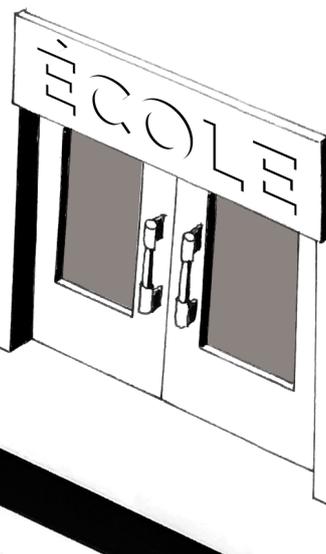


entre 2 pôles

N°17
AVR
2019

le journal d'info de Bicycle

ASSOCIATION D'AIDE AUX FAMILLES D'ENFANTS
ET D'ADOLESCENTS AVANT UN TROUBLE DE L'HUMEUR
HYPERSENSIBILITÉ - CYCLOTHYMIE - BIPOLARITÉ
<http://www.bicycle-asso.org/>



L'ASSO

LE BILLET D'HUMEUR D'AMÉLIE :

"Pousser nos enfants : la vraie fausse bonne idée !"

PSYCHO : "L'ENFANCE DU TROUBLE BIPOLAIRE"

/ Intervention au Congrès de l'Encéphale par le Dr Pupier, pédopsychiatre

DOSSIER SPÉCIAL :

"SCOLARITÉ DES ENFANTS BIPOLAIRES, FAUT-IL VRAIMENT DRESSER UN TABLEAU NOIR ?"

/ Interviews du Dr Kochman, pédopsychiatre et de Ludivine Casilli, psychopédagogue

TÉMOIGNAGE :

"Et puis un jour, j'ai compris" / Karine, professeur des écoles

L'ACTU



édito

L'humain est ainsi fait qu'il a besoin d'expérimenter pour s'assurer que ça existe. En chemin il rencontre souvent la différence qui peut donner lieu à des erreurs d'interprétation. Les professeurs de votre enfant n'y échapperont probablement pas.

L'arrivée d'un cyclokid dans une classe, quand on n'y est pas préparé, peut-être traumatisante pour l'enseignant de la même façon qu'elle a pu l'être au sein de votre famille. N'oubliez jamais cela quand un enseignant vous convoquera. Vous serez alors dans les meilleures dispositions pour l'écouter et surtout le tranquilliser...

Ainsi comme vous avez remis un moment en question votre éducation, pour l'enseignant, l'échec scolaire de votre enfant est souvent vécu - plus ou moins consciemment - comme son échec, rassurez-le sur ses capacités. Vous aimez et connaissez votre enfant, l'enseignant aime et connaît son métier.

Encore une fois vous ne pouvez pas faire à la place de votre enfant et pareillement son enseignant de ne peut pas travailler à sa place. La punition qui est souvent la solution choisit par ce dernier pour le motiver ne fera alors qu'alimenter le cercle vicieux du refus scolaire.

Et pensez-y, par rapport à vous, l'enseignant à une arme redoutable en moins : le lien affectif.

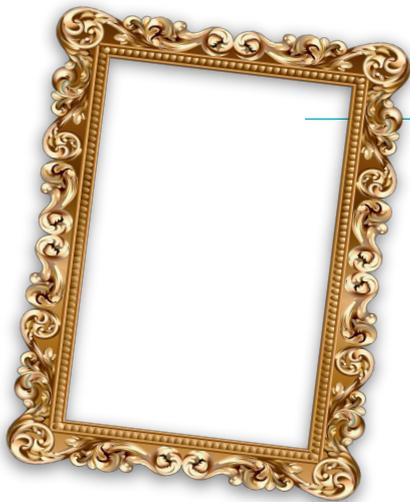
Le professeur des écoles qui gère l'enfant toute la journée sera souvent plus enclin à l'écoute qu'un professeur du collège qui ne le verra que quelques heures. Là encore soyez indulgent, c'est dans l'intérêt de votre enfant.

Dans le futur, qui sait, un atelier Tandem verra peut-être le jour avec les enseignants ? En attendant notre dossier école est un précieux allié qui permet de former une bonne Triplette de Belleville et de Navarre entre vous, l'enseignant et votre enfant...

Si chacun y met du sien, pas de quoi donc dresser un tableau si noir de l'école !

Laëtitia Payen,

Présidente de l'Association Bicycle
laetitia.payen@bicycle-asso.org



©RicoGripoll/Bicycle

BIPO CÉLÈBRE !

BRITNEY SPEARS

Britney Jean Spears, née le 2 décembre 1981 à McComb (Mississippi), est une chanteuse, danseuse et actrice américaine dont l'univers musical est principalement axé sur la musique pop.

*Après une carrière d'enfant-star au Mickey Mouse Club en tant qu'animatrice, Britney Spears se lance dans la musique et se fait connaître mondialement en 1999 grâce au titre *Baby One More Time*, qui est l'un des singles les plus vendus au monde.*

Elle est la troisième artiste détenant le plus de disques de diamant⁽²⁾ aux Etats-unis à égalité avec d'autres artistes tels que Michael Jackson, Madonna ou encore Whitney Houston.

"Je me suis toujours sentie supérieure et différente, dans un monde bien à moi. J'ai toujours été certaine que j'aurais le monde à mes pieds, je savais que mon destin ne serait pas le même que celui de mes camarades de classes, qui ne rêvaient que de trouver le mari idéal."

entre2pôles, le journal d'info de Bicycle

Bi-annuel gratuit pour les adhérents

Éditeur et imprimeur : Bicycle

Directrice de la publication : Laëtitia Payen.

Rédactrice en chef : Laëtitia Payen. Direction Artistique : Éric Payen.

Chroniqueurs : Amélie Clermont, Laurent Nio.

Ont participé à ce numéro : Dr Hantouche, Jacqueline Maciejczak, Marion Bandeira, XXX.

Crédits photos et illustrations : Bicycle, LeelloueBrigitte, Gabs, Fotolia.

Avec l'aimable autorisation de : JF Deroubaix. Remerciements : Aude pour les corrections.

©Tous droits réservés. La reproduction, même partielle, de tout article ou image publiés dans entre2pôles est interdite.

Avril 2019

Association Bicycle, 142, bd des ambassadeurs 95220 Herblay - www.bicycle-asso.org - contact@bicycle-asso.org

L'ASSO

Le 2 février 2019, l'Association Love We Need a procédé à la remise officielle des dons récoltés lors de son concert caritatif du 6 octobre 2018 organisé au profit de Bicycle.

Le chèque d'un montant de 1371 euros va nous permettre de poursuivre nos actions en faveur des enfants cyclothymiques. Encore un grand merci à sa présidente, Céline Coubard, mais aussi à tous les bénévoles et aux artistes!!!



A nouveau le Groupe Dentsu Aegis Media s'est engagé pour aider Bicycle. Cette fois la mobilisation a concerné une opération de phoning afin d'étendre le réseau de spécialistes capables de prendre en charge les enfants bipolaires et leurs familles. Le 5 février des bénévoles de la société accompagnés par des bénévoles de l'association ont contacté environ 450 pédopsychiatres à travers toute la France pendant plus de 2h.



Avec la complicité de notre illustratrice Leelloue Brigitte, Nous venons de lancer notre première campagne virale pour élargir notre réseau de professionnels « cyclo friendly » dans toute la France (voire en Europe) ! Un appel lancé et largement partagé sur les réseaux sociaux auprès des médecins généralistes, pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, neuropsychologues, orthophonistes.

Si vous aussi vous êtes un professionnel et que connaissez et/ou reconnaissez la bipolarité juvénile, n'hésitez pas à nous rejoindre en nous envoyant un mail à contact@bicycle-asso.org.

Ensemble changeons leur handicap en potentiel !

f LE TOP FACEBOOK

Suivez-nous @AssociationBicycle sur Facebook et Instagram

LE WEEK-END DU 18 MAI SERA 100% BICYCLE !



INFO FESTA

Allez c'est reparti ! Bicycle sera présent pour la deuxième année consécutive, au Festa Trail du Pic St Loup à St Mathieu les Trévières du 17 au 19 mai 2019 (<https://www-festatrail.com>).

Réservez d'ores et déjà votre week-end, vous ne le regretterez pas ! Nous y tiendrons un stand et nous y encouragerons des coureurs...peut-être en ferez-vous partie, qui sait ?! Il y en aura pour tous les goûts : course pour enfants, course en duo, marathon, ultra draille (...). N'hésitez pas à chausser vos baskets pour 1,2,3,12,17,18,44,76 ou 120 km ! Quel que soit votre choix, vous nous aiderez à faire connaître et reconnaître la bipolarité juvénile.

Le sport ce n'est pas trop votre truc, pas grave, venez nous rencontrer sur notre stand pour échanger. Peut-être aurez-vous l'envie d'apporter votre pierre à l'édifice avec des conseils, une présence, des propositions, un soutien, du mécénat... ?

Vous n'êtes pas malheureusement pas dispo ce week-end là, pas de problème, restez branchés, vous allez pouvoir nous suivre tout au long du week-end, via les réseaux sociaux.

Allez et le p'tit plus d'un week-end comme celui-là, c'est une aventure humaine extraordinaire à partager et un cadre magnifique à découvrir... émotions garanties !!

Pour plus de renseignements vous pouvez contacter Marion Bandeira : marion.bandeira@bicycle-asso.org



Samedi 18 mai 2019 - PARIS
de 9H à 17H

Présenté et animé par M^{me} Caline Majdalani
psychologue clinicienne
spécialisée dans les thérapies de la Bipolarité

Mais quand Bicycle se déplace dans le sud, ce n'est pas pour perdre le nord !

[ATELIER TANDEM]

Le 18 mai 2019 aura lieu à Paris notre nouvel atelier Tandem pour sa deuxième édition ! Il sera présenté par Caline Majdalani, psychologue clinicienne spécialisée dans les thérapies de la bipolarité.

Pour rappel, nos ateliers Tandem sont des ateliers de psycho-éducation animés par un professionnel de la santé à destination des parents d'enfants cyclothymiques.

Ils sont réservés à nos adhérents et offerts par l'association pour favoriser l'accès aux soins pour tous sans conditions de revenus.

Nouveauté 2019 : l'atelier se présente sous la forme d'un stage d'une journée entière de 9h à 17h : théorie le matin et cas pratiques l'après-midi.

Toute l'ambition de l'atelier est de vous donner des pistes pour former un « tandem » avec votre enfant afin de vous battre ensemble contre la maladie et non pas l'un contre l'autre.



LE BILLET D'HUMEUR D'AMÉLIE

Fondatrice et Présidente d'honneur de l'Association Bicycle

POUSSER NOS ENFANTS, LA VRAIE FAUSSE BONNE IDÉE !

Au début chérubin cartonne à l'école. Presque un génie ! Et puis leur cerveau compliqué se met petit à petit à gripper. Au début on ne le remarque pas ou peu. Il a du ressort et se débrouille pour contourner ses problèmes de concentration et de mémoire, profite d'un up qui advient plusieurs fois par jours.

A l'école le travail demandé s'intensifie et se couple avec les problèmes de relation. Les premières remarques sur le travail tombe !

Tout naturellement en temps que parent on met le nez dans les devoirs du soir. Mais ce qui ressort ce n'est pas ses difficultés cognitives mais plutôt sa mauvaise humeur et le clash inévitable tous les soirs...D'épuisement on lâche un peu la bride !

Le collègue arrive et là on ne rigole plus, ça devient compliqué de pallier. Le cerveau bug de plus en plus. Les tests révèlent des problèmes dys, tdah. Alors on essaye de pallier, moins de devoirs, on demande moins de pression scolaire.... Après une bataille acharnée 50% des profs jouent le jeu.

Mais un écueil plus subtil reste : au fond de nous, nous n'avons toujours pas fait réellement le deuil de l'enfant formidable qu'il était au départ. Quand même quel dommage toutes ces capacités gâchées par les humeurs et « petits » troubles. Donc on se met à surfer, dès qu'une amélioration se pointe on se transforme en coach supporter, on encourage, on rêve que « ça » va s'améliorer, qu'il va trouver sa voie... Enfin sa voie, plutôt une voie « classique » dans les normes.

Mais voilà chérubin, à force d'essuyer les plâtres se replie, rêve de sortir de la société et de ses diktats qu'il ne sait pas gérer. Puis l'instant d'après vous déclare qu'il veut faire médecine.

La petite voix au fond de nous se dit, il a les capacités quand ça va bien, il peut le faire. Alors on se met à élaborer des stratégies pour l'accompagner jusqu'au succès.

Paf, Down... 6 mois de travail acharné à aider chérubin et la machine se grippe. Raté, il ne fera pas médecine.

Un jour il nous dit, je vais faire artiste. Pourquoi pas artiste. C'est quand même son créneau ! Et hop supermamanpapa remonte sur son cheval blanc, voit les possibilités de formation, sans bac, ou trop tôt, mais si ce n'est pas ça, il n'y a plus rien... alors... on

pousse, on regarde avec lui si il pourra tenir, on met en place des stratégies pour les moments difficiles...

Pouf, encore tombé à côté. La formation n'en veut plus, ou il a eu des problèmes de comportement, ou il a été incapable de se lever... Que sais-je, il y a toujours quelque chose qui vient gripper la machine !

Bon, ne nous avouons pas vaincu. On avait mis la barre trop haute. Cherchons des mini formations. Tiens à 16 ans, il y a le BAFA... comme ce sont des sessions courtes.. chérubin bien boosté a fait des merveilles... Ho joie il a son BAFA haut la main.

Bam, il refuse de s'en servir, ne sort plus de son lit, trop de responsabilités les gosses.

Depuis le temps on s'est aperçu que malgré des raisonnements tout à fait brillants, au milieu se cachait des trous cognitifs. Il y a des bugs, parfois il raisonne comme un bulot ! Et le problème c'est qu'ils sont in fine assez nombreux et disséminés partout. On tombe dessus justement au moment où il ne fallait pas.

Alors on fini par ne plus rien demander, sauf le dossier mdph avec l'aah.

Si un jour ça se décante, tant mieux. Mais surtout ne plus rien espérer d'autre que chérubin soit heureux. Chérubin a peur de la réussite, peur de retomber à nouveau. Parce que les chutes d'adultes, s'appellent va redescendre de ton cocotier à l'HP.

Il eu fallu lâcher prise dès le départ. Ne rien attendre de lui, jamais, j'irais même jusqu'à ne pas attendre l'efficience.

La difficulté est la manière d'être là à ses côtés très fortement et affectueusement sans agir réellement, en agissant le moins possible.

Bien se garder d'être à sa place, même s'il a 5 ans. Etre à l'écoute. Juste dire je suis là et je t'aime. Et surtout ne pas se mêler de ses projets. À lui de monter les dossiers, d'aller voir les organismes, de trouver une partie des financements etc...

Je crois qu'il faut accepter de se dire « on verra bien ». ■



Illustration : © Gabs pour Bicycle



par le Docteur FLORENCE PUPIER

Pédopsychiatre - Montpellier

Compte-rendu de son intervention au

Congrès de l'Encéphale du 24 Janvier 2019

dans le cadre de la conférence

"les doubles peines des troubles bipolaires"

L'ENFANCE DU TROUBLE BIPOLAIRE

Le Dr Pupier nous offre ici un parfait état des lieux du consensus actuel en France concernant la bipolarité juvénile. Il nous a permis de mieux comprendre les freins auxquels sont confrontés nos familles chaque jour et de lui soumettre nos inquiétudes et nos interrogations.

Il est aujourd'hui clair dans la littérature scientifique que le trouble bipolaire, contrairement à ce qui était enseigné il y a encore 10 ans, n'est pas uniquement une pathologie psychiatrique de l'âge adulte, mais un trouble ayant le plus souvent ses premières manifestations durant l'enfance et l'adolescence, évoluant de symptômes non spécifiques à une forme de plus en plus caractéristique avec les années. Pourtant, il reste très peu connu et reconnu en pédopsychiatrie.

Tandis que le diagnostic et la prise en charge du trouble bipolaire chez l'adulte sont désormais mieux codifiés, de nombreux débats et questions persistent pour le trouble bipolaire de l'enfant et l'adolescent. Comment établir un diagnostic lourd de conséquences avec des symptômes peu spécifiques et intriqués de nombreuses comorbidités ? Ce débat, toujours actif, est passé par la définition de la manie pédiatrique et la caractérisation d'une nouvelle entité diagnostique des formes sévères de dysrégulation émotionnelle.

Cette question a une importance majeure car le risque de sur-diagnostiquer le trouble bipolaire pédiatrique avec les effets secondaires de traitement d'un côté est à mettre en balance avec les risques du retard diagnostic, s'ajoutant au pronostic plus péjoratif du trouble bipolaire à début précoce (Birmaher et al., 2009).

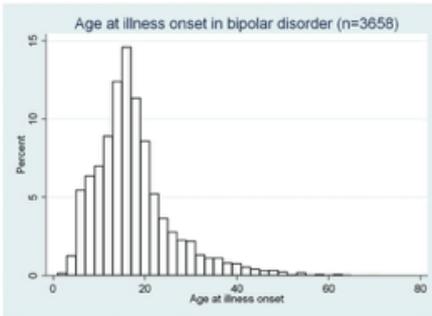


Fig. 1 - Graphique représentant la répartition de l'âge du début de la maladie selon l'étude STEP BD publié par Perlis.

A quel âge débute le trouble bipolaire dans la vie d'une personne ?

Emil Krapelin décrivait en 1921 des cas de manies juvéniles et estimait déjà à 20% le taux de trouble bipolaire qui débutaient au cours de l'adolescence. Si l'on prend les données rétrospectives d'adultes avec trouble bipolaire qui décrivent le début de la maladie, comme celles de STEP-BD (3600 sujets), on constate que presque 30% d'entre eux ont eu leur premier épisode thymique avant la puberté et 76% avant 21 ans (Perlis et al., 2009). Ces résultats sont retrouvés dans d'autres études américaines (Kessler et al., 2005). (Fig. 1).

Le trouble bipolaire de l'enfant et l'adolescent est-il fréquent ?

Dans les études de prévalence, les taux issus des études américaines sont variables : 0,9 à 15% des enfants et adolescents consultant en psychiatrie aux Etats Unis (ce qu'on appelle une « population clinique », à ne pas confondre avec la « population générale ») seraient touchés par le trouble bipolaire ! (Goldstein & Birmaher, 2012).

En effet, dans les années 90 aux Etats Unis, les taux de diagnostics de trouble bipolaire pédiatrique ont augmenté drastiquement en population clinique (multiplié par 40) à cause d'un changement des pratiques diagnostiques. Certaines équipes de recherche ont soulevé le fait que la manie pédiatrique ne ressemblait probablement pas complètement à l'épisode maniaque du sujet adulte et ont milité pour un élargissement des critères de manie et un ajustement des critères à l'âge.

Cette explosion de diagnostics a fait polémique : sur-diagnostic sous influence des lobbies pharmaceutiques pour certains avec les risques liés aux effets secondaires des traitements, et avancée dans la reconnaissance diagnostique pour d'autres, le tout sur fond de débat médiatisé.

Néanmoins, si l'on se réfère à la méta-analyse de Van Meter (c'est à dire l'analyse des résultats de plusieurs études en même temps), qui se base sur 12 études, dont 6 aux Etats-Unis et 6 hors des Etats Unis, soit plus de 16 000 enfants et adolescents de 7 à 21 ans, on arrive à une prévalence de 1,8% en population générale, donc assez semblable aux estimations faites chez les adultes.

L'autre résultat important était que la prévalence augmente avec l'âge.

Selon cette étude, bien que le trouble bipolaire pédiatrique soit de plus en plus souvent diagnostiqué dans les milieux de soins, sa prévalence en population générale chez les jeunes n'a pas augmenté entre 1985 et 2007 (Van Meter, Moreira, & Youngstrom, 2011).

Pourquoi ce diagnostic est difficile à faire ?

Dans les manuels diagnostiques des troubles mentaux, qu'ils soient américains (DSM 5) ou internationaux (CIM-10 de l'OMS), les critères officiels de manie sont identiques pour l'enfant et l'adulte, donc les critères pour le trouble bipolaire également.

Seul le critère de durée est modifié pour la cyclothymie (1 an au lieu de 2 ans chez l'adulte). Pour certains chercheurs, comme Geller, cela empêche de prendre en compte les aspects développementaux. Par exemple, il est difficile de distinguer le caractère pathologique des idées de grandeur ou d'une augmentation de l'énergie chez un enfant de six ans (Geller, Tillman, Craney, & Bolhofner, 2004).

Le trouble bipolaire du sujet jeune aurait des spécificités par rapport à celui de l'adulte : l'irritabilité serait bien plus fréquente que l'euphorie et les idées de grandeur dans la manie, les épisodes thymiques plus souvent mixtes, les comorbidités psychiatriques et médicales (obésité, diabète, épilepsie..) plus fréquentes et il manquerait souvent un ou plusieurs critères diagnostiques (Cohorte COBY (Kowatch et al., 2005); (Geller et al., 2004))

Pour d'autres, l'irritabilité d'un enfant avec un trouble bipolaire ne serait pas obligatoirement épisodique : soit intense par « orages affectifs », soit prolongée avec agressivité et menaces.

Or l'irritabilité n'est pas seulement un symptôme de trouble de l'humeur :

on peut le trouver dans d'autres troubles émotionnels et comportementaux. De plus, il n'est pas aisé de différencier irritabilité et labilité émotionnelle. Les problèmes de régulation des émotions sont présents dans de nombreux diagnostics plus fréquents que le trouble bipolaire (Fig. 2).

Un diagnostic a même été créé dans le DSM 5 pour regrouper les enfants et adolescents souffrant d'une irritabilité sévère non expliquée par un trouble bipolaire : le trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur (TDDH) (Dougherty et al., 2014). Ces enfants ont une humeur irritable presque continue depuis plus d'un an, avec des crises de rage au moins 3 fois par semaine. Ce sont majoritairement des garçons fréquemment touchés par le TDAH, le trouble oppositionnel et les troubles anxieux. Sur les premières études au long cours, il apparaît que ce groupe n'évolue pas vers le trouble bipolaire à l'âge adulte mais très souvent des dépressions unipolaires.

Enfin, les troubles bipolaires pédiatriques s'accompagnent de « comorbidités psychiatriques » extrêmement fréquentes, c'est à dire d'autres diagnostics, qui sont parfois au-devant de la scène : le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH),

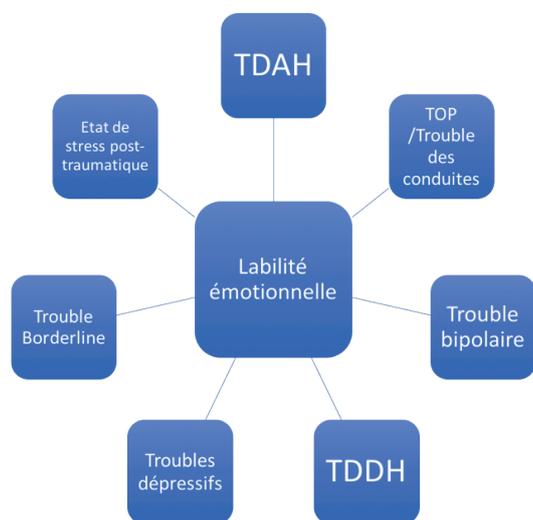


Fig. 2 -

le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et plusieurs troubles anxieux sont les diagnostics les plus associés au trouble bipolaire pré pubère (qui survient avant même le début de la puberté).

Ces diagnostics associés constituent aussi la majorité des erreurs diagnostiques. Le trouble des conduites par exemple fait partie des pièges, et ce d'autant plus que les jeunes avec des troubles du comportement ont des difficultés à exprimer leurs émotions. Par exemple, un jeune qui développe brutalement des comportements de transgression, de l'agressivité, des conduites à risque, alors qu'il n'avait pas de troubles du comportement auparavant est une situation évocatrice d'entrée dans un trouble bipolaire.

Parfois les événements de vie difficile de l'enfant, les traumatismes, les difficultés socio-familiales s'intriquent avec des symptômes et il devient difficile de faire la part des choses.

Trouble bipolaire pédiatrique ou trouble de l'attention/hyperactivité ?

L'hyperactivité motrice, la distractibilité, la logorrhée, l'impulsivité, le défaut d'inhibition sociale, les troubles du sommeil représentent les symptômes communs entre TDAH et trouble bipolaire (Wingo & Ghaemi, 2007). En revanche, le TDAH est un trouble chronique et précoce, les symptômes ne débutent pas brutalement, ils ne fluctuent pas et ne s'aggravent pas avec le temps (sauf par le biais des comorbidités). Les symptômes psychotiques (hallucinations, délire) et l'hypersexualité ne sont jamais expliqués par un TDAH. La majorité des enfants avec un TDAH (44 à 70%) ont une forme de dysrégulation émotionnelle plus ou moins sévère. Ces deux diagnostics partagent des symptômes en commun mais certains indices cliniques et l'évolution permettent de faire la différence. Cependant TDAH et trouble bipolaire sont également peuvent être co-occurents ; la fréquence de leur association est plus fréquente que ne le voudrait le hasard.

Conclusion

Est-ce possible de poser le diagnostic de trouble bipolaire avant 18 ans ? Oui, et il est nécessaire de le poser le plus précocement possible !

Pourquoi les pédopsychiatres ne le font pas souvent ? Parce que c'est difficile en dehors d'un épisode maniaque constaté. Les recommandations en santé mentale de Grande Bretagne, le NICE, demandent à ce que les critères diagnostiques de trouble bipolaire restent rigoureux et qu'ils intègrent l'idée d'épisodes aigus ou de rupture, par opposition à la chronicité des critères sémiologiques de la dysrégulation émotionnelle. Le consensus actuel pour les équipes travaillant sur le trouble bipolaire pédiatrique est de rester sur les mêmes critères diagnostics que l'adulte mais avec une attention portée à l'évolution de symptômes émotionnels peu spécifiques, surtout en présence de facteurs de risque, en particulier d'antécédents familiaux de trouble bipolaire.

Birmaher, B., Axelson, D., Monk, K., Kalas, C., Goldstein, B., Hickey, M. B., ... Brent, D. (2009). Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring study. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 287-296. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.546>

Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Carlson, G. A., Stringaris, A., Leibenluft, E., & Klein, D. N. (2014). DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine*, 44(11), 2339-2350. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003115>

Geller, B., Tillman, R., Craney, J. L., & Bolhofner, K. (2004). Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Archives of General Psychiatry*, 61(5), 459-467. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.5.459>

Goldstein, B., & Birmaher, B. (2012). Does bipolar disorder exist in children? *Data/Revue/02229617/N60i5s5/S0222961712001729/*. Consulté à l'adresse <https://www.em-consulte.com/en/article/737449>

Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V., ... Zaslavsky, A. M. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1442-1451. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.001>

Kowatch, R. A., Fristad, M., Birmaher, B., Wagner, K. D., Findling, R. L., Hellander, M., & Child Psychiatric Workgroup on Bipolar Disorder. (2005). Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(3), 213-235.

Perlis, R. H., Dennehy, E. B., Miklowitz, D. J., DelBello, M. P., Ostacher, M., Calabrese, J. R., ... Sachs, G. (2009). Retrospective age-at-onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: results from the STEP-BD study. *Bipolar disorders*, 11(4), 391-400. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00686.x>

Van Meter, A. R., Moreira, A. L. R., & Youngstrom, E. A. (2011). Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1250-1256. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06290>

Wingo, A. P., & Ghaemi, S. N. (2007). A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), 1776-1784.

L'INTERVIEW BICYCLE

Bicycle est une association indépendante constituée de parents d'enfants bipolaires, elle n'est pas financée par les laboratoires pharmaceutiques mais nous arrivons pourtant aux mêmes conclusions que le courant américain qui a été fortement contesté et qui mettait en avant le fait que le trouble bipolaire précoce (avant 15 ans) est plutôt chronique qu'épisodique. En vivant avec leurs enfants, les familles ont pu acquérir une certaine expertise du trouble.

Tous les parents le disent : dès la naissance ils ont senti que cet enfant était différent, des signes précurseurs ont devancé les premiers symptômes, le trouble a été progressif mais pas d'apparition soudaine.

Dans ce genre de trouble complexe, dont le diagnostic repose essentiellement sur des questionnaires et des entretiens, les parents apprennent des médecins mais pensez-vous que les médecins peuvent aussi apprendre des parents qui accompagnent leurs enfants au quotidien ?

Dr Pupier - Oui, les médecins apprennent énormément des familles, d'ailleurs les diagnostics sont établis en grande partie sur les entretiens parentaux et l'anamnèse. C'est le cas pour tous les diagnostics en pédopsychiatrie et c'est là la grande différence avec la psychiatrie adulte. On partage avec la famille nos hypothèses, on confronte les idées et sans les informations détaillées de la famille, il est parfois difficile de conclure !

Vous dites qu'un des risques du surdiagnostic du trouble bipolaire pédiatrique est l'exposition aux traitements, en particulier aux psychotropes (qui est le traitement le plus fréquemment retrouvé en France). La réalité chez Bicycle, c'est que la majorité des parents qui viennent à nous ont souvent été confrontés à tous les autres diagnostics mais également à tous les autres traitements y compris les psycho-stimulants (pour le TDAH) et anti-dépresseurs (pour la dépression) qui ont souvent aggravé et ancré le trouble bipolaire. Le risque alors pour le trouble bipolaire pédiatrique n'est-il pas plutôt le risque de surdiagnostic des troubles qui lui ressemblent et qui, eux, sont davantage connus et reconnus ?

Dr Pupier - La notion de « surdiagnostic » est basée sur les études épidémiologiques notamment celles réalisées aux États-Unis, où la prévalence du diagnostic a beaucoup augmenté. En France, la situation est probablement plutôt comparable à celles des autres pays européens avec une augmentation moins rapide des diagnostics de trouble bipolaire pédiatrique par rapport aux États-Unis mais nous manquons de données épidémiologiques nationales pour avancer des données solides. La population recensée par les associations est probablement particulièrement concernée par les parcours « complexes » et l'errance diagnostique, mais cela est constaté également par les associations s'occupant d'autres troubles comme le TDAH et de plus, le TDAH et le trouble bipolaire sont co-occurents chez certains enfants. Pour pouvoir répondre avec pertinence aux questions que vous soulevez, les études épidémiologiques en population générale sont très importantes car elles permettent de s'affranchir du biais de sélection qui sont inhérents aux études en population clinique (enfants adressés en consultation ou enfants connus des associations). En ce qui concerne l'expérience des familles adhérentes

à Bicycle, cela ne m'étonne pas qu'il y ait eu plusieurs diagnostics et traitements avant d'arriver au diagnostic de trouble bipolaire. Il faut prendre en compte ce qu'on appelle l'argument de fréquence : chez l'enfant les troubles anxieux ont une prévalence de 5%, le TDAH entre 3,5% à 5%, la dépression 2,1 à 3,4% chez l'enfant et 14% chez l'adolescent et le trouble bipolaire 1,8%. De plus, les prodromes des troubles émergents au cours du développement comme le trouble bipolaire mais aussi comme les troubles schizophréniques sont souvent peu spécifiques et combinent des symptômes externalisés (troubles du comportement) et des symptômes émotionnels (irritabilité, labilité de l'humeur).

En psychiatrie développementale, la démarche clinique habituelle est de traiter les symptômes les plus évidents et gênants. Au fur et à mesure de la prise en charge, on voit les troubles évoluer et on adapte la prise en charge. Par exemple pour un jeune enfant hyperactif qui est tellement symptomatique qu'il ne peut être scolarisé, on commence à le traiter par psychostimulant. Dans certaines situations, des symptômes d'autisme peuvent alors être démasqués : les comportements stéréotypés, l'altération de la qualité des interactions sociales etc.. Ce n'est pas le traitement qui a créé l'autisme pour autant. Et ce n'est parce qu'il y a un autisme qu'on ne va pas traiter le TDAH comorbide si ce traitement lui est utile. Parfois, on prescrit une TCC pour un enfant avec un trouble anxieux, mais le trouble anxieux persiste, et il s'accompagne d'éléments dépressifs, il va falloir alors s'interroger : est-ce la thérapie qui n'était pas appropriée ou était-ce le diagnostic qui n'était pas le bon ?

Au moment où l'on constate des symptômes, on ne peut savoir à quel moment de la trajectoire on se trouve : un enfant peut avoir un TDAH très sévère à 8 ans et évoluer favorablement à l'adolescence, inversement un enfant peut avoir des symptômes attentionnels et anxieux sub-cliniques à 8 ans et évoluer vers un trouble bipolaire. Quant au risque de virage maniaque sous antidépresseurs il est réel, pour autant pas forcément prévisible. Il faut être particulièrement prudent vis à vis des antidépresseurs, examiner l'histoire familiale psychiatrique et rechercher des signes thymiques chez l'enfant. Lorsque le trouble bipolaire est associé à un TDAH, le méthylphénidate peut avoir une place si le patient est gêné par les symptômes de TDAH associé, du moment que son humeur est stabilisée sous thymorégulateur (Viktorin, 2017). L'idée est de surveiller l'évolution de nos patients sous traitement et d'être capable d'adapter les diagnostics et les traitements en fonction de l'observation clinique et des aspects développementaux.

Pour revenir aux psychotropes, nous déplorons chez Bicycle leur usage massif et à forte dose mais leur recours n'est-t-il pas rendu nécessaire par le fait justement que le diagnostic n'a pas été suffisamment précoce et a laissé le trouble grandir ? D'autant plus que, comme vous le précisez, le pronostic du troubles bipolaire pédiatrique est plus péjoratif quand il est à début précoce.

Dr Pupier - Les médicaments psychotropes recouvrent toutes les substances ayant une action sur le psychisme, de l'antidépresseur jusqu'au neuroleptiques en passant par les antiépileptiques, et le méthylphénidate. .../...

L'INTERVIEW BICYCLE

.../... Je ne partage pas votre point de vue sur l'usage massif des psychotropes en pédopsychiatrie car les taux de prescription ne sont globalement pas plus élevés en France par rapport aux autres pays européens. En revanche, les adolescents français ont comparativement à ceux d'autres pays européens un usage élevé d'expérimentation de médicaments sans ordonnance ; en 2011, selon l'enquête ESCAPAD, 15 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà pris des anxiolytiques, 10,7% des hypnotiques et 5,6% des antidépresseurs.

Vous évoquez sans doute l'usage préférentiel des neuroleptiques de seconde génération (ou antipsychotiques atypiques) dans le trouble bipolaire pédiatrique et vous déplorez la moindre prescription des thymorégulateurs de type antiépileptiques. Cela est à mettre en relation avec les données actuelles de la littérature. Pour le traitement de l'épisode maniaque chez l'enfant et l'adolescent, une méta-analyse de 11 essais ouverts et 9 études en double-aveugle avec plus de 1500 jeunes inclus a suggéré que les antipsychotiques peuvent être plus efficaces que les stabilisateurs de l'humeur traditionnels (lithium et anticonvulsivants) avec des taux de réponse pour les symptômes maniaques/mixtes allant de 33% à 75% (53% en essais ouverts et 66% dans les études en double aveugle) et semblent donner une réponse plus rapide (Liu et al, 2011). Ce sont donc les antipsychotiques qui sont recommandés en première intention dans l'épisode maniaque surtout en cas de symptômes psychotiques (délire, hallucinations). Si ce traitement est inefficace, il faut passer à une autre classe de médicament. Chez le jeune, le lithium et le valproate seraient aussi efficaces que chez l'adulte en maintenance, pour éviter les rechutes (IACAPAP 2012) mais globalement nous manquons encore de données sur le traitement du trouble bipolaire de l'enfant, notamment en présence de comorbidités.

Cela nous amène à une nouvelle question : le traitement pharmacologique du trouble bipolaire pédiatrique en France n'est-il pas lui-même le problème ?

Pourquoi utiliser, dans l'immense majorité des cas, des antipsychotiques plutôt que des régulateurs de l'humeur ?

Pourquoi rester sur les mêmes critères diagnostique que l'adulte mais ne pas autoriser les mêmes traitements ? (Rappelons pour nos lecteurs que les thymorégulateurs les plus classiques à base de valproate ou de sels de lithium n'ont pas d'AMM pour les jeunes en France).

Vous soulignez que les mentalités ont évolué depuis 10 ans, ce n'est pas le cas des traitements pédiatriques. Pourtant le valproate, loin d'être expérimental car utilisé depuis plus de 50 ans pour traiter l'épilepsie chez les enfants ne pourrait-il pas être une alternative beaucoup moins délétère et plus efficace pour leur santé ?

Dr Pupier - Oui, ce décalage entre les autorisations de mise sur le marché et les guidelines internationaux est un vrai problème pour les traitements psychiatriques de l'enfant mais aussi pour tous les traitements pédiatriques. Les mises à jour d'AMM sont financées par les industries pharmaceutiques. Les essais contrôlés randomisés chez l'enfant sont très complexes et rares. Le médecin qui prescrit hors AMM se trouve dans une situation inconfortable et la famille avec. Hors AMM, le traitement n'est pas remboursé et le patient

est pénalisé. Si le prescripteur ne peut justifier rigoureusement qu'il n'existait aucune alternative thérapeutique ayant une AMM, qu'il est efficace et non dangereux, qu'il était indispensable, il s'expose à des poursuites.

Dr Pupier - Les régulateurs de l'humeur à base de valproate ont fait leur preuve depuis longtemps dans le traitement des troubles bipolaires chez l'adulte. →→ Ces régulateurs ont l'avantage de ne pas être expérimentaux chez l'enfant car ils sont utilisés depuis plus de 50 ans pour traiter l'épilepsie comme dit précédemment. De plus ils ont l'avantage de s'attaquer à la cause et non uniquement aux symptômes.

Et comme le traitement médicamenteux n'était déjà pas si complexe et délicat, une nouvelle ombre au tableau est venue s'ajouter pour nos familles... En effet depuis le scandale de la Depakine, les jeunes filles en âge de procréer ne peuvent plus bénéficier de ce traitement. Ne pensez-vous pas que c'est une véritable perte de chance thérapeutique pour nos enfants ? La prévention et l'information ne serait-elle pas préférable à l'interdiction pour tous ?

Les données d'efficacité dont nous disposons chez l'enfant ne sont pas aussi clairement en faveur d'un bénéfice du valproate dans le trouble bipolaire pédiatrique (voir ci-dessus et l'ouvrage « Les thymorégulateurs » Ed Lavoisier Médecine-Sciences 2014). Dans les situations individuelles, nous ne pouvons exclure une perte de chance pour ceux qui étaient répondeurs au valproate et qui avaient pris des mesures de contraception pour tenir compte du risque tératogène. La mesure d'interdiction est une application du principe de précaution dont les avantages et inconvénients ne peuvent être développés ici.

La cyclothymie correspond de très près aux caractéristiques de la dysrégulation émotionnelle plutôt chronique qu'épisodique.

La cyclothymie, y compris chez les adultes, est victime d'une certaine réticence de la part des médecins pour être reconnue comme une forme de bipolarité à part entière.

Or la bipolarité chez les jeunes en particulier quand elle survient avant 15 ans est très souvent de nature cyclothymique.

Étant considérée par les uns de bipolarité atténuée ou par les autres de tempérament non pathologique (tout le monde est cyclo !), le problème ne réside-t-il pas alors dans la reconnaissance de la cyclothymie ?

Dr Pupier - Concernant la cyclothymie, c'est un diagnostic encore très rarement posé en France chez l'enfant et l'adolescent. La dysrégulation émotionnelle qui est la composante centrale du diagnostic de trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur (TDDH) s'en distingue par l'absence d'épisodicité. Dans le TDDH, il y a une difficulté à réguler le ressenti et l'expression des émotions mais l'humeur de base est de qualité négative plutôt que cyclique.

L'enjeu à ce jour pour la pédopsychiatrie est d'avoir un meilleur repérage de tous les types de troubles bipolaires, pas spécifiquement la cyclothymie. A mon sens, les associations comme la vôtre ont un rôle important à jouer sur ce plan-là, car les questions que vous posez poussent les professionnels à chercher des

L'INTERVIEW BICYCLE

réponses et à se perfectionner.

Parmi les autres troubles pédiatriques où la labilité émotionnelle est présente, c'est dans le trouble bipolaire que le risque de suicide est le plus important. Pensez-vous pas qu'en cas de mises en danger répétées chez un jeune, cela devrait constituer un indice supplémentaire et conduire à un dépistage plus systématique et plus approfondi du trouble bipolaire ?

Dr Pupier - En effet, les mises en danger et les conduites suicidaires à un âge précoce devraient nous faire évoquer un trouble de l'humeur et en particulier un trouble bipolaire.

Cependant, les mises en danger ne sont pas spécifiques du trouble bipolaire : par exemple, les enfants avec un trouble de l'attention/hyperactivité se mettent fréquemment en danger par inattention, impulsivité ou recherche de sensations fortes. Leur risque de se blesser est doublé par rapport à la population générale. Le TDAH était la pathologie la plus fréquente chez les enfants décédés par suicide aux Etats Unis entre 2003 et 2012, pour ceux ayant des antécédents connus de troubles mentaux (Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, et al. Pediatrics 2016).

Chez Bicycle nous constatons que de plus en plus de parents sont conduits devant la justice. Les signalements et les enquêtes sociales sont monnaie courante. L'éducation parentale accusée de ne pas être assez « contenante » est pointée du doigt.

Votre intervention au Congrès de L'Encephale s'inscrivait dans un ensemble de conférences intitulées « Les doubles peines des troubles bipolaires » Pensez-vous que cela puisse être considéré comme une autre « double peine » des troubles bipolaires pédiatriques liée à leur méconnaissance et/ou à leur non reconnaissance ?

Dr Pupier - Les signalements et enquêtes sociales sont plus fréquentes pour tous les enfants avec des troubles du comportement sévères. Les enfants avec des symptômes hyperactifs, opposants, irritables, contrôlant, agressifs, mettent à mal le cadre familial et le cadre scolaire.

Ils peuvent être repérés comme « en danger » ou « à risque de danger » et faire l'objet d'une information préoccupante ou d'un signalement. Dans certains cas, c'est le trouble bipolaire du parent ou ses comorbidités (addictions) qui peuvent constituer un signal de danger. Ces enquêtes sociales inquiètent les familles et les amènent à douter d'elles-mêmes mais lorsque l'ensemble des acteurs est sensibilisé aux problématiques de santé mentale, elles permettent aussi de faire un état des lieux de la situation et des soutiens possibles. Nous suivons par exemple des familles pour lesquelles le diagnostic de trouble bipolaire est établi chez l'enfant, pour autant, les parents demandent une intervention du secteur social pour amener le jeune vers l'extérieur, soutenir la famille dans sa communication et trouver des lieux d'accueil relais quand cela est nécessaire.

Dr Pupier - La dysrégulation émotionnelle n'a-t-elle finalement pas été créée plus pour protéger les médecins que les enfants ?

Je ne pense pas que le concept de dysrégulation

émotionnelle protège le médecin ; il a surtout été créé pour faciliter l'accès aux soins et à certains types de traitement lorsque ceux-ci sont conditionnés à un diagnostic comme c'est le cas aux Etats-Unis. Personnellement, je m'en sers comme un modèle explicatif pour aider les familles à comprendre le fonctionnement particulier de leur enfant. Les parents décrivent par exemple « il fait des crises de colère pour rien, il fait un drame de tout, le moindre souci prend une ampleur pas possible, une journée censée être joyeuse comme un anniversaire tourne au vinaigre tant il est excité ». Les enfants disent d'eux même « les autres viennent me titiller car ils savent que je m'énerve ». C'est plutôt rassurant de savoir que ce système de régulation des émotions est évolutif avec le temps, et qu'une meilleure identification des besoins ira de pair avec le développement des possibilités thérapeutiques. Développer le langage, l'estime de soi, la conscience de ses émotions, les stratégies en cas d'angoisse ou de colère : cela va aider les parents à trouver des réponses comportementales plus adaptées face aux émotions, même si on ne peut pas leur promettre que l'intensité de l'émotion va changer. C'est pourquoi les aides de ce type conviennent aux soins de plusieurs pathologies.

Chez Bicycle, notre recul depuis presque 10 ans du suivi des familles nous permet d'affirmer que les enfants ayant reçu cette prise en charge ciblée vont mieux :

* Traitement médicamenteux à base de thymoregulateur

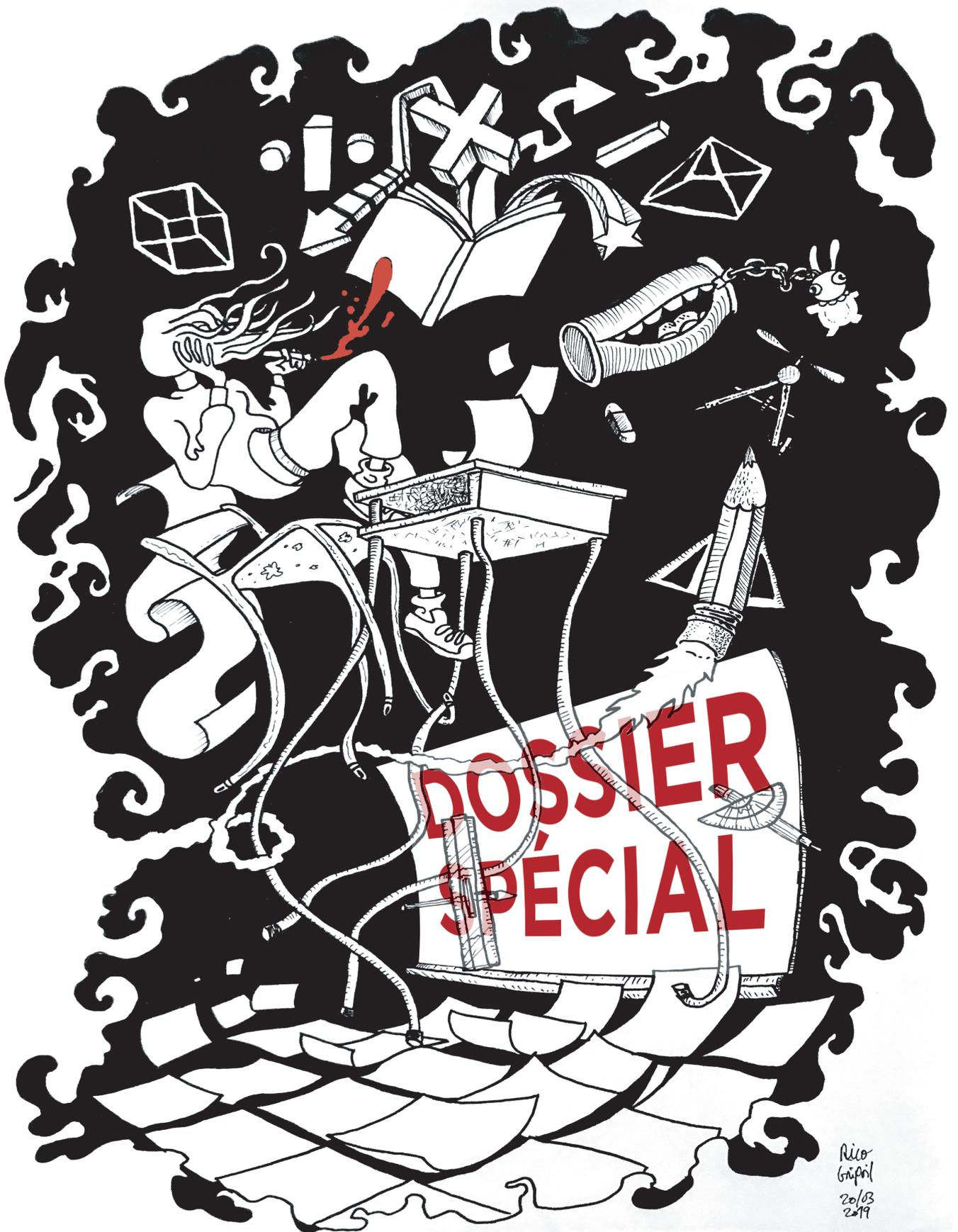
* Thérapie comportementale et cognitive et psycho-éducation des enfants et des parents

* Education bienveillante (permettant la résolution de conflits et de cultiver l'intelligence émotionnelle de ces enfants)

Ne peut-on pas dire finalement que le bon diagnostic est celui qui permet la mise en place d'une prise en charge qui apporte une amélioration de la qualité de vie significative du jeune et de son entourage ?

Dr Pupier - En effet, l'établissement d'un diagnostic ou l'identification d'une bonne cible thérapeutique (les traitements améliorent des dimensions cliniques plus que des diagnostics) permettent d'augmenter les chances de réponses thérapeutiques efficaces. Pour cela nous avons besoin d'identifier des traitements fondés sur des preuves. L'expérience individuelle n'est pas suffisante pour établir un niveau suffisant de preuve en raison du risque de biais, d'effets non spécifiques et en raison de potentiels effets délétères rares ou plus à long terme. La recherche clinique et la reproductibilité des données sont incontournables pour vérifier les hypothèses concernant l'efficacité et le profil de tolérance des médicaments. Celle-ci reste peu développée chez l'enfant faute de moyens et d'une structuration suffisante ; c'est un enjeu de santé publique important si nous souhaitons que les enfants aient accès à des thérapeutiques suffisamment bien étudiées.

SCOLARITÉ DES ENFANTS FAUT-IL VRAIMENT DRESSER UN T



BIPOLAIRES : TABLEAU NOIR ?



Dr Kochman, Pédopsychiatre
à la clinique Lautréamont de Loos (59)

Propos recueillis par Jacqueline Maciejczak

Pourquoi les enfants BPJ rencontrent-ils souvent des difficultés à l'école ?

Dr Kochman - Les fluctuations de l'humeur modifient la personnalité. Les 2 visages de Janus s'opposent continuellement. Soit bougon, triste, irritable, renfermé, au Moi dépressif. Soit euphorique, parle beaucoup, interrompt tout le monde, lunatique, fanfaron dans la cour de l'école, c'est le roi du monde. Cette fluctuation de caractère rend difficile la relation avec les autres surtout au collège où se construit l'énorme part de la personnalité avec les premières amitiés, les premiers émois amoureux, les premières frustrations, les premières ruptures. Le risque de harcèlement y est très prononcé : moqueries, attaques, insultes, humiliations. La personne ne trouve plus de moyens de se défendre, est en fragilité dépressive, en instabilité.

D'après vous, est-ce qu'un enfant BPJ est scolarisable en milieu ordinaire ?

Dr K - On doit penser que Oui. Il faut savoir que les bipolaires sont les leaders de la société. Si Churchill, bipolaire, n'avait pas existé, on aurait perdu la guerre. Tout doit être mis en œuvre pour que ces enfants aient une scolarité normale. C'est notre responsabilité à nous tous : médecins, familles, Education Nationale, associations. Un aménagement scolaire doit être proposé : mi-temps thérapeutique, moins de cours, temps partiel pour maintenir la scolarité. C'est la responsabilité de l'Education Nationale, NOTRE responsabilité pour respecter les droits de l'enfant, dont « l'école pour tous » fait partie.

EXEMPLES D'HYPOMANIE :

- un garçon en état hypomaniaque se déshabille en classe, en complète désinhibition répondant à un « cap' ou pas cap' » des copains, poussé par les autres à dépasser ses limites. Se fait convoquer chez le directeur, est humilié. Fait alors une tentative de suicide.
- la fabulation : une jeune fille, Mélanie, voit un garçon au marché, décide qu'il irait bien avec sa cousine, qu'ils feraient un beau couple. Le soir au repas de famille, elle dit qu'elle a vu le copain de sa cousine au marché. La famille réplique que la cousine en question n'a pas de copain. Mélanie certifie que si. La famille vérifie auprès de la cousine qui n'a effectivement pas de copain. Mélanie est en état hypomaniaque, grosse crise de colère, car prise en flagrant délit de mensonge. Mélanie fabule. Les jeunes disent « elle mythonne », elle est en état mythomaniaque.
- Une ado de 15 ans, Julie, est vue dans la rue tenant sa petite sœur de 3 ans par la main. Une voisine lui dit que sa sœur est bien mignonne. Julie répond qu'en fait, ce n'est pas sa sœur mais sa fille. Tout le voisinage est en branle, scandale dans tout le quartier. Là aussi, Julie est prise en flagrant délit de mensonge et fera une tentative de suicide.
- Une jeune fille : maquillage outrancier, vêtements qui choquent, habillée en gothique par exemple, ou transparents laissant apparaître les sous-vêtements, fume de plus en plus, ne correspond pas à la personne plutôt discrète d'habitude. Devient provocatrice. Est convoquée en conseil de discipline. La jeune fille est prise en photo par les copains. La photo circule sur les réseaux sociaux = cyber harcèlement. La jeune fille a honte d'elle, se sent humiliée ce qui provoque une tentative de suicide. L'ampleur de la violence est telle qu'elle est ressentie par la victime comme un traumatisme : à son trouble bipolaire se surajoute un état de stress post-traumatique : association comorbide malheureusement très fréquente dès l'adolescence.

Bicycle a interrogé deux professionnels :
Le pédopsychiatre Frédéric Kochman
et la psychopédagogue Ludivine Casilli
nous apportent leur éclairage.

Pour les enseignants comment faire la différence entre les manifestations du trouble et un comportement classique inadapté d'un enfant ou d'un ado ?

Dr K - L'enseignant n'est pas là pour poser un diagnostic. Cependant, il connaît l'enfant, peut se baser sur le comportement de l'enfant, se rendre compte que le comportement de l'enfant n'est pas normal. Il est en première ligne pour constater le comportement et rapporter des faits. Son rôle sera alors d'en discuter avec ses collègues, de passer la main à l'infirmière scolaire, médecin scolaire, psychologue scolaire, famille...

Et dans le cas d'un enfant déjà diagnostiqué ?

Dr K - Un enfant doit se sentir en sécurité à l'école. Se sentir insécure favorise la décompensation. L'enfant aura du mal à s'intégrer dans la classe, à avoir l'estime de lui-même et celle des autres, se sentira rejeté, aura du mal à développer ses connaissances (Référence à la pyramide de Maslow). Surtout ne pas punir l'enfant si son comportement fait partie d'un des symptômes de la cyclothymie notamment un état maniaque. Il faut faire attention à ne pas faire d'excès inverse et tout lui laisser passer. Trouver le chemin du milieu pour ne pas troubler le cadre éducatif de l'école. Si un symptôme est constaté, demander l'avis d'un soignant, en parler aux parents puis recadrer.

L'ITEP (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique), l'hôpital de jour et parfois même l'IME (Institut Médico-Educatif) sont souvent des orientations proposées aux enfants BPJ. Les trouvez-vous adaptées ?

Dr K - Surtout pas. En ITEP, ces enfants vont se faire frapper par les autres. Les bipolaires sont des enfants à haut potentiel, souvent surdoués et hyperémotifs. Subir de la violence, risque très augmenté en ITEP puisqu'il s'agit de son indication (élèves ayant des troubles du comportement incompatibles avec une scolarisation classique) est un facteur majeur de décompensation thymique chez les jeunes bipolaires. L'IME est réservé aux enfants avec un retard mental ou de développement psychomoteur et/ou cognitif. L'ITEP tout comme l'IME risquent d'aggraver la cyclothymie. .../...

SCOLARITÉ DES ENFANTS BIPOLAIRES : FAUT-IL VRAIMENT DRESSER UN TABLEAU NOIR ?

Les parents nous rapportent souvent ce manque d'alternative scolaire pour leurs enfants, la plupart du temps même les écoles dites alternatives du type Montessori les refusent. Il est même courant que des ITEP leur reprochent leurs problèmes de comportement ! Ne sommes-nous pas confronté à un « vide » de ce côté-là pour les enfants BPJ comme s'ils ne rentreraient dans aucune case possible dans les parcours scolaires classiques ?

Dr Kochman - C'est vrai. 1% des jeunes sont concernés par la bipolarité pour les cas flagrants. (4% si on prend le spectre bipolaire). Sur 1000 élèves d'un collège par exemple, il y a donc 10 élèves bipolaires potentiels dont un seul est diagnostiqué. Un challenge pourrait être proposé aux infirmières scolaires de détecter les bipolaires en recherchant : les phases suicidaires, les addictions, les hallucinations visuelles, auditives. Elles devraient être formées à la passation du questionnaire de Angst par exemple. (Questionnaire d'hypomanie de Angst = 20 questions pour détecter un possible épisode hypomaniaque). Le diagnostic précoce est LE PLUS IMPORTANT. Sinon, l'enfant a le temps de mourir, ou de procéder à un acte suicidaire avec séquelles, etc...Avoir toujours en tête l'hypothèse du diagnostic précoce et prêcher la bonne parole.

En dépit d'autres solutions de plus en plus de parents que nous suivons se tournent ou envisagent la scolarisation à domicile. Qu'en pensez-vous ?

Dr Kochman - C'est bien triste d'en arriver là. Un enfant déscolarisé risque de se désocialiser, de se tourner, de par ses propensions addictives, vers une cyberdépendance, et c'est très difficile pour lui de revenir plus tard à une rescolarisation. C'est à l'école de se moderniser. En Belgique, aux Etats Unis, il y a des écoles pour enfants différents qui ne trouvent pas leur place dans l'école dite « normale ». Elles coutent très cher aux parents, parfois entre 20 à 30 000 euros par an. L'Education Nationale devrait s'en inspirer.

De nouvelles écoles voient le jour en France, c'est un début. Un exemple à Villeneuve d'Ascq : l'école Sudbury.

Quand les parents sont confrontés à un adolescent en rupture totale : de soins, d'école, les parents sont souvent démunis. Parfois même des signalements ont lieu. Quelles sont vos préconisations dans cette situation extrême ?

Dr Kochman - Chercher le plus vite possible à se faire diagnostiquer. La clinique Lautreámont de Loos est en train de s'agrandir et le service infanto juvénile va doubler sa capacité début 2020. D'autres cliniques existent en France. Il est également possible de demander un RDV au centre expert FondaMental. Des précisions figurent sur ce site.

<https://www.fondation-fondamental.org/les-soins-innovants/obtenir-un-rendez-vous-en-centre-expert-fondamental>

L'expérience de Bicycle nous prouve que les centres experts ne diagnostiquent qu'à partir des jeunes adultes et pas du tout les enfants de moins de 15 ans. Ils ne reconnaissent pas la cyclothymie juvénile. Qu'en pensez-vous ?

Dr Kochman - Chez Bicycle, nous devons répertorier les centres où les enfants ont été réfutés par le centre Expert FondaMental. Il est important que le professeur Marion

Leboyer à Créteil, Directrice de la Fondation FondaMental en soit avisée.

Comment expliquer que les enfants BPJ sont plus harcelés que les autres enfants à l'école ?

Un exemple pour illustrer cette problématique.

Dr Kochman - Alicia, 12 ans, va voir les garçons plus âgés qu'elle et leur tient des propos très crus, inconvenants, incongrus, sulfureux, sur la sexualité. Elle a des vêtements provocants, etc... Met un selfie d'elle avec ses seins nus sur les réseaux sociaux. Ce qui lui fait une réputation terrible, se fait traiter de P... et fait d'elle une cible de cyber harcèlement. Elle est en état hypomaniaque. Elle a honte d'elle, son estime de soi est effondrée, elle se scarifie, fait une tentative de suicide. Ce qui fait d'elle une cible facile.

On sait que parfois les crises peuvent être violentes et impressionnantes y compris au sein de l'école, comment répondre aux traumatismes des enseignants et aussi des autres élèves ?

Dr Kochman - Ce sont des crises de rage, parfois dénommées accès de fureur maniaque. Chez l'adulte en état maniaque, le comportement sera plutôt euphorique, chez l'enfant ou l'ado, ce sera plutôt de l'agressivité ou une auto mutilation. L'enfant se sent au-dessus des lois, il peut insulter les profs. Un exemple : « t'es nul en maths, je suis champion du monde en maths ». Il fait le cours à la place du prof. Au début le prof le laisse faire, la classe est hilare. Le prof appelle le Directeur du collège. Le jeune est exclu 3 jours. C'est une injustice, la punition est injustifiée car le jeune était en état maniaque, lié à la maladie. Dans ces cas, l'enfant peut vouloir frapper les autres et vouloir en même temps se jeter par la fenêtre = état mixte, hétéro et auto agressivité (coexistence de symptômes dépressifs et de symptômes maniaques). Si un prof constate ce comportement, l'enfant est en souffrance et a besoin de soins. Il faut penser hospitalisation, soins, temps de calme, etc...

D'après vous quelle serait l'alternative à l'exclusion ?

Dr Kochman - On est face à une maladie. On doit donc obligatoirement penser soins AVANT l'exclusion. La prise en charge doit se faire en milieu hospitalier pour émettre un diagnostic, éventuellement effectuer un IRM cérébral. Si le patient est très agité, on peut détecter par exemple une tumeur au cerveau. (La clinique Lautreámont fait partie du programme Psymac, projet pilote régional pour un accès facilité à l'imagerie médicale du cerveau.) L'avis médical va préconiser une mise au repos, un temps d'apaisement, de relaxation, sophrologie, méditation. La punition n'a pas de sens. C'est un symptôme qu'on va soigner et permettre à la personne de se stabiliser. La personne ne doit pas être stigmatisée.

A votre avis, le recours à une AVS (Assistante de Vie Scolaire) est-elle une solution aidante ou un frein à l'autonomie pour les enfants BPJ ?

Dr Kochman - L'AVS est compliquée pour les bipolaires. Il y a de nombreuses phases de stabilité où l'enfant va bien. Elle peut être utile pour contrôler, recadrer dans le circuit de la classe, mais pas une aide concluante. Par contre il peut être proposé un PAI (Plan d'Aide Individualisé), un PPI (Plan Particulier d'Intervention) avec l'aide de l'infirmière scolaire. On peut proposer un réaménagement du temps scolaire, adapté en fonction de

la fatigue de l'enfant, un temps partiel, un mi-temps thérapeutique, partir plus tôt en vacances, etc... Tout doit être mis en œuvre pour éviter un burn out.

Vous avez été reçu dernièrement à l'Élysée sur le TDAH par Madame Brigitte Macron et Madame Marie Fontanel, Conseillère solidarités et santé. Avez-vous abordé la question de la bipolarité juvénile chez l'enfant ?

Dr Kochman - On connaît la difficulté de diagnostic différentiel entre ces 2 troubles et on sait également qu'une erreur de diagnostic peut ancrer et aggraver une bipolarité juvénile.

Bien sûr, j'ai évoqué le lien étroit entre TDAH et bipolarité.

Un TDAH non détecté a 5 fois plus de risque d'évoluer vers un trouble bipolaire.

Un TDAH non détecté + un TOP (Trouble d'Opposition avec Provocation) a 15 fois plus de risque d'évoluer vers un trouble bipolaire.

Ce sont, hélas, des candidats annoncés pour les troubles bipolaires. Des prises de substances peuvent alors précipiter le déclenchement des troubles bipolaires.

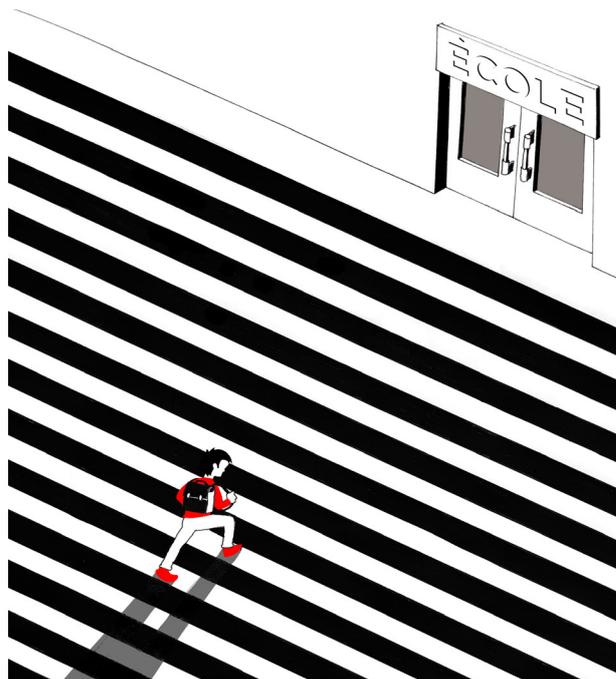
21% des TDAH ont été trouvés sur des bipolaires détectés à l'âge adulte.

Il est donc essentiel de connaître le TDAH. Les psychiatres s'intéressent de plus en plus au TDAH et connaissent les liens entre les 2. Mais un très long chemin reste encore à parcourir.

Dernière question : il existe un plan gouvernemental sur les troubles neuro-développementaux tels que l'autisme ou le TDAH. Sachant que les parents ont beaucoup de difficultés pour obtenir un RDV chez un pédopsychiatre. Sachant qu'il n'y a pas de changement dans les CMP depuis plus de 50 ans. La psychanalyse date des années 1970. Une modernisation de la psychiatrie semble nécessaire. Pourquoi pas un Grenelle de la pédopsychiatrie ? Savez-vous si le gouvernement envisage de former différemment les futurs pédopsychiatres, les médecins généralistes qui, nous le savons, n'ont que 2 heures de formation sur les troubles bipolaires au cours de leur cursus universitaire ? Cela ne fait-il pas partie de la formation continue des médecins ? Que préconisez-vous sachant qu'il faudrait un plan sur 10 ou 20 ans pour former tous les médecins ?

Dr Kochman - J'ai proposé une formation de 7 heures pour les médecins sur les troubles bipolaires des jeunes et des adultes : Poser un diagnostic thérapeutique, connaître la pharmacologie, les différentes psychothérapies dont les mouvements alternatifs tels que l'EMDR, etc. Je l'ai commencée devant environ 100 médecins. Mon diaporama sera repris par d'autres afin de diffuser le plus rapidement, le plus largement possible cette formation dans le cadre de la formation continue des médecins généralistes (EduPrat), formation indemnisée pour les participants pour compenser l'absence dans leurs cabinets.

Je vous remercie, Docteur, de nous avoir accordé tout ce moment pour répondre à ces questions. Et pour terminer sur un clin d'œil, nous savons aussi à Bicycle que nos enfants doivent apprendre à s'adapter car ils n'auront pas toujours leurs mamans pleines d'amour inconditionnel pour les épauler. Ils se raccrochent bien souvent à elles, mais n'oublions pas non plus les papas. ■



Attention "évoluer vers" ne veut pas dire "transformer". Un TDAH ne se transforme jamais en bipolarité juvénile !

L'enfant est déjà bipolaire mais la bipolarité se trouve alors démasquée par le traitement du TDAH.

En effet, c'est lorsqu'un jeune manifeste sous traitement psychostimulant des signes visibles ou typiques de bipolarité juvénile (virage maniaque, irritabilité exacerbée ou aggravation des troubles du sommeil par exemple) que le diagnostic de TDAH peut alors permettre de dépister une bipolarité.

Dans la réalité, d'après l'expérience des familles que nous suivons, on constate que la bipolarité est rarement envisagée et le diagnostic est souvent simplement requalifié en TDAH sévère ou atypique ou associé à des troubles anxieux... Les psychostimulants sont alors augmentés ou changés ou associés à de grosses doses d'anti-dépresseurs et/ou de neuroleptiques.

Selon les études 57 à 98% des enfants bipolaires auraient un TDAH en comorbidité. Pour 50% des enfants cyclothymiques, le premier symptôme à apparaître est l'hyperactivité. De ce fait tout enfant "turbulent" est suspecté en premier lieu d'hyperactivité.

Rappelons qu'il est préconisé de traiter en priorité le trouble de l'humeur en cas de TDAH associé et que la bipolarité juvénile est plus invalidante avec des répercussions vitales : 44% des enfants cyclothymiques feront une tentative de suicide.

La reconnaissance du TDAH seul reste donc malheureusement insuffisante pour faire progresser la prise en charge de la bipolarité juvénile.

Source : Bipolarité et ADHD. Recherche sémiologique : continuum développemental de la petite enfance à l'âge adulte et diagnostic différentiel par Jean-Marc Scholl et Paule Philippe dans La psychiatrie de l'enfant 2012/1 (Vol. 55), pages 125 à 195.

Pour lire l'intégralité de l'étude :

<https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2012-1-page-125.htm#>

TDAH > LE DÉCRYPTAGE BICYCLE

Retrouvez la conférence du Dr Kochman "Impact des troubles de l'humeur sur la scolarité" de juin 2017 dans la partie membre de notre site internet.

SCOLARITÉ DES ENFANTS BIPOLAIRES : FAUT-IL VRAIMENT DRESSER UN TABLEAU NOIR ?



Ludivine Casilli, psychopédagogue
Paris

Propos recueillis par Laëtitia Payen

Qu'est ce que la psycho-pédagogie positive ?

Ludivine Casilli - La psycho-pédagogie positive allie deux approches essentielles aux apprentissages. D'une part la psychologie positive telle que l'a pensée Martin Seligman qui s'intéresse à tout ce qui peut rendre les gens heureux et d'autre part la pédagogie positive qui considère qu'un apprentissage heureux est un apprentissage global. Apprendre c'est se mettre en mouvement, apprendre implique non seulement le cerveau mais aussi le cœur et le corps.

C'est cette approche qu'Audrey Akoun & Isabelle Pailleau ont mise en avant.

Accompagner les apprentissages avec la psycho-pédagogie positive, c'est prendre en compte un enfant ou un adulte dans sa globalité. C'est l'accompagner dans sa manière de comprendre les choses, de les percevoir, à son rythme, mais c'est également accompagner sa famille.

Quelle complémentarité la psychopédagogie positive peut-elle avoir par rapport à une TCC que suivent nos enfants ?

Ludivine Casilli - La psycho-pédagogie positive va plutôt les accompagner dans les apprentissages. Apporter des outils pour développer leur autonomie et pour leur donner les clés de leur manière d'apprendre. Leur expliquer quel est leur mode de fonctionnement dans les apprentissages. C'est une approche qui va permettre aux enfants et aux ados de moins se mettre la pression. L'objectif est de l'aider à s'accepter tel qu'il est. Partir de ce qu'il est et de la manière dont il appréhende les choses pour l'aider à le faire de la manière la plus douce possible et lui apportant les outils nécessaires. Respecter au maximum son bien-être pour apprendre paisiblement.

Les enfants BPJ sont souvent confrontés à une anxiété de performance, comment les aider à la dépasser ?

Ludivine Casilli - L'anxiété de performance peut-être liée à plusieurs choses. La peur de l'échec, la crainte de l'observation d'autrui, du jugement, de l'évaluation peuvent en être des raisons (entres autres évidemment). Il est important de la prendre en compte et de ne pas la nier afin qu'elle ne devienne pas un frein aux apprentissages, voir même pour éviter le décrochage scolaire. L'important étant de rassurer l'enfant, lui dire qu'on a conscience qu'il fait de son mieux, parler de l'émotion, expérimenter avec lui cette anxiété permet de commencer à mettre un peu de distance. Lui demander comment elle se caractérise (douleurs ? gêne ?), à quel moment elle apparaît, s'il a remarqué un endroit particulier dans le corps où il peut la situer (une douleur au ventre par

exemple ou à la tête...), a-t-il remarqué d'autres circonstances dans lesquelles elle apparaît ? L'idée étant vraiment de maintenir un équilibre émotionnel.

La phobie scolaire est récurrente également chez les enfants BPJ, quelle est la plupart du temps l'origine de cette phobie.

Ludivine Casilli - La phobie scolaire est liée à la peur d'échouer, d'être jugé. Elle peut également être liée à une peur de la séparation ou à la crainte d'être rejeté. L'enfant peut se sentir incompris, différent, avoir l'impression qu'il ne parvient pas à créer de liens avec les autres enfants. La phobie scolaire décrit toutefois un manque de confiance en soi de l'enfant et d'une manière plus générale un mal être, elle n'est pas à prendre à la légère.

Comment aborder les devoirs quand un enfant est en position de refus ?

Ludivine Casilli - Rien ne s'aborde dans le conflit...pas même les devoirs. Il est important de mettre en place des rituels avec l'enfant. Chaque semaine, envisager un tableau d'activités avec évidemment les devoirs à l'intérieur. Ce tableau doit être fait avec l'enfant il faut qu'il soit d'accord sur la mise en place. Il faut également trouver des moyens pour que l'enfant prenne du plaisir à faire ses devoirs. Souvent le refus est lié à un manque d'envie, de motivation, parce qu'il n'y a aucun intérêt à le faire. Demander à l'enfant comment il a envie de le faire, trouver les moyens qui peuvent l'aider et le motiver. Certains enfants par exemple ont besoin de bouger plus que d'autres, organiser des temps assis et des temps debout (j'ai suivi une jeune fille qui ne pouvait apprendre ses poésies qu'en se promenant dans la pièce, pourquoi pas !). Choisir un environnement de travail qui plaît à l'enfant est également important. Discuter avec l'enfant est essentiel, nouer le dialogue pour comprendre, être à l'écoute au maximum.

Pouvez-vous nous citer un exemple d'outil simple à mettre en pratique à la maison ?

Ludivine Casilli - Vous pouvez par exemple préparer le moment « avant devoir ». Un bon goûter, une bouteille d'eau (boire est indispensable) puis faire quelques respirations profondes. Décidez avec l'enfant du temps qu'il est d'accord pour passer sur chaque discipline et installez un minuteur, discutez avec lui de ses envies et de comment il a envie d'organiser ses devoirs et trouver des terrains d'entente. Tout est affaire de négociation ;-).

Comment développer l'autonomie scolaire

Ludivine Casilli - Je pense que c'est un travail de longue haleine et qui se fait sur plusieurs plans. Il faut que l'enfant comprenne son mode de fonctionnement (est-il plutôt visuel, auditif, kinesthésique), qu'il ait à sa disposition les outils nécessaires. Comment aime-t-il apprendre, quelles matières lui font le plus plaisir, comment il peut passer du temps même sur les matières qu'il n'aime pas du tout. Il faut discuter avec lui également de son intérêt à être autonome. Qu'est ce que ça peut lui apporter, quelles sont ses envies, qu'est ce qui le fait rêver, en définitive qu'est ce qui le motive ?

Comment réussir le défi de la pédagogie positive quand la relation enfant-enseignant est conflictuelle ?

Ludivine Casilli - Discuter, discuter et encore discuter ! Comprendre la cause du conflit et essayer de trouver des

solutions pour la dépasser. Pour les enfants qui fonctionnent à l'affect ce sera forcément plus difficile que pour les autres mais une démarche quelle qu'elle soit sera toujours plus efficace dans le partage et l'échange que dans le conflit. Dédramatiser, être à l'écoute de l'enfant et écouter les solutions qu'il propose pour essayer d'apaiser la situation. Si nécessaire discuter aussi avec l'enseignant et l'enfant pour trouver des solutions à plusieurs. L'enseignant doit lui aussi être à l'écoute et prêt à se remettre en question. ■

DESSIN THÉO



(1) Le jour où je n'ai pas pu aller au collège / Anne-Marie Rocco, Justine Touchard - Marabout, 2016. Aussi mentionner « La Phobie scolaire, comprendre et agir » de Stephan Valentin, aux éd. Enrick B. (1bis) et un article de la revue Parenthèse, n°65 de nov-déc. 2018 (1ter), qui analysent ce trouble. On peut y lire qu'en France « le retard de la reconnaissance de ce trouble anxieux est très important ».



(2) Les Lois naturelles de l'enfant / Céline Alvarez (Les Arènes, 2016)



(3) Apprendre autrement avec la pédagogie positive / Audrey Akoun et Isabelle Paillet (Eyrolles 2013).



(4) J'aide mon enfant à mieux apprendre / Bruno Hourst - (Eyrolles, 2008)



(5) « La pédagogie positive, et autres business pédagogiques », par Michelle Fracheboud, in Revue [petite] enfance, N° 124 - Images d'enfants et idées de l'enfance (septembre 2017), article accessible en ligne.



(6) Comment élever les enfants les plus heureux du monde? Les recettes du bonheur danois / Jessica Joelle Alexander et Ben Disling Sandahl (JC Lattès, 2017)

Heureux comme un élève (quand tout va bien !)

Le réseau Canopé (organisme sous tutelle de l'Éducation Nationale, avec des missions de conseil, etc. auprès de la communauté enseignante) le dit : "les recherches ont démontré qu'un climat scolaire favorable contribue à la réduction des inégalités et à la régression du harcèlement à l'école. Il participe à la progression des résultats scolaires – les élèves, dans un climat plus serein, s'impliquant davantage dans les apprentissages".

Bien-être des élèves, qualité des apprentissages, équité, etc... Améliorer le climat scolaire est une nécessité pour voir s'épanouir les élèves dans leurs apprentissages, et favoriser la réussite scolaire. En ce sens, les concepts de pédagogie positive, de discipline positive ou d'éducation bienveillante peuvent aider à l'amélioration du climat scolaire.

Cette appellation "pédagogie positive" peut toutefois surprendre... ou faire sourire : comment lui préférer une "pédagogie négative" ? Cela existe-t-il ?

On devine -ou on se souvient- que l'on apprend mieux dans un climat où l'enseignant parvient à faire aimer sa matière, communiquant sa joie d'apprendre aux élèves ce qui le passionne. Car on a de l'affection pour cet enseignant. Dans le livre "Le Jour où je n'ai pas pu aller au collège" (1), on voit bien à quel point la partie affective est capitale. Ce témoignage à deux voix (une mère, sa fille) permet de comprendre le parcours d'une élève du primaire au baccalauréat, en passant par une année décisive, où une enseignante a cassé la dynamique d'apprentissage de cette enfant, stigmatisant les échecs, pointant le négatif, humiliant... Aller à l'école est devenu de plus en plus dur, jusqu'à atteindre la phase de phobie scolaire : tout apprentissage en devient impossible. Ce qui s'ensuit est un parcours du combattant, pour la jeune fille comme pour toute la famille. Ce livre permet de comprendre la phobie scolaire de l'intérieur, de la vivre avec beaucoup d'empathie grâce à ce double regard mère-fille. Voilà en tout cas ce que l'on pourrait taxer de "pédagogie négative", qui conduit une enfant à ne plus être apte à apprendre...

On peut évidemment citer le livre de Céline Alvarez, pédagogue qui a entre autres pris pour base les idées de Maria Montessori tout en s'appuyant sur les découvertes récentes en neurosciences, pour les mettre en place au sein d'une classe de l'École publique : elle a pu constater les progrès des enfants grâce à ces méthodes. Son travail a été largement commenté dans les médias (en bien comme de façon critique), et beaucoup d'enseignants revendiquent s'en inspirer (2).

Les difficultés d'apprentissage ne disparaîtront pas forcément si l'on adoptait les principes de la pédagogie positive, mais les éclairages qu'elle apporte, et les outils qu'elle propose, semblent à même d'aider ces enfants qui, de par leurs difficultés à gérer émotions et énergie -on en connaît quelques-uns! - ont besoin de ressentir de la bienveillance et des ondes positives afin d'avancer sur le terrain des apprentissages.

La Pédagogie positive est comme une déclinaison des principes de l'éducation bienveillante

appliquée au fait d'apprendre. Pour quelques enfants, être face à quelque chose de nouveau -apprendre- est parfois source d'inquiétudes. La pédagogie positive a pour projet d'apaiser les enfants face à l'apprentissage, et/ou leur faire retrouver le désir d'apprendre.

Pour connaître les principes de la pédagogie positive, on vous conseille un livre simple et pratique vrai succès éditorial. "Apprendre autrement avec la pédagogie positive" (3) a été écrit par deux enseignantes, également mères. Pour présenter leur travail, elles évoquent ce moment des devoirs à la maison, le fait que parfois cela tourne au psychodrame : d'où leur souhait de proposer des outils pour permettre à l'enfant de se saisir de l'apprentissage, plutôt que de le subir. Tout cela est présenté avec humour, et permet de s'approprier la démarche et l'état d'esprit. Également citer les ouvrages de Bruno Hourst, qui propose lui aussi des démarches et outils pratiques pour aider les enfants à apprendre (4), dans cette même démarche positive.

Cela dit, cette "pédagogie positive" n'est pas la première à s'intéresser au bien-être de l'enfant dans le cadre scolaire. Ce qui fait dire à Michelle Fracheboud -dans un article nécessaire pour prendre un peu de recul sur les "disciplines positives"- que "ces pédagogies prétendument innovantes" n'ont pas inventé la roue. D'autres auteurs ont souligné depuis longtemps l'importance du respect de l'enfant. Pensons à Freinet par exemple, ou Korczak, ou encore Emmy Pikler, parmi d'autres. Quoi qu'en dise les chantes du "prêt à penser", élever un enfant restera toujours une tâche complexe, un tissage qui sera plus solide si s'y mêlent plusieurs voix, celles des parents comme celles des autres adultes que l'enfant va côtoyer, de l'enfant lui-même et de ses pairs. Il n'y a pas de mode d'emploi pour obtenir un produit zéro défaut et c'est tant mieux. » (5)

Cette mise en garde étant exprimée, il n'en reste pas moins que des progrès sont à rechercher pour améliorer les conditions d'apprentissage. Et il semblerait que se tourner vers nos voisins danois serait une bonne idée. Il paraîtrait qu'ils sont le peuple le plus heureux du monde, et que cela commence dès l'enfance... Un ouvrage présente leurs secrets (6). Par exemple, valoriser le jeu libre: "si les enfants ne réussissent que pour obtenir quelque chose, des bonnes notes, des médailles ou des félicitations de la part des enseignants ou des parents, alors ils ne fortifient pas leur volonté intérieure. (...) Les Danois pensent que les enfants ont fondamentalement besoin d'espace et de confiance pour maîtriser les choses par eux-mêmes." Ou encore, pas trop de pression, ni trop de compliments, autrement dit pas de projection : "s'ils sont trop sous pression ou trop complimentés, les enfants apprennent à agir dans le but d'obtenir une reconnaissance extérieure et non pour leur satisfaction intérieure." Encore ? Se familiariser avec l'optimisme positif ; apprendre l'empathie ; éviter les rapports de force...

Effectivement, cela ressemble aux premiers pas pour être heureux. Alors vive le Danemark ! Et vive l'Éducation Nationale – il faut encourager les bonnes pratiques ;-)

Et puis un jour j'ai compris

Karine, professeur des écoles

Attention : il y a deux façons d'aborder cet article : culpabiliser ou profiter des informations et des suggestions pour réfléchir et tester. La culpabilité n'est pas le but, vous l'aurez compris !

Lorsque je suis sortie de mes 2 années de formation dispensée par l'IUFM de Saint-Germain-en-Laye, auréolée du précieux sésame de professeur des écoles, je me sentais à la fois investie d'une mission et je pensais que les fiches de préparation et autre documents didactiques étaient les seuls obstacles à une pédagogie réussie!

Après tout, j'avais moi-même eu une bonne éducation, avait été baby-sitter à de nombreuses occasions, mes valeurs étaient claires et précises. Pour se faire respecter, il fallait faire preuve d'autorité et ne rien laisser passer, au risque de se faire manger toute crue par des élèves à peine plus petits que moi !

C'est bien ce qu'on m'avait répété lors de mes stages : « C'est dès le début qu'il faut leur montrer qui est le chef ! ».

Alors, lorsque je pénétrais dans la salle de classe pour la première fois, je tâchais de garder une certaine froideur et un détachement certain afin de mener au mieux cette croisade contre l'illettrisme que le sacro-saint Ministère de l'Education Nationale m'avait confié.

J'ai commencé en ZEP et y suis restée de nombreuses années, 7, pour être précise. Et je distribuais mes notes allant du bon au moins bon, voire, carrément mauvais, sans état d'âme particulier. Il fallait être juste. Non pas que je n'étais pas attendrie par les larmichettes de mes élèves ou que je ne sentais pas poindre le découragement de certains de mes élèves, mais il fallait être juste. J'ai puni, demandé de recopier des lignes, fait des tableaux de comportements pour les uns et pris des rendez-vous avec les parents pour les autres. Il y avait des règles, on ne pouvait pas y déroger. Sinon, cela aurait été le chaos, l'anarchie ! Je me voyais déjà renversée, tel Louis XVI par les révolutionnaires ! Je ne pouvais pas perdre mon pouvoir, cela aurait été contraire à mon engagement.

Et puis un jour, j'ai compris.

Où plutôt, j'ai arrêté.

Où alors, j'ai commencé.

En fait, j'ai fait tout cela en même temps.

Un élève m'a ouvert une autre voie. Une de celles que je n'osais pas emprunter de peur qu'elle ne m'enlève de mon autorité.

C'était un enfant brillant, qui au-delà de ses réussites était fragile. Un jour plein d'humour, le lendemain, il prenait une petite moquerie pour le pire des affronts et pouvait alors s'emporter et jeter ses affaires au milieu de la classe ! Il cassait ses stylos s'il ne réussissait pas un exercice et venait demander pardon l'instant d'après. N'acceptant pas la frustration, perdre à un jeu ou laisser passer la balle alors qu'il était gardien pendant un match pouvait transformer ce petit bonhomme de 8 ans en monstre terrible criant, hurlant, s'enfuyant...

Je faisais les gros yeux et lui rappelais, avec le doigt bien droit et les sourcils froncés qu'on ne pouvait pas faire ça ! Il défiait mon autorité, se moquait de

moi !

Pourtant, il comprenait, connaissais les règles sur le bout des doigts mais n'arrivait pas à se contrôler... Et si après tout, il ne le faisais pas exprès.

Alors, j'ai compris que le réprimander ne servait à rien. J'ai compris qu'il était en souffrance, bien plus que moi. J'ai compris que ce que je faisais ne servait à rien et au contraire, alimentait ses colères et sa détresse.

J'ai donc arrêté. J'ai arrêté de vouloir crier plus fort que lui et de vouloir lui montrer « Qui était le chef ». J'ai arrêté de le punir et de le priver de privilège. J'ai arrêté de prendre personnellement ce que je considérais comme des actes d'affront.

J'ai commencé. J'ai commencé à changer. J'ai commencé à ressentir de l'empathie pour lui. J'ai adouci mon regard sur lui et cela a immédiatement adouci ses réactions. Il n'avait pas besoin que je me fâche, il avait besoin que je l'aide. Non pas qu'il ait eu des passe-droits, mais il a réveillé en moi la souplesse que je m'étais interdite d'avoir sous peine de perdre le contrôle de ma classe.

Alors, j'ai pris le temps de ressentir, de réfléchir et de l'accompagner.

Lorsqu'il commençait à s'énerver, à perdre patience, une main sur l'épaule, un clin d'œil, une distraction, et cela désamorçait le problème. S'il se décourageait, un mot réconfortant et il reprenait confiance en lui. Il pouvait sortir, sans me dire pourquoi, juste en me prévenant, pour prendre l'air, boire de l'eau aux toilettes.

Au rapport de force, nous avons préféré le rapport de confiance réciproque.

Certes, tout n'était pas rose et ma patience a été mise à rude épreuve parfois. Mais ce changement d'attitude de ma part a rejaili de façon positive sur le reste de ma classe.

Les élèves étaient plus gentils entre eux. Un grand travail sur l'expression des émotions de tous a été mis en place. La solidarité a remplacé l'agressivité et les violences verbales ou bien comportementales ont diminué au sein de ma classe.

Quand à moi, je me suis sentie plus humaine, plus en adéquation avec mon métier.

On nous parle souvent de pédagogie différenciée. Par là, on entend donner un exercice de mathématique plus facile pour celui qui comprend moins bien. Ou alors plus de temps pour ceux qui sont un peu plus lents.

Aujourd'hui, pour moi, la base de cette fameuse pédagogie différenciée commence par le fait d'accepter chaque élève dans son unicité. Je prends le temps d'observer mes élèves, de voir leurs réactions, entre eux, avec moi. Je leur souris, les réconforte, je m'amuse avec eux, je parle d'eux, je m'intéresse, sincèrement.

Grâce à cet enfant, et à ceux qui lui ressemblent et à tous les autres, je suis une meilleure maîtresse aujourd'hui qu'il y a 14 ans.

Je sais que le chemin est encore long pour que dans notre société le regard sur les enfants atypiques changent, cependant, j'y crois, et j'ai confiance en la capacité de l'humain de changer, pour le pire, comme pour le meilleur.

« Montrer l'exemple n'est pas la meilleure façon de convaincre, c'est la seule ». Ganghi

L'ACTU

entre2pôles



SAVE THE DATE ! À VOS AGENDAS :

17-18-19 mai 2019 :

Festa Trail du Pic Saint-Lou à Saint Mathieu les Trévières (34) (voir détail page 4).

18 mai 2019 :

Atelier Tandem à Paris (75) (voir détail page 4).

1^{er} juin 2019 :

Assemblée Générale Bicycle.

Nous vous attendons à partir de 14H au siège de l'association : 142, bd des Ambassadeurs 95220 Herblay. Tous les adhérents à jour de leur cotisation sont les bienvenus ! Confirmation de votre présence obligatoire à l'adresse contact@bicycle-asso.org

29 juin 2019 :

Pique-nique Bicycle en région parisienne.

(Le lieu vous sera communiqué prochainement). Venez partager un moment convivial d'échange en famille ! C'est aussi ça Bicycle!

Juin 2019 :

Interview pour la radio Vivre FM.

(date à venir sur notre page Facebook).
Vivre FM (93.9 Mhz - Paris, Île-de-France) est une radio associative gérée par l'Association Nationale pour la Prévention des Handicaps et pour l'Information (ANPHI).
Créée pour donner la parole aux personnes concernées par le handicap, le grand-âge, la maladie, cette radio traite des différences au sens large.

EN BREF BICYCLE C'ÉTAIT AUSSI ...

8 novembre 2018

animation d'un atelier mieux-être à Mons en Baroeul intitulé « enfants et adolescents : crise d'opposition, déscolarisation, dépression ». Par Jacqueline.

30 novembre 2018, 8 février 2019
Réunions E0#ADO, évaluation et orientation des adolescents en mal-être psychique. Signature prochaine d'un partenariat entre Bicycle et l'ensemble des acteurs locaux des villes de Faches Thusmenil, Ronchin, Lesquin, Hellemmes, Mons en Baroeul, Lezennes dans le cadre du Contrat Local de Santé porté par l'Association Intercommunale de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté (AISSMC). Les enjeux du partenariat sont :
- Faciliter l'accès aux soins
- Mieux dépister les troubles psychiques
- Mieux accompagner les adolescents
Par Jacqueline.

29 janvier 2019

Présentation de Bicycle à des travailleurs sociaux dans le cadre de leur formation continue.
Par Jacqueline.

19 février 2019

Présentation de Bicycle à 2 psychologues du secteur des Hauts-de-France.
Par Jacqueline.

Mars 2019
Brocante MKTG

18 mars 2019

Interview avec plusieurs associations de santé mentale pour Web télé (Youtube). Reportage en attente.
Par Jacqueline.

Avril 2019

Rendez-vous avec la directrice de l'école Sudbury de Villeneuve d'Ascq.
Par Jacqueline.

Chaque 3^e jeudi du mois, permanence d'écoute à la clinique Lautréamont de Loos. Participation trimestrielle à la Commissions des Usagers de la clinique.
Par Jacqueline.

Recherche de parrainage : le 16 mars 2019, au Salon Livre Paris, Marion Bandeira a rencontré le magicien humoriste Éric Antoine. Étant déjà engagé auprès de 2 associations, il n'a malheureusement pas pu accepter notre demande mais nous a proposé de nous inclure dans un réseau d'associations afin de nous faire profiter d'événements particuliers qui pourraient être médiatisés. Prospections et prises de contacts avec plusieurs artistes et youtubeurs. L'idée étant de trouver des parrains et marraines qui pourraient s'adresser à la fois aux parents mais aussi aux jeunes de l'association.
Par Marion.

Interview eNorme

Pour rejoindre leur réseau à découvrir prochainement sur leur site : <https://enorme.org>. eNorme est le premier réseau social qui a pour but de mettre en relation, faciliter les échanges et l'entraide des familles confrontées au handicap de leur enfant. Nous sommes très fiers de la confiance que nous a accordé sa Présidente Juliette Lacronique !
Par Laëtitia.

Demande de mécénat

Bicycle fait partie des coups de cœur solidaires de la Fondation SNCF !
Merci à tous nos bénévoles de s'investir pour Bicycle également au sein de leur entreprise !
Le projet soumis est la refonte de notre site internet !
Rendez-vous dans quelques semaines pour le résultat !
Par Natacha et Marion.



NOUS CONTACTER :

Par mail : contact@bicycle-asso.org

Laëtitia : laetitia.payen@bicycle-asso.org

Par téléphone :
Jacqueline : 06 75 19 24 48

Par courrier :
Bicycle
142, bd des ambassadeurs
95220 Herblay

Responsable Adhérents :
sophie.genet@bicycle-asso.org

Responsable Mécénat :
marion.bandeira@bicycle-asso.org



APPEL À TÉMOIGNAGES

Pour alimenter les rubriques de votre magazine :
contact@bicycle-asso.org



BICYCLE EN RÉGION

- Jacqueline / Hauts-de-France (Villeneuve d'Ascq) : jacmac@numericable.fr
- Amélie / Bretagne (Vannes) : pitbrune1970@yahoo.fr
- Flocie / PACA (Toulon) : julyfmyl83@aol.com
- Natacha / Auvergne-Rhône-Alpes (Lyon) : ndufresne231@gmail.com
- Mireille / Occitanie (Toulouse) : 06 61 33 67 09
- Sophie / Occitanie (Montpellier) : sophie.genet@bicycle-asso.org
- Hélène / Pays-de-Loire (Cholet) : h.lefortbrx-bicycle-asso@outlook.fr



BÉNÉVOLAT

Pour renforcer notre réseau :
Recherchons Parents-Relais dans toute la France !
Envoyez-nous un mail à : contact@bicycle-asso.org



RETROUVEZ BICYCLE SUR FACEBOOK
(infos et groupe secret : Bicycle, la parole aux parents)