Mémoire
Approche qualitative de l’éprouvé au Jardin de Soins. Une étude exploratoire en Psychiatrie de l’Adulte

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

Romain Pommier, Dominique Pringuey, France Pringuey-Criou, Yann Boulon, Stéphane Boyer, Catherine Massoubre

INFO ARTICLE
Historique de l'article :
Reçu le 13 septembre 2016
Accepté le 20 juin 2017
Disponible sur Internet le 1 décembre 2017

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

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

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


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

Au Jardin de soins, la sollicitation polysensorielle favorise l’ouverture émotionnelle et affective [8,28] et l’amélioration ressentie par le patient peut œuvrer à équilibrer la relation soignant-soigné sur le fond d’une tâche commune [18]. Au travers des activités proposées, le partage entre participants est porteur de sens pour l’élaboration de l’identité [28], favorisant l’affranchissement du statut de malade [25], le rétablissement du patient et son retour à la possibilité d’agir [19]. La complexité des déterminants du rétablissement pour chaque patient motive d’effectuer, au moins dans un premier temps, une observation individuelle et qualitative [27].

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

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

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

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

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

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

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

![Fig. 1. Photo du jardin.](image)

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

Tableau 1
Caractéristiques démographiques et cliniques des interviewés.
possibilité d’organisation interne des services cliniques hors soutiens financiers, et à une initiation aux principes de la méthode qualitative. Le chercheur est un interne en 4e année du DES de Psychiatrie, co-concepteur du projet, et l’étude fut contrainte par les impératifs de soumission de son travail de thèse de doctorat d’exercice portant sur ce thème « L’éprouvé au Jardin de Soins en faveur du rétablissement ? Une étude qualitative au Jardin des Mélisses ».

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

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

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


Nous avons réalisé sept entretiens semi-directifs auprès de patients ayant réalisé au moins six séances au Jardin de soins, peu après la sixième séance, une femme et six hommes. L’âge des patients interrogés varie de 18 à 62 ans. L’inclusion en variation maximale garantit la diversité des points de vue initiaux. Un patient avait fait des études de paysagiste, un autre a longtemps jardiné dans un jardin partagé ouvrier. Leurs caractéristiques démographiques et cliniques sont portées sur le Tableau 1.


3. Résultats

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

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

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

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

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

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

---

**Tableau 2**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rubrique</th>
<th>Thème</th>
<th>Extrait du verbatim</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>L’effet du Jardin de Soins sur les relations avec les autres</td>
<td>Une modification de la relation soignant-soigné &lt;br&gt;Détail implicite de la conclusion du relevé thématique proposé : ce patient semble exprimer par la répétition du mot « différent » une modification de la relation entre lui et ses soignants. Sur un « même pied d’égalité », expression qu’il utilise un peu plus loin, donne une information supplémentaire sur la nature de cette relation, plus horizontale semble-t’il. Il insiste dans la notion de niveau et les intègre de fait comme des alliés : « Ils ont d’ores et déjà pointer que ce thème, qui sera utilisé dans un des regroupements thématiques, est en bien avec un autre thème concernant le soutien des autres. »</td>
<td>« Pour les soignants, on les voit différemment … Ils nous donnent pas un cachet ... Enfin le traitement on en a besoin, mais y a pas que les traitements pour soigner ... Là c’est différent ... »&lt;br&gt;« Non, pas du tout mais ils sont plus comme nous ... Là dans les structures on se dit : ceux-là ils sont malades, et ceux-là ils sont soignants. Là, ils sont sur un même pied d’égalité. Ça donne la sensation d’être au même niveau de santé, ils sont avec nous. »</td>
</tr>
</tbody>
</table>
particulière « me rapprocher de la nature déjà, ça m’a mis bien » (E4). Une prise de distance semble rendre compte de cette dynamique :
« Ben j’étais bloqué, je pensais que j’allais pas m’en sortir mais ça m’a redonné envie. Ça m’a montré que j’étais pas que malade. Ça m’a donné envie de me battre » (E3), « Ben de la joie… Pas de l’euphorie mais de la joie, d’être content. C’est le fait de travailler la terre. On revient à ses origines, l’homme retourne à sa terre. On est attiré par la terre, il y a un effet en soi » (E7). « C’est quelque chose qui peut faire du bien à tout le monde. Parce que c’est la nature et qu’on a besoin de la nature. (…) parce qu’elle crée. Il y a un résultat après, je sais pas si ça se dit mais… vous récoltez ce que vous avez semé » (E6).

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

3.3. Axe 3. L’intérêt d’une relation soignant–soigné nouvelle

Au Jardin, « Là-bas, on ne nous considère pas comme des malades… » (E1). … c’est « plus bénéfique que les soins qu’on nous apporte dans le service. Va plus de dialogue ici… » (avec les soignants) (E3) « on est un peu plus libres de parler, de s’exprimer, de poser certaines questions. Va une eu bonne entente. On forme une équipe » (E3) « quand on nous donne les moyens… quand on se les donne nous-mêmes aussi on peut faire des choses » (E4). « (Les soignants) sont avec nous » (E4) « ça a augmenté le côté humain… qu’ils soient avec nous, qu’ils travaillent avec nous, nous montrant ce qu’il fallait faire, ce qu’il fallait planter… Ça rapprochait vraiment l’infirmité de l’homme. Pas le gardien de prison dont on a l’image… » (ils forment) un cadre ouvert. C’est agréable de voir qu’ils sont aussi capables de faire la même chose que nous et d’y trouver du plaisir » (E5). « Dans le fait de faire connaissance, de discuter, de donner des conseils aussi… ils sont à l’écoute… » (E6). L’importance de la présence des soignants lors des activités au Jardin de soins est évidente. Quand le soignant partage l’activité avec le patient et se laisse surprendre par les possibilités qui se révèlent, il restaure sur le mode d’un faire ensemble une estime de soi défaillante. Ce sentiment d’auto-efficacité, valorisé dans le regard de l’autre, un soignant ainsi requalifié, permet aux patients de dépasser leurs sentiments de stigmatisation déjà trop souvent intériorisés.

3.4. Axe 4. Une reprise du pouvoir d’agir

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

Si le sentiment de dévalorisation et d’impossibilité de changement laisse une place, même infime, à l’action, cette dynamique s’installe. Elle permet au sujet de se rendre compte qu’il peut agir et influer sur son environnement au même titre que les autres. Ainsi le sentiment d’incapacité diminue, et les résultats même minimes, parce qu’ils sont valorisés par un environnement bienveillant, permettent de reprendre cette confiance en soi. Il en faut alors peu pour que cette reprise du pouvoir d’agir s’étende, dans la réflexion des personnes, à d’autres dimensions de leur existence. À défaut d’un changement radical, c’est au moins l’idée de la possibilité du changement qui s’installe.

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

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

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

3.6. Regroupement des axes et synthèse

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

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

4. Discussion

Cette étude pilote exploratoire menée selon une méthode inhabituelle prend le risque d’explorer un dispositif thérapeutique
environmental peu commun, le Jardin de soins, au moyen d’une évaluation qualitative encore peu usitée dans la discipline, et une analyse de récit brève de l’expérience d’activités proposée à un petit groupe de patients.

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


5. Conclusions

Cette étude qualitative des activités proposées au Jardin de soin a souhaité recueillir sous une formalisation nouvelle l’expérience vécue par les patients. Nous faisons l’hypothèse que la richesse des informations délivrées permettrait d’élaborer un protocole d’observation utile aux travaux quantitatifs. L’analyse de récit brève nous a permis de confirmer l’intérêt de cette médiation thérapeutique innovante chez des patients hospitalisés en Psychiatrie de l’Adulte. L’analyse thématique suggère de relier deux dimensions distinctes, le contrôle symptomatique et l’action dans la communauté, favorisant la reprise du contact vital à la réalité. Notre étude vient soutenir l’intérêt de l’implantation d’un Jardin de Soins en milieu psychiatrique intégrant à la dynamique du rétablissement les ressources de l’environnement. Nous souhaitons enfin que cette étude pilote participe à la structuration de dimensions pertinentes de nouvelles recherches.

Déclaration de liens d’intérêts

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

Références


