



**LA SOPHROLOGIE EN
ONCOLOGIE A L'HÔPITAL
DE CHÂLONS EN CHAMAPGNE**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
L'anxiété, le stress et la douleur en Oncologie	6
1- L'anxiété	8
2- Le stress	10
3- La douleur	12
Le « soin en sophrologie »	16
1- La sophrologie	17
2- Législation du soin	21
3- Organisation du soin	22
4- Techniques les plus utilisées	23
5- Evaluation du soin	23
6- Les limites de la technique	25
L'Hôpital de jour d'Oncologie médicale	26
1- Présentation	27
2- La place de la Sophrologie	28
CONCLUSION	30

INTRODUCTION

Au moment des soins, j'ai pu observer chez les patients une part importante de stress, d'anxiété et de peur liée à l'annonce du diagnostic, aux traitements longs et « lourds » de conséquences, et à l'incertitude de l'avenir. Le cancer compromet la certitude d'exister, il confronte directement à l'horreur de la chute et de la mort. Chacun manifeste son ressenti et son vécu de façon très différente. Certains se renferment sur eux même, refusant toute communication. Dénier, colère, peur ... ? Ils semblent subir le lourd fardeau de la maladie.

D'autres verbalisent timidement leurs sentiments. Pourquoi les nier ou s'interdire de les ressentir ? L'expression libre des sentiments est tellement importante pour acquérir la force émotionnelle nécessaire pour travailler à sa guérison.

Quant aux derniers, pas besoin de paroles, leurs corps s'expriment à leur place : ils présentent des nausées (avant même que le traitement ne commence), des vomissements, des douleurs, etc. Il y en a même qui ne dorment pas la nuit qui précède leur venue à l'hôpital.

Ces peurs sont normales et naturelles et, elles sont d'autant plus majorées par le poids de peur que le cancer transporte en lui.

L'altération du corps, la rencontre de la souffrance brutalise et violence cette femme et cet homme qui traverse une étape difficile.

Dans un service de cancérologie, la préoccupation centrale des soignants et des patients est d'abord le corps souffrant. Aide-soignant(e)s, infirmières, médecins, psychologues partagent un objet en commun, le malade et un objectif identique : soulager sa souffrance et lui restituer le moyen de vivre sa vie. Mais ils ne voient pas les mêmes aspects de la maladie.

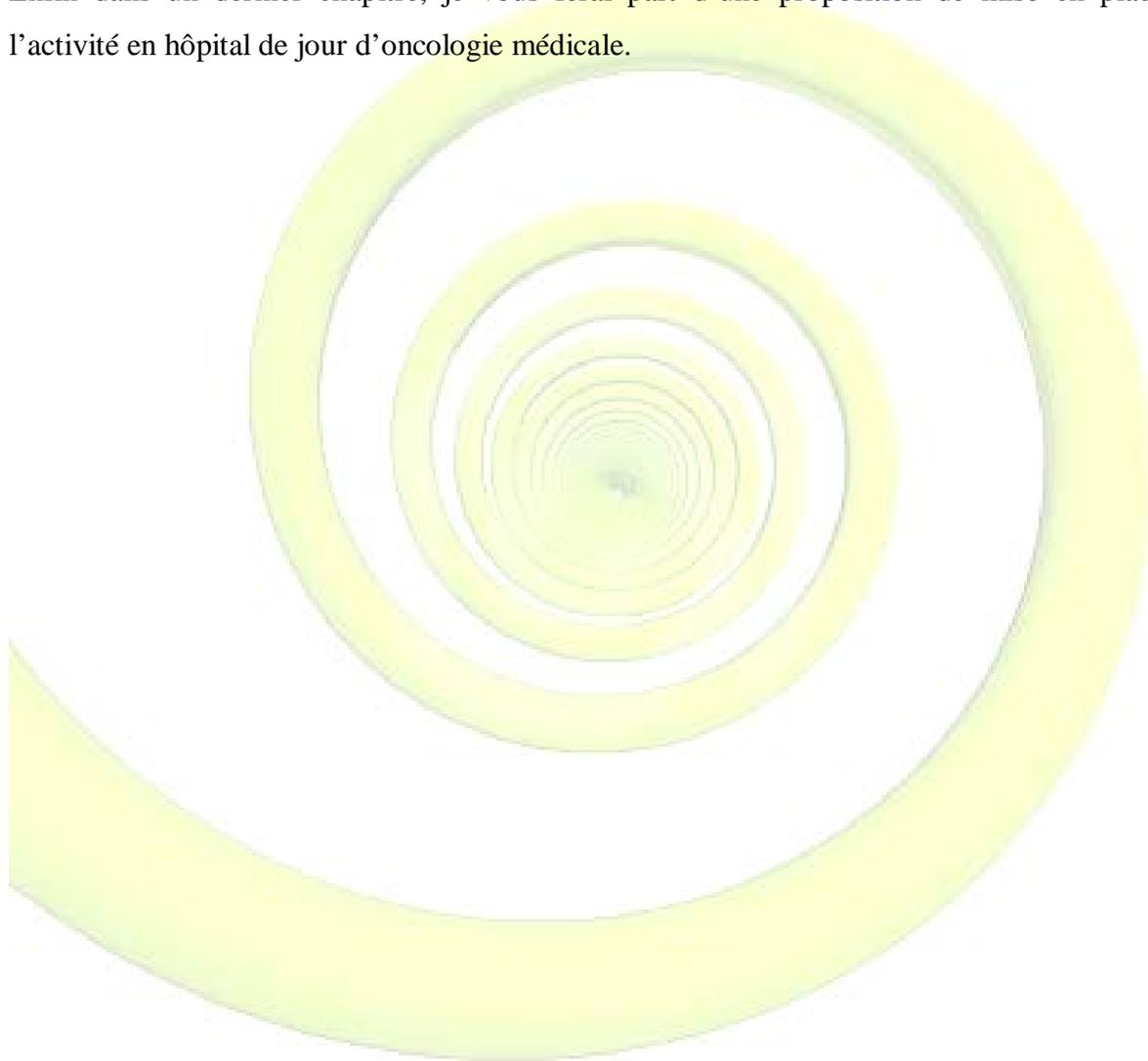
Le médecin entend guérir la maladie et rendre au corps un bon fonctionnement alors que les infirmières et psychologues sont attentifs aux répercussions psychiques de la maladie et visent à donner au patient les moyens d'y faire face.

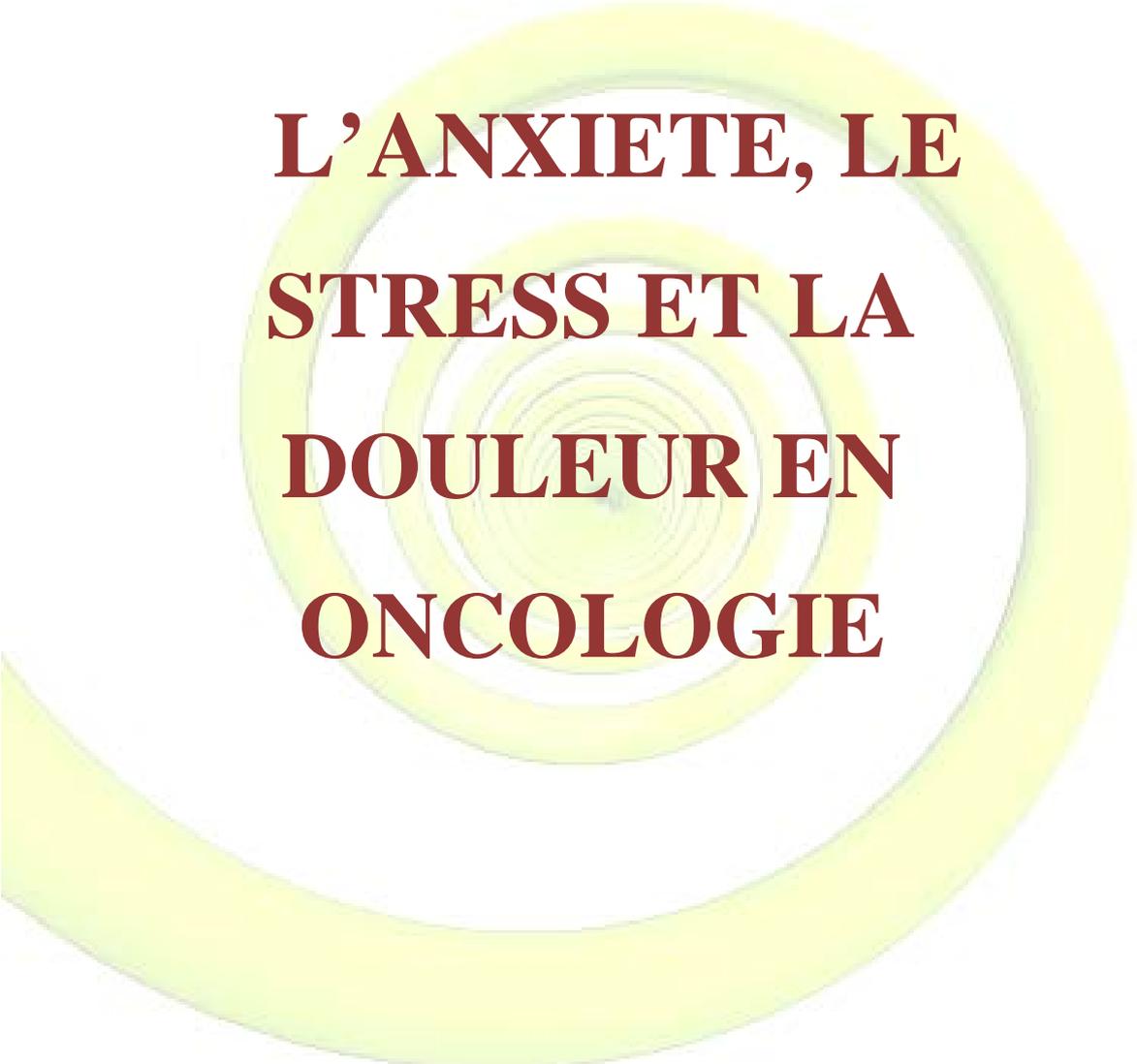
Depuis quelques années, à titre personnel, je pratique la sophrologie. J'ai pris conscience que cette méthode pouvait être un outil complémentaire dans la prise en charge des patients. J'ai donc voulu approfondir mes connaissances et, j'ai suivi la formation de sophrologue à Reims, E.S.N.E (école de sophrologie du Nord-Est)

La sophrologie, qui concerne aussi bien le corps que l'esprit. Le corps et l'esprit forment une unité indissociable, une entité indivisible. La sophrologie a pour but de rechercher l'équilibre de la personnalité en donnant à l'individu les moyens de se libérer des tensions psychologiques auxquelles il est soumis.

Dans un premier chapitre, je vais aborder les thèmes de l'anxiété, du stress et de la douleur vécus quotidiennement en Oncologie. Puis je développerai la sophrologie en tant que « Technique de soin » complémentaire.

Enfin dans un dernier chapitre, je vous ferai part d'une proposition de mise en place de l'activité en hôpital de jour d'oncologie médicale.





**L'ANXIETE, LE
STRESS ET LA
DOULEUR EN
ONCOLOGIE**

a. L'ANXIETE

1-1 Definition :

Plusieurs termes sont utilisés, comme synonymes ou sémantiquement apparentés, que l'on peut regrouper sous l'étiquette d'état timériques : angoisse, anxiété, peur, crainte, effroi, appréhension, inquiétude, terreur, panique...

Tous ces états ont en commun un vécu psycho-physiologique désagréable, et se distinguent les uns des autres par leur intensité et les circonstances d'apparition.

Une maladie grave, comme le cancer, est à envisager non seulement sur le plan biologique, mais aussi au niveau psychologique.

Le caractère particulier que suscitent les affections cancéreuses, tant dans le public que dans le milieu médical, fait qu'il s'y rattache des idées et des représentations spécifiques.

Les émotions et les images que suscite le cancer saisissent d'effroi le patient dès que son imagination est éveillée à cette idée de la maladie grave et qu'il doit faire face à la réalité de la maladie.

Traverser une maladie grave, c'est tout d'abord la ressentir de l'intérieur. C'est éprouver des sentiments de pertes, de solitude, de rupture, de violence. Ces résonances émotionnelles viennent désorganiser les fondements de l'identité du patient.

Le caractère agressif des différents traitements va solliciter de manière intense ses capacités d'adaptation physiques et psychologiques.

Pour mieux s'adapter à cette situation traumatique que représente l'annonce d'une maladie grave, le patient va chercher à se protéger du sens de la réalité et de ce qu'il vit, en faisant en sorte de modifier une situation de détresse en une situation de moindre mal.

En même temps, il va chercher à se protéger contre la menace interne qu'a entraînée l'annonce de la maladie grave. C'est grâce à des mécanismes partiellement inconscients et qui ne sont jamais figés une fois pour toute, que le patient va pouvoir restaurer son équilibre et assurer ainsi son intégrité. Si le patient utilise des mécanismes de défense différents selon sa

personnalité afin de se protéger, on retrouve cependant une constante durant la maladie : les manifestations anxieuses et l'espoir.

L'anxiété prend la forme le plus souvent de la peur de souffrir, de la peur de la déchéance. L'expression de cette anxiété est multiforme, de quelques craintes à l'angoisse panique.

L'espoir est permanent, mais ses objectifs fluctuent. L'attente du malade varie, de moins en moins exigeante, de plus en plus réaliste.

En traversant l'épreuve de la maladie, le patient a le sentiment d'être en face d'un danger mal défini qui constitue une véritable menace pour son intégrité. Les traitements contraignants font vivre l'attente, l'incertitude qui engendre l'angoisse.

Ces deux paramètres,- espoir, anxiété - constituent la toile de fond sur laquelle va s'intégrer dans un mouvement dynamique, les mécanismes d'adaptation et de défense. Ces mécanismes jouent un rôle de premier plan dans l'élaboration du sens que la personne va donner à son vécu.

Clinique et Etiologie

L.J Carpenito (1995) définit l'anxiété comme « un sentiment de malaise (d'appréhension) individuel ou collectif, d'origine généralement inconnue, se manifestant par une activation du système nerveux autonome ».

L'anxiété se manifeste par des symptômes d'ordre physiologique, émotionnel et cognitif qui varient selon son intensité.

Ses caractéristiques :

- **physiologiques** se traduisent par une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, et de la fréquence respiratoire, des tremblements de la voix, causées par des bouffées vasomotrices ou des pâleurs.
- **émotionnelles** laissent apparaître des sentiments de nervosité, le manque de confiance en soi, des tensions, la crainte d'un malheur imminent.
- **comportementales** se manifestent le plus souvent par l'irritabilité, les pleurs, les tressaillements ... les critiques de soi ou d'autrui, la passivité.
- **cognitives**, par l'incapacité de se concentrer, ruminations, blocages de la pensée, accroissement de la tension mentale.

Les facteurs peuvent être liés à la maladie directement et/ou au contexte familial, économique, social, professionnel ...

La personne est parfois en mesure de définir la situation qu'elle vit, mais son intégrité psychologique est en fait menacée par le malaise et l'appréhension qui sont inextricablement liés à cette situation qui est à l'origine du danger, mais sans le constituer.

b. LE STRESS

Definition :

C'est un phénomène très connu, mais difficile à définir.

Si les notions d'angoisse, d'anxiété sont d'essence psychologique, la notion de stress s'étaye sur la biologie.

Hans SELYE, physiologiste canadien, a considérablement influencé les recherches scientifiques menées sur le stress.

Il définit le stress comme « **une réaction de défense de l'organisme à un agent d'agression ou au traumatisme quelconque** ».

Il a élaboré la théorie de l'adaptation au stress appelée le Syndrome général d'adaptation (S.G.A) qui comprend trois stades :

- **la réaction d'alarme** répond à une situation soudaine et déclenche immédiatement des réactions physiologiques qui préparent le corps à l'action par une mise en jeu du système nerveux végétatif, avec la libération de catécholamines (adrénaline et noradrénaline).

Au delà d'un certain seuil, les modifications du milieu intérieur réalisent un déséquilibre homéostatique qui à son tour provoque une contre réaction parfois excessive.

- **La phase de résistance** où il y a une adaptation physiologique. Le diencephale et l'hypophyse entrent en action en stimulant des sécrétions d'hormones cortico- surrénaliennes, accompagnées d'une augmentation du catabolisme, et de l'apparition en cas de stress persistant, d'ulcères gastro-intestinaux, d'accidents cardio-vasculaires et d'autres troubles somatiques variables selon le milieu et la nature de l'agression.

- **La phase d'épuisement**, quand l'agression persiste en durée et en intensité, l'organisme perd ses ressources adaptatives et finit par mourir.

Avec le modèle internationale de **Lazarus** (1984) « **le stress n'est pas une réponse linéaire de l'organisme à un événement, mais l'interaction entre la personne toute entière avec ses facteurs affectifs, cognitifs, sociaux, physiologiques et l'événement** ».



Etiologie et clinique

Dans le cas d'une maladie physique, le patient doit faire face à diverses sources de stress : la douleur, l'invalidité, les conditions d'hospitalisation et de traitement, en même temps il doit préserver son équilibre émotionnel, une image de soi satisfaisante, tout en veillant à conserver de bonnes relations avec sa famille et son milieu social... Ces multiples préoccupations nécessitent le déploiement de stratégies d'ajustements très diversifiées.

L'annonce du diagnostic entraîne comme une espèce de sidération qui correspond à un vide émotionnel, à un sentiment d'effondrement surgissant de la conscience.

L'état de choc peut se révéler différemment selon la personnalité de chacun.

Cependant, il peut aussi ne pas se manifester, ce qui devra alors nous alerter. La répression des affects peut se manifester sur une courte période et des mécanismes de défense peuvent se déployer et persister comme **la dénégation** ou même **le déni**. C'est une façon de rechercher un compromis avec sa propre réalité.

La dénégation, et encore plus **le déni**, ont des conséquences dans notre relation avec le patient qui parle de sa maladie de manière détachée, en ne disant rien de son expérience intime. Le patient s'attache à une connaissance logique de son expérience en adoptant une attitude rationnelle.

Cependant **l'évitement** ne se traduit pas toujours de manière inconsciente. Le patient peut admettre pleinement la réalité de sa maladie. C'est alors avec une volonté délibérée qu'il peut choisir de ne pas partager sa souffrance pour préserver sa famille, mais aussi l'équipe soignante. Ce choix d'attitude délibérée se traduira, dans le réel, par une mise à distance de manière à préserver son identité et son image de soi.

Le patient peut aussi traduire son vécu intime sous des **formes projectives** telles la révolte, l'irritation, la contestation, l'insatisfaction, les ressentiments. Cette agressivité se manifeste souvent sous la forme de plaintes ou de reproches dirigés vers les équipes soignantes et/ou la famille.

Les différentes formes que peuvent prendre la projection sont à considérer comme des réactions contre l'évolution d'une maladie vécue comme destructrice de l'identité et qu'il est important de reconnaître, car elles sont l'expression voilée de la détresse.

La personne atteinte d'un cancer vit une réelle souffrance psychologique, sans oublier la souffrance physique qui s'y associe.

LA DOULEUR

Définition

Chaque année 200 000 nouveaux patients atteints de cancer sont diagnostiqués en France. Plus de la moitié vont souffrir à un moment donné de l'évolution de leur maladie. Il importe donc au delà du traitement de la maladie, de prendre en charges ses conséquences et en particulier la douleur.

La douleur se définit comme un vécu, un *phénomène subjectif*, il y a douleur dès que la malade le déclare.

Toute douleur est pluridimensionnelle avec :

- **une composante sensori-discriminative** : assure la détection des stimuli de la douleur et permet l'analyse de sa topographie, de son intensité et de ses caractéristiques. (*Nociception*)
- **Une composante affective émotionnelle** exprimée par la notion « désagréable », pénible de la perception douloureuse pouvant entraîner anxiété ou dépression.
- **Une composante cognitive** se réfère à l'ensemble des processus mentaux pouvant moduler les autres dimensions de la douleur (interprétations de la situation présente, référence à des situations passées vécues ou observées).
- **Une composante comportementale** : c'est l'ensemble des modifications observables induites par la douleur, physiologiques, verbales ou motrices.

La douleur est un phénomène complexe, pluridimensionnel qui concerne l'individu dans son intégralité et particulièrement chez le patient atteint de cancer.

On différencie la **douleur aiguë** et la **douleur chronique** :

- La douleur aiguë :

Elle se caractérise par la combinaison de lésions tissulaires, de douleurs et d'anxiété.

- La douleur chronique :

Elle est définie comme étant une douleur qui évolue depuis plus de six mois. Elle va se compliquer d'un ensemble de manifestations physiques, psychologiques, comportementales et sociales ». Elle ne peut plus être considérée comme le simple témoin d'une lésion sous-jacente mais comme une maladie en soi.

L'anxiété est souvent associée à la douleur aiguë ; la dépression accompagne habituellement les douleurs chroniques.

La douleur cancéreuse est comme les autres douleurs chroniques inutile et destructrice. Elle nécessite une évaluation et une prise en charge globale, les mécanismes en cause sont multiples et évolutifs.

Elle doit se comprendre comme une douleur nociceptive qui dure, ce qui a des incidences importantes sur la prise en charge médicamenteuse basée sur les antalgiques.

D'autres thérapeutiques non médicamenteuses doivent pouvoir être utilisées : écoute, relaxation, massages ou autres, peuvent aider au soulagement du patient.

La nécessité d'un travail en équipe est particulièrement importante, l'objectif restant toujours de préserver la meilleure qualité de vie du patient.

Les différentes options thérapeutiques devront être discutées avec le patient et son entourage.

Le cancer reste une maladie grave. Les progrès thérapeutiques ont permis une plus longue survie des patients atteints de cancer, c'est notre rôle de soignant de veiller à la qualité de la survie en accord avec les options personnelles du patient.

Etiologies

Les principales causes de la douleur chez une personne atteinte de cancer sont :

- liées à l'évolution de la maladie,
- liées aux traitements et gestes à visée diagnostique ou thérapeutique,
- liées à une altération de l'état général du patient,
- liées à d'autres raisons non en rapport avec le cancer (10%).

La douleur est présente dans 30 à 60% des cas au début de la maladie et dans 75% des cas dans sa phase avancée.

Elle est encore insuffisamment prise en compte, sous estimée par les soignants, souvent non déclarée par les patients.

Il est démontré qu'un patient qui a un traitement antalgique bien équilibré tire un meilleur bénéfice des traitements spécifiques anticancéreux.

3-2 Les conséquences :

Le cancer est le plus souvent douloureux. La personne va souffrir inévitablement à un moment donné de l'évolution de sa maladie.

Ses souffrances peuvent être d'ordre physique avec une diminution des capacités fonctionnelles, une diminution de la force et de la résistance, un sommeil de mauvaise qualité.

La personne gravement atteinte vit une souffrance psychologique allant de la morosité à l'angoisse de mort en passant par une perte d'intérêt, l'anxiété, la peur, la dépression, la sensation de détresse.

Ces douleurs intenses et chroniques retentissent sur la vie sociale avec une diminution des activités relationnelles, une diminution de l'affectivité, une baisse de la libido liée notamment à une altération de l'image corporelle. Très souvent, on observe une dépendance accrue.

D'un point de vue spirituel, la souffrance s'accroît avec la perte du sens donné à la vie et la réévaluation des croyances religieuses.

Celui qui souffre prend d'avantage conscience de sa solitude essentielle et de son questionnement existentiel : « cette maladie, cette souffrance, à quoi sert-elle ? A qui sert-elle ? Pourquoi la supporter, elle n'a pas de sens ? De qui vient-elle, qui est responsable ? Ai-je mérité cela ? En quoi suis-je coupable ? ».

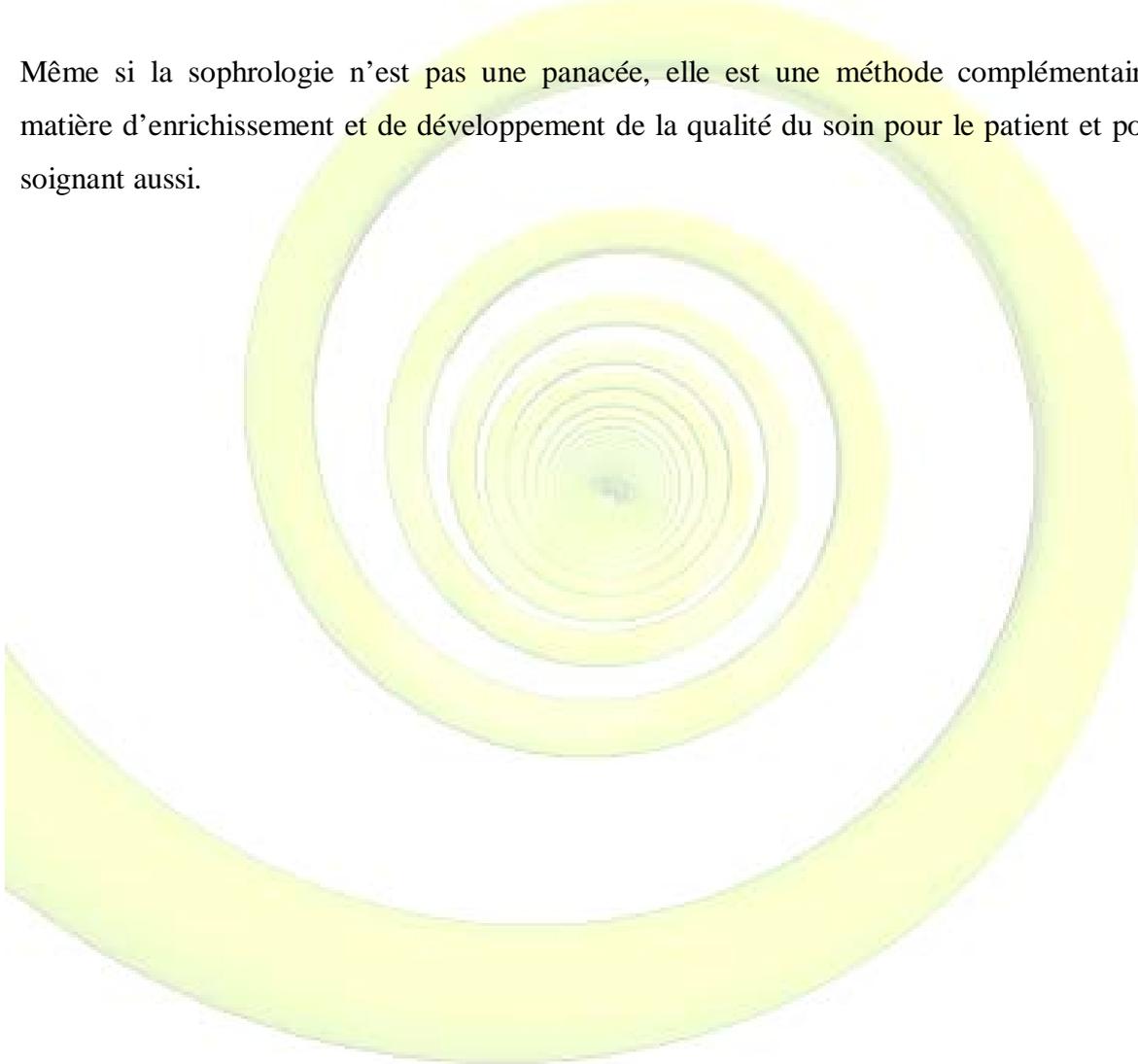
Seule l'écoute de ce questionnement permettra à la personne malade de sortir en quelque sorte d'elle-même, de découvrir un projet, un sens, une reconnaissance...

La souffrance morale ne peut jamais totalement être soulagée, mais il est possible grâce à l'écoute des équipes soignantes et à certaines méthodes complémentaires (relaxation,

massage) de pouvoir accompagner le patient vers sa « guérison ». Se guérir, c'est peut être d'abord se délivrer des schémas mentaux limités qui entravent l'action, trouver le courage de faire confiance aux forces de la vie qui sont en nous, et enfin agir pour changer les habitudes qui nous ont entraînées dans la maladie et la souffrance.

Ainsi, le « projet d'intégrer en oncologie, la pratique de la relaxation en tant que relation d'aide semble évident car celle-ci répond à de nombreuses attentes des patients dans le sens où la sophrologie propose des techniques simples de réactivation de la conscience positive.

Même si la sophrologie n'est pas une panacée, elle est une méthode complémentaire en matière d'enrichissement et de développement de la qualité du soin pour le patient et pour le soignant aussi.





**LE SOIN EN
SOPHROLOGIQUE**

LA SOPHROLOGIE

Définition

La sophrologie est une méthode nouvelle qui étudie les différents états de conscience.

C'est en 1960 que le Pr Alphonso CAYCEDO, neuropsychiatre d'origine colombienne 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 ; la relaxation dynamique, ainsi qu'un certain nombre de techniques à but thérapeutique et d'éveil de la conscience.

Etymologiquement, la sophrologie est « **l'étude de la conscience en harmonie** ».

Il est question plus clairement de développer la conscience humaine.

La sophrologie est une méthode d'étude et de développement de la conscience, la conscience étant ici « la connaissance immédiate que chacun possède de son existence, de ses actes et du monde extérieur ».

En élargissant la perception par l'individu des éléments physiques et psychologiques qui le définissent, le sophrologue favorise l'expression de tout son potentiel, permet d'harmoniser l'être avec son existence, d'épanouir sa personnalité dans sa globalité et de contrôler la régulation de son fonctionnement corporel et psychique.

Il est question d'épanouissement personnel, d'équilibre, de connaissance et de maîtrise de soi : en développant toutes ses potentialités, l'individu élargit son champ de conscience, c'est-à-dire la manière de s'appréhender et d'appréhender le monde.

Il s'agit donc de développement personnel, d'un outil existentiel à but pédagogique, thérapeutique ou prophylactique.

La sophrologie utilise des techniques de relaxation dynamiques associées à l'action verbale (le terpnos-logos) du sophrologue pour permettre à l'individu :

- D'améliorer sa connaissance de lui-même par la découverte ou redécouverte de son schéma corporel ; c'est-à-dire l'image qu'il a de son propre corps, mais aussi le sentiment qu'il en a ;
- De rompre le cercle vicieux : douleurs, tensions musculaires, anxiété...
- De diminuer l'état de stress en induisant calme et maîtrise de soi et ainsi de développer harmonie physique et mentale ;

- De prendre en charge sa problématique douloureuse ;
- De favoriser ses relations interhumaines par une meilleure connaissance de lui-même et d'autrui ;
- De renforcer les structures de la conscience.

Les concepts de base

Le Professeur Caycédo propose comme hypothèse la délimitation théorique de la conscience humaine en niveaux et en états. Par niveaux, il entend les modifications quantitatives de la conscience (dans le sens hyper clarté et obscurcissement), et par ses états, ses modifications qualitatives. On distingue trois états de conscience (Cf. Fig.1, P.20)

- **La conscience pathologique** allant des psychoses aux névroses ;
- **La conscience ordinaire** qui est celle de tout individu normal dit « sain » ;
- **La conscience sophronique** avec ses différents niveaux allant de la conscience claire à l'hyper conscience. Cet état permet la prise de conscience d'éléments imperceptibles dans un état de conscience ordinaire.

Les exercices de sophronisation ont pour but :

- D'apaiser le niveau de conscience ; c'est-à-dire d'amener l'individu du niveau de veille au niveau sophroliminal ;
- D'améliorer l'état de conscience en élargissant le champ de la conscience de l'individu pour aboutir à une conscience sophronique.

La sophronisation, qui se définit comme un processus modifiant le niveau de conscience pour aboutir à un état sophronique (détente physique et mentale), est dirigée par le terpnos-logos, terme emprunté à Platon dans le dialogue intitulé « *Le Charmide* ».

Principes et lois

Toutes les techniques sophrologiques comprennent trois principes et obéissent à deux lois.

Les principes :

- **Le principe du schéma corporel** comme une réalité vécue : la sophrologie va permettre l'intégration progressive du schéma corporel de la conscience.
- **Le principe de l'action positive** : toute action positive se répercute positivement sur la totalité de l'être. De la même façon, toute action négative se répercute sur le psychisme.

- **Le principe de la réalité objective** : il suppose que le sophrologue connaisse ses limites et soit conscient de l'état de son patient et de l'aide qu'il peut lui apporter.

Les lois :

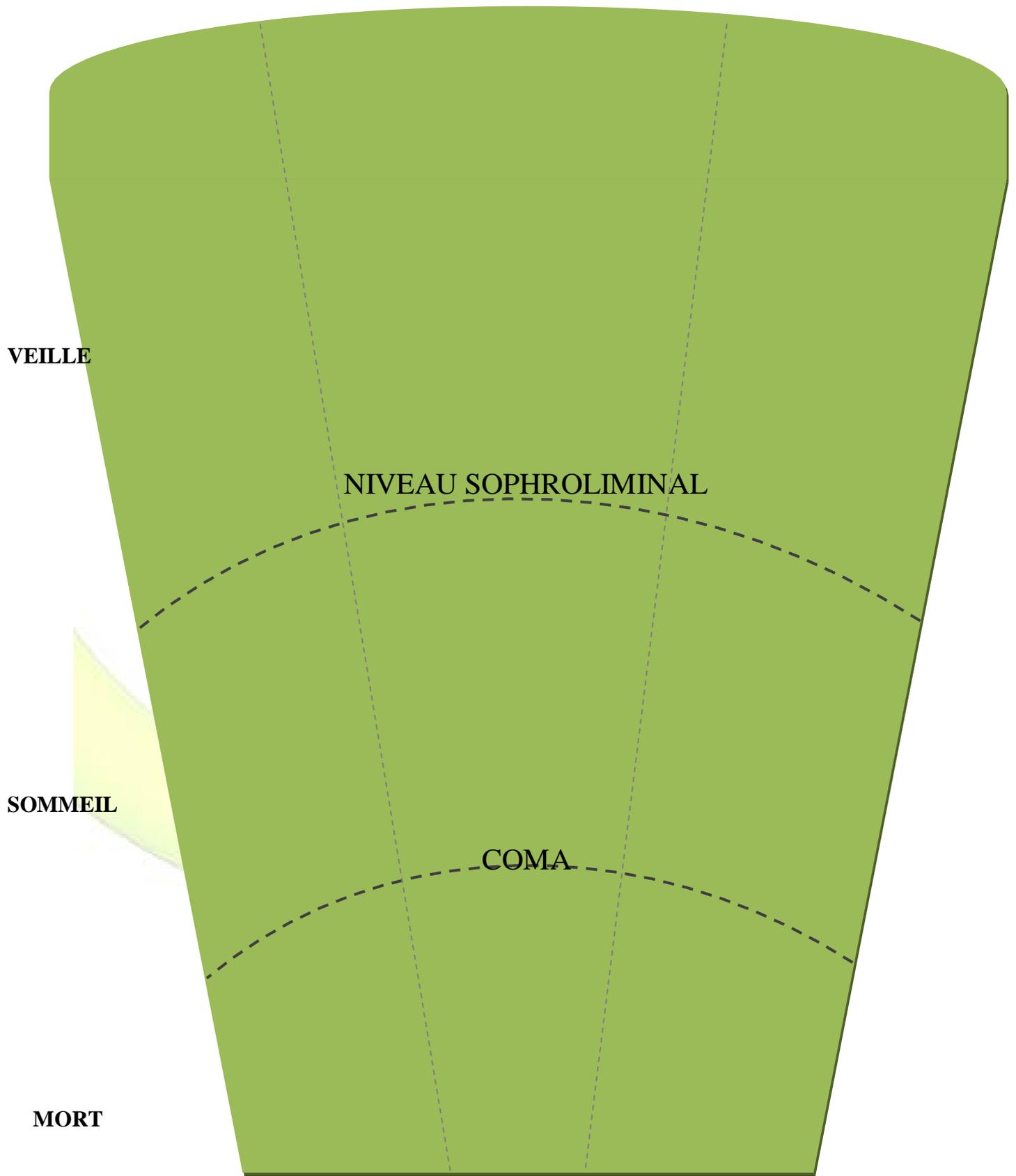
- La loi de l'entraînement : la pratique des techniques sophrologiques suppose la répétition des différents exercices. La répétition constante des sensations positives conduit aux sentiments positifs et à vivre de façon positive.
- La loi de l'éthique sophrologique : elle rappelle l'obligation du sophrologue au respect de son patient.

Cet esprit rejoint par ailleurs celui du soin. Et c'est en cela qu'il est possible d'associer la pratique de la sophrologie à la prise en charge thérapeutique.

La sophrologie ne prétend pas être un remède à tous les maux, mais elle peut intervenir comme un complément de soin, de la médecine, afin d'atteindre le même objectif : harmoniser notre trajectoire de vie.

SCHEMA DE L'EVENTAIL DE LA CONSCIENCE

Selon Alphonso CAYCEDO



Législation du soin

Aujourd'hui, si nous nous référons au décret n°2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière, l'article 2 nous interpelle dans le sens où il est dit, entre autres, que les soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique relationnelle et éducative. Leur utilisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des infirmiers, incluant notamment le secret professionnel : « de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et psychiques, en tenant compte de la personnalité de chacune d'elles, dans les composants psychologiques, sociales, économiques et culturelles ».

Le sujet demandeur, dès lors, ne devient plus « objet » de nos soins, mais « sujet » de ses soins.

Tout en répondant à une demande spécifique, nous lui permettons de reprendre son identité et toute son importance en lui accordant des moments privilégiés de rencontre et de communication avec lui-même.

C'est dans cet ensemble d'objectifs que l'aide-soignant sophrologue intervient comme personne ressource auprès d'une personne exprimant un mal être à travers des signes objectifs d'anxiété, de stress ou de douleurs.

Elle permet à la personne soignée de mobiliser ses propres ressources en l'aidant à trouver des points de repères dans l'espace corporel, hospitalier et temporel, pour un retour vers l'autonomie.

L'aide-soignant-sophrologue établit ainsi une relation d'aide de qualité permettant à la personne soignée d'exprimer ou de maîtriser le phénomène émotionnel et douloureux.

Ce type de relation s'inscrit dans le cadre d'une démarche contractuelle avec des méthodes de relaxation en complémentarité du traitement médical.

ORGANISATION DU SOIN

La première étape du soin est :

- œ De répondre à la demande du patient, en terme d'aide;
- œ D'établir une relation de confiance avec le patient;
- œ D'ouvrir le dialogue et d'écouter, lors des entretiens personnalisés.

Cet entretien permet :

- œ de préciser le rôle de l'infirmière (aide, soutien psychologique);
- œ de repérer les besoins ou les problèmes de la personne;
- œ de connaître ses objectifs;
- œ de connaître ses ressources, ses repères (famille, activité, profession, loisirs, projets, autres...);
- œ de proposer une méthode de relaxation, à travers un langage approprié à la compréhension du patient, et des outils adaptés à la demande.

Ainsi, un contrat de soin est établi entre le patient et l'infirmière. Dans le cadre de la sophrologie, on parle d'alliance pour définir comme une « attitude de disponibilité, d'écoute, d'ouverture sans réticences, une présence, afin que s'établisse une communication authentique ».

La deuxième étape du soin consiste à la mise en pratique d'une séance de sophrologie, en conduisant le patient à :

- œ se libérer des tensions, souffler le négatif;
- œ détendre chaque partie de son corps: tête, cou, cage thoracique, abdomen, bassin, jambes et pieds;
- œ prendre conscience de son corps et de ses sensations;
- œ activer ses ressources à travers la visualisation, la mobilisation des sentiments positifs.

Le derniers temps est celui de l'échange ou dialogue post-phronique. Chaque séance s'achève par un dialogue où le patient peut exprimer son ressenti s'il souhaite le partager, ou une présence dans le silence.

Ce temps d'échange permet d'évaluer les bénéfices apportés au patient et par conséquent de l'évolution des troubles.

Enfin le compte-rendu des séances est noté sur le dossier de soin infirmier du patient.

TECHNIQUES LES PLUS UTILISEES

Il est important de spécifier qu'en matière d'accompagnement, il n'y a pas de « recette » préétablie.

Le choix de la méthode est uniquement fonction du besoin exprimé par le patient, voire par l'équipe, en relation avec ses capacités du moment. En effet, selon la demande du patient, l'aide-soignant-sophrologue apportera une réponse modulée et adaptée à la personne. La demande est généralement ciblée sur un symptôme.

En début de pratique, le plus souvent, il est plutôt utilisé des techniques de base, comme le travail de la respiration, c'est au décours des séances que de nouveaux éléments de relaxation sont introduits. Le travail de la relaxation est fonction du patient. « Seul le patient a la ressource de réveiller en lui ses forces vives...

L'EVALUATION DU SOIN

L'évaluation des séances de sophrologie passe par trois entités :

- œ le patient,
- œ l'équipe de soins,
- œ le sophrologue,

L'expérience de la pratique de la relaxation dynamique permet de cibler des données qui peuvent être classées en données objectives et subjectives.

L'évaluation de départ correspond à la première séance avec l'alliance.

DONNEES OBJECTIVES	DONNEES SUBJECTIVES
<ul style="list-style-type: none"> ↪ Augmentation de la tension artérielle ↪ Accélération de la fréquence cardiaque ↪ Accélération de la fréquence respiratoire ↪ Augmentation de la consommation médicamenteuse ↪ Diminution de la mobilité ↪ Augmentation de l'agitation ↪ Pleurs etc. 	<p>Tout ce qui se passe par le regard du soignant, conditionné par :</p> <ul style="list-style-type: none"> * son état psychologique * ses objectifs de soin * ses croyances * ses valeurs

L'observation du patient avant la séance, au cours du dialogue et de l'anamnèse permet de repérer des données objectives et des données subjectives.

DONNEES OBJECTIVES	DONNEES SUBJECTIVES
<ul style="list-style-type: none"> ↪ crispations ↪ mimiques ↪ moiteurs ↪ polypnée ↪ mutisme etc. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ce qu'il ressent physiquement * Ce qu'il ressent émotionnellement * Ce qu'il aime dans sa vie * Ses objectifs du moment etc.

Les dialogues avant et après les séances renseignent le soignant sur les besoins, les aspirations, les ressources du patient.

Tout ceci participe à redonner des axes pour :

- ∞ l'entraînement;
- ∞ des conseils personnalisés et l'adaptation de la méthode;

Certaines données seront retranscrites dans le dossier de soin du patient, les autres ne le seront pas puisque nous sommes tenues au respect du secret professionnel (article 1, Décret de 1993).

L'évaluation au cours des autres séances concerne les capacités d'autonomie et d'acceptation de la personne.

Sur le dossier de soins sont repérées toutes les modifications des paramètres pris en comptes et l'apparition de nouvel élément.

Les dialogues suivent l'évolution des bénéfices secondaires positifs, des objectifs et des croyances de la personne ainsi que de son désir de continuer ou d'arrêter.

A la fin de l'accompagnement, le patient fait une évaluation personnelle et globale d l'outil.

La quantité et la durée des séances ne sont pas exhaustives mais elles peuvent amener à évaluer les limites et à poser de nouvelles orientations.

LES LIMITES DE LA TECHNIQUE

Elles se situent autour du principe de réalité objective.

Pour la personne soignée, il faut qu'elle accepte de se prendre en charge et que son état clinique permette ce soin.

Pour le soignant, c'est la rencontre avec lui-même dans :

- œ l'abandon du pouvoir sur l'autre,
- œ l'acceptation d'être inefficace,
- œ ses peurs, ses émotions, ses croyances,
- œ la difficulté à supporter le silence,
- œ sa fatigue physique et mentale.

Mais c'est aussi :

L'espace et le fonctionnement hospitalier, la conception du soin, la réalité économique car pour faire un soin de relation d'aide, quelque soit l'outil utilisé, il faut prendre en considération la notion de temps passé auprès de la personne soignée, un temps qui ne peut se comptabiliser.

CHAPITRE 3



**L'HOPITAL DE
JOUR
D'ONCOLOGIE**

LA PLACE DE LA SOPHROLOGIE

L'intérêt de l'activité

Les professionnels médicaux et paramédicaux se mobilisent quotidiennement pour permettre aux personnes malades de pouvoir disposer d'une prise en charge optimale.

La qualité de prise en charge des patients est proportionnelle à la qualité de l'environnement professionnel. Si nous voulons faire évoluer « l'image terrifiante du cancer », nous devons avoir tous le même objectif : le malade et sa qualité de vie lors des soins. Les malades veulent que le soulagement de leur corps soit accompagné d'une reconnaissance de leur humanité. Le corps soignant entend et réagit en se rappelant cette expression du Dr Thérèse VANIER (Retired Consultant in Palliative Médecine, Londres) : « Quand il n'y a plus rien à faire, tout reste à faire ».

Face à un ensemble de signes révélateurs d'un besoin relationnel très important du patient, il semble évident et nécessaire de développer l'approche sophrologique en complémentarité du traitement médical.

Proposition de mise en place

En tenant compte de différents paramètres tels que l'organisation du service, les horaires du personnel, l'activité, il est possible d'accorder un espace où il est offert aux patients des moments privilégiés de rencontre et de communication avec eux-mêmes et le sophrologue.

Ainsi, l'atelier de sophrologie pourrait être mis en place par exemple le vendredi après-midi, à l'approche de la fermeture hebdomadaire.

Pour les patients, ce serait aussi un moyen de leur accorder une énergie renouvelée à l'approche du week-end.

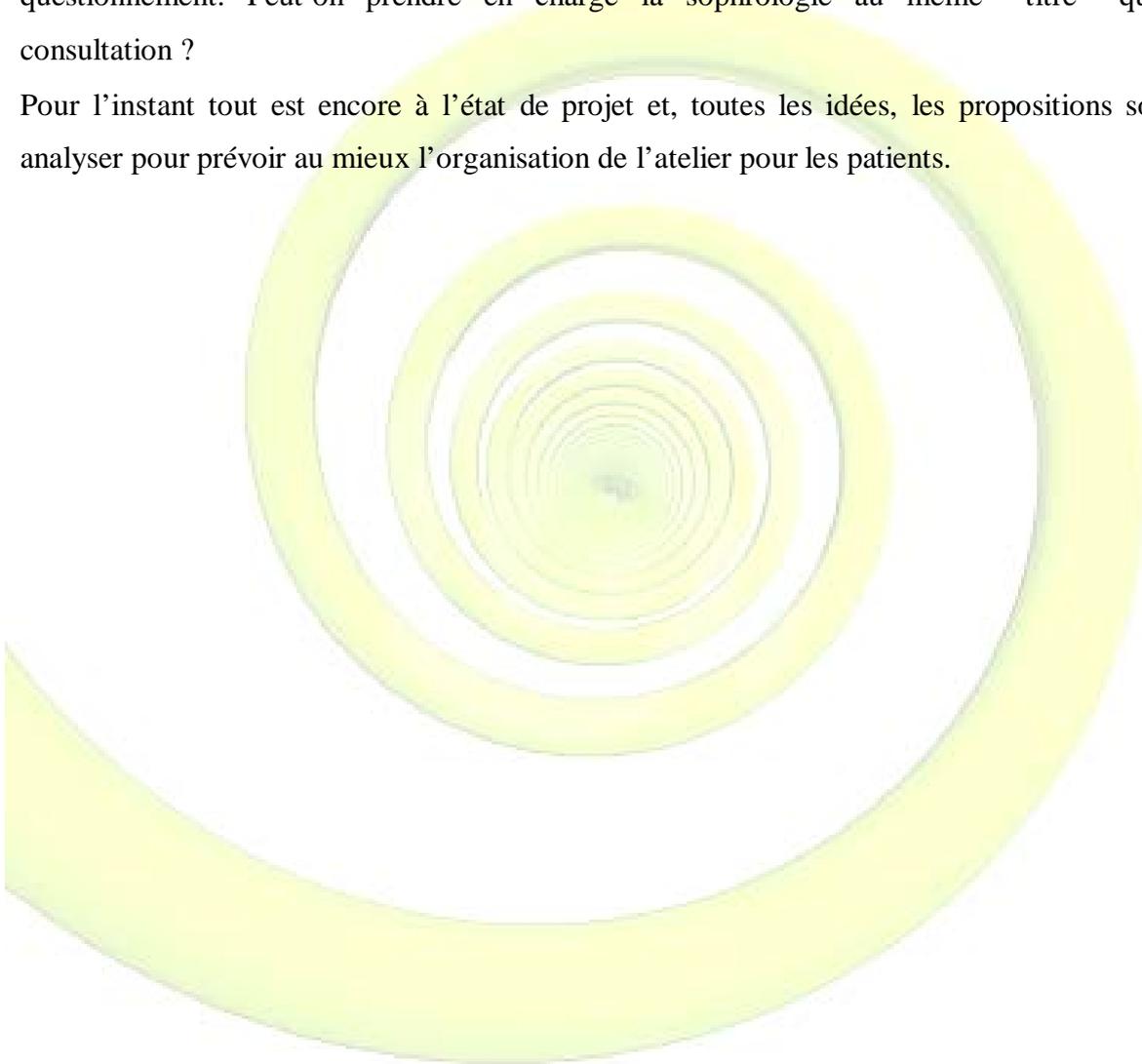
Pour permettre aux patients de potentialiser cette ouverture sur la vie, un espace intime devrait leur être proposé. Ce lieu se doit d'être dissocié de ceux où se déroulent les traitements et les consultations afin de ne pas réactiver les sentiments, les émotions et le mal-être dont ils sont générateurs.

L'essence même de l'atelier étant d'intervenir en complémentarité de la prise en charge médicale, un suivi des patients durant toute la période des séances de sophrologie se doit d'être réalisé pour assurer la continuité des soins. Un compte rendu des séances peut-être classé dans le dossier du patient.

Par ailleurs, la quantité des séances sera évaluée avec le patient, le sophrologue et l'équipe soignante.

Quant à la prise en charge financière, notamment pour le transport elle reste en questionnement. Peut-on prendre en charge la sophrologie au même titre qu'une consultation ?

Pour l'instant tout est encore à l'état de projet et, toutes les idées, les propositions sont à analyser pour prévoir au mieux l'organisation de l'atelier pour les patients.



CONCLUSION

La santé n'est pas un bien de consommation, l'Homme y est acteur. Il construit son harmonie. Soigner, c'est plus qu'appliquer des prescriptions, c'est accompagner cet homme ou cette femme dans sa vie, dans sa situation par rapport à la maladie. Le soin, c'est l'approche de la personne dans ses racines. Le corps est le bien de l'être, le lieu de toute médiation. Ce peut être celui de la plus haute « solitude », mais aussi celui de la « **reconnaissance** », dans la façon dont nous l'approchons, dont nous le regardons, dont nous le touchons.

L'écoute, le toucher, le regard, le désir de soigner, dans l'approche facilitent la rencontre de l'autre avec lui-même, dans son corps. Nous existons dans la reconnaissance, et encore plus celui qui souffre, abîmé, blessé, mutilé, dont une « **re-naissance** » fait partie de la guérison même si des séquelles doivent exister.

**Soigner... vivre son corps... les moyens sont là
avec une méthode telle que la sophrologie.**