

LE JARDIN DES MÉLISSES

Étude de l'impact de la médiation par le jardin de soins sur l'état anxieux de patient adulte hospitalisé en psychiatrie.

Étude prospective, monocentrique, contrôlée, randomisée, en ouvert en deux groupes parallèles.



Un jardin de soins pour les services de psychiatrie adulte, au CHU de St Etienne, a été aménagé dans le parc du site Hôpital Nord.

La végétalisation du parc a été pensée selon des espaces dédiés : accueil, cœur de jardin, espace de sérénité, verger, ouverture sur la ville. Des médiations encadrées utilisent le jardin et les plantes comme support de travail.

Les interactions avec l'environnement du jardin sont encouragées quotidiennement.



LES OBJECTIFS

OBJECTIF PRINCIPAL

Il s'agit d'évaluer l'effet de la médiation par le jardin de soins sur l'état anxieux du patient hospitalisé en psychiatrie adulte, comparativement à l'effet de la prise en charge habituelle (pratique courante) après 4 semaines de médiation ou de prise en charge habituelle. L'effet de l'hortithérapie réside dans l'utilisation de culture de plantes avec l'aide de professionnels qualifiés. Son action sur le niveau de stress (angoisse, anxiété) est expliquée selon différentes théories inspirées des travaux sur la co-rélation originaire Homme/Plante, du processus de coopération vitale(1) de la Phyto-résonance (2) ou de la biophilie (3).

OBJECTIFS SECONDAIRE(S)

Des objectifs secondaires sont manifestes telles que :
- familiarisation de la qualité de vie des patients, des familles et des équipes soignantes ;
- la proposition d'une offre de soin complémentaire à la prise en charge courante (entretiens et thérapeutiques médicamenteuses)

LA MÉTHODE

ÉTUDE PROSPECTIVE CONTRÔLÉE RANDOMISÉE EN OUVERT EN DEUX GROUPES PARALLÈLES

GRUPE 1 : groupe en hortithérapie, c'est à dire bénéficiant de la médiation jardin à raison de 2 fois par semaine, et de la prise en charge courante (entretiens infirmiers, médicaux, et thérapie médicamenteuse, et autres médiations si elles ont été indiquées avant la randomisation).

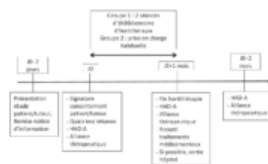
GRUPE 2 : groupe contrôle bénéficiant uniquement de la prise en charge courante (entretiens infirmiers, médicaux, et thérapie médicamenteuse, et autres médiations si elles ont été indiquées avant la randomisation).

L'ÉVALUATION

CRITÈRE D'ÉVALUATION PRINCIPAL

L'évaluation sera réalisée par l'échelle de HAD-A (4) dans le même temps pour les groupes hortithérapie et témoin, c'est-à-dire en début d'étude (J0) et à la fin des 4 semaines. Les échelles seront proposées à la 8^{ème} semaine pour évaluer la persistance ou non d'un effet. Au total les patients sont inclus dans l'étude pendant 8 semaines. Ils seront évalués à l'inclusion, puis au bout de 4 semaines et de 8 semaines.

Schéma du déroulement de l'étude :



DURÉE DE L'ÉTUDE

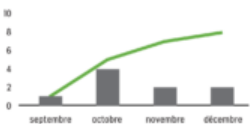
- Début de début des inclusions : 01/09/2016
- Date de fin des inclusions : 30/08/2016
- Date de fin du suivi : 30/01/2019
- Analyse et validation des résultats : 1^{er} semestre 2020
- Rapport final : au plus tard 1 an après la fin du suivi du dernier patient

ATTENTE DE RÉSULTATS

À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à l'effet de l'hortithérapie sur l'anxiété chez des patients hospitalisés en psychiatrie, en utilisant l'HAD-A. Bedford et al. (5) ont observé une HAD-A moyenne de 13.9 ± 4.4 chez des patients hospitalisés en psychiatrie. Pour montrer un effet modéré de l'hortithérapie, soit une différence de 2 points sur l'HAD-A, (effect size de Cohen d=0.5) (6) dans cette population, il est nécessaire d'inclure 84 patients par groupe, soit 168 au total, pour un risque alpha de 5% et une puissance de 90%. Au total, en considérant un pourcentage d'attrition d'environ 10%, 190 patients seront inclus (95/groupe).

PERSPECTIVES

INCLUSIONS CUMULÉES



BIBLIOGRAPHIE

1. Grasse, G. (1996) An ecological and evolutionary approach to landscape aesthetics: Landscape meanings and values. *Env. & Planning B* 23, 1-10.
2. Shepard, D. (1996) "Phyto-resonance of the true self": The healing dimensions of people/plant relations, proceedings of a research symposium. *Francis, Taylor*, 1996, 101-110.
3. Wilson, E.O. (2012) *Biophilie*. Ed. Odot Paris pp 273.
4. Mykletun, A., Stordal, E., & Cahn, A. A. (2008) Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analysis and internal consistency in a large population. *The British journal of psychiatry*, 193, 543-544.
5. Bedford, A., de Figue, A., & Grant, C. (1991). The structure of the Hospital Anxiety and Depression scale (HAD): An appraisal with normal psychiatric and medical out-patient subjects. *Personality and individual differences*, 23(8), 473-478.
6. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.