [...] **les informations m'atteignent...** M'atteignent, comme tout le monde, mais en fait, je sais même pas quoi en faire. Je me pose plein de questions, je me dis que je refais le monde, justement. Des fois, **je suis partie dans des délires, juste avant la guerre en Russie**, là... J'ai été hospitalisée. »

U7 S2 : « C'est une schizophrénie. En fait, j'ai appris que c'était **lié au stress**. Donc, effectivement, j'ai beaucoup de... **À un certain moment, j'ai du stress. Donc, le stress me perturbe, peut me perturber dans mes relations interpersonnelles.** »

Le stress est un facteur de risque établi précipitant l'apparition de troubles psychotiques. Cette association a été bien décrite par les études issues du projet européen « *European network of national schizophrenia networks studying gene-environment interactions* », dont le but était d'étudier les déterminants génétiques et environnementaux de la schizophrénie et les facteurs déterminant l'émergence des troubles chez des sujets à très haut risque, présentant des symptômes atténués. (112)

III.2.2.5. Les difficultés financières et de logement

U5 S1 : « J'avais pas les moyens donc **à la fin je pouvais plus payer mes factures** et tout. Donc j'ai décidé de rendre l'appartement et de retourner chez ma mère. **Et puis après j'ai pété les plombs** enfin c'était chez mon père, après je suis allé vivre chez ma grand-mère, qui habite en face de chez mon père à gap. Et puis j'ai pété les plombs une fois. Et puis il y a la police qui est venu et puis ils m'ont amené en psychiatrie. J'ai pété les plombs contre mon père on va dire voilà. »

C : « Qu'est-ce qui est stressant dans le fait de faire ces courses ?

U3 S1 : - **Déjà, la finance, vraiment, ce n'est pas énorme.** Et puis, tout est cher. »

Les liens entre troubles psychiques et **précarité** sont complexes. Les troubles psychiques participent de la précarisation et les situations de précarité sont à l'origine d'une souffrance psychique importante et d'une aggravation des troubles. (112–114)

La surreprésentation des troubles psychiques au sein de la population en situation de précarité est bien établie, même si les ordres de grandeur varient selon les études. (115)

En France, l'étude **SAMENTA** montrait en 2009 que, chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France : (116) la prévalence des troubles psychiatriques étaient beaucoup plus élevé qu'en population générale. Cette différence était particulièrement marquée pour les troubles psychotiques (35%, donc dix fois supérieur à la population générale). Mais on la retrouve aussi pour les troubles liés à l'usage de substance (35%), les troubles de la personnalités (25%), les violences psychologique (40%) ou physique (30%) et le risque suicidaire.

Les travaux internationaux confortent ces résultats. Quatre revues systématiques et méta-analyses ont été publiées en 2019 et 2020 afin d'évaluer la prévalence de plusieurs troubles mentaux au sein de la population sans domicile. (117)

L'étude parue en février 2024 dans le *World Psychiatry Association Journal*, déjà citée plus haut (108), insiste sur le fait que les **désavantages socio-économiques dans leur globalité** (emploi, finance, logement, éducation...) sont des déterminants fondamentaux de santé mentale tout au long de la vie.

Des niveaux plus élevés de richesse permettent l'accès aux déterminants clés d'une bonne santé mentale : un logement adéquat et sûr, une sécurité alimentaire suffisante, et des soins de santé efficaces. Mais plus que l'argent dans l'absolu, il semblerait que ce soient principalement les

facteurs d'instabilité qui soient primordiaux, comme la volatilité des revenus, l'insécurité d'emploi ou l'endettement. Les pertes de revenu auraient plus d'importances que les gains.

L'exposition précoce à cette instabilité aurait d'importantes conséquences. Les enfants grandissant avec des désavantages socio-économiques seraient 2 à 3 fois plus susceptibles de rencontrer des problèmes de santé mentale, avec un risque associé à la fois à la durée et à la sévérité de l'exposition. Plus spécifiquement, une relation inverse entre le revenu parental durant l'éducation d'un enfant et le risque ultérieur de schizophrénie a été trouvée au Danemark, indépendamment de la santé mentale et de l'éducation des parents.

III.2.2.6. La douleur

U1 S1 : *« Comme j'avais mal au dos, vraiment mal au dos, eh bien, j'étais allé à la source vers Saint-Léger-les-Mélèzes. Et à la source à Saint-Léger-les-Mélèzes, et bien, j'avais fait ça parce que j'avais mal au dos et on ne me prenait pas au sérieux. [...] il y en avait qui disait, "U1 prend des acides." Mais ce n'était pas des acides, c'est que tous les quarts d'heure, je me buvais un café, tellement j'avais mal et que j'étais angoissé. Alors, j'ai été opéré du dos, ça a réussi. Et bien apparemment, je n'ai pas de séquelles. Mais quand même, ça m'a foutu les boules, ça aussi. Des fois, quand vous serez docteur... Vous êtes psychiatre ? Alors quand vous serez docteur, il faudra toujours penser à mettre le doute. Est-ce que le patient n'a pas raison ? Est-ce qu'il ne dit pas la vérité ? Parce que des fois, on ne vous prend pas au sérieux. Des fois, on ne vous prend pas au sérieux. Il faudra, même si ça concerne une personne sur 100, il faudra que vous fassiez le cheminement. »*

Les troubles psychiques sont également à l'origine de fortes **répercussions somatiques**. On sait que les deux tiers des malades psychiques souffrent également d'une maladie physique chronique. Les personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères ont une mortalité prématurée quadruplée et meurent en moyenne 13 ans (pour les femmes) et 16 ans (pour les hommes) plus tôt que le reste de la population. (86)

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques souffrent aussi d'une moins bonne prise en charge de leurs problèmes somatiques, qu'il s'agisse de dépistage, d'accès aux soins, et de qualité des soins qu'elles reçoivent. (118)

III.2.2.7. La violence

U3 S1 : *« Et puis, j'ai été victime d'une agression, aussi. Plusieurs agressions, en fait. Enfin, une vraie agression, là, juste avant l'hospitalisation. »*

Les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont plus souvent perçues comme de possibles auteurs plutôt que d'éventuelles victimes d'actes de violence. Selon un sondage de 2009, 65 % des Français interrogés pensaient que les personnes atteintes de schizophrénie ou de bipolarité représentent un danger pour les autres. (119) Cette association entre maladies mentales et violence va pourtant à l'encontre des données disponibles. (120)

Les taux de violences subies par les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sont moins souvent évoqués, alors qu'elles sont nettement supérieures à ceux de la population générale. Il semble cependant difficile d'avoir des chiffres clairs devant l'hétérogénéité des études en termes de populations, échantillonnage, mesures, méthodes et analyses. (121)

III.2.3. Les difficultés ressenties entre les crises

Les aspects que nous avons décrits dans la sous partie précédente, et qui étaient vécus comme des facteurs principalement **extrinsèques** à la maladie pouvant influencer la survenue de la crise, se retrouvent ici dans son vécu **intrinsèque** à travers la symptomatologie chronique des pathologies psychiatriques dont souffrent les participants. Ces deux aspects, **environnementaux et individuels**, sont évidemment liés et leur synergie participe à ce cycle crise-stabilité caractéristique des maladies chroniques.

Tout comme dans la partie décrivant la symptomatologie psychiatrique aiguë vécu par les patients dans la crise, nous avons décidé ici de ne pas alimenter cette partie de bibliographie. Notre sujet étant plus tourné vers l'intervention thérapeutique que la description clinique.

III.2.3.1. : A sociabiliser

- | | |
|---------|---|
| U4 S1 : | « <i>J'ai un peu peur de l'extérieur, peur du regard des gens, peur d'être jugé tout ça. [...]</i>
<i>J'ai du mal à communiquer avec les gens, avoir des conversations avec des gens, je sais pas quoi dire, ça m'intéresse pas forcément.</i> » |
| U7 S2 : | « <i>M'intégrer à un groupe, par exemple, ça peut... Il peut y avoir des freins, en fait, intérieurs. Pour s'exprimer, tout ça, librement.</i> » |

III.2.3.2. A se motiver et avoir de l'énergie (souvent attribué au traitement)

U1 S1 :	« Quand je suis tout seul, j'arrive pas à le faire. Ça fait partie de ma maladie, c'est pas que je suis feignant. [...] Sinon, c'est vrai que quand on prend un traitement, on est un peu ensuqué , et je peux pas m'en passer. »
U4 S1 :	« J'ai des périodes où j'aime pas, j'aime pas, j'aime pas... Où je sors pas du tout. [...] Et du coup je me renferme sur moi. Voilà je me referme et j'ai plus de motivation, mais j'ai pas beaucoup de motivation à la base déjà. (rire) »
U2 S1 :	« Mais bon, en ce moment, je me couche le soir vers 23h, je dors jusqu'à 11h30 du matin, je déjeune et je replonge au lit jusqu'à 3h30. Je sens cette fatigue du boulot que j'ai menée. C'était tellement physique que... Comme si on appuyait sur une pédale de frein, mais à fond. »
U6 S1 :	« A l'hôpital après, j'étais sous médicaments, donc fatigué. Quand je suis arrivé ici, on m'a enlevé quelques médicaments et ça allait mieux après. »
U2 S2 :	« Parce que les cachets, ça ensuque. »

III.2.3.3. A se concentrer et mémoriser

U1 S1 :	« D'être dispersé , voilà, vouloir tout savoir, et je pense que ça, c'est une partie de ma maladie. [...] il y a aussi la mémoire , il y a aussi ça. »
---------	--

III.2.3.4. A se protéger des aspects agressifs de son environnement

U2 S1 :	« Moi, je suis trop sensible. J'étais avec une amie, il y a deux ou trois mois. Elle n'arrêtait pas de m'insulter et tout. En plus, elle était copropriétaire et tout. Là, je dis, là, je n'en peux plus. Là, il a fallu que je parte. C'est dommage, parce que bon, elle aimait beaucoup la montagne, moi aussi. Il y avait plein de choses quand même qui allaient. Mais alors là, elle, les insulte, même en montagne... Je dis, mais non, putain, pas en montagne, putain, sérieusement. Apprend à écouter les sifflets et les marmottes. [...] Et j'ai peur de plus en plus de retomber sur des gens comme ça, des gens agressifs. »
U3 S1 :	« Ça agresse, un monde agressif , dans le monde dans lequel on vit. Il faut tout le temps payé, en plus, les informations m'atteignent... [...] Moi, je suis plus fragile, déjà. Des fois, tout ce que je vis, c'est décuplé. C'est un peu comme... Je crois que c'est les gens bipolaires qui sont comme ça, mais je sais pas ce que je suis. Un rien m'atteint dans le bon sens, et dans l'autre sens, c'est la même chose, aussi. Ça peut être très violent... »

III.2.3.5. Ce qui ramène à l'isolation, l'angoisse, la tristesse et la culpabilité

U3 S1 :	« Je fais rarement mes courses. »
U4 S1 :	« Ma maladie j'ai pas, j'ai pas de nom, des fois ils parlent de schizophrénie mais moi je le vois pas comme ça, c'est plus je me renferme sur moi et je parle plus et je communique plus avec les gens, c'est surtout ça. C'est comme ça que je le vois. Donc du coup c'est compliqué parce que j'ai envie de rien faire, j'ai tendance à être un peu déprimé Et ouais du coup j'ai arrêté le travail un peu à cause de ça. [...] C'est juste que je culpabilise un peu du fait que je fous rien quoi. »
U5 S1 :	« Je suis dur avec moi-même. Je m'attribue un jugement envers moi-même qui peut-être un peu violent. [...] Souvent quand on fait rien, on ressasse les pensées on broie du noir , après ça peut être des pensées rotatives, de l'instabilité émotionnelle. »
U6 S1 :	« Tourner en rond , de descendre en bas, regarder un truc à la télé, fumer la cigarette électronique, remonter dans ma chambre. »
U1 S1 :	« J'ai bâclé les choses. »

III.2.3.6. Et donc à l'appréhension d'une nouvelle crise

U6 S1 :	« J'ai fait un plan d'alerte pour si ça recommence. Savoir qui contacter, etc.... Les symptômes. J'espère que ça recommencera pas quoi. »
---------	--

III.2.3.7. Ce qui empêche parfois de se projeter dans le futur

U1 S2 :	« Il y a toujours eu des rechutes. Et ça, c'est quelque chose que je ne peux pas savoir. Donc on verra comment ça va se passer, je peux jouer de rien, parce que mon état de santé n'est pas forcément bien stable, donc je ne sais pas comment je serai après et comment je réagirais. Et peut-être qu'à un moment donné je vais retomber malade. »
---------	--

III.2.3.8. Ou même de profiter du présent

U1 S1 :	« Et c'était tellement beau comme moment, il y avait tout. Un peu l'ennui, un peu le soleil, beaucoup le soleil, la peau, tout ça, le plaisir, un très bon rosé en goût, avec une petite quantité, toute la bouffe... Et à la fin de la journée, j'ai appelé la RT, je leur ai dit : « Mais, il y a un truc qui va m'arriver, parce qu'il m'arrive jamais de trucs bien, moi. » Parce qu'il m'arrive merdes sur merdes depuis, que ce soit administrativement, financièrement, amoureusement, et mon entourage aussi, et les trucs négatifs, ils étaient... Là, depuis l'agression, c'était une catastrophe. Donc, du coup, là, j'ai cru que... J'avais peur. C'était il y a pas si longtemps. C'était il y a, peut-être, deux, trois semaines, que je les ai appelés. « Je pense que je vais mourir, ou... ». »
---------	---

III.2.4. Les ressources employées entre les crises

Après avoir exposé les difficultés ressenties par les participants comme étant en lien avec leur maladie, et qui semblent les pousser vers une nouvelle crise, nous verrons ici les ressources qu'ils emploient pour maintenir un équilibre et limiter les rechutes.

Cette partie étant en lien direct avec l'action thérapeutique extrahospitalière, nous l'avons alimenté de bibliographie afin de nous permettre de mieux situer l'intervention de jardinage dans ce paysage.

III.2.4.1. Le traitement médicamenteux

U1 S1 :	« Et grâce au traitement, j'ai pu être stabilisé. »
U5 S1 :	« J'ai choisi de venir ici pour me canaliser un peu mieux avec le traitement. Avant j'écoutais beaucoup de musique, j'avais beaucoup de tic de toc, je pense que ça a disparu depuis que je suis ici, avec le traitement que je prends régulièrement. Donc je pense que c'est une bonne chose pour moi. »
U6 S1 :	« J'ai essayé de me réparer, de rester tranquille, les délires ne sont pas revenus, je pense que les médicaments y ont fait pour beaucoup. »

Alors que les médicaments en psychiatrie ont bel et bien prouvé leur efficacité pour réduire les rechutes et les symptômes causées par nombre de maladies, ils sont souvent plus remis en question que dans d'autres spécialités médicales. Une méta analyse de 2018 publié dans le *British Journal of Psychiatry* (122) a voulu comparer leur efficacité par rapport à ceux utilisés dans le domaine de la médecine somatique. Pour cela, 94 méta-analyses ont été incluses, afin de comparer 16 médicaments utilisés dans le traitement de 8 pathologies psychiatriques, avec 84 médicaments utilisés dans le traitement de 20 pathologies somatiques. Les résultats ont montré que de manière générale, leur efficacité était du même ordre de grandeur.

On peut ici reporter quelques résultats de cette étude, **traitement vs. placebo** :

- **Schizophrénie** : 41% vs. 24% de réponse, 57% vs. 22% de réduction des rechutes à 10 mois.
- **Bipolaire** : 50% vs. 30% de réponse, 71% vs. 38% de réduction des rechutes.
- **Episode dépressif** : 42% vs. 53% de réponse, 41% vs. 18% de réduction des rechutes.

III.2.4.2. Le lien social – comme source de motivation

U1 S1 :	« Il y a l'effet de groupe, on voit les autres faire donc ça nous fait avancer. Faire quelque chose avec les autres que je n'arriverais pas à faire tout seul, parce que je ne serais pas motivé. »
U6 S1 :	« Quand on est en groupe il y a un effet... il y a la motivation. Par exemple quand on est allé faire de la raquette, on s'était fixé un objectif et donc on l'a tenu avec nos petites raquettes, parce qu'on se motive les uns les autres. »
U5 S1 :	« Le fait d'être en groupe oui ça m'aide un peu. C'est plus intéressant de faire des choses en groupe que seul pour moi. Des fois je dis : « On peut aller marcher au parc qui est pas loin d'ici ». « Bah vas-y tout seul »... Mais bon, tout seul c'est pareil c'est pas... Des fois c'est bien d'être avec quelqu'un pour discuter un peu voilà. Tout seul pour l'instant, j'ai pas le courage. D'être seul, ça demande du courage quand même. »

III.2.4.3. Le lien social – comme moyen de mettre du sens

U5 S1 :	« Je pense on cherche tous un peu un sens à notre vie à nos actions et quand on est tout seul, il y a plus aucun sens quoi, c'est ça le truc. »
U6 S1 :	« Ça évite d'être isolé en fait. Il y a un but à atteindre voilà. Et ça casse un peu le train-train quotidien chambre télé... On est plusieurs il y a du monde. »
U1 S1 :	« Ça nous aide mieux à savoir qui on est. Le fait de partager des instants avec quelqu'un autre que des parents, c'est utile aussi. Sans les autres, on n'est rien. Et je ne sais pas si vous vous rappelez de la chanson de Philippe Catherine, « j'adore me regarder danser les gens ». C'est mon cas, « j'adore me regarder danser les gens ». Même dans les patients, parce qu'ils ont du courage que pas beaucoup de monde aurait pu avoir. »

III.2.4.4. Le lien social – comme moyen de garder des compétences cognitives et mnésiques

C :	« Qu'est-ce que vous pensez avoir perdu avec votre maladie ?
U1 S1 :	- Beaucoup de mémoire, le fait de faire des choses ensemble, ça peut m'aider à faire, je ne sais pas vraiment si on peut parler d'intellect, mais de répondre à des besoins quotidiens, comme la cuisine, la petite marche, et le jardin. C'est sûr, mais je pense que c'est important d'avoir des liens sociaux pour garder un maximum de compétences. »

On peut rapprocher ces citations avec une nouvelle pratique qui gagne en popularité à l'internationale (Royaume-Uni, Canada, Scandinavie, Australie, Nouvelle Zélande) : **la prescription**

sociale. (123) Elle permet aux médecins d'orienter officiellement un patient vers des programmes communautaires par le biais d'une prescription. Cette pratique vient combler un fossé entre soins cliniques et sociaux, ce qui est particulièrement intéressant dans le domaine de la psychiatrie. (124)

En 2019 au Royaume-Uni, chef de file de cette pratique, la **National Academy of Social Prescribing** a été créé et les dépenses liées à cette pratique ont été incorporée dans les dépenses publiques via le *National Health Service*. (125) Cela permet de financer des postes de travailleurs sociaux dédiés à cette pratique, les **link worker**. Un médecin peut désormais faire une prescription sociale, ce qui permet au patient d'avoir accès gratuitement au service de ce *link worker* pour l'aider à intégrer une activité communautaire. Cela passe par une réflexion sur l'activité à proposer (il faut prendre en compte les envies, besoins, contraintes du patient et les faire correspondre à l'offre locale existante), un accompagnement (administratif, psychologique, physique si besoin), jusqu'à l'autonomisation. L'objectif est d'avoir un *link worker* pour chaque réseau de soins primaire au Royaume-Uni (soit 30 000 habitants) d'ici fin 2024. (126)

III.2.4.5. Les activités

U5 S1 :	« Plutôt que de rester sans rien faire quoi, s'occuper travailler ça fait du bien à l'esprit. Alors que souvent, quand on fait rien, on ressasse les pensées, on broie du noir. »
U6 S1 :	« L'activité c'est un truc à faire, c'est comme une action quoi. Donc on y va, il faut se préparer, être à l'heure, il faut un peu se bouger en fait, ça motive. J'essaye de sortir beaucoup. A la RT, dès qu'il y a une activité je la fais, les activités en général. C'est une sortie, on est dehors en plein air, c'est sympa. »
U1 S1 :	« Garder une activité à l'extérieur, ça permet d'être... de ne pas rien faire chez soi, de broyer du noir, de voir autre chose que la famille. [...] Se muscler le cerveau. C'est avoir... C'est par le biais d'activité. C'est arriver à être mieux quoi. Et à se sentir mieux. Pour vous, ce n'est pas grand-chose mais pour quelqu'un qui est seul chez lui, ce n'est pas évident. Ouais, ça fait travailler. Ça permet de... Du moins, de ne pas faire évoluer la maladie. »
U4 S1 :	« Quand y a un but ça me dérange pas de parler avec les gens. [...] Dans le cadre d'une activité y'a pas de problème. Je le montre pas que ça m'intéresse pas de m'intéresser aux gens, du coup ils le voient pas. Mais là, dans l'activité, ça me dérange pas. [...] tu te concentre sur ce que tu fais. Du coup si t'as pas envie de communiquer t'as pas besoin de communiquer. »

L'ergothérapie (étymologiquement « thérapie par le travail ») a démontré son efficacité pour améliorer la qualité de vie des malades souffrant de pathologies psychiatrique(127), ainsi que pour

améliorer leurs facultés sociales et la gestion des activités de la vie quotidienne(128). Elle fait maintenant partie de la « réhabilitation psycho-sociale » qui est recommandée chez les personnes porteurs d'un handicap psychique.

III.2.4.6. En particulier, l'activité physique

U2 S2 :	« Quand j'étais gardien, je me faisais insulter 20 fois par jour de sale arabe, de sale chien et tout [...] Mais bon, moi ça va que je faisais de la compétition à ski de fond. Donc tous les soirs je partais en montagne en courant pour m'entraîner . Et donc ce qui m'a sauvé, c'est le fait de sortir et de partir en montagne qui me faisait le vide de mes journées. Je fuyais tout ce que j'ai entendu de la journée et je revenais avec le plein, plein d'énergie. »
C :	« Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous donnent ce sentiment de calme ?
U5 S1 :	- Le sport de temps en temps je pense que ça me le procure, l'escalade, prépa physique le mercredi. »
U3 S1 :	« On a fait une randonnée. Et même, même si c'était un peu dur, parce qu'il fallait passer dans des trucs de boue, ce n'était pas la saison de faire la randonnée. [...] La nuit suivante, le soir même, j'ai dormi comme un bébé. Voilà. Ça régule le sommeil. Ça, j'en suis sûre. [...] Avant, c'était l'escalade, ça me faisait du bien. »
U4 S1 :	« Je bouge pas, je fais rien. Et dès que je bouge, j'ai le cœur qui s'emballe, et c'est un peu inquiétant. Du coup ça fait une semaine et demie que je reprends un peu une activité physique, je me force parce que ça commence à m'inquiéter. »

Une méta analyse récente de 2020 confirme les **effets bénéfiques de l'activité physique (AP)** dans **le traitement et la prévention** des pathologies psychiatriques. Elle conclue que les preuves sont solides dans le traitement de l'épisode dépressif caractérisé (léger, modéré et sévère), des troubles anxieux et des troubles psychotiques, ainsi que pour la réduction des symptômes du TDAH chez les enfants. L'AP est aussi efficace dans la prévention du développement des symptômes dépressifs, anxieux et, dans une moindre mesure, psychotiques. Elle améliore également la condition cardiorespiratoire et la qualité du sommeil. (129)

Sur la base des données de la littérature, le groupe d'experts de **l'INSERM « Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques »** a retenu l'indication systématique d'un programme d'activité physique pour plusieurs pathologies : pathologies cardiovasculaires, BPCO, asthme, pathologies ostéo-articulaires, cancers, **dépression et schizophrénie**. (130)

En juillet 2022, la **HAS** a publié des recommandations de bonnes pratiques pour la prescription d'APA (Activités Physiques Adaptées). (131) Cela ouvre la voie au remboursement de

ces activités, pour l'instant encore non systématique. Deux types de prise en charge partielles ou totales sont possibles aujourd'hui : par sa complémentaire santé (selon sa mutuelle), ou par le biais d'aides de la part des agences territoriales aux structures (associatives par exemple) qui propose de l'APA.

III.2.4.7. Les lieux refuges en réponse à l'agressivité ambiante ressentie

U3 S1 : « **Il nous manque un espace vert.** Quand on voit une altercation dans la rue aussi comme ça, on se dit aussi qu'il nous faut **un petit extérieur, un petit intérieur protégé.** C'est dommage qu'on n'ait pas **notre petit havre de paix** à l'intérieur. Ce petit havre de paix où on puisse souffler tous. »

U2 S1 : « Bon, lui, il m'a beaucoup insulté. C'est un gars qui m'a beaucoup insulté, mais des fois, il avait bon cœur. Mais bon, c'est pas grave. Je faisais avec. Il fallait que je... Il fallait que je parte en montagne pour éliminer tout ça. **Le fait que je parte en montagne, tout ça, ça m'aide énormément.** »

III.2.4.8. La stabilité de logement et de finance

U5 S1 : « Moi je suis ici (Résidence thérapeutique) pour rebondir, pour me faire un peu aider. [...] **Ça m'a fait du bien de venir ici.** [...] Les deux premières semaines était peut-être un peu plus complexe mais là, ça fait un mois que je vais quand même, **je suis quand même plus stable au niveau émotionnel.** [...] **Je me sens en sécurité** je pense. Parce que j'ai **deux ans d'AAH** là. »

U3 S1 : « Il se passe des choses avec la RT. **Je suis en train de plus me poser sur plein de choses.** J'ai plus de limites aussi, il faut se reposer, il faut se reposer... Y a des frustrations, mais au moins, y a des limites. J'en avais pas trop, quoi. »

La **Résidence Thérapeutique Temporaire Interlude** est une « résidence d'accueil » à Gap composée de chambres et de studios de type communautaires qui propose un accueil en hébergement temporaire à des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ces derniers y bénéficient de soins de réhabilitation psychosociale avec comme objectif de les aider à organiser et à construire leur vie dans la cité, de la façon la plus autonome et durable possible.

En cela, elle est cohérente avec la politique de santé publique concernant les personnes atteintes de troubles psychiques et en situation de précarité. En effet, la Délégation Interministérielle et de l'hébergement a mis en place le 1er janvier 2021 un plan quinquennal pour « **le logement d'abord** »(132). Il a été demandé par la Cour des comptes qui a reconnu le caractère protecteur du logement à l'occasion de la crise sanitaire (133,134).

On peut citer deux mesures de ce plan concernant les personnes présentant des troubles psychiatriques en situation de précarité : le **développement de l'offre de logement en pensions de famille**, dont les résidences accueil (comme la Résidence Thérapeutique de Gap) ; le **déploiement du dispositif « Un chez-soi d'abord »** sur les grandes agglomérations.

« Un chez-soi d'abord » est une déclinaison du programme « **Housing First** » né aux Etats-Unis sur la base des principes de rétablissement (déjà évoqué dans la partie I.2). Il concerne les personnes ayants des troubles psychiatriques sévères et vivants sans domicile. Partant du constat que l'on ne connaît pour l'instant pas de facteur prédictif sur leur capacité à se maintenir dans un logement, mais que l'on sait qu'être logé leur permettra de mobiliser compétences et ressources de manière plus efficace, le programme propose **un logement sans condition de traitement ou d'arrêt d'usage** de substances psychoactive accompagné d'un suivi intensif par une équipe médico-sociale avec des travailleurs pairs. Il a été expérimenté en France à partir de 2010 dans 4 villes et il est en cours de déploiement à l'heure actuelle sur 20 sites(135). Les expériences de mise en œuvre du modèle ont été évaluées au travers d'essais randomisés contrôlés en France et à l'étranger (117,136).

III.2.5. Conclusion

On constate que la maladie et ses conséquences sont vécues comme une fermeture. Que ce soit la « perte de contact avec le réel », le « renfermement », le fait de « tourner en rond » et les « pensées rotatives », **l'isolation au monde extérieure est omniprésente**. On comprend qu'elle est le résultat d'un environnement vécu comme source de danger et d'angoisse, qu'elle est souvent mal supportée et génère tristesse et culpabilité. Elle amène à la crise qui est le paroxysme de cette déconnexion. Une fois passée, la crainte d'une nouvelle crise, les séquelles de la première, et le poids des représentations de la maladie psychiatrique s'ajoutent aux difficultés préexistantes. Le combat pour garder l'équilibre paraît éreintant, la motivation à lutter difficile à garder.

Cet effort de longue haleine est en grande partie rendue possible grâce aux **ressources présentes dans l'environnement de la personne**. Elles permettent de garder une stabilité en dehors des crises et ainsi de trouver le courage de s'ouvrir et de se projeter dans l'avenir. Les actions d'accompagnements médico-sociales ont ici leur rôle à jouer en proposant des ressources adaptées et accessibles.

U5 S1 : « *Maintenant bon je suis ici, je suis plus stable, je sais que je vais être aidé pour le travail, pour m'insérer dans la société, pour me faire une place quelque part...* »

III.3. Le Jardin

Au contraire des descriptions complexes et négatives du vécu de la pathologie, on est frappé de constater dans l'analyse de nos entretiens **l'association unanime des participants entre nature, jardin, émotions positives et simplicité**. Le jardin est vu comme un **espace de liberté et d'ouverture** où le contact à l'autre est rendu possible par un **sentiment de sécurité et de respect**.

On axera donc nos parties autour de ces différents sentiments dans le but d'en comprendre mieux les origines. La première partie sera dédiée au sentiment de **plaisir et de fierté** que les participants ont relié à l'activité de jardinage. La deuxième s'axera sur le sentiment **de sécurité, de calme et de tranquillité** que l'environnement du jardin leur a procuré. Au-delà de ces sentiments, la troisième partie explorera le **vécu thérapeutique** de l'activité de jardin.

III.3.1. Une activité source de plaisir et de fierté

III.3.1.1. Une activité unanimement appréciée

U4 S1 :	« Le jardin j'aime bien , c'est une des activités que j'aime bien avec la cuisine. Ça m'embête pas de le faire quand je le fais, ça m'ennuie pas, j'aime vraiment bien , ça m'intéresse. [...] À chaque fois qu'on y est allé, c'était cool. On revenait contents. Oui. Bonne ambiance. Non, non, c'était un bon moment... »
U1 S2 :	« Et je crois que cette année, je suis bien tombé , ouais. Et ceux qui font la cuisine sont chaleureux, ceux qui font le jardin sont motivés. »
U2 S2 :	« Moi, je suis du signe taureau, donc je suis du signe de la terre. Donc, j'ai rien à cacher au niveau jardinage, j'adore , ouais. »
U6 S2 :	« C'était plutôt positif . »
U7 S2 :	« Ça m'a plu . En fait, j'ai appris quelques choses. »

III.3.1.2. Le plaisir de la dépense physique

U4 S1 :	« C'est vrai que moi, je fais pas grand-chose, et que pour moi c'est une bonne activité physique . [...] J'aime bien parce que je le vois pas comme un sport, c'est une activité qui me plaît du coup ça me dérange pas, même si ça peut être très physique. »
U2 S2 :	« Faire un peu le jardin, tac, ça fait facilement un peu les deux ou trois heures de physique dans la semaine . Tout le monde en a besoin. [...] Ah, moi, ça me détend. Je pourrais bêcher pendant des heures. Je suis content quand j'ai fait mes deux heures

et demie de jardinage, que j'ai bien labouré et que j'ai les bras en feu, c'est bien ça. Je sentais que les muscles qu'au bout d'une heure, Boum ! ils étaient gonflés comme en compétition, tout gonflé à l'hélium. C'était génial, j'étais content. C'est bien, ça dégage beaucoup d'énergie et autant que le jardin, lui, il nous en donne aussi (rires). »

U3 S1 : « J'ai des raideurs, moi, dans le dos, c'est une catastrophe. Et **reprendre l'activité, peut-être, un peu me baisser, faire des trucs, ça va m'aider à me reconstruire le dos.** »

Nous avons déjà mentionné plus haut des bienfaits du sport dans le traitement et la prévention des pathologies psychiatriques. Faisons donc un point sur les aspects spécifiques de **l'activité physique de jardinage**.

L'aspect hypnotique et fascinant du jardinage, décrit par les participants comme en faisant une activité physique à part, a déjà été relevé par **Rachel et Stephen Kaplan**, qui sont parmi les chercheurs les plus connus dans le domaine. Ils sont à l'origine d'une des principales théories expliquant les bienfaits de la nature sur la psyché humaine, la **théorie de la restauration de l'attention**, que nous développerons dans notre discussion. Dans une de leurs études, ils avaient remarqué que les jardiniers n'avaient pas l'impression de fournir un effort demandant une attention volontaire malgré le fait qu'ils soient totalement absorbés par leur tâche, ce qui prodiguait une impression de détente importante. Dans son étude, le Dr Gardette avait pu noter ce même comportement. (137)

L'aspect extérieur jouerait également un rôle. L'exercice vert, comme il est appelé, semble meilleur que l'exercice d'intérieur pour baisser le niveau de stress et améliorer l'humeur et l'estime de soi. (138)

Enfin, **cette activité est adaptée à tout public**. La dépense énergétique des activités de jardinage a été calculée (139–142) et a été classée comme **d'intensité faible à modérée** en fonction du type de travaux. Ceux qui utilisent le haut du corps (désherber, repiquer, semer) sont d'intensité faible ; ceux qui utilisent simultanément le haut et le bas (creuser, ratisser, bêcher) sont d'intensité modérée. Elle est donc comparable en termes d'intensité à la marche. (143) Des directives internationales ont souligné que c'est une activité ayant un très faible risque de blessures. (143)

III.3.1.3. La fierté de faire pousser

U4 S1 :	« Voir tout le processus de la graine à la fin, quand ça devient un légume ou une fleur. J'aime bien ça, le fait que ce soit toi qui les fasses grandir , ouais c'était ça que j'aimais bien . [...] J'étais plutôt doué pour ça et du coup j'aimais bien. »
U6 S2 :	« Il y a le plaisir de voir pousser les légumes , en fait. On voit les tomates vertes et en 15 jours, 3 semaines, elles deviennent rouges. Il y a le plaisir de ramasser sa production aussi. Parce que ça commence c'est des tout petits plants. On avait fait à la RTT, dans la salle du bar, on l'avait transformé en serre. On avait mis du terreau. On a rempli de terreau. On a fait des... Les premières séances, on a rempli de terreau, en fait, des petits godets. Alors ça, c'est assez monotone, mais après, ça pousse... Ça, c'est fantastique de voir ça . »
C :	« C'est quoi les émotions qui vous pouvaient vous traverser au jardin ?
U1 S2 :	- Ben, fier de voir qu'on a fait quelque chose
C :	- Elle arrive quand, cette fierté ?
U1 S2 :	- Ben, une fois qu'on a vu le travail accompli, qu'on a arrosé , qu'on a désherbé , qu'on a fait, après, on a ramassé . C'est, voilà. Ça montre, ça dit, avec une personne compétente, on arrive à faire des choses qu'on pensait pas qu'on aurait fait un autre jour . »
U7 S2 :	« Bien sûr, de ramener des récoltes . Et ça, c'est la partie gratifiante . On est content de récolter du jardin. On a cet avantage de les avoir pour soi. »
U2 S1 :	« Il faut quand même usiner un peu le jardin pour pouvoir planter des légumes. Non, mais c'est ça qui est génial . Oui, ça demande des efforts . Ces efforts, il faut le faire. Il faut se les donner. Il faut se donner les moyens. »

Cet aspect du jardinage procurant **plaisir de voir pousser** et **fierté de récolter** nous paraît central dans l'expérience bénéfique ressentie par les participants.

Le **renforcement de l'estime de soi** découlant de cette activité est bien établi dans la littérature scientifique. On le retrouve dans de nombreuses études que ce soit dans la population générale ou chez des patients souffrant de pathologies psychiatriques. (144) La méta analyse parapluie de février 2024, déjà cité dans notre première partie, va également dans ce sens. (58)

Psychologiquement, on peut le comprendre comme étant lié au renforcement du sentiment d'**auto-efficacité**, c'est-à-dire la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche.(145) C'est un élément primordial pour faire survenir un changement dans son comportement, et donc évoluer vers le rétablissement. (146,147)

On peut aussi le comprendre grâce à **Winnicott**, qui lie le sentiment de confiance en soi décrit plus haut, qui nous permet d’agir en confiance sur notre environnement, à un sentiment « **d’illusion créatrice** ». Selon lui, lorsque nous sommes un bébé, nous avons l’illusion d’être la cause créatrice de tout notre environnement, il parle de sentiment d’omnipotence. Dans l’enfance, cette illusion se dissiperait petit à petit, grâce aux petites frustrations de la vie et à la confrontation au réel. « *La tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l’enfant, mais elle ne peut espérer réussir que si elle s’est d’abord montrée capable de donner les possibilités suffisantes d’illusion* » (148). Cette « *adaptation active* » procure à l’enfant un environnement dans lequel il peut s’épanouir, sans souffrir de jugements prématurés ou de pressions lui enjoignant d’être ce que les autres désirent qu’il soit.

Cependant, c’est une illusion qu’il faut dissiper en douceur, car **elle forme la base de la confiance en soi**. Il parle de « *la joie d’être la cause créatrice* » (149). Cela ne concerne pas seulement l’enfance. Pour Winnicott, tout au long de la vie, les expériences les plus enrichissantes et les plus fertiles impliquent une notion d’illusion créatrice similaire.

On peut postuler, ici, que le bon usage des graines et l’action réciproque entre l’esprit et le jardin nous permet de retrouver cette illusion. La culture des plantes et le rôle que nous y jouons à quelque chose de « *fantastique* », de mystérieux. L’illusion de la main verte, de penser que c’est grâce à nous que certaines choses se produisent, la joie d’être cause créatrice, nous procurerait une immense satisfaction.

III.3.1.4. Le plaisir de manger

- | | |
|---------|---|
| U7 S2 : | « J’aime bien cuisiner. Enfin j’ai pas trop d’expérience, je fais un plat simple avec ce que j’ai en fait, ce que je récolte. Courgettes, tomates, j’ai fait une poêlée par exemple. Et ça je ne faisais pas avant, et donc ça c’est une expérience que j’ai pu avoir. Je me régale et je me rends compte c’est les meilleurs plats ! C’est ça, plutôt que ce que j’achète dans le commerce, c’est les plats des légumes ramenés du jardin. » |
| U4 S1 : | « Ça apporte une certaine forme de reconnaissance parce que je cuisine plutôt bien, du coup les gens sont contents, je suis content de faire plaisir aux gens. J’aime bien faire plaisir aux gens et j’aime bien manger. » |
| U6 S2 : | « On a ramassé des légumes. Et après, à la fin, on les partage. Donc, qu’est-ce que j’ai fait ? J’ai fait des poireaux. Des poireaux à la crème au début de la semaine. Donc, il y avait des haricots. Donc, j’ai fait des haricots avec du pesto rose. » |

U1 S2 : « Alors ça, c'est impeccable. Les côtes de blettes vous savez ce que c'est ? En fait, il y a les blettes, le vert, **les côtes de blettes, c'est bon en tomates**. Et les plantes, ça s'appelle blettes. »

La fierté de **produire un aliment**, qui plus est d'une **qualité** supérieure à ce que l'on trouve habituellement dans le commerce, était une grande source de plaisir et de fierté. Cela motivait les participants à cuisiner et à sociabiliser.

III.3.1.5. Le plaisir d'être en groupe

U2 S2 : « **J'aime bien les écouter parler et tout** parce qu'ils sont sympas. [...] Apprendre à **aimer**. À écouter. Et je pense que si on fait ça, on peut que **rire**. **Partager des bons moments dans le jardin**. Et ça, il faut les faire. Les bons moments dans le jardin, c'est primordial. C'est pour rentrer chez soi et se dire : **Ah... j'ai passé un bon après-midi**. Et ça, c'est nourrissant psychologiquement. C'est mieux que les cachets. »

U6 S2 : « **On forme un groupe**. [...] Quand on prenait le café, par exemple, ... On prenait le café. C'était un petit café où on faisait des plaisanteries avec X. Après, il y a Y. Donc, je ne sais plus comment, mais j'ai sorti... Ah oui, c'était la roquette. On faisait des astuces avec la roquette, en fait. « La rocket ukrainienne est très bien réputée ! » (rires) Voilà, **je faisais rire tout le monde**, en fait.
[...] Quand on arrose, il y a plusieurs arrosoirs. On va puiser l'eau dans les bacs. Après, chacun... Chacun une parcelle à arroser. Je dirais que ça fait comme un mini-concours, celui qui a terminé le plus vite, aussi. **Il y a du jeu, quoi. Donc, il y avait une bonne ambiance**. »

U7 S2 : « C'était **convivial**. On boit un café, on croque une pomme. On discute aussi, parce que je connais bien les personnes, je finis par bien connaître les personnes aussi. Donc, **après il y a des affinités qui se créent**, avec quelques personnes bien sûr. Donc, **c'est positif**. [...] **On sympathise bien pendant la période du jardin**, quoi. »

U1 S1 : « **Alors le jardin, ça permet de passer un moment tous ensemble, on est soudé**. Quand t'es un qui fait quelque chose, il y a l'autre qui arrive. T'as besoin de quelque chose, voilà.
[...] On était en **communauté**, on discutait de tout et de rien. De notre famille, de ce que faisaient nos parents, tout ça. Et on parlait aussi de plein de choses, quoi. Tout ce qu'on fait quand on est en communauté. **On se parle de notre famille, de nos amis, de ce qu'on a fait, comment on a évolué**, tout ça... »

Le côté **prosocial** du jardinage est bien établi dans la littérature scientifique. Il permet à la fois d'augmenter le nombre d'interactions sociales, et de favoriser la cohésion sociale dans le

groupe. (144) Cela est confirmé par la méta-analyse parapluie de février 2024 (58), qui fait le lien avec une augmentation de la qualité de vie des participants.

Au-delà du jardinage, la simple présence d'espace vert joue un rôle prosocial. Dans une étude, (150) **Kuo et Sullivan**, deux spécialistes de l'environnement de l'université de l'Illinois, se sont aperçus que les taux de vols et d'infractions violents étaient plus bas autour des bâtiments dotés d'arbres et de jardins. Ils se sont ainsi rendu compte que les jardins peuvent aider à sécuriser le voisinage, car ils font sortir les gens de chez eux. Ce sont des espaces intermédiaires, où les résidents se rassemblent, entrent en contact, créent des amitiés. Les habitants de logements sociaux dotés de jardins en savent plus sur leurs voisins, et tendent davantage à se sentir soutenus par ceux qui les entourent.

Les études animales sont aussi intéressantes à cet égard. On teste le comportement social chez les rats en laboratoire depuis longtemps, en comparant traditionnellement des rats mis dans une cage relativement vide à d'autres mis dans une cage avec des activités possibles (tunnel, roue, etc.). Dans cette dernière, les rats sont plus sociables. Récemment, le **Pr. Lambert** (neurosciences à l'université de Richmond), a décidé d'inclure un troisième type de cage contenant de la terre et des matériaux végétaux avec des bouts de bois, des souches et un rondin évidé. (151) Dans ces cages, les rats étaient de très loin les plus joyeux et les plus actifs. Ils communiquaient entre eux dans des formes d'interaction beaucoup plus sociables. Leur rapport DHEA /corticoténone était plus sain. Ils étaient beaucoup plus résilients en cas d'exposition au stress, et plus persévérants que les autres rats. Il est à noter que, depuis des générations, aucun de ces rats de laboratoire n'avait été au contact de la nature.

III.3.1.7. Le plaisir d'apprendre, de découvrir et de partager

U6 S2 :	« Donc, j'ai appris des trucs , en fait. Parce que mes parents ont un jardin aussi. Donc j'ai dit à ma mère, tu peux essayer de mettre de la paille au pied des plantes tomates. Ça marche bien, ça. Ça évite les mauvaises herbes. Et ça garde un peu d'humidité. Par exemple, les poireaux. J'ai buté les poireaux. Comme ça, on cache le vert du poireau. Qui, en poussant, reste blanc. Meilleur. On prend la terre sur le côté, on la ramène, on fait des butes en terre. J'ai appris comme ça des gestes techniques. »
U7 S2 :	« C'est une bonne expérience parce que, surtout pour quelqu'un qui n'a jamais fait de jardin, il y a des choses à apprendre. [...] ça m'a plu en fait j'ai appris quelques choses. [...] Et puis, c'est toujours positif de cueillir, de ramasser, de bêcher, d'avoir cette expérience qu'on n'a jamais faite , que je n'ai jamais faite finalement. »
U2 S2 :	« Tout à l'heure, ça y est, il y a des hepatica triloba avec des crocus qui sortent et tout. J'en ai vu des crocus. Ah, ben voilà. X, ça m'a fait plaisir. Parce que ça lui a rappelé déjà la rando là où il les a vus. Donc, voilà. L'esprit, son esprit, il est clair. Il est bien. » »
U1 S2 :	« J'ai demandé à mon père de me prêter des livres de jardin. »

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la pratique du jardinage sur les **fonctions motrices** au travers notamment de l'amélioration de la motricité fine et grossière et de la coordination oculomotrice. De même que pour les **fonctions cognitives**, avec l'amélioration de la concentration, de la mémoire, l'augmentation des capacités d'attention et globalement l'amélioration de la réalisation de tâche. (144)

Il existe aussi de nombreux programmes de jardinages qui ne sont pas à visée purement thérapeutique, mais à visée d'apprentissage. Depuis 2007 en Angleterre, la Société Royale d'Horticulture (RHS) fait campagne pour permettre aux écoliers de faire du jardinage (152). Aux Etats-Unis, les fermes pédagogiques du programme **Windy City Harvest** ont été reconnues par l'université de l'Illinois lors d'une grande évaluation de programmes spécifique pour la jeunesse. Ils ont un excellent bilan pour faire acquérir des compétences de base, offrir des perspectives professionnelles ou renforcer les liens familiaux.

III.3.3. Un environnement source d'apaisement

L'activité de jardinage nous paraît donc être une activité créatrice adaptée à tout niveau, stimulante intellectuellement comme physiquement et propice à l'apprentissage. Concentrons-nous maintenant sur les sentiments que procure, non plus l'activité, mais **l'environnement du jardin**.

III.3.3.1. Un extérieur naturel

U6 S1 :	« On est dehors donc on prend le soleil moi j'aime bien être dehors. Ça détend. Ça fait passer un bon moment. Je sais pas, on a l'impression de s'aérer, ça aère la tête, ça va mieux après. »
U7 S2 :	« C'est un extérieur aussi. [...] Il y avait des moments où on se posait, sous le pommier, en fait, on était tranquille , beaucoup de temps de discussion, de partage aussi. Donc ce n'était pas que le travail de la terre. Donc le cadre est agréable aussi. On peut prendre le café, par exemple. Ça, c'était plaisant, tout ça. »
U3 S1 :	« L'extérieur, dans les endroits naturels qui sont près de l'eau, la forêt, mais près de l'eau, je me sens loin des problèmes. »

L'effet calmant et apaisant de l'environnement naturel est certainement un des concepts les plus documenté dans la littérature scientifique explorant les bienfaits du jardinage et de la nature(58). **Au japon, l'ancrage de cet effet est tel qu'il porte un nom, hinrin-yoku**, qu'on pourrait traduire par « **bain de forêt** ». De nombreuses études japonaises viennent documenter ses effets au niveau psychologique (réduction du stress et amélioration de l'humeur) et somatique (impact sur le système endocrinien, immunitaire et cardio-vasculaire). (153)

L'un des premiers à mener ce type de recherche est **Roger Ulrich**, un professeur d'architecture Suédois. Dès 1981, il compare le niveau de stress des personnes, selon qu'elles soient exposées à la vue d'un paysage naturel ou urbain en laboratoire. Pour cela, il utilise des outils de mesures exploratoires spécifiques, tels qu'un outil de mesure de la conductance électrodermale, un électrocardiogramme ou un électroencéphalogramme. Il remarque ainsi une activation du système parasympathique et une diminution du stress chez les participants à qui l'on montre un paysage naturel. Leur électroencéphalogramme montre par exemple la présence d'ondes alpha, caractéristiques d'un état de relaxation. D'autres études suivront, venant confirmer ces résultats. Il semblerait ainsi que la diminution de la fréquence cardiaque et de pression sanguine se détectent après quelques minutes d'exposition à un environnement naturel, la baisse du taux de cortisol apparaîtrait en moyenne au bout de 20 à 30 minutes. (154–157)

En 1984, une autre expérience d'Ulrich a étonné. Il a étudié les données issues d'un service de chirurgie digestive, et a montré que les patients venant de subir une cholécystectomie ont une **meilleure récupération lorsque la fenêtre de leur chambre d'hôpital donne sur une cour arborée** que lorsqu'elle donne sur une cour dénuée de végétation. Ces derniers consomment plus d'antalgiques, ont plus de complications post opératoires, font plus appel aux personnels soignants, et sortent plus tard de la clinique.(158)

La **lumière du soleil** semble jouer un rôle important dans ce sentiment de bien-être décrit par les participants. Un article dans Nature publié en 2017 nous rappelle que la quantité d'exposition à la lumière du soleil a une influence considérable sur notre état de santé physique et psychologique. La lumière nous permet de créer de la vitamine D et de réguler notre cycle circadien. Ce dernier exercerait une influence sur la sécrétion d'hormones et de neurotransmetteurs, tel que la sérotonine, sur le fonctionnement cellulaire, sur l'expression génique ainsi que sur le comportement. Elle jouerait un rôle significatif dans la régulation de l'humeur et des émotions, donc des pensées et des réactions comportementales. Elle réduirait l'agressivité, en encourageant la réflexion et en diminuant l'impulsivité. Son manque serait associé à une augmentation de l'incidence de certains cancers, pathologies métabolique et trouble de l'humeur. (159)

III.3.3.2. Un environnement dégageant un sentiment de sécurité

U1 S2 :	« Il y a comme un cocon , il y a une protection , et on panique moins, on est moins stressé, beaucoup moins. [...] Il y a une équipe qui nous encadre. Si il y a un problème, ils font quelque chose. »
U6 S2 :	« Il y a du soleil. Il y a... On est en pleine nature. C'est vrai qu'il était entouré d'arbres . »
U3 S1 :	« On dit, il ne nous fera rien, celui-là. C'est vrai que ce n'est pas agressif, un arbre . »
U6 S2 :	« Il n'y a pas vraiment de friction de trucs comme ça, j'ai pas vu de dispute quand on était en groupe. »
U2 S2 :	« Aucune tension . »

Le jardin de Rambaud, où se déroule l'intervention, est situé sur une colline. Il est bordé d'arbres en amont, de haies sur les côtés, et présente une vue dégagée en aval. La porte est fermée par un cadenas dont le code est donné aux participants. Une cabane avec une petite terrasse couverte surplombe le terrain. Cette impression d'être dans un extérieur en sécurité a été présente en pointillé dans le discours de tous les participants. En étant dans un environnement naturel extérieur mais clos, **le jardin permettrait un sentiment à la fois de liberté et de sécurité**. Cette vision du **jardin-refuge** est présente dans de nombreux mythe et cultures à travers le monde

(160,161). On la retrouve aussi dans de nombreuses études qualitatives explorant le vécu du jardin (13,106,144)



Photo du jardin, été 2023, vue en amont et en aval

Ulrich a montré en 2018 qu'en incluant dix caractéristiques dans l'architecture hospitalière ayant prouvé une efficacité dans la réduction du stress, on pouvait réduire de manière importante le taux de conduites agressives en milieu psychiatrique. Pour ce faire, il participa au plan de réhabilitation d'un hôpital psychiatrique en y incluant ces dix caractéristiques. Quelques années après sa construction, il analysa certaines données issues de cet hôpital pour les comparer à celles de l'hôpital tel qu'il était avant sa réhabilitation. Il y avait une diminution du nombre de patient recevant des injections, ainsi que du nombre d'injection par patient (de 19% pour ce dernier). Le nombre de **contention physique** avait quant à lui **diminué de 50%**. Parmi ces dix aspects architecturaux : un jardin, des vues sur espaces verts, des œuvres d'art représentant la nature ou encore une exposition au soleil. (162)



Photographie de l'hôpital conçu par Roger Ulrich issue de l'article « *Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior* » publié en mai 2018 (162)

III.3.3.3. Un environnement extérieur à la ville

U2 S2 : « Ça permet de sortir. De sortir de gap. C'est pas loin. Je consomme rien en essence et tout. Et puis, **je passe un moment auquel ça me fait sortir de la ville.** Et ça, moi, j'en ai besoin. »

U3 S1 : « Moi, des fois, **je prends la voiture parce que je peux plus être dans la ville, pour aller dans un endroit vert, justement, ou bleu.** L'eau, aussi, ça m'apaise. Mais il y a beaucoup de gens, je suis pas la seule à être comme ça, et puis on part tous en vacances au vert ou au bleu. Mais... C'est impressionnant ce que ça fait, ces couleurs, aussi. »

Le taux de troubles psychiatriques est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural d'environ 40 % pour la dépression(163,164), et d'environ 20 % pour les troubles anxieux. Il y a une fréquence accrue de la criminalité violente dans les villes, ce qui est probablement une des raisons expliquant le taux plus élevé de syndrome de stress post-traumatique. En France, l'incidence des troubles psychotiques est deux fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. (165) Il est difficile de distinguer simplement la cause et les effets, car la maladie et d'autres facteurs sociaux de stress amènent les gens vers les villes mais selon l'Inserm, le stress est un facteur de risque établi précipitant l'apparition de troubles psychotiques. Il pourrait donc en partie expliquer l'incidence plus élevée de la maladie en milieu urbain. (112)

Dans une étude, on a demandé à des volontaires répartis de façon aléatoire de faire une marche solitaire de 90 minutes soit dans un parc, soit en bordure d'une voie rapide. Chez les premiers, les résultats de l'évaluation montraient une diminution des ruminations anxieuses ou négatives et ils avaient des IRM cérébrales cohérente avec ce résultat montrant un afflux sanguin réduit au niveau du cortex préfrontal ventromédian. (166)

III.3.3.4. Un environnement beau

U1 S1 : « Il y a une montée dans la montagne, et ça, j'adorais. Je regardais le paysage, **je me dis, mon Dieu que c'est beau.** »

U3 S1 : « **Un endroit dans la nature qui est beau, où on se sent bien, le mauvais stress s'en va.** »

U2 S2 : « Respirer et de **voir ces beaux paysages qu'il y a aux alentours.** Et ça, moi, j'en ai besoin. Il est bien situé. »

La beauté est peu évoquée dans le soin en psychiatrie, alors qu'on la retrouve comme un aspect important des bienfaits de l'activité de jardinage dans de nombreuses études qualitatives et

que, dans certains de nos entretiens, elle est même considérée comme « un besoin ».
(13,106,144,167)

Dans son livre « *L'équilibre du jardinier* » (160), **Sue Stuart-Smith**, psychiatre et enseignante à Londres, insiste sur **l'importance de la beauté dans l'équilibre psychologique**. Elle prend des exemples frappants, citant par exemple l'organisation *Lemon Tree* qui a récemment aidé à créer des jardins dans des camps de réfugiés syriens. Malgré leur besoin de nourriture, les réfugiés ont choisi de faire pousser deux tiers de fleurs ! Elle raconte aussi l'histoire fascinante du jardinage dans les tranchées lors de la première guerre mondiale. Cette pratique est apparue spontanément dans les deux camps puis a été institutionnalisée vers 1943 pour permettre une plus grande autonomie alimentaire au front. Grâce à des correspondances, on sait maintenant qu'elle est aussi née d'un besoin de beauté dans ce monde où la mort était omniprésente. Des parterres de fleurs sont ainsi décrits comme salvateurs en permettant aux soldats de se détendre dans la contemplation entre deux attaques.

Semir Zeki, professeur de neuro-esthétique à Londres (*University College*) pense aussi que notre besoin de beauté se situe au plus profond de notre constitution biologique. (168) Son travail révèle que, quelle que soit la source des stimuli sensoriels qui interviennent dans la perception de ce que nous jugeons beau (musique, peinture, œuvres d'art, même de « belles » équations mathématiques présentées à un groupe de mathématiciens), ce sentiment s'accompagne toujours à la scintigraphie cérébrale d'un même schéma d'activation neurale dans le cortex orbitofrontal médian, dans le cortex cingulaire antérieur et dans le noyau caudé. Ces zones cervicales correspondraient aux circuits de la récompense et du plaisir (169). Ces circuits jouent aussi un rôle intégrateur à l'égard de nos pensées, de nos émotions et de nos motivations. Ils sont associés à nos systèmes opioïdes endogènes qui atténuent nos réactions de peur et de stress.

C'est donc peut-être ainsi que la beauté du jardin nous calmerait de manière stimulante.

III.3.3.5. Un environnement en interaction avec le vivant

U7 S2 : « **On a eu contact avec la nature, effectivement, avec les plantes, les différents légumes qui poussent.** »

U6 S2 : « Je pense que c'est **la vie**, en fait. C'est... Moi, j'aime bien le printemps aussi. Quand les arbres... Comment on dit ? Quand... Voilà, ça a l'air tout mort, et en fait, **ça pousse**, quoi. Il y a **des fleurs, il y a des insectes, des oiseaux**. Il y a... Il y a un **pommier**. Alors, je pense qu'il va rester, le pommier. Il y a des **noyés** à côté. Donc, on a ramassé des noix. »

III.3.3.6. Interaction dans le sens de recevoir

U2 S2 :	« Moi, je me nourris. Je me nourris de la terre. Ça me renforce. Ça me donne de la joie, plein d'humeur, plein de choses. Bien sûr. Et physiquement aussi. Ça m'aide. [...] Ça m'aide à ouvrir les yeux, à mieux regarder les choses, à mieux écouter la nature aussi. Parce que bon, moi, j'adore écouter la nature. Le vent, les oiseaux , même s'il n'y avait pas de vent ou quoi que ce soit, le moindre petit bruit ou des petits trucs comme ça, tac, tac, tac. [...] A force de méditation et tout, j'ai appris à regarder plus large et à écouter plus. »
U3 S1 :	« Moi, je me mettais près d'un arbre, et je faisais de la méditation. C'était super. Ça me changeait totalement. Je ne sais pas, l'énergie que ça donne les arbres , ou les trucs, ça m'aidait vachement. Moi, je suis très réceptive à ça. Impressionnant, faire la méditation à côté d'un arbre, quand rien ne va. [...] L'arbre, au moins, il est juste beau, il est plein d'énergie, il est vieux, il a plein d'expériences. »
U7 S2 :	« On pouvait manger un fruit du jardin , le cueillir à n'importe quel moment. »

III.3.3.7. Interaction dans le sens de donner, de prendre soin

U6 S2 :	« Protéger pendant l'hiver le jardin et la terre. Et après faire de l'humus. Parce que les feuilles, parce que les vers de terre ils vont venir manger les feuilles en fait. »
U2 S1 :	« C'était des petites lavandes mais ces lavandes à force de les tailler, elles se disent « Woooouuuuu !!!! Mais on prend soin de moi » et oui ! donc elles se sont développées. C'est devenu des jolis lavandins, des gros bouquets de lavandes [...] je le rapportais aux gens, ça leur faisait plaisir. »
U4 S1 :	« Comme un jardin, où on va entretenir un jardin, on va s'occuper d'un jardin. »

En hortithérapie, la rencontre avec le vivant est souvent utilisée par les thérapeutes pour travailler avec le patient. Grâce à sa facilité d'accès, **l'interaction avec le monde végétal est simple et sans danger**. Mais cela reste une interaction avec un être vivant qui permet un processus d'identification ainsi qu'une communication avec le réel. Elle est donc particulièrement adaptée au travail thérapeutique. (14)

Karl Menninger est considéré comme un des pionniers de l'hortithérapie. Il travaillait dans le Kansas avec d'anciens combattants traumatisés après la Seconde Guerre mondiale et fut impressionné par l'efficacité du travail avec les plantes pour aider ses patients à guérir. Il décrivait le jardinage comme « *rapprochant l'individu de la terre et de la Nature, de la beauté, du mystère*

insondable de la vie et du développement ». (170) Pour lui, le jardin était une voie privilégiée pour **recréer des liens d'intimité avec le vivant**.

Il existe toute une gamme de neurones miroirs différents qui contribuent à nous permettre de ressentir de **l'empathie**. La recherche à leur sujet s'est jusqu'à maintenant surtout intéressée aux interactions entre êtres humains (comme la relation mère-enfant), mais une équipe italienne en neurosciences dirigé par **Vittorio Gallese**, a découvert récemment qu'ils peuvent s'activer en réaction à « *la chute d'une pomme de pin sur le banc d'un parc, ou au bruit de gouttes d'eau qui éclaboussent les feuilles d'une plante pendant une averse* ». (171) Cette activation pourrait être à l'origine du phénomène d'anthropomorphisation et être lié au fait que nous pouvons ressentir de l'empathie envers toutes sortes d'aspects du monde naturel.

Juliette Pellissier, chercheuse en psychologie, a développé la notion de **sensorialité** pour expliquer l'expérience de vitalité vécue au jardin. Selon elle, les milieux naturels, comprenant des stimuli sensoriels qui sont à la fois nombreux, diversifiés, et non agressifs, permettraient de « se sentir sensoriellement vivant tout en se sentant en sécurité ». (172)

Le jardin serait donc un espace privilégié pour recréer un lien avec le vivant et reprendre contact avec le réel.

III.3.3.8. Un environnement familial - empli de souvenirs

U4 S1 :	« <i>J'ai toujours bien aimé jardiner, quand j'étais petit on avait un jardin.</i> »
U5 S1 :	« <i>Mes parents ont un un jardin. J'y allais un petit peu, je l'arrosais, j'étais bien quand je suis actif. [...] Des fruits rouges. Des framboises. Des trucs comme ça. J'aime bien. J'ai ramassé ça dans les... Dans le jardin de mes grands-parents. Ils en avaient. C'est un bon souvenir. [...] Ma grand-mère elle faisait une buche aux fruits rouges.</i> »
U6 S1 :	« <i>Chez moi, il y a un jardin, en fait. Il y a des cassissiers, des framboisiers. Après, il y a quelques légumes qui poussent. Donc, voilà, j'ai toujours bricolé un peu au jardin, donc ça me plaît.</i> »
U3 S1 :	« <i>Avant, je faisais du cerceau de cirque, dans les arbres, justement.</i> »
U1 S1 :	« <i>L'oncle à mon père était apiculteur et agriculteur.</i> »
U2 S1 :	« <i>Mon père, il adorait jardiner. Donc depuis tout petit, on avait notre petit mètre carré. Et puis on plantait nos légumes quand on avait envie et tout ça. Par contre, il fallait qu'on en prenne soin. Nos légumes, désherber, puis entre piocher et tout. Non, c'était très sympa. Franchement, et puis bon, comme je vous dis, mon jardin il dégage tellement de l'énergie. Que WAOOO je pourrais y rester toute une journée entière même si je me fais abasourdir par le soleil. Il est vraiment trop trop bien.</i> »

Moi, j'aime bien. En plus, là où il y a le jardin de ma mère, c'est un jardin qui dégage une bonne émotion, une bonne énergie. Et puis, alors, il domine juste un peu l'Embruné. Alors, on voit la cathédrale. On voit la cathédrale avec la tour brune. [...] Et bien sûr, après, il y a les montagnes en face. Donc... **C'est magnifique. Je me sens bien.** »

III.3.3.9. Un environnement familial - empli de symboles et de croyances

- | | |
|---------|--|
| U3 S1 : | « Si on demande à la plupart des gens, avoir une maison et un jardin, c'est quand même aussi un idéal. Ouais. Parce que c'est la maison et le jardin... euh... être protégée quoi. » |
| U5 S1 : | « Apparemment c'est bien. Apparemment le travail de la terre ça fait du bien. C'est ma mère qui m'a dit ça. » |
| U2 S1 : | « Il faut voir si ce jardin, s'il est positif. Des fois, il y a des trucs négatifs qui se passent. Au niveau de l'ambiance... Non, c'est le jardin qui délivre une énergie. Donc, selon l'énergie du jardin, ça peut être... Les Romains... La plupart du temps, ils construisaient dans des endroits auxquels le terrain était plein d'énergie positive. » |
| U3 S1 : | « Mais j'aime bien les plantes, moi. [...] Là, j'ai une belle aloe vera, quand même, que j'ai payé un peu cher. Je me fais des masques avec, et j'aimerais bien faire du jus avec. Du jus d'aloë vera. Ça fait... Directement, quand on a la peau fatiguée par le tabac ou le stress, ben, l'aloë vera, ça... Ben, vous savez, non ? ça fait du bien, mais c'est ouf. Ça fait comme une crème. Directement, la brûlure s'en va. » |

Presque tous les participants avaient une histoire personnelle avec le jardin, et certains avaient une représentation imaginaire riche autour de la nature. Comme nous l'avons vu dans la première partie, **l'ancrage culturel du jardin est solide dans notre société** et la langue française en porte encore les traces à travers bon nombre d'expressions. Ce bagage rend le jardin **familier et rassurant**, il facilite la médiation thérapeutique autour de codes accessibles à tous. (13,161)

III.3.5. Un travail thérapeutique

Nous avons pu relever les différents aspects qui faisait du jardin un environnement riche en stimulation, source de calme, de beauté et de sécurité. Nous avons aussi parlé des caractéristiques spécifiques au jardinage qui rendait cette activité plaisante et ludique, source de fierté et de créativité. Nous comprenons donc mieux le cadre dans lequel un travail thérapeutique peut s'accomplir. Nous en exposerons ici les différentes facettes.

III.3.5.1. Travail autour des représentations du soin et de la maladie psychiatrique

U1 S2 :	« Il y avait beaucoup de gens qui comprennent la maladie, parce qu'ils sont malades, tout en étant, tout en étant... On avait l'impression que c'était pas des patients, quoi. On aurait pas dit. [...] Ça nous sort un peu de notre maladie. »
U4 S1 :	« Moi je l'ai vraiment pas vu comme un outil de soin, mais je l'ai vraiment vu comme un jardin où on allait travailler. Pas travailler, mais faire nos légumes. Parce que c'est dans le cadre d'ici, je l'ai pas senti.... Mais oui après y'a du soin c'est clair, parce que y'a le groupe d'ici, y'a les éducateurs, les machins. Mais je le vois plus comme une activité extérieure que comme du soin. Mais ça peut aussi être du soin. On me force pas à les faire, et j'ai envie de tenir au moins à ça pour garder un minimum d'activité. »
U6 S2 :	« Les rendez-vous chez le psy assistante sociale c'est pas toujours rigolo quoi. Au jardin les gens se lâchent en fait. [...] Il n'y a pas de mur blanc, en fait. Pas d'uniforme d'infirmier. Même si ça s'appelle les jardins d'Hippocrate, on voit pas que c'est un... un jardin thérapeutique. On le voit pas, quoi. Il y a les infirmiers, par exemple il y a X, ou Y qui est éducateur. Mais sinon, on voit pas qu'on est... On jardine. Il y a des insectes, des oiseaux... »

Les participants expriment ici leur **sentiment de ne pas être ramenés à leur maladie** lorsqu'ils pratiquent cette activité. Cette impression a déjà été rapportée dans différentes études qualitatives proposant des activités de jardinage (13,106,160,172). Et pourtant, nous sommes bien dans une activité thérapeutique encadrée par des professionnels de santé. Cet aller-retour permet de travailler sur les représentations que l'on a de la maladie psychiatrique, et ainsi, nous l'espérons, de nuancer la place qu'elle prend dans l'identité personnelles des participants.

En médecine aujourd'hui, nous cherchons à aller vers une relation soignant-soigné de plus en plus horizontale(173,174). En psychiatrie, on retrouve bien cette conception du soin à travers le concept de rétablissement déjà décrit dans la première partie de cette thèse. Il met en avant la notion d' « *empowerement* » (pouvoir d'agir) de l'utilisateur et la mobilisation de ses ressources

personnelles. On considère dans ce sens que le rétablissement est une valeur partagée entre soignants et soignés permettant de guider la décision dans les soins. (175)

Certains auteurs comme **Andresen** et son équipe ont conceptualisé les différentes étapes décrites dans les récits de rétablissement et notamment ceux de **Patricia Deegan** (une des pionnières du mouvement) (176). Elles sont représentées dans le tableau suivant.

Moratoire	Déni, confusion, désespoir, sens de Soi très altéré, repli...
Conscience	Première lueur d'espoir, début d'un décollement d'une identité de malade : un soi capable de se rétablir
Préparation	Etape de différenciation entre la maladie et la "partie saine", Evaluer ses forces, ses faiblesses en vue du rétablissement
Reconstruction	Forger une identité positive selon ses buts et ses valeurs. Gérer la maladie, reprendre le contrôle de sa vie
Croissance	Bien être, Vie pleine et significative, Connaissance de ses ressources pour gérer la maladie, optimisme pour l'avenir

Etapes du rétablissement selon Andresen

On remarque que, dans la deuxième étape, la prise de « conscience », la personne passe par une phase de décollement de son identité de malade. Cette dissociation permet de ne pas se définir uniquement au travers de sa maladie et donc paradoxalement de l'accepter plus facilement.

Le fait que le jardin sorte du cadre soignant institutionnel classique, comme le rapporte les participants, pourrait faciliter cette étape.

III.3.5.2. Travail autour du rythme – Rythme de l'activité

U6 S2 :	« Il faut venir, il faut se motiver il faut travailler la terre c'est une activité physique quand même. Et sinon, ça nous oblige aussi à avoir un rythme , à arriver à l'heure, parce que sinon, le camion, il est parti, eh bien, oui. Il faut venir à 13h. »
U3 S1 :	« Mais je pense que, tout doucement, si j'arrive à retrouver un rythme, le jardin, autant, il va me rapporter ça. »
U1 S2 :	« En principe, on part à 1h30 du CSM, et à 3h30 on plie , quoi. Sur les deux heures qu'on était là-bas, on faisait à peu près 45 minutes, arroser, arracher les mauvaises herbes, tout ça. »

U7 S2 : « **Le rythme était assez cool** aussi, c'était assez tranquille. On ne travaillait pas comme des forcenés à semer, à bêcher. »

III.3.5.3. Travail autour du rythme – Rythme des saisons

U6 S2 : « Pendant l'hiver... Décembre, janvier, février, je ferai autre chose. Je ferai de la raquette. Ce n'est pas grave. Après, **c'est la nature, donc il faut savoir patienter** aussi. Ça c'est très, très important. »

U1 S2 : « On a planté **vers fin mars, début avril**, les graines, et après on les a transvasées dans la terre. »

U7 S2 : « **À partir du mois d'août**, essentiellement. On a commencé à récolter. Donc on récolte les différents légumes. Les pommes aussi. »

III.3.5.4. Travail autour du rythme – Rythme des autres participants

U2 S2 : « Travailler en équipe. Ben oui, on est tous une équipe. Tout le monde était en train de... S'il y en a qui ne voulaient pas jardiner, pour moi, ce n'est pas un problème. Ce n'est pas un souci. Donc, **chacun a été à son rythme**. Chacun fait ce qu'il a envie. Des fois pas besoin de se causer pour faire les choses. »

U6 S2 : « Après, **chacun a sa pathologie**. Donc, il y a... Comment il s'appelle ? Lui, il vient plutôt au jardin pour rester tranquille. Donc, on va dire qu'il y a **des patients qui ont envie de jardiner et d'autres, un peu moins**. Après, **on travaille à notre rythme** aussi. C'est plutôt tranquille, en fait. On se gêne pas, le jardin est quand même assez grand. **S'il y en a qui sont pas motivé pour travailler c'est pas grave**. Ils restent sur un banc, ils peuvent profiter de son entourage. »

III.3.5.5. Travail autour du rythme – Rythme personnel

U2 S2 : « C'est mes oreilles, si je me retrouve à côté d'un groupe, j'entends les autres et ça me brouille toute la conversation avec qui j'ai envie de causer, j'entends un brouhaha. Croyez-moi, c'est très, très, très difficile. Et je pars. Je quitte tout le monde. C'est un vrai handicap. Je quitte tout le monde parce que j'ai l'impression que je vais devenir fou. Donc je retourne au boulot et voilà. »

C : « Ça veut dire quoi retourner au boulot ?

U1 S2 : - Et bien comme ça, je m'éloigne des conversations... Ça veut dire que je retourne au jardin. Et allez, **je vais continuer à désherber, à faire mon petit train-train quotidien**. »

U1 S2 : « Ça ne me fait pas mal, et en plus, **je fais attention quand je prends un arrosoir**, je le remplis plutôt au tiers et je fais le voyage.

	<i>[...] Comme mon père, il a le jardin qu'il a hérité de ma grand-mère, avec ma mère, il y a des terres, et il va, il va, il va cultiver. Et ben, quand il me voyait faire, mon père est tellement maniaque, qu'il me disait : « Non ! Non ! Ça se fait plutôt comme ça ! » Alors, il rouspète, il s'agace [...] Il me disait : « C'est mon coin de paradis, donc je reste dans mon jardin tout seul » ... Disons qu'un jardin, quand quelqu'un est maniaque, et qu'il va plus vite tout seul, on ne peut pas y toucher... Tandis que là, on nous laissait le temps, tout ça. »</i>
U6 S1 :	<i>« Après, ce n'est pas comme l'escalade. Alors moi, ce n'est pas ma tasse de thé, l'escalade, je suis plus contraint à essayer de monter. Tandis que le jardin, j'ai moins de contraintes. [...] X, il me montre ce qu'il faut faire, puis après, on est en autonomie. Donc, après, j'étais tout seul dans ma petite parcelle de jardin, et voilà. »</i>
U2 S2 :	<i>« Il m'est arrivé de venir le vendredi. Ouais, je l'ai fait deux ou trois fois. Alors, des fois, je venais. Eh ben j'étais seul. Où il y avait des gens de la ville. Et puis, bon, j'étais seul. Je faisais un peu, une heure et demie ou deux heures de jardinage. Et puis, après, je parlais. »</i>

III.3.5.6. Travail autour du rythme – Se projeter

U1 S2 :	<i>« Là on était à Rambo, la saison prochaine il paraît qu'on va avoir un jardin à gap vers la piscine là-bas. »</i>
U6 S2 :	<i>« Je pense qu'on aura l'année prochaine une parcelle à nous. Maintenant, on est grand. On a déjà fait un an de jardin. On se débrouillera. »</i>
U2 S2 :	<i>« J'espère que l'année prochaine, on va avoir les subventions pour pouvoir tous retourner au jardin. Et tous se revoir tous ensemble. Il faut continuer. »</i>

La notion de rythme est beaucoup revenue dans le discours des participants, que ce soit pour parler du rythme de la nature, de l'ancrage de l'activité dans leurs quotidiens, mais surtout du respect du rythme personnel que chacun avait au jardin. On retrouve ici cette notion hypnotique et captivante du jardinage. Elle a elle aussi été remarquée dans de nombreuses études qualitatives sur le sujet et pourrait jouer un rôle dans l'effet thérapeutique de l'activité de jardinage. (13,106,160)

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la continuité des soins en psychiatrie est un des axes principaux de notre politique de santé publique actuelle(75). Le **rythme des activités thérapeutiques** est donc une question importante. En cela, l'activité de jardinage se démarque par sa temporalité unique qui ne dépend pas de nous, mais nous est imposé par le cycle naturel des plantes et des saisons. Face à la désorganisation psychotique, la prédictibilité et la régularité de ce rythme saisonnier semble donner des repères stables et apaisants.

David Eagleman, spécialiste des neurosciences, travaille sur notre perception du temps. Il présente celle-ci comme une fonction « *distribuée* » dans le cerveau, « *méta-sensorielle, [qui] coiffe toutes les autres* ». (177) Nous faisons l'expérience du passage du temps grâce à un mélange complexe d'émotions, de sensations et de mémoire. Notre perception du temps est fluide, elle dépend de notre état émotionnel et serait étroitement liée à la notion d'identité.

Dans son livre « L'équilibre du jardinier », **Sue Stuart-Smith**, psychiatre et enseignante à Londres, aborde cette notion du temps au jardin. (160)

Elle explique que notre perception du temps comme étant linéaire est relativement moderne. Le temps aurait longtemps été perçu comme cyclique, plus proche du rythme des saisons et donc plus porteur de sens dans une société où l'agriculture était omniprésente. Les anciens récits (mythes, légendes et contes), avaient souvent une forme circulaire, comme le cycle arthurien. Un héros qui part en quête d'aventures et raconte son histoire à son retour. Elle suppose donc que cette structure narrative circulaire est profondément ancrée dans notre héritage psychologique.

Elle argumente que le temps, s'il est perçu comme linéaire est intransigeant et difficile à vivre en raison de sa finitude. Il est donc facilement source de regret en cas d'échec et favoriserait la fuite en avant et le déni. **Le jardin, en nous offrant un récit cyclique saisonnier serait plus charitable et moins anxiogène.** Il nous permet ainsi d'apprendre plus tranquillement, car si ça ne marche pas une année, on peut réessayer l'an prochain au même moment.

III.3.5.8. Travail autour du groupe et de sa relation à l'autre

U1 S2 : « Disons que **je pense que j'ai eu une place dans le jardin**. [...] Ça permet d'être **plus en confiance avec la communauté**. Chaque personne apporte quelque chose. Je vois toujours le magnifique. [...] Et puis ça permet de **revenir à la réalité**. Par exemple, il y a U6, il est très calé en histoire, alors moi, comme je suis schizophrène, j'ai oublié mes cours. Alors il me dit : « Non, c'est pas ça, c'est ça. » Des fois je vérifie. Il y a eu comme un bilan, il y a des choses qu'ils savent que je ne sais pas. Et avec l'équipe de soignante et l'éducateur, on sait ce qui est vrai. En plus, ils ont leur téléphone. Et il y a plein de choses comme ça, chacun a une spécialité dans le groupe. Même les patients jouent un rôle, de leur manière, avec la communauté, ce que ça entraîne, tout ça. »

U2 S2 : « Je me retrouve avec des gens qui ont des problèmes autant que les miens. Donc, **il faut que je les accepte déjà**. Il faut savoir accepter. Ça, c'est déjà quelque chose. Parce que celui qui n'accepte pas, ça ne sert à rien qu'il vienne et tout. Parce qu'il n'aura pas un esprit d'équipe et tout. »

C : - **Accepter quoi ?**

U2 S2 : - **Eh bien, soi-même**. Et accepter leur soi-même à eux aussi. Et ce qui a de bien, c'est que tout le monde parlait gentiment. Sans difficulté. Disons, les problèmes de vie des uns et des autres. Ça, putain... Oh là, c'était neutre. Et c'est ça qui a été génial. Parce que **je pense que le jardin leur fait oublier leurs problèmes**. »

U7 S2 : « Moi, par rapport à ma maladie, au niveau du groupe, c'est pas évident de... Comment dire... **Les temps où on est ensemble à discuter, ça peut être difficile**. Ça dépend des moments, en fait. Des fois, je me sens bien. Des fois, je me sens... Pas bien. Mais ça, ça n'a rien à voir avec le travail de la terre. C'est différent. C'est au niveau relationnel, en fait. J'avais un peu de mal, parfois. Mais **ça, c'est la maladie elle-même**. C'est mes symptômes, en fait. [...] C'est important parce que, **même si on a des symptômes négatifs qui nous freinent, je pense qu'il faut quand même, à certains moments, être confronté au groupe, à une situation de groupe, travail au jardin ou autre**. Et je pense que ça peut... C'est important de ne pas se couper, parce qu'on a tendance après à se couper au niveau relationnel. Et ça, c'est négatif aussi. Donc, il faut essayer de garder l'équilibre. Forcément, **trop s'impliquer dans un groupe, mais pas trop... Pas être trop en retrait non plus... Donc, trouver un équilibre. Donc, le jardin est utile à ça, quoi**. Ça, c'était utile, ouais. À ce niveau-là, quand même, d'être confronté à un groupe et de discuter, et de **passer des bons moments aussi, quand même, malgré la maladie**. [...] Ça m'aide. Oui ça aide. On a besoin de se confronter aux autres dans ce contexte-là. »

U2 S2 : « Mais il a fallu que je fasse **tourner les pages par rapport à mon boulot, quand j'étais gardien et que je m'occupais du jardin**. Par ce que j'ai eu **20 insultes par jours**, c'était dur... Tandis que là j'étais dans un silence un peu total. A part que j'entendais les amis causer, les patientes ou voilà. C'était une autre manière de se dire : **ah ben dis donc, pour une fois il y a des gens qui sont bien...** »

On a déjà remarqué plus haut l'effet prosocial du jardinage ainsi que l'aspect apaisant du jardin. Nous pouvons postuler que cela favorise ce que l'on observe ici à travers ces citations, c'est-à-dire l'aspect thérapeutique social de l'activité.

Il nous semble donc pertinent de les mettre en relation avec ce que l'on nomme aujourd'hui « *entraînement des compétences sociales* », qui est un des outils cardinaux de la réhabilitation psycho sociale, déjà évoqué dans la première partie comme étant un outil indispensable pour remplir les objectifs de santé publique.

D'après la thèse de **Adrian Melac** « *Rétablissement et réhabilitation psychosociale : représentations dans une population de professionnels en psychiatrie* » (102), l'entraînement des compétences sociales vise à restaurer une capacité de fonctionnement social adapté et enrichi chez les patients, s'appuyant sur des activités de groupe centrées sur des interactions interpersonnelles courantes. L'ambition est de pallier le manque d'aptitudes sociales, le déficit de confiance en soi, et l'ignorance des implications sociales de certains comportements. Cet entraînement, applicable tant en milieu hospitalier qu'en ambulatoire, est flexible et peut être ajusté en fonction des circonstances présentes. L'efficacité de cette méthode a été corroborée par de multiples recherches (178,179), et sa combinaison avec d'autres interventions de réhabilitation psychosociale, comme la remédiation cognitive, a également prouvé son efficacité(180).

III.3.5.9. Travail manuel et technique

U6 S2 :	« Dans le jardin il y a la terre, en fait. Il y a un peu du travail manuel pour rempoter dépoter. Au jardin, on se retrouve les mains sales et les godasses plein de boue quoi, mais bon c'est pas grave. [...] Après, ce qui est le plus physique, c'est l'espèce de grolinette , en fait. Un instrument qui permet de labourer la surface de la Terre. Et c'est super physique, en fait. C'est un petit carré. Et c'est vrai que ça fait mal aux bras. Il faut l'enfoncer dans la terre. Ensuite, il faut faire levier pour retourner la motte. Soulever, remettre dans la terre. Ça, c'est épuisant, quoi. »
U1 S2 :	« On peut pas dire que ce soit facile, mais parce que ça demande déjà de porter des seaux, parce qu'on avait pas l'arrosage automatique. Donc, ça demande de porter des seaux. [...] Pour les semis, il avait pris une grande plaque, vous savez, une sorte de plastique, et on avait compté, on avait mis les graines dedans [...] On a mis ce qu'on appelle un engrais bio : à partir de déchet végétal, on a un engrais naturel. C'est des petits trucs, qu'on met pour faire démarrer. On aurait dit des croquettes. Mais des croquettes rectangulaires. En tout cas ça a bien produit. »
U6 S2 :	« Les petits marrons. Les courges. Qu'est-ce qu'on peut faire pousser ? Les courgettes. Les courgettes ça marche bien, mais par contre faut de l'eau. Courgettes... Il y a les poireaux. Les poireaux c'est facile à faire pousser. Puis il y a les patates aussi. Après il faut bien choisir les races. Les carottes. Mais les carottes par contre, il faut pas de petites pierres. Ça se repique en fait les carottes. Parce que souvent elles sont toutes serrées comme ça. Il faut en enlever une sur deux en fait, pour qu'elles puissent grossir. On enlève... Soit on les jette soit on essaye de les replanter ailleurs. Alors après, c'est des toutes petites graines les carottes. C'est vrai que c'est un peu chiant à planter quoi. Ok. Parce que c'est minuscule. Donc en fait c'est pour ça qu'il y en a plein. Radis aussi c'est pas mal. Et comment ça s'appelle aussi ? Les navets là qui font des boules. Y en a des violets. Y en a des... des oranges là presque jaunes. Sinon... qu'est-ce qu'on peut faire aussi ? Le chou rave aussi. C'est celui qui est assez plat comme ça et il a les feuilles qui partent sur le côté comme ça. Après... plus compliqué... les asperges. Parce qu'en fait ça fait des pousses, et il faut les recouvrir. Faut les mettre dans une butte en fait, pour cacher les tiges d'asperges, et si elles sont dehors ça fait une fleur et c'est immangeable. Il y a les endives aussi, mais les endives il faut les pailer pour cacher le... pour qu'elles soient blanches. Ça c'est des légumes un peu compliqués à faire. »
U7 S2 :	« Et puis, c'est toujours positif de cueillir, de ramasser, de bêcher. »
U2 S1 :	« Il faut quand même usiner un peu le jardin pour pouvoir planter des légumes , chacun se met à prendre une pioche. Une pioche, pièche (rises). »

Nous avons déjà mentionné l'usage et l'efficacité de l'ergothérapie en psychiatrie. L'aspect **manuel, technique et concret** nous paraît au cœur de l'aspect thérapeutique de l'activité de

jardinage, elle permet d'apprendre des techniques, de se connecter au réel et de limiter l'angoisse dans les interactions sociales.

Cela est illustré par **Jean Piaget**, considéré comme un des pionnier de la psychologie du développement de l'enfant, qui le qualifiait « *d'apprentissage sensorimoteur* »(181). Selon lui, les activités manuelles soutiennent notre développement cognitif par le principe « ***d'apprendre en faisant*** », intégrant les dimensions motrices, sensorielles, affectives, et cognitives de notre fonctionnement.

Kelly Lambert, Professeur en neurosciences, soutient aussi que la confiance en notre capacité à influencer positivement notre vie découle de notre interaction avec l'environnement physique. La manipulation d'objets qui produit des résultats visibles, et palpables renforce notre connexion avec le monde extérieur et notre sentiment de contrôle sur celui-ci. Elle affirme que notre cerveau est intrinsèquement conçu pour agir sur notre environnement ; une insuffisance d'opportunités à exercer cette action peut réduire notre sentiment de maîtrise, nous rendant plus susceptibles à la dépression et à l'anxiété. Elle confirme ses hypothèses grâce à des recherches sur les rongeurs, démontrant que ceux-ci, lorsqu'ils doivent s'efforcer d'obtenir leur nourriture plutôt que de recevoir une alimentation passive, font preuve d'une plus grande résilience face aux défis, comportement qu'elle nomme « *la persévérance acquise* » (182). Elle s'oppose à « *l'impuissance acquise* », où l'individu se sent victime de circonstances extérieures. Lambert postule ainsi que, pour faire grandir un **sentiment d'autonomie**, nous avons besoin de rencontrer des défis stimulants qui activent et modulent notre circuit de récompense de l'effort cérébrale. Elle conclut **que le travail manuel est essentiel à notre bien-être**, en notant par ailleurs que notre cerveau consacre une part considérable de ses ressources au mouvement des mains.

III.3.5.11. Travail social – Réinsertions professionnelles

U6 S2 : « Donc, je suis suivi par Cap Emploi. [...] Qui est plus spécialisé dans les gens avec un handicap... Ce que j'appelle **le handicap social**, aussi. [...] Alors, après, il y a diverses associations à... Comment on appelle ça ? Des entreprises d'insertion. À Gap. [...] Donc, j'ai fait un entretien avec les Environneurs. Et ils doivent me rappeler, en fait. Donc, je saurais bientôt si je vais recommencer à travailler. C'est du... Comment on appelle ça ? Du jardinage, en fait. [...] Et donc, **je me remets dans le rythme du travail grâce au jardin.**

C : - Si vous n'aviez pas fait le jardin thérapeutique, vous pensez que vous auriez essayé ça, d'être Environneur ?

U6 S2 : - Je pense que je ne l'aurais pas fait, en fait. Je n'aurais pas postulé là. »

Ce programme a ouvert une voie professionnelle à un participant.

Un des trois grands types de programmes de jardinage est celui nommé « **vocationnel** ». Il est conçu pour les individus aspirant à réintégrer le marché du travail, explorer de nouveaux champs professionnels, ou acquérir des compétences liées à l'emploi. Aux États-Unis et au Royaume-Uni, particulièrement, ces jardins peuvent être établis dans des prisons, des écoles, ou des fermes thérapeutiques. (144,160,161).

Un exemple notable au Royaume-Uni est celui de **Bridewell Gardens** dans l'Oxfordshire, reconnu comme l'un des projets de jardinage thérapeutique les plus anciens et les plus fructueux, proposant des programmes d'une durée pouvant atteindre deux ans. Les participants, désignés comme jardiniers plutôt que patients, souffrent souvent de troubles psychiatriques sévères et sont fréquemment confrontés à des enjeux sociaux importants. Annuellement, environ soixante-dix à quatre-vingts individus s'engagent dans le programme chaque année, la plupart venant deux fois par semaine. Les analyses de suivi révèlent que, à la suite de leur participation à ces ateliers, **60 % des participants trouvent un emploi**, rémunéré ou bénévole, ou entament une formation. Parmi les 40 % restants, de nombreux changements sont observés, tels que l'engagement dans de nouvelles activités ou l'adhésion à des associations. (160)

III.3.5.12. Travail social – Aide alimentaire de qualité

C :	« Qu'est-ce qui est stressant dans le fait de faire ces courses ?
U3 S2 :	- Déjà, la finance, vraiment, ce n'est pas énorme. Et puis, tout est cher. En ce moment... Je ne trouvais jamais mon compte à Lidl ou à Leclerc. »
U1 S2 :	« Mardi, j'ai emporté des pommes, parce qu'il y avait deux pommiers. Ouais, de belles pommes en plus, qui sont pas sulfatées, qui ont poussé sans engrais, tout ça. Donc ça, on a des pommes bio, elles sont bonnes. [...] Il y a une chose qui a beaucoup produit , vous qui parliez du quantitatif et du qualitatif, c'est les côtes de blettes. [...] Ça donne l'impression de faire quelque chose et d'avoir comme un revenu, et qu'on s'achète des légumes. »
U7 S2 :	« Là, évidemment, on a le profit, l'avantage d'avoir des légumes du jardin. Donc ça, c'est aussi ça, quoi. »
U2 S2 :	« C'est que quand on a envie de manger et qu'on n'a rien, ben, on cultive pour avoir quatre choses pour grignoter quand c'est le moment de la cueillette. »
U6 S2 :	« On a ramassé des noix. Ok. J'avais ramené de la salade. On est reparti chacun avec notre petit pochon de salade. »
U3 S1 :	« C'est le luxe un peu. Le luxe vert. »
U6 S2 :	« C'est mieux. Ils ont plus de goût. [...] Les côtes de blettes. J'en ai quasiment ramené à chaque fois. »

Pour finir cette partie, nous relevons que **l'activité de jardinage a cette particularité unique parmi les activités thérapeutiques d'avoir un intérêt économique à travers la diminution des dépenses alimentaires.** L'accessibilité à des fruits et légumes de qualité semble donc avoir son importance pour nos participants. On la retrouve aussi dans de nombreuses études qualitatives. (13)

Rappelons que de nombreux patients atteints de troubles psychiatriques sévères touchent l'AAH. Dans une étude parue en 2022 étudiant la prévalence des bénéficiaires de l'AAH par pathologie en France, les pathologies les plus fréquentes étaient de loin les maladies psychiatriques (44 % ou même 61 % en y ajoutant les traitements psychotropes chroniques sans diagnostic retrouvé).(183) Or les personnes bénéficiant de cette aide (depuis Avril 2024 l'AAH est passé à 1016 euros/mois) sont au-dessus du niveau de grande pauvreté (<965€/mois) mais toujours bien **en dessous du seuil de pauvreté** français (<1 158€/mois).(184)

Il nous semble important de replacer ces informations dans le contexte social actuel d'inflation, qui touche particulièrement les produits alimentaires (14% en 2022) et qui

s'accompagne d'une forte hausse de la précarité alimentaire (185) en France. Celle-ci a été bien documentée par le *Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc)* dans une étude publiée en mai 2023 en collaboration avec **l'INRAE** et **l'Université de Bordeaux**. (186)

Selon eux, la **précarité alimentaire** passe en quatre mois de 12 à 16% entre juillet et août 2022, alors qu'elle n'avait augmenté que de 3% entre 2016 et 2022. Elle est à la fois **qualitative**, les personnes ne mangent pas ce qu'ils souhaiteraient (42 à 45% entre 2016 et 2022) et **quantitative**, ils n'ont pas assez à manger (9% à 16% entre 2016 et fin 2022). Cette prévalence augmente dans certaines populations : **22% des personnes ayant des problèmes de santé chronique** seraient touchés contre 12% des personnes se déclarant en bonne santé ; 26% des personnes isolées ; 34% des personnes ayant un problème de logement. Cette hausse serait directement liée à l'inflation qui passe entre décembre 2021 et janvier 2023, de 2% à 15% pour la nourriture. (187)

Ce problème est bien connu dans les pays au revenu moyen plus faible et de nombreuses études liant insécurité alimentaire et troubles psychiatriques ont été publiés. L'insécurité alimentaire a ainsi été liée à la dépression(188), la détresse mentale et à l'idéation suicidaire (189). D'autres études ont identifié les sentiments d'impuissance, de honte, de souffrance et d'humiliation comme un aspect central de l'expérience de l'insécurité alimentaire(190,191).

Or, une étude Ougandaise montre qu'en Afrique et dans d'autres pays à faible et moyen revenu (PFMR), posséder un jardin ou participer au jardinage est associé à une **augmentation de la sécurité alimentaire** et de la nutrition. (192)

Ainsi le jardin pourrait avoir un effet thérapeutique en limitant ce sentiment d'insécurité alimentaire.

IV. Discussion

IV.1. Mise en perspective des résultats

Nos entretiens avec les participants au programme de jardinage thérapeutique, organisé par « *Terres d'Hippocrate* » en collaboration avec des structures extrahospitalières de Gap, ont révélé des aperçus précieux sur le vécu de leur pathologie et leurs vécus au jardin. En mettant en regard ces deux parties, nous espérons proposer un modèle explicatif de l'action thérapeutique du jardinage et ainsi permettre de mieux le situer comme outil de soin extrahospitalier en psychiatrie.

Nos résultats ont montré que le programme de jardinage semble répondre efficacement à un certain nombre de difficultés que les participants associaient à leur pathologie. Cette étude a montré que la pathologie psychiatrique est souvent vécue comme une succession de crises et de moments de stabilités précaires. L'intervention que nous étudions étant extrahospitalière, ces moments entre les crises nous intéressent particulièrement. Ils semblent caractérisés par une recherche d'équilibre constamment menacée, entre ouverture et fermeture à son environnement parfois considéré comme source de stress, d'angoisse, voire d'agressivité. Le risque perçu par les participants étant le repli sur soi, annonciateur d'une nouvelle crise. **L'activité de jardinage nous a paru répondre efficacement à ce besoin d'ouverture, sans pour autant paraître anxiogène pour les participants.** Nous avons essayé d'en dégager les raisons exposées lors des entretiens.

L'environnement du jardin, par son caractère familial, beau, naturel, hors de la ville et en interaction avec le vivant, semble offrir un sentiment de sécurité, de calme et d'apaisement propice aux interactions sociales, aux apprentissages, et au travail thérapeutique. L'activité de jardinage en elle-même, en proposant une activité stimulante, manuelle, créative et physique, en lien direct avec ce lieu, facilite cette ouverture et amène les jardiniers dans un rythme lent et régulier, cyclique et prédictible, qui s'adapte à chacun et invite ainsi au respect. Enfin, elle est motivante, et gratifiante, source de plaisir, de fierté et surtout de fruits et de légumes ! La « récompense » concrète permet de répondre à des besoins essentiels et assurent ainsi une stabilité nécessaire, d'autant plus qu'elle est le fruit d'un travail régulier qui vient assurer un sentiment d'autonomie indispensable au rétablissement.

Notre étude permet de mettre en relief le potentiel thérapeutique mais aussi préventif de l'activité de jardinage en psychiatrie. Nous pouvons ainsi affirmer que cette activité semble diminuer

de nombreux facteurs de risque liés au développement et aux rechutes des troubles psychiatriques. Nous pensons particulièrement à la diminution du stress, de l'isolation sociale et de l'insécurité alimentaire mais aussi à l'augmentation de l'activité physique et à la réinsertion professionnelle.

De manière similaire, les résultats de notre étude font écho à ceux du Dr Gardette en 2022 (13) qui a évalué le vécu de patients souffrants de pathologies cardio-vasculaires après une saison de jardinage organisé avec la même association « *Terre d'Hippocrate* » dans le même jardin. Nos résultats sont également proches des résultats des études qualitatives réalisées sur le sujet à travers le monde. (144,160,193,58) On peut donc supposer que la nature des bienfaits du jardinage rapportés par les participants est similaire quelle que soit la culture ou la pathologie. Dans une revue systématique de 2019 sur l'impact de ferme thérapeutique sur l'anxiété et la dépression, un travail de recensement et de classification des résultats d'analyse qualitative est réalisé. Il est représenté dans le tableau ci-après, où l'on peut constater de nombreux points communs avec notre étude. (193)

Category (containing qualitative findings)	Rank* (nth of 15 categories) across different client groups**			
	All client groups (n = 18 studies/n = 177 findings)	MH/SM (n = 12 studies/n = 118 findings)	DY (n = 4 studies/n = 37 findings)	LD (n = 4 studies/n = 59 findings)
Achievement and satisfaction	3	3	11	3
Belonging/nonjudgement	2	2	4	1
Creating a new identity	13	15 (no findings)	13 (no findings)	7
Distraction	10	11	13 (no findings)	12 (no findings)
Feeling safe	2	5	3	6
Feeling valued/respected	4	8	5	5
Learning skills	3	9	8	7
Meaningfulness	2	6	8	4
Nurturing	5	12	12	10
Physical health	2	7	5	11
Reflection	4	14 (no findings)	8	12 (no findings)
Social relationships	5	3	1	2
Stimulation	5	13	13 (no findings)	7
Structure	4	10	5	7
Understanding the self	1	1	2	5

Tableau de résultats des mécanismes de fonctionnement du jardinage selon la pathologie des patients, extrait en anglais d'une étude (193)

Ces résultats vont dans le sens général des différentes méta-analyses et études, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, citées dans les parties précédentes. Elles trouvent que l'activité de jardinage améliore l'humeur et diminue l'anxiété ; améliore la qualité de vie et le bien-être global à travers de nombreux facteurs comme par exemple l'effet prosocial, le renforcement de l'estime

de soi et le sentiment d'autonomie ; et améliore la santé physique à travers l'activité physique, la modification de son régime alimentaire ou encore la réduction du stress physiologique. (58,66)

Au total, cette activité semble bénéfique tant au niveau de la santé physique, psychique que social. Notons que les preuves scientifiques, malgré leurs nombres, manquent de solidité étant donné l'hétérogénéité des pratiques et des méthodes utilisées. (67)

IV.2. Théories explicatives

Les résultats bénéfiques sur la santé psychique semblent établis, mais on peut s'interroger sur les mécanismes en causes.

Il existe de nombreuses théories pour expliquer les bienfaits de la psychothérapie médiatisée par une activité. Elles peuvent être d'inspiration psychanalytique, institutionnelle ou cognitivistes. Elles peuvent venir du milieu de la psychologie, de la psychiatrie ou de l'ergothérapie. Elles peuvent se décliner selon qu'elles se déroulent en institution ou non, en groupe ou non, dans un environnement ou un autre, une culture ou une autre. Nous ne développerons pas ici ces différentes théories, même si elles peuvent expliquer en partie l'effet thérapeutique observé lors des activités de jardinage. Nous nous attacherons ici plutôt à décrire les théories spécifiques au jardinage et aux activités en contact avec la nature.

Les théories explorant le lien thérapeutique à la nature s'inscrivent en réaction à un **phénomène d'urbanisation croissant**. Au début du XIXe siècle, 3 % des gens sur la planète vivaient dans des zones urbaines, contre 50 % maintenant. En France comme aux États-Unis, l'urbanisation atteint maintenant 80 % de la population. (160,194)

L'expansion rapide des villes dans cette période fit naître l'idée qu'elles étaient responsables de la mauvaise santé des gens. C'est l'époque où naît la « **neurasthénie** », maladie décrite pour la première fois en 1869 par le médecin **George Miller Beard** comme une « *maladie de la civilisation* ». (195) Les patients présentaient un manque invalidant d'énergie mentale et physique, souvent associé à d'autres symptômes comme insomnie, anxiété et irritabilité. On peut donc le voir comme l'ancêtre du trouble anxio-dépressif. La thérapie était « *la cure de repos* » (pour les femmes) ou « *l'aventure* » (pour les hommes). Walt Whitman et Theodore Roosevelt par exemple, choisirent la cure naturelle. (160)

Les premières théories scientifiques sur le sujet s'inscrivirent dans le courant de pensée évolutionniste. Jules Pretty, spécialiste de l'environnement, calcula que « *Si vous condensez l'histoire de l'humanité en une semaine, en commençant le lundi, notre monde moderne émerge à peu près trois secondes avant minuit, le dimanche.* » (196) **La théorie est donc que notre cerveau rencontrerait des difficultés à traiter les informations d'un monde si différent de celui qui l'a fait évoluer.** Nombre d'effets négatifs en résulteraient sur notre santé mentale.

IV.2.1. Théorie de la Savane

Pour tester cette théorie, **Gordon Orians** développe en 1980 l'**hypothèse de la Savane**. Il postule que si l'attraction des humains pour la nature est le fruit des années d'évolution, elle devrait être particulièrement prononcée pour les paysages de savane africaine, où les conditions de vie étaient assez agréables pour se développer. Son postulat s'avère juste, car il démontre que des sujets issus de milieux culturels différents, ont des niveaux élevés et identiques de réponses positives à des décors naturels spécifiques qui sont ceux ressemblant à la savane : « *un paysage d'herbes hautes, ponctué d'arbustes, où se détache çà et là, l'imposante et altière silhouette d'un acacia* ». (197)

Les paysages « *parc* » ou « *savane* » permettent de voir au loin et de se protéger des regards. Le géographe Jay Appleton, dans les années 1970, fonde une psychologie du paysage et développe la « *théorie de l'habitat* »(198). Il postule que, pour des raisons de survie, nous avons besoin de réguler la possibilité de voir sans être vu. Ainsi, nous évaluons automatiquement notre environnement en fonction des potentiels dangers et protections qu'il abrite, et nous développons une préférence innée pour des environnements qui permettent des perspectives, tout en offrant les qualités d'un refuge. D'autres équipes ont depuis confirmé ces hypothèses, et ont fait évoluer leurs théories avec d'autres expériences de psychologie en laboratoire, ainsi que des données archéologiques. (199,200)

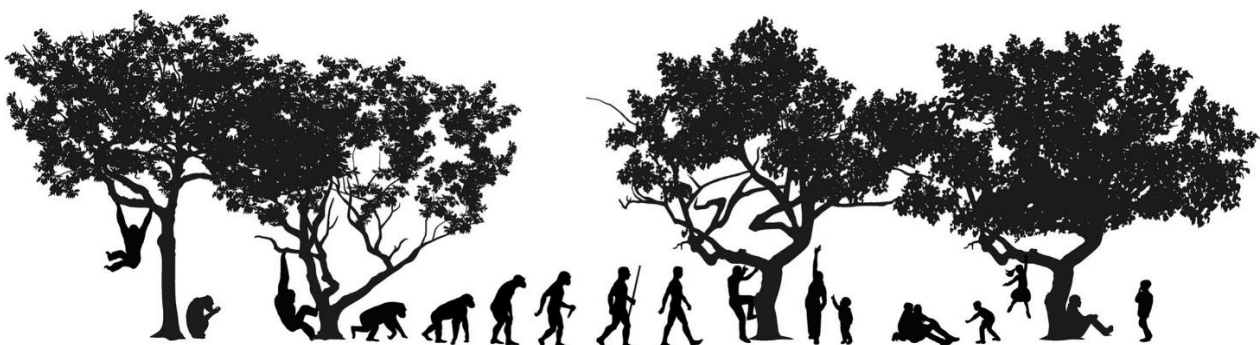


Image tirée de l'article "The impact of ancient tree form on modern landscape preferences"(199)

Les jardins qui offrent **des espaces de vue dégagés tout en ayant aussi des recoins**, avec à la fois arbres et potagers, permettraient ainsi de reproduire un peu ces paysages rassurants et pourraient ainsi participer à l'effet anxiolytique retrouvé dans notre étude.

IV.2.2. Théorie de la restauration de l'attention

Les psychologues **Rachel et Stephen Kaplan** (137) ont développé la **théorie de la restauration de l'attention** dans les années 1980. Toujours inspirée par les théories évolutionnistes, elle postule que des modes d'attention paisibles et immersifs ont pu aider nos ancêtres à survivre en milieu naturel, en leur permettant d'être plus productifs à la chasse et la cueillette, activités qui dépendent d'un type d'attention qu'il faut maintenir longtemps avec peu d'effort.

Leur théorie de la restauration de l'attention se fonde donc sur l'idée que le cadre naturel serait reposant, et augmenterait notre capacité d'attention. De nombreuses études réalisées depuis viennent confirmer cette théorie. L'une d'elles a démontré, par exemple, qu'un groupe d'étudiants à qui l'on avait demandé de marcher 45 minutes dans un espace arboré avant de passer un examen avait un taux de performance supérieur de 20 % à celui d'un groupe similaire qui avait marché dans des rues passantes. (201–203)

Une des chercheuses dans ce domaine est **Agnes van den Berg**, qui est psychologue environnementaliste, et étudie les formes naturelles. Celles-ci obéiraient à une géométrie dite « **d'autosimilarité** », leurs motifs se répétant à différentes échelles proches d'une structure fractale. On la remarque de manière privilégiée dans les arbres. Notre cerveau serait principalement à la recherche de schémas, pour faire des prévisions rapides à partir des nombreuses informations sensorielles qu'il reçoit. La structure fractale lui faciliterait le travail grâce à son fort élément de prévisibilité, et on pourrait ainsi avoir une vision d'ensemble en comblant rapidement les vides. (204) Grâce à ce type de structure, les paysages naturels seraient propices au « *traitement fluide de l'information visuelle* ». (205) Il se mesure entre autres grâce au taux de fixation de l'œil. Nous sommes capables de regarder sans effort l'ensemble d'un environnement naturel en un minimum de fixations de l'œil. Les environnements construits, explique-t-elle, sont remplis d'irrégularités, de formes angulaires. Or, la recherche a montré que, inconsciemment, quand nous les parcourons du regard, nous avons besoin d'un nombre beaucoup plus grand de fixations pour rassembler l'information visuelle nécessaire, ce qui implique un surcroît d'énergie pour analyser ce que nous voyons. Au contraire, la nature demande des efforts moins grands ; pour citer van den Berg, « ***la nature ne fatigue pas l'esprit*** ».

Toujours dans ce même champ théorique, le médecin **Esther Sternberg** dit de la **couleur verte** qu'elle est « *le mode par défaut de nos cerveaux* » (206) car « *le gène pigmentaire photorécepteur apparu le premier dans l'histoire de l'évolution est le plus sensible à la distribution spectrale du soleil et aux longueurs d'onde de la lumière reflétée par les plantes* ». Il semblerait donc qu'elle ne demande pas d'ajustement à l'œil, ce qui pourrait participer à l'action apaisante des paysages verts.



Photo d'arbre en contrejour pour illustrer leur aspect fractal

IV.2.3. Théorie de la biophilie

Le biologiste et entomologiste **E. O. Wilson**, de l'université de Harvard, a créé le concept de **biophilie**. (207) Il avançait donc l'idée qu'il existe une tendance innée chez les êtres humains à aimer le vivant. (208) L'hypothèse de Wilson se fonde sur les travaux d'Orians, et donc sur le fait que le monde naturel a exercé une influence déterminante sur l'évolution de notre fonctionnement cognitif et affectif. Ceux qui étaient le plus à l'écoute de la nature et le mieux prédisposés à apprendre auprès du monde des plantes et des animaux auraient mieux survécu que les autres. (207) On retrouve ici une théorie proche de celle du père fondateur de l'hortithérapie Karl Menninger, déjà évoquée dans la partie III.

Le plus évident est le contact humain. Des études en laboratoire (209–211) ont démontré l'effet de la végétation sur notre capacité à faire confiance. L'une d'elles a découvert que la présence de plantes d'intérieur ou la vision de la nature plutôt que de la ville favorisait des prises de décisions

plus inspirées par la générosité et la confiance. L'effet était d'autant plus marqué que l'immersion était complète. Une autre étude, menée en Corée, a découvert que les paysages agréables activaient les zones cérébrales qui génèrent l'empathie. (212) Un accroissement de la générosité était confirmé par des tests psychologiques passés après l'imagerie.

Or la confiance est primordiale dans notre capacité à apprendre de ses pairs. Selon **György Gergely et Gergely Csibra**, psychologues cognitivistes, et leur théorie en « *psychologie naturelle* » (212), notre espèce est plutôt adaptée à la vie en petit groupe. Au-delà d'un certain nombre, nous diminuons la qualité des liens aux autres ce qui aurait un impact sur notre bien-être affectif et notre développement cognitif. D'après elles, notre survie dépendait du partage d'informations entre les membres proches d'un groupe. Notre cerveau serait donc plus réceptif à l'acquisition de nouvelles connaissances quand nous sommes en confiance dans un petit groupe. C'est ce qu'elles appellent la « **confiance épistémique** ».

De manière moins intuitive, notre évolution s'est aussi faite grâce aux liens que nous avons pu créer avec le vivant, même s'il est invisible à l'œil nu. **Christopher Lowry**, spécialiste des neurosciences, a découvert il y a environ dix ans que de petites quantités d'une bactérie communément répandue dans le sol peuvent augmenter le niveau de sérotonine dans le cerveau. (213) ***Mycobacterium vaccae*** serait présent dans les sols enrichis de fumier et de compost, et serait inhalé et ingéré lors d'action de bêchage et de désherbage. Elle ferait partie de notre microbiote, et aurait une action sur la régulation de notre système immunitaire. Des souris exposées à *Mycobacterium vaccae* ont des niveaux inflammatoires plus bas, une résilience améliorée au stress et arrivent à résoudre un test de labyrinthe en deux fois moins de temps que les autres (214). Ces bactéries activeraient le système microgliale au moyen de mécanismes inconnus, ce qui réduirait l'inflammation cérébrale. Elles agiraient aussi directement sur la partie du système sérotoninergique qui envoie la sérotonine au cortex préfrontal et à l'hippocampe, ce qui explique peut-être pourquoi les souris qui en consomment donnent l'impression d'être de meilleure humeur et pourquoi leurs fonctions cognitives et leur mémoire s'améliorent.

Les effets de *Mycobacterium vaccae* chez les êtres humains ne sont pas encore bien établis, et la mesure de ces effets dans un jardin est difficile, notamment parce qu'il y a probablement d'autres groupes de bactéries communément répandues dans le sol qui améliorent l'état psychiatrique. Une cuillère à thé de terre de jardin contient environ un milliard de bactérie. Les jardiniers disposeraient d'ailleurs d'un microbiote plus varié. Les différentes recherches suggèrent que divers métabolites bactériens produits dans les intestins aident à stimuler le nerf vague, et

stimule ainsi notre système parasympathique. D'autres métabolites « échangent des informations » avec les microglies cervicales pour diminuer fortement l'état inflammatoire du cerveau lié à la dépression. (215,216)

En conclusion, ces théories nous permettent d'inscrire nos résultats dans un cadre de recherche plus globale et ainsi de mieux les appréhender. Pour l'instant on ne dégage pas de mécanisme unique pouvant expliquer les effets thérapeutiques du jardin sur les participants mais une multiplicité d'effets synergiques.

IV.3. Les forces et les faiblesses de notre étude

IV.3.1. Forces

Encore peu d'études existent en France sur le sujet du jardin comme outil thérapeutique en psychiatrie, et c'est la première à notre connaissance qui se consacre exclusivement à l'aspect extrahospitalier, et qui offre un tel cadre d'expérimentation. En effet, ce jardin n'appartient pas à une structure de soin mais à une structure associative créée pour faire de la prévention cardiovasculaire. Il est donc partagé avec d'autres personnes ayant des pathologies très différentes.

Nous avons vu qu'une des limites des études sur le sujet était leur hétérogénéité. En réalisant une étude avec une méthodologie proche de celle du Dr Gardette il y a deux ans, au sein du même jardin, mais avec des patients différents ayant des pathologies différentes, nous avons trouvé des résultats qui sont assez proches. Cela permet de supposer une certaine reproductibilité de ces résultats dans un environnement donné.

Les entretiens se sont tous bien déroulés, dans un climat de confiance, grâce au bon accueil des patients et de l'équipe soignante.

La triangulation des données a permis d'augmenter la validité interne de notre étude. Nous avons pris soin de ne pas lire d'études sur le sujet avant nos entretiens et notre analyse pour ne pas biaiser nos résultats. Ils vont pourtant bien dans le sens de la littérature scientifique actuelle sur le sujet, ce qui assure une validité externe à notre recherche.

IV.3.2. Faiblesses

La première faiblesse de cette recherche est notre manque d'expérience en méthode qualitative. C'était en effet la première que nous réalisions et cela a certainement influencé la qualité des entretiens et des résultats. Bien que nous ayons essayé de prendre une position de chercheur et de nous détacher de notre travail de psychiatre, notre expérience pratique d'interne en psychiatrie a forcément influencé notre manière de mener ces entretiens.

Nous déplorons le fait que les participants ayant réalisé un premier entretien n'ont pas tous pu être vu lors d'un deuxième entretien. Cela était principalement dû à des contraintes logistiques (déménagement de ces participants loin des lieux d'entretiens).

Une autre limite de l'étude est sa temporalité. Elle est réalisée sur une saison, alors qu'il pourrait être intéressant de voir l'évolution à plus long terme, l'activité de jardinage s'inscrivant intrinsèquement dans une temporalité longue.

IV.3.3. Ouverture

Notre étude a mis en évidence le potentiel préventif de l'activité de jardinage en psychiatrie. Il nous semblerait donc intéressant de pouvoir l'affirmer grâce à des études quantitatives. Ainsi on pourrait par exemple vérifier que la pratique du jardinage en extrahospitalier permet de limiter le nombre de ré-hospitalisation ou l'escalade thérapeutique chez des personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères en France.

V. Conclusion

Dans cette thèse, nous avons exploré le jardinage comme un outil de soin extrahospitalier en psychiatrie. Nous avons souligné l'interconnexion profonde entre le jardin et la psychiatrie, dans notre culture et notre histoire. Cette exploration s'est appuyée sur des récits historiques et des recherches scientifiques modernes. Elle a révélé la présence du jardinage dans le soin mental depuis l'Antiquité et son influence positive sur la qualité de vie des malades.

Nous avons ensuite exposé les enjeux de santé publics liés aux troubles psychiatriques en France. Des objectifs politiques en découlent, insistant sur l'importance de la prévention, de la stabilité du parcours de soin, et de l'amélioration des conditions de vie des personnes atteintes. Ils réaffirment le rôle crucial des outils de réhabilitation psycho-sociales dans une démarche de rétablissement.

Notre étude qualitative nous a permis de mieux comprendre les bénéfices thérapeutiques du jardinage. Elle a été réalisée avec des personnes suivies pour des troubles psychiatriques sévères grâce à des entretiens faits avant et après leur participation à un programme de jardinage. Cette activité, accompagnée par des soignants et encadrée par un animateur, a révélé des effets positifs sur le bien-être physique, psychologique et social des participants. Ces résultats sont cohérents avec ceux de la communauté scientifique.

Nos résultats confirment la perception du jardin comme un environnement naturel extérieur clos, offrant à la fois liberté et sécurité. Il contient une grande diversité de stimuli non agressifs, participant ainsi à créer un état de stimulation apaisée. Fortement enraciné dans notre culture, il recèle une richesse de souvenirs, de symboles et de croyances qui rendent les interactions sociales plus fluides, et lui confère une certaine attractivité.

La pratique du jardinage permet d'interagir avec cet environnement de manière ludique en proposant une activité créatrice gratifiante. Elle permet d'acquérir des produits alimentaires de qualité, et ainsi d'améliorer directement la qualité de vie. Pour cela, il faut faire travailler son corps, ce qui permet une dépense physique adaptée, et son esprit, en s'organisant dans l'espace et dans le temps du jardin. Elle est source de plaisir, de fierté, et invite à la collaboration et à l'entraide plutôt qu'à la compétition. Elle impose un rythme et un cadre rassurant et tolérant, favorisant l'apprentissage et l'autonomisation.

Il en résulte un environnement propice au travail thérapeutique des participants, permettant de développer un lien de confiance et d'ouverture tout en gardant une stabilité grâce à un enracinement fort dans une réalité concrète. Ces effets positifs ont aussi un potentiel préventif : nos résultats mettent en lumière une action sur de nombreux facteurs prouvés comme étant liés au développement et aux rechutes de troubles psychiatriques.

En somme, l'activité de jardinage se révèle être un outil thérapeutique extrahospitalier prometteur, bien que sous-exploité. En tant que pratique de réhabilitation psychosociale, il s'inscrit harmonieusement dans les objectifs politiques de santé mentale actuels, contribuant à l'amélioration du bien-être, du parcours de soin et des conditions de vie des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique, tout en renforçant la prévention dans ce domaine.

Bibliographie

1. française A. jardin | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition [Internet]. [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9J0104>
2. jardin - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/jardin>
3. UNE BREVE HISTOIRE : du jardin - Gilles Clément - EDITIONS DU 81 - Grand format - Dédicaces RUEIL MALMAISON [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.librairie-dedicaces.fr/livre/9782915543650-une-breve-histoire-du-jardin-gilles-clement/>
4. La thérapeutique par les plantes à travers les âges (I) | Le blog de Gallica [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/blog/01012013/la-therapeutique-par-les-plantes-travers-les-ages-i?mode=desktop>
5. Maspero G (1846 1916) A du texte. Histoire ancienne des peuples de l'Orient classique. II / G. Maspero [Internet]. 1895 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k61228523>
6. Hariot P (1854 1917) A du texte. Atlas colorié des plantes médicinales indigènes,... par Paul Hariot,... [Internet]. 1900 [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6149866v>
7. Incubation (rite). In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Incubation_\(rite\)&oldid=204292123](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Incubation_(rite)&oldid=204292123)
8. texte D (00 00) A du. De medica materia ([Reprod.]) [Internet]. 1537 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k593736>
9. Fragments du traité sur les plantes de Dioscoride. | Gallica [Internet]. [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b84229648/f143.image>
10. Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux n°133-134 [Internet]. 2024 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.bnds.fr/edition-numerique/revue/rsfhh/rsfhh-133>
11. Le jardin persan, un havre et une quête. La Croix [Internet]. 11 août 2021 [cité 4 avr 2024]; Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Culture/Le-jardin-persan-havre-quete-2021-08-11-1201170347>
12. Dupouy E (1838? 1920) A du texte. Le Moyen âge médical, les médecins au moyen âge, les grandes épidémies, démonomanie, sorcellerie, spiritisme... / Dr Edmond Dupouy [Internet]. 1888 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5432067k>
13. Gardette J. De la terre à l'artère: une expérimentation utilisant un jardin comme vecteur thérapeutique pour des patients souffrant de pathologies cardiovasculaires sur le territoire gapençais. 2022;
14. Pringuey-Criou F. Introduction au concept de jardins de soins en psychiatrie. L'Encéphale. 1 oct 2015;41(5):454-9.

15. Babelio [Internet]. 2024 [cité 3 avr 2024]. Le jardin perdu - Jorn de Précý. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Precy-Le-jardin-perdu/316644>
16. HUGONOT JC. Le jardin dans le proche-orient ancien [Internet] [These de doctorat]. Université Marc Bloch (Strasbourg) (1971-2008); 1986 [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://theses.fr/1986STR20035>
17. Quand jardiner soigne Initiation pratique aux jardins thérapeutiques - broché - Denis Richard - Achat Livre | fnac [Internet]. 2024 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.fnac.com/a3410032/Denis-Richard-Quand-jardiner-soigne>
18. BnF Essentiels [Internet]. 2024 [cité 4 avr 2024]. Nuage de miséricorde pour la bénédiction universelle. Disponible sur: <https://essentiels.bnf.fr/fr/image/6e132ec0-53a3-4541-96f9-df6995fde385-nuage-misericorde-pour-benediction-universelle-1>
19. ResearchGate [Internet]. 2024 [cité 4 avr 2024]. Figure 2. Plan du bîmâristân Qaymarî, à Damas. (Avec l' autorisation... Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/Plan-du-bimaristan-Qaymari-a-Damas-Avec-l-autorisation-des-editions-L-Harmattan_fig2_28143783
20. Gorini R, Baggieri G, Giacomo M. Internement et Traitement de la Maladie Mentale au Moyen-Âge islamiste: l'exemple des Bîmarîstâns au Maroc et en Syrie. Antropo ISSN 1578-2603 Vol 7 2004 Pags 99-104.
21. ResearchGate [Internet]. 2024 [cité 3 avr 2024]. Figure 2. Plan du bîmâristân Qaymarî, à Damas. (Avec l' autorisation... Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/Plan-du-bimaristan-Qaymari-a-Damas-Avec-l-autorisation-des-editions-L-Harmattan_fig2_28143783
22. Restorative gardens: the healing landscape. In: Choice Reviews Online [Internet]. 1999 [cité 3 avr 2024]. p. 36-4483-36-4483. Disponible sur: <http://choicereviews.org/review/10.5860/CHOICE.36-4483>
23. Souter-Brown G. Landscape and Urban Design for Health and Well-Being: Using Healing, Sensory and Therapeutic Gardens. London: Routledge; 2014. 340 p.
24. Châtillonnais [Internet]. [cité 4 avr 2024]. « L'Abbaye de Clairvaux au temps de saint Bernard » une conférence de François Poillotte. Disponible sur: <http://www.christaldesaintmarc.com/l-abbaye-de-clairvaux-au-temps-de-saint-bernard-une-conference-de-fran-a117296322>
25. Je bulle en Champagne [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Jardin de l'Abbaye de Trois Fontaines TROIS-FONTAINES-L'ABBAYE. Disponible sur: <https://www.jebulle.com/suggestions/PNACHA051FS00009/detail/trois-fontaines-l-abbaye/jardin-de-l-abbaye-de-trois-fontaines>
26. DE WATIEVILLE, A. Rapport à M. le ministre de l'Intérieur sur l'administration des hôpitaux et des hospices. Paris: Imprimerie nationale, 1851, p. 18, Archives de l'AP-HP, cote C211 -I. In.
27. Grandes et petites histoires sur les hôpitaux parisiens [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.paris.fr/pages/grandes-et-petites-histoires-sur-les-hopitaux-parisiens-7694>
28. La folle monomane du jeu (Source : Musée des Beaux-arts de Lyon) [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://storiiies.cogapp.com/viewer/824g2/La-folle-monomane-du-jeu-Source-Muse-des-Beauxarts-de-Lyon?embed=true>

29. Wellcome Collection [Internet]. 2024 [cité 3 avr 2024]. De la construction et de la direction des asiles d'aliénés. Disponible sur: <https://wellcomecollection.org/works/e35vm4rk/items>
30. Dheur P, undefined. Dr P. Dheur,... La Maison de santé d'Esquirol. Paris: Asselin et Houzeau; 1898.
31. Ferrus G (1784 1861) A du texte. Des Aliénés, considérations : 1° sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessité d'en créer de nouvelles en France... 2° sur le régime hygiénique et moral... 3° sur quelques questions de médecine légale,... par G. Ferrus,... [Internet]. 1834 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k57310440>
32. www.bibliopolis.com. L'Intersigne Livres Anciens. 2024 [cité 3 avr 2024]. Des aliénés, Considérations 1° sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessité d'en créer de nouvelles en France et. Disponible sur: https://www.livresanciens.eu/loc/fr_FR/pages/books/21026/ferrus-guillaume-marie-andre/des-alienes-considerations-1-sur-letat-des-maisons-qui-leur-sont-destinees-tant-en-france-que-n
33. Sainte-Anne [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/hp/stanne/p1.htm>
34. Rapport général à M. le ministre de l'intérieur sur le service des aliénés en 1874: Par les inspecteurs généraux du service MM. les Drs. Constans, Lunier et Dumesnil. Impr. Nation; 1878. 612 p.
35. BRIERRE DE BOISMONT, Alexandre Jacques-François. « Étude bibliographique et pratique sur la colonisation appliquée au traitement des aliénés •. Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 2• série, tome XVII (1862, 1^{er} trimestre), p. 380-427. In.
36. 150cent [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Colonie de Fitz James. Oise. Album de photographies. 1860. Disponible sur: <https://150cent.com/produit/1vdz8mrkgk/>
37. Favereau E, Artières P. Libération. 2024 [cité 3 avr 2024]. Quand le Dr Tosquelles combat la faim à Saint-Alban. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2016/07/31/quand-le-dr-tosquelles-combat-la-faim-a-saint-alban_1469579/
38. Granet C. Margeride en gévaudan. 2020 [cité 3 avr 2024]. L'hôpital psychiatrique de Saint-Alban - Une histoire fascinante ! Disponible sur: <https://www.margeride-en-gevaudan.com/hopital-psychiatrique-de-saint-alban/>
39. 3. Pierre Louis Laget - Les jardins hospitaliers comme espace d'agrément et outil thérapeutique [Internet]. 2014 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=2P-oiM5mi9o>
40. Le jardin d'hospitalité | AP-HM [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/culture/hopital-euro-mediterraneen/ateliers-euro-mediterranee/jardin-d-hospitalite>
41. Altman G, Patel N. Horticultural Therapy: An Ancient Technique in a Modern World. Dev Sanskriti Interdiscip Int J. 31 janv 2021;17:62-7.

42. Un jardin pour l'âme les pouvoirs bienfaisants de la nature - Marjorie Harris - Achat Livre | fnac [Internet]. 2024 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.fnac.com/a281581/Marjorie-Harris-Un-jardin-pour-l-ame>
43. Hortithérapie [Internet]. Fédération Française Jardins Nature et Santé. 2024 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://f-f-jardins-nature-sante.org/hortitherapie>
44. Jardins thérapeutiques [Internet]. Fédération Française Jardins Nature et Santé. 2024 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://f-f-jardins-nature-sante.org/jardins-therapeutiques>
45. Fédération Française Jardins Nature et Santé [Internet]. 2024 [cité 4 avr 2024]. Accueil. Disponible sur: <https://f-f-jardins-nature-sante.org/>
46. Chan HY, Ho RCM, Mahendran R, Ng KS, Tam WWS, Rawtaer I, et al. Effects of horticultural therapy on elderly' health: protocol of a randomized controlled trial. BMC Geriatr. 29 août 2017;17(1):192.
47. Bail JR, Frugé AD, Cases MG, De Los Santos JF, Locher JL, Smith KP, et al. A home-based mentored vegetable gardening intervention demonstrates feasibility and improvements in physical activity and performance among breast cancer survivors. Cancer. août 2018;124(16):3427-35.
48. Gatto NM, Ventura EE, Cook LT, Gyllenhammer LE, Davis JN. LA Sprouts: a garden-based nutrition intervention pilot program influences motivation and preferences for fruits and vegetables in Latino youth. J Acad Nutr Diet. juin 2012;112(6):913-20.
49. SLU.SE [Internet]. 2024 [cité 4 avr 2024]. Horticultural Science - Master's Programme | Studentwebben. Disponible sur: <https://student.slu.se/en/studies/courses-and-programmes/masters-programmes/horticultural-science/>
50. Thrive [Internet]. 2024 [cité 4 avr 2024]. Diploma in Social and Therapeutic Horticulture (non-OFQUAL regulated). Disponible sur: <https://www.thrive.org.uk/get-training/diploma-in-social-and-therapeutic-horticulture-non-ofqual-registered>
51. British Columbia Horticulture and Horticultural University Programs [Internet]. 2024 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: https://www.canadian-universities.net/Universities/Programs/Horticulture_and_Horticultural-British_Columbia.html
52. THE STATUS OF HORTICULTURAL THERAPY AROUND THE WORLD: PRACTICE, RESEARCH, EDUCATION - AUSTRIA, GERMANY, SWITZERLAND | International Society for Horticultural Science [Internet]. 2024 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: http://www.actahort.org/books/954/954_25.htm
53. Uchida H, Hirata F, Mino N, Toyoda M, Yamashita M, Tachibana T, et al. The related factors of frailty risk in Japanese elderly women. World Automation Congress Proceedings. 2012. 1 p.
54. Education [Internet]. Therapeutic Horticulture Australia. 2024 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://tha.org.au/education/>
55. PRACTICE OF HORTICULTURAL THERAPY IN SOUTH KOREA | International Society for Horticultural Science [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: http://www.actahort.org/books/954/954_24.htm

56. Sudres, J.-L. (2012). Se former en Hortithérapie : et après ? (p. 1). 3ème Symposium Jardins & Santé: les jardins à but thérapeutique, Paris.
57. Horticultural Therapy Worldwide » Wilmot Botanical Gardens » College of Medicine » University of Florida [Internet]. 2024 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://wilmotgardens.med.ufl.edu/2022/09/15/horticultural-therapy-worldwide/>
58. Panțiru I, Ronaldson A, Sima N, Dregan A, Sima R. The impact of gardening on well-being, mental health, and quality of life: an umbrella review and meta-analysis. *Syst Rev*. 29 janv 2024;13(1):45.
59. The benefits of gardening for older adults: a systematic review of the literature. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet] [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2013 [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK159779/>
60. Diener E, Pressman SD, Hunter J, Delgadillo-Chase D. If, why, and when subjective well-being influences health, and future needed research. *Appl Psychol Health Well-Being*. 2017;9(2):133-67.
61. Diener E, Biswas-Diener R. Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth. Malden: Blackwell Publishing; 2008. xiv, 290 p. (Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth).
62. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psychol Bull*. nov 2005;131(6):925-71.
63. Ostir GV, Markides KS, Peek MK, Goodwin JS. The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosom Med*. 2001;63(2):210-5.
64. Ostir GV, Markides KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *J Am Geriatr Soc*. mai 2000;48(5):473-8.
65. Fredrickson BL, Levenson RW. Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cogn Emot*. 1 mars 1998;12(2):191-220.
66. Kunpeuk W, Spence W, Phulkerd S, Suphanchaimat R, Pitayarangsarit S. The impact of gardening on nutrition and physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Health Promot Int*. 1 avr 2020;35(2):397-408.
67. Soga M, Gaston KJ, Yamaura Y. Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. *Prev Med Rep*. mars 2017;5:92-9.
68. Santé mentale [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health>
69. etude_sante_mentale_institut_montaigne.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/etude_sante_mentale_institut_montaigne.pdf
70. Psychiatrie et santé mentale | Cairn.info [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-perspectives-psy-2019-1-page-7.htm>

71. Salvarelli JP. De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? *Inf Psychiatr.* 2013;89(1):15-31.
72. Manus JM. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. *Rev Francoph Lab.* juin 2019;2019(513):14.
73. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. Paris: IRDES; 2020. (Ouvrage de l'Irdes).
74. WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=C8D1CABF253CDBEC6DAFC1B4910D8D23?sequence=1>
75. Synthèse du bilan de la feuille de route — Santé mentale et psychiatrie. 2023;
76. Inserm [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Dépression · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
77. SPF. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021 [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-des-episodes-depressifs-en-france-chez-les-18-85-ans-resultats-du-barometre-sante-2021>
78. troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf
79. Gourier-Frery C, Chan Chee C, Beltzer N. Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *Eur Psychiatry.* 1 nov 2014;29(8, Supplement):625.
80. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry.* janv 2007;64(1):19-28.
81. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. [Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population]. *L'Encephale.* 2005;31(2):182-94.
82. Épidémiologie des troubles anxieux [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/epidemiologie-des-troubles-anxieux>
83. Inserm [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Addictions · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
84. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl.* 11 juin 2016;387(10036):2383-401.
85. Perceptions et représentations des maladies mentales.

86. Coldefy M. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée.
87. SPF. Les consommations de médicaments psychotropes en France. [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/les-consommations-de-medicaments-psychotropes-en-france>
88. Chevreul K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1 août 2013;23(8):879-86.
89. OECD. Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr
90. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). avr 1, 2024.
91. plan_2005-2008.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
92. 180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
93. 20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf>
94. 2021_10_parcours_soin_psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021_10_parcours_soin_psychiatrie.pdf
95. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J*. 1988;11(4):11-9.
96. 202210_aah2021_psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4482/202210_aah2021_psychiatrie.pdf
97. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. 2017-1200 juill 27, 2017.
98. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. 2017-1200 juill 27, 2017.
99. Bon L. Réhabilitation psychosociale : outils thérapeutiques et offre de soin. *PSN*. 2018;16(1):7-16.
100. Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères. *Rhizome*. 2017;65-66(3-4):10-1.

101. Edition Le Coudrier [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2024]. Des soins porteurs d'espoir en psychiatrie - La réhabilitation psychosociale - 1re édition - David Masson, Nicolas Franck (EAN13 : 9782919374342) | Editions Le Coudrier - Savoirs et savoir-faire en santé. Disponible sur: <https://www.edition-lecoudrier.fr/produit/15/9782919374342/des-soins-porteurs-d-espoir-en-psychiatrie-la-rehabilitation-psychosociale>
102. Melac A. Rétablissement et réhabilitation psychosociale: représentations dans une population de professionnels en psychiatrie.
103. <https://www.chbd-laragne.fr/offre-soin-laragne/psychiatrie-adulte/residence-therapeutique-interlude-gap> [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.chbd-laragne.fr/offre-soin-laragne/psychiatrie-adulte/residence-therapeutique-interlude-gap>
104. Le Centre de Santé Mentale « Hélène Chaigneau » [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.chbd-laragne.fr/offre-soin-laragne/psychiatrie-adulte/centre-sante-mentale-helene-chaigneau>
105. Sibeoni J, Verneuil L, Manolios E, Révah-Levy A. A specific method for qualitative medical research: the IPSE (Inductive Process to analyze the Structure of lived Experience) approach. BMC Med Res Methodol. 26 août 2020;20(1):216.
106. Riou T. THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE.
107. Qualitative Research & Evaluation Methods | SAGE Publications Inc [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/qualitative-research-evaluation-methods/book232962>
108. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, Dykxhoorn J, Jones PB, Patalay P, et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. World Psychiatry. févr 2024;23(1):58-90.
109. Santé mentale et COVID-19 [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>
110. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Les effets sur la santé de l'exposition à la violence au travail | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-en-milieu-de-travail/les-effets-sur-la-sante-de-l-exposition-la-violence-au-travail>
111. addiction_et_comorbidites_a_beniamina_opt.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: https://www.cunea.fr/sites/default/files/addiction_et_comorbidites_a_beniamina_opt.pdf
112. Inserm [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
113. Je vous salis ma rue : Clinique de la désocialisation - Babelio [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Quesemand-Zucca-Je-vous-salis-ma-rue--Clinique-de-la-desocialisat/92829>
114. calameo.com [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Les Effets Cliniques De La Souffrance Psychique D Origine Sociale Jean Furtos. Disponible sur: <https://www.calameo.com/books/0041353170e466cce0690>

115. Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, McKyer ELJ, et al. Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. *Int J Soc Psychiatry*. sept 2020;66(6):528-41.
116. (PDF) Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/43091242_Samenta_rapport_sur_la_sante_mentale_et_les_addictions_chez_les_personnes_sans_logement_personnel_d'Ile-de-France
117. Florence L. Grande précarité et troubles psychiques. 2021;
118. 2021_10_parcours_soin_psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021_10_parcours_soin_psychiatrie.pdf
119. Durand-Zaleski I, Scott J, Rouillon F, Leboyer M. A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*. 28 août 2012;12:128.
120. Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. *Inf Psychiatr*. 2007;83(8):655-62.
121. Lovell AM, Cook J, Velpry L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 juin 2008;56(3):197-207.
122. Leucht S, Hierl S, Kissling W, Dold M, Davis JM. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *Br J Psychiatry*. févr 2012;200(2):97-106.
123. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, Tierney S, Polley M, Chiva Giurca B, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health*. 16 mai 2022;7(5):e008524.
124. La prescription sociale | Alliance pour des communautés en santé [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.allianceon.org/fr/La-prescription-sociale>
125. Promoting Social Prescribing in Psychiatry—Using Shared Decision-Making and Peer Support | Psychiatry and Behavioral Health | JAMA Psychiatry | JAMA Network [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2804859>
126. The King's Fund [Internet]. [cité 8 avr 2024]. What Is Social Prescribing? Disponible sur: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/social-prescribing>
127. Ikiugu MN, Nissen RM, Bellar C, Maassen A, Van Peursem K. Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc*. 2017;71(5):7105100020p1-10.
128. Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational Therapy Interventions for Recovery in the Areas of Community Integration and Normative Life Roles for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 1 mai 2011;65(3):247-56.

129. Vancampfort D, Scheewe T, van Damme T, Deenik J. [The efficacy of physical activity on psychiatric symptoms and physical health in people with psychiatric disorders: a systematic review of recent meta-analyses]. *Tijdschr Voor Psychiatr*. 2020;62(11):936-45.
130. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/9689>
131. Isabelle LP. La prescription d'activité physique adaptée (APA). 2022;
132. Ministère de la Transition Écologique et de la Cohésion des Territoires [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Logement d'abord : le plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme. Disponible sur: <https://www.ecologie.gouv.fr/logement-dabord-plan-quinquennal-logement-dabord-et-lutte-contre-sans-abrisme>
133. 20210318-03-Tome1-hebergement--logement--personnes-domicile-pendant-crise-sanitaire-printemps-2020.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-03/20210318-03-Tome1-hebergement--logement--personnes-domicile-pendant-crise-sanitaire-printemps-2020.pdf>
134. La politique en faveur du « logement d'abord » | Cour des comptes [Internet]. 2021 [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-en-faveur-du-logement-dabord>
135. Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». 2016-1940 déc 28, 2016.
136. Nelson G, Stefancic A, Rae J, Townley G, Tsemberis S, Macnaughton E, et al. Early implementation evaluation of a multi-site housing first intervention for homeless people with mental illness: a mixed methods approach. *Eval Program Plann*. avr 2014;43:16-26.
137. Kaplan R. Some Psychological Benefits of Gardening. *Environ Behav*. 1 juin 1973;5(2):145-62.
138. What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis - PubMed [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20337470/>
139. Exercise intensities of gardening tasks within older adult allotment gardeners in Wales - PubMed [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24589559/>
140. Park SA, Lee KS, Son KC. Determining Exercise Intensities of Gardening Tasks as a Physical Activity Using Metabolic Equivalents in Older Adults. *HortScience*. 1 déc 2011;46:1706-10.
141. Park SA, Shoemaker C, Haub M. Can Older Gardeners Meet the Physical Activity Recommendation through Gardening? *HortTechnology*. 1 janv 2008;18(4):639-43.
142. Park SA, Shoemaker CA, Haub MD. A preliminary investigation on exercise intensities of gardening tasks in older adults. *Percept Mot Skills*. déc 2008;107(3):974-80.
143. Nicklett EJ, Anderson LA, Yen IH. Gardening Activities and Physical Health Among Older Adults: A Review of the Evidence. *J Appl Gerontol Off J South Gerontol Soc*. juin 2016;35(6):678-90.

144. Bascands C. Hortithérapie et psychiatrie : revue de la littérature, retour d'expérience et projet d'étude expérimentale [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/972/>
145. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol.* 1982;37(2):122-47.
146. Young MD, Plotnikoff RC, Collins CE, Callister R, Morgan PJ. Social cognitive theory and physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* déc 2014;15(12):983-95.
147. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol.* oct 2003;71(5):862-78.
148. <https://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Connaissance-de-l-Inconscient/Jeu-et-realite> [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Connaissance-de-l-Inconscient/Jeu-et-realite>
149. Groos K, Baldwin EL. The play of man [Internet]. New York, Appleton; 1901 [cité 8 avr 2024]. 441 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/playman00groogooog>
150. Kuo FE, Sullivan WC, Coley RL, Brunson L. Fertile ground for community: Inner-city neighborhood common spaces. *Am J Community Psychol.* 1998;26(6):823-51.
151. Lambert K, Hyer M, Bardi M, Rzucidlo A, Scott S, Terhune-Cotter B, et al. Natural-enriched environments lead to enhanced environmental engagement and altered neurobiological resilience. *Neuroscience.* 25 août 2016;330:386-94.
152. [rhs-gardening-in-schools.pdf](https://www.nottinghamcity.gov.uk/media/mu2ie4my/rhs-gardening-in-schools.pdf) [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.nottinghamcity.gov.uk/media/mu2ie4my/rhs-gardening-in-schools.pdf>
153. Li Q. Effets des forêts et des bains de forêt (shinrin-yoku) sur la santé humaine : une revue de la littérature. *Santé Publique.* 2019;S1(HS1):135-43.
154. Gladwell VF, Brown DK, Barton JL, Tarvainen MP, Kuoppa P, Pretty J, et al. The effects of views of nature on autonomic control. *Eur J Appl Physiol.* sept 2012;112(9):3379-86.
155. Ulrich R, Simons R, Losito B, Fiorito E, Miles M, Zelson M. Stress Recovery During Exposure to Natural and Urban Environments. *Journal of Environmental Psychology.* 11: 201-230. *J Environ Psychol.* 1 sept 1991;11:201-30.
156. Ulrich R. Natural Versus Urban Scenes: Some Psychophysiological Effects. *Environ Behav.* 1 sept 1981;13:523-56.
157. Van Den Berg AE, Custers MHG. Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress. *J Health Psychol.* janv 2011;16(1):3-11.
158. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science.* 27 avr 1984;224(4647):420-1.
159. Bedrosian TA, Nelson RJ. Timing of light exposure affects mood and brain circuits. *Transl Psychiatry.* janv 2017;7(1):e1017-e1017.

160. L'Équilibre du jardinier | Éditions Albin Michel [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.albin-michel.fr/lequilibre-du-jardinier-9782226457493>
161. Altman G, Patel N. Horticultural Therapy: An Ancient Technique in a Modern World. *Dev Sanskriti Interdiscip Int J*. 31 janv 2021;17:62-7.
162. Ulrich RS, Bogren L, Gardiner SK, Lundin S. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *J Environ Psychol*. 1 juin 2018;57:53-66.
163. Peen J, Schoevers RA, Beekman AT, Dekker J. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand*. févr 2010;121(2):84-93.
164. (PDF) Adult psychiatric morbidity in England, 2007: Results of a household survey [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/266299241_Adult_psychiatric_morbidity_in_England_2007_Results_of_a_household_survey
165. Chan-Cheen C, Fovet T, Pignon B. Actualités sur l'épidémiologie des troubles psychotiques en France. In 2018. p. S34.
166. Bratman GN, Hamilton JP, Daily GC. The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health. *Ann N Y Acad Sci*. févr 2012;1249:118-36.
167. Pommier R. L'expérience vécue au jardin de soin en faveur du rétablissement. *Rhizome*. 2022;82(1):17-17.
168. Zeki S, Romaya JP, Benincasa DMT, Atiyah MF. The experience of mathematical beauty and its neural correlates. *Front Hum Neurosci*. 2014;8:68.
169. Berridge KC, Kringelbach ML. Affective neuroscience of pleasure: reward in humans and animals. *Psychopharmacology (Berl)*. août 2008;199(3):457-80.
170. Relf P. Agriculture and Health care - The care of plants and animals for therapy and rehabilitation in the United States. In 2006. p. 309-43.
171. Ebisch SJH, Perrucci MG, Ferretti A, Del Gratta C, Romani GL, Gallese V. The sense of touch: embodied simulation in a visuotactile mirroring mechanism for observed animate or inanimate touch. *J Cogn Neurosci*. sept 2008;20(9):1611-23.
172. 20161023 - R. POMMIER - Thèse définitive.pdf.
173. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 9 avr 2024]. Rapport « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique ». Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-pour-une-politique-nationale-d-education-therapeutique>
174. document.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01165179v1/document>
175. Pachoud B, Roy-Hatala CL. Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises ? *Inf Psychiatr*. 2019;95.

176. Martin B, Franck N. Processus de rétablissement et pratiques de soin psychiatrique : quelle articulation ? In: Santé mentale et processus de rétablissement [Internet]. Nîmes: Champ social; 2017 [cité 9 avr 2024]. p. 165-75. (Collectif psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-mentale-et-processus-de-retablissement--9791034600403-p-165.htm>
177. Eagleman DM, Tse PU, Buonomano D, Janssen P, Nobre AC, Holcombe AO. Time and the Brain: How Subjective Time Relates to Neural Time. *J Neurosci*. 9 nov 2005;25(45):10369-71.
178. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol*. juin 2008;76(3):491-504.
179. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull*. oct 2006;32 Suppl 1(Suppl 1):S64-80.
180. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:465-97.
181. La représentation du monde chez l'enfant | PUF [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.puf.com/la-representation-du-monde-chez-lenfant>
182. Lambert K. Lifting depression: A neuroscientist's hands-on approach to activating your brain's healing power. New York, NY, US: Basic Books; 2008. 289 p. (Lifting depression: A neuroscientist's hands-on approach to activating your brain's healing power).
183. Allocation aux adultes handicapés : pathologies et recours aux soins des bénéficiaires en 2017 | Cairn.info [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-345.htm>
184. Enquête revenus fiscaux et sociaux | Insee [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1231>
185. Fiche-1_precaire-alimentaire_de-quoi-parle-t-on.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: https://cna-alimentation.fr/wp-content/uploads/2022/08/Fiche-1_precaire-alimentaire_de-quoi-parle-t-on.pdf
186. En forte hausse, la précarité alimentaire s'ajoute à d'autres fragilités [Internet]. 2023 [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/en-forte-hausse-la-precaire-alimentaire-sajoute-a-dautres-fragilites>
187. Inflation : forte hausse de la précarité alimentaire en 2022 | vie-publique.fr [Internet]. 2023 [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/289538-inflation-forte-hausse-de-la-precaire-alimentaire-en-2022>
188. Perkins JM, Nyakato VN, Kakuhikire B, Tsai AC, Subramanian S, Bangsberg DR, et al. Food insecurity, social networks and symptoms of depression among men and women in rural Uganda: a cross-sectional, population-based study. *Public Health Nutr*. avr 2018;21(5):838-48.
189. Sweetland AC, Pala AN, Mootz J, Kao JCW, Carlson C, Oquendo MA, et al. Food insecurity, mental distress and suicidal ideation in rural Africa: Evidence from Nigeria, Uganda and Ghana. *Int J Soc Psychiatry*. févr 2019;65(1):20-7.

190. Hamelin AM, Beaudry M, Habicht JP. Characterization of household food insecurity in Québec: food and feelings. *Soc Sci Med* 1982. janv 2002;54(1):119-32.
191. Coates J, Frongillo EA, Rogers BL, Webb P, Wilde PE, Houser R. Commonalities in the experience of household food insecurity across cultures: what are measures missing? *J Nutr.* mai 2006;136(5):1438S-1448S.
192. Ainamani HE, Gumisiriza N, Bamwerinde WM, Rukundo GZ. Gardening activity and its relationship to mental health: Understudied and untapped in low-and middle-income countries. *Prev Med Rep.* oct 2022;29:101946.
193. The impact of care farms on quality of life, depression and anxiety among different population groups: A systematic review - Murray - 2019 - Campbell Systematic Reviews - Wiley Online Library [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cl2.1061#cl21061-tbl11-note-0003_322
194. louis.maurin. La part de la population vivant en ville plafonne depuis dix ans [Internet]. Centre d'observation de la société. 2023 [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: https://www.observationsociete.fr/territoires/lieu-de-vie_terri/la-part-de-la-population-vivant-en-ville-plafonne/
195. Cultures of Neurasthenia: From Beard to the First World War. In: Cultures of Neurasthenia [Internet]. Brill; 2016 [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://brill.com/display/title/28323>
196. The Earth Only Endures | On Reconnecting with Nature and Our Place in [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781849772969/earth-endures-jules-pretty>
197. Lieberman LS. The evolution of human social behavior by J. S. Lockard. New York: Elsevier North Holland, 1980. 336 pp., figures, tables, references, glossary, index. \$22.95 (cloth). *Am J Phys Anthropol.* 1982;57(3):363.
198. Appleton J. The experience of landscape [Internet]. London, New York, Wiley; 1975 [cité 9 avr 2024]. 318 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/experienceofland00appl>
199. The impact of ancient tree form on modern landscape preferences - ScienceDirect [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1618866718301146>
200. Rathmann J, Korpela KM, Stojakowits P. Pleistocene Hypothesis – Moving Savanna Perceptual Preference Hypothesis Beyond Savanna. *Front Psychol.* 30 mai 2022;13:901799.
201. Berman MG, Jonides J, Kaplan S. The cognitive benefits of interacting with nature. *Psychol Sci.* déc 2008;19(12):1207-12.
202. Berto R. Exposure to restorative environments helps restore attentional capacity. *J Environ Psychol.* 1 sept 2005;25(3):249-59.
203. Lee KE, Williams KJH, Sargent LD, Williams NSG, Johnson KA. 40-second green roof views sustain attention: The role of micro-breaks in attention restoration. *J Environ Psychol.* 1 juin 2015;42:182-9.

204. Hagerhall CM, Purcell T, Taylor R. Fractal dimension of landscape silhouette outlines as a predictor of landscape preference. *J Environ Psychol*. 2004;24(2):247-55.
205. *Reclaiming Beauty: Collected Essays in Political Anthropology*. Ficino Press; 2012.
206. Harvard University Press [Internet]. [cité 9 avr 2024]. *Healing Spaces*. Disponible sur: <https://www.hup.harvard.edu/books/9780674057487>
207. Edward O. Wilson. *Biophilia* [Internet]. 1984 [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <http://archive.org/details/edward-o.-wilson-biophilia>
208. Wilson EO. *The social conquest of Earth*. New York, NY, US: W W Norton & Co; 2012. viii, 330 p. (The social conquest of Earth).
209. Cooperation is in our nature: Nature exposure may promote cooperative and environmentally sustainable behavior - ScienceDirect [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494415000195>
210. EFFECTS OF INTERIOR HORTICULTURAL ACTIVITIES WITH POTTED PLANTS ON HUMAN PHYSIOLOGICAL AND EMOTIONAL STATUS | International Society for Horticultural Science [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: http://www.actahort.org/books/639/639_3.htm
211. Weinstein N, Przybylski AK, Ryan RM. Can nature make us more caring? Effects of immersion in nature on intrinsic aspirations and generosity. *Pers Soc Psychol Bull*. oct 2009;35(10):1315-29.
212. Kim GW, Jeong GW, Kim TH, Baek HS, Oh SK, Kang HK, et al. Functional neuroanatomy associated with natural and urban scenic views in the human brain: 3.0T functional MR imaging. *Korean J Radiol*. 2010;11(5):507-13.
213. Matthews DM, Jenks SM. Ingestion of *Mycobacterium vaccae* decreases anxiety-related behavior and improves learning in mice. *Behav Processes*. juin 2013;96:27-35.
214. Lowry CA, Smith DG, Siebler PH, Schmidt D, Stamper CE, Hassell JE, et al. The Microbiota, Immunoregulation, and Mental Health: Implications for Public Health. *Curr Environ Health Rep*. sept 2016;3(3):270-86.
215. Anderson SC. *The psychobiotic revolution : mood, food, and the new science of the gut-brain connection* [Internet]. Washington, D.C. : National Geographic Partners; 2017 [cité 9 avr 2024]. 330 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/psychobioticrevo0000ande>
216. Yong E. *I contain multitudes : the microbes within us and a grander view of life* [Internet]. New York, NY : Ecco, an imprint of HarperCollinsPublishers; 2016 [cité 9 avr 2024]. 386 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/icontainmultitud0000yong>

Annexes

Annexe 1 - Formulaire de recueil de consentement signé par les participants



Formulaire du recueil de consentement (2 exemplaires)

L'investigateur principal, Docteur Julie Gardette, exerçant en tant que cheffe de clinique des universités à l'Université d'Aix Marseille au département universitaire de médecine générale (DUMG) Faculté de médecine Marseille, 27 bd Jean Moulin 13005 Marseille.

Téléphone : 0689819090

Email : julie.gardette@univ-amu.fr

et l'investigateur secondaire Laurent Levy, exerçant en tant qu'interne en psychiatrie à l'Université d'Aix Marseille,

Téléphone : 0688708042

Email : laurentlevy@hotmail.fr

m'ont proposé de participer à la recherche intitulée : « Comment l'expérience vécue par des patients au sein d'un jardin thérapeutique à Gap s'inscrit-elle dans le soin psychiatrique extra hospitalier ? ».

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.]

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « Comment l'expérience vécue par des patients au sein d'un jardin thérapeutique à Gap s'inscrit-elle dans le soin psychiatrique extra hospitalier ? ».

Conformément aux dispositions de la loi CNIL et au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles de 25 mai 2018, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur du projet.

Fait à..... le

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Nom Prénom : Gardette Julie

Signature :

Signature :

D. JULIE GARDETTE

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

JB

Annexe 2 - Notice d'information remise aux participants



Notice d'information

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, Docteur Julie Gardette, exerçant en tant que cheffe de clinique des universités à l'Université d'Aix Marseille au département universitaire de médecine générale (DUMG) Faculté de médecine Marseille, 27 bd Jean Moulin 13005 Marseille.

Téléphone : 0689819090

Email : julie.gardette@univ-amu.fr

et l'investigateur secondaire Laurent Levy, exerçant en tant qu'interne en psychiatrie à l'Université d'Aix Marseille,

Téléphone : 0688708042

Email : laurentlevy@hotmail.fr

vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « Comment l'expérience vécue par des patients au sein d'un jardin thérapeutique à Gap s'inscrit-elle dans le soin psychiatrique extra hospitalier ? »

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur Mr Laurent Lévy, email : laurentlevy@hotmail.fr pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

Explorer l'expérience vécue par des patients du CATTP et de la Résidence thérapeutique au sein d'un jardin thérapeutique à Gap et voir comment elle s'inscrit dans le soin psychiatrique extra hospitalier ?

Comment se déroule l'étude ?

Il s'agit de faire deux entretiens libres pour permettre d'approcher l'expérience vécue des patients :

- Un avant le début de la saison de jardinage au jardin thérapeutique de Gap, la semaine précédant la première séance (avril 2024). Il permettra d'explorer l'expérience des patients du jardinage, de leur pathologie et leur vision du jardin thérapeutique.
- Un après la saison de jardinage au jardin thérapeutique de Gap, la semaine suivant la dernière séance (octobre 2024). Il permettra d'explorer l'expérience vécue des patients au sein du jardin.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

Chacun des entretiens prend 30 min à 1h de temps. Ils sont enregistrés pour pouvoir être retranscrit et analysés. Une fois l'analyse faite, les enregistrements et les retranscriptions sont supprimés. Toutes les données sont anonymisées.

Au-delà de cela, il n'y a pas de contrainte ni de désagrément particulier.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'étude sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

Annexe 3 – Tableau socio-démographique rempli par les participants avant le premier entretien

Tableau socio-démographique pour étude qualitative :

Comment l'expérience vécue au sein d'un jardin thérapeutique s'inscrit elle dans le soin psychiatrique extra hospitalier ?

Age :

Genre :

Célibataire / Pacsé(e) / Marié(e)

Enfant(s) :

Chômage / AAH / Autre : / Travail (si oui lequel) :

Date de la première hospitalisation en psychiatrie :

Nombre d'hospitalisation en psychiatrie :

Date de sortie de la dernière hospitalisation :

Traitement médicamenteux psychiatrique actuelle :

Hospitalisations autre qu'en psychiatrie :

Traitement médicamenteux non psychiatriques :

Avez-vous déjà jardiné ?

Vous vivez en : maison / appartement

Y a-t-il un jardin chez vous ?

Habitez-vous loin du jardin thérapeutique ?

Participez-vous à d'autres activités thérapeutiques ? Cuisine / Marche / Autre :

Faites-vous de l'activité physique, sport ? Si oui, lesquelles ?

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Résumé

Mots-clés :

jardinage thérapeutique, hortithérapie, psychiatrie extrahospitalière, santé mentale, réhabilitation psycho-sociale, trouble psychiatrique, prévention, qualité de vie.

Résumé d'ensemble :

Cette thèse examine le rôle du jardinage comme intervention extrahospitalière dans le soin psychiatrique en France, en s'appuyant sur une étude qualitative menée auprès de personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères. L'objectif est de comprendre en profondeur l'impact du jardinage sur le bien-être physique, psychique et social des participants. L'étude révèle que le jardinage offre un environnement sécurisant et stimulant, favorisant une ouverture sociale et une meilleure qualité de vie grâce à l'interaction avec le vivant, l'activité physique modérée, et la création d'un rythme adaptée. De plus, il renforce l'estime de soi des participants par la gratification de voir pousser les plantes qu'ils cultivent et par la production d'aliments de qualité. Nos résultats soulignent l'importance de la nature et de l'activité manuelle dans le processus de rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques, et suggèrent le jardinage comme une pratique de réhabilitation psycho-sociale efficace, alignée sur les objectifs politiques actuels de santé mentale en France. Cette recherche met également en évidence le potentiel préventif de l'intervention de jardinage sur les facteurs de risque des troubles psychiatriques, invitant à une exploration plus poussée de ses bénéfices dans un cadre extrahospitalier.