

N°25
01/2025

entre2p^oles



le journal d'info de l'association Bicycle

ASSOCIATION D'AIDE AUX FAMILLES D'ENFANTS
ET D'ADOLESCENTS AYANT UN TROUBLE DE L'HUMEUR
HYPERSENSIBILITÉ - DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE
CYCLOTHYMIE - BIPOLARITÉ

LA FOLIE

VOIE SANS ISSUE



DOSSIER SPÉCIAL

SCHIZOPHRÉNIE À DÉBUT PRÉCOCE
VS BIPOLARITÉ À DÉBUT PRÉCOCE
PAR LA PR ELLUL ET LE DR DEBRIL

J'AI TESTÉ POUR VOUS

LE PSSM OU DEVENIR
SECOURISTE EN SANTÉ MENTALE
PAR LÆTITIA BECK

BILLET D'HUMEUR D'AMELIE

UN ENFANT BIPOLAIRE ?
ON NE VA QUAND MÊME PAS
LEUR DONNER DU LITHIUM !

LAURENT SE LIVRE LA PSYCHOÉDUCATION

TÉMOIGNAGE

LÉON ET LE LITHIUM :
UN CHEMIN VERS L'APAISEMENT
PAR AURÉLIA

édito



LAËTITIA PAYEN

PRÉSIDENTE
DE L'ASSOCIATION BICYCLE

Cette année on a commencé l'année 2025 en ébullition avec notre nouvelle mascotte Thymie !

Et oui ! Cette année la santé mentale a été labellisée « Grande cause nationale ». Du coup vous nous voyez venir ?

Notre vœu le plus cher serait vraiment de sortir du magma des critères diagnostiques pour enfin pouvoir proposer des soins adaptés à nos enfants.

En 2022, la schizophrénie à début précoce a eu le droit à ce Saint Graal grâce à l'établissement d'un PNDS mais comme nous l'expliquent le Pr Ellul et le Dr Debril, la bipolarité à début précoce le mériterait tout autant !

Les troubles psychiques comme la schizophrénie et la bipolarité sont souvent associés à la folie et donc à la peur dans l'imaginaire collectif.

Mais parfois, plus inquiétant, chez les professionnels aussi, un TND oui mais un trouble psychique chez un enfant certainement pas !

Ceci a-t-il vraiment un sens ?

Ou tout simplement a-t-on peur de ce que l'on ne connaît pas ?

Amélie a imaginé un dialogue pas si fictif sur le sujet à retrouver dans son billet d'humeur.

Les troubles psychiques et donc par extrapolation la folie serait-elle une voie sans issue ?

Aujourd'hui c'est l'absence de diagnostic ou au contraire l'accumulation de diagnostics qui nous rendent flous à défaut de nous rendre fous !

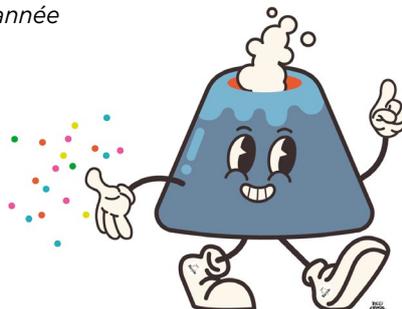
Heureusement en attendant un consensus national et une guideline Aurelia, par son témoignage nous prouve que ce serait une folie de ne pas proposer des soins adaptés à nos enfants tandis que Laëtitia Beck veille sur notre santé mentale grâce à son diplôme fraîchement acquis en transformant les cratères qui nous séparent en critères de cohésion.

Enfin pour que tous nos efforts ne partent pas en fumée, Laurent nous propose une sélection de manuels de psychoéducation pour nous aider à trouver le meilleur chemin pour accompagner nos enfants.

Avant de vous laisser découvrir ce nouveau numéro qui on l'espère fera couler plus d'encre que de lave, voici une citation à méditer du poète Christian Bobin :

*Enfinement je n'aime pas la sagesse. Elle imite trop la mort.
Je préfère la folie - pas celle que l'on subit, mais celle avec laquelle on danse.*

*C'est décidé, 2025 sera résolument l'année de la première boum de nos enfants !
Vous êtes tous invités !*



TOUTES LES RESSOURCES GRATUITES
DE L'ASSOCIATION BICYCLE
SUR VOTRE SMARTPHONE
ET SUR VOTRE ORDINATEUR :



ASSOCIATION D'AIDE AUX FAMILLES
D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS
AVANT UN TROUBLE DE L'HUMEUR
HYPERSENSIBILITÉ - HYPERREGULATION EMOTIONNELLE
CYCLOTHYME - BIPOLARITE
bicycle-asso.org

Sommaire

- 03 **L'ASSO**
- 09 **BILLET D'HUMEUR D'AMÉLIE**
- 10 **DOSSIER SPÉCIAL**
Schizophrénie (SDP)
VS trouble bipolaire
à début précoce (TBDP)
- 17 **LAURENT SE LIVRE**
- 21 **J'AI TESTÉ POUR VOUS**
Le PPSM ou devenir secouriste
en santé mentale
- 26 **TÉMOIGNAGE**
Léon et le lithium :
un chemin vers l'apaisement
- 29 **BD**
- CINÉMA**
- 31 La vie de ma mère
- 32 Vice-versa 2
- 33 Kaizen, 1 an pour gravir l'Everest
- 34 Quelle incidence le cinéma a-t-il eu
sur la perception du trouble bipolaire ?
- ACTUALITÉS**
- 38 Bipolarité Juvénile, Everest de la
pédopsychiatrie ?
- 40 TDAH, bipolarité, quels impacts
sur l'espérance de vie ?
- 42 **BICYCLE COUP DE COEUR**
Podcast Arte Radio : Sur le fil
- 43 Top Facebook / Nouveauté livre
Statistiques / Appel à témoignages

entre2pôles, le journal d'info de Bicycle - gratuit.
Éditeur : Bicycle.
Directrice de la publication : Laëtitia Payen.
Rédactrice en chef : Laëtitia Payen.
Direction Artistique et maquette : Eric Payen.
Chroniqueurs : Amélie Clermont, Laurent Nio.
Ont participé à ce numéro : Pr Pierre Ellul, Dr Alexis Debril,
Laëtitia Beck, Aurélie, Atsuki Payen.
Crédits photos et illustrations :
Bicycle, RicoGripoli, Vecteezy, Jean Ribière/Gamma Rapho,
Lalou, Francisco Batista, Alexis Debril, Lou Lubie/BIPICT.
Corrections : Aude Thomas-Nio.
Avec tous nos remerciements.

© Tous droits réservés. La reproduction, même partielle, de
tout article ou image publiés dans entre2pôles est interdite. 1^{er}
semestre 2025.
Association Bicycle
142, bd des ambassadeurs - 95220 Herblay-sur-Seine
www.bicycle-asso.org
contact@bicycle-asso.org



Bicycle au relais de la flamme Olympique à Granville, le 31 mai 2024

A l'occasion de la 21ème étape du parcours de la Flamme Olympique à travers la France, Éric, notre directeur artistique, a été sélectionné pour être porteur de la flamme Olympique grâce à son engagement au sein de notre association !

Plus de 100 000 candidatures et seulement 11 000 porteurs retenus selon des critères très précis.

En effet, avec Bicycle, il remplit le critère du « collectif » en agissant au quotidien pour bâtir une société plus solidaire, plus inclusive, plus durable et plus juste.

Il remplit aussi celui du « sport et des Jeux » à travers son implication professionnelle chez Keneo, agence «sports-expériences» et acteur majeur de cette grande aventure sportive.

Cette flamme est un symbole fort pour notre association, c'est la reconnaissance de la valeur de notre combat mais c'est aussi toute l'énergie que nous y mettons chaque jour !

Retour sur une journée unique comme porteur de la flamme par Eric :

Porter la flamme pour l'Association Bicycle, ma femme Laëtizia Payen, présidente de l'association et les bénévoles qui viennent en aide aux familles d'enfants bipolaires. Encouragé par ma famille mais aussi Keneo mon entreprise et tous ses formidables collaborateurs. Sélectionné avec émotion par Coca-Cola et Paris 2024. Porté par la foule de Granville et la presse (Ouest-France, France Télévision). Simplement infiniment émotionnellement, Merci.

Eric Payen



- SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX

Le CHU de Bordeaux recommande notre association et affirme l'existence de la bipolarité juvénile.

Merci et bravo au CHU de Bordeaux pour cette excellente vidéo sur la bipolarité de l'enfant (en deuxième partie) !

Cette reconnaissance de la bipolarité juvénile et la recommandation de notre association par un centre expert et un CHU représentent une fierté pour notre association mais aussi beaucoup d'espoir pour notre cause. Notons cependant que le Dr Sébastien Gard n'a décrit que la bipolarité la plus typique de l'adulte et que la cyclothymie (la forme du trouble bipolaire majoritairement retrouvée avant 15 ans) peut aussi affecter les adultes.

A partir d'une sélection de questions posées par les internautes via les moteurs de recherche sur cette pathologie, le Dr Sébastien Gard, psychiatre au CH Charles Perrens et le Dr Valérie Adrian, pédopsychiatre au CHU de Bordeaux, proposent leurs réponses et leurs expertises.

En 2020 nous avons été écartés de la cartographie des acteurs produisant des contenus web sur les troubles psychiques par le Psycom commandité par Santé Publique France précisément pour le motif inverse.

En effet, il était apparu que les thèmes traités par notre association « cyclothymie » et « bipolarité chez l'enfant » n'étaient pas fréquemment recherchés par les internautes. C'est pourquoi notre association n'avait pas passé les filtres du recensement.

Aujourd'hui les statistiques de notre site l'attestent : plus de 37 000 visites cette année et plus de 100 000 pages consultées !

Une belle revanche donc pour notre association et une grande avancée dans notre combat !

Pour voir ou revoir la vidéo c'est par ici :

https://youtu.be/_ZU9hc_rkRE?si=AmSqVRrn6idPKmGi



• Post du Dr Michael Sikorav, psychiatre, sur sa page LinkedIn

Le Dr Michael Sikorav parle « d'un drame qui se produit dans le silence » concernant la prise en charge des enfants bipolaires et d'un problème souvent oublié et pourtant « tout aussi important que les TND » dont le diagnostic est aussi « fréquemment raté » soulignant que ce diagnostic est pourtant « fréquemment comorbide d'un TDAH ». Appelant ses confrères à se mobiliser, il déplore « des familles entières sur le carreau ».

Un grand merci à lui pour son engagement !

Concert Love We Need

Au profit de notre association, présentation de l'association et stand Bicycle : 16 novembre 2024

Une magnifique soirée de partage et d'amour live !

Merci aux artistes si talentueux : HelLau, Estelle et Elouan, The Crocks, Damien en guest et à la belle énergie de la team Love We Need avec Estelle, nouvelle présidente à sa tête !

Soulignons le très beau final du concert avec la chanson « We are the world ».

Un grand moment d'émotions où on se prend à croire que, tous ensemble, petit pas par petit pas, nous pouvons changer le monde pour nos enfants !

De nombreux extraits sont à revoir sur notre compte Instagram !
Le concert de l'année dernière avait permis de récolter 700€ !



Un atelier Tandem

Le 1^{er} décembre 2024 a eu lieu un nouvel atelier Tandem en visio, action phare de notre association.

Cet atelier de psychoéducation pour les parents sans la présence des enfants, a été animé par la psychologue clinicienne Angélique Excoffier accompagnée de Laëtitia Payen, Présidente de l'association.

Ces ateliers sont à destination des parents dont l'enfant présente une dysrégulation émotionnelle sévère avec ou non un diagnostic de cyclothymie/troubles bipolaires
17 parents en ont bénéficié.

Poursuite de la campagne Cliché n'est pas soigner sur nos réseaux sociaux

Le principe : des capsules vidéo qui proposent la radiographie d'un cliché sur la bipolarité juvénile en collaboration avec le Dr Hantouche expert des troubles de l'humeur et conseiller scientifique de notre association.

Ces clichés sont le résultat du recueil des réponses les plus couramment données aux parents quand ils évoquent la bipolarité de leur enfant auprès d'un professionnel de santé.

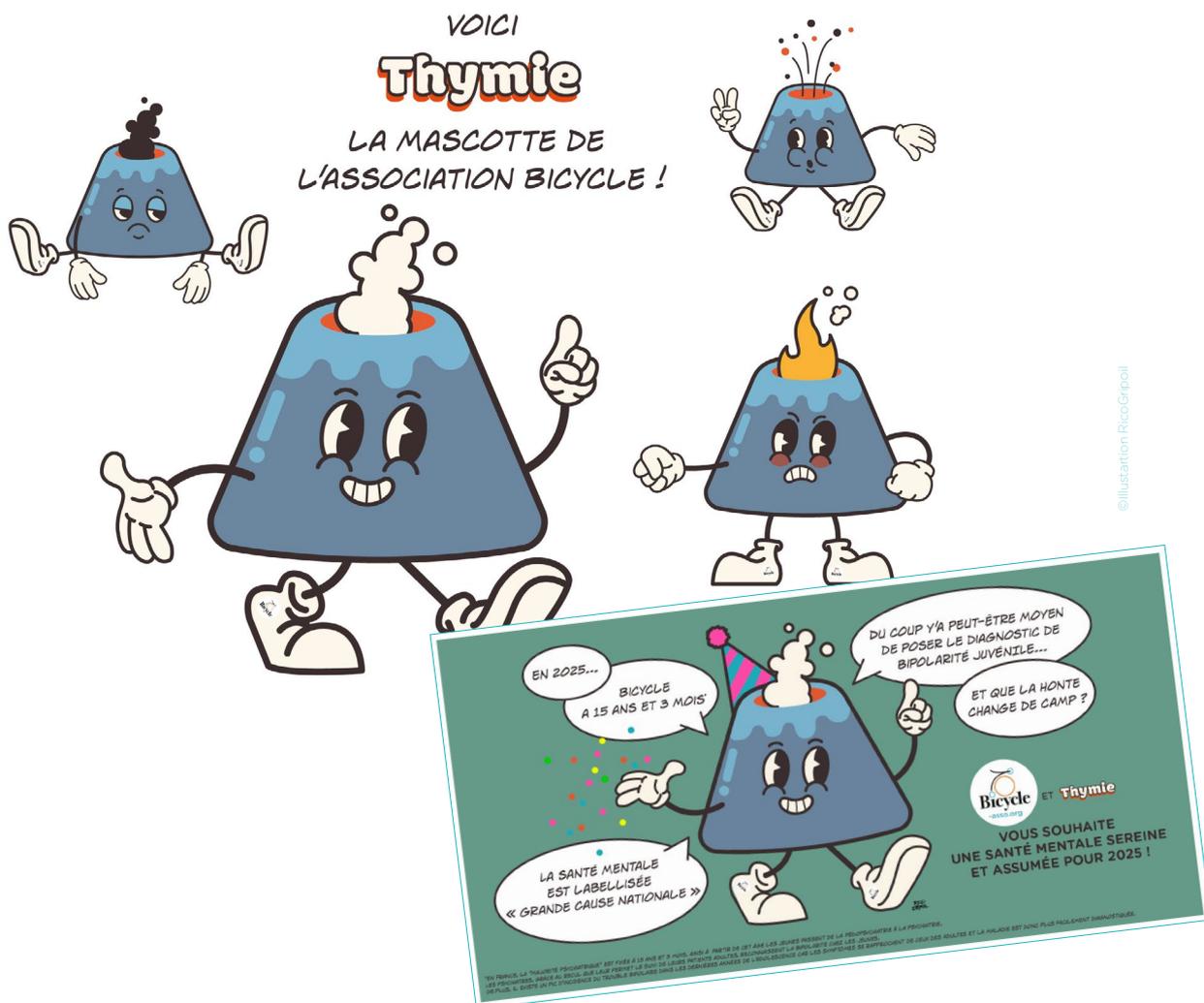
15 capsules sont désormais disponibles sur notre site et 13 sont en cours de préparation

Retrouvez l'ensemble de notre campagne « Cliché n'est pas soigner » juste ici : <https://www.bicycle-asso.org/2023/02/06/cliche-nest-pas-soigner/>



Création de Thymie, la nouvelle mascotte de l'association

Thymie va nous accompagner lors de cette nouvelle année 2025 - où la santé mentale a été labellisée Grande Cause Nationale - pour vous aider à mieux comprendre la bipolarité de l'enfant ! Thymie a des problèmes d'intensité et de dysrégulation émotionnelle, ses émotions sont comme la lave d'un volcan. Il peut être actif, en éruption, endormi ou éteint. Découvrez très prochainement les nouvelles aventures de Thymie !



Envoi d'une centaine de cartes de vœux papier accompagnées des plaquettes de l'association !

- aux chefs de service de pédopsychiatrie des CHU en France
- aux responsables des centres experts sur les troubles bipolaires
- aux responsables des centres de référence et des centres de compétence des maladies rares à expression psychiatrique
- aux responsables des ARS (Agences Régionales de Santé) de la métropole
- au Président de la République Emmanuel Macron et à Mme Brigitte Macron
- à la ministre de la santé Catherine Vautrin
- au Dr Etienne Pot, délégué interministériel aux troubles du neurodéveloppement

Première action d'une longue série dans le cadre de cette année 2025, grande cause nationale pour la santé mentale ! Ensemble créons une alliance thérapeutique autour de la bipolarité de l'enfant pour harmoniser les pratiques et apporter des soins adaptés à nos enfants !

Assemblée Générale de l'association

L'Assemblée Générale de notre association a eu lieu le 15 décembre 2024 en visio.

Voici ce qu'il faut en retenir :

L'objectif principal de cette année sera d'obtenir des recommandations officielles pour la prise en charge de la bipolarité à début précoce dans le cadre de l'année 2025 Grande cause nationale pour la santé mentale

Nous avons réfléchi au repositionnement de l'association par rapport à son public. Deux décisions ont été prises :

- Élargissement des bénéficiaires aux parents dont les jeunes majeurs sont encore à leur charge. Il a été décidé d'un âge seuil de 25 ans correspondant en moyenne aux années d'étudiant. Le but est de donner un nouveau souffle à l'association. En effet, les parents ne se sentent majoritairement pas légitimes pour s'engager dans l'association car on constate toujours pas ou peu de diagnostic chez les mineurs. Les parents de jeunes majeurs, souvent après une longue errance médicale, ont eux reçus un diagnostic. De plus les associations pour adultes ne semblent pas ou peu adaptées pour accompagner les parents dans cette tranche d'âge. On constate une sollicitation de plus en plus nombreuse de la part de ces familles. Néanmoins nous souhaitons toujours axer nos actions sur les aidants plutôt que sur le jeune lui-même. Aider les parents c'est aussi aider les jeunes !

- Redéfinition des symptômes dans notre signature pour mieux correspondre aux parents qui viennent à nous sans rentrer dans la polémique du diagnostic. La mention « dysrégulation émotionnelle » a ainsi été ajoutée aux côtés de « ayant un trouble de l'humeur, hypersensibilité, cyclothymie, bipolarité » sous le logo de l'association.

- Toutes les adhésions et dons sont désormais centralisés sur la plateforme Hello Asso.

Le PV d'AG est consultable sur simple demande pour nos adhérents.

Nouvelles plaquettes

Nos deux plaquettes «Votre enfant est peut-être cyclothymique» et «La cyclothymie à l'école» ont été actualisées avec notre mascotte Thymie.



Bipolaire, un enfant ?

On ne va quand même pas leur donner du lithium !



AMÉLIE CLERMONT

FONDATRICE
ET PRÉSIDENTE D'HONNEUR
DE L'ASSOCIATION BICYCLE

Savoir Expérientiel Incarné : Et pourquoi pas ? Ils vont bien ceux qui en prennent !

Doctissime Es Dogme : ...

S.E.I. : Vous ne répondez pas... Je me dis qu'il y aurait plusieurs explications.

L'une serait que votre dogmatisme ne reconnaît pas la bipolarité des enfants. Rassurez-moi vous avez quitté le mode 1.0 qui ne reconnaît aucun trouble psy chez les enfants ?

D.E.D. : Que dites-vous là !!! Je traite les TND, les Troubles du Neuro-Développement.

S.E.I. : Ahhh le truc qui rassure les parents des enfants « pafous » !

Et la bipolarité dans tout ça ?

D.E.D. : On prend en compte la labilité émotionnelle.

S.E.I. : Résultat ils sont TDDE, Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle ! Ça sent l'écran de fumée vos noms de code !!! En plus ça les rend zinzins vos antidépresseurs, vos anti-hyperactivités. Ça vous titille pas la comprenette ça ?

Comme ça vous pète dans les doigts, vous rajoutez des neuroleptiques. Mais pas le lithium parce que ça n'a pas l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) Mais pourquoiiii ?! Dans votre liste de poisons, il y en a sans AMM !!! Vous n'allumiez pas des réverbères, vous, dans une autre vie ?

D.E.D. : Faut voir ça avec les labos, c'est eux qui demandent les AMM !!

S.E.I. : Alors là je collapse total !! Ici c'est du grand conflit d'intérêt !! Quelle éthique ! Vous pouvez critiquer les américains !

Les médecins qui ont eu le mérite d'en donner ça a fonctionné !! En plus ce sont des baby doses ! Vous n'êtes pas obligé de donner plus, d'autant que ça peut servir de boosteur à d'autres molécules comme le valproate par exemple.

D.E.D. : Valproate ?!!! mais ça ne va pas la tête, ça fait des bébés tordus !!!

S.E.I. : A 8 ans !!!! On a pas eu les même cours de biolo' en 4ème...

D.E.D. : Moi je préfère Abilify.

S.E.I. : Si vous le donnez, alors vous savez que c'est comme Cendrillon... en 12 mois (souvent moins) ça se recharge en citrouille !

Je ne vous lâcherai pas, revenons sur le diagnostic. Une autre explication serait que dans le sérail des dogmaticiens vous perdriez votre job !!!! Peur de la délation ? Si vous normalisez ça, ce problème n'existera plus ! Vous n'en parlez pas entre dogmaticiens ?

D.E.D. : ...

S.E.I. : Une autre explication est que pour obtenir les financements de vos programmes, il faut chanter avec la meute ! Tout cela me désole, vous n'en avez pas marre de mettre en danger nos enfants ?!

D.E.D. : ...

S.E.I. : Et vous, médecins, utilisez votre droit de réponse, faites-nous part de vos hypothèses ! (oui en incognito si vous avez besoin) ■



© Jean-Fabrice / GAMMA RAPHIC

Schizophrénie (SDP) VS trouble bipolaire à début précoce (TBDP)

PR PIERRE ELLUL

MCU-PH
IHU INSTITUT ROBERT DEBRÉ
DU CERVEAU DE L'ENFANT
UNIVERSITÉ PARIS-CITÉ



DR ALEXIS DEBRIL

CHEF DE CLINIQUE DES UNIVERSITÉS - ASSISTANT
DES HÔPITAUX
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'EN-
FANT ET DE L'ADOLESCENT - PR SPERANZA
CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES



Pr Pierre Ellul (C) Francisco Batista -
Dr Alexis Debril (C) Alexis Debril

1) FORMES PRÉCOCES VS FORMES ADULTES

La schizophrénie et le trouble bipolaire figurent parmi les troubles psychiatriques les plus invalidants [1]. Un âge précoce d'apparition de la maladie, en particulier avant 18 ans caractérise respectivement la schizophrénie à début précoce (SDP) et le trouble bipolaire à début précoce (TBDP) et serait associé à un pronostic plus défavorable [2-5]. Sur le plan étiopathogénique, le SDP et le TBDP sont maintenant considérés comme des troubles d'origine neurodéveloppementale (cf. Figure 1) [6-9] [10, 11].

Si l'âge seuil de 18 ans est le plus fréquemment retenu dans la littérature, il ne fait pas consensus. Dans son protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) de 2022 ^[12], la Haute Autorité de Santé (HAS) réduit la schizophrénie à début précoce à une population de moins de 15 ans et estime que moins de 1/2000 enfants sont concernés sur cette tranche d'âge. Le choix d'un âge seuil plus jeune permettrait en effet d'obtenir un sous-groupe plus homogène en termes de trajectoires neurodéveloppementales ^[13]. Enfin, certaines études réduisent leur champ de recherche aux troubles ayant commencé pendant l'enfance, avant 13 ans, et parlent alors de formes à début très précoce (very early-onset) ou à début infantile (childhood-onset) ^[14]. Pour l'instant, il n'existe aucun PNDS spécifique sur le trouble bipolaire à début précoce.

2) L'ÂGE DE DÉBUT DES TROUBLES

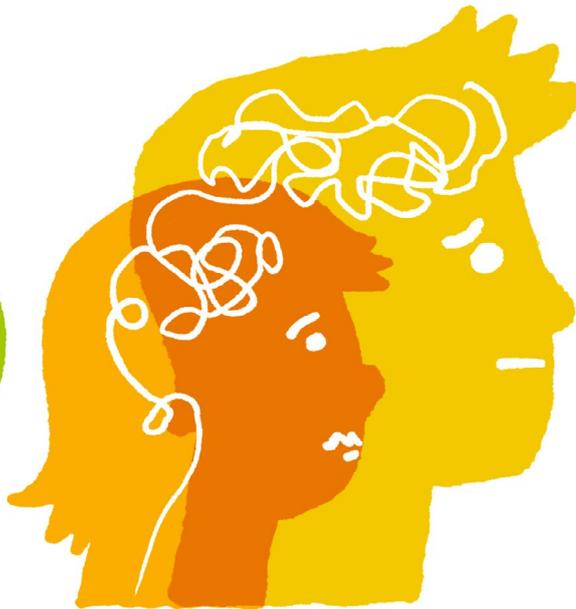
Sur le plan épidémiologique, une méta-analyse ^[15] portant sur l'âge de début des troubles psychiatriques a ainsi retrouvé que dans 18 % des cas de schizophrénie et 31 % des cas de trouble bipolaire, les premiers symptômes francs se manifesteraient dès l'enfance ou l'adolescence. Pourtant, dans cette même étude, seuls 6,5% et 2,7% des patients avaient respectivement un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire posé avant 18 ans.

PREMIERS SYMPTÔMES FRANCS QUI SE MANIFESTERAIENT DÈS L'ENFANCE OU L'ADOLESCENCE

SCHIZOPHRÉNIE
18%



31%
TROUBLE BIPOLAIRE



DIAGNOSTIC DE SCHIZOPHRÉNIE OU DE TROUBLE BIPOLAIRE POSÉ AVANT 18 ANS

SCHIZOPHRÉNIE 6,5%



2,7%
TROUBLE BIPOLAIRE



Il n'est cependant pas toujours aisé de déterminer précisément le début des troubles, défini comme l'âge du premier épisode thymique ou psychotique, pour plusieurs raisons.

(i) En pratique, l'âge de début est souvent déterminé a priori et il peut y avoir un biais de mémorisation - en particulier pour les épisodes dépressifs qui peuvent passer plus facilement inaperçus.

(ii) Les patients ont souvent un terrain de vulnérabilité marqué par des difficultés précoces dans le développement (phase prémorbide) en particulier dans la SDP

(iii) Le premier épisode peut avoir un début insidieux avec l'émergence initialement de symptômes non-spécifiques et/ou atténués (phase prodromale).



Figure 1 : schéma des phases du modèle neurodéveloppemental

Il est donc possible que le nombre de personnes concernées par les formes précoces de schizophrénies et de troubles bipolaires soit sous-évalué du fait d'un retard au diagnostic important.

3) LE RETARD AU DIAGNOSTIC

En effet, le retard au diagnostic et à la mise en place d'un traitement, facteur de mauvais pronostic reconnu dans la schizophrénie comme dans les troubles bipolaires, est encore plus important dans les formes précoces [16-18]. Or, si certains traitements sont communs aux deux troubles comme les antipsychotiques atypiques (APA), d'autres sont spécifiques comme le Lithium pour les troubles bipolaires. Le traitement est d'autant plus difficile à trouver que les formes précoces présentent plus souvent des résistances avec une plus grande nécessité de recours à la clozapine dans les formes les plus précoces de schizophrénie [12].

Sur le plan physiopathologique, pour la SDP comme pour le TBDP, on retrouve une importante contribution de facteurs génétiques dont certains sont partagés avec les autres troubles du neurodéveloppement (TND) [19-22]. Ce chevauchement génétique est à l'origine de la forte prévalence des difficultés de développement et des comorbidités psychiatriques chez ces patients [11, 14, 16, 23-27]. Des études de neuroimagerie rapportent par ailleurs plus d'atypies que chez les adultes [4, 14]. Enfin, on retrouve également des facteurs de risque environnementaux tels que l'exposition précoce à des facteurs de stress impactant la trajectoire développementale [28-31].

Sur le plan clinique, la symptomatologie psychotique de la SDP est souvent plus sévère et s'accompagne d'une plus grande fréquence de symptômes négatifs [16, 17, 24]. Pour le trouble bipolaire, on retrouve plus souvent que chez l'adulte des symptômes psychotiques associés [32]. Ainsi, le chevauchement clinique entre la schizophrénie et le trouble bipolaire est particulièrement important dans ce sous-groupe [25, 33, 34] rendant le diagnostic différentiel difficile et contribuant au retard au diagnostic et à l'introduction du traitement.

Quand ils sont posés, les diagnostics de SDP et de TBDP ont pourtant une bonne stabilité à l'âge adulte [35, 36].

ÉTUDES DANS LE SERVICE DE PÉDOPSYCHIATRIE DE ROBERT DEBRÉ

Nous avons réalisé une étude monocentrique, rétrospective et observationnelle sur 65 patients hospitalisés dans un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avec un diagnostic de TBDP (N=27) ou de SDP (N=38) afin d'identifier les caractéristiques pouvant aider au diagnostic différentiel. Les informations sociodémographiques, cliniques, paracliniques et évolutives ont été extraites des dossiers médicaux.

Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse différentielle des variables quantitatives et qualitatives entre la SDP et le TBDP.

Deuxièmement, nous avons cherché à créer des modèles distincts à l'aide d'algorithmes d'apprentissage automatique afin de mieux comprendre quelles variables sont les plus susceptibles de prédire le diagnostic.

Comparativement au TBDP, une plus grande proportion de difficultés prémorbides a été trouvée dans la SDP ainsi que différents facteurs de risque environnementaux et une symptomatologie spécifique au trouble dans le premier épisode.

En effet, nous avons constaté que les patients atteints de SDP provenaient d'un environnement familial socio-économique plus pauvre que les patients atteints de TBDP.

Nos résultats suggèrent aussi une charge neurodéveloppementale plus importante chez les patients ayant une SDP. Cette vulnérabilité se traduit par des difficultés de développement prémorbides plus prononcées avec un QI verbal/non verbal plus faible et davantage de difficultés scolaires chez les patients SDP que chez les patients TBDP.

Enfin, en ce qui concerne les caractéristiques du premier épisode, nous avons constaté que l'importance des symptômes thymiques. Leur présence est en effet le facteur le plus important pour différencier les TBDP de la SDP, plus encore que la présence de symptômes psychotiques tels que les hallucinations et le délire qui peuvent être présents dans les deux.

Ces données sont particulièrement importantes car les symptômes psychotiques sont souvent confondus avec la schizophrénie, ce qui conduit à des erreurs de diagnostic. Les approches de classification par apprentissage automatique supervisé ont confirmé l'importance des caractéristiques cliniques du premier épisode, en particulier la présence de symptômes thymiques, pour déterminer le risque d'évolution vers un TBDP plutôt que vers une SDP.

Notre étude a permis d'offrir une comparaison directe de ces deux groupes avec un recueil des données limitant les biais de mémorisation.

Néanmoins il s'agit d'une étude exploratoire sur une cohorte de taille limitée qui devra être reproduite dans une étude prospective de plus grande envergure.



Références

1. (2022) Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 9:137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
2. Grover S, Sahoo S, Nehra R (2019) A comparative study of childhood/adolescent and adult onset schizophrenia: does the neurocognitive and psychosocial outcome differ? *Asian Journal of Psychiatry* 43:160–169. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.05.031>
3. Baldessarini RJ, Tondo L, Vazquez GH, Undurraga J, Bolzani L, Yildiz A, Khalsa H-MK, Lai M, Lepri B, Lolich M, Maffei PM, Salvatore P, Faedda GL, Vieta E, Tohen M (2012) Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry* 11:40–46. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.006>
4. Birmaher B, Gill MK, Axelson DA, Goldstein BI, Goldstein TR, Yu H, Liao F, Iyengar S, Diler RS, Strober M, Hower H, Yen S, Hunt J, Merranko JA, Ryan ND, Keller MB (2014) Longitudinal trajectories and associated baseline predictors in youths with bipolar spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 171:990–999. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121577>
5. Cirone C, Secci I, Favole I, Ricci F, Amianto F, Davico C, Vitiello B (2021) What Do We Know about the Long-Term Course of Early Onset Bipolar Disorder? A Review of the Current Evidence. *Brain Sciences* 11:341. <https://doi.org/10.3390/brainsci11030341>
6. De Berardis D, De Filippis S, Masi G, Vicari S, Zuddas A (2021) A Neurodevelopment Approach for a Transitional Model of Early Onset Schizophrenia. *Brain Sci* 11. <https://doi.org/10.3390/brainsci11020275>
7. Insel TR (2010) Rethinking schizophrenia. *Nature* 468:187–193. <https://doi.org/10.1038/nature09552>
8. Krebs M-O (2015) Signes précoces de schizophrénie. Des prodromes à la notion de prévention. Dunod, Paris
9. Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N (2012) Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Mol Psychiatry* 17:1228–1238. <https://doi.org/10.1038/mp.2012.23>
10. Arango C, Fraguas D, Parellada M (2014) Differential Neurodevelopmental Trajectories in Patients With Early-Onset Bipolar and Schizophrenia Disorders. *Schizophr Bull* 40:S138–S146. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt198>
11. Kloiber S, Rosenblat JD, Husain MI, Ortiz A, Berk M, Quevedo J, Vieta E, Maes M, Birmaher B, Soares JC, Carvalho AF (2020) Neurodevelopmental pathways in bipolar disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 112:213–226. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.02.005>
12. Haute Autorité de Santé Schizophrénie à début précoce. In: Haute Autorité de Santé. https://has-sante.fr/jcms/p_3374374/fr/schizophrénie-a-debut-precoce. Accessed 30 Aug 2023
13. Corponi F, Lefrere A, Leboyer M, Bellivier F, Godin O, Loftus J, Courtet P, Dubertret C, Haffen E, Llorca PM, Roux P, Polosan M, Schwan R, Samalin L, Olié E, Etain B, FACE-BD (FondaMental Academic Centers of Expertise for Bipolar Disorder) Groups, Serié P, Belzeaux R (2023) Definition of early age at onset in bipolar disorder according to distinctive neurodevelopmental pathways: insights from the FACE-BD study. *Psychol Med* 1–9. <https://doi.org/10.1017/S003329172300020X>
14. Driver DI, Thomas S, Gogtay N, Rapoport JL (2020) Childhood-Onset Schizophrenia and Early-onset Schizophrenia Spectrum Disorders: An Update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 29:71–90. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.017>
15. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P (2022) Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 27:281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
16. Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P (2016) Clinical Characteristics and Predictors of Outcome of Schizophrenia-Spectrum Psychosis in Children and Adolescents: A Systematic Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 26:410–427. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0097>
17. Coulon N, Godin O, Bulzacka E, Dubertret C, Mallet J, Fond G, Brunel L, Andrianarisoa M, Anderson G, Chereau I, Denizot H, Rey R, Dorey J, Lançon C, Faget C, Roux P, Passerieux C, Dubreucq J, Leignier S, Capdevielle D, André M, Aouizerate B, Misdrahi D, Berna F, Vidailhet P, Leboyer M, Schürhoff F (2020) Early and very early-onset schizophrenia compared with adult-onset schizophrenia: French FACE-SZ database. *Brain Behav* 10. <https://doi.org/10.1002/brb3.1495>
18. Oyffe I, Schwizer R, Stolovy T (2015) The association between diagnosis, treatment delay and outcome among patients with Bipolar disorders. *Psychiatr Q* 86:95–105. <https://doi.org/10.1007/s1126-014-9316-4>
19. Fernandez A, Drozdz MM, Thümmler S, Dor E, Capovilla M, Askenazy F, Bardoni B (2019) Childhood-Onset Schizophrenia: A Systematic Overview of Its Genetic Heterogeneity From Classical Studies to the Genomic Era. *Front Genet* 10:1137. <https://doi.org/10.3389/fgene.2019.01137>
20. Brownstein CA, Douard E, Mollon J, Smith R, Hojlo MA, Das A, Goldman M, Garvey E, Cabral K, Li J, Bowen J, Rao AS, Genetti C, Carroll D, Knowles EEM, Deaso E, Agrawal PB, Beggs AH, D'Angelo E, Alimasy L, Alexander-Bloch A, Sacci Z, Moreau CA, Huguet G, Deo AJ, Jacquemont S, Glahn DC, Gonzalez-Heydrich J (2022) Similar Rates of Deleterious Copy Number Variants in Early-Onset Psychosis and Autism Spectrum Disorder. *Am J Psychiatry* appiajp21111175. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21111175>
21. Toma C, Shaw AD, Allcock RJN, Heath A, Pierce KD, Mitchell PB, Schofield PR, Fullerton JM (2018) An examination of multiple classes of rare variants in extended families with bipolar disorder. *Transl Psychiatry* 8:65. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0113-y>
22. Gregoric Kumperscak H, Krgovic D, Drobnic Radobuljac M, Senica N, Zagorac A, Kokalj Vokac N (2021) CNVs and Chromosomal Aneuploidy in Patients With Early-Onset Schizophrenia and Bipolar Disorder: Genotype-Phenotype Associations. *Front Psychiatry* 11:606372. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.606372>
23. Findling RL, Stepanova E, Youngstrom EA, Young AS (2018) Progress in diagnosis and treatment of bipolar disorder among children and adolescents: an international perspective. *Evid Based Ment Health* 21:177–181. <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102912>
24. Giannitelli M, Levinson DF, Cohen D, Xavier J, Molecular Genetics of Schizophrenia Collaboration (MGS), Laurent-Levinson C (2020) Developmental and symptom profiles in early-onset psychosis. *Schizophr Res* 216:470–478. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.028>
25. Kafali HY, Bildik T, Bora E, Yuncu Z, Erermis HS (2019) Distinguishing prodromal stage of bipolar disorder and early onset schizophrenia spectrum disorders during adolescence. *Psychiatry Res* 275:315–325. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.051>
26. Pontillo M, Averna R, Tata MC, Chieppa F, Pucciarini ML, Vicari S (2021) Neurodevelopmental Trajectories and Clinical Profiles in a Sample of Children and Adolescents With Early- and Very-Early-Onset Schizophrenia. *Front Psychiatry* 12:662093. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.662093>
27. Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N (2009) Autism-Spectrum Disorders and Childhood Onset Schizophrenia: Clinical and Biological Contributions to a Relationship Revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48:10–18. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e-31818b1c63>
28. Stepiak B, Papiol S, Hammer C, Ramin A, Everts S, Hennig L, Begemann M, Ehrenreich H (2014) Accumulated environmental risk determining age at schizophrenia onset: a deep phenotyping-based study. *Lancet Psychiatry* 1:444–453. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70379-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70379-7)
29. Etain B, Aas M, Andreassen OA, Lorentzen S, Dienes I, Gard S, Kahn J-P, Bellivier F, Leboyer M, Melle I, Henry C (2013) Childhood Trauma Is Associated With Severe Clinical Characteristics of Bipolar Disorders. *J Clin Psychiatry* 74:2585. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08353>
30. Post RM, Altschuler LL, Kupka R, McElroy SL, Frye MA, Rowe M, Grunze H, Suppes T, Keck PE, Leverich GS, Nolen WA (2016) Age of onset of bipolar disorder: Combined effect of childhood adversity and familial loading of psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research* 81:63–70. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.008>
31. Stanton KJ, Denietolis B, Goodwin BJ, Dvir Y (2020) Childhood Trauma and Psychosis: An Updated Review. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 29:115–129. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.004>
32. Fu-I L, Gurgel W de S, Caetano SC, Machado-Vieira R, Wang YP (2020) Psychotic and affective symptoms of early-onset bipolar disorder: an observational study of patients in first manic episode. *Braz J Psychiatry* 42:168–174. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0455>
33. Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, Richter JJ, Auther AM, Smith CW, Kane JM, Cornblatt BA (2007) Differentiation in the Preonset Phases of Schizophrenia and Mood Disorders: Evidence in Support of a Bipolar Mania Prodrome. *Schizophrenia Bulletin* 33:703–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm028>
34. Setiawan N, Mesman E, van Haren N, Hillegers M (2024) Emerging psychopathology and clinical staging in adolescent offspring of parents with bipolar disorder or schizophrenia-A longitudinal study. *Bipolar Disord* 26:58–70. <https://doi.org/10.1111/bdi.13351>
35. Xu L, Guo Y, Cao Q, Li X, Mei T, Ma Z, Tang X, Ji Z, Yang L, Liu J (2020) Predictors of outcome in early onset schizophrenia: a 10-year follow-up study. *BMC Psychiatry* 20:67. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2484-x>
36. Laursen MF, Licht RW, Correll CU, Kallehauge T, Christensen A-E, Rodrigo-Domingo M, Nielsen RE (2020) Diagnostic stability in children and adolescents with bipolar disorder, a nationwide register-based study. *Int J Bipolar Disord* 8:14. <https://doi.org/10.1186/s40345-020-0179-3>

Les questions
des parents

Les réponses
du Pr Ellul

LES DIFFÉRENCES ENTRE LA SCHIZOPHRÉNIE ET LE TROUBLE BIPOLAIRE À DÉBUT PRÉCOCE :

Est-ce vrai que nos enfants bipolaires sont plus à risque que les non bipolaires de développer une schizophrénie s'ils fument du cannabis ou s'ils sont exposés aux drogues ?

Comment réduire le risque de la transformation d'un trouble bipolaire en schizophrénie (si ce risque existe) ? Quelle différence avec le trouble schizo-affectif ?

Le trouble schizo-affectif résulte-t-il d'une bipolarité qui se serait aggravée ou peut-on avoir à la fois des symptômes liés à la bipolarité et des symptômes liés à la schizophrénie indépendamment l'un de l'autre ?

On dit que bipolarité et schizophrénie partageraient des gènes communs, qu'en pensez-vous ?

On sait que des symptômes bipolaires peuvent précéder des symptômes schizophrènes mais est-ce que l'inverse est vrai également ?

Certains psychiatres disent qu'il y a un continuum entre le trouble bipolaire et la schizophrénie, quel est votre avis ?

Le trouble bipolaire est défini par des fluctuations thymiques entre des épisodes dépressifs et des épisodes (hypo) maniaques. La schizophrénie est définie par une symptomatologie positive avec des idées délirantes, des hallucinations, des symptômes de désorganisation et des symptômes négatifs tels que le repli sur soi, le manque d'énergie et d'envie.

Même s'il est vrai qu'ils présentent des facteurs de risques génétiques communs (mais également partagés avec d'autres troubles du neurodéveloppement comme le TSA ou le TDAH) ce sont bien deux pathologies différentes qui ne peuvent pas se transformer l'une en l'autre même en cas d'exposition à des toxiques.

Cependant ils présentent des symptômes qui peuvent être communs. En particulier dans les troubles bipolaires, à fortiori à début précoce, il est retrouvé de nombreux symptômes hallucinatoires et ou délirants ainsi qu'une désorganisation psycho-comportementale qui peut être importante. Ce manque de spécificité des symptômes explique la difficulté à poser un diagnostic certain au premier épisode et peut entraîner des erreurs diagnostiques (en général des patients avec un trouble bipolaire diagnostiqués avec une schizophrénie).

Nos travaux ont mis en évidence que même en cas de symptômes hallucinatoires et/ou délirants florides, il convient de chercher des symptômes thymiques devant évoquer un trouble bipolaire. Ceci étant dit, il existe une rare forme frontière qui est cependant indépendante, le trouble schizo-affectif, qui correspond à des fluctuations thymiques avec la persistance de symptômes délirants entre les épisodes.

LE TRAITEMENT :

Au début des troubles quand on ne sait pas s'il y a un trouble bipolaire ou une schizophrénie, initier un traitement au lithium est-il judicieux puisque le lithium a une AMM dans le trouble schizo-affectif ? Si oui à partir de quel âge ?

Comment traiter les symptômes dépressifs d'une schizophrénie ?

Quelle est la différence dans les soins entre bipolarité et schizophrénie (psychoéducation et médication) ?

Sur le plan thérapeutique, les régulateurs de l'humeur (en particulier le lithium) sont le traitement de référence dans le trouble bipolaire et ne sont pas efficaces sur les symptômes core de la schizophrénie. En pratique clinique de nombreux antipsychotiques atypiques (Risperidone, Aripiprazole, Quetiapine) présentent également des propriétés thymorégulatrices qui expliquent leur utilisation dans le trouble bipolaire.

Il est à noter que la schizophrénie peut se compliquer d'un épisode dépressif unipolaire caractérisé. Celui-ci sera traité classiquement par des antidépresseurs. .../...

Concernant les programmes de psycho-éducation, il en existe différentes versions qui sont spécifiques pour le trouble bipolaire et la schizophrénie.

LES FONCTIONS COGNITIVES :

Un des symptômes importants de la schizophrénie est la perte de conscience de soi et des autres, quels sont les premiers signes d'un délitement de la conscience de soi ?

D'après des chercheurs de l'Inserm dans un travail publié dans la revue Scientific Reports, les schizophrènes auraient des difficultés à percevoir le temps qui passe et cette carence serait un facteur aggravant de la conscience de soi, qu'en pensez-vous ?

Plus largement que la perte de la conscience de soi, la schizophrénie est caractérisée par des défauts globaux d'intégration des signaux externes et internes au niveau cérébral résultant en des interprétations délirantes.

AUTRES :

A partir de quel moment peut-on parler d'hallucinations auditives et visuelles chez un enfant de moins de 10 ans au sens pathologique du terme donc en dehors par exemple de la période de « l'ami imaginaire » que certains enfants traversent ?

Quelle différence entre hallucinations, psychose, idées délirantes et croyances ? Les idées délirantes peuvent-elles être liées à l'ennui ? Les traumatismes, les troubles du neurodéveloppement peuvent-ils être des facteurs de risque ?

La définition des hallucinations est la perception pathologique de faits, d'objets qui n'existent pas, de sensations en l'absence de stimulus extérieur. Je rajouterais qu'un critère important est la nécessité d'avoir un impact significatif sur la vie.

Dans tous les cas, les suspicions d'hallucinations chez l'enfant doivent être évaluées cliniquement, les étiologiques étant diverses hors psychiatrie (migraine, épilepsie, encéphalites).

Un délire se caractérise par des idées caractérisées par une perte du sens de la réalité se traduisant par un ensemble de convictions fausses, irrationnelles, Sur le plan psychiatrique, les TND sont un facteur de risque de développer des hallucinations plus tard mais l'ennui n'est jamais une cause d'hallucination. Les délires ne sont jamais en lien avec de l'ennui. Il peut être retrouvé des idées délirantes dans certains cas de stress post-traumatique et effectivement les personnes présentant un TND sont plus à risque de développer plus tard des idées délirantes.

Fin 2022 est paru un protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) pour la schizophrénie à début précoce mais cela n'existe pas pour la bipolarité à début précoce que beaucoup de médecins continuent de réfuter. A votre avis pourquoi aujourd'hui, en 2025, le consensus en France admet qu'on puisse être schizophrène avant 15 ans mais pas bipolaire ?

Je pense qu'il n'y a plus énormément de médecins qui réfutent l'existence du trouble bipolaire à début précoce comme vous l'avez dit, il y a des difficultés de consensus dans la communauté médicale sur les critères diagnostics. Dans ce contexte, il y a un travail de lobbying des associations à faire pour remonter aux instances dirigeante la nécessité d'un PNDS pour justement permettre de mettre en place des critères et des recommandations fondées sur des preuves scientifiques et non des croyances.

Des livres pour apprendre à connaître son trouble



LAURENT NIO

BIBLIOTHÉCAIRE



1
Petit décodeur illustré de l'enfant en crise, de Anne-Claire Kleindienst & Lynda Corazza, éditions Mango

Commençons par la parole d'un philosophe, Alain :

« Plus on sait, et plus on est capable d'apprendre. »

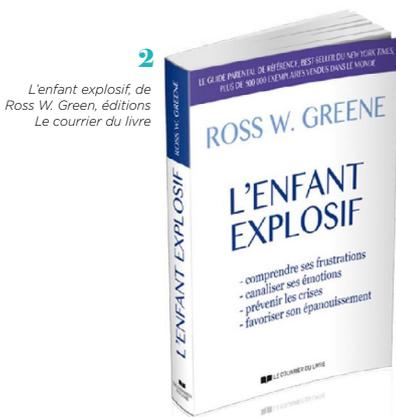
On pourrait l'appliquer ici : le trouble dont on souffre, et dont on ignore les fondements, il faut apprendre à le connaître pour savoir ce qu'il est. Et c'est à partir de là que l'on peut être attentif à son évolution, savoir le corriger, et continuer à l'appivoiser – et poursuivre cette quête de savoir. De même pour l'entourage et les aidants : plus ce qui environne le trouble est connu, plus l'aide et la compréhension sont raisonnées, et plus l'ensemble progresse. Les livres ci-dessous s'inspirent de cette démarche, destinée à la personne affectée autant qu'à son entourage.

Je vais d'abord vous parler de livres un peu généralistes sur cette question, certes, mais qui donnent des outils pour se comporter face à des tempéraments difficiles.

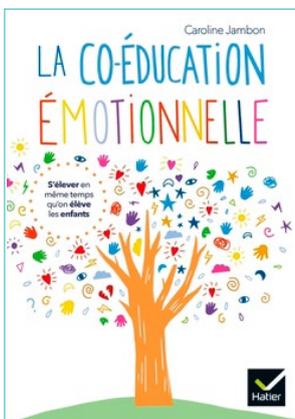
Débutons par : **Le Petit Décodeur illustré de l'enfant en crise** (1). Ce livre propose de trouver des solutions pour réagir de façon raisonnée à ce qui est le plus agaçant parfois : la capacité (non intentionnelle évidemment – quoique... !) de l'enfant à nous pousser dans nos retranchements ! On y trouve, sur un mode à la fois précis et léger (et illustré) des outils et des exemples d'attitudes dont on peut s'inspirer pour s'en sortir par le haut, réciproquement. Faire retomber la tension, donc. Prémices au dialogue. Il existe une déclinaison de ce manuel consacrée aux adolescents.

Enchaînons sur **L'enfant explosif** (2), ce livre vient des Etats-Unis. L'auteur commence par ce constat : *« agir plus efficacement nécessite, premièrement, de comprendre pourquoi ils se comportent de cette manière. »* Insister, raisonner, obliger, etc. ne sont pas de bons départs sur ce chemin. Si chez Bicycle on aime parler de faire un « tandem », avec nos enfants, l'auteur, lui, préfère le terme de « tango ». *« Une méthode simple et efficace, validée scientifiquement »*, en tout cas rééditée pour la 5e fois.

Puis par **La Co-éducation émotionnelle** (3). Ce qu'en dit Caroline Jambon, l'auteur : *« J'ai choisi de développer cette idée parce que je me suis rendue compte que parler d'éducation n'a de sens que si on parle de co-éducation. Vous ne trouverez pas dans cet ouvrage des réponses uniques ou des conseils de parentalité à proprement parler mais des pistes de réflexion. Les parents s'élèvent en même temps qu'ils élèvent leurs enfants. J'ai conçu ce livre de manière à prendre soin des deux. »*



2
L'enfant explosif, de Ross W. Green, éditions Le courrier du livre



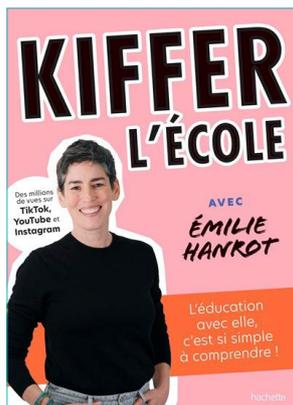
3
La Co-éducation émotionnelle, de Caroline Jambon, éditions Hatier



4
Troubles du comportement en milieu scolaire, de Bruno Egron & Stéphane Sarazin, édition Retz

REGARDONS ÉGALEMENT LES OUVRAGES QUI EXISTENT POUR DONNER AUSSI DES PISTES AUX ENSEIGNANTS QUI CÔTOIENT DE PRÈS NOS ENFANTS !

Troubles du comportement en milieu scolaire (4) est un livre précieux pour le monde enseignant - et peut-être au-delà. « *Les élèves présentant des troubles du comportement sont sans doute ceux qui posent le plus de difficultés aux enseignants. (...) Leurs manifestations peuvent parasiter le fonctionnement de la classe.* » Il s'agit de les comprendre et de définir les attitudes et actions à mettre en place. A l'appui du propos, de nombreux cas concrets.



5
Kiffer l'école, d'Emilie Hanrot, éditions Hachette

Plus récemment saluons la sortie de **Kiffer l'école** (5). Faire kiffer l'école, c'est la mission de l'auteur, elle-même professeure. Comment l'enseignant peut-il, par son attitude, ses gestes, ses paroles... amener l'enfant en difficulté à se sentir bien à l'école ? Autrement dit, comment comprendre les enfants, et les rassurer, les amener à avancer ? On voit qu'il ne s'agit pas de bipolarité, mais ce qu'elle dit en apprend beaucoup sur l'attitude que l'on peut adopter pour apprivoiser, et pouvoir aider les plus jeunes.

Notons également ce livre qui s'adresse aux adolescents et aux jeunes adultes : **Comment ne pas finir comme tes parents** (6). Titre qui peut effectivement susciter la curiosité d'un adolescent ! Ce livre est sous-titré « *La méditation pour les 15-25 ans* », et est conçu pour parler directement à cette tranche d'âge, avec à l'appui des outils audio (CD ou téléchargement). Calmer les turbulences, faire descendre ses peurs, s'apaiser... « *Ce livre ne donne pas seulement une technique, mais un art de vivre fait d'attention, de respect, d'humour et de détente. C'est le livre que nous aurions aimé lire il y a vingt ans.* » (C'est ce qu'en disent les auteurs). Rappelons que les thérapies basées sur la méditation de pleine conscience sont recommandées dans le trouble bipolaire.



6
Comment ne pas finir comme tes parents, de Anaël Assier & Soizic Michelot, éditions Les Arènes

MAIS RECENTRONS NOUS SUR NOTRE SUJET PRINCIPAL : LA BIPOLARITÉ !

Cyclothymie : troubles bipolaires des enfants et adolescents au quotidien (7). Ce livre, essentiel, offre une pédagogie générale mais précise sur la bipolarité juvénile. Environ 5 à 8 % des jeunes sont dépressifs, dont la moitié serait en réalité atteinte de bipolarité. Ce livre donne des réponses aux nombreuses questions des parents et des enseignants, et propose des solutions thérapeutiques et pédagogiques. L'étape clé est de poser le « bon » diagnostic, puis de mettre en place le traitement le plus adapté. Un livre essentiel pour vous accompagner et vous rassurer : votre éducation n'est pas en cause, ni vous ni votre enfant n'êtes responsables de la bipolarité, mais une prise en charge médicale est impérative pour le bien-être de l'enfant et de votre famille.



7
Cyclothymie - Troubles bipolaires des enfants et adolescents au quotidien, d'Elie Hantouche, Caline Majdalani & Régis Blain, éditions J. Lyon

Ensuite : **J'apprends à gérer ma cyclothymie** (8) définit quatre étapes : évaluer, choisir son traitement, gérer le quotidien, et s'épanouir. Écrit par 3 spécialistes, un livre destiné à toute personne concernée, pour disposer d'outils afin de devenir plus autonome dans la gestion de sa cyclothymie, afin d'atténuer aussi les conséquences nuisibles à sa vie quotidienne. Conseillé également à l'entourage pour permettre de mieux appréhender ce qu'est la cyclothymie.



8
J'apprends à gérer ma cyclothymie - méthode pratique, d'Elie Hantouche, Caline Majdalani & Barbara Houyvet, éditions J. Lyon



9
Faire face au trouble bipolaire : Guide à l'usage du patient et de ses aidants, de Jean-Pierre Guichard & Angélique Excoffier, éditions Ellipses

Faire face au Trouble bipolaire (9). Ce guide a pour objectif d'aider les personnes souffrant de trouble bipolaire à contrôler l'évolution de leur pathologie, en leur apprenant comment empêcher les montées et les descentes de l'humeur qui la caractérisent. Pour ce faire, il vise à permettre au patient de mieux comprendre et connaître son trouble. Il est aussi destiné aux aidants et à l'entourage.

PARCE QUE LA PSYCHOÉDUCATION, CE N'EST PAS QUE POUR LES ADULTES, ON A REPÉRÉ POUR VOUS QUELQUES PÉPITES À METTRE ENTRE TOUTES LES MAINS !



10
Le vol d'Icare - au secours je suis bipolaire !, de Christine Deroin & Angélique Excoffier, éditions Le Muscadier

Le Vol d'Icare (10). Une double approche est proposée dans ce livre : une partie fiction et une partie documentaire. A la fin de chaque chapitre, une psychologue clinicienne - conseillère scientifique de Bicycle - analyse et décortique les actions et les comportements des personnages sous le prisme de la bipolarité : difficultés dans la vie sociale, comportements à risque, confusion entre TDAH et bipolarité, détresse et solitude des familles,... Un roman qui s'adresse aux enfants et aux pré-adolescents pour mieux déceler/démystifier le trouble bipolaire à début précoce.



11
Pierre est bipolaire, de Fanny Chapel & Winda Mulyasari

Pierre est bipolaire (11) est une bonne introduction au trouble bipolaire pour les plus petits. Pouvoir s'identifier à un personnage est une première étape pour se sentir moins seul et mettre des mots sur ses maux.



12
Downup et updown : j'apprends ma cyclothymie, de Bicycle, Caline Majdalani & Jérôme Eho

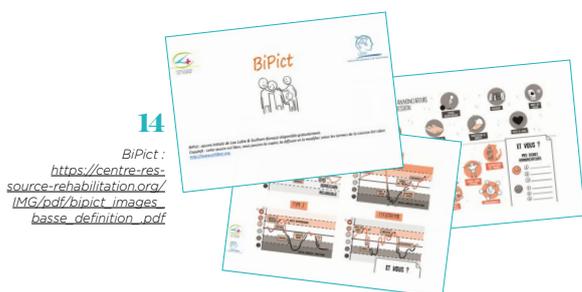
Downup et Updown – J'apprends ma cyclothymie (12). Conçu par Bicycle en collaboration avec Caline Majdalani et illustré par Jérôme Eho, ce livret édité par l'association est un outil qui permet à l'enfant de commencer à s'autogérer, à la famille d'adapter son éducation, à un psychothérapeute de l'utiliser comme support à sa thérapie. Au travers de 15 thématiques essentielles deux personnages de BD, Downup la fille et Updown le garçon, apprennent aux enfants cyclothymiques les arcanes de leur maladie.



13
Goupil ou Face, de Lou Lubie, éditions Vraoum

Le roman graphique de Lou Lubie **Goupil ou Face** (13) plait autant aux adolescents qu'aux parents. Elle va d'abord (nous) apprendre de façon documentée ce qu'est la cyclothymie. On va voir son parcours, chaotique d'abord, pour aboutir au diagnostic. Là, tout change. Elle commence à comprendre d'où tout cela vient. Vous savez ? Cette chose qui rend irrésistible la joie, mais aussi fait s'effondrer le moral ; qui rend agressif ou formidablement social. Et bien elle va l'appeler Goupil ! Elle va créer cette sorte de double, qui lui répond, l'insulte, ou devient secourable... Elle l'adopte, le comprend, elle apprend à vivre avec lui. En connaissance de cause.

ON TERMINE CET ÉTAT DES LIEUX PAR DEUX OUTILS UTILES.



14

BiPict : https://centre-res-source-rehabilitation.org/IMG/pdf/bipict_images_basse_definition.pdf

D'abord « **BiPict** » (14). Ceci n'est pas un livre. C'est un support visuel, accessible en ligne, gratuit et sous licence. D'abord destiné aux praticiens en santé mentale en situation face à une personne ayant un trouble bipolaire, cet outil peut aussi permettre à ces derniers de mieux connaître leur trouble, et ainsi accroître leur adaptation. L'indispensable Lou Lubie a réalisé les illustrations. Gage d'intérêt.



Enfin, **Super Marco** (15), est un petit film d'animation conçu par l'association d'après un scénario imaginé par CTAH Recherche. Il s'agit d'un outil de psychoéducation pour expliquer la bipolarité aux enfants concernés mais aussi pour les camarades de classe, les amis ou bien encore la fratrie.

15

Super Marco, film d'animation de l'association Bicycle d'après un scénario du CTAH en ligne sur la chaîne Youtube de l'association : <https://youtu.be/x2rG0IGxuaq?si=Mk5nxeoIV7Rv3B1x>

Et si les guides, c'est pas votre truc ou si vous voulez approfondir vos connaissances et partager un moment d'échange et de bienveillance avec d'autres parents qui traversent les mêmes difficultés que vous, n'hésitez pas à participer à nos ateliers de psychoéducation : les ateliers Tandem spécialement conçus pour vous !

Focus : les livres de psychoéducation en langue anglaise

Alors que la bipolarité de l'enfant peine encore à avoir une véritable reconnaissance en France, la littérature anglophone est plus prolifique sur le sujet :





©Illustration RicoGripoli

J'ai testé pour vous : Le PPSM ou devenir secouriste en santé mentale



PAR LÆTITIA BECK, 44 ANS

MANDATAIRE JUDICIAIRE À LA PROTECTION DES MAJEURS, MAMAN DE 3 ENFANTS. TOMBÉE DANS LES TROUBLES DE L'HUMEUR ALORS QU'ELLE ÉTAIT TOUTE PETITE, ELLE ACCOMPAGNE ENFANTS ET ADULTES AVEC TRUCS ET ASTUCES POUR APLANIR LES MONTAGNES RUSSES.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, un être humain sur quatre souffrira au cours de sa vie soit d'un épisode pathologique, soit d'un trouble persistant. C'est pourquoi la formation aux premiers secours en santé mentale s'adresse à tous.

Cette formation développe une méthode pour apprendre à aider. En France, le programme a été lancé en 2019.

Au 1er février 2025, il existe 7 000 000 secouristes en santé mentale dans le monde, 180 551 secouristes en santé mentale en France et 1781 formateurs accrédités PSSM France.

La tête dans le guidon dans ma fonction de mandataire judiciaire, je me suis retrouvée, par hasard et par obligation légale, inscrite à une formation.

Dans un contexte de fin d'année, de baisse de lumière, et d'une certaine lassitude professionnelle, je m'y suis rendue, avec pour seul objectif, deux jours de distraction intellectuelle.

Me voilà donc de bon matin prête à subir une formation dont je n'ai connaissance que du nom : Premiers Secours en Santé Mentale.

Je retrouve une vingtaine de collègues, et le formateur nous accueille souriant.

Il nous dispose en petits groupes de 6.

Notre interlocuteur est un travailleur social, qui a œuvré auprès de publics vulnérables et de personnes souffrant de pathologies diverses pendant de nombreuses années.

En préambule de la session, il précise que ces deux jours riches en informations, donnent lieu à l'obtention d'une certification.

Il indique un code à adopter dans le cas où nous aurions besoin de sortir de la salle, selon les sujets abordés : il suffirait de se lever pouce en haut pour sortir, ou bien de se lever pouce bas si nous avons besoin d'être accompagné pour gérer nos émotions.

Il n'en fallait pas plus pour aiguïser mon intérêt.

Cette formation est une première en France, mais a été conçue en Australie en 2000 sous le nom de Mental Health First Aid, MHFA.

Ce programme, créé par Betty Kitchener, éducatrice et usager en santé mentale, et le professeur Tony Jorm, chercheur en santé mentale a pour but originel d'élargir le prin-

cipe de formation aux premiers secours afin d'intégrer les troubles psychiques pour aider la population à fournir un soutien initial mieux adapté à une personne développant un trouble psychique, présentant des signes d'aggravation d'un trouble psychique existant ou en état de crise.

CONCRÈTEMENT, ÇA DONNE QUOI ?

Il faut imaginer les formations classiques aux premiers secours, que l'on connaît tous, pour les avoir fréquentés à l'école, ou au travail. Une sorte de recensement de gestes qui sauvent, mais pas que.

Le programme s'oriente autour de 5 axes :

A - E - R - E - R

Approcher la personne, évaluer et assister

Ecouter activement sans jugement

Réconforter et informer

Encourager à aller vers des professionnels

Renseigner sur les autres ressources disponibles.

Nous démarrons par une présentation de chacun, avec la particularité qu'il faut décrire son voisin. Un temps d'échanges entre collègues est donc nécessaire et c'est assez innovant de prendre le temps d'écouter, et de raconter l'autre. On se découvre d'ailleurs tous un peu différemment, avec des points communs que nous n'avions envisagés.

Il nous est ensuite remis un manuel des premiers secours en santé mentale que nous conserverons par la suite. Celui-ci sert de support de travail et de formation, et se présente comme un référentiel indispensable à avoir pour une meilleure connaissance des souffrances psychologiques.

La journée est dynamique, ponctuée de jeux, d'atelier ludique, afin d'intégrer des notions complexes et lourdes de sens.

Il est notamment question de la réalité de la souffrance psychique, de la gravité de certaines pathologies, avec également beaucoup de messages d'espoirs.

Nous avons par exemple, classé les grandes maladies connues par charge de morbidité : ainsi, si les maladies cardiovasculaires et le cancer restent les pathologies occasionnant le plus de décès prématurés dans les pays développés, les troubles musculo-squelettiques et troubles psychiques sévères sont

ceux engendrant le plus de situations de handicap.

On apprend notamment qu'un européen sur quatre âgé de 16 à 65 ans est atteint d'un trouble psychique, et que, parmi eux, le trouble anxieux est de plus en plus présent chez l'adulte et les jeunes, et tout particulièrement chez la femme (fameuse charge mentale), avec une augmentation significative depuis la crise sanitaire. Les chiffres seraient exponentiels chez les enfants et adolescents.

Les troubles dépressifs et bipolaires représentent 7.8% des troubles psychiques dont il est question, chiffre tout à fait minoré pour plusieurs raisons : en France, trois personnes sur dix touchées par un trouble dépressif n'ont aucun recours au soin, et le délai entre les premiers symptômes d'un trouble bipolaire et la première prise en charge thérapeutique adaptée est estimé de 8 à 10 ans.

L'absence ou le retard de prise en charge s'explique aussi par la stigmatisation des troubles psy, et la discrimination subie par les personnes atteintes.

Or, l'intervention précoce dans les troubles psychiques est fondamentale pour une meilleure prise en charge, et la réduction des récurrences : cet élément clé confère toute sa pertinence aux premiers secours en santé mentale.

Avant d'aborder plus en détail les différentes pathologies et situations où l'on peut être amené à intervenir, on identifie les 7 types de professionnels participant à la prise en charge des troubles psychiques : le médecin généraliste, les psychologues, psychiatres, infirmiers, mais également les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les coordinateurs de parcours.

Le contexte étant posé, il s'agit ensuite de savoir comment utiliser notre stratégie A E R E R.

Nous étudions en détail comment appliquer le plan d'action à une personne développant probablement l'un ou plusieurs des troubles psychiques suivants (ou connaissant une aggravation de ceux-ci) :

- dépression
- trouble anxieux
- troubles psychotiques
- troubles liés à l'utilisation d'une substance
- problèmes d'addiction au jeu
- troubles du comportement alimentaire

Pour chaque catégorie, nous étudions les signes et les symptômes, mais également les facteurs de risque.

Nous listons les outils nécessaires pour mettre en place notre plan A E R E R : trouver le bon moment et le bon lieu pour aborder la personne, sans jugement négatif au risque d'entraver l'aide que l'on souhaite apporter. Eviter

les attitudes de stigmatisation, pour comprendre, vraiment.

A travers des œuvres d'art, des témoignages nous étudions le ressenti des personnes en souffrance.

Nous effectuons des mises en situation. C'est poignant, difficile, peut-être encore plus parce que nous nous rendons compte que chacun de nous est ou a été, confronté de près ou de loin à des situations de crises psychiques.

Enfin, nous recensons les moyens les plus adaptés pour évaluer la situation et assister une personne traversant une crise liée à la santé mentale telle que :

- idées et comportements suicidaires
- automutilation non suicidaire
- attaque de panique
- syndrome de stress post-traumatique
- états psychotiques sévères
- effets graves de la consommation d'alcool ou de drogues
- conduites agressives.



https://youtu.be/JvbYsq2eRrg?si=yMpu9u1A_hmrV7C2

C'est très instructif, et cela éveille les consciences. Ça secoue sérieusement, ça prend les tripes.

Les thèmes sont abordés cette fois à travers des mises en scène par acteurs professionnels, mais également des récits « après crise » de personne ayant traversé l'une ou l'autre des crises énumérées.

Le formateur a utilisé une mise en situation pour nous faire comprendre l'envahissement subi par une personne en crise psychotique, que j'ai trouvé très efficace.

Deux d'entre nous devait s'asseoir l'un à côté de l'autre, comme sur un banc, devant l'assistance. Ils devaient discuter de tout de rien, comme on le ferait en abordant quelqu'un dans un parc.

Nous avons donc regardé nos collègues échanger sereinement. Au bout de quelques minutes, l'intervenant s'est placé derrière l'un des deux, et, muni d'un long tube en carton, a commencé à lui chuchoter des informations négatives dans l'oreille. Nous avons vu le visage de notre collègue se crispier, son corps se replier, et il ne parvenait plus à tenir la conversation : le temps de ses réponses était très allongé, et il demandait sans cesse à l'autre de reformuler.

En tant que professionnels bien sûr, nous trouvons des astuces, pour mieux anticiper les difficultés des usagers que nous accompagnons, mais également des signaux pour détecter les crises, mettre l'autre en sécurité, et se préserver également. Car ce dernier point est essentiel, pour aider, il faut être en capacité d'apporter son soutien. Parfois, pour diverses raisons, nous ne le pouvons pas : il convient à tout prix de déléguer cette tâche, pour l'autre, et pour soi-même.

En tant que parent, ami, personne en situation de souffrance, on trouve des clés pour aborder les situations ou moments difficiles comme « qui est la personne la plus à même de parler à mon enfant, avec qui la confiance sera possible, et qui l'aidera sans jugement ? » ou « vers quel collègue puis je me tourner lorsque je perds pied, sans devoir craindre des représailles professionnelles ou une remise en cause de mes compétences ».

C'est un parcours pour apprendre à regarder et écouter, et ces quelques heures passées à échanger sur les maladies mentales nous font prendre (ou reprendre) conscience que l'ouverture d'esprit est encore à travailler chez beaucoup d'entre nous.

Les maladies invisibles sont encore bien trop méconnues, banalisées, ou mises de côté parce que jugées effrayantes. C'est aussi un appel à la vigilance et la tolérance.

A l'issue de cette certification, nous sommes tous unanimes : les premiers secours en santé mentale doivent être appris à tout citoyen, afin qu'une veille générale puisse exister, et que les personnes en souffrance psychique soient prises en charge au même titre que le sont les personnes accidentées de la route ou subissant un arrêt cardiaque.

Qui plus est, les premiers secours en santé mentale permettent de porter assistance à toute personne en souffrance psychique, afin de la guider vers le soin : cette démarche peut œuvrer à coup sûr pour réduire les délais de prise en charge thérapeutique adaptée, et ainsi assurer une meilleure chance de stabilisation.

Cette formation pourrait permettre d'identifier chez nos enfants les troubles naissants, les crises dans leur prémices : si les professeurs, ergothérapeutes, assistants sociaux, éducateurs, juges, parents, oncles, étaient formés, le regard porté sur la maladie mentale serait sans doute tout autre, et la prise en charge efficiente.

Dans les jours suivants cette formation, j'ai pris conscience que j'oubliais parfois, souvent, de m'écouter.

Comme beaucoup de personnes souffrant de troubles de l'humeur stabilisés, la vigilance au fil des années diminue, ce qui permet bien évidemment de souffler un peu et de trouver un peu de normalité.

On oublie que le loup qui nous accompagne a régulièrement besoin d'un léger recadrage et qu'il peut vite rogner sa laisse dans un moment d'inattention.

On oublie que travailler beaucoup, travailler trop, n'est pas la norme, et que ne pas

ressentir de fatigue et se sentir grisée par la surcharge n'est pas durable.

On oublie de compter les petits manques de sommeil, les angoisses au lever, les inattentions, les rues traversées sans regarder, les repas sautés.

Et on laisse un peu passer le temps quand bien même les bruits et les lumières sont difficiles à supporter, et la patience en voie de disparition.

Une des premières choses évoquées par le formateur a été de dire qu'une personne souffrant de troubles de l'humeur a besoin de 10 à 12h de sommeil quand une personne lambda se contente de 6 à 8h...

Tiens tiens, vigilance me suis-je dit.. Mais bon ça devrait tenir jusqu'aux vacances.

Je réfléchissais chaque jour à la chose, ayant laissé à dessein le livre support PSSM sur la table du salon.

Mais lorsqu'une collègue et amie, ayant suivi la même formation est venue me voir, et que nous avons échangé sur les difficultés traversées, c'est elle qui m'a sensibilisée au fait que, de l'extérieur, je présentais des signes de souffrances psychiques avérés. Elle a su me dire, je m'inquiète pour toi, alors que nous n'avions jamais abordé ce sujet bien que travaillant ensemble depuis plusieurs années.

Elle m'a approchée, écoutée, réconfortée, encouragée à voir mon médecin et renseignée sur ce qu'elle pensait possible de m'aider.

A E R E R a pris tout son sens.

De tout cela, il est ressorti qu'il était grand temps que je mette en place des choses concrètes et rapides pour me ressourcer, et pouvoir poursuivre ma vie comme je l'entendais.

Grâce à la formation, à cet éveil, à ma collègue, j'ai appelé mon médecin traitant, et revu mon psychiatre. Pas de catastrophe cette fois, et pourquoi ? Parce que j'ai bénéficié d'une prise en charge précoce, ayant détecté les premiers signes de la crise à venir.

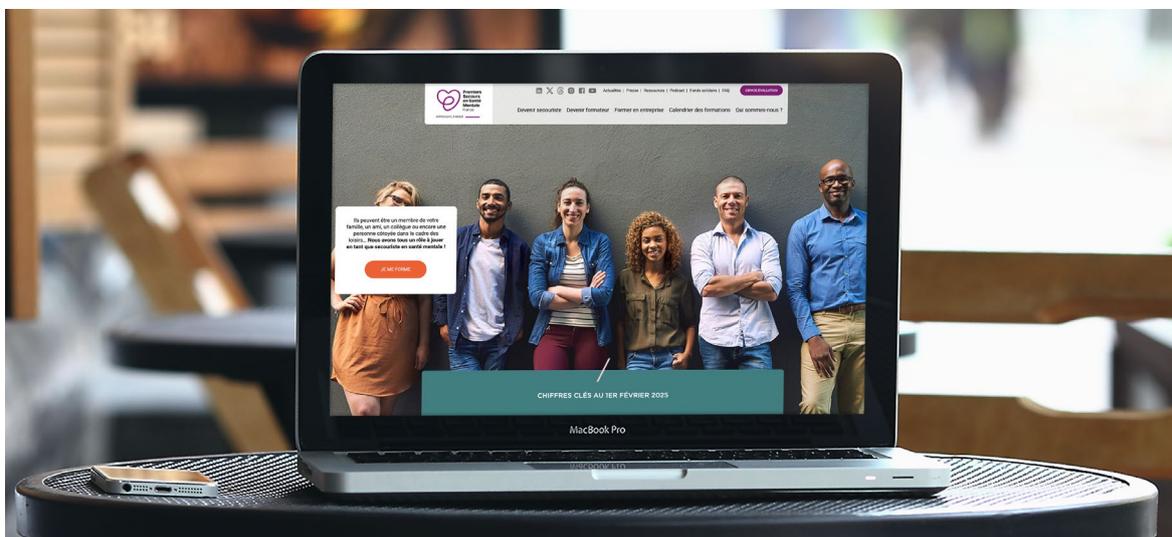
Si chacun de nos enfants troublés pouvait croiser régulièrement des adultes formés aux premiers secours en santé mentale, à votre avis, qu'est-ce que cela changerait ? ■

Pour aller plus loin

<https://www.pssmfrance.fr/>

LE SAVIEZ-VOUS ?

Il existe deux formations au choix : PSSM Standard, celui qui correspond au témoignage de Lætitia mais il existe également un PSSM Jeunes, il a été spécialement développé pour les adultes vivant ou travaillant avec des adolescents (collège et lycée) et jeunes majeurs. Il se concentre notamment sur le développement de l'adolescent, les troubles anxieux, la dépression (dont la crise suicidaire et les automutilations non suicidaires), les psychoses, les troubles du comportement alimentaire et les addictions.





Léon et le Lithium : un chemin vers l'apaisement

par Aurélia

Léon a aujourd'hui 8 ans diagnostiqué avec une bipolarité infantile et est en classe de CE2. Depuis tout petit, il a toujours eu une gestion des émotions très compliquée. Dès sa naissance, il a manifesté une intensité émotionnelle inhabituelle : il est sorti de mon ventre en hurlant et, pendant des années, il m'a semblé qu'il n'avait jamais cessé de hurler.

Les premiers mois ont été marqués par des troubles importants du sommeil. Malgré notre expérience en tant que parents - Léon est notre deuxième enfant, et son grand frère avait trois ans de plus -, nous étions démunis face à ces difficultés. Léon avait du mal à s'endormir et à rester apaisé. Il éprouvait aussi des difficultés à être en collectivité, que ce soit à la crèche ou ailleurs, il ne supportait pas le changement ni les transitions. Ses intérêts restreints se concentraient sur des objets spécifiques, comme les clés, et il passait beaucoup de temps à fuir. Nous devions verrouiller toutes les portes pour l'empêcher de sortir de la maison ou de s'échapper dans la rue.

Très jeune, Léon a également montré des comportements opposants, ce qui nous a poussés à consulter sa pédiatre. Elle nous a orientés vers un service spécialisé, et à l'âge de 2 ans et demi, Léon a reçu un diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) de haut niveau.

UN PARCOURS SCOLAIRE SEMÉ D'EMBÛCHES

Lorsque le temps de la scolarité est arrivé, Léon a été accueilli à l'école maternelle à mi-temps. La première année et la deuxième année ont été compliquées avec une maîtresse de moyenne section qui a fini par prendre un traitement pour tenir le coup, lequel ? je n'ai pas su ! En grande section, nous avons dû déménager à l'île de la Réunion pour des raisons professionnelles liées au travail de mon mari. Et c'est l'année qui a marqué un tournant. Léon commençait à manifester de plus en plus de colère et d'intolérance à la frustration, rendant son intégration difficile.

*« Tu sais maman,
je te l'ai déjà dit,
le mieux c'est que je
me suicide, je sais que
je n'irais pas au paradis
mais en enfer mais au
moins ça s'arrêtera »...*

C'est là que les choses ont commencé à dégénérer. La pédopsychiatre qui suivait Léon pour ses troubles du sommeil n'a pas pu continuer son suivi à distance. Très rapidement, ses comportements en classe se sont aggravés, avec des crises de plus en plus intenses et fréquentes. Ses crises devenaient ingérables.

Nous avons cherché un pédopsychiatre sur l'île, mais nous avons malheureusement été orientés vers un médecin à tendance psychanalytique. Ce dernier a catégorisé Léon comme souffrant de psychose infantile et a écarté son diagnostic de TSA, malgré les conclusions précédentes. Pendant ce temps, les crises de Léon atteignaient jusqu'à cinq épisodes par jour. Ces moments nécessitaient que nous le contenions pour sa sécurité et la nôtre. À chaque fois, les crises se terminaient par des larmes et des excuses, signe qu'il était lui-même en souffrance.

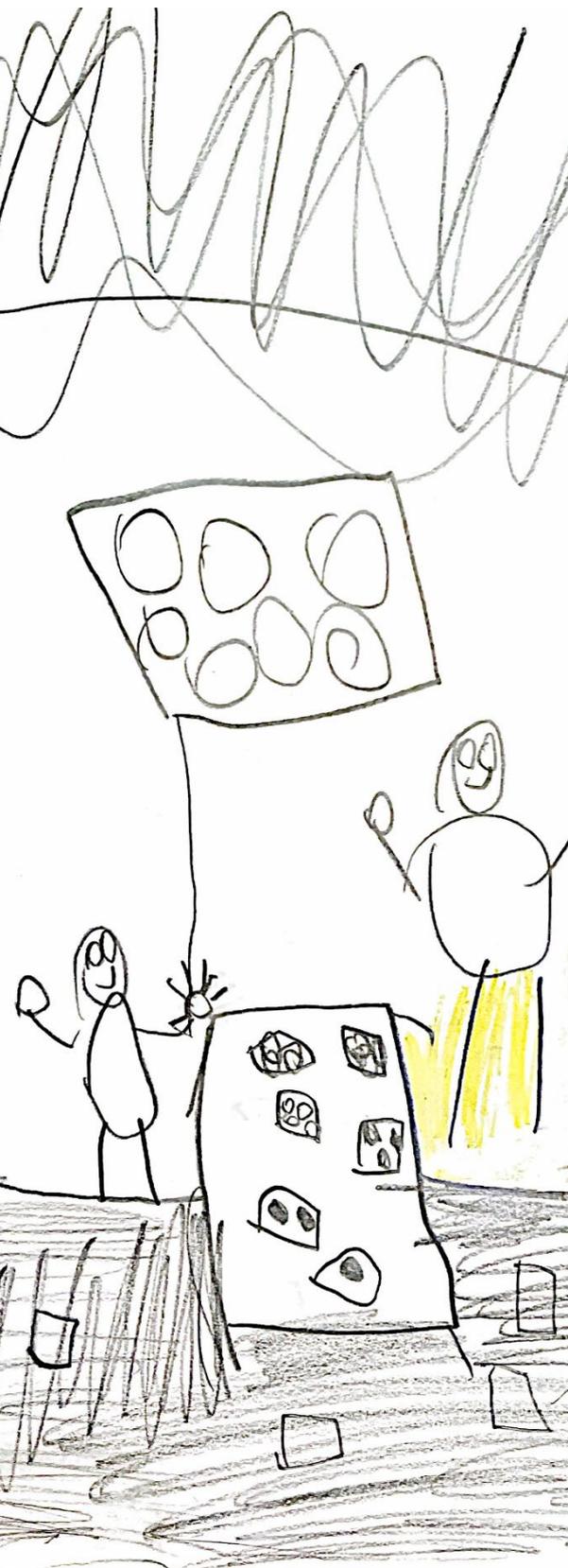
UNE LUEUR D'ESPOIR : LA PISTE DE LA BIPOLARITÉ INFANTILE

Juste avant de quitter la Réunion, j'ai découvert l'association Bicycle grâce au témoignage de Laëtitia dans La Maison des Maternelles et à son livre Mon enfant cyclone. Ces ressources ont été une révélation. J'ai immédiatement pris contact avec un médecin recommandé par l'association. Ensemble, nous avons pu approfondir la piste de la bipolarité infantile.

Sur ses conseils, Léon a commencé un traitement en lien avec cette hypothèse. Nous avons ensuite décidé de rentrer en métropole en urgence pour reprendre le suivi avec sa pédopsychiatre, qui le connaissait bien. De retour en France, elle a confirmé le diagnostic de dysrégulation émotionnelle sévère de type bipolarité infantile.

Pour notre fils, plusieurs traitements ont été tentés. La Micropakine et le Risperdal ont montré des résultats limités, réduisant légèrement l'intensité des crises sans en diminuer la fréquence. Les tentatives avec l'Abilify et le Loxapac se sont révélées infructueuses, et le Méthylphénidate a déclenché des effets secondaires graves, incluant un virage maniaque accompagné d'hallucinations violentes.

TÉMOIGNAGE



À l'école, ses crises compromettaient gravement sa scolarité : en CE1, il n'assistait qu'à deux heures de cours par semaine, se montrait cognitivement indisponible pour les apprentissages et était incapable de rester assis sur une chaise au milieu des autres élèves. À la maison, son anxiété atteignait des sommets : il était incapable de rester seul dans une pièce, exigeait une présence constante, y compris quand j'allais aux toilettes où il devait rester avec moi, et refusait de s'endormir sans que je reste à ses côtés.

Un soir après l'école où l'équipe éducative, épuisée, m'a rendu mon fils avec un compte rendu encore bien chargé, j'ai fait la morale à mon fils. Morale qui ne servait à rien je le savais mais j'étais bien démunie, Léon m'a répondu : « tu sais maman, je te l'ai déjà dit, le mieux c'est que je me suicide, je sais que je n'irais pas au paradis mais en enfer mais au moins ça s'arrêtera »...

LE LITHIUM : UN CHEMIN VERS L'APAISEMENT

C'est alors que la pédopsychiatre a proposé d'introduire le lithium, malgré son jeune âge. Progressivement intégré au traitement, le lithium a marqué un changement. En un mois et demi, les résultats ont été encourageants : l'intensité des crises a diminué, et Léon a commencé à s'apaiser.

Ses fixations envahissantes, comme son obsession pour des cartes Pokémon prétendument valant des milliers d'euros et les paniers Amazon allant jusqu'à 16k euros (contenant jusqu'à six PlayStation 5 et d'autres objets extravagants), ont commencé à s'estomper. Sa générosité excessive, bien que touchante, était désormais moins impulsive et plus réfléchie. Les passions du moment sur lequel il tournait en boucle ont disparu. Ses dessins sombres pleins d'armes et de couteaux avec du sang ont laissé la place à des illustrations douces d'un enfant de 8 ans.

À l'école, où il était auparavant scolarisé à temps partiel et incapable de se concentrer, Léon s'ouvre désormais aux apprentissages. Il participe en classe, fait ses devoirs et apprend ses leçons. L'équipe éducative et son éducatrice l'accompagnent au quotidien, mais il est désormais disponible cognitivement pour travailler.

UN MESSAGE D'ESPOIR

Le parcours de Léon montre à quel point il est important de persévérer dans la recherche d'un diagnostic adapté et d'un traitement efficace. Le lithium n'est pas une solution miracle, mais il offre à Léon une chance de s'épanouir et de retrouver une certaine stabilité.

Pour les familles confrontées à des situations similaires, notre histoire rappelle qu'il existe des solutions, et qu'avec un accompagnement adapté, ces enfants peuvent retrouver une vie plus apaisée.

Ce soir, mon fils est chez sa grand-mère où il y passe la nuit. Je reçois un texto de ma mère : « soirée hyper calme, il a bien mangé. En ce qui me concerne, je vois une énorme différence »...

Une bouffée d'oxygène !



FAUT PAS PRENDRE LES CONS POUR DES PARENTS

Le cabinet

BONJOUR, JE SOUHAITERAIS
PRENDRE RDV POUR MON FILS
POUR UNE CONSULTATION EN
PÉDOPSYCHIATRIE.



OUI BIEN SÛR, VOUS SOUHAITEZ
PORTER PLAINTÉ CONTRE QUI ?



QUE ME CONSEILLEZ-VOUS ?
PLUTÔT L'HÔPITAL, UN MÉDECIN
LIBÉRAL OU CARRÉMENT L'ÉTAT ?



ÇA DÉPEND SI VOUS ÊTES PRESSÉ ?



AVANT QU'IL SE SUICIDE
DE PRÉFÉRENCE



DANS CE CAS JE VOUS CONSEILLE
PLUTÔT UNE CONSULTATION À
L'ÉTRANGER.



Textes Kalatidoscope & dessins RicoGripoil © Bicycle asso 2024



FAUT PAS PRENDRE LES CONS POUR DES PARENTS

L'infraction



Textes Kalatidoscope & dessins RicoGripoil © Bicycle asso 2024

Retrouvez nos 14 planches juste ici : <https://www.bicycle-asso.org/2024/10/04/nos-bd-faut-pas-prendre-les-cons-pour-des-parents/>



La vie de ma mère

LAËTITIA PAYEN

Troisième film français sur la bipolarité en 3 ans après « Les Intranquilles » et « Le livre des solutions », je n'étais pas tout à fait tranquille quand la sortie de « La vie de la mère » a été annoncée, me demandant si on allait enfin trouver des solutions pour parler des troubles bipolaires et non plus de la seule psychose maniaco-dépressive qui a disparu du DSM depuis plus de 40 ans mais visiblement pas des écrans...

Et bim dès les premières scènes du film, un sentiment de malaise m'envahit... Agnès Jaoui alias Judith surjoue une bipolaire en phase maniaque qui vient de s'évader de sa clinique psychiatrique... Mais je m'accroche, car j'ai envie d'y croire. Je me surprends à lui chercher des circonstances atténuantes : peut-être est-ce lié au combo explosif de mère juive excessive qu'elle doit également incarner pour ce rôle ?

Et puis non, finalement sans surprise, le couperet tombe : on parlera donc ici encore une fois de la bipolarité typique et caricaturale de l'adulte.

Pierre, 33 ans, est fleuriste et voit ressurgir dans sa vie sa mère Judith qu'il n'a pas vu depuis qu'elle est internée dans une clinique psychiatrique pour ses troubles bipolaires, il y a 2 ans.

La relation mère-fils est brisée depuis longtemps. A travers les non-dits, on devine un passif lourd et un amour qui s'est étioilé à force de crises à répétition. Pierre n'a donc qu'une hâte : ramener sa mère à la clinique au plus vite pour reprendre le cours de sa vie.

La seule chose qui semble encore les lier, et que Judith a transmise à son fils, est leur passion commune pour les fleurs.

Le scénario lui aussi très attendu n'hésite pas à utiliser des métaphores plus que grossières :

Judith est hospitalisée dans une clinique au nom pour le moins évocateur pour prendre en charge ceux qui touchent le fond : « Les Rivages » ... Les fleurs, tour à tour fanées ou fraîches, permettent d'illustrer les différentes émotions traversées par Judith. Pour l'instabilité, le choix s'est porté sur une girouette filmée lors d'un plan prolongé...

Mais le plus gênant n'est pas la représentation typique de la bipolarité car cette forme même si elle n'est pas la plus courante existe bel et bien et, avouons-le, c'est de loin la plus cinématographique mais le portrait qui est brossé de la personne atteinte de troubles bipolaires. Agnès Jaoui incarne ici une femme très enfantine voire naïve pour ne pas dire carrément simplette et surtout infantilisée et privée de liberté. Elle semble alors être condamnée (à perpétuité ?) à être internée dans une clinique psychiatrique assommée de médicaments pour y faire des scoubidoues à longueur de journée. Le tout entourée d'autres « fous » de son espèce et sans pouvoir ouvrir la fenêtre...

Perspectives peu réjouissantes avouons-le et à mille lieux des campagnes de déstigmatisation actuelles sur la bipolarité et de la réalité de la maladie.

Cependant le fait que Judith n'ait pas de filtre lui permet d'oser et d'exprimer sans pudeur ses émotions. Cela contribue grandement à rendre son personnage touchant et attachant et finalement plus

ancré dans la réalité qu'il n'y paraît. Le barman soulignera la chance de Pierre d'avoir une mère qui est « une vraie gentille », paradoxe que les aidants ont tendance à oublier tant ils sont malmenés aussi par les montagnes russes de la maladie.

On regrette alors d'autant plus de la voir se faner dans une clinique...

Ce film illustre néanmoins bien le déni de l'entourage confronté à la bipolarité d'un proche. L'entretien de Pierre avec la psychiatre de sa mère représente un tournant décisif dans le film. Celle-ci explique à Pierre qu'avec son soutien sa mère peut aller beaucoup mieux. C'est à ce moment-là que Pierre -qui ne semble pas faire beaucoup d'efforts depuis le début du film- baisse la garde et nous réconcilie avec son personnage magnifiquement interprété par William Lebghil. Si Pierre est sur la défensive, c'est qu'il est avant tout un homme traumatisé par les épreuves traversées avec sa mère et terrorisé à l'idée de développer la maladie à son tour.

Ce passage met alors le doigt sur un point important : le rôle essentiel de l'entourage dans le rétablissement du malade et la nécessité de se faire accompagner pour y parvenir. Au-delà de la simple obsession de la prise des médicaments, on peut apprendre à mieux comprendre son proche et l'encourager à devenir acteur de sa maladie afin qu'il puisse lui aussi reprendre le cours de sa vie.

Le bouquet final est prévisible et Julien Carpentier signe donc ici une très bonne comédie à l'eau de rose servie par une excellente distribution mais certainement pas un film sur la bipolarité.



VICE-VERSA 2, le psynéma des émotions

LAËTITIA PAYEN

Après *Vice-Versa* en 2015 coréalisé par Pete Docter et Ronnie Del Carmen, le deuxième opus du film réalisé cette fois par Kelsey Mann est sorti le 19 juin dernier ! Chez Bicycle nous raffolons la façon dont Pixar et Disney réussissent le tour de force de parler de santé mentale de façon ludique et décomplexée en personnifiant nos émotions. C'est donc avec impatience que nous attendions la suite des aventures de Riley !

Appareil dentaire, petits boutons, humeur changeante, l'alarme de la puberté a retenti et plus rien n'est comme avant : Riley est devenue une adolescente de 13 ans !

Cette fois nous suivrons Riley avec deux de ses copines à un camp de hockey sur glace où elle rêve d'être sélectionnée pour intégrer l'équipe des Fire Hawks.

La nouveauté de cet épisode, c'est qu'en plus de façonner des îles spécifiques qui correspondent à la personnalité de Riley, les souvenirs vont aussi construire des croyances qui en s'entremêlant vont donner naissance à l'estime de soi.

Ce changement est matérialisé par l'apparition de nouvelles émotions plus sophistiquées : Envie, Embarras, Ennui avec à leur tête Anxiété.

Ces émotions rebelles viennent perturber le quartier cérébral et finissent par s'en emparer. Elles souhaitent créer une nouvelle conscience de Riley.

Joie, Peur, Dégoût, Colère et Tristesse se trouvent alors bannies. Elles décident donc de se lancer dans une véritable quête au tréfonds de la mémoire pour retrouver et rendre à Riley son estime de soi. Sans cela elle risque en effet de ne plus jamais être elle-même et de faire des mauvais choix.

Anxiété, quant à elle, est persuadée que Riley grandit et qu'elle n'a plus besoin de ces émotions primaires qu'elle considère comme désuètes.

Elle se sert alors de l'imagination de la jeune adolescente contre elle-même en créant des projections pour la changer allant jusqu'à déclencher une tempête de mauvaises idées.

Pour Anxiété et ses nouveaux acolytes peu importe s'ils la poussent à être le contraire de tout ce qu'elle est, aujourd'hui l'important est ce qu'elle doit devenir.

C'est ainsi que la nouvelle Riley devient prête à tout pour gagner quitte à trahir ses meilleures amies.

Riley ne contrôle plus rien et finit par faire une attaque de panique. Est-ce Anxiété qui lui met beaucoup trop la pression ou est-ce normal de ressentir moins de joie quand on grandit ?

Joie et ses comparses se servent finalement d'une avalanche de mauvais souvenirs pour rejoindre le quartier cérébral non sans s'inquiéter des conséquences qu'ils pourraient avoir sur le bien-être de Riley.

Joie est persuadée qu'Anxiété ne peut pas être la seule à prédire l'avenir. En réalité, Anxiété essayait seulement de protéger Riley mais Joie va finir par lui faire entendre raison car ce ne sont pas à ses émotions de décider qui est Riley mais bien à elle seule.

Ce film expose un message clair : chaque émotion est légitime à condition qu'elle ne prenne pas trop de place ! Ainsi, notre personnalité est constituée de nos expériences et de nos émotions, positives, comme négatives. Chaque facette de Riley fait ce qu'elle est et c'est pour cela qu'on l'aime avec ses défauts et ses merveilleuses qualités.

Cette bataille d'émotions bouillonnantes permettra certainement aux parents de mieux comprendre ce qui se passe dans la tête de leurs cycloteenagers X 10 et donnera aussi des outils aux enfants et aux adolescents pour mieux identifier et contrôler leurs émotions.

Ce film permet d'aborder des thèmes très sérieux comme l'estime de soi, les émotions exacerbées ou refoulées, la mémoire, le système de croyances ou bien encore l'imaginaire.

On a aussi adoré les clins d'œil des personnages de la chambre forte des secrets avec notamment Banana-outils qui n'est pas sans nous rappeler la célèbre Dora l'exploratrice.

Le seul reproche s'il fallait en faire un serait le fait que toute l'intrigue se concentre sur un seul événement : le stage de hockey sur glace.

Vous l'aurez compris déception n'a pas fait partie de nos émotions alors profitez des vacances pour faire le plein d'émotions en famille avec ce très bon film d'animation !

Et qui sait, le passage furtif de Nostalgie nous laisse espérer que nous pourrions bien continuer à regarder grandir Riley dans de prochains épisodes !

PS : Ne manquez pas la scène post-générique pour connaître le secret le plus sombre de Riley !



– Kaizen – 1 an pour gravir l'Everest, le documentaire phénomène d'Inoxtag

LAËTITIA PAYEN



Alors que les troubles psychiques sont en augmentation constante chez les jeunes, Inoxtag insuffle une pulsion de vie à la nouvelle génération !

On vous voit déjà venir : jamais je ne regarderai un documentaire réalisé par un youtubeur, la culture du vide ! Le vide que vous verrez ici concerne plutôt celui des pentes abruptes !

Essayez ! En plus de faire plaisir à votre cyclokid en entrant un peu dans son univers, vous risquez d'être agréablement surpris !

On est même prêts à prendre le pari que certaines scènes vous feront sourire et échanger un regard complice avec votre ado !

Au passage on en profite pour saluer l'abnégation de ses parents pour l'avoir encouragé à réaliser son rêve qui n'était pas sans risque.

On vous prévient il ne s'agit pas d'un documentaire sur l'Everest même si les images sont superbes mais plutôt sur le cheminement d'un jeune passionné par les réseaux sociaux et les jeux vidéo qui se lance un pari fou : celui de gravir l'Everest en 1 an en partant de 0 aussi bien sur le plan de son hygiène de vie que de sa condition physique.

Ce que nous en avons retenu :

- Apprendre la persévérance et le dépassement de soi à nos jeunes, une jolie preuve par l'exemple.
 - Se déconnecter des écrans pour se reconnecter à soi.
 - Lâcher les écrans pour sortir de chez soi, aller à la rencontre de l'autre, oser et Vivre tout simplement.
 - Ce qui compte ce n'est pas la destination c'est le chemin, avancer petit pas par petit pas pour gravir les plus hauts sommets au sens propre comme au sens figuré.
 - Trouver son « Everest ».
 - Les plus grandes aventures se vivent toujours à plusieurs, rien ne se fait seul.
 - Ne pas être le meilleur mais devenir chaque jour meilleur.
- On retrouve aussi d'autres thèmes en toile de fond comme le sur-tourisme, l'importance des sherpas, la pollution ou bien encore le danger que l'Homme représente pour la montagne.

Certes il y a quelques placements de produits, ne vous étonnez

donc pas si à l'issue des 2h40 votre enfant vous réclame un pull The North Face. Mais rappelez-vous : n'avez-vous jamais eu envie d'une Rolex Submariner ou d'une Omega après un James Bond ?

Plaignez-vous ! Pensez à ceux qui auront réclamé à leurs parents une randonnée de 8h en montagne sans escale et sans sherpa et qu'ils ne pourront bien évidemment pas refuser !

Plutôt qu'un film autocentré comme certains de ses détracteurs le décrivent, nous y avons vu un récit authentique (vous avez vraiment déjà essayé de parler de vos hémorroïdes, de montrer le chaos dans lequel vous vivez ou de vous filmer de près malade ou la morve au nez quand vous voulez vous mettre en avant ?).

Vous découvrirez aussi l'origine de quelques expressions utilisées régulièrement par vos enfants ce qui vous permettra de rester vivant et en perpétuelle évolution comme notre langue !

Alors « on est biiiiien » là ?

Enfin, pour ceux qui s'interrogent sur le titre du documentaire, Kaizen, est la contraction de deux mots japonais qui signifient « changement positif » ou « amélioration ».

Plus généralement, on pourrait le traduire par la notion d'« amélioration continue ».

Quoi espérer de plus pour notre monde et toutes les générations futures ?

Notre jeunesse en quête de sens et dont le mal-être est grandissant a bien besoin de figure inspirante comme lui !

Et qui de mieux qu'un youtubeur adulé par sa génération pour faire passer un message qui reste récurrent et pourtant si conflictuel dans la plupart de nos foyers ?

En réalité il faut même avouer qu'il fait le job beaucoup mieux que nous les darons et qu'il nous donne un sacré alibi : ce n'est pas moi qui le dit c'est Inox !

Alors vraiment, nous n'aurons que deux mots : bravo et merci Inès !



©Illustration RicoGripoli+Vecteezy

Quelle incidence le cinéma a-t-il eu sur la perception du trouble bipolaire ?

ATSUKI PAYEN

La fratrie de nos cyclokids a aussi du talent !

Quand la maladie s'invite au sein du foyer, elle peut aussi permettre aux frères et sœurs de développer des qualités précieuses comme la tolérance, l'empathie, la résilience et même... d'obtenir leur bac !

Pour son épreuve du Grand Oral, Atsuki a décidé de parler de la bipolarité à travers le prisme du cinéma. Une bonne idée pour recadrer les idées reçues sur les représentations de ce trouble à l'écran comme dans la vie.

Alors, silence... moteur... Ça tourne !

J'ai choisi de présenter ce sujet du cinéma et de la bipolarité pour 2 raisons.

La première raison est parce que je suis passionnée par le cinéma et que c'est la voie professionnelle vers laquelle je souhaite me diriger.

La deuxième raison est parce que la bipolarité est un sujet qui me touche particulièrement y étant moi-même confrontée par l'intermédiaire de mon petit frère qui souffre de cette maladie.

Tout d'abord qu'est-ce que la bipolarité ? Anciennement appelé psychose mania-co-dépressive, le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur caractérisé par une alternance de phases d'expansion de l'humeur, appelées phase de manie ou d'hypomanie, suivie par une baisse de l'humeur appelée phase de dépression.

Il existe plusieurs types de troubles bipolaires avec des symptômes plus ou moins bruyants.

Le cinéma naît en 1892, période où les études sur les maladies mentales sont en pleine effervescence. Les créations cinématographiques s'inspirent par conséquent des découvertes médicales mais aussi des mystères qui intriguent et fascinent autour de ce sujet.

Nous allons donc voir quelle incidence le cinéma peut avoir sur la perception du trouble bipolaire notamment à travers les différents traitements que les réalisateurs ont pu en faire. Ainsi dans une première partie nous nous intéresserons à la bipolarité en tant que fantasme cinématographique puis dans une seconde partie à la bipolarité utilisée pour raconter le réel et enfin dans une dernière partie à la bipolarité comme inspiration autobiographique.

I. LA BIPOLARITÉ, FANTASME CINÉMATOGRAPHIQUE

C'est dans le contexte d'une difficile avancée de la psychiatrie et d'une méconnaissance globale des maladies mentales, qu'au départ, plus que de bipolarité ou de maladies mentales à proprement parler, les cinéastes ont surtout retranscrit la folie. En effet, bien qu'aujourd'hui le mot « fou » ne renvoie plus à un terme scientifique pour la majorité des gens, il a longtemps été utilisé pour décrire toute personne souffrant de maladie mentale. Et le cinéma est loin de déroger à la règle.

Le XX^{ème} siècle est aussi marqué par la découverte de nouvelles méthodes pour soigner les patients : eau froide et eau bouillante, électrochocs... et surtout lobotomie.

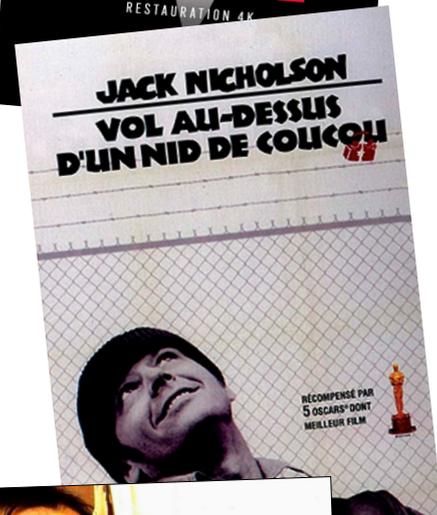
Le culte de la folie terrifiante est omniprésent au cinéma car la violence irrationnelle fait beaucoup d'entrées cela a même donné son nom à des genres que sont les films d'horreur et les thrillers.

Psychose d'Alfred Hitchcock (1960), *Vol au-dessus d'un nid de coucou* de Milos Forman (1975), *Shining* de Stanley Kubrick (1980), pour ne citer qu'eux en sont la parfaite illustration.

Mais ces films dit « cultes » ne sont pas sans conséquence sur les représentations des maladies mentales dans la société. Ils nous révèlent les éternels mécanismes du cinéma qui associent les troubles psychiques à des comportements extrêmement dangereux et violents. Pourtant, d'après les études, les personnes atteintes de maladies mentales sont 10 fois plus victimes d'actes criminels qu'elles n'en sont les auteurs.

Il faudra attendre 1993 et le film *Mr Jones* de Mike Figgis pour voir apparaître pour la première fois un film qui se targue de parler clairement de bipolarité. Le personnage principal, Mr Jones, est présenté comme souffrant de troubles bipolaires. Nous suivons le quotidien de cet homme d'une cinquantaine d'années qui a une personnalité originale et débordante. Un jour, pendant qu'il refait la charpente d'une maison, il va avoir une soudaine envie de voler en mettant sa vie en danger. Après cet épisode, il est interné et se fait suivre par un psychiatre qui finira par tomber amoureux de lui.

La bipolarité fait partie des maladies mentales très cinématographiques en particulier dans les phases maniaques qui permettent de mettre en scène l'excitation et le délire du personnage en alimentant le sensationnalisme. C'est pourquoi ces phases sont souvent surreprésentées dans les films.



En effet, *Mr Jones* en présente tous les signes de façon typique et caricaturale. Il est très séducteur, il dépense sans compter, il est instable, il est désinhibé.

Cependant *Mr Jones* peut aussi être un danger pour lui-même car cela est bien connu, à la phase maniaque succède la phase dépressive. Elle est très peu représentée dans le film, on le voit en dépression durant 10 minutes contre 1h50 de phase maniaque. La dépression est en effet bien plus ardue à rendre séduisante sur la toile et le risque serait de perdre son public. Pourtant la dépression est de loin la phase la plus courante et la plus longue chez la personne souffrant de troubles bipolaires.

Dans ce film et dans d'autres films comme *Happiness therapy* de David O Russell (2012), la bipolarité est utilisée avant tout pour servir la romance et pour enrichir l'intrigue du film en captant le spectateur et non pas servir la cause de la bipolarité et faire avancer les mentalités.

Pourtant, à l'époque, le film affirme lutter contre les idées reçues du trouble bipolaire, ce qui montre une méconnaissance de celui-ci dans les années 90.

Ce qui aurait pu donc sensibiliser la population à cette maladie méconnue, se transforme encore une fois en stigmatisation en représentant un personnage profondément excessif.



II. LA BIPOLARITÉ ET RACONTER LE RÉEL

Néanmoins certains cinéastes relèvent le défi d'apporter un regard différent et éducatif sur la bipolarité en contribuant à augmenter la compréhension que le public s'en fait dans notre société.

C'est le cas par exemple des films *La vie de ma mère* de Julien Carpentier (2024) et *Les Intranquilles* de Joachim Lafosse (2021) qui abordent la bipolarité d'un autre point de vue, celui des aidants familiaux. Les réalisateurs ont eux-mêmes grandi avec un parent bipolaire, ils retranscrivent donc ce vécu et ce quotidien à l'écran.

Si on prend l'exemple du film *Les Intranquilles*, le personnage principal est un artiste peintre qui souffre d'un trouble bipolaire. Ainsi planté le décor est assez typique voire attendu. Il est en effet courant de retrouver une surreprésentation du trouble bipolaire chez les artistes. Mais dans ce film plutôt qu'à la maladie et à sa prise en charge c'est bien au mélange de la vie familiale et de la bipolarité que ce film a décidé de s'intéresser.

Ainsi dans la famille « Intranquille » il y a le père et le conjoint, Damien qui est aussi celui qui est atteint de bipolarité mais il y a aussi Leïla, la compagne et la mère, Amine, le fils et Patrick le père de Damien et le grand-père.

Toute la famille vit au rythme effréné de Damien, souffre et s'épuise.

Ce film pose aussi les questions de « jusqu'où peut-on aller par amour ? » et « jusqu'où faut-il aller par amour ? » ou bien encore « que peut l'amour contre plus fort que lui » ?

Il nous amène donc à réfléchir sur le risque de ne voir la personne souffrant de trouble bipolaire qu'à travers sa maladie. Garder sa juste place, celle de compagne, de fils, de père et non celle d'infirmier(e). Faire confiance malgré tout, accompagner sans faire « à la place de », responsabiliser, autonomiser pour redonner au malade le pouvoir de reprendre le contrôle sur son trouble et sur sa vie. Mais aussi savoir poser des limites et ne pas s'oublier soi-même.

Pour les proches, accompagner un patient atteint de trouble bipolaire n'est pas toujours évident. Comprendre qu'il s'agit d'une maladie et que certains comportements en phase d'excitation ou de dépression en sont des symptômes, et non du « cinéma », est déjà un premier pas.



Ce film illustre donc bien le fait que le cinéma peut aussi contribuer à sa manière à sensibiliser et à éduquer les accompagnants et proches de personnes atteintes de troubles bipolaires mais aussi le grand public, grâce à une représentation plus proche de la réalité.

III. LA BIPOLARITÉ INSPIRATION AUTOBIOGRAPHIQUE

Ces dernières années et surtout depuis le COVID, la santé mentale est moins tabou ce qui encourage les malades à sortir de l'isolement et du secret.

Mais qui mieux que le malade lui-même pour parler de sa maladie et contribuer à changer le regard sur celle-ci ?

Le film de Michel Gondry (2023) : *Le livre des solutions* en est un bon exemple.

Il l'admet lors de ses interviews : il est lui-même bipolaire et il s'agit probablement de son film le plus autobiographique. Le personnage de Marc le représente à 70% ! En effet, on suit le parcours de Marc Becker, souffrant visiblement de troubles bipolaires et en pleine phase maniaque, qui essaie par tous les moyens de finir la réalisation de son film comme il l'entend alors qu'il vient d'être abandonné par son producteur.

Au-delà de l'aspect invivable voire inadapté du personnage, il faut souligner l'exploit qu'accomplit Marc en parvenant à diriger un orchestre pour la bande originale de son film alors même qu'il n'a pas la moindre notion musicale ou bien encore lorsqu'il réussit à convaincre un artiste de renom d'y participer.

Ce film montre aussi que les personnes souffrant de troubles bipolaires sont aussi capables de soulever des montagnes quand elles ont une idée en tête.

Certains pourraient y voir un film caricatural sur la bipolarité mais il s'agit plutôt d'un concentré de réalité qui permet de ne pas oublier les immenses qualités des personnes souffrant de troubles bipolaires. Le fait que le film soit réalisé par une personne souffrant elle-même de troubles bipolaires donne une dimension particulière au film et peut aussi contribuer à donner un message d'espoir à tous ceux qui sont concernés en donnant une image plus optimiste et positive de la maladie voire inciter ceux qui pourraient se reconnaître à sortir du déni et/ou oser consulter pour se faire aider.

En bref, le cinéma est une mine d'or de représentations des maladies mentales. Longtemps influencé par son époque, il a souvent contribué à véhiculer de fausses images et des clichés sur ces troubles encore méconnus en s'adressant à un large public. Aujourd'hui, on constate une véritable évolution dans l'approche du trouble bipolaire. En effet, le cinéma s'attaque à décortiquer et à déconstruire ces représentations pour en imaginer des plus réalistes, aider le public à mieux comprendre et diminuer la discrimination dont les personnes atteintes font encore l'objet.

Malgré tout, si le cinéma parvient à proposer des représentations plutôt justes et utiles dans la psychoéducation, il continue de se focaliser uniquement sur les facettes sensationnelles de la pathologie et la forme du trouble bipolaire le plus typique au détriment des phases plus fréquentes et d'autres formes de la maladie beaucoup plus répandues.

Les représentations restent donc encore partielles et stéréotypées.

Malgré tout avec 3 films sur les 3 dernières années sur la bipolarité, la sensibilisation prend le pas sur le spectaculaire.

J'espère pouvoir un jour y contribuer en réalisant un film sur un sujet encore jamais abordé : la bipolarité chez l'enfant qui permettrait une grande avancée dans la perception de la maladie y compris auprès des professionnels s'intéressant à l'enfance du trouble bipolaire. ■





©Illustration RiccGrigoli

Bipolarité juvénile, Everest de la pédopsychiatrie ?

LAËTITIA PAYEN

Cet article du journal Le Monde en date du 02/10/2024 :

https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/10/02/sante-mentale-pourquoi-la-prescription-de-psychotropes-chez-les-jeunes-s-envole_6341710_3224.html

propose une excellente analyse sur la raison de la hausse de la prescription des psychotropes chez les jeunes (antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques, hypnotiques, thymorégulateurs confondus) nous a amené à nous interroger sur la place qu'occupe la bipolarité juvénile en pédopsychiatrie.

En effet, on constate « +60% des jeunes sont sous antidépresseurs, +38% sous antipsychotiques (prescrits pour la schizophrénie ou la bipolarité notamment) et +8% sont sous anxiolytiques ».

Ainsi, en 2023, 4137 jeunes de 12 à 15 ans et 4993 jeunes de 16 à 19 ans se sont vus délivrés une ordonnance de psychotropes.

PARMI LES 5 HYPOTHÈSES AVANCÉES ON RETROUVE :

- la dégradation de la santé mentale des jeunes en particulier depuis le Covid
- la prise en charge trop tardive des troubles psychiques en raison d'un système de soins saturé par les besoins. L'aggravation des troubles sans prise en charge entraîne ainsi une hausse de la prescription des médicaments.

Jean-François Pujol, pédiatre précise « On ne va pas laisser un ado qui ne dort pas, qui a terriblement besoin d'apaisement, sans traitement. Ni un enfant qui lève la main sur ses camarades, sur ses parents, et qui est en souffrance comme toute sa famille, sans réponse thérapeutique. On finit parfois de guerre lasse, par donner un sédatif ou un neuroleptique, en attendant un rendez-vous dans un CMP ou chez une pédopsychiatre, qui viendra peut-être quelques semaines, quelques mois plus tard... au mieux. »

Même si, par ailleurs, il affirme qu'il s'est formé au cours de sa carrière et qu'aujourd'hui il est capable de mieux prescrire ces molécules.

Concernant ce point, et de part notre savoir expérientiel, nous pouvons également ajouter une méconnaissance de la bipolarité juvénile. Ainsi la bipolarité est prise en charge en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte quand les symptômes se sont aggravés et sont déjà devenus plus typiques en se rapprochant de ceux retrouvés chez les adultes.

- la question sensible de la mauvaise prescription : antidépresseurs et anxiolytiques VS psychothérapie. En effet la HAS (Haute Autorité de Santé) préconise « en première intention » de privilégier les psychothérapies.

Notons là encore que la difficulté d'accès aux soins est un frein pour beaucoup de familles : problèmes des déserts médicaux et de remboursements des séances.

- un meilleur repérage : peut-on parler d'un rattrapage du retard des diagnostics ? « Parvient-on à repérer plus précocement certains troubles ? Autrement dit, réussit-on à mieux détecter que par le passé certaines maladies mentales ? » s'interroge le journal. Pauline Chaste, pédopsychiatre à l'hôpital Necker-Enfants malades souligne : « Il existait un important retard de diagnostic pour le trouble bipolaire et la schizophrénie ». Et d'ajouter une autre explication à la forte hausse des antipsychotiques : « Nous prescrivons aussi ces traitements à des jeunes qui n'ont ni troubles bipolaires ni schizophrénie, mais qui peuvent être impulsifs, se mettre en danger, multiplier les tentatives de suicide, et en avoir besoin, à court terme ».

- des jeunes qui se tournent plus facilement vers les soins d'autant plus parce que le panel des symptômes pris en charge s'est élargi: dépressions mais aussi troubles anxieux, phobies scolaires, TOCs, stress post-traumatiques, ...

RAPPELONS TOUT DE MÊME À TOUTES FINS UTILES QUE LA MÊME HAS INDIQUE ÉGALEMENT DANS SES RECOMMANDATIONS :

- « Devant tout épisode dépressif, il est recommandé de rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire. Il est important de différencier les troubles bipolaires d'un épisode dépressif caractérisé isolé ou récurrent car le traitement et la prise en charge ne sont pas les mêmes. »

Certaines études avancent qu'un pourcentage important de personnes diagnostiquées dépressives seraient en fait bipolaires. Les erreurs de diagnostics pourraient expliquer une multiplication du nombre de psychotropes non adaptés et une augmentation de leur posologie mettant en danger la vie de nos jeunes.

- « Devant une tentative de suicide chez un adolescent ou un adulte jeune, il est nécessaire de rechercher un trouble bipolaire. »

- « Il faut donc évoquer un trouble bipolaire chez un adolescent ou un adulte jeune devant tout épisode dépressif, certaines pathologies psychiatriques (addictions, trouble des conduites, troubles anxieux), tout passage à l'acte suicidaire. »

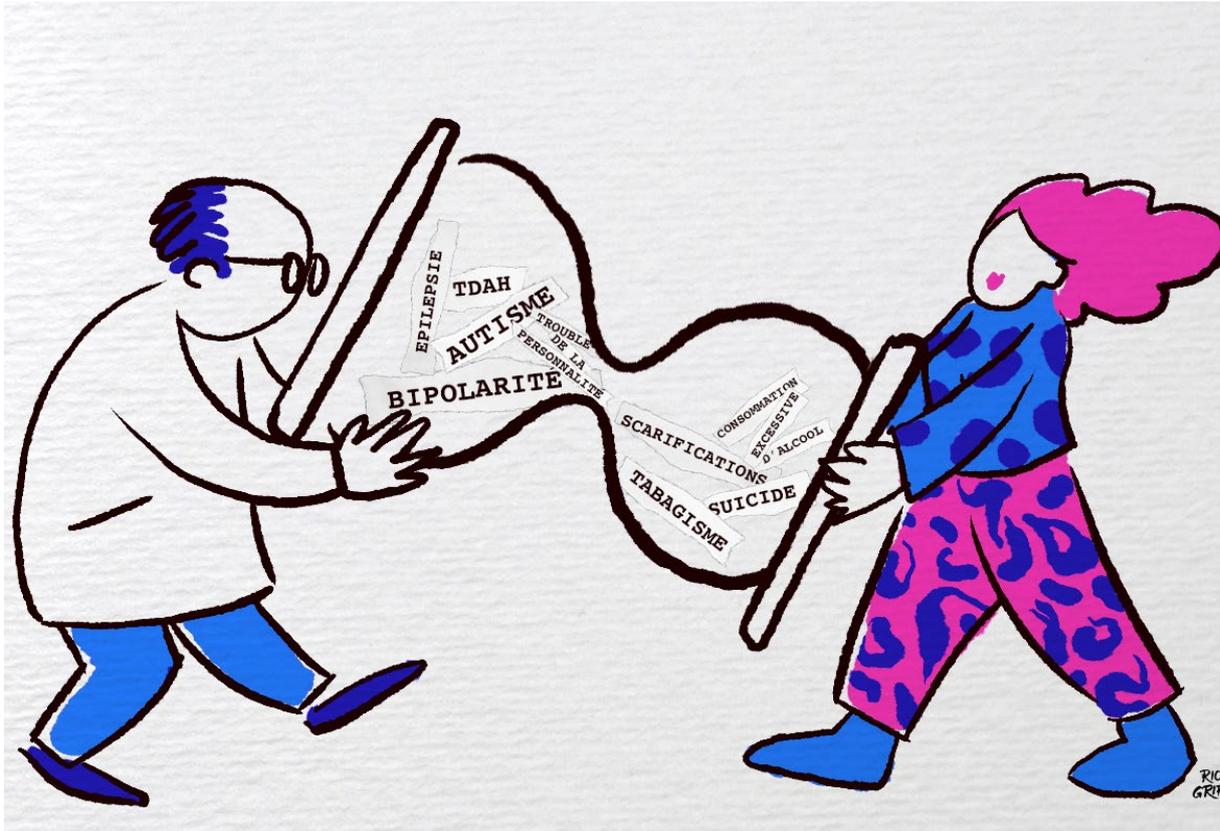
Nous aimons l'optimisme de la pédopsychiatre qui utilise l'imparfait pour parler de la bipolarité juvénile. Si seulement ! Pourtant aujourd'hui on continue d'affirmer majoritairement que la bipolarité juvénile n'existe pas.

Pourquoi refuser de poser un diagnostic chez un jeune à qui on prescrit des thymorégulateurs « jusqu'à preuve du contraire » ? Nous insisterons toujours sur ce point : ne pas poser de diagnostic est une perte de chance pour le jeune car il entraîne une mauvaise observance du traitement voire un refus de soins et prive toute la famille d'outils non médicamenteux comme une psychoéducation ciblée.

Voilà maintenant près de 15 ans que nous œuvrons chaque jour pour faire connaître et reconnaître la bipolarité juvénile !

Dans quelques années, on espère moins, on pourra sans doute dire, que nous avons été les pionniers dans ce domaine et que nous avons gravi notre « Everest » sans oxygène !

Dans tous les cas si nous n'avions qu'un souhait à formuler : ce serait celui de voir plein « d'Inoxtag » prendre notre suite !



TDAH, bipolarité, quels impacts sur l'espérance de vie ?

LAËTITIA PAYEN

Il n'aura fallu que quelques jours suite à la publication de l'étude des chercheurs de l'Université de Cambridge (Etats-Unis) dans le « British journal of psychiatry », pour voir fleurir sur la toile de nombreux articles la relayant et publiant en gros titres le lien entre diagnostic de TDAH et durée de vie. En effet selon cette étude, le diagnostic de Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité serait associé à une réduction de l'espérance de vie de près de sept ans pour les hommes et de près de neuf ans pour les femmes.

ANALYSONS LES DONNÉES DE PLUS PRÈS.

L'objectif de cette étude était d'estimer le nombre moyen d'années de vie perdues chez les patients avec un diagnostic de TDAH, sur la base des données de mortalité toutes causes confondues chez les adultes britanniques entre 2000 et 2019.

Il convient donc de nuancer ces résultats ou en tout cas ne pas omettre de préciser les réserves formulées afin de les rendre plus fidèles aux conclusions de leurs auteurs eux-mêmes.

En effet, les scientifiques ont découvert que les problèmes de santé physique et mentale étaient plus fréquents chez les personnes atteintes de TDAH. Mais le résultat de l'étude étant basé sur les décès toutes causes confondues, il n'est donc pas possible à partir de ces données d'attribuer ce risque de surmortalité précoce à la seule présence d'un TDAH. Cette surmortalité peut aussi être due à d'autres maladies mentales associées ou aux problèmes de santé physique.

La seule conclusion est que les personnes atteintes de TDAH sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de chacun des 13 problèmes médicaux examinés (diabète, hypertension, cholestérol, cardiopathie ischémique, maladie respiratoire chronique, épilepsie, dépression, maladie mentale grave, anxiété, automutilation/suicide, autisme, déficience intellectuelle, trouble de la personnalité) et d'être confrontés dans leurs habitudes de vie à davantage de tabagisme et de consommation excessive d'alcool.

Les chercheurs le précisent d'ailleurs explicitement : il est peu probable que le TDAH en lui-même soit la raison de l'écart d'espérance de vie, cela serait plutôt en lien avec une série de risques associés à ce trouble comme ceux cités plus haut.

De plus ils ajoutent que « le manque de services spécialisés pour l'évaluation du TDAH chez l'adulte au Royaume-Uni signifie que les adultes diagnostiqués peuvent surreprésenter ceux qui ont des problèmes de santé mentale concomitants, ce qui les a amenés à être en contact avec des spécialistes qui ont diagnostiqué leur TDAH. Cela conduirait à une classification erronée de l'exposition différentielle : l'association entre ces conditions et une espérance de vie réduite pourrait fausser les résultats et conduire à une surestimation des années de vie perdues.

Étant donné que les critères de diagnostic du TDAH étaient plus stricts au moment du recrutement pour cette étude, les participants peuvent surreprésenter ceux qui ont des besoins de soutien plus importants, par rapport aux personnes qui répondent en moyenne aux critères actuels du TDAH ».

Les personnes avec un TDAH sévère et donc avec plus d'autres maladies mentales seraient donc surreprésentées dans cette étude.

Kevin McConway, professeur émérite de statistiques appliquées à l'Open University au Royaume-Uni, qui n'a pas participé à l'étude, a déclaré dans un communiqué que la recherche était « frappante » mais qu'elle « laissait de nombreuses questions importantes sans réponses » en précisant que la question la plus importante est de savoir ce que l'on peut faire à ce sujet.

Il a ajouté que cela dépendait de la question de savoir si le TDAH est à l'origine de la réduction de l'espérance de vie. Ce à quoi cette étude, aujourd'hui, ne peut pas donner de réponses.

Les chercheurs de l'étude ont d'ailleurs conclu que parmi les solutions « outre le soutien spécifique au TDAH », on pourrait encourager « les approches visant à améliorer la sensibilisation aux problèmes de santé physique et mentale plus fréquents chez les personnes atteintes de TDAH » et « promouvoir un accès rapide à des services de soutien en santé mentale et de sevrage tabagique ».

On pourrait donc avoir une lecture bien différente de cette étude en se demandant si les autres troubles psychiques sont suffisamment recherchés chez les patients ayant un TDAH et si cette négligence conduirait à une surmortalité de celui-ci d'autant plus qu'en cas de troubles bipolaires associés la médication pour le TDAH sans protection par un thymorégulateur peut entraîner un virage de l'humeur pouvant aller jusqu'au suicide !

Cette étude ne dit donc pas que le TDAH est un trouble qui augmente la mortalité. D'ailleurs en cas de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires, le diagnostic devrait toujours être réévalué à la recherche d'un trouble psychiatrique associé qui pourrait mieux expliquer les difficultés rencontrées.

Rappelons que cela fait même partie des critères diagnostiques du TDAH dans le DSM5 :

« Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (ex. trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une substance ou sevrage d'une substance.) »

A L'INVERSE, DE NOMBREUSES ÉTUDES ONT PROUVÉ QUE LA BIPOLARITÉ, ELLE, ÉTAIT MORTELLE.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles bipolaires figurent au 6ème rang mondial des handicaps. Les malades présentent une espérance de vie réduite de 10 ans en moyenne par rapport à la population générale.

La Haute Autorité de Santé souligne également que le trouble bipolaire est l'une des pathologies psychiatriques les plus graves, qui conduit à des tentatives de suicide : 1 malade sur 2 fera au moins une tentative de suicide dans sa vie et 15 % décèderont par suicide.

Enfin rappelons aussi que tous les critères du TDAH sont retrouvés dans la bipolarité mais que l'inverse n'est pas vrai.

Cette précision est particulièrement importante dans le monde de la pédopsychiatrie où la majorité des médecins pensent que le TDAH est un trouble de l'enfance et que la bipolarité est une maladie de l'adulte. Ainsi la bipolarité chez l'enfant est toujours envisagée en dernier en particulier quand elle s'est déjà aggravée à la fin de l'adolescence. De plus, et c'est probablement ce qu'il faut retenir de cette étude, un TND n'exclut pas un trouble psychiatrique et inversement.

Le diagnostic peut donc être différentiel mais aussi multiple.

Évitons les raccourcis, les interprétations erronées ou le sensationnalisme qui favorisent les erreurs de diagnostic et les mises en danger en retardant l'accès à des soins adaptés.

Les personnes concernées en seront toujours les premières victimes ! Ne l'oublions pas : l'ignorance tue.

Seule une véritable démarche scientifique exempte de tout biais nous permettra réellement de faire avancer la cause de la santé mentale.

Ensemble restons attentifs !

Pour consulter l'étude dans son intégralité :

Life expectancy and years of life lost for adults with diagnosed ADHD in the UK: matched cohort study | *The British Journal of Psychiatry* | Cambridge Core
<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/life-expectancy-and-years-of-life-lost-for-adults-with-diagnosed-adhd-in-the-uk-matched-cohort-study/30B8B109DF2B-B33CC51F72FD1C953739>

BICYCLE COUP DE CŒUR PODCAST



Podcast Arte Radio : sur le fil

Un podcast poignant et émouvant en 4 épisodes sur le cheminement de Laëtitia Druart dont le grand-père, la mère et probablement la grand-mère sont touchés par la bipolarité et qui vit dans l'angoisse un jour de déclencher à son tour la maladie et qui sait de la transmettre à ses enfants...

Un récit sur sa lignée écrit comme un talisman contre la malédiction familiale qui traverse les générations.

C'est une thématique qui revient régulièrement dans nos familles.

Lorsque notre enfant est diagnostiqué, cela éclaire souvent toute une histoire familiale.

Et si plutôt que de se sentir coupable d'une génétique dont on a nous même hérité, on se sentait responsable d'une nouvelle trajectoire familiale ?

Et si le récit familial mis à disposition de la descendance en cas de besoin était plus fort que la maladie elle-même ?

Et si savoir grâce à nous pouvait tout changer ?

Ce nouveau paradigme est capital pour se sentir cette « mère veilleuse » qui n'a plus peur de vivre et de transmettre ses propres valeurs à ses enfants avec en prime une jolie sensibilité qu'on aura su apprivoiser !

A écouter ou réécouter juste ici :

<https://www.arteradio.com/serie/sur-le-fil>

LE TOP FACEBOOK



28 décembre 2024

2



63 réactions - 4 commentaires
24 partages



28 janvier 2025

1



104 réactions - 15 commentaires
21 partages



27 janvier 2025

3



85 réactions - 36 commentaires
40 partages



Journal de « celle qui ne tournait pas à l'endroit »
de Romane Loubet Martinez en collaboration avec Geneviève Bertrand, éditions Unicité

Même si la poésie habille pudiquement les mots et les maux, on comprend que Romane fait plus souvent semblant d'être heureuse qu'elle ne s'apitoie sur son mal-être.

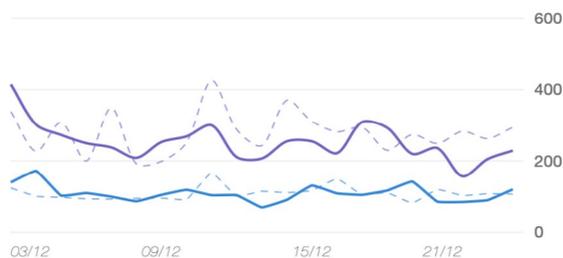
Le dialogue avec Geneviève nous sort de notre torpeur et ancre le récit dans la réalité.

Avec simplicité et sans pathos on découvre aussi toute la richesse de cette maladie invisible qu'est la bipolarité encore si mal comprise et si souvent stigmatisée.

Paru le 12/09/2024

Statistiques du site www.bicycle-asso.org

	VISITEURS	PAGES VUES
Total 2024	150 247	442 692



La bipolarité de l'enfant n'est pas rare
mais elle est rarement explorée...
Continuons à nous mobiliser et rejoignez-nous !



Appel à témoignages

Tout au long de l'année, notre association est régulièrement sollicitée pour participer à des émissions.

Sortons de notre huis-clos familial et du secret. Etre militant, c'est aussi s'exposer publiquement et prendre des risques mais on n'a pas encore trouvé d'autres moyens pour changer le monde. C'est aussi dans ces moments-là que l'engagement prend tout son sens.

Témoigner c'est surtout prouver que ça existe.

**C'est à vous de décider de
l'avenir de nos enfants !**



RETROUVEZ TOUTE L'ACTUALITÉ
BICYCLE EN DIRECT SUR
FACEBOOK, INSTAGRAM, TWITTER

POUR NOUS CONTACTER :
CONTACT@BICYCLE-ASSO.ORG