

# HYPNOSE CHEZ UN JEUNE ENFANT POUR UNE CRANIOTOMIE A L'ETAT EVEILLE

**C. Bernard, C. Wood, I. Nègre,**

*Hôpitaux de Bicêtre et Robert Debré, APHP*

## **Et toute l'équipe travaillant en neurochirurgie éveillée à l'hôpital Bicêtre :**

*L'équipe de neurochirurgie : Professeur Nozar Aghakhani, neurochirurgien d'Alexis et Professeur Fabrice Parker, Chef de Service de Neurochirurgie de l'hôpital Bicêtre.*

*Docteur Catherine Bernard et Docteur Philippe Roulleau, anesthésistes-réanimateurs et membres en formation de l'Institut français d'hypnose ou IFH, Docteur Chantal Wood pédiatre et anesthésiste-réanimateur, responsable de l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital pédiatrique Robert Debré de l'APHP et formatrice à l'IFH.*

*Docteur Viviane Bouilleret, neurologue d'Alexis et Docteur Pascal Masnou, neuro-épileptologues.*

*Constance Flamand-Roze, orthophoniste.*

*Anne Elbaz, psychologue.*

*Florie Largeau, kinésithérapeute.*

*Valérie Cayron, Cécile Chenet, Catherine Dobat (IADE d'Alexis), infirmières anesthésistes.*

*Magali Desclair, Nathalie Régnier et Jean-Marie Ramet, infirmier(e)s de bloc opératoire.*

*L'équipe infirmière de consultation et d'hospitalisation de Neurochirurgie de l'hôpital Bicêtre.*

## **Introduction**

---

Les indications de l'hypnose médicale sont très nombreuses et l'anesthésie en est un domaine d'application « idéal ». En effet, l'approche en hypnose permet de s'adapter rapidement au monde sensoriel, psychique et cognitif de chaque patient de manière à créer, lors de cette relation soignant-soigné « ponctuelle », un lien de confiance. En outre, l'utilisation de l'hypnose permet de diminuer l'anxiété péri-opératoire et les douleurs post-opératoires chez l'adulte comme chez l'enfant. Au CHU Bicêtre, nous intégrons l'hypnose médicale dans la prise en charge des patients devant bénéficier d'une craniotomie à l'état d'éveil. L'hypnose, dans cette technique chirurgicale, fait appel à la fois à l'observation attentive de la personne (selon Erickson) et aux suggestions (dans le cadre d'une hypnose conversationnelle pré-opératoire) et également à la transe en association avec la sédation per-opératoire. Nous avons ainsi réalisé, avec succès en 2010, la prise en charge d'un jeune enfant de 9 ans, opéré d'une lésion dysplasique épileptogène frontale gauche, par craniotomie à l'état éveillé.

## **Craniotomie à l'état éveillé**

---

Les indications de la craniotomie à l'état éveillé sont de plus en plus larges et concernent l'exérèse de lésions en zones fonctionnelles. Initialement décrites pour la chirurgie de tumeurs de bas grade en hémisphère majeur et à topographie temporale (le langage étant testé pendant

l'intervention), ses indications s'étendent à présent aux tumeurs de grades plus élevés et aux topographies frontales, pariétales, voire occipitales, y compris en hémisphère mineur. Elle est précédée d'une IRM fonctionnelle, première approche de la cartographie fonctionnelle, mais qui n'est pas suffisamment précise pour guider une dissection microchirurgicale. Grâce à cette technique, une exérèse chirurgicale maximale, facteur de meilleur pronostic, peut être pratiquée tout en respectant la cartographie individuelle des zones fonctionnelles. En outre, la craniotomie à l'état éveillé permet l'amélioration des connaissances sur l'anatomie fonctionnelle du cerveau et révèle des variabilités anatomiques importantes interindividuelles, mais aussi intra-individuelles<sup>1</sup>.

Nous prenons en charge des patients adultes pour craniotomie à l'état d'éveil depuis plus de 2 ans au CHU de Bicêtre (APHP-GH-Hôpitaux Universitaires Paris Sud). Notre approche anesthésique s'est inspirée de l'expérience de l'équipe de neuro-anesthésie de La Pitié Salpêtrière, où a été introduite la craniotomie à l'état d'éveil par le Professeur Duffau dès 1996<sup>2</sup>. Nous développons une prise en charge centrée sur le patient, personnalisée et pluridisciplinaire.

L'évaluation pré-opératoire est faite sur un minimum de 2 consultations réglées et une visite pré-opératoire par le même médecin anesthésiste-réanimateur, permettant une relation personnalisée et de confiance. Elle fait appel à des techniques de communication de type hypnose conversationnelle. L'infirmière anesthésiste se présente également, le plus souvent lors de la visite pré-opératoire. Les membres de cette équipe sont, outre le neurochirurgien, le neuro-épileptologue, l'anesthésiste, l'orthophoniste, la psychologue, la kinésithérapeute, ainsi que les acteurs habituels de l'équipe paramédicale : infirmières de consultation et d'hospitalisation, infirmières anesthésistes et infirmières de bloc opératoire.

Chaque dossier est discuté en réunion pluridisciplinaire de neuro-épileptologie. Une fiche signalétique est rédigée et transmise de façon confidentielle à chaque membre présent lors de l'intervention. Elle regroupe différents éléments concernant le patient : ses antécédents principaux, son histoire neurologique et son traitement anti-épileptique, les données topographiques indiquant le type de craniotomie et la position per-opératoire du patient, les données de l'IRM fonctionnelle et l'évaluation orthophonique, mais également certains éléments du contexte psycho-social. Une attention particulière est également portée aux problèmes éventuels d'ordre rhumatologique avec l'aide d'une kinésithérapeute. Nous envisageons, à l'avenir, l'utilisation de techniques psychocorporelles adaptées à chaque patient dans la préparation pré-opératoire.

La prise en charge au bloc opératoire est également pluridisciplinaire et intégrée, avec pour but d'une certaine manière, le confort du corps et de l'esprit. Les étapes anesthésiques essentielles sont :

- Le positionnement du patient réveillé en position semi-latérale, en insistant sur l'obtention d'un confort maximal guidé par le ressenti du patient et avec l'aide de l'équipe de neuro-rééducation présente au bloc opératoire.
- L'anesthésie de type « asleep-awake-asleep » avec 2 étapes d'anesthésie générale encadrant l'étape d'éveil : la première étape intégrant la réalisation d'une anesthésie

---

<sup>1</sup> De Benedictis A and Duffau H, *Brain hodotomy : from esoteric concept to practical surgical applications*, *Neurosurgery* 2011 ; 68 : 1709-1723 ; De Benedictis A et al., *Awake mapping optimizes the extent of résection for low-grade gliomas in eloquent areas*, *Neurosurgery* 2010 ; 66 : 1074-1084.

<sup>2</sup> Duffau H et al. *Usefulness of intraoperative electrical subcortical mapping during surgery for low-grade gliomas located within eloquent brain régions : functional results in a consecutive series of 105 patients* *J Neurosurg* 2003 ; 98 : 764-778.

locorégionale par blocs nerveux du scalp<sup>3</sup>. Dans notre établissement, l'étape d'induction anesthésique médicamenteuse est précédée par une étape d'hypno-sédation associée à la pré-oxygénation.

- La phase d'anesthésie générale est instaurée avec l'injection iv de propofol en mode AIVOC jusqu'à une cible d'environ 3 µg/ml et l'injection iv de rémifentanyl, en faibles bolus de 5 à 10 µg lors de l'utilisation du craniotôme, parfois associée à l'administration de rémifentanyl en débit continu jusqu'à 0,025 µg/kg/mn, dose adaptée pour l'obtention d'une sédation profonde en ventilation spontanée. Le monitoring analgésique utilise la pupillométrie. Cette première phase est destinée à permettre tout d'abord la réalisation des blocs nerveux du scalp, puis la mise en place de la têtère à pointes et enfin la craniotomie jusqu'à l'ouverture de la dure-mère. Cette phase dure entre 40 à 60 minutes. Le tissu cérébral n'étant pas algogène, les morphiniques peuvent être interrompus.
- Le réveil per-opératoire du patient, crâne ouvert, permet la pratique des tests de langage, ainsi que des tests moteurs, voire sensitifs, sous contrôle de l'orthophoniste Constance Flamand-Roze pour permettre une cartographie cortico-sous-corticale des zones fonctionnelles en rapport avec la lésion, puis de guider le chirurgien dans la dissection tumorale. Le patient est à ce moment très actif, répète les exercices pendant le temps d'exercice qui peut durer jusqu'à 2 heures. Ces exercices faciles sont néanmoins très fatigants et peuvent être ponctués de crises d'épilepsie le plus souvent partielles, le patient doit conserver la position semi-latérale (tête fixée par la têtère à pointes) avec certains mouvements périphériques possibles.



Ensuite, le patient est le plus souvent ré-endormi, sur un mode de sédation plus légère, en ventilation spontanée, pour la phase de fermeture avec repose du volet osseux jusqu'au pansement de tête. Cette 2<sup>ème</sup> phase d'anesthésie dure de 30 à 50 min.

Chez l'adulte, les principales difficultés anesthésiques sont les suivantes :

- le maintien d'une ventilation spontanée en limitant au maximum l'hypercapnie, celle-ci étant à l'origine de surtension cérébrale à travers l'ouverture de craniotomie. Certaines équipes utilisent une anesthésie plus profonde avec masque laryngé et ventilation contrôlée au prix d'une dose cumulée de drogues anesthésiques plus élevée pouvant entraver les fonctions cognitives au réveil.
- la gestion de la position semi-latérale prolongée avec l'inconfort dû à certains points d'appui et surtout à des contractures douloureuses cervicales.
- la gestion des crises d'épilepsie per-opératoires, dont le premier traitement est l'application par le chirurgien de sérum physiologique froid en surface corticale, mais dont la répétition peut fatiguer le patient et/ou entraver les exercices de langage.
- la gestion des phases de fatigue et de moindre concentration du patient, voire de crises d'anxiété per-opératoires.

---

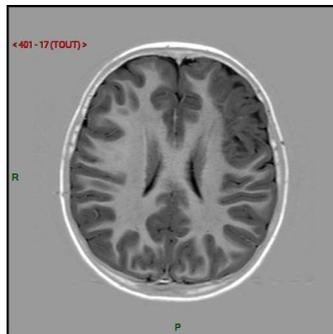
<sup>3</sup> Hans P and Bonhomme V, *Anesthetic management for neurosurgery in awake patients*, *Minerva Anesthesiol* 2007 ; 73 : 507-512; Picht T et al., *Multimodal protocol for awake craniotomy in language cortex surgery*, *Acta Neurochir* 2006 ; 148 : 127-137.

Chez l'enfant, les publications sont très peu nombreuses et elles concernent des adolescents ou enfants de plus de 12 ans. En effet, comme tout patient, l'enfant doit se réveiller rapidement sans agitation psychomotrice, sans panique et être rapidement attentif et participatif pour travailler avec l'orthophoniste et ce, en position semi-latérale avec la tête maintenue immobile. Ces contraintes sont acceptées facilement par l'adulte à partir du moment où il est convaincu de l'intérêt pour lui-même de cette chirurgie, à la fois en termes de pronostic vital à long terme et de pronostic fonctionnel à court terme. Le jeune enfant qui ne comprend pas l'enjeu de cette chirurgie, représente une contre-indication classique de la craniotomie à l'état d'éveil, comme l'est l'adulte aux fonctions cognitives altérées.

## **Alexis et les premières consultations d'anesthésie**

---

Alexis B. a 9 ans et 3 mois. Il est droitier exclusif. Il a fait une première crise à l'âge de 16 mois puis des crises répétées de type partiel avec accès toniques de l'hémicorps droit malgré un traitement anti-comitial maximal. Cette épilepsie est secondaire à une lésion étendue frontale gauche, d'abord stable puis récemment évolutive en imagerie, qui fait hésiter entre une lésion tumorale de bas grade ou une dysplasie corticale.



Le développement d'Alexis a été normal jusqu'à l'âge de 3 ans, puis ses difficultés se sont installées de façon progressive et ont porté récemment sur l'apprentissage de l'écriture-lecture, aboutissant à un retard scolaire de 3 niveaux puisqu'Alexis est en classe d'intégration CLIS du niveau CP (classe correspondant à 6 ans).

L'indication opératoire reposait sur 2 types d'arguments : un argument diagnostique car l'extension de la lésion et sa prise de contraste faisait douter de sa nature dysplasique ; et un argument thérapeutique : la chirurgie éveillée permettrait une exérèse la plus large et un meilleur contrôle de la maladie épileptique. En outre, l'âge d'Alexis correspond à la phase des apprentissages essentielle pour son développement et dont l'acquisition peut être perturbée par son épilepsie rebelle, ce qui ne permet pas de reporter l'intervention à un stade plus mature de l'enfant.

L'enfant est d'abord vu 2 fois en consultation d'anesthésie : la première en présence de son père et la seconde en présence des deux parents qui sont séparés et prennent en charge Alexis en garde alternée. Lors de ces 2 consultations, il semblait agité et angoissé, à la fois difficile à maintenir en place et peu attentif. Il a déclaré à un moment « maman va perdre son fils », traduisant sans doute à la fois l'angoisse de la mère et la sienne. Il est suivi par un psychomotricien, qui le dit très perturbé. Un contact a pourtant pu être initié en faisant sortir les parents du bureau de consultation et seul avec l'orthophoniste, Alexis a pu faire les tests de langage de façon à peu près soutenue pendant près d'une heure.

Après une longue période de refus, les parents ont accepté la chirurgie et ont été informés à plusieurs reprises au cours de la préparation pré-opératoire des conditions « exceptionnelles » de cette prise en charge.

Après discussions au sein de l'équipe d'anesthésie de Bicêtre (Docteur C. Bernard, Docteur P. Roulleau et Docteur I. Nègre) nous décidons de tenter une prise à charge utilisant l'hypnose avec le Docteur Chantal Wood, anesthésiste-réanimateur pédiatre [Responsable de l'unité Douleur à Robert Debré (APHP) et hypno-thérapeute (formatrice à l'IFH) pratiquant régulièrement chez l'enfant<sup>4</sup>].

## Approche en hypnose conversationnelle pour créer le lien thérapeutique avec Alexis

La phase préparatoire à la chirurgie a duré 4 mois en 4 consultations communes (Docteur C. Wood et C. Bernard, C. Flamand-Roze orthophoniste, A. Elbaz psychologue) et le lien thérapeutique s'est construit progressivement en s'adaptant au monde sensoriel et aux centres d'intérêts d'Alexis, en particulier les lectures et films (les super héros), les jeux et sports préférés (natation et badminton), les goûts culinaires («Croc Mac Do» et «Ice tea» de Mc Donald) en utilisant l'hypnose conversationnelle. «*Iron Man a une armure qui le rend invincible mais Alexis peut faire comme s'il avait une armure, c'est l'armure d'Alexis, elle est invisible et le rend très fort et capable de rester sans bouger...et puis Alexis avec son armure peut lire et parler et il pourrait même manger un Mac Do sans bouger aussi...*». Un double entraînement psychocorporel a consisté en des jeux chronométrés de type «à ne pas bouger» et «à rester la tête droite», des jeux de langage et de reconnaissance visuelle d'un diaporama établi par l'orthophoniste, de près de 80 images, toutes issues de sa culture personnelle depuis «Iron Man» jusqu'à l'«Ice Tea de Mc Donald» en passant par la moto rouge de Papa et le chat «Donuts» d'Alexis.

Après 2 mois, un pacte d'acceptation de la chirurgie et des exercices per-opératoires à l'état d'éveil est solennellement conclu entre Alexis, C. Wood et C. Bernard.

Une rencontre est organisée par la psychologue, 1 mois avant l'intervention, entre la famille d'Alexis et la famille d'une jeune patiente de 8 ans ayant bénéficié d'une craniotomie pour exérèse tumorale sous anesthésie générale et ne gardant aucune séquelle ni neurologique ni esthétique.

La 4<sup>ème</sup> consultation d'anesthésie est centrée sur les jeux précédents et se termine par la visualisation d'un dessin animé racontant le parcours de l'enfant qui est opéré. Cette dernière consultation est suivie, lors d'une nouvelle rencontre, d'une visite d'Alexis dans un bloc opératoire non occupé, en présence de C. Wood, C. Bernard, C. Dobat (IADE), C. Flamand-Roze (orthophoniste).



[Alexis et la visite en équipe d'un bloc opératoire](#)

La contre-visite, la veille de l'intervention, a consisté à jouer à un jeu des 7 familles spécialement conçu pour Alexis «*Qui fait quoi au bloc ?*» et reprenant l'ensemble des personnels impliqués le lendemain dans sa prise en charge au bloc depuis les brancardiers jusqu'aux infirmières de bloc, ce jeu se terminant par la victoire d'Alexis.

<sup>4</sup> Wood C and Bioy A, Hypnosis and pain in children, *J Pain Symptom Manage* 2008 ; 35 : 437-446.

**FAMILLE DES MEDECINS ANESTHESISTES  
AIDENT LE MALADE A S'ENDORMIR ET SE REVEILLER TRANQUILLE**



Chantal



Catherine



Philippe

**FAMILLE DES PANSEURS  
AIDENT LE CHIRURGIEN POUR FAIRE LES CICATRICES ET LES  
PANSEMENTS**



Magali



Nathalie



Magali masquée

**FAMILLE DES INFIRMIERS ANESTHESISTES  
AIDENT LE MEDECIN ANESTHESISTE POUR S'ENDORMIR  
ET SE REVEILLER TRANQUILLE**



Valérie



Catherine



Catherine masquée

**FAMILLE DES REEDUCATEURS  
DECONTRACTENT LES MUSCLES ET LA TETE POUR MIEUX JOUER  
AVEC LES MOTS ET LE CORPS**



Constance



Anne



Constance  
masquée

**FAMILLE DES AIDES-SOIGNANTS  
PREPARENT LE BLOC POUR TRAVAILLER AU PROPRE**



Laetitia



Sandia



Dibor

**FAMILLE DES BRANCARDIERS  
INSTALLENT CONFORTABLEMENT LE MALADE  
SUR LA TABLE D'OPERATION**



David

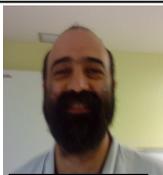


Arnaud



Sébastien

**FAMILLE DES CHIRURGIENS  
ENLEVENT LES PARTIES MALADES DU CORPS**



Nozar



Thomas

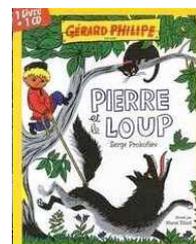


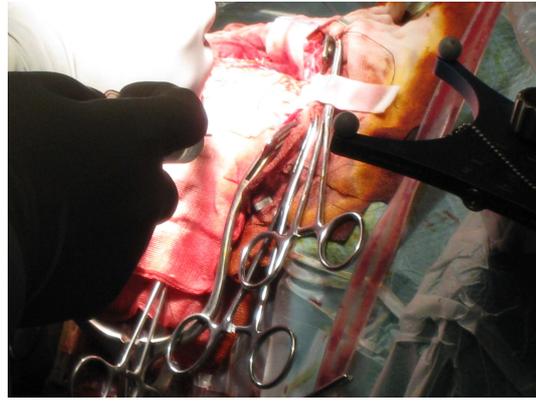
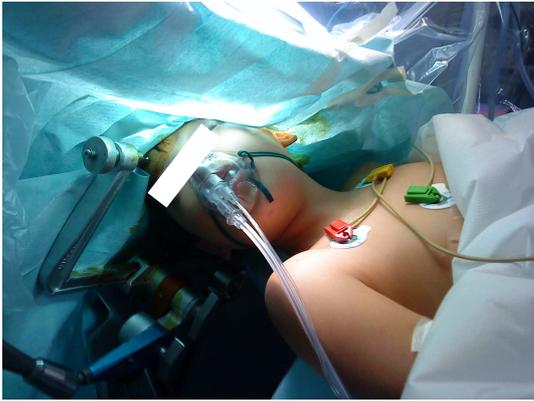
Momo

## **Alexis en per-opératoire**

Le matin de l'intervention, aucune pré-médication orale n'est prescrite et Alexis arrive calme à l'entrée du bloc opératoire, accompagné de ses parents, avec, à ses côtés son « doudou » et son jeu de cartes. Il est accueilli par l'ensemble de l'équipe et grimpe dans les bras du brancardier sans crainte.

Comme prévu, il s'installe sur la table d'opération, en position semi-latérale droite, est perfusé et équipé du monitoring d'anesthésie. Dès qu'il se déclare confortable, nous débutons la visualisation, en version animée, du conte musical « Pierre et le loup de Prokofiev » qu'il ne connaît pas. Dans le film, au moment où le loup est capturé par Pierre, nous intensifions la pré-oxygénation : « Alexis aussi attrape et tire fort sur la corde pour retenir le loup et tire encore et souffle très fort.. » et débutons la première étape d'anesthésie générale en sédation profonde et ventilation spontanée à travers un capno-masque alimenté en oxygène additionnel.





### La craniotomie sous sédation profonde en ventilation spontanée

Des blocs nerveux du cuir chevelu selon les 6 points de Costello et Cormak<sup>5</sup> sont réalisés avec de la naropivacaïne à 5mg/ml ainsi qu'une infiltration sous-cutanée de l'orifice du pointeau droit. Une craniotomie large par une voie ptériale gauche est pratiquée sous contrôle de la neuro-navigation, sous sédation profonde en ventilation spontanée nécessitant parfois des manœuvres manuelles de protusion mandibulaire pour éviter le collapsus pharyngé. L'analgésie est adaptée par bolus de rémifentanyl selon les réactions de dilatation pupillaire aux moments particuliers de l'utilisation du craniotome<sup>6</sup>. Cette étape dure 50 minutes et nécessite des doses cumulées de 440 mg propofol et de 180 mcg de rémifentanyl. Dès l'ouverture de la dure-mère, l'anesthésie intraveineuse est interrompue et Alexis se réveille dans les 5 minutes qui suivent.



### Fin de craniotomie et début de réveil

Le contact est rapidement établi sans crainte ni panique. Alexis se plaint essentiellement de la contention de sa tête et est rapidement calmé par 2,5 µg de sufentanil iv et des paroles rassurantes. Le fil de cette séance d'hypnose conversationnelle reprend les éléments glanés lors des séances pré-opératoires. Il s'enrichit d'un élément nouveau constitué du film de Pierre et le Loup. Des métaphores spontanées sont utilisées : « *le Loup a avalé le canard de Pierre. Ce canard est libéré grâce au grand-père au moyen d'une opération du ventre* » métaphore qui, dans l'histoire, devient totalement anodine et anecdotique. Le leitmotiv de la musique permet de reconnaître Pierre, auquel Alexis peut s'identifier. En cas d'inconfort, une

<sup>5</sup> Costello TG and Cormak JR, *Anaesthesia for awake craniotomy : a modern approach*, J. Clin. Neurosciences, 2004.

<sup>6</sup> Constant I., Nghe M.C., Boudet L., Berniere J., Schrayner S., Seeman R., Murat I. *Reflex pupillary dilatation in response to skin incision and alfentanil in children anaesthetized with sevoflurane: a more sensitive measure of noxious stimulation than the commonly used variables* Br J Anaesth 2006 ; 96 : 614-619.

identification au héros était proposée : « *Pierre a fait plein d'efforts pour attraper le Loup et tu fais comme Pierre, plein d'efforts, pour protéger le Loup des chasseurs. Rappelle-toi, on va faire un exercice à ne pas bouger* ». Ainsi, Constance, qui a également établi une forte relation de confiance (Alexis est un peu amoureux d'elle) peut démarrer les tests moteurs puis les tests de langage. Quelques encouragements sont donnés : « *pour son amoureuse, on est prêt à aller très loin...* »



### Les tests fonctionnels per-opératoires d'Alexis éveillé

Les tests consistent en énumérations de mots et de chiffres et reconnaissances des images du diaporama. L'intensité dramatique des images est progressive allant des héros de bandes dessinées (le petit Nicolas) aux personnages plus violents (Iron Man), ponctués par des images de la vie personnelle ou quotidienne d'Alexis (Croc McDo, pizza, le chat, la moto de Papa), ces dernières ayant pour but de rassurer, de fixer l'attention et d'élargir la gamme phonique pour repérer les anomalies de langage. Le lien est à ce moment tenu étroitement par Constance (le chirurgien doit tout entendre pour poursuivre la cartographie) mais les autres membres de l'équipe encouragent Alexis à chaque bonne réponse. La cartographie en surface corticale est suivie d'une exérèse de près de 80 % de la lésion, car l'électrostimulation de la partie postérieure produit de façon répétée un manque de mots empêchant tout geste chirurgical dans cette zone. Cette étape essentielle aura duré 1h10, durée remarquable où l'attention d'Alexis a pu être focalisée sur la réalisation des tests neurophysiologiques. Alexis est à la fin de cette phase très fatigué.

Alexis est endormi pour la seconde fois, au terme de l'exérèse chirurgicale, pour permettre la fermeture chirurgicale. Cette phase de sédation profonde en ventilation spontanée nécessite des cibles de propofol en AIVOC très faibles (<1,5 µg/ml), soit environ 100 mg sur 45 minutes.



Le réveil se déroule au bloc opératoire dès la fin du pansement de tête, avec la musique de Prokofiev et permet d'attester de l'absence de déficit moteur ou phasique. Dès le réveil, Alexis est calme et répond aux ordres simples, mais dit simplement qu'il est très fatigué. Il s'endort ensuite profondément, à tel point qu'il inquiète l'équipe. Par prudence, un doppler trans-crânien et un scanner sont pratiqués et s'avèrent normaux.

L'intervention aura duré 6 h entre l'entrée et la sortie de bloc ; la chirurgie proprement dite entre l'incision et la fermeture aura duré 3h 40 pour 1h20 de chirurgie à l'état éveillé ; les doses cumulées de propofol et de rémifentanyl ont été respectivement de 640 mg et 230 mcg ; tout le reste est non quantifiable, ni en durée ni en tarification d'activité...

## **Alexis en post-opératoire et à distance**

---

Les suites opératoires sont simples, sans déficit ni épisode convulsivant. Le lendemain, en réanimation, Alexis est indolore, calme, un peu gêné par un œdème palpébral. Ce problème avait été anticipé et Alexis est rapidement rassuré et incité à manger du chewing-gum, ce qu'il adore. Il n'a aucun souvenir de la partie éveillée per-opératoire.



**Alexis à J1 et J4  
post-opératoire**

A J6 post-opératoire, avant sa sortie d'hospitalisation, Alexis est revu dans sa chambre pour un nouveau bilan neurologique et orthophonique qui s'avère normal. Il n'a toujours aucun souvenir de la phase éveillée, seuls lui reviennent en mémoire quelques détails de l'endormissement. Nous terminons ensemble (Constance Flamand-Roze, Catherine Dobat et Catherine Bernard) la visualisation de la fin du film musical « Pierre et le loup » qu'il attendait avec impatience puisque Pierre fait une marche triomphale dans son village après avoir sauvé le canard et le loup. Pour certains, la morale de ce conte est : « avec force de courage et de malice, un enfant peut aussi bien faire qu'un adulte, voire mieux... ». *-Tu sais, Alexis, tu es comme Pierre, tu as réussi ce qu'aucun petit garçon n'avait jusque là réussi... Ici, tu es comme dans le village de Pierre et on est tous les trois là pour te féliciter, comme Pierre est acclamé par tous les habitants de son village... Tu as travaillé avec nous et tu as pu reconnaître tout ce que tu aimes et nous énumérer parfaitement toutes les images du diaporama que Constance avait fait pour toi.*



Un livre lui est offert « un rêve pour toutes les nuits », livre de Lisa Bresner, Qiang Dong et Frédéric Mansot , au contexte beaucoup plus paisible que celui des super héros : « *un garde demande à Petit Tang :— Veux-tu aller tout au bout de la Grande Muraille ?— Oui, mais elle est très longue, cette muraille. Que vais-je trouver au bout ?— Au bout de la Grande Muraille, tu trouveras ton rêve pour toutes les nuits. Mais pour cela, tu dois apprendre les mots secrets du rêve.* »

Alexis est maintenant à plus d'un an de la chirurgie. Son épilepsie est mieux contrôlée sous bithérapie et gêne beaucoup moins son apprentissage. Il a déjà récupéré un an de retard scolaire. Il se dit moins fatigué et son attention peut être soutenue. Sa personnalité s'est affirmée. Il se souvient très bien et avec plaisir de l'ensemble de sa prise en charge, de tous les membres de l'équipe, de Pierre et le loup et a retrouvé la mémoire de la phase éveillée, se rappelant qu'il était très fatigué... Lors de sa dernière consultation, il demande à me voir, sans pour autant pouvoir en préciser le but. Il me saute dans les bras. « Mais au fait, toi qui m'as tout appris sur les super héros, personne ne peut me dire quels sont les derniers épisodes d'Iron Man ? » Et la maman répond qu'il ne regarde plus Iron Man, n'est plus intéressé par les super héros. Il lit beaucoup le soir et s'intéresse à des histoires plus réelles. Sur le plan comportemental, il est beaucoup plus calme et a plaisir à se rappeler Pierre et le loup. « Quels étaient les instruments de musique de Pierre et le loup ? » et nous faisons ensemble la revue des instruments. Il aime à présent l'école et il écrit avec facilité. Mon stylo l'intéresse, je lui offre et lui demande une dédicace, Alexis réalise un magnifique dessin représentant le loup avec le canard à l'intérieur. Juste à la fin : « si ce stylo n'écrit plus ? Eh bien, tu m'appelles et je te donnerai un autre stylo... » D'après les parents, Alexis n'a jamais fait de cauchemar et ne rapporte aucun souvenir désagréable. Depuis, il vient avec joie aux consultations de l'épileptologue le Docteur Viviane Bouilleret...

Sans entrer dans une interprétation psychologique hors de nos compétences, il paraît évident qu'Alexis a profondément changé depuis l'intervention : son monde est plus paisible, plus organisé et il en est devenu, en quelque sorte, le maître. Nous constatons une maturation certaine, comme si la métaphore de Pierre et le loup devenait fondatrice. La réussite de cette prise en charge tient au travail d'équipe étroit et centré sur le soin particulier d'Alexis et a été permise grâce à la pratique de l'hypnose médicale. De façon remarquable, cette expérience a été également fondatrice pour l'ensemble de l'équipe. De nombreuses réflexions, en particulier concernant la place du corps : elle est prépondérante et dépasse la simple notion de confort habituelle et doit nous faire envisager un abord psycho-corporel. Le corps devient ainsi, au travers de l'hypnose, un vecteur essentiel de la relation. Cette évidence dans le cas d'Alexis (exercices « à pas bouger ») rejoint des expériences passées, où les patients retrouvaient une pratique corporelle comme thème de la séance d'hypnose (« *danse rock avec sa fille sur la musique des années 1980s* », « *match de tennis avec son fils qu'elle n'a jamais battu* », « *ascension au pas de course jusqu'à l'abbaye du Mont Saint Michel* »...). Ces expériences avaient été banalisées, mais se révèlent à posteriori importantes. L'utilisation des techniques psycho-corporelles nous semblent à présent indispensable dans l'accompagnement des patients adultes et représente un des objectifs de notre pratique future.

## **Conclusion**

---

L'hypnose en anesthésie devient incontournable : la qualité relationnelle et la satisfaction des patients transforment notre pratique. Ce cas clinique remarquable illustre le champ des nouvelles possibilités thérapeutiques qu'elle permet. Pour autant, l'hypnose n'est pas le propofol : sa mise en pratique va de pair avec une reconsidération de nos fonctionnements. Quatre mois de préparation ont été nécessaires pour permettre une chirurgie salvatrice. Quatre mois de rencontres entre professionnels d'univers et de langages différents, s'accordant vers un seul but. Quatre mois d'attention à un enfant, d'accompagnement dans ses rêves et ses jeux. Quatre mois d'adaptation et de créativité pour créer une relation d'une qualité exceptionnelle. Quatre mois de préparation pour une vie...

Le récit de cette histoire, extraordinaire dans le vrai sens du terme, nous permet de pointer ce que le succès de la technicité de notre métier nous a longtemps caché : l'intérêt thérapeutique de la relation de qualité. Relation avec le patient, d'abord, qui s'avère possible grâce à l'hypnose même lorsque des troubles semblaient l'exclure. Relation entre professionnels

acceptant une pratique adaptée mais « virtuelle », si éloignée de l'approche mécaniste habituelle. Relation permettant la mise en synergie de tous les moyens à notre disposition, du jeu des sept familles à la neurochirurgie la plus pointue, en passant par l'AIVOC, sans jugement de valeur. Outre la performance et la démonstration de son efficacité en chirurgie, dont certains doutent encore, l'hypnose a été le socle d'une alliance thérapeutique et d'un travail d'équipe dont nous oublions souvent l'importance.

Et c'est grâce à Alexis que nous pouvons montrer leur force.