

78  
PAGES

N°26  
09/2025

# entre2pôles



## DOSSIER SPÉCIAL

GÉNÉTIQUE ET BIPOLARITÉ  
À DÉBUT PRÉCOCE

PAR LE DOCTEUR BORIS CHAUMETTE

## REPORTAGE

LES DIP (Dispositif d'Intervention Précoce) :  
LA VILLA ORYGEN ET LE PPPEP48

## OUTIL

LE K-SADS-PL, ENTRETIEN DIAGNOSTIQUE  
SEMI-STRUCTURÉ POUR LES 6-18 ANS  
PAR LE DOCTEUR ELENA PICO  
EN COLLABORATION AVEC LE CHU DE NICE

## PAROLE D'EXPERT

BIPOLARITÉ VS TROUBLE BORDERLINE  
PAR LE DOCTEUR JEAN-PIERRE GUICHARD

## LA FICHE DU PROFESSEUR HÉLÈNE VERDOUX

ANTIPSYCHOTIQUES :  
RELATION ENTRE DOSE ET EFFICACITÉ

## BONUS

VIOLENTCONSULT'OMÈTRE À IMPRIMER !



LAËTITIA PAYEN

PRÉSIDENTE  
DE L'ASSOCIATION BICYCLE

# édito

*Pour ce nouveau numéro, la couverture est encore à l'heure d'été mais tourne déjà le dos aux vacances pour une transition douce vers une rentrée bien alignée !*

*D'ailleurs, les vacances synonymes de cyclokid H24 ne sont pas toujours de tout repos ! Ainsi, pour certains la rentrée a plus des allures de délivrance que de corvée même si les tâtonnements des débuts et les aménagements restent souvent au cœur des préoccupations.*

*Pourtant, parfois, il suffirait d'une intervention précoce pour changer toute la trajectoire de nos enfants. C'est ce que nous verrons avec le Dr Aurélie Schandrin et la fabuleuse équipe de la Villa Orygen puis le Dr Julian Betremieux.*

*Et même avec les plus hostiles l'alliance dont nous parle Laurent dans sa chronique livresque pourrait tout changer !*

*En manque de médecins capables d'entendre leur mal-être (et celui de leurs parents pour lesquels on a concocté un violentconsult'omètre imprimable) pas étonnant que les jeunes se tournent de plus en plus vers l'intelligence artificielle.*

*Amélie a testé pour nous une conversation avec « Chaty » mais il est grand temps que la recherche scientifique avance !*

*On retrouve de l'espoir grâce à notre interview du Dr Boris Chaumette, expert en génétique.*

*Heureusement des équipes et des hôpitaux se battent pour mettre en place des outils qui aident à la pose d'un diagnostic adapté en passant en revue l'ensemble des troubles psychiatriques. Le Dr Elena Picq coachée par l'équipe du CHU de Nice nous en fait une initiation.*

*D'autres, comme le Pr Hélène Verdoux, font un gros travail d'information, de compilation et de diffusion des dernières connaissances.*

*Le Dr Jean-Pierre Guichard, quant à lui, rend la compréhension des troubles psychiatriques accessibles grâce à des articles et à des manuels qui s'adressent aussi bien aux patients qu'à ses aidants.*

*Une seule certitude, les choses bougent ! La preuve : la parole se libère et impossible de faire un choix dans tous les témoignages que nous avons reçus, nous avons donc décidé de tous les publier ! Certains le sont même pour de vrai !*

*Aujourd'hui, l'époque de l'attente est révolue, bienvenue dans l'ère de l'action !*

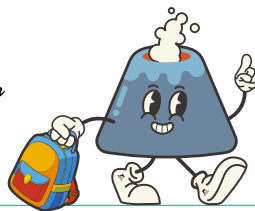
*Devant la pénurie de pédopsychiatres en France, l'objectif n'est plus de trouver un médecin formé à la BPJ mais de l'amener à s'y former.*

*Pour cela, informons-nous sur la pathologie de nos enfants pour pouvoir être exigeant dans les soins, toutes les données actualisées de la science nous donnent raison et l'avenir de nos enfants en dépend. Notre pouvoir c'est la connaissance !*

*Ce numéro bat les records de pagination pour vous en donner le maximum.*

*Bonne lecture et ne lâchez rien !*

*Laëtitia Payen*



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 - DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE  
CYCLOHYPNIE - BIPOLARITÉ  
bicycle-asso.org

## Sommaire

- 03 **L'ASSO**
- 08 **BILLET D'HUMEUR  
D'AMÉLIE**
- 09 **PAROLE D'EXPERT**  
Bipolarité vs trouble borderline
- 19 **DOSSIER SPÉCIAL**  
GÉNÉTIQUE ET BIPOLARITÉ  
À DÉBUT PRÉCOCE  
L'interview sans gêne  
du Dr Boris Chaumette
- 28 **REPORTAGE**  
**DE NÎMES À ROUBAIX :**  
**LES DIP EN DYPTIQUE**
  - Bienvenue à la Villa !
  - De sa thèse à la tête du DIP  
de Roubaix, rencontre avec  
le Dr Julian Bétrémieux,  
un soignant engagé
- 48 **LAURENT SE LIVRE**
- 51 **OUTIL**  
K-SAD-PL : entretien diagnostique  
semi-structuré pour les 6-18 ans
- 56 **LA FICHE DU PROFESSEUR**  
**HÉLÈNE VERDOUX**  
Antipsychotiques :  
relation entre dose et efficacité
- 58 **TÉMOIGNAGES**
- 67 **BD**
- 69 **ACTUALITÉS**
  - La bipolarité ça débute quand ?
  - La santé mentale  
grande cause sémantique
  - Nouveautés en librairie
  - Artiste à l'honneur  
/ Save the date / Top Facebook
- 78 **CADEAU BONUS**  
Le violentconsult'omètre

entre2pôles, le journal d'info de Bicycle - gratuit. Éditeur : Bicycle. Directrice de la publication : Laëtitia Payen. Rédactrice en chef : Laëtitia Payen.  
Direction Artistique et maquette : Eric Payen. Chroniqueurs : Amélie Clermont, Laurent Nio.  
Ont participé à ce numéro : Dr Elena Picq, Dr Jean-Pierre Guichard, Dr Boris Chaumette, Dr Aurélie Schandrin et toute l'équipe de la Villa Orygen,  
Dr Julian Bétrémieux, Mme Gaëlle Laure, Dr Arnaud Fernandez, Pr Hélène Verdoux, Emma R. D, Anaïs Ponçot, Dominique, David Vincent.  
Crédits photos et illustrations : Bicycle, RicoGripoli, Vecteezy, Unsplash, René Maltête/Gamma Rapho, David Vincent.  
Corrections : Aude Thomas-Nio.  
Avec tous nos remerciements.

## ON PARLE DE NOUS À LA TÉLÉVISION



### La maison des maternelles du 12/02/2025 sur France 2

Merci et bravo à Karine pour son témoignage !

On voit qu'un diagnostic de trouble bipolaire posé pendant l'enfance reste stable même à l'adolescence malgré une évolution des symptômes souvent plus typiques.

Et un grand merci au Professeur Consoli pour son expertise en confirmant bien l'existence de ce trouble dès l'enfance !

Pour voir ou revoir le témoignage de Karine c'est par ici :

<https://www.france.tv/france-2/la-maison-des-maternelles/6893119-emission-du-mercredi-12-fevrier-2025.html>

### Le 14H/16H du 20/07/2025 sur France Info

À l'occasion de la sortie de son livre « Il était une flamme » aux éditions Télémaque (dans lequel il évoque également notre association), Vincent de Bary, Président de Keneo et coorganisateur du parcours de la flamme olympique était l'invité de Patrice Rome-denne.

Il revient sur la richesse d'enseignement de cette expérience en parlant de l'engagement des bénévoles en France et en mentionnant notre association !



Eric, notre directeur artistique, a en effet eu l'immense honneur de faire partie des porteurs de la Flamme au nom de Bicycle.

Rappelons que l'agence Keneo est aussi actrice de cet engagement en prêtant gracieusement ses locaux pour l'organisation de nos ateliers Tandem !

Encore un grand merci à lui et à Keneo !

Pour voir l'intégralité de l'interview c'est par ici :

[https://www.franceinfo.fr/replay-jt/franceinfo/le-14h-16h/jt-le-14h-16h-dimanche-20-juillet-2025\\_7388671.html#x-tor=CS2-765-%5Bautres%5D-](https://www.franceinfo.fr/replay-jt/franceinfo/le-14h-16h/jt-le-14h-16h-dimanche-20-juillet-2025_7388671.html#x-tor=CS2-765-%5Bautres%5D-)

## NOTRE CHAÎNE YOUTUBE ASSOCIATION BICYCLE

> Découvrez notre nouvelle vidéo sur notre chaîne YouTube sur la **prescription hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans les troubles bipolaires juvéniles** par Aurélia avec le Dr Michaël Sikorav, psychiatre :

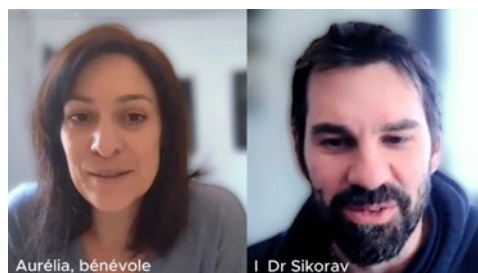
<https://m.youtube.com/watch?v=0107QZiH7JQ&t=11s&pp=2AELkAIB0gcJCf8Ao7VqN5tD>

> Ne manquez pas également nos nouvelles **capsules vidéo « Cliché n'est pas soigner »** pour démonter les idées reçues sur le trouble bipolaire juvénile.

15 vidéos sont désormais disponibles :

[www.youtube.com/@associationbicycle9513/shorts](http://www.youtube.com/@associationbicycle9513/shorts)

L'occasion d'en profiter pour voir ou revoir toutes nos autres vidéos disponibles !





## Notre partenaire, Association Love We Need

Le 5 avril 2025 a eu lieu la remise officielle des bénéfices récoltés lors du concert du 16 novembre 2024 par l'association Love We Need au profit de Bicycle.

Cette donation de 700€ nous a permis de financer notre dernier atelier Tandem du 8 juin 2025 mais aussi notre déplacement du 20 juin 2025 pour rencontrer l'équipe de la Villa Orygen à Nîmes !

Encore un grand merci à tous les bénévoles et aux artistes !

## BICYCLE SUR LE TERRAIN : NOS RENCONTRES

### Le 19 mars 2025 avec le Dr Arnaud Fernandez par Laëtitia et Elena (en visio)

Le Dr Arnaud Fernandez est pédiatre et pédopsychiatre dans le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) du Professeur Florence Askenazy au sein de l'Hôpital Pédiatrique Universitaire Lenval du CHU de Nice et Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier (MCU-PH).

Le Dr Arnaud Fernandez est aussi responsable du Centre Expert Pédiatrique du Psychotraumatisme (CE2P) prenant en charge les enfants et leurs familles victimes d'attentat terroriste (comme le 14/07/2016), de guerre (comme les réfugiés Ukrainiens), de catastrophe naturelle (comme la tempête Alex) et des autres événements potentiellement traumatiques, individuels ou collectifs survenus en France ou ailleurs dans le monde.

Enfin, au sein du SUPEA de Nice, il coordonne également avec le Dr Thümmel le centre de référence des maladies rares à expression psychiatrique. Cette activité permet de proposer une médecine de précision à des populations d'enfants vulnérables, atteints de pathologies chroniques, comorbides et complexes.

Le CHU de Nice a été le premier à traduire en français l'entretien diagnostique K-SADS-PL dont il souhaite voir l'utilisation se généraliser en France dans tous les services de pédopsychiatrie pour une meilleure prise en charge des enfants et des adolescents avec des troubles psychiatriques majeurs.

[Voir notre article en page 51](#)

### Le 20 juin 2025 avec le Dr Aurélie Schandrin et l'équipe de la Villa Orygen à Nîmes par Laëtitia, Aurélia et Eric (en présentiel)

La Villa Orygen est un centre d'intervention précoce et de réhabilitation psychosociale en psychiatrie.

L'objectif de ce centre est de favoriser la rémission clinique et fonctionnelle des jeunes ayant des troubles thymiques ou psychotiques débutant par un accompagnement pluridisciplinaire intensif et personnalisé comprenant l'insertion sociale et professionnelle.

Nous partageons une conviction et un combat commun : la détection et la prise en charge précoce de ces troubles sont des enjeux majeurs en termes de pronostic.

[Voir notre reportage en page 30](#)





### Le 2 juillet 2025 avec le Dr Boris Chaumette à Paris par Laëtitia et Atsuki (en présentiel) et le Dr Elena Picq (en visio)

Nous avons été reçues par le Dr Boris Chaumette, spécialiste des bases génétiques et épigénétiques des troubles psychiatriques. Il dirige des projets de recherche d'envergure nationale et internationale.

Il est notamment impliqué dans un projet de recherche qui vient de démarrer (I-Give+) qui cherche à comprendre les facteurs immunologiques qui peuvent donner des troubles bipolaires à un âge jeune.

De plus après la déficience mentale et la schizophrénie, il est désormais possible, dans certains cas, de réaliser des tests génétiques dans le trouble bipolaire quand le début des troubles est précoce.

[Voir notre dossier spécial en page 19](#)

### Le 6 juillet 2025 avec le Dr Julian Bétrémieux par le Dr Elena Picq et Laëtitia (en visio)

Nous avons rencontré le Dr Julian Betremieux, pédopsychiatre et responsable du Dispositif d'Intervention Précoce du secteur Roubaisien qui fait partie du PPPEP48 :

Le Dr Betremieux a réalisé sa thèse en 2021 sur « La théorie du trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent : une existence débattue depuis plus d'un demi-siècle vers une nouvelle théorie d'un syndrome prodromique ».

[Voir notre reportage en page 41](#)

### Le 10 juillet 2025 avec le Dr Arnaud Fernandez et Mme Gaëlle Laure, neuropsychologue et cheffe de projet du CHU de Nice par le Dr Elena Picq (en visio)

Un rendez-vous très utile pour nous aider à rédiger notre article sur l'intérêt et la passation de la K-SADS-PL, entretien diagnostique semi-structuré reconnu internationalement pour le diagnostic des troubles psychiatriques chez les enfants.

[Voir notre article en page 51](#)

.....

**Un grand merci à eux pour la richesse de nos échanges et pour nous avoir accordé un peu de leur si précieux temps !**

**Nous apprécions particulièrement leur soutien pour obtenir des recommandations officielles pour la bipolarité à début précoce en cette année 2025 labellisée grande cause nationale pour la santé mentale.**

---

## NOTRE ACTUALITÉ SUR NOS RÉSEAUX SOCIAUX

Depuis le mois d'août, vous êtes désormais 4000 à nous suivre chaque jour sur notre page Facebook Association Bicycle !

Merci pour votre confiance et votre soutien !

Ce nombre reflète le nombre de personnes concernées de près ou de loin et il est décisif pour notre association car il nous donne du poids et de la crédibilité lors de toutes nos actions.

N'hésitez pas à liker, partager, commenter nos posts pour qu'ensemble nous continuons à changer leur handicap en potentiel !

Vous pouvez également nous suivre sur notre compte Instagram :

[https://www.instagram.com/association\\_bicycle/](https://www.instagram.com/association_bicycle/)

où vous êtes aussi 700 à nous avoir rejoints !





## ATELIER TANDEM

Un nouvel Atelier Tandem a eu lieu en présentiel le dimanche 8 juin 2025 à Paris.

18 proches aidants dont 16 parents (avec 6 couples), une grand-mère et un beau-père sont venus des 4 coins de la France et un peu plus (Nouvelle Aquitaine, Bretagne, Ile-de-France, Hauts-de-France, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Belgique) pour partager cette journée intense !

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 nos 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.

Pour rappel, nos ateliers Tandem sont des ateliers de psychoéducation réservés à nos adhérents et animés par une psychologue clinicienne à destination des parents d'enfants et d'adolescents souffrant de dysrégulation émotionnelle avec ou sans un diagnostic de cyclothymie/bipolarité qui se déroulent sur une journée sans la présence des enfants. Ils sont offerts par l'association pour favoriser l'accès aux soins pour tous.

Un grand merci à nos partenaires : l'agence Keneo pour la mise à disposition gracieuse de ses locaux, l'Association Love We Need pour le financement de cet atelier et bien sûr à Caline Majdalani, psychologue clinicienne, pour avoir animé cet atelier avec tant d'énergie et d'empathie !

À votre tour, osez franchir le cap et inscrivez-vous à notre prochain atelier Tandem ! (suivez-nous sur nos réseaux sociaux pour connaître la date de notre prochain atelier ou adhérez à l'association pour être informé par mail de toutes nos actualités !)

Parce que ce sont les parents qui en parlent le mieux, voici leurs avis sur notre atelier :

*J'ai mis en application les concepts vus dimanche dès les retrouvailles avec L. et on a passé une bonne soirée !*

**Aurélia B.**

*Un si bel atelier, je serai bien restée toute la semaine avec cette équipe de parents et de professionnels ! Tant de choses encore à partager. Ensemble on est plus fort.*

**Elisabeth M.**

*Ça nous a fait un tel bien à tous.*

**Jessica G.**

*Mon mari était présent, nous devions en choisir qu'un, c'était important que ce soit lui moins actif sur le côté documentaire, lectures, etc. Et bien il est rentré différent, riche de ces échanges, de ces précieux conseils ! Et nous avons pu mettre en pratique quelques conseils qui clairement ont déjà porté leurs fruits ! Un immense Merci !*

**Jessica T.**

*Un grand merci à toute la tribu de Bicycle de nous avoir offert cet atelier intense en émotions et plein d'humanité. Tellement précieux de pouvoir partager nos histoires et vécus si éprouvants au quotidien. La psychologue rappelait ce proverbe africain qui dit qu'il faut tout un village pour élever un enfant. Bicycle contribue à recréer ce village dont on a tant besoin, merci !*

**Yann S.**

*Merci pour cette journée qui nous fait nous sentir moins seuls. On se sent enfin compris et ça c'est déjà énorme ! Au plaisir d'échanger à nouveau tous ensemble.*

**Véronique B.**

*Mille merci pour cet atelier tandem. Un seul regret ne pas être venu à 2, j'espère que mon mari pourra suivre le prochain. Nous avons été dans une bulle de bienveillance et d'échange toute cette journée. Bravo à l'énergie de la psychologue, à son professionnalisme et à sa douceur. Merci aux autres parents pour leur confiance.*

**Elisabeth B.**

*On continue à s'exercer tous les jours... pas facile mais on progresse bien !*

**Sophie C.**

*À cet atelier Tandem, à ces jolies rencontres, à ce moment riche en émotions, bouleversant. Merci à Bicycle de nous aider à pédaler tous ensemble en Tandem :*

*Quelques regards fuyants et des mots réservés,*

*Une poignée d'parents viennent de s'installer*

*L'endroit est accueillant et les sourires discrets,*

*Il faut aller d'avant, il faut enfin oser.*

*Oser les dénoncer, les journées de l'enfer,  
Oser les avouer, les envies meurtrières,  
Oser les balancer, les violences journalières  
Et même oser pleurer, à bout de ce calvaire.*

*Il n'y a pas de jugements, mais tellement d'empathie,*

*Nous n'sommes que des parents dépassés aujourd'hui*

*Par les débordements de nos enfants saisis  
Dans cet enroulement de la cyclothymie.*

*Écouter, partager, tout remettre en question  
Balayer nos idées, revoir l'éducation,  
Savoir anticiper, gérer les émotions,  
Qui nous font pédaler dans la bonne direction.*

*Il reste nos âmes en peine, mais surtout notre espoir*

*De changer en tandem, de réécrire l'histoire  
Pour que nos âmes en peine ne voient plus tout en noir,*

*Et puissent redire «je t'aime» à nos petites bêtes noires.*

**LaJen Érale**

*(Jennifer Desserteau alias LaJen Érale vient de publier un recueil de poèmes  
à retrouver en page 76 )*

# Amélie au pays de "Chaty"

Pour Bicycle je suis partie causer avec ChatGPT :

## Première question : que penses-tu des enfants bipolaires ?

Réponse consensuelle : ça existe mais c'est rare et gnagnagna et l'eau ça mouille et de conclure un enfant bipolaire n'est pas un enfant «fou» ou «ingérable».

Bah voilà, renforce la crainte du fou !  
C'est pour ça que ton ado va sur Chatgpt et pas chez un psy.  
Il ne veut pas être fou ! *Sans doute la peur des mots de 3 lettres : fou, non...*

De plus, Chaty, viens faire un stage chez moi si tu penses qu'il est gérable!  
Mordiou, c'est la compil' de la pensée journalistique : 50% des médecins paforméspourpasdireautrechose et 50% ChatGPT !

Mais bon ... Une question trop ouverte sans doute !

## Deuxième tentative. J'écris : mon enfant bipolaire salit toute la maison alors que je lui fais la leçon

*(Chez Bicycle «salir toute la maison» ça veut dire que tu es face à un carnage : des tâches partout, des objets partout, des peaux de banane dans le canapé, des asticots plein la cuisine, du caca plein la douche...)*

Chaty me dit : Oh comme c'est gentil de me donner tes émotions personnelles, c'est si difficile ce que tu vis...

Oui bah merci hein !!! Ce n'est pas toi qui es face au biniou ! Alors ta compassion numérique tu vas te la gigabiter au pays des clusters !

Après il m'explique pourquoi mon cyclokid «lui toujours faire ainsi quand lui pas content» et il me propose des items de solutions. C'est généraliste mais ok, j'aurais pas dit mieux ... Vive Chaty ! *(Si ça se trouve il a gobé tout notre site Bicycle !)*  
En plus à la fin, il est sympa, il s'inquiète pour moi, j'ai le droit d'être fatiguée et en colère, il existe des groupes de parole, etc.

Puis il me demande si je veux causer : quel âge a mon gosse, est-il suivi, comment je vis ça... Chaty est là pour m'aider ! *wouahhh !!*

## Troisième interaction. Ma réponse est la suivante : il est suivi mais peu d'amélioration

J'aurais dû commencer par-là, parce qu'il me dit que je suis très courageuse. Et aussi blablabla...

Y m'horripile ce Chaty, il me passe de la pommade dans le dos pour me faire son schtroumpf savant juste après : le traitement met du temps, les médocs ne font pas tout... J'avoue que pour les darons d'cyclokids débutants, ça le fait.



AMÉLIE CLERMONT

FONDATRICE  
ET PRÉSIDENTE D'HONNEUR  
DE L'ASSOCIATION BICYCLE

## Quatrième approche, je lui pose une nouvelle question : Mais le quotidien avec du concret tu connais ? Un peu agacée que je suis !

Je l'ai refroidi direct, il dit ok, tu veux du concret, tu vas voir ce que tu vas voir. Il me sort un plan d'attaque :

Objectif : réduire les comportements destructeurs et il croit bon de me préciser «ou salissants». Et là, que du réchauffé !

*Faut que les psys généralistes arrêtent d'alimenter Chaty, parce que alors les réponses génératrices de solitude.... La vache !*

Je dois donc créer un cadre visuel simple et non négociable.

Donc : planning, règles avec affichage sur le frigo, chambre ET salon avec des consignes du style «je garde ma chambre propre».

Bon nous aussi on le préconisait mais la vérité, ça marche 15 jours !

Chaty continue : Félicite-le... avec des jetons qui donnent droit à un truc !

Opizut, je n'ai pas envie de lui dire que nous à Bicycle on a bien vu que ça les rend zinzin ce truc et que ça va taper direct dans leurs handicaps !!!

Soyons honnête, quelques idées peuvent aider quand même, mais dieu que c'est généraliste !

Les parents vont se prendre tous les murs que j'ai affronté avant de créer Bicycle !

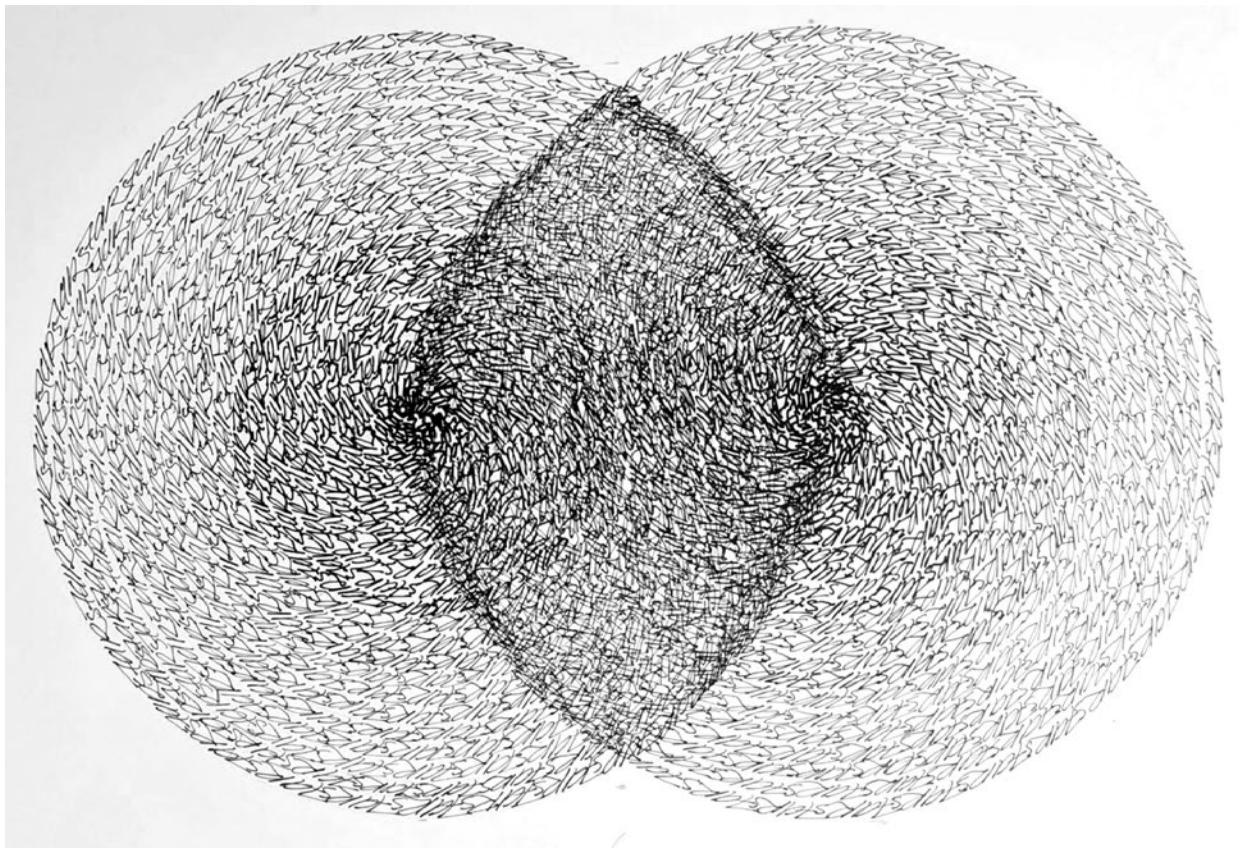
J'étais en train de lui dire que tout ça, j'avais déjà essayé et que ça générerait des crises... et paf, j'ai dû m'inscrire, j'ai donc perdu toute la conversation !

Je suis inadaptée à ce monde !!! Quoi que, si je reconnecte mes chakras rebelles je peux peut-être m'en servir comme punching-ball...

*Antisocial tu perds ton sang froid ! la, la la !*

Le problème de Chaty, c'est que c'est un moldu.

# Bipolarité VS trouble borderline



©Illustration : [davidvincent.bx](https://davidvincent.bx) - 2 0



DR JEAN-PIERRE GUICHARD

PSYCHIATRE, PSYCHOTHÉRAPEUTE, CLINIQUE LA NOUVELLE HÉLOÏSE (MONTMORENCY)

Le terme « **borderline** » sera utilisé, dès 1938, par le psychanalyste américain Adolphe Stern pour désigner des états pathologiques « limites », c'est-à-dire intermédiaires, « frontières », se situant entre la névrose et la psychose. Longtemps décrit comme une transition entre ces deux grandes catégories nosographiques, le trouble **borderline** est considéré par les classifications actuelles comme une entité clinique à part entière et autonome, appartenant aux troubles de la personnalité. Ceux-ci sont caractérisés par un dysfonctionnement durable de la personnalité survenant pendant l'adolescence (ou au début de l'âge adulte) et intéressant au moins deux des domaines suivants : la

cognition (perception et vision de soi-même, des autres et des événements), l'affectivité (intensité et adéquation des réponses émotionnelles), les relations interpersonnelles, le contrôle des impulsions (DSM-5, section II, 2013)<sup>1</sup>.

Plus précisément, le manuel américain définit le trouble de la personnalité **borderline** (TPB), dont la prévalence dans la population générale serait de 2,7 % et qui concernerait davantage le sexe féminin que masculin (ratio de 3/1), comme un « mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée, qui est présent dans des contextes divers ».

### POURQUOI LE DIAGNOSTIC EST-IL DIFFICILE ENTRE PATHOLOGIES BIPOLAIRE ET BORDERLINE ?

De prime abord, l'on pourrait supposer que le trouble bipolaire (TB), qui est, comme on le sait, **un trouble de l'humeur** – caractérisé par des oscillations anormales et récurrentes de cette dernière, entre deux pôles opposés, celui de l'exaltation et celui de la dépression –, et le trouble borderline, qui, comme on vient de l'évoquer, correspond à un trouble affectant la personnalité, n'ont que peu de choses à voir l'un avec l'autre et qu'il devrait donc être aisé de les identifier et de les distinguer.

Mais la question se présente comme plus compliquée dès lors que l'on apprend qu'il existe une **dimension émotionnelle centrale** dans le trouble borderline – notion que la CIM 10 (OMS, 1992)<sup>2</sup> avait bien mis en exergue en le présentant comme un sous-type de la « **personnalité émotionnellement labile** » (c'est-à-dire manifestant des émotions instables et changeantes) –, qui semble partagée avec la bipolarité, dans laquelle ce qu'il est convenu d'appeler l'**hyperréactivité émotionnelle** occuperait également une place importante (en rapport avec un abaissement du seuil de déclenchement des émotions).

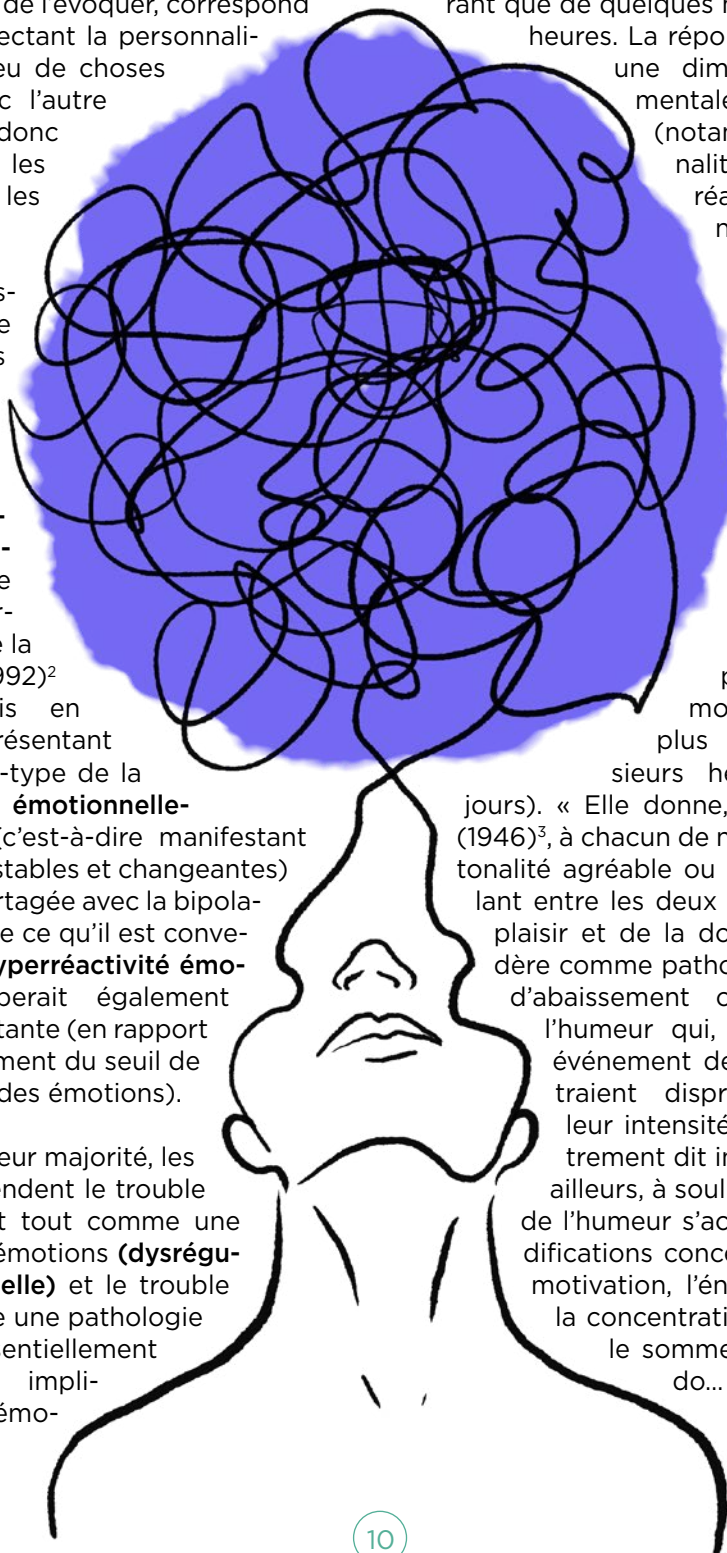
Toutefois, dans leur majorité, les experts appréhendent le trouble borderline avant tout comme une pathologie des émotions (**dysrégulation émotionnelle**) et le trouble bipolaire comme une pathologie concernant essentiellement l'humeur, mais impliquant aussi les émotions.

Reste à savoir comment faire la part, dans un tableau clinique, de ce qui relève des émotions et de l'humeur.

Pour rappel, les **émotions** (tristesse, joie, colère, peur, surprise, honte, dégoût) résultent de la perception d'une situation (elles s'apparentent à des « ressentis ») et se traduisent par des réactions affectives (et neurovégétatives) intenses. Elles surviennent instantanément et sont éphémères, ne durant que de quelques minutes à quelques heures. La réponse émotionnelle a une dimension comportementale et certains sujets (notamment les personnalités borderlines) réagiraient de manière inappropriée et excessive (par exemple, tristesse avec détresse, explosion de colère) à des événements mineurs.

**L'humeur**, pour sa part, semble correspondre à un état affectif d'installation plus insidieuse, de moindre intensité et plus durable (de plusieurs heures à plusieurs jours). « Elle donne, selon Jean Delay (1946)<sup>3</sup>, à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». On considère comme pathologiques des états d'abaissement ou d'élévation de l'humeur qui, en réaction à un événement de vie donné, paraîtraient disproportionnés dans leur intensité et leur durée, autrement dit inadaptés. Il est, par ailleurs, à souligner qu'un trouble de l'humeur s'accompagne de modifications concernant : l'intérêt, la motivation, l'énergie, la motricité, la concentration, l'estime de soi, le sommeil, l'appétit, la libido...

Remarquons qu'il



existe un continuum entre émotion et humeur. En effet, en fonction de l'impact de certains stress, il est possible qu'une émotion perdure et se transforme en état d'humeur qui s'apparente à une expérience émotionnelle prolongée : par exemple, la tristesse en humeur dépressive (associée à d'autres symptômes en cas d'épisode dépressif caractérisé), la joie en humeur euphorique (hypomanie d'un trouble bipolaire de type II), la colère en humeur irritable (comme cela est fréquemment le cas chez la personnalité borderline).

Comme on le voit, s'il est possible de différencier les éléments émotionnels et les éléments thymiques, cela se révèle généralement en pratique une tâche complexe et difficile, et l'on conçoit que les diagnostics des deux pathologies bipolaire et borderline puissent être confondus, d'autant qu'il existe entre elles d'autres chevauchements de symptômes.

Or, être capable d'établir la distinction entre les deux maladies représente un enjeu majeur, dans la mesure où leurs traitements ne sont pas les mêmes : fondés principalement sur la psychopharmacologie pour le TB et sur des approches psychothérapeutiques spécialisées pour le TPB.

### COMMENT DIFFERENCIER BIPOLARITÉ ET TROUBLE BORDERLINE ?

La lecture des critères diagnostiques du TPB, que décline le DSM-5 – l'observation chez le sujet d'**au moins 5 des 9 critères** étant nécessaire pour poser le diagnostic –, permet d'identifier les ressemblances, mais aussi les différences, qu'il présente avec la bipolarité. Il est à noter que ces critères peuvent s'appliquer aux moins de 18 ans, l'établissement du diagnostic étant soumis à la condition qu'ils aient persistés (pour 5 d'entre eux sur les 9) pendant au moins un an.

Nous passerons, tout d'abord, en revue les critères 2, 4, 5, 6, 8 et 9 qui présentent des similitudes avec les symptômes du trouble bipolaire, toutefois à un certain nombre de nuances près, non négligeables, qu'il faudra donc s'efforcer de saisir pour faire le diagnostic différentiel. Et à cet égard une bonne compréhension du mode de fonctionnement de la personnalité borderline, d'une part, et du sujet atteint de trouble bipolaire, d'autre

part, paraît indispensable.

Nous examinerons ensuite les critères 1, 3, et 7, qui apparaissent comme quasi spécifiques du trouble de la personnalité borderline, et auxquels une grande importance devra être accordée pour en établir le diagnostic.

**Critère 2 : Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.**

Pour intenses qu'elles soient, puisqu'elles revêtent souvent un caractère possessif, exclusif, fusionnel, les relations que développe le sujet borderline avec autrui (amis, partenaires...) sont habituellement marquées par l'instabilité, autrement dit émaillées de ruptures répétées (auxquelles sa trop grande avidité affective n'est pas étrangère).

Si les **relations** que les bipolaires, pour leur part, instaurent, en phase hypomaniaque ou maniaque essentiellement (puisque, en dépression, ils fuient les contacts), peuvent également apparaître « **instables** », « **intenses** » et tumultueuses, c'est, semble-t-il, surtout en raison de la désinhibition sociale et sexuelle, et du comportement fantasque, voire chaotique, qui accompagnent ces phases et ne favorisent guère un attachement durable.

L'autre caractéristique du mode de relation interpersonnelle de la personnalité borderline est qu'elle a tendance, au début, à idéaliser à l'excès son partenaire, en lui prêtant toutes les qualités, dans la mesure où celui-ci semble pleinement combler ses attentes. Mais dès lors qu'il ne parviendra plus à satisfaire le besoin permanent de soutien et de réassurance du sujet, la dévalorisation se substituera brusquement à l'idéalisation : l'autre, « tombé de son piédestal », passera du statut d'entièrement « bon » à celui d'entièrement « mauvais » et sera alors rejeté... Rien à voir donc avec l'idéalisation et la dévalorisation d'un proche, auxquelles pourrait se livrer un sujet bipolaire, tour à tour, en phase d'hypomanie et de dépression.

En fait, les difficultés dans les relations interpersonnelles semblent faire partie d'un dysfonctionnement permanent dans le TPB, alors qu'elles apparaissent plutôt comme

des conséquences négatives des épisodes thymiques dans le TB. De nombreux patients bipolaires en normothymie se montrent d'ailleurs capables de maintenir des relations tout à fait stables.

**Critère 4 : Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par ex : dépenses, sexualité, toxicomanie, crises de boulimie...).**

En ce qui concerne l'impulsivité, des « engagements excessifs » observables dans les deux pathologies sont manifestement de nature différente de par leur contexte et leurs motivations. Ainsi, la quête de l'autre (changements fréquents de partenaires sexuels), de même que les dépenses et les conduites addictives, qui caractérisent principalement l'hypomanie ou la manie chez les bipolaires (en adéquation avec le caractère festif de ces phases), paraissent-elles correspondre, avant tout, chez la personnalité borderline aux efforts qu'elle déploie pour tenter de combler sa sensation de vide intérieur qui est constante (cf. infra, critère 7). On remarquera en outre, que si les prises de risque apparaissent coutumières et persistantes chez les borderlines, elles semblent surtout liées aux épisodes d'exaltation dans le trouble bipolaire. Par ailleurs, il a été montré que les scores d'impulsivité (et d'agressivité) sont plus élevés chez les borderlines que chez les bipolaires (C.Henry<sup>4</sup>), et que l'impulsivité se manifesterait chez les premiers davantage en réaction à des émotions négatives.

**Critère 5 : Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations.**

Les **comportements suicidaires** que l'on retrouve dans les deux troubles – mais deux fois plus fréquemment dans le TPB (60%) que le TB II (30%) –, s'inscrivent généralement dans des contextes distincts.

Les menaces et/ou les tentatives de suicide de la personnalité borderline sont souvent en rapport avec sa problématique abandonnique (cf. infra critère 1) : expression du désespoir engendré par une séparation (même brève) ou une rupture, ou destinées à empêcher un abandon réel ou imaginé. Chez le patient bipolaire, ces comportements surviendront plus fréquemment dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé déjà ins-

tallé, éventuellement pourvu de caractéristiques mixtes.

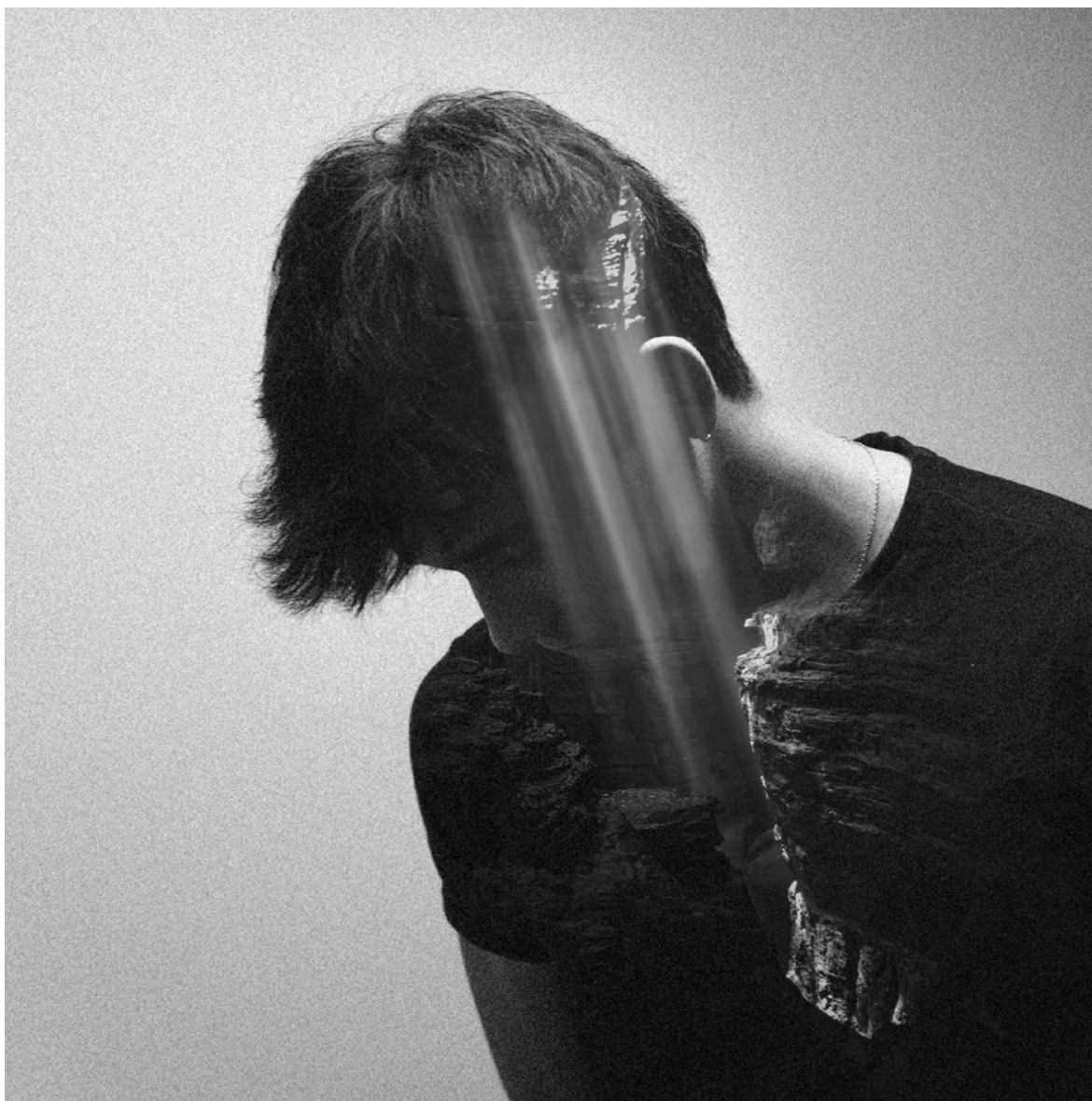
Les **conduites d'automutilations** (coupures, brûlures, coups de poing ou de tête...), quant à elles, courantes dans le TPB – elles concerneraient 60% des adolescents qui en sont atteints<sup>6</sup> – et représentant généralement un moyen de soulager une détresse et une tension insupportables, générées par une frustration ou un conflit..., se rencontrent, somme toute, plus rarement dans le trouble bipolaire.

**Critère 6 : Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).**

Au quotidien, les fluctuations rapides de l'humeur des personnalités borderlines sont quasiment impossibles à distinguer des oscillations thymiques brutales et brèves qui caractérisent le tempérament affectif cyclothymique, décrit par H. Akiskal en tant que facteur de prédisposition à la bipolarité et élément du trouble bipolaire de type II 1/2<sup>7</sup>. Selon certains auteurs, ce tempérament serait d'ailleurs partagé et représenterait le trait d'union entre le trouble borderline et la bipolarité<sup>8</sup>.

Les épisodes dysphoriques du TPB (tristesse, irritabilité et anxiété mêlées) peuvent présenter de trompeuses similitudes avec des épisodes d'hypomanie irritable (dotées de caractéristiques mixtes), mais sont, la plupart du temps, de moindre durée et en lien avec des événements relationnels, fréquemment corrélés à la crainte d'être abandonné. Et le sujet borderline d'avoir souvent conscience que ses changements d'humeur résultent, notamment, de ses difficultés à gérer ses émotions. Il sera donc généralement possible de faire la différence avec les perturbations thymiques du TB, indépendantes du contexte quotidien, qui évoluent par périodes et s'inscrivent davantage dans la durée (au moins 14 jours pour une dépression caractérisée, 7 pour une manie et 4 pour une hypomanie).

Pour faciliter le distinguo, on retiendra que les variations de l'humeur de la normothymie (humeur normale) à la colère et l'anxiété, sont habituellement associées au TPB, tandis que les changements d'humeur de la nor-



©UNSPLASH onid haumann et ivana cajina

mothymie à la dépression ou l'accès (hypo) maniaque, ainsi que les virages (inversion d'humeur) de la dépression à l'hypomanie ou la manie, sont caractéristiques de la bipolarité (C. Henry)<sup>9</sup>.

**Critère 8 : Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple, fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).**

Si les comportements « explosifs » de colère – qui s'apparentent parfois à des réactions de rage avec agressivité verbale, voire physique – peuvent être déclenchés, dans les deux troubles, par toutes les formes de frustrations, il semble que celles relevant du domaine des relations affectives soient plus souvent en cause dans le trouble borderline (par exemple, impression que la personne

qui compte pour soi ne donne pas assez d'elle-même, n'est pas assez disponible, ou manque d'attention).

Rappelons que des formes de manie coléreuse et d'hypomanie irritable ont été décrites dans le TB et que la colère peut également se manifester lors des dépressions bipolaires, notamment chez l'enfant et l'adolescent. En ce domaine, la différence majeure entre les deux pathologies résiderait dans la grande fréquence des crises de colère chez la personnalité limite et leur caractère épisodique chez le sujet bipolaire.

**Critère 9 : Survenue transitoire, dans des situations de stress, d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères.**

Ces expériences qualifiées de « quasi psychotiques », que vivraient environ 40% des

sujets borderlines<sup>10</sup>, ont pour caractéristiques d'être brèves – d'une durée de quelques minutes à quelques heures et ne dépassant pas deux jours – et d'être déclenchées par des stress intenses en rapport avec des situations de conflit ou d'abandon (imaginé ou réel). Elles revêtent une forme atténuée et font habituellement l'objet d'une assez bonne critique de la part du patient.

Elles peuvent se traduire par un vécu persécutif (tendance interprétative, méfiance, paranoïa transitoire), des pensées bizarres (pensée magique, voyance...), des perceptions inhabituelles (illusions, quasi-hallucinations auditives ou visuelles), des symptômes dissociatifs (dépersonnalisation, déréalisation, sentiment d'étrangeté par rapport à l'environnement...).

Ces éléments d'allure psychotique semblent très différents des symptômes délirants et hallucinatoires francs que l'on peut rencontrer au cours de certains épisodes bipolaires, soit maniaque (délire mégalomane, mystique...), soit mélancolique (culpabilité délirante, autoaccusation...), généralement congruents à (en adéquation avec) l'humeur et auxquels les patients adhèrent pleinement sans aucune critique.

Il est à signaler ici que les phénomènes de **dépersonnalisation** (impression de ne plus se reconnaître, de ne plus rien ressentir, de se dédoubler, d'être déconnecté...) ne font pas partie du tableau clinique classique de la bipolarité, et que survenant dans l'enfance, ils seraient prédictifs d'un développement ultérieur d'un TPB et non d'un trouble bipolaire<sup>11</sup>.

Pour fonder le diagnostic de trouble de la personnalité borderline, on recherchera systématiquement chez le sujet la présence des critères considérés comme les plus caractéristiques, voire spécifiques, de cette pathologie :

### **Critère 1 : Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.**

L'individu atteint de TPB est très dépendant dans le domaine affectif, ne supporte généralement pas la solitude et vit dans la peur d'être rejeté ou abandonné (alors même qu'aucun élément tangible ne viendrait alimenter cette crainte). Aussi, tout éloigne-

ment d'un proche, même transitoire, pourrait-il être perçu comme une menace d'abandon et déclencher chez le borderline un accès de panique ou de colère explosive (cf, supra, critère 8). En outre, la crainte de la perte de ses proches peut amener le sujet « limite » à tester la solidité de leur attachement, en les mettant rudement à l'épreuve, c'est-à-dire en les provoquant et en faisant tout pour les pousser à bout...

Ce critère peut se trouver annoncé chez l'enfant par de **l'anxiété de séparation**, qui se traduit par une peur, excessive et inappropriée, focalisée sur la séparation d'avec des personnes auxquelles il est particulièrement attaché. Il est à noter que la peur (voire la terreur) de l'abandon affecterait 85% des adolescents borderlines<sup>12</sup>, s'accompagnant fréquemment d'une sensibilité exacerbée à la critique<sup>13</sup>.

Remarquons que l'on peut également constater chez le sujet bipolaire une sensibilité augmentée à l'abandon, au rejet, à la « perte », aux critiques... mais de moindre intensité que chez la personnalité borderline.

### **Critère 3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image et de la notion de soi.**

Les personnes borderlines éprouvent généralement des difficultés à définir qui elles sont, parce qu'elles présentent une incertitude concernant les divers domaines relatifs à l'identité comme : l'image de soi (inconsistante), l'identité sexuelle (« fluidité du genre »), le type de fréquentations, les objectifs à long terme ou choix d'études et de carrière, les valeurs... On a parlé à ce sujet de « syndrome d'identité diffuse » (O.Kernberg, 1979)<sup>14</sup>.

Il semble utile de préciser que si cette symptomatologie peut apparaître comme spécifique à l'âge adulte, ce n'est qu'avec prudence que l'on pourra s'y référer durant l'adolescence, c'est-à-dire la période au cours de laquelle se produit l'aménagement des orientations identitaires.

### **Critère 7 : Sentiments chroniques de vide.**

Cette sensation de vacuité et de béance à l'intérieur de soi, qui peut s'observer au cours d'un épisode dépressif caractérisé (éven-

tuellement bipolaire), se manifeste au long cours dans le trouble borderline et en représenterait même, selon certains auteurs, un signe pathognomonique (J.H Rogers, 1995)<sup>15</sup>. Elle est fréquemment associée à un sentiment, non moins permanent, de solitude et d'ennui. Ce type de ressenti explique la préoccupation de ces patients de rechercher constamment des soutiens extérieurs et de se « remplir » par tous les moyens (dont la consommation d'alcool, de drogues et/ou de nourriture ; cf. supra critère 4).

### Des épisodes dépressifs caractérisés peuvent survenir dans l'évolution des deux troubles, mais avec des présentations différentes.

Alors que la dépression de l'**adolescent bipolaire** revêt fréquemment une forme mélancolique, avec anesthésie affective (on ne ressent plus de sentiments pour les êtres les plus chers), absence totale de réactivité aux événements agréables, ralentissement psychomoteur, culpabilité intense, possibles symptômes psychotiques sévères (tel, parfois, le syndrome de Cotard, avec délire de négation d'organes) ; celle de l'**adolescent borderline** est généralement dépourvue de ces particularités et caractérisée par un vide encore plus profond qu'à l'accoutumée, le sentiment d'être « toujours mauvais<sup>16</sup> » à la place de la culpabilité, une hostilité marquée, une réactivité manifeste à des événements positifs (comme, notamment, dans les relations interpersonnelles, telle une réconciliation), et parfois une symptomatologie « psychotique », mais à minima.

Dans la démarche visant à étayer un diagnostic différentiel entre bipolarité et TPB, il s'agira, en outre, de repérer l'existence éventuelle de **symptômes typiques du pôle maniaque**, que l'on ne retrouve quasiment pas chez la personnalité « limite » :

- **des périodes d'hyperactivité et d'énergie débordantes** (d'une durée d'au moins 4 jours) ;
- **la diminution du besoin de sommeil et la disparition de la sensation de fatigue** ;
- **un déficit de l'attention soutenue** : trouble de la concentration, distractibilité, fuite des idées, accélération du cours de la pensée<sup>17</sup> ;
- **la logorrhée** : désir de parler constamment, flux verbal intarissable ;
- **la surestimation de soi, l'excès de confiance en soi** (a fortiori une mégalomanie avérée) et l'affranchissement de toute dépendance à l'égard de l'autre, que l'on peut observer en (hypo)manie et qui sont absents chez le sujet borderline, lequel tend plutôt à se dévaloriser en permanence, à se plaindre de sa vulnérabilité et de sa dépendance affective. Au reste, il est à souligner que celui-ci présente rarement une véritable exaltation de l'humeur, ce qui peut constituer un critère distinctif, y compris d'un trouble cyclothymique (comportant, rappelons-le, selon le DSM-5, « de nombreuses périodes de symptômes hypomaniaques », alternant avec des phases de dépression mineure, pendant au moins un an pour les enfants et les adolescents).

Parmi les autres éléments permettant de distinguer le TB du TPB, on n'omettra pas de prendre en considération :

- **les antécédents familiaux**, sachant que l'on retrouve habituellement des cas de bipolarité chez les apparentés des sujets bipolaires et des cas de troubles de la personnalité antisociale ou borderline, ou de dépression unipolaire, chez les apparentés de patients borderlines<sup>18</sup> ;

- **des antécédents personnels** d'abus sexuels dans l'enfance, qui peuvent représenter des facteurs prédisposant aux deux troubles, mais se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez les personnalités borderlines que chez les bipolaires<sup>19</sup> ;

- **les critères évolutifs** :

- l'âge d'apparition des troubles réputé plus précoce dans la bipolarité (à partir de 15 ans en moyenne, ou dès l'enfance) ;
- le mode de début de la pathologie, généralement caractérisé par un premier épisode marquant une rupture nette par rapport au fonctionnement habituel du sujet dans la bipolarité, et plus insidieux et progressif dans le TPB ;
- le mode d'évolution au long cours : le trouble bipolaire s'inscrit dans la durée et tendrait plutôt à s'aggraver avec l'âge, tandis que le TPB peut s'améliorer spontanément avec le temps (une guérison étant possible à l'âge de la maturité<sup>20</sup>) ; par ailleurs, on remarquera que tant qu'il perdure, le trouble borderline revêt un caractère constant, demeurant « stable dans son instabilité<sup>21</sup> », alors que l'évolution du TB apparaît comme intermittente et cyclique, ponctuée d'épisodes disruptifs de polarité différente.

### DEUX PATHOLOGIES LIEES AU POINT D'APPARTENIR A UN MEME SPECTRE ?

Les nombreux points communs (dont la dimension émotionnelle), évoqués plus haut, existant entre les deux pathologies, ne manquent pas de soulever la question des liens les unissant, cela d'autant qu'elles sont susceptibles de coexister, en tant que comorbidités, dans 20 à 25% des cas<sup>22</sup>.

**Il a été montré que le TPB pouvait prédisposer au développement d'un trouble bipolaire (mais l'inverse n'a pas été prouvé<sup>23</sup>).**

Par ailleurs, ils se trouvent tous deux associés à un risque augmenté de comorbidités identiques, à savoir anxieuses, neurodéveloppementale (TDA/H) et addictives (qui peuvent représenter des masques trompeurs).

Chacune des deux maladies est actuellement conceptualisée comme la résultante d'une interaction entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux (dont, notamment, des expériences de vie difficiles

dans l'enfance), causant des dérégulations de l'humeur (et des émotions) dans la bipolarité et surtout émotionnelle, avec impulsivité dans le TPB.

Sur le plan neurobiologique, des dysfonctionnements fronto-limbiques, ainsi que concernant l'axe du stress (hypothalamo-hypophyso-surrénalien), ont été identifiés dans le TPB, comme dans le TB.

Enfin, sur le plan psychopharmacologique, les deux pathologies pourraient se trouver aggravées par les antidépresseurs et sont améliorées par les thymorégulateurs anti-convulsivants et les antipsychotiques atypiques. Ces régulateurs, en effet, préconisés dans le traitement du TB, ont montré une efficacité non négligeable dans la prise en charge du TPB, avec une réduction notable de l'impulsivité.

On comprend ainsi que certains auteurs<sup>24</sup> aient pu émettre l'hypothèse selon laquelle le TPB pourrait faire partie intégrante du spectre de la bipolarité, s'apparentant à un TB du type II à cycles « ultrarapides ».

Pour autant, les études les plus fiables<sup>25</sup> ne permettent pas, à ce jour, de conclure à l'existence d'un véritable continuum entre les deux troubles qui, selon elles, seraient distincts et indépendants ; mais est tout de même admise la possibilité qu'ils présentent des facteurs étiologiques (entre autres des déterminants épigénétiques<sup>26</sup>) communs.

Pour ne rien simplifier, il n'est certes pas aisé de distinguer chez nos jeunes le TPB de la « crise d'adolescence », susceptible de comporter des aspects analogues, bien que non pathologiques, tels : une instabilité émotionnelle, une incertitude identitaire, des conduites à risque, la consommation de substances psychoactives, des manifestations d'impulsivité, des angoisses d'abandon liées au processus d'autonomisation... En fait, la majorité des adolescents présenterait un « fonctionnement limite » transitoire (V.Estelson, 2019)<sup>27</sup>, et ce n'est pas sans raison que souvent les borderlines ont été qualifiés d'« éternels adolescents ». Cependant, ces aspects « limites » régressent habituellement au cours de l'adolescence chez les sujets indemnes de la pathologie borderline, alors qu'ils iront en s'aggravant chez ceux qui en sont affectés (E.Pham et al, 2021)<sup>28</sup>.

Bien que les diagnostics de trouble bipolaire et/ou de trouble borderline à l'adolescence soient réputés difficiles, une identification précoce de ces pathologies durant cette période de développement n'en paraît pas moins nécessaire, afin que ces jeunes puissent bénéficier des traitements appropriés permettant d'en réduire l'impact négatif sur leur fonctionnement psychosocial : à savoir, prioritairement des thymorégulateurs dans le TB et une approche de type thérapie comportementale dialectique (TCD) ou thérapie basée sur la mentalisation (TBM) dans le TPB. ■

### POUR ALLER PLUS LOIN :

#### Bibliographie :

- Guichard J-P, **Vivre et comprendre les troubles bipolaires**, Ellipses, 2014.

Ch.7. Le trouble bipolaire infanto-juvénile p. 211

- Henry C. Gaillard R, Hovenou J, Masson M, **Manuel des troubles bipolaires**, Elsevier Masson, 2023.

Ch. 22. Diagnostic différentiel entre les troubles bipolaires et les troubles de la personnalité (Piguet C., Pham E.) p. 225...

Ch 34. Bipolarité et trouble de la personnalité limite (Gourion D.) p. 337

- Guichard J-P., **Le trouble borderline en 100 questions/réponses, Pour mieux comprendre la personnalité limite**, Ellipses, 2024. Q. 22-32-33-43-44-45.

#### Références :

1.American Psychiatric Association, *Association américaine de psychiatrie, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-5*, 5e ed., coor trad : Crocq M.A., Guelfi J.D, Elsevier Masson, 2015 ; *DSM-5-TR*, Elsevier Masson, 2023.

2.Organisation Mondiale de la Santé, *CIM 10/ICD10, Classification internationale des maladies*, chap V (F), Masson, 1993 ; mise à jour, 2007.

3.Delay J, *Les dérèglements de l'humeur*, PUF, 1961.

4.Henry C., Mitropoulou V., New A. S. et al, *Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders : similarities and differences*, *J. Psychiat Res*, 2001, 35 (6), p. 307-312.

5.Bayes A. J., Mc Clure G., Fletcher K et al, *Differentiating the bipolar disorders, from borderline personality disorder*, *Acta Psychiatr. Scand*, 2016, 133 (3), p. 187-195.

6.Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S., *La Rivière S. G. de, Borderline personality disorder in adolescents : Prevalence, diagnosis, and treatment strategies*, *Adolesc. Health Med Ther.*, 2018, 23, p.199-210.

7.Akiskal H. S., *Subaffective disorders : dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the « borderline » realm.*, *Psychiatr. Clin North Am*, 1981, 4, p. 25-46.

8.Perugi G., Fornaro M., Akiskal H. S., *Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis ?* *World Psychiatry*, 2011, 10 (1), p.45-51.

9.Henry C. et al, 2001, op. cit.

10.Zanarini M. C., Gunderson J. G., Frankenburg FR, *Cognitive*

features of borderline personality disorder, *Am J. Psychiatry*, 1990, 147 (1), p. 57-63.

11. Bayes AJ et al, 2016, op. cit.

12. Benoit J. P., Moro M. R., *Evolution des états limites de l'adolescence à l'âge adulte*, *L'information psychiatrique*, 2016/2, 92, p. 137-142.

13. Bayes AJ et al, 2016, op. cit.

14. Kernberg O., *Les troubles limites de la personnalité*, Privat, 1979.

15. Rogers J. H. et al, *Aspects of depression associated with borderline personality disorder*, *Am J. Psychiatry*, 1995, 152, p. 268-270.

16. Kernberg O., 1979, op.cit.

17. Lenzenweger M. F., Kernberg O. et al, *Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder : a preliminary study*, *J. Pers Disord*, 2004, 18 (5), p. 421-438.

18. White CN, Gunderson JG, Zanarini MC, Hudson JI, *Family studies of borderline personality disorder : a review*, *Harv Rev psychiatry*, 2003, 11 (1), p. 8-19.

19. Bayes AJ et al, 2016, op. cit.

20. Paris J, Zweig-Frank-H, *A 27-years follow-up of patients with borderline personality disorder*, *Compr. Psychiatry*, 2001, 42 (6), p. 482-487.

21. Widlöcher D, *Communication clinique et état limite*, in *Psychanalyse à l'université*, 5, n°17, Ed Réplique, 1979.

22. Zimmerman M., Morgan J. A., *The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder*, *Dialogues clin. Neurosci*, 2013, 15 (2), p. 155-169.

23. Frias A, Baltasar I, Birmaher B, *Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder : prevalence, explanatory theories, and clinical impact*, *J. Affect. Disord*, 2016, 202, p. 210-219.

24. Paris J, Black D. W., *Borderline personality disorder and bipolar disorder : what is the difference and why does it matter ?* *J. Nerv Mental Dis*, 2015, 203 (1), p. 3-7.

25. Rosa de la I. et al, *Determining if borderline personality disorder and bipolar disorder are alternative expressions of the same disorder : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*, *J. Clin Psychiatry*, 2017, 78 (8), p. 994-999.

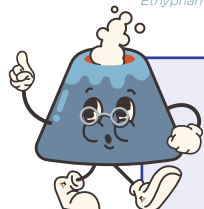
26. Perroud N. et al, *Methylation of serotonin receptor 3A in ADHD, borderline personality, and bipolar disorders : link with severity of the disorders and childhood maltreatment*, *Depress Anxiety*, 2016, 33 (1), p. 45-55.

27. Estellon V, *Les états limites*, Que sais-je ?, PUF, 2019.

28. Pham E, Perroud N. et al, *Diagnostic de trouble de la personnalité borderline à l'adolescence*, *Revue francophone, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 69 (4), 2021, p. 185-189.

Déclaration de conflits d'intérêts :

Le Dr Jean-Pierre Guichard a perçu des honoraires de la part des laboratoires Ethypharm sans lien avec cet article.



## LE SAVIEZ-VOUS ?

Un débat est ouvert depuis plus de 40 ans sur les rapports entre la personnalité borderline et le spectre bipolaire. En 1983, Akiskal a soutenu l'idée que le diagnostic de borderline n'était qu'une expression du spectre bipolaire : en d'autres termes un «diagnostic limite» plutôt qu'un état limite !

En effet, la majorité des études qui existent pour faire un diagnostic différentiel entre TPL et TB ont sélectionné des patients souffrant de troubles bipolaires selon les critères du DSM pour la bipolarité typique (BP-I et BP-II) avec une évolution épisodique sans tenir compte d'une approche plus élargie du « spectre bipolaire » qui inclut notamment le trouble cyclothymique avec une évolution chroniquement instable. Différencier TPL et bipolarité devient alors aisé car les épisodes de la BP-I et BP-II ont une intensité et une durée suffisante pour les repérer.

Cela devient plus complexe quand on se penche sur le diagnostic différentiel entre le TB cyclothymique et le TPL.

Ainsi, une autre approche, inspirée du travail d'Akiskal, tient compte de la conception des tempéraments affectifs comme des manifestations sub-syndromiques précoces des troubles de l'humeur. Selon cette conception, la personnalité borderline pourrait être considérée comme une variante distincte de bipolarité (différente des formes typiquement épisodiques de BP-I et BP-II). En effet, cette forme de bipolarité ne dépend pas uniquement de l'alternance des épisodes majeurs, mais plutôt de la présence d'une instabilité émotionnelle persistante ayant débuté à un âge précoce.

source : Dr Hantouche, CTAH

Voir aussi *Entre2Poles* n°19 article du Dr Benoît Croteau sur la cyclothymie VS le trouble borderline

## Cyclothymie selon le DSM 5 :

Le trouble cyclothymique, classé comme un sous-type de trouble bipolaire, est défini comme l'existence pendant au moins 1 an de symptômes hypomaniaques ou dépressifs sans que les critères pour l'un ou l'autre soient remplis chez l'enfant (2 ans chez l'adulte).



# Génétique et bipolarité à début précoce



©Gamma Rapha Keystone

## L'interview sans gêne du Dr Boris Chaumette

Propos recueillis par Laëtitia PAYEN



### BORIS CHAUMETTE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES À L'UNIVERSITÉ PARIS CITÉ, PSYCHIATRE AU GHU PARIS PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES (HÔPITAL SAINTE-ANNE), CHERCHEUR À L'INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES DE PARIS (LABORATOIRE INSERM U1266), ET PROFESSEUR ADJOINT À L'UNIVERSITÉ MCGILL À MONTRÉAL. DOCTEUR EN PSYCHIATRIE ET EN NEUROSCIENCES, IL ÉTUDIE EN PARTICULIER LA GÉNÉTIQUE ET L'ÉPIGÉNÉTIQUE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES.

**Bicycle :** Dans ce que nous rapportent les parents de l'association on est toujours surpris quand certains médecins font l'impasse sur les antécédents familiaux ou les balaiant d'un revers de main surtout quand il y a des troubles bipolaires dans la famille. Qu'en pensez-vous ? La vulnérabilité génétique est-elle avérée dans la bipolarité ?

**Dr Boris Chaumette :** Les maladies psychiatriques, et en particulier les troubles bipolaires, sont hautement génétiques. L'hérédité, une mesure complexe qui sert à estimer le poids de la génétique, est estimée à 60% dans le trouble bipolaire. C'est à peine moins que l'autisme ou la schizophrénie qui ont une hérédité de 80%. Il est donc important de recenser les autres membres de la famille ayant des troubles

## DOSSIER SPÉCIAL

### Génétique et bipolarité à début précoce

et cela est loin d'être une situation rare.

Au-delà du simple recueil des antécédents familiaux, il me semble important de faire un arbre généalogique. Cette représentation permet de voir s'il y a des modes de transmission particulier au sein de la famille. Par exemple, si les garçons sont atteints, cela peut signifier qu'il y a une anomalie sur le chromosome X (classiquement, les filles compensent une anomalie sur le chromosome X par leur deuxième chromosome).

Il faut distinguer génétique et hérédité. Certaines anomalies génétiques ne sont pas héritées, par exemple lorsqu'elles sont dues à une erreur de recopiage de l'ADN lors de la fabrication de l'enfant (mutation de novo).

**Bicycle :** En dehors de la bipolarité, est-ce que d'autres diagnostics ou d'autres particularités familiales (dépression unipolaire, TDAH, DYS, TSA, trouble anxieux, TOP, TCA, TOCs, trouble borderline, addictions, suicides...) doivent être pris en compte quand on suspecte une bipolarité chez un jeune ?

**Dr Boris Chaumette :** Il convient de recenser tous les diagnostics présents dans la famille. En effet, il arrive fréquemment qu'une famille soit touchée par plusieurs troubles : par exemple, un grand-père avec un trouble bipolaire, une mère avec un trouble anxieux, un fils avec une schizophrénie et un autre avec de l'autisme. En effet, le cerveau est un organe complexe et une anomalie génétique ne correspond pas toujours à un seul diagnostic psychiatrique. C'est un phénomène que l'on nomme l'expressivité variable. Nos gènes n'ont pas lu notre manuel diagnostique !

De la même façon, il convient de répertorier toutes les maladies de la famille et en particulier les troubles neurologiques. Il ne faut pas opposer neurologie et psychiatrie, qui sont deux spécialités qui traitent du même organe : le cerveau ! Il y a évidemment des formes frontières entre bipolarité et maladies neurologiques.

Décrire tous les symptômes de la famille est aussi très important pour aider au diagnostic génétique. Parfois, on découvre une particularité génétique inconnue chez un patient avec un trouble bipolaire mais ce qui nous permet de conclure qu'il s'agit bien d'une anomalie,

ce sont les symptômes extra-psychiatriques : scoliose, anomalie rénale ou cardiaque etc...

L'interrogatoire doit donc recenser l'ensemble des troubles de la famille, psychiatriques et non-psychiatriques, pour espérer mieux comprendre l'origine génétique d'un trouble bipolaire.

**Bicycle :** Est-ce qu'il est courant qu'une anomalie génétique puisse expliquer un trouble psychiatrique et en particulier un trouble bipolaire ?

**Dr Boris Chaumette :** Aujourd'hui, on peut trouver une anomalie génétique à l'origine d'une déficience intellectuelle dans plus de la moitié des cas, dans 30% des cas d'autisme sévère, dans 5 à 20% des cas de schizophrénie (et surtout dans les formes associées à des anomalies du neurodéveloppement). On ne connaît pas ce pourcentage dans le trouble bipolaire par manque d'études scientifiques. De plus, sur le plan diagnostique, il y a pour l'instant peu de gènes identifiés dans le trouble bipolaire : 1 seul en 2022, une quinzaine en 2024 (contre plus d'un millier dans l'autisme). Nous y travaillons et espérons pouvoir répondre à ces questions dans les prochaines années.

En revanche, si on raisonne à partir des données connues dans les autres troubles, on pense qu'un début précoce des symptômes, une résistance ou une intolérance aux traitements, une perturbation du neurodéveloppement (autisme, hyperactivité, troubles des apprentissages...), une catatonie sont des critères qui augmentent les chances de trouver une anomalie génétique dans la bipolarité. Quand on a des atteintes de plusieurs organes, il s'agit souvent d'une origine génétique. Si un enfant de 12 ans a une anomalie cardiaque, une épilepsie, une malformation physique, un trouble bipolaire, soit il n'a vraiment pas de chance, soit il y a une origine commune à identifier ! Et c'est cette 2e hypothèse qui est plus probable.

**Bicycle :** Qu'est-ce que la connaissance de cette anomalie peut changer dans la prise en charge du trouble bipolaire ?

**Dr Boris Chaumette :** Il y a des bénéfices concrets à identifier une anomalie génétique. D'abord cela permet d'expliquer l'origine des troubles et de déculpabiliser la famille :

## DOSSIER SPÉCIAL

### Génétique et bipolarité à début précoce

personne n'est responsable de son ADN et il n'y a pas lieu de rejeter la faute sur les parents ! La génétique permet de démystifier et de déstigmatiser les maladies psychiatriques.

Ensuite, nous évoquons l'histoire familiale. Si une anomalie génétique est détectée, il est possible de prédire le risque de transmission pour les apparentés, voire de l'éviter pour la descendance.

En outre, cela permet de savoir qui, dans la famille, est porteur de cette anomalie et de suivre précisément les personnes à risque, tout en rassurant ceux qui ne sont pas porteurs.

L'identification d'une anomalie génétique va aussi être très utile pour les soins et l'accompagnement. En fonction de l'anomalie, on peut être amené à proposer un dépistage pour d'autres organes. Je me souviens de ce jeune homme chez qui nous avons trouvé une mutation génétique et qui est sorti de ma consultation pour aller voir un cardiologue car il fallait des explorations rapides. Nous sommes aussi engagés dans la mise en place d'une médecine de précision : il y a déjà des exemples de situations pour lesquelles nous adaptons les traitements psychiatriques au patrimoine génétique. Il peut s'agir du choix de la molécule, de la dose prescrite, de la surveillance des effets secondaires...

Enfin, avoir un diagnostic génétique permet aux personnes concernées et à leur entourage de rentrer en contact avec des associations spécifiques. Il ne sont plus seuls face à leurs difficultés et peuvent rencontrer

d'autres personnes qui ont la même maladie génétique rare, suivre l'évolution de la recherche et y contribuer, participer à des programmes d'éducation thérapeutique...

**Bicycle :** Les formes précoces et donc sévères de trouble bipolaire sont-elles plus à risque d'anomalie génétique ? En sachant néanmoins qu'un début précoce n'est pas si rare car selon les études rétrospectives 20 à 40% des adultes bipolaires font remonter le début de leurs troubles à la période de leur enfance.

**Dr Boris Chaumette :**

De manière générale, on pense que plus le trouble débute tôt, plus on a de chances de trouver une origine génétique. C'est une hypothèse qui a été payante dans la schizophrénie puisqu'environ 20% des patients ayant débuté avant 13 ans sont porteurs d'une anomalie sur un gène connu contre 5% dans la schizophrénie qui débute plus tardivement.

En nous concentrant sur des formes précoces de schizophrénie, nous avons même pu identifier de nouveaux gènes. Etudier les formes précoces des troubles est donc non seulement utile pour les patients mais aussi pour la science ! Dans le trouble bipolaire précoce, ce travail reste à faire mais nous sommes en train de défricher cela.

**Bicycle :** Depuis quand est-il possible de réaliser gratuitement des tests génétiques pour la bipolarité à début précoce ?

**Dr Boris Chaumette :** Peu de personnes sont au courant qu'il est possible de réaliser



©Illustration : david.vincent.bx - Vénus, obsession résurgence

## DOSSIER SPÉCIAL

### Génétique et bipolarité à début précoce

un séquençage de génome en trio (parents + enfant) dans le trouble bipolaire précoce ! C'est normal puisque l'ouverture de ce plan aux troubles bipolaires date de mars 2024.

Cela s'inscrit dans le cadre du plan France Médecine Génomique. Le patient et ses 2 parents (si possible) sont reçus par un médecin formé à la génétique ou un conseiller en génétique. Ils signent un consentement et une prise de sang est ensuite réalisée. Le sang est ensuite envoyé à l'une des deux plateformes de séquençage. L'ADN est extrait puis un séquençage de génome, c'est-à-dire la lecture des 3 milliards des lettres de l'ADN, est réalisé. Ensuite, commence l'étape d'interprétation qui nécessite des ressources informatiques et des médecins formés. A la fin, le médecin qui a prescrit le test revoit le patient et ses parents pour leur rendre le résultat.

Il s'agit de soins même s'il est possible de contribuer à la recherche avec ce programme. Le financement est assuré par un budget spécial et il n'y a pas de reste à charge pour le patient ou sa famille.

**Bicycle :** Ces tests sont désormais disponibles après ceux portant sur la déficience mentale et la schizophrénie, pourquoi ce retard pour la bipolarité alors que plus on intervient tôt meilleur est le pronostic ?

**Dr Boris Chaumette :** Comme il s'agit d'un outil pour les soins, il fallait attendre que les données scientifiques soient suffisantes pour pouvoir proposer ces tests. Dans le cas présent, nous avons de bons résultats sur la schizophrénie et de plus en plus de résultats laissant penser qu'il fallait élargir au trouble bipolaire. Il est aussi important de rappeler que ce programme est unique dans le monde : aucun autre pays, à ma connaissance, ne permet de faire du séquençage de génome (qui est la technique la plus avancée que l'on maîtrise actuellement en génétique) pour les troubles bipolaires. Nous devons nous réjouir que la France soit pionnière dans ce domaine et nous avons commencé des discussions avec des collègues d'autres pays européens pour les aider à développer cela chez eux !

Je suis tout à fait d'accord pour que dire que l'intervention précoce est essentielle pour améliorer le pronostic ! Cependant les

études portent sur les traitements symptomatiques et nous n'avons pas de données pour montrer que faire de la génétique le plus tôt possible améliorerait la trajectoire de vie (même si on peut le penser !).

**Bicycle :** On sait que chez les enfants du fait de l'immaturité du cerveau les symptômes du trouble bipolaire sont différents de chez l'adulte. De plus en France, la bipolarité chez l'enfant reste un sujet tabou et ce sont des enfants qui reçoivent peu ce diagnostic mais beaucoup d'autres (dépression unipolaire, TDAH, DYS, TSA, trouble anxieux, TDDE, TOP, TCA, TOCs, trouble borderline). Ces tests concernent-ils uniquement les enfants et les adolescents qui remplissent les critères de la bipolarité typique de l'adulte ou tout le spectre bipolaire ?

**Dr Boris Chaumette :** Pour accéder au plan France Médecine Génomique, les critères actuels nécessitent d'avoir un diagnostic de trouble bipolaire, de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. Nous avons aussi laissé la possibilité d'offrir ces tests dans d'autres situations, au cas par cas, après une discussion médicale. C'est pourquoi nous avons intitulé l'indication « troubles psychiatriques majeurs » (majeurs voulant dire « sévères » car il n'y a pas de critères d'âge).

En outre, si un enfant ou un adolescent présente une manifestation neurodéveloppementale importante (TDAH, TSA, DYS...), il peut bénéficier du même programme sous l'indication « trouble précoce et sévère du neurodéveloppement ». Idem pour le trouble du développement intellectuel qui est aussi une indication pour y accéder.

Le mieux est d'en discuter avec un médecin d'un Centre de Référence pour les maladies rares à expression psychiatrique et de lui faire part de sa volonté de faire des tests génétiques.

**Bicycle :** La bipolarité à début précoce présente des symptômes moins spécifiques que la schizophrénie à début précoce et de ce fait est plus difficilement diagnostiquée de façon précoce, quel apport pourrait avoir la génétique pour aider à la prise en charge des jeunes ?

**Dr Boris Chaumette :** La génétique permet de répondre à certaines questions, et en

## DOSSIER SPÉCIAL

### Génétique et bipolarité à début précoce



particulier celle de la cause (« pourquoi ai-je ces symptômes »). En revanche, il ne s'agit pas d'un test qui permet d'affirmer ou d'infirmer la bipolarité. Le diagnostic de trouble bipolaire reste défini par les symptômes du patient. Il n'existe pas aujourd'hui de tests sanguins permettant de faire ce diagnostic de bipolarité.

Il faut distinguer le diagnostic symptomatique (schizophrénie, trouble bipolaire, autisme...) du diagnostic étiologique (origine immunitaire, maladie génétique...) et du diagnostic fonctionnel (est-ce que le patient a de bonnes capacités de mémoire, est-ce qu'il est apte à vivre seul etc...).

En revanche, si un jeune est porteur d'une anomalie génétique, il est possible d'anticiper l'évolution des troubles et de s'y préparer. Cette évolution n'est pas inéluctable, même dans une maladie génétique. Prenons l'exemple de la délétion 22q11 (perte d'un bout du chromosome 22). De nos jours, cette délétion est souvent détectée dans la petite

enfance car elle donne un trouble du neuro-développement. On sait qu'elle peut se compliquer à l'adolescence d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire ou de rien du tout... On ne peut donc pas dire qu'un porteur de cette délétion a un trouble bipolaire juste en ayant fait le test ; on peut seulement suivre l'évolution et, en cas de symptômes, mettre un traitement adapté le plus tôt possible.

**Bicycle :** En quoi consiste votre recherche actuelle sur les troubles bipolaires des enfants et des adolescents (I-Give+) et quelles avancées permettra-t-elle ? S'agit-il de la première étude française qui porte sur les enfants et les adolescents souffrant de troubles bipolaires ?

**Dr Boris Chaumette :** I-Give+ est une extension de l'étude I-Give portant sur le trouble bipolaire et la schizophrénie des adultes. I-Give signifie « Immuno-Génétique, Inflammation, retro-Virus, Environnement ». Elle est réalisée par la fondation FondaMental et vise à mieux comprendre l'origine des

## DOSSIER SPÉCIAL

### Génétique et bipolarité à début précoce

troubles bipolaires et des schizophrénies précoces. A partir de questionnaires pour les patients et leurs parents, d'une IRM cérébrale et d'une prise de sang, nous étudions la génétique, l'inflammation et les marqueurs immunitaires de ces formes précoces. L'objectif est de faire progresser les connaissances, de trouver des biomarqueurs pour aider au diagnostic, de voir si les formes précoces et adultes partagent des points communs ou si elles sont distinctes... Nous espérons également trouver des pistes thérapeutiques nouvelles.

Je ne suis pas au courant d'autres études de recherche spécifiques sur les troubles bipolaires précoces mais je constate que cette thématique intéresse de plus en plus de médecins et de chercheurs, ce qui est une excellente nouvelle ! Nous avons besoin d'attirer les jeunes collègues dans cette direction car la recherche d'aujourd'hui contribue aux soins de demain.

**Bicycle :** Quand a débuté cette étude et quelle est sa durée ? Vous êtes-vous fixé une cohorte minimum ? Quand pourra-t-on espérer en tirer les premiers résultats ? Comment recrutez-vous les jeunes qui participent à cette étude et quels sont les critères d'admission ?

**Dr Boris Chaumette :** Cette étude a débuté à l'hiver 2024. Notre objectif est d'inclure 100 patients avec trouble bipolaire précoce, 100 avec schizophrénie précoce et 150 personnes sans trouble psychique. Il est prévu que chaque personne soit suivie pendant 5 ans avec une visite chaque année. Le temps de recruter et de suivre tous ces participants, il sera donc difficile d'avoir des résultats avant 2030. Je sais que cela peut paraître long quand on est concerné par un trouble mais la science avance lentement.

*Les critères sont les suivants :*

- avoir plus de 8 ans
- avoir un trouble bipolaire ou une schizophrénie
- avoir des symptômes ayant débuté avant l'âge de 18 ans
- avoir des symptômes depuis moins de 5 ans
- ne pas avoir de maladie neurologique ou infectieuse en cours car certaines d'entre elles pourraient fausser l'étude

Si des personnes sont intéressées, elles peuvent nous contacter et nous verrons directement avec elles comment les faire participer à cette étude.

**Bicycle :** Ce qui m'interpelle dans les critères que vous mentionnez pour participer à cette étude est le fait d'avoir des symptômes depuis moins de 5 ans (de la même façon que les DIP\*).

Pourquoi cette limitation ? En sachant qu'à l'association on est confrontés à des jeunes avec une très longue errance diagnostique et des prises en charge non adaptées qui entraînent une aggravation des symptômes. Plus de 5 ans est souvent malheureusement la norme.

Il n'est pas rare dans ces conditions de devoir attendre l'âge adulte (ou un événement grave) pour avoir une prise en charge adaptée. C'est une perte de chance énorme pour ces familles et pour la trajectoire du jeune.

\*DIP : Dispositif d'Intervention Précoce

**Dr Boris Chaumette :** Pour la limite de 5 ans, c'est un peu arbitraire. On a quand même l'intuition qu'au-delà ce n'est plus vraiment un trouble émergent mais un trouble constitué, qui nécessite un suivi classique. Sur l'étude, il fallait mettre un seuil : en dessous de 5 ans, on espère mesurer les facteurs impliqués dans l'origine des troubles, au-delà on pense qu'on risque surtout de mesurer les conséquences (effets des traitements par exemple).

**Bicycle :** On entend beaucoup parler d'épigénétique en ce moment, pourriez-vous nous en dire plus et qu'est-ce que cela pourrait changer pour la bipolarité ?

Par exemple concernant les causes des troubles psychiatriques, quelle est la part liée à la génétique, celle liée à l'environnement (perturbateur endocrinien, infections virales, psycho traumatisme sévère par exemple) et celle liée à l'épigénétique ?

**Dr Boris Chaumette :** Au-delà des formes liées à des maladies génétiques rares et qui représentent une fraction des troubles bipolaires, le modèle actuel repose sur les interactions entre génétique et environnement.

Dans ce modèle, certains facteurs de l'environnement augmentent le risque de développer un trouble bipolaire. Ceux identifiés avec certitude sont les traumatismes dans

## DOSSIER SPÉCIAL

### Génétique et bipolarité à début précoce

l'enfance et les consommations de toxiques. Les infections virales pendant la grossesse, l'accouchement ou dans la toute petite enfance

tement l'ADN mais module son expression. Prenons l'exemple d'un livre. La suite des lettres n'est pas modifiée mais on peut décider de relire plusieurs fois le même paragraphe ou de sauter un chapitre. C'est exactement ce qui se passe dans nos cellules : certains gènes s'expriment beaucoup et d'autres sont mis en silence. Pour que la cellule se repère dans ses lectures, elle met des marques épigénétiques, un peu comme si on collait des post-it sur certaines pages.

jouent également un rôle. Autant il est difficile d'éviter certains facteurs de risque ou de modifier sa génétique, autant il est possible de se prémunir de l'usage de drogues. Si on doit parler de la prévention, il faut insister sur le risque lié au cannabis, qui n'est pas une drogue douce et entraîne des conséquences néfastes sur le cerveau en développement.

L'interaction entre génétique et environnement passe par l'épigénétique. L'environnement ne modifie pas direc-

L'environnement peut modifier ses marques. Certaines d'entre elles persistent, même lorsque l'environnement a changé.

Nous avons fait de réels progrès dans la compréhension de l'épigénétique mais il reste encore beaucoup à découvrir et nous ne pouvons pour l'instant pas intégrer cela dans les soins.

.../...

## DOSSIER SPÉCIAL

### Génétique et bipolarité à début précoce

**Bicycle :** Comme alternative au séquençage ADN, que pensez-vous de la mesure plasmatique et du test pharmacogénétique pour optimiser les traitements dans le trouble bipolaire résistant ?

**Dr Boris Chaumette :** Pour optimiser les traitements dans le trouble bipolaire, la règle est de mesurer la quantité de médicament dans le sang. C'est impératif pour le lithium mais aussi très intéressant pour les antiépileptiques ou les antipsychotiques. Il ne faut pas hésiter à le faire car chaque patient est unique et nécessite une adaptation individuelle des doses. Cette différence entre les patients s'explique par la génétique de certaines enzymes (ce sont elles qui sont étudiées par la pharmacogénétique) mais aussi par d'autres facteurs : poids, taille, âge, sexe, prise d'autres traitements, consommation de certains aliments... La pharmacogénétique est donc un seul élément qui n'expliquera pas tout.

En outre, elle apporte des réponses pour les antipsychotiques et les antidépresseurs mais n'est pas utilisable pour le lithium qui dépend surtout du fonctionnement du rein.

**Bicycle :** Aujourd'hui la bipolarité chez l'enfant est envisagée en dernier après la maltraitance parentale et tous les autres troubles cités plus haut. Cela donne souvent lieu à des multiples diagnostics et expose ces enfants à un cocktail de médicaments (un pour chaque diagnostic ou chaque symptôme), que préconisez-vous, pour la prise en charge médicamenteuse d'un trouble bipolaire à début précoce (en dehors de la psychoéducation, la guidance parentale et de la thérapie donc) ?

**Dr Boris Chaumette :** Dans le trouble bipolaire, les traitements recommandés en première intention sont les régulateurs d'humeur : lithium et antiépileptiques (notamment l'acide valproïque). Il faut éviter les antidépresseurs qui accélèrent les cycles et rendent l'humeur instable. Les antipsychotiques sont parfois nécessaires pour calmer l'agitation.

De manière générale, il est important de prescrire les traitements à la plus petite dose efficace. Cela dit, pour établir cette dose, il

faut souvent tâtonner car chaque patient est unique et ne réagit pas de la même façon qu'un autre à dose équivalente. Il faut toujours privilégier la monothérapie (un seul médicament) à la polythérapie (plusieurs médicaments) car nous connaissons mal les interactions entre les différentes molécules. Cela dit, ce n'est pas toujours facile en pratique et certains médicaments (notamment les thymorégulateurs) mettent du temps à agir. Il faut donc, en urgence, ajouter d'autres molécules qui ont un effet rapide.

L'un des problèmes de la psychiatrie est qu'elle fonctionne sous forme d'essais-erreurs. On essaye un médicament et s'il ne fonctionne pas, on change pour un autre. Cela conduit à une errance thérapeutique, retarde la mise en place d'un traitement approprié, expose inutilement les personnes à des effets secondaires et diminue leur confiance dans les soins. Nous sommes impliqués dans un très

grand projet de recherche, le PEPR PROPSY, qui vise à développer une psychiatrie de précision. L'objectif est de faire avancer nos connaissances pour aller plus rapidement vers le bon traitement et à la bonne dose.

**Bicycle :** Comme vous le savez, l'année 2025 a été élue grande cause nationale pour la santé mentale, notre objectif chez Bicycle pour cette année est d'obtenir des recommandations officielles pour la prise en charge de la bipolarité à début précoce.

Etes-vous favorable à une telle recommandation de la HAS afin d'harmoniser les pratiques et pour une plus grande liberté de prescription des médecins souvent inquiets à la prescription hors AMM ?

**Dr Boris Chaumette :** La HAS est une instance indépendante et elle est en train de mettre en place des recommandations pour de nombreux troubles psychiatriques. Il faut saluer ce travail d'harmonisation et il est important que la question de la bipolarité précoce soit intégrée dans ses travaux. Améliorer nos pratiques en nous basant sur les connaissances scientifiques actuelles est indispensable !

En France, il est tout à fait possible de prescrire des traitements hors AMM, à condition

**UNE GRANDE PARTIE  
DE CE QUI A ÉTÉ ENSEIGNÉ  
IL Y A 20 ANS  
EST AUJOURD'HUI DÉPASSÉ !**

## DOSSIER SPÉCIAL

### Génétique et bipolarité à début précoce

d'informer les patients et leurs proches. Pour encadrer ces prescriptions, l'idéal est d'en discuter de manière collégiale en impliquant par exemple un centre de référence. Nous organisons des réunions de concertation pluridisciplinaire tous les deux mois avec des collègues de toute la France pour donner des avis thérapeutiques sur des situations inhabituelles ou complexes. Cela permet que la décision soit prise, non par un médecin isolé, mais par une équipe qui a mesuré la balance bénéfice-risque.

**Bicycle :** De plus en tant qu'enseignant, n'y a-t-il pas une action à faire au niveau du programme des DES de pédopsychiatrie afin développer par exemple l'utilisation de questionnaires comme la K-SADS utilisée à Nice et la prescription de thymorégulateurs de référence (lithium, antiépileptiques) ?

**Dr Boris Chaumette :** L'enseignement de la psychiatrie doit être amélioré. Il y a très peu de cours pendant les études de médecine et cela n'incite pas les étudiants à choisir cette belle spécialité. Cela est crucial si nous voulons conserver un nombre suffisant de psychiatres et de pédopsychiatres !

Concernant le contenu des DES, la difficulté est d'adapter les enseignements à des connaissances en constante évolution. Une grande partie de ce qui a été enseigné il y a 20 ans est aujourd'hui dépassé ! Ce travail d'actualisation est fait par le Conseil National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP), dirigé par le Pr Olivier Bonnot.

De mon côté, je ressens que la jeune génération de (pédo)psychiatres est sensibilisée à l'intérêt de faire des évaluations standardisées (comme la K-SADS), à l'importance des examens complémentaires (IRM, génétique, biologie...) et à la prescription de thymorégulateurs. Il me semble aussi important de travailler en équipe et de ne pas hésiter à solliciter l'aide de ses confrères. Avec l'augmentation des connaissances, il est devenu difficile de tout connaître et mieux vaut passer la main ou demander un second avis en cas de doute.

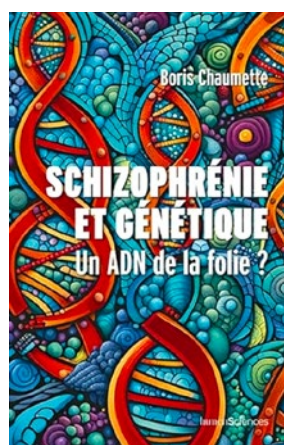
Je suis aussi très heureux de voir que des associations comme la vôtre contribuent à former les patients et leurs proches, qui deviennent des experts de leur maladie et des partenaires de soin ! ■



© Association Bicycle

#### Pour aller plus loin :

Conditions avant d'envisager des tests génétiques en cas de troubles bipolaires à début précoce : <https://pfmq2025.aviesan.fr/professionnels/preindications-et-mise-en-place/troubles-psychiatriques-majeurs/>



**Schizophrénie et génétique**  
**Un ADN de la folie ?**  
par Boris Chaumette  
aux éditions Humensciences

**NDLR :** Ce livre donnera aussi quelques réponses pour les troubles bipolaires.

Déclaration de conflits d'intérêts :  
Aucun.



\*Dispositifs d'Intervention Précoce

©Illustration RicoGripoli+Vecteezy

La démarche d'intervention précoce (IP) vise à repérer le plus tôt et le plus rapidement possible les jeunes à risque de développer un trouble psychique ou qui en traversent les premiers stades afin de favoriser la mise en œuvre d'une prise en charge globale et intégrative avec des interventions biopsychosociales spécialisées et adaptées. Il a été prouvé qu'intervenir tôt améliore le pronostic à long terme à la fois sur le plan médical : meilleure réponse au traitement, meilleure rémission, moins d'hospitalisation, moins de consommation de substances, réduction du risque suicidaire mais aussi sur le plan social : qualité du rétablissement, capacité à reprendre ses études, à s'insérer ou se réinsérer sur le plan professionnel.

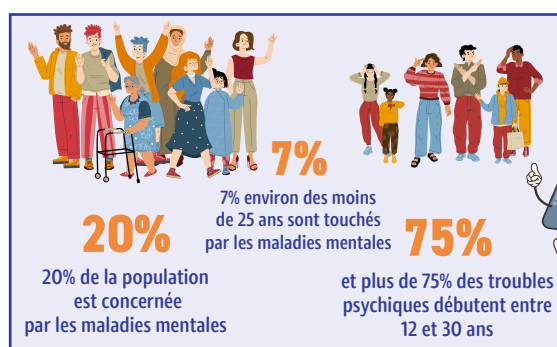
L'intervention précoce repose également sur un principe d'information, de déstigmatisation et d'alliance thérapeutique afin d'encourager l'engagement du jeune et de ses proches dans les soins.

Elle cible principalement les jeunes présentant des troubles psychiques émergents entre 12 et 25 ans.

Les dispositifs d'intervention précoce en santé mentale trouvent leur origine principalement dans les pays anglo-saxons et en particulier en Australie, au Royaume-Uni et au Canada à la fin du XXe siècle.

Le modèle d'intervention précoce est né en Australie avec le Pr Patrick McGorry, psychiatre reconnu mondialement comme un pionnier dans ce domaine.

L'idée du Pr Patrick McGorry était qu'il fallait détecter les signes précoces de psychose chez les adolescents et jeunes adultes afin d'intervenir le plus tôt possible (souvent avant l'apparition d'un épisode aigu).



Il s'est lui-même inspiré des études de Peter Hafner, psychiatre et chercheur autrichien qui avait montré qu'en moyenne pendant 4 à 5 ans, 75% des patients présentaient des signes prodromiques\* avant un PEP (Premier Episode Psychotique).

Patrick McGorry a ainsi été le premier à proposer un outil pour évaluer les symptômes prodromiques (CAARMS : Comprehensive Assessment of the At-Risk Mental States) et à proposer de nouvelles modalités de prises en charge, prenant en compte la notion de stade et de risque évolutif. Le modèle inclut une approche multidisciplinaire, inten-

\* Un prodrome est un symptôme de début d'une maladie. Les signes prodromiques sont donc les signes annonciateurs d'une maladie.

sive, communautaire, avec des outils psychoéducatifs, cognitifs et sociaux.

Ainsi avec une réduction de la durée de la psychose non traitée (appelée DUP : Duration of Untreated Psychosis), il constate une amélioration significative du pronostic fonctionnel.

Il fonde alors le Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) en 1992 à Melbourne qui est l'un des premiers centres spécialisés au monde à offrir une intervention rapide et intégrée dès les premiers signes de psychose.

### **Le Pr Patrick Mc Gorry a largement influencé les politiques de santé mentale dans de nombreux pays**

En 2002, EPPIC a été renommé Orygen Youth Health, puis simplement Orygen.

Aujourd'hui, Orygen est reconnu comme un centre d'excellence mondial dans le domaine de la santé mentale des jeunes, combinant soins cliniques, recherche et formation. Il a servi de modèle pour de nombreux dispositifs similaires à travers le monde.

Le Pr Patrick Mc Gorry a largement influencé les politiques de santé mentale dans de nombreux pays et il continue aujourd'hui de diriger des recherches cliniques, de promouvoir l'accès aux soins précoces et de conseiller des gouvernements sur les politiques de santé mentale des jeunes. Il participera d'ailleurs à la demi-journée de débat organisée par le GHU Paris et le réseau TransitionsxPsychcare au Sénat le Vendredi 5 septembre 2025 sur le thème « Santé Mentale des Jeunes : bâtir un modèle national d'intervention précoce ».

Autre initiative novatrice, L'Australie a également mis en place ses dix premiers services headspace (état d'esprit) en 2007. Ces services proposent un soutien complet aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et à leurs familles dans le but d'améliorer la santé mentale et le bien-être. Ils abordent un spectre plus large de troubles (troubles de l'humeur, de la personnalité, anxiété, etc.) et plus uniquement la psychose.

En 2023, l'Australie comptait 154 services de ce genre, soit le plus grand réseau national de services de santé mentale pour les jeunes au monde.

Ce modèle australien s'est ensuite institutionnalisé au Royaume-Uni et au Canada.

Au Royaume-Uni, les Services d'Intervention Précoce en cas de Psychose (Early Intervention in Psychosis Services ou EIPS) sont intégrés au service national de santé publique (National Health Service ou NHS) dès le début des années 2000.

Ils sont très fortement soutenus par la politique de santé publique britannique.

Ces services proposent des interventions intensives et coordonnées pour les jeunes de 14 à 35 ans.

En 2016, une recommandation nationale de la NICE (National Institute For Health and Care Excellence soit l'équivalent de notre HAS – Haute Autorité de Santé) impose que tout jeune en première psychose reçoive un traitement dans les 2 semaines.

Concernant le Canada, plusieurs programmes ont émergé dans les années 1990, notamment le Programme de Prévention et d'Intervention Précoce pour les Psychoses (Prevention and Early Intervention Program for Psychoses ou PEPP) à London, Ontario ou bien encore le Programme des troubles émergents à Montréal dirigé par la Dr Amal Abdel-Baki.

Le Canada francophone a joué un rôle important dans l'adaptation linguistique et culturelle du modèle.

Tous ces programmes d'intervention précoce montrent des bénéfices cliniques significatifs.

A partir de là, l'efficacité de l'intervention précoce est alors largement reconnue par la communauté scientifique dans la prévention des formes graves de troubles psychiatriques notamment dans les troubles psychotiques et commence à se diffuser mondialement.

Néanmoins, en France le développement de ces dispositifs s'est montré plus lent et plus localisé.

Il faudra en effet attendre 2003 pour que le Pr Marie-Odile Krebs lance le C'JAAD, Centre d'évaluation pour les Jeunes Adultes et Adolescents au sein du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, basé à Sainte-Anne. Il s'agit du premier grand centre spécialisé dans la détection précoce en France pionnier dans l'adaptation des pratiques internationales à la réalité française et inspiré du modèle australien.

Avec d'autres collaborateurs, le Pr Marie-Odile Krebs crée également un diplôme universitaire dispensé aujourd'hui à Paris Cité et qui est la seule formation universitaire française sur le sujet : le DU DIPPEJAAD (Détection et Intervention Précoces des Pathologies Psychiatriques Emergentes du Jeune Adulte et de l'Adolescent).

Enfin elle est aussi à l'initiative du réseau Transition depuis 2006 aujourd'hui intégré à l'Institut de psychiatrie.

Le programme Transition cherche à promouvoir un réseau de centres d'intervention précoce, développant des programmes similaires, pour rattraper le retard français et faciliter l'émergence de nouveaux centres sur l'ensemble du territoire.

Ainsi il a pour objectif de diffuser ces pratiques, de fédérer et rendre plus visibles les équipes engagées dans ce champ et de former les acteurs de soins et leurs réseaux à une meilleure détection et de meilleures interventions. Le Réseau Transition a également fondé la branche francophone de l'Association Internationale d'Intervention Précoce (IEPA) permettant de bénéficier des expériences des pays francophones.

Ce dispositif a marqué un tournant vers une psychiatrie plus préventive et proactive en France.

Rencontre avec deux de ces dispositifs innovants : la villa Orygen à Nîmes et le DIP de Roubaix. .../...



©Illustration Rico Gripoli

## Bienvenue à la Villa !

PROPOS RECUEILLIS PAR LAËTITIA PAYEN, AURÉLIA BECOT ET ERIC PAYEN  
ET RETRANSCRITS PAR LAËTITIA PAYEN

En début d'année, à la suite de l'envoi de notre carte de vœux, nous recevons un mail de la Villa Orygen, à sa tête, la Dr Aurélie Schandrin, souhaite nous rencontrer. Le rendez-vous est pris pour le 20 juin. Quelques jours avant, Candy, la secrétaire, m'appelle pour organiser notre venue. Nous sommes finalement invités à partager le déjeuner avec toute l'équipe pour 13H. A la sortie du TGV, nous sommes accueillis par un soleil brûlant et le chant des cigales. Aurélia, bénévole à l'association, et qui a fait le déplacement depuis Avignon, vient nous chercher à la gare.

Nous arrivons avec un peu d'avance. Nous cherchons un lieu médical, nous tombons sur une maison conviviale. Devant le portail, comme si un départ en vacances était imminent, un van stationne.

### C'EST LE PSYTRUCK 3.0

On en a beaucoup entendu parler chez Bicycle, il s'agit d'un dispositif unique en France pour aller à la rencontre des jeunes et parler de santé mentale. J'avoue on a un peu les yeux qui brillent en le découvrant pour de vrai !

Ici le Psytruck prend des allures de foodtruck, probablement parce que nourrir l'esprit est aussi un des objectifs affichés au menu de ce dispositif novateur.

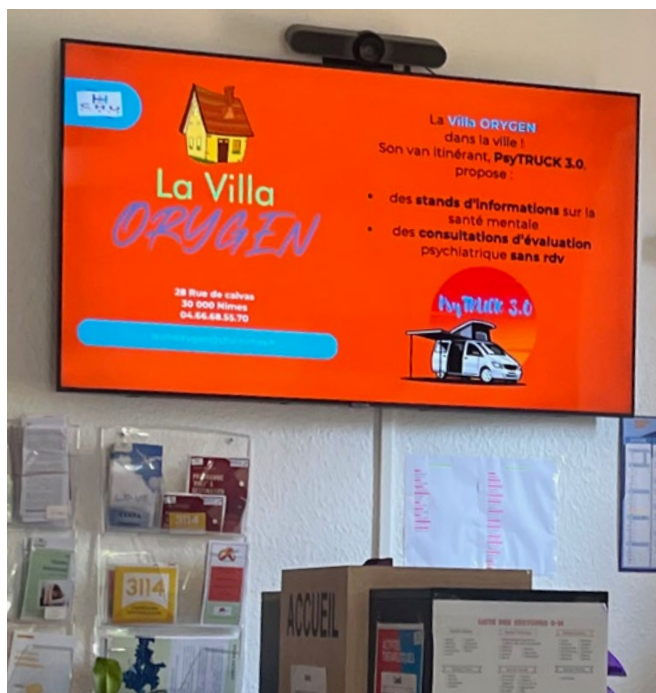
Tout cela bouleverse nos repères et c'est dé-tendu, le sourire aux lèvres, que nous franchissons les grilles de la Villa Orygen bien qu'un panneau discret et un sticker sur le van nous rappelle que nous sommes bien dans un lieu qui dépend du CHU de Nîmes et qui dispense des soins.

L'accueil, comme la façade, y est particulièrement chaleureux. Ici pas de blouses blanches mais une ambiance résolument familiale : psychologues, pair-aidants, case-managers, psychiatres, secrétaire, tout le monde se mélange.

A la réception, on rapproche les tables, on ramène des chaises dans un joyeux brouhaha. Les spécialités faites maison remplissent peu à peu le buffet. On est loin des plateaux repas aseptisés de l'hôpital.

C'est l'ADN même de la Villa Orygen : se sentir « comme à la maison » pour déstigmatiser les troubles psychiques et encourager les jeunes à consulter.

Et c'est très réussi !



Dr Aurélie Schandrin

©Association Bicycle / ©Aurélien Schandrin

Ici la psychiatrie est moderne, accessible, décomplexée et c'est une véritable révolution ! Nous voici tous attablés, après une présentation de notre association, la discussion peut commencer.

**Bicycle :** Selon vous, d'où vient cette réticence à poser un diagnostic de trouble bipolaire chez un jeune ?

**Dr Aurélie Schandrin :** Il est courant que les pédopsychiatres, même à l'adolescence, pensent qu'il faut attendre et que c'est trop jeune pour poser un diagnostic de trouble bipolaire à cet âge.

Ici, au départ, nous avons d'abord plutôt été spécialisés dans les troubles psychotiques émergents pour lesquels il existe des outils et des symptômes assez francs, assez spécifiques pour détecter des signes, des prodromes. Alors que ce qui est difficile dans le trouble bipolaire par rapport à l'intervention précoce, c'est que c'est moins spécifique même s'il y a ce concept qu'il y a des stades de la maladie et que plus tôt on la détecte et mieux c'est.

En tout cas dans les échelles, dans les formations c'est moins clair sur « quels sont les prodromes du trouble bipolaire ? » et pour savoir ce qui fait que tel jeune est particulièrement à risque de développer un trouble bipolaire même s'il n'a pas encore tous les critères. Mais il faut quand même le prendre en

charge. On parle de cyclothymie mais aussi du diagnostic de TDDE (Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle) aux Etats-Unis et c'est peut-être une façon de se dire que ça, ça pourrait être une forme précoce ou que ce sont des jeunes particulièrement à risque de développer un trouble bipolaire. Et comme pour le trouble psychotique émergent s'il n'évolue pas vers une psychose, souvent il peut s'agir d'un autre trouble, parfois ça peut être un TDAH ou parfois les deux : un trouble bipolaire et un TDAH. Le trouble bipolaire est encore plus aspécifique que la schizophrénie chez les jeunes.

Les antécédents familiaux jouent mais encore faut-il que les familles soient diagnostiquées.

**Je pense que le problème fondamental réside dans la formation des professionnels de santé à la prise de conscience de la nécessité de l'intervention précoce de manière large des troubles psychiatriques.**

C'est tout un enjeu. On est dessus depuis 2016 et on sait que c'est encore compliqué. C'est quelque chose qu'on répète en permanence de dire si vous ne savez pas ce que c'est prenez-le quand même en charge, n'attendez pas de savoir si c'est un trouble bipolaire ou un trouble schizophrénique et que ça s'aggrave.

C'est aussi une culture qu'on porte via le Psytruck et via les actions que nous menons.

On communique de façon large sans donner d'âge mais ce n'est pas quelque chose de complètement acquis.

Ce sont des choses qui nous dépassent un peu. Le nerf de la guerre ce sont vraiment les programmes de formation des DES de psychiatrie et de pédopsychiatrie qui peuvent changer l'approche des futurs soignants. Après j'ai quand même l'impression que l'intervention précoce on y vient. Il y a eu des recommandations ministérielles pour les TND et pour la détection précoce des troubles psychiatriques pour donner des outils. C'est un début même si ce n'est pas spécifiquement sur les troubles bipolaires mais sur toutes les maladies. Ensuite, il faut convaincre...

Quand je parle de schizophrénie précoce, j'ai aussi des levées de bouclier et il ne faut pas oublier que la pédopsychiatrie c'est quand même l'endroit qui est le plus en souffrance de la psychiatrie et où en effet dans les référentiels nosographiques, c'est compliqué. On voit des jeunes arriver qui ont 16 ans et on se demande pourquoi ils n'ont pas fait de bilans avant.

Sur les troubles de l'humeur c'est plus difficile à détecter.

Je pense qu'il y a des choses sur l'irritabilité, la dysrégulation émotionnelle mais qui se retrouvent dans tellement d'autres champs que c'est plus complexe alors que nous ici nous voyons des symptômes psychotiques atténués et il n'y en a que 30% qui évoluent vers la psychose alors que les autres évoluent vers d'autres troubles dont les troubles bipolaires, la dépression, etc...

J'avoue qu'on est de moins en moins focalisés sur le diagnostic car sinon ça part dans tous les sens : TDAH, TDDE, TOP, Trouble Borderline, ...

Donc on préconise de se concentrer plutôt sur les symptômes qu'on a et comment on peut les améliorer.

**Idee qui émerge de nos réflexions pour améliorer la prise en charge des jeunes bipolaires: Et si on utilisait les TDDE (Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle) chez l'enfant un peu comme on utilise les PEP (Premiers Episodes Psychotiques) chez l'adolescent et le jeune adulte (quand on ne sait pas trop s'il s'agit d'un TDAH, trouble bipolaire, trouble borderline, ...)?**



**Bicycle :** Quand les jeunes arrivent chez vous, quels diagnostics ont-ils déjà reçus pendant leur enfance ?

**Dr Aurélie Schandrin :** Ici nous avons essentiellement des primo-accédants donc des jeunes qui viennent consulter pour la première fois.

Nous sommes un centre pour les jeunes adultes à partir de 16 ans et jusqu'à 30 ans mais il nous arrive de travailler en collaboration avec nos collègues pédopsychiatres mais nous n'avons pas la même formation. Nous ne sommes pas une unité de pédopsychiatrie et j'ai toujours travaillé en psychiatrie adulte mais on a gardé les 16 ans (cf encadré décret de 2022). Malgré tout, nous restons souples sur les âges, on a déjà eu des jeunes un peu en-dessous de 16 ans quand on nous a interpellé et qu'on trouvait qu'on était « plus compétents » soit après 30 ans. Il nous est arrivé de prendre en charge un jeune par exemple qui avait décompensé à 14-15 ans.

**Bicycle :** Pouvez-vous nous raconter l'histoire de la Villa Orygen ?

**Dr Aurélie Schandrin :**

Nous sommes avant tout une unité de psychiatrie adulte. Historiquement, à la base, la Villa est un hôpital de jour de patients qui avaient une moyenne d'âge de 40 ans et qui étaient plutôt déjà évolués dans la maladie. Et notre rôle était surtout de les soutenir au quotidien pour qu'ils aient un lieu de référence avec des activités.

Puis on a commencé avec une équipe restreinte à développer l'accueil pour les PEP (Premiers Episodes Psychotiques) avec déjà cette philosophie de se dire qu'en fait les troubles les plus sévères commencent de cette façon même si ce n'est pas encore complètement figé, que ce sont les premiers épisodes mais on sait que pour beaucoup ça va évoluer soit vers la schizophrénie soit vers le trouble bipolaire. Et plus tôt on les prend en charge mieux c'est. Même si on est une équipe de psychiatrie adulte et donc qu'on ne peut intervenir qu'à partir de 16 ans.

Cette équipe a ensuite fusionné avec celle de l'hôpital de jour afin de détecter tôt les premiers épisodes.

La mission de la villa Orygen n'a pas vocation à donner un autre avis, ce n'est pas un centre expert mais nous pouvons rediriger vers des psychiatres libéraux et des centres expert.



©Association Bicycle

**Bicycle :** Quel(s) diagnostic(s) reçoivent les jeunes que vous accueillez ?

**Dr Aurélie Schandrin :** Quand on a lancé le programme, il était centré sur les troubles psychotiques émergents et passait par le PEP (Premier Episode Psychotique) et on s'est aperçu qu'ils avaient des évolutions très variées : soit ils guérissaient, soit ils évoluaient vers une schizophrénie soit vers un trouble bipolaire. C'était ça les trois types d'orientation. Mais le problème c'est qu'on s'est rendu compte que pour la moitié c'était finalement des troubles bipolaires.

Et on s'est alors dit qu'on n'allait pas faire que les troubles psychotiques, la schizophrénie car ça fermait trop de portes et on a ajouté « thymiques » et les troubles de l'humeur de façon générale.

D'autant plus que ce n'était pas notre souhait de ne traiter que les troubles psychotiques car même si j'ai l'étiquette d'être un peu spécialisée « schizophrénie jeune adulte », en fait j'ai plus de patients bipolaires qu'ayant une schizophrénie.

Je suis allée me former en Australie car déjà là-bas ils ont un cran d'avance puisque l'intervention précoce ils ne la font pas que pour les troubles psychotiques mais aussi pour les troubles de l'humeur et les troubles borderline.

Donc quand ils arrivent, ils ont leur premier épisode mais on se donne du temps pour

poser un diagnostic. D'autant plus que les traitements chez nous sont quasi toujours les mêmes.

Et on a eu à cœur de se dire qu'en fait en dehors de l'hospitalisation il n'y a pas assez de structures pour les soutenir, pour les aider à reprendre leur vie en main ou à construire leur vie car parfois ils la commencent à peine. Et comment construire sa vie avec la maladie psychique ?

Ainsi nous sommes aussi un centre de réhabilitation psycho-sociale avec l'idée : on t'aide, on t'accompagne sur le plan médical mais le diagnostic n'est pas notre obsession. Ici, on va surtout raisonner en termes de dimension clinique, essayer de mettre le bon médicament, ça c'est sûr, mais aussi être dans la collaboration avec les jeunes et leurs familles et aider les jeunes à construire leur vie.

**Bicycle :** Justement quels traitements médicamenteux mettez-vous en place ?

**Dr Aurélie Schandrin :** Pour les troubles bipolaires c'est bien sûr le lithium en première intention mais on utilise aussi les antipsychotiques de seconde génération surtout lors d'un premier épisode psychotique parce que ce sont les recommandations même s'il y a une dimension thymique, on part toujours là-dessus en première intention. Puis en fonction des antécédents familiaux et des épisodes, on peut passer au lithium. Et

s'il n'y a pas d'épisode psychotique, on met sous thymorégulateur.

On sait que les antipsychotiques de seconde génération ont aussi un pouvoir thymorégulateur. Le problème avec ces médicaments est qu'ils sont souvent surdosés. Et comme ils sont surdosés les jeunes et les familles n'en veulent pas car il y a trop d'effets indésirables. Pourtant à petite dose on peut avoir des effets sans les effets délétères car c'est très « dose dépendant ».

**Nous dosons tout le temps le traitement dans le sang pour voir le métabolisme et on adapte pour que les patients ne soient pas surdosés.**

Il faut doser mais ça c'est pareil, ce n'est pas toujours dans la culture. Dans les recommandations australiennes, la règle est de commencer très très bas, de viser le plus bas possible et efficace mais ce n'est pas dans la culture française et c'est ça aussi qui a fait mauvaise presse je pense à ces traitements-là.

Concernant les antiépileptiques, depuis le scandale de la Depakine, c'est terminé je n'en prescris plus y compris pour les garçons car ici on a que des jeunes femmes et des jeunes hommes en âge de procréer. Mais c'est en effet à modérer pour les plus jeunes.

Mais il m'arrive de prescrire de la Lamotrigine.

A Paris j'ai aussi des collègues qui mettent du lithium sur des TDDE et qui ont des résultats positifs.

La psychiatrie adulte démarrait à 16 ans avant quand on a monté le dispositif mais nous travaillons en collaboration avec nos collègues pédopsychiatres qui nous sollicitent quand ils hésitent sur un diagnostic et surtout sur les traitements. Cependant on ne m'a jamais sollicitée en-dessous de 12-13 ans donc je n'ai jamais eu à évaluer en-dessous de cet âge.

**Bicycle :** Que proposez-vous pour les familles ?

**La Villa Orygen :**

Nous sommes intéressés par les associations car nous avons des familles en recherche d'accompagnement même si nous proposons des programmes famille comme BREF. Il s'agit d'un programme de première ligne en 3X1H pour tout trouble psychiatrique. Les

interventions avant qu'elles soient médicalementes sont assez aspécifiques.

Ensuite il existe aussi le groupe Léo, il s'agit d'une approche groupale avec 8 séances de 3H et l'objectif principal est de bien dialoguer avec son proche. Nous proposons des séances de 17H à 20H pour pouvoir accueillir les familles après une journée de travail.

On peut faire également de la sensibilisation auprès des établissements scolaires et pour les aménagements. Les référents peuvent rencontrer le CPE ou le chef d'établissement si les jeunes et les familles sont d'accord pour qu'on intervienne.

**Bicycle :** Combien de temps suivez-vous ces jeunes ?

**Dr Aurélie Schandrin :** On les suit le temps qu'ils ont besoin même si c'est un programme de suivi intensif.

Il y a des jeunes on les voit très mal mais en six mois on les soutient, ils repartent et ils n'ont plus besoin de suivi du tout ou d'un suivi classique donc on les réoriente en libéral ou en CMP et pour d'autres ça fait des années qu'on a du mal à passer le relais à d'autres structures. C'est très variable.

Par exemple, A., est venue en hospitalisation à 17 ans, elle a fait une TS dans le service et maintenant on a un lien. Elle me dit on a traversé tellement de trucs ensemble. Elle a eu son enfant et continue à venir nous voir mais on passe quand même la main pour pouvoir donner l'occasion à d'autres de profiter de notre dispositif.

Mais on aime bien avoir quelques nouvelles. Il y en a certains on est partis de tellement loin... On est contents quand ils vont bien !

Grâce au Psytruck, on fait de l'information, de la déstigmatisation et de la consultation pour les 15-30 ans pour évaluer, conseiller. Nous sommes les seuls en France à proposer de la consultation sans rendez-vous.

Comme on a élargi notre prise en charge maintenant on a aussi des jeunes qui ont une dépression et quand cela le nécessite on les prend en charge aussi. Il y en a donc 1/3 environ qui n'ont jamais eu de symptômes psychotiques.

Chaque jeune qui rentre ici à un case-manager référent, il s'agit d'un soignant référent qui va s'occuper de la coordination. Il



connait le jeune, accompagne la famille, le jeune et se rend disponible pour eux. Ils vont beaucoup au domicile, chez les partenaires. Ils gèrent en moyenne entre 15 à 20 jeunes. C'est avant tout un état d'esprit porteur d'espoir\*. Le but est de ne pas plomber et de dire on va faire tout ce qu'on peut pour que malgré les symptômes du trouble psychiatrique actuel vous puissiez avoir la vie que vous voulez. Faire des études par exemple si c'est le souhait du jeune. L'idée est de ne pas présumer de l'évolution ou de quoique ce soit, de les accompagner et de les laisser faire leurs expériences tout en accompagnant les familles.

**Bicycle :** Comment se passe l'annonce du diagnostic et la prise en charge ?

**Dr Aurélie Schandrin :** Nous, contrairement à vous, ce sont plus souvent les familles qui vont avoir une réticence pour mettre en place un traitement. Et c'est pareil pour les diagnostics. J'ai plutôt l'impression de vivre l'inverse. J'ai majoritairement des jeunes et des familles en face de moi où moi je me dis je sais qu'il y a un truc et je sens bien que si je « dégaîne » trop vite, ça ne passera pas. Ça m'est déjà arrivé, surtout au début. Mais je me suis fait avoir il n'y a pas très longtemps encore avec un jeune. Ça faisait deux ans qu'il n'allait pas bien, j'étais tellement contente de leur dire mais moi je sais ce qu'il a, je sais comment faire pour le soigner, vous allez voir il n'y a pas de problème ! Mais ils n'étaient pas prêts à l'entendre. C'était un trouble psychotique émergent. Ce jeune a été pris en charge aussi par un autre psychiatre, qui a une formation un peu différente. Lors de cette prise en charge, il a exprimé des doutes quant à la nature des difficultés du patient, en indiquant à la famille et au jeune : « Je ne suis

pas sûr ». Cette incertitude a naturellement semé le doute chez la famille, d'autant plus qu'elle se trouvait face à deux psychiatres dont les avis divergeaient.

La famille a alors été plus réceptive au discours qui leur expliquait que les difficultés de leur fils relevaient de problèmes éducatifs. De mon côté, j'ai adopté une autre lecture de la situation, en leur expliquant que ces comportements pouvaient être les premiers signes d'une pathologie en développement — notamment parce que l'hostilité peut, elle aussi, être un symptôme.

Cette situation met en lumière une difficulté récurrente : celle du langage et du positionnement. Certains psychiatres peuvent éprouver des réticences à poser un diagnostic clair, ce qui peut complexifier la communication avec les familles et impacter leur compréhension de la situation. Par exemple pour eux, pour poser un diagnostic de schizophrénie il faut « la totale » alors que moi je vois qu'il y a quelque chose. Pour eux il faut le tableau hyper typique et je leur dis mais c'est une schizophrénie débutante et heureusement, c'est pas encore trop visible et donc on peut intervenir mais c'est dur !

Et c'est pour ça qu'on s'en est finalement bien sorti avec le trouble psychotique, premier épisode car le concept de PEP a permis de dire OK allez c'est bon on ne va pas se battre sur le diagnostic, c'est un premier épisode, on verra plus tard par contre ça ne veut pas dire qu'on ne fait rien, on fait et on fait au mieux et pour les médicaments on adaptera en fonction de ce que les gens veulent, acceptent, tolèrent ou pas mais on fait quelque chose et ça, ça a détendu tout le monde même si en psychoéducation on balaye large (bipolarité, schizophrénie,...). Et

\*la Villa Orygen propose une approche Optimiste et des soins de Réhabilitation psychosociale en psychiatrie pour la Youth GENération.

même les parents étaient prêts à accepter le PEP car à la fin il y a toujours peut-être un espoir et après le diagnostic se pose tout seul avec le temps. C'est important de ne pas fermer cette porte d'entrée de jeu.

Même si on a beaucoup de primo-consultants, on a parfois des jeunes qui arrivent de pédopsychiatrie et parfois il n'y a pas eu d'évaluation neurologique, génétique. On se demande pourquoi il n'a vu que des pédopsychiatres depuis qu'il est tout petit alors qu'il a les oreilles tordues, etc... Dans certaines situations, il faut voir un neuropédiatre, un généticien. Ce n'est pas très fréquent mais on en voit et on m'adresse des jeunes pour des psychoses débutantes suivies depuis longtemps. Avant de parler de psychoses, souvent il y a des troubles génétiques qui donnent des formes de psychoses ou de trouble bipolaire mais cela reste différent.

Pour les parents et la famille, si c'est une anomalie génétique, ça ne fonctionne pas pareil. Et il y a aussi beaucoup de TSA non évalués.

**Bicycle :** Comment différencier un trouble borderline d'un trouble bipolaire de type cyclothymique ?

**Dr Aurélie Schandrin :** Cela nous est arrivé d'orienter un jeune vers le dispositif trouble borderline et eux ont parlé plutôt de trouble bipolaire et ils l'ont envoyé dans un centre expert.

Parfois ce n'est pas simple et surtout parfois il peut y avoir les deux. On n'a pas forcément besoin de choisir et ça aussi c'est un combat. En Australie j'ai fait PEP et trouble borderline. On me disait « non il n'est pas malade il a un trouble borderline mais il fait un PEP ». Mais en fait il a le droit d'avoir les deux !

**Les jeunes préfèrent le trouble borderline que la bipolarité. Le borderline a pourtant plus de médicaments alors que ça ne fonctionne pas !**

**Bicycle :** Comment faites-vous la différence entre une bipolarité débutante et une dépression unipolaire ? Certains pédopsychiatres préfèrent mettre un antidépresseur en première intention quitte à provoquer un virage maniaque pour poser un diagnostic de trouble bipolaire dans un second temps, qu'en pensez-vous ?

**Dr Aurélie Schandrin :** On ne peut pas toujours les différencier. Soit on a des éléments sur l'anamnèse qui me permettent de me dire j'ai un doute sur le fait qu'il y a possiblement une cyclothymie ou un trouble bipolaire sous-jacent et je vais être plus prudente et ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas quelque chose qui peut se révéler à ce moment-là. On recherche s'il a déjà consulté en pédopsychiatrie et pour quelles raisons, les antécédents et on va toujours rechercher s'il y a eu des épisodes d'hypomanie mais si on n'a pas de signe, on n'a pas de signe.

Mais on ne se dit pas on va mettre un antidépresseur et on voit ce qui se passe.

On a aussi des jeunes avec un trouble anxieux et une dépression et il faut leur mettre un IRS.

**Bicycle :** Pensez-vous que la bipolarité peut être considérée comme un TND ?

**Dr Aurélie Schandrin :** On a beaucoup dit de la schizophrénie qu'il s'agissait d'un trouble neurodégénératif. On appelait ça « la démence précoce » car on disait le sujet est sain puis la maladie arrive sur son cerveau et il se dégrade petit à petit. Et pour la schizophrénie comme on a montré qu'il y a des stades de la maladie finalement très tôt c'est-à-dire qu'on avait des signes quand on reprenait l'anamnèse qui auraient pu faire évoquer un risque assez jeune, on a pu mettre en avant qu'on est bien sur un trouble neurodéveloppemental. C'est la notion des stades et des prodromes qui se développent.

C'est à dire qu'il y a des prodromes et il y a un seuil qui fait que quand ça bascule ça dépasse ce seuil symptomatique et c'est là que des symptômes apparaissent et qu'on va parler de trouble et des choses qui sont à bas bruit dans l'histoire du développement. Et pour beaucoup de maladies psychiatriques comme le trouble bipolaire, il s'agit bien de TND c'est-à-dire qu'il y a des prodromes, des facteurs de risque, des symptômes légers plus ou moins spécifiques, ça arrive petit à petit et à un moment ça bascule et donc c'est bien de l'ordre du neurodéveloppement de l'individu et du coup on pourrait les repérer.

Même si, encore une fois, les troubles de l'humeur sont plus difficiles à détecter.

**Bicycle :** Comment faire face à un déni chez les adolescents ?

**Dr Aurélie Schandrin :**

**On ne cherche pas à les convaincre quel que soit l'âge, on cherche l'alliance.**

Il y a un jeune j'ai compris que si je lui parlais de trouble ça ne marcherait pas, on va demander au jeune : « Qu'est-ce qui t'intéresse dans la vie ? C'est quoi tes projets de vie ? », « Ok c'est ça et bah tu sais quoi on va s'en occuper » et en fait ça n'a rien à voir avec la santé et on part là-dessus. On va créer une alliance et comme on a une alliance c'est le jeune qui revient nous voir en disant « je vais vraiment mal peut-être qu'un petit traitement ou une hospitalisation... » Vraiment, on les laisse venir, on ne cherche pas à les convaincre.

On explique ce qu'on voit, quel est notre point de vue quand on sent que la personne en face est OK surtout quand ils n'ont pas consulté avant. On se pose la question « est-ce que mon avis les intéresse ? » C'est en fonction de la personne. On vérifie qu'elle est prête et que ses parents le sont aussi. J'ai travaillé en recherche sur la conscience des troubles, j'ai fait un mémoire de sciences humaines et sociales. Et ma conclusion a été : il ne faut pas chercher à les convaincre.

Je filmais les patients souffrant de schizophrénie quand ils rentraient en hospitalisation et quand ils allaient mieux je leur montrais la vidéo. Je pensais que s'ils se rappelaient comment ils étaient à leur entrée ils ne pourraient pas me dire qu'ils n'étaient pas malades.

C'était assez laborieux niveau éthique.

J'ai eu des critiques, on m'a dit : « c'est un scandale ton étude, en leur montrant ces vidéos, tu vas les faire complètement décompenser ». Et en fait pas du tout ! Ils étaient hyper contents de se voir. Un ou deux seulement m'ont demandé d'arrêter car en effet c'était difficile pour eux. Pour les autres cependant ça n'a rien changé ! Ils me disaient « je suis d'accord avec moi-même » ! Après j'avais fait toute une étude qualitative associée. Je leur montrais la vidéo et ensuite je réalisais un entretien qualitatif. En plus on me demandait de me décaler en termes de posture. Et finalement, ils n'étaient pas dans le déni, ils le racontaient à leur façon, ils avaient tous une image mais ils mettaient leurs mots à eux, ils n'utilisaient pas mes termes médicaux à moi. Ils disaient qu'ils n'avaient pas

conscience des troubles mais qu'ils avaient leur conscience. Ils avaient chacun leur façon de le raconter mais ils savaient très bien. J'ai arrêté de vouloir les convaincre depuis cette période, ça ne fonctionne pas !

**Bicycle :** Comment fait-on quand un enfant est hospitalisé, qu'on en ressort sans prise en charge voire avec une IP (Information Préoccupante) ?

**Dr Aurélie Schandrin :** L'hospitalisation ne règle pas forcément le problème. Ce n'est pas une solution de laisser rentrer le jeune chez lui en laissant les familles sans réponse en leur expliquant que c'est éducatif et qu'on peut faire un signalement s'ils veulent avoir un éducateur à la maison pour les aider.

Et ce n'est pas une solution de mettre le jeune en hospitalisation surtout s'il n'est pas d'accord.

Quand je suis de garde je mets parfois la casquette de pédopsychiatre et j'ai expliqué à une famille qui voulait absolument que j'enferme un jeune : si je l'enferme c'est son premier contact avec la psychiatrie, qu'est-ce qu'elle va retenir des psychiatres ? Et ce n'est pas parce qu'un jeune est mineur qu'on ne doit pas écouter sa demande.

Une alternative qui peut être proposée est de les garder en pédiatrie. Le mieux est d'aller aux urgences et que le jeune soit évalué comme n'importe qui et ensuite on peut décider si la psychiatrie est le bon lieu pour lui. C'est mieux que d'aller directement en chambre d'isolement fermée parce qu'un tiers a appelé en disant que ce jeune était fou.

**Bicycle :** Pouvez-vous nous raconter l'histoire d'un jeune qui vous a marqué ?

**La Villa Orygen :** K. qu'on a accompagné à partir de 15 ans. Il était en pédopsychiatrie, les pédopsychiatres ne s'en sortaient pas et nous ont sollicités. Il s'était fait taper dessus en sortant d'un bus avec un délire paranoïaque et ensuite il a fait une dépression hyper sévère. C'était un tableau complexe avec des éléments catatoniques. C'est un jeune qui pouvait aller très bien mais avec des épisodes très sévères et compliqués maniaques ou dépressifs. Il aurait pu être « étiqueté » autre que bipolaire alors que nous étions convaincus qu'il l'était même si les traitements de référence ne suffisaient pas.

## FOCUS SUR L'ÂGE DE PRISE EN CHARGE À L'HÔPITAL

**15 ans et 3 mois**

âge frontière entre la pédiatrie et la médecine somatique aux urgences.



**16 ans**

Jusqu'en 2023 c'était l'âge d'entrée en psychiatrie adulte, cet âge avait été fixé surtout par rapport aux hospitalisations.



**18 ans**

Depuis le 1er juin 2023, âge d'entrée en psychiatrie adulte.



**28/09/2022 : Décret n° 2022-1263**

La dénomination

« psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » vient se substituer à celle de « psychiatrie infanto-juvénile » avec la précision d'une prise en charge des enfants et des adolescents de la naissance jusqu'à 18 ans.

Aujourd'hui, la pédopsychiatrie, déjà saturée, est en train d'essayer de trouver des solutions pour pouvoir absorber cette nouvelle population des 16-18 ans.



A un moment on a même pensé à la sismothérapie tellement c'était complexe.

**Dr Aurélie Schandrin :** C'était une forme résistante de trouble bipolaire. On l'a beaucoup accompagné, on a passé du temps avec lui et sa famille, il y avait des périodes où ça allait mais il faisait des rechutes assez sévères. Et puis j'ai fini par reprendre tout son dossier et cela s'est imposé comme une évidence même si cela ne fait pas partie des recommandations officielle pour le trouble bipolaire (d'autant plus qu'il y en a encore moins de recommandations chez les jeunes), on l'a mis sous Clozapine et on a eu un miracle ! C'était pourtant bien un trouble bipolaire même si on aurait pu nous opposer que c'était un trouble schizophrénique (même moi je le pensais avant) que nous n'avions pas su diagnostiquer. Mais ce médicament est efficace sur des formes très sévères de trouble bipolaire. Parfois ça peut répondre et il a été miraculé. A 17 ans, mettre de la Clozapine ça peut être un cap et quand j'en parle à des congrès ça interpelle. Mais il faut vraiment le faire chez le jeune s'il y a un échec des premières lignes thérapeutiques et très vite surtout s'il y a trop de résistances et même nous, nous y sommes allés trop tard ! Ce n'est pas dans nos pratiques, il n'existe pas de recommandation à ce sujet et pourtant avec ce traitement on lui a sauvé la vie ! Il n'a plus rechuté, il a réussi à tenir le lycée, il est devenu bodybuilder et il n'a pas du tout pris de poids !

**Bicycle :** Comment évoluent les jeunes que vous recevez avec des troubles bipolaires ?

**Dr Aurélie Schandrin :** Les patients avec des troubles bipolaires même lorsqu'ils rencontrent des problèmes scolaires globalement ça se termine bien. On arrive à faire des rémissions complètes, plus facilement que dans la schizophrénie.

En général les jeunes bipolaires ont beaucoup de mal au début, c'est quand même un choc dans leur vie. Ils ont beaucoup de mal à accepter le diagnostic. Ils arrivent souvent ici avec un premier épisode maniaque et du coup ils ont du mal à récupérer. Ils ont souvent des dépressions post crises qu'ils ne supportent pas du tout. La première année ils nous disent « je ne suis pas comme avant » et c'est difficile même si on essaie de les récupérer du mieux qu'on peut.

Mais on a quand même de jolies histoires. On peut avoir du mal à les remonter, ça prend du temps, il y a parfois plusieurs épisodes et puis il y a un déclic, une maturité. On a pu les accompagner pour certains 3, 4 ou 5 ans et après il se passe un truc, ils ont accepté, on a trouvé le bon traitement, l'alliance est bonne surtout, il n'y a plus trop de rechutes et s'il y en a on les gère bien.

**Bicycle :** Est-ce qu'il y a eu des symptômes dès l'enfance ?

**Dr Aurélie Schandrin :** Dans l'enfance est-



© Association Bicycle

ce qu'il y a eu des symptômes d'irritabilité ? Mais je pense que je ne cherche pas non plus en fait. Si j'ai ce qu'il me faut je ne vais pas forcément chercher plus loin. Si je ne sais pas ce que quelqu'un a, là oui, je fais mon détective privé, je mène l'enquête mais si je sais déjà ce qu'ils ont je ne vais pas forcément refaire tout l'historique sauf si les parents me racontent. Mais en effet je n'ai pas toujours creusé s'il y avait des troubles dans l'enfance, peut-être que je vais y penser maintenant.

**Bicycle :** Que pensez-vous de la surveillance des enfants dont le parent a reçu un un diagnostic de trouble bipolaire ?

**Dr Aurélie Schandrin :** Il faut être plus vigilant quand il y a des antécédents et c'est bien montré dans les cohortes d'enfants exposés aux antidépresseurs, ce qu'il faut rechercher ce sont les troubles de l'humeur.

C'est toujours pareil, il faut laisser un peu de temps mais le problème, c'est la formation. Aujourd'hui dans la formation actuelle on demande toujours les antécédents. C'est quasiment la première phrase. Ça ira mieux dans quelques années... Nous allons sans doute traverser une période de tension, car le nombre de pédopsychiatres va fortement diminuer, ce qui représente un véritable défi pour la prise en charge des enfants et des familles. Mais au-delà de cette étape difficile, on peut aussi espérer l'émergence d'une

nouvelle génération de praticiens, qui, si elle choisit de s'investir en pédopsychiatrie, aura l'opportunité de développer des approches diversifiées et adaptées aux besoins contemporains. Cela demande de l'engagement et de la motivation, mais c'est aussi une promesse d'évolution et de renouveau pour la discipline.

**Bicycle :** Pouvez-vous nous parler du Psytruck :

**La Villa Orygen :** Le but du Psytruck est de détecter les troubles psychotiques tôt. On va dans la rue et on propose des consultations. C'est toutes les semaines, le mardi, dans un lieu différent. En moyenne il y a deux, trois, quatre jeunes qui viennent à chaque fois. On fait des entretiens longs avec deux infirmiers. Nous sommes ouverts de 10h à 16h ou de 11h à 15h. Et on fixe des rendez-vous à la Villa après si besoin. On voit 100 jeunes pour détecter 3 jeunes qui ont un trouble psychotique émergent. Ce n'est pas grave car tous ces jeunes on les aide avant tout. Même s'il n'y a pas forcément de consultation, il y a de l'information. On en a qui ont simplement des problèmes psychologiques.

Ça intrigue le camion, certains tournent autour. Ce sont majoritairement des étudiants qui viennent à nous. Parmi ceux que nous rencontrons il y a beaucoup de troubles anxieux et 10% de troubles psychiatriques.

La psychiatrie fait moins peur donc maintenant on peut en parler.

Il nous reste un problème de communication majeure qu'on doit améliorer car même si tout le monde trouve ça super, tout le monde ne joue pas le jeu. Il y a des facs qui informent la veille de notre venue d'autres rien. Pour les étudiants de la fac de médecine, c'est la honte, ils n'osent pas venir ou quand ils viennent c'est sur d'autres sites. C'est encore un problème de stigmatisation. A l'inverse à la fac de psycho, les étudiantes viennent entre copines !

La Dr Aurélie Schandrin doit nous quitter, ses consultations reprennent et des jeunes l'attendent.

Nous prolongeons le moment et en profitons pour continuer d'échanger avec le reste de l'équipe.

Et c'est avec un réel plaisir que nous écoutons ces soignants, eux qui passent leur temps à accueillir la parole des jeunes. Ils nous parlent de leurs métiers-passion, de leur engagement, de l'attachement qu'ils portent à tous ces jeunes qui poussent les portes de la Villa pour quelques heures ou quelques années.

Les anecdotes se succèdent, c'est fort et émouvant. Ils sont modestes mais ils en ont sauvé des vies !

Une chose est sûre, que ce soit à bord du Psytruck ou au cœur de la Villa, ici les jeunes y trouveront tous les ingrédients pour reprendre le cours de leur vie, et repartiront avec la recette du rétablissement ou, comme nous, celle de la fougasse d'Aigues Mortes !

Déclaration de conflits d'intérêts :

Le Dr Aurélie Schandrin a perçu des honoraires de la part des laboratoires Otsuka, Janssen, Lundbeck, Neuraxpharm, Teva Santé, Boehringer dont certains en lien avec des molécules mentionnées dans cet article.

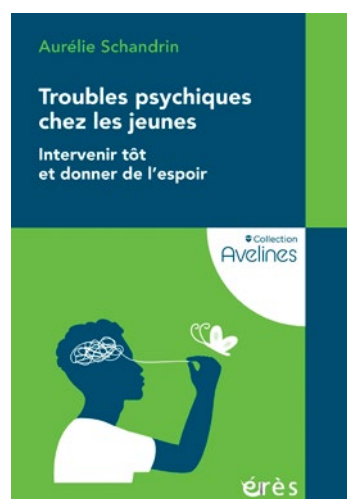
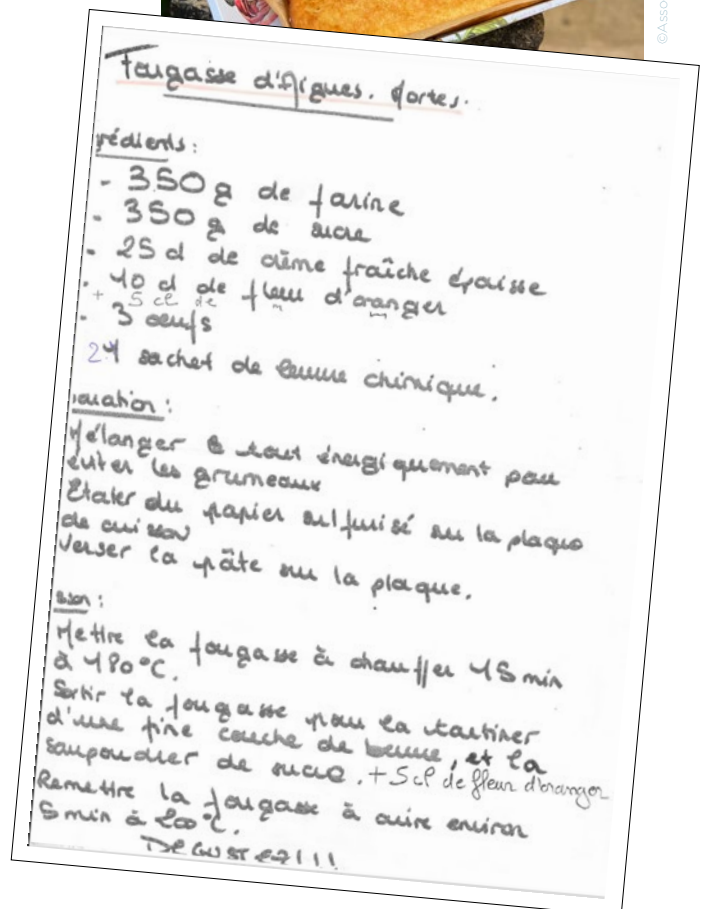
Pour aller plus loin :

**Troubles psychiques chez les jeunes - Intervenir tôt et donner de l'espoir**  
par Aurélie Schandrin  
aux éditions Érès

LA RECETTE !



© Association Bicycle / Recette Villa Oxygen





# De sa thèse à la tête du DIP de Roubaix, rencontre avec le Dr Julian Bétrémieux, un soignant engagé

PROPOS RECUEILLIS PAR LE DR ELENA PICQ ET LAËTITIA PAYEN ET RETRANSCRITS PAR LE DR ELENA PICQ.

**Tout est parti d'une thèse rédigée en 2021 par le Dr Bétrémieux qu'une maman de l'association nous a transmise : « La théorie du trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent : une existence débattue depuis plus d'un demi-siècle vers une nouvelle théorie d'un syndrome prodromique »**

Cette thèse est une mine d'informations. Je l'ai savourée du début à la fin, c'est clair, concis, évident : le Dr Bétrémieux n'invente rien, il reprend des articles scientifiques existants, anciens et récents. On aurait aimé dire qu'il « enfonce des portes ouvertes » mais malheureusement non, malgré tous ces arguments irréfutables, les portes restent souvent closes.

Point positif, cette thèse est d'accès libre et il est possible (et recommandé) d'en imprimer la totalité ou simplement le résumé et de les partager avec les professionnels qui

s'occupent de votre enfant. Une thèse, présentée devant un jury composé de médecins et de professeurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie en CHU ça ne peut pas être balayé d'un revers de main.

Je vous en propose ici un petit résumé :

Le Dr Bétrémieux commence son écrit en abordant les données épidémiologiques (c'est-à-dire l'estimation du nombre d'enfants bipolaires) en citant bien sûr des études. Il cite la méta-analyse de Van Meter de 2011 et qui a été mise à jour en 2019. Selon cette méta-analyse le nombre de cas de TBEA reste stable dans le monde.

Sources : Updated Meta-Analysis of Epidemiologic Studies of Pediatric Bipolar Disorder, Anna Van Meter Ana Lúcia R Moreira 3, Eric Youngstrom

Puis, je cite la thèse : « La grande majorité des premiers symptômes arriveraient avant

20 ans et 20 à 40 % des adultes diagnostiqués avec un trouble bipolaire (tous types confondus) estiment un début de leur maladie dans l'enfance . »

Vient ensuite un paragraphe clé :

« Bien que dans la communauté psychiatrique, les experts de l'enfant et de l'adolescent éprouvent encore un certain scepticisme, aujourd'hui, plusieurs auteurs affirment l'existence du TBEA et suggèrent même de s'affranchir des modèles restreints de l'adulte en proposant d'élargir davantage le spectre bipolaire afin de clarifier les critères diagnostiques, dans la mesure où la principale raison entraînant un manque diagnostique des enfants souffrant potentiellement d'un trouble du spectre bipolaire est qu'ils ne répondent pas aux critères stricts de durée et d'intensité des épisodes d'élation de l'humeur décrites dans le DSM ou la CIM. »

Il continue ainsi :

« Ensuite, un autre chiffre intéressant à indiquer, est l'incidence du TB chez les enfants et les adolescents atteints d'un EDC (Episode Dépressif Caractérisé) cliniquement constaté qui est d'environ 15 à 20 % dans les 3 à 6 ans (27) ; des chiffres analogues à ceux repérés par Geller en 1994 (28) et Faedda en 1995 (14) où près d'un tiers des EDC infantiles expérimenteraient un épisode maniaque ou hypomaniaque sur la vie entière. »

Sur les facteurs de risque il écrit :

«Un autre facteur de risque clairement identifié est l'EDC chez l'adolescent, surtout si les symptômes sont d'apparition brutale et/ou avec des caractéristiques psychotiques et/ou la survenue d'un épisode maniaque après instauration d'un traitement antidépresseur. »

Enfin, le Dr Bétrémieux fait tout un chapitre sur les symptômes cliniques. Chapitre impossible à résumer car tous les paragraphes sont importants.

Il conclut par la thérapeutique qu'on connaît : lithium, anti-épileptiques, anti-psychotiques de seconde génération (neuroleptiques).

En faisant des recherches sur le net », je retrouve la trace du Dr Bétrémieux sur le site

du PPPEP48 (Programme de Prévention des Pathologies Emergentes en Psychiatrie 48h) situé en région Lilloise. Je décide alors de le contacter.

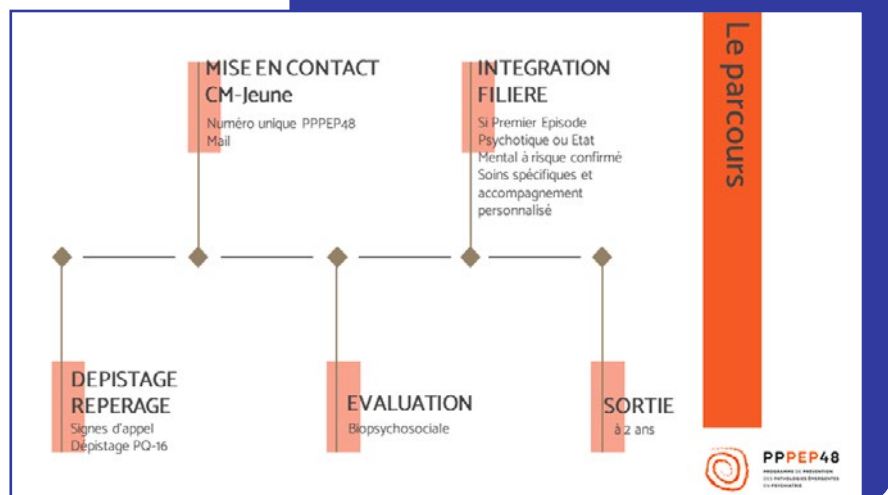
Nous découvrons que le Dr Bétrémieux exerce en DIP.

Le Dr Bétrémieux est responsable du DIP de Roubaix, qui fait lui-même partie du PPPEP48 qui est un dispositif qui vise à prendre en charge des patients entre 15 à 30 ans qui présentent des troubles psychiatriques émergents. Contrairement à d'autres DIP, les structures du PPPEP48 prennent en charges les jeunes ayant un PEP (premier épisode psychotique) mais aussi les jeunes présentant des symptômes à risque de transition vers des troubles psychiatriques sévères c'est-à-dire les jeunes avec des TDAH sévères, des TOP, des dépressions sévères.

Ce dispositif propose une prise en charge médicale, psychologique et sociale assurée par des médecins et des référents professionnels appelés cases managers. Ces cases managers peuvent être des infirmiers ou des éducateurs.

A son arrivée dans le dispositif, le jeune patient est vu par un infirmier qui a été spécialement formé et qui fait un premier examen. Ensuite, une fiche est remplie et transmise au médecin.

## SCHÉMA DE LA PRISE EN CHARGE D'UN JEUNE PATIENT :



L'objectif de cette prise en charge précoce et rapide est de diminuer le risque d'évolution vers une pathologie plus sévère et plus handicapante. La prise en charge se fait sur 2 ans puis le jeune patient continue ses soins en CMP ou avec un psychiatre libéral.

Un message qui résume tout et qu'on retrouve sur la page d'accueil du PPPEP48 :

« Perceptions sensorielles inhabituelles, consommation de substances, idées ou propos étranges, isolement, difficultés relationnelles, inquiétudes des proches ou de la famille... ces signes et symptômes peuvent s'apparenter à un trouble psychiatrique émergent.

Une évaluation la plus précoce possible est indispensable pour proposer un accompagnement personnalisé et préserver les trajectoires de vie des adolescents et jeunes adultes. »

Très rapidement nous convenons d'un rendez-vous en visio avec le Dr Bétrémieux. Nous échangeons avec lui avec plaisir. Vous trouverez ci-dessous une retranscription de cet entretien.

**Bicycle :** Pouvez-vous nous présenter votre travail et votre fonctionnement au sein du DIP ?

**Dr Bétrémieux :** Les DIP sont dédiés aux premiers épisodes psychotiques et sur le secteur de Roubaix on l'a élargi à toutes les pathologies psychiatriques émergentes complexes de l'adolescent et du jeune adulte. Par exemple, un épisode dépressif simple n'est pas pris en charge en DIP. J'ai une formation de pédopsychiatre et je consacre une partie de mon temps au CMP qui reçoit des adolescents de 12 à 18 ans et l'autre partie en psychiatrie adulte où l'on accueille des jeunes de 16 à 30 ans. Ainsi, le dispositif qu'on a ouvert sur Roubaix, est ouvert au 12-30 ans. Il est créé depuis fin 2022 et avec la fuite des cerveaux, je suis tout seul sur le secteur de la pédopsychiatrie : je n'ai pas eu le temps de mettre en place le DIP à partir de 12 ans car je dois m'occuper de tout le fonctionnement. A terme, l'objectif c'est d'avoir un âge de prise en charge inférieur à 12 ans sur le DIP. Il y a un manque de temps médical qui fait qu'il est impossible aujourd'hui d'envisager la prise en charge des moins de 12 ans. De ce qu'on voit dans les études d'épidémiologie, on a quand même pas mal de personnes qui disent que leurs premiers symptômes ont débuté avant leur entrée au collège, on est donc plutôt autour des 10 ans. Donc, en prenant en charge les patients à partir de 12 ans, on « rate » quelques prises en charge, mais les cas avant 12 ans ne sont pas les plus fréquents non plus. L'intérêt de

ces DIP c'est aussi d'avoir plus de données d'épidémiologies et de formaliser des ressentis.

**Bicycle :** Dans votre région, est ce que vous travaillez avec d'autres pédopsychiatres ?

**Dr Bétrémieux :** C'est très compliqué. On a eu beaucoup de départs dans la région des Hauts-de-France sur les 4 dernières années ; beaucoup de postes sont vacants dans les hôpitaux publics. Avec mes collègues pédopsychiatres, on n'a pas forcément le même regard psychopathologique. Ils sont pour beaucoup encore très enfermés dans une vision psychanalytique stricte et ils ont oublié la partie intégrative de leur métier, on se retrouve dans des situations compliquées. Parfois, avoir des discussions sur d'autres points de vue psychopathologiques ce n'est pas facile. Actuellement, le problème c'est que je suis seul à m'occuper d'un CMP et ce n'était pas vraiment mon souhait au départ. Cela fait que j'ai beaucoup de temps institutionnel et peu de temps pour parler clinique. Je pense que je n'ai jamais pu discuter avec des collègues avec qui je travaille en pédopsychiatrie de ma thèse. Je n'ai jamais eu ce temps-là.

Finalement, le problème qu'on a ce n'est pas qu'un manque quantitatif de pédopsychiatres c'est aussi un manque qualitatif : peu de pédopsychiatres sont formés à la bipolarité juvénile.

Les 2 professeurs qui étaient à mon jury de thèse sont les deux grands professeurs de pédopsychiatrie du CHU Lille. Quand je leur ai proposé ma thèse ils ont été hyper intéressés. L'un est versé dans les neurosciences et l'autre est plus orienté psychanalyse mais il reste très intégratif et très ouvert aux possibilités, donc oui, on devrait pouvoir discuter avec tout le monde mais malheureusement ce n'est pas le cas.

**Bicycle :** Pourquoi avez-vous choisi ce sujet de thèse ?

**Dr Bétrémieux :** Parce que c'est un sujet controversé et que j'ai toujours apprécié le trouble bipolaire. Je trouve ce trouble intéressant. De plus, j'ai toujours voulu être pédopsychiatre et ce côté « le TBEA, ça n'existe pas », « ça apparaît à 15 ans » je trouvais ça très bizarre, trop catégoriel et ça me pertur-

bait un peu. Donc, j'ai commencé à fouiller un peu plus sur ce qu'il se passait dans les autres pays et c'est là que j'ai découvert que dans les autres pays, il n'y avait pas du tout ce regard-là, beaucoup moins en tout cas et c'est ce qui m'a poussé à me dire qu'il faudrait que nous aussi en France, on change notre regard.

**Bicycle :** Par qui sont adressés les enfants ?

**Dr Bétrémieux :** Sur le CMP, n'importe qui peut venir et demander à être reçu. Il y a une évaluation par une infirmière en premier lieu et après, en réunion, on discute de la situation, des premières informations que l'infirmière a pu avoir.

Au DIP, les jeunes patients sont envoyés par des infirmiers des CMP des secteurs qui ont été sensibilisés aux différents troubles émergents à cet âge-là et dès qu'ils ont des doutes (suspicion d'un état traumatique ou d'un état psychotique par exemple), ils nous orientent le patient vers le DIP via un formulaire à remplir qui reprend les éléments cliniques. Ensuite, je programme un rendez-vous et je vois le patient en consultation.

**Bicycle :** De ce fait, ce ne sont pas des primo-accédants ?

**Dr Bétrémieux :** Ce ne sont pas des primo-accédants : parfois ce sont des patients suivis au CMP et un collègue demande mon « expertise » car j'ai des formations complémentaires (TSA, TDAH...) j'ai des outils diagnostics qui m'aident à faire le tri dans les différents symptômes. Ainsi, les patients qui sont adressés au DIP peuvent être des patients suivis depuis un certain temps au CMP mais chez qui il peut y avoir des doutes diagnostics du fait d'une résistance au traitement ou d'une persistance de symptômes malgré une amélioration.

On reçoit environ  $\frac{3}{4}$  de primo consultants et  $\frac{1}{4}$  de patients déjà suivis.

**Bicycle :** Quelle est la durée du suivi en DIP ?

**Dr Bétrémieux :** On s'est basé sur ce qui se fait au Canada au niveau de dispositifs qui existent depuis une vingtaine d'années chez eux. Ils ont un minimum de suivi de 3 à 5 ans selon la situation. Dans leurs études, c'est pendant cette période qu'il y a le plus de rechutes si le soin s'arrête et donc c'est vraiment là-dessus qu'on s'est basé. Sur la

fin de l'année, on va passer le relais au CMP pour les premiers patients qu'on a intégrés il y a trois ans. Sachant qu'on reste disponible pour les collègues pour discuter de la situation car ce sont des patients qu'on connaît bien. Dans 90 % des cas j'ai rencontré la famille, les 10 % des cas restants c'était parce que la famille n'habitait pas dans la région ou parce que c'était un refus du patient. Sinon je reçois toujours quelqu'un de la famille donc je connais bien la situation de vie du patient et de sa famille.

**Bicycle :** Depuis combien de temps votre DIP existe ?

**Dr Bétrémieux :** Dans les hauts de France il y a le PPPEP48 depuis 2019-2020.

**Bicycle :** Quelle est l'évolution des patients pris en charge pour un premier épisode psychotique ?

**Dr Bétrémieux :** Les chiffres qui viennent des autres dispositifs ou du Canada donnent les évolutions suivantes :

1/3 des patients ne font plus d'autres épisodes sans qu'on sache ce qu'il s'est passé. Ça reste un épisode qui ne rentre dans aucune catégorie de troubles chroniques.

1/3 des patients vont évoluer vers des troubles de l'humeur au sens large : soit un épisode dépressif soit un trouble bipolaire, et le dernier tiers évolue vers des troubles psychotiques chroniques comme des schizophrénies ou des troubles schizo-affectifs. Ce sont les évolutions qu'on retrouve aussi chez nous.

**Bicycle :** Utilisez-vous des échelles ou des questionnaires pour faire des diagnostics ?

**Dr Bétrémieux :** Je n'utilise pas des échelles régulièrement. Je les utilise quand j'en ai vraiment besoin. Je n'ai jamais eu l'occasion, faute de temps, d'étudier l'échelle que j'ai proposée d'établir dans ma thèse. C'est un de mes projets pour voir si elle fonctionne. Ça m'arrive quand même d'utiliser un minimum cette échelle pour essayer de clarifier certains symptômes mais comme elle n'est pas valide je ne peux pas l'utiliser en routine. Le problème de la majorité des échelles c'est qu'elles sont très longues. Elles peuvent être très utiles dans les études mais dans la pratique clinique c'est plus compliqué.

L'indice de SACHS\* par exemple, je l'utilise de temps

\*Indice de Bipolarité (SACHS)

en temps mais c'est plus quand j'ai envie de comprendre ce qu'il s'est passé dans la vie du patient.

**Bicycle :** Est-ce que vous recevez des patients avec des troubles borderline ou des patients avec des dépressions résistantes ?

**Dr Bétrémieux :** J'ai une grande difficulté avec le diagnostic de trouble borderline. En fait j'ai une grande difficulté avec les troubles de fonctionnement de la personnalité parce que je trouve que ça enferme le patient dans des catégories et on oublie les causes principales qui entraînent les troubles de fonctionnement. Souvent il s'est passé pas mal de choses dans l'enfance du patient pour qu'il en vienne à avoir un fonctionnement pathologique. Cependant, parfois, je fais le diagnostic de trouble borderline parce que ça aide le patient à comprendre comment il fonctionne et comment il peut faire pour se réadapter. Chez mes patients, tout ceux chez qui il a été identifié un état limite ont tous un état de stress post-traumatique. Et à ce moment-là, je travaille plutôt sur les éléments traumatiques que sur le trouble de fonctionnement de la personnalité.

J'ai aussi des jeunes avec des troubles bipolaires qui ont commencé en général par une dépression très atypique avec parfois des symptômes psychotiques et parfois des phénomènes hallucinatoires associés.

**Bicycle :** Quel traitement mettez-vous en place chez ces jeunes qui présentent des dépressions ?

**Dr Bétrémieux :** En général, quand moi je rencontre ces jeunes, ils ont déjà eu une hospitalisation et donc les antidépresseurs et les antipsychotiques ont déjà été essayés. Moi, je fais le diagnostic de trouble bipolaire sur l'évolution des symptômes. Il y a aussi un patient qui a fait un virage maniaque sous antidépresseurs et ce que m'avait appris un professeur de la faculté c'était qu'un patient qui faisait un épisode maniaque sous antidépresseur souffrait d'un trouble du spectre bipolaire et donc que ce patient devait être traité comme un trouble bipolaire.

Je n'ai jamais eu de situation où j'ai posé le diagnostic de trouble bipolaire chez un jeune qui n'avait jamais été vu dans un autre service de psychiatrie avant que je ne le voie.

**Bicycle :** Chez des patients de moins de 15 ans chez qui vous avez fait le diagnostic de

trouble bipolaire et où les antipsychotiques de seconde génération ne fonctionnaient pas, vous est-il arrivé de prescrire du lithium ?

**Dr Bétrémieux :** Ça m'est arrivé une fois.

En fait, j'ai fait mes études à Lille et nos professeurs sont très réservés quant à l'usage du lithium. Je me suis rendu compte que quand je parle de ça avec des collègues d'autres villes, cette réticence est très lilloise. Ils sont très frileux pour mettre du lithium, surtout chez les jeunes du fait du côté néphrotoxique.

J'ai prescrit une fois le lithium à un patient qui allait très bien avec jusqu'à ce qu'il l'arrête !

**Bicycle :** Quels sont les préconisations dans votre région si le lithium n'est pas utilisé en première intention ?

**Dr Bétrémieux :** On utilise beaucoup les antipsychotiques de seconde génération, même s'ils ne sont pas forcément mieux tolérés que le lithium.

Sinon, les antiépileptiques sont aussi beaucoup utilisés comme la Dépakine par exemple, même si on en revient beaucoup depuis qu'on s'est rendu compte des problèmes chez les patients en âge de procréer.

Donc moi, j'oscille entre les antipsychotiques de seconde génération et le lithium. Ce qui me freine moi, en l'état actuel des choses c'est la surveillance. Il faut évidemment une bonne surveillance de la lithémie et je n'ai pas la population adolescente la plus rigoureuse (mais je pense que c'est globalement le cas de tous les adolescents). Ils ne sont pas rigoureux au niveau des suivis et de la prise de médicament et je n'ai malheureusement pas suffisamment de temps pour revoir mes patients. Pour vous donner une idée, en ce moment, je rencontre un adolescent au mois de juillet et je ne le revois pas avant novembre/décembre. Je ne peux pas le revoir entre les deux parce que je n'ai pas de créneau disponible et donc ça ne me donne pas très envie d'initier du lithium quand je sais que je ne peux pas tous les revoir avant 4 mois. J'ai besoin de m'assurer que ça se passe bien pour le patient avec le médicament et ça, c'est sûr que ça me freine dans ma prescription de lithium.

**Bicycle :** Avez-vous essayé d'en parler avec des médecins généralistes qui pourraient assurer le suivi de base (lithémie, suivi rénal, ECG) ? Même si on se doute qu'il manque aussi de médecins généralistes.



**Dr Bétrémieux :** C'est l'autre problème, la moitié de la population que je vois n'a pas de médecin traitant. On a réussi à avoir du temps de médecin généraliste sur le dispositif. Donc j'ai un médecin généraliste qui m'assiste et qui m'aide sur la surveillance des traitements et plein d'autres choses, mais elle ne fait que 60% et ses créneaux sont très vite pris.

Donc, même à l'extérieur on n'a pas beaucoup de choses qui peuvent nous aider pour faire la surveillance.

Ce que je fais souvent c'est que je m'appuie sur les infirmiers qui travaillent dans les CMP, ils me transmettent des informations sur le suivi et je peux faire des réajustements. J'avoue qu'avec le lithium je suis vraiment plus frileux mais je pense que c'est parce qu'on m'a formé comme ça. C'est une déformation de ma formation.

Déclaration de conflits d'intérêts du Dr Bétrémieux : Aucun.

## FOCUS SUR LE LITHIUM

On rappelle que l'atteinte rénale dû au lithium est une néphrite interstitielle ce qui signifie que l'atteinte n'est jamais brutale et sévère mais toujours lente et progressive. C'est pour cela que toutes les études ont montré que le lithium prescrit avec une surveillance sérieuse n'entraîne pas d'insuffisance rénale. On peut citer la méta analyse McKnight qui retrouve que le lithium est associé à un risque accru d'hypothyroïdie, d'hyperparathyroïdie, de prise de poids et d'une réduction de la capacité rénale à concentrer les urines. Le risque d'insuffisance rénale est très faible.

Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis Rebecca F McKnight 1, Marc Adida, Katie Budge, Sarah Stockton, Guy M Goodwin, John R Geddes. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61516-X

Le lithium est le seul traitement du trouble bipolaire qui ait montré une baisse des tentatives de suicide et des suicides. (Prescrire 2010 n°323)

**Dr Elena Picq :** La question que je me pose après cette discussion et ces recherches c'est pourquoi a-t-il été nécessaire de créer des DIP ? Pourquoi créer d'autres structures ? Pourquoi ces patients ne sont-ils pas pris en charge dans les CMPEA ? Est-ce que les patients qui se présentent dans les CMP n'ont pas tous des pathologies psychiatriques ? Est-ce qu'ils ne souffrent pas de tous de pathologies ou est-ce que certains médecins qui travaillent dans des CMPEA « considèrent » que ce n'est pas de la pathologie ? Il faut donc que le patient change de structure pour trouver un médecin à l'écoute de ses symptômes, ses symptômes qui le font souffrir et qui ont un retentissement sur sa vie quotidienne, ses symptômes qui forment une pathologie psychiatrique.

On comprend que les patients pris en charge dans les DIP ont une sacrée chance. Mais que deviennent ceux qui n'ont pas de place en DIP ou qui ne remplissent pas tous les critères pour y accéder ? Pourquoi est-ce que tous les CMP ne fonctionnent pas comme les DIP ?

Chez Bicycle, on souhaiterait que tous les patients, quel que soit leur âge, qui manifestent une souffrance psychique, puissent être pris en charge de façon optimale, avec un soutien médical basé sur les données actuelles de la science, un soutien psychologique (psychoéducation et TCC) et un soutien social. ■

## En conclusion

L'émergence de l'intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques (PEP) dans les années 90 puis son adaptation aux autres troubles psychiques, représente une avancée majeure en santé mentale. Ainsi après avoir fait ses preuves à l'international comme en France, elle est une opportunité exceptionnelle de pouvoir limiter la progression vers la maladie ou vers sa chronicisation et de changer le regard sur les troubles psychiques.

L'introduction de la notion de risque est aussi novatrice dans cette approche notamment pour les personnes présentant des symptômes atténués. En effet, jusqu'à présent parler de prodromes suggérait une évolution inéluctable vers la maladie mentale. Désormais cela implique l'idée que l'évolution n'est pas une fatalité et qu'en intervenant tôt, on pourrait considérablement changer la donne. C'est vrai avant le premier épisode, pour limiter le risque d'épisode, mais aussi après, pour faire en sorte que le premier épisode soit le dernier, et remettre très vite les jeunes en capacité de reprendre leur scolarité et limiter la rupture scolaire, familiale et sociale.

La santé mentale des jeunes est un enjeu majeur de santé publique. Les troubles psychiques, première cause de handicap dans cette tranche d'âge, apparaissent majoritairement (ou sont plus facilement diagnostiqués ?) entre 12 et 25 ans. Les troubles psychotiques touchent environ 15 000 nouveaux jeunes par an en France.

Pourtant, malgré cela et encore aujourd'hui en France la prise en charge reste souvent tardive, fragmentée, voire inadaptée et en particulier pour la bipolarité à début précoce.

Envisager un trouble bipolaire chez l'enfant reste un sujet tabou et un trop grand nombre de parents s'entendent encore dire par les professionnels de santé que leurs enfants sont trop jeunes et qu'il faut attendre...

La France a accumulé un certain retard dans la mise en place de programmes dédiés à l'intervention précoce et le délai des soins à partir de l'apparition des premiers symptômes est considérable et s'accompagne souvent d'une longue errance diagnostique. Il n'est pas rare que les familles de l'association attendent une dizaine d'années pour obtenir des soins adaptés pendant lesquelles les troubles s'installent et le jeune se met en marge de ses études et de sa vie sociale.

Ceci est en partie dû au fait qu'en France le déploiement des dispositifs d'intervention précoce reste inégal. Contrairement à certains pays comme l'Australie (avec Headspace) ou le Royaume-Uni (avec les Early Intervention in Psychosis Services), elle n'a pas encore créé de réseau national homogène d'intervention précoce. Les dispositifs sont souvent créés localement par des équipes hospitalières ou associatives, avec des noms différents, des structures variables, et des moyens inégaux.

De plus, certains s'adressent à la psychose débutante, d'autres à l'ensemble des troubles émergents de l'adolescence ou du jeune adulte (TCA, dépression, anxiété, bipolarité, etc.).

**Même si on note ces dernières années qu'une volonté nationale se dessine, avec notamment :**

- le rapport Laforcade du 10 octobre 2016
- les orientations du plan de santé mentale 2018-2022
- le rapport Santé mentale des jeunes (IGAS, 2022)

Une structuration nationale claire et une cartographie complète sont encore attendues pour améliorer l'accès, l'équité territoriale et la lisibilité pour les familles et les professionnels. Faciliter l'accès aux soins en déployant ces dispositifs à grande échelle sur le territoire fait en effet aussi partie intégrante du défi de l'intervention précoce.

Autre explication de ce retard de prise en charge : le manque de passerelles entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et celle de l'adulte.

Néanmoins le changement de l'âge de début de prise en charge en psychiatrie adulte (aujourd'hui fixé à 16 ans contre 18 ans ultérieurement : voir notre encadré), plutôt qu'un risque de retard diagnostique majoré pour nos enfants, pourrait être envisagé, à l'inverse, comme une opportunité supplémentaire pour les pédopsychiatres de se former aux troubles psychiatriques émergents.

En effet, dans la tranche d'âge 16-18 ans, ils seront inéluctablement exposés à l'aggravation des symptômes qui n'auront pas été pris en charge pendant l'enfance et qui seront plus difficilement canalisables. Et si la confrontation avec cette réalité pouvait annoncer un changement de paradigme pour nos familles ? C'est en tout cas l'espoir que nous voulons y voir.

Une chose est sûre, des initiatives de plus en plus nombreuses voient le jour et certaines équipes développent des consultations spécialisées et ouvrent les portes à notre association.

Une dynamique est en train d'éclore.

## Pour aller plus loin :

-> **La villa Orygen à Nîmes** : La Villa orygen - Centre d'Intervention Précoce et de Réhabilitation Psycho-Sociale - Centre ressource réhabilitation

-> **PPPEP48** : [www.pppep48.chu-lille.fr](http://www.pppep48.chu-lille.fr)

-> **Santé Psy Jeunes** : <https://www.santepsyjeunes.fr/>

Ce site est une plateforme d'information et de prévention dédiée à la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes.

Il propose des ressources pour repérer les premiers signes de mal-être, comprendre les troubles psychiques émergents, s'informer sur les démarches à suivre et accéder à des outils d'orientation vers des professionnels de santé. Ce site s'adresse aux jeunes, à leurs proches et aux professionnels de première ligne.

Un site conçu dans le cadre du projet RHU, Recherche hospitalo-universitaire PsyCARE « vers une psychiatrie préventive et personnalisée » financé par le programme d'Investissement d'Avenir.

**Liste des centres spécialisés dans la prise en charge précoce des troubles psychiques émergents référencés :**

<https://www.santepsyjeunes.fr/cartographie-des-dispositifs-intervention-precoc>

il n'existe pas (à ce jour) de liste nationale exhaustive, publique et centralisée des dispositifs d'intervention précoce en santé mentale sur tout le territoire français.

-> **Institut de psychiatrie** : <https://institutdepsychiatrie.org/transition/>

-> **Psy-Care** : <https://psy-care.fr/>

-> **DU DIPPEJAAD** (Détection et Intervention Précoces des Pathologies Psychiatriques Emergentes du Jeune Adulte et de l'Adolescent) :

[https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STS/du-detection-et-interventions-precoces-des-pathologies-psychiatriques-emergentes-du-jeune-adulte-et-de-l-adolescent-dippejaad-XUF7\\_131.html](https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STS/du-detection-et-interventions-precoces-des-pathologies-psychiatriques-emergentes-du-jeune-adulte-et-de-l-adolescent-dippejaad-XUF7_131.html)

-> **Thèse du Dr Julian Bétrémieux** « La théorie du trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent : une existence débattue depuis plus d'un demi-siècle vers une nouvelle théorie d'un syndrome prodromique » : 190octobre\_SOUTENANCE\_BETREMIEUX\_JULIAN

Sources :

-> <https://ceapsy-idf.org/> / [LesBonsClicsN6](https://lesbonsclics.fr/) / [Sante-Psy-Jeunes](https://sante-psy-jeunes.fr/) / -> [www.oecd.org/](http://www.oecd.org/) / -> [www.collectif-schizophrenies.com](http://www.collectif-schizophrenies.com/) / -> PubMed

# Faire équipe



LAURENT NIO

BIBLIOTHÉCAIRE

Bonjour ! Pour débiter, quelques définitions (ça fait sérieux).

**Solidarité :** « *Dépendance mutuelle entre les êtres humains, existant à l'état naturel et due au besoin qu'ils ont les uns des autres ; responsabilité mutuelle qui s'établit entre les membres d'un groupe social.* »

**Équipe :** « *Groupe de personnes réunies pour accomplir ensemble un travail commun* ».

Ces deux définitions résonnent avec le dossier de ce numéro, dans l'idée d'avancer ensemble face aux difficultés qu'oppose parfois la vie. Dans cette sélection, il y a des albums pour les petits, également des romans pour ados, et deux ouvrages plus théoriques, plutôt destinés aux parents.

(coup de cœur)

**Je crois en toi** (1)

Katie Gilstrap.- Gautier-Languereau, 2025.

Ce petit renard a peur. Peur de l'inconnu, du dehors, de tout ce qui peut arriver. Alors il ne suit pas sa famille, il reste dans la tanière. Toute la bienveillance de sa famille va, petit à petit, le sortir de cet enfermement... De très belles illustrations rendent cet album irrésistible. A partir de 3-5 ans.

**Ensemble, tout est possible !** (2)

Feridun Oral.- Minedition, 2019

On y trouve deux histoires. D'abord un lapin affamé qui tente d'atteindre une belle pomme en haut d'un arbre. Avec l'aide de ses amis, il pourra l'atteindre. Puis l'histoire d'une petite souris qui collecte une grande quantité de bois pour se chauffer : le tas est si gros qu'elle ne peut le déplacer seule. Le renard, le lapin et l'ours vont l'aider. L'entraide, la solidarité sont au cœur de ces deux histoires.

A partir de 3 ans.

**Une montagne à déplacer** (3)

Kate et Jol Temple et Terri Rose Baynton.- Circonflexe, 2022

Un petit groupe de macareux tente désespérément d'aider une baleine échouée sur une plage... Leur petite taille a-t-elle une importance ? Un récit sur l'entraide et l'amitié, pour faire ensemble des choses impossibles seul. Un album lisible dans les deux sens avec une seconde histoire qui amène le lecteur à réfléchir.

A partir de 3-5 ans.



1

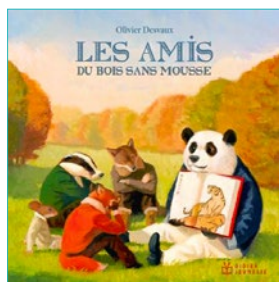
Je crois en toi  
Katie Gilstrap.  
Gautier-Languereau,  
2025.

2  
Ensemble, tout est possible !  
Feridun Oral.- Minedition,  
2019



3

Une montagne à déplacer  
Kate et Jol Temple et Terri Rose Baynton.  
Circonflexe, 2022



4

*Les amis du Bois sans mousse*  
Olivier Desvaux.  
Didier Jeunesse, 2021.

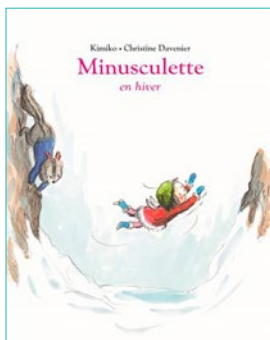
## Les amis du Bois sans mousse (4)

Olivier Desvaux.- Didier Jeunesse, 2021.

Ecureuil, Loup et tous les Amis du Bois sans mousse mènent une vie paisible et heureuse jusqu'à l'arrivée de Pim le panda, un voyageur exotique et fascinant, qui va bouleverser leur quotidien. Avec lui, les amis vont se sentir pousser des ailes et voir les choses en grand, allant jusqu'à transformer leur douce colline en rizière digne des plus belles rizières d'Asie... Mais l'hiver et ses premières gelées arrivent, balayant du même coup leur rêve de récolte. Qu'à cela ne tienne, les Amis du Bois sans mousse ne sont pas sans ressources ! A partir de 3-5 ans.

5

*Minusculette en hiver*  
Kimiko, Christine Davenier.  
Ecole Des Loisirs, 2021.



## Minusculette en hiver (5)

Kimiko, Christine Davenier.- Ecole Des Loisirs, 2021.

Dehors, tout est recouvert de neige. Minusculette rencontre Gustave, un écureuil qui ne se souvient plus où sont cachées ses provisions pour l'hiver. Ensemble, ils vont chercher. A partir de 3 ans.

(coup de cœur)

## Bleu (6)

Britta Teckentrup.- De La Martinière Jeunesse, 2020.

Bleu vit au cœur de la forêt, dans ses profondeurs obscures, tout en bas des arbres, là où le soleil ne se montre jamais. Il a depuis longtemps oublié comment voler, comment jouer, comment chanter. Mais un jour, Jaune arrive. Et petit à petit, le monde de Bleu se met à changer. Un livre sur l'espoir et la bienveillance. Magnifique album, tout en pudeur, avec des illustrations éblouissantes. A partir de 3 ans.

(coup de cœur)

## Les Étoiles montantes (7)

Mabrouck Rachedi.- Milan, 2024.

L'histoire de 4 collégiens désorientés, qui se retrouvent par hasard dans un ciné-club, celui de leur prof de français. Elle leur propose de participer à un concours de scénario. D'abord rejetée, l'idée fait son chemin... Un roman qui s'écrit dans une banlieue un peu dure, et qui raconte le dépassement de soi autour d'un projet commun. Ou comment faire équipe. A partir de 13 ans.

## Nos cœurs aidants (8)

Célia Samba.- Hachette, 2022.

Deux adolescents jonglent entre les cours, les amis et les soins à donner à leur mère gravement malade. Ce rythme épuisant les pousse à s'oublier eux-mêmes. Jusqu'au jour où un jeune auxiliaire de vie débarque dans leur quotidien. Il mettra tout en oeuvre pour leur faire comprendre que, pour accompagner leur mère, ils doivent d'abord prendre soin d'eux, reprendre goût à la vie... Un livre où le mineur aide son parent, ce qui n'est pas dans le thème du sujet, je l'avoue, qui donne pourtant à voir ce qu'implique aider sa famille, et qui se lit comme un roman sur l'amour et le besoin de l'autre. Faire équipe, donc. Dès 13 ans.

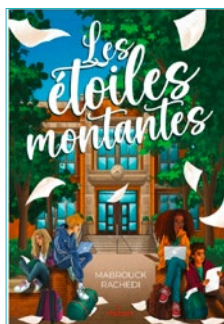


6

*Bleu*  
Britta Teckentrup.  
De La Martinière Jeunesse, 2020.

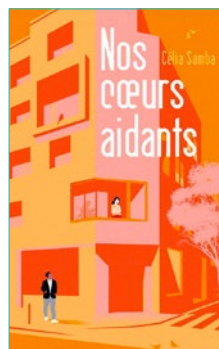
7

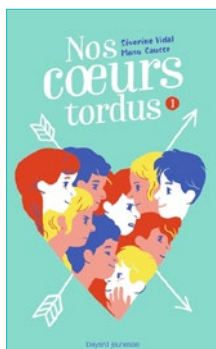
*Les Étoiles montantes*  
Mabrouck Rachedi.  
Milan, 2024.



8

*Nos cœurs aidants*  
Célia Samba.  
Hachette, 2022.





9

*Nos cœurs tordus*  
Séverine Vidal, Manu Causse.  
Bayard, 2017.

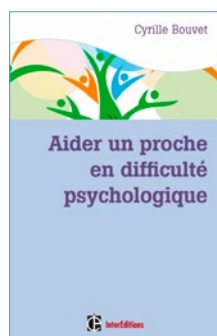
### Nos cœurs tordus (9)

Séverine Vidal, Manu Causse.- Bayard, 2017.

C'est la rentrée, Vladimir arrive au collège. Il est drôle, sensible, généreux, a un handicap physique (il a « les genoux qui se cognent »), et est passionné par le cinéma. Il se trouve une bande d'amis un peu comme lui, cabossés (il est dans une classe ULIS). On voit comment eux regardent les gens « normaux », et comme ceux-ci les regardent. La voix des trois principaux personnages, attachante, raconte tour à tour l'histoire qui se déroule. Ecrit de façon légère, avec de courts chapitres, c'est un roman autour des thèmes de l'entraide, de la solidarité, du respect, de la famille. De la force qui vient d'être ensemble. Dès 10 ans

10

*Aider un proche en difficulté psychologique*  
Cyrille Bouvet.  
InterEditions, 2016.



### Aider un proche en difficulté psychologique (10)

Cyrille Bouvet.- InterEditions, 2016.

Nous pouvons tous à un moment de notre vie être confrontés à cette situation difficile d'un proche aux prises avec un trouble psychologique. Ce guide vous donne les clés pour déchiffrer ce qui se passe et agir de façon constructive. Bienveillant, pratique et pragmatique, il vous donne également des conseils pour préserver votre propre santé et votre bien-être et éviter pièges et écueils tout en apportant à votre proche l'aide qui sera bonne pour lui.

11

*Comment aider l'enfant à devenir lui-même ?*  
François de Singly.  
Fayard, 2010.



### Comment aider l'enfant à devenir lui-même ? (11)

François de Singly.- Fayard, 2010.

François de Singly s'insurge contre les propos de certains qui jugent bénéfiques une séparation stricte des rôles entre parents et enfants, d'une restauration d'une autorité sans explications, d'une conception unilatérale de la transmission et de l'obéissance. L'auteur y oppose ce qu'il appelle plaisamment le rôle du « parent voyageur », qui accompagne le voyage de l'enfant vers l'âge adulte. La plupart des parents ne sont pas dépourvus de ressources dans cette tâche de toute éducation : conduire l'enfant à l'autonomie.

**Amener notre enfant, notre ado, à pouvoir marcher debout, lui donner le temps de se dresser contre vents et marées contraires : c'est ensemble, autant par sa force que par les nôtres, que cette équipe pourra se fortifier, en ayant conscience des efforts fournis, et en sachant ceux encore à venir. Le ou la tenir encore, à bout de bras ou dans nos bras, c'est selon. Ensemble c'est tout.** ■



# K-SAD- PL\*: entretien diagnostique semi-structuré pour les 6-18 ans

*\*Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*

PAR LE DR ELENA PICQ EN COLLABORATION AVEC LE CHU DE NICE

**La K-SADS-PL, c'est une centaine de pages pour poser un ou plusieurs diagnostics psychiatriques chez les enfants et les adolescents et éviter des errances médicales et des retards de diagnostics avec les conséquences que l'on ne connaît que trop bien.**

**Le Dr Elena Picq nous en propose ici une brève initiation tout en nous faisant la démonstration de son utilité !**

La K-SADS-PL permet au professionnel de santé de mener un entretien diagnostique semi-structuré pour évaluer les troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent (6-18 ans). Elle comporte une évaluation des symptômes actuels et des symptômes passés. A l'issue de l'entretien, le professionnel de santé est en mesure de poser un ou plusieurs diagnostics selon les critères du DSM-5. Parfois, cette échelle est utilisée en équipe pluridisciplinaire et permet de confirmer une suspicion de diagnostic.

La K-SADS-PL est un des outils diagnostiques standardisés le plus utilisé en recherche au niveau

international. La première version de K-SADS-PL a été validée en 1997. La traduction en langue française de la K-SADS-PL DSM-5 a été coordonnée par Susanne Thümmler et Florence Askenazy ( cf site de la SFPEADA). Elle date de 2018. La K-SADS-PL est utilisée dans plusieurs pays. Sur pubmed, on trouve des articles validant son efficience en Chine, en Grèce et en Islande par exemple.

En 2015, Tina Matuschek and al, ont montré que l'utilisation de la K-SADS-PL chez des enfants âgés de 8 à 12 ans permettait d'augmenter le nombre de diagnostics posés. De plus, le pourcentage d'enfants présentant un diagnostic non spécifique « autres troubles mixtes des conduites et des émotions » (CIM-10 : F92.8) a diminué significativement après l'utilisation de la K-SADS-PL.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.021>

Les différentes questions de la K SADS permettent de rechercher des symptômes qui correspondent à des critères de diagnostic des pathologies psychiatriques selon le DSM-5.

## La K-SADS est divisée en plusieurs parties :

- 1-L'entretien général,
- 2-L'entretien de dépistage,
- 3-Les suppléments,
- 4-Les grilles de réponses.

Après un entretien général où sont répertoriés les antécédents personnels et familiaux de l'enfant, débute l'entretien de dépistage qui permet de relever des éléments orientant vers une pathologie psychiatrique du DSM-5. Si le questionnaire de dépistage est positif pour un trouble, alors les caractéristiques de ce trouble seront à préciser dans les feuillets des suppléments de la K-SADS-PL.

## Le fascicule « suppléments » comporte 5 parties réparties selon les troubles :

- (1) de l'humeur,
- (2) psychotiques,
- (3) anxieux,
- (4) neurodéveloppementaux,
- (5) alimentaires et addictifs.

Enfin, les grilles de réponses résument les symptômes et les diagnostics posés.

## CONCRÈTEMENT, ÇA DONNE QUOI :

Pour plusieurs pathologies, dépression, suicide, manie/hypomanie, psychose...plusieurs items sont abordés.

Pour une meilleure compréhension du fonctionnement de la K-SADS, nous allons nous focaliser sur le dépistage et le diagnostic de la manie. Le principe est le même pour tous les diagnostics présents dans le DSM-5.

Ainsi, pour le dépistage de la manie, les symptômes recherchés sont :

- Irritabilité/colère excessive,
- augmentation de l'activité ou de l'énergie,
- réduction du besoin de sommeil,
- hypersexualité.

**Pour chaque symptôme, plusieurs questions sont posées à l'enfant et aux parents. En pour-**  
**suivant notre exemple du dépistage d'une ma-**

**nie, pour la recherche du symptôme « irritabilité/colère excessive », les questions sont les suivantes :**

- *T'est-il arrivé de te sentir tellement irritable et en colère que tu as explosé ?*
- *Quand tu te sens vraiment en colère, jettes-tu ou casses-tu des choses ?*
- *Mets-tu ta chambre en pièces ?*
- *As-tu déjà fait un trou dans le mur avec ton poing quand tu étais en colère ?*
- *Quand tu t'es vraiment mis en colère, as-tu déjà menacé ou même blessé un parent ou un professeur ?*
- *L'as-tu fait avec d'autres enfants ou avec des animaux ?*
- *Que se passait-il au moment où cela est arrivé ?*
- *Qu'est-ce qui a déclenché cela chez toi ?*
- *Y a-t-il eu des moments où tu t'es senti très en colère sans savoir pourquoi ou à propos de petites choses qui ne te fâcheraient pas d'habitude ?*

**Les réponses à l'ensemble de ces questions permettent de noter la sévérité du symptôme.**

**Les notations sont les suivantes :**

- 0** : Pas d'information
- 1** : Le symptôme est absent
- 2** : Le symptôme est sub-clinique c'est-à-dire qu'il est présent mais non pathologique
- 3** : Le symptôme est présent et intense et entraîne une réponse positive au test

Pour que les réponses aux questions puissent refléter l'état global de l'enfant, il est demandé à l'enfant et aux parents de répondre en fonction de l'état actuel de l'enfant et de donner une évaluation des symptômes les plus sévères que l'enfant aient présentés dans le passé.

La colonne P correspond à la colonne des parents, la E à celle de l'enfant et le T fait le total en englobant la notation du professionnel de santé qui fait passer la K-SADS.

.../...

Ainsi pour le symptôme « irritabilité », les cœtations sont les suivantes :

| P   | E   | I   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|-----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) | ( ) | ( ) | 0 - Pas d'information.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ( ) | ( ) | ( ) | 1 - Absent.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ( ) | ( ) | ( ) | 2 - Subclinique : Périodes certaines d'humeur excessivement irritable ou colérique. La colère et l'irritabilité sont disproportionnées par rapport à la situation. Elles surviennent pendant la plus grande partie de la journée ou très intensément pendant un bref moment (mois d'une heure).                                 |
| ( ) | ( ) | ( ) | 3 - Clinique : Episodes d'irritabilité ou de colère explosives, très disproportionnés par rapport à l'élément stressant ou au stimulus – comportement agressif associé (menaces, destructions de biens ou agression physique). Survient pendant au moins deux jours consécutifs ou au moins trois jours séparés en une semaine. |

PASSÉ : ☐ P ☐ E ☐ T

A la fin des questions concernant le dépistage de la manie, si un score de 3 est obtenu à une question, le professionnel de santé est invité à prendre les questions du supplément pour la pathologie concernée.

Les questions du supplément « manie » vont permettre de préciser les symptômes afin de vérifier s'ils correspondent à des critères du DSM-5. Elles vont permettre aussi de déterminer la durée des symptômes. A l'issue des ces questions il sera possible d'établir un diagnostic d'épisode maniaque, d'épisode hypomaniaque ou de cyclothymie (si présences de symptômes dépressifs recherchés de la même manière par le questionnaire « dépression » de la K-SADS-PL).

Par exemple, pour le symptôme « augmentation de l'estime de soi » du DSM-5, les questions sont les suivantes :

|                                                                                                                                                           |  | P   | E   | I   |                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. <u>Augmentation démesurée de l'estime de soi, idées de grandeur</u></b>                                                                             |  | ( ) | ( ) | ( ) | 0 - Pas d'information.                                                                                                                                        |
| Augmentation de l'estime de soi, de sa valeur, de sa puissance ou de son savoir (jusqu'aux idées délirantes de grandeur*) par rapport au niveau habituel. |  | ( ) | ( ) | ( ) | 1 - Absent. Pas du tout ou baisse de l'estime de soi.                                                                                                         |
| - Quand tu te sentais (euphorique/super heureux/super fêché), avais-tu plus confiance en toi que d'habitude ?                                             |  | ( ) | ( ) | ( ) | 2 - Subclinique : A beaucoup plus confiance en lui/elle que la majorité des personnes de ses circonstances mais signification clinique seulement potentielle. |
| - Quand cela arrive, penses-tu que tu as des talents spéciaux ou penses-tu que tu as un pouvoir spécial ?                                                 |  | ( ) | ( ) | ( ) | 3 - Clinique : Pendant la perturbation de l'humeur, augmentation démesurée et persistante de l'estime de soi, disproportionnée par rapport au contexte.       |
| - As-tu déjà ressenti que tu étais bien meilleur que les autres ? Plus malin ? Plus fort ? Pourquoi ?                                                     |  | ( ) | ( ) | ( ) |                                                                                                                                                               |
| - As-tu gagné des prix ou des honneurs pour _____ ?                                                                                                       |  |     |     |     |                                                                                                                                                               |
| - As-tu déjà ressenti que tu étais une personne particulièrement importante ?                                                                             |  |     |     |     |                                                                                                                                                               |

PASSÉ: ☐ P ☐ E ☐ T

**REMARQUE : AVANT DE COTER CET ITEM, S'ASSURER DU CARACTERE REEL OU FICTIF DES « DONTS PARTICULIERS » DE L'ENFANT EN TENANT COMPTE DES STADES DU DEVELOPPEMENT NORMAL. COTER SI LES IDÉES DE GRANDEUR SONT EN EXCÈS COMPTE TENU DE L'AGE DE L'ENFANT. IL NE S'AGIT PAS DE VANTARDISES. DOIT ÊTRE EXAGÉRÉ ET INAPPROPRIÉ PAR RAPPORT AU CONTEXTE. NE DOIT PAS ÊTRE DÙ À UN ABUS DE SUBSTANCE.**

.../...

Ici, pour que le symptôme soit significatif selon le DSM-5, il faut que l'item soit coté 3.

**A la fin des questions, il suffit de reporter les cotations dans le tableau. EA correspond aux symptômes de l'épisode actuel et EPG, aux symptômes de l'épisode passé le plus grave.**

| Symptômes                                                                                                                                                                                                                                                   | Score K-SADS | Oui | Non | Récap. EA |     |     | Récap. EPG |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|-----|-----------|-----|-----|------------|-----|-----|
|                                                                                                                                                                                                                                                             |              |     |     | 0         | 1   | 2   | 0          | 1   | 2   |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |              |     |     | ( )       | ( ) | ( ) | ( )        | ( ) | ( ) |
| Période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est anormalement élevée, expansive ou irritable de façon persistante, ou humeur irritable, durant au moins une semaine (ou n'importe quelle durée en cas d'hospitalisation), <u>ET</u>                 | 3            |     |     |           |     |     |            |     |     |
| Activité anormalement augmentée durant au moins une semaine (ou n'importe quelle durée en cas d'hospitalisation).                                                                                                                                           | 3            |     |     |           |     |     |            |     |     |
| 1) Augmentation démesurée de l'estime de soi, idées de grandeur                                                                                                                                                                                             | 3            |     |     |           |     |     |            |     |     |
| 2) Réduction du besoin de sommeil {p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil}.                                                                                                                                                     | 3            |     |     |           |     |     |            |     |     |
| 3) Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.                                                                                                                                                                                  | 3            |     |     |           |     |     |            |     |     |
| 4) Fuite des idées ou impression subjective que les pensées s'accélèrent.                                                                                                                                                                                   | 3            |     |     |           |     |     |            |     |     |
| 5) Distractibilité (attention trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance).                                                                                                                                                          | 3            |     |     |           |     |     |            |     |     |
| 6) Augmentation de l'activité orientée vers un but OU agitation psychomotrice.                                                                                                                                                                              | 3            |     |     |           |     |     |            |     |     |
| 7) Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables {p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables}. | 3            |     |     |           |     |     |            |     |     |

L'évaluation d'un enfant avec la totalité de la K-SADS permet de dépister toutes les pathologies psychiatriques des enfants et des adolescents. La fiche récapitulative permet de résumer les diagnostics posés et est utile pour le suivi sur le long terme des patients.

**Quels sont les inconvénients de cette échelle, qu'est-ce qui explique qu'elle ne soit pas plus utilisée par les médecins, y compris dans les CHU et les CMPEA ?**

Ce qui est reproché à la K-SADS-PL, c'est d'être un moyen diagnostic chronophage. Effectivement le questionnaire général compte 11 pages, le fascicule concernant les dépistages comporte 54 pages et le fascicule "suppléments" comporte 134 pages, auxquelles il faut rajouter 8 pages pour le récapitulatif des diagnostics. (A noter que le fascicule « suppléments » n'est rempli que pour les troubles retrouvés dans les questionnaires « dépistages »).

.../...

**Nous avons pu discuter avec Mme Gaëlle Laure et le Dr Arnaud Fernandez du centre expert des maladies rares à expression psychiatrique du CHU-Lenval de Nice pour avoir des précisions sur l'utilisation de la K-SADS.**

Le Dr Fernandez insiste sur le fait que cette échelle est validée de manière internationale et qu'elle donne des diagnostics fiables. Des études ont été faites pour évaluer la stabilité des diagnostics posés chez des enfants et ces études montrent que les diagnostics posés dans l'enfance sont stables à 10 ans.

Le Dr Fernandez utilise aussi des questionnaires à remplir par les parents. Cela aide au diagnostic, mais cela permet aussi aux parents de clarifier les symptômes de leur enfant.

Mme Laure qui fait passer régulièrement l'échelle K-SADS à des enfants et des adolescents, nous a indiqué qu'il fallait environ 4 heures pour faire passer une échelle K-SADS : 2 heures avec l'adolescent et 2 heures avec les parents.

Je suis certaine que vous rigolez bien en lisant ces dernières lignes ! 4 heures pour avoir un ou des diagnostics, mais qu'est-ce que c'est rapide ! Combien d'années ère-t-on avec nos enfants ?

Oui, chez Bicycle, on est bien d'accord, cette échelle est certainement l'outil qui permettrait de faire gagner des années à nos enfants, des années passées sans le bon diagnostic, des années à souffrir sans le bon traitement, des années sans la stabilité d'une rémission, des années qui entraînent des séquelles cognitives, scolaires et sociales !

Ceci est notre impression de parents mais ceci a aussi été retrouvé dans des études : ainsi, nous pouvons citer l'article de Matuschek : « Pour améliorer les procédures diagnostiques en psychiatrie, plusieurs outils ont été développés et introduits. L'une des méthodes les mieux éva-

luées et les plus recommandées est l'utilisation d'entretiens diagnostiques (semi-)structurés. Ils sont essentiels pour établir des diagnostics psychiatriques fiables et valides (Ehlert, 2007) et peuvent donc contribuer à améliorer la qualité des soins et à réduire les coûts grâce à une évaluation diagnostique plus courte, des séjours hospitaliers plus courts et une récupération plus rapide. » (Miller, 2001, Miller, 2002, Thienemann et Jellinek, 2004, Galanter et Patel, 2005, Hughes et al., 2005)

C'est pourquoi chez Bicycle, on a pris contact avec Madame Claire Compagnon, membre du collège de la Haute autorité de santé (HAS). On souhaiterait lui présenter nos propositions afin d'améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques des enfants et des adolescents.

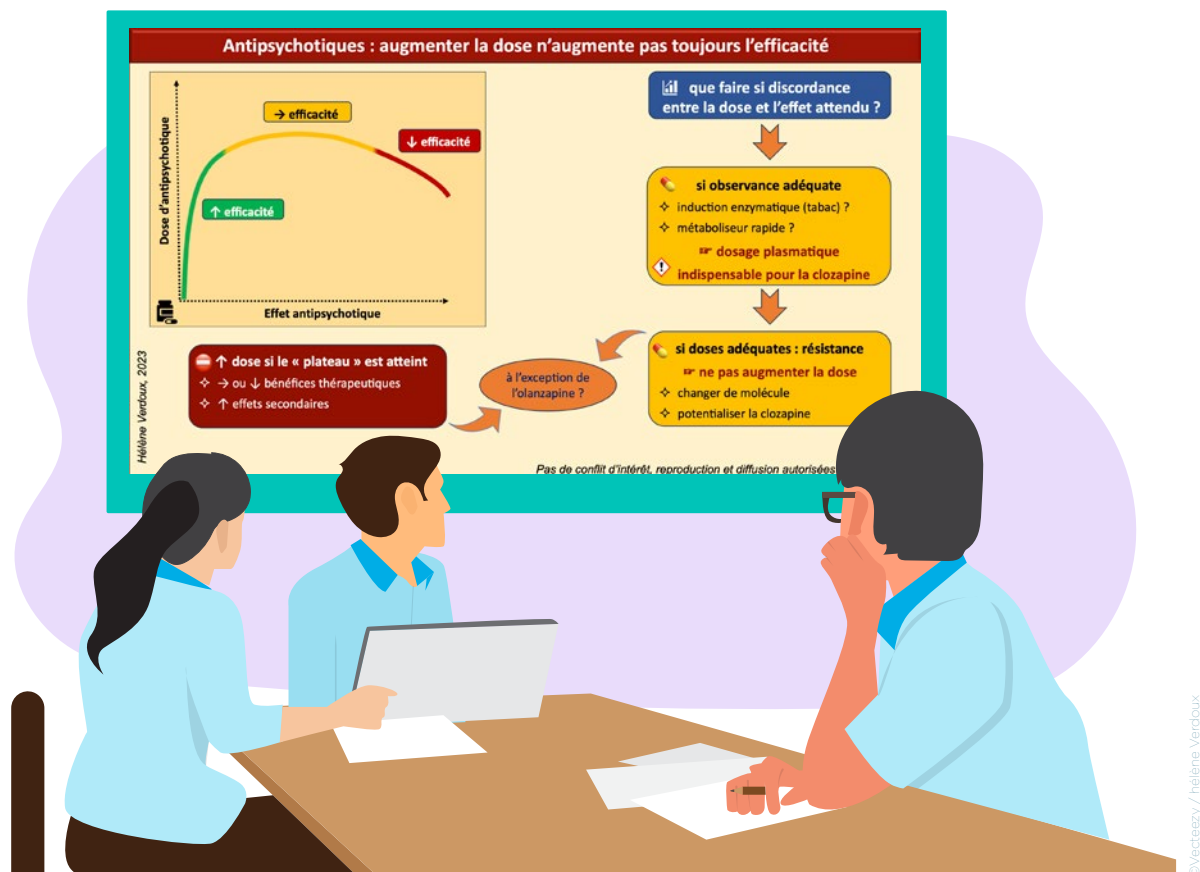
La K-SADS est disponible en pdf en totalité sur le site de la SFPEADA.

On invite les parents à en prendre connaissance et à la faire découvrir à leurs professionnels de santé.

La bipolarité chez l'enfant est une réalité et une échelle efficace existe pour en faire le diagnostic. Ici, il n'est pas question de mode, de croyance, de sensibilité, de vision de la psychopathologie, encore moins de mauvaise éducation, il est question uniquement de ce que fait l'enfant. ■

Déclaration de conflits d'intérêts : Aucun.

# ANTIPSYCHOTIQUES : RELATION ENTRE DOSE ET EFFICACITÉ



On a tendance à penser que l'efficacité d'un médicament augmente de manière linéaire avec la dose, et qu'elle est d'autant plus élevée que la dose est forte. Cependant, les relations entre la dose et l'effet sont souvent plus complexes.

Pour les antipsychotiques, la relation dose-effet est en « U-inversé »

- d'abord, l'efficacité augmente avec la dose
- ensuite, on atteint un plateau où l'augmentation des doses n'entraîne pas d'augmentation de l'efficacité
- enfin, l'augmentation entraîne une perte d'efficacité notamment à cause de la sévérité des effets indésirables dose-dépendants.

Brièvement, cette relation est liée au niveau neurobiologique à la proportion de récepteurs dopaminergiques D2 bloqués

- seuil pour l'efficacité : > 60-65%
- seuil pour les effets secondaires extra-pyramidaux : < 80% (par ex avec 3 mg/j de rispéridone 72% des récepteurs sont bloqués, et 82% avec 6 mg/j)

Pour les épisodes psychotiques aigus, le plateau était atteint pour les doses suivantes

- amisulpride 500 mg
- aripiprazole 12 mg
- halopéridol 6 mg
- quétiapine 500 mg
- rispéridone 6 mg

.../...

La seule exception est l'olanzapine pour laquelle l'efficacité augmente avec la dose (relation dose-effet linéaire). Plusieurs études montrent l'intérêt de dose > 40 mg, par ex. une étude de Jean-Marie Batail à Rennes Use of very-high-dose olanzapine in treatment-resistant schizophrenia - PubMed)

Quand la réponse thérapeutique ne correspond pas à celle attendue pour la dose et la durée du traitement, la stratégie souvent observée en pratique clinique est d'augmenter la dose. Il faut avoir en tête que ce n'est pas toujours la plus pertinente.

**Si l'observance est adéquate et s'il n'y a pas de consommation de toxiques, l'augmentation de la dose peut être envisagée si l'antipsychotique est trop rapidement métabolisé (transformé) du fait**

- d'une induction enzymatique par la carbamazépine ou le tabac (cf. post <https://lnkd.in/eDPNRPWc>)
- d'un phénotype de métaboliseur rapide
  - Les dosages plasmatiques sont utiles : ils doivent être systématiques pour la clozapine qui a un index thérapeutique étroit (dose efficace proche de la dose toxique)
  - Un test pharmacogénétique (non remboursé) « toxicité ou adaptation posologique des antidépresseurs ou antipsychotiques » \* est disponible en France pour la rispéridone et l'aripiprazole.
  - Si une métabolisation rapide est éliminée, il est strictement inutile d'augmenter la dose !

**Devant une résistance avérée, les stratégies adaptées sont :**

- de changer d'antipsychotique
- d'introduire la clozapine si résistance à deux antipsychotiques
- de potentialiser la clozapine par un autre antipsychotique (cf post <https://lnkd.in/eCzSS6PP> )

## Références :

*High-dose olanzapine in treatment-resistant schizophrenia: a systematic review* - Louisa Gannon, John Reynolds, Martin Mahon, Fiona Gaughran, John Lally, 2023

*Examination of Dosing of Antipsychotic Drugs for Relapse Prevention in Patients With Stable Schizophrenia: A Meta-analysis* / *Psychiatry and Behavioral Health* / *JAMA Psychiatry* / *JAMA Network*

*Dose-Response Meta-Analysis of Antipsychotic Drugs for Acute Schizophrenia* / *American Journal of Psychiatry* / *Second International Consensus Study of Antipsychotic Dosing (ICSAD-2)* - PMC

\*pour plus d'informations : page P47 de la thèse de Jennifer VANQUIN « Variation de réponse thérapeutique aux antipsychotiques : mécanismes pharmacogénétiques » : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03837327>

On peut ajouter que le traitement médicamenteux ne doit pas entraîner de baisse de la vigilance. Un nombre excessif de patients sont surdosés, réduisant leurs performances cognitives, impactant leur qualité de vie, favorisant des prises de poids et finalement desservant leur vie affective et sociale en s'opposant donc à leur réhabilitation psychosociale.

Les seules dérogations sont la recherche de la sédation du fait d'une idéation suicidaire ou d'une agitation persistante.

Rappelons néanmoins que la sédation peut mettre en jeu le pronostic vital, avec des risques de dépression respiratoire, de fausse-route et de pneumopathies d'inhalation. ■

## HÉLÈNE VERDOUX

Professeur de psychiatrie adulte à l'université de Bordeaux, PhD épidémiologie et santé publique



**Thèmes d'intérêt :** diffusion des bonnes pratiques de prescription des psychotropes, traitement de la schizophrénie résistante et ultra-résistante, stigmatisation, développement de la pair-aidance

Déclaration de conflits d'intérêts : Aucun.

Sources LinkedIn 09/2025



©Illustration Emma R.D.

Emma a 13 ans, elle a sélectionné ces trois poèmes pour nous parler d'elle.

Facettes décrit ses ressentis intérieurs, ses émotions débordantes, son volcan intérieur : sa cyclothymie.

Corbeaux est un poème sur la dépression.

Et enfin, Danse décrit son échappatoire pour tenter de mettre de côté ses soucis...

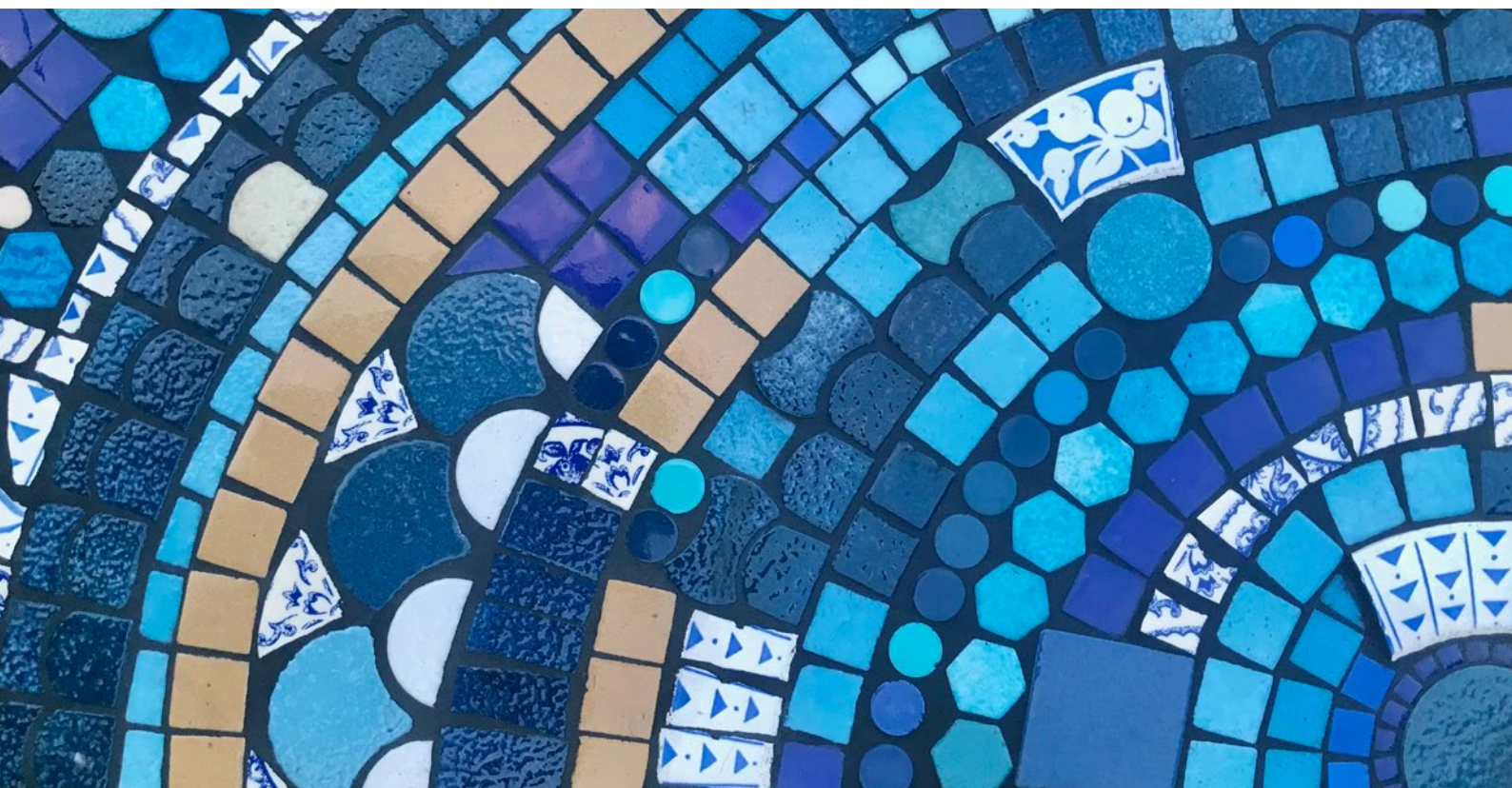
### FACETTES

Ce fil presque invisible,  
Fin, est comme une île.  
Une île de vie,  
D'où sortent des cris...  
C'est ma vie !  
Possédant mille facettes  
Toutes plus ou moins chouettes.  
L'une est un aplat de noir  
Laissant apparaître la peur et l'angoisse  
D'une triste histoire.  
C'est un gouffre profond  
Dans lequel j'effectue un plongeon  
Sans même m'en rendre compte,  
C'est une peur mêlée d'une dépression.  
L'autre est bien plus chouette,  
C'est une facette pour faire la fête  
Où ma bouche se déploie  
Et sort de son carquois  
J'ai plus confiance en moi  
Et je suis contente d'être là  
De vivre, de rire et d'être ivre ;  
C'est une partie de ma vie  
Qui redonne le sourire  
A moi et à ma famille.  
Une partie en quatre lettres  
Les plus belles de l'alphabet peut-être  
C'est ma force, de l'or, mon trésor...

Sûrement car elles donnent l'envie  
De surmonter la vie souvent difficile  
Ce mot de quatre lettres est la JOIE  
Qui n'est pas souvent en moi...  
La troisième facette,  
Est celle où je me reflète  
Des pieds jusqu'à la tête,  
C'est une émotion que l'on trouve amère  
Depuis notre ère :  
C'est la colère...  
Celle qui m'a construite depuis ma naissance,  
Qui a personnalisé mon existence,  
Qui est en moi dès que je pense...  
Elle est avocate car elle défend,  
Elle est en moi depuis longtemps.  
Puis grâce à elle, la colère,  
Je file comme l'éclair !  
Chaque jour cette émotion grandit en force  
Qui m'aide ou me gêne à surmonter les épreuves  
de ma vie  
Cela restera gravé à jamais dans mon esprit.  
La facette qui brille le plus fort  
Est celle qui contient tous mes efforts.

*Emma R. D*

©Mosaïque Kalaidiascope



### CORBEAU

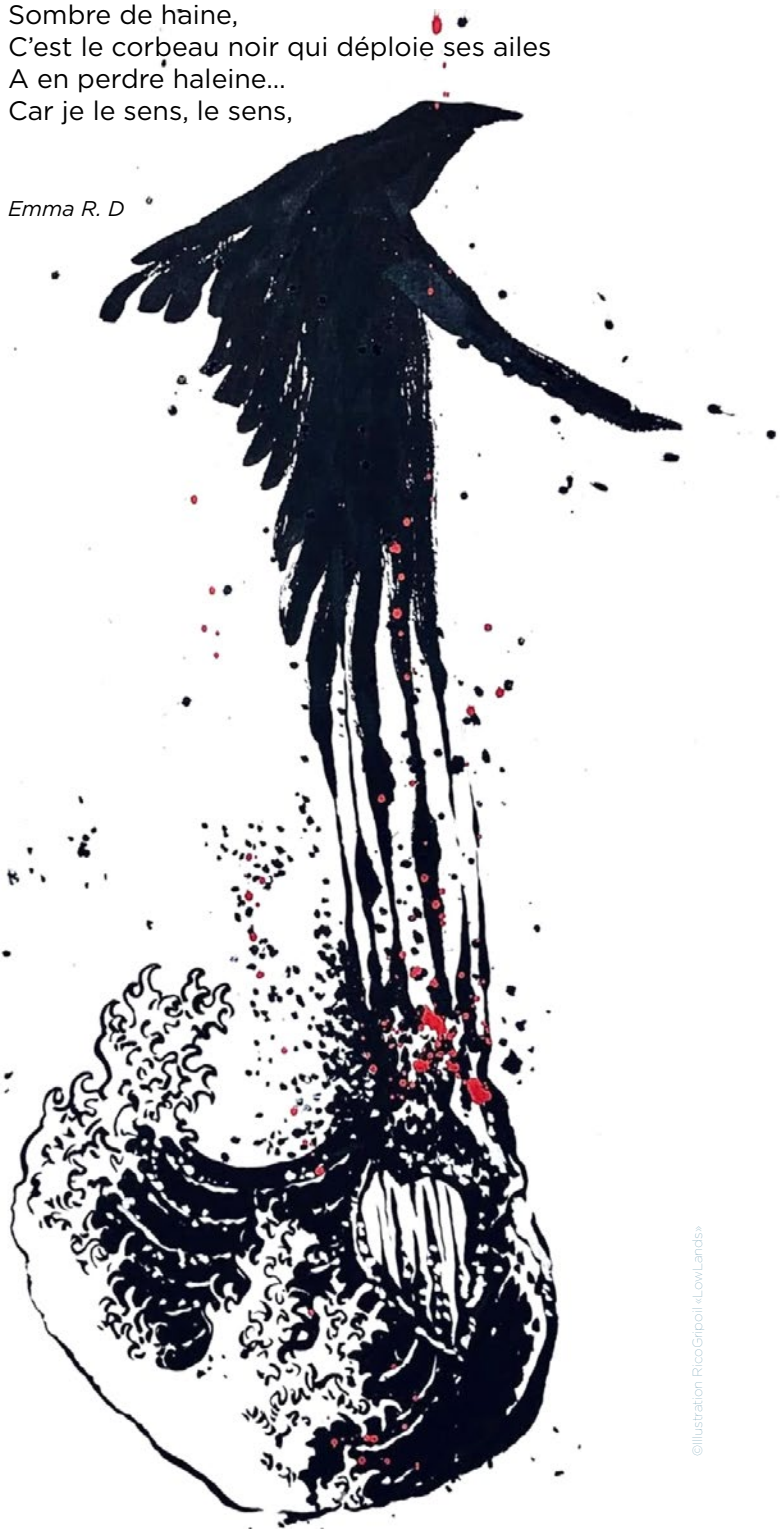
Des ailes noires,  
Fades, tristes, sans sourire  
Atterrissent  
Sur mon cœur sans chaleur,  
Sur ma vie de soucis.  
Sur mes mots, ma bouche,  
Mes gestes faux  
C'est le corbeau noir des plaines  
Sombre de haine,  
C'est le corbeau noir qui déploie ses ailes.  
C'est ma peur...  
Mes yeux voilés  
Sans humeur.  
Je n'ai plus envie,  
Je ne vois que des soucis,  
Je ne pense plus,  
Je n'aime sans abus,  
Je suis seule...  
C'est le corbeau noir des plaines  
Sombre de haine,  
C'est le corbeau noir qui déploie ses ailes.  
C'est un nuage,  
Gris sale  
Qui stresse, qui angoisse toute la place.  
Que mon sourire se fend  
En deux,

Ce sourire se fend en deux  
Pour laisser place  
Au sourire de glace.  
Car le corbeau noir  
Au sourire de glace  
A repris sa place  
Dans ce cœur fadasse,  
Au creux d'un nuage...  
Mon corbeau de glace,  
Noir...

Les cris, les larmes,  
Coulent sans se voir,  
Et cette saga,  
Se meut  
Comme dans un théâtre d'ombres Chinoises  
C'est le corbeau noir des plaines  
Sombre de haine,  
C'est le corbeau noir qui déploie ses ailes  
C'est un poids lourd sur mes épaules  
Et ça court vers les pôles.  
C'est le sang noir

De son bec froid  
Qui se fracasse  
Sur ces ombres lasses.  
Ses petits yeux moqueurs  
Me font perdre la bonne humeur  
Qui m'écœure.  
Ce sont ses pattes  
Qui courent, qui frappent son cœur illusoire.  
C'est le corbeau noir des plaines  
Sombre de haine,  
C'est le corbeau noir qui déploie ses ailes  
A en perdre haleine...  
Car je le sens, le sens,

*Emma R. D*



©Illustration Rico Gripoli «LowLands»

### DANSE !

Danse !  
Étire ton corps  
Jusqu'à éloigner les remords.  
Danse !  
Fais un effort,  
Balance ton corps,  
Ton énergie vit.  
Danse !  
Ne pense plus aux soucis,  
Tes bras les lancent  
En une salsa  
Redoutable.  
Danse !  
Tes jambes fouettent l'air  
Et balancent la poussière  
Sur tous nos beaux moments passés  
A vos côtés.  
Danse !  
Ta tête donne un charisme  
Pour ton corps

Ni joyeux ni triste  
Danse !  
Vers des mots différents,  
Moins surprenants,  
Et légèrement moins méchants.  
Danse !  
Ton bassin tourne, tes hanches virevoltent  
Et tes yeux suivent ses mouvements étanches  
Et propres à ton corps.  
Danse !  
Tu es l'ange de tes pensées,  
Le dieu de tes mouvements et de tes gestes clarifiés.  
Danse !  
Jusqu'à être essoufflé.  
Emotions et sentiments  
Reviennent d'un pas lent.  
Reste plus que l'insouciance  
De la danse !

Emma R. D



# Bipolaire cyclothymique, mais dynamique !



par Anaïs Ponçot, 25 ans

hai parce que je n'étais pas une élève « classique » mais passons...

Le Professeur B. posera un premier diagnostic qui me suivra jusqu'à mes 16 ans : « troubles de l'humeur », c'était en 2003. Sans pour autant mettre un véritable mot sur la maladie qui me frappait.

J'avais eu quelques séances avec lui puis j'ai eu une pause entre mes 6 et 7 ans. Mais c'est en voyant ma détresse mentale en atteignant l'âge de « raison » (dont un incident qui sera ma première idée suicidaire) que mes parents prirent la décision de me remmener voir une pédopsychiatre. C'est elle qui m'a donné mes premiers médicaments, les premiers d'une très longue liste d'essais médicamenteux.

En 6ème, on m'a internée pour la première fois. Trois semaines avant les grandes vacances. Ce qui a été le plus dur, ça a été de l'annoncer à mes camarades de classe. Ils m'en voulaient en réalité de louper trois semaines d'école. Ils me jalousaient, pour de mauvaises raisons, mais nous n'étions que des enfants...

J'ai intégré lors de ma préadolescence l'unité Pasteur 1 à Besançon. J'étais accompagnée continuellement d'une infirmière et d'un aide-soignant. Ce sont eux qui m'ont appris à me mettre des filtres car, avec le temps, j'étais devenue un moulin à paroles. Je disais exactement tout ce qui me passait par la tête. Et surtout je faisais toutes les idées qui me passaient par la tête comme fuir les cours poursuivis par les pions ou trouver les meilleures cachettes du collège pour éviter d'y aller. J'avais des capacités mais je les ai rangées dans un coin et je ne les faisais pas travailler... Ceci est un de mes remords car travailler à l'école m'aurait peut-être permis de mieux m'en sortir pendant cette période charnière qu'est l'adolescence... Surtout quand votre pédopsychiatre vous surdose



©Anaïs Ponçot

Au début, je me souviens juste d'une salle de jeux. Séparée par une vitre, un peu comme les salles d'interrogatoire. Mes parents et le Professeur B., derrière, en observation.

La maîtresse de moyenne section avait alerté mes parents sur mon comportement problématique, mes tendances violentes, mon instabilité émotionnelle et mon manque de communication orale.

La maîtresse de petite section avait déjà parlé de mon comportement à mes parents, mais ils avaient jugé bon de ne pas le prendre en compte puisqu'elle détestait quasi tous les enfants de la classe sauf ceux qui étaient sages et calmes. Cette enseignante de première année de maternelle fera partie de ma longue liste de prof qui m'ont presque

de médicaments différents qui vous emprisonnent dans votre tête comme une prison dorée, une jolie cage à oiseau.

Mais à l'extérieur, on te demande si tout va bien car tu es devenue un véritable zombie. Zombie qui prend 10 kilos par mois et demi et dont le père donnera des coupe-faims et posera un cadenas sur le frigo pour éviter la prise de poids très conséquente. La pédopsychiatre avait prévenu, mes parents ont approuvé -à tort- car ils estimaient qu'ils n'étaient pas médecins et aussi parce que de toute manière ils étaient tellement à bout de mes changements d'humeur et de mes violents accès de colère ! Je leur en veux toujours à l'heure actuelle mais, au fond, je comprends totalement. Mes parents ont été exceptionnels, ils m'ont soutenue, me soutiennent, et me soutiendront toujours. Ils ont essayé de faire de mon enfance et mon adolescence les périodes les plus heureuses possibles et y sont parvenus.

A l'époque, une fois les 16 ans passés, le système passait de la pédopsychiatrie à la psychiatrie de l'adulte. Je serai désormais suivie, sur recommandation de ma pédopsychiatre, par un jeune psychiatre au CHRU qui est apparemment merveilleux. Et il l'était. Il m'a énormément aidée, il a changé mes traitements, et surtout il a posé deux mots sur cette maladie qui m'impactait : bipolarité cyclothymique.

### J'ÉTAIS ENFIN LIBÉRÉE DU POIDS DE L'INCONNU.

Il m'a conseillé des lectures, m'a représenté schématiquement comment fonctionnait mes variations d'humeur et comment avancer dans la vie. Malheureusement, cela ne m'a pas sauvée d'avoir loupé mon BAC. Mais avec ces 18 années derrière moi, j'avais appris une chose très importante et qui fait aujourd'hui ma plus grande force : savoir rebondir.

**J'ai également appris à sentir mes variations au fil de la journée que je représentais mentalement par des écluses.** Je suis un bateau et je passe toute une série d'écluses sur la journée qui se vident ou se remplissent. Et j'avance petit à petit, une écluse à la fois. J'ai également appris à comprendre où j'en étais de molécule dans le sang en pourcentage, ce qui est très pratique pour les psys.

J'ai repris mon BAC, après deux ans de travail. Je l'ai eu avec mention. Je suis ensuite partie à Strasbourg pour faire un BTS, vivre toute seule, se gérer sur plein de points comme les courses ou les médicaments. J'ai intégré le CMP d'Illkirch-Graffenstaden car j'ai besoin d'un suivi, et ce, j'en suis consciente jusqu'à la fin de ma vie. J'ai eu mon BTS avec mention non sans difficulté car ce virage à 360° m'a littéralement fait péter les plombs. J'ai donc dû plusieurs fois effectuer des séjours en hôpital psy, internée de ma propre volonté car j'ai aussi appris à repérer que deux fois dans l'année, en février et en septembre, j'avais une sérieuse déprime qui persistait.

En fait, avec le temps, malgré les embûches, on apprend à se connaître et à connaître cette maladie par cœur.

### AUJOURD'HUI, JE SAIS RECONNAÎTRE QUE MA MALADIE FAIT PARTIE DE MOI MAIS QU'ELLE N'EST PAS LA DICTATRICE DE MA VIE.

J'ai des amis, j'ai un copain depuis plusieurs années, j'ai encore des bas puis des hauts mais ma cyclothymie est traitée par des médicaments qui me vont parfaitement depuis des années et qui se marient très bien entre mes désirs (comme ne pas vouloir de lithium), mes besoins de bien-être et ma vie. J'ai une injection tous les 28 jours. J'ai un autre médicament à prendre matin et soir que je module avec ma psychiatre selon mes humeurs principales du moment.

Grandir avec une maladie psychiatrique, c'est compliqué. Petit et ado surtout, et surtout pour les proches. Mais grandir avec cette maladie fait qu'on a une réflexion sur nous-même et le monde bien plus précoce et éclairée. Ce qui m'a aidée, moi et mes proches, bien plus de fois que je ne voudrais l'admettre.

Les handicaps invisibles, sont souvent mal vus mais nous, on sait. On sait que nous ne sommes pas des tueurs en série ou des fous à lier. On sait que nous sommes des gens bien, qui se battent chaque jour malgré des humeurs différentes. Grandir avec cette maladie m'a rendue plus forte.

**Rien n'est une fatalité. Le plus dur en réalité, c'est de le comprendre.** ■

## Il lisait son bulletin debout



par Laëtitia, maman d'un cyclokid de 16 ans  
(ou Mon enfant cyclone\*, la suite !)

L'autre jour en discutant avec mon frère et ma belle-sœur des premières fois de nos enfants, je me suis rendue compte que je me rappelais la première fois où ma fille a marché, la première fois où elle a éclaté de rire, la première fois où elle a dit maman, de sa première dent mais pour mon cyclokid, c'était un trou noir.

Je ne me rappelle aucune de ses premières fois.

En fait, si, je me rappelle uniquement la première fois où il a pleuré, à 5 ans.

Il n'avait jamais pleuré depuis sa naissance, il n'était que hurlements.

Il n'avait jamais été triste. Ou du moins il n'avait jamais utilisé la bonne émotion pour l'exprimer ou pour qu'on ait envie de le consoler. Peut-être aussi qu'à l'époque, derrière sa colère permanente et intense, je n'ai pas su la décrypter.

En réfléchissant un peu plus, plein d'autres premières fois ont ressurgi, enfouies au fond de ma mémoire mais aucune n'était positive : la première fois où j'ai eu honte dans un magasin, la première fois où il a cassé un objet que j'aimais, la première fois où il m'a insulté, la première fois où il a voulu mourir.

Ce constat m'a percuté pour ne pas dire transpercé. Pourtant, aujourd'hui, il a 16 ans.

Heureusement un souvenir plus récent est venu adoucir cette amertume qui s'était installée soudainement dans le creux de mon cœur. Il existait une première fois heureuse dont je me rappelais.

En juin de cette année précisément.

C'était la première fois qu'il lisait son bulletin scolaire. Pour la première fois en 12

ans de scolarité, il a lu son 38ème bulletin. C'était son 38ème bulletin mais c'était pourtant son premier bon bulletin. Il n'était même pas juste bon, il était excellent.

D'ailleurs, il a fait plus que cela, debout, au bout de la table du séjour, il nous l'a lu. Je crois que j'ai été encore plus émue par ce geste que par les appréciations qu'il déclamait.

C'est peut-être un détail pour vous, mais pour moi ça voulait dire beaucoup comme disait France Gall.

**«Ça veut dire essaie de vivre  
Essaie d'être heureux,  
Ça vaut le coup».**

\*Mon enfant cyclone - le tabou des enfants bipolaires  
aux Éditions Flammarion.  
Tous mes droits d'auteur sont reversés à l'association Bicycle.

| Matières           | Moyennes                | Appréciations                                |
|--------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| PRATIQUE PRO CIEL  | Élève 17,42 Clas. 10,10 | Excellent résultats. Sérieux et travailleur. |
| PRATIQUE PRO MELEC | 15,00 12,71             |                                              |
| ELECTROTECHNIQUE   | 16,00 13,95             |                                              |
| CONSTRUCTION       | 15,11 12,06             | Très bon travail, félicitations !            |

|                         |             |                                                                                |
|-------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| ECO GESTION             | 12,00 11,19 | Assez bien dans l'ensemble.                                                    |
| FRANCAIS                | 15,75 12,04 | Très bon travail, sérieux et régulier. Il faut continuer à travailler l'écrit. |
| HIST.GEO.ENSGT.MOR&CIV. | 18,33 12,55 | Excellent semestre. Étève qui mérite de réussir !                              |
| MATHEMATIQUES           | 13,91 10,01 | Bon travail.                                                                   |
| PHYSIQUE-CHIMIE         | 10,50 9,36  | Bonne participation. continuez !                                               |

**Appréciation globale : Très bon semestre. Vous avez écouté les conseils. Il faut continuer les efforts.**  
**Mentions : Félicitations**

# Mamie à la rescousse

par Dominique, mamie d'un cyclokid de 9 ans



©Association Bicycle/PicoGripoll

Je suis la grand-mère d'un petit garçon de neuf ans, atteint de cyclothymie, dans une forme précoce et intense.

Infirmière spécialisée en pédiatrie, je n'ai pourtant jamais été confrontée à ce type de pathologie. Malgré ma formation, je trouve cette

maladie particulièrement difficile à gérer. Je suis bien consciente que cette maladie est réelle, mais les manifestations qui surviennent lors des crises sont souvent déstabilisantes, difficiles à concevoir et à accueillir.

Je reçois mon petit-fils du mardi soir au mer-

credi en fin d'après-midi, pour soulager sa maman, car cette pathologie est extrêmement épuisante au quotidien.

Avec moi, il est tellement en lien, tellement en confiance, qu'il ne maîtrise rien de ses émotions ni de ses contrariétés. Si je n'étais pas informée, je pourrais croire qu'il s'agit d'un enfant provocateur, grossier, voire mal élevé.

Il est souvent difficile d'identifier l'élément déclencheur des crises. La frustration, ou simplement le mot « non », peuvent générer une violence verbale et physique importante.

J'ai suivi, avec ma fille, un stage de psychoéducation de l'association Bicycle animé par une psychologue intitulé « Atelier Tandem ». L'objectif était d'améliorer notre relation et d'adopter les bonnes postures éducatives.

Mais malgré ces apports, j'ai encore beaucoup de mal à mettre en pratique les bons réflexes au bon moment.

Je connais le handicap invisible, comme le syndrome frontal que l'on peut rencontrer après un traumatisme crânien. Sur le plan social, c'est déjà très difficile à vivre.

Mais avec cette pathologie-là, c'est encore plus complexe : il n'y a aucun signe visible comme une hémiplégie ou une atteinte physique qui permette à l'entourage de comprendre.

### **ON NE VOIT RIEN, ET POURTANT, C'EST LÀ.**

Souvent, après une crise, Léon éclate en sanglots et vient se blottir dans nos bras, même si la colère précédente était extrêmement violente.

Je choisis de renforcer ces moments-là, car ils nous rapprochent. Ils éveillent en moi une immense empathie et une tendresse profonde. Je sais à quel point il souffre. Mais sa souffrance s'exprime d'une manière tellement déroutante qu'elle ne ressemble en rien à ce qu'on attendrait d'un symptôme d'angoisse classique.

Il ne supporte pas d'être seul. Je l'accompagne aux toilettes, dans la salle de bain,

dans sa chambre... Son angoisse se manifeste alors de façon plus « lisible », plus compréhensible.

Dans la vie quotidienne, par exemple dans les magasins, Léon peut apparaître comme un enfant agité, insolent, grossier.

Le bruit, la foule, la moindre frustration décuplent ses réactions. Inutile de lui dire quoi que ce soit à cet instant. Et le regard des autres, souvent, se pose sur moi comme si j'étais une grand-mère dépassée ou inconsciente... Parce que je choisis de ne pas réagir à chaud.

Les meilleurs moments que je passe avec mon petit-fils sont ceux que nous partageons en tête-à-tête : une activité, une balade, un repas au restaurant. Léon a des conversations d'adulte, des réflexions fines et très pertinentes. Et par-dessus tout, je l'adore.

### **À CHAQUE MOMENT DIFFICILE, JE ME DIS QUE C'EST UN INSTANT QUE SES PARENTS N'ONT PAS EU À GÉRER, UNE PETITE PAUSE DANS LEUR QUOTIDIEN SI LOURD.**

Mais je ne vous cacherai pas que c'est aussi très éprouvant pour moi.

L'association Bicycle, sur de nombreux plans, est pour nous une ressource précieuse. Une référence pour traverser l'existence avec ces enfants si particuliers, si sensibles, et si attachants. ■



# FAUT PAS PRENDRE LES CONS POUR DES PARENTS

2025 santé mentale grande causerie nationale

DOCTEUR ON A TOUT ESSAYÉ, VOUS NE VOULEZ VRAIMENT PAS TESTER UN MÉDICAMENT HORS AMM\* ?



\*AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ.

JE NE VEUX PAS RISQUER UNE RADIATION, VOUS COMPRENEZ J'AI UNE FAMILLE, UN CRÉDIT DE MAISON À PAYER... MÊME SI JE SAIS QUE CE MÉDICAMENT POURRAIT PROBABLEMENT SAUVER VOTRE ENFANT... ON NE PEUT RIEN FAIRE AVANT SES 18 ANS, JE SUIS DÉSOLÉ...



MAIS DOCTEUR ÇA FAIT 4 ANS QUE VOUS PRESCRIVEZ LE MÊME MÉDICAMENT, VOUS ÊTES DONC HORS AMM, NORMALEMENT ON NE DOIT PAS DÉPASSER 12 SEMAINES !



JE VAIS DEMANDER UN AUTRE AVIS.

## 6 MOIS PLUS TARD AVEC UN AUTRE MÉDECIN :

SI JE POUVAIS VOIR VOTRE ENFANT PLUS SOUVENT JE PRESCRIVAIS HORS AMM SANS PROBLÈME. MAIS JE N'AI PAS ASSEZ DE RENDEZ-VOUS DE SUIVI POUR ASSURER UNE SÉCURITÉ NÉCESSAIRE DONC JE NE VAIS PAS PRESCRIRE CE MÉDICAMENT QUI PERMETTAIT À VOTRE ENFANT D'ALLER MIEUX.

S'IL DOIT FAIRE UNE TENTATIVE DE SUICIDE J'AIME AUTANT QU'IL LE FASSE AVEC DES ANTIPSYCHOTIQUES QUE DU LITHIUM, VOUS COMPRENEZ ?



## 1 AN PLUS TARD :



VOUS AVEZ CHANGÉ D'AVIS ? VOUS VENEZ POUR LE RENOUVELLEMENT DE L'ANTIPSYCHOTIQUE DE SECONDE GÉNÉRATION ? AH NON DÉSOLÉ IL EST EN RUPTURE\*\* AU MOINS, EN CE MOMENT... ON N'A PLUS COMME ÇA ON N'A PLUS DE CAS DE CONSCIENCE. IL NE ME RESTE PLUS QU'À VOUS SOUHAITER BON COURAGE !



\*\* LA PÉNURIE DE PSYCHOTROPE CONCERNE PLUS D'UNE QUINZAINE DE MÉDICAMENTS DEPUIS LE DÉBUT 2025

Textes Kalaelidoscope & dessins RicoGripoli © Bicycle asso 2025



# FAUT PAS PRENDRE LES CONS POUR DES DARONS

1, 2, 3 soleil - 1, 2, 3, nuage

## BAL DE FIN D'ANNÉE AU COLLÈGE



## FÊTE FAMILIALE



## AVEC SES FOLLOWERS



## FUGUE LA NUIT



VOUS ÊTES DES CONS !  
JE VOUS DÉTESTE !



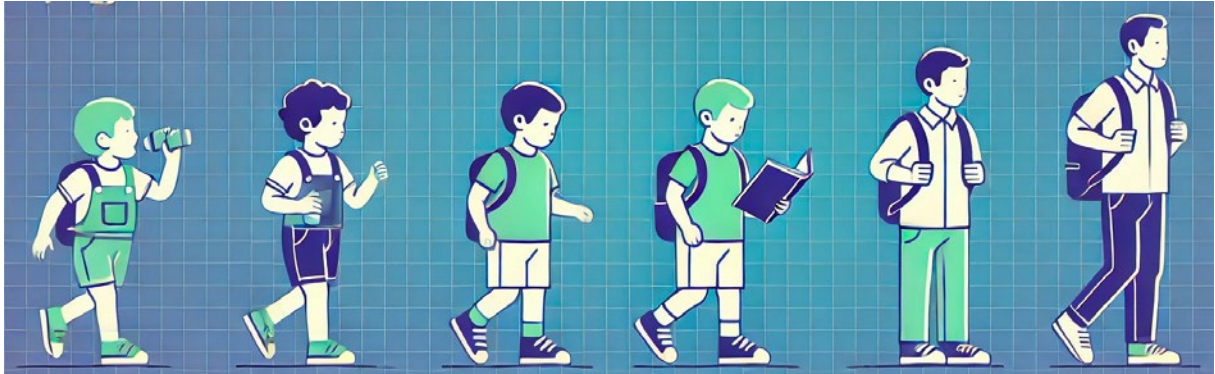
T'AS SURTOUT ARRÊTÉ  
TES MÉDICAMENTS !



Textes Kalaelidoscope & dessins RicoGripoli © Bicycle asso 2025

# La bipolarité ça débute quand ?

LAËTITIA PAYEN



©Illustration ChatGPT

## ● Rappels utiles sur ce que nous dit la science :

- Les études rétrospectives ont mis en évidence que 20 à 40% des adultes bipolaires font remonter le début de leurs troubles à la période de leur enfance<sup>(1)</sup>.
- Les études prospectives, s'intéressant au devenir d'enfants prépubères ayant présenté un épisode dépressif caractérisé, ont montré qu'il s'agissait dans un tiers des cas, de l'épisode initial d'un trouble bipolaire, dont le premier accès (hypo)maniaque apparaîtra en général dans les quatre années suivantes.<sup>(2)</sup>

## ✦ Étude de Baldessarini de 2012 :

Portant sur 1665 adultes avec un trouble bipolaire de type 1. Il est retrouvé un âge de début de 5% dans l'enfance (<12 ans), 28% dans l'adolescence (12-18 ans) et 53% avec un pic entre 15 et 25 ans.

Dans les formes juvéniles (<12 ans) versus l'adolescence, il est retrouvé plus de récurrence (nombre d'épisodes par an), plus de comorbidité psychiatrique, davantage d'antécédents familiaux de trouble bipolaire.

Cette étude confirme les liens entre antécédents familiaux de trouble bipolaire et mauvais fonctionnement avec un âge de début précoce de bipolarité (pendant l'enfance).

- La méta-analyse de Van Meyer de 2019 retient les chiffres de 0,6% pour la bipolarité de type 1 et de 3,9% pour l'ensemble du spectre bipolaire chez les enfants et les adolescents.
- La bipolarité chez l'enfant et l'adolescent n'est pas une maladie rare. En effet selon Orphanet, une maladie est dite rare si elle ne touche pas plus d'une personne sur 2000 dans la population européenne soit 0,05% des européens. On est donc loin des chiffres cités plus haut.
- Une autre méta-analyse de Marco Solmi et al. en date de 2022 portant sur l'âge de début des troubles psychiatriques a aussi retrouvé que dans 31% des cas de trouble bipolaire, les premiers symptômes francs se sont manifestés dès l'enfance ou l'adolescence. Pourtant, dans cette même étude, seuls 2,7% des patients avaient un diagnostic de trouble bipolaire posé avant 18 ans.

## L'ÉVOLUTION NE DOIT JAMAIS ÊTRE UN PRÉTEXTE AU REFUS DE SOINS ET AU DIAGNOSTIC !

N'oublions pas que l'annonce du diagnostic médical est une obligation déontologique.

Il faut quoi de plus pour que les pédopsychiatres se réveillent et arrêtent de dire comme on l'a entendu plusieurs fois encore cette semaine « la bipolarité ? c'est une maladie de l'adulte, il n'a pas 18 ans, on ne peut rien faire » ou bien encore devant un jeune avec des idées suicidaires +++ : « tant qu'il n'y a pas de passage à l'acte on ne peut rien faire »...

Arrêtez de nous rebattre les oreilles avec l'évolution et de l'opposer au diagnostic. Le suicide a souvent lieu bien avant la révélation du diagnostic !

L'évolution est utile pour mieux comprendre les symptômes de la bipolarité chez l'enfant. En effet du fait de l'immaturité du cerveau, les symptômes sont différents par rapport aux adultes.

Et bien sûr, du fait de la perspective développementale, rien n'est définitif chez l'enfant et le diagnostic devra être réévalué jusqu'à l'âge adulte.

**Mais l'évolution ne doit JAMAIS être un prétexte au refus de soins et au diagnostic ! N'oublions pas que l'annonce du diagnostic médical est une obligation déontologique.** Elle a par ailleurs l'intérêt pour l'enfant et sa famille de permettre une meilleure reconnaissance des symptômes du trouble et une meilleure compréhension des traitements qui seront proposés dans un second temps. De plus ces informations permettront de favoriser l'observance et l'alliance thérapeutique.

Sous couvert d'évolution, deux autres affirmations sont souvent retrouvées chez les professionnels de santé qui refusent de poser un diagnostic de bipolarité chez l'enfant :

- L'absence de diagnostic n'empêche pas de traiter les symptômes.

Cette réponse n'est pas acceptable car cela signifie qu'on ne va traiter que les symptômes.

**Le risque sera alors d'exposer l'enfant à un cocktail de médicaments (un par symptôme)** avec des médicaments non adaptés voire dangereux selon l'origine de ces symptômes.

Car oui ces enfants sont tellement dysfonctionnels qu'ils seront inévitablement exposés à une médication.

Quant à la prise en charge psychologique, une psychoéducation ciblée sera toujours plus efficace que des conseils généraux.

- Il ne faut pas « enfermer » l'enfant dans un diagnostic, lui coller une étiquette.

Cette réponse n'est pas une réponse médicale et est fondée sur les préjugés. Le diagnostic ne doit jamais être considéré comme une étiquette, il permet de comprendre et d'avoir des solutions grâce à une prise en charge adaptée.

**C'est en éludant un diagnostic médical qu'il devient stigmatisant.**

À l'inverse c'est en informant, communiquant, éduquant qu'on changera la perception et la représentation du diagnostic de bipolarité par le grand public. Ce qui est toujours discriminant c'est une différence qui ne dit pas son nom.

Dans la balance bénéfices/risques, il vaut mieux être victime de fausses idées sur la bipolarité que d'une mort réelle.

Parmi nos familles, le discours est pourtant unanime : le diagnostic leur a permis de retrouver la liberté.

Et quoi qu'il arrive, si l'évolution n'est pas favorable, il faut réévaluer et cela avec ou sans diagnostic !

## LA PSYCHIATRIE SAUVE DES VIES, ON AIMERAIT AUSSI QUE CE SOIT LE CAS POUR LA PÉDOPSYCHIATRIE !

[Et merci à tous les pédopsychiatres, psychiatres et professeurs (de plus en plus nombreux) qui nous soutiennent]

Merci à Pauline pour ce témoignage important paru dans le Monde du 09/02/2025 avec pour titre « Quand j'ai appris ma bipolarité, j'ai pleuré de joie de savoir enfin ce qui m'arrivait » et qui nous a inspiré cet article.

À la lecture du titre de cet article une autre réflexion nous vient alors :

est-ce au médecin de choisir de poser un diagnostic ou au patient de choisir s'il veut l'entendre ?

A l'heure où on parle de plus en plus du patient-acteur, il s'agit plus que jamais d'une question d'actualité.

**Et si après le patriarcat il était temps de sortir du paternalisme médical ?**

Extraits :

*« La première fois qu'un professionnel de santé émet l'hypothèse d'un trouble bipolaire me concernant, j'ai 26 ans et cela fait des années que je vis avec des phases extrêmes de l'humeur. Les difficultés remontent à loin, depuis toute gamine. Ma mère m'a toujours dit que, quand je descendais l'escalier le matin, elle se demandait quelle Pauline elle aurait face à elle, que je pouvais avoir un côté « ange ou démon ». Je garde peu de souvenirs de petite, mais je sais que j'avais du mal avec la gestion de ma colère, et que je dormais très peu. Au collège et au lycée, c'était difficile. Je n'avais pas de mots à l'époque, mais avec le recul je me dis que je traversais déjà des épisodes hypomaniaques (l'une des phases ascendantes du trouble de l'humeur), durant lesquels je me mettais en danger. J'ai commencé à fumer de la drogue dès la 3e, ce qui générait des crises intenses de paranoïa et de peur de la mort. Je faisais souvent le mur dans mon village. J'ai commencé à vivre de grandes phases dépressives à partir de la 5e.*

*Tout était constamment un drame, sous couvert de crise d'ado pour mes parents. J'étais beaucoup en confrontation avec les enseignants, mais à l'école, je restais une très bonne élève. Ma mère se disait que j'étais certainement HPI (Haut Potentiel Intellectuel) et que cela expliquait mes sautes d'humeur et mon rapport conflictuel aux professeurs. A l'époque, je n'avais jamais entendu parler de bipolarité et je n'aurais pas pu faire le lien. Mon seul contact avec la question de la santé mentale avait pris la forme de discussions avec ma demi-sœur, qui avait été diagnostiquée schizophrène, tout comme mon oncle. Ensemble, on parlait surtout de dépression, car c'était ce que je pensais vivre.*

*(...) Cela devient lourd pour mon entourage, car mes cycles sont alors très fréquents. Je peux me réveiller certains matins complètement déprimée, puis, deux jours plus tard être en pleine phase hypomaniaque.*

*(...) Le poids des stéréotypes est toujours là. La bipolarité est encore très mal représentée à l'écran. Je ne me reconnais jamais dans les films ou les séries qui présentent des personnages bipolaires : moi je ne finis pas à l'hôpital tous les quatre matins, et je ne vais pas plonger dans la Seine toute nue. A un moment, je me suis même demandée si je l'étais vraiment, tellement cela ne collait pas avec les clichés. Il y a un immense travail à mener sur les représentations. »* ■

Pour lire l'article du Monde dans son intégralité c'est par ici :

[https://www.lemonde.fr/campus/article/2025/02/09/quand-j-ai-appris-ma-bipolarite-j-ai-pleure-de-joie-de-savoir-enfin-ce-qui-m-arriveait\\_6538430\\_4401467.html](https://www.lemonde.fr/campus/article/2025/02/09/quand-j-ai-appris-ma-bipolarite-j-ai-pleure-de-joie-de-savoir-enfin-ce-qui-m-arriveait_6538430_4401467.html)

Sources :

(1) - Lish JD, Dime-Meenen S, Whybrow PC, The National Depressive and Manic-depressive association (DMDA), survey of bipolar members. J Affec Disord 1994;31:281-94.

-Joyce PR. Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. Psychol Med 1984;14:145-9.

(2) Geller B, Fox LW, Clark KA. Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12- year-old depressed children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;33:461-8.

# La santé mentale grande cause sémantique

LAËTITIA PAYEN



© Illustration Rico Crispoll

Après le décès de la surveillante poignardée à mort par un collégien de 14 ans devant son établissement à Nogent (Haute-Marne), la presse a rapidement rapporté les propos du procureur qui indique que ce jeune ne présente « aucun signe évoquant un possible trouble mental ». Et d'ajouter qu'il « n'exprime pas de regrets ni aucune compassion pour la victime ». De plus son acte était prémédité car il avait consciemment emporté un couteau de cuisine avec l'intention de s'en prendre à une surveillante.

L'enquête nous apprend qu'il est même « référent harcèlement » et qu'il est issu d'une « famille unie et insérée professionnellement » qui ne présente « aucun antécédent judiciaire ».

Sa couleur de peau et sa religion ne peuvent même pas rassurer les plus populistes d'entre nous.

Rien ne semble alors expliquer un tel geste.

Le pays se fige et les parents parfaits sont en PLS. En France on a toujours besoin de trouver un coupable, ça rassure et ça évite de se remettre en question.

Si ce jeune n'est pas malade, est-ce notre société qui est capable d'engendrer de tels monstres ? Dans tous les cas, elle est responsable de ne pas savoir les accompagner.

Heureusement le gouvernement s'empresse de trouver de nouvelles hypothèses, la faute aux réseaux sociaux (qu'il fréquentait peu) et aux cuisines (enfin aux couteaux qui s'y trouvent).

Mais heureusement sur les réseaux sociaux, ceux-là même qui prônent leur interdiction et s'insurgent contre la violence, déversent leur haine et ne tardent pas à trancher : les parents ne savent plus élever leurs enfants, à leur époque, une bonne paire de baffes et cela aurait été réglé. Eux, des coups ils en ont reçus et ça ne les a pas tués !

Parfois, souvent, surtout en matière de faits divers, quand la presse s'en mêle, elle s'emmêle dans les dénominations quand ce ne sont pas les personnes dont elle rapporte les propos, ajoutant à la confusion générale.

### MAIS ALORS QU'APPELLE-T-ON UN « TROUBLE MENTAL » ?

Pour le grand public, une personne qui souffre d'un trouble mental, c'est un « fou », un « déséquilibré », un « détraqué », un « cinglé », un « dingue », un « dégénéré » qui commet des actes graves, dangereux et répréhensibles. La langue française n'est pas avare de termes péjoratifs pour les désigner. Dans l'imaginaire collectif, c'est celui qui est capable de tuer. C'est aussi celui qui mérite d'être enfermé au mieux dans un centre psychiatrique fermé au pire dans une prison jusqu'à la fin de ses jours.

Aujourd'hui les professionnels de santé utilisent essentiellement 2 classifications psychiatriques pour les aider à la pose d'un diagnostic de trouble mental, le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistiques des Troubles Mentaux) qui est publié par l'Association Américaine de psychiatrie et la CIM-11 (Classification internationale des maladies) publiée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

Ces classifications décrivent les symptômes et les critères diagnostiques de chaque trouble mental.

D'après l'OMS un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions et du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants.

Les troubles mentaux peuvent être d'origines très différentes, chroniques ou permanents, il sont souvent qualifiés d'handicaps invisibles.

**On peut différencier différentes grandes catégories de troubles mentaux. Ainsi on retrouve dans ces classifications :**

- les troubles neurodéveloppementaux : TDAH (Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité), TSA (Trouble du Spectre Autistique), TDI (Trouble du Développement Intellectuel), ...
- les troubles psychiques appelés aussi troubles psychiatriques : troubles bipolaires, schizophrénie, troubles anxieux, ...
- les troubles de la personnalité : TPL (Trouble de la Personnalité Limite), TPA (Trouble de la Personnalité Antisociale),...

Il est à noter que les particularités comme le HPI (Haut Potentiel Intellectuel) ou THPI (Très Haut Potentiel Intellectuel), HPE (Haut Potentiel Emotionnel) ou l'hypersensibilité ne sont pas des troubles et ne figurent donc pas dans ces classifications.

**PARFOIS LES MOTS « MALADIE » ET « HANDICAP » VIENNENT SE GREFFER À CES DIFFÉRENTES APPELLATIONS AJOUTANT DES NUANCES PARFOIS SUBTILES MAIS REVENDIQUÉES PAR LES INTÉRESSÉS OU LES FAMILLES CONCERNÉES.**

Un TND (Trouble du Neurodéveloppement) est le résultat d'un développement atypique du cerveau présent dès la naissance ou apparaissant dans la petite enfance. Ces troubles influencent la manière

dont le cerveau traite l'information, perçoit le monde et interagit avec lui. Ils sont constitutifs de la neurologie de l'individu.

C'est pourquoi, par exemple, les personnes autistes et leurs familles rejettent massivement l'idée que les TSA soient une maladie et parfois même un trouble. En effet, elles considèrent qu'il s'agit plutôt d'une manière différente de penser qu'un réel trouble en soi. C'est pourquoi les critères diagnostiques dont la fameuse triade autistique ne sont pas considérés comme des symptômes mais plutôt comme des traits constants.

En France, depuis 1996, l'autisme a été officiellement reconnu comme un handicap car vivre avec un TSA dans un monde créé et fait pour les neurotypiques reste un défi au quotidien pour les personnes concernées. Même si là encore le terme fait débat dans la communauté.

A l'inverse certaines personnes comme récemment le journaliste Nicolas Demorand qui a rendu public sa bipolarité clame qu'il est un « malade mental », terme jugé choc pour certains mais utilisé sciemment par l'intéressé pour briser le tabou qui entoure la maladie mentale.

Les troubles psychiques, dont la bipolarité fait partie, sont généralement liés à des déséquilibres biochimiques dans le cerveau souvent en interaction complexe avec des facteurs environnementaux, sociaux et psychologiques et des prédispositions génétiques. Ils peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie et sont de nature fluctuante.

Parmi les personnes concernées par les maladies psychiques, beaucoup préfèrent de loin le mot « trouble psychique » à « maladie psychique » car le terme « maladie » insinuerait l'idée d'une guérison totale, hors dans ces troubles on parle plus volontiers de « rétablissement », on apprend à bien vivre avec mais il ne se soignent pas définitivement. Dans le terme « trouble » il y a également l'idée d'un problème qui peut être « rééduqué » pour apprendre à bien vivre avec. La psychoéducation pourrait jouer ce rôle comme une paire de lunettes peut corriger la myopie et soulager la vie quotidienne.

Rappelons que contrairement aux idées reçues, les personnes atteintes de troubles psychiques sont bien plus souvent victimes de violences qu'auteurs d'actes criminels (10 fois plus en moyenne). Quand il y a dangerosité, elle est surtout tournée contre eux-mêmes. Les patients dangereux pour la société sont minoritaires et quand c'est le cas c'est le plus souvent induit par un traitement inadapté ou par la prise de substances qui se substituent à une absence de prise en charge ou à une prise en charge non adéquate.

De plus il est à noter qu'une personne en proie avec un trouble psychique est dans l'incapacité d'anticiper et donc de planifier et préméditer des actes répréhensibles.

Ainsi une personne capable de commettre de tels actes manque d'émotions, à l'inverse une personne bipolaire est assaillie par un trop plein d'émotions.

Les troubles de la personnalité sont à différencier des troubles psychiques. Les troubles de la personnalité correspondent à des modes de comportement inadaptés aux normes et aux attentes sociales. Ils désignent des schémas dysfonctionnels de pensées, de perceptions, de réactions et de relations qui correspondent peu ou pas aux attentes de l'environnement socioculturel.

L'usage du mot « psychopathie », quant à lui, qui est pourtant le premier qui vient à l'esprit lorsqu'on évoque des meurtriers sanguinaires y compris les tueurs en série a été abandonné dans les classifications psychiatriques internationales et ne correspond donc pas en tant que tel à un diagnostic clinique. La HAS (Haute Autorité de Santé) recommande aujourd'hui d'utiliser le terme « organisation de la personnalité à expression psychopathique » notamment pour rappeler qu'il ne s'agit pas d'un trouble psychique mais d'un trouble de la personnalité.

Là où cela se complique c'est qu'un trouble n'exclut pas l'autre et les TND comme les troubles de la personnalité sont fréquemment associés à des comorbidités psychiatriques.

Certaines études suggèrent même que le risque de développer un trouble psychique est plus important en cas de trouble du neurodéveloppement du fait de la vulnérabilité neurobiologique partagée et de l'impact psychologique et du stress engendrés par les TND.

Aujourd'hui, on va encore plus loin et la recherche s'intéresse davantage aux troubles psychiques à début précoce. Un PNDS (Protocole National de Diagnostic et de Soins) pour la schizophrénie à début précoce a vu le jour en 2022. La schizophrénie y est décrite comme un TND.

Car même s'il existe un pic de diagnostic entre 15 et 25 ans – tout comme la bipolarité – la maladie se jouerait bien avant l'apparition des symptômes cliniques typiques de la maladie que l'on retrouve à l'âge adulte et débute le plus souvent plut tôt sous une forme atténuée.

Lors de la journée des DAR\* du 21 mai 2025, Etienne Pot, délégué interministériel à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement a rappelé que la schizophrénie à début précoce tout comme la bipolarité à début précoce étaient aussi des TND.

**IL N'Y A PAS PLUS PERMÉABLES QUE LES FRONTIÈRES DIAGNOSTIQUES EN PARTICULIER EN PÉDOPSYCHIATRIE. D'AUTANT PLUS QU'IL EXISTE AUJOURD'HUI EN FRANCE UNE ABSENCE DE CONSENSUS DANS DE NOMBREUX TROUBLES Y COMPRIS CEUX QUI SONT RECONNUS.**

En effet, aujourd'hui, on déplore que plus que la santé mentale, c'est la sémantique qui semble être la grande cause nationale.

Ces confusions ne sont pas anodines elles orientent les regards, les attentes et les prises en charge parfois dans des directions inadaptées par rapport aux besoins des personnes concernées et de leurs familles.

Interdire la vente de couteaux, les réseaux sociaux ou mettre des portiques à l'entrée des écoles n'y changeront rien.

**Pourtant le constat est édifiant et effrayant :**

1 pédopsychiatre pour 100 000 enfants aujourd'hui en France dont 80% a plus de 60 ans. A titre de comparaison cela équivaut à un seul policier pour assurer la sécurité des JO de Paris !

Selon l'OMS, 20 à 25% des personnes dans le monde auront un trouble mental au cours de leur vie soit 1 personne sur 4. 75% des français déclarent connaître un proche qui est touché. Nous sommes donc tous concernés !

Rappelons néanmoins que quelle que soit l'appellation, une maladie qu'elle soit physique ou mentale ne définit jamais une personne.

**Arrêtons de ne traiter que les symptômes et attaquons-nous à la cause : la santé mentale des jeunes ! En s'occupant de la santé mentale de nos enfants on préservera celle des adultes en devenir qu'ils sont mais aussi de toutes les personnes qui les entourent.** ■

\*Dispositifs d'AutoRégulation pour les élèves présentant des troubles spécifiques de l'autisme (TSA), des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, des troubles déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et des troubles du développement intellectuel (TDI).

## ACTUALITÉS

### NOUVEAUTÉS EN LIBRAIRIE

#### BICYCLE COUP DE CŒUR

##### Tu vas où ? Vers en vrac

de Jennifer Desserteau,

éditions Le Lys Bleu

Elle nous régale de sa plume depuis déjà plusieurs années, nombre de ses poèmes sont venus agrémenter nos réseaux sociaux et notre mag.

En couchant sur le papier les émotions qui la traversent au gré des humeurs de son fils et de son errance médicale, elle porte aussi la voix de beaucoup de parents de l'association.

Vous la connaissez probablement déjà sous son pseudo de LaJen Érale.

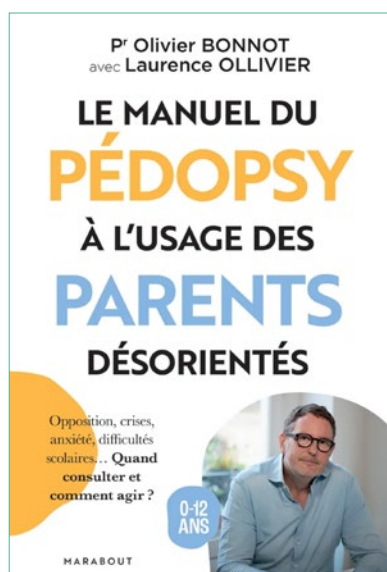
Des histoires du quotidien qui parlent de lutte, de colère, de fatigue mais aussi de résilience, d'amour, d'espoir et de petites victoires. La vérité brute habillée de mots justes qui touchent en plein cœur.

Nous avons l'immense plaisir de vous annoncer que vous pouvez désormais acquérir un recueil de ses poèmes. Porté par le tumulte des émotions humaines, ce recueil rassemble des vers libres, vivants, parfois bruts, toujours sincères. Entre introspection et engagement, chaque texte dévoile une part d'intime tout en tendant vers l'universel. L'écriture y devient exutoire, remède aux douleurs et mémoire des instants. Un voyage poétique où les mots allègent les maux, pour dire ce qui a été, ce qui est, et ce qui demeure.

Cet ouvrage est un véritable concentré de réalité à se procurer de toute urgence dans toutes les bonnes librairies et sur toutes les plateformes en ligne (Fnac,...) !

**Paru le 18 juin 2025**

**Pour la suivre sur Facebook : Plan B\_LaJen**



##### Le manuel du pédopsy à l'usage des parents désorientés

du Pr Olivier Bonnot avec Laurence Ollivier,

éditions Marabout

Pour bien commencer la rentrée, on vous conseille ce guide pratique qui répertorie tous les troubles et leurs manifestations sur la planète pédopsy chez les enfants de 0 à 12 ans. Quels sont les signes qui doivent alerter dans le comportement de son enfant, quand et qui consulter, voici ce que vous pourrez y trouver en plus de solutions concrètes pour les parents avant ou après le diagnostic.

Une partie est consacrée à la bipolarité juvénile qu'il reconnaît dans cette tranche d'âge.

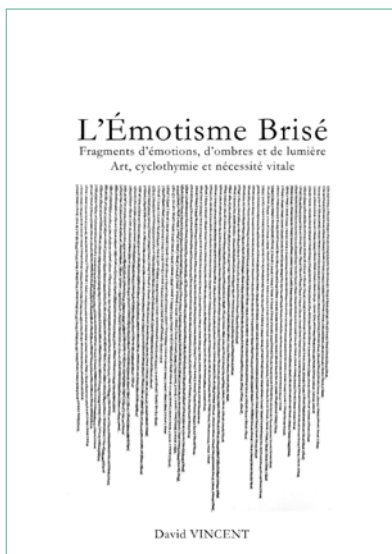
Nous sommes très fiers qu'il y cite notre association et le livre Mon enfant cyclone - le tabou des enfants bipolaires comme référence pour la description des symptômes et l'accompagnement des familles !

Un grand merci à lui pour sa confiance !

**Paru le 23 avril 2025**

## ACTUALITÉS

### ARTISTE À L'HONNEUR David Vincent



Pour Bicycle il nous fait le privilège d'illustrer les pages de notre dossier spécial. David est artiste, formateur et enseignant en architecture d'intérieur. Il évolue dans un univers où la rigueur du trait rencontre la sensibilité du geste. Graffeur depuis 1996 sous le nom de STAR, il fait de ce mot un motif obsessionnel, répété à l'infini dans ses œuvres comme une pulsation intérieure. Son parcours artistique, nourri par sa cyclothymie et son hyperémotivité, donne naissance à une démarche singulière : l'Émotisme Brisé. Chaque création devient alors un exutoire, une tentative de figer dans la matière les oscillations de son monde intérieur — entre exaltation et effondrement. Son livre Fragments d'émotions, d'ombres et de lumière est à la fois manifeste artistique et témoignage intime. Il y poursuit sa quête de sens, de forme et de stabilité, en traçant à chaque page la topographie sensible de son être.

L'émotisme Brisé, disponible en français et en anglais  
Emotisme Brisé : Fragments d'émotions, d'ombres et de lumière Art, cyclothymie et nécessité vitale  
VINCENT, David : [Amazon.fr : Books](https://www.amazon.fr : Books)  
David Vincent <https://www.instagram.com/david.vincent.bx/>

### SAVE THE DATE

#### concert Love We Need au profit de Bicycle

On vous attend nombreux  
le 15 novembre 2025 à 19h  
à l'Espace André Malraux  
d'Herblay-sur-Seine !

Billetterie sur place et sur réservation



©Mascotte Association Bicycle

## LE TOP FACEBOOK



12 février 2025

2



62 réactions - 19 commentaires  
19 partages

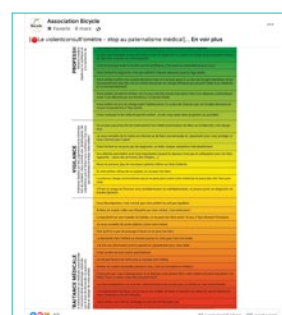


3 juillet 2025

1



83 réactions - 13 commentaires  
11 partages



8 mars 2025

3



49 réactions - 11 commentaires  
29 partages



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

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

# Le violentconsult'omètre Stop au paternalisme médical

De plus en plus de déclinaisons du « violentomètre », outil initialement inventé pour lutter contre les violences faites aux femmes, font actuellement leur apparition.

Ainsi on a vu un violentomètre contre les violences faites aux enfants, un autre contre le sexisme à l'hôpital, c'est tout naturellement que nous avons décidé d'élaborer notre propre outil.

Le violentconsult'omètre a été créé pour les parents pour lutter contre les violences médicales quand ils évoquent le diagnostic de troubles bipolaires pour leur enfant mineur avec un professionnel de santé.

Rappelons que la plupart du temps, le parent qui vient chercher de l'aide n'est pas dysfonctionnel mais finit par le devenir à cause de l'abandon médical et de l'absence de soins.

À partager sans modération !



## VIOLENTCONSULT'OMÈTRE Stop au paternalisme médical !

### PROFESSIONNEL

Relation médecin/patient basée sur la confiance et le consentement à la recherche de solutions.

### VIGILANCE

Violences basées sur des jugements et la minimisation du ressenti, vécu comme une double peine. Ne culpabilisez pas et faites-vous confiance c'est vous qui connaissez le mieux votre enfant !

### MALTRAITANCE MÉDICALE

Maltraitance institutionnelle ou médicale caractérisée qui va à l'encontre de la déontologie médicale. Vous avez le droit de demander un autre avis. Mise en danger de votre enfant.

- Je comprends. Ce que vous traversez est difficile, votre inquiétude est légitime, vous êtes en mode survie, vous avez besoin d'aide, je vais vous accompagner.
- Je vous crois pas besoin de faire des vidéos de votre enfant en crise pour me le prouver.
- C'est normal d'être épuisé. Vous avez 1 enfant avec un ressenti de 10 à cause de son intensité. Ce sont les inconvénients de la famille nombreuse sans les avantages.
- Vos retours me sont précieux, l'alliance thérapeutique est indispensable pour trouver la meilleure prise en charge, continuez de me tenir au courant.
- Les antécédents familiaux sont des informations qui doivent être explorées pour affiner le diagnostic.
- Nous allons réévaluer le diagnostic/la prise en charge car l'évolution n'est pas favorable.
- Je ne me sens pas suffisamment compétent pour cette problématique, je vais vous aider à obtenir une consultation spécialisée/ je vais me renseigner pour initier une prescription adaptée.
- Je vais vous expliquer à vous et à votre enfant le diagnostic et la prise en charge et je prendrais le temps de répondre à toutes vos interrogations.
- C'est normal que toute la famille soit en souffrance, c'est aussi un traumatisme pour vous.
- Chez l'enfant le diagnostic n'est pas définitif il faudra réévaluer jusqu'à l'âge adulte.
- Votre enfant souffre d'un trouble bipolaire mais ce n'est pas grave il y a des tas de gens bipolaires et qui réussissent très bien leur vie et il existe des prises en charge efficaces qui peuvent l'aider à se stabiliser et à vivre normalement.
- Votre enfant connaît les limites car il a reçu une très bonne éducation mais il les dépasse systématiquement, il est débordé par ses émotions, il a besoin d'aide.
- Votre enfant est pris en charge avant l'adolescence, il y a plus de chances que son trouble devienne un simple tempérament à l'âge adulte.
- Il faut restaurer le lien affectif parents-enfant. Je vais vous aider dans la gestion au quotidien.
- On ne peut pas prescrire de médicament hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), c'est dangereux.
- Je vous conseille de le mettre en internat ou de faire une demande de placement pour vous protéger si vous n'arrivez pas à gérer.
- Chez l'enfant on ne pose pas de diagnostic on traite chaque symptôme individuellement.
- Vos attentes parentales sont trop importantes (quand la réponse n'est pas en adéquation avec les faits rapportés : casse des armoires, jets d'objets, ...).
- Nous ne prenons plus de nouveaux patients même sur liste d'attente.
- Si votre enfant refuse de se soigner, on ne peut rien faire.
- La prise en charge ne fonctionne pas je ne peux plus suivre votre enfant/je ne peux plus rien faire pour vous.
- S'il fait un virage de l'humeur sous antidépresseur ou méthylphénidate, on pourra poser un diagnostic de trouble bipolaire.
- Vous êtes bipolaire, c'est normal que votre enfant ne soit pas équilibré.
- Arrêtez de vouloir coller une étiquette sur votre enfant, c'est enfermant !
- La bipolarité est une maladie de l'adulte, on ne peut rien faire avant 18 ans, il faut attendre l'évolution.
- Je vous conseille de porter plainte contre votre enfant.
- Tant qu'il n'y a pas de passage à l'acte on ne peut rien faire.
- La bipolarité chez l'enfant ça n'existe pas/je n'y crois pas/c'est à la mode.
- J'ai fait une information préoccupante/un signalement pour vous aider.
- Il faut arrêter de tout vouloir psychiatiser.
- Je n'ai pas besoin de votre avis, je connais mon métier.
- Arrêtez de vouloir demander plusieurs avis, c'est du nomadisme médical !
- C'est juste une crise d'adolescence, il ne faut pas vous laisser faire, votre enfant est juste mal élevé, il va falloir revoir le cadre, vous êtes trop permissif.
- Les thymorégulateurs ce sont des traitements bien trop lourds pour un enfant et c'est expérimental.
- Les antécédents familiaux ça n'a rien à voir, arrêtez de faire un transfert ça relève du secret médical et vous n'avez pas à me les dévoiler.
- Votre enfant vous fait du chantage au suicide, ne l'écoutez pas.
- Si ça se trouve vous n'aurez jamais de diagnostic et vous n'en avez pas forcément besoin.
- Pourquoi voulez-vous que votre enfant ait quelque chose ?
- Votre enfant va très bien on n'a pas besoin de se revoir, il comprend très bien tout ce qu'on lui dit, il n'a aucun problème et est très intelligent par contre vous, vous avez l'air très au bord.
- Quand votre enfant est en crise mettez-le seul dans sa chambre s'il casse tout ce sera ses affaires il comprendra ce qu'il perd et finira par arrêter.
- Vous évoquez des crises principalement au sein du foyer il serait plutôt nécessaire de se pencher sur ce qu'il s'y passe, le problème est dans la famille, cela vient de votre relation toxique/ du lien avec votre enfant. Une mesure éducative est la solution.
- Appelez le 15 dès qu'il fait une crise et dès qu'il dit qu'il veut mourir.
- Vous avez tenu jusque-là, donc ça va aller.
- Il faut rompre le lien affectif parents-enfant. Un éloignement est indispensable.

Un outil créé pour les parents pour lutter contre les violences médicales quand ils évoquent le diagnostic de troubles bipolaires pour leur enfant mineur.



# Love We Need

PRÉSENTE

## HE'S NOT!

### SESSION B

BLUES BAND

### THE SHAMALLOWS

### Thymie

Mascotte de l'association Bicycle



# CONCERT CARITATIF 2025

## SAMEDI 15 NOVEMBRE-19H

AU PROFIT DE



ESPACE ANDRÉ MALRAUX - 5, CHEMIN DE MONTIGNY  
**HERBLAY-SUR-SEINE**

RÉSERVATIONS / TARIFS :

ADULTES 12€

ENFANTS (10 ANS ET +) 7€ / ENFANTS (-10 ANS) 2€

BILLETTERIE SUR PLACE LE 15 NOVEMBRE 2025

PRÉ-VENTES VIA LE QR CODE



HERBLAY  
SUR-SEINE



lwn.herblay



Assoce Loveweneed

PRÉVENTES :

