

Profils psychologiques complexes : le facteur invisible du parcours chirurgical



V. CAMINADE,
Clinique de la Vision, PARIS.
virginie.caminade@cliniquevision.com

Depuis une dizaine d'années, la chirurgie réfractive a profondément changé de visage. Au-delà des progrès techniques, une transformation plus discrète mais tout aussi déterminante s'est opérée : celle du profil psychologique des patients. Les réseaux sociaux, les forums médicaux, les témoignages vidéo et, aujourd'hui, l'intelligence artificielle ont profondément modifié le rapport des patients à la chirurgie et au chirurgien. Ils arrivent mieux informés, plus impliqués... mais aussi plus anxieux et souvent beaucoup plus exigeants. Selon les études, jusqu'à 60 % des patients présentent une forme d'anxiété avant une chirurgie, y compris réfractive [1].

Dans la grande majorité des cas, tout se déroule parfaitement. Cependant, la chirurgie réfractive étant une chirurgie de confort, c'est aussi celle où le vécu émotionnel du patient diverge le plus de la réussite opératoire. Il peut alors être déroutant, pour le chirurgien, de constater qu'un résultat parfaitement optimal – acuité à 10/10, absence de complication – ne s'accompagne pas toujours de la satisfaction escomptée.

À la Clinique de la Vision Paris, le parcours patient est au cœur de nos préoccupations : il est même la pierre angulaire d'un travail collégial entre les chirurgiens et toute l'équipe. Cette synergie permet de mieux comprendre et anticiper le fonctionnement de ces patients particuliers, plus exigeants ou plus anxieux, et ainsi de prévenir les désaccords, d'apaiser les émotions et parfois d'éviter d'importantes tensions relationnelles ou médico-légales [2, 3].

Lorsque ces profils de patients plus sensibles sont repérés en amont, ils peuvent être mieux accompagnés et désamorçés, grâce à différents leviers puissants comme l'écoute active, la préparation mentale et la cohérence d'équipe.

Une minorité de patients concentre une part disproportionnée des situations complexes

Sans relever d'un diagnostic psychiatrique, certains patients partagent des traits psychologiques communs : une inquiétude persistante, un besoin de contrôle plus prononcé, une hypervigilance corporelle ou encore une tendance perfectionniste. On distingue notamment :

- les anxieux ou phobiques, centrés sur la peur du geste, du laser ou de la perte de contrôle ;
- les hypervigilants, attentifs à la moindre sensation visuelle, au point d'interpréter comme anormales des perceptions transitoires ;
- les perfectionnistes, exigeant un résultat idéal et tolérant difficilement la moindre imperfection.

Or, ces particularités apparemment anodines peuvent influencer sur tout le parcours de soins. Dès la consultation, et malgré une information complète, certaines explications sont retenues de façon sélective : les messages positifs sont minorés, les risques exagérés [4]. À ce stade, même si le consentement est signé, la confiance reste fragile.

Cas typique : une femme de 38 ans, RH, qui a consulté quatre chirurgiens et ChatGPT avant de se décider. Chaque rendez-vous a approfondi ses connaissances et renforcé son anxiété : plus elle savait, plus elle doutait ! Comme d'autres patients surinformés, elle maîtrisait assez bien le jargon. Mais sans aucune formation médicale, ses exigences techniques faussaient totalement le rapport au médecin.

Ce besoin de tout comprendre est une stratégie classique d'adaptation pour réduire l'incertitude... jusqu'à ce que, finalement, l'inverse se produise et que l'information devienne plus anxiogène qu'apaisante. Un exercice de relaxation et une préparation mentale lui ont permis de travailler sur sa peur de « perdre le contrôle ». Le jour de l'intervention, elle a coopéré parfaitement et a dit au chirurgien : « *J'avais plus besoin de lâcher prise que d'informations.* »

Le jour J, ces patients peuvent déstabiliser le rythme opératoire : questions multiples au bloc, tension musculaire, hyperventilation ou, à l'inverse, sidération silencieuse, voire malaise vagal. En postopératoire, ils présentent également davantage de symptômes subjectifs : sensation de sécheresse « anormale », gêne lumineuse, inquiétude disproportionnée face à des phénomènes transitoires [5]. Chacune de ces situations peut être gérée, à condition d'être anticipée.

La détection préopératoire : prévenir plutôt que réparer

Identifier ces profils commence dès la première prise de contact (**fig. 1**). Le langage verbal et non verbal, les formulations et l'attitude donnent souvent des indices précieux qu'il est utile d'apprendre à décrypter et ce, par toute l'équipe.

De multiples consultations ou des recherches comparatives traduisent un besoin de contrôle et une difficulté à faire confiance. Des questions très techniques, centrées sur les risques trahissent de l'hypervigilance et une quête de certitudes pour apaiser des peurs non verbalisées. Une demande de « garantie de résultat » est plus problématique car ce perfectionnisme comporte un vrai risque d'insatisfaction postopératoire. Enfin, un ton inquiet malgré toutes les explications indique une anxiété persistante et un risque de rupture de l'alliance thérapeutique.



Fig. 1 : Une consultation préopératoire attentive permet d'identifier les profils psychologiques sensibles et d'instaurer un climat de confiance.

Lorsqu'une telle fragilité est repérée, le praticien peut judicieusement proposer un accompagnement complémentaire préopératoire (visualisation positive, hypnose conversationnelle...) [6]. À défaut de changer véritablement un tempérament, il suffit parfois à désamorcer quelques peurs et tensions. Ces outils thérapeutiques visent surtout à canaliser l'attention du patient – du risque vers le bénéfice attendu. Ainsi, son GPS interne peut être reprogrammé sur ce qu'il veut et non sur ce qu'il craint !

En effet, certains patients ne retiennent que les risques et se focalisent dessus. Ce biais de négativité est une tendance naturelle du cerveau à accorder davantage de poids aux informations menaçantes. Comme ce patient qui est finalement rentré chez lui, juste après l'enregistrement administratif, incapable de surmonter sa peur. Ou cet autre, tétanisé, qui s'est « laissé faire » au bloc tout en s'urinant dessus... Pour contrer cela, de nombreux travaux confirment l'efficacité des techniques de relaxation et de respiration sur la régulation du rythme cardiaque et la réduction du cortisol préopératoire [7, 8]. Mais aucune stratégie ne réussit seule. En chirurgie, la cohérence entre le chirurgien, les orthoptistes, les infirmiers de bloc et les secrétaires – du cabinet comme de la clinique – est alors primordiale. À la CLV Paris, cette culture commune, fondée sur l'écoute, la bienveillance et le professionnalisme, fluidifie le parcours patient. Chaque membre est encouragé à identifier les signes de tension psychologique et à en informer le chirurgien.

La qualité de la coopération interne conditionne la sérénité du patient et la réussite chirurgicale. Une communication empathique est souvent associée à une

baisse significative de l'anxiété opératoire et à une satisfaction accrue de toute l'expérience vécue [9, 10].

Protocole express de préparation mentale (fig. 2 et 3)

Objectif : installer en 5 minutes un état de calme et de concentration avant l'intervention.

1. Scan corporel (30 s) : ressentir les points d'appui du corps (fauteuil, sol) et se répéter mentalement : « Je suis stable et ancré ».
2. Vision panoramique (30 s) : ouvrir le champ visuel, élargir la perception de l'espace.
3. Respiration abdominale (1 min) : inspirer lentement par le nez, sentir l'abdomen se gonfler sous la main, relâcher les tensions à l'expiration.
4. Bande annonce positive (1 min) : orienter les pensées vers ce qui est attendu et rassurant.
5. Ancrage positif (2 min) : ressentir sérénité ou confiance, visualiser les bénéfices de l'intervention et les associer à un mot clé ou à un geste.



Fig. 2 et 3 : Une séance de sophrologie préopératoire offre au patient des outils simples pour apaiser les tensions, renforcer la confiance et aborder l'intervention dans un état de calme et de maîtrise.

Le jour de l'intervention : sécuriser le moment critique

L'arrivée à la Clinique et, plus encore, l'entrée au bloc marquent souvent un pic d'anxiété, l'espace inconnu renforçant la vulnérabilité perçue. La posture calme et l'assurance du chirurgien sont essentielles. Et les

équipes médicale, paramédicale et administrative jouent, elles aussi, un rôle majeur en complément : accueil chaleureux, sourire et regard bienveillants, consignes claires et rassurantes. Ces détails suffisent souvent à faire basculer du stress à la confiance. Quand toute l'équipe parle le même langage, le patient perçoit cette cohérence comme un signal de sécurité, souvent évoqué ensuite dans les témoignages (fig. 4).



Fig. 4 : La cohérence d'équipe, perceptible dès le passage de relais, apaise le patient et soutient l'alliance thérapeutique..

Et c'est ce qu'a pu expérimenter cette patiente, totalement contractée à la pose de l'écarteur – qui évoquait le film « *Orange Mécanique* » et n'écoutait plus les consignes du chirurgien. L'infirmière, formée à la cohérence cardiaque (Dr David O'Hare, 365 *Cohérence cardiaque*), lui a fait prendre trois respirations abdominales guidées. En quelques secondes, son rythme cardiaque s'est régulé et l'intervention a pu reprendre. Ce type d'action minimale évite souvent qu'une crise de panique n'interrompe l'acte chirurgical.

De même, ce patient de 29 ans, sportif, qui redoutait de « ne pas tenir immobile » pendant le traitement et de compromettre sa vision. Une séance de sophrologie lui a appris à évacuer les tensions psychocorporelles et à visualiser un moment de réussite personnelle [11]. Et surtout, la chirurgienne a elle aussi adapté son discours pour rassurer le patient (reconnaissance irienne, alignement précis). Résultat : une intervention apaisée et aucune agitation peropératoire.

Postopératoire : quand la réussite technique ne suffit pas

Mieux vaut ne pas négliger l'impact de l'anxiété sur la perception sensorielle et l'interprétation des symptômes. Car l'euphorie du lendemain peut parfois se teinter d'inquiétude. Le moindre halo nocturne, une sécheresse matinale ou une gêne passagère peuvent être interprétés comme un échec. À ce stade, la qualité relationnelle prime autant que la qualité visuelle. Et c'est exactement ce qui peut être anticipé en anamnèse – et pas seulement écrit en consignes postopératoires : expliquer calmement toutes les suites naturelles possibles, nommer les sensations (« halo temporaire », « picotement normal »), rappeler la chronologie de récupération et offrir un contact direct en cas d'anomalie. Ces informations permettent de mieux ancrer le patient dans la réalité médicale. Ainsi, une gêne réelle, qui se serait amplifiée par une interprétation anxieuse, redevient « normale » et mieux acceptée. L'enjeu n'est donc pas de nier la sensation, mais de lui redonner son juste sens physiologique.

Comme cette femme de 31 ans, ingénieure, opérée sans incident (10/10 bilatéral), qui évoque à J + 10 une « vision floue au réveil ». Après contrôle médical, il s'agit d'une simple sécheresse matinale. Une séance de sophrologie postopératoire l'a aidée à dissocier la sensation réelle de son interprétation. Deux semaines plus tard, la gêne avait disparu.

Un suivi postopératoire rapproché évite non seulement les complications, mais aussi la spirale de l'insatisfaction chronique, plus fréquente en chirurgie de confort. Un secrétariat empathique et formé à distinguer les véritables urgences contribue également à désamorcer certaines situations.

Quand l'aléa surgit : préserver l'alliance thérapeutique

Même au sein d'une relation solide, un aléa reste possible, éprouvant tant pour le patient que pour le praticien. La clé n'est alors pas seulement de fournir une explication technique, mais d'assurer la continuité du lien. Être revu rapidement et sentir une présence médicale humaine et non défensive, réduisent le risque de rupture. Car si une insatisfaction non exprimée s'amplifie dans le silence, l'échange direct rétablit bien souvent l'équilibre et la confiance.

Sur le plan médico-légal, consigner un maximum d'informations – instructions données, ressenti noté, événement indésirable, etc. – protège patient, chirurgien et équipe. Les patients qui se sentent écoutés déposent moins de plaintes, même en cas de complication. Et, en cas d'aléa, les TCC peuvent également servir d'outils de résilience post incident, aidant à restaurer la confiance et à apaiser la mémoire émotionnelle.

Pour autant, l'identification et la préparation mentale ne résolvent pas tout. Certains profils – troubles anxieux sévères, phobies majeures, dépression non stabilisée, personnalités borderline, bipolaires ou schizophrènes – dépassent le champ opératoire et nécessitent un suivi psychiatrique. Même la bienveillance d'une équipe rodée ne peut contenir la détresse d'un patient instable. Il est donc essentiel de vérifier la capacité de discernement et la stabilité émotionnelle avant toute chirurgie. Et pourquoi pas de savoir renoncer à l'intervention (ou la différer), pour mieux accompagner son patient.

Ainsi, une patiente d'une vingtaine d'années a fait une crise d'hystérie incontrôlable au bloc : pleurs, cris et refus d'ouvrir les yeux. Ce type de réaction extrême traduit un conflit entre désir de changement et peur panique. Dans ces cas (trouble dissociatif aigu ou panique hystérique peropératoire), il vaut mieux reporter voire annuler l'intervention : un patient non prêt émotionnellement est rarement satisfait, même avec un résultat parfait. Reconnaître ses limites et orienter sans jugement vers un soutien psychologique renforcent la crédibilité de la démarche médicale et protègent la relation thérapeutique.

Conclusion

La chirurgie réfractive ne se limite pas à un geste technique de haute précision. Elle se joue aussi dans l'espace relationnel qui l'entoure : compréhension, confiance, détente, anticipation. Pour le praticien, le savoir être compte autant que le savoir faire.

Les patients "difficiles" ne sont pas les ennemis du confort opératoire. Au contraire, ils en révèlent les zones à perfectionner. Une écoute active (pour mieux les identifier), une posture médicale confiante et bienveillante et l'option d'un accompagnement psychocorporel ou d'une préparation mentale transforment souvent une tension

en satisfaction et peuvent largement faciliter les choses, parfois mieux qu'une médication.

Car, au delà de la vision corrigée, la réussite d'une chirurgie réfractive se mesure aussi au regard apaisé d'un patient qui se sent compris et accompagné tout au long de son parcours (fig. 4).

Bibliographie

1. CAUMO W, SCHMIDT AP, SCHNEIDER CN *et al.* Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2001;45:298-307.
2. LEMAITRE S, BLUMEN-OHANA E, AKESBI J *et al.* Évaluation de l'anxiété préopératoire chez les patients nécessitant une chirurgie filtrante du glaucome. *J Fr Ophtalmol*, 2014;37:47-53.
3. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Information du patient : recommandations pour une information claire et adaptée.
4. AMOUROUX R. L'anxiété préopératoire. *CNR Douleur*, 2010.
5. SOLOMON KD, FERNÁNDEZ DE CASTRO LE, SANDOVAL HP *et al.* LASIK world literature review: quality of life and patient satisfaction. *Ophthalmology*. 2009;116:691-701.
6. MARTEL C. Sophrologie et soins infirmiers pour prévenir l'anxiété préopératoire. *Rech en soins infirmiers*, 2022.
7. VAN RANGELROOIJ K, SOLANS BUXEDA R, FERNÁNDEZ GARCÍA M *et al.* Efficacité d'un programme de sophrologie de 4 semaines chez des patients anxieux en soins primaires (traduction du titre). *Actas Esp Psiquiatr*, 2020;48:200-208.
8. LABORDE S, ALLEN MS, BORGES U *et al.* Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability: A systematic review and a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 2022;138:104711.
9. KELLEY JM, KRAFT-TODD G, SCHAPIRA L *et al.* The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2014;9:e94207.
10. HEMMERDINGER JMR, STODDART SDR, LILFORD RJ. Revue systématique des tests d'empathie en médecine (traduction du titre). *BMC Med Educ*, 2007;7:24.
11. HAUTEVILLE A. Préparation psychologique du patient avant une intervention chirurgicale et sophrologie. *Rev Odonto Stomatol*, 1983;12:133-135.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.