

Université Jean Monnet Saint-Etienne

Mémoire pour le Diplôme Universitaire
« Santé et Jardins, prendre soin par la relation à la nature »

Année 2023

L'hortithérapie
dans la prise en charge de l'adulte avec un trouble psychique

Letizia CASTELLAZZI

Table des matières

1. Le blanc et le vert.....	4
1.1 La santé environnementale.....	5
2. L'hortithérapie	6
Les fondements théoriques de l'horticulture thérapeutique	7
L'horti-thérapeute.....	7
La planification de l'horticulture thérapeutique et ses objectifs.....	8
La structure d'une séance d'horticulture thérapeutique	9
3. Un exemple de jardin thérapeutique en psychiatrie : le Jardin des Mélisses	11
3.1 Histoire et développement du Jardin des Mélisses.....	11
3.2 La médiation jardin	13
4. Ce qu'il faut savoir lorsqu'on travaille avec une personne atteinte de troubles mentaux.....	15
4.1 La prise en charge de la personne atteinte de troubles mentaux	15
4.2 Description des troubles psychiques en chiffres	15
4.3 La réhabilitation psychosociale.....	17
4.4 Facteurs de vulnérabilité environnementale.....	19
4.5 Pourquoi la psychométrie est-elle utile en hortithérapie ?	21
4.6 Les principaux troubles mentaux	22
Troubles anxieux	22
Troubles de l'adaptation	23
Troubles obsessionnels compulsifs	23
Syndrome de stress post-traumatique	23
Le trouble panique	24

Trouble anxieux généralisé	25
Dépression.....	25
Troubles bipolaires.....	26
Promouvoir la régulation émotionnelle : de la Théorie Polyvagale à l'hortithérapie.....	28
Schizophrénie.....	29
Troubles du comportement alimentaire.....	31
Troubles liés à l'utilisation de substances.....	33
L'entretien motivationnelle	37
Troubles de la personnalité	38
4.7 Comorbidité neurologique dans les troubles psychiatriques.....	40
4.8 Focus sur le patient gériatrique	42
Conclusions.....	44
ANNEXES	45
Annexe 1	45
Annexe 2	49
Annexe 3	50
Bibliographie.....	51

1. Le blanc et le vert

Ce projet de mémoire prend forme d'abord par l'idée de rassembler tous les outils possibles pour comprendre, mettre en pratique, réaliser, stimuler et diffuser l'intérêt pour l'hortithérapie auprès du reste de la communauté des professionnelles de santé, aussi appelée "les blouses *blanches*" en particulier dans le domaine de la santé mentale.

En tant qu'interne en psychiatrie à l'hôpital universitaire de St Etienne, j'ai pu suivre la prise en charge des patients depuis la crise aux urgences psychiatriques jusqu'aux soins ambulatoires en passant par les soins hospitaliers, sans négliger les projets de réhabilitation psychosociale.



C'est dans ce contexte que j'ai découvert le jardin des Mélisses (le jardin thérapeutique du pôle de psychiatrie de l'hôpital Nord de St Etienne) et l'hortithérapie. D'abord uniquement pour accompagner les patients hospitalisés et échanger avec eux dans un cadre agréable : ils sont généralement plus détendus dès qu'ils franchissent le seuil du parc. Par la suite, j'ai commencé à visiter le jardin de plus en plus souvent lors de médiations et à m'intéresser aux bénéfices obtenus par l'hortithérapie et à la recherche autour du jardin. Le psychiatre référent du Jardin, le Dr Pommier, m'a beaucoup encouragé dans cette voie, il a participé à la conception et à la mise en place du jardin



JARDIN DES
MÉLISSES



Figure 1. Le jardin des Mélisses

des Mélisses car il croit dans son potentiel non seulement pour la thérapie mais aussi pour la recherche : il a publié une étude pilote (Pommier et al, 2018) soutenant l'hypothèse de l'utilisation du jardin thérapeutique comme traitement capable de soutenir le rétablissement des patients

psychiatriques hospitalisés. Grâce à une approche qualitative, il a pu observer une diminution de la perception des symptômes de la maladie, la satisfaction de retrouver une liberté d'action, l'impression de "reprendre pied" avec la réalité, la reconnaissance de l'importance du soutien de l'autre, voire une amélioration de la relation entre les patients et le personnel soignant (l'alliance thérapeutique).

J'espère aussi que de plus en plus les professionnels "du vert" s'intéresseront et collaboreront à la prise en charge des personnes avec troubles psychiques, qu'il s'agisse de soins en service psychiatrique ou de réhabilitation psychosociale, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital.

Afin d'encourager les professionnels de l'hortithérapie à développer des projets avec des personnes souffrant d'un trouble psychique, le cœur de ce travail sera le chapitre sur " ce qu'il faut savoir lorsqu'on travaille avec une personne atteinte de troubles mentaux ".

L'idée est d'intégrer ce que j'ai acquis au cours de mes études en psychiatrie et pendant mon Master I en Horticulture Thérapeutique (UniBo), avec les informations provenant des cours du DU Santé et Jardins et de la bibliographie pertinente, en passant du "blanc" au "vert" et vice versa, et de rendre un outil utilisable pour les deux côtés.

1.1 La santé environnementale

La conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, parrainée par l'Organisation Mondiale de la Santé a déclaré que : « La santé environnementale comprend tous les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. (...) Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures » (OMS, Helsinki, juin 1994).

Rappelons également la déclaration de l'OMS sur l'importance de la promotion de la santé : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à

préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu » (Charte d'Ottawa, 1986).

2. L'hortithérapie

En combinant tous ces éléments, je me suis demandé quel pourrait être le traitement non médicamenteux lié à la santé environnementale qui pourrait favoriser le bien-être et le rétablissement de la personne avec un trouble psychique, compte tenu du fait que la psychiatrie, et la médecine dans son ensemble, ont grand besoin d'innovations thérapeutiques non invasives, non traumatisantes et complémentaires aux soins déjà existants.

En France, depuis que la Haute Autorité de Santé (HAS, 2011) a commencé à parler officiellement d'Interventions Non Médicamenteuses (INM), on commence à y voir plus clair dans cette nébuleuse où les pratiques fondées sur la science (c'est-à-dire les INM) risquent d'être confondues avec les "médecines alternatives". Selon la plateforme CEPS de l'Université de Montpellier une INM « est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socioéconomiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques. »

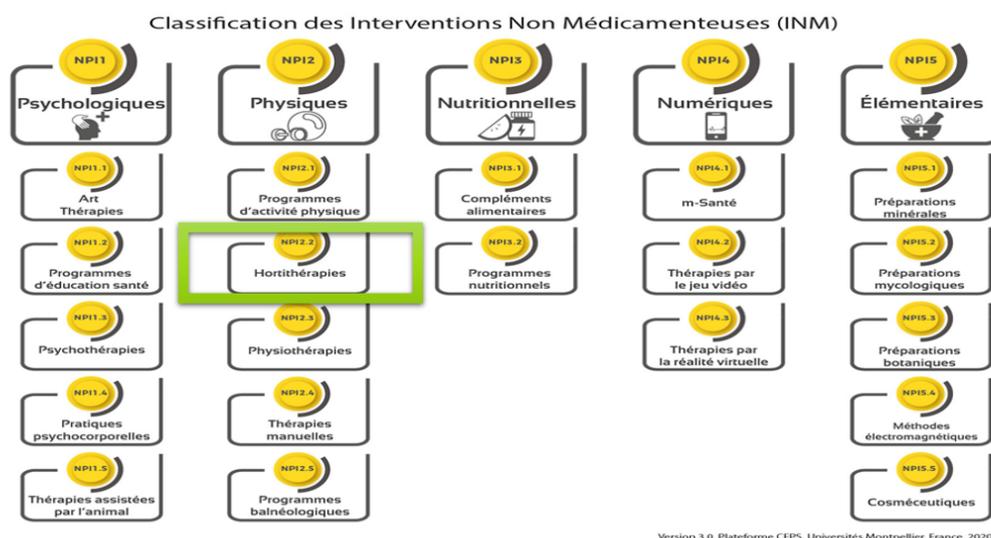


Figure 2. Classification des thérapies non médicamenteuses (Plateforme CEPS, 2023)

Comme le montre la figure 2, les traitements non médicamenteux sont classés en cinq catégories et dix-neuf sous-catégories. Bien qu'elle soit classée, pour l'instant, qu'à la catégorie des "traitements physiques", l'hortithérapie est reconnue comme un INM et elle a été définie comme :

« Actes thérapeutiques holistiques non invasifs et non pharmacologiques qui consistent à utiliser le jardin, le jardinage, la culture des plantes ou d'une façon plus générale les bienfaits de la relation à la nature et sa biodiversité, dans le but d'améliorer la santé physique, mentale et sociale. » (11e congrès scientifique sur les Interventions Non Médicamenteuses, Montpellier, 2023).

Les fondements théoriques de l'horticulture thérapeutique

Selon le manuel « Horticultural Therapy Methods » (Haller R. L., 2017), l'horticulture thérapeutique est un traitement centré sur le bénéficiaire, conduit par un professionnel qui utilise des activités horticoles pour aider les participants à atteindre des objectifs thérapeutiques ou de réadaptation spécifiques. Le propos est d'optimiser les fonctions sociales, cognitives, physiques et psychologiques et/ou d'améliorer la santé et le bien-être.

Nous avons donc vu la définition de cette pratique à la fois du point de vue francophone, l'hortithérapie, et du point de vue anglo-saxon, l'horticulture thérapeutique : dans la suite, j'utiliserai l'une ou l'autre expression en fonction du contexte ou de la source de référence.

L'horticulture thérapeutique peut donc être décrite comme une pratique :

- au service de groupes définis de participants, c'est-à-dire ceux qui ont des besoins en termes de thérapie ou de réadaptation ;
- orientée vers un objectif, c'est-à-dire basée sur des procédures standard ;
- qui utilise des activités avec les plantes comme principale activité de traitement ;
- ou la relation établie entre le thérapeute et le bénéficiaire est un élément crucial ;

L'horti-thérapeute

Les principales composantes d'un programme d'hortithérapie sont le bénéficiaire, la nature, et le thérapeute. Le rôle du thérapeute dans ce processus ne peut être sous-estimé : bien que le plaisir passif des jardins et des plantes puisse faire partie du programme, les conseils, l'aperçu et la créativité d'un thérapeute sont un élément essentiel pour maximiser les bénéfices dérivés de l'interaction entre les personnes et les plantes. En tant que participant actif au processus de

l'hortithérapie, le thérapeute est responsable de la planification du traitement, de l'élaboration des séances, de l'interaction avec le bénéficiaire et de l'enregistrement des résultats (Schwebel A. I., 1993).

Pour faciliter le processus, le thérapeute devra :

- comprendre le processus thérapeutique
- utiliser des techniques de communication efficaces
- encourager une relation satisfaisante
- fournir un soutien physique et émotionnel
- faciliter la compréhension de soi du patient
- faciliter l'acquisition de nouvelles compétences
- encourager et soutenir les efforts pour atteindre les objectifs
- promouvoir l'autonomie

Les autres éléments d'une relation thérapeutique comprennent : la relation, le respect, l'empathie, l'authenticité, la confiance, la patience, les limites (il est important de reconnaître que l'orthithérapeute ne guérit pas le patient mais facilite une relation entre le patient et les plantes qui soutient la capacité du patient à guérir).

La planification de l'horticulture thérapeutique et ses objectifs

La planification de l'horticulture thérapeutique peut être adaptée pour répondre aux besoins et aux ressources de chaque contexte : services hospitaliers, établissements spécialisés dans l'aide aux personnes atteintes de troubles du développement ou d'autres troubles, établissements pénitentiaires, établissements de soins de longue durée, écoles et jardins communautaires. Le développement des objectifs du bénéficiaire et les activités liées aux plantes sélectionnées pour faciliter la réalisation de ces objectifs sont les fondements du programme.

Les objectifs peuvent également varier au sein d'un même contexte. Par exemple, dans un centre de réadaptation, un programme d'hortithérapie peut aider les patients à retrouver leurs capacités cognitives ou physiques, ou à surmonter émotionnellement une perte ou un handicap, ou même à essayer de nouvelles activités pour améliorer leur qualité de vie ou à améliorer les interactions et les relations sociales, et bien d'autres choses encore. L'horticulture thérapeutique s'intéresse aux besoins et aux objectifs de l'individu plutôt qu'à une maladie, un diagnostic ou un handicap particulier.

Les participants peuvent travailler sur des objectifs spécifiques dans certains ou tous les domaines de développement potentiellement concernés par l'horticulture thérapeutique, notamment les domaines cognitif (intellectuel), émotionnel, social et physique (Olszowy D. R. 1978).

Les objectifs thérapeutiques peuvent être atteints en se concentrant sur le processus de réalisation d'une activité. Pour exemple, les programmes d'horticulture thérapeutique peuvent être utilisés pour obtenir une amélioration de l'attention. En s'engageant dans des activités de jardinage, un participant peut faire l'expérience d'un sentiment de fascination (Kaplan & Kaplan, 1989) dans lequel l'attention est totale et sans effort, ce qui entraîne une récupération de la fatigue mentale ; condition également décrite par Hagedorn comme « flow » (Hagedorn R. 2010).

La structure d'une séance d'horticulture thérapeutique

La structure d'une séance dépend de plusieurs variables principales. Le type de programme, le type de tâche et les objectifs des participants déterminent la manière dont une session peut être structurée.

En horticulture thérapeutique, il existe trois types de programmes :

- ◆ Formation/ Professionnel (lorsqu'elle est effectuée dans des centres de formation, par exemple pour l'acquisition de compétences professionnelles)
- ◆ Thérapie/Bien-être (lorsque, par exemple, elle est effectuée dans des centres de soins de santé, tels que des hôpitaux, des centres de réadaptation, etc.)
- ◆ Social (réalisée dans des communautés ou des centres sociaux, des jardins urbains partagés, etc.)

Dans le développement de la séance le processus thérapeutique est strictement lié au plan de la séance et peut être résumé en sept phases :

1. L'évaluation initiale du bénéficiaire (ses compétences, ses aptitudes, ses difficultés, ses besoins).
2. Le choix des objectifs. À ce stade il est nécessaire d'identifier les principaux objectifs thérapeutiques au sein des cinq domaines de bénéfice : cognitif, émotionnel, formation, social et physique (voir annexe 1).

Chaque objectif principal est atteint en additionnant de nombreux petits objectifs SMART.

L'objectif SMART est Spécifique, Mesurable, Abordable, Raisonnée et exécutable dans le Temps estimé qui conduit le bénéficiaire vers l'objectif principal (il doit être clair et il doit définir ce qu'il ou elle réalisera d'une certaine manière et dans un certain laps de temps).

3. La sélection des tâches et la planification des activités (un calendrier doit être établi pour que les activités soient adaptées à la saison de l'année).
4. La séance
5. L'évaluation pendant la séance
6. L'évaluation finale et les adaptations thérapeutiques pour les séances suivantes
7. La conclusion

Avant d'organiser le programme de soins, il est donc opportun d'évaluer l'aptitude de l'individu à ce type de traitement. En milieu hospitalier, c'est le médecin qui décide quelles personnes peuvent être incluses dans le programme.

L'accès aux dossiers médicaux et/ou aux informations clés sur le patient est nécessaire pour une planification efficace et sécurisée.

Pour planifier le traitement, l'horti-thérapeute doit procéder à une évaluation et recueillir des informations qui serviront de base à l'élaboration d'un programme solide pour le patient en fonction de ses besoins, de ses souhaits et de ses capacités, et le patient peut accepter de participer.

Afin d'évaluer les résultats obtenus, les thérapeutes doivent prévoir des objectifs documentés pour chaque individu du groupe. Lors de la planification, il est très important d'écrire les objectifs et de détailler la description des étapes à accomplir dans un délai précis. Une caractéristique essentielle est que l'objectif est une étape intermédiaire vers l'obtention d'un résultat à long terme (l'objectif principal). Les objectifs doivent être rédigés afin que les progrès du patient puissent être mesurés objectivement.

Quelles sont les caractéristiques d'une activité d'horticulture thérapeutique ?

- ciblée
- intéressante
- équilibrée entre les besoins et les ressources du participant
- elle doit offrir la possibilité d'une prise de responsabilité
- elle doit nécessiter un investissement d'énergie
- elle doit avoir un début et une fin
- pouvoir être analysée et documentée

Le choix des activités d'horticulture thérapeutique dépend surtout des objectifs individuels que le sujet veut développer. Par exemple, les activités d'horticulture thérapeutique proposées aux patients atteints de pathologie psychiatrique se concentrent sur la réduction du stress, les capacités d'adaptation, la récupération des capacités de choix et de gestion des émotions, la régénération de l'énergie et les soins personnels.

L'hortithérapie est souvent basée sur des activités, mais il est important de souligner que les plantes et le jardin ne sont que des outils pour la thérapie, et non la finalité.

Un large répertoire d'activités et des différentes méthodes pour les réaliser est important pour adapter l'hortithérapie autant que possible aux besoins et aux désirs du patient, qui doit se sentir encouragé et stimulé. Certaines adaptations, per exemple, peuvent concerner des stratégies de compensation des déficits physiques ou cognitifs, qui, une fois apprises, peuvent être appliquées pour faire face aux situations de la vie quotidienne. La participation, les objectifs et les progrès de chaque patient sont constamment documentés dans les dossiers des patients. Comme il s'agit de programmes thérapeutiques, la documentation doit toujours être tenue en ordre et à jour afin de pouvoir être partagée avec d'autres collègues et la propre équipe.

3. Un exemple de jardin thérapeutique en psychiatrie : le Jardin des Mélisses

3.1 Histoire et développement du Jardin des Mélisses

Le Jardin des Mélisses, a été créé en juin 2015 dans le parc du service de psychiatrie adulte du CHU de Saint-Étienne. Il a vu le jour grâce à un groupe de 20 personnes (infirmiers, cadres de santé, internes, médecins, ergothérapeutes) : le projet s'est ensuite pérennisé et a impliqué des nouveaux professionnels. Le grand parc, tout comme le jardin d'hortithérapie, peut compter sur des jardiniers avec lesquels l'équipe du jardin thérapeutique a des échanges réguliers. Impliqués dès l'origine dans la conception du projet ils s'occupent de maintenir la verdure soignée et " attractive ", en gérant les haies et les tailles les plus difficiles, apportant aussi aide et conseils aux soignants. L'objectif principal du jardin est d'enrichir le traitement d'une nouvelle activité thérapeutique et de favoriser le début du processus de rétablissement par la reconnexion avec le monde vivant. Le jardin véhicule des émotions relaxantes et positives, aide à s'ouvrir au monde et aux relations avec les autres, et permet de retrouver une capacité de réaction dans la lutte contre la maladie mentale. Le jardin vise également à améliorer la qualité de l'environnement de travail du personnel soignant et favorise

l'accueil des familles, afin de rendre moins pénible cette phase difficile de leur vie. L'atmosphère est plus détendue et les patients se promènent en socialisant et en commentant les plantations du jardin, en cueillant des herbes pour leur tisane du soir et en recevant des visiteurs, y compris des enfants qui peuvent proposer des jeux qui deviennent des échanges intergénérationnels.

Je joins les photos du parc, "avant et après le traitement" (Figure 3).



Figure 3. Le parc du Pole de Psychiatrie de l'Hôpital Nord de Saint Etienne, sans et avec le Jardin des Mélisses

En 2019 le Jardin des Mélisses a été visité par Roger Ulrich, l'un des universitaires les plus cités dans le domaine de la conception des établissements de santé. Très intéressé et élogieux, il a déclaré : " Un jardin en psychiatrie qui mélange ainsi une utilisation à volonté et une médiation active est tout à fait innovant et unique à ma connaissance" (Le bonheur est dans le jardin, 2019).

Dans le domaine des jardins thérapeutiques, l'une des études les plus citées est l'article de Roger Ulrich paru en 1984 dans Science, intitulé "View through window may influence recovery from surgery" : la vue à travers la fenêtre peut influencer le rétablissement après une intervention chirurgicale, (Ulrich, R. S., 1984). Ce travail a montré que les patients subissant la même intervention chirurgicale se rétablissaient plus rapidement lorsque leur fenêtre avait une vue sur des arbres que ceux qui regardaient des murs en béton : les patients ayant une vue sur des arbres restaient moins longtemps à l'hôpital, prenaient moins d'analgésiques, développaient moins de complications et étaient de meilleure humeur. Dans son étude de 2018, Ulrich R. démontre aussi que la conception des services psychiatriques peut réduire le stress et les troubles du comportement et améliorer le bien-être émotionnel. En comparant trois hôpitaux psychiatriques suédois, les travaux testent la théorie selon laquelle les unités conçues avec des caractéristiques réduisant le stress, c'est-à-dire des jardins accessibles, conçus dans un style naturel, avec de la végétation et des fleurs au premier plan, réduisent davantage les comportements agressifs. En d'autres termes, un

environnement favorable dans un établissement psychiatrique permet de réduire les injections forcées et les contraintes physiques. Depuis, de nombreuses autres études ont confirmé l'impact sur la santé des bienfaits d'une relation avec la nature et il est encourageant de voir comment cela ouvre de nouvelles portes à l'hortithérapie.

Le Jardin des Mélisses est également une association à but non lucratif dont l'objectif principal est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des patients traités dans les différents services psychiatriques du CHU de Saint Etienne. Il a également pour but d'informer, d'orienter et d'accompagner la sortie de l'hôpital vers d'autres jardins de soins, en facilitant l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnels des patients en lien avec le réseau des jardins thérapeutiques de la Loire (www.danaecare.com). Le jardin des Mélisses s'occupe également de soutenir la formation et l'information de son personnel médical et paramédical sur les Jardins Thérapeutiques, à promouvoir la recherche clinique par la participation et le développement d'études scientifiques, à faciliter les échanges entre professionnels de santé et/ou avec les patients et à améliorer les conditions d'exercice professionnel, ainsi qu'à favoriser la diffusion de ses connaissances par tous les moyens appropriés.

3.2 La médiation jardin

La médiation jardin s'adresse à toutes les personnes admises dans les services du centre psychiatrique et peut être indiquée à tout moment de l'hospitalisation, si les conditions cliniques le permettent. Le Jardin des Mélisses est accessible aux patients, à leurs proches, aux visiteurs et au personnel du CHU, y compris au cœur du jardin en dehors des horaires de séances.

Les soins sont proposés tout au long de l'année, en extérieur ou en intérieur. Ils comprennent l'entretien d'un lieu partagé par tous, le partage et l'enrichissement de la connaissance des plantes, la protection de la santé physique par une activité adaptée et progressive, la stimulation de la créativité, l'aménagement collectif d'un espace partagé. C'est un programme d'activités spécifiques qui répond aux attentes des bénéficiaires et aux indications de l'équipe de référence. Ces programmes d'hortithérapie se déroulent exclusivement en milieu clinique, dans le cadre d'un traitement bien défini. Comme les participants partagent un trouble psychique mais peuvent avoir des besoins très différents, les activités choisies pour atteindre les objectifs convenus doivent toujours être sélectionnées et adaptées par le thérapeute, afin qu'elles se déroulent dans le domaine où le potentiel de développement des performances est le plus élevé. Le rôle du Jardin des Mélisses

au sein de l'hôpital est de proposer une intervention non pharmacologique, profitant des bienfaits reconnus de la nature pour réduire le niveau de stress, stimuler les émotions positives, restaurer les capacités d'attention et de concentration et favoriser le processus de rétablissement, ainsi que pour soutenir les compétences, l'estime de soi et la capacité d'agir des personnes avec des troubles mentaux. Il permet et facilite également l'échange et la coopération avec les autres en renforçant les compétences sociales. L'objectif principal est d'améliorer la qualité des soins et de la vie des patients hospitalisés, mais aussi la qualité de vie de leurs familles et de soignants.

En pratique, le Jardin des Mélisses est un projet conçu sur un mode participatif et utilisé pour des médiations thérapeutiques spécifiques, qui prend en charge un groupe de six patients au maximum. Chaque usager est accepté dans le programme d'hortithérapie sur indication médicale quand le psychiatre référent valide l'orientation en remplissant avec lui la fiche d'indications médicales au jardin thérapeutique (annexe 2) : il s'agit d'un document qui a été élaboré pour la mise en place de l'évaluation des activités d'hortithérapie au Jardin de l'Armillaire en Psychiatrie au CHU de Nice en 2014 (Congrès de l'Encéphale, Janvier 2015).

Les infirmiers font passer au patient un test rapide pour vérifier la vaccination antitétanique. Si le test est négatif le vaccin est proposé. Le programme comporte deux séances d'hortithérapie par semaine chaque séance dure une heure et demie, pour une durée totale de quatre semaines, les horaires varient en fonction de la saison.

Les séances sont encadrées par deux infirmiers de services différents qui se relaient : un plus pour la cohésion du personnel qui favorise le développement des relations professionnelles et un dispositif qui fait des patients le fil conducteur.

La session individuelle débute dans l'atelier par une dégustation de bienvenue (éventuellement une tisane faite avec des herbes du jardin, du thé, du café) où les présentations sont faites et le programme de la session introduit avec une discussion sur les attentes de chacun.

Avant chaque séance, la personne remplit une échelle d'auto-évaluation des émotions (le questionnaire PANAS, (annexe 3), puis une série d'exercices d'échauffement physique est effectuée. Si les conditions météorologiques le permettent, les patients sont emmenés visiter le jardin, sinon ils restent dans l'atelier. C'est à ce moment-là que commencent les activités, qui changent en fonction des saisons mais doivent toujours être adaptées aux besoins et aux souhaits de chaque utilisateur. Le temps passé dans le jardin dure environ une heure. Pour conclure la session les participants remplissent à nouveau le tableau d'auto-évaluation des émotions PANAS. À la fin de la séance, des transmissions sont effectuées à l'équipe du service d'origine du patient.

4. Ce qu'il faut savoir lorsqu'on travaille avec une personne atteinte de troubles mentaux

4.1 La prise en charge de la personne atteinte de troubles mentaux

La psychiatrie est le domaine de la médecine qui a pour objet l'étude clinique et le traitement des troubles mentaux et des comportements pathologiques, qui se distinguent par l'origine, la qualité et la durée des manifestations. La prise en charge du patient atteint d'un trouble mental est très délicate car elle implique souvent un engagement émotionnel majeur de la personne concernée. Une mauvaise information, voire une désinformation, conduit inévitablement à la stigmatisation de la personne atteinte et, par conséquent, à une grande souffrance de l'individu et de sa famille.

Ce chapitre informatif est basé sur ce que j'ai acquis au cours de mes années de spécialisation en psychiatrie et de mon master, sur l'expérience et la théorie : il ne doit pas être interprété comme un outil de diagnostic. Si vous observez des difficultés physiques ou psychologiques chez le patient, prévenez toujours le médecin traitant et discutez-en avec l'équipe soignante responsable de la prise en charge du patient. En cas de doute sur la gravité de la situation (évanouissement, difficultés respiratoires, douleurs thoraciques, migraine sévère, nausées ou vomissements sévères, etc.), le patient doit être conduit immédiatement aux services d'urgence et en cas d'accident ou si le patient a perdu connaissance ou il a des difficultés à se mobiliser, la première chose à faire est toujours d'appeler le 15, puis de suivre leurs instructions téléphoniques (sécuriser le patient, évaluer sa respiration, son pouls, etc.) en attendant l'arrivée de l'ambulance. Je conseille de suivre un cours certifié BLS (Basic Life Support), c'est-à-dire un cours de premiers secours.

Ce qui suit se veut plutôt un soutien à tous les praticiens qui voudraient entreprendre un parcours d'hortithérapie avec les personnes vivant avec un trouble mental et apporter des informations utiles à la compréhension de la détresse psychique, pour accompagner le bénéficiaire dans le parcours d'hortithérapie qui lui convient le mieux.

4.2 Description des troubles psychiques en chiffres

Pour avoir une idée de la dimension des troubles psychiques et pour évaluer la fréquence des troubles mentaux, il est utile de recourir à l'épidémiologie. L'épidémiologie repose principalement sur deux indicateurs : la mortalité et la morbidité. La mortalité montre, par exemple, que le risque de suicide peut être considéré comme important, puisqu'il y a environ 10 000 suicides par an en France (ESEMeD 2002).

La morbidité, par exemple, nous apprend que l'espérance de vie des patients atteints de troubles mentaux est significativement inférieure à celle de la population générale : les raisons de ce déclin incluent l'importance des retards de diagnostic et de traitement des autres comorbidités et donc leur aggravation, en particulier la consommation de substances toxiques (alcool, cannabis, opiacés, etc.) et donc les complications intrinsèques de ces affections. La stigmatisation et l'isolement social peuvent également avoir un impact négatif. Les résultats des études épidémiologiques sont d'autant plus homogènes qu'elles utilisent des critères diagnostiques et des systèmes de questionnaires standardisés : la notion même de diagnostic en psychiatrie est donc essentielle, de même que la réflexion sur les meilleurs critères à utiliser pour délimiter les limites de la pathologie. Le plus souvent, c'est le critère de la souffrance qui définit au mieux les limites de la pathologie psychique. L'un des systèmes nosographiques les plus utilisés par les psychiatres, les psychologues et les médecins du monde entier pour désigner les troubles mentaux ou psychopathologiques est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, également connu sous l'acronyme DSM, compilé par l'American Psychiatric Association et mis à jour en 2013 dans sa version la plus récente, le DSM5. Un autre système nosographique couramment utilisé aussi en psychiatrie est la classification internationale des maladies, que fournit un langage commun qui permet aux professionnels de santé de partager des informations standardisées à travers le monde. L'organisation mondiale de la santé a publié en 2018 la première version de la 11ème édition de la classification internationale des maladies, CIM 11, entrée en vigueur le 1er janvier 2022 (Agence Du Numérique en Santé, 2022).

L'utilisation de critères diagnostiques et d'entretiens structurés a sans aucun doute amélioré la fiabilité des diagnostics psychiatriques et donc l'homogénéité des résultats des études épidémiologiques. Une étude épidémiologique européenne (ESEMED, 2002) à laquelle ont participé six pays européens (France, Italie, Belgique, Allemagne, Pays-Bas et Espagne), a été réalisée dans le cadre de l'initiative d'enquête de l'OMS sur la santé mentale. Les variables sociodémographiques et les facteurs de risque étudiés comprenaient l'âge, le sexe, l'état civil, la scolarité, le revenu, les variables de personnalité, la familiarité avec les troubles mentaux, les événements stressants de la vie, la présence de troubles dans l'enfance, la situation matrimoniale et la vie sexuelle, ainsi que la religion. En France, sur la base de 2 894 entretiens, plus d'un tiers de la population française en 2002 (38,4 %) avait connu un trouble mental au cours de la vie (45,1 % chez les femmes et 31,1 % chez les hommes). La prévalence globale des troubles dépressifs au cours de la vie était de 24,1 % et de 22,4 % pour l'ensemble des troubles anxieux, tandis que la prévalence des troubles liés à l'abus

de substances ou à la dépendance était estimée à 5,7 % (ESEMeD, 2002). Nous ne sommes pas surpris que les recherches de l'OMS plus récentes et "post-Covid" révèlent une détérioration globale de la santé mentale (WHO, 2023).

L'identification des profils de patients à risque est utile pour mettre en place des mesures préventives, pharmacologiques mais surtout non pharmacologiques, ces dernières incluent l'horticulture thérapeutique et sont utilisées aussi dans le cadre de la réhabilitation psychosociale.

4.3 La réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale concerne surtout la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants et qui présentent des difficultés importantes pour faire face aux besoins fondamentaux de la vie quotidienne ; elle vise à améliorer les compétences relationnelles, sociales et professionnelles des patients et est complémentaire des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. L'un des points clés de la réhabilitation psychosociale est le plan de suivi individualisé (PSI), qui représente un outil spécifique et unique pour chaque personne et il est élaboré par le médecin avec le patient (et avec son point de vue !).

Bien évidemment, l'environnement de réhabilitation devrait être conçu comme un lieu de soins protégé dans lequel les patients ont la possibilité d'expérimenter des relations interpersonnelles dans une atmosphère où la pression sociale est réduite. Donc le jardin thérapeutique est un environnement de réhabilitation idéal car il permet de travailler sur l'institution en tant qu'espace de guérison et de lutter contre une atmosphère défavorable. Et si l'objectif de la réhabilitation psychosociale est le rétablissement social et fonctionnel, le jardin thérapeutique peut être considéré comme une pratique orientée vers le rétablissement, par exemple à travers une approche axée sur les parallèles entre le développement des plantes et le processus de guérison.

L'hortithérapie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale peut avoir beaucoup d'objectifs différents, par exemple : le soutien à l'estime de soi, la gestion du stress, le développement des compétences sociales, le soutien à l'inclusion sociale et à l'intégration professionnelle, la réhabilitation cognitive, l'alliance thérapeutique, les relations sociales et l'intégration dans la communauté.

En France, comme dans le reste de l'Europe, vers 1970, le vieux concept de l'hôpital psychiatrique a été remplacé par des parcours de traitement et de réadaptation extrahospitaliers pour toutes les situations qui pouvaient être gérées à domicile. Ce processus a été rendu possible par les modernes soins institutionnels, la psychothérapie et le développement de la psychopharmacologie.

Aujourd'hui, la tendance est de réserver l'hospitalisation psychiatrique aux situations où des soins intensifs sont nécessaires et pour la période la plus courte possible. Il ne s'agit pas vraiment d'une désinstitutionnalisation, mais plutôt d'un transfert de soins et d'une trans-institutionnalisation des hôpitaux psychiatriques vers d'autres lieux fermés (par exemple, les maisons de repos) et ouverts (par exemple, les ambulatoires). Il est donc nécessaire de financer un système qui prenne en charge les besoins de l'institution (hébergement, nourriture, etc.), ainsi que d'autres types de services tels que le soutien psychologique du patient et de ses proches, les centres de réhabilitation psychosociale (les jardins thérapeutiques !) qui sont efficaces pour restaurer le bien-être, encourager et renforcer l'autonomisation et améliorer la qualité de vie.

La désinstitutionnalisation correspond également à l'émergence d'une idéologie de la santé mentale et se distingue par le mouvement politique et le développement de principes psychiatriques démocratiques qui la portent. La littérature sociologique et psychiatrique sur ce mouvement doit beaucoup à son fondateur, le psychiatre italien F. Basaglia.

Contrairement à la psychiatrie réparatrice qui vise la guérison (ou, en termes sociologiques, la "réparation"), la santé mentale s'inscrit dans une logique positive tant pour les professionnels que pour les citoyens. Les politiques actuelles de santé mentale en France assouplissent les pratiques psychiatriques sans pour autant abandonner le modèle restauratif.

La notion de simple absence de maladie est remplacée par l'idée de "faire de la santé un concept positif". La santé mentale est basée sur un modèle de développement du potentiel de l'individu et l'atteinte et le maintien de son "fonctionnement de base" selon les besoins du patient. Aujourd'hui on pourrait parler d'une psychiatrie souhaitée, orientée vers le rétablissement, propre à chacun, centrée sur la personne et fondée sur les droits. Dans l'idéal c'est même le rétablissement personnel qu'on vise et qui est à l'interface entre le rétablissement fonctionnel, social et médical (ou symptomatique).

Patricia Deegan est une psychologue américaine qui a fait de la réhabilitation des patients souffrant de problèmes de santé mentale sa mission après avoir reçu un diagnostic de schizophrénie : elle explique que le rétablissement est un processus autodirigé de guérison et de transformation. Cela fait du patient l'acteur de son propre rétablissement et nous amène à placer le traitement dans une perspective d'évolution et de progrès graduel et à parier sur le potentiel de l'individu. Donc l'idée de guérison est relativisée face à l'acceptation de la maladie, à l'apprentissage du " vivre avec ", à une plus grande satisfaction de la vie, à une plus grande indépendance et autonomie. Le "patient" - devenu "bénéficiaire" - devient l'acteur de sa prise en charge et de son traitement et apporte son

expertise fondée autant sur l'expérience de la maladie que sur l'expérience de la personne désignée comme patient (Deegan P. E. & Drake R. E. 2006).

Anna María Pálsdóttir, (département des sciences du travail, de l'économie d'entreprise et de la psychologie environnementale de l'université suédoise des sciences agricoles) a étudié au jardin de réhabilitation d'Alnarp, en Suède, le rôle des environnements naturels dans la réhabilitation basée sur la nature (NBR) pour les personnes souffrant de troubles mentaux liés au stress. Les trois phases de la réhabilitation basée sur la nature sont le prélude, le rétablissement et l'autonomisation et sont soutenues par l'environnement naturel, l'équipe de réhabilitation et les autres participants. Dans ce contexte, une nouvelle composante des environnements de soutien a été identifiée : la "*tranquillité sociale*", un élément important qui facilite l'engagement personnel et intime avec les environnements naturels dans les phases de rétablissement et d'autonomisation de l'utilisateur. Une communication non verbale profonde avec la nature, via le jardin thérapeutique, semble être une source de rétablissement global au cours de la RBN (Pálsdóttir et al., 2014).

4.4 Facteurs de vulnérabilité environnementale

En ce qui concerne le déterminisme multifactoriel des troubles mentaux (en partie génétique, en partie social, en partie environnemental, en partie encore inconnu), nous portons notre attention en particulier sur les facteurs socio-environnementaux. De nombreuses études montrent que ceux-ci jouent un rôle important dans le déterminisme et l'évolution de tous les troubles mentaux.

Les facteurs précipitants les plus connus sont le deuil, la séparation, le chômage et les situations de catastrophe.

C'est pourquoi les facteurs de protection tels que la qualité de l'environnement, la qualité du tissu social, la résilience et les styles d'*adaptation* (stratégies d'adaptation) sont très importants.

Même les études épidémiologiques sur la séparation/adoption, observant les frères et sœurs adoptifs et les jumeaux, ont montré que la concentration familiale des troubles psychiatriques n'est pas seulement le résultat de facteurs génétiques, mais aussi de facteurs environnementaux. Bien que l'influence respective de ces deux types de facteurs de vulnérabilité varie d'un trouble à l'autre, leur interaction est nécessaire au déclenchement de la pathologie psychiatrique et influe également sur son évolution dans le temps (Folstein S. 1996).

Nous pouvons affirmer que les facteurs liés à l'environnement influencent l'évolution de la maladie, tant en termes de caractéristiques cliniques (gravité, âge d'apparition, fréquence des poussées, comorbidités) qu'en termes de réponse au traitement.

La notion d'environnement recouvrant des facteurs très différents, tant par leur nature (démographique, climatique, nutritionnelle, psychologique, etc.) que par le stade de développement auquel ils se manifestent : on peut distinguer des facteurs environnementaux "précoces", dont l'influence s'exerce bien avant le début du processus de développement, et des facteurs "tardifs", comme le rôle des événements stressants de la vie dans l'apparition de rechutes dans les troubles de l'humeur.

L'environnement fait partie d'un concept très large, et donc hétérogène, allant de la notion de milieu biologique interne au contexte externe, sur lequel on peut agir, par exemple, avec l'horticulture thérapeutique.

Les facteurs environnementaux comprennent l'isolement social et émotionnel, le faible investissement professionnel, tant quantitatif que qualitatif, le faible statut socio-économique, le faible soutien social, et l'emplacement urbain est également l'un des principaux facteurs de vulnérabilité environnementale (Maas J. 2006).

Plusieurs études épidémiologiques, notamment en Angleterre et aux Pays-Bas, confirment que les facteurs sociodémographiques sont associés aux troubles psychiatriques, en particulier à la schizophrénie, en constatant un risque accru de développer la maladie dans les populations migrantes, qu'elles soient de première ou de deuxième génération (Fearon P. & Morgan C., 2015). Il faut considérer que ce risque est en partie attribuable à des conditions de plus importante précarité sociale.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les événements stressants de la vie peuvent également être des facteurs de vulnérabilité environnementale, favorisant les rechutes d'une maladie connue ou même, dans certains cas, contribuant à l'apparition d'un premier épisode de maladie, en particulier chez les individus les plus vulnérables à ces stress.

L'impact des événements de la vie, ainsi que celui du contexte émotionnel familial, est modulé par la capacité du sujet à s'adapter au stress. Ces mécanismes de coping ou d'adaptation nécessitent des processus cognitifs contrôlés et opérationnels ainsi qu'une charge attentionnelle importante. Dans ces cas, l'hortithérapie peut être d'un grand soutien non seulement pour atteindre une stabilité clinique, mais aussi dans une véritable perspective de prévention.

Pour participer à la prise en charge d'une personne présentant un trouble psychique, il est très important d'avoir accès à son examen clinique. Ce dernier (réalisé par le médecin traitant, généraliste ou psychiatre) doit permettre d'évaluer les fonctions intellectuelles, les perceptions, l'activité psychomotrice, le fonctionnement affectif, le comportement instinctif et social ; il doit comprendre l'histoire des différents troubles qui ont marqué la vie du sujet, son histoire personnelle (naissance et développement précoce, circonstances de la petite enfance et les souvenirs qu'il en garde, le déroulement de sa scolarité et de sa formation professionnelle, les emplois qu'il a occupés, les modalités de son adaptation sociale, sa vie affective et familiale, ses intérêts, ses croyances et ses centres d'intérêt, ainsi que l'histoire de sa famille.

Il faut toujours se renseigner sur la pathologie organique passée et présente du patient, sur ses traitements (présents et passés), et sur les risques qu'il encourt.

Par ailleurs, il est nécessaire de connaître l'impact du trouble psychiatrique sur la vie du patient (perte d'emploi, séparation, divorce, rupture affective, etc.) et de se demander (et de demander au bénéficiaire) "qu'est-ce que cette personne veut ?".

4.5 Pourquoi la psychométrie est-elle utile en hortithérapie ?

La psychométrie comprend toutes les méthodes d'investigation neurologiques, psychiatriques et psychologiques qui tendent à obtenir des évaluations quantitatives du comportement humain et des émotions. Elle inclut les tests mentaux, les échelles d'évaluation et même les listes de critères de diagnostic.

Les principaux tests mentaux sont ceux qui portent sur les fonctions cognitives : les questionnaires (échelles d'auto-évaluation) et les tests projectifs. Les questionnaires d'auto-évaluation sont largement utilisés en psychiatrie, non seulement pour identifier un trouble mais aussi pour suivre son évolution au cours du traitement, précisément pour pouvoir évaluer intrinsèquement l'efficacité ou non du traitement lui-même. Ce même principe peut être appliqué à l'hortithérapie : l'utilisateur s'améliore-t-il ? Oui, mais de combien s'améliore-t-il ? Pour répondre à ces questions, il suffit de faire remplir une simple grille d'auto-évaluation avant et après la séance d'hortithérapie, et si c'est fait à chaque séance, ça permet également d'évaluer l'évolution sur le long terme et de proposer des améliorations de la manière la plus adaptée.

Certains questionnaires explorent les émotions en général, d'autres sont plus spécifiques comme les questionnaires sur la dépression, l'anxiété ou le niveau de douleur ressentie. Plus spécifiquement

encore, certains tests psychométriques explorent les tendances à la dépendance, les habitudes alimentaires, les capacités d'attention et de concentration, les capacités d'apprentissage, verbales ou visuelles et les fonctions exécutives des patients.

Ils peuvent également constituer des outils précieux pour évaluer l'adaptabilité sociale, les conditions de vie et la qualité de vie.

Bien entendu, ces tests, en particulier les tests d'intelligence, ont leurs limites méthodologiques, par exemple le score global du test de QI peut être faussé en cas de difficultés d'attention.

Les réponses données par le patient seront toujours subjectives, par définition, car nous évaluons un sujet pensant qui nous aide volontairement dans ses soins et qui est un partenaire essentiel dans le choix thérapeutique et l'arbitre final du succès de son traitement.

Par exemple, en hortithérapie, il est toujours très intéressant d'évaluer les fonctions exécutives, c'est-à-dire toutes les fonctions nécessaires pour maintenir le contrôle de soi, apprendre, effectuer des tâches nouvelles ou complexes et non automatiques. Celles-ci se traduisent ensuite par des manifestations cognitives, comportementales et socio-émotionnelles : impulsivité, manque de flexibilité, inhibition/désinhibition, planification ou difficulté à résoudre des problèmes. Dans ce cas, les tests seront plus (mais jamais complètement) objectifs car ils étudient objectivement un trouble cognitif, en déterminant l'étendue d'un dysfonctionnement exécutif, attentionnel ou visuospatial ou de la cognition sociale.

Ces évaluations seront fondamentales pour déterminer le profil cognitif de l'utilisateur et, par conséquent, pour mettre en place le programme d'hortithérapie approprié (et adapté) : à la fois pour minimiser les difficultés et pour proposer des objectifs appropriés à l'utilisateur, mais surtout pour obtenir des données précises et documentables (qualitatives et quantitatives) qui peuvent être utilisées dans l'évaluation objective de son propre travail (et de celui des autres) à des fins d'étude, de recherche et de besoin continu d'amélioration, voire de reconnaissance, dans ce domaine.

4.6 Les principaux troubles mentaux

Troubles anxieux

De nombreuses études ont démontré les bienfaits de l'horticulture thérapeutique pour réduire l'anxiété. L'anxiété est un état émotionnel caractérisé par l'inquiétude et la peur d'une situation future, lorsqu'elle devient excessive et persistante, on parle de trouble, à suivre les principaux troubles anxieux.

Troubles de l'adaptation

Ils surviennent lorsqu'une personne récemment exposée à une ou plusieurs sources de "stress" ne parvient pas à "s'adapter" à la situation et développe par conséquent une réaction émotionnelle et comportementale anormale. Si l'événement disparaît, l'effet s'atténue progressivement ou s'arrête.

Les symptômes peuvent varier selon plusieurs registres :

- émotionnelles (anxiété, tristesse, retrait émotionnel, irritabilité, agressivité) ;
- somatiques (maux de tête, douleurs, insomnies, fatigue, sensations de tension ou de déséquilibre, troubles fonctionnels digestifs et cardiovasculaires ou respiratoires) ;
- cognitive (difficultés de concentration et d'attention, problèmes de mémoire à court terme, intrusions de la pensée, lucidité mentale, baisse d'efficacité à l'école ou au travail) ;
- comportement (hostilité, opposition, fuite, inhibition sociale, isolement, actes criminels, dépendances, comportement suicidaire).

Troubles obsessionnels compulsifs

Ce trouble se caractérise par la présence de pensées rigides et égo-dystoniques (obsessions) et de comportements rituels répétitifs (compulsions) sur lesquels le patient déclare avoir peu ou pas de contrôle. L'idée anxiogène constitue le phénomène initial, entraîne l'anxiété et provoque la réponse compulsive. Les comportements compulsifs sont souvent bizarres mais contraignants pour la volonté du sujet qui ne peut éviter de les réaliser sans éprouver un profond état d'anxiété.

Syndrome de stress post-traumatique

Il dépend nécessairement de l'exposition à un événement traumatique majeur (impliquant la mort, ou la menace de mort, ou des blessures graves, ou une menace pour son intégrité physique ou celle d'autrui). L'événement traumatique est revécu de manière persistante (par des souvenirs désagréables récurrents et intrusifs de l'événement, tels que des images, des pensées ou des perceptions). Des cauchemars, des sensations de revivre l'expérience, des délires, des hallucinations, des épisodes de flash-back dissociatifs peuvent également être récurrents.

Dans ces cas, le mécanisme de défense est l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et l'atténuation de la réactivité générale (qui n'existait pas avant le traumatisme), comme l'indiquent trois (ou plus) des éléments suivants (DSM-5, 2015) :

- des efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;
- des efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui évoquent des souvenirs du traumatisme ;

- incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme ;
- une réduction marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives ;
- des sentiments de détachement ou d'éloignement des autres ;
- une réduction de l'affectivité ;
- le sentiment d'une diminution des perspectives d'avenir.

Comme ces mécanismes de défense ne résolvent pas le problème, il se produit des altérations de la pensée ou de l'humeur qui commencent ou s'aggravent après l'événement traumatique. Ainsi, on peut observer des symptômes tels que des pensées pessimistes et dévalorisantes, de la culpabilité, de la honte, de l'anxiété, de la terreur ; une diminution de l'intérêt et de la participation aux activités quotidiennes ; une incapacité persistante à ressentir des émotions positives. Enfin, des symptômes persistants de stress aigue (absents avant le traumatisme), notamment : troubles du sommeil, comportement risqué ou autodestructeur, irritabilité, difficulté à contrôler la colère, hypervigilance, difficulté à se concentrer.

Le trouble panique

Le trouble panique (TP) se caractérise par l'apparition d'attaques de panique, c'est-à-dire d'états d'anxiété intense accompagnés d'autres symptômes psychologiques et physiques qui surviennent de manière imprévisible, généralement sans déclencheur précis et rationnel. Ces épisodes aigus d'anxiété, d'abord brutaux, atteignent en quelques minutes une intensité maximale, caractérisée par un sentiment de perte de contrôle et/ou de catastrophe imminente. En revanche, le déclin de la crise est progressif et de durée variable, mais dépasse rarement quelques heures.

Dans ce cas, l'anxiété est centrée sur la peur d'avoir une crise de panique et conduit à une anxiété d'anticipation liée à la possibilité de survenue d'une crise.

Face à l'apparition soudaine d'une attaque de panique, il est nécessaire d'évoquer le rôle possible de facteurs toxiques (abus de substances, sevrage), iatrogènes (stimulants) ou somatiques (hyperthyroïdie, hypoglycémie, arythmies, épilepsie temporale, accident vasculaire transitoire, pathologie vestibulaire...). A cet égard, il est toujours bien de rappeler qu'avant de qualifier un symptôme "psychiatrique", il faut déjà avoir exclu toute autre explication "somatique" ; il faut donc toujours explorer toute autre pathologie susceptible d'expliquer ce symptôme. En pratique, si, par exemple, une personne souffrant de trouble panique a des douleurs thoraciques, elle doit toujours être emmenée aux urgences pour avoir un électrocardiogramme afin d'exclure un infarctus du myocarde.

Trouble anxieux généralisé

Caractérisée par des symptômes physiques et psychiques d'anxiété qui ne sont pas dirigés vers une cause ou une situation particulière, il s'agit donc d'une anxiété permanente : elle survient très souvent dans la journée et presque tous les jours ; elle dure au moins six mois ; elle est incontrôlable et envahit l'esprit du patient de ruminations anxieuses ; elle doit être centrée sur plusieurs thèmes différents (et non sur une seule inquiétude très spécifique). L'anxiété et l'inquiétude sont associées à au moins trois des six symptômes suivants : épuisement, agitation, irritabilité, difficultés de concentration ou trouble de mémoire, irritabilité, tension musculaire ou troubles du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil fragmenté ou agité, non réparateur). Cet état peut souvent être à l'origine d'épisodes dépressifs.

Dépression

Les troubles dépressifs sont très fréquents et entraînent une souffrance quotidienne parfois insupportable, mais dans la plupart des cas, ils ne se manifestent "que" par un ou deux épisodes au cours d'une vie. Malheureusement, un tiers de cette population subira de nombreuses rechutes et un sixième souffrira d'épisodes chroniques durant plus de deux ans.

Pour diagnostiquer une dépression (légère, modérée ou majeure), il existe des critères stricts qui prennent en compte le nombre de symptômes exprimés et leur fréquence à court et à long terme.

L'horticulture thérapeutique s'attachera à agir sur les symptômes individuels, associés ou non, en fonction des besoins et des désirs du bénéficiaire concerné, dont voici les principaux (DSM-5, 2015):

- humeur dépressive, c'est-à-dire tristesse pendant la majeure partie de la journée
- diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités ou la plupart d'entre elles pendant la majeure partie de la journée
- prise ou perte de poids significative (> 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit
- insomnie ou hypersomnie
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- asthénie, c'est-à-dire perte d'énergie
- sentiments excessifs ou inappropriés de dévalorisation ou de culpabilité
- diminution de la capacité de réflexion ou de concentration ou indécision
- pensées récurrentes de mort ou de suicide (dans les cas les plus graves)

La dépression peut également provoquer des dysfonctionnements cognitifs, psychomoteurs, des troubles anxieux et de panique (tout comme l'anxiété chronique et le TP peuvent provoquer la

dépression), mais contrairement à d'autres pathologies, ces troubles sont étroitement liés à la pathologie elle-même et donc potentiellement transitoires ; ainsi, les personnes souffrant d'un trouble dépressif peuvent potentiellement récupérer toutes leurs capacités antérieures à la maladie.

Les personnes souffrant de troubles dépressifs sont plus susceptibles de consommer des boissons alcoolisées ou d'autres substances récréatives pour tenter de traiter elles-mêmes leurs troubles du sommeil ou leurs symptômes d'anxiété ; toutefois, la dépression est une cause moins fréquente de troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres substances qu'on ne le pensait auparavant.

Les patients sont également plus enclins à devenir de gros fumeurs et à négliger leur santé, ce qui augmente le risque de développement ou de progression d'autres maladies somatiques. La dépression peut aussi réduire les réponses immunitaires protectrices et augmenter le risque de maladies cardiovasculaires, d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux.

Une analyse systématique du 2022 sur l'efficacité de l'horticulture thérapeutique pour accroître le bien-être et réduire l'anxiété et la dépression confirme que les intervalles de prédiction de toutes les études montrent que l'horticulture thérapeutique produit un effet dans la direction souhaitée, c'est-à-dire vers l'amélioration et l'accroissement du bien-être (Lasater C. A. 2022).

Troubles bipolaires

Être atteint d'un trouble bipolaire ne signifie pas changer souvent d'avis ou d'émotions. Ces troubles nécessitent un diagnostic spécifique et se caractérisent par une alternance d'épisodes dépressifs et d'excitation maniaque. Un épisode maniaque peut se présenter comme une semaine au moins d'humeur élevée, euphorique ou irritable persistante, ou comme une augmentation marquée de l'énergie associée à des symptômes tels que (DSM-5, 2015) :

- hypertrophie de l'estime de soi
- réduction du besoin de sommeil
- loquacité augmentée
- la fuite des idées ou l'accélération de la pensée
- distractibilité
- beaucoup d'énergies NON orientée vers un objectif
- un comportement risqué ou nuisible

Il s'agit d'une pathologie très hétérogène dans son expression clinique et évolutive, ce qui implique la prise en compte de différents types d'informations (antécédents personnels et familiaux, âge de début, polarité prédominante, déroulement et fréquence des cycles, troubles associés, addictions,

environnement, psychotraumatismes dans l'enfance, nature des éventuels facteurs déclenchants, etc.). Cette évaluation est la première étape dans la construction du projet thérapeutique et permet un meilleur choix des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques.

Tous les troubles de l'humeur décrits jusqu'à présent découlent de dysfonctionnements du système nerveux central : anomalies biochimiques ou structurelles et/ou de l'activité de certains circuits neuronaux qui seraient responsables des changements brusques d'énergie qui déclenchent les symptômes. Un certain nombre d'arguments permettent de considérer que le stress peut également être un facteur de déclenchement et d'aggravation. A l'appui de cette hypothèse, on peut objectiver une association entre le stress et l'hypercortisolisme, une altération des systèmes monoaminergiques et une réduction du volume des structures limbiques similaires à celles observées dans la dépression. On peut donc dire que le modèle de dépression basé sur le stress est compatible avec le modèle classique et largement étudié de la diminution du métabolisme et de l'activité du système sérotoninergique. Le rôle du stress comme cause de la dépression ouvre donc la voie à des traitements individualisés, tels que l'horticulture thérapeutique, dans le traitement de la dépression.

Promouvoir la régulation émotionnelle : de la Théorie Polyvagale à l'hortithérapie.

Selon les lois de l'évolution des espèces, il est légitime de se demander : la dépression est-elle la forme extrême d'une fonction suffisamment utile à la survie de l'espèce (ou du moins pas suffisamment préjudiciable à la survie de l'espèce, malgré le risque de suicide) pour être restée dans notre répertoire adaptatif ? Est-il le corollaire d'une fonction biologique utile dont il représente le dysfonctionnement ? Cette voie théorique passionnante peut être résumée dans la Théorie Polyvagale. Selon cette théorie, il existe deux circuits vagues et, comme il existe une relation hiérarchique entre eux, nous pouvons considérer toutes les réponses défensives comme adaptatives face aux défis environnementaux : il y a donc une réaction sympathique-adrénergique, responsable de nos réponses de mobilisation (attaque/fuite), mais il y a aussi une réaction dorso-vagale que, lorsqu'elle est active dans des conditions non stressantes, a pour rôle de maintenir l'homéostasie, mais qui peut devenir dangereuse si elle est utilisée comme réaction primaire de défense, ce qui entraîne, par exemple, une augmentation du comportement de sidération défensive. Cela se produit en particulier dans des conditions traumatisantes ou en cas de stress chronique (Porges S. W. 2009). Cette théorie a donc le mérite de proposer un cadre explicatif général pour le modèle de la dépression basé sur le stress. Le phénomène dépressif serait alors une coûteuse stratégie d'autoconservation que l'individu manifeste face à la compétitivité sociale ou à une situation aversive inextricable.

Cette hypothèse serait également pleinement compatible avec la vision sociologique de la dépression, car les deux théories sont ouvertes à la possibilité de prévenir la dépression en modifiant les règles sociales, ou en proposant un soutien dans des centres de réhabilitation psychosociale, en créant, par exemple, des cours d'hortithérapie qui renforcent l'estime de soi et l'autonomisation de la personne, mais qui sont également conçus pour prévenir ou minimiser les ruptures sociales et donner à l'individu les moyens, ainsi que de faire face aux échecs, en ne les considérant pas comme tels ou en les acceptant et en les surmontant.

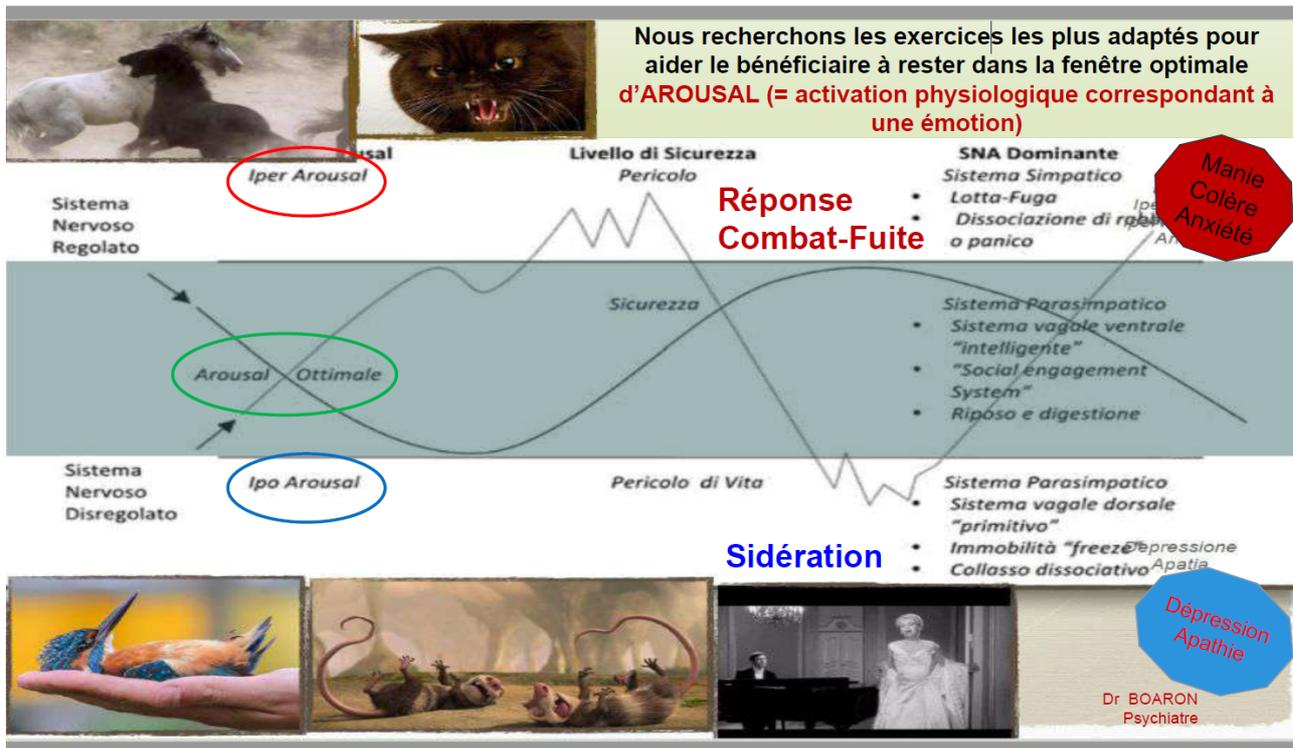


Figure 4. Modèle de modulation de l'arousal dans la théorie polyvagale (Boaron, 2022)

Avec l'hortithérapie, nous recherchons les exercices les plus adaptés pour aider le bénéficiaire à rester dans la fenêtre optimale d'AROUSAL (= activation physiologique correspondant à une émotion), Figure 4.

Schizophrénie

Pour comprendre la schizophrénie, il faut considérer qu'elle comporte une dimension cognitive et trois grandes dimensions symptomatiques : la désorganisation, les symptômes positifs et les symptômes négatifs (mais pas dans le sens de "bon ou mauvais"). Les symptômes positifs se réfèrent à des sensations, des sentiments ou des comportements pathologiques qui seraient absents si la pathologie n'existait pas, tels que : la psychose (perte de contact avec la réalité), les hallucinations (fausses perceptions) et les délires (fausses croyances).

Les hallucinations sont des perceptions sensorielles qui ne sont perçues par personne d'autre. Elles peuvent être auditives, visuelles, olfactives, gustatives ou tactiles, mais les hallucinations auditives sont les plus fréquentes. Les patients peuvent entendre des voix qui commentent leur comportement (souvent sous forme de critiques et d'insultes) ou qui conversent entre elles.

Les délires sont des "croyances erronées" maintenues malgré des preuves contradictoires évidentes et, dans le cas de la schizophrénie, ils peuvent être bizarres, c'est-à-dire invraisemblables et ne pas découler d'expériences de la vie courante.

Les signes négatifs, quant à eux, correspondent à des expériences intérieures ou à des comportements qui ne sont pas considérés comme pathologiques en soi, mais qui sont altérés ou absents dans la schizophrénie, tels que l'aplatissement de l'affectivité (diminution des manifestations émotionnelles), la pauvreté du discours (le patient parle peu et donne des réponses minimalistes aux questions), le manque d'intérêt pour les activités et l'augmentation des activités aphrodisiaques et de l'asocialité (manque d'intérêt pour les relations humaines). Les symptômes négatifs conduisent souvent à un manque de motivation et à une réduction de l'intentionnalité et des objectifs.

La désorganisation se manifeste par une incohérence de la pensée, du langage et du comportement. Les troubles cognitifs altèrent la mémoire, la compréhension des interactions sociales, le raisonnement, le traitement de l'information et la vitesse de traitement, ainsi que la capacité à résoudre des problèmes.

Au cours de l'évolution de la schizophrénie, la plupart des personnes touchées peuvent voir coexister des symptômes appartenant à toutes ces dimensions, mais il faut toujours tenir compte de l'influence que peuvent avoir les thérapies, tant pharmacologiques (antipsychotiques) que non pharmacologiques (hortithérapie, thérapie cognitive, réhabilitation psychosociale), qui modifient profondément l'expression de la pathologie.

Bien que la cause précise de ce trouble soit encore inconnue, il existe des preuves d'une composante génétique, de changements dans les niveaux de neurotransmetteurs, d'altérations de la fonction neuroendocrine, mais les composantes environnementales et psychosociales sont également importantes.

La schizophrénie est l'un des troubles psychiatriques les plus stigmatisés mais une meilleure compréhension de la schizophrénie peut donc contribuer à déstigmatiser les personnes qui en sont atteintes.

La combinaison de différentes techniques destinées à promouvoir la réhabilitation psychosociale et professionnelle des patients (y compris la formation à de nouvelles compétences, la récupération sociale et cognitive et la psycho-éducation), ainsi que la déstigmatisation, pourraient également améliorer l'intégration sociale.

Dans une étude de 2021 portant sur des personnes atteintes de schizophrénie, un programme d'horticulture thérapeutique a été ajouté à l'intervention de routine avec l'ergothérapie seule et les effets sur le groupe d'étude et le groupe de contrôle ont été observés. Après trois mois, le groupe ayant suivi un programme d'horticulture thérapeutique a montré une amélioration de l'humeur et une réduction de l'anxiété (Lu S. et al., 2021).

Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire, dont l'anorexie mentale et la boulimie reflètent la dimension psychiatrique la plus marquée, sont des troubles impliquants :

- modification de la consommation ou l'absorption d'aliments
- altération de manière significative la santé physique et/ou le fonctionnement psychosocial

Les troubles spécifiques de l'alimentation comprennent :

- l'anorexie mentale
- trouble de l'évitement/restriction alimentaire
- troubles alimentaires incontrôlés
- la boulimie
- pica
- trouble de la rumination

L'anorexie mentale se caractérise par une recherche incessante de la minceur, une peur pathologique de l'obésité, une image corporelle déformée et une restriction des nutriments, conduisant à une perte de poids importante au point de nuire à la santé. Ce trouble peut s'accompagner ou non de purges (par exemple, des vomissements provoqués).

Le trouble de l'évitement/restriction de la prise alimentaire se caractérise par un évitement de la nourriture ou une restriction de la prise alimentaire, entraînant une perte de poids importante, des carences nutritionnelles, une dépendance à l'égard d'un soutien nutritionnel et/ou une perturbation grave du fonctionnement psychosocial. Mais contrairement à l'anorexie mentale et à la boulimie, ce trouble n'inclut pas de préoccupation concernant la forme ou le poids du corps.

Les troubles alimentaires incontrôlés se caractérisent par des épisodes récurrents au cours desquels les personnes consomment de grandes quantités de nourriture et ont l'impression de perdre le contrôle. Ces épisodes ne sont pas suivis d'un comportement compensatoire de purge.

La boulimie se caractérise par des épisodes récurrents d'alimentation incontrôlée suivis d'une forme ou d'une autre de comportement compensatoire inapproprié, comme des vomissements provoqués, l'abus de laxatifs ou de diurétiques, le jeûne ou l'exercice physique excessif.

Le pica est la consommation persistante de substances non nutritives et non alimentaires qui ne font pas partie d'une tradition culturelle (le pica n'est évidemment pas diagnostiqué chez les enfants de moins de deux ans).

Le trouble de la rumination consiste en une régurgitation répétée de nourriture après un repas.

Comme tous les troubles du comportement, leur origine est multifactorielle. Il existe des facteurs de vulnérabilité liés à la personnalité, des troubles de l'attachement et du développement. Ils sont parfois liés à des traumatismes et à des événements de la vie entraînant des conséquences négatives. Les facteurs déclenchants peuvent être fortement liés à la puberté, à la famille et à l'environnement socioculturel, mais des facteurs psychologiques, interactionnels, biologiques et environnementaux peuvent également avoir un impact sur l'apparition et l'évolution de ces troubles.

A partir d'une situation initiale de surabondance et de difficulté à faire face au stress, une réponse adaptative peut dans ce cas se transformer, plus ou moins rapidement, dans l'organisation constrictive d'un comportement anorexique ou boulimique avec des effets négatifs qui, s'ils se prolongent dans le temps, se transforment en une véritable maladie dont l'évolution peut être grave, voire mortelle, et dont les conséquences sur l'état somatique et psychologique et sur la vie affective, sociale et professionnelle deviennent dramatiques.

Il s'agit donc dans ce cas d'une pathologie qui offre un large spectre de présentations, allant d'un trouble plus ou moins réactif et situationnel, parfois spontanément résolu, à une pathologie durable, voire chronique, plus ou moins intriquée avec un très large éventail de comorbidités.

Par conséquent, nous ne pouvons pas assimiler et avoir les mêmes objectifs pour toutes les présentations et il est très important de connaître les caractéristiques de ces utilisateurs afin d'adapter les différentes thérapies, y compris l'hortithérapie.

La difficulté est d'évaluer le degré de chronicité, qui n'est pas seulement lié à la durée mais à l'organisation de la vie autour du comportement pathologique, à la restriction progressive de tous les intérêts et à l'évitement des échanges et des plaisirs gratifiants par crainte de perdre le contrôle de soi.

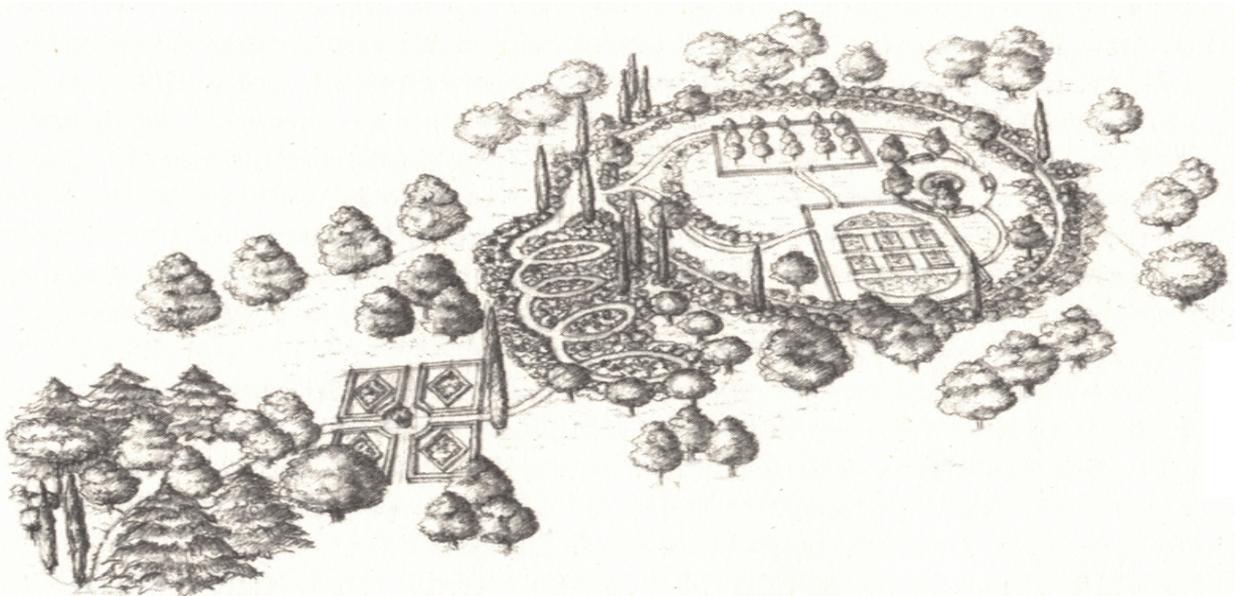


Figure 5. Projet de jardin thérapeutique dans les troubles de la conduite alimentaire (Mati A., 2022)

Il existe peu d'expériences de traitement de l'anorexie par les espaces verts, mais en Italie ont conçu des parcours guidés (par le thérapeute) dans le vert, où le jardin thérapeutique se transforme en un voyage vers l'acceptation de soi, au niveau physique et psychique. Grâce à des allées en spirale, par exemple, parmi des arbustes parfumés et des fleurs colorées, l'utilisateur est accompagné vers le détachement de l'autocontrôle obsessionnel de son corps (Mati A., 2022), Figure 5.

Troubles liés à l'utilisation de substances

Les termes "addiction", "abus" et "dépendance" sont vagues et chargés d'une valeur stigmatisante ; il est donc préférable de parler de troubles liés à l'utilisation de substances et de se concentrer sur les manifestations spécifiques et leur traitement. Ces substances activent toutes directement le système de récompense du cerveau (qui, dans certains cas, peut être génétiquement plus sensible) et produisent des sensations de plaisir. Le désir de la substance est si fort que les personnes atteintes négligent les activités quotidiennes pour l'obtenir et la consommer.

Voici les effets physiologiques directs des troubles liés à la dépendance aux substances

- Intoxication : désigne l'apparition d'un syndrome réversible propre à la substance, accompagné de changements psychiques et comportementaux pouvant inclure une altération de la perception, une euphorie, une altération des fonctions cognitives, du jugement, physiques et sociales, une labilité de l'humeur, de l'agressivité ou une combinaison de ces éléments. La forme la plus grave est l'overdose, qui s'accompagne d'une morbidité importante et d'un risque de décès.
- Abstinence : désigne les effets spécifiques, les symptômes et les changements de comportement provoqués par l'arrêt ou la réduction de la consommation d'une substance. Pour être considéré comme un trouble de l'abstinence, le syndrome de sevrage doit provoquer une détresse significative chez le patient et/ou mettre en péril son fonctionnement (social, professionnel). La plupart des patients souffrant d'un syndrome de sevrage reconnaissent que la ré-consommation de la substance réduira leurs symptômes. Certains médicaments, en particulier les opioïdes, les sédatifs/hypnotiques et les stimulants, peuvent également provoquer des symptômes de sevrage, même lorsqu'ils sont pris conformément à la prescription, pour des raisons médicales légitimes et pendant des périodes relativement courtes (moins d'une semaine pour les opioïdes). Les symptômes de sevrage qui apparaissent à la suite d'un usage médical approprié ne sont pas considérés comme des

critères de diagnostic d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance, bien qu'ils puissent constituer un facteur de risque prédisposant.

- Troubles psychiatriques induits par une substance : il s'agit de changements mentaux causés par la consommation ou le sevrage d'une substance qui ressemblent à des troubles psychiatriques indépendants tels que la dépression, la psychose, l'anxiété ou les troubles neurocognitifs. Certains troubles neurocognitifs causés par l'alcool, les substances inhalées ou les sédatifs hypnotiques, ainsi que les troubles de la perception causés par les hallucinogènes, peuvent également être de longue durée. C'est pourquoi il faut toujours attendre que les toxines aient été éliminées avant d'évaluer l'état émotionnel à des fins de diagnostic.

La consommation de drogues illégales, bien que problématique parce qu'illégale, ne conduit pas toujours à un trouble de l'usage de substances. En revanche, les substances légales, telles que l'alcool et les médicaments délivrés sur ordonnance (et le cannabis sous forme de CBD), sont souvent impliquées dans un trouble lié à l'utilisation d'une substance. Les gens consomment des substances pour diverses raisons, notamment pour modifier ou améliorer leur humeur, pour soulager leur anxiété ou pour améliorer leurs performances.

Les personnes souffrant d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance passent généralement de l'expérimentation à la consommation occasionnelle, puis à la consommation excessive et parfois au trouble lié à l'utilisation d'une substance. Cette progression est complexe et n'est que partiellement comprise. Le processus dépend de l'interaction entre la substance, le consommateur et le contexte socio-environnemental.

Les substances légalement et/ou facilement accessibles (comme l'alcool et le tabac) sont plus susceptibles d'être consommées au début et augmentent donc le risque d'évolution vers une consommation problématique. Les fluctuations de la perception du risque et le risque global de troubles liés à la consommation de substances sont influencés par de multiples facteurs, y compris des troubles coexistants tels que les comorbidités psychiatriques ou les personnes souffrant de douleurs chroniques.

Enfin, nous ne pouvons pas négliger les facteurs environnementaux, culturels et sociaux qui peuvent avoir un impact important sur le développement, le maintien et la rechute.

Voici quelques exemples de la manière dont les troubles liés à l'utilisation d'une substance peuvent se manifester (la gravité du trouble est déterminée par le nombre de symptômes manifestés).

Difficultés à contrôler la consommation de substances :

- la substance est consommée en plus grande quantité ou pour une durée plus longue que celle initialement prévue ;
- la personne souhaite arrêter ou réduire sa consommation de substances (et qui n'y parvient pas) ;
- la personne consacre une part importante de son temps à se procurer, à consommer ou à se remettre des effets de la substance ;
- la personne a un désir intense ("craving") de consommer la substance .

Altération de la vie sociale :

- la personne ne peut plus remplir ses principales obligations au travail, à l'école ou à la maison
- la personne continue à consommer la substance même si elle cause (ou aggrave) des problèmes sociaux ou interpersonnels
- la personne réduit ou renonce à une activité sociale, professionnelle ou récréative importante en raison de sa consommation de substances psychoactives

Utilisation à risque :

- consommation de la substance dans des situations physiquement dangereuses
- consommation de la substance tout en sachant qu'un problème médical ou psychologique s'aggrave

Symptômes pharmacologiques :

- la tolérance : lorsque l'effet d'une dose administrée diminue avec le temps et que le sujet doit augmenter progressivement la dose de la substance pour produire l'effet désiré
- le sevrage : effets physiques désagréables qui se produisent lorsque la substance est soudainement interrompue.

Quelques mots sur le sevrage de l'alcool, qui est le plus dangereux et le plus fréquent. En effet, près de la moitié des patients souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool présentent des symptômes de sevrage, qui commencent généralement dans les dix heures suivant la dernière prise d'alcool, avec une augmentation progressive des symptômes au cours des soixante-douze premières heures, suivie d'une diminution jusqu'à leur disparition, généralement cinq jours après la dernière consommation. Ces troubles, initialement associés à une agitation psychomotrice, à des tremblements fins des extrémités et à une tachycardie, peuvent toutefois persister au-delà de cette période. L'apparition d'un delirium tremens (délire confusionnel) est observée dans moins de 5 % des cas mais présente un taux de mortalité élevé et constitue une urgence médicale. Une évaluation

somatique générale est nécessaire tout au long du processus de désintoxication. L'évaluation somatique comprendra également un dépistage des complications liées à la consommation de substances.

Le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances varie en fonction de la substance et des circonstances. Il est souvent très éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique, et comprend une ou plusieurs des phases suivantes :

- la désintoxication aiguë, "sevrage" en français, c'est-à-dire l'interruption ou la diminution de la consommation ;
- la prévention et la gestion de l'abstinence ; dans certains cas, le patient peut nécessiter d'une courte hospitalisation et être assisté par une équipe médicale afin de réduire les risques de la "crise de sevrage", qui dure physiquement environ cinq jours ;
- l'arrêt de la consommation (ou sa réduction);
- le maintien de l'abstinence.

Ces phases, qui peuvent se succéder et se répéter (il s'agit en fait d'un trouble chronique), peuvent nécessiter des différents types de traitement pharmacologique dans les premiers stades, mais le soutien fondamental pour prévenir les rechutes est non médicamenteuse : conseils, groupes de soutien, psychothérapie (thérapie d'amélioration de la motivation, thérapie cognitive-comportementale, prévention des rechutes) et hortithérapie.

Une étude autrichienne a observé que les troubles liés à la consommation d'alcool n'interfèrent pas avec la réponse positive aux stimuli sensoriels : les émotions ressenties, les désirs et les souvenirs éveillés par la perception sensorielle des stimuli naturels offerts par les plantes ne diffèrent pas entre les deux échantillons étudiés (avec et sans troubles liés à la consommation d'alcool). Ceci indique que le lien avec la nature n'est pas altéré par le trouble de l'usage. Ainsi, pour ce type d'usagers, l'exploitation des stimuli sensoriels pour susciter des émotions positives est l'un des principaux objectifs de l'horticulture thérapeutique (Berger & Berger, 2017).

L'horticulture thérapeutique pourrait également être indiquée pour contrer les troubles cognitifs induits par la consommation d'alcool, qui peuvent se manifester par des anomalies neuropsychologiques telles que des problèmes de mémoire temporaires, des difficultés d'apprentissage et de résolution de problèmes. En fait, nombre de ces troubles sont partiellement réversibles après une abstinence prolongée et une rééducation cognitive appropriée.

L'entretien motivationnelle

Comme toujours, l'évaluation initiale du patient est cruciale pour reconnaître et proposer des objectifs adaptés au fonctionnement social, professionnel et émotionnel de l'individu. De la même façon, il est utile de savoir le degré de motivation à arrêter la consommation de substances.

Lors de mon stage en Addictologie, j'ai eu l'occasion d'observer et de mettre en pratique l'entretien motivationnel, conçu par ses créateurs, Miller et Rollnick (2002), comme un style relationnel, plutôt que comme une psychothérapie au sens strict.³⁶, qui permet d'accompagner le patient dans sa décision de changement (on ne peut pas imposer une cure de désintoxication sans son consentement !), de l'aider à accepter ses propres résistances et à trouver des stratégies pour les contourner, tout en exprimant empathie et soutien.

Le développement de formations spécifiques en France contribue à la diffusion de cette stratégie qui est aujourd'hui largement utilisée et donne d'excellents résultats.

Le modèle trans -théorique de Prochaska et Di Clemente (1992), (Figure 6.), est utile pour visualiser le positionnement de la personne et sa disposition réelle au changement, ainsi que pour trouver et adapter les modes d'intervention les plus efficaces.

Les étapes du changement (figure 6) ont été simplifiées et résumées comme : pré-contemplation, contemplation, détermination/préparation, action, maintenance, résolution (sortie temporaire/permanente...ou éventuelle rechute qui redémarre le cycle).

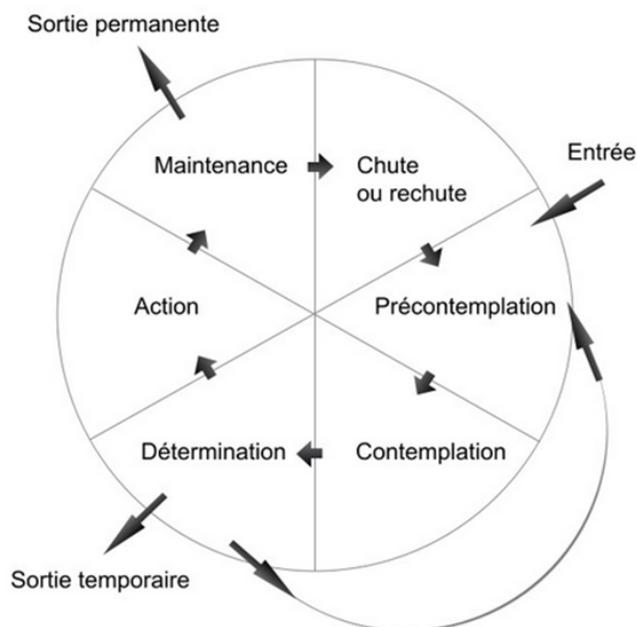


Figure 6. Le cercle de Prochaska et Di Clemente (1992)]

Ces étapes représentent à la fois la phase temporelle et la description des caractéristiques comportementales de la personne à ce stade.

L'auto-efficacité et la balance décisionnelle sont considérés comme des facteurs généraux ou psychologiques qui peuvent servir d'indicateurs pour prédire le passage d'une étape à l'autre.

La balance décisionnelle (balancer les avantages et les inconvénients de la consommation) est une technique qui favorise l'émergence d'une prise de conscience afin que l'importance du changement coïncide avec le niveau d'auto-efficacité, ce qui augmente le niveau d'estime de soi et le niveau de confiance en soi afin de pouvoir mettre en œuvre le changement et s'améliorer.

Dans l'entretien motivationnel, c'est le thérapeute qui s'adapte au stade de changement du patient et respecte sa liberté de choix et de décision, en contournant les résistances et en les utilisant pour établir une alliance avec le patient.

La rechute est considérée comme une réponse inadaptée à un facteur de stress auquel l'individu est confronté. Par conséquent, dans ce cas également, des techniques ciblant les états émotionnels de l'individu devraient être appliquées pour prévenir la rechute. Il peut être très utile, par exemple, de travailler sur l'acceptation des émotions négatives ou sur les compétences sociales.

Tous ces concepts restent valables pour soutenir l'addiction au jeu ou d'autres comportements ayant le même mécanisme. Un facteur prédisposant est également notre société, qui favorise et encourage la gratification instantanée, la recherche du plaisir par le consumérisme et l'accessibilité de ces comportements à tout moment et en tout lieu.

Alors pourquoi ne pas proposer des alternatives "lentes" dans l'hortithérapie ? Comme des activités dans le jardin qui dépendent des longues saisons et des efforts quotidiens de "soins".

Troubles de la personnalité

Alors que les traits de personnalité représentent des modes de pensée, de perception, de réaction et de relation relativement stables dans le temps, les troubles de la personnalité consistent en des formes qui causent une détresse significative ou un handicap fonctionnel à la personne. Les troubles de la personnalité varient considérablement dans leurs manifestations, certaines tendant à s'atténuer avec l'âge, mais d'autres traits peuvent persister même après la disparition des symptômes aigus qui ont conduit au diagnostic du trouble. Le diagnostic est clinique et, selon le DSM-5, les troubles de la personnalité concernent principalement l'identité de soi et le fonctionnement interpersonnel.

Les problèmes d'identité personnelle peuvent se manifester par une image instable de soi ou par une incohérence dans les valeurs, les objectifs et l'apparence.

Le problème du fonctionnement interpersonnel se manifeste généralement par des difficultés à développer ou à maintenir des relations étroites, un manque d'empathie ou une insensibilité aux règles.

Ces personnes peuvent être incohérentes, confuses et il peut être difficile d'établir une relation avec, également parce qu'elles peuvent avoir des difficultés à connaître les limites entre elles-mêmes et les autres. Leur estime de soi peut varier de très élevée à presque inexistante.

La première ligne de traitement implique presque toujours l'utilisation de thérapies non pharmacologiques (psychosociales, psychothérapies, etc.), mais les manifestations plus sévères, dans lesquelles des comorbidités se développent (les troubles dépressifs, l'anxiété, les troubles liés aux substances, les troubles des symptômes somatiques et les troubles de l'alimentation) nécessitent un traitement plus exigeant, qui peut également nécessiter des thérapies pharmacologiques. Le trouble de la personnalité même, en tant que comorbidité d'un autre trouble psychologique, peut également influencer le délai de rémission, augmenter le risque de rechute et diminuer la réponse à des traitements par ailleurs efficaces.

La thérapie des troubles de la personnalité peut viser à : prendre conscience de ses problèmes (le patient doit "vouloir changer"), modifier les traits de personnalité qui posent le plus de problèmes au patient, réduire la détresse subjective, réduire les comportements inadaptés ou destructeurs (tels que l'insouciance, l'isolement social, le manque d'assurance, les explosions de colère).

Les patients doivent prendre conscience que l'origine de leurs difficultés dans la sphère interpersonnelle et professionnelle est liée à leurs caractéristiques de personnalité, et ces thérapies leur fournissent les compétences nécessaires pour développer de nouvelles et meilleures façons d'interagir. Cette prise de conscience nécessite beaucoup de temps, de patience et d'engagement de la part du patient, mais aussi de la part du thérapeute, qui doit donc apprendre à connaître les zones de sensibilité émotionnelle du patient, identifier ses problèmes interpersonnels et ses modes habituels d'adaptation.

Un soutien psychosocial accru peut être proposé pour réduire la détresse subjective, ce qui implique souvent d'éloigner le patient de certaines situations ou relations stressantes.

La réduction du stress facilite le traitement du trouble de la personnalité sous-jacent. Les patients sont parfois traités en ambulatoire ou en institution.

Le comportement peut être modifié par une thérapie de groupe, une thérapie familiale ou une thérapie cognitivo-comportementale, où les limites sont souvent fixés et respectés.

Les troubles de la personnalité peuvent entraîner des troubles du comportement et sont donc très fréquents dans les prisons.

Dans une unité de sécurité du National Health Service britannique l'efficacité de l'horticulture thérapeutique a été observée sur des usagers présentant un double diagnostic de déficience intellectuelle et de trouble de la personnalité. Les usagers ont été impliqués dans tous les aspects du projet de jardin thérapeutique, de la conception à l'entretien du jardin, et ont fait état de changements positifs dans leur comportement vis-à-vis d'eux-mêmes et de l'autre, d'une réduction du stress et d'une amélioration de la qualité de vie. Les mécanismes à l'origine de ces effets sont : l'interaction avec l'environnement naturel, la motivation accrue résultant de la participation à une variété de tâches et la participation à une activité volontaire (Christie et al., 2016).

En France, une association, Green Link, a lancé un concours pour attribuer un trophée aux prisons ayant les plus beaux jardins. "Le Trophée des Jardins en prison" (www.green-link.org, 2021) est certes une source de motivation et d'encouragement, mais même ceux qui ne gagnent pas apportent de la couleur et de la beauté à la communauté et le jardin devient un facteur important d'augmentation de l'estime de soi et de l'auto-efficacité.

4.7 Comorbidité neurologique dans les troubles psychiatriques

J'ai souvent parlé de troubles cognitifs, mais les troubles cognitifs purs, comme la confusion, ne relèvent pas de la psychiatrie, mais plutôt de la neurologie. En réalité, les symptômes se confondent souvent et les diagnostics se compliquent, et la plupart des maladies neurologiques (démence, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral et autres maladies dégénératives plus rares telles que la SLA (sclérose latérale amyotrophique) et la chorée de Huntington) présentent une forte comorbidité avec les troubles psychiatriques. Parallèlement, les services psychiatriques présentent un pourcentage élevé de comorbidité avec les maladies neurodégénératives.

La plupart des patients atteints de démence présentent des troubles du comportement, de l'apathie et une humeur dépressive, avec la possibilité de troubles psychotiques.

Dans la maladie de Parkinson, des troubles anxieux, des dépressions mais aussi des troubles psychotiques peuvent coexister.

De plus, la maladie neurologique ne se manifeste pas tout suite et peut ne pas avoir encore été diagnostiquée. L'apparition tardive d'une maladie psychiatrique et la résistance aux médicaments sont deux des principaux facteurs qui doivent faire penser à une éventuelle comorbidité psychiatrique-neurologique.

C'est donc essentiel d'étudier le tableau clinique, par exemple peut être utile de recourir à la psychométrie : tests neuropsychologiques de niveau I (MMSE et test de l'horloge) ; tests projectifs (dessin de la figure humaine, d'un arbre, d'une maison, d'une personne sous la pluie, d'une famille) ou tests cognitifs (WAIS-IV).

Le traitement non médicamenteux de ces affections comprend un parcours psychologique (entretiens de soutien psychologique à orientation psychodynamique et cognitivo-comportementale) et une réhabilitation psychiatrique spécifique à l'affection.

La réhabilitation psychiatrique dans le traitement des patients présentant une comorbidité psychiatrique-neurologique peut avoir lieu soit en groupe (si le patient remplit les critères d'admission au groupe), soit individuellement. Les objectifs sont de stimuler les fonctions cognitives préservées : orientation temporelle, orientation spatiale et compétences visuospatiales, attention, langage et communication, système de calcul, fonctions praxiques-constructives, activités séquentielles, fonctions exécutives, mémoire (procédurale, sémantique et épisodique), résolution de problèmes, amélioration de la conscience. L'amélioration des aspects psycho-comportementaux de l'utilisateur permet de réduire le recours aux psychotropes ; sa récupération directe et/ou par l'activation de systèmes et de stratégies de compensation et de capacités résiduelles accélère les délais de récupération ; tous les exercices adaptés, travaillant sur la compétence motrice (entraînement à la marche, équilibre et contrôle du tronc, motilité globale et fine des membres supérieurs) fournissent au patient et à sa famille davantage d'outils pour gérer les compétences de la vie de tous les jours.

Avant de planifier des activités avec ce type d'utilisateurs, il faut également tenir compte de leur "degré de fatigabilité". La fatigue n'est pas en soi une contre-indication à l'horticulture thérapeutique ; au contraire, une étude réalisée dans le jardin thérapeutique de l'hôpital San Camillo del Lido di Venezia a comparé la fatigue perçue pendant les séances de physiothérapie, de psychothérapie et d'hortithérapie et a observé que l'hortithérapie était évaluée par les patients avec un degré de fatigue inférieur à la fatigue causée par la psychothérapie et la physiothérapie. Il est vrai que l'hortithérapie exige un certain degré de mouvement (adapté) qui se traduit par un entraînement aérobique graduel, ce qui peut favoriser une réorganisation du système autonome

cardiovasculaire et améliorer la modulation cardio-vagale, raison pour laquelle l'activité physique mesurée peut avoir un effet régénérateur (Meneghello et al., 2016).

Le jardin thérapeutique allie socialisation et respect de l'espace personnel ; il est un lieu propice aux activités et ateliers partagés, support de médiations pour les professionnels, mais peut aussi accueillir des événements culturels partagés (expositions, concerts, lectures...).

Il s'agit donc d'un environnement propice à l'interaction sociale, d'un moyen de communication et d'un vecteur de socialisation (par opposition à d'autres environnements fermés et "handicapants").

Alliant activité physique adaptée et contemplation de la beauté, espaces conviviaux ou plus intimes, lieu de prédilection pour les visites des familles, des conjoints, des enfants et des jeunes enfants, facilitateur d'activités intergénérationnelles, il contribue à restaurer le statut de l'individu dans son environnement et à le réintégrer dans la communauté.

Dans l'article concernant l'évaluation des bénéfices d'un jardin thérapeutique pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, dans un établissement à Nancy, certains symptômes mentionnés ci-dessus sont repris et des "solutions ciblées" sont formulées en utilisant les bénéfices du jardin, y compris les éléments de conception des activités ou du jardin lui-même (Jonveaux & Fescharek, 2018).

4.8 Focus sur le patient gériatrique

Il est bien connu que la population mondiale croît à un rythme sans précédent : il s'agit d'un phénomène mondial, avec des différences régionales, résultant non seulement de l'augmentation des taux de natalité, mais aussi de l'allongement de l'espérance de vie moyenne.

Cela implique inévitablement une augmentation des comorbidités typiques des personnes âgées (troubles cardiologiques/vasculaires, troubles rhumatologiques tels que l'arthrite, affections respiratoires telles que la BPCO, troubles digestifs...) et, en particulier, des comorbidités d'origine neurologique.

Le patient âgé présentant une comorbidité neurologique (en particulier une démence) peut manifester: asthénie, dépression, anxiété, hallucinations, délires, comportement moteur aberrant, apathie, activité fébrile, troubles psycho-comportementaux, agressivité, élévation de l'humeur, euphorie, désinhibition, problèmes d'alimentation et troubles du sommeil, altération de la perception de l'image du corps et de la position dans l'espace. Le phénomène du " *Wandering* " est également

caractéristique et très courant : il s'agit d'un besoin impérieux d'errer, de se déplacer en direction de quelque chose, peut-être dans l'espoir d'arriver à un endroit aimé.

Selon certaines théories, une grande partie de ces symptômes, en particulier chez les personnes âgées, pourrait être une conséquence directe du "syndrome de privation sensorielle", c'est-à-dire de la pauvreté des stimuli sensoriels offerts par l'environnement hospitalier/résidentiel.

Les techniques de réhabilitation les plus couramment utilisées sont : la remédiation cognitive pour optimiser les ressources cognitives en termes de résultats fonctionnels et fournir des stratégies de compensation ; la psycho-éducation (individuelle et familiale, pour améliorer la conscience des symptômes et la gestion des comportements dysfonctionnels) ; l'ergothérapie qui entraîne les compétences de la vie quotidienne et des modes de vie sains. Ce type d'intervention peut être intégré à l'hortithérapie qui, par sa multifonctionnalité, permet des activités individualisées et redonne aux patients une dimension sensorielle et de familiarité (grâce à des références socioculturelles partagées), renforçant l'autonomie, donc l'estime de soi et les aspects motivationnels.

Quelles sont les preuves de l'utilisation des jardins thérapeutiques en gériatrie ?

Detweiler et al. répondent à cette question dans article paru en 2012 dans la revue *Psychiatry Investigation*, selon lequel l'hortithérapie peut apporter des bénéfices considérables au patient gériatrique, notamment pour la réduction de la douleur, l'amélioration de l'attention, la diminution du stress, la modulation de l'agitation, la réduction de la médication "au besoin" et en particulier la réduction des antipsychotiques, ainsi qu'une réduction des chutes. Cependant, il est important de choisir soigneusement les activités à proposer, par exemple, la tâche doit être impliquante, également parce qu'il peut être nécessaire de la faire répéter encore et encore (puisque, en rééducation, la répétition de l'exercice est cruciale pour le résultat et que même de très petits résultats doivent être valorisés, pour la satisfaction du patient mais aussi de l'opérateur).

L'étude souligne spécifiquement l'inopportunité de présenter certaines tâches de jardinage telles que certaines activités horticoles non mesurées à l'utilisateur âgé. La tâche présentée n'aura aucune valeur positive pour le patient d'un point de vue thérapeutique si elle est trop compliquée et que son sens ne peut être compris ; si le patient souffre d'un faible sentiment d'efficacité personnelle et n'est pas motivé ; ou si la tâche n'est ni intéressante ni stimulante. Ainsi, cette étude démontre l'importance d'adapter les tâches d'horticulture thérapeutique en fonction du degré d'auto-efficacité et de la personnalité du patient (Mita et al., 2021).

Une analyse de la littérature sur le thème de l'horticulture thérapeutique appliquée aux personnes âgées (Heród et al. 2022) et/ou atteintes de démence (Murrioni et al. 2021) s'accordent à dire qu'il faut accorder plus d'attention à la recherche de solutions non médicamenteuse pour la prévention et le bien-être des personnes âgées avec ou sans comorbidités. L'horticulture thérapeutique peut également être considérée comme un outil de médecine préventive, qui aide les personnes âgées en bonne santé à améliorer et à maintenir leur bien-être. Les études citées (Heród et al. 2022 ; Murrioni et al. 2021) ont montré que les actions appliquées étaient efficaces pour améliorer l'humeur et les liens sociaux, et pour réduire les niveaux de dépression et d'anxiété. Il est intéressant de noter les résultats physiologiques concernant l'augmentation des facteurs de croissance nerveuse, en grande partie responsables de l'amélioration des fonctions cognitives chez le patient gériatrique. Tous ces éléments sont prometteurs et montrent que les interactions passives et actives entre les personnes et les plantes peuvent améliorer la santé psychologique, physique et sociale et peuvent être utilisées comme outil pour influencer positivement le processus de vieillissement et l'autosuffisance des personnes âgées. Ces avantages sont des facteurs importants pour l'amélioration de la qualité de vie et la réduction éventuelle des coûts pour les résidents des maisons de repos.

Conclusions

La prise en charge d'une personne souffrant d'un trouble mental n'est pas facile et de nombreux aspects doivent être pris en compte, mais les recherches actuelles et futures sur les jardins thérapeutiques peuvent contribuer à notre compréhension de la manière dont les êtres humains interagissent avec le monde naturel et nous aider ainsi à améliorer la vie des personnes souffrant d'un trouble psychique et de leurs familles.

J'espère avec ce travail pouvoir transmettre l'importance de l'écoute de la personne, de la compréhension de ses besoins physiques et psychologiques et de sa situation personnelle en général. Puisque tout processus de traitement commence par une période d'évaluation, connaître le patient dans sa globalité permet non seulement une prise en charge adaptée et personnalisée, centrée sur ses besoins, mais aussi d'éviter des incidents qui peuvent causer de l'inconfort ou pire, des conséquences graves. Il est donc essentiel de prêter attention à ce que les bénéficiaires disent de leur situation et de leur parcours, car tout le travail que nous ferons sera pour eux et avec eux.

Ce DU m'a permis d'acquérir de nombreuses connaissances et de comprendre l'utilisation de l'hortithérapie dans un large éventail de contextes, pas seulement en théorie mais aussi en pratique, sur le territoire de la Loire.

ANNEXES

Annexe 1

Voici quelques-uns des principaux objectifs abordés dans les programmes d'hortithérapie :

- **Physique** : maintien ou amélioration de la motricité fine, de la motricité globale, de la station debout, de l'équilibre et de l'endurance, de la mobilité, de l'amplitude des mouvements, de la nutrition et de la force.
- **Cognitif** : domaines tels que le langage, le vocabulaire, la mémoire, l'apprentissage de nouvelles compétences, le respect des consignes ou la résolution de problèmes, l'attention portée à la tâche, l'apprentissage des plantes utilisées, de leur nom et de leur origine géographique. L'orientation spatiale et temporelle peut être facilitée en incorporant des fêtes et des saisons spécifiques, ou en observant la progression des plantations pour donner une mesure du temps. Le choix d'activités adaptées aux besoins neurodéveloppementaux offre des opportunités cruciales de développement personnel.
- **Stimulation sensorielle** : liée à des objectifs cognitifs et émotionnels : par exemple, un moment où l'on partage l'odeur et le goût de diverses herbes peut stimuler la reconstitution d'un souvenir.
- **Émotionnel** : le soin des plantes et l'expression créative renforcent l'estime de soi dans des situations où les choix et les responsabilités sont souvent supprimés.
- **Interpersonnel/Social** : améliorer les visites familiales en partageant les événements du jardin ; travailler en groupe sur le même projet, converser avec d'autres personnes, partager les fruits du jardin.
- **Intégration communautaire** : par le biais de visites d'installations horticoles locales, de l'engagement dans des clubs de jardinage locaux ou la participation à des marchés locaux et à des jardins communautaires.

**Les objectifs principaux peuvent également être regroupés dans les cinq domaines :
physique, cognitif, émotionnel, pédagogique et social.**

1) Dans le domaine de bénéfice de type physique :

- augmenter la mobilité; augmenter l'énergie

- augmenter le niveau d'activité et d'exercice
- maintenir ou améliorer la tolérance à l'activité
- maintenir ou améliorer la motricité fine
- maintenir ou améliorer la coordination oeil-main
- maintenir ou améliorer les habiletés motrices de base
- améliorer l'équilibre, la force et l'endurance
- faire preuve d'autonomie dans l'exécution des tâches
- augmenter l'attention aux stimuli sensoriels
- renforcer la réponse immunitaire
- diminuer la fréquence cardiaque

2) Dans le domaine de bénéfice de type **cognitif** :

- maintenir et améliorer les capacités d'attention
- améliorer les capacités d'observation
- améliorer la concentration
- améliorer la capacité à prêter attention à l'environnement
- améliorer la capacité de choisir
- améliorer la mémoire à court terme
- stimuler des souvenirs positifs liés à la nature
- améliorer la capacité de jugement et de résolution
- améliorer la planification
- améliorer les compétences de séquençage
- démontrer sa capacité à suivre des instructions simples
- démontrer sa capacité à suivre des instructions en plusieurs étapes
- augmenter la conscience de la sensorialité
- apprendre de nouvelles compétences
- apprendre de nouvelles informations
- démontrer une orientation dans le temps et dans l'espace

3) Dans le domaine de bénéfice de type **émotionnel** :

- améliorer l'humeur; soulager l'anxiété; soulager la dépression
- renforcer les sentiments de calme et de détente
- améliorer la tolérance à la frustration
- améliorer la tolérance au stress
- améliorer les capacités d'adaptation
- maîtriser l'impulsivité; faire preuve de patience; soulager l'ennui
- améliorer l'estime de soi et la confiance en soi
- améliorer les connexions émotionnelles positives envers la communauté
- améliorer la compréhension du lien entre les humains, les plantes et le monde animal
- améliorer le sentiment de contrôle et d'autonomie
- augmenter le sentiment d'appartenance
- stimuler ou créer des souvenirs et des réflexions positives
- exprimer des liens émotionnels positifs avec l'environnement et ses besoins émotionnels
- augmenter les moyens d'expression de soi
- développer l'empathie
- promouvoir la joie, le plaisir et le sens de l'émerveillement

4) Dans le domaine de bénéfice de type **pédagogique** :

- accroître les compétences en matière de gestion des conflits
- savoir demander et communiquer ses besoins
- démontrer une meilleure capacité à gérer ses finances personnelles
- maintenir le contact visuel avec les autres
- augmenter le sentiment d'autonomie et de sécurité dans ses propres capacités
- gérer ses déplacements
- améliorer les compétences en gestion du temps
- améliorer la capacité à utiliser des équipements adaptés

- améliorer la capacité à interpréter les signaux sociaux non verbaux
- améliorer la capacité à accepter les critiques constructives des autres
- améliorer sa capacité à accepter ses responsabilités et à corriger les erreurs

5) Dans le domaine de bénéfice de type **social :**

- augmenter les compétences sociales, l'interaction sociale
- commencer une conversation
- atténuer l'isolement
- améliorer la coopération, le compromis et la collaboration
- développer le sens des responsabilités au sein d'un groupe
- développer des modes sains de fonctionnement social
- maintenir ou développer des limites et des comportements appropriés
- augmenter le niveau de confort dans le groupe, en partageant le savoir
- demander de l'aide
- montrer de l'intérêt pour les autres
- accroître le sentiment d'appartenance et les sentiments d'inclusion et de communauté
- faire preuve d'écoute active

**Critères des Indications Médicales du Soin en Hortithérapie (CMH 18)
en service de Psychiatrie de l'Adulte**

© Dr France Pringuey Jardins de Soins 2014

Dr _____ Unité _____ Date _____

Nom _____ Prénom _____ Dossier n° _____

Vous avez indiqué un soin en hortithérapie au Jardin de l'Armillaire. Précisez pour chacune des 18 dimensions du comportement proposées ci-dessous, laquelle ou lesquelles ont conduit à cette indication. Notez alors l'importance des symptômes qui ont conduit à l'indication de ce soin. Cocher d'une croix la case correspondant à votre choix.

Dimension symptomatique cible présence et intensité	Absent	Peu	Moyen	Important	Très fort
1. Le retrait					
2. La pauvreté des échanges					
3. Le désintérêt					
4. La perte de plaisir					
5. L'isolement					
6. Le repli sur soi					
7. La crainte de l'autre					
8. Les difficultés de communication					
9. L'anxiété					
10. La perte de confiance en soi					
11. Le pessimisme					
12. La diminution de l'activité motrice					
13. Le ralentissement					
14. L'apragmatisme					
15. La désorganisation					
16. Les difficultés d'adaptation à la vie sociale					
17. La dépendance					
18. La perte d'autonomie					

Nous souhaitons préciser les modalités symptomatiques de cette indication et à terme, en renouvelant cette évaluation au cours du temps et mieux connaître l'intérêt thérapeutique de ce soin. Vous remerciant de votre collaboration, le Team recherche.



Echelle d'évaluation des émotions PANAS

Version Française par Gaudreau et al de la « Positive And Negative Affect Scale » de Watson et al.

Echelle d'auto-évaluation brève en 5 points de 20 adjectifs décrivant les émotions et sentiments du moment présent. Remplie avant et après chaque séance de soin.

Date
 Nom
 Prénom
 Sexe Homme Femme

Age

Document rempli : Avant la séance Après la séance

N° de la séance

Consigne : ce questionnaire contient 20 adjectifs qui décrivent des sentiments et des émotions.

Lisez attentivement chacun de ces adjectifs. Pour chacun d'eux, vous devez indiquer à quel point il décrit comment vous vous sentez actuellement, au moment présent. Pour ce faire, vous devez utiliser le choix de réponses suivant (Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix).

	Très peu ou pas du tout	Peu	Modérément	Beaucoup	Enormément
1. Intéressé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Angoissé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Excité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Fâché(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Fort(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Coupable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Effrayé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hostile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Enthousiaste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Fier(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Irrité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Alerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Honteux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Inspiré(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Nerveux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Déterminé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Attentif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Agité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Actif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Craintif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliographie

- Alonso J., J.-P. Lépine, et ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee, « Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 68 Suppl 2, p. 3–9, 2007.
- Berger & Berger, 2017, « The use of sensory perception of plants in horticultural therapy of alcohol addiction *Journal of Therapeutic Horticulture* ».
- Boaron, 2022, « Modèle de modulation de l'aurosal dans la théorie polyvagale », Presentation pour le Master 1 en "Orticoltura terapeutica" 2021-2022, UNIBO.
- Christie, Mark, Thompson, Michaela, Miller, Paul K. and Cole, Fiona (2016) Personality disorder and intellectual disability: the impacts of horticultural therapy within a medium-secure unit. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 26. pp. 3-17.
- DanaeCare, une association loi 1901 « Un réseau de jardins de santé comme terrain d'innovation au service des parcours de soin - Innovons par l'humain pour la médecine de demain ». <https://www.danaecare.com/activit%C3%A9s/actions-d-innovation-sociale/r%C3%A9seau-loire-des-jardins-de-sant%C3%A9/>.
- De Girolamo et al., «LA PREVALENZA DEI DISTURBI MENTALI IN ITALIA. IL PROGETTO ESEMED-WMH. UNA SINTESI».
- Deegan P. E. et Drake R. E., « Shared Decision Making and Medication Management in the Recovery Process », *Psychiatr. Serv.*, vol. 57, n° 11, p. 1636–1639, nov. 2006, doi: 10.1176/ps.2006.57.11.1636.
- Detweiler et al., «What Is the Evidence to Support the Use of Therapeutic Gardens for the Elderly?», *Psychiatry Investig.*, vol. 9, n° 2, p. 100, 2012, doi: 10.4306/pi.2012.9.2.100.
- Fearon P. & Morgan C., « Environmental Factors in Schizophrenia: The Role of Migrant Studies », *Schizophr. Bull.*, vol. 32, n° 3, p. 405–408, sept. 2005, doi: 10.1093/schbul/sbj076.

- Folstein S., « Twin and adoption studies in child and adolescent psychiatric disorders »: *Curr. Opin. Pediatr.*, vol. 8, n° 4, p. 339–347, août 1996, doi: 10.1097/00008480-199608000
- Gazzetta ministeriale italiana 1994.
- Green Link, « Lancement du Trophée Green Link des Jardins en prison », 2021, <https://www.green-link.org/2021/06/21/trophee-green-link-jardins-en-prison/>.
- Hagedorn R., «Tools for practice in occupational therapy: a structured approach to core skills and processes». Edinburgh : Churchill Livingstone, 2010.
- Haller R. L., Éd., « Horticultural therapy methods: connecting people and plants in health care, human services, and therapeutic programs», Second edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group, 2017.
- HAS, 2011« Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses »
- Heród A., B. Szewczyk-Taranek, et B. Pawłowska, « Therapeutic horticulture as a potential tool of preventive geriatric medicine improving health, well-being and life quality – A systematic review », *Folia Hortic.*, vol. 34, n° 1, p. 85–104, juin 2022, doi: 10.2478/fhort-2022-0008.
- Jonveaux T. R. & R. Fescharek, « When Art Meets Gardens : Does It Enhance the Benefits? The Nancy Hypothesis of Care for Persons with Alzheimer’s Disease », *J. Alzheimers Dis.*, vol. 61, n° 3, p. 885–898, janv. 2018, doi: 10.3233/JAD-170781.
- Kaplan & Kaplan, « The Experience of Nature: a psychological perpesctive » Cambridge University Press, July 28, 1989.
- « Le bonheur est dans le jardin », <https://lebonheuredanslejardin.org/tag/roger-ulrich/2019>.
- L’Encephale, Livre Des Résumés, « Poster n° 386 au congrès de l’Encéphale 21-23 Janvier 2015 ».
- Lasater C. A. 2022, « A Systematic Review of Studies Evaluating the Effectiveness of Horticultural Therapy for Increasing Well-Being and Decreasing Anxiety and Depression ».

- Lu S., Y. Zhao, J. Liu, F. Xu, et Z. Wang, « Effectiveness of Horticultural Therapy in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, vol. 18, n° 3, p. 964, janv. 2021, doi: 10.3390/ijerph18030964.
- Maas J., « Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? », *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 60, n° 7, p. 587–592, juill. 2006, doi: 10.1136/jech.2005.043125.
- Manus, J.-M. « DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », *Rev. Francoph. Lab.*, vol. 2019, n° 513, p. 14, juin 2019, doi: 10.1016/S1773-035X(19)30277-1.
- Mati A., «Salvarsi con il verde», Giunti Editore, 2022.
- Meneghello F. et al., « Garden therapy in neurorehabilitation: well-being and skills improvement », *Acta Hort.*, n° 1121, p. 13–18, juill. 2016, doi: 10.17660/ActaHortic.2016.1121.3.
- Miller W. R. et S. Rollnick, *Motivational interviewing: preparing people for change*, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
- Mita S., M. Hosokawa, et T. Hayashi, « Appropriate horticultural therapy task setting considering patient's self-efficacy and personality: modeling the therapist's perspective on elderly patients with dementia ». *Acta Hort.* 1330. ISHS 2021. DOI 10.17660/ActaHortic.2021.1330.1
- Murroni et al., « Effectiveness of Therapeutic Gardens for People with Dementia: A Systematic Review », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, vol. 18, n° 18, p. 9595, sept. 2021, doi: 10.3390/ijerph18189595.
- Olszowy D. R., «Horticulture for the disabled and disadvantaged». Springfield, Ill: Thomas, 1978.
- Pálsdóttir A., D. Persson, B. Persson, et P. Grahn, « The Journey of Recovery and Empowerment Embraced by Nature — Clients' Perspectives on Nature-Based Rehabilitation in Relation to the Role of the Natural Environment », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, vol. 11, n° 7, p. 7094–7115, juill. 2014, doi: 10.3390/ijerph110707094.

- Plateforme CEPS : « classification INM » <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/nos-services/classificationinm>.
- Pommier R., D. Pringuey, F. Pringuey-Criou, Y. Boulon, S. Boyer, et C. Massoubre, « Approche qualitative de l'éprouvé au Jardin de Soins. Une étude exploratoire en Psychiatrie de l'Adulte », *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 176, n° 2, p. 150–156, févr. 2018, doi: 10.1016/j.amp.2017.06.006.
- Porges S. W., « The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system », *Cleve. Clin. J. Med.*, vol. 76, n° 4 suppl 2, p. S86–S90, févr. 2009, doi: 10.3949/ccjm.76.s2.17.
- Pringuey-Criou F., Presentation : "Hortithérapies : domaines et niveaux de preuves scientifiques, pour quelles recommandations en santé ?" 11e congrès scientifique sur les Interventions Non Médicamenteuses, Montpellier, 2023.
- Prochaska J. O., C. C. DiClemente, et J. C. Norcross, « In search of how people change: Applications to addictive behaviors. », *Am. Psychol.*, vol. 47, n° 9, p. 1102–1114, 1992, doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102.
- SCHEPS, D. « La CIM 11, norme médicale universelle bientôt disponible en français », *ANS - Serveur Multi-Terminologies*, 23 novembre 2020. <https://smt.esante.gouv.fr/news/la-cim11-bientot-traduite/>.
- Schwebel A. I., « PSYCHOLOGICAL PRINCIPLES APPLIED IN HORTICULTURAL THERAPY », 1993.
- Ulrich R. S., L. Bogren, S. K. Gardiner, et S. Lundin, « Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior », *J. Environ. Psychol.*, vol. 57, p. 53–66, juin 2018, doi: 10.1016/j.jenvp.2018.05.002.

Ulrich R. S. « View through a Window May Influence Recovery from Surgery », *Sci. New Ser.*, vol. 224, n° 4647, p. 420–421, 1984.

WHO, « COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide ». <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

WHO, 17-21 novembre 1986 « PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA ».

Ce projet de mémoire prend forme par l'idée de rassembler tous les outils possibles pour comprendre, mettre en pratique, réaliser, stimuler et diffuser l'intérêt pour l'hortithérapie, en particulier dans le domaine de la santé mentale.

La prise en charge d'une personne souffrant d'un trouble mental n'est pas facile et de nombreux aspects doivent être pris en compte, mais les recherches actuelles et futures sur les jardins thérapeutiques peuvent contribuer à notre compréhension de la manière dont les êtres humains interagissent avec le monde naturel et nous aider ainsi à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'un trouble psychique et de leurs familles.

Les objectifs de ce travail sont de sensibiliser à l'efficacité de l'hortithérapie comme intervention non médicamenteuse complémentaire et promouvoir une vision globale de la santé mentale ; de contribuer à l'essor des jardins thérapeutiques dans les établissements de santé et médico-sociaux mais aussi de soutenir les projets de développement en milieu extrahospitalier et de soutenir les parcours d'hortithérapie en vue d'une réhabilitation psychosociale après la sortie de l'hôpital.

Je souhaite donc de participer au développement de cette pratique, à la fois enracinée et innovante, qui allie l'humanité des soins et la pertinence scientifique de la médecine fondée sur des preuves.

Mots-clés : hortithérapie, santé mentale, troubles psychiques, thérapie non médicamenteuse, réhabilitation psychosociale.