

LA SOPHROLOGIE HOSPITALIER SPE OPHTALMOLOGIE

RESUME

Le patient qui, pour des raisons accidentelles ou pathologiques, se trouve avec une baisse ou une perte d'acuité visuelle, est prêt à tout pour tenter de recouvrer la vue, même partiellement. Les techniques de plus en plus sophistiquées, employées actuellement entretiennent cet espoir, mais il faut très souvent des interventions multiples et répétitives. Nous nous trouvons alors devant des patients qui subiront les agressions renouvelées de l'anesthésie et de la chirurgie, donc

Infirmière anesthésiste, il m'a été donné de rencontrer beaucoup de patients venant chercher le recours de divers types de chirurgie, dans les milieux variés de l'hospitalisation privée ou publique.

Depuis 1979, je travaille dans le secteur public et mon désir est de faire entrer la sophrologie dans l'hôpital dans l'intérêt des patients.

Cet objectif, ambitieux, et soumis à bien des aléas serait, s'il était atteint, l'aboutissement de la tâche que je me suis fixée.

J'ai en tout cas eu la chance, avec l'aide et l'autorisation du Professeur Limon, Chef de service de l'hôpital des Quinze-Vingts, et du Directeur de cet établissement, Monsieur Ripoche, de pouvoir pratiquer la sophrologie auprès d'une centaine de malades hospitalisés pour des interventions ophtalmologiques, afin de démontrer l'apport de cette discipline en période pré, per et post opératoire.

L'originalité de cette étude réside dans son cadre d'exploitation exclusivement ophtalmologique de l'hôpital des Quinze-Vingts. Des maladies congénitales aux traumatismes, nous recrutons toute sorte de patients, les uns bien portants sur le plan général, les autres non. Il est bon de rappeler ici que bien des lésions rétinienne sont dues à des pathologies plus lourdes en amont, telles que le diabète, les maladies vasculaires etc.

Dans aucun des cas étudiés, la sophrologie n'a été pratiquée seule, mais toujours en adjuvant à une anesthésie locale ou générale.

Dans cet établissement, le rôle des infirmières anesthésistes consiste essentiellement en un travail de technicienne en salle d'opération. Ne disposant que de très peu de temps en dehors de leurs interventions, elles ne découvrent leurs malades que lorsqu'ils arrivent au bloc opératoire où

elles passent leur temps de travail sans grande possibilité d'en sortir. En 1989, plus de 9 000 patients furent opérés, dans 4 salles d'interventions avec une moyenne d'une heure et demie par intervention.

De façon générale, on peut considérer que l'état de crainte ou d'angoisse du patient lors de son arrivée en salle d'opération est lié aux rapports qui existent entre le praticien et lui. Rapports de confiance ou conflictuels découlant d'un transfert plus ou moins réussi. La prémédication aidant, le patient arrive le plus souvent endormi ou désintéressé par son environnement immédiat.

Or, en ophtalmologie, malgré les trésors de psychologie déployés par les chirurgiens, les patients arrivent avec une angoisse telle qu'ils la somatisent.

Lorsque l'on touche à certains viscères et que la pathologie est lourde, le patient sait que sa vie même est en jeu. Or rien de vital dans la chirurgie oculaire : l'œil opéré est déjà lésé, et le malade ne peut qu'espérer une amélioration de son acuité visuelle. De façon rationnelle, lorsque l'on compare ces interventions aux interventions abdominales, cardiaques, pulmonaires, ORL par exemple, elles semblent bénignes. Et pourtant, le futur opéré éprouve une peur viscérale, profonde et très difficilement exprimable intellectuellement.

Il n'est pas rare de constater, malgré une forte prémédication (Rohypnol, Atarax, Temesta), des états vagolytiques ou vago-toniques avec des comportements de panique, tremblements, dents qui s'entrechoquent, impossibilité de communiquer ou au contraire logorrhée, tension élevée ou trop basse, bradycardie, tachycardie, moiteur des mains, etc.

Généralement, l'induction de l'anesthésie et les drogues permettent de mettre rapidement un terme à ces manifestations, à

EN MILIEU CIALISE EN

Geneviève CORBY

Infirmière D. E.

Diplômée d'Etudes Supérieures de la Faculté Européenne de Sophrologie

moins que l'on ait acquis un savoir faire sophrologique qui permette d'aider son patient avant de l'endormir et d'obtenir une induction plus calme, moins sidérante. Parmi les causes qui génèrent cette peur irraisonnée, développée par les patients et très particulière à ceux qui doivent subir une intervention ophtalmologique, j'en développerai deux qui me semblent essentielles.

L'ANATOMIE DE L'ŒIL

L'œil est un globe fixé sur la face. Il communique avec le cerveau grâce à 6 paires de nerfs crâniens sur les 12 existantes. Embryologiquement, la rétine qui est la tunique la plus interne, est une extension du cerveau et, de ce fait, appartient déjà au système nerveux central. La plupart des fibres nerveuses composant la voie optique gagnent le corps genouiller latéral à partir duquel les influx sont projetés sur le cortex autour de la sissure calcarine. Un petit nombre de fibres s'achemine jusqu'aux tubercules quadrijumeaux antérieurs, formant le cortex visuel primaire qui est une zone réflexe.

L'anatomie nerveuse visuelle permet donc d'expliquer en partie la peur viscérale ressentie lorsque l'on doit approcher cet organe. A travers lui, on touche à une multitude d'informations corticales, aussi bien réflexes qu'élaborées.

L'œil est l'organe de la vision. Récepteur des phénomènes lumineux, l'œil les focalise pour projeter l'image sur la rétine. Celle-ci commence à la coder, et par l'intermédiaire du nerf optique puis des voies optiques intracrâniennes, adresse le message visuel au cerveau.

La physiologie de l'œil est à la fois très

simple et très complexe.

Simple car on peut la comparer à un appareil photographique qui, grâce à un système de lentilles transparentes, projette une image sur l'écran rétinien.

Complexe car le système optique a des performances qui dépassent largement la possibilité de la technologie moderne. D'une part, la possibilité observée, d'autre part, grâce à l'étendue de la gamme des couleurs perçues.

L'œil est un organe de faible volume (6,5 cm³) qui pèse environ 7 grammes pour un diamètre de 24 mm.

Situé dans la face, et protégé par la cavité orbitaire, il communique avec l'endocrâne et est tributaire de six nerfs crâniens parmi les douze qui existent.

C'est un organe creux dont le développement et la forme sont réglés par la résistance que ses parois offrent à l'accroissement de son contenu : l'humeur vitrée. La paroi du globe oculaire est formée de trois tuniques :

- fibreuse,
- uvéale,
- nerveuse,

qui enferment les milieux transparents : humeur aqueuse, cristallin, corps vitré.

- La tunique fibreuse externe comprend la sclère opaque en arrière, la cornée transparente en avant. Elle est entourée par la capsule de tenon faite de 2 feuillures à l'adhérence lâche, facilitant les mouvements du globe. Les fibres sclérales sont élastiques et collagènes et assurent une grande résistance mécanique. La sclère est faiblement innervée et vascularisée.

La cornée est enchassée dans l'ouverture antérieure de la sclère dont elle ne diffère que par la transparence.

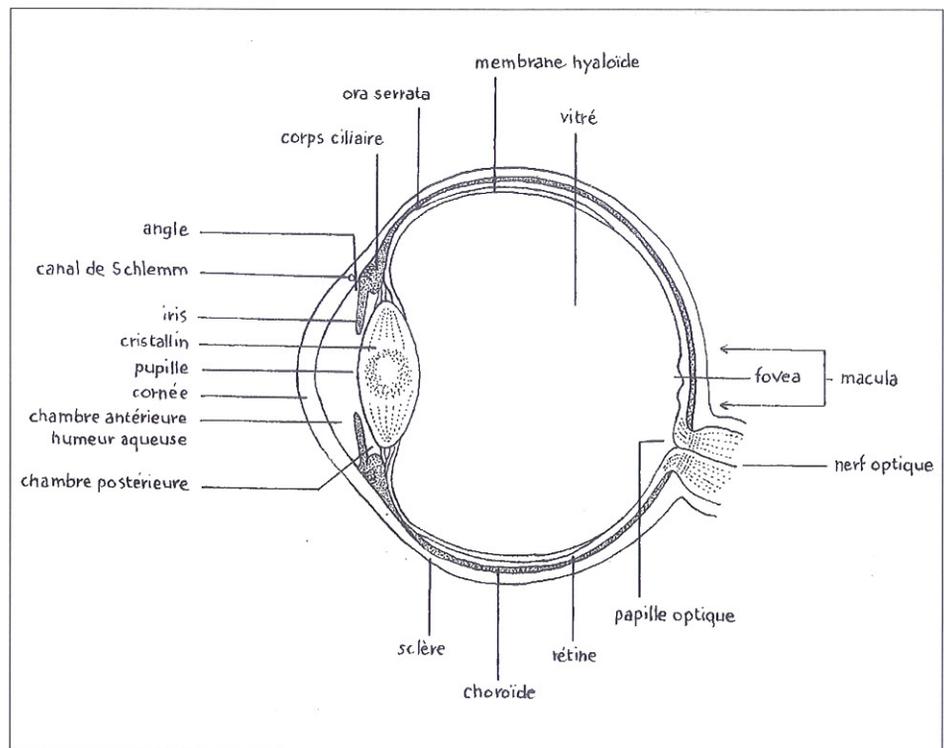
La frontière entre la sclère et la cornée s'appelle le limbe. C'est une zone demi-

RESUME

une accumulation de stress, aggravée par l'angoisse sous-jacente de la cécité partielle ou totale.

Travaillant dans le cadre immuable d'une sophronisation de base ou d'un Schultz avec une sophro-acceptation progressive adaptée à chaque cas, les expériences se sont révélées positives car chez les patients sophronisés, l'administration de drogues était soit nulle, en per-opératoire pour les anesthésies locales, soit nettement diminuée par rapport à la norme.

LA SOPHROLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER SPECIALISE EN OPHTALMOLOGIE



transparente qui a la particularité d'adhérer à la conjonctive.

La cornée est faite de cinq couches, qui sont de l'extérieur vers l'intérieur, l'épithélium, la membrane de Bowman, le stroma cornéen, la membrane de Descemet, l'endothélium. Cette texture assure la transparence de la cornée de l'homme, à condition qu'elle soit maintenue en état de sous-hydratation relative assurée par l'endothélium, sinon il y a œdème cornéen et opacité.

LA TUNIQUE UVÉALE

Elle comprend trois éléments :

- L'iris

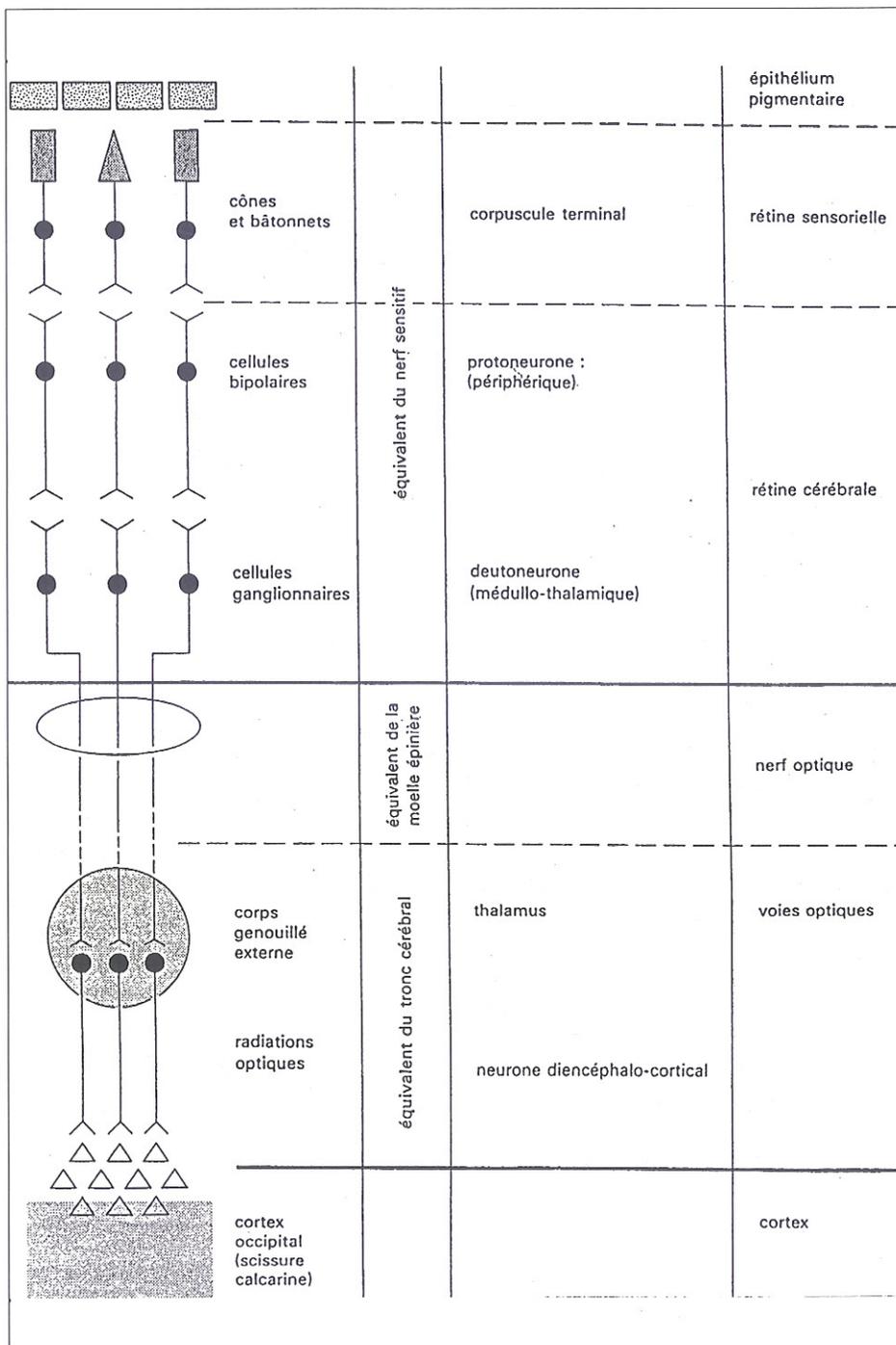
L'iris se situe en avant. C'est un diaphragme pigmenté dont la contraction ou la dilatation réflexes règlent la quantité de lumière pénétrant dans l'œil par la pupille. La

couche antérieure de l'iris se raccorde à l'endothélium cornéen. La contraction sphinctérienne dépend du parasymphatique, dont les filets empruntent le trajet du nerf moteur oculaire commun, 3ème paire de nerfs craniens, et la dilatation est commandée par les filets du sympathique cervical.

- Le corps ciliaire

Il est représenté par un épaississement de la tunique uvéale, située en couronne derrière l'iris. La face interne du corps ciliaire est couverte de cellules qui ont une activité sécrétoire liée à la formation de l'humeur aqueuse.

Elle contient aussi des fibres musculaires lisses qui jouent un rôle dans l'accommodation de l'œil en vision rapprochée par une action sur le cristallin, et dans la régulation



LA SOPHROLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER SPECIALISE EN OPHTALMOLOGIE

du tonus en influençant le drainage de l'humeur aqueuse par son action sur la taille et le volume du canal de Schlemm et du trabeculuna.

- La choroïde

Elle est formée d'un feutrage particulièrement dense de capillaires sanguins et de cellules pigmentaires. Son rôle est de nourrir les cellules photoréceptrices rétinienne accolées à la choroïde. Elle constitue d'autre part un écran opaque à l'intérieur de la paroi oculaire.

LA RÉTINE

C'est la tunique la plus interne et aussi la couche neurosensorielle. La rétine est directement en rapport avec le vitré.

En arrière on trouve :

- les éléments nobles sensoriels,
- la pars optica, jusqu'à la limite dentelée de l'ora senota,
- la pars cœsa (aveugle) qui continue en avant jusqu'au corps ciliaire,
- la face postérieure de l'iris jusqu'au bord pupillaire.

Embryologiquement, la rétine est une expansion du cerveau. C'est le seul élément du globe oculaire à présenter une origine neurale. La rétine a une structure complexe dans laquelle il est classique de reconnaître dix couches dont trois sont essentielles :

- l'épithélium pigmenté,
- la rétine sensorielle qui comprend les cônes et les bâtonnets et qui s'articule au niveau de la plexiforme externe (couche 5) avec,
- la rétine cérébrale où commence la conduction.

A la troisième semaine du développement embryonnaire apparaissent au niveau du cerveau intermédiaire deux vésicules pri-

mitives, évagination du tube neuronal auquel elles restent reliées par un pédondule.

Fait très particulier expliqué par l'embryologie, la rétine appartient déjà en partie au système nerveux central. Ce qui pour d'autres nerfs, s'étend de la périphérie à la moelle épinière est complètement ramassé dans la faible épaisseur de la rétine.

LES MILIEUX TRANSPARENTS

Il comprennent d'avant en arrière :

- L'humeur aqueuse qui remplit l'espace entre la cornée en avant, le cristallin en arrière. L'iris y baigne et sépare cette partie en deux : la chambre antérieure en avant, la chambre postérieure en arrière. Elle a un renouvellement rapide qui permet une régulation de la tension oculaire. Elle est sécrétée par le corps ciliaire et pénètre dans la chambre antérieure par la pupille. Elle est éliminée au niveau de l'angle par la chambre antérieure à part une petite partie réabsorbée par le corps ciliaire.

- Le cristallin qui est une lentille biconvexe, transparente, sépare l'iris et le vitré. Sa propriété essentielle est sa plasticité qui lui permet de modifier ses courbures et son indice de réfraction. Il est maintenu en place par une série de fibres amarrées au corps ciliaire. Il n'a ni nerfs, ni vaisseaux et tous ses échanges se font par diffusion à travers sa capsule qui isole son contenu au niveau de l'humeur aqueuse et du vitré.

- Le vitré est une substance transparente semi-liquide qui remplit la cavité oculaire en arrière du cristallin. Il représente 60 % du volume oculaire. Cette masse gélatineuse est enfermée dans une enveloppe, la hyaloïde, qui n'est qu'une condensation du vitré.

L'IMPORTANCE DE LA VUE DANS LE COMPORTEMENT

L'œil, organe de la vue, n'existe que grâce à la lumière.

La vue est un sens qui permet de saisir l'instant, l'autre, d'être en rapport direct avec l'espace, les formes, les distances, les couleurs, d'enregistrer les données comportementales d'autrui et les dangers. Grâce à ces informations, il va jouer un rôle sur les autres sens, les affects, l'intellect et le comportement.

L'évaluation des distances, des formes, des couleurs, va servir de sonnette d'alarme devant les obstacles, d'en apprécier la matière et la nature : dénivellation de terrain, évaluation de la vitesse. Elle permet au pied de se poser de façon sûre et facilite la mouvance du corps.

La vue va aussi conforter l'ouïe et l'aider à situer l'origine des sons en général, et d'un bruit en particulier. Ainsi, lorsque l'on traverse une rue, on se fie au bruit des moteurs des voitures. La vue va évaluer la vitesse du véhicule que l'on entend, permettant ainsi une sécurité dans la décision de la démarche.

La vue conforte également l'odorat. Ainsi, lorsque l'on est attiré par une odeur, bonne ou mauvaise, on en cherchera l'origine "de visu" afin, selon le cas, de donner libre cours à son désir ou, au contraire, d'en éviter le déplaisir.

Le goût lui-même est particulièrement stimulé par la vue d'un aliment qui, selon son aspect, stimule ou coupe l'appétit.

Le toucher n'est pas exempt des apports de la vue.

Il devient un sens particulièrement développé chez certains non-voyants. Chez le voyant ordinaire, les autres sens devien-

nent paresseux et l'évaluation tactile se fait beaucoup par la vue.

Ainsi, une barre grise, brillante, rigide, sera d'emblée qualifiée de barre métallique dont on évaluera approximativement le diamètre avant même la préhension et la température par rapport à son environnement.

La vue a surtout un rôle extrêmement important sur les affects. Elle nous fait saisir très rapidement les données positives ou négatives. La vue d'un paysage calme, riant, sera ressentie de façon positive ; celle d'un paysage désolé, sec, inhospitalier de façon négative. L'image de l'Autre, si importante, ne peut jouer aucun rôle que par la vue.

Nous notons tout de suite l'aspect comportemental de l'Autre, aspect des traits de la face, de l'attitude corporelle qui vont marquer soit la bonne humeur, la sérénité, l'étonnement, la surprise, la joie, soit le malaise, l'agressivité, le chagrin. L'humain, comme les animaux, a à sa disposition toute une gamme d'attitudes corporelles, de tensions musculaires, de mimiques et de regards qui lui permettent de communiquer en plus et au-delà du verbe.

Ne plus pouvoir saisir ces données, précieuses et incommunicables autrement que par la vue, oblige l'individu aveugle à rater une multitude d'informations à moins qu'il ne compense par une sensibilité intuitive et perceptive de l'autre presque médiumnique, ce qui est très rare. La cécité est aussi ressentie comme une punition immanente. Or, chaque intervention ophtalmologique laisse la trace de la peur de la cécité, de la privation de la vision, de la chute dans un monde obscur, inconnu. Pour mieux comprendre l'importance que cela représente, disons quelques mots de l'œil et de son symbolisme

LA SOPHROLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER SPECIALISE EN OPHTALMOLOGIE

L'ŒIL ET SON SYMBOLISME

Si l'organe en lui-même et sa fonction sont importants, il faut aussi envisager tout le support symbolique de l'œil. Lorsque l'on étudie les croyances forgées au long des siècles, qu'elles aient des bases philosophiques, religieuses ou magiques, on s'aperçoit qu'elles font référence à des symboles géométriques : cercles, triangles, pentacles...

Parmi ces figures, celle considérée comme parfaite est le cercle, représentation divine et magique du soleil. Les plus anciennes civilisations ne le considéraient-elles pas comme un Dieu ? Peu sûrs de sa réapparition matinale, nos lointains ancêtres priaient pour qu'il se lève, exprimant leur joie dès son apparition.

Disque, astre de lumière, générateur de vie, régulateur des saisons, le soleil chasse les ténèbres où tout est à craindre : le froid, les animaux sauvages, la perte de conscience dans le sommeil qui ressemble à une petite mort.

La vénération des astres a donné naissance à des religions depuis le panthéon sumérien avec Shamash jusqu'à l'essai monothéiste égyptien avec Rê, dont la doctrine d'Héliopolis fait, du souverain le fils ("Il devient "Rê", soleil vivant, l'Horus solaire identifié au dieu suprême Atoum", "Sur son front brille d'Uraeus, l'œil brûlant de Rê" (cf. Histoire des dieux des sociétés et des hommes, B. Valade, Hachette) en passant par la religion astèque et le regain de pratiques magiques mystico-religieuses amenées par la découverte de l'héliocentrisme par Copernic.

On peut souligner la grande corrélation qu'il y a entre l'œil et le soleil car il n'y a pas de vue sans lumière.

Le cercle, ponctué d'un point, est la figure parfaite symbolisant pour beaucoup de croyances ésotériques le Monde, Dieu. Souvent, cercle et soleil se confondent pour représenter la figure divine.

La dualité symbolique entre la lumière et les ténèbres est toujours de mise dans l'inconscient collectif et ressurgit dans l'expression quotidienne, le vocable religieux, l'éthique morale.

Ainsi, la lumière est elle toujours associée au beau, au bien, à la joie, à la vie, à la spiritualité, à Dieu.

Les ténèbres, elles, symbolisent toujours la mort, le mal, le pécher, l'inconnu, ce qui fait peur.

La lumière est nécessaire à l'homme pour voir. Or, voir vient du latin *videre*, et de l'hindou *veda* qui peut se traduire par "je sais grâce à la lumière". Lumière divine vers laquelle aspire la spiritualité humaine. Représentation divine, le cercle et la lumière apparaissent dans les symboles religieux chrétiens. Ils s'inspirent eux aussi du symbole solaire.

Citons entre autres les symboles primordiaux : l'hostie, l'ostentatoir, protecteur de l'hostie, doré comme un soleil irradiant la lumière de Dieu. Citons également les symboles architecturaux tels que rosaces, coupoles, dômes, formes arrondies des chœurs.

L'œil sphérique, ovoïde, matriciel, astral, marqué du cercle parfait de l'iris coloré dont le point central est la pupille, l'œil qui permet la vue, la perception de la lumière, devient à lui seul un support symbolique par sa forme et sa fonction, du divin et du magique en nous.

N'oublions pas dans l'impact symbolique de l'œil, sa symbolique sexuelle. Logé dans une fente humide et brillante, rappelant le sexe féminin, bordé de cils dont la longueur et l'épaisseur ajoutent à l'attrait du

regard par la lourdeur des paupières. Attrait symbolique, renforcé depuis très longtemps par la coquetterie des femmes grâce à des fards tels que le khol ou le rimmel. L'œil-organe, l'œil symbole, ne peut se dissocier du regard.

LE REGARD

Définition du Robert : action ou manière de diriger les yeux vers un objet afin de voir : expression des yeux de celui qui regarde. (Regarder = faire en sorte de voir. Considérer. Examiner. Inspecter. Observer. Scruter. Chercher. Envisager. Fixer. Lorgner. Loucher. Couvrir (des yeux). Toiser. Rechercher. Estimer. Juger. Tenir (pour). Concerner. Intéresser. Toucher. Contrôler).

L'étendue même de la définition du mot regard montre bien la difficulté que l'on éprouve pour en cerner toutes ses composantes. Cela tient à toute la subjectivité que l'on peut observer dans le regard, partie intégrante de la mimique, reflet de nos émotions, nos sentiments, notre état d'esprit ou notre état d'âme.

Le mot "regard" est toujours immédiatement accompagné d'un qualificatif, et ce miroir de notre activité psychique et intellectuelle nous permet ainsi de camper un personnage à un moment donné. Je citerai entre autres qualificatifs : hébété, morne, bovin, angoissé, fiévreux, furieux, furtif ou coquin, amoureux, tendre, rieur, aguicheur, calin, étonné, joyeux...

Ce regard nous permet d'approuver, de refuser, d'ignorer, de consentir, de sourire, de repousser, sans la moindre parole. Communication non verbale irremplaçable que l'aveugle n'a plus et qu'il devra compenser par les nuances plus subtiles

du timbre de la voix ou du toucher si toutefois il le peut.

Les voyants sont souvent mal à l'aise devant le regard éteint de l'aveugle. Ils ne peuvent pas accrocher leur regard et ne disposent pas de point de repère leur permettant de savoir si paroles et mimiques de la face s'accordent avec son état intérieur. Ceci est d'autant plus vrai que les personnes frappées de cécité ont tendance à figer leurs traits et leur expression, ne disposant plus des repères qu'ont les voyants.

Ces repères nous permettent de voir les mimiques des autres mais aussi les nôtres dans le miroir. Elles entraînent souvent des phénomènes d'imitation ou au contraire de correction.

Le malaise du voyant vis-à-vis du non-voyant vient de l'attitude générale de ce dernier qui, privé de la vue, va changer son attitude corporelle, mentale et devra surmonter une quantité de handicaps générés par l'absence de vision.

Toutes les sollicitations visuelles vont nous faire bouger la tête qui se trouve en état de mobilité permanente. L'aveugle, lui, ne peut ni imiter une attitude corporelle, ni bouger la tête de manière à augmenter son champ de vision. Sa tête est donc souvent raide, levée vers le ciel, ou baissée. *"Un tel manque de mobilité de la tête rend les muscles du cou moins souples et engendrent une contraction pénible de la nuque, de la ceinture scapulaire, du dos. L'équilibre corporel, la maîtrise de tous les membres en action est difficile à atteindre..."* La peur des obstacles sur la route quotidienne de l'aveugle va accentuer la raideur du corps *"la crispation musculaire qui anticipe le heurt en permanence, s'accroît, s'aggrave"* (cf "Comment voient les aveugles", J. Hervé, Ramsay). Ces attitudes corporelles ont toujours,

LA SOPHROLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER SPECIALISE EN OPHTALMOLOGIE

pour le voyant, une connotation négative qui conduit à un comportement de stress avec fuite ou maladresse vis-à-vis de ceux dont le corps est raide, les gestes saccadés, le faciès figé et dont le regard n'est plus qu'intérieur. Raideur corporelle et gestes saccadés sont assimilés de façon réflexe par le voyant à un handicap physique ou neurologique.

Regards vides, privés de lumière, tournés vers l'écoute intérieure, les aveugles apparaissent à nos yeux comme vivants dans un monde de concentration, de compréhension différente. On amalgame spontanément leur comportement à l'acquisition de la spiritualité, de la sagesse, tout en ressentant une certaine appréhension face à ce que l'on pense être leur vision médiumnique. Contraste psychologique et physiologique entre ceux qui vivent dans les ténèbres, l'inconnu... et nous, en pleine lumière.

Ces signes extérieurs font oublier ou gommer le fait que les aveugles sont des humains comme les autres *"avec leur timidité, leur violence, leurs angoisses, leurs rêves"* (cf *"Comment voient les aveugles"*, J. Hervé, Ramsay).

Ne pas voir, c'est aussi "ne pas être vu", c'est-à-dire ne jamais se refléter dans le regard des autres, ne pas avoir de point de repère ni du schéma corporel, ni de l'image de soi. Nous touchons là un troisième point dont l'importance semble évidente : la vue.

LA VUE

La lumière permet d'user de cet organe merveilleux et complexe : l'œil et sa fonction, la vue. Comme je l'ai déjà dit, la vue est un sens

primordial qui amène "une plus-value" aux autres sens et une connotation aussi bien objective que subjective à tous les moments de notre vie. Elle nous permet de vivre dans un monde coloré, pluridimensionnel, et d'en faire des évaluations permanentes. Elle va jouer un rôle très important dans la personnalité de l'enfant, dans son développement psychomoteur et affectif.

• Psychomoteur

L'apprentissage du geste, la préhension de l'objet, la coordination du mouvement s'accompagnent de l'adaptation et de la reconnaissance temporo-spatiale avec le passage du coucher à l'assis, à la déambulation à quatre pattes, à la station debout, à la marche, constituent ainsi, pour l'enfant, lentement et progressivement, son espace. Dès sa naissance, le nouveau-né voit. Mal certes, en noir et blanc pense-t-on, car si l'organe est fonctionnel, la maturation corticale n'est pas encore faite.

Aux premières heures, il distingue une forme, localise un objet, suit le mouvement d'un mobile. La perception des couleurs se développe au cours des premiers mois.

• Affectif

Son premier objet de connaissance sera la mère, l'objet d'amour par excellence ; il apprend à la reconnaître de face, de profil, de dos et à 4 mois la reconnaît sur des photographies.

Incapable de développement, il va prendre conscience de l'approche et de l'éloignement, de l'espace, chaque fois qu'il sera pris, rapproché, posé. Il imitera rapidement des expressions faciales, sourires, grimaces, les gestes de refus ou de demande.

Puis, vient la préhension de l'objet avec l'expérimentation du lâcher, de la reprise,

de l'utilisation, et son appréciation subjective.

Ensuite il se déplacera, en rampant, en s'asseyant, en se mettant debout, en marchant. Il modifiera alors son rapport à l'espace et établira une relation entre ses mouvements et la transformations de son environnement, donc de ses affects.

Selon l'école de Piaget, on peut retenir 4 stades :

- Jusqu'à 7 mois l'enfant accomplit des actions simples.
- De 6 mois à 1 an, il établit des relations entre les actions.
- De 10 à 20 mois, il construit des systèmes d'actions.
- Entre 1 an 1/2 et 3 ans, il accède aux représentations, langage-symbole.

Or, le langage symbole s'appuie sur la connaissance visuelle. Le biberon, le chat, le chapeau, papa, maman sont intégrés parce que vus et reconnus.

Cette évolution du tout-petit vers le langage l'amène à l'apprentissage de la reproduction par le dessin, puis à la lecture et à l'écriture, toutes activités reposant sur l'organisation visuelle.

C'est dire l'importance de ce sens dès notre arrivée en ce monde.

Cette importance est d'autant plus grande que le grand moteur de toutes ses transformations est sans aucun doute l'affectivité et les motivations par gratification. La vue, tout au long de notre vie, va jouer un rôle sur nos affects, touchant autant l'image du moi que celle de l'environnement.

L'enfant aveugle de naissance subira forcément un retard cognitif mais kinésique et marchera plus tard que l'enfant jouissant de la vue. Il construit difficilement son schéma corporel, recueillant les sensations venues de l'environnement extérieur. *"Comment prendre conscience de*

soi, lorsque le corps est prostré, rigide, fermé sur lui-même ?... Il faut tout lui apprendre, à commencer par les simples gestes de la tête et du cou qu'il ignore, faute de pouvoir les imiter... Différencier la conscience du corps allongé et celle du corps debout... Vivre de l'intérieur, la surface du bassin, les cuisses, le giron, est différent de se voir dans une glace, assis en position royale, tronant sur un siège... L'aveugle né ne saisit pas dans sa totalité et son évidence cette figure, ce mouvement que trace l'ensemble de son corps" (cf *"Comment voient les aveugles"*, J. Hervé, Ramsay).

Il lui faudra donc toucher, comparer avec d'autres enfants pour trouver la position la moins contracturante possible, la plus "naturelle" afin de prendre en quelque sorte possession de son corps et, à travers lui, accéder à la conscience de soi.

Il en ira de même de l'apprentissage du geste lié à l'action qu'il ne peut imaginer puisqu'il ne l'a jamais vue. *"Chaque acte est spécifique, rituel, codé, avec des gestes innombrables à faire sans les voir"... "Il est obligé d'apprendre l'équilibre, le déséquilibre... la distance nécessaire au déplacement... comprendre la notion de plan"* (cf *"Comment voient les aveugles"*, J. Hervé, Ramsay).

Les difficultés rencontrées par un enfant aveugle de naissance vont plus ou moins être gommées au départ, selon ce que seront ses parents ou leurs substituts. Le lien à la mère risque de devenir une dépendance totale qui rendra très difficile une adaptation à une scolarisation spécialisée. Il est effectivement tentant de tout faire à la place de cet enfant qui doit en permanence tater, se cogner, qui n'a pas de point de repère pour régir son corps, pour saisir, exécuter un acte précis. Il faut un caractère bien trempé pour le laisser

LA SOPHROLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER SPECIALISE EN OPHTALMOLOGIE

faire, se tromper, recommencer, apprendre à être indépendant sur presque tous les points. Selon son caractère et la façon dont on lui présentera son handicap, avec l'obligation de le surmonter, l'enfant s'équilibrera affectivement ou non.

Mais la vie affective, même si elle est réussie sur le plan parental, va devenir difficile au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Il ne peut découvrir l'Autre que par l'approche tactile, l'audition, l'olfaction. Nous vivons dans un monde où le toucher est prohibé, canalisé, policé. Combien sont prêts à se laisser toucher, palper en guise de présentation ?

Plus l'enfant grandit, plus les barrières qui le séparent de l'Autre deviennent difficiles à franchir.

Or, l'enfant aveugle a des besoins affectifs et des pulsions à assouvir autant que le voyant. Il provoque des demandes souvent maladroites et parfois rejetées aussi bien par le monde enfantin, adolescent ou adulte dit "normal".

A ces difficultés vont forcément s'ajouter les difficultés habituelles de communication vécues par chacun d'entre nous. Vont donc se trouver ainsi perturbés, aussi bien les rapports sociaux qu'affectifs ou amoureux.

Cela n'est pas insurmontable, et certains aveugles peuvent, au prix d'une adaptation difficile, mener une vie sociale parfaitement intégrée et une vie de couple équilibrée et harmonieuse.

Tout ceci fait que chacun d'entre nous conçoit la cécité comme un handicap majeur et d'autant plus insurmontable qu'elle est tardive dans la vie adulte. L'adaptation devient de plus en plus difficile en vieillissant et dépend alors uniquement du caractère, des capacités et de la volonté de chacun.

DEVELOPPEMENT

Le patient qui, pour des raisons accidentelles ou pathologiques, se trouve avec une baisse ou une perte d'acuité visuelle, est prêt à tout pour tenter de recouvrer la vue, même partiellement. Les techniques de plus en plus sophistiquées employées actuellement entretiennent cet espoir, mais il faut très souvent des interventions multiples et répétitives.

Nous nous trouvons alors devant des patients qui subiront les agressions renouvelées de l'anesthésie et de la chirurgie, donc une accumulation de stress, aggravée par l'angoisse sous-jacente de la crainte de la cécité partielle ou totale.

Cette augmentation permanente du stress devant l'agression chirurgicale et anesthésique amène ces patients, dont l'histoire médicale est souvent chargée, à des réactions organiques ou psychiques parfois catastrophiques : infarctus avant une intervention, poussées hypertensives, crise d'asthme, voire suicide.

La prise en charge psychologique de ces patients est très difficile dans le milieu hospitalier. De plus en plus, la politique hospitalière vise à raccourcir la moyenne de séjour des patients tout en augmentant le nombre des actes.

On se trouve donc devant un surcroît de travail pour, dans le meilleur des cas, un effectif identique et, dans le pire des cas (qui devient au quotidien la norme du monde hospitalier public) des effectifs réels diminués par les absences non remplacées.

La mise en place de la sophrologie dans cet univers m'a posé quelques problèmes. Tout d'abord, il y a eu le problème de l'acceptation administrative conditionnée par l'acceptation médicale, ainsi que

l'impossibilité d'avoir une "consultation" c'est-à-dire :

- une organisation impliquant un lieu calme pour les futures opérés,
- une infrastructure au niveau des services ou des consultations médicales, proposant au patient la possibilité d'être aidé et préparé aux interventions assez longtemps à l'avance,
- la répercussion à mon niveau du désir du patient de profiter de cette aide.

J'ai donc sollicité les autorisations du Professeur Limon et de médecins attachés à l'établissement afin d'obtenir celle de l'administration.

Ne pouvant compter que sur l'aide de quelques collègues pour diriger les patients, je me suis limitée à voir les malades choisis et volontaires dans 2 des 4 services existants. Je n'ai pu les voir qu'au moment de leur hospitalisation, c'est-à-dire la veille de leur intervention, et, grâce à la gentillesse de mes collègues infirmières anesthésistes qui ont accepté de modifier leur planning et horaires au gré des programmations opératoires, de les suivre en salle d'opération et au réveil. Après le choix des services et des opérateurs, venait le choix des patients. Il fallait pour cela établir des critères que j'ai déterminés selon le type d'intervention, le type d'anesthésie et la classe d'âge. Pour mieux comprendre ma démarche, il faut sérier les étiologies et les territoires oculaires atteints :

- la pathologie de la rétine et du vitré, qui se développe souvent à cause d'une étiologie accidentelle ou lourde : diabète, hypertension, maladie vasculaire, maladie de Wagner, maladie de Marfan...
- la pathologie de la chambre antérieure qui comprend les cataractes, les kératoplasties, les kératotomies radiaires, les treabéculectomies...
- la chirurgie plastique et réparatrice avec

les strabismes, les paupières, les conjonctives.

L'éventail de cette chirurgie nous montre que nous avons à faire à toutes les classes d'âge, et que l'on intervient aussi bien chez le nouveau-né que chez le grand vieillard. Pour introduire la sophrologie, je me suis donc limitée à une préparation aux interventions.

La technique employée a été la sophro-acceptation progressive suivie d'une visualisation de la cicatrisation et de la guérison.

La sophro-acceptation progressive se pratique de la façon suivante : on amène le patient à un niveau sophro-liminal grâce à une relaxation induite soit par une sophronisation de base, soit par la technique de Schultz.

Le niveau sophro-liminal atteint, le terpenos logos s'emploie à faire vivre au patient, de façon positive, l'acceptation des sensations qu'il est amené à ressentir dans l'avenir, étape par étape.

Ainsi, pour une intervention, on lui fait vivre le jour de son opération depuis la prémédication jusqu'à son réveil. Cette technique est suivie de la visualisation de la guérison.

Compte tenu de mon expérience acquise à ce jour, et de tous les malades que j'ai "sophronisés", je me suis appliquée à travailler selon deux types d'anesthésie :

- Les anesthésies locales.
- Les anesthésies générales.

LES ANESTHESIES LOCALES

Ce sont les interventions les plus courtes et les moins lourdes qui s'adressent à une catégorie de personnes

LA SOPHROLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER SPECIALISE EN OPHTALMOLOGIE

âgées de 62 à 75 ans ou plus. Je me suis trouvée confrontée à trois difficultés : l'âge des patients, la durée d'hospitalisation, l'organisation du service.

- L'âge des patients

Au fur et à mesure de leur existence, ils se sont forgés une cuirasse et ont mis au point des défenses pour affronter les moments cruciaux. Les patients âgés acceptent donc difficilement que l'on interfère dans leurs défenses.

- La durée de l'hospitalisation

Ils rentrent la veille de l'intervention et partent en moyenne le lendemain ou le surlendemain.

- L'organisation des services

Les patients sont en général hospitalisés la veille de leur intervention. Ce court délai laisse peu de temps aux différents services concernés pour pratiquer les examens pré-opératoires nécessaires et, a fortiori, pour leur apporter une aide sophronique.

Nous avons pu constater, sur les patients opérés de cataracte, que l'accord du patient était difficile à obtenir.

Lorsqu'il était obtenu, la préparation classique se faisait normalement à condition de laisser un temps d'adaptation assez long au patient, pour descendre au niveau sophro-liminal. Le vécu positif de son intervention lui apportait sur le moment un apaisement, puis la sérénité et un certain contentement.

Le lendemain, la prise en charge du patient en salle de pré-anesthésie démontrait une certaine panique malgré la prémédication.

La reprise de la SAP faite à ce moment est alors suivie d'un effet durable jusqu'à l'anesthésie locale. Là, malade et sophro-

logue se trouvent tributaires de l'approche du patient par l'ophtalmologue et de l'efficacité de l'anesthésie qui dépend de la technique et de l'attente de son obtention maximum.

Pour avoir une étude comparative, j'ai d'emblée choisi des patients qui avaient subi la même intervention quelques mois plus tôt sur l'autre œil.

J'ai pu ainsi me rendre compte :

- qu'avec la sophrologie, le patient était plus nerveux à l'arrivée en salle de pré-anesthésie avec la même pré-médication ;

- mais que rapidement, la tension élevée baissait de quelques points, le pouls accéléré ralentissait en redevenant normale grâce à la reprise de la SAP sur la table d'opération ;

- que pour une même anesthésie locale, faite par le même chirurgien, soit on pouvait éliminer les drogues adjuvantes telles que les benzodiazépines ou des dérivés morphiniques, soit les doses étaient minimales par rapport à l'intervention précédente.

Il faut savoir que l'hypertension vasculaire, l'agitation, jouent sur la tension oculaire et le confort chirurgical sous microscope.

Les conséquences peuvent être graves : expulsives (l'œil se vide), hypertension de la chambre antérieure avec impossibilité de mettre un implant, légère expulsion vitréenne à l'extraction du cristallin, ce qui engendre une vitrectomie avec des risques rétinien majeurs.

Dans les 10 cas observés en pré-opératoire, seul un patient est resté hypertendu et agité mais comparativement un peu moins que la fois précédente ce qui permit la pose d'un implant et d'envisager malgré agitation et plaintes du patient, la pose d'un implant secondaire au premier œil. Tous les patients, par contre,

m'ont dit avoir beaucoup plus peur que la fois précédente.

Dix patients ont été d'accord pour une SAP lors d'une première intervention de cataracte. Sur les 10, 3 peuvent être considérés comme un échec avec tension artérielle élevée, pouls très rapide, plaintes du patient, et adjuvants médicamenteux à doses plus importantes qu'à l'ordinaire. Ces trois échecs ajoutés aux difficultés à obtenir l'adhésion de cette classe d'âge ont fait que j'ai abandonné ce type de patients, car trop d'aléas et de paramètres rentraient en ligne de compte.

LA CHIRURGIE REFRACTIVE (KERATOTOMIE RADIAIRE)

Je me suis tournée vers la chirurgie de la cornée pratiquée chez les myopes. Les candidats à cette chirurgie sont jeunes (entre 19 et 35 ans), motivés par des raisons professionnelles, sociales ou esthétiques. Ils n'ont pas de pathologie associée.

Cette intervention se pratique en chirurgie ambulatoire. Les patients ont été vus soit la veille, soit le matin même de leur intervention. Leur accord a été très facile à obtenir ainsi que la descente en niveau sophro-liminal. La SAP faite à la chambre et en salle de pré-anesthésie a permis d'éviter les inconvénients habituels de ce genre d'intervention.

Ces inconvénients sont dus à la jeunesse des patients et à leur émotivité peu contrôlée sauf par les grands sportifs habitués à la concentration. Ils sont dus également à la technique d'intervention qui demande la coopération du patient donc sa luci-

dité complète. Peu prémédiqués, ils arrivent souvent en état de peur intense. Or, grâce à la sophrologie, tous les patients ont pu, sans crainte, fixer la lumière du microscope, supporter l'éblouissement, l'appui du bistouri sur la cornée, la pince de la conjonctive et laisser leurs muscles suffisamment détendus pour que le chirurgien place sans difficulté l'œil à sa main. Ces interventions se pratiquent sous Novésine, anesthésique de contact. Avant l'apport sophrologique, ces patients prémédiqués légèrement étaient suivis avec électroscopie et tensiomètre et perfusés pour prévenir une bradycardie majeure ou une tachycardie paroxystique ce qui demandait un apport chimique au coup par coup.

Avec la sophrologie, j'ai d'emblée récusé la voie veineuse afin d'éviter un traumatisme supplémentaire, mais gardé le scope afin d'avoir un appui exemplaire. Ceci m'a permis de suivre le contrôle que le patient avait de la situation vécue. Ainsi, sur 30 patients préparés, l'avantage dû à la sophrologie était suffisant pour que le chirurgien dirige systématiquement les candidats aux kératectomies radiaires, lorsqu'ils étaient consentants vers cette préparation et ce, jusqu'au départ de l'établissement.

LA CHIRURGIE ESTHETIQUE ET REPARATRICE

Les patients qui demandent ce genre de chirurgie esthétique sans autre nécessité, sont souvent instables et développent une psychologie particulière. Ce sont en général soit des gens qu'il est difficile d'aider en quelques heures, à la veille

LA SOPHROLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER SPECIALISE EN OPHTALMOLOGIE

d'une décision importante et qui veulent souvent rester anonymes, soit des gens très âgés (trichyasis).

Les personnes ayant un ptosis ou un délabrement accidentel ne rentrent pas dans ces deux catégories. Ces interventions se pratiquent chez des personnes souvent jeunes et demandent parfois une ou deux reprises. Trois patients ont pu bénéficier des services de la sophrologie.

Cette intervention est longue et la préparation des patients a permis non seulement de ne pas leur injecter d'adjuvant à l'anesthésie locale mais également de ne pas la consolider en cours d'intervention. Un de ces trois patients avait eu un parcours tout à fait exemplaire. Victime d'un accident de la voie publique, sa paupière fut sectionnée en partie avec perte du tarse. Trois interventions avaient déjà été pratiquées, mais la perte de substance ne permettait pas à la paupière de se fermer. Il fallut donc pratiquer une greffe et une reconstitution cartilagineuse avec prélèvement de greffon à l'oreille. Ce jeune étudiant, très motivé pour sa demande réparatrice, "paniquait" littéralement lors de son hospitalisation. J'ai pu le rencontrer deux fois avant son intervention et lui faire renoncer à sa demande d'anesthésie générale. Le patient doit en effet être conscient de coopérer afin de garder un tonus musculaire permettant au chirurgien de se référer, œil ouvert ou fermé, à la paupière intacte. Ainsi, il a pu affronter 5 heures d'intervention sans problème, uniquement avec l'aide d'anesthésie locale pratiquée en début d'intervention pour la paupière, puis en cours d'intervention au niveau de l'oreille. Les suites furent satisfaisantes et simplifiées grâce d'une part à l'habileté du chirurgien mais d'autre part à l'entraînement sophrologique pratiqué à sa demande.

LES ANESTHESIES GENERALES

L'anesthésie générale permet de mieux préparer "l'avant et l'après" de l'intervention, et si elle ne l'efface pas, elle n'insiste pas sur la technique opératoire elle-même.

L'anesthésie générale étant pratiquée dans les types de chirurgie, l'éventail des patients est très large. J'ai préparé ces patients "à la demande", selon le degré d'angoisse qu'ils présentaient en arrivant en salle de pré-anesthésie.

Les résultats peu probants que j'avais enregistrés pour les cataractes m'ont incitée à mettre au point une technique rapide, basée sur la respiration, la décontraction (selon les cas Schultz ou sophronisation de base).

Pour accélérer le processus, je leur demandais de visualiser un lieu agréable, où l'on se sent bien, de vivre leur senti corporel de façon positive : piquûre, induction, intubation, intervention avec ses points forts (par exemple extraction du cristallin), réveil avec extubation, cicatrisation rapide, sortie avec un œil voyant et non inflammatoire. Tous les patients préparés avec cette méthode juste avant l'intervention en ont eu un bénéfice certain :

- installation du patient sans élévation de la tension artérielle,
- préparation idem,
- induction sans chute de tension,
- intubation sans tachycardie, sans élévation de tension,
- équilibre hémodynamique durant toute l'intervention, l'anesthésie étant maintenue soit par inhalation gazeuse, soit par propofol à la seringue électrique, sans réinjection nécessaire à certains moments cruciaux,

- réveil calme avec extubation sans toux donc sans risque pour l'œil opéré.

Parmi ces expériences faites sur la table d'opération, l'une d'elles me paraît exemplaire.

Une femme de 60 ans, ayant subi trois interventions, devait se faire opérer pour ablation de silicone. Trois fois, cette dernière intervention fut repoussée pour une élévation subite de tension à 28/4, sans rémission malgré les drogues. La 4ème fois, j'arrivais à convaincre le chirurgien et médecin anesthésiste de nous laisser le temps de faire une sophro-acceptation progressive.

La malade était piquée, monitorée et j'ai pu suivre sur le dynamap le succès de notre démarche. Il fallut tout de même 20 minutes pour que la tension artérielle se stabilise à 13/6. Nous avons alors pratiqué l'induction et gardé pendant toute l'intervention une tension comprise entre 13 et 15 de maxima.

J'ai pu également pratiquer cette technique auprès de quelques enfants âgés de 7 à 10 ans. L'enfant est le véhicule de l'angoisse maternelle et arrive parfois tellement apeuré que l'on transforme l'induction en lutte.

Ce n'est heureusement pas le cas très souvent. Lorsqu'il est bien préparé, il est apte à entendre et à comprendre. Il se plie alors très facilement à ce qu'on lui présente comme un jeu. Avant de pratiquer une relaxation, j'ai expliqué à chaque enfant ce qu'on allait lui faire vivre. Ensuite, je l'ai amené à la relaxation avec une SAP et lui ai fait vivre le processus d'induction, de sommeil d'intervention, de réveil et des suites post-opératoires immédiates. J'ai ainsi évité beaucoup d'inconvénients dus à la décharge des catécholamines et les réveils difficiles avec spasmes laryngés dus aux sanglots réprimés ou non.

RESULTATS

Travaillant dans le cadre immuable d'une sophronisation de base ou d'un Schultz avec une sophro-acceptation progressive adaptée à chaque cas, j'ai pu faire les constatations suivantes :

- L'âge joue un rôle important. Plus le sujet est âgé, plus il est difficile d'agir sur son vécu, sa cuirasse étant trop importante et son imaginaire du sujet car il a déjà structuré des défenses qu'il n'est pas bon de déstructurer. Pour l'anecdote, la moitié des personnes âgées imagine que l'on va sortir l'œil de l'orbite, l'opérer et le remettre en place. Une façon évidente de ne pas se sentir concernée par l'intervention.

Il aurait certainement fallu une préparation de plusieurs semaines pour restructurer ces patients et les amener à une réelle acceptation de leur intervention. Ceci, je l'ai déjà expliqué, fut impossible.

En corollaire, plus les patients sont jeunes, plus il est facile :

- de leur parler de méthode de relaxation car soit ils la pratiquent soit ils en ont entendu parler,
- de les amener au niveau sophro-liminal,
- de leur faire accepter positivement le vécu des sensations corporelles,
- de leur faire positiver le résultat de leur intervention et l'accélération de leur guérison.

- Malgré les difficultés rencontrées, les expériences se sont révélées positives car chez les patients sophronisés :

- l'administration de drogues était soit nulle, en per-opératoire pour les anesthésies locales, soit nettement diminuée par rapport à la norme,
- les inductions et les réveils se passaient dans le calme,

LA SOPHROLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER SPECIALISE EN OPHTALMOLOGIE

- aucun incident majeur (asthme, bronchospasmes, spasmes laryngés) ne fut à constater en pré, per ou post-opératoire. Il est vrai que, sur une centaine de malades, l'échantillon est trop restreint pour tirer des conclusions véritablement probantes.

- Les suites opératoires de certains patients ont été très nettement améliorées en particulier sur le plan de la douleur et des œdèmes (les œdèmes de cornées dues aux kératotomies radiales, par exemple).

CONCLUSION

Notre maladresse à aborder les patients et à les aider lors de leur arrivée en salle d'opération était très souvent le sujet de nos conversations entre collègues. L'une d'elles découvrait la sophrologie et était inscrite aux séminaires dirigés par le Docteur Hubert. Son enthousiasme me poussa à me diriger dans cette voie. Qu'elle en soit remerciée. J'ai pu depuis, dans le cadre de ce travail, mais aussi en toutes circonstances, apporter une

aide ponctuelle aux personnes que je devais endormir ainsi qu'à celles que je rencontrais en dehors de ma vie professionnelle. Bien que renonçant, dans le cadre restreint de la salle d'opération, à faire passer le message global de la sophrologie et de son esprit, je pus appliquer des techniques simples, rapides et efficaces.

Ce message de la transformation globale de l'individu, de cette recherche vers la connaissance de soi-même et des autres, a été transmis grâce aux groupes de relaxation dynamique que j'ai animés pendant plus d'une année avant mon départ de l'établissement où fut faite cette étude.

J'espère poursuivre cette activité sur mon nouveau lieu de travail dans la mesure où il est certain que ces groupes apportent au personnel soignant une meilleure prise en charge de leur individualité, de leur travail et des contacts souvent difficiles avec les patients atteints de pathologie lourde. La sophrologie m'ouvre actuellement les portes d'une nouvelle activité me faisant participer à la mise en place d'une consultation "anti-douleur" aux côtés de médecins anesthésistes, neurologues, ostéopathes...

QUELQUES NOTES DE LECTURE

• SOUFFRANCES

"Corps et âme, épreuves partagées"

Editions Autrement, n°142, PARIS

L'être humain "subit" quelque part cette épreuve faisant souvent preuve. Dans cette série d'auteurs, médecins, philosophes, scientifiques se fixent pour tâche de donner sens aux souffrances humaines. Le sophrologue et le bioénergéticien y trouvent leur part, tout à fait justifiée, de sensorialité et de corporalité, sans risquer d'être enfermés dans un dogme ou dans le fantasme. Dirigé par Jean-Marie Von Kaenel, cet ouvrage représente une démarche qui va de l'épanouissement à la prise en charge, de la prise de conscience du médecin devant la naissance et la maladie (jusqu'à la mort). Avec des "révélation" qui ne sont certes pas nouvelles pour le spécialiste et en particulier le naturothérapeute mais qui sont de bonnes choses pour nous conforter et aussi nous apprendre.

J.P. H

• LES NOCES DE L'UNITÉ

Maéva SALA

Auto-édité

"Les noces de l'unité" tracent un chemin de santé pour "ceux qui veulent en sortir" et recherchent la clef de leur propre labyrinthe intérieur. "Chacun de nos matins

assiste à l'éclosion d'une fleur" dit Maéva qui bénéficie des cultures malgaches, indiennes et occidentales. Ce livre dont l'un des mérites est de se lire lentement, est une prise de conscience de nos possibilités non sans faire appel à l'épanouissement de nos fleurs de lotus. C'est le reflet d'un message d'amour.

J.P. H

• LEXIQUE DE SOPHROLOGIE ET DE TERMES USUELS

Dr Jean-Pierre HUBERT

Nouvelle édition revue

et augmentée. Editions de la Norière

Un des classiques de la sophrologie, le lexique de sophrologie et de termes utiles est l'un des instruments indispensables aussi bien pour l'information que pour la formation. Il a le mérite de regrouper et de définir des concepts appartenant à la sophrologie, à la psychanalyse, à l'acupuncture dans l'esprit des traditions occidentales et orientales.

Le non-spécialiste peut se trouver de temps en temps à court de définitions. Le lexique de sophrologie et de termes utiles évitera certaines lacunes qui peuvent être gênantes. Il est aussi destiné à faire naître l'envie d'approfondir nos connaissances et d'en savoir plus.

J.P. H