

# entre2pôles

N°24  
1<sup>er</sup> semestre  
2024

le journal d'info de Bicycle

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

<http://www.bicycle-asso.org/>



## DOSSIER SPÉCIAL

GUIDE DES MÉDICAMENTS  
ET DE LEUR BON USAGE  
DANS LA BPJ  
PAR LE DR HANTOUCHE

## TÉMOIGNAGE PAR SARAH

LE PETIT GARÇON  
QUI VOULAIT TOUCHER  
LA NUIT

## PSYCHO

## BRISER LA GLACE

SUR LA  
DYSMORPHOPHOBIE  
PAR CALINE MAJDALANI

## BILLET D'HUMEUR EN TANDEM D'AMELIE ET LAËTITIA

MON FILS EST UN VIP  
DE LA PSYCHIATRIE  
/ MON FILS EST GUÉRI

J'AI TESTÉ  
POUR VOUS  
BIENVENUE CHEZ  
LES « CH'TÉS »

LAURENT SE LIVRE  
DES LIVRES CONTRE  
LE MAL DE CORPS



# édito



LAËTITIA PAYEN

PRÉSIDENTE  
DE L'ASSOCIATION BICYCLE

*C'est le printemps !*

*La nature se réveille, les températures grimpent, les tenues se font plus légères mais pour certains c'est aussi l'angoisse de ne plus pouvoir se dissimuler sous un pull ample ou une grosse écharpe.*

*Quand la pensée prend la main sur le miroir, la dysmorphophobie n'est jamais très loin. Caline Majdalani nous dit tout sur ce trouble parfois associé à la bipolarité.*

*Laurent, quant à lui, nous conseillera quelques remèdes dont il est le spécialiste avec une sélection d'ouvrages sur le mal de corps.*

*C'est aussi la période où les humeurs sont en surchauffe, c'est donc particulièrement important d'avoir une prise en charge adaptée dont la médication fait souvent partie. Le Dr Hantouche fait le point avec nous sur la pharmacologie dans le trouble bipolaire juvénile.*

*Dans tous les cas quelque soit la saison la météo émotionnelle de nos « petits arcs en ciel » est toujours à surveiller de près (BD). Néanmoins, quand les turbulences sont trop importantes l'ITEP est souvent présenté comme une alternative pour préserver la scolarité de nos enfants. Mais ces structures sont-elles vraiment adaptées à nos cyclokids ? En immersion pendant une semaine, Olivia a testé pour nous.*

*Par tout temps, la reconnaissance de la bipolarité juvénile reste une constante essentielle dans la trajectoire de nos enfants. Avec Amélie, nous nous sommes prêtées au jeu des 7 différences...*

*Vous l'aurez compris avec une prise en charge adaptée tout semble alors possible même le rêve de toucher la nuit avec le fils de Sarah...*

*Et si malgré tout ça vous vous faites toujours tout un film de la bipolarité alors courez voir le dernier chef d'œuvre de Michel Gondry, vous y trouverez peut-être des solutions !*

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 - CYCLOTHÏME - BIPOLARITÉ  
bicycle-asso.org

## Sommaire

- 03 **L'ASSO**
- PSYCHO**
- 06 Briser la glace sur la dysmorphophobie
- 11 **LAURENT SE LIVRE**
- 13 **BILLET D'HUMEUR EN TANDEM**
- 15 **DOSSIER SPÉCIAL**  
Guide des médicaments et de leur bon usage dans la bipolarité juvénile
- 23 **BD**
- 25 **J'AI TESTÉ POUR VOUS**  
Bienvenue chez les «ch'tés»
- 30 **TÉMOIGNAGE**  
Le petit garçon qui voulait toucher la nuit
- 33 **ACTUALITÉS**  
Le livre des solutions
- 34 Brèves du congrès de l'encéphale
- 36 C'est pas moi c'est l'antidépresseur !
- 40 Artiste à l'honneur / Nouveauté livre / Top Facebook

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 : Éric Payen.  
Chroniqueurs : Amélie Clermont, Laurent Nio.  
Ont participé à ce numéro : Dr Élie Hantouche, Caline Majdalani, Dr Éléna Picq, Sarah, Olivia.  
Crédits photos et illustrations : Bicycle, Kalaëtidoscope, RicoGripoil, Emma Bran-geon, JF Deroubaix, APEPSS, Unsplash.  
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<sup>er</sup> semestre 2024.  
Association Bicycle  
142, bd des ambassadeurs  
95220 Herblay-sur-Seine  
[www.bicycle-asso.org](http://www.bicycle-asso.org)  
[contact@bicycle-asso.org](mailto:contact@bicycle-asso.org)

## Comité scientifique Bicycle



Nous avons le plaisir de vous annoncer que la Docteur Éléna Picq, médecin généraliste, vient rejoindre le Comité Scientifique de notre association !

Après des études de médecine à la faculté de Saint-Étienne, Éléna Picq fait son internat à l'hôpital de Saint-Pierre sur l'île de La Réunion où elle décide de s'installer. Elle y ouvre son cabinet en mai 2012.

Elle est aussi maman de 3 enfants dont un enfant de 13 ans qui a un diagnostic de trouble bipolaire depuis février 2021. Un grand merci à elle pour sa confiance, son soutien et l'expertise qu'elle pourra nous apporter !

## On parle de nous !

### - DANS LA PRESSE

09/07/2023 : Article dans les pages régions de L'Est Républicain qui titre « Parents d'enfants bipolaires : des années d'errance de diagnostic » et « La cyclothymie, une « bipolarité atténuée » mal connue ».

<https://www.facebook.com/share/p/DPIsQc22sj6CbPeh/?mibextid=WC7FNe>



### - A LA TÉLÉVISION

#### Émission les Maternelles

Le 12 février 2024, Caline Majdalani, conseillère scientifique de notre association, était en direct sur le plateau des Maternelles de France 2 pour parler des troubles bipolaires de l'adulte mais aussi de l'enfant !

Elle apportait son éclairage suite au témoignage d'une maman souffrant de troubles bipolaires.

Pour voir ou revoir l'émission c'est par ici >>>

<https://youtu.be/nU4wllbJsDK?si=qMppoeKREKS-woa0>



#### Émission Le Mag - Mieux comprendre les troubles bipolaires chez les jeunes

Le 14 mars 2024, Bicycle représentée par Laëtitia Payen, présidente et Delphine Fercot, adhérente de l'association était dans l'émission « Le Mag » sur SGOOL TV présentée par Alix Nguyen en compagnie de la chroniqueuse Agathe Delannoy !

L'émission a été diffusée à 15h, 18h, 20h et 23h30 sur le site sqool-tv.com, sur le canal 247 de la Freebox, sur le canal 217 de la box Orange et le canal 124 de la Bbox.

Pour voir ou revoir l'émission c'est par ici (27mn) >>>

[https://youtu.be/FP6a\\_v6BVIY?si=2m2w6Ztoc.33IzE\\_E](https://youtu.be/FP6a_v6BVIY?si=2m2w6Ztoc.33IzE_E)

## Intervention d'Angélique Excoffier, auprès du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Bichat.

Le 05/10/2023, Angélique Excoffier, psychologue clinicienne et conseillère scientifique de notre association, est allée sensibiliser le CMP Ney (Hôpital Bichat), Paris 18ème, au trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent. Bien sûr elle n'a pas manqué de parler de notre association. L'accueil y a été chaleureux ! Photo : Angélique Excoffier avec Julie Zajac, psychologue du service.



## Assises de psychiatrie privée de Sfax et du Sud en Tunisie

21/10/23 : Laëtitia, présidente de l'association, a eu l'honneur d'être l'invitée de ces 9emes Assises.

Le thème de cette année était la bipolarité à travers les âges. Laëtitia est intervenue sur le rôle des associations de parents de jeunes bipolaires.

Le Dr Elie Hantouche et Caline Majdalani, tous les 2 conseillers scientifiques de l'association étaient également présents.

Le Dr Elie Hantouche a proposé une conférence intitulée : « Bipolarité juvénile : trouble récurrent et/ou chronique ».

Caline Majdalani, quant à elle, a présenté la prise en charge psychothérapeutique des jeunes bipolaires.

Enfin concernant la partie dédiée à la bipolarité chez les jeunes le Pr Asma Bouden a parlé des expressions cliniques de la bipolarité juvénile.

Bravo à la Tunisie pour cette ouverture d'esprit et cette longueur d'avance !

## Intervention auprès de la Faculté de Médecine Lyon Est

25/10/2023 : présentation de l'association et de ses actions à des étudiants en médecine par Laëtitia.

Cette sollicitation était dans le cadre du cours de Santé Publique, thème : accompagnement des personnes souffrant de troubles bipolaires.

## Concert Love We Need

30/09/2023 : réunion de préparation du concert Love We Need avec les bénévoles de l'association Love We Need et The Eleven représenté par son batteur Olivier.

18/11/2023 à Herblay-sur-Seine (95) : concert Love We Need au profit de notre association.



## Atelier Tandem

Un nouvel Atelier Tandem a eu lieu en présentiel le 10 décembre 2023 à Paris dans les locaux de Keneo gracieusement mis à notre disposition !

La magie de l'atelier Tandem c'est arriver le matin et ne plus avoir envie de vivre avec son enfant et repartir le soir en ayant hâte de le retrouver pour essayer notre fameux « mandarin émotionnel » ! L'atelier Tandem ce n'est ni une méthode ni un programme mais plutôt une expérience.

C'est se surprendre à éprouver de nouvelles émotions et en « pleurant » penser que tout est de nouveau possible.

C'est venir d'univers très différents et se reconnaître quand même dans la souffrance et le combat de l'autre en unissant ses forces.

La bipolarité chez l'enfant ce sont des familles qui s'aiment à la folie et qui ont juste besoin d'aide pour se reconnecter.

Un grand merci à Caline Majdalani, psychologue clinicienne et conseillère scientifique de notre association pour avoir animé une nouvelle fois cet atelier avec intensité et brio !

Servane, étudiante en Psychologie, a également pu assister à notre atelier.

Pour rappel, nos ateliers Tandem sont des ateliers de psycho-éducation réservés à nos adhérents et animés par un professionnel de la santé à destination des parents d'enfants cyclothymiques. Ils sont offerts par l'association pour favoriser l'accès aux soins pour tous.

## Assemblée Générale Bicycle

L'Assemblée Générale annuelle de notre association s'est tenue le samedi 16/12/2023 au siège de l'association.

Nous avons le plaisir de vous annoncer la nouvelle composition de notre Bureau et de notre Conseil d'Administration :  
**Présidente : Laëtitia Payen - Secrétaire Générale : Patricia Esratty**  
**Trésorier : Marc Hube - Secrétaire adjointe : Hélène Lefort - Responsable des adhérents : Sophie Genêt - Directeur artistique : Éric Payen**

Le PV d'AG a été envoyé à tous nos adhérents. Il peut être envoyé sur demande à [contact@bicycle-asso.org](mailto:contact@bicycle-asso.org) à tous nos membres à jour de leur cotisation.

## Bienvenue à Patricial et Hélène qui nous rejoignent !

Patricia a 43 ans et est infirmière en santé scolaire depuis 2020. Elle est aussi maman de 2 enfants de 12 et 13 ans avec une suspicion de cyclothymie.

Auparavant elle a travaillé 10 ans en psychiatrie, la santé mentale est donc un sujet qui ne lui est pas inconnu !

Hélène Lefort (Brixtel) a 32 ans et est auxiliaire de puériculture. Spécialiste de la petite enfance, elle est aussi maman de deux enfants dont une cyclokid de 8 ans.

Si vous aussi vous souhaitez vous investir dans l'association, n'hésitez pas à venir renforcer notre équipe.



# Briser la glace sur la dysmorphophobie

Interview de Caline Majdalani



CALINE MAJDALANI

PSYCHOLOGUE CLINICIENNE  
CENTRE DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR,  
PARIS

## Bicycle : Qu'est-ce que la dysmorphophobie ?

Caline Majdalani : La dysmorphophobie est un trouble psychologique, qui affecte de manière pluri-dimensionnelle la relation que nous entretenons avec notre corps. C'est un désordre psychique beaucoup plus complexe qu'il n'en a l'air. Les personnes qui en souffrent présentent des obsessions qui portent sur une ou plusieurs parties de leur corps qu'elles perçoivent comme problématiques car on leur reprocherait soit la disgrâce physique (qu'elle soit minime ou majeure), soit l'absence d'harmonie, de proportions, de symétrie etc.

Cela peut aller de la simple laideur inacceptable et honteuse au moindre défaut détecté, grossi par l'effet d'un « zoom cérébral » et ainsi perçu sous toutes ses coutures.

Au-delà du simple complexe dont tout un chacun peut souffrir, ces « dits défauts » sont à l'origine d'une grande détresse, révélatrice d'un sentiment de valeur altérée et d'une peur exacerbée du rejet, qui peut pousser l'individu dans le ravin du désespoir, dans les méandres de la perte de soi et de la dépression, voire vers la tentative de suicide qui s'avère inéluctable.

## Bicycle : Est-ce que la dysmorphophobie concerne tous les âges ?

C.M. : L'obsession de l'apparence peut toucher tous les âges, même si certaines périodes inhérentes aux changements corporels physiologiques, telles que l'adolescence, la ménopause, la grossesse ou encore le changement de tranches d'âge (où peuvent apparaître des signes de vieillissement, qu'ils soient minimes ou significativement visibles) sont plus propices au développement de ce trouble.

## Bicycle : Touche-t-elle davantage les filles ou les garçons ?

C.M. : Elles concernent presque autant les filles que les garçons, la différence se situant davantage au niveau des zones corporelles d'obsession qui peuvent varier que du genre.

## Bicycle : A quels risques ce trouble expose-t-il nos enfants ?

C.M. : La dysmorphophobie engendre très souvent et en permanence la comparaison physique aux autres ; ce qui peut entraîner les jeunes à « scroller » sur les Réseaux sociaux pendant plusieurs heures, à la recherche d'un visage idéal et d'un corps parfait, qui sied à leurs exigences esthétiques.

Ce comportement chronophage n'est d'ailleurs pas exclusif ; on retrouve également des comportements comme le camouflage, la consommation excessive de produits cosmétiques, le recours à la chirurgie esthétique.

L'obsession corporelle de soi finit par enfermer la personne dans une identité réduite à un physique voire à des parties corporelles « morcelées ».

Cela mène à des souffrances terribles, souvent silencieuses et solitaires prenant en otage la vie entière de l'enfant, le conduisant vers la honte de soi, la détresse, la dépression voire les idées suicidaires et malheureusement également vers les passages à l'acte.

## Bicycle : Peut-elle avoir un impact sur les relations sociales de l'enfant ?

C.M. : Indéniablement... La dysmorphophobie est très intimement associée à un sentiment de gêne profonde de soi voire de honte de soi... Ces sentiments altérés de valeur identitaire impactent directement la relation de l'enfant avec les autres. Vu qu'il se sent honteux de son apparence et de l'image négative qu'il pense renvoyer aux autres, il peut s'empêcher volontairement d'aller vers eux, s'auto-exclure des groupes sociaux et accepter en l'occurrence le rejet de l'autre comme étant adapté et mérité.

portements itératifs tel que le lavage excessif, destiné à réduire voire à soulager l'angoisse. En revanche, dans la dysmorphophobie, le doute cède la place à la certitude. Le patient ne craint pas d'avoir un défaut physique majeur ; il en est persuadé. Le comportement qui en découle est destiné, dans l'esprit de la personne qui en souffre, à soit effacer ledit défaut source de souffrance, soit à le réparer.

## **Bicycle : Existe-t-il un lien entre la cyclothymie et la dysmorphophobie ?**

C.M. : D'une part, ces deux troubles entretiennent un lien de concomitance qu'on appelle dans un jargon psy, une comorbidité. Cela signifie que le cyclothymique peut « venir accompagné d'un trouble de la dysmorphie corporelle » que l'on confond souvent d'ailleurs avec un TOC.

D'autre part, Même si les liens entre la dysmorphophobie et le spectre bipolaire n'ont pas été clairement explorés, le trouble de l'obsession de la dysmorphie corporelle peut être abordé comme une dépression chronique mixte (cf les travaux du Dr Hantouche en 2006), avec une forte comorbidité et des racines affectives qui seraient anxiodépressives.

## **Bicycle : la dysmorphophobie survient-elle plutôt pendant les phases maniaques, mixtes ou dépressives ?**

C.M. : Les obsessions pathologiques de l'apparence ne sont pas nécessairement spécifiques d'un épisode thymique. Cependant, on peut les retrouver majorées pendant un épisode dépressif majeur notamment mixte. Et vice versa, une amélioration de la dépression est prédictive d'une rémission de la dysmorphophobie.

## **Bicycle : Comment la différencier d'un TOC (notamment en cas de lésion ou de lavage excessif par exemple) ?**

C.M. : La personne qui souffre d'un TOC a peur de manière inadaptée (en l'absence de preuves concrètes) d'être atteinte d'une maladie somatique grave. Le doute, corollaire à cette peur, peut engendrer des com-



**Bicycle : Est-ce que la dysmorphophobie peut être consécutive à la prise d'un traitement médicamenteux dans le cadre d'une bipolarité juvénile ? Par exemple dans le cas d'un enfant qui ne veut pas grossir et qui sait que les neuroleptiques ouvrent l'appétit et qui surveille son alimentation de façon obsessionnelle.**

C.M. : Les déclencheurs d'une dysmorphophobie sont multiples, comme souvent dans les troubles psychologiques, notamment ceux qui provoquent un changement au niveau du corps. Ces stressors ne sont cependant pas suffisants à expliquer l'apparition du trouble, qui est en quelque sorte un moteur à alimentation multiples.

**Bicycle : Comment éviter que cela ne devienne un trouble des conduites alimentaires ?**

C.M. : Il est important de savoir qu'un trouble de la dysmorphie est une entité à part entière. Il ne peut pas évoluer vers un trouble alimentaire. En revanche, il peut partager avec le TCA\* des symptômes communs. Et ces signes cliniques communs seraient donc révélateurs d'un trouble alimentaire qui lui serait associé qu'il est important de diagnostiquer et de soigner.

**Bicycle : Est-ce que les réseaux sociaux ont un impact sur ce trouble ?**

C.M. : Les réseaux sociaux (qui véhiculent des thématiques corporelles et des standards de beauté très mono normés) impactent inéluctablement notre rapport à notre corps, en majorant l'insatisfaction corporelle et en altérant l'estime de soi.

La mesure de l'impact négatif est à la hauteur de nos fragilités et de notre jeune âge, mais également du nombre d'heures que nous lui consacrons, et de l'incidence que cela engendre sur nos autres activités et sur l'ensemble de notre vie.

Cela signifie que :

-Plus on y passe de temps, plus le risque est accru, sans compter que plus on est mal à l'aise dans sa vie et dans sa peau, plus on y passe du temps et plus la comparaison négative à l'autre augmente...

-Plus on est jeune, plus facilement on absorbe sans recul les modèles identificatoires environnants.

\*Trouble des conduites alimentaires

Et pour finir, plus on est prédisposé à développer des troubles psychologiques plus on est fragilisé.

**Bicycle : Un harcèlement, du body shaming peuvent-ils déclencher une dysmorphophobie ? Le regard des autres peut-il changer notre propre regard dans un sens comme dans l'autre ?**

C.M. : Ce sont en effet des facteurs qui vulnérabilisent les individus notamment (et non pas exclusivement) les plus sensibles et les plus vulnérables. Il ne faut pas le croire, Le body shaming ne laisse personne indifférent (même les stars qui invoquent le contraire dans la presse) et aggrave les plus fragiles voire les précipitent dans le royaume du désespoir.

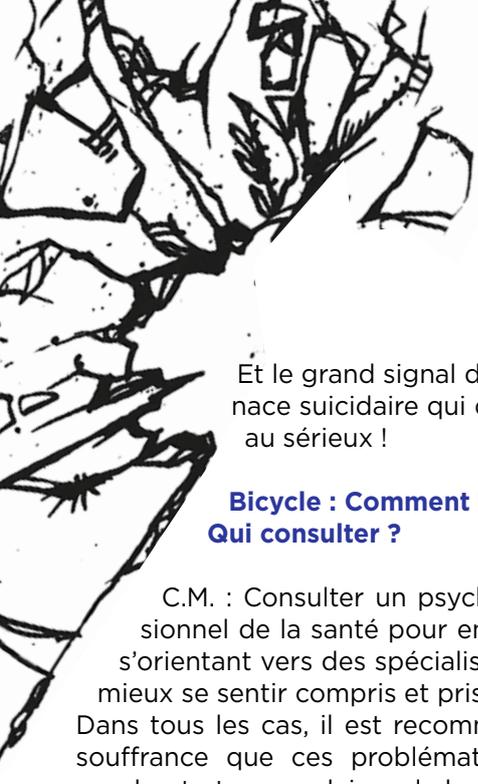
**Bicycle : Quels sont les signes qui doivent nous alerter chez nos enfants ?**

C.M. : La demande incessante à être rassuré sur son apparence, que cela porte sur l'ensemble du corps ou sur certaines zones spécifiques plus partielles, qu'elle soit formulée de manière directe ou de manière subtile voire déguisée, doit nous alerter.

Un enfant qui refuse catégoriquement d'être pris en photo ou au contraire, dans sa version antagoniste, un enfant qui prend beaucoup de photos de lui notamment quand ces photographies concernent une partie de son physique (son nez, sa bouche, sa ride, son menton, sa mâchoire) devrait nous mettre également la puce à l'oreille.

Mais également un jeune qui se cache physiquement, que ce soit par le biais d'accoutrements subtils (comme les chapeaux, les casquettes, les écharpes), ou par la façon qu'il a de toujours se coiffer de la même manière (la même façon de placer une mèche de cheveux) ou encore par les postures physiques qu'il peut adopter, ou par les évitements qui régissent sa vie (ne jamais se regarder dans le miroir, ne jamais sortir le jour, camoufler partiellement ou globalement son corps).





Et le grand signal d'alerte demeure la menace suicidaire qui doit toujours être prise au sérieux !

### **Bicycle : Comment la traiter ? Qui consulter ?**

C.M. : Consulter un psychologue ou un professionnel de la santé pour en parler, idéalement en s'orientant vers des spécialistes de ce trouble pour mieux se sentir compris et pris en charge.

Dans tous les cas, il est recommandé d'insister sur la souffrance que ces problématiques corporelles engendrent et ne pas laisser la honte l'emporter ! Il n'y a aucune honte à avoir d'avoir honte de son corps ! C'est une émotion négative qui apparaît comme étant plus taboue, mais qui se traite comme d'ailleurs, toutes les autres émotions négatives, même si chacune possède son propre protocole.

### **Bicycle : Est-ce une bonne idée de consulter un chirurgien esthétique ?**

C.M. : Il vaut mieux, dans la mesure du possible, prendre contact avec un psychologue au préalable pour discuter des problématiques autour de l'image corporelle et du rapport à son propre corps, surtout si l'on est en grande souffrance ou si l'on présente des signes dépressifs, quelque soient leurs origines. Il faut toujours garder à l'esprit que la consultation en chirurgie esthétique n'est jamais ni une urgence ni une priorité absolue !

### **Bicycle : Enfin, quels conseils donneriez-vous aux parents pour aborder le sujet avec son enfant sans déclencher ses foudres ?**

C.M. :

1. De la délicatesse avant toute chose de la part du parent.

Il a noté que son enfant a un problème avec l'image de

son physique. Pour établir une communication sur un tel sujet sensible, il faut d'abord enclencher une discussion calme avec respect et empathie du jeune.

2. Écouter attentivement son enfant est le deuxième ingrédient indispensable.

Cela paraît évident mais les parents, même les mieux intentionnés et les plus aimants, ont souvent tendance à minimiser le problème corporel et ipso facto la souffrance qui en découle

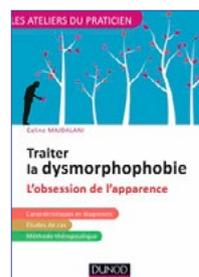
3. Et troisièmement, ne surtout pas chercher à nier ce que l'enfant dit ou décrit.

Les parents et l'entourage des jeunes voire certains professionnels ont tendance à « faire de la dénégation », surtout quand les préoccupations corporelles auxquelles ils font référence sont peu ou pas visibles.

Bannir les phrases « Mais non ma chérie tu es très belle, tu n'as pas de bosse sur ton nez voyons » etc. », « Diforme toi, mais je rêve, tu as perdu la tête, tu es canon » ou « tu n'es pas moche, cependant tu es aveugle », si l'enfant se plaint de défauts physiques.

Privilégier, même si le parent ne partage pas la perception visuelle de son enfant, de mettre plus l'accent sur la souffrance qui en découle que sur l'existence réelle ou pas dudit défaut. ■

### **POUR ALLER PLUS LOIN**



**Traiter la dysmorphophobie - L'obsession de l'apparence**

Par Caline Majdalani,  
collection : les ateliers  
du praticien,  
éditeur : Dunod, 2017

# Des livres contre le mal de corps



LAURENT NIO

BIBLIOTHÉCAIRE



Un ventre trop gros, des oreilles trop grandes, une taille trop fine, un nez trop grand...  
Voici une sélection de livres pour aider enfants et ados à dépasser leurs complexes et à faire la paix avec leur corps.

## Un portrait au poil

/ Anne-Caroline Pandolfo, éd. Talents hauts

Un album pour les 3-5 ans. Léon propose à ses amis animaux de faire leur portrait. D'abord ils refusent : l'éléphant trouve son nez trop long, le flamand rose trop rose... Puis, un à un ils acceptent. Et le fait de se voir sous forme de portrait les console. Ces portraits leur font dépasser leurs complexes.

## Brock & Ivy - Les boucles d'oreilles magiques

/ Théo Jacobi, Evan Selma Canaveira, Robin Courthaliac, Purple Édition

Ce livre met en scène Brock, peiné, contemplant ses oreilles (d'éléphant, pense-t-il) dans le miroir. Brock fait face à la dysmorphophobie, une préoccupation pour des défauts physiques inexistantes ou légers qui engendre une souffrance significative. Un outil puissant pour sensibiliser à une problématique commune : les complexes. Age : 5 à 8 ans

## Les gens sont beaux

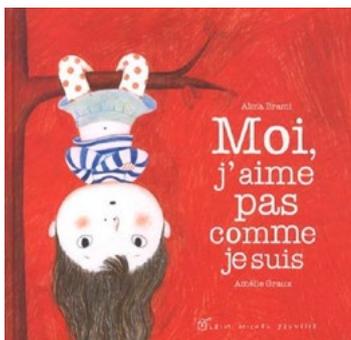
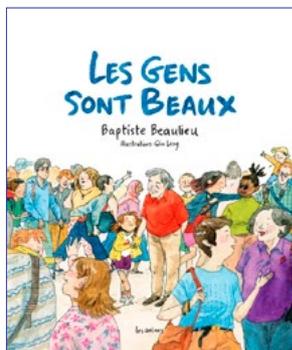
/ Baptiste Beaulieu, Quin Leng, éd. Les arènes

« Un être humain, c'est une histoire. Et quand tu connais cette histoire, ça change tout. » Un livre pour enfant qui raconte la beauté des gens, de tous les gens. Un livre qui rappelle cette vérité toute simple : les corps sont beaux parce qu'ils ont une histoire, et quand tu connais cette histoire, alors tu ne peux plus ni juger ce corps, ni juger la personne qui est parfois enfermée dedans.

## Moi, j'aime pas comme je suis

/ Alma Brami, éd. Albin Michel Jeunesse

Une petite fille que rien n'arrive à consoler, ni personne, ni sa maman : elle a des poils sous les bras, un nez en trompette, ses joues sont grosses... Elle est jalouse de Sonia, de ses cheveux, etc. « En fait, je crois que je manque de confiance en moi... » On n'a pas toujours tout pour plaire, c'est vrai, et ce n'est pas facile de faire avec ce qu'on a. Puis c'est grâce à un amoureux qu'elle finira par s'accepter. Quelqu'un qui la regarde comme elle est... (Age : 5-6 ans).

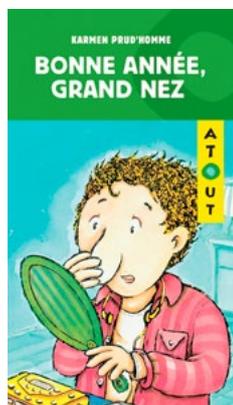




### **Rentrer son ventre et sourire**

/ **Laurence Beaudoin-Masse, éd. Alice Tertio**

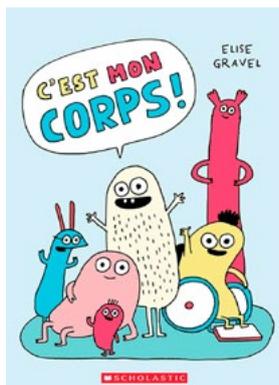
Beaucoup de thèmes, dont ceux des critères esthétiques impossibles à atteindre, de l'obésité, le désir d'être acceptée, l'estime de soi, etc. Tous ces thèmes se recoupent, et forment un récit très intéressant. Élie navigue entre le monde réel, avec ses tracas, et son travail de youtubeuse-influenceuse, nettement plus virtuel, mais idéalisé. Destiné plutôt aux « Jeunes Adultes » (18-25 ans), même si on peut le lire plus tard, bien sûr. NB : insultes et quelques scènes sexuellement explicites.



### **C'est mon corps !**

/ **Élise Gravel, éd. Scholastic**

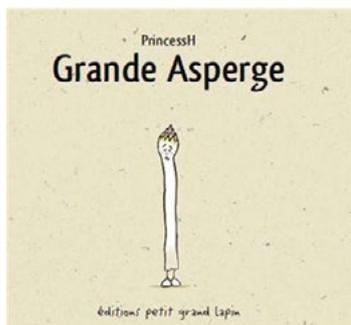
Album 0 à 5 ans. « Chaque corps est unique ! Il y en a de différentes formes, tailles et couleurs, avec différents cheveux... et qui peuvent faire différentes choses. Ces différences rendent le corps de tout un chacun spécial, et tous les corps doivent être respectés. Ton corps T'APPARTIENT, alors fais-lui un câlin... mais seulement si tu en as envie ! Un important message destiné à promouvoir une image positive du corps, qui permet au lecteur de s'approprier son corps tout en se divertissant. Le meilleur corps est celui qui t'appartient ! »



### **Bonne année, Grand Nez**

/ **Karmen Prud'homme, éd. Atout**

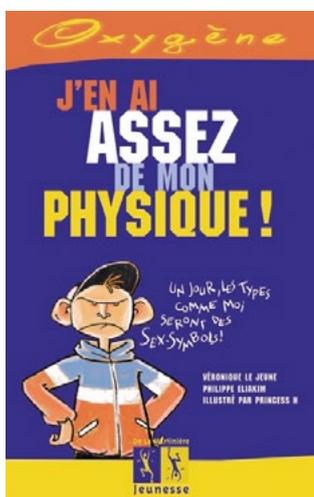
Charles a un nez qui lui semble tellement énorme qu'il décide de consulter secrètement un médecin. Dans la salle d'attente il rencontre Claudelle, qui va lui apprendre à vivre avec son nez. Un petit roman bourré d'humour. À partir de 9 ans



### **Une Grande Asperge**

/ **PrincessH, éd. Petit Grand Lapin**

« Asperge est complexée, très complexée par son corps. Trop grande, trop fine, trop petite, trop blanche... Elle se reproche tout et se compare beaucoup à tous ces camarades légumes du potager. » S'identifier à cette asperge, c'est la comprendre, et se poser les mêmes questions : qui va bien vouloir de moi ? Pourquoi je suis comme ça ? Je suis trop moche ... Et puis un jour, une rencontre...



### **J'en ai assez de mon physique**

/ **Véronique Lejeune, Philippe Eliakim, éd. de la Martinière Jeunesse**

Un livre documentaire pour les ados, sur ce thème de l'acceptation de soi (le sous-titre est « un jour les types comme moi seront des sex-symbols » dit par un ado à casquette, l'air fâché et frustré). « C'est moi, ça, dans la glace ? C'est avec cette tête que je vais devoir vivre ? Avec ce corps-là qu'il me faudra séduire ? » Pas de panique ! Près de trois ados sur quatre ne se trouvent pas terribles, voire carrément repoussants ! A l'heure où le corps change, cette angoisse corporelle est tout à fait normale. Un peu de patience, deux ou trois exercices, un brin de philosophie, et elle disparaîtra. Comme les boutons sur le nez.



# Mon fils est un VIP de la psychiatrie

Le taxi est en bas. Il vient chercher mon fils (il a 27 ans maintenant). Il l'emmène à l'EPSM\* pour son injection. Demain il reviendra pour l'emmener à son activité de l'hôpital de jour. Dans 3 jours ce sera pour sa visite chez le psychiatre.

Mon fils est devenu VIP de la psychiatrie !

Ça coûte une blinde à l'état !

Je rigole ! Comme une baleine ! Amère ! Je suis une mère en colère, qui fait la nique à l'état !

Voilà donc votre résultat du refus de reconnaissance de la bipolarité juvénile !

Son père s'y est engouffré depuis le début !

On en est à 5 hospitalisations, un suivi en hôpital de jour, et l'espérance qu'il intègre un Foyer d'Accueil Médicalisé ! Une réussite !

La bipolarité juvénile n'existe pas !

Ça lui aurait apparu paf, comme ça ! À 15 ans 3mois ! d'un coup qu'ils disent ! Comme c'est drôle !

La bipolarité juvénile, c'est un truc des Américains ! A bas le DSM\*\*, vive la CIM\*\*\* qu'ils disent !

Pour en faire quoi ? Du déni ? Que nenni qu'ils disent, c'est tout d'la faute à la mère pas suffisamment bonne ! Une entortilleuse d'œdipe ! Bouh la vilaiine !

Entre temps, nous avons eu l'immense privilège de vivre les longues années de drogues, la déscolarisation, la désocialisation, la descente aux enfers ! De cyclothymique, pas loin de la normalité, il est devenu schizo-affectif, socialement inefficace, handicapé !

Résultat fracassant de non-réponses pour une mère qui criait à l'aide !

Le père, la famille, les amis, les pédopsy, tous me regardaient de travers !

Je me souviens aussi des hommes d'états, des médecins observant nerveusement leurs pieds en essayant de clôturer la conversation ! On continue encore du reste, un tout petit peu moins en 13 ans de Bicycle ! Bicycle écope la mer avec une petite cuillère !

Leur p. de résultat :

Ça mobilise les soignants qui ne soignent plus trop car ils doivent planifier tout ça, remplir des tas de papiers pour justifier le dogme ! C'est la consigne ! Réduisez les coûts qu'ils disent !

Ils décanillent en burn-out les uns derrière les autres ! La psychiatrie adulte essuie les plâtres ! La pédopsychiatrie toute puissante, ne va pas/peu voir la psychiatrie adulte, tellement sûre d'elle. Leur bilan : dans la majorité des cas, des chroniques ! C'est un des rares corps de métier qui se fiche totalement de leurs résultats effectifs ! Je suis pour la mort de la pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, enfin tout ce qui découpe l'humain en petites cases, petits pré-carrés !

La faute à ça, la maladie qui n'existe pas !

Certains médecins en fin de carrière ont concédé qu'ils s'étaient trompés... ok c'est sympa à eux... Ce serait encore mieux d'en faire part dans les médias, vous risquez quoi ?

Cher état, dansez maintenant, balayez, balayez, payez, payez !

Mon fils s'octroie une parenthèse heureuse, nous en profitons tout en sachant que ça va revenir !

Mon fils est VIP de la psychiatrie...à vos frais !

\*Établissement Public de Santé Mentale - \*\*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'Association américaine de psychiatrie - \*\*\*Classification Internationale des Maladies publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

# Mon fils est guéri



LAËTITIA PAYEN

PRÉSIDENTE  
DE L'ASSOCIATION BICYCLE

Les copains sont en bas. Ils viennent chercher mon fils (il a 14 ans maintenant) pour faire le trajet ensemble jusqu'au collège. Demain ils reviendront car ils ont prévu de se faire un mac do et un ciné. Dans 3 jours, ce sera peut-être pour jouer sur la console.

Mon fils est un rescapé de la pédopsychiatrie !

Ça nous a coûté une blinde !

Je rigole ! Comme une baleine ! Amère ! Je suis une mère en colère, qui fait la nique à l'état ! Voilà donc notre résultat de la reconnaissance de la bipolarité juvénile !

On a pu éviter les hospitalisations, de nouvelles tentatives de suicide, les drogues, la déscolarisation, une enquête sociale voire un placement qui sait et on a l'espérance qu'il intègre un bac pro ! Un échec quoi !

La bipolarité juvénile existe !

Grâce à une prise en charge adaptée depuis ses 5 ans, j'ai espoir que ça disparaisse comme ça paf d'un coup à 15 ans et 3 mois car il sera devenu un adulte plus que rétabli, guéri.

Et j'ai de bons arguments pour y croire.

«Qu'est ce qui s'est passé entre la 6ème et la 3ème ?», «pourquoi tu as tant changé ?» C'est en sortie scolaire, sur le chemin des dames, au milieu d'une ancienne tranchée que 2 professeurs d'histoire géo sont venus interroger mon fils. Sans le savoir, le lieu ne pouvait pas être plus adapté. Mon fils n'a pas gagné qu'une bataille, je crois qu'il a gagné la guerre. Cet été déjà son psychiatre lui avait dit en parlant de son traitement : «tu sais aujourd'hui pour toi ce n'est plus un soin, c'est un airbag...»

Mais à la dernière consultation il est allé plus loin il a prononcé cette phrase «pour moi aujourd'hui tu es guéri»

Mon fils n'a pas eu besoin d'un traitement lourd, mon fils a pu suivre une scolarité en milieu ordinaire, mon fils a arrêté de se détruire et de nous détruire, mon fils a une vie sociale riche, mon fils et toute la famille avons suivi une thérapie essentielle mais qui pourtant n'a pas été prise en charge.

Sur son dernier bulletin les profs ont écrit «comportement en classe exemplaire». Il a obtenu le stage de 3ème dont il rêvait en utilisant son plein potentiel : sa créativité et sa passion.

Il s'est tellement bien développé qu'aujourd'hui il veut en faire son métier et devenir développeur...

Cher état, soyez cohérent, depuis quand on ne pose pas de diagnostic mais qu'on prescrit quand même des cocktails de médicaments à des enfants qui ne sont donc pas malades au gré du symptôme du moment ? Comment expliquer que ces médicaments non adaptés soient remboursés et pas les prises en charge non médicamenteuses ? Il faut choisir entre droguer ou soigner. Ça vous évitera la mort de plusieurs enfants sur la conscience.

Quand la corruption sera-t-elle interdite dans le champ de la santé ? (Pour être poli en médecine on appelle ça «conflit d'intérêt») ou comment se faire de l'argent sur la santé de nos enfants. Faites du profit qu'ils disent ! C'est la consigne ! La santé doit être rentable !

Et merci à ces médecins qui se reconnaîtront, car ils existent aussi, qui osent avec nous et qui risquent leurs carrières pour sauver des vies.

Après 5 ans d'errance de diagnostic et 10 ans de suivi psy adapté et grâce au savoir expérimental de Bicycle mon fils est un rescapé de la pédopsychiatrie... à nos frais ! ■



©Illustration: Emma Brangeon

# Guide des médicaments et de leur bon usage dans la bipolarité juvénile



DR ÉLIE HANTOUCHE

CENTRE DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR,  
PARIS

©Photo: J.F. Deroubaix

En acceptant la « chimie » du cerveau bipolaire, il devient plus aisé d'admettre que des traitements pharmacologiques sont capables de soigner un enfant ou un adolescent présentant un trouble bipolaire. Les recommandations actuelles pour le traitement de la BPJ sont en faveur des approches médicamenteuses combinées avec des psychothérapies. Les médicaments représentent une partie importante et nécessaire dans le traitement de la BPJ, notamment quand il s'agit de soigner les épisodes majeurs (maniaques, dépressifs ou mixtes) et de maintenir au long cours une réduction de la récurrence des épisodes et une atténuation de l'instabilité émotionnelle persistante.

Dans l'évaluation de la BPJ, se rappeler de 4 points importants à considérer :

- L'évolution longitudinale des symptômes (ne pas se limiter à une période donnée)
- L'histoire familiale de bipolarité quand le tableau clinique n'est pas assez évident
- Le mode évolutif du trouble : épisodique (présence d'intervalles libres entre les épisodes) versus instable (oscillations permanentes des niveaux d'humeur et d'énergie)
- Les perspectives et les avis de plusieurs sources (le jeune, les parents, la fratrie, les enseignants...)

## LES MÉDICAMENTS DE LA BPJ

Tous les psychotropes sont susceptibles d'être utilisés dans la BPJ. En gros, le choix du traitement est essentiellement guidé par la nature et la polarité de l'épisode aigu (maniaque/mixte ou dépressif) et la durée du traitement (phase de maintenance).

Phase du trouble	Médicaments
Épisode maniaque ou mixte	Lithium Divalproex / Valproate Risperidone Aripiprazole Haloperidol Olanzapine Quétiapine Ziprasidone - Asenapine (non disponibles en France)
Épisode Dépressif	OFC (Combinaison Olanzapine-Fluoxétine) Lurasidone (non disponible en France)
Maintenance (Moyen et Long cours)	Lithium Divalproex / Valproate Carbamazépine Risperidone Aripiprazole Lamotrigine (chez les adolescents)

Vu la complexité de la BPJ, tous les psychotropes connus et disponibles peuvent être utilisés à un moment ou à un autre. Le plus important est de savoir faire un choix judicieux du traitement en fonction du diagnostic posé, des indices de sévérité, de la comorbidité (troubles associés à la BPJ) et de l'impact sur le fonctionnement psychosocial-scolaire et sur le développement du jeune bipolaire.

## TRAITER LA PHASE MANIAQUE

Elle représente une urgence psychiatrique qui nécessite souvent une hospitalisation en milieu spécialisé, à moins d'avoir repéré les signes précurseurs de la manie. L'agitation, l'hyperactivité, l'irritabilité, la colère, la violence ainsi que les éléments psychotiques (délire, hallucinations) sont les phénomènes qu'il faut cibler en premier. Pour cela, les neuroleptiques (NL) et les anti-psychotiques atypiques (APA) sont habituellement le traitement précoce de première intention dans les cas sévères et/ou psychotiques de la manie.

Actuellement, les APA comme Aripiprazole (Abilify®), Rispéridone (Risperdal®), et Olanzapine (Zyprexa®) sont préférés par rapport aux neuroleptiques classiques comme Haloperidol (Haldol®), Chlorpromazine (Largactil®), Loxapine (Loxapac®) et Zuclopenthixol (Clopixol®).

Les thymorégulateurs anti-maniaques comme le lithium (Téralithe®), divalproate (Dépakote®), valpromide (Dépamide®), valproate (Dépakine®) et la carbamazépine (Tégretol®), peuvent être l'alternative aux neuroleptiques en traitement de première intention de la manie (cf fig focus sur le lithium).

## Traitements de la BPJ : Focus sur le Lithium

- 5 revues systématiques publiées\* incluant 2661 traités avec Lithium (RCT et études ouvertes)
- Résultats =  $Li^1 = VPA^2$  et < Risperdal (ce qui est logique dans les épisodes aigus)
- Peu de données dans la forme classique de BP (majorité manies mixtes ou résistantes, comorbidité TDAH)
- 55% efficacité du Li dans la manie aiguë
- Peu d'effet sur les épisodes dépressifs
- Bonne tolérance : 24% effets secondaires gênants (gastro-intestinaux – céphalées – Polyurie...)

\* Liu 2011; Amerio 2018; Duffy 2018; Pisano 2019 et Yee 2019

Janiri et al, Inter J Bipolar Dis, 2023

Une combinaison d'un thymorégulateur et d'un neuroleptique est souvent prescrite chez les adultes jeunes. Cette combinaison peut être utilisée, dans les cas difficiles, chez les très jeunes enfants.

Des traitements sédatifs comme Tercian® ou Théralène®), des benzodiazépines puissantes comme

<sup>1</sup> Lithium - <sup>2</sup> Acide Valproïque

Lorazepam (Temesta®), sont parfois nécessaires en phase aiguë pour calmer l'agitation anxieuse et surtout corriger les troubles du sommeil fréquemment présents en phase maniaque.

Donc, la polypharmacie (c'est-à-dire la prescription de plusieurs psychotropes en même temps) est de règle pour traiter l'épisode maniaque.

### TRAITER LA PHASE DÉPRESSIVE

Le traitement de la dépression bipolaire est encore un casse-tête pour les experts et les cliniciens. En raison des complications induites par les antidépresseurs (cf. paragraphe « anticiper les complications induites par antidépresseurs »), les experts américains recommandent l'usage d'un thymorégulateur seul pour les dépressions de sévérité modérée mais ceci est rarement appliqué dans la pratique. Cependant, en cas de survenue d'un épisode dépressif chez un jeune déjà sous thymorégulateur, le schéma de prescription le plus classique est d'ajouter un antidépresseur, toujours à petite dose et sur une courte durée. Le choix se portera sur les molécules les mieux tolérées et ayant fait l'objet d'études chez les jeunes, comme Sertraline (Zoloft®), Fluoxétine (Prozac®), Paroxétine (Deroxat®) ou Escitalopram (Seroplex®). Les antidépresseurs tricycliques ne sont pas le meilleur choix en première intention (trop d'effets secondaires et surtout risque de virage plus important). L'usage d'un antidépresseur dans la BPJ nécessite toujours une extrême surveillance des virages thymiques et d'éventuelles aggravations, c'est ce qui explique la nécessité d'une ordonnance bien suivie et toujours associée à un thymorégulateur.

Dans les cas de dépressions mixtes (coexistence de symptômes hypomaniaques au sein de la dépression = agitation, irritabilité, colère, pensée rapide ou encombrée...), on peut proposer l'association d'un antipsychotique atypique à petite dose (Risperdal®, Abilify® ou Zyprexa®) avec un thymorégulateur.

### ANTICIPER LES COMPLICATIONS INDUITES PAR LES ANTIDÉPRESSEURS

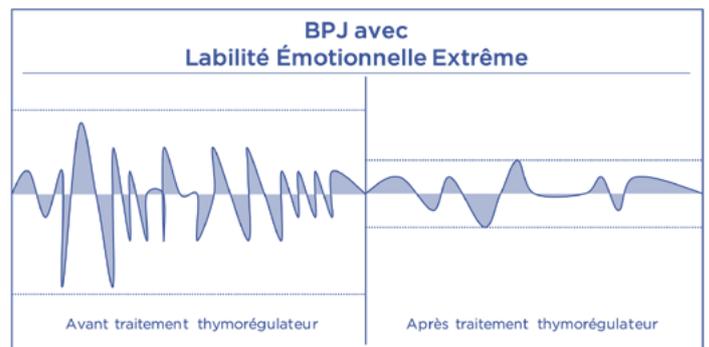
Beaucoup de jeunes bipolaires auront un jour besoin d'un traitement antidépresseur (AD), soit à cause des épisodes dépressifs, soit pour traiter les troubles comorbides, comme le TOC, la phobie sociale, les attaques de panique... Le risque majeur réside dans la situation où les AD sont prescrits en dehors d'une investigation clinique complète pour dépister la BPJ ou sans surveillance attentive quant aux complications connues des AD chez les patients bipolaires. Tout jeune traité avec un AD doit être étroitement surveillé en raison des complications qui peuvent être :

- Des virages maniaques (c'est-à-dire une inversion de la polarité de l'humeur), avec une levée rapide de l'inhibition dépressive vers un état d'excitation avec hyperactivité

- Une aggravation de l'état de l'enfant
- Une induction de pulsions suicidaires
- Un état d'agitation interne, intense avec des pensées pressantes intenable
- La survenue d'une insomnie rebelle
- La survenue d'un délire ou d'hallucinations
- Des comportements insolites ou bizarres
- Une augmentation de la cyclicité du trouble (plus d'instabilité)
- La formation d'états dépressifs mixtes, prolongés et/ou réfractaires...

### TRAITER LES FORMES AVEC UNE LABILITÉ ET UNE INSTABILITÉ EXTRÊMES

Cette forme de bipolarité, dite « cyclothymie », s'avère être la plus fréquente chez les jeunes bipolaires et son traitement est plus délicat, car l'objectif est différent du traitement d'un épisode aigu de manie ou de dépression. En effet, les symptômes cibles ne sont pas cadrés dans un épisode, mais plutôt il s'agit de manifestations persistantes comme l'irritabilité, l'instabilité de l'humeur et des conduites, l'impulsivité, les crises de rage, l'hyperréactivité émotionnelle..., qui sont les composantes du trouble bipolaire Cyclothymique (par opposition au trouble bipolaire épisodique type I ou II). Les thymorégulateurs anticonvulsivants sont les traitements de choix, notamment le Valproate. L'efficacité du lithium est assez limitée dans ces formes hautement instables et sans intervalles libres. Les doses de départ du Valproate sont modérées (comme 5 à 10 mg/kg) ; elles seront adaptées en fonction de la réponse du jeune. Comme les cibles à atteindre sont nombreuses, l'idéal est de fixer dès le départ avec les parents, des critères de jugement : fréquence des crises de colère, niveaux d'impulsivité et d'irritabilité. Dans la pratique, on demande aux parents et au jeune de remplir au quotidien un agenda de l'humeur et de comparer les changements une fois par mois. Ce mode d'évaluation est intéressant car il donne une idée sur l'intensité et la fréquence des changements aux niveaux de l'énergie - activité et de l'humeur. Le but du traitement n'est guère d'obtenir une courbe « plate », mais de réduire les pics des hauts et des bas et d'atténuer la brutalité des virages entre les hauts et les bas (cf fig).



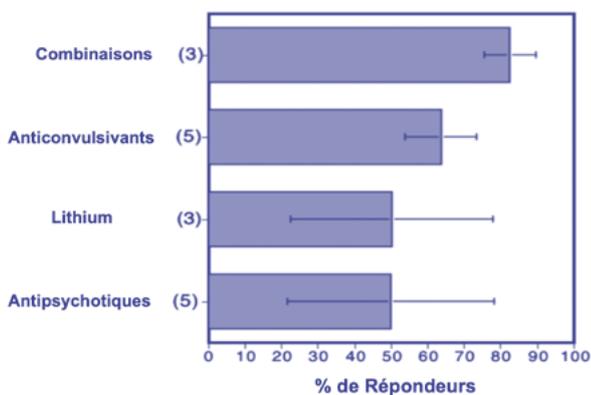
## LES TRAITEMENTS À MOYEN ET AU LONG COURS

C'est, probablement, la partie la plus importante du traitement de la bipolarité en raison de sa cyclicité et des symptômes persistants. Le traitement nécessite la poursuite du traitement « primaire » (ou principal) instauré dans les phases aiguës, idéalement en monothérapie. Le but est de réduire le risque de rechute, c'est-à-dire le retour des symptômes du dernier épisode traité. La durée de cette période varie entre 6 et 12 mois. Les autres psychotropes prescrits au début du traitement doivent être progressivement arrêtés et les traitements thymorégulateurs seront maintenus.

Dans certains cas avec rémission partielle ou rechute, le recours à des combinaisons thérapeutiques s'impose, comme donner : un thymorégulateur avec un antipsychotique si rechute hypo (maniaque), ou un thymorégulateur avec un antidépresseur si rechute dépressive. Au-delà de cette période, dite de consolidation, se pose la question du traitement prophylactique pour prévenir la survenue de nouveaux épisodes et de maintenir un niveau de rémission acceptable (réduction de l'intensité des symptômes et des variations émotionnelles). Récemment, la Lamotrigine (Lamictal®) s'est révélée efficace pour prévenir les récurrences dépressives bipolaires et à moindre degré, les récurrences (hypo)maniaques. Les études montrent un effet plus net et observable chez les adolescents bipolaires.

Dans une méta-analyse, Yee et al (2019) ont synthétisé les résultats de 16 études médicamenteuses au long cours dans la BPJ. La figure montre les résultats d'efficacité, notamment supérieure avec les combinaisons thérapeutiques comme Valproate + Risperdal ; Lithium + Risperdal ; Lamictal + antipsychotique ou autre régulateur.

## BPJ : Traitements au Long cours



Yee et al, 2019

## TRAITER LA BPJ =

### BESOIN D'UN PROJET COMPRÉHENSIF ET GLOBAL

Le traitement nécessite un suivi et une surveillance par un spécialiste. Les parents ont besoin d'une information claire et complète, et les enfants doivent être impliqués dans la discussion au sujet de leur traitement, une discussion utilisant des mots que les jeunes peuvent comprendre. En posant certaines questions, les jeunes et leurs parents accèdent à une meilleure compréhension des médicaments prescrits dans le traitement de la BPJ (tableau).

#### Tableau : les questions utiles pour comprendre la pharmacothérapie de la BPJ

1. Quels sont les médicaments prescrits pour traiter la BPJ ? Quel est le nom du traitement ? Est-il connu avec un autre nom (générique, à l'étranger) ?
2. Quels sont les objectifs du traitement ?
3. Comment le traitement va-t-il aider mon enfant ?
4. Que connaît-on au sujet de son efficacité chez les autres enfants ayant le même trouble ?
5. Quels délais faut-il attendre avant d'avoir les résultats attendus ?
6. Comment comprendre et anticiper les méfaits des antidépresseurs ?
7. Quelles sont les doses utiles ? Quelle est la durée du traitement ?
8. Comment préparer mon enfant pour accepter la prise des médicaments ?
9. Dois-je responsabiliser mon enfant pour la prise des médicaments ?
10. Ce traitement peut-il induire des addictions ou des abus ?
11. Quels sont les effets secondaires à surveiller ? Qu'en est-il de la prise de poids ?
12. Y a-t-il des effets rares ou adverses avec ce traitement ?
13. Que dois-je dire à l'école et comment faire s'il part en colonie ?
14. Faut-il faire des examens de laboratoire avant l'instauration du traitement ? D'autres examens sont-ils à faire au cours du traitement ?
15. Quelles sont les précautions à respecter, comme éviter certains aliments ou d'autres médicaments ? Quelles sont les interactions avec d'autres médicaments pris en même temps ? Certaines activités doivent-elles être évitées au cours du traitement ?

Accepter un traitement psychiatrique pour son enfant est une affaire sérieuse. Si des doutes persistent malgré ces questions, les parents ont la liberté d'avoir l'opinion et les explications d'un autre expert en pédopsychiatrie. Les parents doivent s'attendre à avoir de temps à autre des avis divergents tant sur la nature du diagnostic que sur la nature des traitements à proposer pour traiter le trouble de leur enfant. Le but n'est pas de se retrouver « victime » des divergences des écoles en pédopsychiatrie, mais de tenter de soulager la souffrance de son enfant et de comprendre au mieux ce qui lui arrive. Le but idéal du traitement est d'apporter au patient un état de rémission clinique prolongée et de le protéger contre les conséquences de sa bipolarité sur sa vie familiale, sociale et scolaire.

### LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT

En raison de la structure complexe et de l'évolution (ré-currence) de la BPJ, le traitement doit viser plusieurs objectifs :

- Traiter les épisodes aigus, maniaques ou dépressifs ; dans certains cas de manie, c'est une urgence ; dans les cas de dépression, le piège est de traiter avec des anti-dépresseurs en négligeant la nature du trouble.
- Consolider les effets obtenus en aigu afin de réduire les risques de rechutes, ce qui nécessite une prolongation du traitement aigu sur une période de 6 mois au minimum.

- Assurer une prophylaxie pour prévenir la survenue de nouveaux épisodes ; c'est une décision critique notamment dans les cas débutants (peu d'informations sur le potentiel de récurrence) ou de doute sur la bipolarité.

- Agir sur les manifestations persistantes entre les épisodes, notamment les traits cyclothymiques (ou l'instabilité émotionnelle permanente).

- Traiter la comorbidité, c'est-à-dire les troubles associés à la BPJ, notamment le TDAH (ajouter des stimulants jamais sans régulateurs), le TOC (TCC ou antidépresseurs sérotoninergiques), les troubles alimentaires (thérapie spécialisée), les abus de substance (sevrage et aide à l'abstinence)...

### EN CAS D'ABSENCE DE RÉPONSE AU TRAITEMENT

Votre enfant ne réagit pas au traitement. La liste qui suit est à considérer sérieusement :

- Le diagnostic de BPJ est-il approprié ?
- Y a-t-il une comorbidité non repérée au début du traitement (p. ex. TDAH), un abus de substances illicites ou une affection somatique associée (p. ex. trouble de la thyroïde, syndrome apnée du sommeil...) ?
- Le traitement prescrit est-il adéquat (type du médi-

cament, dosage, taux plasmatiques, type de la psychothérapie) ?

- Votre enfant présente-t-il une intolérance au traitement comme avoir trop d'effets indésirables ?
- Est-ce que les consignes de la thérapie sont-elles bien appliquées ? Votre enfant a-t-il une bonne hygiène de sommeil ? Est-ce qu'il consomme trop de stimulants ou passe trop de temps sur des écrans ?
- Existe-t-il des conflits actuels au sein de la famille ou à l'école ?

Une raison évidente et commune de non amélioration est la mauvaise observance du traitement (prise irrégulière, oublis, refus).

Prenez le temps de comprendre les facteurs sous-jacents :

- l'enfant ou sa famille sont dans le déni de la maladie mentale

- l'enfant ou sa famille ne sont pas assez motivés pour adhérer au traitement

- l'enfant n'a pas été assez encouragé par son médecin

- le traitement est trop fort ou compliqué (trop de prises)

- l'enfant a peur d'avaler les comprimés

- l'enfant présente des effets indésirables

- l'enfant craint

le commentaire des autres lors de la prise du traitement

- l'enfant a peur que le traitement soit nocif pour sa santé

- l'enfant présente des conduites d'opposition

- l'enfant vit dans un environnement « chaotique » ou défavorable



©Illustration: Emma Biangeon

## TRAITER LA COMORBIDITÉ

La BPJ est fréquemment associée à d'autres troubles qu'il convient de prendre en compte dans le plan des soins. Certaines comorbidités sont sensibles aux traitements spécifiques de la BPJ, comme l'impulsivité, l'opposition, les troubles des conduites, l'appétence à l'alcool. Pour les troubles anxieux (TOC, Trouble Panique, Phobie Sociale), le recours aux antidépresseurs est autorisé une fois les thymorégulateurs instaurés et après un certain délai de 4 à 12 semaines.

Le trouble comorbide le plus fréquent et délicat à soigner est le TDAH. Ce trouble est sensible aux effets des stimulants comme les dérivés du méthylphénidate (Ritaline®, Concerta®, Quasym®, Medikinet®). Ces psychotropes existent en forme à libération normale ou prolongée (LP). Les dosages sont à adapter en fonction de la réponse de chaque enfant au traitement. Il existe évidemment des règles et des précautions à respecter, notamment chez les jeunes qui présentent une épilepsie, un trouble cardiaque ou thyroïdien. Les effets secondaires les plus communs sont une réduction de l'appétit, une perte de poids et des difficultés de sommeil. D'autres signes surviennent en fonction de la dose et de la rapidité d'augmentation du traitement (maux d'estomac, irritabilité, tristesse, céphalées, picotements, bouche sèche, palpitations). D'autres molécules non stimulantes peuvent agir sur le TDAH, comme la clonidine (Catapressan®).

## SURVEILLANCE ET BILANS

La prescription d'antipsychotiques ou d'antidépresseurs ne nécessite pas de bilan biologique particulier. En revanche, l'instauration de thymorégulateurs doit faire l'objet d'un bilan clinique et para clinique préalable. L'examen de sang inclut une NFS, les enzymes hépatiques (ALAT, ASAT), les hormones thyroïdiennes (TSH), bilan rénal (créatinine plasmatique et clairance de la créatinine). La poursuite du thymorégulateur sera régulièrement surveillée par la répétition du bilan de départ, avec en plus un contrôle des taux plasmatiques, des sels de lithium (lithiémie), de l'acide valproïque (dépakinémie) ou de la carbamazépine (tégrétolémie). Ces bilans d'instauration et de suivi permettent de respecter les contre-indications, les précautions d'emploi et de surveiller la prise régulière du traitement ainsi que le respect de la fourchette thérapeutique pour chaque thymorégulateur. Dans la majorité des cas, c'est la surveillance clinique qui va dicter l'adaptation des doses du traitement. Les taux plasmatiques des thymorégulateurs donnent une idée sur le métabolisme du médicament et de sa concentration dans le sang. Les valeurs indiquées ont été paramétrés dans les phases aiguës du traitement de la manie. Au long cours, le contrôle des taux plasmatiques sert souvent à vérifier la bonne observance du traitement et éviter les fortes concentrations responsables d'une intolérance du traitement (majoration des effets indésirables ou secondaires).

## EFFETS SECONDAIRES À SURVEILLER

Dans la BPJ, le jeune risque d'avoir une prescription complexe (plusieurs médicaments en même temps ou dans le temps en fonction de l'évolution de son trouble bipolaire). L'idéal serait de se limiter à un seul médicament, au moins au début du traitement. On recommande aux parents de se renseigner sur chaque traitement prescrit, auprès du médecin prescripteur, du pharmacien et d'autres sources, comme le Vidal, l'Internet...

Chaque sujet a sa réactivité propre à chaque médicament. Les effets indésirables observés chez un jeune ne sont pas obligatoirement reproduits chez un autre. Certains n'ont aucun effet indésirable et d'autres tolèrent mal le traitement, même à doses assez modérées. Cela revient à dire qu'une vigilance est primordiale au début de chaque nouveau traitement (surveiller les effets indésirables immédiats) et qu'une vigilance doit être maintenue tout au long du traitement (effets indésirables qui surviennent avec la prolongation du traitement, comme la prise de poids, les effets sur le sommeil, la sédation, les effets sur la fonction sexuelle). Parmi ces derniers, la prise de poids devient actuellement un vrai problème pour l'enfant et sa famille (ce qui mérite de le détailler).



©Illustration Emma Biangeon

## DOSSIER SPÉCIAL

<b>Médicaments</b>	<b>Surveillance des effets secondaires ou adverses</b>
<b>Antipsychotiques – Neuroleptiques :</b> Risperidone Aripiprazole Haloperidol Olanzapine Quétiapine	Effets neurologiques (tremblements, rigidité, mouvements anormaux), Sédation, passivité, Virages dépressifs, Prise de poids Troubles endocriniens (arrêt des règles)
Lithium (Téralithe®)	Tremblements, sédation, polyurie, céphalées Effets sur les fonctions rénales et thyroïdiennes, interactions médicamenteuses (antiinflammatoires), signes de toxicité
<b>Thymorégulateurs anticonvulsivants</b> • Dépakote®, Dépamide®, Dépakine®, • TégrétoL®, Trileptal® • Lamictal® • Neurontin®	Effets sur la fonction hépatique et la formule sanguine, Prise de poids Allergies cutanées Sédation, somnolence
<b>Antidépresseurs</b> • Tricycliques : Anafranil®, Laroxyl®, Ludiomil®, Tofranil® • ISRSs : Prozac®, Zoloft®, Deroxat®, Seropram®, Seroplex®, Floxyfral® • Autres : Effexor®, Ixel®, Norset®, Athymil®	Virages maniaques, aggravation de la bipolarité, impulsions suicidaires, violence, conduite bizarres, et autres effets d'intolérance, notamment avec tricycliques (prise de poids, vertiges, bouche sèche, constipations, troubles visuelles...)
<b>Anxiolytiques</b> • Benzodiazépines : Lexomil®, Xanax®, Lysanxia®, Temesta®, Valium®, Rivotril®... • Autres : Atarax®,	Sédation, troubles de la mémoire, risque d'abus et de dépendances, réactions paradoxales (impulsivité, réactions hostiles, agitation) Sédation
<b>Sédatifs / Hypnotiques</b> Noctamide® Théralène®, Tercian®	Somnolence diurne, troubles cognitifs (mémoire, attention)
<b>Stimulants</b> ConcertaLP®, Ritaline®, Ritaline LP®, Quasym®, Medikinet®	Stimulation, excitation, hallucinations, virage maniaque, intolérance gastrique, baisse d'appétit, céphalées
<b>Divers</b> Catapressan®, Lepticur®, Akineton LP®, Parkinane LP®, Artane®,	Fatigue, hypotension Effets anticholinergiques (trouble de la vision, bouche sèche, constipation...)

## PRISE DE POIDS

La plupart des psychotropes utilisés dans le traitement de la BPJ peuvent induire une prise de poids. Elle peut être rapide, au cours des premières semaines du traitement, avec certains antipsychotiques. Parmi eux, le Zyprexa® (Olanzapine) est réputé induire une prise de poids rapide. Le Valproate et les sels du lithium peuvent induire une prise de poids différée et progressive. Quelquefois, la combinaison des psychotropes en est responsable.

Dans tous les cas, les parents sont invités à faire attention à la diète de leur enfant et à l'encourager à pratiquer une activité sportive régulière. C'est facile à dire mais parfois c'est une mission impossible !

Parler de la prise de poids sous traitement est une occasion pour évoquer le rôle de la nourriture dans la BPJ. En dehors de tout traitement, il importe de faire attention aux sucres rapides et aux hydrates de carbone. La majorité des jeunes BP manifeste à une période donnée des troubles des conduites alimentaires, avec parfois des désirs compulsifs de sucre et d'hydrates de carbone, comme si leur corps exigeait l'apport de ces substances pour se soigner, notamment contre les phases dépressives. Le conseil est donc d'assurer à votre enfant une diète équilibrée en protéines, sucres et graisses, en évitant autant que possible les aliments à goût facile, les boissons riches en caféine et sucre. Des suppléments vitaminiques, avec des anti-oxydants et surtout des oméga-3 sont fortement recommandés par les experts de la BPJ.

Enfin, c'est une occasion pour les parents de suivre, eux-mêmes, régulièrement une diète équilibrée et « saine », ce qui va donner à l'enfant de bonnes habitudes alimentaires. En effet, il est impossible d'imposer à votre enfant une discipline diététique que vous ne respectez pas.

## PRÉPARER SON ENFANT À LA PRISE DU TRAITEMENT

L'acceptation de la maladie implique l'adhésion au traitement de la part des parents et, bien entendu, de l'enfant, en prenant bien soin de lui expliquer comment les médicaments vont l'aider. Si l'enfant ou l'adolescent est considéré comme une personne, à part entière, lors des entretiens avec les différents intervenants, tout peut se passer au mieux. N'oubliez pas que ce sont des enfants hypersensibles, très intelligents qui captent tout. Si lors d'un entretien, vous trouvez que votre enfant est mis à l'écart, faites-le remarquer car il doit être au cœur du dialogue. Sa participation est primordiale dans le traitement. Pour commencer, le psychiatre donnera une très légère dose de médicament, puis suivant les réactions de votre enfant, les effets secondaires et vos sentiments, ce dernier ajustera le traitement. Il pourra augmenter ses doses ou changer de molécule. En effet,

il n'y a pas de miracle, une première molécule n'aura pas forcément l'effet souhaité et il faudra peut-être en essayer une seconde, voire une troisième pour trouver le meilleur ajustement possible. Des effets secondaires peuvent survenir ! Certains sont difficiles à accepter comme la somnolence, la baisse de vigilance en cours, la prise de poids par exemple. Mais le plus important est de ne jamais arrêter un traitement en cours sous prétexte d'effets secondaires ou d'aucune amélioration au bout de quelques semaines. N'arrêtez jamais sans avis médical, les rechutes sont pires. Il faudra plusieurs mois pour que votre enfant se stabilise. Soyez patients et gardez espoir : votre enfant ressentira votre optimisme. ■

## En résumé

- Ne pas hésiter pas à poser toutes les questions au sujet des médicaments pour soigner la BPJ
- Comprendre et respecter les objectifs du traitement
- Être familier avec les médicaments qui traitent la BPJ
- Préparer votre enfant à la prise correcte de son traitement
- Connaître les médicaments pour traiter la phase maniaque (et mixte) et la phase dépressive
- Accepter la nécessité des traitements à moyen et au long cours
- Connaître les complications induites par les antidépresseurs
- Penser aux bilans à faire et à votre rôle dans la surveillance du traitement
- Anticiper le problème de prise de poids et agir pour le réduire autant que possible
- Ne jamais négliger le rôle fondamental de la psychoéducation et de la psychothérapie (TCC, thérapies focalisées sur la famille).

## POUR EN SAVOIR PLUS



**Cyclothymie**  
Troubles bipolaires des enfants et adolescents au quotidien

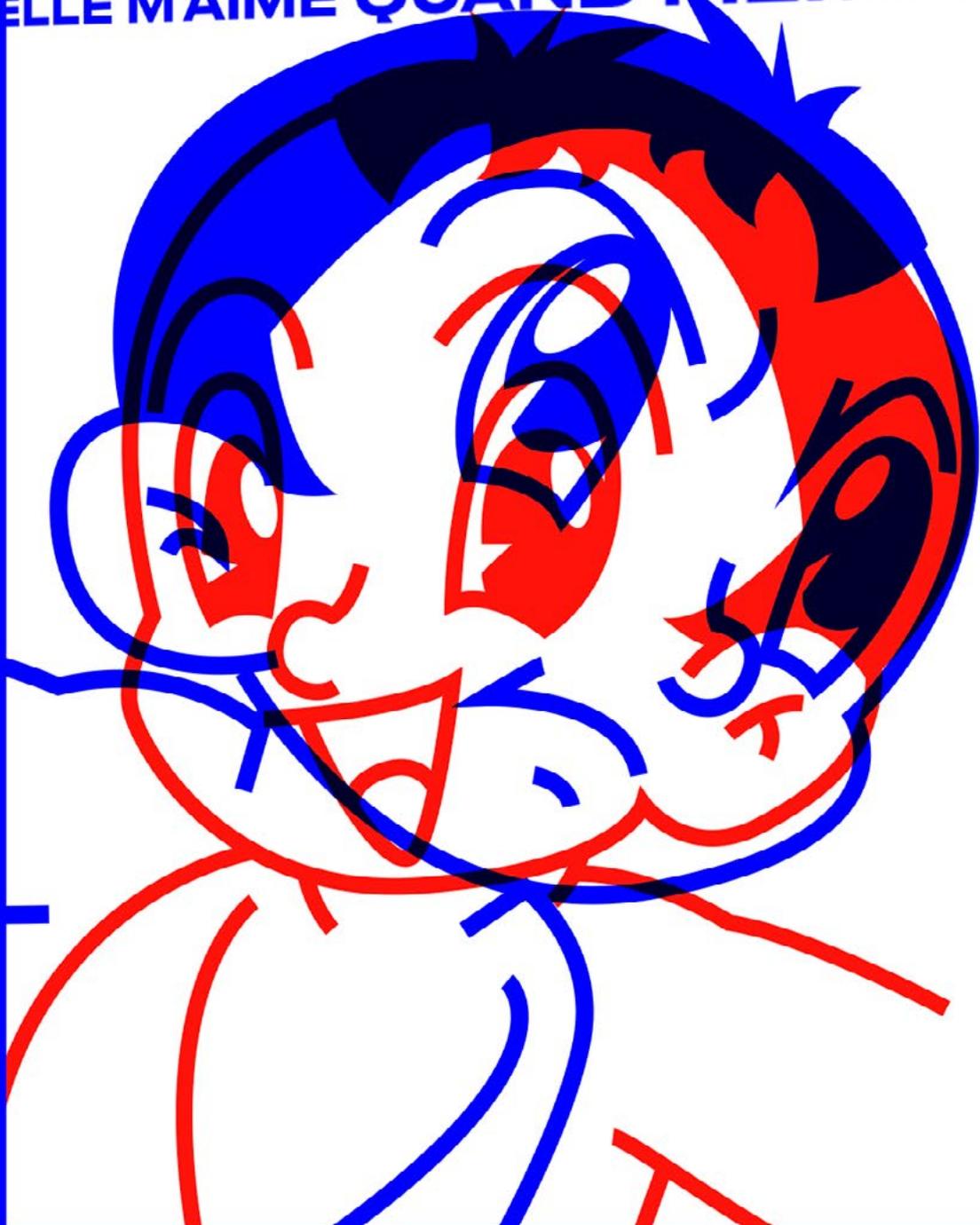
de Élie Hantouche (Auteur),  
Barbara Houyvet (Auteur)

Ed. J. Lyon - 2012

## Références

- Hantouche E, Houyvet B, Majdalani C. Cyclothymie : troubles bipolaires des enfants et adolescents au quotidien. Editions J Lyon, 2012
- Findling RL et al. Progress in diagnosis and treatment of bipolar disorder among children and adolescents: an international perspective. Evidence Based Mental Health - Nov 2018, vol 21 - p 177-181. (<http://dx.doi.org/10.1136/eb-2018-102912>).
- Liu Lu et al. Research status in clinical practice regarding pediatric and adolescent bipolar disorders. Frontiers in Psychiatry, May 2022, vol 13 doi: 10.3389/fpsyt.2022.882616
- Yee CS et al. Maintenance pharmacological treatment of juvenile bipolar disorder: review and meta-analysis. Int J Neuropsychopharmacol. (2019) 22:531-40. doi: 10.1093/ijnp/pyz034
- Janiri D et al. Lithium use in childhood and adolescence, peripartum, and old age: an umbrella review. International Journal of Bipolar Disorders. 2023, 11-8 <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00287-7>
- Duffy A et al. Efficacy and tolerability of lithium for the treatment of acute mania in children with bipolar disorder: a systematic review: a report from the ISBD-IGSLI joint task force on lithium treatment. Bipolar Disorders. 2018;20(7):583-93.
- Amerio A et al. Safety and efficacy of lithium in children and adolescents: a systematic review in bipolar illness. European Psychiatry. 2018;54(85):97.

MA MAMAN ELLE M'APPELLE  
"MON PETIT ARC EN CIEL"  
CAR MÊME SI JE LUI EN FAIS VOIR  
DE TOUTES LES COULEURS  
ELLE M'AIME QUAND MÊME !



FICODRIPPOIL ASSOCIATION BICYCLE BOB4



# FAUT PAS PRENDRE LES CONS POUR DES PARENTS

Ne pas se mouiller



N'OUBLIE PAS  
JE SUIS AVEC TOI,  
PAS CONTRE TOI,  
JE T'AIME.



APRÈS AVOIR ATTIRÉ SES  
FOUDRES, IL Y A TOUJOURS UNE  
ACCALMIE OÙ ELLE REGRETTE,  
S'EXCUSE ET A DE GRANDS  
ÉLANS AFFECTIFS.

C'EST NORMAL  
MAMAN, TU ES  
MON ANTICYCLONE !



MMM ELLE A DE L'EMPATHIE...  
DONC CE N'EST PAS UN TROUBLE  
PSYCHIQUE, C'EST ÉDUCATIF.  
POUR VOUS AIDER JE VAIS FAIRE  
UN SIGNALEMENT AUX SERVICES  
SOCIAUX.

Textes Kalatidoscope & dessins RicoGripoil © Bicycle asso 2024

J'AI TESTÉ POUR VOUS



# J'ai testé pour vous : bienvenue chez les «ch'tés»

par Olivia\*

**IMMERSION EN DITEP\*\***

\*Le prénom a été modifié

\*\*Dispositif Institut thérapeutique Éducatif et Pédagogique

Dans le cadre de ma formation pour devenir travailleuse sociale j'ai pu effectuer quelques jours en DITEP.

J'avais une idée toute faite de ce dispositif et j'étais assez dubitative qu'un dispositif accueillant des enfants avec des troubles du comportement et de la conduite puisse leur être bénéfique.

Ayant une soif d'apprendre et une volonté d'aller « de l'autre côté » je m'y suis donc rendue pleine d'à priori.

Peut-être allais-je me tromper, peut-être pas...

Le premier jour a commencé par une présentation de la structure.

Plusieurs choses m'interpellent mais je reste à ma place de stagiaire et écoute attentivement (diagnostic = étiquette = les médecins ne veulent pas. Beaucoup d'enfants avec des traitements lourds. Enfants schizophrènes. Enfants qui entendent des voix. Sentiment de persécution.).

Je note, de peur d'oublier ces précieuses informations.

On nous explique que les enfants ont entre 6 et 18 ans voir 20 ans mais que depuis peu, ils accueillent majoritairement des enfants de 6/ 8ans. La plupart sont des garçons.

Pourquoi des garçons me direz-vous ?

Car en classe, ils dérangent.

Contrairement à la jeune fille qui se scarifiera ou fera des tentatives de suicide. Elle, elle ne dérange pas.

Je pose naïvement la question « si jeune ?! »  
oui, oui si jeune.

**LA JEUNE FILLE QUI SE SCARIFIERA OU FERA DES TENTATIVES DE SUICIDE. ELLE, ELLE NE DÉRANGE PAS.**

Comment peut-on avoir conscience que beaucoup de très jeunes enfants vont mal et ne rien faire pour eux ?

Le parent serait-il le seul responsable ? Si c'était aussi simple...

On nous explique qu'ici, 60 % des enfants ont leur parent qui ont une histoire « compli-

quée/ instable » et que les 40 % sont issus de « M. et Mme tout le monde ».

(Définition de M. et Mme tout le monde : famille qui mène une vie tout à fait ordinaire, qui instaure un cadre pour son enfant, mange et se couche à heure fixe.)

40% ? Je reste sans voix d'un tel pourcentage.

C'est tellement énorme que je ne comprends même pas comment c'est possible qu'on ne s'y attarde pas.

Pour finir cette présentation, la personne nous fait un petit point sur « le signalement des familles » qui se terminera par « si ça ne tenait qu'aux professionnels, ils signaleraient tout le monde ».

...

A peine 2h de passées et j'ai l'impression de vivre sur une autre planète et pas la meilleure des planètes...La planète où c'est forcément la faute du parent !

Un peu plus tard, je me rends auprès de jeunes, en présence d'éducateurs.

Un système de fermeture/ ouverture des portes est mis en place. Nos affaires sont rangées dans une pièce fermée. Je ne peux que faire le parallèle avec l'hôpital psychiatrique.

Que doit penser l'enfant de ce fonctionnement-là ?

Qu'il est fou ? Dangereux ? Qu'il doit être enfermé pour aller mieux ?

Si encore le suivi les faisait aller mieux...

Il faut savoir que les enfants du dispositif ont tous un WISC-V\* dans la moyenne voire supérieur.

J'échange brièvement avec un éducateur qui m'explique que lui et ses collègues se posent la question « Pourquoi les garçons sont-ils aussi violents ? Peut-être les hormones ? ». Sachant qu'ils arrivent de plus en plus jeunes dans le dispositif, la question des hormones n'a à mon sens rien à faire là.

Ils sont visiblement tous d'accord pour dire qu'il y a un souci mais personne n'arrive à mettre le doigt dessus. C'est quand même dingue !

La structure a une orientation psychanalytique,

\*Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents.



qui n'a visiblement pas l'air de fonctionner. Pour autant, ils ne souhaitent pas modifier cela.

On me rapporte que la TCC fonctionne très bien sur « les chiens ».

A cet instant, je me demande si mon fils n'est pas un chien puisque la TCC fonctionne très bien chez lui... Cela fera-t'il de moi une chienne ?! Je m'égare.

Durant ces quelques jours, j'observe les enfants.

En effectif réduit, ils sont adorables. N'empêche qu'il ne faut pas que ça dérape !

On nous avait prévenu « vous allez voir, vous allez vous dire qu'ils vont bien et vous ne comprendrez pas pourquoi ils sont là. « Le principal problème avec ces jeunes c'est l'autre ».

Toutes ces phrases me rappellent étrangement quelqu'un...

Un peu plus tard, je viens discuter avec une éducatrice. Je ne la connais pas. Elle ne me connaît pas et en quelques minutes elle m'annonce la couleur « ici, les enfants sont barjots et ils sortiront de là toujours barjots ».

Ça y'est, on est chez les fous. A croire que la folie est contagieuse !

Elle voit dans mes yeux la consternation. Je lui explique que je ne suis pas d'accord. Elle insiste. Dialogue de sourds. Je ne me fatiguerai pas pour « ça ».

Un collègue passe, et elle lui rapporte une énième fois ces propos tout en rappelant que « je ne suis pas d'accord ». Il confirme qu'ils sont quand même un peu barjots... Je ne suis toujours pas d'accord.

Je parle tout bas car je ne souhaite pas que les enfants entendent (jusqu'à preuve du contraire ils ne sont pas sourds mais juste barjots...) et elle me dit « tu peux parler plus fort, ils le savent qu'ils sont barjots ! On leur dit ! ».

Tu m'étonnes qu'ils sortent barjots avec un tel discours...

Durant cette conversation rapide et non efficace je me demande à quel moment un professionnel peut avoir de tels propos face à une étudiante qu'elle ne connaît pas ?

### QUEL EST L'INTÉRÊT D'UN TEL DISPOSITIF SI L'ENFANT RENTRE ET SORT BARJOT ?

Nous continuons la conversation.

Elle a bien senti que je n'avais pas apprécié ce discours et revient en me disant « Tu sais, il y a quelque chose qui me révolte profondément, ce sont les collègues qui diront que c'est la faute des parents s'ils sont comme ça ».

Son discours me confirme donc ce qu'on m'a dit les jours précédents vis-à-vis des signalements. Je n'ai donc pas rêvé...

Je me demande à quel moment elle peut avoir des propos aussi tranchés vis-à-vis des enfants et revenir 5 min plus tard en étant sidérée que ces collègues accusent systématiquement le parent.

Néanmoins, j'apprécie de parler avec cette personne. Elle semble très fatiguée de son travail et je ne peux que ressentir que ses mots ont dépassé sa pensée. Je l'entends parfaitement. Nous ne sommes pas des robots !

Je lui explique que pendant 8 ans je me suis battue pour savoir de quoi souffrait mon fils et lui dis qu'il a depuis 3 ans un traitement adapté (régulateur de l'humeur) et qu'il (re) vit et par la même occasion sa famille aussi. Elle reste sans voix et me répond « c'est la première fois que j'entends qu'un enfant est sauvé ». Je surenchéris en lui disant que « ça vaudrait peut-être le coup de s'intéresser à mon histoire ».

La graine est semée...

Le lendemain, je rencontre un autre professionnel (cadre) à qui je pose « the question ». La question qui a réveillé mon côté « guerrière » :

### SI 60 % DES ENFANTS ONT DES PARENTS AVEC DES DIFFICULTÉS SOCIALES, QUI SONT DONC LES 40% D'ENFANTS QUI ONT DES PARENTS « M. ET MME TOUT LE MONDE » ?

Vous savez, un médecin, un avocat peut être « défaillant ».

Oui, oui je le sais bien. Je mets donc « cette catégorie » dans les 60%.

Du coup, qui sont les 40% ? C'est quand même un sacré pourcentage !

Et ben ça, ça ferait l'objet d'un mémoire !



Je n'en reviens pas. Il n'a pas su répondre à ma question et j'aperçois une ouverture ! Je suis tellement fière de moi !  
Je décide de « surfer » sur ce bonheur !

Durant ce stage j'ai pu expliquer l'histoire de ma vie, l'enfer qu'ont été mes 8 années de vie pour mon enfant, ses sœurs, mon mari et nos parents. 8 années détruites.

8 années où mes filles ont vu leur frère malade sans aucune aide des médecins. 8 années où aucun médecin n'a cherché plus loin qu'un « simple » HP, TSA, TDAH, TOP alors que leur frère ingurgitait des doses maximales de traitements sans efficacité.

8 années où 0 remise en question de ces multiples étiquettes n'ont été faites. ZERO. 8 années où ils étaient d'accord pour dire qu'il y avait bien quelque chose mais personne n'a cherché plus loin.

8 années d'enfer où l'on ne ressort pas forcément plus fort.

J'explique comment était mon fils : instable, intolérant à la frustration, colérique, l'impression de marcher sur un fil, irritable, créatif, intelligent, intéressant, curieux. Un ange puis un diable...Un putain de diable ! De ses 2 ans et demi jusqu'à ses 10 ans.

Diagnostiqué HP, TSA, TDAH, TOP avec un cocktail explosif de médicaments qui n'ont servi à rien si ce n'est le faire devenir maigre ou gros. L'estime de soi est au plus haut dans ces moments-là...

Un enfant adorable quand il allait « bien » mais également un enfant « que personne ne voulait » quand il allait mal.

Un enfant qui pouvait me dire « bonjour Maman, bien dormi ? » comme me dire « va te faire enculer connasse » 2 minutes plus tard.

Un enfant qui était à 2 doigts d'être viré de la cantine car il était violent envers ses « camarades ».

Un enfant qui a dû être déscolarisé car l'école ne pouvait plus rien pour lui.

Un enfant qui a grandi en étant rejeté par les autres.

Un enfant qui ne connaîtra jamais l'excitation d'aller à un anniversaire.

Un enfant qui finissait en pleurs le soir en me disant « on n'y arrivera jamais Maman ».

Un enfant qui voulait mourir.

Un enfant pour qui ses parents n'ont jamais cessé de se battre.

Des parents qui ont vu des quantités de pédo-psychiatres, neuropédiatres, psychiatres. Pas par pur plaisir bien entendu...

Des parents à qui l'on a conseillé de faire une IP\* dans le but de nous « aider ».

### « AIDER » ?

Plusieurs années ont passé, et je reste dubitative sur l'intérêt d'une I-P quand le parent n'est ni négligent ni maltraitant et qu'il demande « juste » à être entendu dans la souffrance de son enfant et de sa famille. Je pensais naïvement que c'était le rôle du médecin d'établir des diagnostics.

En quoi un éducateur aurait réglé quelque chose que le cerveau n'a pas la capacité de réguler seul ?

Par chance, notre éducation n'a jamais été remise en question. Par chance, ses sœurs sont « des petites filles exemplaires à l'école ». Par chance, mon mari et moi sommes restés soudés. Par chance, nous n'avons pas connu la dépression durant ces 8 années à respirer sous l'eau.

*(Beaucoup de familles ne connaissent pas ces chances et ça ne fait pour autant pas d'elles des parents négligents ou maltraitants. Ce sont des parents épuisés de lutter contre tout le monde alors qu'ils devraient juste consacrer leur énergie dans l'accompagnement de leur enfant. Ces familles-là souhaitent être aidées et non enfoncées. Merci.)*

Des parents que l'on a laissé partir sans solution si ce n'est un « courage » et une ordonnance pour un traitement encore plus fort. Des parents qu'on a jugés. Des parents qui se préparaient à ce que leur enfant se suicide à l'adolescence. Des parents qui faisaient tout pour sauver leur famille. Mais que personne n'a aidé.

Durant une longue demi-heure, j'ai pu expliquer cela à la directrice de l'établissement, sans un mot plus haut que l'autre. Sans agressivité. Sans pleurs.

Elle n'en revenait pas qu'une telle histoire puisse exister. Elle n'en revenait pas que l'école nous ait conseillé une « I-P » dans le but d'aider. Elle n'en revenait pas...

\*Information Préoccupante.



Elle validait tous les traits de caractère de mon fils en les associant aux enfants de l'ITEP. Elle validait tout et je n'en revenais pas d'une telle ouverture...

J'ai fini la discussion en lui disant que j'avais trouvé « ça drôle » que son collègue m'ait dit que c'était un sujet de mémoire cette histoire de 40% de Monsieur et Madame Tout le monde.

Elle m'a répondu : « je crois que vous avez une bonne partie de la réponse à votre question ».

Je lui ai dit que dans 3 ans, ils auraient mon mémoire. Elle a surenchéri en me disant que c'était comme ça que les choses avançaient.

Je l'aurai embrassée tellement je n'en revenais pas !

J'ai rajouté « vous savez, ce qui m'attriste le plus ce sont les enfants qui ont des troubles psychiatriques et qui ont une famille « défaillante ». Pour ceux-là on dira automatiquement que c'est la faute du parent, on n'ira pas chercher plus loin et ça sera peine perdue pour eux. »

Je suis tout à fait d'accord avec vous. Amen.

Pour conclure cette immersion riche en émotions, j'ai constaté que les professionnels étaient désespérés. Qu'ils tentent de faire avec ce qu'ils ont (psychanalyse/ rispaldal/ ritaline). Qu'ils voient bien qu'il y a un problème mais que personne ne sait quoi. Dans cette structure, j'ai senti une envie d'avoir de l'aide, une très belle ouverture d'esprit. J'ose croire qu'en partageant nos histoires les choses évoluent en notre faveur. J'ose espérer qu'un jour la bipolarité juvénile sera dans la bouche de tous les professionnels et non comme la nouvelle étiquette à la mode.

J'entends parfaitement que pour vous, parents, ce soit insupportable de chercher des professionnels pour vous aider. Gardez confiance en vous, croyez en vous. Battez-vous. Je sais combien c'est épuisant mais ce combat est pour l'instant, malheureusement nécessaire.

Je n'ai pas la prétention de dire que tous les

enfants du DITEP souffrent d'un trouble bipolaire.

En revanche, quand un traitement ne fonctionne pas, quand une approche ne fonctionne pas, ne serait-il pas pertinent d'écarter cette piste ?

Je ne peux que déplorer l'absence de la fameuse question « y a-t-il des troubles psychiatriques/ des personnes instables dans votre famille » lors des multiples entretiens avec les médecins que nous avons faits. Quand on sait qu'un terrain favorable est souvent une affaire de famille...

De mon point de vue, si l'enfant bénéficie d'un traitement et d'une thérapie adaptée, il n'aurait même pas à aller dans ces dispositifs.

A l'heure actuelle, les DITEP sont saturés. Les listes d'attentes ne cessent de s'agrandir et pour autant on ne continue que de voir la partie émergée de l'iceberg sans jamais aller voir ce qui se passe sous l'eau.

Je finirai avec une pensée pour cet enfant du dispositif qui m'a émue :

Il s'est mis à jouer du piano (la lettre à Elise), s'est trompé puis s'est repris l'air gêné. Les larmes me sont montées. Une fois l'émotion redescendue je lui ai dit qu'il m'avait émue. Qui t'as appris à jouer du piano lui demandais-je ?

J'ai appris seul.

Et après ça, on dit d'eux qu'ils resteront toujours barjots... ■



# Le petit garçon qui voulait toucher la nuit

par Sarah

Maman de trois garçons, j'ai très vite compris que le petit dernier était différent. Il n'avait même pas deux ans. Je l'admets et le regrette, j'ai d'abord cherché un coupable. Puis c'est moi qui me suis retrouvée sur le banc des accusés, sans surprise. Puis c'est nous, son père et moi, en tant que parents imparfaits : des « amis » s'improvisaient pédopsychiatres, éducateurs et surtout donneurs de leçons.

La séance culpabilité terminée, les « vraies » recherches ont pu commencer. Ne pas savoir c'est jouer avec l'espoir. Nous voulions des réponses, nous voulions comprendre pour pouvoir agir, pour anticiper, pour faire face aux difficultés et surtout pour aider notre extraordinaire petit homme à grandir, à vivre.

## TÉMOIGNAGE

Extraordinaire, il l'est. Vif, joyeux, attachant, affectueux, courageux, tellement gentil mais qui déborde si souvent d'un trop plein d'émotions, de frustrations, de colères déchaînées, de tocs, d'obsessions, qu'il faut parfois que je me rappelle toutes ses qualités pour continuer à l'aimer. Mais surtout, ne jamais perdre de vue que cet enfant n'a pas demandé à être différent, qu'il est le premier à en souffrir et qu'il vivra toujours avec.

Les recherches ont été longues et là où le corps médical vous parle d'errance médicale, je préférerais parler d'« escape game » niveau 5 de la pédopsychiatrie française. Nous pensions être dans un pays avancé en la matière, en 2023, en France. Revoyez vos copies, il ne manque que le bûcher et les inquisiteurs. Finalement, le plus difficile n'aura pas été d'identifier la maladie de notre fils, mais de nous faire entendre sans être jugés, voire menacés.

Nous sommes passés par la case CMP avec, au bout de 6 mois de consultation hebdomadaire, une proposition de balnéothérapie mère/enfant, la version moderne de « Sauvez Willy » !

Puis un autre CMP avec un programme de 6 séances par semaine, les JO para-psychiatriques ! Devant l'absence de progrès et un personnel certes volontaire mais enfermé dans les convictions de la pédopsychiatrie française, nous avons été envoyés au plus réputé des hôpitaux pour enfants. Après trois semaines d'hospitalisation de jour, le jugement est tombé : troubles du comportement et de l'opposition avec TDAH. Bis repetita. Nous n'avons rien appris, mais déscolarisé pendant 3 semaines, notre fils avait perdu pied avec tout cadre.

N'oublions pas les méthodes alternatives, notamment la méthode Feldenkrais à 120€ la séance (quand même) pour caresser le bras de notre fils, lui mettre un truc un peu bizarre dans la bouche, en tout bien tout honneur, mais qui laisse raisonnablement dubitatif. Aventuriers, nous avons même tenté la sorcière ! Je vous rassure, elle était jeune et jolie, mais à défaut de réveiller le « guide » de mon fils, elle a réussi à déclencher l'alarme incendie de l'immeuble. Et je ne vous cite que les « meilleures » des 2 ans aux 8 ans de notre fils.

Entre temps, notre petit bonhomme faisait son bout de chemin : après un début chaotique (gentil euphémisme) à l'école maternelle en « touriste », nous avons été acceptés dans une classe d'adaptation. Tout petit effectif, une enseignante exceptionnelle dévouée corps et âme, un programme personnalisé avec l'objectif de faire revenir ces enfants dans le système « normal » quand ils seront prêts. Ce programme est unique comme son Directeur qui tient ce projet à bout de bras avec son équipe enseignante. Malgré toutes les difficultés, les crises ultra violentes, les régressions, les angoisses, cette équipe a tenu bon, n'a jamais abandonné notre fils et a fait un travail inouï en lui offrant un cadre, de l'attention, de la patience, de la confiance, de l'espoir et une vie d'enfant.

Mais si le cadre de cette école est l'un des piliers de la vie de notre petit garçon, il manquait toujours le traitement médical. Devant l'inertie du corps médical, j'ai entamé mes propres recherches en croisant les données et études publiées par des médecins aux Etats-Unis, au Canada, en Suisse et en Angleterre concernant les troubles du comportement de l'enfant avec les symptômes identifiés chez notre fils. Plus je lisais de rapports, plus l'étau se resserrait.

*“Nous touchions le fond.  
À ce moment-là,  
je suis tombée sur cet  
article d'un médecin  
Français qui disait haut  
et fort ces vilains mots  
« bipolarité infantile »  
et qui osait même dire  
qu'il y avait des traitements,  
qu'il existait des solutions.”*

## TÉMOIGNAGE

A cela, j'ai rajouté mon arbre généalogique, qui jusqu'à présent n'avait intéressé AUCUN des médecins que nous avons croisés sur notre route. Une arrière-grand-mère bipolaire, un grand-père bipolaire (soigné au lithium pendant 30 ans), un frère bipolaire.

Pire que le manque d'intérêt fut la réponse des médecins lors de l'hospitalisation de jour de notre fils : « l'hérédité génétique de la bipolarité ne dépasse pas les 0,2% ». D'où vient ce chiffre si loin de toute réalité ?

Mais qui allait nous entendre, qui allait nous aider quand on nous fermait la porte au nez, quand on vous donne rendez-vous à un an alors que la situation s'aggrave de jour en jour ?

J'étais prête à traverser l'Atlantique, à consulter aux Etats-Unis où l'ouverture d'esprit a ses excès mais aussi son courage. Nous touchions le fond. À ce moment-là, je suis tombée sur cet article d'un médecin Français qui disait haut et fort ces vilains mots « bipolarité infantile » et qui osait même dire qu'il y avait des traitements, qu'il existait des solutions. En écrivant cet article, ce médecin a pris un risque, celui de sauver des enfants, mais aussi des familles comme la nôtre. C'est en s'appuyant sur ses connaissances et ses compétences que nous avons pu faire prescrire du lithium à notre fils après une batterie de nouveaux tests et bilans. Nous sommes conscients que ce traitement doit être strictement encadré, qu'il est exceptionnel et implique un suivi médical indispensable pour la sécurité de l'enfant.

L'amélioration de l'état de notre fils est apparue au bout de quelques mois et si des hauts et des bas persistent (il faut un certain temps avant d'obtenir une réelle stabilité) il a enfin un avenir dont nous espérons qu'il pourra prendre le contrôle, avec notre soutien, toujours. C'est cela l'objectif, leur rendre leur vie et qu'ils puissent la vivre avec ses hauts et ses bas, sans fatalité mais avec le choix.

Nous n'aurons jamais une vie « normale », nous en avons pris le parti : nous nous adaptons sans cesse à la bipolarité de notre fils qui évolue avec son âge. Nous réussissons, nous échouons, nous continuons pour lui, avec lui parce qu'il est le seul à nous faire « pleurer » comme il dit si bien, à se remonter les coudes pour réussir, à trouver que je sens le bonbon, à me supplier d'amour et à demander avant de s'endormir s'il peut toucher la nuit...

Notre fils est bipolaire et nous n'avons pas à avoir honte ou peur de le dire. Nous sommes très fiers de ce petit homme qui a déjà beaucoup subi et fait preuve d'un courage hors du commun. Oui c'est un enfant, oui il a 9 ans, mais non on ne devient pas forcément bipolaire avec le permis de conduire et le droit de voter. La bipolarité n'a pas de préférence sur l'âge. Mais la bipolarité n'attend pas pour être soignée. Laissez-lui le temps de s'installer et elle détruira tout sur son passage.

Quand Laëtitia m'a demandé d'écrire, je n'ai pas hésité : si nous avons autant progressé c'est aussi grâce à BICYCLE. Et j'espère qu'en me lisant certains d'entre vous y trouveront de l'espoir et la force de ne pas abandonner. Les lignes sont difficiles à bouger, l'inertie est immense, l'obscurantisme angoissant mais c'est en parlant, c'est en témoignant que nous parviendrons à faire évoluer les mentalités. Ce n'est pas de la fiction, ce sont nos vies et celles de nos enfants. Mais je suis sûre qu'un jour, nous n'aurons plus à nous battre pour nous faire entendre et aider. C'est déjà en chemin. ■

Sarah, maman d'un enfant Extraordinaire.

# Le livre des solutions

LAËTITIA PAYEN

**C'est probablement le film le plus autobiographique de Michel Gondry inspiré de son expérience personnelle lors du tournage de l'adaptation du livre de Boris Vian "L'écume des jours" où sa bipolarité a été diagnostiquée peu de temps après. Le réalisateur le confesse lui-même : le personnage de Marc le représente à 70% !**

En effet, on suit le parcours de Marc Becker (Pierre Niney), 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 retoqué par "les cravates" et abandonné par son producteur. Marc se sent trahi et le vit évidemment très mal. Il décide alors de mettre en place le "plan B" et s'enfuit chez sa tante Denise (Françoise Lebrun) au fin fond des Cévennes avec une partie de son équipe.

Il y a sa monteuse Charlotte (Blanche Gardin) d'une patience sans faille qui finit par céder à sa demande incessante et à monter le film à l'envers, sa dévouée directrice de production Sylvia (Frankie Wallach) qui n'hésite jamais à se lever la nuit pour répondre à toutes ses exigences même les plus farfelues et Carlos (Mourad Boudaoud), assistant monteur mais surtout homme à tout faire à la fois preneur de son et mécanicien du "camionnage".

Marc décide alors d'arrêter ses médicaments car il confie à sa tante qu'il se sent "triste le matin et manipulé l'après-midi" et qu'il a désormais un million d'idées !

En parallèle, Marc se lance dans l'écriture du "Livre des Solutions", un guide de conseils pratiques pour se motiver et dépasser tous les obstacles.

Pierre Niney incarne à la perfection "cet attachant" déjanté rongé par sa créativité et ses angoisses qui est capable dans la même journée d'être à la fois drôle, émouvant, épuisant mais aussi inquiétant quand il devient menaçant avec ses collaborateurs.

Ce qui lui vaudra d'ailleurs de passer son temps à s'excuser puis... à recommencer malgré lui.

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. Elles sont ambitieuses, osent et n'ont peur de rien, des qualités et personnalités dont le monde a probablement besoin pour le faire avancer.

Vous vous retrouverez sûrement dans le personnage de Denise qui nous rappelle l'importance de l'entourage dans cette

maladie. En effet Denise ne juge pas et est toujours là pour accompagner, rassurer et canaliser son impétueux neveu. Denise veille et tempère tout en douceur Marc pour le préserver de tous ses excès tel son phare dans la tempête. C'est cet amour inconditionnel qui permettra à Marc de conserver un minimum d'équilibre et de se reprendre dans de nombreuses situations.

Vous l'aurez compris tous les ingrédients sont donc réunis pour faire de ce film, un film tendre, absurde mais aussi poignant d'où on ressort dérouter. Et malgré le chaos ambiant Michel Gondry réussit le tour de force de nous capter à sa manière si particulière sans jamais nous perdre.

Certains pourraient y voir un film caricatural sur la bipolarité, pour nous proches aidants il s'agit plutôt d'un concentré de réalité qui nous permet de prendre du recul sur notre quotidien parfois un peu compliqué pour ne pas oublier les immenses qualités de nos cyclokids et tous les talents dont ils sont capables ! Un film qui devrait être remboursé par la sécurité sociale, à aller voir d'urgence !

[https://www.allocine.fr/film/fichefilm\\_gen\\_cfilm=297560.html](https://www.allocine.fr/film/fichefilm_gen_cfilm=297560.html)



# Brèves du congrès de l'encéphale

DR ÉLÉNA PICQ



Le 22<sup>e</sup> Congrès de l'Encéphale s'est tenu du 24 au 26 janvier 2024 et a rassemblé la communauté psychiatrique francophone.

Cet événement annuel, qui se déroule au Palais des congrès à Paris, est un moment privilégié pour les professionnels de la psychiatrie. Il permet d'échanger des connaissances, de discuter des dernières avancées scientifiques et de partager des idées sur les troubles mentaux et les traitements associés afin d'améliorer la prise en charge des patients.

## Quoi de neuf au pays des bipolaires ?

Pr Gilles Bertschy - Jeudi 25 janvier

Le professeur Bertschy a parlé des différents antipsychotiques et de leur mécanisme d'action. Grosso modo dans la manie il y a trop de dopamine et dans les dépressions il n'y a pas assez de dopamine. Il paraît donc logique de prescrire des antipsychotiques anti-dopaminergiques dans les épisodes maniaques. Cependant la neurotransmission dépend de plusieurs mécanismes et les molécules agissent de plusieurs manières. Ainsi, l'halopéridone (Haldol) a une action anti-dopaminergique quasiment pure. La chlorpromazine (Largacril) est moins anti-dopaminergique que l'halopéridone. Les antipsychotiques de 2<sup>e</sup> génération comme la rispéridone (Risperdal), la quétiapine (Xeroquel) ont une action partiellement anti-dopaminergique ce qui améliore leur tolérance mais ce qui peut possiblement induire une manie même si les cas sont très rares. L'amisulpride (Solian) a une action pro-dopaminergique à petite dose et anti-dopaminergique à forte dose. Laripazole a deux actions pro et anti-dopaminergique ce qui fait qu'elle a peu d'effets indésirables extrapyramidaux, mais elle peut induire une akathisie et parfois des effets pro-dopaminergiques excessifs par exemple c'est l'antipsychotique le plus concerné par une induction d'une hypersexualité.

Dans la dépression, les antipsychotiques ont pour but de renforcer l'action dopaminergique. Comme dit précédemment, l'ami-

sulpride peut être utilisée. Chez l'adulte il est proposé le pramipexol et le bupropion ainsi que les IMAO.

## Quoi de neuf au pays des bipolaires ?

Dinah Weissmann, co-fondatrice

d'Alcediag - Jeudi 25 janvier

Autre grande nouveauté au pays des bipolaires, l'arrivée de biomarqueurs sanguins permettant de différencier la dépression unipolaire de la dépression bipolaire. Comme à l'accoutumée, les études ont été faites chez des adultes et il faudra faire des extrapolations parfois délicates si on utilise ces biomarqueurs chez les enfants. Le laboratoire Alcediag va commercialiser en France le test EDIT B à partir du mois d'avril. Malheureusement il ne sera pas encore remboursé et coutera entre 800 et 900 €. Chez l'adulte ce test présente une sensibilité de 86 % et une spécificité de 80 % ce qui montre que le test est fiable. J'ai envoyé un mail à Mme Weissmann qui a fait la présentation du test pour savoir si des études étaient prévues chez les enfants.

## HPE ou dysrégulation émotionnelle : de quoi parlons-nous ?

Dr Nader Perroud - Jeudi 25 janvier

Le Dr Perroud a rappelé ce qu'était initialement le HPE (haut potentiel émotionnel). En effet, ce concept a été décrit en 1990 par Salover et Layer : les deux auteurs décrivent les personnes ayant un HPE comme des personnes qui ont une grande capacité à gérer leurs émotions. Pour eux, avoir un HPE c'est avoir « la capacité de surveiller ses propres émotions et sentiments et ceux des autres, de faire la distinction entre eux et d'utiliser ces informations pour guider sa pensée et ses actions. »

Cette définition est donc à l'opposé de ce qui est proposé dans les médias où les caractéristiques des personnes qui auraient un HPE (Sensation d'être incompris depuis l'enfance, grande empathie, fort sentiment d'injustice, hypersensibilité émotionnelle, pensées foisonnantes...) correspondent plus à des symptômes de dysrégulation émotionnelle.

La dysrégulation émotionnelle est retrouvée dans plusieurs pathologies psychiatriques : trouble borderline, TDAH, «soft bipolar».

Une personne qui a un HPE est une personne qui régule bien ses émotions et qui n'est donc pas en souffrance.

La conclusion du Dr Perroud est donc la suivante :

« Si vous trouvez que vous avez du mal à contrôler vos émotions, que vous avez des problèmes d'attention, que vous vous sentez triste tout le temps, que vos relations interpersonnelles sont conflictuelles, que vous vous sentez différent des autres et que cela vous fait souffrir, ne vous posez pas la question de savoir si vous avez ou non un HPE, mais allez plutôt consulter un professionnel en santé mentale afin qu'il vous conseille au mieux. »

## Schizophrénie : la vraie vie Pr Pierre Ellul - Jeudi 25 janvier

La présentation du Pr Ellul, pédopsychiatre à Robert Debré est très intéressante dans le sens où il parle de la schizophrénie comme d'un trouble neuro-développemental, au même titre que l'autisme ou le TDAH. Ainsi, l'apparition de la schizophrénie est le résultat de prédispositions génétiques sur lesquelles viennent se greffer des facteurs environnementaux. L'approche épidémiologique montre que 45 % des apparentés des patients ayant une schizophrénie présenteraient des symptômes autistiques. De même, le risque pour les patients autistes de développer une schizophrénie est multiplié par 19. 50% des patients qui ont une schizophrénie à début précoce remplissent les critères de TSA. Ainsi, l'autisme doit être considéré comme un facteur de risque de schizophrénie. Le raisonnement est le même avec le TDAH : le risque de développer une schizophrénie chez les patients avec un TDAH est multiplié par 5. L'autisme est aussi un facteur de risque des troubles bipolaires : ainsi, le risque de développer une bipolarité est multiplié par 18 pour les patients autistes.

## Psychotropes chez l'enfant et l'adolescent : la panique morale. Dr Alice Oppetit. - Vendredi 26 janvier

La Dr Alice Oppetit de la Pitié-Salpêtrière a présenté les anti-dépresseurs et les thymorégulateurs chez l'enfant : un sujet qui nous passionne chez Bicycle ! Cependant, nos points de vue divergent sur certains points. Ainsi, elle présente la bipolarité chez l'enfant comme étant quelque chose qui n'existe pas ou qui serait je cite « extrêmement extrêmement rare », mais dans le chapitre sur les troubles bipolaires de l'enfant du Manuel des troubles bipolaires (édition Elsevier), les autrices mentionnent l'article de Geller qui a montré en 1994 que 32% des enfants ayant un épisode dépressif majeur répondaient aux critères d'un trouble bipolaire de type 1 ou 2. Elles parlent aussi d'une prévalence de 0,6% de trouble bipolaire de type 1 chez l'enfant et de 3,9% pour l'ensemble du spectre bipolaire. La HAS mentionne dans son guide de cadrage de 2014 que 10% à 20% des patients bipolaires disent avoir présenté des symptômes avant l'âge de 12 ans. Dans leur article sur le diagnostic précoce du TBEA (Revue médicale suisse, mai 2007), les auteurs parlent d'une prévalence du TBEA de 1%, et une prévalence du TBEA subsyndromique de 5%. D'autres études ont trouvé une prévalence de 0,5% pour les enfants âgés de 5 à 9 ans, augmentant jusqu'à 7,5% parmi les enfants prépubertaires et pubertaires (de 10 à 14 ans).

Par ailleurs, je me permets d'apporter une précision concernant le valproate et ses dérivés. Le Dr Oppetit parle d'un risque tératogène chez « les enfants des garçons qui auraient été traités par le Dépakote ou ces dérivés ». Cependant, la revue Prescrire qui fait un récapitulatif des différentes alertes publiées récemment par les agences de santé, parle de risque de trouble du neurodéveloppement chez les hommes qui ont pris du valproate dans les 3 mois précédents la conception. Ainsi, il paraît licite de déconseiller à des hommes souhaitant procréer de prendre ce traitement, mais ce n'est pas le cas pour les enfants.

Cf. la Revue Prescrire <https://www.prescrire.org/fr/3/31/67994/0/NewsDetails.aspx>  
et ANSM <https://ansm.sante.fr/uploads/2023/08/03/20230803-mailing-fiche-patient-valproate.pdf>

En cas d'épisode dépressif fortement évocateur d'un trouble bipolaire mais sans antécédents d'épisode maniaque ou hypomaniaque, le Dr Oppetit dit que le traitement est celui de l'épisode dépressif majeur. Ceci est une très grande question : en effet, traiter un enfant avec un anti-dépresseur alors qu'il est bipolaire peut entraîner des états mixtes ou maniaques (et donc cela augmente le risque suicidaire ou les mises en danger) et traiter un enfant ayant une dépression unipolaire par un anti-dépresseur l'expose à un traitement sur le long terme. Ainsi, il est impératif de chercher à faire le bon diagnostic. Certains symptômes peuvent orienter vers le trouble bipolaire comme décrit dans le chapitre 11 du Manuel des troubles bipolaires :

2. dépression à début rapidement progressif ou avec ralentissement psycho-moteur et/ou caractéristiques psychotiques,
3. antécédents familiaux de trouble bipolaire,
4. irritabilité surtout si épisodique,
5. TDAH avec aggravation épisodique ou trouble de l'humeur associé,
6. formes subsyndromiques de manie spontanée ou sous anti-dépresseur,
7. anxiété et trouble du sommeil associé à l'un des facteurs précédents.

Concernant les indications des thymorégulateurs, le Dr Oppetit ne parle que des troubles bipolaires. Cependant dans la 4e édition du Clinical manual of child and adolescent psychopharmacology, les auteurs proposent des thymorégulateurs (Lithium, Valproate...) pour traiter les troubles disruptifs des comportements.

Plusieurs études dont les premières datent des années 1990 montrent que le lithium ou les anti-épileptiques ont aussi leur place dans le traitement des agressivités et des troubles du comportement. Par exemple, voici un extrait d'une thèse sur l'agressivité : L'agressivité en clinique : de l'étiopathologie à la chimiothérapie de Sylvane Lyasse-Sanchez.

Extrait : « Sept études évaluent l'efficacité du lithium dans le traitement des troubles des conduites chez des enfants aux diagnostics très hétérogènes ou peu précis. Campbell (1972) signale une détérioration moindre des performances cognitives qu'avec la chlorpromazine (129) et l'halopéridol (132,133) pour une efficacité similaire. Compte tenu des molécules plus récentes et moins toxiques à long terme dont nous disposons actuellement il ne nous semble cependant plus licite de proposer un traitement par lithium à des enfants âgés de 3 à 6 ans ».

A noter que la thèse date de 2002 et que l'autrice suggère que la rispéridone paraît plus adaptée que le lithium compte tenu de la nécessité des bilans sanguins avec le lithium et compte tenu du peu d'effets indésirables qui étaient remontés à cette époque avec la rispéridone. Aujourd'hui, on sait que les neuroleptiques ont plus d'effets indésirables notamment métaboliques chez l'enfant que chez l'adulte. La balance bénéfices/risques entre le lithium et la rispéridone est donc à réévaluer, y compris chez les enfants qui n'ont pas de diagnostic de trouble bipolaire. ■



©image d'illustration générée par MidJourney pour Association Bicycle

# C'est pas moi, c'est l'antidépresseur !

LAËTITIA PAYEN

**Oui on en est là aujourd'hui : au stade cours de récréation ! A accuser des cachets dans une boîte jusqu'à en occulter totalement les prescripteurs et sans s'interroger sur les méthodes de commercialisation qui se cachent derrière les produits de santé !**

**C'est simple, en général c'est la faute soit du « fou » soit du médicament rarement celle du « sachant » protégé par son sérail...**

**Voilà donc les ficelles d'un fiasco annoncé ou comment avoir bonne conscience quand on est persuadé de détenir la vérité absolue !**

**À la suite du suicide d'un adolescent de 16 ans et d'un jeune de 20 ans, les antidépresseurs sont dans le collimateur de la justice titre cet article de France Info :**

[ENQUETE. Les antidépresseurs dans le collimateur de la justice après le suicide d'un adolescent \(francetvinfo.fr\)](#)

L'article met l'accent sur le danger des antidépresseurs de plus en plus prescrits en particulier chez les jeunes et qui seraient directement responsables de plus en plus de passages à l'acte suicidaire.

Comme l'avait été, il y a quelques mois, le rapport du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (qui est d'ailleurs cité dans l'article), nous jugeons cet article alarmiste et mal renseigné. En effet, il ne permet pas de comprendre les tenants et aboutissants de la prescription des antidépresseurs chez les jeunes et encore moins leurs conséquences.

Rappelons que les médicaments chez les jeunes ne sont pas trop prescrits mais sont beaucoup trop mal prescrits, nuance ! Ainsi aujourd'hui quels que soient les troubles du comportement rapportés, les enfants sont traités avec les mêmes médicaments. Le plus souvent ils « tassent » mais parfois ils font « flamber » les symptômes.

*Voir aussi notre autre article :  
Prescriptions de psychotropes :  
nos enfants sont-ils vraiment en surdose ?  
(Entre2Pôles N23)*

Ainsi dans cet article à aucun moment n'est évoquée la possibilité d'un virage maniaque sous antidépresseur qui est pourtant un effet connu et courant de l'antidépresseur prescrit seul sans protection par un thymorégulateur sur une personne souffrant de troubles bipolaires. Le risque suicidaire est alors particulièrement majoré.

En général, cet effet de l'antidépresseur suffit même à poser un diagnostic de troubles bipolaires.

Les pédopsychiatres Thierry Delcourt, Mario Speranza ou encore Bruno Falissard qui réagissent au suicide de l'adolescent de 16 ans se bornent à ce constat : la prise

d'antidépresseur chez les jeunes majore le risque suicidaire.

Alors même que les parents rapportent des éléments qui évoquent une élévation de l'humeur manifeste : « Il n'avait plus aucune limite. Il s'est mis à jouer à des jeux d'argent. Tout est parti dans les jeux de foot. Il arrivait à nous faire peur. Il se fâchait contre nous. Tout d'un coup, il faisait une crise, déchirait un poster, cassait des trucs dans la maison, son téléphone par exemple. Il rigolait. Il faisait des plans pour le week-end avec ses copains. »

Comme le rappelle le CTAH (Centre des Troubles Anxieux et de l'Humeur) sur son site dans un dossier consacré à la dépression bipolaire (<https://ctah.eu/dossier-de-pression-bipolaire.php?r=1212>) :

---

**« On oublie souvent de rappeler que la dépression est la manifestation clinique la plus dominante dans les troubles bipolaires et de ce fait la plus handicapante. »**

**CTAH**

---

De plus d'après de nombreuses études près de la moitié des personnes dépressives seraient en réalité bipolaires. Le véritable défi pour les experts est donc de différencier la dépression bipolaire et la dépression unipolaire.

Et de préciser que « Le clinicien doit rester vigilant quand il décide de prescrire un antidépresseur pour soigner une dépression ; mais avant de prescrire, il y a une nécessité de dépister systématiquement les indices de bipolarité (hypomanie, cyclothymie, histoire familiale de bipolarité...) et d'examiner de près la nature de l'épisode dépressif (chercher la mixité de l'épisode dépressif). »

Quand un enfant ou un adolescent fait une dépression il a 50% de risque de présenter de ce fait une bipolarité juvénile.

La HAS (Haute Autorité de Santé) le mentionne également dans ses préconisations sur son site :

---

**« 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. »**

**HAS**

---

En clair pour une dépression unipolaire on utilisera effectivement un antidépresseur mais pour une dépression bipolaire c'est plutôt un thymorégulateur qui sera le traitement de référence auquel on pourra éventuellement ajouter un antidépresseur car le thymorégulateur viendra protéger le patient d'un éventuel virage de l'humeur qui pourrait être induit par l'antidépresseur.

Rappelons aussi qu'en cas de troubles psychiques, un travail thérapeutique doit toujours être proposé en première intention en particulier chez les enfants et même quand la médication est nécessaire, il doit être maintenu en parallèle.

Une partie est plus spécialement dédiée aux adolescents où il est mentionné que :

**« LES ADOLESCENTS SOUFFRANT D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF ET PRÉSENTANT UN ANTÉCÉDENT FAMILIAL DE TROUBLE BIPOLAIRE REQUIÈRENT UNE SURVEILLANCE ACCRUE. » HAS**

### Pourquoi ?

Parce que la bipolarité même si elle n'est pas héréditaire présente une forte vulnérabilité génétique. Concrètement cela signifie que l'enfant sera plus à risque de développer un trouble bipolaire et qu'un épisode dépressif devra être surveillé de près pour éviter justement des prescriptions non adaptées qui pourraient mettre sa vie en danger comme expliqué plus haut.

Or dans 90% des cas qui nous sont rapportés à l'association, l'histoire familiale n'est jamais explorée, pire elle est balayée d'un revers de main par les professionnels de santé quand elle est évoquée par les parents. Du fait du retard de diagnostic de ce trouble et de sa méconnaissance, nous conseillons d'élargir la question sur les antécédents familiaux à la dépression, les addictions, les tentatives de suicide et aux personnes originales ou marginales.

Enfin la HAS précise même la nature des symptômes

dépressifs chez les jeunes « Le tableau clinique de l'épisode dépressif à l'adolescence est proche de celui de l'adulte avec quelques particularités : l'irritabilité, l'agressivité, un trouble des conduites, des plaintes somatiques peuvent être au premier plan ».

En effet chez l'enfant comme chez les adolescents, le fait que le cerveau soit en développement n'empêche pas la survenue d'un trouble psychique mais en modifie son expression. Pour cette raison les critères diagnostiques de l'adulte ne s'appliquent pas chez les jeunes ou doivent à minima être adaptés.

L'extrait du rapport d'expertise de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille en date du 16 octobre 2023 précise que l'antidépresseur en question, le Deroxat, comporte un risque accru de desinhibition et de passages à l'acte suicidaire et que ce risque suicidaire doublerait chez les moins de 25 ans.

C'est justement dans cette tranche d'âge que la bipolarité est encore moins investiguée du fait de la controverse qui existe encore aujourd'hui sur le diagnostic précoce. Il est intéressant de constater que les enfants suicidaires ont été sor-

tis de l'étude avec la mention « labilité émotionnelle ». La labilité émotionnelle correspondant à une série de changements d'humeur avec une instabilité émotionnelle importante.

Le psychiatre et lanceur d'alerte sur les effets indésirables graves des antidépresseurs, David Healy, souligne néanmoins à propos du jeune de 20 ans « à chaque fois que le psychiatre de Romain a augmenté sa dose d'antidépresseur, son état s'est aggravé. Jusqu'à ce qu'il se tue. Il est donc inconcevable que ce ne soit pas le médicament à l'origine du problème ».

Cette remarque est intéressante car à l'association quand un enfant se voit prescrire un antidépresseur et que les parents soupçonnent une bipolarité juvénile ou



©andreu-mir-unsplash

qu'elle est confirmée par la suite, on observe 3 réactions différentes :

- l'antidépresseur n'a aucun effet

ou

- l'antidépresseur a un effet rapide (qui annonce un virage maniaque)

ou

- l'antidépresseur a un effet positif suivi par un épuisement de cet effet dans le temps

Dans ce dernier cas au lieu d'analyser la situation l'antidépresseur est souvent augmenté par le médecin utilisant l'argument qu'il a fonctionné précédemment. Ce qui conduit très souvent alors à la situation décrite par le Dr David Healy c'est-à-dire une aggravation des symptômes avec mise en danger.

Encore une fois, ici, on se limite à une observation, l'éventualité d'une erreur diagnostic n'est même pas évoquée... L'article préfère s'attarder à faire du sensationnel pour les non-initiés : le médicament a été prescrit hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) ! La belle affaire ! La prescription hors AMM en pédopsychiatrie est très courante, c'est même souvent la règle, la France s'acharnant à ne pas reconnaître l'existence de troubles psychiques chez les moins de 15 ans et 3 mois...

Cela n'est pas sans rappeler ces dernières années le scandale de la Depakine. Ne prend-t-on pas le problème à l'envers ?

## ET SI LE VRAI PROBLÈME N'ÉTAIT PAS LE MÉDICAMENT EN LUI-MÊME MAIS L'USAGE QUI EN EST FAIT ?

Le médicament n'étant finalement qu'un simple outil dans la trousse des soignants et pas une fin en soi.

Ne serait-ce pas aux troubles psychiques plutôt qu'aux médicaments de bénéficier d'une meilleure information aussi bien auprès des professionnels de la santé que du grand public ?

Dans cette équation complexe, n'oublions pas le lobbying pharmaceutique qui a largement sa part de responsabilité en incitant parfois massivement à la prescription de molécules qui ne sont pas toujours nécessaires. Vous pouvez d'ailleurs consulter tous les conflits d'intérêt des médecins qui doivent obligatoirement être déclarés sur cette page :

[Accueil – Transparence Santé \(sante.gouv.fr\)](#)

Quand on voit des enfants dont certains professionnels affirment qu'ils ne sont pas malades et qui se voient malgré tout prescrire des cocktails de médicaments cela a de quoi interroger...

## Pour illustrer notre propos nous vous partageons le message reçu ce jour d'une maman d'un petit garçon âgé de 10 ans :

« Voici ce que mon fils a essayé depuis l'âge de ses 5 ans :

- Risperdal
- Ritaline
- Abilify
- Strattera
- Quetiapine
- Tercian
- Neuleptil
- Nozinan
- Concerta
- Quetiapine
- Aripiprazole
- Solian
- Sertraline

### Antécédents familiaux :

- le grand-père maternel a toujours été sujet à la dépression, à l'impulsivité (insultes faciles, achats de voitures de luxe sur un coup de tête, alcoolisme. )
- l'arrière grand-mère maternelle sujette à la dépression
- l'arrière arrière grand-mère connue pour son alcoolisme et sa "méchanceté"
- l'arrière grand-père paternel avait une sœur qui a fait plusieurs tentatives de suicide et qui est persuadée d'appartenir à une famille princière

### et les diagnostics :

- 4 ans : anxiété sociale
- 5 ans : troubles de l'attachement
- 5 ans et demi : dépression
- 6 ans : TSA type asperger + TDAH
- 9 ans : les psychiatres émettent l'idée d'un Syndrome de Gilles de La Tourette en plus, certains évoquent des troubles psychotiques de type paranoïaque.
- 10 ans dans quelques jours : évocation par la famille d'une BPJ et bon accueil de l'équipe médicale... »

**Plutôt que de s'efforcer à trouver des fautifs, si chacun prenait ses responsabilités et que nous cherchions ensemble des solutions pour que nos enfants restent tout simplement vivants et en bonne santé ?** ■



## ARTISTE À L'HONNEUR

### Emma Brangeon

POUR BICYCLE ELLE NOUS FAIT LE PRIVILÈGE D'ILLUSTRER LES PAGES INTÉRIEURES DE CE NUMÉRO.

Emma Brangeon est une illustratrice meudonnaise. Diplômée de l'EPSAA (École Professionnelle Supérieure des Arts Appliqués) en 2021, elle construit son univers illustratif déjanté en s'inspirant de la fantaisie de ses proches. Ses personnages dynamiques et hauts en couleur reflètent l'excentricité de son imaginaire, l'énergie qu'elle observe au quotidien. Elle a notamment travaillé dans le milieu du théâtre, de l'édition et de la musique.

## NOUVEAUTÉ

### Dr Jean-Pierre Guichard

TROUBLE BORDERLINE  
- POUR MIEUX COMPRENDRE LA PERSONNALITÉ LIMITE  
ÉDITIONS ELLIPSE, FÉVRIER 2024



Trouble borderline et cyclothymie, troubles distincts ou similaires ? Trouble de la personnalité pour l'un, trouble de l'humeur pour l'autre, ils partageraient pourtant de nombreuses caractéristiques communes. À tel point qu'après le diagnostic de TDAH pendant l'enfance, c'est ce diagnostic qui est majoritairement évoqué pour nos enfants à partir de l'adolescence.

Probablement parce qu'on lui prête, comme au TDAH, une chronicité qu'on n'attribue pas à la bipolarité qui, elle, est plutôt considérée comme épisodique. Mais c'est mal connaître les cycles rapides de la cyclothymie.

En 100 questions/réponses le psychiatre Jean-Pierre Guichard nous éclaire avec brio sur le sujet !

## LE TOP FACEBOOK

15 janvier 2024

86 réactions - 28 commentaires - 36 partages

10 janvier 2024

152 réactions - 8 commentaires - 33 partages

19 janvier 2024

67 réactions - 5 commentaires - 2 partages

## DERNIÈRE MINUTE !



Éric, notre directeur artistique à participé à un concours interne à son entreprise Keneo. Il devait partager une belle histoire personnelle pour tenter de devenir Porteur de la Flamme Olympique lors du relai en France via le client de l'agence (Coca-Cola). Bien évidemment il a choisi de raconter son engagement -et celui de Laëtitia- au sein de l'Association Bicycle. Il a obtenu quasiment l'essentiel des votes des salariés !



Éric Payen représentera donc non seulement son entreprise mais surtout l'association Bicycle en tant que porteur de flamme. 🔥

RDV à Granville le 31 mai.  
Départ 15h. Musée Christian Dior.

<https://ess2024.org/2023/06/23/paris-2024-tout-savoir-sur-le-relais-de-la-flamme/>



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

POUR NOUS CONTACTER :  
[CONTACT@BICYCLE-ASSO.ORG](mailto:CONTACT@BICYCLE-ASSO.ORG)