

N°27
09/2026

entre2poles



le journal d'info de l'association Bicycle

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

BILLET D'HUMEUR D'AMÉLIE :
Être au monde

DOSSIER SPÉCIAL

UN ENJEU

LAURENT SE LIVRE :
Ça va ?

INTERVIEW DE MATHIEU PERSAN,
auteur du roman graphique Le passage

MA JEU

BIPOLARITÉ À DÉBUT PRÉCOCE

LA FICHE DU PR HÉLÈNE VERDOUX :
Trop jeune pour un thymorégulateur ?

TÉMOIGNAGE :
Mon fils et le garçon des crises
par Jessica

SANTÉ PUBLIQUE

MANIFESTE POUR UNE RECONNAISSANCE,
UN DIAGNOSTIC PRÉCOCE
ET UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE

DOC AD HOC :
Le TDDE : une nouvelle
maladie psychiatrique ?
par Dr Thomas Le Nerze,
psychiatre de l'enfant
et de l'adolescent

Le spectre bipolaire
par Dr Natwin Pasquini,
psychiatre

BONUS :
Le jeu de cartes Bicycle
à découper pour parler
de santé mentale

PSYCHO :
Le journal de l'humeur
par Angélique Excoffier, psychologue



édito

LAËTITIA PAYEN

PRÉSIDENTE
DE L'ASSOCIATION BICYCLE

Le programme de Bicycle est clair depuis de nombreuses années. Il dépasse les promesses et s'accompagne d'actions concrètes, que vous pourrez découvrir dans L'Asso.

Et si, vous aussi, vous voulez faire campagne avec nous, on vous invite à prendre connaissance de notre Manifeste, remis en main propre au Ministère de la Santé et à l'Elysée.

Pour ouvrir le débat, Amélie nous parle «d'être au monde».

Le Dr Natwin Pasquini nous présente ensuite le spectre bipolaire, tandis que le Dr Thomas Le Nerzé prend parti sur le TDDE.

On continue en votant pour le très beau roman graphique «Le passage», de Mathieu Persan, qui nous a fait l'honneur de nous accorder une interview.

Puis Laurent, élu meilleur bibliothécaire par notre équipe, prend la parole pour tenter de répondre à la grande question «Ca va?».

De son côté, la psychologue Angélique Excoffier milite pour que nous surveillions l'humeur de nos enfants.

La Dr Hélène Verdoux est, quant à elle, la candidate idéale pour répondre à la question que beaucoup se posent : «Trop jeune pour un thymorégulateur?».

Et comme chez Bicycle, pour parler santé mentale chez les jeunes, on a plus d'un tour dans notre sac, on vous offre notre nouveau jeu de cartes à découper.

Enfin, c'est à la majorité que nous soutenons Jessica et son témoignage émouvant sur son fils et «le garçon des crises».

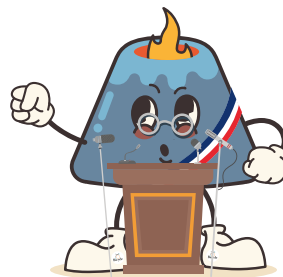
Si certains cherchent à obtenir des voix, nous, vous le savez, on souhaite simplement faire entendre la nôtre.

Notre mandat, nous le renouvelons numéro après numéro grâce à vos bulletins d'adhésion !

Chers futurs électeurs et lecteurs, il ne nous reste plus qu'à vous laisser découvrir ce nouveau magazine et à vous faire votre opinion, nous scrutons vos réactions.

A tracter sans modération !

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 - HYPERREGULATION EMOTIONNELLE
CYCLOTHYME - BIPOLAIRE
bicycle-asso.org

Sommaire

- 03 **L'ASSO**
- 09 **LE BILLET D'HUMEUR D'AMÉLIE**
- 10 **DOC AD HOC**
TROUBLES DU SPECTRE BIPOLAIRE
par le Dr Natwin Pasquini
- 14 **LE TDDE : UNE NOUVELLE MALADIE PSYCHIATRIQUE ?**
par le Dr Thomas Le Nerzé
- 18 **RENCONTRE**
DE L'IMPASSE AU PASSAGE
Interview de Mathieu Persan
- 23 **LAURENT SE LIVRE**
- 26 **PSYCHO**
TENIR UN JOURNAL DE L'HUMEUR
par Angélique Excoffier
- 29 **LA FICHE DU PROFESSEUR HÉLÈNE VERDOUX**
Trop jeune pour un thymorégulateur ?
- 31 **CADEAU BONUS**
Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale
- 47 **TÉMOIGNAGE**
MON FILS ET LE GARÇON DES CRISES
par Jessica
- 55 **BD**
PSYCHO'PARK
LE BRIEF
- 57 **DOSSIER SPÉCIAL MANIFESTE**
- 78 **ACTUALITÉS**
Aujourd'hui, Bicycle a atteint son jour du dépassement
- 80 Nouveauté en librairie
- 81 Save the date / Top Facebook

entre2pôles, le journal d'info de Bicycle - gratuit. Éditeur : Bicycle. Directrice de la publication : Laëtitia Payen. Rédactrice en chef : Laëtitia Payen.
Direction Artistique et maquette : Eric Payen. Chroniqueurs : Amélie Clermont, Laurent Nio.
Ont participé à ce numéro : Dr Natwin Pasquini, Dr Thomas Le Nerzé, Pr Hélène Verdoux, Angélique Excoffier, Jessica, Mathieu Persan.
Crédits photos et illustrations : Bicycle, RicoGripoli, Mathieu Persan, Vecteezy, Unsplash.
Corrections : Aude Thomas-Nio.
Avec tous nos remerciements.

NOS RENCONTRES



Bicycle en Corse !

13/01/2026 : Rendez-vous avec le CISA (Centre Intersecteur pour l'Adolescence 10-18 ans) du Centre hospitalier de Castelluccio (Corse) avec les Dr Jean-François Antonetti et Huseyn Kilic, psychiatres et Diane Rossi, IPA (Infirmière en Pratique Avancée) afin de présenter l'association et envisager une collaboration.

10/07/2026 : Aurélia Becot, notre vice-présidente a eu l'honneur d'assister à une formation sur la bipolarité chez l'enfant et l'adolescent au sein du CISA du Centre hospitalier de Castelluccio par le Dr Arnaud Fernandez, pédopsychiatre et pédiatre, spécialement venu du CHU de Nice.

Sur les sollicitations du Dr Jean-François Antonetti, nous avons eu la joie de permettre cette mise en relation.



Bicycle au Ministère de la Santé !

Le 27 février 2026, notre présidente Laëtitia Payen, Aurélia Becot, notre vice-présidente et le Dr Thomas Le Nerzé, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent et conseiller scientifique de notre association, ont été reçus par Etienne Pot, délégué interministériel à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement, ainsi que par Vincent Gaillot, secrétaire général de la délégation interministérielle.

En France, le diagnostic de bipolarité chez l'enfant demeure aujourd'hui controversé.

Nous avons sollicité ce rendez-vous pour dépasser un débat idéologique qui freine toute avancée, et replacer la bipolarité juvénile à sa juste place : celle d'une réalité scientifique qui exige des réponses concrètes et des solutions adaptées.

En l'absence de positionnement clair de l'État, la responsabilité du diagnostic repose sur les soignants, entraînant des prises en charge très hétérogènes et souvent inadaptées selon les territoires. Les conséquences, elles, sont assumées par les familles — et en premier lieu par les enfants.

Au-delà de l'impact humain, les répercussions sur les dépenses publiques de santé sont également majeures.

Aujourd'hui, si ces enfants existent cliniquement, ils n'existent ni médicalement ni institutionnellement.

Rappelons que la bipolarité est une maladie grave, potentiellement létale.

Lorsqu'elle survient à un âge où la vie est en construction, la perte de chance est immense.

Nous avons remis à M. Etienne Pot notre Manifeste pour une reconnaissance (*voir page 57*), un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée de la bipolarité à début précoce.



Nous remercions chaleureusement M. Pot pour son écoute attentive, le temps consacré, l'intérêt manifesté pour ce sujet et son engagement.

La bipolarité chez l'enfant et l'adolescent constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique et une véritable urgence sanitaire.

Le diagnostic précoce change l'avenir de l'enfant et de toute sa famille, il sauve aussi des vies.

Cet échange a été riche, constructif et porteur d'actions concrètes ainsi que de perspectives claires. Ainsi, suite à cet entretien :

- le 04/03/2026, dans un post public sur LinkedIn, la délégation interministérielle pour les troubles du neurodéveloppement a mentionné notre association.

C'est une reconnaissance politique symbolique très importante pour notre association pour faire connaître et reconnaître la bipolarité à début précoce.

- le 25/03/2026, nous avons obtenu un rendez-vous avec le GIS (Groupement d'Intérêt Scientifique) Autisme et TND pour présenter notre association et soulever les problématiques rencontrées par nos familles.

- le 12/05/2025, premier groupe de travail sollicité par le GIS Autisme et TND réunissant plusieurs psychiatres, pédopsychiatres et professeurs afin de réfléchir aux actions à mettre en place au sein du GIS. Cela nous a amené à réfléchir sur une thématique transversale qui est au coeur du diagnostic différentiel entre bipolarité à début précoce et TND (TDAH, TSA, syndrome Gille de la Tourette,...) : la dysrégulation émotionnelle.

Bicycle à l'Élysée !

Le 11 juin 2026, notre Présidente, Laëticia Payen, accompagnée du Dr Elie Hantouche, psychiatre au CTAH-Recherche, expert du trouble bipolaire juvénile et soutien de la première heure de notre association, a été reçue par le Dr Grégory Emery, Conseiller Santé, Handicap et Personnes âgées du Président de la République.

Une étape supplémentaire vers la reconnaissance du trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent.

Merci à toutes les familles qui nous font confiance et portent cette cause à nos côtés.



NOS ACTIONS

Tribune dans le journal Le Monde «Psychiatrie : il faut rembourser aux patients certaines molécules non encore autorisées»

Psychiatrie : il faut rembourser aux patients certaines molécules non encore autorisées

TRIBUNE Des professionnels de santé plaident pour que l'Etat autorise le remboursement de médicaments prescrits pour une autre indication que celle prévue par l'Assurance-maladie

En 2021, la santé mentale a été désignée grande cause nationale. Le chantier de la psychiatrie française est immense, tant le secteur manque de moyens, qu'il s'agit de réformer, d'organiser ou de financer. Pour commencer à remédier à cette situation, il existe des mesures peu coûteuses et qui ont des effets immédiats sur la santé mentale de nombreux Français. En tête de liste figure la possibilité pour les patients d'être remboursés de certaines molécules qui n'ont pas reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) – condition préalable à toute prise en charge par l'Assurance-maladie. Certains psychotropes ne sont en effet pas remboursés par la Sécurité sociale dans le cadre de leurs usages en psychiatrie, et ce malgré des niveaux de preuves tels qu'ils sont mondialement recommandés. Le premier exemple est celui de la médication efficace, rapide et remboursable, la lamotrigine, utilisée dans la dépression bipolaire pour ses propriétés stabilisatrices, un usage mis en avant dès 2009 par deux autorités internationales. Les hormones thyroïdiennes, ni sédatrices ni associées à une prise de poids, sont proposées pour la dépression depuis vingt-cinq ans par l'Association américaine de psychiatrie. La metformine, elle, est prescrite contre le diabète ou l'obésité induite par les neuroleptiques de poids à l'heure des crises de la pandémie, la première intervention pharmacologique mise en avant dans plusieurs recommandations internationales de psychopharmacologie pour traiter et prévenir l'obésité.

Quand, pour des raisons administratives et comptables, la psychiatrie française ne peut pas profiter du savoir scientifique international, elle exclut les patients les plus démunis de l'accès à des traitements qui sont parfois les seuls efficaces. Cette situation est particulièrement vraie en médecine extra-hospitalière, où les psychiatres sont nettement plus susceptibles d'être considérés par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) pour des prescriptions hors AMM, sans signifier comme telles sur l'ordonnance.

La particularité socio-économique des patients de psychiatrie – qui présente des pathologies complexes et résistances et sont souvent précaires et les plus fréquemment handicapés ou hospitalisés – impose aux praticiens, par souci éthique, de tout faire pour qu'ils aient accès à une médication efficace, rapide, sûre et remboursable. Ces médecins ne signaient donc pas toujours le caractère hors AMM de leurs prescriptions. Ils prennent alors le risque de se voir réclamer par la CPAM le remboursement sur leurs propres deniers des traitements, le tout assorti de pénalités financières. Ces montants peuvent atteindre des dizaines de milliers d'euros. Or, en psychiatrie, 45 % des prescriptions se font hors AMM. Le manque de praticiens, en particulier dans les divers médicaments, ne permettent pas d'en appeler seulement à la psychiatrie hospitalière – nettement moins inéquitable par la CPAM – pour prescrire ces molécules parfois indispensables.

LA PSYCHIATRIE FRANÇAISE EXCLUT LES PATIENTS LES PLUS DÉMUNIS DE L'ACCÈS À DES TRAITEMENTS QUI SONT PARFOIS LES SEULS EFFICACES

L'efficacité, la sécurité d'usage et les avantages économiques de ces médicaments, peu coûteux à rembourser, ne sont plus à démontrer. Ils contribuent à stabiliser l'état des patients, à améliorer la tolérance d'un traitement, à éviter la survenue d'une obésité métabolique ou d'un diabète insulino-dépendant, en maintenant d'un certain traitement, en maintenant d'un certain traitement, en maintenant d'un certain traitement.

Dans le même temps, la CPAM ferme les yeux sur le remboursement de prescriptions qui sont hors AMM alors qu'elles sont à l'encouragement international ou des études scientifiques – des antidépresseurs chez les patients bipolaires à certains neuroleptiques chez les enfants. La possibilité pour un praticien de faire accéder son patient au remboursement de ces molécules sans être inquiété par la CPAM est une mesure peu coûteuse, pouvant

être adoptée sur directive ministérielle. Elle implique une baisse de la mortalité pour nombre de patients, ainsi que des économies de santé significatives. Elle pourrait aussi particulièrement pallier la pénurie de psychiatres frappant le pays.

Nous, psychiatres hospitaliers et non hospitaliers, médecins non psychiatres, professionnels de la santé mentale, associations de patients et de familles de patients, demandons l'adoption de cette mesure. Nous demandons qu'un audit scientifique soit mené, sous l'égide exclusive du ministère de la Santé, afin que soit établie la liste des médicaments dont les patients de psychiatrie doivent pouvoir bénéficier quelle que soient leurs ressources, y compris si cela implique une prise en charge par la CPAM alors que la molécule n'a pas d'AMM dans cette indication. Nous défendons le droit des patients à accéder à des médicaments sûrs et efficaces. C'est d'ailleurs dans cet esprit qu'il faut élargir la Sécurité sociale, en 2025. De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins.

Fabrice Brunet, pharmacien
David Gauthier, psychiatre libéral
Thomas Le Héris, anthropologue, CHU d'Angers
Laetitia Payen, présidente de l'Association Bicycle
Antoine Pellissier, professeur de psychiatrie et chef de service, CHU Henri Mondor AP-HP, Créteil.
Remerciements à la CPAM de Paris, à la CPAM de la Seine-Saint-Denis, à la CPAM de la Mayenne.

Le supplément « Science & médecine » publie chaque semaine une tribune libre. Si vous souhaitez soumettre un texte, prière de l'adresser à science@lemonde.fr

Aujourd'hui en France il n'existe qu'un seul médicament avec une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour le trouble bipolaire pour les enfants et les adolescents : l'Abilify, un neuroleptique atypique de seconde génération.

Cette autorisation concerne uniquement les épisodes maniaques modérés à sévères dans les troubles bipolaires de type I.

De plus, il est indiqué que la durée du traitement ne doit pas dépasser 12 semaines.

En cas de suspicion de troubles bipolaires chez l'enfant et l'adolescent et en dehors des mesures psychosociales, la prescription de première intention est souvent un neuroleptique au détriment des thymorégulateurs de référence (lithium et antiépileptiques)

alors que nous constatons que ce sont des médicaments qui présentent davantage d'effets secondaires chez les jeunes dont prise de poids +++ avec tous les risques que cela comporte (maladies cardiovasculaires, diabète,...) et un épuisement thérapeutique sur le long terme.

Une médication non adaptée peut ancrer et aggraver un trouble bipolaire débutant.

À l'ère de la prévention et de l'intervention précoce, il s'agit d'un scandale sanitaire et d'un véritable enjeu de santé publique.

Rappelons que l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) place les troubles bipolaires au 6ème rang des maladies mentales les plus handicapantes, et au 3ème rang chez les 15-24 ans.

Son risque principal est la mort par suicide.

Retrouvez notre tribune juste ici : <https://www.facebook.com/share/p/17zvaBkfnv/?mibextid=wwXlfr>

La presse relaie notre tribune

Articles à retrouver sur le site sudouest.fr mais aussi dans Le Figaro : <https://sante.lefigaro.fr/social/sante-publique/psychiatrie-des-medecins-reclament-le-rem-boursement-de-certaines-traitements-non-encore-autorises-20251111>



Brèves de salle d'attente

En novembre 2025, nous avons lancé notre nouvelle rubrique « Brèves de salle d'attente »

Chaque jour nous recevons des dizaines de messages. Des appels au secours la plupart du temps mais aussi parfois des témoignages remplis d'espoir qui nous incitent à poursuivre notre engagement.

Le constat est dramatique et sans appel : même si chaque histoire est singulière, elles sont toutes similaires.

Parce que ces situations sont indignes de notre pays, que les promesses sont insuffisantes et qu'il est urgent de prendre des mesures concrètes, nous avons décidé d'en retranscrire certaines.

Des cas cliniques, des faits, juste des faits, sans commentaire, comme un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale des enfants et des adolescents en France et de l'ampleur de la méconnaissance des troubles psychiques dans cette tranche d'âge. Parce qu'il n'y a pas de discours plus puissant que le vécu des familles.

Parce qu'on ne peut rien objecter à la réalité qui ne relève ni d'une opinion ni d'une croyance.

Pour alerter,
Pour arrêter d'attendre,
Pour faire réagir,
Pour agir,
Pour que personne ne puisse plus jamais dire « on ne savait pas »...
Pour que chacun prenne ses responsabilités.

En tant qu'association de parents, nous avons pourtant des solutions simples à proposer et nous ne demandons qu'à être entendus.

Quatre épisodes sont à découvrir sur notre site juste ici :

<https://www.bicycle-asso.org/actualites/>

Assemblée Générale

L'Assemblée Générale annuelle de notre association a eu lieu le samedi 13 décembre 2025 en présentiel, en son siège, à Herblay-sur-Seine (95) et en visio.

Nous avons le plaisir de vous donner la composition du nouveau Bureau et Conseil d'Administration :

Présidente : Laëtitia Payen
Vice-Présidente : Aurélia Becot
Secrétaire Générale : Patricia Esratty
Trésorier : Marc Hube
Responsable des adhérents : Sophie Genêt
Directeur artistique : Eric Payen

Bienvenue à Aurélia qui vient renforcer notre équipe !
Et nous avons également l'honneur de vous annoncer l'arrivée de deux nouveaux conseillers scientifiques :



Dr Michael Sikorav, psychiatre en libéral
Dr Thomas Le Nerzé, pédopsychiatre au CHU d'Angers

Le procès verbal de l'Assemblée Générale est disponible sur simple demande à l'adresse contact@bicycle-asso.org pour tous les membres de l'association à jour de leur cotisation.

Carte de vœux 2026

Cette carte de vœux a permis de renouveler notre vœux le plus cher, à savoir celui d'obtenir une reconnaissance de la bipolarité chez l'enfant et une prise en charge adaptée.

Une centaine de cartes ont été envoyées en cette deuxième année, santé mentale Grande Cause Nationale :

- aux chefs de service de pédopsychiatrie des CHU en France
- aux responsables des centres experts sur les troubles bipolaires
- aux responsables des centres de référence et des centres de compétence des maladies rares à expression psychiatrique
- aux responsables des ARS (Agences Régionales de Santé) de la métropole
- au Président de la République Emmanuel Macron et à M^{me} Brigitte Macron
- à la ministre de la santé Stéphanie Rist
- à Etienne Pot, délégué interministériel aux troubles du neurodéveloppement
- aux DIP (Dispositifs d'Intervention Précoce)

L'envoi de cette carte de vœux nous a permis entre autre de décrocher deux rendez-vous importants : un rendez-vous avec Etienne Pot au Ministère de la Santé ainsi qu'un rendez-vous avec Grégory Emery, conseiller santé d'Emmanuel Macron à l'Elysée.

LES EVENEMENTS

Love We Need de concert avec Bicycle

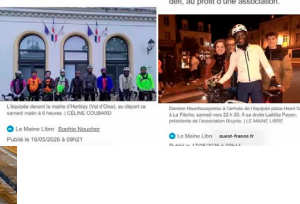
Notre mascotte Thymie a envahi les rues d'Herblay pour annoncer le concert du 15 novembre 2025 orchestré par l'association Love We Need au profit de notre association ! Pour notre plus grand plaisir, trois groupes sont venus se produire : Session B, He's Not et The Shamallows.

A l'issue de cette belle soirée de solidarité, Love We Need nous a remis un chèque d'un montant de 900€.

Encore un grand merci à tous les bénévoles et aux artistes mais aussi à vous qui êtes venus encore plus nombreux ! Cette donation nous aide à financer nos ateliers Tandem et toutes les actions de l'association.

Mais Love We Need, c'est aussi beaucoup d'autres défis solidaires ! **Le 16 mai 2026**, Love We Need accompagnée par l'association La Roue Qui Tourne a rallié Herblay-sur-Seine (95) à La Flèche (72). Une distance presque équivalente à un Paris-Roubaix !





Avec un départ à 6h à Herblay-sur-Seine et après 16h de route et 271 km, ils sont arrivés à La Flèche à 22h. Nous étions bien sûr là pour les accueillir et les remercier !

Une belle prouesse sportive pour mettre en avant nos engagements respectifs et leur donner encore plus d'élan.

Publication Ouest-France :

<https://www.ouest-france.fr/sport/cyclisme/un-pari-un-peu-fou-ils-vont-tenter-de-rejoindre-la-fleche-depuis-la-region-parisienne-a-velo-en-un-jour-71deac0c-15f8-11f1-9747-d91830b32b05>

Festiv'art : handisport pour tous

Le Festiv'Art organisé par la ville d'Herblay-sur-Seine (95) a signé sa 12^e édition le 22 novembre 2025. Il a pour vocation de changer le regard sur le handicap dès le plus jeune âge. Au programme : cécifoot, escrime et handball en fauteuil, ou encore judo. Un événement en partenariat avec le Comité Handisport du Val d'Oise, ainsi que des associations locales.

Notre association a été sollicitée pour y tenir un stand afin de sensibiliser au handicap invisible.

A cette occasion, nous avons spécialement créé un jeu de cartes à l'effigie de notre mascotte Thymie pour parler de handicap invisible, troubles psychiques et santé mentale de façon ludique et décomplexée. Parce que vivre avec un handicap invisible, c'est parfois aussi du sport ! Une bonne occasion de changer son regard sur tous les handicaps !

Merci à tous de vous être prêtés au jeu et d'être venus en famille. Nos cartes et Thymie ont permis de briser la glace et vous avez fait le reste !



Journée Mondiale des troubles bipolaires

Le lundi 30 mars 2026 notre association représentée par notre présidente, Laëticia Payen a été l'invitée de l'Association Les Hirondelles pour une soirée « Art & Santé Mentale » en Normandie à Vernon (27).

La soirée s'est clôturée par le spectacle La Fille Polaire de Camille Feist et une table ronde.

ON PARLE DE NOUS

Bicycle dans la Presse !

Retrouvez le témoignage de Laëticia dans cet article paru dans le magazine Nous Deux n°4109 du 30/03/2026 : <https://www.facebook.com/share/p/1BwwJtaAUg/>



Être au monde

C'est la façon dont on existe.
La conscience de soi, la conscience de ce qui nous entoure,
la manière dont on va tisser des liens avec son environnement.
Une manière d'être.

Je trouve que l'être au monde devrait faire partie du diagnostic au-delà des symptômes. Il est souvent ignoré et pourtant je le trouve crucial quand il s'agit de savoir si la personne est bipolaire, schizophrène, autiste ou TDAH.

D'autant que les limites en psychiatrie entre deux maladies/troubles sont souvent floues.

Si je prends par exemple le trouble schizo-affectif : il souffre de quoi ? Schizophrénie ? Bipolarité ? Les deux ? La plupart du temps le corps médical le voit avant tout comme ayant une schizophrénie avec variations d'humeur. Une schizophrénie atypique en somme.

Pourtant je peux dire avec certitude que mon fils - qui a maintenant ce diagnostic - est résolument bipolaire. Il fonctionne bipolaire bien qu'il entende des voix.

A l'époque où je recevais les parents, j'avais interrogé le Dr Hantouche en lui demandant la caractéristique de chaque pathologie. Il m'avait donné un petit tableau avec les aspects les plus dysfonctionnels de chacun.

Avec le recul, aujourd'hui je me dis qu'il y avait dans ce tableau, des façons différentes d'être au monde, du fait des dysfonctions.

Alors c'est quoi cette façon bipolaire d'être au monde ?
Eh bien je dirais qu'une personne bipolaire n'existe que par les autres, exclusivement par les autres. Il faut qu'on les aime, c'est vital. VITAL ! Ils déploient une énergie folle à être reconnus. Ils font le show, ils harcèlent... Ils sont pathologiquement reliés aux autres. Le pire que vous puissiez leur faire est de les ignorer.
Ils vont tout faire pour se faire remarquer.
Ils ne sont jamais neutres.

Les autres «pathologies» n'ont pas cela.
J'ai été amenée à recevoir des enfants très énervants, à couper la parole, à s'agiter dans tous les sens (haha vous pensez tout de suite TDAH. Ça peut).

S'il venait le moment où il vous charme, vous désarme, s'il avait une histoire familiale de bipolarité, pour sûr, vous aviez un petit bipo devant vous ! Ça ne s'est jamais démenti.

S'il ne faisait que vous énerver... Mmmm, y'avait anguille sous mammouth : y'a de la bipolarité dans la famille ?
Non ?! Bah ça sent le TDAH à plein nez !

Vous allez me dire : on trouve ça aussi dans le TDAH ! Non je ne suis pas d'accord. Vous le trouvez parce que vous voyez du TDAH partout !

C'est pas très éthique d'inclure des enfants bipolaires dans vos TDAH atypiques.
(TDAH et bipolarité ont des chevauchements de symptômes importants. Ce qui peut parfois rendre le diagnostic différentiel difficile. Sans compter que la comorbidité entre ces deux troubles est fréquente).

Je vous rappelle que vous affirmez (chui d'accord avec vous) que le TDAH n'est pas une pathologie... Du reste une fois médicamenteuses, ces personnes retrouvent généralement un fonctionnement dit «normal».

Une personne bipolaire stabilisée, gardera ce rapport si particulier avec les autres.
Il aura toujours besoin que vous soyez bien pour être bien. Que vous l'aimiez. D'une façon ou d'une autre il se réassurera à ce propos régulièrement. Une psychothérapie peut gommer le côté boulet de canon, mais le fond perdurera.

Et c'est tant mieux !



AMÉLIE CLERMONT

FONDATRICE
ET PRÉSIDENTE D'HONNEUR
DE L'ASSOCIATION BICYCLE

Quelques clés :

Les aspects les plus dysfonctionnels :

- TDAH : Attention - Concentration
- Bipolarité : Émotion - Humeur et Énergie - Activité
- Trouble anxio-dépressif : Peur de l'abandon - Peur de la mort
- Schizophrénie-Autisme : Sa propre réalité - Le sens social
- Troubles DYS : Coordination - Apprentissage

Signes qui me faisaient tilt :

TDAH : s'agite (agitation mentale et/ou corporelle). Sans histoire de bipolarité dans la famille.

Bipolarité : vous charme avec une histoire de bipolarité.

Autisme : ne comprend pas l'humour, est littéral.

Schizophrénie : impression de retrait ou de désengagement

Anxio-dépressif : Rigide, phobique. ■

NB : Ce billet d'humeur reflète le regard personnel de son autrice. Les observations qu'il contient ne remplacent pas une évaluation clinique, ne constituent pas des critères diagnostiques et ne prétendent pas décrire l'ensemble des personnes concernées par ces diagnostics.



©mika-baumeister-fxv5qihadGE-unsplash

Troubles du spectre bipolaire



NATWIN PASQUINI

PSYCHIATRE

Après un internat de psychiatrie orienté sur les prises en charge frontière entre pathologies neurologiques et troubles psychiatriques, j'ai débuté en tant que psychiatre sur un CMP adulte pendant plusieurs mois. J'ai ensuite pu concrétiser mon parcours par une activité de praticien sur le CHU d'Angers dans le service de neurologie pendant un an et demi. En parallèle j'ai pu travailler en tant que praticien spécialiste sur un CLCC (Centre de Lutte Contre le Cancer).

Depuis maintenant quelques mois, je suis installé à mon cabinet en gardant une activité salariée sur un SSU (Service de Santé Universitaire).

En préambule de ce texte, je préfère préciser que ma légitimité repose sur mes lectures scientifiques et ma pratique clinique (encore récente). Cette réflexion n'est que le reflet de ma pensée actuelle, qui sera peut-être (sans doute ?) amenée à changer au fur et à mesure de la mise à jour constante des données de la science.

Je pratique la psychiatrie depuis moins de dix ans. Et pourtant, très rapidement mon intérêt pour les troubles de l'humeur s'est manifesté. Peut-être qu'une partie de la décision de choisir la psychiatrie comme spécialité avait déjà été orientée à l'époque par ma soif de challenge. Mon appétence à toujours opter pour le camp des délaissés. A ne pas choisir la facilité. Alors, lorsque j'ai appris, que même dans les pays les plus avancés en termes de pratique médicale, le retard diagnostique pour les patients présentant un trouble bipolaire est en moyenne d'une dizaine d'années, je me suis rendu à l'évidence : inexorablement j'aurai à cœur d'essayer, à mon échelle, de changer les choses.

Il est indispensable de rappeler deux faits importants, afin de contextualiser mon propos. Tout d'abord, en 2026, lorsque j'écris ces lignes, la recherche scientifique, dans le champ de la psychiatrie, est parcellaire et il existe sans aucun doute, beaucoup plus de choses que l'on ignore que de connaissances accumulées. Il n'existe pas de diagnostic en psychiatrie. Il existe des hypothèses diagnostiques. Parce qu'aucun examen clinique ou paraclinique ne permet d'affirmer un diagnostic (contrairement à la majorité des autres spécialités). Or, il est tout de même indispensable de formuler des hypothèses diagnostiques. Et ce, pour orienter la prise en soin du patient vers ce que l'on sait être en moyenne pour un grand nombre de personnes présentant la même hypothèse, le plus efficace pour apaiser la souffrance du patient et le conduire vers le rétablissement. De plus, il n'existe pas de maladie psychiatrique. Ou plutôt, elles existent mais nous ne les avons pas assez bien étudiées pour les nommer et en définir des contours précis. Non, en psychiatrie, on formule des hypothèses de troubles psychiatriques. Cette nuance entre maladie et trouble est également importante. Pour définir une maladie, on définit sa physiopathologie et l'on décrit de façon plus ou moins précise des mécanismes en jeu aboutissant à l'état pathologique. C'est par exemple le cas de la maladie de Parkinson, pour laquelle on sait que l'accumulation de protéines mal conformées, appelées alpha-synucléines, aboutit à la destruction des neurones à dopamine initialement dans une zone précise du cerveau : la substance noire. En psychiatrie, rien de tout ça. On définit donc les troubles, selon des critères diagnostiques internationaux (via la CIM ou le DSM), par un ensemble de symptômes, ayant une durée d'évolution, et un retentissement sur la vie du patient. Ainsi, un même trouble, est bien souvent la conséquence possible de multiples maladies différentes. La psychiatrie est donc une école quotidienne de l'humilité...

Les troubles du spectre bipolaire regroupent les troubles bipolaires de type 1, les troubles bipolaires de type 2, la cyclothymie et les troubles bipolaires non autrement spécifiés (qui finalement rassemblent la majorité des diagnostics réalisés). Il est important de rappeler qu'il existe des facteurs de vulnérabilité (notamment génétiques) communs aux troubles bipolaires de type 1 et aux autres troubles bipolaires. Cependant, les troubles bipolaires de type 1, en pratique, regroupent sans doute un ensemble plus hétérogène de maladies. Ainsi, je fais la différence entre les troubles bipolaires de type 1 et les autres troubles bipolaires que nous pourrions appeler selon une proposition de terminologie anglo-saxonne, retrouvée dans la littérature scientifique, de « soft mood disorders ». Cette terminologie est trompeuse puisque ces troubles n'ont rien de soft, même si cette appellation a été choisie pour souligner l'intensité moindre des décompensations thymiques lors des épisodes (notamment maniaques). Pourtant, les « soft mood disorders » entraînent une souffrance tout aussi (voire plus) importante du fait d'une instabilité de l'humeur plus fréquente avec un temps passé euthymique, moindre. Ainsi, nombre de patients n'identifient pas le caractère pathologique de cette instabilité, puisqu'ils la vivent au quotidien, et consultent le plus souvent pour les épisodes dépressifs – plus longs – pour lesquels ils repèrent un retentissement important.

Lorsque l'on prend l'ensemble du spectre bipolaire et donc tous ces « soft mood disorders », les études scientifiques évoquent une prévalence jusqu'à 10% de la population générale. Or, sur ces 10%, le retentissement fonctionnel des symptômes chez bon nombre n'est pas suffisant pour qu'une prise en soin spécifique ou qu'un traitement médicamenteux soit nécessaire. Cependant, ces personnes présentant cette vulnérabilité (selon le modèle bio-psycho-social) sont plus à risque de problématique thymique. Et il est indispensable de bien les repérer. Pourquoi ? Parce que chez eux comme chez n'importe quel patient présentant un trouble du spectre bipolaire, les traitements médicamenteux utilisés dans les épisodes dépressifs unipo-

lares seront plus à risque d'être inefficaces (avec une perte de chance fonctionnelle, un risque de décès, des conséquences financières, sociales, familiales,... pour le patient) et peuvent parfois entraîner une aggravation du cours évolutif de la pathologie (avec des fluctuations plus intenses et/ou plus fréquentes de l'humeur, démasquant parfois un authentique trouble du spectre bipolaire). Le rôle du psychiatre, spécialiste de cette problématique se trouve donc ici. A la fois à l'échelle individuelle, de prise en charge d'un patient, comme sujet, mais également pour une question sociétale ; la dépression sera la première cause de handicap en 2030 selon l'OMS.

10 ans de retard, après le premier épisode thymique. C'est déjà un premier objectif à atteindre. Réduire ce délai. Repérer qu'un premier épisode thymique peut être le signe de la révélation d'un potentiel trouble du spectre bipolaire. En cela, les critères de la CIM ou du DSM sont inopérants et largement insuffisants. Puisque les épisodes hypomaniaques ne sont pas nécessaires à la définition plus large de trouble du spectre bipolaire notamment. Puisque les épisodes hypomaniaques représentent en moyenne entre 5-10% du temps total passé par les patients ayant un trouble du spectre bipolaire et que ces épisodes ont souvent un retentissement moindre dans la vie du patient (et sont plutôt valorisés dans une société productiviste où l'aisance sociale est un atout). Une autre limite criante du DSM peut être la limite arbitraire de 4 jours, donnée pour définir un épisode hypomaniaque, comme si la nature avait catégorisé si précisément ce qui relèverait du pathologique ou non, ce qui relèverait de la bipolarité ou non. L'essentiel réside donc ailleurs. Il n'est pas assez efficace de « juste » essayer de rassembler les critères nécessaires au diagnostic du trouble bipolaire du DSM ou de la CIM. Cela est même source d'erreur souvent délétère pour le patient. La seule question qui a du sens, dans l'évaluation par le psychiatre d'un trouble de l'humeur devrait être : quelle est la probabilité que le patient soit sur le spectre bipolaire ?

Et cela tombe bien. Pas besoin d'un test sanguin avec une sensibilité et une spécificité décevante pour y répondre. La littérature scientifique regorge d'éléments qui mis bout à bout indiquent quant à une probabilité plus ou moins importante d'être sur le spectre. Il y a en premier lieu, les indicateurs de bipolarité :

- un début précoce du trouble (premier Épisode Dépressif Caractérisé avant 25 ans),
- la multiplicité des épisodes (avoir fait au moins 3 EDC),
- des caractéristiques particulières aux épisodes dépressifs (hypersomnie et hyperphagie plutôt qu'insomnie et anorexie, une saisonnalité de l'humeur - avec des symptômes dépressifs plus intenses l'automne ou l'hiver, lorsque la luminosité diminue -, des caractéristiques mélancoliques ou psychotiques),
- un épisode dépressif caractérisé dans le post-partum - témoin d'une hormonosensibilité (comme l'est aussi le Trouble Dysphorique Prémenstruel)-,
- des antécédents familiaux - de trouble bipolaire ou de n'importe quel trouble psychiatrique ou suicide (puisque un nombre conséquent de troubles bipolaires ne seront jamais diagnostiqués) -,
- une réponse atypique à un antidépresseur (aggravation, inefficacité, efficacité trop rapide et précoce - dès les premiers jours de prise-, une rechute sous traitement bien suivi).

Et puis, il existe chez certains patients d'autres éléments prodromaux, qui viennent valider bien évidemment le fait que les troubles du spectre bipolaire n'apparaissent pas à l'âge adulte ou à l'adolescence. Il existe bien souvent des symptômes préexistants, qui n'étaient pas pathologiques en eux-mêmes, n'ont pas nécessité de prise en soin ou de traitement mais qui étaient déjà le témoin d'une vulnérabilité préexistante, premières expressions de ce trouble à venir. Il est parfois retrouvé des troubles du sommeil très anciens, dès les premières années de vie, des difficultés attentionnelles avec parfois un TDAH (diagnostiqué et traité), une anxiété plus probable (et parfois des TOCs associés), et une tristesse plus intense que chez les enfants du même âge. D'ailleurs, les premiers épisodes thymiques dans l'enfance et l'adolescence sont plutôt dépressifs. Les épisodes hypomaniaques surviennent en moyenne, plus tardivement dans l'histoire de la maladie, en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il existe égale-

ment des tempéraments, plus souvent retrouvés en amont des épisodes thymiques. Le plus souvent, un tempérament cyclothymique peut être présent avant les premiers épisodes de décompensation de l'humeur. Ces fluctuations rapides de l'humeur, brutaux et parfois sans éléments déclencheurs, sont fréquemment retrouvées chez des patients chez qui l'on fait l'hypothèse d'un trouble du spectre bipolaire. D'ailleurs, certains auteurs, comme le Dr HANTOUCHE par exemple, ont conduit des études montrant que ce tempérament lorsqu'il est retrouvé chez des adolescents présentant un épisode dépressif caractérisé - sans trouble bipolaire diagnostiqué - est prédictif de rassembler par la suite les critères nécessaires pour diagnostiquer un trouble bipolaire de type 2 selon le DSM et la CIM.

Évidemment aucun critère pris pour lui-même ne permet de faire une hypothèse diagnostique. C'est leur accumulation qui renforce la probabilité ou non d'être face à un patient qui serait ou non sur le spectre. Le rôle du psychiatre est donc ici. Non pas, en grand sachant, à collecter les informations et donner sa sentence. Mais plutôt en délivrant son savoir, en le synthétisant et en interrogeant le patient et son entourage, bien plus experts de ce patient que le psychiatre qui ne le voit que sporadiquement, sur la probabilité de se retrouver dans les critères d'un trouble du spectre bipolaire plutôt que de ne pas s'y trouver. ■



© @atsuki_payen

Le TDDE : une nouvelle maladie psychiatrique ?



THOMAS LE NERZÉ

PSYCHIATRE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

L'arrivée du diagnostic du Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle (en anglais Disruptive Mood Dysregulation Disorder ou DMDD) dans le DSM-5 en 2013 a une histoire particulière et est à l'origine de controverses toujours actuelles.

À la fin des années 1990, plusieurs chercheurs et cliniciens américains défendent l'idée que la bipolarité de l'enfant et de l'adolescent peut se manifester par d'autres formes cliniques que celles nécessitant la présence d'épisodes maniaques classiques, tels qu'ils sont pourtant indispensables pour poser le diagnostic de trouble de l'humeur bipolaire selon le DSM. Il est alors décrit qu'une irritabilité et une agressivité chronique, des fluctuations de l'humeur à polarité davantage dépressive, même en l'absence d'épisodes hypo/maniaques, pourraient relever d'une bipolarité à cet âge précoce. Aussi, les pratiques médicales américaines vont dans le sens d'une augmentation importante du nombre de diagnostics de bipolarité infantile-juvénile. Dans l'étude de Moreno, les consultations ambulatoires de jeunes avec un diagnostic de trouble bipolaire passent ainsi de 25 pour 100 000 en 1994-1995 à 1003 pour 100 000 en 2002-2003 (soit une multiplication par environ 40) - alors que cette augmentation chez l'adulte était beaucoup plus modérée.

C'est dans ce contexte que le DMDD a été proposé comme une alternative diagnostique au trouble du spectre bipolaire à l'âge pédiatrique, avec pour objectif explicite de distinguer les enfants présentant une irritabilité chronique sans antécédent d'épisode maniaque de ceux présentant une bipolarité selon la définition du DSM (dit narrow phenotype), afin de réorienter les diagnostics vers le DMDD et de limiter le risque de surdiagnostic de bipolarité avec le risque de la surmédicalisation associée. Cette création d'un nouveau diagnostic répondait ainsi plus à ce constat qu'à la reconnaissance d'une nouvelle « maladie » psychiatrique aux contours nosographiques bien délimités. L'hypothèse était que ces enfants ne relevaient pas forcément d'un trouble bipolaire et que la trajectoire développementale de ces symptômes initiaux pouvait finalement évoluer majoritairement vers des troubles dépressifs unipolaires et/ou anxieux.

Plusieurs critiques émergent alors, tout d'abord relativement aux critères diagnostiques du DMDD - en résumé colère persistante avec dysrégulation émotionnelle, irritabilité chronique, parfois crises de colère avec agressivité verbale et/ou comportementale évoluant depuis au moins un an. Ces critères diagnostiques s'avèrent très aspécifiques et l'irritabilité, plus que de constituer un trouble à part entière, est un facteur transversal de vulnérabilité psychopathologique que l'on peut retrouver dans la plupart des troubles psychiatriques et du neuro-développement (bipolarité, TDAH, TSA, trouble anxieux, troubles du comportement, trouble de stress post traumatique, TOC, etc.), dans de nombreuses maladies hors champ de la psychiatrie (neurologie, maladies inflammatoires, ...) - mais également en l'absence de trouble psychiatrique, selon l'âge développemental et le contexte psychosocial. L'irritabilité est donc davantage un symptôme transdiagnostique qu'un trouble à la nosographie clairement établie. Le DMDD vient entre autres des travaux d'Ellen Leibenluft, basés sur le concept de Severe Mood Dysregulation (SMD), caractérisé par une irritabilité chronique sévère, des épisodes de colère fréquents et des symptômes persistants d'hyperactivation (hyerparousal en anglais), mais sans épisodes maniaques ou hypomaniaques distincts. Cependant les symptômes d'hyperactivation - agitation psychomotrice, distractibilité, logorrhée, accélération de la pensée, impulsivité, diminution du besoin de sommeil - n'ont pas été retenus dans les critères du DMDD du DSM-5. Cela est une limite importante du DMDD car la majorité des données disponibles avant la publication du DSM-5 étaient basées sur ce concept de SMD et comprenaient donc la dimension clinique d'hyperactivation selon Leibenluft, clinique observée notamment dans la bipolarité et/ou le TDAH.

La création du DMDD en tant que catégorie à part repose sur plusieurs études ; dans la cohorte prospective de Stringaris, un seul des 84 enfants inclus présentant un SMD a développé par la suite un épisode hypomaniaque, contre 58 des 93 enfants présentant un trouble bipolaire déjà diagnostiqué - soit un risque d'évolution vers une bipolarité « narrow phenotype » très faible. L'étude évoque qu'à plus long terme, les enfants présentant un SMD développaient principalement des troubles anxieux et dépressifs plutôt qu'un trouble bipolaire. Une critique importante à apporter à cette étude est que l'âge moyen des enfants à l'inclusion était d'environ 11-12 ans et que le suivi prospectif durait en général deux ans et donc que la majorité des enfants étaient réévaluées vers 13-14 ans. Or on sait que l'âge de survenue du premier épisode maniaque dans le cadre d'une bipolarité, même si ce dernier est précédé de nombreux épisodes thymiques dépressifs ou mixtes, est généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Cette étude permet donc difficilement d'écarter tout possibilité d'évolution d'une dysrégulation émotionnelle et d'une irritabilité sévère vers un trouble de l'humeur bipolaire.

Dans une autre étude fréquemment citée, celle de Copeland, le DMDD apparaît fortement associé au trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ainsi qu'aux troubles dépressifs et 62 à 92 % des enfants présentent au moins une autre comorbidité psychiatrique ; ces résultats suggèrent que le DMDD ne constitue pas forcément une entité distincte d'autres troubles psychiatriques, en particulier le TOP. La plus grande limite de cette étude est que le diagnostic de

DMDD se faisait uniquement de manière rétrospective sur données sans qu'aucun enfant n'ait été évalué sur le plan clinique selon les critères DSM-5 du DMDD.

Au-delà des critiques pouvant être faites concernant ces études, la principale limite du DMDD concerne sa validité nosographique ; les frontières de ce diagnostic sont floues en raison d'un important chevauchement clinique avec de nombreux autres troubles psychiatriques, notamment le TOP, le TDAH, les troubles anxieux et les troubles dépressifs. Dans les études sur le sujet, la très grande majorité des enfants avec un DMDD présentent au moins un autre diagnostic psychiatrique, ce qui remet en question son entité nosographique.

En 2026, cela fait donc 13 ans que ce diagnostic existe, et nous n'avons encore aucune grande cohorte prospective avec un suivi prolongé, très peu de données sur la stabilité de ce diagnostic au cours du temps. De plus, il n'y a pas de recommandation claire concernant la prise en charge thérapeutique du DMDD ; les recommandations actuelles se basent essentiellement sur le traitement des comorbidités présentes et des approches transversales de la dysrégulation émotionnelle, notamment de TCC, utilisées pour d'autres troubles.

L'apparition du DMDD s'inscrit dans la logique catégorielle des troubles psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent, bien que l'on considère qu'une vision dimensionnelle permettrait de mieux concevoir la complexité de la clinique pédiatrique ; la trajectoire développementale des symptômes psychiatriques montre que la certitude diagnostique n'existe pas – que ce soit concernant le DMDD, mais aussi la bipolarité, et finalement tout diagnostic en pédopsychiatrie. Plus que de chercher à emmurer des diagnostics tous distincts les uns des autres, l'approche probabiliste, se basant sur la clinique actuelle, l'anamnèse, les antécédents familiaux (notamment comme marqueurs de la génétique familiale), l'évolution des symptômes et l'efficacité de la prise en charge de ces symptômes doit primer afin de penser le soin médical des jeunes. De même, une hypothèse diagnostique doit être réévaluée et, si une ou d'autres hypothèses deviennent plus tard plus probables, il ne faut pas hésiter à remettre en cause nos convictions initiales.

Enfin, le contexte ayant conduit à la création du DMDD est celui d'une problématique essentiellement américaine. En France, la problématique est tout autre ; l'enjeu n'est pas celui d'une situation de surdiagnostic de bipolarité chez l'enfant et l'adolescent, mais à l'inverse d'un retard diagnostic voire d'une absence de diagnostic. Les prodromes sont fréquemment interprétés comme faisant partie de troubles anxieux, d'épisodes dépressifs « classiques », d'un TDAH ou de troubles du comportement non spécifiés, retardant le plus souvent de plusieurs années le diagnostic d'une bipolarité, voire parfois aggravant son pronostic du fait d'une prise en charge inadaptée. Le DMDD, s'il peut permettre l'identification et la prise en charge transversale d'une irritabilité et d'une dysrégulation émotionnelle marquées, ne doit pas dispenser d'une évaluation clinique la plus complète possible et la recherche d'indices en faveur de diagnostics associés ou différentiels comme la bipolarité. ■

Biblio :

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.

Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(9):1032-1039.

Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*. 2003;160(3):430-437.

Stringaris A, Baroni A, Haimm C, Brotman MA, Lowe CH, Myers F, et al. Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: Risk for manic episodes on follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(4):397-405.

Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. 2013;170(2):173-179.

Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. 2014;171(6):668-674.

Tourian L, LeBoeuf A, Breton JJ, Cohen D, Gignac M, Labelle R, et al. Treatment options for the cardinal symptoms of disruptive mood dysregulation disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(1):41-54.

Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The status of irritability in psychiatry: A conceptual and quantitative review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(7):556-570.

Van Meter AR, Burke C, Youngstrom EA, Faedda GL, Correll CU. The bipolar prodrome: Meta-analysis of symptom prevalence prior to initial or recurrent mood episodes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(7):543-555.

Brotman MA, Kircanski K, Leibenluft E. Irritability in children and adolescents. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017;13:317-341.

Parry PL, Allison S, Bastiampillai T, Shrestha S, Murray G. The rise and fall of paediatric bipolar disorder. *Australas Psychiatry*. 2018;26(6):617-620.

Roy AK, Klein RG. Disruptive mood dysregulation disorder: Current insights. *Psychiatry Res*. 2019;281:112563.

Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviours have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(4):404-412.

Ghaemi SN. *Concepts of Psychiatry: A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.

Rijo D, Brazão N, et al. Prevalence and comorbidity rates of disruptive mood dysregulation disorder in epidemiological and clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2025.

De l'impasse au passage

Interview de Mathieu Persan, auteur du roman graphique *Le passage*

Témoignage recueilli par Laëtitia Payen



Association Bicycle : Dans votre livre, on sent que la famille ne fait qu'un, jusqu'à former « une boule », et que vous ne vous lâchez jamais la main.

Pensez-vous que ce lien familial a été un facteur de protection dans cette épreuve ?

Mathieu Persan : Oui, même si elle est malmenée, bousculée ; même si chacun fait face comme il peut, elle reste une entité protectrice. Cependant, certains adolescents en proie à des problèmes de santé mentale peuvent voir la famille comme une pression supplémentaire. Le fait de ne pas vouloir imposer leur souffrance, de vouloir protéger leurs parents ou leurs frères et sœurs peut les mener à ne pas réussir à se livrer et à garder leur détresse pour eux, ce qui aggrave alors leur souffrance. Si le lien familial est fondamental, le dialogue au sein de la famille l'est tout autant, mais il n'est pas toujours facile à établir.

Association Bicycle : Tout au long de votre témoignage, la musique est également très présente. Quel rôle a-t-elle joué dans les moments les plus difficiles ?

Mathieu Persan : La musique m'a toujours accompagné. Dans les moments de joie comme dans la peine. C'est un art qui me touche profondément. Plus que la littérature ou l'image. Elle s'est donc naturellement insérée dans toute mon histoire. Lorsque je dois me replonger dans mon adolescence

par exemple, ce sont tout de suite des musiques qui reviennent. Des souvenirs de concerts. Des gens avec qui j'ai pu partager ces émotions. La musique a toujours été un apaisement, un repère, une bouée à laquelle me raccrocher. Une source d'émotion pure.

Association Bicycle : Dans nos familles, nous savons à quel point un soignant peut parfois changer le destin d'un enfant.

Une maman nous disait récemment :

« Si j'ai donné la vie à mon fils, son pédopsychiatre lui a permis de la vivre. » Dans votre livre, vous évoquez une cheffe de service pour laquelle vous dites que vous auriez presque pu ériger une statue.

Qu'a-t-elle fait de si différent ?

Mathieu Persan : Elle a été là quand nous ne savions plus quoi faire. Quand nous étions dans un état de perdition totale. Aux urgences, après une tentative de suicide dans une clinique privée qui avait mis notre fille dehors, nous étions totalement impuissants. Elle nous a écoutés, longtemps. Elle a essayé de comprendre, elle nous a rassurés et, d'une certaine manière, elle nous a mis en sécurité. En ouvrant une pièce spécialement pour nous, aux urgences, le temps qu'une place se libère en pédiatrie.

Elle nous a aussi parlé de manière claire. Elle nous a parlé de manière concrète. Les discours de certains pys peuvent parfois être très vaporeux. Il nous est arrivé de consulter des médecins et de ne rien comprendre à leur discours. Elle, elle nous a tenu un discours clair. J'ai pu observer tout au long de la maladie de ma fille qu'il y avait beaucoup de façons de pratiquer la psychologie et la psychiatrie. Que tout cela n'est pas une science exacte, que chacun avance à tâtons. Il n'en demeure pas moins que les discours francs et clairs sont beaucoup plus rassurants et efficaces.

Association Bicycle : Dans votre livre, on sent que votre fille a aussi peur de vous décevoir ou de vous rendre triste.

Beaucoup de jeunes disent vivre une forme de double peine : aller mal, tout en ayant peur d'inquiéter ou de faire souffrir leurs parents.

Comment avez-vous réussi, en tant que père, à lui montrer qu'elle pouvait tout dire sans avoir à vous protéger ?

Mathieu Persan : Effectivement. Quand cette maladie touche un jeune qui, sur le papier, a tout pour être heureux, il y a une immense culpabilité qui s'ajoute à la souffrance. Ma fille s'est sentie illégitime par rapport à sa douleur. Et cette illégitimité a été une souffrance supplémentaire.

J'ai essayé de lui expliquer qu'on ne pouvait pas hiérarchiser les souffrances. Qu'il y aurait toujours des gens qui auraient plus de raisons objectives de ne pas aller bien. Et si l'on se mettait à comparer, aucune souffrance ne deviendrait légitime, alors qu'elles existent quand même.

Je lui ai aussi dit que je pouvais tout encaisser. Que j'avais besoin qu'elle me dise, qu'elle me raconte, sans tabou, ce qu'elle ressentait. Je lui ai aussi dit que, même si nous ne pouvions pas nous mettre à sa place, tant la souffrance de la dépression est immense et qu'elle demeure une douleur inconnue à ceux qui ne l'ont pas vécue, nous étions là. Pas pour la comprendre, mais pour l'accompagner.

Association Bicycle : Souvent, les jeunes que nous accompagnons dans l'association ne disent pas forcément qu'ils veulent mourir, mais plutôt qu'ils n'ont plus envie de vivre.

Avez-vous aussi ressenti cette nuance chez votre fille ?

Mathieu Persan : Oui, je crois que la mort devient la seule porte de sortie accessible à défaut d'une autre. Qu'elle est une solution par défaut tant le rétablissement semble inaccessible. Tout le travail consiste à tenter de montrer que d'autres issues existent.



Je crois
qu'à ce moment-là,
j'ai arrêté d'essayer
de comprendre
ce qu'il se passait.

Parce que cela
me dépassait.

Parce que cela
dépasse tout le monde.

Parce que moi aussi, j'étais dans
une sorte de passage : si ma fille
devait passer l'adolescence, je devais,
pour ma part, passer de l'âge où je croyais
piger un peu quelque chose au monde
à celui où on réalise avec effroi qu'on ne
comprend plus rien, et que ça ne va pas
aller en s'arrangeant.

Alors, je me suis dit
que, même malade,
ma fille était sans doute
la meilleure guide.

Et qu'on arrivait déjà
à ce moment où,
entre un père et sa fille,
on ne sait plus vraiment qui
tient la main de l'autre.



Parfois, je me dis que j'aurais aimé avoir un vrai problème.
Pour avoir une raison. Pour comprendre.
Harcelée, violée même, pourquoi pas.
Pour avoir une explication.

**Alors je me sens sale, dégueulasse,
horrible de penser ça. Y'a tellement de gens
qui souffrent vraiment. Je me déteste.**

L'angoisse gonfle, comme un ballon
qui se colle à la peau de mon thorax
et prend toute la place dans mon corps.
Un ballon qu'il faut crever avant d'étouffer.

Alors je me coupe, je taillade, je tranche,
je regarde la peau s'ouvrir,
le sang couler,
et la tension
redescendre.

Comme ça,
je suis la victime et le bourreau.
C'est ça qu'on demande,
aux gens de notre âge, non ?
De grandir, toujours plus vite, de savoir
ce qu'on veut, de faire preuve d'autonomie.
Alors c'est ce que je fais.

**J'ai besoin de personne
pour me faire du mal,
je suis assez grande toute seule.**

Association Bicycle : Vous expliquez qu'à première vue votre fille « n'avait pas de raison d'aller mal ». Pourtant elle a traversé une dépression très sévère et résistante, avec plusieurs tentatives de suicide. Une policière qualifie même votre fille de « coriace ».

Comment les médecins ont-ils essayé de comprendre ce qui lui arrivait et d'adapter sa prise en charge ? Est-ce qu'une dépression dans le cadre d'un trouble bipolaire a été explorée ? *

Mathieu Persan : Ce fut un long travail de psychothérapie. Cela a été assez long avant d'avoir un diagnostic clair. Il y avait une dépression qui semblait sortir de nulle part, mais dont on ne disait pas le nom. C'est lors de sa deuxième hospitalisation que les mots de dépression mélancolique ont été prononcés. Si le terme peut sembler presque romantique, il revêt une réalité différente puisqu'il s'agit d'une dépression très grave. Et il est vrai que nous nous sommes très vite demandé s'il s'agissait d'un état passager, soignable, ou bien s'il s'agissait d'une pathologie chronique. Lorsque cela arrive à l'adolescence, il semble impossible d'avoir une réponse tant les bouleversements dans le corps et le cerveau sont nombreux. Seul le temps pourra nous le dire.

Association Bicycle : Depuis la génération Y, on dit souvent que les enfants apprennent aussi beaucoup de choses à leurs parents, notamment pour naviguer dans un monde de plus en plus complexe et digital.

Qu'est-ce que votre fille vous a appris de plus que ce que vous aviez appris les 46 dernières années ?

Mathieu Persan : Que le monde change vite. Trop vite. Que la vie d'un ado aujourd'hui n'a plus rien de commun avec celle d'un ado dans les années 1990. Que le progrès que j'ai vu arriver, qui m'a accompagné, année après année (l'ordinateur, les e-mails, internet, les téléphones) a changé drastiquement l'expérience qu'est la vie pour les plus jeunes. Ils n'auront jamais connu le monde que j'ai connu. Il y a comme une rupture très importante qui laisse ces jeunes assez seuls dans un monde qui ressemble de plus en plus à une jungle.

Association Bicycle : La parole des pères est encore rare lorsqu'il est question de santé mentale des enfants.

Pourquoi avez-vous décidé de témoigner publiquement à travers ce livre ?

Mathieu Persan : Parce que cette histoire n'est pas racontée. Elle est, on le sait, extrêmement commune, mais le sujet est toujours traité sous le prisme des chiffres. Des statistiques toujours plus horribles qui viennent confirmer la détresse d'une partie de la jeunesse, mais dont les histoires sont passées sous silence. Or, je suis convaincu que raconter, dire, montrer la réalité est important pour que ce problème puisse être compris et pris en charge. C'est important pour les malades qui se voient reconnus, vus dans leur souffrance. C'est important pour les parents qui se sentent si impuissants. C'est important pour tous les autres, pour qu'ils puissent comprendre ce qui peut arriver à un ami, un frère, une sœur, un neveu, une nièce etc.

Association Bicycle : On parle beaucoup, dans ces parcours, des hospitalisations et des traitements médicamenteux qui parfois ont pu la faire « rebondir contre les murs ».

Quelle place la psychothérapie ou d'autres formes d'accompagnement ont-elles eu dans le parcours de votre fille ?

Mathieu Persan : La psychothérapie, la parole, est une brique essentielle. Même s'il est difficile de savoir ce qui « marche » tant les moyens de soigner sont variés et sont souvent menés en parallèle (médication, psychothérapie, travail en groupe, en famille, etc.).

Je crois également que le fait d'être en contact avec d'autres jeunes qui vivent la même chose a été bénéfique. Cela paraît contre-intuitif, mais je crois que cette compréhension mutuelle entre jeunes en détresse les sort d'une solitude qui les isole. Les ateliers de médiation par groupe, avec comme support la musique, les arts plastiques, la cuisine, sont, je pense, de très bons outils.

Enfin, concernant ma fille, elle a retrouvé du sens à sa vie en s'engageant dans une association d'aide aux sans-abris. Elle a fait des maraudes de distribution de nourriture et de vêtements. Cela l'a beaucoup aidée : d'avoir un rôle, une importance. De donner de soi, de pouvoir être fière.

Association Bicycle : Dans votre livre apparaît aussi la figure du poulpe.

Cet animal possède neuf cerveaux, trois cœurs et la capacité de faire repousser un membre lorsqu'il est gravement blessé.

Votre fille, à défaut d'avoir réussi totalement à le remettre à la mer, a-t-elle réussi à apprivoiser son poulpe ?

Mathieu Persan : Je ne sais pas si le poulpe est encore là. Aujourd'hui, presque 3 ans après le début de sa maladie, elle va beaucoup mieux. Elle se projette dans l'avenir, a retrouvé son énergie, et, je crois, une joie de vivre. Cela dit, en tant que parent, on ne peut s'empêcher de craindre le retour de la maladie. Je crois qu'il faut rester vigilant. Accompagner ce retour à la vie avec joie et entrain, mais aussi avec attention.

Association Bicycle : Si un parent lit cette interview aujourd'hui et traverse la même épreuve que vous, qu'aimeriez-vous lui dire ?

Mathieu Persan : Ce que j'aurais aimé qu'on me dise quand tout a commencé : que cela va être long. Que c'est une épreuve difficile, une course de fond, que l'amélioration n'est pas linéaire, qu'il y aura des hauts et des bas, mais que la sortie du brouillard est possible. Qu'il faut garder espoir, et que le temps joue en notre faveur. ■

**Face à un épisode dépressif, la HAS recommande de rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire y compris chez les adolescents.*

Haute Autorité de Santé - Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours

Ça va ?



LAURENT NIO

BIBLIOTHÉCAIRE

Bonjour !

Se dire « bonjour ! », rien de plus élémentaire. Une sorte d'évidence.

De façon aussi anodine, on y ajoute « ça va ? ». C'est comme une offrande que l'on fait à l'autre, un souci de son bien. C'est un geste bienveillant. Mais il est parfois difficile de répondre.

Car ça peut être là...

On s'en cache, on essaie de se préserver - et d'en préserver les autres.

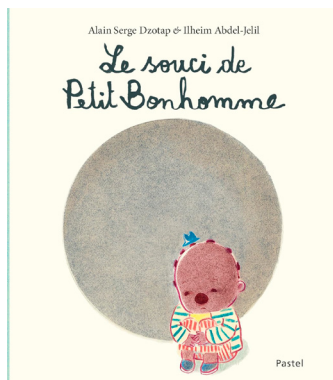
Mais pourtant c'est là...

La dépression, c'est cette humeur triste, qui fait que l'on se désintéresse de tout, qui fait qu'on est à vif, épuisé - un épuisement du quotidien.

Le geste de créer - moins simple qu'un bonjour - est lui aussi comme une offrande. Il offre une consolation. Aussi bien à celui qui crée qu'à celui qui regarde, écoute, lit...

Il y a dans cette sélection, peut-être, des textes qui toucheront ses destinataires.

Le geste du créateur va dans ce sens. Laissons-les nous toucher.



1

Le souci de Petit Bonhomme
/ Ilheim Abdel-Jelil, Alain Serge Dzotap.
L'Ecole des Loisirs, 2025.

Le souci de Petit Bonhomme (1)

Ilheim Abdel-Jelil, Alain Serge Dzotap.- L'Ecole des Loisirs, 2025.

« Petit Bonhomme a un souci. Il veut le partager avec ses amis, mais ils sont occupés. Alors le souci de Petit Bonhomme se met à grossir, jusqu'à devenir un énorme ballon, qui l'avale tout entier. Dans le ballon, Petit Bonhomme devient invisible. Plus personne ne s'intéresse à lui. Comment faire pour en sortir ? ». Un album qui parle de la tristesse, et de l'importance de ne pas garder tout en soi. D'en parler... Dès 3 ans.



2

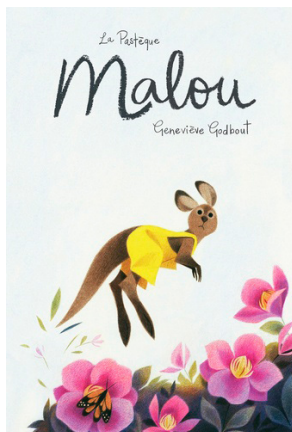
Un hérisson dans le bidon
/ Laberge-Vaugeois.
Eyrolles jeunesse, 2023.

Un hérisson dans le bidon (2)

Laberge-Vaugeois.- Eyrolles jeunesse, 2023.

Marine a six ans. Elle est drôle, vivante. Et a « un hérisson dans le bidon » ! C'est ainsi que sont figurées - afin de se mettre à la hauteur des tout-petits - l'anxiété, la tristesse... toutes ces choses désagréables. Dessins très doux, de même que le texte, débordant d'empathie. C'est descriptif, et pourtant reste léger, et offre plein de solutions pour calmer cette inquiétude, ce petit animal... Un livre autant adressé aux enfants qu'aux parents, pour entamer un dialogue sur ce sujet difficilement abordable à cet âge précoce.

A partir de 3-4 ans.



3

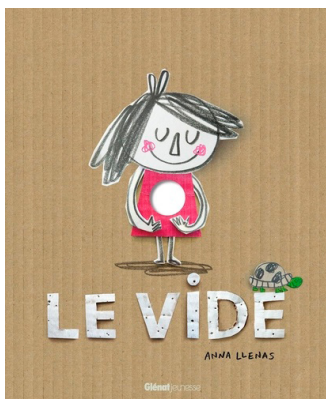
Malou
/ GODBOUT Geneviève.
La Pastèque, 2019.

Malou (3)

GODBOUT Geneviève.- La Pastèque, 2019.

Quelle bonne humeur il a ce Malou : il saute, et saute encore encore ! Et puis, un jour, voilà qu'il saute moins haut. Que lui arrive-t-il ? C'est un nuage gris, un brouillard de plus en plus gros, qui l'empêche de profiter du soleil. Un beau livre pour évoquer la dépression, aux illustrations très réussies. Et une ode à l'amitié, qui permet de soulever des montagnes... ou un nuage.

6 ans.



4

Le vide
/ Anna Llenas
Quatre Fleuves, 2023.

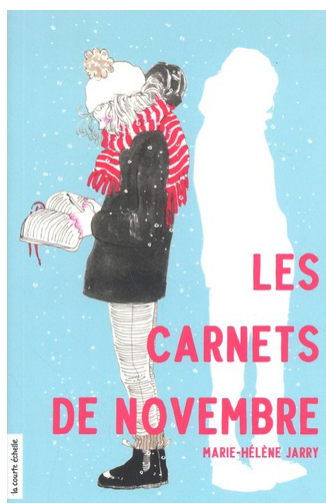
Le vide (4)

Anna Llenas.- Quatre Fleuves, 2023.

Julia est heureuse. Puis un jour elle ressent un vide, qui laisse passer le froid en elle, qui emporte tout.

Un livre conçu pour évoquer le sentiment de tristesse, et la voie pour trouver une paix intérieure. Artiste, auteure-illustratrice et art-thérapeute spécialisée en éducation émotionnelle, Anna Llenas est bien connue pour son livre La Couleur des émotions, qui connaît un grand succès mondial, et est devenu une œuvre phare dans le domaine. Ses ouvrages ont pour vocation d'aider chacun -et surtout les plus les jeunes-, à plonger dans son monde intérieur.

8 ans.



5

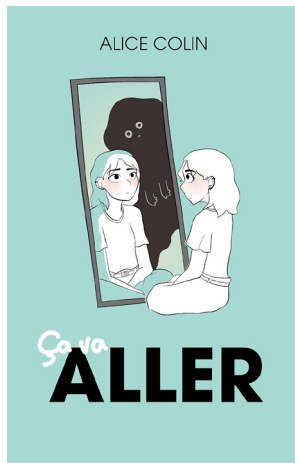
Les carnets de novembre
/ JARRY Marie-Hélène, HARADA Ayumi.
La Courte échelle, 2021.

Les carnets de novembre (5)

JARRY Marie-Hélène, HARADA Ayumi.- La Courte échelle, 2021.

Dans une librairie, Marjorie écrit quelques lignes sur un carnet : « c'est la première neige aujourd'hui ». Le lendemain, elle y trouve une réponse, où l'on comprend que cette première neige pourrait être la dernière d'un inconnu. S'ensuit une correspondance dans laquelle se confirme que Théo - le garçon qui a répondu - subit une grave dépression. Marjorie, jeune fille optimiste de nature, comprend qu'il est urgent de l'aider... Texte et dessins se répondent dans une douceur bienfaisante pour accompagner le lecteur vers un message d'espoir.

13-14 ans.



Ça va aller
/ Alice Colin.
Hachette romans graphiques, 2023.

Ça va aller (6)

Alice Colin.- Hachette romans graphiques, 2023.

« Je m'appelle Alice, et quand cette histoire commence, j'ai dix-sept ans. Je change de lycée, je rencontre des personnes super chouettes, et globalement tout va bien. Enfin, il y a comme quelque chose qui me pèse un peu ces derniers temps... » Une bande dessinée pour parler de la dépression, certes dans le contexte spécifique de la crise sanitaire, mais qui va largement au-delà de ces circonstances. Elle semble conseillée autant pour la personne qui la vit, que pour son entourage. Alice Colin réussit à toucher au cœur de sa dépression, et à partager son vécu.

6 Plutôt vers 15 ans.



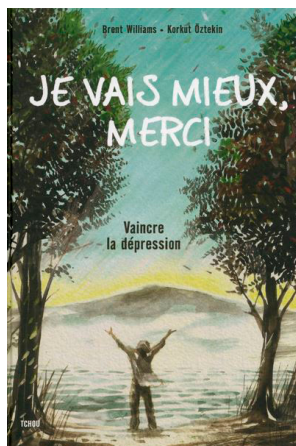
7
Tiens bon
/ Nina Lacour, Mia Nolting.
Hugo et Compagnie, 2019.

Tiens bon (7)

Nina Lacour, Mia Nolting.- Hugo et Compagnie, 2019.

Le sujet est difficile : le suicide de la meilleure amie de Caitlin, Ingrid ; la description de ses tourments ; la douleur de Caitlin et des proches... Cela, on le traverse aussi à la lecture du journal intime d'Ingrid. Avec Caitlin, nous lisons et tentons de comprendre ce qu'Ingrid a vécu, ce qui a l'amenée à commettre ce geste. Difficile donc, mais aussi un livre qui, en toute fin, redonne de l'espoir. Et qui convainc une fois de plus que l'une des clés pour sortir de la dépression, c'est parler.

16-17 ans.



8
Je vais mieux, merci.
Vaincre la dépression
/ Brent Williams, Korkut Öztekin.Tchou, 2018

Je vais mieux, merci. Vaincre la dépression (8)

Brent Williams, Kordut Oztekin.- Tchou, 2018.

« Superbement illustré par le dessinateur turc Korkut Öztekin, l'avocat néo-zélandais Brent Williams livre le dur combat qu'il a gagné contre cette maladie qui touche plus de 300 millions de personnes dans le monde. » (Le Figaro). Famille, travail : il avait tout pour être heureux. Mais des zones d'ombres apparaissent, premiers symptômes de ce mal qu'il ne reconnaît pas, jusqu'au diagnostic médical : la dépression. Et un itinéraire commence, qui passe par l'acceptation puis par la recherche d'un chemin pour en sortir.

Presqu'adulte.

En lisant ces textes, on aura peut-être eu cette consolation d'avoir un écho à cette souffrance que l'on ressent. Savoir que son créateur a offert par son geste une façon de partager une émotion, une sensation, un morceau de vie, une vision du monde... et y reconnaître des signes de ce que l'on ressent soi-même : c'est une sorte de magie, dont il ressort que ce qui pesait trop lourd s'allège, que cette tristesse aigüe est désormais accompagnée d'une consolation. D'un espoir.

C'est peut-être le début d'un chemin...



Tenir un journal de l'humeur

Un outil simple, quotidien et précieux pour les familles



©marcos-paulo-prado-unsplash



ANGÉLIQUE EXCOFFIER

PSYCHOLOGUE CLINICIENNE, PSYCHOTHÉRAPEUTE

Le trouble bipolaire chez l'enfant ne ressemble pas à celui de l'adulte. Il ne s'organise pas en épisodes francs et délimités, mais se manifeste le plus souvent par une instabilité émotionnelle chronique : des changements d'humeur brusques et fréquents, des passages rapides de l'irritabilité intense à la tristesse ou au fou rire, des crises qui surgissent sans raison apparente et s'estompent aussi vite. On se rapproche davantage du tableau de la cyclothymie — une oscillation continue de l'humeur, souvent confondue avec un tempérament difficile ou une hypersensibilité.

C'est précisément parce que ces variations sont rapides, diffuses et quotidiennes qu'elles sont si difficiles à saisir. Le journal de l'humeur devient alors un outil précieux — non pas pour surveiller l'enfant, mais pour rendre visible ce qui se passe trop vite pour être mémorisé, et aider la famille à communiquer avec l'équipe soignante avec des éléments concrets.

À SAVOIR Chez l'enfant, le trouble bipolaire ne ressemble pas à ce que l'on imagine souvent. Les grandes phases de manie euphorique, fréquentes chez l'adulte, sont rares avant l'adolescence. Ce que les parents observent le plus souvent, ce sont des crises émotionnelles intenses et répétées, une irritabilité sévère, des sautes d'humeur brusques, ou au contraire des périodes de grand repli et de tristesse. Ces manifestations sont tout aussi importantes à noter dans le journal.



Pourquoi tenir un journal de l'humeur ?

Un journal bien tenu remplit plusieurs fonctions essentielles :

- **Visualiser ce qui échappe au quotidien.** Plusieurs jours agités ou moroses consécutifs révèlent une tendance que ni les parents ni l'enfant n'auraient perçue spontanément.
- **Repérer les déclencheurs récurrents.** Examens scolaires, changements de saison, tensions familiales, manque de sommeil... En notant chaque jour l'humeur et les événements associés, on finit par identifier les facteurs propres à cet enfant.
- **Améliorer le suivi médical.** Un graphe apporté en consultation vaut plus qu'un compte-rendu oral et permet au psychiatre d'ajuster le traitement avec des informations concrètes.
- **Donner un rôle actif à l'enfant.** Remplir son propre graphe, c'est apprendre à mettre des mots sur ce que l'on ressent — une première forme d'éducation thérapeutique adaptée à l'âge.

Pour les enfants : le graphe papier, à afficher et remplir ensemble

Pour les enfants et préadolescents, un support visuel, simple et tangible est généralement plus efficace qu'une application. Un tableau hebdomadaire plastifié, affiché dans un endroit visible, permet de créer un rituel régulier et rassurant.

Niveau	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
+3 · Crise émotionnelle intense							
+2 · Forte irritabilité, agitation							
+1 · Légère tension inhabituelle							
0 · Stable, humeur habituelle							
-1 · Légère tristesse, moins d'énergie							
-2 · Repli, pleurs, perte de plaisir							
-3 · Grande tristesse, refus d'activités							
Sommeil (heures)							
Médicaments pris ?							
Événements notables							

L'enfant colorie la case ou colle une gommette chaque soir, idéalement à heure fixe. En quelques semaines, des tendances se dessinent naturellement.

Conseils pour que ça fonctionne :

- Choisissez un moment calme et régulier, de préférence le soir après le dîner ou avant le coucher.
- Demandez simplement : « Sur cette échelle, comment tu te sens aujourd'hui ? »
- Ne corrigez jamais la réponse de votre enfant : c'est son ressenti, pas le vôtre.
- Notez aussi les heures de sommeil et la prise des médicaments : ces deux facteurs sont directement liés aux variations de l'humeur.
- Apportez systématiquement le graphe aux consultations.
- Plusieurs jours consécutifs aux niveaux extrêmes ? Contactez rapidement le professionnel référent sans attendre le prochain rendez-vous.

Pour les adolescents : des applications mobiles adaptées

À l'adolescence, le graphe papier peut être vécu comme infantilisant. Une application sur smartphone offre discrétion, autonomie et souvent une meilleure régularité. Le meilleur outil est celui que l'adolescent utilisera vraiment — laissez-le choisir lui-même.

SIMPLE+ (Spécialisé bipolarité · iOS & Android)

Conçue avec des cliniciens spécialisés. Suivi humeur, sommeil, énergie, médicaments. Module psychoéducatif intégré. Partageable avec le soignant.

Bipolarité France Mood Tracker (100 % français · gratuit · sans publicité)

Graphiques exportables pour les consultations. Suivi partagé parent-adolescent possible avec le consentement de ce dernier.

eMoods (Rapports détaillés · iOS & Android)

Rapports mensuels PDF exportables par e-mail pour le soignant. Visualisation des tendances sur plusieurs mois. Version gratuite fonctionnelle.

My-Mood.fr (Fondation FondaMental · français · gratuit)

Exercices de pleine conscience intégrés. Données exportables. Pensé pour ne pas stigmatiser.

Daylio (Premier outil · sans saisie de texte)

Suivi par icônes et émoticônes. Discret, ressemble à une appli ordinaire. Idéal pour commencer.

Que faire quand les signes d'alerte apparaissent ?

①

Notez vos observations dans le graphe ou l'application, avec les événements associés.

②

Contactez rapidement le professionnel référent sans attendre le prochain rendez-vous si les signes sont marqués.

③

Ne modifiez pas le traitement sans avis médical, mais vérifiez qu'il est bien pris régulièrement.

④

Rétablissez un rythme de vie stable : heures de sommeil fixes, repas réguliers, activité physique douce.

⑤

Allégez les sources de stress dans la mesure du possible : reporter les engagements non essentiels.

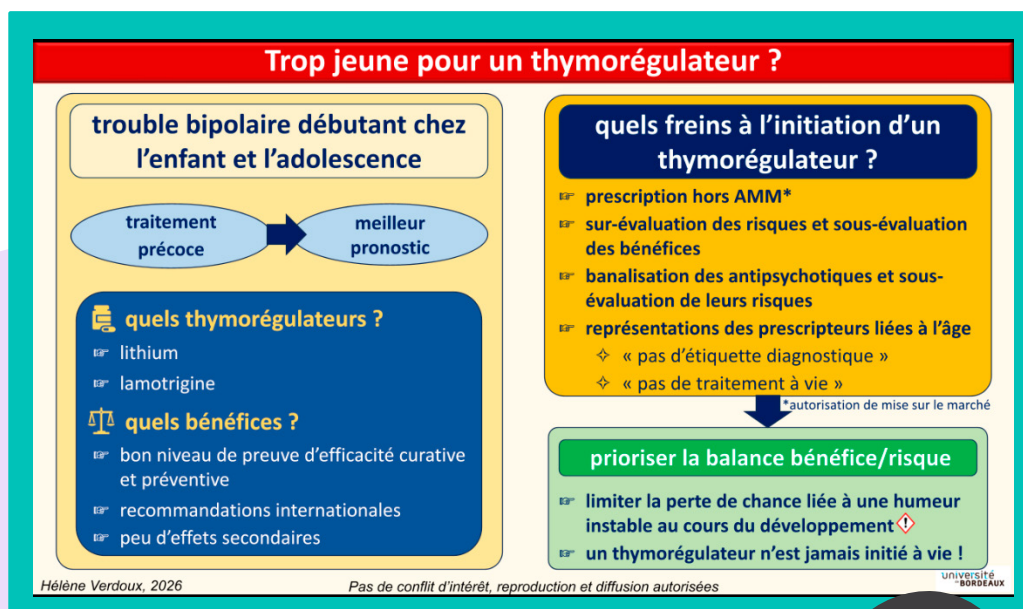
⑥

Mobilisez les outils que l'enfant connaît déjà : exercices de respiration, pleine conscience, thermomètre émotionnel.

Tenir un journal de l'humeur n'est pas un acte de surveillance : c'est un acte de soin. Il transforme des impressions floues en informations utiles, renforce la communication au sein de la famille et avec l'équipe soignante, et donne à l'enfant un rôle actif dans la gestion de sa propre santé.
Prévenir une rechute, ce n'est pas tout éviter. C'est apprendre, ensemble, à reconnaître les signaux et à agir au bon moment.



TROP JEUNE POUR UN THYMORÉGULATEUR ?



Chez les personnes concernées par un trouble bipolaire, le délai entre les 1ers symptômes et initiation d'un traitement thymorégulateur (lithium ou anticonvulsivant) est souvent de plusieurs années (5-10 en moyenne), voire plusieurs décennies.

La mise en place tardive d'un thymorégulateur peut avoir un impact important sur le pronostic d'un trouble bipolaire. Le prix à payer pour les années d'instabilité de l'humeur peut être très lourd au niveau personnel et professionnel, voire au niveau de l'espérance de vie (suicide et conduites à risque).

Quand le trouble bipolaire débute très précocement, pendant l'enfance ou l'adolescence, la perte de chance peut être encore plus dramatique, du fait du retentissement d'un trouble non stabilisé sur la scolarité et la vie sociale lors du développement.

Il existe un bon niveau de preuve concernant l'efficacité des thymorégulateurs dans cette tranche d'âge, même si les études sont moins nombreuses que pour les adultes :

- surtout pour le lithium pour les épisodes maniaques et en prévention, recommandé en 1^{ère} ligne
- aussi pour la lamotrigine
- les autres anticonvulsivants (valproate et carbamazépine) ne sont pas recommandés

Pourtant, les initiations de thymorégulateurs sont rares, voire exceptionnelles, chez les enfants et adolescents avec un trouble bipolaire. En revanche, les ordonnances débordent souvent d'antipsychotiques et d'antidépresseurs.

Quand le diagnostic de trouble bipolaire est posé, quels sont les freins à la prescription des thymorégulateurs ?

- l'AMM est à 16 ans pour le lithium en France (12 ans aux USA), et à 18 ans pour la lamotrigine dans le trouble bipolaire (2 ans dans l'indication épilepsie) : du fait du niveau de preuve, cet argument ne devrait pas opposable.
- une surévaluation des risques et une sous-évaluation des bénéfices, notamment pour le lithium, par rapport aux antipsychotiques et aux antidépresseurs : le risque augmenté d'insuffisance rénale à très long terme (lithium) pèse plus que le risque immédiat de prise massive de poids (antipsychotique) ou de suicide/cycles rapides (antidépresseur) !
- des représentations stigmatisantes des professionnels vis-à-vis du lithium : «il/elle est trop jeune pour ce traitement, on ne va pas lui coller d'étiquette sur le dos». Paradoxalement, la prescription d'antipsychotique est souvent banalisée par les mêmes prescripteurs.
- la représentation inappropriée qu'un traitement par lithium est initié «pour la vie», ce qui n'est vrai pour aucun psychotrope. On peut tout à fait prescrire du lithium deux ans, pendant une période à haut risque, puis l'arrêter quand l'environnement est plus stable ou des caps de vie importants franchis.

Encore faut-il que le diagnostic de trouble bipolaire soit posé, et que les facteurs prédictifs de bipolarisation soient recherchés.

Cf fiche sur le virage maniaque :

https://drive.google.com/file/d/1mJFxxr8dYL09Bx49qSTMQa_akhpl1Hab/view?usp=sharing

Références

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jencep.2016.09.005>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.012>

<http://dx.doi.org/10.1111/acps.13500>



* **NDLR** : En raison de son caractère tératogène, le valproate n'est plus recommandé en première intention dans de nombreuses situations. Néanmoins, cette recommandation générale doit être adaptée au contexte clinique individuel. Lorsqu'il s'avère efficace, son maintien peut se justifier après évaluation du rapport bénéfices/risques. Chez un enfant de 10 ans, notamment, le risque tératogène immédiat est limité et doit être mis en perspective avec les bénéfices attendus du traitement. Gardons également à l'esprit ce principe de bon sens : à l'échelle individuelle, le traitement recommandé est toujours celui qui fonctionne.

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



© Un jeu de cartes Association Bicycle

Règles du jeu :

Ces réponses vous sont proposées à titre indicatif. Le premier objectif de ces cartes est de faciliter la prise de parole autour de la santé mentale.

N'hésitez pas à adapter les mots et les explications à l'âge de votre public. Ces cartes peuvent être utilisées avec des enfants comme avec des adolescents, à la maison, à l'école ou chez le médecin.

Vous pouvez les proposer en éventail et demander au jeune de piocher une carte au hasard. Mais vous pouvez aussi les disposer à plat, faces visibles, et laisser le jeune choisir le sujet qu'il souhaite aborder.

Ces deux formules sont intéressantes et complémentaires : certains jeunes préfèrent choisir eux-mêmes le sujet dont ils souhaitent parler, tandis que d'autres peuvent être gênés de sélectionner spontanément une carte, notamment lorsqu'elle aborde un sujet personnel ou difficile. Le tirage au sort peut alors ouvrir la discussion. Il peut aussi permettre d'aborder des thèmes auxquels ils n'auraient pas pensé.

Il n'existe pas une seule bonne réponse : l'important est d'échanger, de poser des questions et de permettre à chacun de trouver les mots pour parler de ce qu'il ressent.

Faites-les vôtres !

CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



A ton avis, pourquoi est-ce plus tabou d'avoir une maladie psychique qu'une maladie physique ?

On connaît souvent mieux les maladies physiques que les troubles psychiques et cela peut entraîner beaucoup d'idées reçues : « il est bizarre », « il exagère », « il est fou », « il pourrait faire un effort ».

Il existe aussi un autre problème : on confond parfois une personne avec son trouble. On dira « il est dépressif » ou « elle est bipolaire ». Alors que tu ne dis jamais quand tu es malade, je suis un rhume, une otite ou une gastro ! C'est pourquoi il est préférable de dire « il souffre d'une dépression » ou « elle souffre d'un trouble bipolaire ».

Une personne peut avoir une dépression, un trouble anxieux ou un trouble bipolaire mais son trouble ne la définit pas.

Elle reste avant tout une personne, avec ses goûts, ses qualités, ses difficultés, ses projets et ses envies.



Ton comportement correspond-il toujours à ce que tu ressens à l'intérieur ?

On peut parfois être triste et faire comme si tout allait bien. On peut être très stressé et se mettre en colère. On peut aussi rire alors qu'on ne va pas très bien.

Notre comportement ne permet donc pas toujours de savoir ce que nous ressentons à l'intérieur.

C'est pour cela qu'avant de juger quelqu'un sur son comportement, on peut essayer de se demander : « Qu'est-ce qu'il est en train de vivre ? »

Cela ne veut pas dire que tous les comportements sont acceptables. Mais comprendre ce qui se passe derrière un comportement peut nous aider à mieux réagir.



On a tous des hauts et des bas. Sais-tu à partir de quand il faut en parler à quelqu'un ou aller voir un médecin ?

Avoir des émotions, des coups de blues, du stress ou des moments de colère fait partie de la vie. Mais parfois, une difficulté devient trop importante, dure longtemps, ne passe pas, revient souvent ou commence à empêcher de vivre normalement. Souvent, elle touche aussi plusieurs sphères de la vie (école, famille, amis).

On peut alors en parler à un adulte de confiance, à un médecin ou à un psychologue.

Il n'est pas nécessaire d'attendre d'aller très mal pour demander de l'aide.



Est-ce qu'on peut guérir d'un trouble psychique ?

Cela dépend du trouble et de chaque personne. Certaines personnes vont beaucoup mieux, parfois jusqu'à ne plus avoir de symptômes pendant très longtemps. Pour d'autres, les difficultés peuvent revenir par périodes ou nécessiter un accompagnement au long cours.

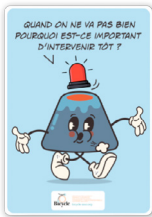
En santé mentale, plutôt que de parler de « guérison », on emploie plus souvent le terme de « rétablissement ». Se rétablir ne signifie pas forcément que le trouble a disparu mais qu'on a appris à mieux vivre avec. Parfois, on peut même en faire une force.

Quand le diagnostic est posé à un jeune âge, il est plus juste de parler d'hypothèse de diagnostic. Le diagnostic n'est pas forcément définitif et il devra être réévalué jusqu'à l'âge adulte. L'intervention précoce peut aussi changer la trajectoire de la maladie.

CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



Quand on ne va pas bien, pourquoi est-ce important d'intervenir tôt ?

Parce que plus on prend en charge tôt et plus c'est facile à résoudre. C'est un peu comme quand on se casse une jambe, si tu attends et que tu continues à forcer sur ta jambe douloureuse, ça risque de s'aggraver et tu risques de ne plus pouvoir marcher ou d'attendre plus longtemps pour pouvoir remarcher correctement.

Pour la santé mentale, c'est pareil : demander de l'aide tôt peut éviter que certaines difficultés s'installent ou deviennent plus importantes.



Repense à une grosse colère... Quelles autres émotions se cachaient derrière ?

La colère peut parfois cacher d'autres émotions : de la tristesse, de la peur, de l'anxiété, de la frustration, de la honte, de la déception ou le sentiment d'avoir été rejeté.

La prochaine fois que tu te mets en colère, tu peux essayer de te demander :

« Qu'est-ce que je ressens vraiment derrière cette colère ? »

Toutes les émotions ont une raison d'exister. Elles peuvent nous apprendre quelque chose sur ce que nous vivons ou sur ce dont nous avons besoin. Mais ressentir une émotion ne veut pas dire que tu as le droit de faire n'importe quoi : on a le droit d'être en colère, mais on n'a pas le droit de faire du mal aux autres.



As-tu déjà pensé de quelqu'un qu'il était fou, bizarre, méchant ou mal élevé ?

Cela peut nous arriver à tous de juger quelqu'un à partir de ce que nous voyons.

Mais nous ne savons pas toujours ce que cette personne vit à l'intérieur. Un enfant qui refuse de participer, qui se met souvent en colère ou qui semble ne pas écouter peut être mal compris. Il peut être en difficulté, anxieux, fatigué, dépassé par ses émotions ou avoir besoin d'une aide particulière.

Cela ne veut pas dire qu'il faut tout excuser mais c'est important de pas s'arrêter au seul comportement.



Les troubles psychiques concernent une minorité de personnes, ça ne peut pas m'arriver !

En France, 13 millions de personnes souffrent de troubles psychiques. C'est peut-être un chiffre qui ne te parle pas beaucoup mais pour te donner une idée plus précise, cela représente 1 personne sur 5. Cela peut nous concerner directement ou concerner quelqu'un de notre famille, un ami ou une personne que nous connaissons.

Alors, si un jour tu ne vas pas bien, tu n'as pas à avoir honte et tu n'as pas à rester seul. Tu peux en parler à tes parents, à un enseignant, à ton médecin ou à un autre adulte en qui tu as confiance. Ils t'aideront à trouver des solutions.

Parfois quelques séances chez un psychologue sont suffisantes pour aller mieux.

CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



Connais-tu les principales émotions ?

On parle souvent de six émotions principales : la joie, la tristesse, la peur, la colère, le dégoût et la surprise.

Mais il existe beaucoup d'autres émotions : la honte, la fierté, la frustration, la jalousie, la déception, la sérénité, l'amour, l'inquiétude... et plusieurs peuvent être ressenties en même temps.

Toutes les émotions sont importantes et ont leur utilité. Il n'y a donc pas de « bonnes » ou de « mauvaises » émotions.

Par exemple, on a le droit d'être en colère mais on n'a pas le droit de retourner sa colère contre quelqu'un ni de la transformer en violence. Le plus important est d'apprendre à exprimer nos émotions d'une façon adaptée.



Que peux-tu faire pour aider un copain qui ne va pas bien ?

Pour t'aider, on peut faire le parallèle avec un problème physique car c'est souvent plus facile de se projeter. Si tu as un copain qui a le bras dans le plâtre, que peux-tu faire pour l'aider à l'école et pour que ce soit moins difficile pour lui ?

Tu pourrais par exemple porter son sac à dos, lui faire des photocopies des leçons, ne pas jouer toutes les récréations au foot pour ne pas le laisser tout seul, l'aider à fermer son manteau, lui porter son plateau à la cantine, etc...

Quand quelqu'un n'est pas bien c'est la même chose : on peut apprendre à s'adapter à son état d'esprit en cherchant ce dont il a besoin à ce moment-là.

Tu peux l'écouter, lui montrer que tu es là, ne pas le laisser seul, comprendre qu'il a besoin de calme, de temps et si besoin lui proposer d'en parler à un adulte de confiance.

Mais aider un ami ne signifie pas devoir tout porter à sa place.



Penses-tu que tu es concerné par la santé mentale ?

Oui, nous avons tous une santé mentale, comme nous avons tous une santé physique. On dit même qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale. L'OMS, l'Organisation Mondiale pour la Santé, qui est une institution spécialisée dans la santé et qui a pour objectif d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible définit la santé de cette manière : « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Nous sommes donc tous concernés !

On confond souvent la santé mentale et la maladie mentale.



Pourquoi est-ce important de déstigmatiser les troubles psychiques ?

Déstigmatiser, c'est un mot un peu compliqué qui signifie faire tomber les idées reçues et les préjugés, pour mieux comprendre les troubles psychiques et les personnes concernées.

Lorsqu'on est concerné par un trouble psychique, la honte ou la peur d'être jugé peuvent pousser à cacher ce que l'on ressent et à ne pas demander d'aide.

De la même façon, lorsqu'on connaît mal les troubles psychiques, on peut avoir peur ou avoir des idées fausses sur les personnes concernées.

Parler de santé mentale, c'est déjà s'informer et cela contribue à la déstigmatisation des troubles psychiques.

CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



Si je te dis «handicap», à quoi penses-tu ?

On pense souvent spontanément à un fauteuil roulant, à un aveugle avec une canne, une déficience intellectuelle ou à un handicap que l'on peut voir.

Mais certains handicaps sont invisibles. Même si invisibles ne veut pas dire imaginaires. L'asthme et le diabète en font partie. On peut aussi citer la dépression, la bipolarité, les troubles anxieux, les troubles alimentaires. C'est ce qu'on appelle des troubles psychiques. Un handicap c'est quelque chose de suffisamment important pour entraver la vie de tous les jours c'est-à-dire rendre la vie plus difficile.



Est-ce que tu trouves facile ou difficile de parler de ce que tu ressens ? Pourquoi ?

Pour certaines personnes, parler de leurs émotions est facile. Pour d'autres, c'est très difficile.

On peut avoir peur d'être jugé, de déranger, de faire de la peine ou de ne pas trouver les bons mots. Parfois, on ne sait tout simplement pas expliquer ce que l'on ressent.

On peut alors commencer simplement :

« Je ne vais pas très bien, mais je ne sais pas vraiment pourquoi. »

On n'a pas besoin d'avoir les bons mots pour demander de l'aide.



T'est-il déjà arrivé de ne pas être bien dans ta tête ? Qu'est-ce qui t'a aidé ?

Cela peut arriver à tout le monde d'avoir une période où l'on ne se sent pas bien : être triste, inquiet, stressé, très en colère, se sentir seul ou avoir beaucoup de soucis.

Ce qui aide peut être différent pour chacun : parler à quelqu'un, voir ses amis, faire du sport, écouter de la musique, dessiner, jouer, sortir, se reposer, faire une activité que l'on aime...

Et parfois, malgré tout cela, on continue à ne pas aller bien. Dans ce cas, on peut demander l'aide d'un professionnel.



À ton avis, à quel âge commencent les troubles psychiques ?

Il n'existe pas un âge unique auquel commencent les troubles psychiques mais selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) la moitié commence avant 14 ans.

Certains peuvent apparaître pendant l'enfance, d'autres à l'adolescence ou à l'âge adulte. Parfois, les premiers signes apparaissent tôt mais ne permettent pas encore de poser un diagnostic définitif. Cela ne signifie pas pour autant qu'on ne peut rien faire.

C'est pour cela qu'il est important de faire attention aux changements importants ou durables dans le comportement, l'humeur, le sommeil, les relations ou la vie quotidienne. Et surtout : avoir une période difficile quand on est enfant ou adolescent ne signifie pas forcément que l'on a un trouble psychique.

CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



Comment peut-on prendre soin de sa santé mentale ?

On peut prendre soin de sa santé mentale de nombreuses façons :

- parler de ce que l'on ressent ;
- garder du temps pour faire des activités que l'on aime ;
- dormir suffisamment ;
- bouger et faire de l'activité physique ;
- avoir une alimentation équilibrée
- passer du temps avec des personnes qui nous font du bien ;

Et surtout, être en bonne santé mentale ne signifie pas être heureux tout le temps. On peut avoir des moments de tristesse, de colère ou d'inquiétude et aller globalement bien.



Connais-tu des personnes célèbres qui ont souffert de troubles psychiques ?

On peut citer Vincent van Gogh (peintre qui faisait des tournesols), Carry Fisher (la princesse Leïa dans la guerre des étoiles), W. Churchill (homme politique), Britney Spears, (chanteuse), Baudelaire (poète), Benoît Poelvoorde (acteur),....

Un trouble psychique peut concerner toutes sortes de personnes : des artistes, des sportifs, des scientifiques, des enseignants, des parents, des enfants, des adolescents...

Et surtout, une personne ne se résume jamais par son trouble.



Autour de toi connais-tu des personnes concernées par des troubles psychiques ?

Il est possible que tu en connaisses sans le savoir. Certaines personnes parlent facilement de leurs difficultés, d'autres préfèrent les garder pour elles.

Une personne peut aussi rencontrer des problèmes de santé mentale sans avoir de diagnostic.

L'important est de comprendre que les problèmes de santé mentale peuvent concerner toutes sortes de personnes et toutes les familles.

Parfois on peut confondre certaines maladies neurodégénératives avec des troubles psychiques, c'est le cas par exemple de la maladie d'Alzheimer.

LES CARTES THYMIE

IMPRIME TES CARTES THYMIE EN RECTO-VERSO ET DÉCOUPE-LES



CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org

CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

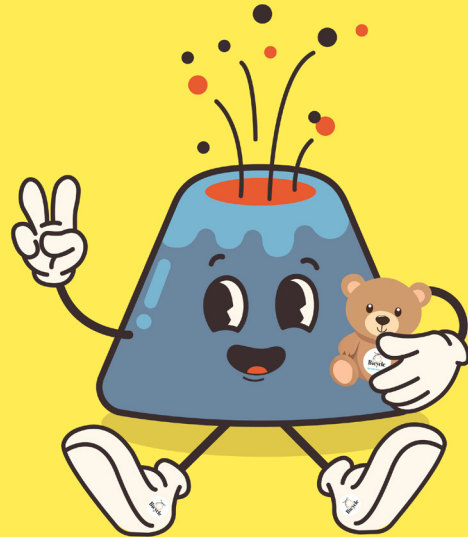
Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale

IMPRIME TES CARTES THYMIE EN RECTO-VERSO ET DÉCOUPE-LES

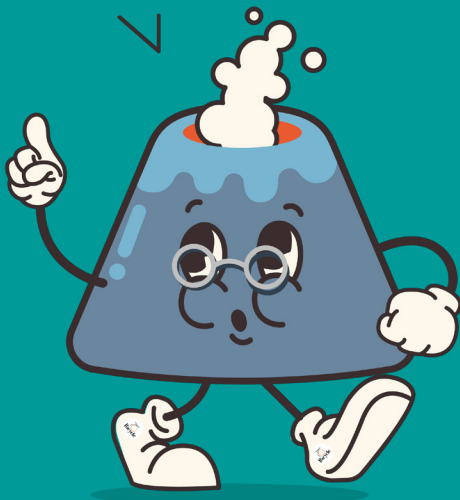
ON A TOUS DES HAUTS ET DES BAS
SAIS-TU À PARTIR DE QUAND
IL FAUT EN PARLER À QUELQU'UN
OU ALLER VOIR UN MÉDECIN ?



A TON AVIS À QUEL AGE COMMENCENT
LES TROUBLES PSYCHIQUES ?



A TON AVIS POURQUOI
EST-CE PLUS TABOU
D'AVOIR UNE MALADIE PSYCHIQUE
QU'UNE MALADIE PHYSIQUE ?



POURQUOI EST-CE IMPORTANT
DE DÉSTYGMATISER
LES TROUBLES PSYCHIQUES ?



CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org

LES CARTES THYMIE

IMPRIME TES CARTES THYMIE EN RECTO-VERSO ET DÉCOUPE-LES



ASSOCIATION D'ADJ. AUX FAMILLES D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS
AVANT UN TROUBLE DE L'HUMOUR
HYPERSENSIBILITÉ - DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE
CYCLOHANE - BIPOLAIRE

Bicycle bicycle-asso.org

ASSOCIATION FRANÇAISE DES FAMILLES D'ADULTES EN TROUBLE DE L'HUMEUR
IMPOSSIBILITÉ - ÉPISSÉREGULATION ÉMOTIONNELLE
CYCLOBIENNE - BIPOLAIRE

Bicycle bicycle-asso.org

 ASSOCIATION SPÉCIFIQUE AUX FAMILLES
D'ENFANTS ET D'ADULTES ENCANTÉS
AVANT UN TRICOU À DEUX MANCHES
HYPERSENSIBILITÉ - ORIENTATION ÉMOTIONNELLE
CYCLOPHOBIE - BIPOLAIRE

Bicycle bicycle-asso.org



ASSOCIATION FRANÇAISE DES FAMILLES
D'ENFANTS ET D'ADULTES
AYANT UN TROUBLE DU Y MINÉRAL
ET D'HYPERCALCAÉMIE - EPITHÉLIOMA
ENDOCRAPNEUX - BIPOLARITE

Bicycle bicycle-asso.org

CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org

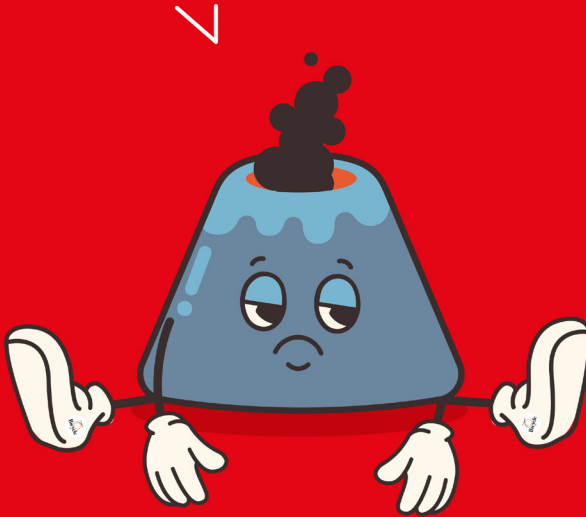
CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

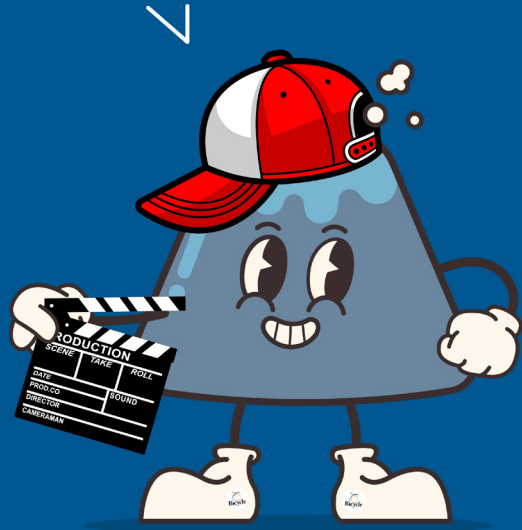
Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale

IMPRIME TES CARTES THYMIE EN RECTO-VERSO ET DÉCOUPE-LES

EST-CE QU'ON PEUT GUÉRIR
D'UN TROUBLE PSYCHIQUE ?

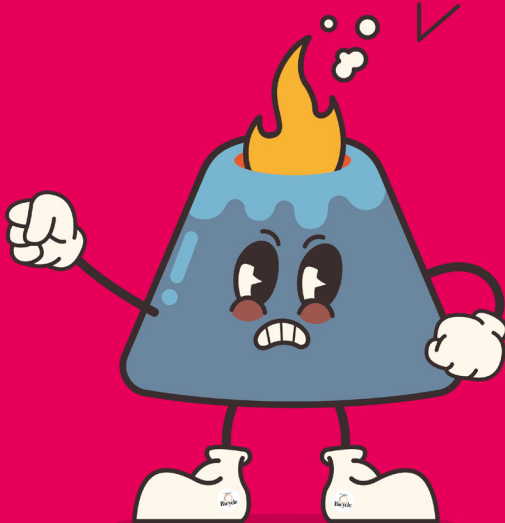


CONNAIS-TU DES PERSONNES
CÉLÈBRES QUI ONT SOUFFERT
DE TROUBLES PSYCHIQUES ?



REPENSE À UNE
GROSSE COLÈRE...

QUELLES AUTRES ÉMOTIONS
SE CACHAIENT DERRIÈRE ?!



AUTOUR DE TOI CONNAIS-TU
DES PERSONNES CONCERNÉES
PAR DES TROUBLES PSYCHIQUES ?



CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



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



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



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



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

LES CARTES THYMIE

IMPRIME TES CARTES THYMIE EN RECTO-VERSO ET DÉCOUPE-LES



ASSOCIATION D'ADJES AUX FAMILLES
D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS
AYANT UN TROUBLE DE L'IMAGINATION
HYPERSENSIBLE - DYSREGULATION ÉMOTIONNELLE
CYCLOPHANE - ÉPILORIQUE

Bicycle bicycle-asso.org



ASSOCIATION FRANÇAISE DES AMATEURS DE CYCLISME
 ÉPIFANANTIELS CYCLOQUESTES
 AVEC UN TROUBLE DE DÉVELOPPEMENT
 IMPRÉVISIBLE - ÉPIFANANTIELS ÉMOIONNELS
 CYCLOQUESTES - BIPOLAIRES

Bicycle bicycle-asso.org



ASSOCIATION D'AMIS AUX FAMILLES
D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS
AVANT UN TROISIÈME DE L'UN
MARIAGE/UNION CIVILE
bicycle-asso.org



ASSOCIATION D'ADHESION AUX FAMILLES
D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS
AVANT UN TROISIEME DE 3 ANS
IMPRONONCABLE - EPSYREGULATION EMOTIONNELLE
CYCLOPSYCHE - BIPOLARITE

bicycle-asso.org

CADEAU BONUS

LES CARTES THYMIE

Le jeu de cartes Bicycle à découper pour parler de santé mentale



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org



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

bicycle-asso.org



Mon fils et le garçon des crises

par Jessica

©manuel-bonadeo-unsplash

Jean a 14 ans, il a une grande sœur qui a 17 ans et une petite sœur de 4 ans. Nous ses parents : Jessica et Stéphane, quadragénaires, nous sommes mariés depuis 20 ans. Nous vivons à Lille dans un foyer aimant et sommes très présents pour nos enfants. Je travaille depuis la maison et j'ai toujours été présente et disponible le soir après l'école. À chaque vacance scolaire nous avons la chance de pouvoir profiter de moments en famille loin du domicile.

Jean a commencé un suivi chez un psychologue vers 7/8 ans pour des difficultés « classiques » à gérer ses colères.

Nous avons rencontré les mêmes difficultés avec sa grande sœur au même âge et au bout d'1 an 1/2 de suivi, les difficultés s'étaient envolées. Donc on s'est dit, on va faire la même chose, on connaît.

Auparavant nous n'avions jamais rencontré de difficultés avec lui. Petit il a fait ses nuits à partir de ses 3 ans à cause d'un RGO (reflux gastro-œsophagien) non diagnostiqué.

À l'école il a toujours été agité et un peu impulsif mais sa rapidité dans les apprentissages et son élocution compensaient.

Au bout de 2 ans de suivi, la psychologue nous a avoué son impuissance après avoir épuisé le stock d'outils dont elle disposait et alors que les crises de colères devenaient de plus en plus fortes et récurrentes.

Elle nous a donc conseillé d'effectuer certaines démarches qui pourraient expliquer l'échec d'un suivi classique.

Après un parcours du combattant nous avons trouvé une psychologue en libéral qui réalisait des bilans.

Jean a été diagnostiqué HPI avec 135 de QI homogène. Le TDAH a été écarté. Il a également fait un bilan psychomoteur révélant une dyspraxie et une dysgraphie.

À cette époque on s'est dit «c'est bon on a compris», on va pouvoir l'aider.

Une nouvelle psychologue a pris le relais avec une approche plus spécifique. Mais le suivi n'a pas donné les résultats escomptés et les crises ont continué d'augmenter.

À cette époque il s'agissait uniquement d'hétéro-agressivité mais ça a commencé à basculer progressivement vers de la violence physique envers nous et des mises en danger.

LES PREMIERS PROPOS SUICIDAIRES SONT APPARUS AUSSI...

Par le biais de notre médecin traitant qui nous pris au sérieux et nous a encouragé à ne pas hésiter à contacter les pompiers ou le SAMU en cas de violence incontrôlable, nous avons obtenu un suivi à l'hôpital public.

Je me souviens des premières fois où j'ai dû appeler le SAMU parce qu'il était incontrôlable. Il se mettait en danger, il était violent envers nous et nous étions incapable de le maîtriser. Nous avions l'impression d'être parachutés dans le film Hulk. Comment un si gentil garçon de 12 ans pouvait être si violent et immaîtrisable par 2 adultes ? On se prenait des coups de poing, des coups de pied. De plus à l'époque on avait eu la riche idée de lui faire pratiquer la boxe pensant que cela le défoulerait (spoiler alerte : pas du tout, bien au contraire !!) et ses coups étaient de plus en plus forts et maîtrisés. Non seulement il n'y avait pas de retenue mais durant les crises les muscles contractés et son mal-être donnaient une toute puissance à ses mouvements. Je me souviens avoir eu un médecin du SAMU me rire au nez et refuser de venir « parce que Mme un enfant de 12 ans on est capable de le mettre dans une voiture pour l'emmener aux urgences, on a des vraies urgences à gérer nous, on n'a pas que ça à faire ». J'étais désespérée, il nous était impossible de l'emmener, il aurait pu nous rouer de coups en conduisant ou bien ouvrir la portière de la voiture et se jeter sur la route. Dans ces moments-là, tout était possible...

Avec l'expérience, j'ai appris à maîtriser mon discours lors de ce type d'appel et plus jamais on ne m'a plus pris au sérieux. Mais ces expériences marquent et forgent.

Nous étions soulagés et le premier contact avec le pédopsychiatre a été très bon. Mais ce soulagement a été de courte durée.

Septembre 2022, l'approche s'est révélée être de l'ordre de la psychanalyse et très vite notre rôle de parents a été mis en doute en particulier notre approche éduca-

tive. Pourtant, quand cela était nécessaire et malgré les difficultés, nous continuions à faire preuve de fermeté. Ainsi, lors de séances, des propos ont été tenues contre moi, remettant en cause mon rôle de mère sous prétexte que très souvent sa violence était dirigée vers moi.

Et comme à l'école il n'y avait pas de violence et que ses crises n'avaient lieu qu'à la maison, CQFD, le problème, c'était bien nous.

Bien entendu à l'époque, on y croit, on se remet en cause. On fait confiance aux professionnels car ce sont les «sachants».

Une hospitalisation de quelques jours est prévue afin de faire un point global sur son état de santé. Elle tombe la première semaine de son entrée en 6ème.

Malgré les premiers échanges, nous portons beaucoup d'espoir dans cette nouvelle prise en charge.

À cette époque, il nous est recommandé de donner de l'Atarax à Jean quand il est agité.

Pendant ces 5 jours d'observation, où il était seul dans une chambre d'hôpital, il nous a été conseillé de rester avec lui pour que ça soit moins long... Il avait un «planning» qui a consisté en 2 rendez-vous avec le pédopsychiatre, 2 RDV avec un psychologue et 1 heure avec un éducateur mais le reste du temps, rien...

J'ai dû me battre car une prise de sang n'était pas prévue et il me semblait que c'était important mais pas pour eux. Devant mon insistance, ils ont fini par céder même si celle-ci n'a rien révélé.

Quand nous sommes ressortis de cette hospitalisation sans aucun intérêt et sans aucune prise en charge proposée, nous étions désemparés avec un sentiment de responsabilité immense.

À la lecture du compte-rendu quelques mois plus tard nous avons compris que nous avions bien fait de ne pas donner suite. Il était simplement noté : «proposition d'un espace de traitement psychothérapeutique individuel et familial ».

Novembre 2022 : grâce à une amie dont la fille était suivie par une neuropédiatre reconnue à Paris, j'ai réussi à obtenir un rendez-vous. Nous avons donc pris le train à 2, le rendez-vous n'a pas duré plus de 20 minutes. Elle avait lu les documents envoyés, elle a posé une dizaine de questions très précises en 3 minutes puis elle a dit : «je pense qu'il a un TSA, je vais vous expliquer les différentes possibilités pour effectuer un test».

Comme à chaque fois pour toutes les étapes précédentes : le soulagement de poser des mots.

Janvier 2023 : test ADOS (échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme) en libéral, les résultats des tests sont sur la corde mais certains éléments nets appellent le TSA.

Il n'en faut pas plus à la neuropédiatre pour confirmer le diagnostic de TSA car son HPI compenserait.

OK mais on fait quoi avec ça ?

Une fois de plus on se dit qu'une prise en charge adaptée va l'aider mais il n'en est rien.

On a eu la chance de trouver une pédopsychiatre spécialisée en TSA qui le prenne en nouveau patient. Nous avons eu son contact via les urgences du CHR où on se rendait régulièrement lors des crises violentes. Et après des dizaines de coups de fil et de mails pour faire le forcing sur l'urgence de la situation, elle a accepté de nous recevoir.

À chaque nouveau traitement médical tenté et à chaque nouveau protocole psy essayé, nous avons un immense espoir suivi malheureusement systématiquement d'un nouvel échec !

À ce moment, en mars 2023 Jean est mis sous Sertraline. Il est très vite arrêté et remplacé par de l'Abilify progressivement augmenté pendant 1 an. En mars 2024,

l'Abilify seul est jugé inefficace, il sera de nouveau couplé à un antidépresseur. De la Fluoxetine cette fois. Lors des moments de tension l'Atarax a été remplacé par le Tercian pour tenter d'éviter les crises mais encore aujourd'hui il est très compliqué de le lui administrer car il ne supporte pas l'effet de somnolence que cela lui procure.

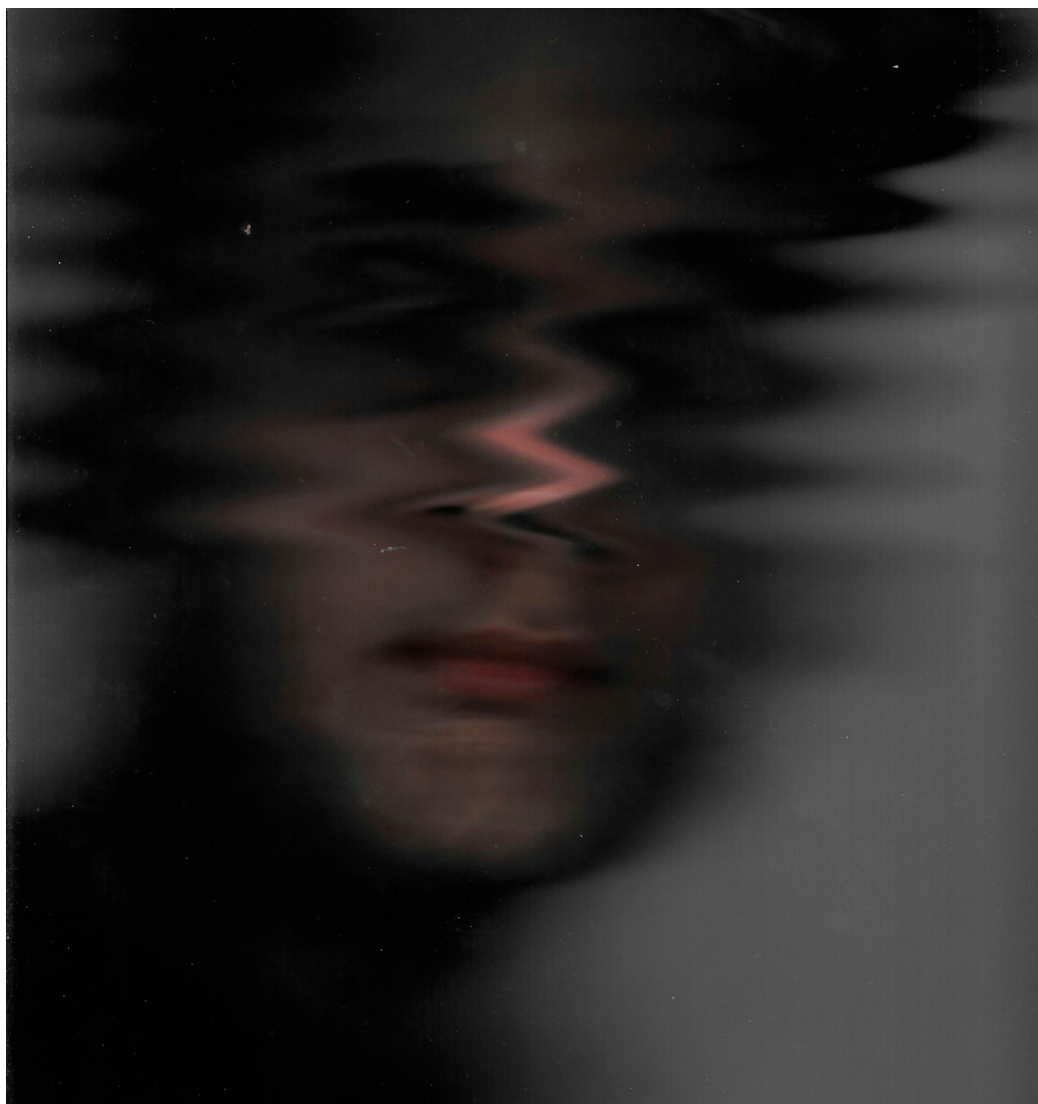
LES CRISES SE POURSUIVENT

À chaque rendez-vous chez la pédopsychiatre, malgré le fait que nous l'apprécions, on a l'impression de ne pas avancer. On doit être force de proposition sur le traitement, on n'y connaît rien à l'époque. En clair on lui dit et elle fait l'ordonnance, un peu plus de doses, un peu moins de doses, on arrête ça, on tente ça... Quelle responsabilité en tant que parents ! Mais cela commence à nous épuiser car les périodes de crises se poursuivent et les événements prennent de l'ampleur.

Durant l'été, les antidépresseurs et l'Abilify sont arrêtés car jugés inefficaces. Il ne prend plus que du Tercian au coup par coup.

Les crises se poursuivent et les hallucinations arrivent.

Un soir de retour de colonie où tout s'était bien passé, il passe la porte de la maison et nous assistons à une crise démentielle. Au bout de 10 minutes il hurle et il reste prostré dans un coin de ma chambre. Il est terrorisé, il tremble, il voit des ombres, persuadé qu'elles lui veulent du mal. Puis ça s'arrête, il reste effondré au sol, sans forces.



©manuel-bonadeo-unsplash

Il sera hospitalisé à la clinique des ados. Après le premier rendez-vous avec le pédopsychiatre, nous sommes, encore une fois, plein d'espoir. Pourtant, dès le premier entretien, sans même le connaître et au bout de 5 minutes, son discours est bourré d'inepties. Il dit d'office qu'il n'est pas TSA car il regarde dans les yeux (aucun rapport). Une fois de plus, bien que plus insidieusement, l'approche est psychanalytique. Le problème est son rapport à nous, on nous parle d'angoisse de séparation (on ne comprend pas le lien), de problèmes relationnels avec nous. Sa nouvelle «lubbie» est de se scarifier les bras, il a des traits alignés formés par les croûtes. Pendant ce même entretien, le médecin lui dira devant nous « si ça te fait du bien ce n'est pas trop grave, c'est un moyen comme un autre de gérer son mal-être ».

Il passera une semaine dans cette clinique. Un nouveau traitement est mis en place : la Risperidone. Au bout d'un mois 1/2 il a pris plus de 8 kg sans aucun autre effet. On dit au pédopsychiatre en libéral qui a repris le relais, qu'on veut l'arrêter.

Le mois suivant est une catastrophe, nous sommes en vacances et nous enchaînons crise sur crise.

Sans lui en parler de peur qu'il fugue, nous programmons à distance son admission à la clinique à notre retour. Mon mari l'y emmènera en traître. Bien évidemment il le vit très mal et dès ma première visite, il m'en veut terriblement et refuse de me voir en permission. Ce refus sera une aubaine pour l'équipe médicale : « La preuve, il a un problème relationnel avec sa mère ! ».

A ma visite suivante on me mettra devant le fait accompli d'une visite sous contrôle d'une assistance sociale mais que je refuserais catégoriquement (mon amour propre sûrement et le sentiment qu'une fois de plus, ils n'ont rien compris). Le fait de refuser et me braquer sera interprété comme un aveu supplémentaire par les médecins. Il nous suppliera de le laisser sortir.

Après avoir, une fois de plus, connu l'espoir d'une prise en charge adaptée je comprends qu'ils ne pourront pas nous aider. Une fois ce constat fait, je signerais une décharge et le ramènerais à la maison. Ils ne me recontacteront pas pour prendre des nouvelles ou proposer un suivi.

Désespérée, la peur au ventre, mais rassurée de le savoir avec nous plutôt qu'hospitalisé, un tourbillon d'émotions plus contradictoires les unes que les autres m'assaillent...

On connaîtra de nombreuses crises violentes, des passages aux urgences. Un jour, lors d'une crise, mon mari s'interposera entre lui et moi et lui donnera même un coup de pied sur le tibia pour me protéger. Cette situation sera interprétée par les urgences comme une situation préoccupante. Car son habitude devient de nier sa violence et de nous accuser de maltraitance auprès des médecins des urgences quand il est en crise. Car lors de ces crises, un sentiment de persécution l'envahit, il vit une autre histoire et il y croit dur comme fer. C'est tellement déstabilisant de le voir affirmer des choses aussi graves - que l'on sait bien entendu complètement fausses - à des adultes avec autant de conviction et d'assurance.

IL Y A DEUX PERSONNES, MON FILS ET CE GARÇON VIOLENT, MANIPULATEUR, MENTEUR, RAGEUX...

Deux personnalités et mon cœur de maman qui se fend en deux à chaque crise. Toute la maison vit au rythme des crises. Dès que le ton monte sa grande sœur prend l'initiative de cacher tous les couteaux de la maison et exfiltre sa petite sœur dans les étages. On communique par SMS. Elle s'inquiète pour moi quand je suis seule à la maison à devoir faire face à la crise. Elle s'inquiète pour son frère.

Se mettre en mode commando en une seconde quand on sent que tout peut dérailler : le portable dans la poche pour qu'il ne le prenne pas et que je ne me retrouve pas coupée de tout moyen de communication, les clés de la maison sur moi, les chaussures aux pieds en cas de besoin de prendre la fuite.

Nous habitons une maison en plein centre-ville dans une rue passante. Le point po-

sitif c'est que sortir signifie pour moi me mettre en sécurité. Il y a du monde et je sais qu'il ne me frappera pas. Mais ça signifie aussi devoir gérer les passants, les voisins que mon fils interpelle parfois, en hurlant qu'on le frappe et qu'on le maltraite.

Réussir à dire aux gens : «ne vous inquiétez pas, il est malade»...

Comment une fois que la crise est passée réussir à le regarder avec tendresse, avec amour, à le regarder tout court d'ailleurs... Comment vivre à ses côtés avec parfois cette rancune immense envers lui, de nous détruire physiquement, mentalement, de faire souffrir ses sœurs !! Et puis finir par se dire que sa souffrance est encore plus immense que la nôtre.

Ces discussions et batailles intérieures nous les aurons à chaque crise. Pendant plusieurs jours après la crise, ce sentiment de « gueule de bois » comme j'ai pris l'habitude de l'appeler. La tête dans le brouillard, impossible de réfléchir, de se concentrer, marcher au radar pendant plusieurs jours le temps que le corps et la tête se remettent des violences. Et puis au bout de quelques jours la vie reprend son cours et on réussit à nouveau à regarder son fils normalement avec tendresse.

On connaîtra donc une information préoccupante qui s'étalera sur un an avec des auditions de chaque membre de la famille. On a eu beaucoup de chance car avec le diagnostic de TSA la personne en charge du dossier a compris et a juste suivi le protocole en rendant à la fin une conclusion positive pour nous.

On connaît des hauts et des très bas. Depuis plusieurs mois il a une obsession des couteaux. À chaque crise il s'en saisit. Au début on se disait c'est juste pour exprimer son mal être mais de plus en plus il ne contrôle plus ses gestes et on commence à avoir peur.

Au mois d'octobre, en crise, il se plante le couteau sur le dessus de la main et se sectionne net le tendon. On comprend alors que tout est possible lors de ces crises qui lui font perdre la raison, que plus jamais on n'aura plus peur quand il se saisit de couteaux.

«Grâce à ce geste», dont nous avons d'abord tu le caractère intentionnel aux urgences, le service psychiatrique de l'hôpital nous recevra quelques jours plus tard, à l'occasion d'une nouvelle crise. Les soignants comprendront alors les raisons de mon refus de le renvoyer à la clinique pour adolescents. Ils l'admettront dans leur service pédopsychiatrique au sein du CHR pour une évaluation, on est en novembre 2024.

Les dix jours d'hospitalisation vont être durs pour lui bien évidemment mais aussi pour toute la famille. Mais en même temps, comme à chaque fois, on respire. Le répit est bénéfique pour tout le monde. On est loin de l'environnement cocooning de la clinique des ados. Le service est austère, vieillot, délabré. La télévision a été arrachée, ça hurle dans les couloirs du matin au soir. Les profils des jeunes pris en charges sont très lourds. Ça restera une expérience très traumatisante pour Jean.

Encore aujourd'hui le seul fait d'en parler le rend très mal. Cependant, le suivi s'avère sérieux et professionnel.

Pour la première fois, on est face à des médecins qui prennent le temps de tout récapituler : différents suivis, différents traitements : durée / posologie... regarder les bilans...

Même s'ils tâtonnent, ils réfléchissent.

Ils ne nous lâchent pas dans la nature et nous revoient un mois après sa sortie. Ils n'auront de cesse de nous dire qu'ils ne font pas de suivi et qu'il va falloir passer le relais au psychiatre en libéral. Malgré tout, ils poursuivent les rendez-vous tous les mois avec des traitements qui échouent mais toujours avec une cartouche d'avance, même si cela nous paraît interminable.

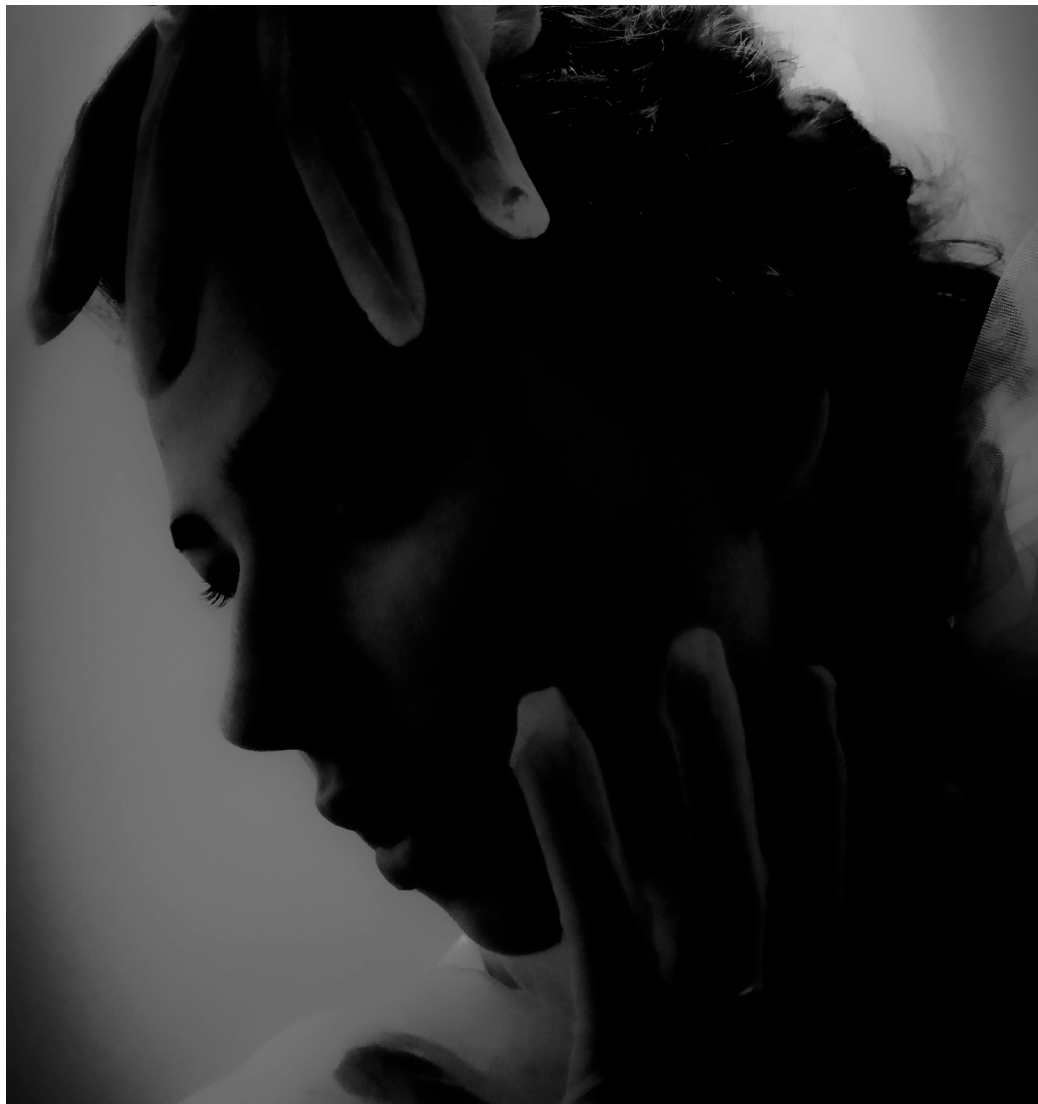
Le médecin va faire une étude précise de tous les médicaments que Jean a pris et va examiner les combinaisons et les dosages. Sa première intention est de retenter la Sertraline qui, selon lui, a été arrêtée trop tôt et pas poussée à son dosage maximal.

TÉMOIGNAGE

Elle avait été tentée à 50 mg, on augmentera progressivement jusqu'à 200 mg. À cette époque les hallucinations se sont installées et deviennent récurrentes.

Les crises sont intenses.

La Sertraline sera donc le seul médicament d'octobre 2024 à mars 2025.



©valeriia-kravchenko-unsplash

Au début de l'année 2025 face à notre désarroi de voir les crises se poursuivre et la Sertraline encore augmentée alors même que le médecin a commencé à nous parler de Dépakote, il nous annonce qu'il veut « aller au bout de la dose maximale de la Sertraline pour conclure que ça n'a pas fonctionné avant d'introduire le Dépakote ». Nous refusons la dernière augmentation de la Sertraline et devenons directifs avec le médecin pour accélérer le démarrage du Depakote. À cette époque la prise en charge est faite en parallèle entre le CHR unité pédopsychiatrique avec toujours le même psychiatre et notre psychiatre en libéral mais l'un comme l'autre se renvoient la balle pour démarrer le Depakote. Je finis par solliciter par mail le chef de service au CHR (qui ne répondra jamais). Le psychiatre de l'hôpital veut nous recevoir avec son collègue professeur dans le service pour faire un point sur le dossier. Une guerre d'ego s'engage alors et le psychiatre en libéral va s'entretenir avec le CHR et demander expressément l'arrêt de l'antidépresseur (décélération) et la mise en place du Depakote.

Nous débutons donc le Depakote avec une augmentation progressive.
Nous sommes en avril 2025.

Entre temps, je continue mes recherches et retombe sur le site de l'association Bicycle que j'avais déjà vu quelques années auparavant. Et plus mes lectures avancent plus la bipolarité coche des cases. On n'a pas de facteurs héréditaires connus dans notre famille mais le reste nous parle. Je rentre en contact avec Laetitia et nous discutons beaucoup. Je lis et une membre de l'association, médecin, me documente sur le lithium. Je commence à me dire qu'il faut tenter. Car ça fait plusieurs mois que le Dépakote est introduit et il n'y a pas d'effets. Les crises violentes se poursuivent. Bien entendu on est conscients que les médicaments ne sont pas l'unique solution. En parallèle, mon mari assiste à l'Atelier Tandem organisé par Bicycle, c'est une révélation pour lui.

De mon côté je tente de répercuter toutes ces infos au SESSAD qui le suit (psychologue et éducatrice) et qui est spécialisé en TSA.

Je vais commencer à me heurter à la fameuse phrase «la bipolarité juvénile n'existe pas » et à leur scepticisme du rôle de l'association.

Je ne lâche pas et fait de la pédagogie, distribue le fascicule de l'association.

Idem avec le médecin de l'hôpital à qui je vais progressivement parler de ça à demi-mot, il va falloir du temps pour évoquer la possibilité de la mise en place du lithium mais ça sera fait en novembre 2025 après 8 mois de Depakote seul sans effets marquants.

Seront évoqués par les psychiatres du CHR lors de ce point avec le professeur du service « les possibles prodromes d'une bipolarité » en mars 2025, seulement à l'oral.

Depuis quelques mois on connaît une accalmie, on ne se réjouit pas trop vite, l'habitude d'avoir connu des périodes de calme avant la tempête même si on a l'impression de toucher du doigt la solution, d'être sur le bon chemin.

Jean est donc depuis cinq mois sous lithium avec le Dépakote maintenu en faible dosage. Les crises comme on les a connues ont quasiment disparues depuis décembre.

Il s'autorégule seul et en dehors de quelques accès de violence verbale de temps à autre il semble beaucoup plus apaisé.

On sait que la route est encore longue mais on savoure chaque instant de répit et le bonheur de retrouver notre fils qui a actuellement 14 ans et va intégrer on l'espère une seconde technologique avec dispositif ULLLIS.

Le défi actuellement est le maintien d'une scolarité «classique» car les capacités sont là mais la motivation et le travail sont en berne.

Et ce défi est énorme !

J'ai découvert un monde d'acronymes dont on ne suspectait pas l'existence, certaines conversations peuvent en aligner plusieurs et il faut vite les maîtriser : MDPH, TSA, HPI, SESSAD, PAP, PPS, ESS, GEVASCO...

Et puis le temps et l'énergie que demande la recherche des praticiens pour les bilans, les RDV, gestion de tous les suivis, faire le relais entre les différents interlocuteurs et l'école.

Tenter de concilier l'état de Jean et une scolarité « normale » : se battre pour mettre en place tous les aménagements, veiller constamment à ce qu'ils soient respectés... Gérer au quotidien le défi que représente le collège pour un élève comme Jean dans sa relation aux autres jeunes, dans sa communication avec les professeurs, et tant d'autre.

Sans parler des dossiers MDPH, une véritable angoisse...

C'est devenu mon « Job » quasi à mi-temps parfois, de gérer tout ça. ■

Le 2 juin 2026, la ministre de la Santé, Stéphanie Rist a annoncé la mise en place d'un système de « coupe-file » permettant d'obtenir un rendez-vous dans les 24 à 48 heures.
Cette annonce nous a inspiré cette nouvelle planche de BD.



FAUT PAS PRENDRE LES CONS POUR DES PARENTS

Psycho'Park



La lecture de la BD « Faut pas prendre les cons pour des gens » d'Emmanuel Reuzé et Nicolas Rouhaud aux éditions Fluide Glacial nous a beaucoup inspirés ! Nous y avons trouvé beaucoup de points communs dans l'absurdité des situations que nous vivons chaque jour. Une déclinaison nous a paru intéressante pour retracer ce que vous nous rapportez quotidiennement... Découvrez nos planches à partager sans modération <https://www.bicycle-asso.org/2024/10/04/nos-bd-faut-pas-prendre-les-cons-pour-des-parents/>

Textes Kalaetidscope & dessins ChatGPT © Bicycle asso 2026



FAUT PAS PRENDRE LES CONS POUR DES PARENTS

Le brief

DEVANT L'ÉCOLE...

MA FILLE A UN TDAH. EN RÉALITÉ, C'EST AUSSI UN SUPER-POUVOIR.

LE MIEN EST DYSLEXIQUE, IL EST NEURODÉVELOPPÉ.

MON FILS EST TSA. CE N'EST PAS UNE MALADIE, C'EST UN TROUBLE DU NEURODÉVELOPPEMENT.

LE MIEN NE RENTRE DANS AUCUNE CASE... OU PLUTÔT DANS BEAUCOUP TROP ET QU'EST-CE QU'ON SOUFFRE.



ON SAIT COMME C'EST DIFFICILE QUAND ON NE PEUT PAS AIDER SON ENFANT.

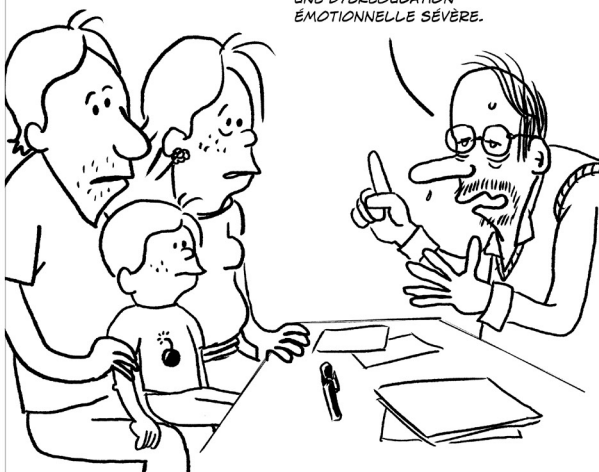
VOUS FINIREZ PAR TROUVER.

NE LÂCHEZ RIEN.



CHEZ LE PÉDOPSY

ON VA ESSAYER UNE PRISE EN CHARGE DU TDAH. C'EST L'HYPOTHÈSE LA PLUS FRÉQUENTE LORSQU'IL Y A UNE DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE SÉVÈRE.



JE ME SUIS RENSEIGNÉE. J'AI LU BEAUCOUP DE CHOSSES SUR LA BIPOLARITÉ ET JE TROUVE QUE ÇA RESSEMBLE À CE QU'ON VIT AVEC MON FILS. EN PLUS, MA MÈRE ET MA TANTE SONT BIPOLAIRES, ALORS JE M'INTERROGE.

C'EST UNE PISTE. MAIS COMMENÇONS PAR EXPLORER LE TSA. POUR ÇA, AU MOINS, IL EXISTE DES RECOMMANDATIONS CLAIRES.



LA BIPOLARITÉ À DÉBUT PRÉCOCE, ÇA N'INTÉRESSE PERSONNE. POURTANT, POUR LA SCHIZOPHRÉNIE À DÉBUT PRÉCOCE, IL EXISTE DES RECOMMANDATIONS.

C'EST NORMAL. ON S'INTÉRESSE SURTOUT À CE QUI EST VISIBLE, SPECTACULAIRE OU MÉDIATISÉ.

ATTENDS... TU ES EN TRAIN DE ME DIRE QUE LE PROBLÈME, C'EST LE MARKETING ?



LE LENDEMAIN

J'AI UNE IDÉE !



La lecture de la BD « Faut pas prendre les cons pour des gens » d'Emmanuel Reuzé et Nicolas Rouhaud aux éditions Fluide Glacial nous a beaucoup inspirés ! Nous y avons trouvé beaucoup de points communs dans l'absurdité des situations que nous vivons chaque jour. Une déclinaison nous a paru intéressante pour retranscrire ce que vous nous rapportez quotidiennement... Découvrez nos planches à partager sans modération <https://www.bicycle-asso.org/2024/10/04/nos-bd-faut-pas-prendre-les-cons-pour-des-parents/>

Textes Kalaelidroscope & dessins RicoGripou © Bicycle asso 2026

BIPOLARITÉ À DÉBUT PRÉCOCE : UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

**Manifeste* pour une reconnaissance,
un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée**

**Ce Manifeste a été remis en main propre par Laëtitia Payen, Présidente de l'Association Bicycle, Aurélia Becot, Vice-Présidente de l'Association Bicycle, et le Dr Thomas Le Nerzé, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, praticien hospitalier au CHU d'Angers à Etienne Pot au Ministère de la Santé et à Grégory Emery à l'Elysée*

SOMMAIRE

1.1 Une forte hétérogénéité des pratiques diagnostiques et une réticence à poser un diagnostic avant l'âge adulte	60
1.2 Diagnostic différentiel difficile qui peut entraîner des erreurs de diagnostics	63
1.3 Problèmes liés à l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)	63
1.4 Méconnaissance de la bipolarité juvénile et critères diagnostiques inadaptés	64
Témoignages des familles	66
3.1 Clarifier le cadre national	72
Positionnement clair de l'Etat avec une reconnaissance officielle de la bipolarité à début précoce	
Recommandations nationales spécifiques	
3.2 Sécuriser les pratiques cliniques	73
Prescriptions basées sur les dernières données de la science	
Modification des RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) pour les antidépresseurs	
Généraliser l'utilisation de la K-SADS-PL dans les services de pédopsychiatrie	
Développer un programme national d'études sur les traitements des troubles psychiques de l'enfant	
3.3 Harmoniser l'organisation et les pratiques de soins	75
Meilleure Formation des professionnels	
Uniformiser les DIP (Dispositifs d'Intervention Précoce) sur l'ensemble du territoire	
Améliorer la coordination entre les différents acteurs du soin	
3.4 Garantir l'accès et la prise en charge des psychothérapies	76
Conclusion	76

Bicycle est une association fondée en 2010. Son siège social est situé à Herblay-sur-Seine (95) et son action s'étend sur l'ensemble du territoire national.

Elle est aujourd'hui la seule association en France dédiée au soutien des familles d'enfants et d'adolescents souffrant de troubles bipolaires.

Bicycle rassemble 800 adhérents et fédère quotidiennement une communauté de plus de 5 000 personnes sur ses réseaux sociaux. L'association compte également des membres dans plusieurs pays francophones.

Constituée de parents bénévoles, elle agit avec l'appui d'un réseau de conseillers scientifiques :

Angélique Excoffier, psychologue
Dr Elie Hantouche, psychiatre
Dr Thomas Le Nerzé, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent
Caline Majdalani, psychologue
Dr Elena Picq, médecin généraliste
Dr Michaël Sikorav, psychiatre (pharmacologie)

Les 3 missions clés de Bicycle

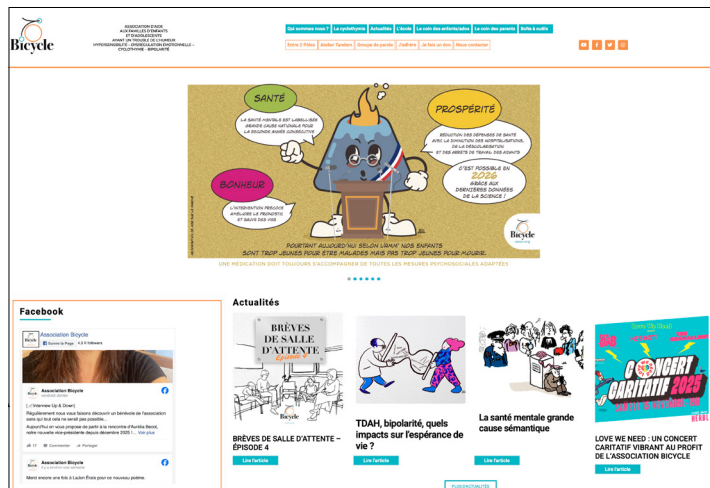
Bicycle poursuit trois missions essentielles :

- Accompagner et soutenir les parents tout au long du parcours de soin de leur enfant ou adolescent.
- Créer un relais éducatif, à la maison comme à l'école, afin de favoriser une meilleure compréhension du jeune et un accompagnement adapté.
- Faire connaître et reconnaître la bipolarité juvénile.

Des outils concrets au service des familles et des professionnels

Pour mener à bien ses missions, l'association met plusieurs ressources à disposition des parents et des professionnels :

- Un site internet www.bicycle-asso.org riche en contenus :
fiches pratiques, conférences, dossier école, articles...
- Un e-magazine semestriel, Entre2Pôles
- Un groupe de paroles online pour les parents



Une action phare : l'Atelier Tandem

L'Atelier Tandem est un atelier de psychoéducation destiné aux parents d'enfants présentant une dysrégulation émotionnelle sévère, avec ou sans diagnostic de bipolarité.

L'Atelier Tandem se déroule sous la forme d'un stage d'une journée, organisé en présentiel ou en distanciel. Il est coanimé par une psychologue formée aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et par la Présidente de l'association.

Il vise à une meilleure compréhension du trouble de l'enfant et à restaurer le lien affectif parents-enfant en envisageant la famille comme une équipe actrice du rétablissement.

Pour favoriser l'accès aux soins pour tous, il est offert aux adhérents de l'association.



1. PRINCIPALES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES FAMILLES :

Les trois principales raisons pour lesquelles les familles sollicitent l'association sont les crises classiques, la déscolarisation et les tentatives de suicide.

Malgré l'urgence et la gravité des situations rencontrées, ces familles sont souvent confrontées à une longue errance diagnostique.

Nous avons identifié plusieurs facteurs expliquant ce retard de prise en charge :

1.1 Une forte hétérogénéité des pratiques diagnostiques et une réticence à poser un diagnostic avant l'âge adulte

Les familles que nous accompagnons se heurtent régulièrement à une remise en question de l'existence même de la bipolarité chez l'enfant. ***Il arrive que des professionnels affirment que ce trouble « n'existe pas » ou qu'ils n'y « croient pas ».***

Dans ces situations, l'éducation parentale est souvent la première mise en cause. Les comportements de l'enfant sont interprétés comme la conséquence d'un cadre insuffisant ou inadapté.

Pour les parents, il s'agit d'une véritable double peine : en plus d'être confrontés à la maladie de leur enfant, ils doivent se justifier et prouver qu'ils sont de « bons parents ».

Certaines familles doivent même faire face à une enquête sociale.

Si, dans la majorité des cas, les IP (Informations Préoccupantes) résultent d'une méconnaissance de la bipolarité juvénile, elles sont parfois présentées aux parents comme une solution permettant d'accéder plus rapidement à des soins adaptés. Il n'est pas rare également de voir des médecins proposer un éloignement, un séjour de rupture ou bien encore d'encourager les parents à faire une demande de placement auprès des services de l'ASE.

Ces orientations fragilisent davantage des familles déjà éprouvées.

Dans la bipolarité, toute la famille souffre. Si l'enfant ne devient pas dysfonctionnel à cause de ses parents ; c'est l'absence de prise en charge de son trouble qui peut progressivement désorganiser l'ensemble du système familial, jusqu'à rendre la dynamique familiale elle-même dysfonctionnelle. Chez Bicycle nous défendons une conviction forte : les parents constituent un facteur de protection fort à condition qu'ils soient bien outillés.

Quand la famille devient experte du trouble, on restaure le lien affectif parents-enfant souvent abîmé par la maladie et on favorise le processus de rétablissement.

De plus, en psychiatrie, quand on aide les aidants, cela a un impact puissant sur les personnes qui vivent avec un trouble. ***Ainsi la littérature scientifique a prouvé que l'aide aux aidants est la deuxième intervention thérapeutique la plus puissante après les traitements médicamenteux pour réduire les rechutes et les réhospitalisations de -20 à -40%.***

D'après le Dr Romain Rey, psychiatre et auteur du livre «Aidants et fiers de l'être», il s'agit même d'un investissement pour une prise en charge plus humaniste mais aussi pour améliorer la performance du système de santé.

La position de l'association est claire et ferme :

la bipolarité chez l'enfant n'est ni une opinion ni une croyance mais une réalité scientifique.

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 (1).
- ➡ 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 (2).
- ➡ 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 récurrences (nombre d'épisodes par an), plus de comorbidités psychiatriques, davantage d'antécédents familiaux de troubles bipolaires.
Cette étude confirme les liens entre antécédents familiaux de troubles bipolaires et mauvais fonctionnement avec un âge de début précoce de bipolarité (pendant l'enfance) (3).
- ➡ La méta-analyse de Van Meter 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 (4).
- ➡ 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.
A titre de comparaison la prévalence de la schizophrénie à début précoce / très précoce est bien inférieure à la bipolarité précoce. On retient les chiffres de 1/40000 pour la VEOS (very onset schizophrenia) et 1 à 2 cas pour 1000 pour les EOS (early onset schizophrenia) (5).
- ➡ 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 troubles bipolaires, les premiers symptômes francs se manifesteraient 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 (6).

(1) - Lish JD, Dime-Meenen S, Whybrow PC, The National Depressive and Manic-depressive association (DMDA), survey of bipolar members. J Affect 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.

(3) Baldessarini RI. Bipolar disorder – epidemiology and natural history. J Clin Psychiatry 2012;73 Suppl 3:3-7.

(4) Van Meter AR, Moreira AL, Youngstrom EA. Updated meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2019;80(3):1812180.

(5) Di Luzio M. Clinical features in very early-onset schizophrenia – PubMed PMID 38152354. Coulon N, Early and very early-onset schizophrenia compared with adult-onset schizophrenia – PubMed PMID 31908151

(6) Solmi F, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Mol Psychiatry 2022;27:281-295.

Plus globalement il existe une réticence à poser un diagnostic de trouble psychique chez l'enfant.

En France, lorsqu'un enfant présente des signes de souffrance psychique, l'approche la plus fréquente consiste encore à « attendre pour voir » comment la situation va évoluer. Les étapes normales du développement - et en particulier l'adolescence - sont souvent les premières hypothèses avancées y compris lorsque les symptômes rapportés sont d'une intensité préoccupante et nettement supérieurs à ce qui est attendu pour un enfant de la même tranche d'âge et que cela a des répercussions importantes dans plusieurs sphères de son quotidien (école, famille, amis).

Chez Bicycle, nous considérons que suivre l'évolution n'est pas incompatible avec poser un diagnostic et que cela ne doit jamais devenir un prétexte au refus ou au report de la prise en charge.

Au contraire, nous défendons une intervention la plus précoce possible, d'autant plus que l'adhésion aux soins devient souvent plus complexe à partir de l'adolescence.

Malgré les campagnes actuelles de sensibilisation, un décalage important persiste entre la prise en charge de la santé mentale et de la santé physique en particulier en pédopsychiatrie. Nous plaçons pour la même exigence en santé mentale. A savoir prévention, diagnostic et prise en charge le plus tôt possible.

Certains médecins acceptent une prise en charge dite « symptomatique », mais sans toujours consi-

dérer le trouble dans sa globalité. Cette approche peut conduire à une surmédication avec la prescription d'un médicament par symptôme. Par exemple un antidépresseur pour la dépression, un anxiolytique pour les troubles anxieux, un psychostimulant pour l'hyperactivité, un antipsychotique pour la psychose ou l'agressivité, etc...

Dans le cas spécifique d'un enfant qui aurait un trouble bipolaire non diagnostiqué et qui aurait un médicament par symptôme, la surmédication entraîne une augmentation du nombre d'effets indésirables par addition de ceux-ci et par interactions médicamenteuses mais aussi un risque d'aggravation du trouble bipolaire par la prescription de médicaments habituellement contre-indiqués dans ce trouble comme les antidépresseurs ou les psychostimulants sans thymorégulateur. De plus pour ces enfants, les augmentations de posologie seront plus facilement privilégiées par rapport à une réévaluation et/ou un changement de molécule.

Aujourd'hui plus que trop médicamentés, les enfants sont mal médicamentés.

Enfin, d'autres médecins expriment leur réticence à poser un diagnostic au motif de ne pas « enfermer » l'enfant dans une catégorie ou de ne pas lui « coller une étiquette ».

Nous considérons que cette approche repose encore largement sur des préjugés attachés aux troubles psychiatriques. Un diagnostic ne devrait jamais être perçu comme une étiquette réductrice, il permet avant tout de comprendre et d'avoir des solutions grâce à une prise en charge adaptée.

A l'inverse, nous pensons que ***c'est précisément en éludant un diagnostic médical qu'il devient stigmatisant.***

De plus, une différence qui ne dit pas son nom devient plus facilement source d'incompréhension, de jugements, de moqueries, voire de harcèlement.

Informier, communiquer et éduquer sont les leviers essentiels pour transformer la perception et la représentation du diagnostic de bipolarité.

Au sein de notre association, le témoignage des familles est unanime : le diagnostic leur a permis de retrouver la liberté. Ce sont toutes les étiquettes -bien réelles celles-ci- et qui précèdent le diagnostic qui jugent et isolent : fou, mal élevé, manipulateur, méchant, ...

Il est essentiel de souligner également que ***l'absence de diagnostic constitue une perte de chance majeure.*** Elle prive en effet la famille d'un accès à des prises en charge non médicamenteuses pourtant fondamentales, telles que la psychoéducation ciblée — un levier central dans la compréhension du trouble et l'accompagnement de l'enfant.

Il ne faut pas oublier que le meilleur critère diagnostique reste l'évolution clinique.

Quoi qu'il arrive, si l'évolution n'est pas favorable, une réévaluation doit toujours être envisagée — avec ou sans diagnostic initial.

1.2 Diagnostic différentiel difficile qui peut entraîner des erreurs de diagnostics

En pédopsychiatrie, de nombreux symptômes sont peu spécifiques. Ainsi, dans la bipolarité juvénile, on observe d'importants chevauchements de symptômes avec d'autres troubles tels que les troubles du neurodéveloppement (TDAH, TSA, troubles DYS) mais aussi la dépression, le trouble borderline, le trouble de stress post-traumatique, le TOP ou le TDDE. Ces particularités aspécifiques se retrouvent aussi dans les tableaux dits HPI et d'hypersensibilité.

Considérer chaque symptôme de manière isolée peut ainsi conduire à des erreurs diagnostiques.

Plutôt que de retenir et de traiter le trouble qui explique le plus les symptômes, **certains enfants se retrouvent alors avec un empilement de diagnostics** : TDAH + TOP + TSA + TDDE + troubles anxieux + dépression + etc...

Bien sûr, plusieurs troubles peuvent coexister, mais de nombreuses « fausses comorbidités » sont observées, d'autant plus que la bipolarité juvénile peut mimer de nombreux autres troubles chez l'enfant.

On rencontre aussi fréquemment un problème de hiérarchisation des diagnostics.

Par exemple en cas de suspicion de TDAH et de bipolarité, le TDAH est souvent traité avant la bipolarité, même lorsque cette dernière est dominante, en contradiction avec les recommandations internationales. L'argument le plus fréquemment avancé est que le TDAH serait plus répandu.

De même, le trouble bipolaire débutant le plus souvent, notamment chez la jeune fille, par un ou des épisodes de dépression (50-70% présentent un EDC en premier) (1), il n'est pas rare que le principal diagnostic de dépression soit celui retenu, sans recherche des facteurs de risque chez l'enfant ou l'adolescent qui seraient en faveur d'une dépression s'intégrant dans un trouble bipolaire voire qui l'inaugurerait. Pourtant cela devrait être fait systématiquement en pratique clinique car un épisode dépressif avant 25 ans - soit 100% des situations pédopsychiatriques - est un indice de bipolarité.

Notons également que dans une étude de Findling RL et al de 2022, les enfants qui reçoivent un diagnostic de TDDE - diagnostic ajouté dans le DSM en 2013 pour éviter le surdiagnostic de troubles bipolaires chez l'enfant et la médication associée - ont plus d'autres diagnostics, plus de traitements et plus d'hospitalisations que ceux qui reçoivent un diagnostic de troubles bipolaires.

C'est pourquoi pour poser un diagnostic différentiel, en plus de l'ensemble des symptômes, il est important de tenir compte de validateurs supplémentaires comme les antécédents familiaux, les réactions aux traitements et de l'évolution clinique de l'enfant dans le temps.

Or, ce principe n'est pas toujours respecté, comme en témoigne la multiplication de diagnostics assortis d'adjectifs tels que « atypique », « sévère », « résistant » ou « intense ».

1.3 Problèmes liés à l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)

Aujourd'hui, il n'existe pas d'AMM pour les thymorégulateurs chez l'enfant. Pour une majorité de professionnels, la bipolarité « n'existe pas avant 18 ans » et on ne peut rien faire avant.

Le seul médicament disposant d'une AMM dans le cadre du trouble bipolaire pour les enfants et les adolescents à partir de 13 ans est l'Abilify (Aripiprazole), un antipsychotique de seconde génération.

Cette AMM concerne uniquement les épisodes maniaques modérés à sévères dans les troubles bipolaires de type 1. De plus il est indiqué que la durée du traitement ne doit pas dépasser 12 semaines.

(1) Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2004;55:875-881.

En pratique, en cas de suspicion de troubles bipolaires chez l'enfant et l'adolescent et en dehors des mesures psychosociales, la prescription de première intention est souvent un antipsychotique de première ou deuxième génération. Cette approche se fait au détriment des thymorégulateurs de référence historiques (lithium et antiépileptiques), car même si ces médicaments agissent plus rapidement sur les symptômes maniaques avec un effet sédatif important, ce sont des médicaments qui sont souvent moins bien tolérés chez les jeunes avec davantage d'effets secondaires notamment une prise de poids massive et des risques métaboliques associés (maladies cardiovasculaires, diabète,...) ou des effets neurologiques graves (syndrome extrapyramidal voire dyskinésies tardives parfois irréversibles). D'après le retour des familles, ils présentent aussi souvent un épuisement thérapeutique sur le long terme.

Les études comparatives entre antipsychotique de seconde génération et thymorégulateur de référence peuvent participer à ce biais de prescription. En effet elles sont généralement réalisées sur des durées courtes (en moyenne entre 6 et 12 semaines) et en phase aiguë ce qui donne souvent l'avantage aux antipsychotiques.

Précisons également que ces nombreux antipsychotiques sont prescrits au long cours chez l'enfant et l'adolescent (Risperdal, Tercian, Abilify, Olanzapine, Quetiapine,...) et que de ce fait cela fait sortir ces prescriptions de l'AMM...

Nous dénonçons la banalisation de la prescription de ces traitements présentés comme la panacée universelle car guérissant tout et vite alors qu'ils évitent seulement de se pencher sur la sémiologie du trouble. Ils sont souvent prescrits sans cible précise, rarement réévalués et souvent additionnés et augmentés sans se soucier des conséquences à court, moyen ou long terme alors que les traitements thymorégulateurs dont l'efficacité thérapeutique a été démontrée sont souvent ignorés.

Soulignons qu'il existe en particulier une forte réticence à la prescription du lithium chez les enfants et les adolescents alors qu'il s'agit incontestablement du médicament de référence dans la bipolarité. Contrairement aux antipsychotiques et lorsqu'il est correctement suivi, le lithium présente des risques prévisibles et mesurables. De plus c'est le seul médicament qui réduit la suicidabilité. **Il reste le traitement avec le plus de preuves solides en prévention à long terme en réduisant à la fois les rechutes maniaques et dépressives.** Néanmoins le lithium met parfois plusieurs semaines à montrer son efficacité maximale. C'est pourquoi en pratique, une bithérapie est intéressante en phase aiguë en réduisant progressivement l'antipsychotique en phase de maintien. Aujourd'hui les risques à long terme du lithium sont surévalués tandis que les bénéfices à court terme sont sous évalués. Le Pr Hélène Verdoux a largement documenté ce sujet grâce à ses revues de littérature scientifique. Il sauve des vies.

Enfin **il existe une représentation inappropriée qu'un traitement par thymorégulateur est initié «pour la vie».** Chez l'enfant et l'adolescent avec une prise en charge précoce et intensive d'un premier épisode, il est tout à fait possible de le prescrire pendant une période à haut risque puis de l'arrêter quand l'environnement est plus stable ou lorsque des caps de vies importants sont franchis. C'est aussi ça l'enjeu et l'espoir d'une prise en charge précoce et adaptée.

1.4 Méconnaissance de la bipolarité juvénile et critères diagnostiques inadaptés

Aujourd'hui ce sont les critères diagnostiques de l'adulte dans sa forme typique et parfois caricaturale qui sont retenus pour poser un diagnostic de bipolarité chez l'enfant (BP1 et 2).

Ainsi, pour poser un diagnostic de bipolarité, les médecins cherchent souvent une crise maniaque caractérisée. C'est ce que le Dr Marc Masson appelle « faire un diagnostic de novice ». Or :

- le cerveau de l'enfant est immature et en développement
- **l'expression du trouble diffère de celle de l'adulte**
- les formes sont souvent plus atypiques, en particulier avant 15 ans, avec davantage de cycles ultra rapides et d'états mixtes (cyclothymie).

Et bien sûr, compte tenu de la perspective développementale, rien n'est définitif chez l'enfant. Le diagnostic devra donc être réévalué régulièrement jusqu'à l'âge adulte. Finalement, la bipolarité, à l'instar du trouble du spectre de la schizophrénie, débute très fréquemment dès l'enfance ou l'adolescence par le biais de symptômes souvent initialement aspécifiques, dont la présence cumulée doit faire envisager un diagnostic « probabiliste », un état à « ultra haut risque » de transition vers un trouble de l'humeur bipolaire. Cela nécessite des moyens de repérage et d'intervention précoces et ce dès l'apparition des premiers symptômes.

Plus globalement la bipolarité juvénile reste mal connue en pédopsychiatrie.

Ainsi, les antécédents familiaux sont souvent ignorés même quand la bipolarité est présente sur plusieurs générations. Et si la bipolarité n'est pas héréditaire, la vulnérabilité génétique dans ce trouble est largement documentée et n'est plus à prouver : l'héritabilité de la bipolarité est estimée de 60 à 85% selon les études (1). Il est d'ailleurs pertinent d'interroger également les parents sur l'existence de dépressions, de comportements marginaux ou atypiques, d'addictions ou de suicides dans la famille et de ne pas se limiter aux seuls diagnostics posés.

De même que **les virages de l'humeur ou les mauvaises réactions sous antidépresseur ou psychostimulant sont souvent mal interprétés** et entraînent des ajustements inappropriés : augmentation de dose ou changement de molécule dans la même classe de médicament plutôt qu'une réévaluation (par exemple passage de la Paroxétine à la Fluoxétine ou à la Sertraline ou bien de la Ritaline au Mèdikinè ou au Concerta, Quasym voire au Xurta ou la Strattera).

(1) Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2003;116B:48-58.

2. CONSÉQUENCES POUR LES ENFANTS ET LEURS FAMILLES

L'absence de diagnostic ou une prise en charge inadaptée entraîne pour l'enfant et sa famille des conséquences multiples et souvent graves :

- Errance diagnostique : retard dans la prise en charge, soins inadaptés, rupture de soins.
- Perte de chance pour l'enfant : une entrée précoce dans la maladie est associée à un mauvais pronostic avec une sévérité accrue.
- Risque de suicide majoré.
- Aggravation des troubles : chronicisation et complexification de la prise en charge.
- Épuisement familial : arrêt maladies parfois perte d'emploi ; les familles doivent pallier à l'absence de prise en charge adaptée.
- Déscolarisation : perte de repères et de rythme, isolement social sont la porte ouverte à la marginalisation et à la dépendance à l'âge adulte (AAH).
- Augmentation des hospitalisations.
- Majoration des addictions (drogues, alcool, jeux vidéo, réseaux sociaux, jeux d'argent, etc). Certains jeunes peuvent s'y réfugier comme moyen d'automédication ou pour remédier à l'ennui quand le système scolaire ne parvient plus à les inclure.
- Majoration des conduites à risque : rapports sexuels non protégés, conduite dangereuse, fugues, etc.
- Inégalités territoriales majeures.

Pourtant, ces conséquences peuvent être largement évitées grâce à une prise en charge précoce et adaptée, combinant interventions psychosociales et traitement médicamenteux ciblé. De plus, chez les jeunes, elle influence significativement le pronostic et la trajectoire de vie.

Témoignages des familles (seuls les prénoms ont été modifiés)

Mathilde a 8 ans et vit dans l'ouest de la France.

Elle est suivie depuis ses 5 ans mais présente des troubles du comportement, du sommeil et de l'alimentation depuis l'âge de 6 mois. A 5 ans elle a été victime d'un attouchement par un adolescent. Elle a une sœur de 12 ans compréhensive et bienveillante considérée comme HPE. Malgré tout elle a développé des troubles anxieux et des TOCs que sa psychologue attribue au climat familial. En effet, selon elle, cela lui permettrait de contrôler ce qu'elle peut à défaut de pouvoir contrôler les comportements de sa sœur.

La famille est unie et les parents sont soudés.

Mathilde a reçu un diagnostic de trouble envahissant du développement par une pédopsychiatre en CMP mais ce diagnostic a été remis en question par un professeur après la passation de l'ADOS-2, il a alors parlé de traumatisme en lien avec les attouchements subis.

Plusieurs prises en charge ont été mises en place : neuropsychologue, psychomotricien, CMP (pédopsychiatre, psychologue, éducateur spécialisé, ateliers d'habileté sociale) et différents traitements ont été essayés : Atarax, Nozinan, Risperidone, Medikinet, Slenyto, Largactil.

L'Atarax n'a pas fonctionné. le Risperidone a été efficace mais l'a beaucoup fait grossir. Le Largactil a dû être arrêté au bout d'un an à cause d'effets secondaires importants (grande sécheresse de la bouche et des yeux). Le Slenyto l'a rendue plus agressive.

Malgré les nombreux suivis et les essais médicamenteux, les parents ne constatent aucune amélioration durable sur le comportement et le bien-être de leur fille.

Ils s'interrogent sur le début d'une bipolarité. Du côté de la maman des troubles bipolaires sont retrouvés sur 3 générations (mère, grand-père, arrière-grand-mère). Du côté du papa on retrouve aussi de la schizophrénie et beaucoup de comportements addictifs. .../...

Les difficultés quotidiennes rencontrées sont :

- agressivité verbale et physique avec une grande intolérance à la frustration
- dans la confrontation et l'opposition permanente, recherche systématiquement le conflit
- se considère comme une adulte et pense pouvoir faire ce qu'elle veut
- hyperactivité permanente, fait du bruit, a besoin d'attirer l'attention
- difficultés d'endormissement avec fatigue le matin et somnolence dans la journée
- hypersexualité depuis ses 4 ans (découverte et pratique de la masturbation)
- hypersensorialité : aliment, vêtement (couture, élastique)
- difficultés à gérer ses émotions positives ou négatives
- souvent dans les excès : elle peut avoir un comportement totalement inadapté et être indifférente à la réaction des autres ou à l'inverse être très généreuse et dans l'empathie extrême
- régression par moment : fait le bébé.
- recherche une présence physique réconfortante
- comportement de harcèlement récurrent envers ses parents et sa soeur
- ne supporte pas l'ennui et a tendance à voler dans ces moments-là (affaires, nourriture)
- difficultés pour aller à l'école en lien avec des difficultés scolaires et au fait de devoir se contenir aux prix d'efforts coûteux
- hallucinations (Mathilde voit des scènes et des personnes qui lui font peur lorsqu'elle ferme les yeux, elle a souvent des pensées horribles qu'elle qualifie de cauchemars. Elle dit souvent penser à la mort de ses proches et la visualise parfois.)
- tendance à l'affabulation

Ces symptômes s'aggravent de jour en jour en laissant la famille totalement démunie et en grande souffrance.

En consultation Mathilde parvient à prendre sur elle et à «dissimuler» ses symptômes avant d'exploser avec ses parents au retour au domicile. Mathilde ment même régulièrement et a affirmé que ses parents la frappait ce qui a eu pour conséquence un signalement de la part de la psychologue.

Cela entraîne de grandes difficultés pour la famille dont la parole est systématiquement discréditée. Cela a même poussé les parents à réaliser des vidéos et des photos des crises qui se déroulent majoritairement à la maison. Mais pour le CMP cela a renforcé l'idée qu'il s'agissait d'un problème éducatif.

La famille a réalisé un arbre généalogique précis avec l'ensemble des antécédents familiaux mais le CMP considère que «ça n'a rien à voir». Cependant ils font remarquer aux parents que ces antécédents familiaux «lourds» pourraient impacter négativement leur éducation et induire des relations nocives avec Mathilde.

A l'issue d'un énième rendez-vous, le diagnostic de cyclothymie/bipolarité est écartée par la pédopsychiatre du CMP car elle n'a été témoin d'aucun symptôme décrit par les parents. Cependant elle avoue être à court d'idée et la seule solution proposée est l'intervention d'une TISF ou de l'Aide Sociale à l'Enfance. Elle rajoute que légalement elle ne peut désormais plus justifier la prescription de neuroleptiques.

Le rendez-vous se clôture par une prescription de Théralène et sur ces mots :

« On ne dit pas qu'on ne vous croit pas, mais on n'est témoin d'aucun symptôme dont vous nous parlez.

On entend vos appels au secours et concevons votre épuisement qui, selon nous, mettent davantage Mathilde en insécurité» .

Léa a 16 ans. Depuis toute petite, Léa a toujours été très active, artiste dans l'âme, elle joue du piano et de la guitare. Elle est décrite par sa mère comme désordonnée dans ses affaires comme dans ses pensées. Elle présente également un manque d'attention. Plus jeune, Léa était parfois sujette à des crises de colère avec une forte intolérance à la frustration. Les conflits avec ses copines sont récurrents et elle ne les garde jamais très longtemps.

Léa vit dans le sud-ouest de la France avec sa mère et son frère. Son père s'est suicidé il y a 3 ans. Léa, comme le reste de la famille, a régulièrement subi l'agressivité de son père pour lequel un trouble bipolaire a toujours été soupçonné. Mais il a toujours refusé se faire soigner. Son frère a été diagnostiqué TDAH.

Léa est âgée de 13 ans au décès de son père et c'est à cet âge que débute sa prise en charge. Léa va mal. Un traitement antidépresseur (Paroxétine) est alors initié par son médecin généraliste. L'effet est immédiat mais avec un épuisement thérapeutique au bout de quelques semaines. C'est à ce moment-là que, d'après sa maman, Léa «vrille».

Elle se met à consommer de l'alcool et à fumer des joints.

Elle est hospitalisée pour la première fois. Mais comme elle vient de perdre son papa, c'est mis sur le compte du choc émotionnel.

La Paroxétine est alors remplacée par la Sertraline. Le traitement n'est maintenu qu'une semaine car Léa est très agitée voire excitée. Tous les traitements sont arrêtés et elle est renvoyée chez elle. La Ritaline est évoquée mais non prescrite.

La semaine d'après elle est hospitalisée à nouveau. La Fluoxétine est introduite en association avec l'Aripiprazole à petite dose en plus du Tercian.

De nouveau, rapidement les effets thérapeutiques s'épuisent et la Fluoxétine a des effets secondaires. L'Aripiprazole est alors augmenté et elle est remise de nouveau sous Sertraline.

Au retour à la maison les doses de Tercian la sédament énormément et elle dort 20H sur 24H. La maman décide de l'arrêter.

Depuis la réintroduction de la Sertraline, sa maman décrit Léa comme très agressive voire de plus en plus. Ce qui a conduit même à appeler la police car sa fille l'a menacée avec un couteau. Léa finit en garde à vue.

Léa fait une TS, c'est sa troisième, elle est hospitalisée de nouveau. La Sertraline est arrêtée, l'Aripiprazole augmenté et le Tercian réintroduit.

La maman interroge les médecins sur la pertinence de l'introduction du lithium mais pour les médecins ce n'est pas la prescription de première intention. Quand elle parle du papa, on lui répond que ce n'est pas héréditaire et qu'il est inutile de le prendre en compte. Ils lui expliquent qu'ils préfèrent augmenter les doses d'Aripiprazole plutôt que de mettre du lithium car, d'après eux, il s'agit d'un produit plus dangereux et pour lequel elle est trop jeune.

La maman repart avec sa fille, une ordonnance d'Aripiprazole avec des doses augmentées et du Tercian. Léa a déjà pris 10kg en quelques mois. Elle se dit prête à tout pour aider et même sauver sa fille.

Malgré tout, la maman insiste, le médecin lui répond alors qu'il ne peut rien faire de plus et que si elle souhaite du lithium, il faut se tourner vers un Centre Expert.

Il conclut en lui disant que sa fille va bien et que l'adolescence peut se mêler à tout ça.

La maman s'oppose à sa sortie de l'hôpital car, à l'inverse des médecins, elle trouve sa fille encore très instable. Léa, quant à elle, a une impérieuse envie de sortir de l'hôpital et sa maman appréhende le retour à la maison. Les médecins insistent pour qu'elle la récupère en précisant que sinon cela risquait de créer des conflits plus importants entre elle et sa fille. Ils lui proposent de mettre en place une aide avec des éducateurs et lui conseillent d'appeler le 17 si une nouvelle crise venait à se produire.

Arthur a 10 ans. Il est né dans le cadre d'une GPA aux Etats-Unis et vit avec sa sœur jumelle et ses deux papas à Paris. Au niveau des antécédents familiaux, du côté de son père génétique, il y a un oncle qui s'est suicidé, un cousin diagnostiqué bipolaire et plusieurs personnes dépressives.

Dès l'âge de 4 ans Arthur se montre opposant, colérique, émotionnellement électrique, assez désobéissant. Puis après des hauts et des bas, quelques passages chez un psychologue, son entrée en CE2 marque le début de l'enfer. Arthur devient très colérique, agressif et violent verbalement, et même physiquement avec ses parents. Il fait des crises clastiques qui peuvent durer des heures avec vol d'argent et achat compulsif. Cela s'accompagne même d'une mise en danger car il fugue régulièrement.

Ses parents débutent alors un nouveau suivi chez une psychologue psychanalyste. Arthur ne parle jamais, ses deux papas sont présents à toutes les séances. Ses papas doivent se battre pour l'y emmener, souvent de force. La situation continue de se dégrader. La psychanalyste voit les symptômes d'Arthur comme l'expression d'un problème identitaire en lien avec l'histoire de sa naissance.

Ses parents décident alors de consulter un pédopsychiatre en libéral. Arthur a alors 8 ans. Ce médecin est décrit par ses parents comme très investi et à l'écoute. Dès le départ, il diagnostique un TDAH mais pressent qu'Arthur a d'autres comorbidités dont un trouble anxio-dépressif.

Après l'échec du Méthylphénidate (crise de tristesse le soir, anxiété+++ et obsessions), un antidépresseur est rapidement prescrit (Fluoxétine).

Pendant quelques semaines ses parents parlent de «miracle» et disent retrouver Arthur. Mais très vite son état se dégrade à nouveau y compris à l'école. La Fluoxétine est augmentée et le Méthylphénidate est réinstallé. Une amélioration est constatée pendant quelques jours puis tout se dégrade à nouveau à l'école comme à la maison. Puis Arthur commence à prendre des risques, à moins considérer le danger. Le Méthylphénidate est stoppé de nouveau.

Passent alors les vacances d'été avec une dose encore rehaussée de Fluoxétine.

La rentrée arrive, c'est compliqué. C'est à ce moment-là qu'est introduit l'Abilify pour la première fois. La posologie est rapidement augmentée mais Arthur réagit mal : ralentissement, tremblements. L'Abilify est arrêté et remplacé par du Risperdal.

L'automne est catastrophique, c'est l'effondrement. Comme aucune amélioration n'est constatée, tous les traitements sont arrêtés progressivement.

Pendant 2 mois Arthur fait de fortes crises : insultes, agressivité envers d'autres enfants comme sa sœur ou ses cousines voire violence psychologique, violence verbale et physique sans limite avec ses parents.

Le pédopsychiatre recommande aux parents d'appeler les pompiers et fait une demande d'hospitalisation auprès de l'hôpital de secteur. Après 2 passages aux urgences Arthur est hospitalisé une première fois dans un service spécialisé dans l'évaluation des troubles du neurodéveloppement pour 2 semaines.

Arthur ressort avec les diagnostics de TDAH, TOP, TDDE et dysgraphie.

On lui prescrit de la Fluoxétine. Deux mois plus tard il est de nouveau hospitalisé pendant une semaine.

L'Abilify est de nouveau prescrit et est mieux toléré. Le CMP prend la relève de l'hospitalisation. Arthur s'oppose farouchement à toute psychothérapie.

.../...

Pendant deux ou trois mois, il a des hauts et des bas, son état reste très instable et les doses sont augmentées.

Arthur est très agité, la violence est de retour (elle n'est jamais vraiment partie). La Fluoxetine est arrêtée au profit de la Sertraline qui est augmentée progressivement.

Cela apporte quelques jours de calme avant une «franche dégringolade» selon l'expression de ses parents.

L'Abilify est augmenté. A l'automne la Sertraline est augmentée une dernière fois. Cela marque le début d'une période décrite comme cauchemardesque par ses parents et qui durera un mois. Arthur fait un virage hypomaniaque mixte. La noirceur est intense, les crises se multiplient, la plus petite frustration est insupportable.

Arthur traverse des moments de culpabilité où il se frappe. Il dort moins, est agité en permanence, se dispute tout le temps avec tous les enfants, fait preuve d'agressivité gratuite, vole, mange pendant les crises de manière compulsive. Son pédopsychiatre en libéral s'inquiète et parle de bipolarité juvénile.

Il connaît mal le sujet, il demande à ses parents de réduire les doses des médicaments et présente la situation d'Arthur à des collègues plus spécialistes qui conseillent de débiter le lithium et d'arrêter immédiatement la Sertraline.

Le lithium est débuté. Au même moment un hôpital répond à la demande d'hospitalisation déposée dans plusieurs hôpitaux par ses parents qui sont au bord du burn-out.

Il s'agit d'un nouvel hôpital. Ils repartent de zéro. Le lithium n'est pas poursuivi. Tous les traitements sont arrêtés et commence alors une phase d'observation. Seul le Loxapac est administré pour contenir l'agitation. L'Abilify est réintroduit, du Xurta est ajouté. Le médecin annonce aux parents qu'ils ont fait le tour des solutions médicamenteuses «classiques» et qu'ils débutaient désormais une approche individualisée. Le Tegretol est alors introduit. Malgré tout quand les parents interrogent les médecins le diagnostic de troubles de l'humeur est toujours écarté. Depuis, à l'hôpital, Arthur est moins opposant, plus stable, mais les visites de ses parents et les permissions le déstabilisent systématiquement et son humeur s'effondre.

Cela fait maintenant trois mois qu'Arthur est hospitalisé. Ses parents se disent perdus. Le chef de l'unité leur fait une nouvelle restitution : Le Tégrétol n'a pas donné les résultats attendus (fatigue, agitation, déprime). D'après lui si Arthur réagit mal au thymorégulateur c'est qu'il n'a probablement pas un trouble de l'humeur.

Ses parents évoquent la cyclothymie, le médecin sourit : la cyclothymie n'existe pas vraiment avant 20 ou 30 ans et il n'ont pas vu de cycles à l'hôpital.

Sa conclusion est la suivante : Arthur les met tous, parents, soignants en échec et en difficulté pour l'amener vers le mieux et à minima la psychothérapie mais il n'y a pas vraiment de «molécule» pour Arthur à part le Xurta qu'il peut encore augmenter et l'Abilify qui le contient un peu. La plupart de ses symptômes seraient psychologiques.

Malgré tout ses papas gardent espoir à chaque fois qu'ils croisent le sourire lumineux de leur fils.

Ils pensent reparler du lithium avec le pédopsychiatre qui suit Arthur en libéral.

Pierre a 9 ans. Il est né dans une famille aimante et est le deuxième d'une fratrie.

Dès la naissance, il présente des troubles du sommeil importants ainsi qu'une grande difficulté de régulation émotionnelle. Bébé, il est très difficile à apaiser et manifeste rapidement des crises de colère intenses et fréquentes.

À l'âge de 2 ans et demi, un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme avec bon niveau de langage est posé. Un suivi est immédiatement mis en place et ne sera jamais interrompu : pédopsychiatrie, accompagnement psychologique, interventions en analyse du comportement et suivi par un éducateur spécialisé.

À l'entrée en maternelle, malgré de bonnes compétences cognitives et langagières, Pierre rencontre de grandes difficultés comportementales. La gestion de la frustration, les transitions et la vie de groupe entraînent des crises majeures, rendant la scolarisation très compliquée. Il est alors scolarisé à mi-temps et l'équipe éducative évoque même une orientation vers un IME.

En grande section, à l'âge de 5 ans, les troubles s'aggravent malgré les prises en charge. Pierre est déscolarisé temporairement avec une demande d'hospitalisation.

Le diagnostic de dysrégulation émotionnelle sévère de type bipolarité infantile est posé. Les antécédents dans la famille sont les suivants : un arrière grand-père maniaco-dépressif, un grand père et un oncle avec des signes de bipolarité, une maman TDAH.

Un traitement par Micropakine et Risperdal est introduit.

En CP, il intègre un dispositif d'autorégulation.

En CE1, devant des difficultés attentionnelles importantes, un traitement par Méthylphénidate est essayé. Très rapidement, un virage maniaque franc apparaît en classe, avec agitation extrême, logorhée, idées obsédantes et hallucinations visuelles. Les parents alertent immédiatement la pédopsychiatre.

Plusieurs adaptations médicamenteuses sont alors tentées : augmentation du Risperdal, introduction de l'Abilify, puis essai du Loxapac. Ces traitements entraînent des effets secondaires importants, notamment une majoration de l'agressivité, une désorganisation comportementale et la persistance de crises de colère sévères. Des phases maniaques marquées sont observées à cette période.

La scolarité reste très fragile, souvent réduite à un temps partiel, avec de nombreuses ruptures.

En CE2, un traitement par lithium est introduit, en association avec la Micropakine. Après quelques mois, une amélioration nette est constatée. Pierre devient plus stable sur le plan émotionnel, les crises diminuent fortement, les débordements comportementaux cessent en grande partie et il peut rester disponible pour les apprentissages. Il parvient à suivre une scolarité plus régulière, à s'engager dans le travail scolaire et à développer progressivement son autonomie.

Depuis l'âge de 2 ans et demi, un accompagnement psychologique continu est maintenu. Un travail de psychoéducation a également été mené avec l'association Bicycle afin d'aider la famille à mieux comprendre et accompagner les difficultés de régulation émotionnelle de Pierre.

Aujourd'hui, l'adaptation du traitement par lithium associée à la Micropakine, ainsi que les accompagnements éducatifs et thérapeutiques, permettent à Pierre d'avoir une vie plus stable et de vivre la vie d'un enfant de neuf ans.

**Ces témoignages sont récents et ne sont pas des situations exceptionnelles :
ils reflètent une réalité récurrente observée sur l'ensemble du territoire.**

3. NOS DEMANDES

3.1 Clarifier le cadre national

Positionnement clair de l'Etat avec une reconnaissance officielle de la bipolarité à début précoce

La littérature scientifique internationale permet de se positionner et ceci même en l'absence actuelle de consensus en France (probablement lui-même favorisé par le manque d'un cadre institutionnel clair). Une reconnaissance officielle contribuerait à éviter les conséquences graves décrites précédemment et à mettre fin au flou institutionnel.

En effet, ***aujourd'hui, ces enfants existent cliniquement mais pas médicalement ni politiquement.***

Du fait de l'absence de clarification du lien avec les TND, ils sont exclus de nombreux dispositifs sans propositions alternatives et les familles sont abandonnées.

Pourtant de nombreux professionnels considèrent aujourd'hui que la bipolarité à début précoce rentre dans le champ des TND.

En effet, la bipolarité quand elle apparaît dans l'enfance affecte le développement du cerveau et entraîne des difficultés durables dans les apprentissages, les comportements ou les interactions sociales. C'est pourquoi nous demandons que l'Etat se positionne pour que ces enfants cessent d'être invisibles.

Recommandations nationales spécifiques

Nous demandons une saisine de la HAS afin que soient élaborées des recommandations officielles de bonnes pratiques pour la bipolarité à début précoce voire très précoce (avant 10 ans) prenant en comptes les spécificités développementales.

Bicycle peut être force de proposition pour constituer un groupe de travail.

Plusieurs professionnels nous soutiennent.

3.2 Sécuriser les pratiques cliniques :

Prescriptions basées sur les dernières données de la science

Nous demandons :

- D'autoriser la prescription de médicaments selon les dernières données de la science et non exclusivement limitée au cadre de l'AMM dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Rappelons qu'en pédopsychiatrie, la majorité des prescriptions sont hors AMM et 80% des prescriptions hospitalo-universitaires en pédiatrie sont hors AMM (1).
- Le remboursement des prescriptions hors AMM pour les patients pour une égalité d'accès aux soins pour tous.
- Une garantie de sécurité juridique et éthique pour les professionnels. Sur le terrain certains médecins font le choix de prescrire et d'agir selon les données actuelles de la science et leur responsabilité clinique, parfois en dehors des cadres habituels, pour éviter une perte de chance pour l'enfant. A l'inverse d'autres professionnels, tout aussi conscients des enjeux, renoncent à ces décisions faute de cadre sécurisant par crainte des risques médico-légaux.

(1) Académies de médecine et de pharmacie (novembre 2018)

Quand l'État ne se positionne pas, il transfère le risque sur les professionnels et les conséquences sur les familles.

Ainsi, aujourd'hui, **selon l'AMM nos enfants sont trop jeunes pour être malades mais pas trop jeunes pour mourir.**

Ce décalage, combiné au manque de connaissances de certains professionnels, entraîne aujourd'hui de fortes injustices et des inégalités importantes pour les familles, avec des conséquences graves sur la santé des enfants.

Modification des RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) pour les antidépresseurs

Nous demandons une saisine de l'ANSM.

En France, la rubrique « mises en garde et précautions d'emploi » des antidépresseurs dans les RCP mentionne uniquement la nécessité d'une surveillance à cause d'un risque de survenue d'épisodes maniaques ou hypomaniaques, précisant que le traitement doit être interrompu si une manie se manifeste.

Cependant, en pratique, de nombreux parents nous rapportent que certains pédopsychiatres initient un traitement antidépresseur dans l'objectif de provoquer un virage maniaque et ainsi poser un diagnostic de trouble bipolaire. Nous dénonçons fermement ces pratiques, qui peuvent mettre en danger la vie de l'enfant.

Nous demandons donc une formulation plus explicite des RCP à l'instar de ce qui se fait déjà pour les psychostimulants où il est clairement précisé :

- Que tous les patients doivent être dépistés pour un trouble bipolaire avant l'initiation du traitement.
- Qu'il est nécessaire de rechercher des antécédents personnels ou familiaux de bipolarité, manie ou hypomanie.

La prescription d'un antidépresseur chez un enfant ou un adolescent souffrant d'un trouble bipolaire majore le risque suicidaire, l'augmentation de la rapidité des cycles ainsi que la résistance ultérieure à un traitement adapté.

Il nous paraît également indispensable d'ajouter ces alertes aux notices destinées aux patients pour les sensibiliser à ces risques graves.

L'objectif est de les protéger en particulier en cas de trouble bipolaire non diagnostiqué.

Généraliser l'utilisation de la K-SADS-PL dans les services de pédopsychiatrie

Cet entretien diagnostique semi-structuré est un des plus utilisés au niveau international. En France il est déjà largement utilisé au CHU de Nice par l'équipe du Pr Askenazy qui est à l'origine de sa traduction française.

Elle permet d'explorer l'ensemble des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent y compris la bipolarité juvénile en faisant le lien entre les symptômes présentés par l'enfant - et qui diffèrent de ceux chez l'adulte - et les critères du DSM.

Sa passation systématique pourrait diminuer le risque d'erreurs diagnostiques en guidant les professionnels peu à l'aise avec le diagnostic de bipolarité juvénile ou en proposant une hypothèse diagnostique supplémentaire à ceux qui l'écartent par méconnaissance.

Bien sûr comme tout outil, précisons qu'il ne s'agit que d'une aide pour le diagnostic et qu'il ne peut pas remplacer l'anamnèse clinique notamment sur les antécédents familiaux et l'histoire du trouble.

Développer un programme national d'études sur les traitements des troubles psychiques de l'enfant

À ce jour, **une grande partie des prescriptions médicamenteuses utilisées chez l'enfant et l'adolescent repose sur l'extrapolation de données issues d'études conduites chez l'adulte**. Or, les spécificités neurodéveloppementales, métaboliques et hormonales de l'enfant rendent ces extrapolations scientifiquement fragiles et cliniquement insuffisantes.

Nous demandons :

- La réalisation d'études longitudinales sur 10 à 15 ans visant à évaluer l'efficacité et la tolérance des différentes molécules prescrites dans les troubles psychiques de l'enfant. Réaliser également des études rétrospectives serait un plus.
- Des études randomisées en double aveugle qui permettraient d'évaluer la balance bénéfices/risques des molécules dans les troubles psychiques de l'enfant. Ces études devront être menées sur une période de 2 ans minimum et poursuivies dans l'idéal sur 5 et 10 ans. On sait qu'il peut être difficile de faire la différence entre un trouble bipolaire et un TDAH avec des comorbidités : savoir si le lithium est efficace pour traiter les TDAH avec comorbidités serait une très grande avancée pour un grand nombre d'enfants et éviterait la polymédication.
- Ces études devront être menées sans conflit d'intérêt.
- La publication transparente des résultats, positifs comme négatifs.

La reconnaissance de la bipolarité à début précoce doit impérativement s'accompagner d'un investissement dans la recherche pédiatrique.

3.3 Harmoniser l'organisation et les pratiques de soins

Meilleure Formation des professionnels

Renforcer la formation initiale et continue des médecins est essentiel. Trois points nous semblent prioritaires :

- Améliorer la formation des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, mais aussi des généralistes et pédiatres, souvent en première ligne. Cette formation doit inclure la sensibilisation aux formes juvéniles de bipolarité et à leurs particularités cliniques. Si certains psychiatres de l'enfant et de l'adolescent font appel à des collègues psychiatres de l'adulte plus expérimentés pour initier et assurer le suivi d'un thymorégulateur, beaucoup refusent de le faire.
- Rendre la formation médicale continue réellement obligatoire avec fourniture d'un justificatif pour tous les praticiens afin de s'assurer de la mise à jour des connaissances comme c'est déjà le cas dans d'autres pays.
- Formation des professionnels dans les écoles pour une meilleure compréhension et un meilleur accompagnement de ces enfants (enseignants, médecins scolaires, AESH, personnels DAR, etc)
- Sensibiliser à l'importance du rôle et de la parole des aidants, acteurs clés dans le parcours de soin des patients

Uniformiser les DIP (Dispositifs d'Intervention Précoce) sur l'ensemble du territoire

- Certains DIP ne prennent en charge que le PEP (Premier Épisode Psychotique), tandis que d'autres couvrent l'ensemble des troubles de l'humeur. Une harmonisation des objectifs est nécessaire pour garantir une prise en charge équitable et cohérente.
 - Il est important d'harmoniser la dénomination des dispositifs afin de faciliter leur repérage et leur identification par les bénéficiaires.
 - Nous demandons à faciliter l'accès à ces dispositifs sans condition d'âge minimum ni de parcours. Aujourd'hui il faut souvent avoir au moins 15 ans et rencontrer des difficultés psychiques débutantes perturbant le fonctionnement au quotidien (scolarité, cercle social, etc) depuis moins de 2 ans et ne pas avoir de suivi antérieur.
- Ces critères excluent les familles ayant connu une longue errance diagnostique et une prise en charge inadaptée. Pour ces enfants, il faut souvent attendre l'âge de 18 ans pour bénéficier d'un suivi adapté.

Améliorer la coordination entre les différents acteurs du soin

Les parents rapportent fréquemment des difficultés de communication entre les professionnels de santé lorsque leur enfant bénéficie de plusieurs prises en charge.

Ces situations surviennent notamment lors d'un passage d'une clinique à un hôpital ou d'une prise en charge en secteur libéral vers le secteur public mais parfois même aussi entre deux structures publiques (CMP/hôpital ou entre 2 hôpitaux).

Malgré des traitements médicamenteux déjà instaurés, il arrive souvent que la prise en charge soit reprise depuis le début.

Parfois les mêmes molécules sont réintroduites alors qu'elles se sont déjà révélées inefficaces.

Une meilleure transmission des informations et une coordination renforcée entre les différents intervenants permettraient d'éviter ces répétitions et d'optimiser la continuité des soins.

3.4 Garantir l'accès et la prise en charge des psychothérapies

Le dispositif MonPsy s'adresse à toute personne, dès 3 ans, en souffrance psychique d'intensité légère à modérée et exclut d'emblée les enfants souffrant de troubles bipolaires ou avec une suspicion de trouble bipolaire.

De plus, les critères de sélection apparaissent très hétérogènes selon les territoires.

Or les CMP et les hôpitaux affichent souvent plus d'un an d'attente et certains n'acceptent même plus de nouvelles inscriptions sur leurs listes d'attente.

Rappelons que la prise en charge de première intention en cas de suspicion d'une bipolarité à début précoce doit toujours être une TCC familiale. ***Mais comment peut-on encourager à faire ce choix quand la médication est remboursée mais pas la thérapie ?***

Dans ce contexte il n'est pas étonnant de voir la médication bondir.

Nous demandons donc d'étendre l'accès à ce dispositif à l'ensemble des troubles psychiques, afin de ne pas écarter les enfants qui en ont le plus besoin.

Sans cette extension, faute de moyens adaptés, ces enfants se retrouvent sans aucune prise en charge, aggravant leur souffrance et les risques associés.

De plus, pour compléter les dispositifs BREF ou LEO des programmes de guidance parentale et plus spécifiques à la dysrégulation émotionnelle sévère chez l'enfant à l'image de nos ateliers Tandem mériteraient d'être déployés plus largement.

La bipolarité à début précoce demeure aujourd'hui une zone d'incertitude clinique et institutionnelle en France entretenue en arrière plan par un débat idéologique qui n'a pas sa place. Cette situation engendre des pratiques hétérogènes, des retards diagnostiques et de véritables pertes de chance pour les enfants. De plus, du fait du retentissement d'un trouble non stabilisé sur la scolarité et la vie sociale lors du développement, les risques sont majorés. C'est alors une véritable course à la montre qui s'engage.

Les données scientifiques internationales convergent pourtant vers l'existence de formes précoces, dont l'identification et la prise en charge adaptée constituent un facteur déterminant d'évolution à long terme.

Au-delà d'un débat théorique, il s'agit d'un enjeu concret et majeur de santé publique : prévention du risque suicidaire, limitation des hospitalisations répétées, maintien de la scolarité, réduction des effets indésirables des médicaments et soutien aux familles.

Aujourd'hui les initiations de thymorégulateurs sont rares voire exceptionnelles chez les enfants et les adolescents avec un trouble bipolaire alors que les ordonnances débordent souvent d'antipsychotiques, d'antidépresseurs et de psychostimulants. Faute de moyens et d'accès aux soins, les accompagnements thérapeutiques sont souvent écartés par les familles.

Nous demandons un cadre clair fondé sur l'état actuel des connaissances scientifiques permettant d'harmoniser les pratiques et de sécuriser les parcours.

Clarifier aujourd'hui, c'est prévenir des ruptures de soins demain.

La bipolarité est une maladie mentale, chronique, grave et mortelle.

Le diagnostic précoce peut changer le pronostic de l'enfant et l'avenir de toute la famille tout en réduisant considérablement les dépenses de santé publiques.

Aujourd'hui, il s'agit d'une véritable urgence sanitaire.

Notre Association vue par les bénéficiaires

L'association Bicycle a sauvé notre enfant et notre famille d'un parcours de 8 années de souffrance et d'errance (erreur ?) diagnostique.

L'association est un soutien nécessaire pour croire de nouveau en nos capacités de parents et ne pas culpabiliser. Elle est également présente pour continuer à nous accompagner une fois le diagnostic posé. Je n'ai jamais trouvé autant de bienveillance, de non-jugement. C'est le seul endroit où l'on peut dire avec la plus grande transparence les difficultés que nous pouvons éprouver. Merci encore à l'association d'exister !

Léonore P.

Excellente association, bienveillante, à l'écoute, de très bons conseils, toujours disponible. Bicycle nous a sauvé la vie.

Vérane Q.

Une nouvelle famille face aux difficultés que l'on rencontre avec nos cyclos !

De l'écoute, de la bienveillance, du non-jugement !!!

Des projets, des idées, des échanges... pour faire entendre ceux que nous sommes !

Des années d'errance médicale jusqu'à la découverte de Bicycle et de sa présidente (entre autres) qui nous a orienté pour de doux moments que nous ne connaissons plus.

En un mot : merci !

Jennifer D.

L'association Bicycle nous sauve la vie : une écoute active, un formidable accompagnement, une empathie hors du commun ! Des conseils efficaces, des explications claires, des documents très recherchés que ce soit pour les parents, les cyclos/bipos et le monde enseignant. Une guidance qui nous sort des ténèbres... Une lumière au bout du tunnel.

Merci

Céline C.

Depuis plus de quatre ans, l'association Bicycle accompagne notre famille dans la gestion de la cyclothymie de ma fille. Leur soutien a été déterminant.

Au-delà de l'écoute, l'équipe fait preuve d'une implication et d'une disponibilité remarquables. À chaque étape, ils ont su apporter des conseils concrets, proposer des pistes d'accompagnement et nous orienter vers les ressources adaptées.

Dans des moments particulièrement difficiles, alors que certains professionnels minimisaient la situation, ou pire, malgré la souffrance exprimée par ma fille, l'association Bicycle m'a permis de prendre du recul, de mieux comprendre la maladie et de trouver la force de défendre les besoins de mon enfant.

Ils jouent un rôle essentiel pour les familles : celui d'une boussole dans la tempête que peuvent représenter les troubles de l'humeur chez l'enfant. Leur expertise, leur

humanité et leur engagement font une réelle différence dans le parcours des parents et des jeunes concernés.

Je ne serai jamais assez reconnaissante pour l'aide apportée depuis toutes ces années.

Cathy C.

Cette association m'a sauvé la vie tout en humanisme et professionnalisme et m'évite constamment d'être enfermée en hôpital psychiatrique. J'y ai rencontré des personnes formidables qui m'aident à devenir l'adulte de demain.

Romane M.

Des gens engagés, soutenant, experts, respectueux, réactifs, généreux ! L'association fait un travail remarquable, et mérite d'être connue et reconnue !! Merci pour tous vos conseils, votre soutien, vos partages !

Perrine J.

Cette association est un vrai bonheur pour nous les parents en détresse face à la souffrance de nos enfants. Bicycle est une vraie mine d'informations où des parents experts de la maladie vous soutiennent et vous conseillent. En outre c'est le seul endroit où j'ai pu trouver du réconfort, du positif et de l'espoir !

Catherine P.

Écoute, soutien, conseils, reconnaissance des problèmes/difficultés de mon enfant qui est en détresse et de ma famille qui souffre. MERCI infiniment Bicycle, pour tout ce que vous faites.

Caroline G.

Un grand merci à Bicycle, à son équipe et tous les parents qui sont toujours là pour nous aider ! Je suis bien heureuse de les avoir trouvés car depuis 3 ans ils m'ont sortie bien des fois du gouffre dans lequel on tombe face au grand flou de la pédopsychiatrie en France ! Encore merci !!

Marie-Laure B.

Cette association est tout juste indispensable, des fois vitale même. Les personnes qui gèrent l'association sont d'une compétence et d'une disponibilité impressionnantes, les membres d'une écoute sans jugement et d'un partage profond. Bicycle est exactement ce qu'il nous faut pour arriver à avancer quand rien ne va plus. Merci Bicycle.

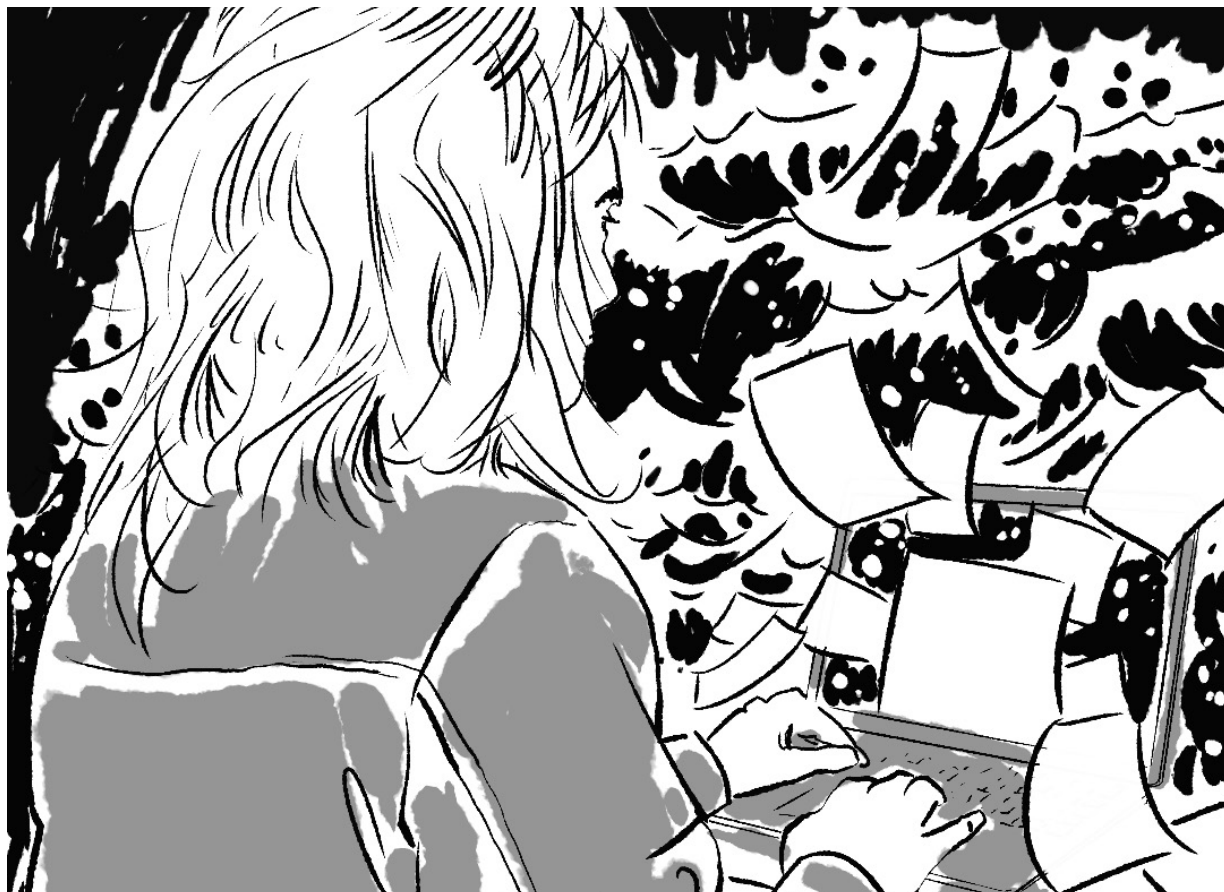
Laurent N.

Une association absolument géniale pilotée par des parents experts de la maladie. Une grande famille qui apporte du soutien au quotidien, des conseils et surtout de l'espoir !

Solène D.

Aujourd'hui, Bicycle a atteint son jour du dépassement.

par Laëtitia Payen



© Rico Grippoil

Cela signifie qu'à l'heure actuelle, nous recevons **plus de messages que nous pouvons en traiter**, plus de messages que d'heures disponibles dans une journée.

Et derrière chaque message, il y a une famille, un enfant, une histoire.

Ce jour nous le redoutions. Naïvement nous espérons que nous parviendrons à obtenir une offre de soins suffisamment importante et satisfaisante avant de nous faire déborder. Nous avons échoué même si chaque jour nous progressons.

Le constat reste le même : **l'errance médicale demeure abyssale.**

Mais le discours évolue doucement. Car si la formation des médecins reste très insuffisante, **celle des parents, elle, se renforce.**

Peu à peu, **la bipolarité juvénile n'est plus systématiquement balayée d'un revers de main** mais dans de nombreuses régions, on nous répond encore :

«On ne connaît pas», «aucun professionnel n'est formé à ça».

Grâce à la montée en compétence des parents capables d'argumenter, certains balbutient encore que *«les études cliniques ne font pas tout, l'expérience du clinicien compte aussi dans le champ de la pédopsychiatrie»*, alors même que l'évolution de l'enfant dont ils ont la charge est défavorable, parfois dramatique.

Comme un dernier rempart à leur incompétence.

Certains encore avancent *«qu'on ne peut plus rien faire»* au lieu de simplement avouer leurs propres limites et sans même imaginer l'onde de choc que cela peut provoquer chez des parents dont l'enfant commence à peine sa vie. Derrière cette phrase qui tombe comme un couperet,

pire qu'un diagnostic qu'on refuse souvent de poser, c'est une condamnation, tout un avenir qui vacille et une famille qui s'effondre.

Une question demeure :

comment des parents parviennent-ils à se documenter eux-mêmes, à comprendre, à lire les études scientifiques, à chercher des spécialistes, parfois à des centaines de kilomètres de chez eux... **alors que certains médecins ne parviennent pas simplement à appeler un collègue plus expérimenté pour demander conseil ou passer la main ?**

Certes, il n'y a pas là des millions à gagner.

Mais **il y a la vie d'enfants** qui est en jeu.

Chez Bicycle, nous sommes en guerre.

Une guerre sans missiles, sans chars, sans images aux journaux télévisés.

Mais **une guerre qui fait des morts tous les jours**.

Ici, pas d'arme nucléaire.

Mais une arme de destruction massive bien réelle : **l'empilement des antipsychotiques**.

«*Au moins, quel que soit le diagnostic, on est tranquille*», entend-on parfois à leurs sujets.

Comment peut-on encore banaliser ces prescriptions à l'heure où l'on parle partout de **médecine de précision** ?

Sans même parler des **psychostimulants** et des **antidépresseurs**, parfois prescrits sans véritable analyse sémiologique du trouble.

Un pédopsychiatre a récemment partagé un guide sur les psychotropes.

Dans la partie consacrée aux troubles bipolaires, on peut lire, dans un encadré :

«*Même devant des indications de trouble bipolaire, il faut commencer par traiter le jeune comme un épisode dépressif unipolaire, en redoublant de précautions quant au suivi.*»

Un autre pédopsychiatre, se présentant comme **expert des répétitions de tentatives de suicide chez les adolescents et auteur de publications sur le sujet**, exclut systématiquement le lithium de ses prescriptions en raison «*des effets potentiels sur les reins*»...

mais n'hésite pas à prescrire de la fluoxétine, **même lorsqu'il suspecte un trouble bipolaire**.

Malgré tout cela, **nous gardons espoir**.

Nous rencontrons aussi des médecins d'une grande humilité, capables de nous considérer parfois plus experts de l'évolution de ces enfants qu'ils ne le seront jamais, simplement parce que nous accumulons connaissances et savoir expérientiel.

En off, plusieurs médecins nous disent :

«*Vous sauvez des vies. Votre combat devrait être soutenu à grande échelle*».

Mais très peu osent l'affirmer publiquement.

La bipolarité chez l'enfant est le Voldemort de la pédopsychiatrie :

tout le monde en parle à voix basse, mais personne n'ose prononcer son nom.

Pourtant, la situation n'est pas figée.

De nombreux professionnels reconnaissent la nécessité de renforcer les connaissances dans ce domaine. Certains n'hésitent pas à collaborer avec notre association ou à se former auprès d'équipes plus expérimentées.

Le mois dernier, Bicycle a ainsi contribué à mettre en relation deux services hospitaliers afin que l'un puisse former l'autre. Dans leurs réunions cliniques, on parle désormais de **thymorégulateurs** - de vrais thymorégulateurs - comme **le lithium** ou certains **antiépileptiques**, et pas uniquement d'antipsychotiques «*déguisés*» en thymorégulateurs.

Ces initiatives restent encore trop rares.

Mais elles montrent qu'une évolution est possible.

La pédopsychiatrie ne pourra progresser que par le partage des connaissances, la formation continue et la reconnaissance des réalités cliniques observées par les familles.

Des initiatives comme Psy Learning par le Pr Laurent Karila nous poussent à rester optimistes.

Ce message s'adresse à **tous les pédopsychiatres, psychiatres, psychologues, IPA, professionnels de santé** :

Si vous pensez que ce sujet est important, **exprimez-vous**.

Relayez cette information.

Sans vous, nous ne pouvons rien.

Mais avec vous, **nous pouvons changer les choses**.

Aujourd'hui, l'urgence n'est pas seulement de soigner.

L'urgence est de **connaître**.



ACTUALITÉS

NOUVEAUTÉ EN LIBRAIRIE

Blouse blanche, idées noires, **Michaël Sikorav, Deboeck Supérieur, avril 2026**



**UNE CLAQUE,
UNE BOMBE...
ET SURTOUT
UNE FORMIDABLE
BOUFFÉE D'ESPOIR.**

Le Dr Sikorav est psychiatre en libéral à Changé (53)
Ancien praticien hospitalier contractuel, il est titulaire d'un diplôme universitaire français de psychopharmacologie et de 2 Masters de psychopharmacologie nord-américains. Il est aussi l'auteur d'un podcast et blog de psychiatrie : msikorav.substack.com
il est également présent sur les réseaux sociaux.

On aime particulièrement le format de ce livre, qui alterne récits de vie et données scientifiques. Michaël Sikorav réussit un véritable tour de force : celui de vulgariser un sujet complexe tout en restant pointu.

Le rythme est bon, parfois haletant, on passe par toutes les émotions et on a envie de connaître la suite. Mais ce qui nous a le plus touchés, c'est l'espoir qui traverse le livre.

Blouse blanche, idées noires fait du bien. Il rappelle que lorsqu'un médecin arrive au bout des solutions, cela ne signifie pas nécessairement qu'il n'existe plus de solutions pour le patient. Cela peut simplement signifier que ce médecin-là est arrivé au bout de ses propres possibilités. Le plus difficile ne semble finalement pas toujours de trouver des solutions, mais l'inertie du système, les habitudes, les résistances et les croyances qui empêchent parfois ces solutions d'arriver jusqu'aux patients et aux familles.

Pourtant le bon sens fonctionne tellement bien avec la science qu'on se prend à croire que ça pourrait être facile. *Blouse blanche, idées noires* est un livre qui interpelle, dérange parfois, mais qui surtout donne envie de continuer à se battre. Michaël Sikorav se fait ici lanceur d'alerte. Mais ce que l'on retiendra surtout, ce sont les lignes qu'il aura contribué à faire bouger, les pratiques qu'il aura questionnées et les patients auxquels il aura redonné des perspectives. Et c'est bien là l'essentiel.

Un livre engagé, utile et profondément humain. Après avoir refermé ce livre, vous ne regarderez plus jamais la maniaque-dépression comme avant et peut-être aussi les marguerites !

Le mot du Dr Sikorav :

« L'histoire est classique : des symptômes aspécifiques dans l'enfance, un premier épisode dépressif à l'adolescence, des antécédents psychiatriques familiaux et une offre de soin avec vingt ans de retard.

J'ai choisi psychiatrie pour une raison simple : aider les adolescents qui ont vécu mon histoire.

Mais lors de mes stages en pédopsychiatrie, j'ai dû me rendre à l'évidence : je n'avais pas la carrure pour faire bouger les choses.

Entouré de soignants qui voyaient le trouble bipolaire comme une mode n'existant que chez l'adulte, j'ai renoncé.

J'ai choisi la psychiatrie adulte par dépit.

Aujourd'hui, les membres de l'association Bicycle m'offrent une seconde chance de mener ce combat, plus nécessaire que jamais. Je les rejoins comme conseiller scientifique, aux côtés du Dr Le Nerzé, pédopsychiatre dont l'engagement n'a jamais failli.

Je les remercie. »

Un grand merci à lui pour son engagement, son soutien et sa confiance en notre association !

ACTUALITÉS



SAVE THE DATE

Concert Love We Need au profit de Bicycle

On vous attend nombreux le 14 novembre 2026 à 19h à l'Espace André Malraux d'Herblay-sur-Seine !

Billetterie sur place et sur réservation et un stand Bicycle pour venir nous rencontrer à partir de 18H.

Encore un nouveau rendez-vous plein de love et de live avec, pour cette nouvelle édition, une thématique R'n'B !

RÉSERVATIONS :

Adultes 12€

Étudiants 8€ / Enfants (-10 ans) 2€

Billetterie sur place le 14 novembre 2026

PRÉVENTES :

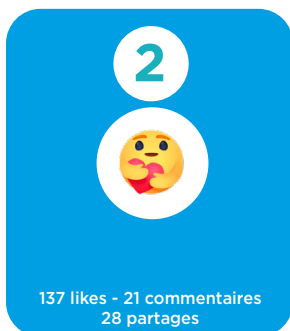


<http://www.helloasso.com/associations/love-we-need/evenements/concert-caritatif-love-we-need-2026>

LE TOP FACEBOOK



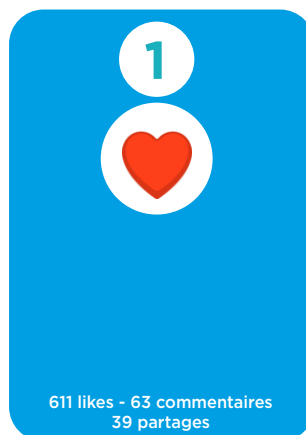
11 juin 2026



Bicycle à l'Élysée



18 décembre 2025



Conseil Scientifique,
le mot du Dr Sikorav



4 mars 2026



Bicycle au Ministère
de la Santé



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

POUR NOUS CONTACTER :
CONTACT@BICYCLE-ASSO.ORG

Love We Need

PRÉSENTE

CONCERT CARITATIF 2026

AU PROFIT DE



NAFE



KÆNDY



ET LA CHORALE :

**SOLD OUT
COLLECTIVE**



**SAMEDI 19H-22H
14 NOVEMBRE**

**ESPACE ANDRÉ MALRAUX
5, CHEMIN DE MONTIGNY
HERBLAY-SUR-SEINE**

**val
d'oise**
le département



**HERBLAY
SUR-SEINE**

RÉSERVATIONS :

**ADULTES 12€
ÉTUDIANTS 8€ / ENFANTS (-10 ANS) 2€**

**BILLETTERIE SUR PLACE
LE 14 NOVEMBRE 2026**

PRÉ-VENTES VIA LE QR CODE



lwn.herblay



Assoce Loveweneed

