

Évaluation de l'outil « arbre de vie » en éducation thérapeutique du patient

Véronique Sorriaux¹, Louis Von Theobald², Emmanuelle Cartron⁴ et Alain Golay^{3,*},^a

¹ Cadre de santé et coach, CHU de Nantes, Nantes, France

² Clinique du parc, Nantes, France

³ Service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

⁴ CHU Nantes, Nantes, France

Reçu le 7 mai 2020 / Accepté le 3 novembre 2020

Résumé – Introduction : Issu du courant des thérapies narratives, l'outil « arbre de vie » a été introduit comme soutien à l'élaboration du diagnostic éducatif dans un programme d'ETP puis comme espace d'expression pour le patient. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt de cet outil en support d'un programme d'ETP. **Méthodologie :** Une étude qualitative descriptive a été menée à partir de données recueillies dans le cadre d'un programme d'ETP en santé mentale. L'observation de dessins et l'utilisation des verbatims recueillis dans le cadre d'entretiens thérapeutiques ont permis de construire avec les patients leur arbre de vie et d'analyser l'intérêt de cet outil. **Résultats :** À partir des mots écrits sur l'arbre, le soignant questionne les récits de vie afin d'être au plus près de l'expérience de la personne qu'il accompagne. L'arbre de vie apporte une plus-value car elle est utilisable en transversal sur l'ensemble du programme d'éducation thérapeutique. Le patient retrouve une richesse de vie et une force d'actions souvent oubliées avec la maladie chronique. Ce sont les « branches » qui comportent le plus de mots. Ainsi, les valeurs et les projets de vie sont cités fréquemment dans le cadre de la dimension métacognitive. L'arbre de vie permet d'accéder aux ressources de la personne notamment « le bon humour » mentionné souvent dans la « Casita ». Finalement, la créativité amenée par la métaphore de l'arbre de vie peut conduire le patient à faire face aux difficultés rencontrées dans la maladie chronique. **Discussion :** L'arbre de vie utilisé dans un programme d'éducation thérapeutique semble adapté pour comprendre le patient dans ses différentes dimensions.

Mots clés : arbre de vie / maladie chronique / éducation thérapeutique du patient / compétences

Abstract – Evaluation of the “Tree of Life” tool using in patient education program. Introduction: Derived from the current of narrative therapies, the “Tree of Life” tool was introduced as a support for the elaboration of the educational diagnosis in a patient education programme and then as a space of expression for the patient. The objective of this study is to evaluate the interest of this tool as a support for an ETP program. **Methodology:** A descriptive qualitative study was conducted using data collected in a mental health TPE program. The observation of drawings as well as verbatims collected during therapeutic interviews made it possible to build with the patients their tree of life and to analyse the interest of this tool. **Results:** Based on the words written on the tree, the caregiver questions life stories in order to be as close as possible to the experience of the person he accompanies. The tree of life brings added value because it can be used through the entire therapeutic education program. The patient finds a richness of life and a strength of action often forgotten with a chronic disease. These are the “branches” which contain the most words. Thus, values and life projects are frequently cited in the context of the metacognitive dimension. The tree of life provides access to human resources including “good humor” often mentioned in the “Casita”. Ultimately,

*Auteur de correspondance : alain.golay@hcuge.ch

^aAdresse personnelle : Service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et d'éducation thérapeutique du patient, Unité d'éducation thérapeutique du patient, Centre collaborateur de l'OMS, Département de médecine, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève, Chemin Venel 7, 1206 Genève, Suisse.

the creativity brought about by the tree of life metaphor can lead the patient to cope with the difficulties encountered in chronic disease. **Discussion:** Used in therapeutic education, the tree of life seems adapted to understand the patient in its different dimensions.

Key words: tree of life / chronic disease / patient education / skills

1 Introduction

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée aux soins dans la prise en charge de la maladie chronique doit permettre au patient d'acquérir des compétences pour être un acteur de sa santé, un partenaire. Les personnes souffrant d'une maladie chronique expérimentent une rupture de leur identité qui peut se manifester par un profond isolement social, professionnel, voire familiale et entraîne un réaménagement de la vie [1]. L'objectif du programme d'ETP est de déconstruire les conclusions identitaires négatives de la maladie chronique pour construire une histoire alternative plus riche. La personne redevient auteur de sa vie en tissant à partir de moments d'exception, des histoires relationnelles où ses actions correspondent à ses intentions. Le mode de questionnement du soignant doit ouvrir le champ des possibles à savoir un élargissement des perspectives. Il pose ses questions en amenant la personne à retrouver une expérience vécue cognitivement et émotionnellement. Les pratiques en cours proposent souvent une séance de diagnostic éducatif, première étape du programme d'éducation, qui vise à la connaissance de la personne, à l'identification de ses besoins et à la formulation de compétences à acquérir. Il se réalise, majoritairement en séance individuelle guidée par un entretien standardisé qui joue un rôle déterminant et doit couvrir les cinq dimensions de la personne : cognitive, affective, perceptive, métacognitive et infra cognitive [2]. Le DE permet d'identifier les potentialités et les ressources de la personne en y ajoutant la métaphore de l'outil « Arbre de vie ». Nous avons posé l'hypothèse d'améliorer le diagnostic des différentes dimensions identitaires de la personne. Bien que pertinent cet entretien présente un risque de « classement nosographique des informations recueillies et de dissociation des champs cognitif et affectif » [3]. Une autre approche, basée sur un outil qui se nomme « la Casita », proposée par Stefan Vanistendael [4] permet de travailler sur les ressources de la personne par la métaphore du dessin d'une maison. À chaque étage le patient inscrit des mots correspondant à des ressources liées à une expérience vécue. À chaque étage, une attribution différente : le rez-de-chaussée pour les personnes qui le soutiennent, les liens familiaux et sociaux ; le premier étage pour les valeurs, le sens, la spiritualité de la personne ; le second étage pour les compétences, l'estime de soi, l'humour, le plaisir et le dernier étage propose d'y mettre les ressources insoupçonnées. Si cet outil permet de travailler les ressources, les compétences émotionnelles, de s'éloigner d'un recueil de type classification analytique, il reste un exercice individuel et n'aborde pas les relations inter personnelles pourtant nécessaires au renforcement de l'estime de soi qui est défini par James Williams comme un rapport entre les réussites de l'individu et ses aspirations, le produit d'une construction psychique mais également le résultat d'une activité cognitive et sociale [5].

Une autre approche, basée sur la psychothérapie narrative, privilégie l'intention de la personne et s'intéresse à

l'expérience de vie racontée au travers d'un récit. Elle a émergé dans les années 1990, sous la plume de deux psychothérapeutes australiens, Michael White et David Epsom à travers la publication du livre « Les moyens narratifs au service de la Thérapie » [6]. Cette pratique centrée sur le patient lui permet de se sentir reconnu et est riche pour le praticien de sens partagé avec le patient [7].

Les thérapies narratives conduisent les patients à « mobiliser leur capacité de changement, donner un sens à leur vie en les éloignant des histoires liées à la maladie pour les amener vers des histoires qui mettent en évidence les possibilités et opportunités envisagées jusqu'alors » [8]. Elles sont aussi intéressantes dans ce champ car elles réinterrogent le concept d'identité, question centrale dans la maladie chronique, contexte où l'identité devient fracturée et douloureuse. Le soignant accorde une importance aux mots utilisés et questionne dans une posture éducative, pour recueillir des récits de vie au plus près de l'expérience de la personne.

L'expert de la situation est le narrateur lui-même, le soignant restant dans la posture influente et décentrée [6]. Le soignant guide le questionnement en partenariat avec le patient mais ne se positionnera jamais en qualité de détenteur d'un savoir où proposant des conseils. Ce questionnement est retranscrit sur le dossier de suivi des séances d'ETP, pendant la totalité du programme. Le soignant favorise des conversations et y amène des changements dans le temps, l'espace, les interactions et la causalité [9]. Les personnes donnent du sens à leur vie en mettant du lien entre les histoires qu'ils racontent.

Pour faciliter la mise en mot du récit, l'outil « arbre de vie » a été revisité dans le cadre d'un programme d'ETP, utilisé comme chemin d'expression collective, en séance d'accompagnement dans des histoires de vie où la perte, l'abandon et le traumatisme sont présents. Le dessin comme médiateur, permet la réalisation d'un document qui tisse les compétences et les savoirs des personnes traversant des épreuves ou des difficultés. Il vise une connaissance singulière de la vie du sujet dès la première étape du diagnostic éducatif [10]. La métaphore de l'arbre de vie est à l'origine une approche classique de l'éducation populaire développée à l'origine en Afrique du sud pour accompagner de jeunes personnes ayant subis des préjudices graves.

La réalisation de l'arbre de vie se décline en six parties connexes avec les cinq dimensions. Pour être pertinente, l'ETP doit permettre au patient de travailler dans les cinq dimensions de sa personne. En plus, des aspects habituels cognitifs, il importe de prendre en considération les dimensions affective et émotionnelle (peurs, angoisses), perceptive (sensorielle), métacognitive (regard sur sa vie, ses valeurs) et infracognitive (raisonnements intimes) [2], et explorées dans le diagnostic éducatif (Tab. 1) [11]. Chaque partie de l'arbre désigne une partie de la vie de la personne. Les racines représentent ce qui a construit la personne, le sol sa vie actuelle, comment elle vit avec sa maladie chronique, le tronc évoque ses compétences, ses valeurs. Les questions sur les compétences ont pour

objectif d'amener la personne à avoir une relation avec ses savoirs, savoir être et savoir-faire afin qu'elle retrouve la notion d'initiative personnelle. Les branches matérialisent les projets, les aspirations. Les feuilles et les fruits incarnent la contribution des autres à notre histoire de vie, le club de vie [12] (Fig. 1).

Nous posons l'hypothèse que cet outil, au-delà d'une aide au diagnostic éducatif, présente aussi l'intérêt d'être un support pour l'ensemble des séances du programme d'ETP dans la mesure où les données que le patient y dépose et le récit qu'il en fait, traduisent les ressources sur lesquelles il peut s'appuyer pour développer ses compétences. L'objectif de cette étude est de décrire comment l'arbre de vie permet de soutenir un programme d'ETP.

2 Matériel et méthode

2.1 Typologie d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative [13]. Le programme d'éducation thérapeutique sur lequel s'appuie la recherche s'adresse aux personnes présentant un trouble phobique, des problématiques d'attaque de panique ou d'anxiété, un repli social et professionnel connaissant leur diagnostic médical.

3 Échantillonnage

Pour être inclus les patients devaient être majeurs, avoir accepté de suivre ce programme, avoir accepté de participer à l'étude et ne pas présenter de pathologie psychotique. Les patients sous tutelle ou curatelle n'étaient pas inclus.

3.1 Déroulement de l'étude

Lors d'entretiens individuels, le médecin psychiatre présente le programme d'ETP et le déroulement de la recherche. Si le patient rassemble les critères d'inclusion et ne présente pas de critère de non inclusion, son consentement est alors recueilli. Le programme comprend quatre séances de deux heures. Elles sont animées en binôme. Le chercheur, formée aux pratiques narratives, à l'utilisation de l'arbre de vie et à l'ETP qui ne connaît pas les patients avant les séances et une infirmière de l'unité de soin, formée à l'ETP mais non formée aux pratiques narratives. L'infirmière a pour mission d'observer le groupe et de seconder le chercheur dans l'organisation des séances, à savoir la remise d'un questionnaire en fin de programme et la retranscription du récit des patients dans le dossier de suivi individuel.

L'arbre de vie est dessiné sur une feuille de grand format où les participants retracent leur histoire de vie selon les consignes prédéfinies en y inscrivant quelques mots.

Les racines suggèrent d'où nous venons, le sol où nous vivons, notre quotidien, le tronc est l'opportunité d'écrire ce que je sais faire, mes compétences, mes capacités à gérer, les branches sont les projets, petits et grands, les feuilles représentent les personnes ressources et les fruits sont les moments, les gestes, les attentions reçues de façon inattendue.

Chaque séance se termine en laissant la parole aux participants pour évoquer librement une partie de leur histoire de vie.

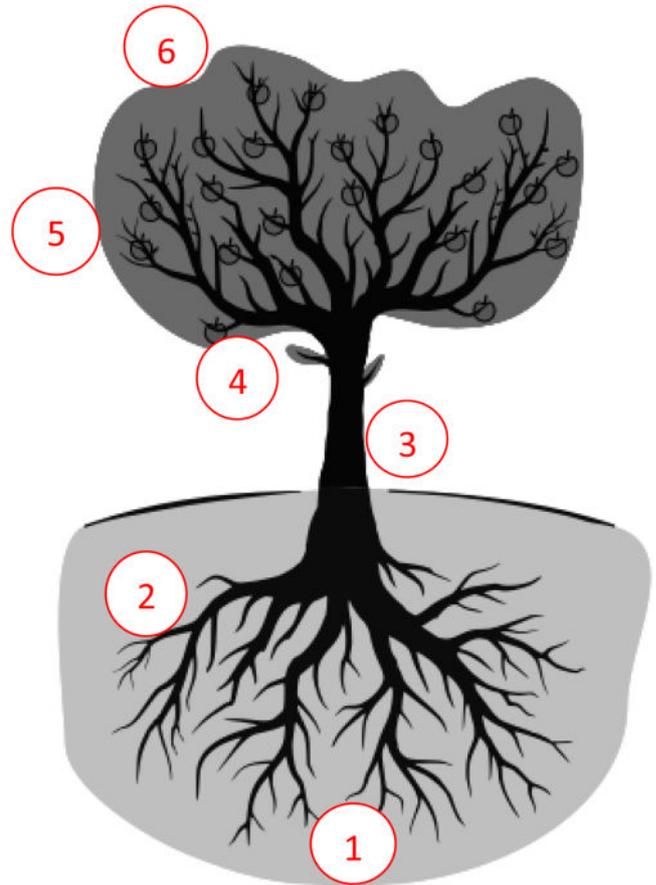


Fig. 1. Illustration de l'arbre.

Fig. 1. Illustration of the tree.

Les données recueillies provenaient de trois sources :

- une description des dessins des arbres de vie dans la version la plus aboutie ;
- les réponses à un questionnaire bilan distribué en fin de programme d'ETP recensant les valeurs du patient ;
- les verbatims de patients correspondant aux notes prises par le praticien sur le dossier de suivi en fin de séance sur le récit que le patient fait de son arbre de vie.

3.2 Analyse des données

L'observation des arbres a été réalisée selon les six parties pré définie. Les mots relevés dans les questionnaires ont été rassemblés par chaque patient. Une analyse de contenu par thème a été réalisée selon une approche déductive par comparaison des thèmes et ceux des cinq domaines explorés en ETP [13].

4 Résultats

4.1 Description de l'échantillon

Le groupe était constitué de cinq patients, quatre femmes et un homme, âgés de 25 à 35 ans, présentant une dépression chronique associée pour certains, à des troubles alimentaires, du sommeil et des pensées morbides. Ils ont une thymie triste,

Tableau I. Attribution des parties de l'arbre.**Table I.** Assignment of the different parts of the tree.

Parties de l'arbre	Questionnement visant à explorer l'expérience de vie de la personne	Dimensions explorées
Les racines	D'où je viens ? Mon histoire familiale, mon hérité ?	Dimension métacognitive et infra cognitive
Le sol	Où je vis et comment je vis ? Qu'est-ce-que je fais au quotidien, mes habitudes de vie ? Quelle est la place du traitement ? Quelles sont les restrictions de la maladie ? Quels sont mes centres d'intérêt, mes rituels ?	Dimension cognitive
Le tronc	Les compétences, savoir-faire et savoirs être et valeurs. Qu'est-ce-que je ressens ? Qu'est-ce-que je fais ? et « Qu'est-ce-que cela entraîne ? » D'où viennent vos compétences, dans quel contexte apparaissent-elles ?	Dimension cognitive et perceptive
Les branches	Mes projets, mes espoirs comment j'envisage de vivre ? Ai-je envie de m'investir pour les autres et de devenir une personne ressource ?	Dimension métacognitive
Les feuilles	Quelles sont les personnes ressources dans ma vie ?	Dimension affective, relationnelle et sociale
Les fruits	Quels sont les moments d'attention que les autres m'offrent ?	Dimension relationnelle

une perte d'élan vital, un sentiment de désespoir, une perte de motivation à réaliser les choses de la vie courante, une baisse de l'estime de soi.

Le groupe était composé de personnes dont les horizons professionnels sont divers : une architecte, une étudiante en thèse en littérature, une employée de banque, une salariée d'université, une assistante de direction, une assistante de gestion et un cadre commercial.

4.2 Bénéfices de l'arbre de vie en ETP

4.2.1 L'arbre de vie comme outil facilitant l'accès à la connaissance de la personne dans les cinq dimensions dans la pose du diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est basé sur l'exploration des cinq dimensions et se fait à partir du recensement de mots clés présents sur les différentes parties de l'arbre. Si ces mots appellent une précision, le praticien demande à la personne de raconter une histoire réelle, ressentie qui affine sa compréhension et oriente le soignant sur la signification que la personne attribue aux mots. L'observation des dessins d'arbre permet d'évaluer la richesse des mots utilisés pour explorer les cinq dimensions (Fig. 2). Trois participants ont renseigné, les dimensions cognitives, infra cognitives, perceptives, affective et métacognitive sans besoin d'accompagnement individualisé du praticien. Les deux autres participants sont restés plus réservés et ont moins complété leur arbre. Dans ce cas c'est la posture du praticien qui permettra de compléter le dessin en initiant le questionnement. Nous constatons que les fruits qui représentent les cadeaux de la vie au sens large, c'est-à-dire ce que je reçois et auquel je ne m'attends pas sont moins complétés. C'est un item difficile dans le cadre de la maladie chronique où le sentiment d'injustice reste prédominant. Les branches animent l'ensemble du groupe car « c'était la partie la plus intéressante car elle fait partie du futur ». Les premières questions portent sur les espoirs, les rêves, les projets pour leur avenir. Le chercheur accueille avec humilité tous les projets et invite à réfléchir également sur les espoirs que je peux aussi avoir pour l'ensemble des personnes ayant ma problématique de maladie chronique.

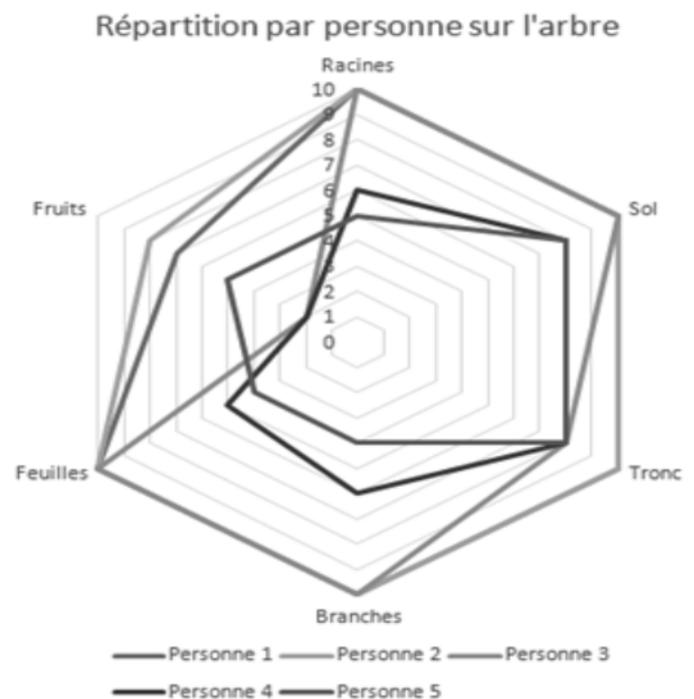


Fig. 2. Recensement du nombre de mots écrits sur les arbres permettant de connaître la personne dans les cinq dimensions lors de la phase du diagnostic éducatif.

Fig. 2. Survey of the number of words written on the trees enabling to identify the person on the 5 dimensions during the phase of educational diagnosis.

Lors de la séance permettant de découvrir le patient et de poser avec lui un diagnostic éducatif, le praticien s'appuie sur un guide d'entretien. L'intérêt de l'outil de l'arbre de vie réside dans le fait que les mots écrits dans l'arbre sont des réponses partielles au guide d'entretien car ils renseignent les dimensions à explorer (Tab. II). Ces mots sont aussi une accroche possible pour le praticien qui peut questionner le patient et lui demander de développer ses choix. L'arbre de vie permet une interaction privilégiée entre la personne et le

Tableau II. Exploration des 5 dimensions par le questionnaire et l'observation des différentes parties de l'arbre.
Table II. Exploration of the 5 dimensions using the survey and observation of the different parts of the tree.

Les 5 dimensions explorées	Questions posées	Parties de l'arbre
Dimension cognitive	Qu'est-ce-qu'il sait de la maladie? Problèmes engendrés par la maladie, quelles sont ses représentations?	Les racines
Dimension perceptive	Qu'est-ce-qu'il ressent? Sa qualité de vie? Comment vit-il avec sa maladie?	Le tronc, le sol
Dimension infra cognitive	Que fait-il? Contexte de vie? Dimension socio éducative, habitat, rythme de vie activités sociales et loisirs, pratiques culturelles, profession...	Le sol, les racines
Dimension méta cognitive	Que veut-il? Quels sont ses valeurs, son projet de vie? Sa demande?	Les branches
Dimension affective	Quelle est sa qualité de vie? Son ressenti? Ses soutiens, sa famille? Sa motivation dans l'atelier?	Les feuilles, les fruits

praticien, une qualité de présence à l'autre et une capacité d'écoute élevée. Les mots écrits sur les parties de l'arbre de vie font sens et un mouvement de synchronisation s'opère entre le narrateur et le soignant dans une posture de non jugement bienveillant.

4.2.2 Renouer avec sa créativité en dessinant son histoire de vie

Les dessins des arbres de vie réalisés par les participants sont différents et singuliers (Annexe A). Tous les participants se sont appropriés leur arbre et ont continué de l'annoter en dehors des séances. Ce sont les branches qui comportent le plus de mots avec beaucoup de feuillages représentant les personnes aidantes. Lors d'un échange informel avec le groupe, ils reconnaissent avoir aimé dessiner, créer et annoter les branches car elles représentent l'avenir pour eux. Ils ont retrouvé les sensations de se projeter dans l'avenir comme une mise en mouvement.

Dans les feuilles, tous les participants ont identifié un soignant comme une personne ressource pouvant les aider à « voir plus clair » et en laquelle ils ont confiance et qui leur témoigne une écoute bienveillante.

La maladie chronique apparaît sur trois dessins soit sous forme de nuage gris, de hache ou branche coupée symbolisant l'impact de cet événement qui a « entaillé, noirci » leur paysage.

Le sol a permis à une participante de verbaliser que son quotidien était en mode « survie », ne prenant pas le temps de se poser, ne s'accordant que peu de temps pour prendre soin de sa santé et prendre le temps de « vivre ». Ce mode « survie » ayant des impacts sur son alimentation, son temps de sommeil, sa prise de traitement.

Une participante décrit s'être reconnectée à son enfance en dessinant ses racines. Enfant, elle voulait faire une école d'art et ses parents n'avaient pas validé son choix. Elle a retrouvé sa créativité en dessinant l'arbre, confiant au groupe qu'elle s'était sentie apaisée, sereine, oubliant ses problèmes en dessinant.

4.2.3 La créativité amène une autre façon de faire face aux difficultés rencontrées dans la maladie chronique

Un des participants qui avait inscrit comme projet « construire un projet de vie » a reconnu le bienfait de la démarche de décliner ce projet en un ensemble de « sous

projets ». Il a reconnu que ses objectifs étaient ambitieux et qu'il se mettait une pression énorme qui générerait beaucoup d'anxiété chez lui. En racontant leur vie, les personnes prennent conscience de l'axe temporel et des mouvements qui ont dirigé leur vie, elles évoquent leur histoire et les projets auxquels elles aspirent.

4.2.4 L'arbre de vie offre un espace sécurisé pour retrouver des valeurs d'autonomie relationnelle.

A la fin d'un programme d'ETP les valeurs renseignées : l'écoute, l'honnêteté, la bienveillance, le plaisir sont des déclinaisons de l'autonomie relationnelle (Fig. 2). Ces valeurs représentent les fondements de l'alliance thérapeutique décrite par P Baillargeon [14]. Les personnes semblent pouvoir aborder les difficultés rencontrées, retrouver leur capacité d'initiative personnelle, leur autonomie relationnelle (Fig. 3).

4.2.5 L'arbre de vie : un outil permettant d'accéder aux ressources de la personne

Une des propositions faite autour de l'arbre de vie est d'y raconter une histoire C'est-à-dire à partir d'un mot écrit sur l'arbre, le praticien demande de raconter une histoire réelle, ressentie, vécue, partagée avec des personnes qui illustre à partir de ses représentations, et de ses croyances.

Accueillir l'expérience vécue par le patient influence ses conceptions et l'aide à définir ses logiques de fonctionnement [15].

La retranscription d'un entretien entre le praticien en ETP et le patient guidé par les mots utilisés par le patient pour raconter son histoire illustrent comment le praticien s'appuie sur l'arbre de vie pour amorcer un échange et conduire le patient à l'identification de ses ressources, d'amener la personne à retrouver les émotions, les intentions, les ressources mobilisés lors de cette expérience (Tab. III).

Il semble proposer des intérêts avérés : renouer avec sa créativité, regagner un espace sécurisé pour revisiter son histoire de vie et la partager dans un mouvement de synchronisation avec le soignant, lui permettant d'accéder à la connaissance de la personne dans les cinq dimensions.

5 Discussion

Cette étude a permis d'illustrer comment l'outil arbre de vie peut être mobilisé dans un programme d'ETP. Cet outil peut

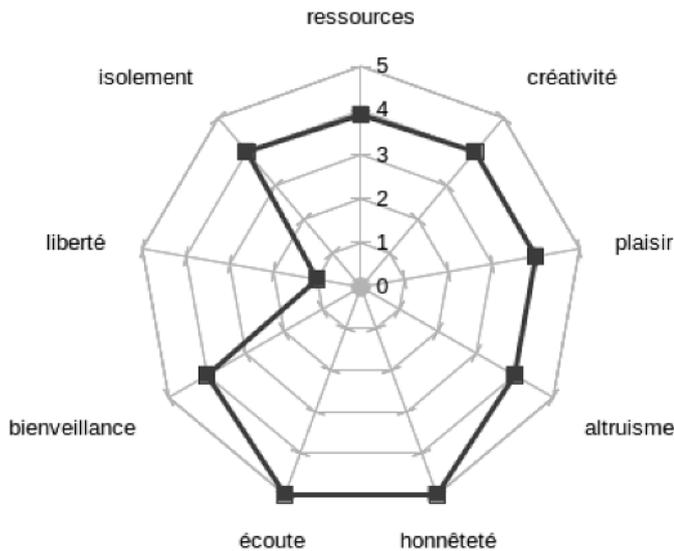


Fig. 3. Valeurs exprimées par les cinq participants et recueillies lors du questionnaire de bilan de fin de programme.

Fig. 3. Values expressed by the 5 participants and gathered during the survey at end of the session.

avoir une part contributive en éducation thérapeutique dans la prise en charge de la maladie chronique car les expériences de maladie diffèrent selon la relation que la personne entretient avec sa maladie chronique et avec elle-même. Changer, moduler ce mode relationnel reste un objectif important de l'éducation thérapeutique, afin que les personnes se reconnectent aux valeurs qui leur sont importantes. Nous sommes donc dans une approche holistique de la maladie où le choix du récit incombe à la personne qui raconte son expérience [16].

Denborough développe l'intérêt de l'arbre de vie au-delà de la connaissance du patient par une métaphore de l'arbre comme une représentation du monde vivant. Il propose ainsi que l'arbre de vie permet une identification au monde animé plus facile à s'approprier. L'arbre subit les saisons, les maladies, les intempéries et peut aussi être malade. Un ensemble d'arbres devient une forêt, tout comme un ensemble de dessins d'arbres accrochés sur un mur, représente un collectif de personnes présentant des caractéristiques communes. La métaphore procure les moyens d'aider les personnes à reconnaître leurs compétences, leurs habilités, leurs espoirs, leurs rêves, les dangers qu'ils affrontent et comment ils réagissent face aux difficultés [17].

L'arbre de vie semble ainsi être un outil de recueil de récits de vie utile dans la prise en charge des personnes en éducation thérapeutique pour mieux les appréhender dans leur être, leur vécu et leurs sentiments. Dès la première séance, les mots posés sur le dessin de l'arbre permettent d'explorer les cinq dimensions éducatives pour élaborer un diagnostic éducatif et principalement la dimension métacognitive sur « le regard que la personne porte sur sa santé, sa maladie, le traitement, le soignant, le système de soins ou ses projets de vie » [18].

Ainsi, la narration en passant par le dessin d'un arbre de vie permet une connaissance plus fine de la maladie, permet de prendre de la distance pour donner un sens aux événements et représente un fil conducteur pour évoluer et explorer des

histoires alternatives, des histoires qui parlent de projets, de compétences, des rêves. L'acte d'écrire rend possible la représentation, l'intégration, la prise de distance des expériences et l'ouverture sur d'autres interprétations. Elle étoffe les histoires préférées de la personne. Enfin elle travaille sur la base que la personne n'est pas le problème [12].

Au-delà des mots inscrits et de leur histoire, cet outil offre aussi au praticien un support pour guider les entretiens et permettre au patient de se positionner dans une dynamique de recherche de solutions par lui-même, grâce aux ressources qu'il est amené à identifier par le dessin de son arbre de vie. Il lui permet aussi de s'engager dans une relation de recherche de compréhension de la personne en soin. Cet échange autour des mots écrit offre une concordance du patient et du soignant permettant d'élaborer sur les émotions ressenties et les valeurs qui guident le patient. Raconter son histoire fait sens et engage son auteur. La personne raconte le récit de sa vie à *quelqu'un* et non pas *en face de quelqu'un*. Pour le soignant, la relation qu'il développe avec le patient est davantage un accompagnement, un partage, insufflant une démarche pour devenir son propre « coach santé » [18]. C'est aussi pour le soignant un outil qui sollicite ses propres émotions vis-à-vis de ses représentations de la maladie chronique. Le praticien est ainsi dans une posture influente mais décentrée. L'influence réside dans les propositions d'explicitier l'usage de certains mots, tout en lui laissant la place d'auteur principal.

5.1 Forces et limites de l'évaluation

Cette étude est la première à avoir évalué l'utilisation de cet outil innovant dans le domaine de l'ETP. Peu d'autres outils sont comparables à l'arbre de vie qui est issu d'une approche classique de l'éducation populaire. L'arbre de vie apporte également une plus-value d'être utilisable en transversal sur l'ensemble du programme d'éducation thérapeutique. Il participe à une méthodologie de l'Espoir [17] où la personne retrouve une richesse de vie et une force d'actions souvent oubliées avec la maladie chronique. La méthode choisie pour recueillir les données donne un accès direct des productions réalisées par l'utilisation de cet outil. Notre travail comporte aussi des limites. D'une part, la relation privilégiée du praticien chercheur et des patients influence probablement l'appropriation qu'ils font de cet outil. En outre l'évaluation ne portait pas sur les difficultés d'appropriations ou de mise en place. Enfin, les moyens disponibles pour mener cette étude n'étaient pas suffisants pour accueillir une tierce personne lors de l'analyse des données.

5.2 Perspectives

Cette étude a montré l'intérêt d'utiliser l'arbre de vie en séance d'ETP. Pour étayer l'évaluation de cet outil, nous souhaiterions désormais mener une recherche explorant comment les patients ont investi les compétences acquises lors du programme d'ETP basé sur l'arbre représentant leur vie.

Déclaration de conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Tableau III. Retranscription de l'échange et du questionnement autour du mot « La bonne humeur » entre le soignant et le patient.
Table III. *Synthesis of the exchanges and questions concerning the phrase "good mood" between the caregiver and the patient.*

Le praticien narratif	Le patient
Pouvez-vous me parler de l'histoire que vous avez choisie ?	J'ai envie de vous parler de la bonne humeur qui apparaît de moins en moins dans ma vie depuis ma maladie.
Qu'est-ce qui fait que vous l'avez choisie ?	Avant j'étais toujours de bonne humeur, je riais et plaisantais toujours.
Vous rappelez-vous le moment où cette histoire a commencé ?	Dès mon enfance, j'étais reconnu comme joyeux et riant facilement.
Des personnes sont-elles rattachées à cette histoire et comment y sont-elles contribuées ?	C'est ma grand-mère qui me gardait souvent quand j'étais enfant, elle me disait de prendre la vie du bon côté.
Pourriez-vous m'en dire plus sur elle et sur la relation que vous entretenez et du lien qui vous unit ?	Ma grand-mère était une personne importante dans mon enfance, elle avait une maison à Noirmoutier et j'y passais toutes mes vacances scolaires.
Diriez-vous que cette histoire sur « la bonne humeur » correspond à l'image que vous vous faites de vous-même ?	Oui en quelque sorte.
Si la bonne humeur a évolué dans le temps, comment avez-vous contribué à la faire évoluer dans le temps ?	J'ai beaucoup souffert et souffre encore mais je garde toujours de l'espoir et me dit que l'essentiel est de prendre un jour après l'autre.

Références

1. Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D, Assal J-P. Les maladies chroniques: vers la troisième médecine. Paris : Odile Jacob; 2017.
2. Golay A, Giordan A. Guide d'éducation thérapeutique du patient : l'école de Genève. Paris : Maloine; 2016.
3. Sandrin-Berthon B, Zimmermann C. Éducation thérapeutique du patient : de quoi s'agit-il ? ADSP 2009; 66:10-15.
4. Vanistendael S. Vers la mise en œuvre de la résilience La casita, un outil simple pour un défi complexe. Paris : Les cahiers du BIC; 2018.
5. James W. Précis de psychologie. Paris : Empêcheurs de penser en rond; 2003.
6. White M, Epston D. Les moyens narratifs au service de la thérapie. Bruxelles : SATAS; 2003.
7. Charon R. Reading, writing, and doctoring: literature and medicine. Am J Med Sci 2000; 319:285-291.
8. Strand PS. Toward a developmentally informed narrative therapy. Fam Process 1997; 36:325-339.
9. Sluzki CE. Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. Fam Process 1992; 31:217-230.
10. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique [En ligne]. Paris: Haute Autorité de Santé; 2014. [cité le 24 avril 2020]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique.
11. Golay A, Giordan A, Lagger G. Comment motiver le patient à changer ? Paris : Maloine; 2016.
12. White M, White M. Cartes des pratiques narratives. Bruxelles : SATAS; 2009.
13. Fortin F, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. Montréal : Chenelière Education; 2016.
14. Baillargeon P, Pinsof W-M, Leduc A. Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. Eur Rev Appl Psychol 2005; 55:137-143.
15. Lagger G, Chambouleyron M, Lasserre Moutet A, Golay A. Questions d'éthique soulevées par la pratique de l'ETP. Educ Ther Patient / Ther Educ Patient 2013; 5:409-414.
16. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? BMJ 1999; 318:48-50.
17. Denborough D, Blanc-Sahnoun P. L'approche narrative collective quelles réponses apporter aux individus, groupes et communautés qui ont vécu un trauma ? Paris : Hermann; 2011.

18. Giordan A. 30 ans sans médicaments : ou comment devenir son propre coach santé ? Paris : JC; 2017.

Annexe A Exemples d'arbre de vie des patients réalisé au cours de cet atelier



