

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES  
C.H.U. de BORDEAUX**

*eStime de soi  
prOjet de vie  
caPacités  
Harmonie  
Relaxation  
cOnfiance en soi  
visuaLisation positive  
autOnomie  
énerGie  
respIration  
Equilibre*

**VS**



**Sophrologie et prévention  
de l'anxiété préopératoire**

**MARTEAU Rozenn  
Promotion 2010 – 2012**



## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier Mesdames Chauvet L. et Bordenave C., cadres infirmiers anesthésistes, pour leur suivi dans l'élaboration de ce Travail d'Intérêt Professionnel.

Je remercie également Isabelle Sokombé, infirmière anesthésiste et sophrologue, qui a apporté son avis d'expert dans le domaine que j'ai choisi de traiter.

Enfin, je remercie l'ensemble des personnes qui m'ont aidé dans mes recherches et dans la relecture assidue de ce travail.



## RESUME

L'anxiété préopératoire est une notion avérée, quasi permanente et plus ou moins tolérable pour chaque futur opéré. Elle doit donc être, pour l'Infirmier(ère) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat (I.A.D.E.) une préoccupation constante. Ses manifestations sont multiples et variables d'un patient à un autre, tant sur le plan psychologique que physique. Quant à ces étiologies, elles sont toutes aussi nombreuses, individuelles et inhérentes au passage au bloc opératoire. Et, en plus de la pénibilité qu'elle engendre, elle a un impact non négligeable sur la prise en charge anesthésique et la récupération postopératoire du patient. C'est notamment pour toutes ces raisons, qu'elle doit être prise en charge de manière constante et généralisée à tous les patients. Les moyens de pallier cette anxiété sont multiples, et à la disposition des soignants, notamment les techniques à médiation corporelle. En voie d'essor dans les soins infirmiers, elles ont un but thérapeutique, outre la recherche du bien-être. La sophrologie fait partie intégrante de ces méthodes. Son efficacité dépend directement de l'adhésion du patient et de la formation du professionnel. Malgré des initiatives encore peu développées, car le plus souvent dépendantes d'un projet de service ou d'établissement, ces effets bénéfiques en anesthésie ont été démontrés. Dans le cadre de cette démarche qualité, l'I.A.D.E., de part ces compétences propres, peut s'avérer un(e) acteur(trice) privilégié(e) pour la mise en œuvre de cette technique : une prévention originale de l'anxiété préopératoire, où la relation soignant/soigné est replacée au cœur de son exercice, et où le patient est acteur de son soin.



# SOMMAIRE

<b>I – INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>II – EXPOSE DU SUJET .....</b>	<b>2</b>
<b>II – 1 – CHOIX DU SUJET .....</b>	<b>2</b>
<b>II – 2 – EXPOSE DU THEME .....</b>	<b>3</b>
<b>III – RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....</b>	<b>6</b>
<b>III – 1 – LA SOPHROLOGIE.....</b>	<b>6</b>
III – 1 – A – ORIGINE ET HISTOIRE.....	6
III – 1 – B – DEFINITIONS, PRINCIPES ET OBJECTIFS .....	7
III – 1 – C – PRE-REQUIS A LA RELATION SOPHROLOGUE / SOPHRONISANT .....	8
III – 1 – D – INDICATIONS ET BENEFICES EN ANESTHESIE.....	9
III – 1 – E – DEROULE D’UNE SEANCE ET PROTOCOLES D’APPLICATION EN ANESTHESIE .	10
III – 1 – F – CONTRE-INDICATIONS ET LIMITES.....	11
III – 1 – G – FORMATIONS DU SOPHROLOGUE .....	12
<b>III – 2 – L’ANXIETE PREOPERATOIRE.....</b>	<b>12</b>
III – 2 – A – DEFINITIONS.....	12
III – 2 – B – PRINCIPAUX FACTEURS FAVORISANTS .....	14
III – 2 – C – MANIFESTATIONS CLINIQUES .....	16
III – 2 – D – REPERCUSSIONS PERI-OPERATOIRES .....	17
III – 2 – E – MOYENS D’EVALUATION.....	18
III – 2 – F – MOYENS DE LUTTE .....	18
<b>III – 3 – COMPETENCES DE L’I.A.D.E. DANS LA GESTION DE L’ANXIETE PREOPERATOIRE ..</b>	<b>21</b>
III – 3 – A – CADRE REGLEMENTAIRE.....	21
III – 3 – B – FORMATION INITIALE .....	23
III – 3 – C – FORMATION CONTINUE.....	24

<b><u>IV – ANALYSE ET POSITIONNEMENT PROFESSIONNEL.....</u></b>	<b><u>25</u></b>
IV – 1 – SOPHROLOGIE ET ANXIETE EN ANESTHESIE : ANALYSE COMPAREE DES DONNEES THEORIQUES.....	25
IV – 2 – POSITIONNEMENT ET PROPOSITIONS PROFESSIONNELLES .....	30
<b><u>V – CONCLUSION .....</u></b>	<b><u>35</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE .....</u></b>	
<b><u>LISTE DES SIGLES .....</u></b>	
<b><u>ANNEXE I – LES DIFFERENTES SOURCES DE LA SOPHROLOGIE .....</u></b>	<b><u>I</u></b>
<b><u>ANNEXE II – ETATS DE CONSCIENCE ET SANTE .....</u></b>	<b><u>II</u></b>
<b><u>ANNEXE III – DEMARCHE DE PROJET DE RECHERCHE DU G.E.S.....</u></b>	<b><u>III</u></b>
<b><u>ANNEXE IV – SYNERGIE/ANTAGONISME POUR LA DYNAMIQUE DE PROJET .....</u></b>	<b><u>IV</u></b>



## I – INTRODUCTION

Si les différentes méthodes de relaxation sont connues depuis longtemps, elles sont depuis peu proposées en médecine, car enfin reconnues comme des approches complémentaires accessibles et efficaces. Mais à l'heure des indicateurs de performances, de tarification des actes, d'augmentation du coût de la médecine, quelle est la place de ces médecines dites alternatives ou douces ? La prévention en matière de santé, qui autrefois était négligée, tend à se développer. Ainsi, par exemple, certaines mutuelles prennent en charge annuellement 10 séances de sophrologie.

Depuis quelques années, cette méthode séduit un nombre croissant de professionnels de la santé, l'intégrant comme un outil de soins complémentaire à leurs pratiques thérapeutiques habituelles. Actuellement en formation pour devenir sophrologue, j'ai souhaité approfondir mes recherches sur le sujet, afin de mieux appréhender les possibilités d'utilisation dans l'exercice professionnel de l'I.A.D.E., notamment pour la prévention de l'anxiété préopératoire du patient, à laquelle j'ai souvent été confrontée lors de mes stages.

Dans un premier temps, je vais exposer le cheminement qui a permis de construire ma problématique, notamment avec la retranscription d'une situation vécue en stage.

Dans un second temps, je vais rapporter des données recueillies lors de mes recherches documentaires, afin d'éclairer la notion de sophrologie, le concept d'anxiété notamment dans le contexte préopératoire, et enfin le rôle de l'I.A.D.E. dans chacun de ces domaines.

Dans un dernier temps, je vais confronter la situation vécue aux données théoriques, ainsi que procéder à une analyse comparée de mes recherches, afin de parfaire mon positionnement professionnel en tant que future I.A.D.E.

## **II – EXPOSE DU SUJET**

### **II – 1 – Choix du sujet**

L'état psychologique du patient hospitalisé a toujours été pour moi une préoccupation essentielle dans l'exercice de ma profession d'Infirmière Diplômée d'Etat (I.D.E.), tant dans les services techniques où j'ai pu travailler, que dans le secteur privé où souvent la rentabilité impose un rythme qui laisse peu de place à cette prise en charge. D'ailleurs, je pense que le choix de devenir I.D.E. ne se fait pas au hasard, et exige des qualités humaines indispensables à la prise en charge globale du patient, celles-là même inhérentes aux racines de la profession. C'est pourquoi, j'aspire à exercer la profession d'I.A.D.E. en privilégiant la technicité sans omettre la dimension relationnelle du soin, dans ce milieu de travail où pourtant la technique y règne majoritairement.

Avant mes études d'I.A.D.E., mes notions sur l'anxiété préopératoire me permettaient simplement de constater, notamment en Salles de Surveillances Post-Interventionnelles (S.S.P.I), une corrélation avec la qualité d'endormissement et de réveil, et l'état psychologique antérieur du patient. A ce jour, je possède une connaissance plus affinée sur ce sujet, et sur l'importance de la prise en charge de l'anxiété du futur opéré, et le rôle reconnu que joue l'I.A.D.E.

Lors d'un de mes stages de première année d'études d'I.A.D.E., j'ai pu assister à une chirurgie mammaire sous hypno-sédation, orchestrée par un Médecin Anesthésiste Réanimateur (M.A.R.) formé à cette technique. J'ai été satisfaite de constater l'efficacité de ce type de prise en charge sur l'anxiété et l'acceptation des soins par le patient, ainsi que l'opportunité d'effectuer certaines chirurgies sans recourir à une anesthésie exclusivement conventionnelle, mais en la potentialisant par une approche complémentaire. Il me semble intéressant de pouvoir recourir aux propres ressources du patient et d'en faire un acteur à part entière de son soin : il ne subit plus autant, il participe. Cette expérience m'a conforté et encouragé dans l'intérêt d'une approche sophrologique en anesthésie, méthode apparentée à l'hypnose et au yoga, mais où elle y semble moins développée. Actuellement en formation de sophrologie, j'ai donc souhaité orienter mon travail de recherche vers ce sujet, afin de mieux appréhender les possibilités d'exercice, et les répercussions potentielles dans ma future profession d'I.A.D.E.

## II – 2 – Exposé du thème

Lors de mes différents stages d'étudiante I.A.D.E., j'ai pu m'imprégner de l'ambiance anxiogène qui règne autour du passage au bloc-opératoire du futur opéré, notamment jusqu'au moment ultime de la perte de conscience (narcose) induite par l'Anesthésie Générale (A.G.). J'ai perçu cette anxiété de part l'environnement spécifique (milieu fermé, inconnu, froid, parfois austère, lumière naturelle absente, alternance entre bruits, agitation et silence, brancard inconfortable, visages masqués des soignants), les soins (répétition des questions sécuritaires, enchaînement rapide -installation sur la table, monitoring, pose de la perfusion, pré-oxygénation au masque-), et la peur de l'anesthésie et chirurgie (en lien avec l'histoire de la maladie). Ainsi, le bloc opératoire est à la fois ce lieu par lequel le patient passe pour pallier un problème de santé, et cet endroit terriblement angoissant où il ne maîtrise rien. Et, malgré son atténuation par une prémédication anxiolytique régulière, il me semble que souvent l'anxiété persiste chez le patient.

Pour contrecarrer cet état de fait et en lien avec mon sujet, je souhaite présenter une situation de stage où j'ai expérimenté la respiration abdominale, un des fondements de la pratique sophrologique. Elle s'est déroulée avant l'induction d'une A.G, pour ablation de matériel d'ostéosynthèse. La patiente, M<sup>lle</sup> Y., a verbalisé dès l'accueil son anxiété. Elle nous a expliqué aisément sa peur d'avoir mal, comme après la première intervention, alors qu'aujourd'hui le matériel orthopédique n'occasionnait plus aucune gêne. Ainsi, au fur et à mesure de l'installation, elle a présenté une agitation croissante, sa mémoire conditionnant le fait qu'anesthésie + chirurgie = douleur. Pour mettre à profit le temps d'attente avant l'arrivée du M.A.R. et du chirurgien, je lui ai alors proposé une « relaxation » pour l'aider à gérer son anxiété. J'ai orienté M<sup>lle</sup> Y. sur des principes simples de sophrologie, la respiration abdominale et la détente du corps entier, avec fermeture des yeux (centration sur elle-même avec coupure des messages visuels), tout en assurant la pré-oxygénation. Des effets positifs se sont faits ressentir rapidement, et M<sup>lle</sup> Y., ancrée dans la relaxation, a retrouvé son calme, ses fréquences cardiaque et respiratoire se sont régularisées à la baisse ; et tout autour de nous, j'ai été agréablement étonnée du silence respecté par les personnes présentes en salle (I.A.D.E. et Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat -I.B.O.D.E.-). Puis, le M.A.R. est arrivé, mais n'ayant pas été informé de la situation, il s'est adressé à M<sup>lle</sup> Y. en lui disant « *On va y aller, je vais vous endormir [...], gonflez bien la poitrine [...]* », et a bougé son bras pour accéder à la perfusion, occasionnant une interruption dans la relaxation. M<sup>lle</sup> Y. a, dès lors, retrouvé son état d'agitation antérieur, jusqu'à la narcose provoquée par l'A.G. Le protocole d'induction a

associé un morphinique, un hypnotique, et un anxiolytique benzodiazépinique post-intubation, légitimé pour ses propriétés d'amnésie antérograde, en rapport avec l'agitation. La narcose a été entretenue avec un agent halogéné en faible concentration (concentration minimale alvéolaire entre 0.7 et 0.8%), et aucune réinjection de morphinique n'a été nécessaire, même à l'incision, pour cette chirurgie d'environ une heure. Contre toute attente (anxiété préopératoire, agitation, jeune âge, anesthésie en après-midi et chirurgie en elle-même), M<sup>lle</sup> Y. n'a donc eu besoin que de faibles doses d'agents anesthésiques pour supporter l'intervention. En S.S.P.I., je suis retournée voir M<sup>lle</sup> Y. qui m'a réclamé pour me remercier. Elle m'a confié avoir eu l'impression d'entendre ma voix tout au long de l'intervention, ce qui l'a beaucoup aidé. Jusqu'à son retour en service de soins, M<sup>lle</sup> Y. a été très calme, enjouée, et non douloureuse. Avec le recul, je pense que l'administration concomitante d'un anxiolytique a permis à M<sup>lle</sup> Y. d'oublier la dernière phase d'agitation, lui permettant de rester ancrée dans l'état précédent de bien-être.

Malgré le fait que cette expérience de soins n'a aucune valeur scientifique, en tant que professionnelle, le bénéfice ressenti par la patiente me satisfait entièrement. En effet, j'associe la phase préopératoire à une alliance optimale entre confort physique et psychique du patient, et besoin sécuritaire où la vigilance est maximale pour pallier toute probabilité de complications. L'objectif étant de faire bénéficier au patient de la meilleure qualité d'endormissement possible. La formation nous permet d'acquérir ces automatismes de sécurité, mais je crois que c'est à chacun de nous, en tant que futurs professionnels, de nous détacher de ce rôle exclusif, pour mieux accueillir le patient et prendre en charge son anxiété. J'ai pu observer plusieurs manières de recevoir et d'endormir les patients, les aspects négatifs de certaines prises en charge (bruits divers, conversations d'ordre privé, banalisation et rapidité des actes), et ceux positifs (ambiance silencieuse, musique de détente ou choisie par le patient, accroche relationnelle, information, technique d'hypnose), ainsi que leurs conséquences. Ce sont la disparité et l'ambivalence de ces situations qui ont conduit le cheminement de ma réflexion.

Alors, comment chaque I.A.D.E. évalue-t-il l'anxiété préopératoire, et dans quelle mesure la prend-il en charge ? Quelles en sont les conséquences péri-opératoires ? Et, existe-il des alternatives de lutte, outre l'utilisation répandue de la prémédication anxiolytique ?

J'ai connaissance que les alternatives développées par les soignants pour gérer ce type d'expérience sont nombreuses. En effet, les soins infirmiers s'ouvrent vers de nouveaux horizons, avec une multitude de pratiques désormais abordables par la formation, et visant toutes à améliorer la qualité des soins prodigués. L'information – médiation – accompagnement (vidéo du parcours chirurgical), la musicothérapie, la réflexologie

plantaire, le shiatsu, le toucher-massage, la relaxation thérapeutique et la sophrologie, l'hypnose... les méthodes évoluent, et la conception du soin par les soignants aussi.

Parmi ces techniques, je perçois la sophrologie comme une manière différente d'appréhender le soin. A ce jour, je désire que ma formation de sophrologue me permette d'instaurer un climat serein autour du patient, d'acquérir une approche complémentaire pour faire face à son anxiété, mais aussi d'aider pour réagir efficacement contre les potentielles situations de stress en anesthésie. Par l'intermédiaire de ce travail, je souhaite donc découvrir les répercussions de la sophrologie en anesthésie, et les techniques existantes pratiquées. Mais, dans quels mesures et contextes est-elle applicable dans ma future profession d'I.A.D.E. ? Pourquoi reste-t-elle moins développée que l'hypnose ? Quels types de difficultés sont éventuellement rencontrés et quelles réactions peut-elle susciter ?

Ainsi, l'ensemble de la réflexion que je viens d'exposer m'amène à cette problématique :

**« En quoi une approche sophrologique par l'I.A.D.E. peut-être une plus-value dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire du patient » ?**

Pour répondre au mieux à ce questionnement, je vais poursuivre mon travail de recherche par une approche théorique des termes essentiels de cette problématique. Pour cela, je vais aborder la sophrologie dans son contexte général et spécifique à l'anesthésie, la notion d'anxiété préopératoire, et le rôle possible de l'I.A.D.E. dans cette entité, afin d'optimiser la prise en charge du patient.

## III – RECHERCHE DOCUMENTAIRE

### III – 1 – La Sophrologie

#### III – 1 – a – Origine et Histoire

En 1960, le Pr. Alfonso Caycedo, neuropsychiatre colombien exerçant en Espagne, présente au monde médical le fruit de plusieurs années de recherches et d'investigations cliniques sous la forme d'une méthode globale. Celle-ci comprend la relaxation dynamique (12 degrés), ainsi qu'un certain nombre de techniques à but thérapeutique et d'éveil de la conscience. Il la crée en puisant à travers différents courants occidentaux (philosophie, phénoménologie, psychologie, relaxation, hypnose, neurosciences...) et orientaux (yoga, bouddhisme, zazen... découverts lors de séjours en Asie), comme explicité par le schéma représentatif et non exhaustif en annexe I. Ces travaux sont regroupés sous le nom générique de sophrologie, caractérisé par sa riche diversité (P. Thibault-Wanquet, octobre 2010).

L'origine du terme remonte à la Grèce antique et au philosophe Platon. Etymologiquement, il signifie : SOS « *paix, harmonie, sérénité* », PHREN « *esprit, conscience, cerveau / diaphragme* », LOGOS « *science, étude, parole* », ce qui en donne toute son amplitude : la sophrologie est la science qui étudie le développement harmonieux de la conscience humaine (J-Y. Peccolo, 2003).

Son champ d'application est tout d'abord médical, A. Caycedo considérant sa méthode comme un moyen d'améliorer la pratique de sa propre profession, puis des soins en général. Elle fait donc son apparition en milieu hospitalier au début des années 70, par le biais des dentistes puis des maternités. Ensuite, elle s'ouvre au monde paramédical, puis pédagogique et social. En 1988, la Fondation Caycedo dépose un brevet mondial de sa technique pour endiguer la banalisation que subit la sophrologie, portant préjudice à son développement en tant qu'outil thérapeutique (Dr. P-A. Chéné, 2003).

En France, les premières écoles de sophrologie caycédienne, officiellement déléguées par A. Caycedo, sont créées en 1993. Le Syndicat National des Sophrologues est fondé en 1995, sous l'impulsion d'un groupe désireux de suivre l'évolution de la méthode en cohérence avec le travail de son créateur, tout en promouvant la reconnaissance du métier de sophrologue. En 2000, la Coordination des Ecoles Professionnelles en Sophrologie voit le jour, orchestrée par un collectif d'écoles considérant une dérive mercantile et sectaire du fondateur. Il décide alors de conserver l'outil, sans introduire le nom de Caycedo dans la pratique de la séance (détente Isocay par exemple), ainsi que de structurer et

d'harmoniser le cursus de formation. En suivant, ce collectif crée le Syndicat des Sophrologues Professionnels (S.S.P.), pour répondre aux exigences ministérielles. (P. Gautier, 2011).

### III – 1 – b – Définitions, principes et objectifs

La sophrologie est une méthode psychocorporelle, c'est-à-dire « *une approche qui, partant du corps ou se servant du corps comme médiateur, a une action sur le psychisme* »<sup>1</sup>. L'ensemble de ces méthodes s'appuie sur la capacité naturelle à être en état hypnotique. Mais, à la différence de l'hypnose, la dépendance hypnotique (pouvoir de suggestion de « *l'hypnologue* ») est substituée par l'autonomie du sophronisant (Dr. P-A. Chéné, 2003).

Pour A. Caycedo, la sophrologie est une « *école scientifique qui étudie la conscience humaine, ses modifications et les moyens physiques, chimiques ou psychiques, pouvant la modifier dans un but thérapeutique, prophylactique ou pédagogique* »<sup>2</sup>. L'Ecole française précise que la conscience s'étudie « *dans les modifications des états de conscience et des niveaux de vigilance, et des moyens de produire ces modifications* »<sup>3</sup>.

La notion de conscience est fondamentale, elle renvoie à « *la force d'intégration de tous les phénomènes de l'existence* »<sup>4</sup> (physiques, psychiques, spirituels). Ainsi, A. Caycedo dessine l'éventail de la conscience tel que représenté en annexe II (figure 1). Celui-ci met en évidence 3 états de conscience : pathologique (altérations psychiques), ordinaire (normal) et sophronique (méditation), alliés à plusieurs niveaux de vigilance. Ces derniers corroborent au tracé électro-encéphalographique : hyper-vigilance, veille attentive puis flottante (yeux ouverts), niveau sophroliminal (état hypnotique yeux fermés), sommeil (léger à profond), (narcose), coma et mort. Le niveau sophroliminal correspond à la conscience sophronique. Au fil des répétitions, le sophronisant se rapproche puis atteint cette conscience caractérisée par un rythme cérébral alpha, apportant des « *explications physiologiques aux effets cliniques observés* »<sup>5</sup>. Décrit comme une nouvelle qualité de présence, il permet « *un éveil de la conscience* »<sup>6</sup>. Ceci afin de « *rentrer en contact avec des capacités cérébrales peu utilisées, qui servent à réguler les fonctions profondes du corps* »<sup>7</sup>, telles que l'intégration du schéma corporel (représentation mentale de son propre corps vivant), l'équilibre, la restructuration, l'apaisement, la récupération (meilleure que par le sommeil), l'amélioration des perceptions, la stimulation de l'imagination, le

<sup>1</sup> Pascale Thibault-Wanquet, Approches non médicamenteuses et psychocorporelles de lutte contre la douleur induite par les soins, p. 48.

<sup>2</sup> Martine Gay, La sophrologie, p.34.

<sup>3</sup> Martine Gay, ibide, p. 33.

<sup>4</sup> Docteur Raymond Abrezol, Vaincre par la Sophrologie, p. 15 et 18.

<sup>5</sup> Pascale Wanquet, L'essor des approches psycho-corporelles, p. 54

<sup>6</sup> Marie-Madeleine Lucas et Natacha Languenan, L'Hypnose et la Sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire ?, p. 1.

<sup>7</sup> Sophie Arnault, Sébastien Ripoche, Maryse Barreau-Aguilera, Infirmière anesthésiste clinicienne, expérience et situations professionnelles dans le contexte d'un bloc opératoire, p. 11.

développement de l'expectative et des motivations, la favorisation de la concentration, le renforcement de la mémoire... Au total, 31 capacités de la conscience sont décrites.

La sophrologie mobilise donc de façon positive les capacités et ressources individuelles (somatisation du positif) pour renforcer les structures saines (M-M. Lucas et N. Languenan, 2009). Et, elle développe la « *conscience intérieure* »<sup>8</sup> pour rétablir l'harmonie de l'entité esprit – mental – corps, vers un bien-être durable, car elle considère à l'inverse de la médecine traditionnelle, que le corps et le psychisme sont indivisibles : la détente du corps est indispensable pour aller vers celle de l'esprit, tout comme le bien-être du corps se fait par l'esprit (J-Y. Peccolo, 2003 ; G. Charlot, novembre 2009).

Par cet état de concentration intérieure, une proposition thérapeutique est alors possible, du fait qu'à ce stade de vigilance, la conscience est plus ouverte et disponible. Le but étant d'apporter une aide dans le quotidien ou lors de difficultés, comme illustré en annexe II (figure 2). Les résultats permettent le développement personnel (prise de conscience de soi, de la relation à soi, estime et maîtrise de soi...), l'amélioration des capacités d'adaptation à l'environnement (M. Gay, 2008), et la participation plus active et donc la meilleure gestion des situations vécues (S. Vagnarelli, novembre 2001), notamment anxiogènes (I. Guardiola, octobre 2006). En plus de ces outils spécifiques, la sophrologie renforce la physiologie par l'état de relâchement, le lâcher prise, la respiration dirigée (« *pilier de la détente* »<sup>9</sup>), l'imagerie mentale, la pensée positive... (P. Thibault-Wanquet, octobre 2010).

### III – 1 – c – Pré-requis à la relation sophrologue / sophronisant

Dans un cadre thérapeutique, la sophrologie consiste à établir une relation privilégiée avec le patient pour qu'il puisse atteindre l'état particulier de conscience modifiée volontairement. Un premier entretien approfondi est essentiel afin de présenter la méthode, qui doit être acceptée par le sophronisant (Dr. P-A. Chéné, 2011), et s'adapter au mieux à son état et aux soins (P. Thibault-Wanquet, octobre 2010). Il permet également de procéder à l'anamnèse pour connaître l'histoire, les besoins, attentes et appréhensions (G. Charlot, novembre 2009), pour définir l'orientation et la finalité recherchées (M. Gay, 2008), ainsi que pour tester la réceptivité à la méthode, et les capacités d'autonomie dans la mise en œuvre de la technique (P. Thibault-Wanquet, octobre 2010).

Ainsi se tisse « *l'alliance sophronique thérapeutique* », indispensable à la pratique. Elle correspond à une rencontre d'égale valeur, où le sophrologue est un animateur qui guide le sophronisant, pour qu'il travaille en toute autonomie (distinction de l'hypnose thérapeutique). En effet, l' « *outil sophrologie* » s'inscrit dans une conception de soin humaniste où la

---

<sup>8</sup> Martine Gay, op.cit., p.38.

<sup>9</sup> Gisèle Charlot, La Sophrologie, p. 10.



personne soignée est considérée comme partenaire : « *De l'être dépendant et passif, il devient responsable et acteur* »<sup>10</sup>. (Dr. P-A Chéné, 2003 et 2011).

### III – 1 – d – Indications et bénéfices en Anesthésie

Selon le Dr. P-A. Chéné, la sophrologie caycédienne est applicable dans la plupart des spécialités médicales et infirmières, tant au niveau thérapeutique que préventif.

En anesthésie, la sophrologie présente pour lui un « *intérêt fondamental* », et il décline 3 grands champs d'exercice. Elle est applicable « *en complément à l'A.G.* », « *en support à l'anesthésie locale ou locorégionale* », ou encore par le biais de la « *sophro-analgésie* » pour les interventions mineures. Leur point commun est celui de la préparation du patient, notamment en abordant l'angoisse, ainsi que les craintes et appréhensions liées à l'anesthésie et à l'acte chirurgical. La base est l'enseignement de « *méthodes propres à endiguer l'anxiété* »<sup>11</sup>. La sophrologie aide et complète donc très efficacement l'utilisation des moyens médicamenteux, pour permettre au patient de faire face à l'anxiété générée par les soins. Elle ne se substitue pas à la Médecine.

D'après des études basées sur l'observation de résultats de pratiques cliniques, le Dr. P-A Chéné a synthétisé les effets constatés en anesthésie. Ainsi, la sophrologie permet au patient d'être plus calme pendant toute la période péri-opératoire, et ce quel que soit l'intervention. Par le biais de la responsabilisation, elle permet une meilleure collaboration et évite les phénomènes de régression. Une diminution des besoins en agents anesthésiques est aussi obtenue, avec une tolérance pharmacologique améliorée, particulièrement en postopératoire. Enfin, le patient bénéficie d'un meilleur repos, d'une récupération chirurgicale optimisée et de suites opératoires moins douloureuses, ainsi qu'une meilleure immunité. Par conséquent, la sophrologie dans la pratique anesthésique diminue la fréquence des complications péri-opératoires, et améliore les suites en durée de séjour et qualité de récupération. (Dr. P-A. Chéné, 2003).

Après 50 ans d'expérience, le Groupe d'Epistémologie de la Sophrologie (G.E.S.) a été créé en 2010, pour tenter de faire reconnaître la valeur scientifique de la sophrologie, telle une science humaine à part entière. Son régime indépendant lui confère son entière légitimité. Il œuvre en collaboration avec les diverses structures officielles de sophrologie françaises et européennes, afin de procéder à des travaux de recherche. Plusieurs études sont en cours, avec un cadrage scientifique (médical, paramédical et universitaire) comme explicité en annexe III (démarche de projet). L'objectif étant de valider les effets de la méthode, par des publications scientifiques, afin de proposer des protocoles et des outils (dès 2012), destinés aux sophrologues pour l'exercice de leur métier. A la suite de

---

<sup>10</sup> Docteur Patrick-André Chéné, Médecine et sophrologie, p. 568.

<sup>11</sup> Docteur Raymond Abrezol, op.cit., p. 69.

ces travaux, l'édition d'un guide est projetée pour 2014 (« *Sophrologie, lexique des concepts, techniques et champs d'application* »), ainsi qu'une revue spécialisée. (G.E.S., 2010).

### III – 1 – e – Déroulé d'une séance et protocoles d'application en anesthésie

La sophrologie se pratique sur le court terme ou pour un travail plus construit, en séance individuelle ou collective, et en position debout ou assise (relaxation dynamique liée à la posture). Toute séance est précédée d'un entretien. Puis, il est proposé de fermer les yeux et de débiter une sophronisation de base qui, sous l'impulsion du « *terpnos logos* »<sup>12</sup> (méthode verbale basée sur la persuasion, le ton harmonieux et le tempo régulier sans inflexion prononcée), d'un vocabulaire et d'actions physiques ou mentales spécifiques (en particulier la respiration), induit une fixation de l'attention pour permettre l'approfondissement de la conscience jusqu'à l'état sophronique. Cette sophronisation permet de « *découvrir son corps sans tension musculaire, d'être à l'écoute des sensations corporelles* »<sup>13</sup>. Ensuite, une action intra-sophronique est suggérée pour répondre à l'objectif fixé : tension/relâchement, visualisation, association d'idées, évocation de souvenirs subjectifs positifs... (G. Charlot, novembre 2009). Dans la pratique de l'anesthésie, les techniques de respiration, relaxation, et projection positive s'appliquent parfaitement.

Pour la préparation à une intervention chirurgicale, la sophro-acceptation progressive est la plus indiquée, tant pour le pré que le postopératoire. Elle consiste à faire visualiser les moments qui précèdent et/ou qui succèdent la chirurgie. L'objectif est de lever la peur de l'inconnu, pour faire vivre le plus positivement l'intervention, mais aussi la récupération.

Lors d'une A.G., 2 protocoles peuvent être mis en place. Une sophronisation simple qui permet d'instaurer un état de confiance et de détente propice. Il peut alors être intéressant de suggérer le départ pour un voyage agréable, dont l'ambiance est convenue, et qui sert de support aux différentes phases de l'induction. Ou encore, des techniques de suggestion, qui à chaque phase de l'anesthésie, dynamise et donne une connotation bénéfique pour la santé. La suggestion en particulier de la bonne efficacité et tolérance des produits employés est importante, sans occulter les effets secondaires possibles, mais en les relativisant.

Dans le cadre de la sophro-analgésie, la méthode la plus efficace repose sur la sophro-substitution sensorielle, qui consiste à remplacer une sensation désagréable par une autre, plus agréable (engourdissement et insensibilité sous l'action d'une agréable sensation de froid par exemple). Il est également possible d'utiliser le signe-signal (état de détente profonde et rapide le jour de l'intervention, par le choix préalable d'un geste induisant

---

<sup>12</sup> Docteur Patrick-André Chéné, Initiation à la sophrologie, p. 47.

<sup>13</sup> Dominique Ducloux, La sophrologie : une alliée contre l'anxiété, p. 48.

automatiquement la détente), ou encore une des nombreuses techniques sophrologiques anti-stress. (Dr. P-A. Chéné, 2011).

La désophronisation, ou retour à la conscience ordinaire, se réalise après la préparation mentale de sortie du stade sophroliminal, puis celle de la partie physique. Enfin, un échange avec le thérapeute permet de partager le vécu de la séance, fait spécifique à la sophrologie, permettant la mémorisation du changement par la verbalisation.

La sophrologie demande un entraînement, car seule la répétition conditionne des réflexes de détente et de respiration. De plus, comme toute thérapeutique, elle gagne en efficacité au fur et à mesure de la préparation. Plusieurs séances sont donc nécessaires pour atteindre l'objectif fixé. Par contre, après apprentissage, le patient peut utiliser seul cette technique, ce qui favorise le sentiment de maîtrise. (S. Vagnarelli, novembre 2001). Et, cette initiation préopératoire (comme la sophronisation simple) peut alors être utilisée en toute autonomie au bloc opératoire (M-M. Lucas et N. Languenan, 2009).

### **III – 1 – f – Contre-indications et limites**

D'après les écrits de l'ensemble des auteurs précédemment cités, il en ressort des contre-indications et limites à 6 niveaux.

Le patient : refus (besoin de tout maîtriser, manque de confiance en la méthode), faible degré de réceptivité, barrière de langage, surdité, troubles cognitifs et pathologies psychiatriques.

Le thérapeute : non maîtrise de la technique, formation longue d'initiative individuelle.

Les soins : soins longs ou douloureux, chirurgies avec risque brutal de décompensation des fonctions vitales, et manœuvres de réanimation urgentes, modification des habitudes de travail et de la gestion du temps (en lien avec les impératifs d'exercice).

La pratique sophrologique : méthode parfois trop complexe dans ses conceptions et techniques, faible adaptation à la ponctualité de l'anesthésie, protocoles chronophages et spécifiques à chaque patient avec nécessité de développer intuition et créativité chez le thérapeute (notion d'investissement).

L'environnement : lieu froid, bruyant et affluence de personnel (contraintes de calme et de concentration), résistances de l'équipe (nécessité d'une implication et coopération de l'ensemble des acteurs -schéma explicatif de la création d'une dynamique en annexe IV-).

L'institution : difficultés d'adaptation à la restructuration hospitalière, rentabilité des actes et surcharge de travail, contraintes d'organisation et de projet de service.

### III – 1 – g – Formations du sophrologue

La Sophrologie est à ce jour une profession qui permet un exercice légal quelle que soit l'école d'origine. Cependant, pour une reconnaissance institutionnelle ultérieure, il est préférable d'intégrer une des 8 écoles qui répond aux critères du S.S.P., afin de garantir un cadre déontologique, éthique et une qualité professionnelle.

La formation de sophrologue correspond au premier cycle d'apprentissage. Elle doit comporter au minimum 300 heures de cours répartis sur 24 mois, et être dispensée au sein d'une école. Ce cursus inclut l'enseignement actualisé des fondamentaux de la sophrologie : techniques de base avec les degrés successifs de progression, et modules de spécialisation. A travers ce cycle fondamental, une thérapie personnelle est incorporée, avec un minimum de 100 heures. La formation doit alterner équitablement les cours théoriques et pratiques. Et, son coût doit rester raisonnable. Au terme de la validation des études, un certificat est délivré. Le sophrologue est ensuite soumis au respect du Code de déontologie de la profession, ainsi qu'à une obligation annuelle de formation continue proposée par les écoles. S'il est un professionnel de santé, il peut intégrer la sophrologie dans son activité, utilisant l'ensemble de ses compétences vis-à-vis des patients. (S.S.P., 2011). A noter qu'il existe aussi plusieurs Diplômes Universitaires (D.U.) qui enseignent la sophrologie.

La sophrologie tient une place pertinente dans la gestion de l'angoisse, de l'anxiété et du stress. L'anxiété préopératoire est, par ailleurs, un fait établi en médecine. Il convient donc de la définir, de mieux comprendre ses impacts en anesthésie et les moyens de lutte.

### III – 2 – L'Anxiété préopératoire

#### III – 2 – a – Définitions

Inquiétude, peur, angoisse, stress ou anxiété sont autant de termes pour désigner le trouble que vit le futur opéré. Il convient donc de définir chacun d'eux, afin de comprendre ce qui les associent et/ou les distinguent. Mes recherches m'ont permis de me rendre compte que les définitions sont multiples, étroitement intriquées, et les distinctions subtiles.

L'inquiétude est, selon le dictionnaire Larousse<sup>14</sup>, « *un état affectif pénible causé par la crainte, l'appréhension, l'incertitude* ».

La peur y est défini tel « *un sentiment d'angoisse, une appréhension, une crainte, éprouvés en présence ou à la pensée d'un danger ou d'une menace, réels ou supposés, et qui pousse à fuir ou éviter cette situation* ».

---

<sup>14</sup> Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>.

L'angoisse est quant à elle « *une anxiété profonde née d'un sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique, devant une menace ou un danger imminent mais indéterminé, et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques* ». Le dictionnaire Larousse Médical<sup>15</sup> l'apparente à l'anxiété. Elle peut donc se décrire comme « *un ensemble de sensations et réactions physiques qui accompagnent l'anxiété* »<sup>16</sup>.

Le stress est un terme inventé en 1936 par le physiologiste canadien H. Selye. Il le définit comme « *une réaction de défense de l'organisme à un agent d'agression ou un traumatisme quelconque* »<sup>17</sup>, se manifestant par un « *syndrome général* », qui implique notamment l'hypothalamus, l'antéhypophyse, et les glandes corticosurrénales. Il a ainsi élaboré la théorie du « *syndrome général d'adaptation* » au stress d'après 3 stades :

- **la réaction d'alarme** répond à une situation soudaine et déclenche immédiatement des réactions physiologiques qui préparent le corps à l'action,
- **la phase de résistance** où il y a adaptation physiologique,
- **la phase d'épuisement**, quand l'agression persiste en durée et intensité, l'organisme perd ses ressources adaptatives et finit par mourir. (P. Léophonte, 2000).

L'anxiété est définie par le dictionnaire Larousse Médical comme « *un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité* », causé par « *une sensation pénible d'attente ou une peur sans objet apparent légitime, et caractérisé par un malaise psychique aigu* »<sup>18</sup>. Selon les médecins L. Chneiweiss et E. Albert, c'est aussi « *une forme d'inquiétude permanente, flottante qui ne porte sur rien de précis et sur tout à la fois : une anxiété qui ne s'accroche à rien et que tout provoque* ». Ils ajoutent qu'il s'agit « *d'un phénomène dont l'expression revêt des formes psychiques et physiques qui interagissent* »<sup>19</sup>. Plus succinctement, c'est « *un état de désarroi psychique, s'accompagnant d'un sentiment d'insécurité* » (E. Chabay et al., 2009).

En pratique, on utilise indifféremment les termes d'anxiété ou d'angoisse, sans faire de distinction en fonction du physique et du psychique, et les scientifiques lient souvent les notions d'anxiété et de stress, considérant l'anxiété comme la « *manifestation émotionnelle du stress* » (P. Léophonte, 2000).

Mais, au-delà de la sémantique, le Pr. C-D Spielberger distingue 2 types d'anxiété :

- **l'anxiété de personnalité ou trait**, caractère psychique permanent qui influence la façon dont la personne perçoit le milieu ambiant.

---

<sup>15</sup> Dictionnaire Larousse Médical. <http://www.larousse.fr/archives/medical>.

<sup>16</sup> Nadège MOREAU, L'angoisse des patients hospitalisés en chirurgie : comprendre pour soulager, p. 25.

<sup>17</sup> Paul LEOPHONTE, Effets de la préparation sur l'anxiété avant la fibroscopie bronchique, p. 53.

<sup>18</sup> Nadège MOREAU, op.cit., p. 25.

<sup>19</sup> Dominique DUCLOUX, op.cit, p.46-47.

Elle diffère donc d'une personne à l'autre, et possède des degrés et seuils fort variés, pouvant se manifester par une simple inquiétude et pouvant évoluer jusqu'à la névrose d'angoisse.

- ***l'anxiété situationnelle ou état***, caractérisée par un état passager face à un évènement précis, d'intensité variable et fluctuante dans le temps.

Il est important de noter que l'anxiété trait, lorsqu'elle est présente, augmente l'intensité des réactions de l'anxiété état (P. Léophonte, mars 2000).

Il existe 4 niveaux d'anxiété : léger (« sur le qui-vive »), modéré (attention sélective), grave (atteinte de la perception et de l'analyse, anomalies physiologiques) et l'état de panique (déformation du champ de perception, avec incapacité de comprendre la situation et réaction imprévisible à un stimulus même mineur) (E. Chabay et al., 2009). Ce degré varie selon la gravité du danger perçu et l'efficacité des efforts pour faire face à ses sentiments (N. Moreau, février 2002).

L'anxiété préopératoire est une anxiété situationnelle, car « *la chirurgie est une épreuve traumatisante, aux répercussions psychiques importantes* », qui se joue depuis le diagnostic chirurgical jusqu'à l'intervention proprement dite (N. Moreau, février 2002).

Mais, pour la psychologue D. Reppelin, c'est « *une réaction normale, une mobilisation des défenses de quelqu'un qui se prépare psychologiquement* »<sup>20</sup>. Une anxiété faible ou modérée paraît même souhaitable pour certains spécialistes, ayant un effet positif quant au déroulement de l'anesthésie, de la chirurgie et de leurs suites. Ainsi H. Selye affirme qu'« *un niveau d'anxiété modéré avant une intervention chirurgicale est le meilleur gage d'un bon rétablissement physique et émotionnel postopératoire, parce qu'il provoque chez l'individu un travail d'inquiétude constructive* » (bon stress). Cette inquiétude, à des seuils tolérables et motivants, peut donc permettre une mobilisation des forces physiques et mentales. Par exemple, l'élévation du rythme cardio-respiratoire permet une meilleure oxygénation musculaire. C'est une réaction animale en préparation à la fuite ou au combat face à un danger. Toutefois, elle peut aussi se manifester à des niveaux plus alarmants. (L. Maward, N. Azar, septembre 2004).

### III – 2 – b – Principaux facteurs favorisants

L'éventail des causes qui peuvent amener le patient vers un état d'anxiété préopératoire semble multifactoriel.

#### Les paramètres individuels

---

<sup>20</sup> Lina Maward, Nazek Azar, Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire, p. 38.

Parmi les sources d'anxiété les plus confirmées figurent « *l'entrave à la satisfaction des besoins fondamentaux* ». Elle est associée dans l'esprit du patient à ses multiples retentissements, d'ordre physique et moral (en lien avec sa personnalité, son vécu de la maladie, sa peur du diagnostic et de la perte de la « bonne santé »), socio-familial (perturbations du rôle et des relations socio-familiales, peur de la dépendance), professionnel (annonce à l'employeur, absences, peur de ne pouvoir poursuivre son activité, voire de devoir la cesser définitivement). Et, elle engendre « *une diminution voire une perte de l'estime de soi* », elle-même source d'anxiété.

La personnalité du patient, ainsi que son histoire, les expériences antérieures traumatisantes, et les possibles situations de crise qu'il vit, renforcent ce phénomène. (L. Maward, N. Azar, septembre 2004 ; D. Ducloux, novembre 2008).

L'histoire de la maladie joue aussi un rôle dans l'apparition de l'anxiété, le patient ayant déjà affronté le diagnostic, des traitements et/ou des examens dont il ne comprend pas toujours les résultats. D'ailleurs, le manque d'informations constitue un paramètre anxiogène certain. Et l'isolement engendré par l'hospitalisation, lui rappelle qu'il doit faire face à la maladie et à la chirurgie. (L. Maward, N. Azar, septembre 2004 ; N. Moreau, février 2002).

Enfin, des facteurs indépendants majorent cet état d'anxiété. Ils sont représentés par : le sexe féminin, le jeune âge, le haut niveau d'études ou un niveau socioprofessionnel bas, une couverture sociale réduite, la catégorie ASA 3, les antécédents de cancer et de tabagisme, les troubles psychiatriques et sensoriels, l'existence d'une douleur préopératoire, la chirurgie urgente. A noter le rôle de la sur-médiatisation, qui par la facilitation à un grand nombre d'informations sur les pathologies, les risques d'infections nosocomiales, et les incidents opératoires, engendre l'effet opposé de l'information. (E. Chabay et al., 2009).

#### Le passage au bloc opératoire : « processus stéréotypé et dépersonnalisant ».

Le transport préopératoire est anxiogène par la difficulté à visualiser et à communiquer, majorée par la prise d'une prémédication anxiolytique. De plus, selon C. Boileau, anthropologue, la position horizontale s'associe « à une perte de l'intimité, à des notions de dépersonnalisation, de réification et de risque de toute puissance du soignant »<sup>21</sup>, engendrant une perte de l'estime de soi, et un sentiment de ne pas être respecté. Au niveau du sas d'entrée, il faut éviter toutes stimulations néfastes et l'attente abusive. Les causes d'anxiété sont également en lien avec l'environnement et l'image particulière du bloc opératoire : univers inconnu, « sanctuaire » de haute technicité (il incarne le progrès scientifique), clos et protégé, froid, impersonnel et aseptisé, lumière agressive, bruits, inconfort d'installation, manipulations, nudité imposée. Mais, c'est aussi un lieu où la mort et la vie se côtoient, et où les rituels sont d'usage, notamment la répétition des

---

<sup>21</sup> Claire Boileau, Urgences, bloc opératoire, réanimation : des représentations aux enjeux socioculturels, p. 2.



procédures de contrôle. De plus, le patient fréquente un personnel inconnu et anonyme (port de calot, masque et parfois absence de badge qualificatif). L'anxiété peut également être induite par l'usage d'un langage spécifique, les conversations privées inadaptées, le défaut de qualité du contact soignant ou de prise de conscience de l'angoisse des patients, ainsi que le propre stress des professionnels. Par ailleurs, la S.S.P.I. n'est plus utilisée uniquement pour le postopératoire, et la promiscuité de différents types de patients est génératrice d'anxiété. Enfin, les dysfonctionnements organisationnels, sont pourvoyeurs de stress. (L. Maward, N. Azar, septembre 2004 ; E. Chabay et al., 2009).

### La chirurgie

L'acte en lui-même est anxiogène (atteinte à l'intégrité physique, facteur de gravité), et les conséquences jamais anodines (souffrance physique et morale, échec, erreur, séquelles ou complications, décès). S'ajoutent l'indication, le contexte et la symbolique de la chirurgie, ainsi que la méconnaissance du geste, la peur du résultat, et enfin la peur du non respect du choix du chirurgien. (L. Maward, N. Azar, septembre 2004 ; E. Chabay et al., 2009).

### L'anesthésie

En privant le patient de toute sensation, l'anesthésie le prive aussi de toute son autonomie. Il devient alors entièrement dépendant, s'interrogeant sur la manière dont on va disposer de son corps. Selon M. Nicolet, « être à la merci de l'autre représente un danger »<sup>22</sup>. Le patient devient passif, et cela peut entraîner une peur de perdre la maîtrise, et l'estime de soi. L'anesthésie est aussi anxiogène par la crainte de ne pas suffisamment dormir ou de ne pas se réveiller, la méconnaissance de son déroulement, les complications encourues (nausées et vomissements postopératoires, troubles cognitifs, déficits sensitivomoteurs...), le non-choix du M.A.R. (professionnalisme, expérience, présence au bloc opératoire ?). Une première anesthésie, un vécu antérieur désagréable, la présence d'un proche en salle d'induction, et le jeûne sont des facteurs aggravants, qu'il faut limiter. (N. Moreau, février 2002 ; L. Maward, N. Azar, septembre 2004 ; E. Chabay et al., 2009).

Le patient doit donc maîtriser son appréhension face à un nombre conséquent de facteurs anxiogènes, et c'est d'ailleurs la multiplication de ceux-ci qui intensifie et aggrave l'anxiété situationnelle. C'est pourquoi il est important de savoir la détecter, pour la prendre en charge le plus précocement possible.

## **III – 2 – c – Manifestations cliniques**

Les répercussions sont diverses tant en termes d'intensité que d'expression, associées ou non, et en lien avec le degré d'anxiété, la personnalité et le vécu de la situation.

---

<sup>22</sup> Martine Nicolet, L'infirmier anesthésiste, p. 105.



Les réactions physiologiques sont surtout transmises par l'activation du système nerveux autonome : le sympathique est le plus souvent affecté, mais le parasympathique est perturbé si la réaction est intense (cf. stress). Elles se traduisent par des troubles cardiovasculaires (troubles hémodynamiques, bouffées vasomotrices ou vasoconstriction périphérique), ventilatoires, neurologiques (céphalées, mydriase, hyperréflexie, paresthésies, vertiges), digestifs (sécheresse buccale, gastralgies, anorexie, nausées, vomissements, diarrhées), mictionnels, musculocutanés (tensions, agitation, tremblements, frissons, moiteur, hypersudation), immunitaire (baisse de l'immunité) et métabolique (hyperglycémie)

Les réactions psychiques sont tridimensionnelles :

- comportementales : troubles de l'expression verbale (hors-sujet, mutisme, minimisation, moquerie, déni, pleurs, sentiment d'impuissance) et du comportement (passivité, insatisfaction, critique excessive, nervosité, irritabilité, colère, agressivité, voire euphorie).
- cognitives : hypervigilance, difficultés de concentration, ruminations, blocages de la pensée, troubles mnésiques, confusion, fatigue, troubles du sommeil.
- émotionnelles : crainte, incertitude, méfiance, manque de confiance en soi, découragement, désarroi.

Tous ces signes, non exhaustifs, peuvent être utilisés en termes d'indicateurs dans le but de permettre une évaluation de l'évolution de l'anxiété. (P. Léophonte, mars 2000 ; L. Maward, N. Azar, septembre 2004 ; E. Chabay et al., 2009)

### III – 2 – d – Répercussions péri-opératoires

Elles sont directement corrélées au niveau d'intensité de l'anxiété préopératoire, et représentent un impact important sur la prise en charge anesthésique et chirurgicale.

#### Sur le plan anesthésique

Le temps d'induction est prolongé et une surconsommation d'agents anesthésiques est décrite, majorant le risque d'effets secondaires provoqués. Lors de l'endormissement et du réveil, des complications cardiovasculaires (malaise vagal, arythmies) et respiratoires (hyperréactivité des voies aériennes) sont possibles. L'anxiété préopératoire apparaît aussi comme le facteur psychologique le plus constamment associé à l'intensité de la douleur aiguë postopératoire, ce qui engendre une augmentation de la consommation d'antalgiques et de leurs effets secondaires. Elle favorise aussi l'apparition de complications postopératoires tels que respiratoires (hypoxies), digestives (nausées et vomissements postopératoires), et comportementales (agitation). Le réveil postopératoire est généralement plus lent, et ainsi la durée de séjour en S.S.P.I. plus longue.

#### Sur le plan chirurgical

L'anxiété préopératoire est un facteur délétère quant aux suites opératoires immédiates ou à moyen terme. Par exemple, elle majore le risque infectieux par immunosuppression induite. Ainsi, le risque de complications postopératoires est augmenté et le processus de guérison peut être détérioré.

Par conséquent, il en découle un défaut de qualité de vie de l'hospitalisation, couplée à un vécu péri-opératoire négatif, ainsi qu'une augmentation de la durée du séjour. (N. Moreau, février 2002 ; E. Chabay et al., 2009 ; G. Butin, mars 2009).

### III – 2 – e – Moyens d'évaluation

La prise en charge de l'anxiété préopératoire débute par une indispensable évaluation (P. Thibault, P. Cimerman, mars 2008). Connaître les facteurs d'anxiété et savoir repérer ses symptômes permet un accompagnement et une prise en charge plus adaptée, par la mise en place de moyens personnalisés (N. Moreau, février 2002).

La période pré-anesthésique est essentielle, et permet au M.A.R. d'effectuer l'évaluation préopératoire du patient, par la consultation et visite pré-anesthésique légalement obligatoires. La finalité est d'offrir une sécurité optimale avec un meilleur confort, en définissant une stratégie d'anxiolyse adaptée. S. Johannet affirme que « *les échanges avec le patient permettent de mieux le connaître et de répondre à ses attentes [...] cerner les traits élémentaires de personnalité et [...] dépister une composante anxieuse* »<sup>23</sup>. Cette évaluation s'inscrit aussi dans le rôle propre infirmier, développé ci-après.

Outre le dépistage des signes cliniques, il existe différents scores. L'hétéro-évaluation par les soignants est peu efficiente car subjective, mis à part en pédiatrie par exemple. L'utilisation d'échelles d'auto-évaluation est une bonne aide, pour respecter le profil du patient et obtenir une tendance évolutive. L'échelle d'anxiété et d'information d'Amsterdam combine l'évaluation de l'anxiété et des attentes concernant l'information sur l'intervention. Elle semble être un outil utile, en association à l'échelle visuelle analogique (E.V.A.). L'inventaire d'anxiété état et trait de Spielberger, mesurant indépendamment les 2 types d'anxiété, est aussi utilisé, mais moins fonctionnel en pratique. L'E.V.A. sur réglette est validée dans cette indication. Une valeur supérieure à 60 mm indique une anxiété inhabituelle à prendre en compte, mais elle ne différencie pas les types d'anxiété. Plusieurs travaux ont comparé ces différentes échelles, et montrent une bonne corrélation et une plus grande simplicité et reproductibilité de l'E.V.A. (E. Chabay et al., 2009).

### III – 2 – f – Moyens de lutte

#### ▪ L'information préopératoire et l'accueil au bloc opératoire

<sup>23</sup> Stanislas Johannet, Effets indirects et inattendus de la consultation d'anesthésie, p. 14.

L'information préopératoire est essentielle, elle doit être exhaustive et adaptée au patient. Sa valeur a été démontrée au travers de nombreuses études : « *La prescription seule de médicament est moins efficace qu'une visite seule* » (E. Chabay et al., 2009). En plus de renseigner, elle apporte une réponse à la peur de l'inconnu corroborée aux besoins fondamentaux décrits par V. Henderson. Et, elle possède une fonction psychologique thérapeutique. Ceci permet au patient, à travers le dialogue, d'exprimer et d'extérioriser ses craintes, et d'aider à maîtriser la situation par la possibilité d'anticiper et de comprendre. D'ailleurs, chaque soignant a pour rôle de favoriser la verbalisation (P. Thibault, P. Cimerman, mars 2008). Elle œuvre également au niveau médico-éthique, pour l'humanisation et la personnalisation de la relation avec le patient (L. Maward, N. Azar, septembre 2004). D'après la Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, tout patient a le droit d'être informé sur son état de santé, et le consentement libre et éclairé est obligatoire à tout acte médical. Ces notions sont reprises par la Charte du patient hospitalisé. Le personnel médical et paramédical participe à cette information, selon ses compétences et règles professionnelles. Cette prise en charge pluridisciplinaire débute dès le diagnostic chirurgical, puis se poursuit avec la consultation et visite pré-anesthésique, ainsi que les personnels paramédicaux des secteurs d'hospitalisation et de bloc opératoire. D'ailleurs, l'anxiété est majeure lors de l'hospitalisation, ainsi divers moyens peuvent être mis en place avant l'accueil au bloc opératoire : livret d'accueil de l'opéré, film sur une journée opératoire, photothèque, « *visite préopératoire paramédicale* », stage de découverte du bloc opératoire pour le personnel des services chirurgicaux... De plus, la phase préopératoire immédiate se montre peu propice à la préparation psychologique, du fait de l'administration fréquente d'un anxiolytique. (E. Chabay et al., 2009).

L'accueil au bloc opératoire est un moment clé, qui doit être personnalisé. Il doit s'accomplir en binôme I.A.D.E./I.B.O.D.E., dans un lieu dédié avant l'entrée en salle d'intervention. Il doit se réaliser avec identification des fonctions, et sans le port du masque, véritable frein à la communication verbale. L'information est de l'ordre d'une relation d'aide et de confiance. A. Dard précise que « *la capacité d'observation et la qualité du message délivré au patient tiennent souvent à la personnalité, l'expression ou l'humeur [de l'I.A.D.E qui réalise l'accueil]* », elle ajoute que les I.A.D.E. « *possèdent, au-delà de leurs compétences communes, une sensibilité et une expérience propres qui conditionnent une partie de leur discours et leur implication dans l'accueil et la prise en charge de l'opéré* »<sup>24</sup>. Le comportement apaisant du soignant est la première prévention de l'anxiété générée par les soins ; et par son professionnalisme, il transmet la sécurité nécessaire au patient (P. Thibault et P. Cimerman, mars 2008). Par ailleurs, la politesse, l'empathie, le respect de

---

<sup>24</sup> Anne Dard, L'accueil du patient au bloc opératoire, p. 8.

l'intimité sont de rigueur. Et, tout au long du parcours opératoire, il faut optimiser le confort et le bien-être, afin de consolider le sentiment de protection. Car, « *c'est en offrant cette réassurance que l'I.A.D.E. participe à une anesthésie de qualité* »<sup>25</sup>. Ceci peut être créé par un décor approprié, un éclairage rassurant, un climat calme voire une musique d'ambiance ou adaptée aux goûts et désirs du patient, une installation confortable avec réchauffement précoce (dès la chambre d'hospitalisation), l'usage de l'aromathérapie (accueil, S.S.P.I.)... Selon M. Nicolet, « *ce comportement attentif [...] résulte d'un véritable professionnalisme* », et contribue dans le même temps « *à associer le patient aux soins* »<sup>26</sup>. Enfin, il faut lutter, dans la mesure du possible, contre le fait que le M.A.R. arrive seulement pour l'induction de l'anesthésie, et/ou le chirurgien une fois le patient anesthésié. (E. Chabay et al., 2009).

#### ▪ La prémédication anxiolytique

L'efficacité de la prémédication, notamment benzodiazépinique, n'est plus à prouver. Elle doit être adaptée au patient et à l'acte, et son heure d'administration efficiente par rapport à l'heure d'induction anesthésique (E. Chabay et al., 2009). Et, même si le soulagement apporté n'est que transitoire, qu'il renforce le sentiment de non-maîtrise, qu'il présente des effets indésirables, la demande des patients reste grande car prendre un médicament suscite moins d'efforts que d'apprendre une autre technique (S. Vagnarelli, 2001).

#### ▪ Les techniques relationnelles et à médiation corporelle

Mentalement, l'anxiété s'exprime majoritairement de manière auditive plutôt que visuelle, fait qui a son importance pour la maîtrise de l'anxiété (D. DUCLOUX, novembre 2008). Le calme peut ainsi se manifester dans la voix, les gestes et les regards des soignants. La voix particulièrement, à travers la relation soignant-soigné, est un véritable outil de communication, de relation et de soins (M-P. Renoir, décembre 2010). Le sens du toucher quant à lui doit être utilisé avec prudence et progressivement, car il implique une ingérence dans la distance intime (E. Chabay et al., 2009).

Tout soignant peut dans l'exercice de sa fonction, et à condition de maîtriser la technique et l'évaluation de son efficacité, utiliser une méthode non médicamenteuse lors des soins. Celle-ci demande une formation spécifique, mais présente de nombreux atouts :

- elle est fortement plébiscitée par les patients (vecteur privilégié pour apaiser l'anxiété situationnelle après l'écoute, mais avant la prémédication anxiolytique), dont elle favorise l'implication (choix de l'approche, rôle propre dans leur guérison, autonomie) ;
- elle autonomise le soignant par la mise en œuvre de son rôle propre ;

---

<sup>25</sup> Martine Nicolet, L'infirmier anesthésiste, p. 142.

<sup>26</sup> Martine Nicolet, op.cit., p. 143.

- elle améliore la communication soignant / soigné, pour leurs plus grandes satisfactions ;
- elle diminue le stress et l'anxiété tant de la personne soignée que du soignant, limitant ainsi l'épuisement professionnel de ce dernier (burn-out) ;
- elle favorise la diminution des doses de médicaments, dont elle potentialise les effets ;
- elle réduit le coût des soins (S. Vagnarelli, 2001, P. Thibault-Wanquet, octobre 2010).

Les techniques à médiation corporelle (massages, musicothérapie, relaxation, sophrologie, hypnose thérapeutique...) intègrent ces méthodes. Cependant, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (S.F.A.R.) note qu'elles demeurent peu utilisées en anesthésie, malgré leur efficacité contre l'anxiété. D'ailleurs, l'enquête portant sur l'activité des sophrologues 2010/2011 montre que moins de 5% d'entre eux exercent en établissements de soins. Le stress reste pourtant la problématique principale des consultations, suivi par la fatigue et les troubles du sommeil, puis les angoisses et la préparation à un évènement (L. Heslouis, 2011). Cette sous-utilisation s'explique surtout par la nécessité de débiter ces méthodes avant la chirurgie pour les optimiser, ce qui engendre des contraintes organisationnelles. Et, elles demandent à être mieux évaluées dans le domaine. (E. Chabay et al., 2009). Bien entendu, elles ne sont pas exhaustives, une multitude de formations est disponible. Les expériences sont ainsi riches et variées, car il n'existe pas une seule solution. Mais, l'ensemble de ces formations complète une compétence professionnelle qu'elles renforcent et enrichissent (N. Moreau, février 2002). Et, l'association de plusieurs d'entre elles, dans une même équipe ou un même établissement, permettrait d'optimiser les résultats (P. Léophonte, mars 2000).

Après avoir traité les conséquences induites par l'anxiété préopératoire, il semble que sa prise en charge doit être une préoccupation permanente et prioritaire. L'I.A.D.E. proche collaborateur(trice) du M.A.R. lors de l'anesthésie, semble donc avoir une fonction nécessaire et essentielle dans sa gestion, pour assurer la meilleure qualité de soins.

### **III – 3 – Compétences de l'I.A.D.E. dans la gestion de l'anxiété préopératoire**

#### **III – 3 – a – Cadre réglementaire**

L'I.A.D.E. est un(e) I.D.E. spécialisé(e). Ainsi, les textes de loi régissant la profession d'infirmier(ère) le concerne, dont le Code de la santé publique<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Code de la santé publique, Chapitre Ier Exercice de la profession, Section 1 Actes professionnels, p. 57 et 63.

L'article R. 4311-1 définit que son exercice « *comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, [...] et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation en santé* ».

L'article R. 4311-2 stipule que les soins infirmiers « *intègrent qualité technique et qualité des relations [...] Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :*

- [...] 2. *De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles [...] aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;*

- [...] 4. *De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales ;*

- [...] 5. *De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement [...] de la détresse physique et psychique des personnes* ».

L'article R. 4311-3 précise le rôle propre de l'I.D.E., permettant la prise d'initiatives dans la prise en charge globale du patient, en toute autonomie et responsabilité. Ainsi, il « *identifie les besoins, [...] formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue* ». La gestion de l'anxiété entre dans cette fonction, par le biais de soins relationnels, basés sur l'information et le soutien psychologique par la relation d'aide. Selon l'article R. 4311-5, toujours dans le cadre de son rôle propre, l'I.D.E. accomplit les soins « *visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information* », dont notamment :

- [...] 4. *Aide à la prise de médicaments [...]; 5. Vérification de leur prise ; 6. Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;*

- [...] 19. *Recueil des observations [...] susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé [...] et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance ;*

- [...] 40. *Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne ; 41. Aide et soutien psychologique ; 42. Observation et surveillance des troubles du comportement* ».

Au-delà de la réglementation, V. Henderson décrit 14 besoins fondamentaux inhérents au patient, celui d'éviter les dangers est altéré lors d'un état anxieux. Prendre en compte ces besoins est du rôle propre de l'I.D.E., il répond à une exigence éthique, et « *toute entrave à la satisfaction des besoins fondamentaux est une atteinte au moi de la personne humaine* ». La dimension psychique est également prise en considération dans les besoins de communiquer avec ses semblables, d'agir selon ses croyances et valeurs, de se recréer et d'apprendre. (L. Maward, N. Azar, septembre 2004).

L'article R. 4311-12 précise que l'activité de l'I.A.D.E. s'exerce en étroite collaboration avec le M.A.R : « *il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole* ».

Le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (S.N.I.A.) apporte des recommandations convergentes : l'I.A.D.E. « *accueille le patient à son arrivée [...] lui permet d'exprimer ses besoins fondamentaux [...] l'informe sur ses actions [...] répond à ses interrogations et favorise une moindre angoisse [...] veille au confort physique et psychologique* »<sup>28</sup>.

L'article R. 4312-2 du Code de la santé publique précise que l'I.D.E. « *exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité* ». Et, l'article R. 4312-26 confirme qu'il « *agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient* ». Dans le même sens, la Charte de la personne hospitalisée<sup>29</sup>, qui se doit d'être respectée par tous les acteurs de soins des établissements de santé, garantit « *la qualité des soins* », « *le soulagement de la douleur* » physique et psychologique, « *l'information accessible et loyale* », et « *le consentement libre et éclairé du patient* ». « *La personne hospitalisée est traitée avec égards* », « *sa dignité* », « *son intimité* » et « *sa tranquillité* » sont préservées. Ceci rejoint l'idée que l'I.A.D.E. « *prend soin de la personne soignée en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires de soins et doit ainsi répondre à des critères de qualité* »<sup>30</sup>.

### III – 3 – b – Formation initiale

L'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation d'I.A.D.E. définit qu'un des objectifs de fin de 1<sup>ère</sup> année est d'être capable de « *prendre en compte les problèmes spécifiques du patient en vue de l'anesthésie* »<sup>31</sup>. En fin de formation, il doit pouvoir, entre autres, « *assurer la prise en charge de la personne soignée au cours des différentes phases et actes d'anesthésie, [...] la continuité des soins, [...] contribuer à la sécurité des personnes [...] développer une réflexion éthique, [...] participer à la recherche en soins infirmiers et d'en faire communication, [...] analyser, évaluer sa pratique professionnelle et participer à l'évaluation de la qualité des soins* »<sup>32</sup>. Le contenu théorique aborde la notion d'anxiété préopératoire par le biais de la consultation et visite pré-anesthésique, de la prémédication, de l'accueil du patient au bloc opératoire, des soins relationnels en anesthésie, ainsi que de l'hypno-sédation. La démarche qualité, la législation professionnelle, ainsi que l'éthique sont également traitées.

<sup>28</sup> S.N.I.A., Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste, p. 6.

<sup>29</sup> Direction générale de la santé, Charte de la personne hospitalisée, p. 20.

<sup>30</sup> Françoise Chaumette et Catherine Triboulet, Fonction et mission de l'infirmier anesthésiste, in Martine Nicolet, p. 33.

<sup>31</sup> Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'infirmier anesthésiste, p. 20.

<sup>32</sup> Arrêté du 17 janvier 2002, ibide., p. 19.

Cependant, « *la compétence ne se réduit pas au savoir, mais comme une combinaison de connaissances, de savoir faire, de savoir être* »<sup>33</sup>. Au-delà de l'aspect technique et théorique requis par l'I.A.D.E., la dimension relationnelle, comme vu avant, est toute aussi légitime. P. Benner propose ainsi 5 stades dans l'apprentissage professionnel. D. Kolb ajoute que l'expérience est une clé majeure dans la formation du professionnel : « *un savoir est créé grâce à la transformation de l'expérience* »<sup>34</sup>.

### III – 3 – c – Formation continue

L'article R. 4312-10 du Code de la santé publique explicite l'obligation de formation continue : « *Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier [...] a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié* ».

De plus, le Décret n° 2003-759 du 1er août 2003, relatif au bilan de compétences des agents hospitaliers, donne la possibilité d'identifier et d'analyser les compétences professionnelles et personnelles, ainsi que les aptitudes et motivations, afin de définir un projet de formation professionnel.

La S.F.A.R. précise qu' « *une formation continue spécifique aux I.A.D.E. est indispensable [...]. Elle doit être accessible [...] et tendre à devenir obligatoire dans un cadre institutionnel qui en définira l'organisation [...]. Le choix des objectifs et des moyens doit être le résultat d'une concertation entre les M.A.R. et [...] I.A.D.E. La formation continue doit permettre de répondre à l'évolution des techniques, de maintenir et d'approfondir le savoir [...], condition nécessaire d'une indispensable polyvalence des compétences. Elle doit pour cela revêtir plusieurs formes : une formation pratique de terrain, [...] et la formation générale [dont] Il est souhaitable qu'elle permette l'acquisition de connaissances dans des domaines autres que celui de l'anesthésie-réanimation [...]. L'organisation de ces formations [...] doit être confiée à des associations professionnelles de formation continue reconnues ou à des écoles d'I.A.D.E. [Leur] accréditation devrait relever d'un organisme représentatif de la profession, propre à la spécialité* »<sup>35</sup>.

Réglementairement, la prise en charge psychologique du patient fait partie intégrante des fonctions de l'I.A.D.E., tout comme l'administration d'une prémédication et l'évaluation de son effet. Autrement dit, il est de son devoir et rôle propre de s'impliquer dans la gestion de l'anxiété préopératoire, afin d'améliorer la prise en charge du patient et les pratiques anesthésiques. Sa formation initiale lui apporte une plus-value, parfaite par

<sup>33</sup> Collectif SFAP, Relation d'aide en soins infirmiers, p. 58.

<sup>34</sup> Collectif SFAP, ibide., p. 55.

<sup>35</sup> S.F.A.R., recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état, p. 2 et 3.



l'expérience et la formation continue. L'I.A.D.E. apparaît donc plus compétent(e) pour optimiser sa gestion. Son rôle se joue tant dans le dépistage et l'évaluation, que la prévention et l'instauration de moyens de lutte. De part sa fonction privilégiée, il est donc un acteur fondamental dans l'intérêt du patient. Et, comme tout membre de l'équipe médico-chirurgicale, il dispose de plusieurs outils pour tenter d'améliorer sa prise en charge. La sophrologie semble plus employée dans les soins infirmiers généraux, mais en quoi serait-elle une plus value pour aider l'I.A.D.E. à prévenir l'anxiété du futur opéré ?

Au terme de cette recherche documentaire, je vais tenter de montrer que l'I.A.D.E. peut-être l'un(e) des acteurs(trices) spécifique dans l'emploi de cette technique pour la prise en charge de l'anxiété préopératoire. Ainsi, je vais m'appliquer à relier les différents concepts les uns par rapport aux autres, et à la situation précédemment décrite. L'ensemble de cette analyse me permettra dès lors d'affirmer ou non mon hypothèse. Enfin, j'exposerai mon positionnement professionnel, et les propositions que je pourrais développer compte tenu de la problématique initiale.

## **IV – ANALYSE ET POSITIONNEMENT PROFESSIONNEL**

### **IV – 1 – Sophrologie et anxiété en anesthésie : analyse comparée des données théoriques**

La situation exposée en première partie semble correspondre au cadre théorique. D'ailleurs, il semble que la sophrologie et l'anxiété préopératoire s'accordent sur plusieurs points dans la pratique anesthésique.

Tout d'abord, et comme j'ai pu m'en rendre compte dans certaines prises en charge auxquelles j'ai assisté, l'instauration d'un climat propice semble fondamental (auditif, visuel et olfactif), avec le respect du calme (ambiance et comportements apaisants) et du confort environnant, ainsi que la considération de la personne soignée dans sa globalité. Et, la situation que je vous ai exposé m'a fait prendre conscience de la « contagiosité » possible de ce climat serein sur l'ensemble de l'équipe, mais encore faut-il être informé des répercussions, et sensibilisé. Nous avons aussi vu qu'il est du rôle de l'I.A.D.E. d'assurer ce confort physique et psychologique, sécurisant ainsi le patient et son environnement. Tout ceci sous-entend donc la notion de collaboration étroite, tant avec le M.A.R. que l'ensemble des partenaires de soins, et la valeur accordée à la relation humaine entre le soignant et le soigné, pour assurer cette prise en charge personnalisée.

L'implication de l'I.A.D.E. dans la relation d'aide et de confiance envers tout patient, semble dépendre de sa propre individualité, mais elle fait également partie intégrante de son rôle propre infirmier, décrit par la législation. Elle est basée sur l'humanisation et la personnalisation de la relation, et sur des principes de verbalisation, d'échange, de meilleure connaissance des besoins, et d'information. Cette dernière semble avoir une valeur essentielle dans le respect des besoins fondamentaux de tout être humain, altérés notamment en cas d'anxiété, en apportant un soutien psychologique thérapeutique. Elle paraît être un véritable soutien pour le patient, afin qu'il puisse comprendre, anticiper et donc maîtriser les situations. Comme j'ai pu le décrire auparavant, toutes les techniques de sophrologie en anesthésie sont basées sur une conception de soin humaniste, où le principe d'échange par l'écoute de l'angoisse, et l'information est majeur, apportant une réponse à la peur de l'inconnu et aux attentes individuelles. Sa pratique sous-entend également une relation privilégiée de confiance, et semble donc être un véritable outil complémentaire à la relation soignant/soigné, une alliance de compétences.

La sophrologie permet de replacer le patient au centre du soin, et de mieux reconnaître ce qu'il vit. Par contre, même si le soignant utilise cet outil en toute autonomie, sans cohésion et implication de l'équipe pluridisciplinaire, l'action accomplie paraît moins efficiente (comme peut en témoigner les actions et inactions lors de l'arrivée du M.A.R. dans la situation relatée), engendrant un sentiment de non respect et de non-reconnaissance du travail réalisé. Cette perception est ressentie communément chez les I.A.D.E., avec qui j'ai pu échanger, et qui ont tenté d'apporter des techniques à médiation corporelle au sein de leurs pratiques quotidiennes en bloc opératoire. Le plus souvent, quand il existe une dynamique de service, initié par un référent dans le domaine, voire à plus grande échelle un projet d'établissement, il apparaît plus aisé d'observer les retentissements, et d'entreprendre des modifications dans les habitudes de travail, afin de gagner en qualité, autant pour les patients que les soignants, grâce aux sentiments de valorisation et de satisfaction du travail réalisé. D'ailleurs, toutes mes lectures concernant des expériences de sophrologie menées en bloc opératoire, relèvent d'initiative personnelle, secondairement soutenues par les équipes, car appuyées par la hiérarchie (médecins, directions des soins et d'établissement).

Ensuite, je souhaite vous exposer, sous forme de tableau, les points qui concourent à faire penser que l'outil sophrologique pourrait occuper une place importante dans l'avenir, pour aider à prévenir les conséquences néfastes de l'anxiété préopératoire. Comme nous l'avons vu au travers du cadre théorique, à chaque cause et niveau de cette anxiété, des actions sont possibles, mais je désire souligner ce que peut apporter spécifiquement

la sophrologie dans ce domaine, ainsi que traiter les contraintes et limites les plus couramment admises.

<b>ANXIETE PREOPERATOIRE</b>	<b>SOPHROLOGIE</b>
Respiration = induction anesthésique (préoxygénation)	Respiration = induction sophronique (pilier de la détente)
Expression auditive > visuelle	Voix (outil sophronique majeur), vocabulaire positif -langage hypnotique- > yeux fermés (coupure des stimuli)
Peur de l'inconnu (manque d'information)	Lever la peur de l'inconnu (information)
Interactions de répercussions psychiques et physiques par stimulation du système sympathique	Somatisation du positif, actions sur l'ensemble des troubles physiques et psychiques ressentis lors des états anxieux, par l'état de détente créé (stimulation du système parasympathique)
Difficulté à faire face au stress environnant	Amélioration des capacités d'adaptation à l'environnement
Diminution et perte de l'estime de soi en lien avec l'entrave à la satisfaction des besoins fondamentaux, tout au long du processus du passage au bloc opératoire	Renforcement de l'estime de soi
Perte de maîtrise de son propre corps	Intégration du schéma corporel, renforcement de la maîtrise de soi
Sentiment d'impuissance, passivité	Association au soin → attitude active et responsable (autonomie et ressources propres dans la guérison)
Répercussions péri-opératoires	Moindres répercussions péri-opératoires

Dans l'idéal, une dizaine de séances seraient nécessaires à l'acquisition de la méthode complète, permettant d'en dégager le bénéfice maximal, car seul l'entraînement permet de gagner en efficacité. Cependant, la sophrologie renforçant la physiologie, une utilisation ponctuelle par l'usage de méthodes simples paraît possible et non dangereuse, autant dans l'attitude du soignant (apprentissage de l'usage de sa voix, d'un langage spécifique, de sa présence...), que dans les exercices proposés au patient.

Toutes ces actions semblent donc avoir une valeur conséquente pour la prise en charge de l'anxiété préopératoire. Mais, leurs impacts pourraient être amplifiés si elles étaient inscrites dans un projet d'établissement, car les phénomènes anxieux débutent dès le diagnostic chirurgical, puis sont exacerbés par l'hospitalisation. Ainsi, les actions menées dès l'accueil au bloc opératoire pourraient être potentialisées, et l'I.A.D.E. pourrait

également jouer un rôle en amont du bloc opératoire, par le biais de visite préopératoire par exemple, ou la création de consultations de sophrologie individuelles ou collectives...

Il pourrait aussi s'avérer que le temps soit une contrainte supplémentaire à son utilisation en bloc opératoire, et je m'y suis particulièrement intéressée du fait de mon souhait d'exercer dans le secteur privé. Au final, il semble plus que ce soit la notion de temps que le soignant souhaite investir qui prime, ainsi que la manière de l'employer efficacement. Par exemple, dans la situation de départ, l'induction sophronique potentialise le temps de pré-oxygénation. De plus, la méthode ne peut être indiquée pour tout patient (E.V.A. d'anxiété < 60 mm car effets positifs du bon stress, effets bénéfiques ou surdosage de la prémédication anxiolytique, refus et faible réceptivité, douleur, troubles psychiatriques et sensoriels, urgences). A l'inverse, il semble que certaines spécialités soient plus réceptives à la pratique sophrologique, tel que la cancérologie, la pédiatrie (car fait intervenir le jeu et l'imaginaire), la maternité, la gynécologie..., la sédation et l'anesthésie locorégionale. L'essor de cette pratique serait-elle alors à rechercher prioritairement dans ces domaines ?

L'exigence d'une formation spécifique semble constituer une autre limite capitale. Celle-ci découle d'une motivation personnelle à la technique. La formation reconnue par les instances professionnelles de sophrologie, et qui mène à l'acquisition d'une compétence à part entière, semble contraignante. Néanmoins, il existe au sein du cadre universitaire, une formation moins exhaustive, mais qui œuvre pour une sensibilisation des professionnels. Ainsi, l'enrichissement et la polyvalence des compétences peut permettre un gain tant pour l'institution (économies de soins), que pour les professionnels (épanouissement, limitation du stress et de l'épuisement professionnel), et les patients (qualité des soins). De plus, il apparaît que l'avenir veuille offrir un essor aux techniques de prévention non médicamenteuse, dont l'hypnose et la sophrologie. En effet, avec l'entrée de la formation initiale des I.A.D.E. dans le cycle universitaire, il est projeté une initiation obligatoire à ces techniques, notamment pour la prise en charge de la douleur. Et, comme nous l'avons vu, il existe une interaction entre les phénomènes d'anxiété et de douleur, ainsi que la douleur peut être aussi bien physique que psychique. Ainsi, l'avenir de la profession d'I.A.D.E. semble percevoir quelques potentialités supplémentaires... Cette idée est renforcée par le fait que la S.F.A.R. préconise l'acquisition de compétences dans des domaines autres que ceux réservés à la spécialité, tout en ayant un droit de regard par le biais des instances professionnelles, afin de contrôler le bien fondé des formations apportées et de répondre au mieux aux besoins et attentes des professionnels. Tout ceci signe donc d'une certaine façon une reconnaissance de la sophrologie dans la spécialité, aidant ainsi à sa validation en tant que science humaine à part entière.

~ Peut-être qu'un jour une alliance se dessinera entre les instances professionnelles d'anesthésie-réanimation et les organismes de sophrologie reconnus, pour œuvrer communément vers le développement de la sophrologie au sein de la spécialité.

~ Peut être même qu'un jour la sophrologie sera reconnue comme un support d'aide à l'anesthésie à part entière, et que ses techniques seront intégrées aux études de médecine, facilitant ainsi sa mise en place.

Ma vision de la prévention de l'anxiété préopératoire par la sophrologie, au départ de ce travail, enrichie par la théorie dont j'ai pu m'inspirer, semble ainsi confirmer l'hypothèse que j'ai proposé. Mais, cette dernière est à contextualiser du fait de la nécessité d'une formation spécifique, ainsi que d'une dynamique de projet institutionnel pour en favoriser l'émergence, notamment au sein d'un bloc opératoire.

## **IV – 2 – Positionnement et propositions professionnelles**

Au cours de mes stages de formation d'I.A.D.E., je n'ai pas remarqué l'utilisation des moyens d'évaluation efficaces (score d'auto-évaluation par l'E.V.A. par exemple) pour dépister l'anxiété préopératoire. Ce constat m'a alors interpellé : cette anxiété est-elle considérée à sa juste valeur, du fait que la subjectivité du soignant ne peut être le reflet parfait de ce que vit le patient ? Ou bien, est-elle banalisée au vu du contexte chirurgical ? Et, pourquoi la prise en charge ne semble pas optimisée alors que l'on en connaît bien les répercussions péri-opératoires néfastes pour le patient et l'institution ? Il semble pourtant simple d'évaluer l'anxiété à chaque étape opératoire cruciale (en consultation et à la visite pré-anesthésique, avant la prise de la prémédication anxiolytique ou avant le transfert au bloc opératoire, à l'accueil au bloc opératoire, en S.S.P.I avant le retour en chambre...). De plus, ceci permettrait la mise en place d'actions adaptées, pharmacologiques ou non, ouvrant une porte à l'essor d'autres techniques de soins initiées par les professionnels médicaux et paramédicaux formés.

L'introduction de la sophrologie est un exemple d'une approche différente du soin, une présence atténuant le caractère invasif. En effet, l'état intérieur et la concordance du sens que l'on souhaite donner à l'exercice de sa profession retentit sur « l'humeur » des patients que l'on accompagne. Y être sensible peut apporter une nouvelle dimension au soin prodigué, une meilleure prise en compte du « prendre soin », et donc le développement des qualités humaines des soignants.

Ma formation de sophrologue m'a permis de prendre conscience, au-delà du soin technique, de tous les facteurs stressants atteignant psychologiquement et physiquement le futur opéré. J'ai acquis une vigilance particulière quant aux lieux, aux professionnels, aux habitudes de travail. Et, lorsque je prodigue un soin, je suis plus attentive, plus à l'écoute, en un mot plus présente à la demande psycho-physique du patient, et à ce qu'il vit. Cette formation, à travers la remise en question des pratiques de soins et de mon implication dans la relation soignant/soigné, a enrichi mon expérience professionnelle. Et, même si

elle n'est pas toujours praticable avec le patient lui-même, cette démarche permet une « philosophie » de prise en charge, où le patient est au centre du soin. En effet, cet outil de développement personnel et communicationnel favorise la formation sur soi et son propre bien-être. Ainsi, le centrage sur son environnement et les autres est plus aisé et naturel, tout comme la communication d'émotions positives (rôle de réassurance, apaisement contagieux). Par conséquent, tout phénomène de standardisation des actes et paroles peut être évité (comme décrit dans la situation de départ), et remplacé par ce type de prise en charge personnalisée. Ce concept s'accorde de la même façon à la notion de stress, grâce à l'aptitude à faire face au stress environnant à son propre niveau, sans le répercuter sur l'autre -ici le patient ou l'équipe-, et ainsi instaurer un climat non anxiogène. Par conséquent, je pense que la formation à la sophrologie peut être intéressante pour l'I.A.D.E., car elle l'enrichirait d'outils communicationnels originaux et novateurs dans la prise en charge psychologique du patient.

D'ailleurs, j'ai pu, à plusieurs reprises au cours des stages de formation d'I.A.D.E., expérimenter des méthodes simples de sophrologie. Dans la situation que je vous ai relaté, l'indication et les conditions étaient très favorables. De ce fait, j'ai pu observer les effets positifs sur la prise en charge péri-opératoire (diminution des réactions physiologiques anxieuses, complémentarité avec les agents anesthésiques, suites opératoires immédiates simples), ainsi que les bénéfices ressentis par la patiente. Et moi même, je me suis sentie satisfaite de cet accompagnement. Cette même satisfaction, j'ai pu l'entendre aussi de la part d'I.A.D.E. formé(e)s à diverses méthodes à médiation corporelle. Par contre, au travers d'autres circonstances, j'ai pu également explorer les limites de la méthode : l'échec face à l'urgence (conversion en A.G.), le défaut d'entraînement du patient (insuffisance face à une anxiété majeure), mon propre manque de formation (assurance, imagination), la gestion du temps (difficulté à gérer les autres impératifs d'activité, du fait du besoin de maintenir une accroche constante avec le patient semi-conscient : traçabilité de la feuille d'anesthésie, anticipation des soins).

Mais, lors de ces diverses situations, j'ai été encouragée par les I.A.D.E. de terrain, qui semblaient investi(e)s d'une curiosité, ce qui m'a agréablement étonnée. Tout comme le nombre de formations suivies par les soignants m'a surprise, malgré le fait qu'ils m'ont tous confié leurs difficultés à les mettre en pratique régulièrement (impression de « *ne pas pouvoir changer les choses* », de dépendre d'une « *hiérarchie* », et de supporter le « *regard des autres* »). Ceci m'amène donc à croire en une possible évolution de nos pratiques anesthésiques actuelles, mais prouve une fois de plus la nécessité d'une dynamique de projet pour mener ces expériences à l'objectif escompté.

Ainsi, nous avons tous des approches de notre métier qui diffèrent. Certains accordent plus d'importance au soin relationnel que d'autres, et dans le soin relationnel, nous nous départageons également en fonction de notre individualité, de nos convictions et intérêts. La sophrologie permet de diminuer l'anxiété et de rendre le patient plus actif dans le cadre de son soin, elle peut donc s'avérer être un outil supplémentaire dans la gestion de celle-ci. Nous avons vu également que l'I.A.D.E. occupe une place privilégiée dans la prise en charge de cette anxiété. Je pense donc qu'il a tout à fait sa place dans l'utilisation de la sophrologie. Toutefois, l'approche sophrologique en milieu anesthésique nécessite une cohésion d'équipe. Cette technique demande formation, motivation et conviction, ce qui fait un nombre de paramètres notables à réunir pour une application harmonieuse, avec des résultats positifs. Je pense que l'initiation à cet outil au sein de la formation initiale des I.A.D.E. pourra permettre une sensibilisation des futurs professionnels. Il appartiendra ensuite à chacun d'eux d'acquérir des compétences plus spécifiques pour une pratique thérapeutique.

Et comme j'ai pu en traiter auparavant, je considère que la mise en place de la sophrologie doit naître d'une intention commune de service, pour la prévention de l'anxiété préopératoire. Celle-ci doit être initiée par un (ou plusieurs) référent(s) de la méthode, dont le rôle sera d'informer, de sensibiliser et de motiver l'équipe, afin de créer un environnement optimal pour le patient et la pratique de la technique sophronique, voir d'impulser l'envie d'acquérir ces nouvelles compétences, et d'amorcer un véritable projet d'établissement.

En effet, il n'est pas simple, sous la volonté de quelques personnes, de changer les modes de fonctionnement. C'est pourquoi, un projet d'établissement semble optimal dans la mise en place d'un projet aussi ambitieux que la prévention de l'anxiété préopératoire par la sophrologie. D'ailleurs, la communication thérapeutique peut tout à fait s'inscrire dans ce type de projet, en complément de la formation exhaustive de quelques professionnels à la sophrologie. Et, au-delà de l'intérêt d'améliorer les pratiques, il y a la richesse d'un changement qui réassocie les services (bloc opératoire et secteurs d'hospitalisation). Cette mise en œuvre favorise également l'instauration de protocoles plus élaborés, et la mobilisation de moyens humains et matériels. Au final, il est plus aisé de percevoir à plus grande échelle les répercussions instituées, tant au niveau de la qualité générale de travail, que de la diminution du coût de la santé.

Ce projet consisterait donc à mettre en place des procédures spécifiques faisant suite à des consensus d'équipe, et enrichies par des expériences existantes (comme par exemple celles des centres hospitaliers de Toulouse et Marseille). En pratique, les actions pourraient se décomposer en corrélation avec les 3 temps opératoires.



En préopératoire : La sophrologie pourrait être proposée dès les consultations chirurgicales et anesthésiques par le biais d'un dépliant par exemple, ou bien dans les services de chirurgie. Il pourrait également être prévu un signalement des patients à risque d'anxiété, par tout soignant (chirurgien, M.A.R., membre du personnel soignant). Il serait intéressant aussi d'organiser des consultations de sophrologie pour la préparation et le suivi des patients, avec des séances individuelles et de groupe. Et surtout, il me paraîtrait intéressant de pouvoir généraliser la pratique d'une visite préopératoire de l'I.A.D.E., sans qu'il ne soit question d'un quelconque transfert de tâches ou de compétences du M.A.R. Mais, de part son identité propre infirmière et son expertise professionnelle dans le domaine, l'I.A.D.E. pourrait être un(e) collaborateur(trice) privilégié(e) pouvant jouer un rôle prépondérant dans le soutien psychologique à offrir au patient. Ainsi, il pourrait expliquer, précisément et simplement, le déroulement de l'anesthésie et de la chirurgie. Cet échange permettrait aussi de répondre aux questions du patient et de son entourage, ainsi que de verbaliser les ressentis et d'objectiver les peurs, afin d'apaiser les inquiétudes et de diminuer l'anxiété.

En per-opératoire : Il serait nécessaire de réfléchir à un protocole consensuel d'équipe concernant l'optimisation de la prise en charge le jour opératoire (du service d'hospitalisation jusqu'au transfert, puis à l'accueil au bloc opératoire). Je pense que dès l'arrivée au bloc-opératoire, le binôme I.A.D.E./I.B.O.D.E. se doit d'aider le patient à mieux appréhender l' « agression » qui va être induite par l'anesthésie et la chirurgie. L'I.A.D.E. doit ainsi participer à redonner un sentiment de protection, et soutenir le patient pour qu'il s'affirme comme acteur de son soin. Cette prise en charge globale au bloc opératoire n'est pas spécifique à la sophrologie, mais elle prend là toute son importance, car de celle-ci découle la qualité de l'induction sophronique et anesthésique, et de la chirurgie.

En postopératoire : Il serait intéressant de poursuivre le suivi du patient, et d'élaborer dans le cadre de la démarche qualité, un questionnaire de satisfaction à remplir en fin d'hospitalisation, afin d'avoir un retour d'informations vis-à-vis de cette technique, et ainsi permettre une évaluation des pratiques professionnelles.

L'équipe médico-chirurgicale dispose de plusieurs outils pour tenter d'améliorer la prise en charge du patient, à chaque étape de l'intervention chirurgicale. La sophrologie, en tant que complément d'aide à l'anesthésie, pourrait faire partie de son arsenal thérapeutique. Elle a les moyens de procurer un grand confort péri-opératoire. Et, la participation active du patient dans le processus thérapeutique est probablement un facteur important de sa plus grande satisfaction, et d'une meilleure récupération postopératoire. Cependant, cette technique impose des changements dans les habitudes de travail. Elle nécessiterait un investissement important, tant au niveau humain que financier (formations, augmentation temps de travail...). Or, la réalité budgétaire de la santé, malgré les répercussions néfastes reconnues de l'anxiété préopératoire, ne semble pas offrir de perspectives optimistes quant à de tels fonds. De plus, la prévention de ce type d'anxiété n'est peut être pas une priorité actuelle de santé publique ou privée. Pourtant, grâce à la sophrologie, cette prévention pourrait être un nouveau défi lancé aux équipes, notamment anesthésiques. J'espère ainsi assister à son développement, afin de pouvoir m'y investir plus concrètement dans l'avenir, car un projet sophrologique inscrit dans une politique d'établissement serait un projet stimulant pour le bien-être du patient. Et au final, une approche sophrologique par l'I.A.D.E. pourrait ainsi être une plus-value dans la prise en charge de l'anxiété du patient, tant au niveau pré-, que per- et post-opératoires.

## V – CONCLUSION

Se spécialiser en tant qu'I.A.D.E. est une démarche motivante. Le contenu de la formation est très riche et la pratique professionnelle l'est tout autant. Mais, dans ce lieu qu'est le bloc opératoire et par le biais des soins que réalise l'I.A.D.E., la technicité est souvent placée en avant. C'est ce qui attire beaucoup d'I.D.E. vers l'anesthésie. Or, dans cet univers qui s'apparente parfois à « *un scénario de quatrième dimension* » pour une personne non avertie comme le patient, il en est une autre primordiale qu'il ne faut pas oublier : la dimension humaine. Soigner le patient dans sa globalité est une responsabilité qui incombe pleinement à l'I.A.D.E., de part les racines de sa profession. Or, l'anxiété est une notion quasi permanente lors du passage du patient au bloc opératoire. L'I.A.D.E. a donc un rôle clé à jouer, qui se situe à divers niveaux, dont les méthodes à médiation corporelle, et par exemple la sophrologie s'il y est formé. L'idéal étant que le patient garde en mémoire, non pas l'image d'une personne qui l'a installé, lui a posé un monitoring et une perfusion, mais celle d'une personne qui a pris le temps même infime de parler avec lui, de l'écouter, de le rassurer, de soulager ses peurs, tout en réalisant les mêmes gestes.

En effet, une intervention chirurgicale représente un moment potentiellement fort dans la vie d'un patient, où les seuls aspects techniques sont allègrement dépassés par la dimension psychique et émotionnelle qui entoure cet acte. Ainsi, une approche privilégiée avec le futur opéré devrait se développer dans ce contexte, et une synergie devrait se créer pour vaincre cette appréhension légitime, à laquelle nous serons tous un jour confrontés en tant que futur(e) I.A.D.E. La prise en compte de cette anxiété, facteur si important en préopératoire, correspond à une recherche de qualité. En effet, le confort du patient est devenu un objectif qualitatif communément admis par tous. Par conséquent, cette démarche devrait impliquer l'ensemble des acteurs agissant auprès du patient, car il s'agit d'une action d'équipe, collective et humaine.

Au départ de cet ouvrage, je ne pensais pas trouver autant d'écrits et d'expériences sur le sujet en rapport avec l'anesthésie, au final j'ai été étonnée de l'ensemble de mes lectures. J'ai vécu ce travail comme un enrichissement, et je suis ravie de tout ce qu'il m'a enseigné. Je souhaite pouvoir apporter une approche sophrologique dans les cas où il serait possible de l'exercer. Cependant, je suis consciente des limites de ce que j'expose ici, notamment les contraintes organisationnelles et structurelles actuelles qui sont des entraves à la faisabilité peut-être utopique et idéale de ce travail. Malgré tout, j'ambitionne de mener à bien ce type de projet dans ma future profession d'I.A.D.E., pour le patient en

premier lieu, mais aussi pour valoriser mon rôle de soignant et susciter l'intérêt et la motivation des proches collaborateurs.



# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES

- Collectif SFAP, Relation d'aide en soins infirmiers, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2010, 168 p.
- Docteur ABREZOL R., Vaincre par la sophrologie – Exploiter son potentiel physique et psychologique, Tome 1, Paris, Lanore, 2007, 293 p.
- Docteur CHENE P-A., Initiation à la Sophrologie, Paris, Ellébore, 2003, 175 p.
- Docteur CHENE P-A., Médecine et sophrologie Tome III, Paris, Ellébore, 2011, 616 p.
- Docteur CHENE P-A., Sophrologie Tome I - Fondements et méthodologie, Paris, Ellébore, 2008, 622 p.
- GAY M., La sophrologie, Paris, De Vecchi, 2008, 108 p.
- JOHANET S., Effets indirects et inattendus de la consultation d'anesthésie, In : J.E.P.U., La consultation d'anesthésie et la préparation du malade à l'intervention, Paris, Arnette, 1997, p. 11 à 18.
- NICOLET M., L'infirmier anesthésiste, Paris, Flammarion, 2003, 233 p.
- PECCOLO J-Y., La sophrologie au quotidien, Paris, J'ai lu, 2003, 182 p.
- VIROT C., BERNARD F., Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie, Rueil-Malmaison, Arnette, 2010, 285 p.

## ARTICLES

### Articles de revue :

- ARNAULT S., RIPOCHE S., BARREAU-AGUILERA M., Infirmière anesthésiste clinicienne, expérience et situations professionnelles dans le contexte d'un bloc opératoire, Oxymag, septembre-octobre 2008, n°102, p. 8 à 11.
- CHARLOT G., La sophrologie, L'aide-soignante, novembre 2009, n°111, p. 9 à 10.
- DARD A., L'accueil du patient au bloc opératoire, Inter bloc, mars 2005, volume 24, n°1, p. 4 à 22.
- DUCLOUX D., La sophrologie : une alliée contre l'anxiété, Krankenpflege Soins infirmiers, novembre 2008, p. 46 à 49.
- GUARDIOLA I., La sophrologie ou l'harmonie de l'esprit, L'infirmière magazine, octobre 2006, supplément au n°220, p. 11.

- LEOPHONTE P., Effets de la préparation sur l'anxiété avant la fibroscopie bronchique, Recherche en soins infirmiers, mars 2000, n°60, p. 50 à 66.
- MAWARD L., AZAR N., Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire, Recherche en soins infirmiers, septembre 2004, n°78, p. 35 à 58.
- MOREAU N., L'angoisse des patients hospitalisés en chirurgie : comprendre pour soulager, L'aide-soignante, février 2002, n°34, p. 24 et 25.
- RENOIR M-P., Comment utiliser sa voix pour prendre soin de l'autre, Soins, décembre 2010, n°751, p. 32 à 34.
- THIBAUT P., CIMERMAN P., Douleur liée aux soins, L'infirmière magazine, mars 2008, Cahier de formation continue, n°236, p. XIV à XV.
- THIBAUT-WANQUET P., Approches non médicamenteuses et psychocorporelles de lutte contre la douleur induite par les soins, Soins, octobre 2010, n°749, p. 47 à 49.
- THIBAUT-WANQUET P., L'essor des approches psychocorporelles, Soins, juillet-août 2009, n°737, p. 54.
- VAGNARELLI S., Prendre en charge l'anxiété des patients à l'hôpital, Soins, novembre 2001, n°660, p. 22 à 24.

### Articles sur internet :

- BUTIN G., KISIELEWICZ I., DUPONT B., LECLERC C., Proposition d'un outil d'évaluation du stress préopératoire du patient à l'arrivée au bloc, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Vol 28 – n°3, mars 2009, p. 256 et 257.  
<http://www.em-consulte.com/revue/ANNFAR/28/3>
- CHABAY E., CHINOUILH M., PIGNOUX C., FONTAINE B., Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété, 51<sup>ème</sup> Congrès national de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, septembre 2009, 6 p.  
<http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/pdf/c0006.fm.pdf>
- DICTIONNAIRE LAROUSSE. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>
- DICTIONNAIRE LAROUSSE MEDICAL. <http://www.larousse.fr/archives/medical>
- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, Charte de la personne hospitalisée, avril 2006, 26 p. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf)
- GAUTIER P., Qu'est-ce que la sophrologie ?, mars 2011, 11 p.  
<http://www.sophrologie-info.com>
- G.E.S., Site officiel. <http://www.sophrologie-recherche.com>

- HESLOUIS L., Analyse de l'enquête nationale d'activité des sophrologues 2010 / 2011, décembre 2011, 8 p.

[http://www.observatoire-sophrologie.fr/wp-content/uploads/2012/01/Analyse-des-résultats-Enquête-Activité-des-Sophrologues-2010\\_2011.pdf](http://www.observatoire-sophrologie.fr/wp-content/uploads/2012/01/Analyse-des-résultats-Enquête-Activité-des-Sophrologues-2010_2011.pdf)

- LUCAS M-M., LANGUENAN N., L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire ?, 51<sup>ème</sup> Congrès national de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, septembre 2009, 5 p.

<http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/pdf/c0008.fm.pdf>

- S.F.A.R., Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état, janvier 1995, 8 p. <http://www.sfar.org/article/7/recommandations-concernant-le-role-de-l-infirmier-anesthesiste-diplome-d-etat>

- S.N.I.A., Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste, mai 2002, 25 p.

[http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/recommandations\\_iade\\_2007.pdf](http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/recommandations_iade_2007.pdf)

- S.S.P., Site officiel. <http://www.syndicat-sophrologues.fr>

## **TEXTES DE LOI**

- Code de la santé publique, partie IV, Livre III Auxiliaires médicaux, Titre Ier Profession d'infirmier ou d'infirmière

- Chapitre Ier Exercice de la profession, Section 1 Actes professionnels, p. 57 et 59.
- Chapitre II Règles professionnelles, Section 1 Dispositions communes à tous les modes d'exercice, Sous-section 1 Devoirs généraux, p. 62, Sous-section 2 Devoirs envers les patients, p. 63.

Journal officiel de la République Française, août 2004, n°183, 294 p.

- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'infirmier anesthésiste, Journal officiel de la République Française, février 2002, n°28, 32 p.

## **ENSEIGNEMENTS THEORIQUES**

- BOILEAU C., Urgences, bloc opératoire, réanimation : des représentations aux enjeux socioculturels, Bordeaux, septembre 2011, 3 p.



## LISTE DES SIGLES

- A.G. : Anesthésie Générale
- D.U. : Diplôme Universitaire
- E.V.A. : Echelle Visuelle Analogique
- G.E.S. : Groupe d'Epistémologie de la Sophrologie
- I.A.D.E. : Infirmier(ère) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
- I.B.O.D.E : Infirmier(ère) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
- I.D.E. : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
- M.A.R. : Médecin Anesthésiste Réanimateur
- S.F.A.R. : Société Française d'Anesthésie et Réanimation
- S.N.I.A. : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes
- S.S.P. : Syndicat des Sophrologues Professionnels
- S.S.P.I. : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

## **ANNEXE I**

# LES DIFFERENTES SOURCES DE LA SOPHROLOGIE<sup>36</sup>



<sup>36</sup> Dr Patrick-André Chéné, Sophrologie - Fondements et méthodologie, p.42.

## **ANNEXE II**

# ÉTATS DE CONSCIENCE ET SANTE<sup>37</sup>

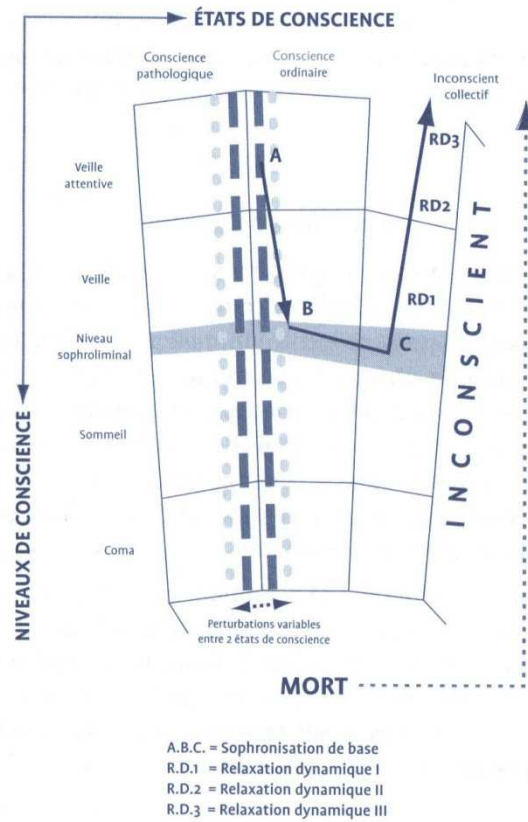


Figure 1. Conscience selon la représentation de l'école de Paris.

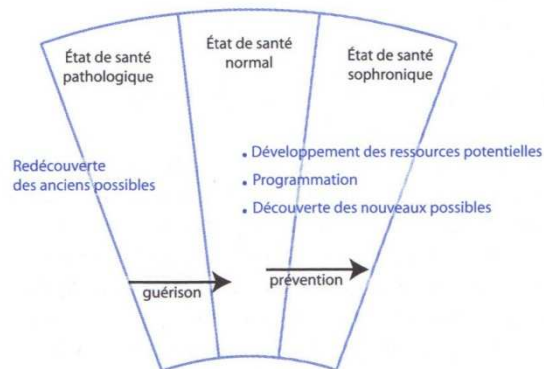
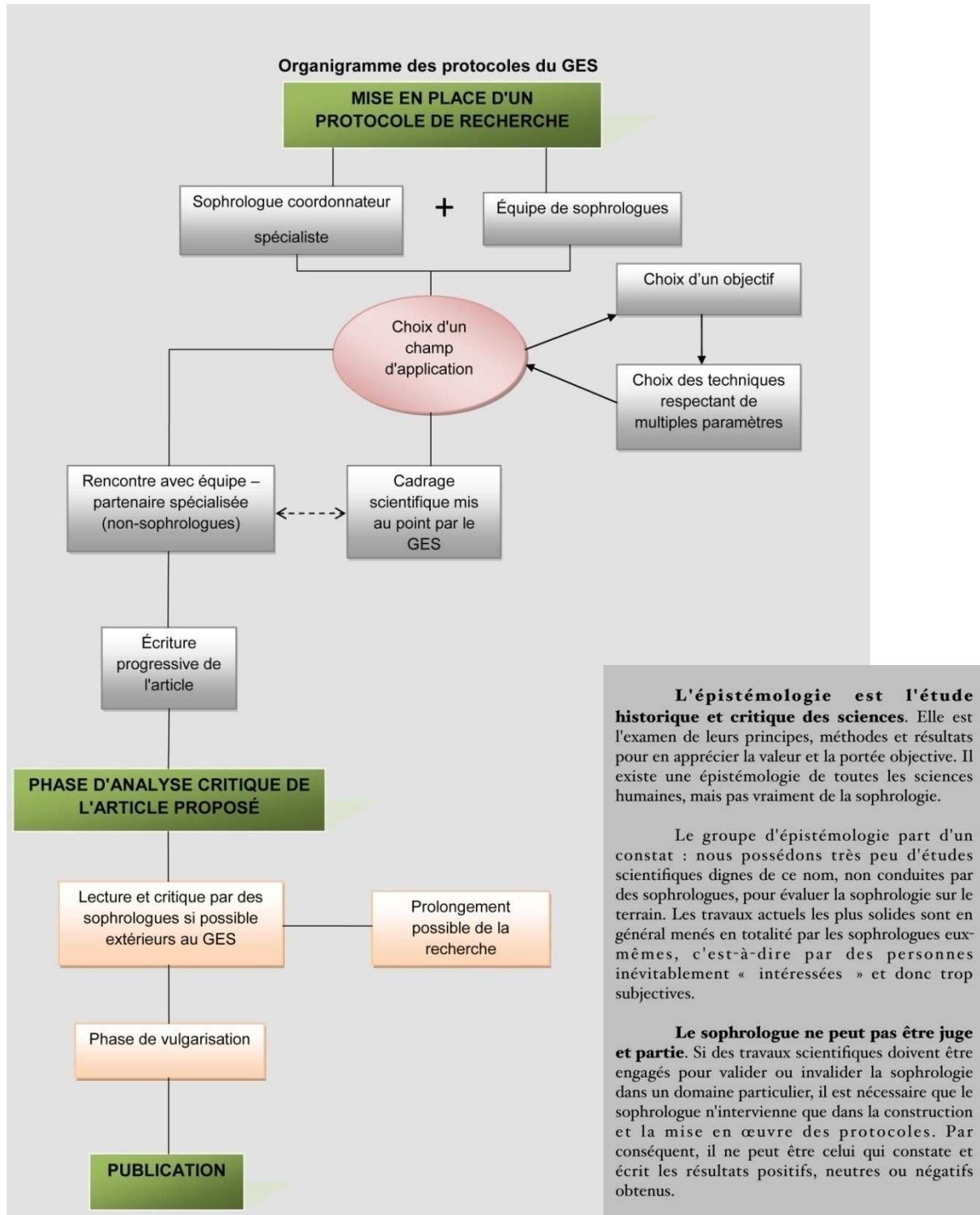


Figure 2 : Éventail de santé

<sup>37</sup> Martine Gay, op.cit., p. 26. (figure 1) et 57 (figure 2).

## **ANNEXE III**

# DEMARCHE DE PROJET DE RECHERCHE DU G.E.S.<sup>38</sup>



<sup>38</sup> G.E.S., Site officiel, <http://www.sophrologie-recherche.com/index.php/qui-sommes-nous/documents-a-telecharger/1-Présentation-du-GES/1-Présentation-du-projet-de-recherche/> et [2-Organigramme-des-protocoles/](http://www.sophrologie-recherche.com/index.php/qui-sommes-nous/documents-a-telecharger/1-Présentation-du-GES/2-Organigramme-des-protocoles/)

## MISE EN ŒUVRE EN TROIS ETAPES

### 4/ Choix des techniques en tenant compte de multiples paramètres :

Le coordonnateur-sophrologue et son équipe réfléchissent ensemble aux techniques à utiliser, en étant particulièrement attentifs, suivant le protocole de recherche, au champ d'application dans lequel ils évoluent : contraintes de temps, locaux à disposition... (toutes ces conditions devront d'ailleurs être mises en évidence dans l'article final).

### 5/ Ecriture progressive de l'article par l'équipe des non-sophrologues :

L'équipe de non-sophrologues aura pour mission d'accompagner l'expérience et d'écrire au fur et à mesure de l'étude un article en faisant appel, si nécessaire, à des statisticiens extérieurs au G.E.S., néanmoins rémunérés par lui.

En somme, le coordonnateur-sophrologue et son équipe font partie d'une expérience, mais il ne sont pas jugés de cette expérience. Ils ne tirent pas eux-mêmes les conclusions.

## PHASE D'ANALYSE DE L'ARTICLE PROPOSE PAR LE GROUPE DE RECHERCHE

### 1/ Lecture et critique par des sophrologues spécialistes, si possible extérieurs au G.E.S. :

L'article proposé par le groupe de recherche est lu et critiqué (dans le sens de discerner) par des sophrologues spécialistes du champ d'application choisi. Ils n'appartiennent pas, de préférence, au G.E.S. ou, en tout état de cause, ne participent pas, de près ou de loin, à l'expérience.

### 2/ Phase de vulgarisation :

Cette lecture sert d'abord à adapter l'étude à des sophrologues non spécialistes du champ d'application en question.

### 3/ Prolongement possible de la recherche :

Cette lecture sert aussi à construire un réseau de remarques, de questions susceptibles de valider les conclusions des travaux, de montrer leurs limites ou de les invalider sur la base d'arguments sérieux.

La phase de recherche ne s'arrête ni à l'étude menée, ni aux critiques des sophrologues spécialistes : d'autres études peuvent naître à nouveau en tenant compte des insuffisances des approches précédentes.

## PHASE DE PUBLICATION

En possession d'un nombre suffisant d'articles, la phase de publication est prévue sous cette forme : « Epistémologie de la sophrologie » Tome 1, 2,...

Richard ESPOSITO,  
au nom du G.E.S.



## MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE

### 1/ Choix d'un champ d'application de la sophrologie :

Un coordonnateur-sophrologue et son équipe du G.E.S. choisissent un champ d'application dans lequel ils sont spécialistes : cancérologie, obstétrique, pédagogie, sport...

### 2/ Découverte d'un lieu et la rencontre avec une équipe partenaire :

Le coordonnateur-sophrologue et son équipe trouvent un lieu (ex : une structure hospitalière) et rencontrent une équipe partenaire (par exemple, une équipe de médecins non-sophrologues voulant s'impliquer dans une démarche de recherche) : ils expliquent à l'équipe partenaire le projet d'évaluer objectivement dans son domaine les possibilités et les limites de la sophrologie.

Le sophrologue joue à ce stade un rôle d'informateur.

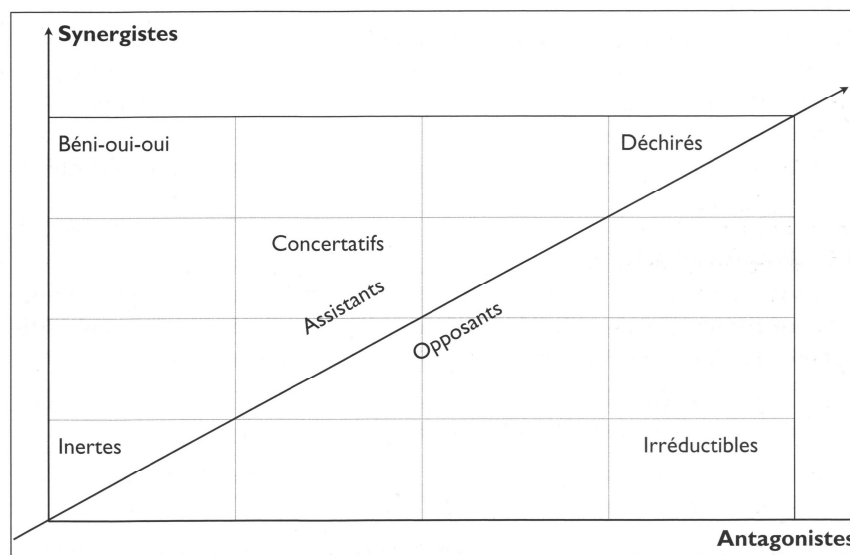
### 3/ Prise en compte d'un cadrage scientifique mis au point par le G.E.S. :

Si l'équipe partenaire accepte, le coordonnateur-sophrologue et son équipe tiennent compte d'un cadrage scientifique, préalablement mis au point par une équipe de chercheurs du G.E.S. : tous, sur la base d'un échange, ajustent ce cadrage au champ d'application en question.



## **ANNEXE IV**

## SYNERGIE/ANTAGONISME POUR LA DYNAMIQUE DE PROJET<sup>39</sup>



La création d'une dynamique en sophrologie, comme en hypnose, au sein d'un service de soins, passe inévitablement par la formation d'un ou plusieurs membres de l'équipe. L'idéal est la formation de plusieurs membres afin de progresser plus rapidement par le partage des expériences, la mise au point des protocoles, la réalisation d'études... Il convient ensuite de connaître son entourage, afin de pouvoir recruter des alliés et convaincre sans entraîner de nouvelles résistances. Il est intéressant de classer les membres d'une équipe qui entoure le projet, en fonction de leur personnalité et des premières réactions qu'ils ont face à la méthode.

Les béni-oui-oui sont les professionnels toujours d'accord, qui ne présentent aucune forme d'opposition. Les inertes ne s'intéressent à rien et ne seront d'aucune aide pour la création du projet. Les irréductibles comprennent les soignants très directifs n'acceptant pas la remise en question de leurs certitudes ni la position basse, ils sont définitivement contre toute innovation qui ne vient pas d'eux. Les déchirés sont bloqués dans une situation où ils entrevoient à la fois tous les avantages et tous les inconvénients, ne parvenant jamais à prendre une décision.

A la suite de cette classification, on remarque qu'il faut concentrer l'énergie du projet sur le centre de la grille, à contrario des extrémités. Ce centre représente ceux qualifiés de « concertatifs », ayant des attitudes critiques constructives, qui peuvent vraiment aider dans la mise en place du projet. En fonction de leur attitude plutôt antagoniste ou au contraire synergique, ils sont partagés en opposants et en assistants.

<sup>39</sup> Claude Virot et Franck Bernard, Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie, p. 247.