

ISSARTEL Jean-Michel

D.U. de NEUROPSYCHOPATHOLOGIE DES TROUBLES DES APPRENTISSAGES SCOLAIRES.

ESQUISSE D'UNE APPROCHE INTEGRATIVE DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS ASSOCIES  
AUX TROUBLES DES APPRENTISSAGES SCOLAIRES, CHEZ LES ENFANTS ET LEURS PARENTS .

ANNEE 2019\_2020 LYON 1

## Résumé du mémoire

Les auteurs s'accordent à dire que environ la moitié des personnes qui présentent un trouble des apprentissages scolaires, sont anxieux et ou dépressifs.

Je souhaiterais, après la fin de mon activité de médecin généraliste, mettre à disposition l'expérience acquise dans le domaine du dépistage et du traitement des troubles anxieux et dépressifs, au sein d'une structure qui comporte déjà des thérapeutes dédiés au traitement des enfants en difficulté d'apprentissage, et à leur famille. La Maison des éclaireurs à Tassin.

Désireux depuis toujours de pratiquer une médecine intégrative, je propose d'évoquer l'éventail des outils utilisables : Geste Réactif® et EMDR, Méthode TIPI, Cure Sonique Hipérion® (dont votre serviteur est le concepteur), Rêve Éveillé Libre, Ostéopathie, Nutrition, Mésothérapie et Polygraphie ventilatoire (chez les adultes). Ainsi qu'une approche préventive et systémique.

## PLAN

I	INTRODUCTION A LA MEDECINE INTEGRATIVE	P 4
II	NOTIONS DE STRESS, ANXIETE, DEPRESSION ET BURN-OUT	P 5
III	TROUBLES DES APPRENTISSAGES, ANXIETE ET DEPRESSION, ESTIME DE SOI	P 18
IV	INTRODUCTION À L'EMDR ET AU GESTE REACTIF® DE B. BOUTRON	P 20
V	INTRODUCTION A LA METHODE TIPI DE LUC NICON	P 21
VI	CURE SONIQUE HIPERION® STIMULATION NEUROCOGNITIVE	P 21
VII	INTRODUCTION AU REVE EVEILLE LIBRE DE GEORGES ROMEY	P 26
VIII	OSTEOPATHIE STRESS, ANXIETE ET DEPRESSION	P 27
IX	ALIMENTATION ET MICROBIOTE, COMPLEMENTS ALIMENTAIRES	P 29
X	MESOTHERAPIE DES CRISES, DE PANIQUE ET DE SPASMOPHILIE	P 32
XI	DEPISTAGE DE L'APNEE DU SOMMEIL. POLYGRAPHIE VENTILATOIRE	P 33
XII	ADDICTION AUX ECRANS : PRÉVENTION	P 34
	CONCLUSION	P 34

Nommé pour un stage de 6 mois dans le service d'anesthésie réanimation dirigé par le Professeur Christian Debras, je suis resté 6 années avec un poste de faisant fonction d'Interne, puis quelques années comme attaché. Hôpital Henri Mondor Créteil.

Christian Debras était ouvert aux médecins alternatives et complémentaires. Il avait recruté un acuponcteur le Dr Jean-Claude DARRAS. Il développait l'anesthésie électrique, il nous incitait à devenir médecin instructeur en secourisme. Il m'a autorisé à introduire l'ostéopathie à l'hôpital, dès 1980. Pierre Hammond et moi avons suivi des patients en ostéopathie pendant 18 mois. Il était axé sur le dépistage précoce et la prévention.

La grande aventure du service est la Thérapie Respiratoire. Subventionné pour une société américaine, Debras a réuni une équipe de kinésithérapeutes à orientation respiratoire. Tout d'abord, il faut établir une méthode pour évaluer la morbidité de chaque patient en préopératoire. Je lui suggère de s'inspirer du score de Valérie- Farr : affecter un coefficient à chaque élément pathologique et faire la somme. La feuille de groupe est née de cette recherche : 365 items couvrant les différentes spécialités médicales et le type d'intervention, chacun étant affecté d'un coefficient allant de 1 à 7. Ce total de points est regroupé dans huit groupes, de 1 à 8.

Pour les groupes 4 à 8, une prise en charge par kinésithérapie est instaurée, avant même l'intervention chirurgicale, et dès la sortie du bloc opératoire, en salle de réveil. Puis jusqu'à la sortie du service de chirurgie générale, vasculaire et thoracique. Bien sûr l'accompagnement psychologique par cette équipe de kinés entre en compte dans les résultats.

Il me semble intéressant de préciser que tous les patients du groupe 8 décédaient dans les 6 mois post-op, et pour ceux du groupe 7, il y avait 50% de décès. Cette évaluation de la morbidité a permis de modifier les indications chirurgicales. Par exemple, remplacer une prothèse aorto-bifémorale par une double prothèse axillo-fémorale peut faire passer du groupe 8 au groupe 7, donc la mortalité chute de moitié.

Cette aventure qui a duré deux ans environ m'a ouvert à la prévention, à la recherche du risque méconnu, à la remise en cause de nos pratiques et d'une façon plus large m'a ouvert à la médecine intégrative qui intègre le corps et le mental d'une part, et d'autre part associe les méthodes alternatives à la médecine occidentale. Pour me « récompenser », le Professeur Debras m'a missionné pour présenter les résultats très intéressants de la Thérapie Respiratoire à un congrès à Toulouse. Pas très à l'aise au milieu des autres orateurs, tous Professeurs, alors que je n'avais pas encore terminé mes études de médecine !

Domage que cette expérience n'ait pas été suivie par L'Assurance Maladie. En revanche, au Canada, le métier de Thérapeute Respiratoire a été créé.

Cette ouverture de mon patron, m'a incité à poursuivre, après mon Doctorat en Médecine, par des plusieurs Diplômes Inter Universitaires, quelques Diplômes Universitaires et un CES de médecine du sport, et j'ai renoncé à un CES de spécialité.

Le Docteur Philippe Tournesac, quelques thérapeutes et moi avons publié une revue intitulée SANTE INTEGRATIVE pendant une quinzaine d'année. Cette aventure se termine lorsque Philippe Tournesac part en Suisse pour exercer dans un centre de médecine intégrative.

## II NOTIONS DE STRESS, ANXIETE, DEPRESSION ET BURN-OUT

Ce paragraphe, inutile aux médecins et psychologues, est susceptible d'intéresser les paramédicaux ainsi que les parents.

### A. LE STRESS – LES AGENTS STRESSEURS SYNDROME GENERAL D'ADAPTATION

Le terme « stress » désigne, à la fois :

- L'agent responsable : agent stresseur
- La réaction du sujet à cet agent, l'état qui en résulte et dans lequel se trouve le sujet stressé
- Emprunté à l'anglais, signifie « force, contrainte, effort, tension »
- Le mot vient de la métallurgie, et du travail de l'acier consistant à placer de plus en plus de poids sur une plaque de métal jusqu'à ce qu'elle cède (« torture test »).

Hans Selye (1907-1982) : le « Père du stress »

- Physiologiste et endocrinologue dont l'œuvre a dévoilé les principaux dispositifs réactionnels (neuro-hormonaux) des animaux face aux agressions de toute nature : agression, fuite, sidération. Publié en 1956 « Stress of life ».

**Le Syndrome général d'adaptation : 3 phases : alarme, résistance, et épuisement.**

- Hans Selye met en évidence que les agressions physiques (blessures, douleurs, froid....) et les agressions psychologiques (émotions, plaisirs, craintes, compétitions...) agissent sur les centres limbiques et que le stress et/ou émotions positives et/ou négatives génèrent des réactions hormonales.

1. **Réaction d'alarme** : mobilisation des ressources pour faire face au stress

a. **Réponse d'alarme rapide (adrénergique)**

- Les centres limbiques stimulent la médullosurrénale qui inonde rapidement le corps de catécholamines : adrénaline, noradrénaline (Ad/Nad).

- Conséquences : pâleur, tachycardie, hypertension, hyperventilation rapide, hyperglycémie, hyper-vigilance (se met aux aguets).

b. Réponse d'alarme lente (cortisol)

- Fait suite à la production des catécholamines
- Dure au maximum 2 heures, après chaque décharge de catécholamines
- L'hypothalamus stimule l'hypophyse (ACTH) qui stimule les glandes corticosurrénales
- Sécrétion de cortisol : ses conséquences à court et long terme
- Rétention de sodium, hyperglycémie, fonte protéique
- Redistribution des lipides corporels (membres fins, tronc large, visage lunaire)
- Modification des actions enzymatiques souvent dans le sens de l'inhibition

Paralyse tous les métabolismes : inhibition des processus inflammatoires mais aussi des processus de réparation

- Stimule la vigilance mais empêche de dormir, fait transpirer
- Immunodépresseur : inhibition des processus de défense de l'organisme contre les maladies

infectieuses et les cancers

Baisse de sérotonine → agit sur l'appétence (donne envie de manger)

- La nuit, le taux de cortisol doit être bas pour que le sommeil soit réparateur

**2\_ Phase de résistance** : sur-utilisation des ressources, surtension chronique et troubles psychosomatiques.

Répétition des phases d'alarme → obligation de lutter pour compenser ou tenter de compenser les effets délétères du stress.

Épuisement des catécholamines (Ad/Nad)

- Diminution de l'attention et de la vigilance
- Fringales, désir de sucré
- Pré-dépression

Cortisol élevé, en plateau

- Hypertension, hyperglycémie et insulino-résistance → diabète
- Syndrome métabolique et obésité (hyperinsulinisme)
- Augmentation du cholestérol (CT) et maladies cardio-vasculaires
- Diminution de la libido, trouble des règles
- Rétention de sodium (œdèmes et hypertension)

- Insomnie, asthénie
- Baisse des défenses immunitaires : risques infectieux et de cancérisation
- Nécessité de trouver une solution : plus de mauvaises solutions amènent plus du même problème.
- Symptômes liés à l'état de stress chronique
- Symptômes physiques :
  - Douleurs : colites spasmodiques, maux de tête, douleurs musculaires, articulaires...
  - Troubles du sommeil, de l'appétit, et de la digestion, sueurs inhabituelles
- Symptômes émotionnels :
  - Sensibilité et nervosité accrues
  - Crises de larmes ou de nerfs
  - Angoisse, excitation, tristesse
- Symptômes intellectuels :
  - Difficultés de concentration, de mémorisation, erreurs, oublis, difficulté à prendre des initiatives.

Majoration des troubles des apprentissages.

- Symptômes comportementaux :
  - Modification des conduites alimentaires : manger plus, plus gras et plus sucré
  - Comportements violents et agressifs, en particulier chez les enfants
  - Isolement social (replis sur soi, difficultés à coopérer)
  - Consommation de produits calmants et/ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques)

**3 Phase d'épuisement** : majoration de différents troubles somatiques (phase de déclin des capacités de résistance de la phase précédente), troubles psychosomatiques plus graves.

Stress décompensé

- Une absence de solution mise en œuvre apporte plus des mêmes problèmes
- Épuisement des catécholamines (Ad/Nad) qui perdure
- Cortisol également épuisé et perd son rythme circadien (normalité : maxi le matin et diminue ensuite)
- **Symptôme principal : fatigue permanente**
- Dépression nerveuse, fibromyalgie (c'est le « mal partout » des hypersensibles)
- Maladies cardiovasculaires, rhumatismales, auto-immunes (diabète, thyroïde, sclérose en plaque...)
- État inflammatoire généralisé favorisant le dépôt de cholestérol dans les artères, et les rhumatismes

- Échelle d'évaluation du stress (Holmes/Rahe)

Si 300 points → 90% de chance de tomber malade dans l'année

Le nombre de points est une moyenne et la cotation est absurde pour un patient donné.

Intérêt de cette échelle : faire comprendre au patient la potentialisation des stress lors de plusieurs situations stressantes simultanées.

cette échelle est aussi un guide à l'interrogatoire du patient.

## **STRESS POST-TRAUMATIQUE ET STRESS AIGU**

### **a. Stress Post-Traumatique**

- Exposition à un traumatisme où des personnes ont pu mourir, être gravement blessées, ressentir une menace de mort
  - Événements durant lesquels l'intégrité de la personne a été menacée, avec peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur
    - Les expositions à ces traumatismes laissent des séquelles
    - Le stress post-traumatique est déterminé par le fait que les séquelles durent au-delà d'un temps « normal » (environ 1 mois)

Les événements sont revécus avec un sentiment de détresse

- souvenirs répétés et envahissants
- rêves nocturnes répétés, troubles du sommeil
- impression de revivre la scène
- détresse psychologique si un élément de la vie quotidienne rappelle la scène
- le sujet devient irritable, colérique
- avec trouble de concentration et mémorisation
- hyper vigilance, sursauts si bruit suspect
- efforts pour éviter d'y penser
- efforts pour éviter les activités, les endroits en rapport
- détachement d'autrui et des proches, restriction des affects
- sentiment de ne plus avoir d'avenir

C'est sans cette indication que l'EMDR et le geste réactif trouvent leur indication

### **b. Stress Aigu : se rencontre dans les situations suivantes**

- Événement avec blessure ou mort d'homme, attentat, agressions, accident

- Intégrité souvent menacée
- Avec peur intense, sentiment d'impuissance, sentiment d'horreur
- et Torpeur, sidération, réduction de conscience
- La méthode TIPI express est tout particulièrement indiquée puis EMDR

## **B. L'ANXIETE**

1 C'est un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité ou d'inquiétude ou d'attente désagréable qui porte sur le plan psychologique, et à un moindre degré, sur les plans physique et comportemental (agitation anxieuse).

Sentiment d'appréhension, de tension, de malaise, de terreur, face à un danger de nature indéterminée.

- État d'alerte, d'hyper-vigilance qui est parfois appelé « état de stress », attente d'une catastrophe imminente.
  - Surtout psychique car si le plan physique est plus touché, c'est de l'angoisse.
  - Exprimée par le patient : « je me sens nerveux, tendu, soucieux... »
  - Doit être distinguée de la peur qui répond à une situation menaçante réelle.
  - Possibilité de peur de souffrir, de mourir, angoisse métaphysique.
  - Crise aiguë : Trouble panique : crise d'angoisses aiguës survenant de manière périodique
  - Anxiété permanente : trouble anxiété généralisé (TAG, ex névrose d'angoisse), qui affecte les sujets de manière durable (> 6 mois)
    - Plus fréquent chez les femmes
      - Premiers symptômes entre 20 et 30 ans
      - Sauf chez l'hypersensible qui débute l'anxiété entre 12 et 15 ans
- L'anxiété est une réaction d'adaptation normale à certaines situations (période d'examens, hospitalisation d'un proche...)
  - L'anxiété devient pathologique lorsque :
    - Elle n'est plus associée à des événements de la vie
    - Elle survient sans raison
    - Elle devient un état permanent ou quasi permanent
    - Elle perd sa fonction d'aide aux changements de la vie
  - Elle associe des troubles de concentration et mémorisation
  - Elle se complique d'états dépressifs si TAG persistant

Ref. : Auto-questionnaire d'anxiété de Zung (anxiété notable à partir de 40 sur 80).

## 2. l'anxiété se rencontre dans les affections psychiques en non psychiques

### Exemples de maladies psychiques accompagnées d'anxiété :

Psychoses, dépressions, hypochondrie, phobie, trouble obsessionnel, état de stress post traumatique ...

### Exemple de maladies non psychiatriques qui s'accompagnent d'anxiété :

- Atteinte du SNC (système nerveux central) = maladie vasculaire ou dégénérative (Parkinson, Alzheimer, épilepsie)
- Maladies endocriniennes ou métaboliques : hyper ou hypothyroïdie, hyper ou hypo parathyroïdie, hyper corticisme, hypoglycémie, phéochromocytome, ménopause
- Troubles organiques : asthme, angine de poitrine
- Intoxications : corticoïdes, alcool... Syndromes de sevrage

## C. L'ANGOISSE

- 1 Définition
- Sentiments d'attente désagréable, d'inquiétude, d'insécurité sont présents
- Avec Manifestation physique de l'anxiété, mais plus ancrée dans le corps, plus prononcée que l'anxiété
- état dont la cause n'est pas identifiée, même si sont invoqués les tensions au travail ou des difficultés familiales
- L'angoisse est « ancrée » plus profondément que l'anxiété

### 3.2. Exemples de manifestation de l'angoisse :

- Oppression thoracique ou souffle court
- Sudation, mains très chaudes ou glacées
- Tremblements
- Spasmes musculaires, tressautements
- Sécheresse de la bouche
- Palpitations, tachycardie
- Lipothymies (baisse de débit cardiaque, pré-syncope)
- Nausées, diarrhées ou gênes abdominales
- Bouffées de chaleur et frissons
- Pollakiurie
- Boule dans la gorge, difficulté de déglutition

- Fatigue psychique : pire le matin, variable d'un jour à l'autre, s'améliore dans l'après-midi, non améliorée avec le repos

- Difficultés de concentration, de mémorisation
- Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- Dans la vie courante, les patients emploient indifféremment les mots stress, anxiété et angoisse

## D CLASSIFICATION DES TROUBLES ANXIEUX

### . TROUBLES PANIQUES – TROUBLES PHOBQUES - TOC - TAG

#### 1. TROUBLE PANIQUE Répétition d'attaques de panique isolées (ex crises d'angoisse)

- Concerne en particulier les sujets de 20 à 30 ans
- Porte essentiellement sur le cœur et la peur de mourir d'un arrêt du cœur
- Accompagné d'inhibition, ou d'hyper activité stérile, et / ou d'une expression émotionnelle intense

Épisode de crainte intense avec quelques un des signes suivants:

- Palpitation ou accélération du rythme cardiaque
- Transpiration, frissons ou bouffées de chaleur
- Tremblements ou secousses musculaires
- Souffle « court » ou dyspnée
- Sensation d'étranglement
- Douleurs thoraciques (oppression)
- Sensations de vertiges, instabilité, tête vide ou impression d'évanouissement
- Nausées ou douleurs abdominales, « nœud épigastrique »
- Sentiment d'irréalité ou d'être détaché de soi
- Peur de perdre le contrôle de soi
- Peur de mourir
- Paresthésie, engourdissements
- Fourmillements, surtout des extrémités (5 doigts)

Le sujet interprète ses troubles comme étant organiques (persuadé qu'il présente un infarctus du myocarde, ou AVC...)

La répétition de crises de panique constitue l'entité TROUBLE PANIQUE

La crise de spasmophilie et le terrain spasmophile : passés à la trappe du fait du DSM-IV. Le terrain spasmophile a des particularités, dont l'hyper sensibilité représente le socle. Très proche du TAG.

- 25% de la population présente le terrain spasmophile mais 66% (de ce quart) n'a pas de symptômes à un moment donné. Terrain spasmophile compensé

- Si stress ou traumatisme, il y a risque de décompensation : 33% des personnes présentant le terrain spasmophile décompensé. Multiples symptômes possibles.

- Crise de spasmophilie : 1% des sujets spasmophiles, très proches des crises de panique avec hyperventilation et spasmes musculaires alors que les attaques de panique ont surtout une crainte orientée vers le système cardio vasculaire .

- Hyper ventilation ⇒ alcalose respiratoire ⇒ hyperexcitabilité neuronale donc favorise crise.

- A noter : le Syndrome de Barlow (ballonisation de la valve mitrale) est typique des spasmophiles

## **2. TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ (TAG)**

- Anxiété avec attente anxieuse en rapport, travail et/ou la famille
- Difficulté à contrôler cette préoccupation excessive
- Agitation, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tensions, douleurs musculaires, troubles du sommeil, problèmes de travail...

- Même tableau symptomatique que l'anxiété et l'angoisse mais persistance > 6 mois

- Avec souffrance clinique significative et/ou perturbation du fonctionnement social, familial et/ou professionnel.

Le TAG est extrêmement fréquent dans la patientèle

Le TAG est à différencier de :

- Une gêne en public ⇒ phobie sociale

- Crainte d'une contamination ⇒ TOC

- Crainte d'être séparé de son domicile et/ou de ses proches ⇒ anxiété de séparation + agoraphobie

- Crainte d'avoir une maladie grave ⇒ hypochondrie

## **3 LES PHOBIES :**

Agoraphobie, phobie d'espace , phobie sociale , phobies spécifiques

Les phobies seront adressées à des thérapeutes formés au Thérapies comportementales et cognitives ou au psychiatre.

## **4 TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC)**

Personnalité pré-morbide est souvent obsessionnelle ou psychasthénique

### 2.1. Définition de l'obsession

- Idée, sentiment, image qui s'impose de façon répétée et incoercible

#### Obsessions phobiques

- Crainte de la saleté, de la contamination, de contaminer les autres ⇒ rituels
- L'angoisse apparaît à la simple évocation de l'objet de saleté ou de contamination
- Contrairement à la phobie où la présence de l'objet est souvent nécessaire

#### Obsessions idéatives

- Doutes constants, questions métaphysiques insolubles, ruminations mentales sans fin sur l'existence de Dieu...
- Crainte obsédante d'avoir commis une erreur dans son activité professionnelle

#### Obsessions impulsives

- Peur de commettre des actes absurdes, sacrilèges, criminels...

#### 2.3. Définition des compulsions

- C'est dans le domaine de l'action ce que sont les obsessions dans le domaine de la pensée
- L'idée revient, l'acte est répété
- Actes que le patient se sent poussé à répéter, il les considère comme absurdes, ridicules mais ne peut pas s'empêcher de les répéter

#### Rituels compulsifs

- Lavage des mains (saleté)
- Vérification portes, gaz, porte frigo, électricité
- Habillement : lacer les chaussures peut prendre une heure
- Vérification de la comptabilité, des additions, des ordonnances médicales ⇒ lenteur

Les TOC se rencontre aussi dans : schizophrénie, épisode dépressif, accès maniaque, tumeurs cérébrales, trouble panique, trouble phobique

Les patients qui présentent des TOC seront adressés au psychiatre.

Rituels compulsifs au cinéma : Pour le pire et le meilleur (J. Nicholson) - Trust me - Les associés (N. Cage)- Aviator (L. Di Caprio - Histoire de Howards Huges)

## **D . LA DEPRESSION**

### **1. Définition brève en 3 phrases** (dixit Dr Philippe Ledoux responsable DU TCC Reims)

- « Je ne suis pas à la hauteur » avec  $\pm$  culpabilité
- « Les autres sont meilleurs que moi »
- « Je n'ai pas d'avenir »
- 22% de la population sera touchée , sur une vie (Lépine 2000)
- Problème de la dépression masquée (qui ne touche pas la thymie)

## **2. Signes de l'épisode dépressif**

- Humeur dépressive, souvent remplacée par une agressivité chez l'enfant
- Baisse durable de l'intérêt, du plaisir
- Augmentation ou perte de poids et/ou de l'appétit
  - « Petites » dépressions : prise de poids, irritabilité, irascible, pas de frein à l'appétence
  - « Grosses » dépression : perte de poids
- Augmentation ou perte de sommeil, surtout réveil très tôt le matin
- Agitation, ou apathie diminution de la concentration, ralentissement
- Fatigue dès le matin
- Dévalorisation et/ou culpabilité
- Idées de suicide et de mort

## **3. MADRS (une des nombreuses échelles de dépression)**

- Échelle de dépression à visée diagnostique elle sert à quantifier le trouble
- Seuil de la dépression fixé à 15, score maxi 60
- Tristesse : apparente, exprimée
- Tension intérieure
- Sommeil/appétit : réduction du sommeil/hypersomnie, réduction de l'appétit
- Concentration, lassitude : difficultés de concentration, lassitude
- Incapacité à ressentir : ne s'intéressent qu'à eux-mêmes, perte d'intérêt pour les proches
- Pensées pessimistes et idées suicidaires

Auto questionnaire de dépression et anxiété de ZUNG

Ce test diagnostique 74 % des dépressions en 12 questions seulement, et explore l'anxiété en 20 questions.

Une version remplissable est en ligne (en 20 questions) [http://www.psychologie-ge.ch/Test\\_Depression\\_Zung.html](http://www.psychologie-ge.ch/Test_Depression_Zung.html)

REMARQUE : la dépression ne se manifeste pas de la même façon selon le type de personnalité

- L'hystérique n'exprime pas de souffrance morale dans la dépression, elle se focalise sur ses symptômes physiques. La dépression est masquée, la fatigue est souvent au premier plan.

- L'obsessionnel déprimé va ralentir son travail, multiplier les vérifications.
- La personnalité A va travailler plus, manger et boire plus, somatiser par un lumbago ou un ulcère gastrique.

-----

**4 Le trouble bipolaire, le trouble cyclothymique et le trouble dysthymique** ne seront pas évoqués ici, ils seront adressés au psychiatre .

## **E PEURS, ANXIETE ET DEPRESSION CHEZ L' ENFANT.**

A rechercher systématiquement à l'aide d'échelles d'évaluation;

Pour les peurs on peut utiliser **l'échelle des peurs pour enfants révisée (FSSC-R)** de Ollendick version française. Roullin et Bouvard en 2013 ont confirmé l'intérêt des 5 dimensions.

Pour enfants de 7 à 12 ans et même jusqu'à 18 ans. 79 items.

Pour l'anxiété **l'échelle d'anxiété multidimensionnelle pour enfants (MASC)** de March VF 2006 pour enfants de 8 à 18 ans, en 39 items qui renseignent principalement sur : les symptômes physiques, l'anxiété sociale, l'anxiété de séparation et enfin l'évitement du danger .

Pour évaluer la **dépression** des enfants de l'enfant de 6 à 12 ans : **échelle d'évaluation de Poznanski (CDRS-R)** ou encore **inventaire de dépression de l'enfant de 8 à 13 ans (CDI)** de Kovacs et Beck en VF qui est un auto questionnaire

Pour les **adolescents** on choisi **l'échelle d'auto évaluation de Radloff ( CES-D)** en VF

Pour un enfant qui a des difficultés avec un long questionnaire, on peut utiliser **l'échelle d'évaluation de l'anxiété et dépression révisée de Chorpita (RCADS)** VF 39 items pour des enfants de 8 à 18 ans.

Pour les précisions lire : échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent de Martine Bouvard Ed Masson

## **F BURN-OUT DE LA MÈRE. LE DEPISTER , COMMENT ÉVITER ?**

Qu'elle travaille ou non, la mère est parfois victime du syndrome d'épuisement : le terme de burn-out est approprié de mon point de vue.

Même si le terme de burn-out est initialement réservé aux professionnels et signe un « épuisement professionnel », **par extension le terme recouvre tant les mères qui travaillent à l'extérieur, que celles qui n'exercent pas d'activité professionnelle.** L'OMS reconnaît le Burn-out en mai 2019.

### **A quel moment la mère peut - elle craquer ?**

N'importe quand, quelques semaines après le retour à la maison, parfois au troisième ou quatrième enfant, parfois après la reprise du travail. Pas de règle.

### **Comment reconnaître le burn-out en cours d'installation ?**

Les symptômes s'installent insidieusement au fil des semaines et des mois. Cette phase initiale passe le plus souvent inaperçue, tant pour l'entourage que pour la maman. Pourtant, il est urgent d'intervenir au stade débutant.

Lorsque le médecin est consulté, il s'efforce de distinguer le classique Baby-blues, du burn-out , de la dépression post-partum et de la psychose du post-partum.

**Le baby blues** survient dans les quelques jours qui suivent l'accouchement, s'accompagne de fatigue, tristesse, anxiété, labilité de l'humeur, irritabilité, troubles du sommeil. Ce trouble, bénin, disparaît en quelques jours. Il est classique de dire que le baby blues survient au 4<sup>ème</sup> jour et disparaît spontanément au 9<sup>ème</sup> jour après la naissance, mais il y a des variantes et les associations sont possibles.

**La dépression du post partum**, apparaît plus tardivement, vers la 4<sup>ème</sup> ou la 6<sup>ème</sup> semaine et se manifeste « comme les dépressions habituelles » avec quelques particularités: troubles du sommeil , en particulier à l'endormissement , trouble de l'humeur à prédominance vespérale, tristesse, découragement, troubles de l'appétit, fatigue, ralentissement psycho-moteur rare contrairement à la dépression classique , anxiété qui est souvent déplacée vers son bébé , pertes des envies et des plaisirs habituels. Il ne faut pas hésiter à utiliser, chaque semaine, l'échelle de dépression du post-partum d'Édimbourg \* . Si le score de l'échelle atteint 10, une intervention médicale s'impose.

**La psychose du post partum** survient entre la 1<sup>ère</sup> et la 6<sup>ème</sup> semaine. Elle est rare mais sévère. Difficile de l'ignorer, on a vraiment un sentiment de gravité. Deux aspects principaux : la crise confuso-délinante, dont le délire est souvent tourné vers l'enfant. L'adhésion au délire est majeure et la participation anxieuse est intense. L'accès maniaque qui peut révéler un trouble bipolaire.

### **Le burn-out de la mère : les symptômes qui doivent nous alerter:**

**L'épuisement physique** est constant, précoce et s'aggrave, accompagné d'un **épuisement psychologique** avec un cortège **d'anxiété**, de **tristesse**, **d'irritabilité**, de troubles du sommeil. Perte de patience, pleurs. Sentiment d'échec lorsque les pleurs de l'enfant sont intarissables. Sexualité en retrait . Sentiment de solitude. La mère souffre d'un **manque de reconnaissance**, d'un sentiment d'incompréhension et s'enferme dans le silence au lieu de crier son désarroi. **Détachement**, parfois elle regarde son enfant comme s'il s'agissait d'un objet, elle se dévalorise, perd confiance en elle. Devient **de moins en moins efficace**. Les difficultés d'allaitement induisent un cercle vicieux auto- aggravant.

**Culpabilité** de n'avoir réussi à être une MÈRE IDÉALE .

**Comment prévenir le burn out ? Trois précautions indispensables :**

1) expliquer à la jeune femme, avant l'accouchement, que la grossesse, l'accouchement et « l'élevage » d'un enfant sont considérablement « facilités » par : l'échographie, la préparation à l'accouchement sans douleurs, l'haptonomie, la péridurale, la césarienne, les couches en cellulose, les laits maternisés... il n'en reste pas moins qu'il faut dire haut et fort **qu'élever un enfant est difficile ou très difficile**.

2) expliquer à la maman **qu'il n'y a pas de mère parfaite**, il faut faire le deuil de la mère idéale fantasmée. Elle doit viser la note de 12 sur 20 et surtout pas plus.

- **accepter** de déléguer, de partager les tâches.

- **Demander de l'aide** à sa mère, à sa famille aux amies mais surtout au père, qui doit prendre sa place. Appeler au secours.

- **Prendre du temps pour soi**, reconnaître ses besoins.

- Accepter de se faire aider par les médecins et autres thérapeutes intégratifs.

- **Savoir prendre un congé parental**, sauf si pour elle, le manque de reconnaissance sociale est un élément crucial

L'entourage a aussi sa responsabilité, il doit être attentif et s'impliquer préventivement.

3) **conseiller des lectures**, surtout pendant la grossesse, à défaut après.

- lire les forums et communiquer avec les autres mamans.

- *Être mère : mission impossible ?* Maryse Vaillant chez Albin Michel 2001

- *Mère épuisée* de Stéphanie Allenou, Poche

- *La fatigue émotionnelle des mères* de Violaine Guéritault, Poche

note : Nous avons fait une cure sonique Hipérior® à une jeune femme qui venait d'accoucher de son cinquième enfant en quatre ans. Épuisée, insomniaque, elle ose, après quelques mois de burn-out, appeler au secours. En fin de cure, **elle a beaucoup gagné en recul et en lucidité**, elle contraint son mari à embaucher une nounou pour l'aider. Puis elle prend du temps pour elle, va faire de la gym, de la relaxation, et aussi va boire le thé chez ses copines. Enfin elle accepte une contraception malgré ses croyances religieuses.

\* échelle de dépression du post partum d'Édimbourg, en annexe 2 de :

<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00765420/document>

### III TROUBLES DES APPRENTISSAGES, ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION, ESTIME DE SOI

**Environ 30 % des élèves ayant un trouble d'apprentissage vivent aussi avec des difficultés comportementales ou émotionnelles, dont l'anxiété et la dépression**, (Sahoo, Biswas et Padhy, 2015).

**Comme le suggère Cohen (1986), l'anxiété peut alors devenir un plus grand obstacle aux apprentissages de l'élève, que le trouble d'apprentissage lui-même**, en augmentant les difficultés vécues ou en causant l'évitement du travail scolaire. Ainsi, de nombreuses études, telles que recensées par Mugnaini, Lassi, La Malfa et Albertini (2009), montrent que l'on remarque plusieurs facteurs internalisés (sous estime de soi, retrait social...) associés à l'anxiété et à la dépression chez les enfants présentant un trouble d'apprentissage. Les filles présentent plus de symptômes internalisés et les garçons plus de symptômes externalisés. Certaines études (Carroll, Maughan, Goodman et Meltzer, 2005 ; Mammarella et al., 2016) soulignent même une plus forte incidence d'anxiété généralisée, d'anxiété sociale et d'anxiété de séparation chez ces élèves avec TA.

**Fourneret et Da Fonseca estiment que 50 % des jeunes présentant un TSA souffrent d'anxiété et/ ou de dépression** (les enfants Dys , page 64)

**Dans une méta-analyse, Nelson et Harwood ont montré que 70% des élèves avec un TA (ou TSA) présentaient des troubles anxieux sévères.** (Learning disabilities and anxiety, 2011).

**L'impact de l'anxiété sur la cognition** est étudié par (Castaneda, Tuulio-Henriksson, Marttunen, Suvisaari et Lonqvist, 2008 ; Ferreri, Lapp et Peretti, 2011). **Les principales conséquences possibles sont :**

- a) l'atteinte des processus **attentionnels** et les dysfonctions exécutives ;
- b) l'atteinte des processus de **mémoire** (de travail, épisodique, autobiographique) ;

c) l'atteinte de la **cognition**, de la métacognition et de la pensée, et la présence de **croyances inadaptées**.

Eysenck, Derakshan, Santos et Calvo (2007) notent qu'un haut niveau d'anxiété entraîne **des pensées non orientées vers la tâche** au sein du système de traitement de l'information. **L'information anxiogène, non spécifique à la tâche, altère ou interrompt le processus attentionnel et occupe une partie des ressources de la mémoire de travail**. Ceci altère le bon fonctionnement du traitement de l'information, sans oublier que les processus attentionnels et de mémoire de travail, sont déjà en surcharge par rapport à la tâche de lecture, par exemple, qui n'est pas automatisée lorsque l'élève est dyslexique.

Pour ce qui est de l'altération des processus mnésiques, on reconnaît que l'anxiété sociale, souvent retrouvée chez les élèves ayant un trouble d'apprentissage, **altère la remémoration des faits autobiographiques**. Ainsi, un élève qui fait une production se souviendra davantage des commentaires positifs attribués à ses pairs, ainsi que des commentaires perçus négativement qui lui auraient été faits (Cody et Teachman, 2010).

**Enfin, les biais cognitifs sont également très présents dans l'anxiété**. Certains élèves avec un trouble d'apprentissage montrent même une forme de **résignation acquise**. Par exemple, ils approchent leurs devoirs avec peu d'attente de succès, abandonnent plus facilement, attribuent leur insuccès à leur manque d'habileté et leur succès à des facteurs hors de leur contrôle. Ils ont donc de **très faibles attentes de réussite, qui mènent souvent à leur échec** (Butkowsky et Willows, 1980).

Les adolescents vivant avec un trouble d'apprentissage ont jusqu'à **six fois plus de chance de quitter précocement le milieu scolaire que les autres élèves** (Daniel et al., 2006). L'effet de la **comorbidité** entre le trouble d'apprentissage et les troubles internalisés sur les pensées ou l'acte suicidaire est **deux fois plus élevé que chez les enfants présentant uniquement une dépression et trois fois plus élevé que chez les enfants présentant uniquement un trouble anxieux** (Goldston et al., 2007). **Ainsi, les besoins émotionnels des enfants vivant avec un trouble d'apprentissage sont indéniables, mais souvent sous-estimés et fréquemment oubliés par les enseignants** (Rock, Fessler et Church, 1997). Ces derniers sont plutôt formés pour reconnaître les troubles d'apprentissage et intervenir en conséquence.

On peut donc observer un faible sentiment de compétence scolaire, une **démotivation**, une **résignation acquise** et des **difficultés d'intégration sociale**, un cycle où **l'échec**, la **dépression** et la **perte d'intérêt envers les tâches scolaires** vont de pair. Difficultés qui peuvent perdurer à l'âge adulte.

L'origine de cette anxiété voire de la dépression est **nécessairement multifactorielle**. On peut citer : les facteurs héréditaires, l'attachement « insécur », l'anxiété des parents, le comportement inadapté des parents, les situations familiales difficiles : conflit, chômage, divorce, maladie, deuil. Mais aussi un enseignement inadapté et bien sûr les mauvais résultats scolaires qui alimentent le cercle vicieux de l'anxiété, laquelle renforce les difficultés scolaires. Liste non exhaustive, **l'épigénétique ouvre un champ infini de causes possibles**.

#### IV INTRODUCTION À L'EMDR ET AU GESTE REACTIF DE B. BOUTRON

L'EMDR ( eye movement desensitization and reprocessing ) a été découvert fortuitement en 1987 par **Francine Shapiro**. J'avoue que je ne croyais pas vraiment à cette technique, et d'autre part, je trouvais que j'avais passé l'âge d'agiter mon index de droite à gauche et de gauche à droite sous le nez de mes patients.

D'autres méthodes sont similaires : IMO®, RITMO®, REC-SO® ...

Puis j'ai lu un article d'une **psychothérapeute exerçant en milieu carcéral** qui, au fil de son exercice, en était venue à utiliser essentiellement cette technique. Avec des résultats plus satisfaisants qu'avec sa pratique antérieure. Il est vrai **que l'indication de l'EMDR est l'état de stress post traumatique**. L'incarcération est un traumatisme, sans compter les traumatismes antérieurs qui sont habituellement pléthoriques en milieu carcéral. (Je pense que les **victimes** de ceux qui ont été emprisonnés devraient également bénéficier d'aide psychologique ! Autre débat !). En effet, la méthode « **re-traite** » **les vécus traumatiques non élaborés** et donc les symptômes qui en découlent.

Un ami américain a été formé par Shapiro, il m'explique que les autres capteurs comme l'audition et la sensibilité cutanée, pouvait être stimulés conjointement aux capteurs visuels. Il me procure un appareil qui vibre dans les mains, allume un voyant lumineux et envoie un bruit bref dans un casque auditif. Les 3 stimuli sont simultanés et du même côté. Et c'est avec cet appareillage que je lui demande une formation à la méthode.

#### Déroulement de la séance EMDR: **Un processus de traitement conscient**

Le praticien demande au patient de se **concentrer sur le souvenir traumatique**, en gardant à l'esprit les aspects sensoriels les plus perturbants (image, son, odeur, sensation physique), ainsi que les pensées et ressentis actuels négatifs qui y sont associés

Les souvenirs perturbants identifiés sont ensuite « traités », un à un, lors des séances, à l'aide de stimulations alternées. Il faut parfois plusieurs séances pour traiter un seul souvenir. Pour les enfants, selon leur âge, le traitement EMDR peut se faire en présence de leurs parents.

Le praticien continue les stimulations jusqu'à ce que le souvenir ne génère plus de perturbations.

Un de mes patients que j'avais adressé à un thérapeute EMDR me raconte qu'après avoir fait une cinquantaine de séances, son thérapeute est parti en retraite et l'a adressé à Bertrand Boutron. Très enthousiaste, il me détaille sa séance de Geste Réactif® qu'il qualifie de beaucoup plus puissante que la méthode classique EMDR. **Voici un extrait d'un article de B. BOUTRON :**

*Le GESTE RÉACTIF est une méthode thérapeutique corporelle permettant de clore la mémoire d'un événement dangereux ou interprété comme tel. Cette thérapie non verbale s'adresse aux structures réflexes dédiées à la survie. Le langage de ces structures étant le geste et la perception, la réaction nécessaire est corporelle. En induisant une réaction précise du corps, le GESTE RÉACTIF donne aux structures dédiées à notre survie le signal neurologique attendu. L'événement est alors réputé clos. Les alertes corporelles et mentales cessent.*

Immédiatement j'ai demandé à B.Boutron de faire une présentation de sa méthode et depuis, je lui adresse mes traumatisés et il assure ma formation au Geste Réactif®. Il est très doué et de plus, il utilise la kinésiologie pour s'assurer de la dissipation du traumatisme.

<https://www.legestereactif.com>

## V INTRODUCTION A LA METHODE TIPI DE LUC NICON

Un patient me parle de la méthode TIPI pour faire **une régulation émotionnelle**. Sur le site [tipi.fr](http://tipi.fr), je vois que Luc Nicon inaugure une nouvelle formation : **TIPI express**. Je m'inscris à la formation. Il s'agit de faire une séance TIPI en situation de stress, c'est à dire dans les minutes ( ou les jours) qui suivent un événement traumatisant. Je résume la technique : **il s'agit de déplacer les émotions négatives vers le corps qui va les dissoudre.**

J'ai débuté TIPI suite aux attentats de Paris et Saint Denis en 2015. Intéressant.

Ref 2013, NICO publie "Revivre sensoriellement" qui propose le mode d'emploi de la régulation émotionnelle Tipi en situation. Puis en 2019, **le livre illustré "Même plus peur !"** s'adresse aux enfants de 5 à 10 ans pour leur permettre d'utiliser leur capacité de régulation émotionnelle.

PRINCIPE : C'est l'utilisation de l'écoute de la musique filtrée et « basculée » à des fins thérapeutiques, de façon plus spécifique et personnalisée que nos prédécesseurs, **les Docteurs Alfred Tomatis , Bernard Auriol et Guy Bérard.**

Elle repose sur le principe suivant : **selon Guy Bérard, l'oreille fonctionne comme une dynamo génératrice d'énergie pour le corps et pour l'esprit.**

Réf : Audition égale comportement Dr Guy Bérard Ed Maisonneuve

Historique : en 1990, le Docteur Dominique Bourdin, moi-même et quelques autres avons mis la main à la poche, et constitué une société pour élaborer un appareil plus performant. D.Bourdin établit le cahier des charges et j'achète, fort cher le premier exemplaire. **Catastrophe : la section audiométrie était entièrement automatique et élaborée en 1/6 d'octave de 31 Hz à 16000Hz. Donc le patient subissait le test sur 108 fréquences sans aucun repos.** De plus, **l'audiométrie était fautive de 15 à 20 dB et non étalonnable.** J'ai repris en main la partie audiométrie. Ce fut de début d'une prise de distance avec D.Bourdin, lequel est radié définitivement de l'Ordre des Médecins depuis plus de vingt ans. J'ai donc décidé de concevoir seul un bon appareil. Je confie la programmation informatique à E . Favreau. Nous collaborons depuis 25 ans.

#### LE MATÉRIEL AUDIOLOGIQUE ET INFORMATIQUE :

- Un ordinateur PC équipé du logiciel Hipérior comprenant 5 tests, détaillés ci-dessous, et un égaliseur numérique en 1/3 d'octave.

L'ensemble est élaboré spécialement pour la méthode HIPÉRIOR par le Dr J.M. Issartel et E. Favreau. La version 1 en 1995 et la version 2 depuis 2005. Hipérior a donc été la première cure sonore numérique française, dès 1995.

**Seul l'égalisation numérique permet des filtrages précis,** efficaces, pas à pas, de + 12 décibels à moins l'infini, ce que nous faisons depuis 1995.

- une carte son 24 bits
- un casque de test audiométrique: SENNHEISER HDA 200 ou HDA 300,
- CASQUE D'ÉCOUTE HAUTE FIDÉLITÉ : SENNHEISER HD599

Source sonore numérique, non compressée, extérieure ou stockée sur le disque dur du PC

Hipérion associe dans le même logiciel, **un test objectif**, en 5 parties (graphiques à l'appui, fournis au patient, exprimés en Hertz, Décibels et Secondes.) **et un traitement tout aussi objectif, et personnalisé** puisque directement lié aux divers paramètres physiques des tests. L'équalisation numérique, et elle seule, permet un traitement parfaitement « en miroir » par rapport au test tonal liminaire.

#### MAIS QUEL RÔLE PEUT JOUER L'OREILLE ?

C'est après avoir fait pratiquer par Madame Nicole R. 150 à 200 cures Bérard que j'ai acquis la conviction du bienfondé de cette thérapie fin 1987. J'ai aussi pris la décision d'en combler les lacunes et les imperfections.

**L'audition ou plus exactement « l'écoute » est un processus actif, détaillé dans « la clé des sons » du docteur Bernard Auriol.** Éditions Eres. <http://auriol.free.fr>

L'état actuel du sujet influence son écoute, par l'intégration des sons sur les aires auditives du cerveau. **L'anxiété, la dépression, le manque de confiance en soi, et les autres affects modifient le seuil d'écoute des différentes fréquences proposées lors des tests.**

**L'audiogramme est donc un test psycho-acoustique.**

Le Docteur Bernard Auriol écrit : il apparaît que toute activité cérébrale concomitante interfère avec ce qui est entendu, le modifie qualitativement ou/et quantitativement, jusqu'aux extrêmes de l'hyperacousie lors de « l'audition divine » de certaines techniques spirituelles (Milstein , 1977) ou, au contraire, de la quasi-surdité, lors de l'obstruction sensorielle d'ue à une émotion trop forte.

A l'inverse on peut supposer que l'écoute des **sons, des paroles, des musiques, au travers d'une audition « perturbée », alimente le cerveau de façon anormale et alors une boucle délétère se perpétue.** Comme si on regardait la vie au travers d'un prisme déformant et que l'on réagissait en fonction cette vision déformée.

Cependant, toute explication est **nécessairement incomplète**, je cherche plutôt des améliorations thérapeutiques que des explications physiologiques.

HIPÉRIION : POUR QUI ?

- **Patients qui présentent : stress, anxiété, troubles de la concentration, hyperémotivité, difficulté à agir, dépression.**

- **Souffrances résultant de difficultés conjugales ou scolaires, (séparation, licenciement, divorce, deuil...)**

- Patients en cours de formation, pendant les **phases d'apprentissage**.

Adultes et enfants à partir de 6 ans

- Adultes intolérants aux bruits normaux de la vie quotidienne.

**Lorsqu'un enfant est en difficulté, c'est toute la famille qui souffre.**

Lorsque la décision est prise de faire bénéficier l'enfant d'une cure sonore Hipérior, il est souhaitable d'en faire **bénéficier au moins l'un des deux parents**, celui qui entre le plus en résonance avec les difficultés de l'enfant.

REMARQUE: la cure sonore ne s'adresse pas aux personnes atteintes de surdité, même partielle, ni aux maladies apparentées aux psychoses. Les acouphènes ne sont pas une bonne indication des cures sonores. Échec assuré chez les drogués.

**DES TESTS ÉLABORÉS : LE TEST D'ÉCOUTE**

1) **Étape diagnostique** :

Le test objectif d'écoute comprend 5 tests, l'ensemble est appelé « TEST D'ÉCOUTE ».

-1 **Le "test tonal liminaire"** est réalisé à la manière d'un test audiométrique, mais certaines fréquences sont différentes des audiogrammes habituels. On cherche le **seuil d'audition** sur chaque fréquence. Ce test détermine les hypo et hyper auditions relatives dans les différentes fréquences. Les résultats sont déterminants pour effectuer les réglages du traitement sonore. Si une surdité est détectée, le patient sera dirigé vers un médecin spécialisé.

-2 **La mesure des temps de réponses** aux stimuli sonores. Ce test novateur et automatisé, est réalisé 30 dB au-dessus des seuils. Exprimé en millisecondes sur chaque fréquence, il est exprimé sous forme de graphique, le temps moyen est calculé.

-3 **La recherche automatisée de la latéralité gauche/droite**. Réalisée sans correction liée aux seuils auditifs. Explicitée par un graphique. Un enfant insuffisamment latéralisé est souvent très lent et fatigable.

-4 **L'appréciation de la sélectivité**, on l'appelle maintenant la **discrimination fréquentielle** c'est-à-dire de la capacité de discerner les sons, les rythmes et les intonations. Test entièrement automatisé, il signale les bonnes et les mauvaises réponses, mesure le temps nécessaire à la réponse, calcule les pourcentages de bonnes réponses et le délai moyen sur chaque oreille. Cette évaluation de la sélectivité se fait à

30 dB au-dessus des seuils. Un mauvais résultat est lié à : des contresens et des difficultés d'apprentissage, en particulier pour les langues étrangères.

**-5 L'évaluation de la "souplesse du tympan"** vis-à-vis des sons forts. Un sujet normal doit être capable d'écouter pendant quelques secondes, une musique émise au volume d'une centaine de décibels, et cela sans douleur et sans dommage pour son audition.

## **2 Étape thérapeutique : stimulation neuro cognitive**

La cure sonique se fait par :

1/ L'écoute, à l'aide d'un casque, de musiques filtrées, avec un égaliseur numérique : les fréquences hypersensibles sont mises au repos, en revanche les fréquences hypo-sensibles sont stimulées.

2/ Un « effet de bascule » (alternance de filtrages graves et aigus).

3/ Une atténuation gauche / droite est ajoutée ou encore une latéralisation droite.

Comment se déroule la cure pratiquement ?

Une cure comprend **20 séances de 30 à 40 minutes d'écoute musicale à raison de une à deux séances par jour pendant 10 à 20 jours consécutifs** (sauf le week end). L'écart minimum entre 2 séances est de 4 heures.

Quelles musiques sont diffusées?

Des disques CD enregistrés dans le disque dur, faisant alterner des extraits variés : classique, jazz, variétés, musiques du monde... Le support musical est différent à chaque séance. Du fait des réglages, le traitement est différent pour chaque patient et pour chaque séance.

Les effets de la cure sonique HIPÉRIION

**Le plan émotionnel sera plus stable, le comportement plus équilibré.** L'organisme, en meilleure homéostasie ou harmonie, évitera les somatisations. **Les apprentissages seront facilités**, la sélectivité « s'ouvre » et les **contresens disparaissent**.

**La cure sonique est particulièrement efficace et bénéfique sur les enfants et les adolescents.** Le changement est d'autant plus probant que la mère ou le père bénéficie également de la cure.

**Elle est également efficace pour les adultes, en proie au stress, à l'anxiété, à la déprime.**

L'apprentissage des **langues étrangères est facilité**, de même que tous les autres apprentissages.

La cure fait **mûrir les plus jeunes** et donne de la **lucidité** et du **recul** aux adultes.

Elle ne résout en aucun cas les problèmes professionnels, sociaux, familiaux, affectifs, mais **permet de mieux les gérer au lieu de les subir. Elle permet de devenir acteur de sa vie.**

La proportion d'échecs est faible : environ 5% seulement des patients n'ont subjectivement pas ressenti d'amélioration, aucun n'a vu d'aggravation de ses symptômes.

Mais attention, la cure ne se substitue à aucun traitement médical.

Elle s'intègre dans une médecine et psychothérapie intégratives.

Ce n'est pas une panacée, c'est un formidable **STARTER DU CHANGEMENT**, Hipérior forge l'envie d'un travail d'évolution personnelle réalisé grâce aux nombreuses psychothérapies et outils de développement. site : [hiperion.net](http://hiperion.net)

## VII INTRODUCTION AU REVE EVEILLE LIBRE DE GEORGES ROMÉY

C'est une psychothérapie brève qui laisse témoigner l'inconscient et répare les blessures qui y sont enregistrées. Elle réhabilite les aspects des engrammes inconscients négatifs. Elle reconnecte l'être avec ses racines, pour qu'il devienne plus complètement soi-même.

Rêver, c'est l'acceptation sereine de Notre imprévisible devenir.

En 1923, Robert Desoille, ingénieur de formation, pressent l'efficacité du cheminement imaginaire en tant que démarche en psychothérapie. Robert Desoille choisit logiquement pour sa méthode, la dénomination de Rêve Éveillé Dirigé.

- En 1982, Georges Romey publie aux éditions Robert Laffont, l'un de ses livres « Rêver pour renaître » dans lequel il expose les résultats de nombreuses expériences d'une pratique non directive du Rêve Éveillé.  
REVE EVEILLE LIBRE ;

- en 1986, Stéphane Jardin me fait découvrir le Rêve Éveillé et je lui adresse les patients en échec des autres thérapies. Avec de bons résultats

Je débute ma formation avec Romey en 1992 et j'exerce une dizaine d'années.

• COMMENT SE DÉROULE LA CURE DE RÊVE ÉVEILLÉ LIBRE?

Tout d'abord, la personne s'installe dans une position confortable favorisant la relaxation, yeux clos, puis elle est invitée à exprimer, à haute voix, le plus spontanément possible, les images qui lui apparaissent, ces images s'enchaînent dans une sorte de scénario improvisé.

Sans aucun recours à la suggestion ni aux techniques hypnotiques, le patient atteint naturellement un état de conscience modifié, un état intermédiaire entre la conscience logique et le sommeil. Les images-symboles qui surgissent se comportent en agents actifs de l'évolution psychologique.

Les images respectent les rythmes du patient et apparaissent en fonction des priorités à traiter. Le thérapeute prend note sous la dictée. Habituellement le rêveur termine son rêve de lui-même.

Alors un dialogue s'engage pour une interprétation du rêve.

- QUE SE PASSE-T-IL ? POURQUOI LE RÊVE FONCTIONNE-T-IL ?

Au cours de la séance de rêve, l'inconscient exprime ses craintes, ses impossibilités, ses désirs dans un langage symbolique inaccessible au conscient. Simultanément à cette expression au cours du rêve, les souffrances, les angoisses, les frustrations se dissipent ; le patient est allégé, apaisé, plus confiant en lui et en son avenir.

Le processus dynamique en action par le rêve agit sur le plan physiologique sans que l'interprétation soit nécessaire. « Le thérapeute est alors un témoin de l'auto guérison du patient ». La traduction des symboles est enrichissante, elle accélère significativement la prise de conscience, mais elle n'est pas l'agent thérapeutique principal.

Remarquable levier de mise en mouvement et de résolution de la problématique, le Rêve Éveillé Libre agit sur deux grands axes :

- L'AXE ANALYTIQUE, nettement repérable par ses résonances freudiennes
- L'AXE INITIATIQUE, qui relève de la vision jungienne
- LES RÉSULTATS DU R.E.L. •

L'efficacité du Rêve Éveillé Libre dans la résolution des tensions psychiques, des angoisses, des situations dépressives et de certains troubles psychosomatiques s'affirme chaque jour. Aller vers son imprévisible, c'est se diriger vers créativité. Être créatif c'est d'abord être créateur de soi-même.

Georges Romey : LE REVE EVEILLÉ LIBRE CHEZ ALBIN MICHEL 2001

## VIII OSTEOPATHIE STRESS, ANXIETE ET DEPRESSION

En juin 1874, Andrew Taylor Still expose, devant des universitaires américains, les 3 principes de l'ostéopathie qu'il vient d'élaborer. Still passe à leurs yeux pour un illuminé.

1/ Unité de fonction du corps humain : l'être humain est un tout.

2/ la structure gouverne la fonction : plutôt il y a une interrelation structure/ fonction

3/ principe d'autorégulation, auto guérison. Comme l'homéostasie de Claude Bernard

L'ostéopathe tente de restaurer la mobilité normale, avec ses mains. Et cette restauration se fait dans 3 champs interdépendants : l'ostéopathie structurale, l'ostéopathie cranio-sacrée et l'ostéopathie viscérale.

### L'ostéopathie structurale

Recherche des restrictions de mobilité : par exemple entre deux vertèbres, lors d'une lombalgie, ou entre deux os, du pied par exemple, après une entorse de cheville. Exemple de deux techniques très connues :

- technique d'énergie musculaire, mise au point par le Dr Fred Mitchell. Le principe est de décontracter un muscle contracturé. On utilise une contraction isométrique (sans mouvement) de ce muscle pendant 3 ou 4 secondes, puis profiter de la période de relâchement pour allonger ce muscle en douceur.

- Les manipulations sont des mouvements à haute vélocité et faible amplitude qui sont à éviter chez les sujets anxio-dépressifs

Guide pratique d'apprentissage de l'ostéopathie fasciale et tissulaire Malo Richeux et Dominique Laigneau ed Sully 2015

### L'ostéopathie cranio-sacrée

- le modèle décrit par W.G. Sutherland publié en 1939 ne me convient pas

- L'ostéopathie crânienne développée par John Upledger me convient, enseignée en France par ma sœur Lionelle Issartel et Jean Berger au début des années 80. Elle est formidablement efficace. Effet de détente immédiate, traitement des céphalées de tension, des migraines, des déprimés... un outil indispensable, utilisé chaque jour.

Craniosacral Thérapy par J.E. Upledger et J.D Vredevoogd 1983.

L'ostéopathie exactement par Lionelle et Marielle ISSARTEL Robert Laffont 1981

## L'ostéopathie viscérale.

Au début des années 80, l'ostéopathie viscérale était enseignée par des élèves de Jean-Pierre Barral à l'école SERETO. Les débuts étaient timides, et devant tant de nouveauté, on y croyait à moitié. Mais en 1984, Barral et Mercier publient les « manipulations viscérales ». Une révolution. Alors je décide de suivre les enseignements de Barral, d'abord à Bobigny (DUMENAT) Puis dans ses formations spécialisées, en petit comité. Passionnant, terriblement efficace.

Le principe est le même que pour l'ostéopathie structurelle, il s'agit de restaurer une mobilité d'organe, là où elle est limitée. (Rein, grêle, utérus, coccyx)

*Manipulations viscérales* : tome 1 et 2 Jean-Pierre Barral avec Pierre Mercier pour le 1<sup>er</sup> tome ( la première version est publiée en 1983)

BARRAL, Jean-Pierre *Manipulations uro-génitales* Éd.de Verlaque.

Pour conclure sur l'intérêt de l'ostéopathie dans les troubles anxio-dépressifs, je donne la parole à **Nathalie Camirand qui confirme mon expérience.**

*Axe cerveau-intestin-pelvis et ostéopathie: Approche intégrative du stress de l'anxiété et de la dépression*  
De Nathalie Camirand Elsevier Masson 2019

## IX ALIMENTATION ET MICROBIOTE, COMPLEMENTS ALIMENTAIRES

Lors des études d'ostéopathie du DUMENAT à Bobigny, il y avait un tronc commun acuponcture, nutrition, mésothérapie...

J'ai débuté « le régime sans lait de vache » chez les enfants qui présentaient des infections orl et broncho-pulmonaires répétées, ou des allergies type eczéma et aussi dans les cas de reflux gastro-œsophagien. Au début des années 80, ce discours était très indigeste pour les mamans. L'une d'elle me dis : vous voulez tuer mon enfant , il ne mange que des laitages ! deux mois plus tard, il avait une alimentation diversifiée (laitages exclus) et ne présentait plus ni sa rhinorrhée chronique, ni sa toux chronique. Et aucune prise d'antibiotiques, alors qu'il en prenait deux fois par mois.

Le développement des laits spéciaux type Pepti-junior, Prégestimil, Prégomine puis Modilac expert riz AR, boissons aux amandes, a facilité le régime sans lait de vache .

Les protéines de lait de vache sont classées environ au 5ème rang au classement des allergènes alimentaires, l'intolérance au lactose concerne 20% de la population de nord de la France et 60% dans le sud, mais le lait de vache reste porteur de toutes les « vertus », symbolise-t-il la bonne mère nourricière ?

Lors de la mise sous régime sans lait de vache, j'ai eu parfois la surprise de constater une amélioration franche du comportement des enfants, constatée par les parents, mais aussi signalée par les enseignants.

A Lyon, le Docteur Raphaël Nogier ( Fils de l'inventeur de l'auriculothérapie et du RAC réflexe auriculo cardiaque, renommé VAS vascular autonomic signal) utilise les méthodes de son père pour personnaliser l'alimentation. Formation : L'alimentation, vue sous l'angle de la photoperception cutanée à la recherche des intolérances et des allergies alimentaires.

J'utilise le RAC depuis 1988 pour personnaliser l'alimentation et c'est une aide précieuse.

**L'axe intestin- cerveau semble fonctionner dans les deux sens : le microbiote influence le fonctionnement cérébral et inversement le cerveau peut agir sur le microbiote .**

[https://www.lemonde.fr/sciences/article/2012/03/23/flore-intestinale-le-cerveau-sous-influence\\_1674270\\_1650684.html](https://www.lemonde.fr/sciences/article/2012/03/23/flore-intestinale-le-cerveau-sous-influence_1674270_1650684.html)

**Depuis la mise en évidence de l'épigénétique, on devait s'en douter.**

Voici l'avis du Professeur Dinan :

**Le régime méditerranéen** a des effets bénéfiques sur les troubles de l'humeur, a indiqué le Dr Ted Dinan, professeur de psychiatrie à l'University College Corka (Irlande), en entrevue à « Psychiatry Advisor ». « Il ne fait aucun doute qu'un régime méditerranéen comprenant des aliments fermentés a un impact positif sur la santé mentale des personnes souffrant de dépression », a-t-il déclaré, ajoutant que « l'exercice, qui a également une puissante activité antidépressive et favorise une plus grande diversité du microbiote, devrait être encouragé chez toutes les personnes souffrant de dépression ».

**Un résumé d'article de Marion Bugaud** UGA UFRM - Université Grenoble Alpes - UFR Médecine

**Impact de l'alimentation sur les troubles dépressifs de l'adulte et leur prise en charge : synthèse de la littérature**

*Résumé : La dépression est une pathologie psychiatrique fréquente impactant lourdement la qualité de vie des patients et la charge globale des coûts liés à la santé. Ses mécanismes physiopathologiques ne sont pas encore complètement élucidés, et plusieurs hypothèses ont été proposées. La prise en charge thérapeutique*

*actuelle comporte les psychothérapies, les traitements médicamenteux et les techniques de stimulation cérébrale. Les éléments d'hygiène de vie comme l'alimentation et l'exercice physique représentent des facteurs importants de prévention et de prise en charge de nombreuses maladies chroniques dont les maladies métaboliques, cardiovasculaires, neurodégénératives et les cancers. Récemment, les connaissances sur l'axe microbiote-intestin-cerveau sont venues apporter de nouveaux éléments de compréhension du lien entre pathologies neuropsychiatriques et alimentation. Celle-ci est essentielle pour apporter les nutriments nécessaires au bon fonctionnement cérébral. Les études tendent à montrer un impact négatif de certaines carences nutritionnelles (vitamines B, C, D, acides gras omega-3, zinc, magnésium, fer, tryptophane, SAME) et un impact positif de leur supplémentation sur les troubles dépressifs. Une association significative est retrouvée entre la qualité de l'alimentation et la diminution du risque de dépression, et notamment avec l'observance d'un régime de type méditerranéen. Les études cliniques prospectives récentes évaluant l'efficacité d'interventions diététiques dans la prise en charge de la dépression apportent des résultats encourageants pour poursuivre les recherches et commencer à prendre en compte ces nouvelles données dans la pratique clinique.*

Pour les troubles anxio-dépressifs, j'utilise tous les éléments cités au dessus ( sauf le SAME que je ne connaissais pas : S-adénosyl-L-méthionine). Quelques précisions : Il y a 35 ans les omega 3 (OMACOR®) était remboursés par l'assurance maladie. Le magnésium et le fer sont souvent à l'origine de troubles digestifs. Dans ce cas, j'utilise les sels d'orotate de Mg et orotate de Fer dont la tolérance est excellente. 80% de la population est carencée en Vitamine D , Idem pour le Mg. J'utilise la Tyrosine ( non citée ci dessus) qui est le précurseur de l'adrénaline, de la noradrénaline, de la dopamine, et c'est un excellent stimulant des dépressifs. Dans le trouble anxieux généralisé, j'ajoute des perfusions IV de magnésium, vitamine C et vitamine B6, ce cocktail supprime l'asthénie des hypersensibles.

Une alimentation peu saine de la mère pendant sa grossesse expose l'enfant à un sur risque de TDA.

Galera C, Heude B, Forhan A, Bernard JY, Peyre H, Van der Waerden J, Pryor L, Bouvard MP, Melchior M, Lioret S, de Lauzon-Guillain B. Prenatal diet and children's trajectories of hyperactivity-inattention and conduct problems from 3 to 8 years: the EDEN mother-child cohort. J Child Psychol Psychiatry. 2018 Mar 24 [Epub ahead of print]. doi: 10.1111/jcpp.12898. PMID: 29573342

## X MESOTHERAPIE DES CRISES, DE PANIQUE ET DE SPASMOPHILIE

La mésothérapie a été inventée par le docteur Michel Pistor en 1952.

Je pratique la mésothérapie depuis 1978 dans certaines indications rhumatologiques. **J'ai découvert la Mésostress lors du DIU de mésothérapie, il y a une vingtaine d'années.** Dans le domaine qui nous intéresse, les indications sont multiples, mais **j'ai réservé la Mésostress aux crises de spasmophilie et aux attaques de**

**paniques.** J'utilise un pistolet injecteur pour faire des micro injections de médicaments dans des zones cutanées particulières : zone épigastrique, sterno cléido mastoïdien, zone des trapèzes supérieur, moyen et inférieur. C'est à dire les régions cervicale et dorsale.

Les puristes ajoutent une injection au sommet du crâne : le 20 ème point du méridien Vaisseau Gouverneur.

La profondeur des injections est variable : certaines son épidermiques dans le premier millimètre de la peau et d'autres sont à 2 à 3 mm de profondeur. Ces dernières sont plus rapidement efficaces, mais les micro-injections épidermiques produisent un effet plus durable.

**JJ Perrin nous a appris à faire une mésothérapie non douloureuse** : il s'agit de « griffer » l'épiderme très superficiellement tout en déposant le mélange médicamenteux, lequel va pénétrer du fait de l'abrasion de la couche cornée. Bonne indication pour la maladie d'Osgood Schlatter.

Pour mésostress le mélange injecté est habituellement : Xylocaïne®+ Magnésium+ Laroxy®.

Les résultats sont intéressants sur les crises, mais je pense qu'il est nécessaire d'adjoindre d'autres outils thérapeutiques pour une action durable et à visée curatrice.

Ref : Dr. C.BONNET, Dr. MREJEN, Dr. JJ.PERRIN Le Mesostress à propos de 1000 patients ( 2000-2003) Livre Mésothérapie en médecine esthétique et générale- Edition Mesodiffusion 2003 .

ÉTUDE : APPORT DU MESOSTRESS DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS –A PROPOS DE 52 CAS-2007 Mémoire DIU Mésothérapie Paris (F.ANDRES, MP.DELAFONTAINE ,A.FINET, D.LEGUERRE,G. SCETBON,J.WAJNSTOCK)

ÉTUDE : APPORT DU MESOSTRESS DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS-A PROPOS DE 86 CAS-2008 Mémoire DIU Mésothérapie Paris (I.CHABOT,D. DELSART,M.ELBAZ,S.EZRA,A.HAGEGE,H. KERITA,J.PERDRIAUX,D.RATTE,M.SAND,S. TOUITOU,D.VINCENT,E.WEINSTEIN

## XI DEPISTAGE DE L'APNEE DU SOMMEIL. POLYGRAPHIE VENTILATOIRE

Sylvie Royant Parola a organisé une formation sur les troubles du sommeil, il y a une vingtaine d'années et j'ai été conquis.

Depuis une douzaine d'années, je pratique les polygraphies ventilatoires du sommeil avec un appareil français formidable le CIDELEC 102L. Le capteur de pression sus sternal rend inutile la sangle thoracique. L'électromyogramme intégré dépiste les mouvements périodiques du sommeil qui sont parfois isolés, c.-à-d. sans syndrome des jambes sans repos. La partie logiciel est une pure merveille. Pas aussi complet qu'une polysomnographie, c'est un excellent dépistage des syndromes d'apnées/hypopnées du sommeil, qui peut être réalisé dans des conditions habituelles : le patient dort dans son lit , en n'est pas hospitalisé.

Tout parent qui ronfle et qui est fatigué le matin, ou après le repas de midi doit remplir l'échelle de somnolence d'Epworth. Si le score atteint 10, une Polygraphie est indiquée. Pour plus d'info : <https://reseau-morphee.fr>

## XII ADDICTION AUX ECRANS : PRÉVENTION

A tous les parents, je conseille la lecture du livre de Michel Desmurget, docteur en neurosciences et directeur de recherche à l'Inserm : « la fabrique du crétin digital ». Ouvrage très documenté environ 1500 références.

- Conseil minimum avant même de lire ces centaines de pages:
- Zéro écran avant 6 ans : ni TV, ni Smartphone, ni jeu vidéo, ni ordinateur
- Entre 6 et 9 ans : Pas d'Internet, ou alors accompagné. Jamais d'écran dans la chambre.
- Entre 9 et 12 ans : Pas plus de 30 min par jour d'écran, Smartphone inclus.
- Après 12 ans : Fixez des horaires à respecter, pas au-delà de 1h par jour, parlez avec le jeune des dangers d'Internet et des réseaux sociaux.
- Pas de téléphone allumé sur la table de nuit. Achetez des réveils !

## CONCLUSION ET PROPOSITIONS POUR UN AVENIR IDEAL PROCHE

### **Quelques recommandations tout d'abord pour minimiser les troubles anxieux:**

Éviter de trop gratifier un enfant brillant : cela génère chez lui une pression anxiogène invisible.

Convaincre les jeunes que **l'échec n'est pas une tare**, car tout apprentissage consiste en une succession d'essais, avec des échecs et des réussites.

En ce qui concerne le QI, il est nécessaire de déterminer la **croissance de l'enfant**, celle des parents et si possible... celle des enseignants. En effet, les théories implicites de l'intelligence s'incrustent dans la croyance de l'enfant en fonction de l'environnement dans lequel il est baigné depuis son plus jeune âge. **Il faut repérer les familles où règne la théorie de l'entité, et ensuite les réduire pour inculquer chez eux la théorie incrémentielle de l'intelligence.** Alors on observe que les jeunes présentant un TAG voient leur niveau d'anxiété décroître, leur engagement scolaire augmenter et leurs résultats scolaires améliorés. ( Cury et Da Fonseca. les enfants dys). Parallèlement à l'induction de cette théorie incrémentielle, **on s'attachera à valoriser les processus de développement : le travail, l'effort, la persévérance et les bonnes stratégies.**

Loin d'être cantonné aux différentes techniques évoquées, **il est souhaitable de s'ouvrir à d'autres techniques** ( même si je ne les pratique pas) et de recommander en particulier : la **cohérence cardiaque**, enseignée en France par David O'HARE qui vient du Canada pour des séminaires ( lire : cohérence cardiaque 365). Actuellement je recommande la version simplifiée : RESPIRELAX sur Iphone. **Le sport « détente »** en évitant la compétition. **La sophrologie et l'hypnose, la relaxation. La médiation de pleine conscience** et le professeur Corinne Isnard Bagnis , agrégée du service de néphrologie à l'hôpital Pitié Salpêtrière à Paris . J'adresse mes patients pour la méditation de Jon Kabat Zinn . Elle a le projet de créer un DU de Médecine Intégrative et souhaite me confier le module « Cures Soniques ».

Dans un monde idéal, le **dépistages des TA et des troubles anxio-dépressif devrait être généralisé.**

De plus, **dans un monde plus que parfait, les troubles devraient être prévenus** avant même le début de la grossesse, même si ce n'est pas aussi facile que de prescrire de la vitamine B9.

Une alimentation méditerranéenne, des séances d'haptonomie pour favoriser un attachement « sécur », un traitement des troubles anxio-dépressifs avant et pendant la grossesse. Choisir des traitements adaptés à la gravité du trouble : compléments alimentaires à base de **Tryptophane** et de **Tyrosine, omega 3, yoga, psychothérapie** et **Cure Sonique Hipérion®** en début de grossesse (qui donne des résultats cliniquement satisfaisants, même si on ne peut pas présenter de preuves). Si nécessaire utiliser **les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine**. Les effets secondaires des ISRS semblent présenter une balance bénéfique/ risque favorable, même si des effets indésirables peuvent se révéler tardivement comme pour le Distilbène ou le Médiateur. Une association entre un risque accru de troubles du spectre autistique et l'exposition aux ISRS in utero a été rapportée . Toutefois, cette association n'a pas été retrouvée dans une large étude populationnelle danoise dont la puissance permettait d'exclure une augmentation de 61 % du risque relatif.

**A Hviid M Melbye B. Pasternak** *Use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of autism. N Engl J Med 2013*

Les conséquences sur l'enfant , à court, moyen et long termes des troubles psycho-affectifs présent chez la femme enceinte ou qui vient d'accoucher sont réels et je vais donner quelques exemples. Deave et Barker on montré que la **dépression du post partum est associée à une augmentation des troubles émotionnels et du comportement chez son enfant avec diminution du QI, retard cognitif, et retard de l'acquisition du langage.**

**Deave** *The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. BJOG 2008*

**Barker** *The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. Depress Anxiety 2011*

La majorité des travaux suggèrent que les enfants exposés aux ISRS in utero ne manifestent pas de différence significative jusqu'à l'âge de 6 ans en termes d'humeur, de tempérament, d'intelligence, de comportement ou de fonctions cognitives. Bonne nouvelle !

Mais certains travaux évoquent cependant un risque d'altération de la réponse à la douleur, de diminution de la qualité des mouvements généraux ou de ralentissement du développement psychomoteur.

**RC Casper** *Follow-up of children of depressed mothers exposed or not exposed to antidepressant drugs during pregnancy. J Pediatr 2003 (142)*

Les docteurs **Sarah Hutchison et Tim Oberlander** ont évalué les **capacités de réflexion et d'attention** de 51 pré-adolescents (**créativité, concentration, maîtrise de soi...**), tous suivis dès la 26<sup>ème</sup> semaine de grossesse de leur mère. Résultat : que les enfants exposés aux ISRS durant la grossesse de leur maman avaient **à 6 ans et à 12 ans de meilleures compétences cognitives** que ceux qui n'avaient jamais été jamais été exposés in utero aux antidépresseurs. En revanche, selon ces auteurs, les enfants dont la mère était traitée par ISRS restaient plus anxieux que la moyenne à 3 et 6 ans, en revanche cette différence était gommée à 12 ans. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01740002/>

**Brannigan** montre que, comparés aux enfants non exposés à un stress maternel en période prénatale, les enfants exposés à « **toute forme de stress maternel pendant la gestation** » ont ensuite un risque « **trois fois plus élevé** » de développer un trouble de la personnalité . Plus précisément, **ce risque est déjà triplé quand ce stress maternel durant la grossesse est jugé « modéré »**.

**Le risque est multiplié par sept quand le stress subi par la mère est considéré plutôt comme « sévère »**.

Ces associations demeurent inchangées après l'ajustement des données pour certains facteurs : antécédents psychiatriques des parents, diagnostics de comorbidités psychiatriques, tabagisme prénatal et dépression prénatale.

**Les auteurs estiment donc qu'une exposition au stress pendant la vie prénatale « augmente les risques de troubles de la personnalité par la suite, indépendamment des autres troubles psychiatriques. »**

Brannigan R et coll.: The role of prenatal stress as a pathway to personality disorder: longitudinal birth cohort study. *Brit Journal Psychiatry*, 2020; 216: 85–89.

En une phrase : intérêt de la **prévention**, du **dépistage précoce généralisé**, du **traitement intégratif et systémique** des troubles anxio-dépressifs associés aux troubles des apprentissages.