

MÉMOIRE ORIGINAL

Accompagnement psychologique de l'expérience douloureuse en soins palliatifs



The pain experience according to a phenomenological view on palliative care

B. Fromage^{a,*}, M. Hatti^b

^a Laboratoire de psychologie « Processus psychologiques et contextes » UPRES EA 4638, université d'Angers, 11, boulevard Lavoisier, 49045 Angers cedex 01, France

^b Unité de soins palliatifs, consultation douleur, centre hospitalier de Juvisy-sur-Orge, 9, rue Camille-Flammarion, 91260 Juvisy-sur-Orge, France

Reçu le 30 janvier 2013 ; accepté le 1^{er} juillet 2013

Disponible sur Internet le 23 octobre 2015

MOTS CLÉS

Soins palliatifs ;
Mort ;
Douleur ;
Expérience subjective ;
Psychophénoménologie

KEYWORDS

Palliative care ;
Death ;
Pain ;
Subjective experience ;

Résumé Cette étude exploratoire montre comment le développement du discours subjectif analogique agit sur l'expérience douloureuse chez des sujets atteints d'un cancer. Quatre personnes en phase terminale passent l'épreuve des trois arbres (ETA) qui consiste à dessiner des arbres et à raconter leur histoire. Le vécu douloureux est évalué avant et après la passation de l'ETA avec l'échelle visuelle analogique (EVA). Les résultats montrent une réduction de la sensation douloureuse et de son expression comportementale. Ceci pourrait être dû au recentrage de l'attention et à une transformation de l'expérience émotionnelle grâce à l'activité figurative et discursive. L'approche psychologique associée au thème de l'arbre facilite l'élaboration de l'expérience douloureuse sur un mode analogique en resituant le vécu douloureux actuel dans une biographie singulière.

© L'Encéphale, Paris, 2014.

Summary In palliative care, people with advanced or terminal phase cancer represent a significant proportion of patients. Persuaded that the pain and suffering they experience will never disappear from their daily life, patients are exposed to successive fracture triggered by psychosocial/physical factors. Furthermore, the difficulty in palliative care is that the pain is also a subjective phenomenon. However, the only information available to indicate pain remains the quantitative assessment of the patient or the observation of his/her behaviour. Pain caused by cancer optimally exhibits the difficulty of pain assessment, where a patient may properly

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benoit.fromage@univ-angers.fr (B. Fromage).

Phenomenological psychology

assess, through their somatic pain, their own experience of pain expressed according to the consequence of illness on their history and personality.

Objectives. – This exploratory study aims to show how the development of analogical subjective speech has an effect on the pain experience in patients with cancer. Indeed, the hypothesis is that one can reduce the sensation of pain by transforming the emotional experience via a figurative/discursive activity due to an elaboration work and clarification of the painful experience. Method-Four terminally ill patients passed the “L'Épreuve des Trois Arbres” (three-tree test) (ETA), which consisted in drawing trees and telling their story. The ETA aims to facilitate the expression of the overall experience according to a person's perspective on a specific situation. In this experiment, quantitative and qualitative data were collected. More specifically, the quantitative data was based on the assessment of somatic pain using the visual analog scale (VAS) of 1 to 10 (0=no pain, 10=unbearable pain) and a qualitative analysis assessed with the ETA, which focused on the meaning of pain, a subjective component that can increase the expression of somatic pain. The pain experience is assessed before and after the execution of the ETA using the VAS.

Results. – The results show a reduction of painful sensation and its behavioural expression. This could be due to the refocusing of attention and transformation of emotional experience through a figurative and discursive activity.

Discussion. – The ETA seems to reduce somatic pain by allowing verbalization. The emotional repression of some patients who inhibited the expression of their pain would explain the increase of painful sensation. The psychological approach associated with the theme of the tree offers an opportunity to expound upon the experience of pain in an analogical mode, situating the current painful personal experience in a specific biography. Furthermore, part of the suffering highlighted in protocols was the break that makes the announcement of illness. It generated a sense of rupture between the time before and after, sometimes until a real crisis of identity, which can take on one of the facets of depression. ETA encourages the rebuilding of a psychic continuity between before and after the disease.

© L'Encéphale, Paris, 2014.

Introduction

Dans les institutions médicalisées, au risque de la réification, le patient est appréhendé selon les cadres d'une évaluation objective qui dissocie la personne qui souffre et le corps douloureux. Si elle est opérationnelle, cette démarche centrée sur le corps disponible plus que sur le détenteur du corps touche ses limites dans un contexte de fin de vie car l'expérience subjective écartée demeure la réalité incontournable du soin palliatif. Le challenge est alors d'installer dans un cadre médical un rapport non au malade mais à la personne [1] en vue non d'une guérison mais d'un accompagnement.

La réintroduction de la personne et de son expérience constitue une voie novatrice dans la prise en compte du phénomène douloureux [2,3]. Les enjeux pour la personne sont intenses et la reconnaissance de son vécu dans sa globalité constitue un défi majeur sur les plans éthiques et déontologiques. L'explication physiologique et médicale repose sur la modélisation de la douleur [4] en catégories préétablies (localisation lésionnelle, constitution puis transmission et transformation de l'information). Pourtant l'expérience clinique de la douleur ne se résout pas à un processus de transmission et de transformation d'informations entre les nerfs périphériques et le système nerveux central dans les sens ascendants et descendants [5]. La prise en charge psychologique de patients douloureux chroniques [6,7] illustre le rôle que peut jouer l'individu quand un sentiment de contrôle est restauré [8]. La douleur s'intègre à un contexte biographique singulier, elle est mise en ordre de signes [9].

À un niveau physiologique, si l'importance du substrat est indéniable, l'expérience douloureuse varie en fonction du passé personnel et des possibilités d'interprétation du sujet [10,11].

Pour s'en convaincre, il suffit de se référer à l'évaluation symptomatique de la douleur et à son expression au sein des unités de soins palliatifs. La douleur semble médicalement objectivable pourtant son apaisement dépend en partie de ce qu'elle représente pour le sujet qui la vit, de son insertion dans l'univers subjectif. Ainsi Hacpille [12] cite un patient qui, soulagé de ses douleurs au niveau des membres paralysés, parle de sa souffrance qui demeure « terrible même la douleur disparue ! J'ai l'impression d'être amputé... comme si mes bras et mes jambes n'existaient plus. C'est plus horrible que la douleur ». Ce témoignage souligne que la douleur traitée à un niveau somatique n'éteint pas nécessairement la souffrance qui comporte des éléments hautement subjectifs s'intriquant selon des tournures imprévisibles. Dans certaines circonstances, la douleur peut se connecter à des plans existentiels forts éloignés des préoccupations soignantes directes. Malraux [13] s'exprimait ainsi dans les derniers moments de sa vie : « La demi-liberté d'esprit que me laisse souvent la maladie me montre à quel point la douleur nourrit l'angoisse de l'échéance fatale. Si je souffrais davantage, je serais tyrannisé par la mort ». La douleur somatique peut s'associer à de multiples composantes qui rendent aléatoires des démarches classificatoires a priori.

La difficulté de la prise en charge de la douleur en phase terminale réside en partie dans le fait que la douleur possède une composante subjective. En pratique l'évaluation

quantitative demeure la principale source d'information. Comment alors réintégrer l'expérience douloureuse dans le contexte de la vie d'une personne? Comment favoriser l'expression de celle-ci et la faire évoluer au service d'un mieux-être de la personne?

L'expérience subjective, entre souffrance et douleur

La douleur et la souffrance sont habituellement différenciées, associées respectivement au somatique et au psychique mais restent cliniquement interdépendantes. Une étude sur les scarifications [14] illustre ce lien entre souffrance et douleur. L'absence de verbalisation sur la souffrance pousse à des scarifications corporelles. La souffrance présente dans l'espace psychique est déplacée dans l'espace corporel. La tension psychique est transférée vers le corps et restaure ainsi un contrôle de la souffrance par localisation. Le patient peut évaluer son expérience douloureuse mais comment se combinent les différents registres?

L'expérience subjective est une donnée incontournable et non réductible à un phénomène physiopathologique et doit être appréhendée comme un phénomène global où la personne est l'acteur central. L'International Association for the Study of Pain définit la douleur comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage» [15]. Autrement dit, la douleur ne correspond pas uniquement au plan organique. Parmi les modèles de la douleur, celui de Loeser et Melzak [16] correspond à une prise en compte de la douleur dans sa globalité. Il est réparti en quatre dimensions: nociceptive, sensori-discriminative, motivo-affective, comportementale. La «dimension nociceptive» coïncide avec la sensation physique de douleur déclenchée par le système sensoriel dit nociceptif, spécialisé dans ce décodage spécifique. Le flux douloureux peut être filtré et interprété de manière différentielle selon «la mise en sens» effectuée [14]. La «dimension sensori-discriminative» coïncide avec la singularité subjective de l'expérience: une même atteinte somatique générant un même flux douloureux pourra donner lieu à des expressions très différenciées. Une part importante de ce traitement différentiel peut être expliquée en référence à l'histoire de vie de la personne. Le vécu douloureux est discriminé en fonction de la culture au sens ethnologique comme familial du terme, du contexte interpersonnel, de la personnalité, des expériences antérieures, des conséquences prévisibles ou imaginées, etc. La «dimension motivo-affective» intègre une grande diversité de registres qui fondent l'espace personnel intime où se mêlent des niveaux conscients et inconscients, des données passées et futures. Enfin la «dimension comportementale» correspond aux registres expressifs (comportements verbaux et non verbaux) de l'expérience douloureuse. C'est finalement à ce niveau direct que réagit le soignant et qu'il adapte sa prise en charge. La réalité objectivée par le niveau somatique (dimension nociceptive) est en quelque sorte filtrée puis interprétée (dimension sensori-discriminative), organisée (dimension motivo-affective) et exprimée (dimension comportementale) selon les modalités propres à une personne unique à un moment spécifique de son existence.

Dans ce modèle, la douleur n'est plus uniquement propriété d'un système biologique mais une expérience globale qui affecte une personne singulière.

Outre qu'il est difficile dans la pratique clinique de dissocier ces dimensions, la démarche n'est pas forcément pertinente d'un point de vue opérationnel. Ce qui importe c'est d'accéder au discours interne pour que s'exprime une expérience douloureuse dans une configuration du monde à chaque fois unique sachant que dans la réalité le phénomène douloureux occulte bien souvent l'accès à autre chose qu'à lui-même.

L'enjeu est d'accéder au monde subjectif, de recueillir et de favoriser la formalisation éventuelle d'autres pans de vie que ceux directement affectés par la douleur.

Problématique

La douleur localisée physiquement s'inscrit aussi dans un espace subjectif. Si cet espace plus large n'est pas pris en compte, la douleur physique persistera comme «des cris délivrés à soi et aux autres à défaut de langage et de sens» [14]. Comment permettre à la personne de dire sa souffrance et recueillir son discours en l'installant dans la globalité d'une histoire particulière à distance des présupposés? Comment faire advenir la subjectivité de quelqu'un qui souffre? Comment susciter le matériel autobiographique en pointant des structurations spécifiques sans pour autant les induire? La personne évoque sa situation sur un mode analogique avec l'ETA. Ce dispositif permet à la composante émotionnelle (dimension sensori-discriminative et motivo-émotionnelle) de la douleur une formalisation qui diminue la sensation douloureuse (dimension nociceptive et comportementale) par le travail d'élaboration et d'explicitation suscitée.

Exprimer l'expérience subjective avec l'épreuve des trois arbres (ETA)

Au même titre que la douleur est globale [17], l'ETA aborde la personne dans sa globalité (historique, affective, cognitive, interpersonnelle, consciente et non consciente, etc.) en lien avec le contexte du moment [18]. Le langage imagé est précieux pour caractériser l'expérience subjective comme le suggère le questionnaire St Antoine. L'ETA utilise l'arbre comme image et métaphore [19]. L'ETA peut être présenté comme un guide d'entretien qui facilite l'expression de l'expérience subjective à l'aide de dessins d'arbres et de textes associés. L'être humain projette aisément des contenus psychiques dans l'arbre dessiné [20,21]. En racontant l'histoire de l'arbre dessiné «comme s'il parlait» la personne raconte son histoire. L'identification à l'arbre permet d'exprimer des contenus non conscients parfois éloignés des préoccupations actuelles et selon des arrangements spécifiques. L'arbre se prête à toutes les accommodations et comme l'arbre botanique s'adapte à des situations extrêmement variées. En faisant comme si elle était un arbre, la personne promeut des figures d'elle-même et les fait évoluer. L'arbre réalisé extériorise des messages humains spécifiques mais aussi contribue à les transformer. Ainsi la position de l'auteur change et des possibles s'ouvrent canalisés par le thème de l'arbre. Les

singularités d'une histoire apparaissent avec événements de vies, traumas, modes de résolution de conflits passés mais aussi organisation actuelle de la situation. Exprimer les particularités d'une expérience singulière à un moment donné, faire surgir des liens et lignes de sens et éventuellement les faire évoluer selon les logiques propres à l'histoire personnelle, tel peut être le projet d'un accompagnement psychologique de l'expérience douloureuse. La passation se déroule en 12 étapes réparties en deux phases permettant d'établir le profil de l'arbre de base (8 étapes) à partir de trois dessins initiaux auxquels sont associés questionnaires et récits. La phase 2 (arbre mythique) suit la même procédure de questionnaires et récits autour de dessins d'arbres de rêve et cauchemar. À l'opposé du test de l'arbre qui a un but évaluatif, l'ETA a une visée émancipatrice permettant de se dire par arbre interposé. Les matériaux recueillis ne donnent pas lieu à des interprétations – par définition extérieures au monde subjectif de l'auteur – mais à une lecture fonctionnelle. Les participants 1 et 3 présentés ci-après illustrent la différence d'exploitation du matériel selon le test de l'arbre ou l'ETA. En effet pour ces deux sujets si on s'arrête aux dessins, on a affaire à des protocoles déficitaires. Pour Victor l'hypothèse peut être faite d'un trouble de la personnalité confirmé par l'observation clinique et pour Fernande, les troubles cognitifs très importants évoquent un syndrome démentiel. En prolongeant les dessins par un récit – fut-il bref – d'autres horizons s'ouvrent au niveau de la personne comme de sa prise en charge.

La population

L'échantillon est composé de quatre sujets (une femme et trois hommes) suivis au sein d'une équipe mobile de soins palliatifs. Entre 56 et 90 ans, ils sont atteints d'un cancer au stade terminal. Ces personnes reçoivent une médication antalgique très importante qui n'endigue pas la douleur.

Procédure

Les personnes sont rencontrées deux fois. D'abord la relation est établie et le protocole exposé. L'autre séance comporte : évaluation de la douleur subjective à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA, quantification de la perception subjective douloureuse sur une échelle de 1 à 10 ; 0 = pas de douleur, 10 = douleur insupportable), passation de l'ETA, évaluation subjective de la douleur avec l'EVA (retest) (Tableau 1).

Tableau 1 Évaluation de la douleur subjective avec l'échelle visuelle analogique (EVA).

Les participants	EVA	Durée ETA (min)	EVA (retest)
Victor	7/10	35	5/10
Louis	5/10	30	3/10
Fernande	6/10	35	3/10
Hector	7/10	40	6/10

ETA : épreuve des trois arbres.

Une baisse de la sensation douloureuse est observable au retest chez tous les sujets. Si elle peut paraître minime, il faut rappeler que ces personnes présentent un haut niveau d'expression douloureuse malgré un important traitement antalgique et que l'intervention est réalisée à la demande de l'équipe confrontée à l'impuissance dans un climat d'urgence. Les passations ont permis l'évocation de problématiques personnelles qui auraient pu intensifier la sensation douloureuse, ce qui n'a pas été le cas. Enfin en un temps relativement bref, des situations personnelles complexes ont pu être exposées. Habituellement dans ce type de consultation, l'entretien est assujéti au discours douloureux qui inhibe l'exploration d'autres facettes de la situation. Nous illustrerons pour chaque participant comment un monde intime se dévoile au sujet lui-même, lui permettant en pointant des thématiques particulières de recadrer sa souffrance dans une histoire singulière. L'atténuation de la perception douloureuse par une voie analogique suggère que des composantes de l'organisation interne s'expriment et que l'accès à cet espace subjectif est une dimension majeure de l'expérience douloureuse.

Analyse des protocoles de l'épreuve des trois arbres (ETA)

Pour des raisons d'espace nous exposerons les étapes 1 (trois dessins), 3 (mots associés aux dessins) et 4 (histoires associées aux dessins). Celles-ci appartiennent à la phase 1 qui détermine l'arbre de base. Dès le début du protocole des données majeures apparaissent que la suite confirme et spécifie.

Le participant 1

Informaticien de 56 ans, divorcé avec un enfant, Victor est atteint d'un cancer pulmonaire. L'équipe mentionne une vive angoisse et des demandes de réassurance fréquentes concernant sa prochaine sortie. L'ETA est présentée comme une aide pour se recentrer. Le protocole souligne d'emblée la vive inquiétude qui accompagne l'idée d'une possible séparation avec son actuelle compagne. Les arbres évoquent des positions antagonistes entre un « désir d'indépendance » et un « refus de la solitude ». On peut noter le thème de l'abandon associé au premier dessin et la confusion de genre qui survient au détour de l'arbre 3 (E3 et 4) (Fig. 1).

L'éventualité d'une rupture sentimentale exprimée sous couvert de l'arbre n'avait jamais été évoquée au cours de la prise en charge et correspond à une réalité. Cette inquiétude vient redoubler le vécu abandonnique souvent présent en fin de vie et plus particulièrement en phase terminale. Victor est dans cette situation. On peut penser que le discours douloureux s'affiche comme une revendication de présence de l'équipe à ses côtés palliant les défaillances de l'entourage. Au long du protocole l'arbre a maintenu l'ancrage dans la réalité en canalisant le vécu anxieux alors que le surgissement inopiné d'images de divorce l'amplifiait. L'arbre en phase 2 a même pu se formuler en lien avec un tuteur permettant de poser la nature de la relation avec sa compagne : n'est-il pas dans la destinée d'un arbre replanté de s'affranchir de son tuteur pour continuer sa voie ?

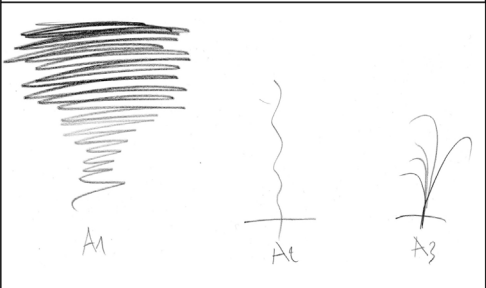
Arbres dessinés	E3 Images associées aux arbres
	<p>A1 : abandon A2 : rien A3 : gentille</p> <p>E4 Histoires issues des arbres A1 : elle veut me quitter alors que je l'aime. A2 : je ne comprends pas. A3 : je suis gentille pourtant.</p>

Figure 1 Phase 1 du protocole de Victor (étapes 1, 3, 4).

Dans l'ETA, l'expression et l'élaboration s'effectuent dans le registre botanique car l'interprétation à partir d'un cadre psychologique est limitative [18,19]. La métaphore auto-engendrée par la personne au long du protocole assigne d'elle-même d'autres voies de sens qui lui « parlent » spontanément.

Le participant 2

Résidant en EHPAD, veuf avec 3 enfants et ancien militaire, Louis à 90 ans est atteint d'un cancer pulmonaire. L'équipe indique une importante souffrance morale. L'épreuve est présentée comme une manière de raconter sa propre histoire (Fig. 2).

Les arbres dessinés s'étoffent progressivement (de A1 à A3) au niveau du tronc comme du houppier. Les deux premiers évoquent le passé et le dernier la progéniture (E3). Un déséquilibre est introduit entre la part de sa vie consacrée à l'extérieur et celle dévolue aux enfants. L'étape 4 confirme que l'enjeu ici est un retour en mode panoramique sur sa vie passée : évaluation des actions et distribution des satisfécits. La fin de vie est souvent l'occasion de ces rétrospectives théorisées en une véritable pratique de « life review » auprès de publics âgés [22]. Dans le cadre de la passation, l'arbre en période hivernale a permis d'évoquer la secrète et lente intégration du passé, condition nécessaire au renouveau printanier. Le passé ainsi disculpé libérait l'avenir. D'ailleurs au décours de la passation, Louis a poursuivi ce travail de déculpabilisation en soulignant combien les succès actuels de ses enfants témoignaient de la réussite de sa propre existence.

La participante 3

Résidant en EHPAD, veuve avec 2 enfants, Fernande à 90 ans est atteinte d'un cancer du côlon avec colostomie. L'équipe soignante mentionne un épisode dépressif majeur avec inhibition importante. Le thème de la mort est très présent s'exprimant notamment par le biais d'une forte angoisse vis-à-vis de la solitude (Fig. 3).

Les arbres sont notifiés comme des lignes de tronc piquées au-dessus de la ligne de sol. Ici point de houppiers pour assurer cette respiration vitale que l'angoisse consigne jusque dans son étymologie comme constriction du souffle. La vie s'écoule à la faveur des trois récits (E4) sous forme d'une plainte générale qui reconfigure verbalement la béance de ces troncs, véritables plaies à ciel ouvert. Pourtant au détour du protocole, à travers l'évocation d'arbres fruitiers jaillira sur cette absence de tête la possibilité de greffes ! Et la greffe n'est-elle pas transmission aux générations futures avec la certitude d'un génotype préservé ? Cette métaphore de la greffe assure en fin de vie une fonction de prolongement et de continuation dans des formes renouvelées de sa propre vie, redéployant l'espoir que « la fin d'une vie n'est pas la fin de la vie » [23]. Un autre avenir s'entrouvre.

Le participant 4

Hospitalisé pour une courte durée, Hector, 65 ans, marié et père de 2 enfants est atteint d'un cancer de l'appareil digestif avec colostomie. L'équipe fait état d'un épisode dépressif assorti de revendications agressives à l'encontre du monde médical.

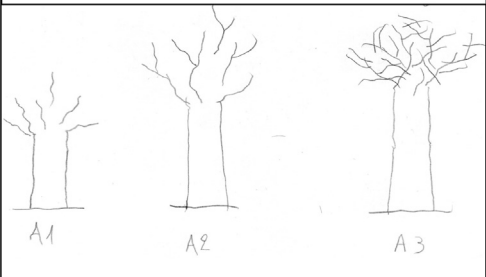
Arbres dessinés	E3, Images associés aux arbres
	<p>A1 : école A2 : guerre A3 : enfants</p> <p>E4, Histoires issues des arbres A1 : tu n'as pas servi à grand-chose. A2 : la vie est surprenante A3 : rassures toi...tu as fait.</p>

Figure 2 Phase 1 du protocole de Louis (étapes 1, 3, 4).

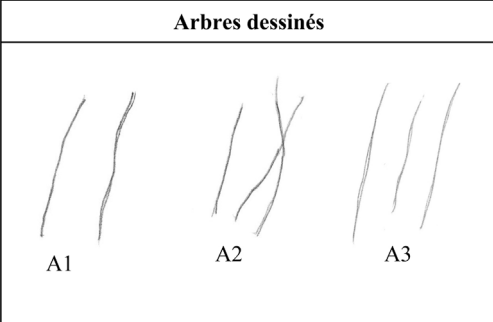
Arbres dessinés	E3 Images associées aux arbres
	<p>A1 ; la mort A2 ; enfant A3 ; amour</p> <p>E4 Histoires issues des arbres A1 ; la vie n'est pas marrante A2 ; que tu es malheureuse ma pauvre fille A3 ; je te plains ma pauvre</p>

Figure 3 Phase 1 du protocole de Fernande (étapes 1, 3, 4).

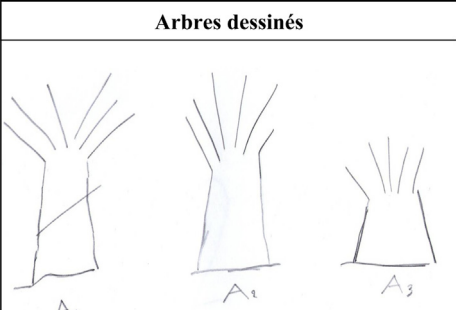
Arbres dessinés	E3 Images associées aux arbres ;
	<p>A1 ; cancer A2 ; plaisir A3 ; mon garçon</p> <p>E4 Histoires issues des arbres A1 ; il est malade à cause des médecins, mon état de santé s'aggrave A2 ; il était bien avec des plaisirs simples A3 ; j'ai un garçon mort</p>

Figure 4 Phase 1 du protocole de Hector (étapes 1, 3, 4).

Le protocole formule explicitement dès les premières étapes le cancer ainsi qu'un état de santé qui se dégrade « à cause des médecins » (E4, A1). Il est important dans le traitement de la douleur de pouvoir accéder à l'étiologie subjective [10] qui indique les points d'ancrage d'une organisation psychique et en conséquence les leviers disponibles. La colère est perceptible qui est à la fois certitude d'un potentiel d'énergie résiduel et possible dilapidation de cette énergie sur des cibles inadéquates. Des études ont montré l'implication de la colère dans l'étiologie de certains cancers [24,25] et à l'inverse, d'une manière plus générale, le rôle des émotions positives sur la santé [26].

L'arbre 3 est dépositaire d'un message à l'égard du fils mentionné comme décédé. L'utilisation du « je » dans ce récit associé à l'arbre 3 signale l'implication de l'auteur et le débordement des signes par la problématique personnelle. La suite du protocole (phase 2) évoquera un palmier porteur de fruits dont l'accès nécessite des efforts (Fig. 4).

La passation à peine achevée, il confiera la colère et la rancune qu'il éprouve à l'égard de son fils et le chemin qu'il imagine pour se réconcilier avec celui-ci. L'accès aux fruits, comparables à la descendance du palmier, nécessite des efforts personnels tout comme dans la réalité de sa vie le rapprochement avec son fils.

L'identification à l'arbre a permis d'exprimer le conflit qui l'opposait à son fils, thème central de sa situation actuelle, agressive qui se projetait sur l'équipe. L'établissement d'une relation plus pacifiée à sa propre vie a permis de décaler l'attention centrée sur l'éradication totale des symptômes [27]. La suite du protocole a engendré des lignes de significations nouvelles qui se sont ramifiées spontanément dans des dispositions renouvelées à l'égard

de son fils créditant la thèse que la personne est porteuse de ressources parfois insoupçonnables. Le défi, endossé pour partie par le courant actuel de la psychologie positive, est de les identifier puis de les mettre en branle [28,29].

Discussion

Le modèle de Loeser et Melzack constitue un cadre de réflexion intéressant pour décrypter l'apport de l'ETA dans l'évolution de l'expérience subjective de la douleur. Concernant la composante nociceptive, l'analyse des cas met en évidence que les facteurs qui modulent la douleur physique sont multi-déterminés. Toutefois, on note que la répression émotionnelle de certains patients qui inhibaient l'expression de leur douleur (cf. Victor) augmente la sensation douloureuse comme si la douleur servait de voie d'écoulement au mal-être. En écho à ces inhibitions, l'ETA semble diminuer le phénomène en autorisant la verbalisation. La démarche indirecte offerte par l'arbre et ses possibilités identificatoires améliore l'expression et l'accès rapide à des nœuds émotionnels.

L'expression de la douleur physiologique dépend également de la composante sensori-discriminative (perception). En élargissant le champ attentionnel à d'autres registres d'expériences, le vécu douloureux se trouve recentré et réinséré dans des faisceaux étiologiques plus vastes libérant ainsi de nouvelles connexions significantes. Hector peut ainsi recomposer sa situation actuelle et valider pour l'avenir d'autres conduites comme celle de se rapprocher de son fils.

Avec l'établissement de relations nouvelles entre douleur physique et souffrance, la composante motivo-affective est

redimensionnée. Une partie de la souffrance mise en évidence dans les protocoles relève de l'effraction que réalise l'annonce de la maladie grave qui génère un sentiment de rupture entre avant et après. L'impossibilité de faire lien inaugure une véritable crise d'identité dont une des facettes peut prendre le visage de la dépression. Une démarche d'acceptation et d'engagement [30] peut s'avérer efficace en réinstaurant notamment des buts existentiels ancrés dans un système de valeurs personnelles [31].

Désormais la maladie et le vécu douloureux qui l'accompagne relèvent plus d'une approche « life span » que pathologique [32]. L'ETA participe de ce type de démarche où les obstacles – maladie y compris – constituent des défis dont la résolution demeure singulière et nécessaire à la poursuite de l'avancée dans l'existence [33]. Concrètement, l'ETA a favorisé la reconstruction d'une continuité psychique entre l'avant et l'après de la maladie. Ainsi Fernande se formule désormais comme dépositaire d'un capital transmissible et Louis se perçoit comme une composante de la réussite de ses enfants. Des changements ont été rapportés par l'équipe dans le registre comportemental qui témoignent d'un début de réorganisation de l'expérience douloureuse des sujets. Le recadrage de l'univers interne suscite à son tour une réinterprétation du monde externe et du système de relations à l'environnement. Ainsi pour Hector, les conduites agressives à l'égard de l'équipe ont disparu et il s'est engagé dans un travail écrit autobiographique en recherche d'un sens nouveau à sa vie [34].

Perspectives

La douleur est un phénomène complexe et la prise en compte de la dimension subjective est prépondérante. Le malade dispose d'une sorte de filtre à l'interface entre monde interne et externe qui lui permet d'interpréter son expérience. La structure de ce filtre peut être défaillante et aggraver le vécu douloureux. L'ETA permet au patient de se repositionner en évoquant sa situation selon des directions qui lui sont propres. L'arbre tout à la fois distant et proche de l'humain, radicalement autre et pourtant étonnamment perméable aux identifications les plus diverses, constitue un support adaptable aux développements les plus improbables. Plus qu'une tâche distractive, la passation du protocole contribue à initier l'insertion de la perception douloureuse dans le champ d'une expérience plus large comparable aux travaux actuels sur la pleine conscience [35–37] qui amplifient le recalibrage émotionnel [38] en instaurant un observateur à la fois pleinement engagé dans l'instant présent et découplé du phénomène en cours. Le dispositif ETA a recueilli rapidement des matériaux de fond mais aussi, dans le temps de la passation, contribué à réorienter le point de vue de la personne sur sa situation actuelle initiant un nouveau rapport à la douleur [39]. Nous n'avons présenté que des parcelles de protocole mais certainement les matrices d'explicitation (étapes 5, 6, 9, 10) concourent à ce mouvement. Elles ont pour fonction d'ausculter les tendances d'attraction et de répulsion qui structurent et génèrent les comportements de tout individu [19,40,41]. L'ETA, outre les lignes émotionnelles et la dimension biographique qui apparaissent spontanément, permet d'insérer l'épisode douloureux dans un espace plus

large où des significations surgissent tout autant que des nœuds anciens ou des connexions nouvelles. Le matériel autobiographique suscité de manière analogique apparaît selon des structurations spécifiques et contribue à faire évoluer le point de vue de la personne sur sa situation actuelle.

En résumé, l'ETA semble influencer sur la perception douloureuse, élargit le cadre en soulignant des thèmes psychologiques spécifiques à chaque personne, sollicite les ressources de la personne et induit des significations nouvelles. De nouvelles études sont à envisager sur des effectifs plus importants avec groupes témoins mais ces premières observations sont prometteuses.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Foley RA. Confrontation et renouvellement des pratiques hospitalières face à la fin de vie. *Rev Int Fr Soins Palliatifs* 2010;25:37–43.
- [2] Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
- [3] Bruchon-Schweitzer M, Dantzer R. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: PUF; 1994.
- [4] Spitz E. La douleur : aspects psychiques et traitement. In: *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Dunod; 2002. p. 245–60.
- [5] Le Bars D, Willer JC. *La douleur vue par les physiologistes. Douleurs. Tome I : Du neurone à l'homme souffrant*. Paris: Éditions Eshel; 1991. p. 11–45.
- [6] Turk DC. Clinical effectiveness and cost effectiveness of treatment for patients with chronic pain. *Clin J Pain* 2002;18:355–65.
- [7] Turk DC, Swanson KS, Tunks ER. Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients: when pills, scalpels and needles are not enough. *Can J Psychiatry* 2008;53(4):2.
- [8] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191–215.
- [9] Giust-Desprairies F. Souffrance et processus de dégageant, un parcours thérapeutique. *Bull Psychol* 2001;54(2):137–45.
- [10] Fromage B. Douleur chronique et vie psychique. *Synapse* 2004;204:19–26.
- [11] Fromage B, Bailleul S. Le contexte biographique de la douleur chronique chez la personne âgée. *Bull Psychol* 2001;54(2):205–11.
- [12] Hapille L. *La douleur cancéreuse et son traitement, approche globale en soins palliatifs*. Paris: Frisson-Roche; 1994.
- [13] Malraux A. *Lazare*. Paris: Gallimard; 1974.
- [14] Le Breton D. Le recours au corps en situation de souffrance. In: *Résonances, entre corps et psyche*. Le Breton éd. Toulouse: Érès; 2004. p. 99–115.
- [15] Merskey H, Bogduk N. Part III. Pain terms. A current list with definitions and notes on usage. In: *Classification of chronic pain*. 2nd ed. Seattle: ASP Press; 1994. p. 209–14.
- [16] Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet* 1999;353:1607–9.
- [17] Claverie B, Le Bars D, Zaviatoff N, et al. *Douleurs. Tome I : Du neurone à l'homme souffrant*. Paris: Éditions Eshel; 1991. p. 181.
- [18] Fromage B. L'Épreuve des Trois Arbres, bilan de situation, accompagnement et développement de la personne. Paris: In Press (éd.); 2011.

- [19] Fromage B. Le bilan psychologique à l'aide de l'Épreuve des Trois Arbres, manuel d'utilisation. Paris: Eurotest Editions; 2012.
- [20] Koch K. Le test de l'arbre. Bruxelles: Editest; 1949.
- [21] Stora R. Le test de l'arbre. Paris: PUF; 1978.
- [22] Butler RN. Fighting frailty. *Geriatrics* 2000;55(2):20–1.
- [23] Minkowski E. Le temps vécu. Neufchatel: Delachaux et Niestlé; 1968.
- [24] Eysen HJ. Cancer, personality and stress: predictions and prevention. *Adv Behav Res Ther* 1994;16:167–215.
- [25] Greer S, Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J Psychosom Res* 1975;19:147–53.
- [26] Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: the broaden and build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001;56:218–26.
- [27] McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance what to do about chronic pain? *Pain* 2003;105:197–204.
- [28] Martin-Krumm C, Tarquinio C. *Traité de psychologie positive*. Bruxelles: De Boeck; 2011.
- [29] Baumeister RF, Vohs KD. The pursuit of meaningfulness in life. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 608–15.
- [30] Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford press; 1999.
- [31] Dahl J, Lungren T. *Living beyond your pain: using acceptance commitment therapy to ease chronic pain*. Oakland: New-Harbing; 2006.
- [32] Ben Soussan P. Je est un autre, cancer et identité. In: Ben Soussan P, editor. *Le cancer, une approche psychodynamique chez l'adulte*. Toulouse: Erès; 2004. p. 99–117.
- [33] Rodin G, Zimmermann C. Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2008;36(1):181–96.
- [34] Steger MF. Meaning in life. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 680–5.
- [35] Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditations theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* 1982;4:33–47.
- [36] Kabat-Zinn J. Mindfulness based interventions in context: past, present and future clinical psychology. *Sci Pract* 2003;10:144–56.
- [37] Grant JA, Rainville P. Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen meditators: a cross-sectional study. *Psychosom Med* 2009;71:106–14.
- [38] Lutz A, Slagter HA, Dunnes JD, et al. Attention and regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci* 2008;12(4):163–9.
- [39] Monestès JL, Vuille P, Serra E. Thérapie de pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement et douleur chronique. *Douleurs* 2007;18(2):73–9.
- [40] Benoît JC, Berta M. *La pénombre du double : l'anticipation par les images positives et négatives*. Paris: Éditions ESF; 1987.
- [41] Benoît JC, Berta M. *L'activation psychothérapeutique*. Bruxelles: Dessart; 1973.