

Pédopsychiatrie : quoi de neuf ?



→ P. FUMEAUX^{1,2}, O. REVOL¹

¹ Service de Neuropsychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer, Hospices Civils de Lyon, BRON.

² Pédopsychiatre, Chef de clinique, CHUV et SUPEA, Centre d'Interventions Thérapeutiques pour Enfants, LAUSANNE.

Comme l'enfant, la pédopsychiatrie bouge, évolue, découvre, explore et s'interroge. Cette discipline, actrice et témoin de l'actualité, reste profondément ancrée dans ses référentiels théoriques tout en évoluant et en se nourrissant des avancées des connaissances scientifiques. Le champ de la maladie mentale s'étend parfois arbitrairement, mais la réalité impose de plus en plus l'intervention du "psy" en l'absence de psychopathologie. La psychopathologie quitterait-elle l'individu pour devenir celle d'une société ?

Au cours de l'excursion proposée ici, l'autisme ne sera pas visité car ce thème essentiel a été traité dans le numéro de novembre 2011 [1]. En outre, devenu

cause nationale en 2012, ce sujet a donc été abondamment développé.

Ainsi, nous allons d'abord considérer le *binge drinking*¹, phénomène qui frappe nos préadolescents et nos adolescents de plein fouet. Après un détour indispensable par les enfants de migrants, nous nous arrêterons sur le syndrome d'Asperger et les problèmes diagnostiques que pose cette affection surprenante. L'hyperactivité et le trouble bipolaire mettront un terme à notre excursion en offrant un regard nouveau sur ces territoires, bien connus de certains, mais encore à découvrir pour d'autres.

“Alcoolodéfonce” (*binge drinking*): comme un ouragan

Depuis quelques années, le phénomène du *binge drinking* (BD) prend de l'ampleur et ses conséquences néfastes commencent à être bien étudiées. La consommation d'alcool chez les adolescents n'est pas un scoop, mais ce couple infernal est en pleine mutation. La société, les politiques et les professionnels de l'enfance se doivent d'appréhender ce phénomène d'un œil nouveau afin de proposer des campagnes de prévention adaptées.

Le BD se définit par une prise d'alcool rapide (en 2 heures ou moins), en quantité massive et avec pour principal objectif une ivresse, voire un *blackout* (fig. 1).

Premier constat, l'usage régulier de l'alcool chez les adolescents est en aug-

mentation en France, particulièrement en ce qui concerne les ivresses répétées et régulières [3, 4]. Cette tendance touche tous les pays industrialisés, comme par exemple l'Allemagne, où les hospitalisations d'adolescents pour intoxication alcoolique aiguë ont été multipliées par deux entre 2000 et 2007 [5, 6]. La première alcoolisation survient de plus en plus tôt et de nombreuses études ont démontré une corrélation positive entre cette précocité et le risque, à l'âge adulte, de troubles liés à l'alcool [7-10].

Les conséquences du BD peuvent être immédiates et dramatiques: mort violente (suicide ou accidents de la voie publique), maladies sexuellement transmissibles, relations sexuelles non consenties, grossesses non désirées, syndrome d'alcoolisation fœtale [11, 12]... Et pour couronner le tout, quelques épisodes d'ivresse aiguë pourraient entraîner des atteintes neurologiques comparables à celles rencontrées chez les alcooliques chroniques (retards de latence sur les potentiels évoqués) [13]. En outre, des études rapportent des lésions de l'amygdale et du cortex préfrontal, responsables de réactions impulsives, de troubles de la mémoire de travail et de difficultés d'apprentissage [14].

| | |
|---|--------------------------------------|
| Temps : | Maximum 2 heures |
| Quantité : | ♂ 5 USOH ou plus ♀ 4 USOH ou plus |
| Finalité : | Ivresse, blackout |
| <small>¹ USOH (unité standard d'alcool) = 3 dL de bière 2 dL de vin 4 cl d'alcool fort</small> | |

¹ Alcoolisation paroxystique intermittente ou bottellón dans la péninsule Ibérique.

FIG. 1: Les 3 caractéristiques du binge drinking (adapté de NIAAA, 2004 [2]).

PÉDOPSYCHIATRIE

Les 11-14 ans sont les plus vulnérables. L'aube de l'adolescence constitue une période essentielle, où débute une métamorphose psychologique et sociale (relations amicales, orientation scolaire). Le marketing agressif et extrêmement efficace vantant les boissons alcoolisées en fait des proies faciles. L'adjonction de sodas, dont le goût sucré atténue l'amertume de l'alcool et rappelle les souvenirs des boissons de l'enfance, semble participer à la baisse de l'âge de la première rencontre avec l'alcool [15, 16].

Second constat, le mode de consommation et le rapport avec l'alcool chez les adolescents évoluent. L'alcool fort est consommé rapidement, en groupe, dans la rue. D'un statut d'objet sacré de la fête, l'alcool "est devenu la fête". Là, ce n'est plus lors d'un repas en famille, d'un mariage, d'une "rave" que l'adolescent s'alcoolise, mais avec de nombreux pairs, dans la rue. Le facteur temps est important : le plus court possible, à l'image de la temporalité de la génération Y² (ici et maintenant, tout, tout de suite). L'objectif du BD semble s'apparenter à la recherche de l'effet-flash caractéristique d'une consommation de stupéfiant. L'alcool n'est plus convivial et vecteur de rencontre, mais procure des sensations immédiates.

Le BD constitue donc un problème de Santé publique dont les conséquences sont néfastes sur la santé immédiate et à long terme des préadolescents et des adolescents. A l'instar de mesures politiques et légales (accès, prix de l'alcool), une prévention ciblée sur les 11-14 ans est indispensable. Mais les campagnes de prévention doivent absolument s'appuyer sur les caractéristiques et le fonc-

tionnement de la génération Y. En effet, cette génération a quitté les modèles méritocratiques pour un modèle de valeur personnelle intrinsèque et innée. Le modèle-groupe a remplacé le modèle-familial. L'adulte n'est plus celui qu'on écoute ("il gave"). Les "forums" et les "blogs" lui ont pris sa place. Si la génération de leurs parents s'est construite dans l'opulence et l'espoir, la génération Y évolue dans un monde incertain et violent pour tous (massacre de *Columbine High School*, 1999) où même le plus fort peut être détruit (11 septembre 2001). L'avenir n'est pas rassurant (chômage, précarité). Le salut réside dans "l'ici et le maintenant", avec une dictature de l'instant, largement nourrie par les nouvelles technologies que l'adolescent maîtrise mieux que ses parents, et qui lui permettent de ratatiner le temps et l'espace sur son écran, sa tablette et son smartphone.

Carpe Diem! Profiter un maximum de l'instant, car demain ne sera peut-être pas.

Ainsi, aborder les dangers du BD avec cette génération ne pourra se faire ni en diffusant un message moralisateur et "descendant", ni en insistant sur les conséquences à long terme (risque d'alcoolisme, d'échec scolaire, de précarité, de diminution de l'espérance de vie), mais en axant sur une information portée par les pairs. Le message sera d'autant plus percutant qu'il jouera sur la peur de la souffrance immédiate : conséquences légales d'un accès de violence, d'un homicide par accident de la voie publique, tétraplégie... En outre, il apparaît empiriquement que nombre de ces *binge drinkers* ne présentent pas de troubles psychopathologiques. Pire, le fait d'être bien intégré socialement et d'avoir de nombreux amis constituerait même un facteur de risque (mimétisme social [10]). Quelle inversion des paradigmes!

Le problème de l'alcoolisation est sans doute plus complexe encore chez les jeunes issus de l'immigration, soumis à d'autres contraintes.

Les enfants de migrants : comme un oublié [17]

L'immigration est un thème récurrent dans les discours politiques et sur la scène médiatique. Paradoxalement, l'enfant de migrants tient bien peu de place dans les manuels de psychologie scolaire alors que ses difficultés à l'école sont fréquentes et lui promettent un sombre avenir professionnel et social. Ces enfants sont généralement issus de milieux défavorisés.

La migration constitue en elle-même un traumatisme que le migrant va parfois, malgré lui, léguer à son enfant. Issu d'une famille repliée sur elle-même et aux repères culturels en ruine, celui-ci va se construire en affrontant seul le monde extra-familial (l'école, la société, les médias). Seul, car ses parents, pris dans la nostalgie du pays et de leurs repères culturels perdus, craignent ce monde extérieur qu'ils ne saisissent pas et auquel ils ne peuvent s'identifier.

Dans ce contexte, certains enfants de migrants (dont la langue maternelle n'est pas le français) vont être scolarisés dans une société qui considère que la maîtrise du français constitue une condition *sine qua non* d'intégration. L'école "à la Jules Ferry" se base sur l'axiome que le Français est la langue maternelle de l'élève. Comment ces enfants vont-ils pouvoir rattraper ce retard et surtout élaborer le conflit de loyauté entre leur langue maternelle et leur langue d'adoption, entre leur monde intra- et extra-familial? Les difficultés d'apprentissage, les troubles du comportement, le mutisme extra-familial, les crises psychopathologiques à l'adolescence peuvent constituer la tentative symptomatique de régler ce conflit. Ainsi, comme le souligne Duveillier, les difficultés scolaires de l'enfant de migrants constituent souvent le signe d'une souffrance familiale [18]. Et comme l'affirme Isam Idris : "L'échec scolaire de l'enfant de migrants signe souvent l'échec du projet migratoire." [19].

² Années 1980-1996. Elle suit la génération X (1965-1980) qui a succédé aux baby-boomers (1945-1965). Le Y pourrait être simplement la suite du X. Cependant, il peut faire référence au whY? ou au symbole de la clé autour du cou, voire du fil de l'iPod. Si le titre de ce paragraphe vous évoque "le Rocher", vous devriez appartenir à la génération X.

A l'instar de l'information des professionnels de l'enfance, souvent ignorants de cette problématique, l'apport de l'ethnopsychiatrie est indispensable et précieux. Celle-ci vise à lier notre approche occidentale et les aspects culturels pour aborder le symptôme sous ces deux angles complémentaires. Ainsi, la consultation ethnopsychiatrique permet, en psychologie scolaire, en psychothérapie et en pédagogie, de répondre aux besoins spécifiques de l'enfant de migrants en difficulté.

Le syndrome d'Asperger : comme Rain man ou H(arry) P(otter)?

Force est de constater que ce syndrome est d'actualité, peut-être en lien avec sa disparition dans le futur DSM V où il sera englouti dans le champ des Troubles du Spectre Autistique (TSA). Le "spectre Asperger" verrait cependant sa prévalence augmenter bien que plus de 90 % des cas ne seraient pas diagnostiqués. La difficulté épidémiologique d'un syndrome dont les critères diagnostiques ne font pas l'unanimité est évidente. Ainsi, sa prévalence varierait de 1 à 3,6/1 000 [20].

Historiquement, le syndrome d'Asperger tel que décrit par Hans Asperger en 1943 correspond à un autiste de "haut niveau". Contrairement au modèle de l'autisme décrit par Kanner, le patient ne présente pas de retard de langage et n'est pas déficient intellectuellement. Il peut même montrer des capacités exceptionnelles dans un champ particulier, comme cela été illustré dans le film *Rain man*. Son langage est souvent particulièrement châtié, voire excessivement maniéré ("excès de verbosité"). Il partage avec l'enfant autiste le besoin d'immuabilité, les intérêts restreints, les mouvements stéréotypés et une certaine maladresse motrice. Par contre, dans les relations sociales, si l'enfant autiste se mure dans un retrait autistique, l'enfant Asperger exprime de l'intérêt pour

l'autre, mais de façon tellement inappropriée et étrange qu'il finit isolé. Une capacité d'empathie réduite et immature (et non son absence) en serait à l'origine. Néanmoins, Hans Asperger notait lui-même que pour réussir dans certains domaines (la science ou les arts), la capacité de se détourner du monde et d'investir, parfois de manière

originale et surprenante (bizarre?), une matière était un atout. Bref, il faudrait un brin d'autisme pour réussir. Dès lors, lorsque le bizarre correspond à tout ce qui n'est pas normal (ce qui n'est pas dans la moyenne), quelle différence faire entre un syndrome d'Asperger bien armé cognitivement et un enfant à haut potentiel? Dans son audacieuse

| | Haut potentiel | Asperger |
|---|---|---|
| Relations aux autres | | |
| Sensibilité à la justice sociale | Exacerbée | Exacerbée |
| Codes sociaux | Innés | Appris |
| Empathie | Elevée | Réduite ou immature |
| Règles éducatives | Les conteste fréquemment | Accepte mieux les règles impersonnelles et objectives |
| Intelligence | | |
| Profil cognitif | Homogène ou hétérogène | Hétérogène |
| QI | Elevé | Variable |
| Organisation de la pensée | En arborescence | Linéaire, faible cohérence centrale |
| Développement psychomoteur | | |
| Motricité fine | Maladresse | Maladresse ou retard |
| Langage | Adapté | Atteinte de la pragmatique du langage* |
| Communication non-verbale | Adaptée | Limitée |
| A l'école | | |
| Attentes vis-à-vis de l'enseignant | Empathie | Empathie |
| | Affects appropriés | Minimum d'affects |
| Apprentissage | Autonome | Besoin d'un tuteur |
| Lecture | En avance | Variable, selon le support utilisé/hyperlexie |
| Écriture | Dysgraphie, lenteur** | Dysgraphie, lenteur** |
| Troubles de l'attention | Possibles, selon l'intérêt de l'enfant | Importants, avec atteinte des fonctions exécutives |
| Activités extrascolaires | | |
| Types de loisirs | Atypiques | Atypiques |
| Motivations pour les intérêts spécifiques | Curiosité/besoin de maîtrise | Diminution de l'anxiété et de l'anxiété/plaisir/occupationnel |
| Autres | | |
| Idées | Créatives | Idées fixes, rigidité mentale |
| Sensorialité | Très développée, créative (synesthésie) | Douloureuses (allodynie***) |

* Celle-ci ne touche ni la phonologie, ni la syntaxe, ni le vocabulaire. La valeur strictement communicative n'est pas touchée.
 ** Dans les deux groupes, l'écriture est lente (dysgraphie). Par contre, si l'enfant HP a tendance à rendre un travail à la calligraphie très approximative, l'enfant Asperger perd beaucoup de temps à la recherche d'une perfection graphologique, avec classiquement une macrographie.
 *** Sensation de douleur secondaire à un stimulus indolore.

TABLEAU I : Haut potentiel – Asperger. Tiré de [21].

PÉDOPSYCHIATRIE

et pertinente thèse de doctorat, Mélanie Archimbaud-Devillier propose une mise en perspective de ces deux entités qui laisse songeur [21]. Outre de nombreux points communs, les différences entre un enfant présentant un syndrome d'Asperger et un enfant à haut potentiel peuvent être subtiles, voire à l'origine d'erreurs diagnostiques (**tableau I**).

Ainsi, certains enfants HP peuvent être considérés inadaptés socialement car ils ne peuvent s'épanouir que dans un contexte parfaitement adapté à leur fonctionnement particulier. A l'image d'un Harry Potter qui, dans le monde des Moldus (le monde "normal"), ne brille pas par ses capacités adaptatives. Il ne pourra s'épanouir qu'à Poudlard, l'école des sorciers où, ma foi, la bizarrerie constitue plutôt la règle.

Le débat n'est pas clos, et il reste encore beaucoup à comprendre et à découvrir.

L'hyperactivité : comme une fièvre ! [22]

Chaque année, il est nécessaire de (re) parler de l'hyperactivité, car ce comportement, de plus en plus souvent rencontré en pratique pédiatrique, génère toujours de fiévreux débats.

Il demeure essentiel de préciser que **ce n'est pas une maladie, mais un symptôme**. Comme devant une fièvre d'origine indéterminée, aborder l'hyperactivité ne doit pas se résumer à un traitement symptomatique sans une réelle démarche diagnostique initiale. En effet, un médecin qui se bornerait à prescrire un antipyrétique à un enfant présentant de la température sans en déterminer l'origine pourrait – à juste titre – être considéré comme un incapable. L'hyperactivité nécessite donc une démarche diagnostique et une recherche étiologique rigoureuses, car ce symptôme est commun à des pathologies diverses et de gravité variable.

Le trouble de déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH), avec sa triade classique (troubles de l'attention-impulsivité-hyperactivité) est une **affection neurologique** bien connue. Le dysfonctionnement du lobe frontal pénalise ces enfants intelligents qui sont dans l'incapacité de se concentrer plus de 15 minutes ou d'inhiber des comportements inappropriés. Ces "zappeurs-nés" sont impatients et impulsifs. L'agitation est en général systématique et survient dans toute situation un peu contraignante ou demandant un minimum de concentration. Le diagnostic est facile à établir et les traitements sont variés et rapidement efficaces.

Cependant, le cortex frontal n'est pas toujours la cause de l'agitation. Une évaluation pluridisciplinaire est souvent nécessaire (somatique, pédopsychiatrique, psychométrique, neuropsychologique).

Parfois, un **cadre éducatif déficient** peut être responsable des débordements. L'importance d'un contenant, de limites, se retrouve en biologie (membrane cellulaire). Pour le jeune bébé, c'est le contenant maternel, enveloppe physique et psychique³, qui lui permet de se structurer. Par la suite, le cadre éducatif remplit la fonction de limite, de contenant pour l'enfant. Sans ce cadre, l'enfant déborde, incapable de contenir ("de se contenir") son monde interne, ses angoisses. Il peut alors s'exciter et s'agiter. Typiquement, ces enfants se calment dès qu'ils rencontrent un contenant, un adulte ferme mais bienveillant. Une guidance éducative permet souvent d'apaiser les symptômes de l'enfant.

Dans un tout autre registre, un certain nombre de **maladies génétiques** com-

portent l'agitation dans leur expression (neurofibromatose, syndrome de William, X-fragile). Tout enfant agité doit être examiné physiquement et la présence concomitante de ce symptôme avec des taches cutanées ou des signes dysmorphiques incitera le praticien à solliciter un avis pédiatrique et/ou génétique.

Lorsqu'aucune anomalie somatique n'est présente, d'autres champs sont alors à explorer.

Considérer le rôle des troubles des apprentissages dans la genèse d'une hyperactivité va complexifier la discussion. En effet, si ceux-ci sont la conséquence d'une agitation, ils peuvent également en être la cause. Ainsi, l'enfant présentant une **dysphasie** ou une **dyslexie** pourra parfaitement tenir le rôle de l'hyperactif sur la scène scolaire. Typiquement, cet enfant s'agitait dès son entrée à l'école⁴, mais sera souvent adapté dans son cadre familial où, intuitivement, la communication est compensée par la gestuelle, le regard. Son handicap aura tendance à l'isoler dans le cadre scolaire et l'agitation aura justement comme but de ne pas se faire oublier. Dans le même ordre d'idée, l'enfant à **Haut Potentiel** (HP), autre candidat à un éventuel échec scolaire, va s'agiter lorsqu'il s'ennuie. L'intelligence est source d'anxiété et de préoccupations, et la fuite dans l'agitation peut lui permettre de ne pas trop réfléchir aux questions existentielles et angoissantes qui l'assaillent [23]. N'oublions pas l'enfant présentant une **déficience intellectuelle**⁵ qui, pris dans un monde et des exigences qu'il peine à comprendre, va compenser en adoptant des comportements agressifs ou hyperactifs. A l'instar de l'évaluation clinique, les tests neuro-

³ Handling et holding décrits par Winnicott.

⁴ L'enfant dysphasique sera symptomatique dès l'entrée en maternelle (importance de la communication orale), le dyslexique dès l'entrée au CP (importance de la lecture).

⁵ Le terme de retard mental ne devrait plus être utilisé. En effet, "retard" est ambigu car il sous-entend qu'il pourrait être comblé, ce qui n'est pas le cas dans de très nombreux cas.

psychologiques et/ou les examens psychométriques vont constituer une aide diagnostique précieuse dans les trois situations décrites ci-dessus (dysphasie et/ou dyslexie, HP, retard mental). La thérapie ira surtout dans le sens d'une adaptation et d'aides spécifiques dans le cadre scolaire.

En définitive, il reste le champ de la **maladie psychique**. En effet, l'hyperactivité et l'impulsivité peuvent constituer les premières manifestations d'une **dépression** qui se met en place. Dans ces situations, l'enfant s'agite pour s'extirper d'un espace de pensée envahi par la tristesse. Celle-ci a un impact sur les différents investissements (jeu, école) et relations (repli, manque d'élan vital). Ainsi, un "agité" qui échoue à l'école peut être pris dans une dépression.

Toujours dans ce champ, certains enfants structurent leur personnalité de manière chaotique : ils présentent ce que les pédopsychiatres appellent une **dysharmonie d'évolution**. Considérés comme *borderline*, ces enfants sont surprenants. Leur structure en *patchwork*, comme un puzzle dont les pièces peinent à s'emboîter pour former un tout harmonieux, amène des niveaux de fonctionnement très variables dans le temps. Le rêve et la réalité se confondent par moments dans leur tête, et ils adoptent alors des attitudes inadaptees. Agitation, impulsivité et agressivité alternent avec calme, rêverie et recherche de la relation, ce qui participe largement à décontenancer les adultes. Ces enfants nécessitent l'avis spécialisé et une thérapie du champ de la pédopsychiatrie.

A dessein, le **trouble bipolaire** va être traité à part dans le paragraphe suivant, même si cette affection aurait sa place ici. En effet, le trouble bipolaire pourrait inclure les symptômes du TDAH. En revanche, le TDAH n'inclurait pas tous les symptômes du trouble bipolaire [24].

Le trouble bipolaire : comme quoi...

Historiquement, l'épisode maniaque constituait une sémiologie considérée comme exotique car extrêmement rare chez l'enfant. Ces dernières années, l'existence d'un trouble bipolaire à début précoce (TBDP) fait débat. Certains éléments sont troublants. Ainsi, Goldstein et Birmaher [25] soulignent que deux tiers des adultes souffrant d'un trouble bipolaire rapportent une apparition des symptômes thymiques durant l'enfance ou l'adolescence, dont pour 10 % d'entre eux, des épisodes maniaques avant 13 ans. La dichotomie entre les données épidémiologiques (prévalence stable) et la clinique/la recherche dans ce domaine suggère que les critères diagnostiques du TBDP sont méconnus et/ou pas systématiquement appliqués. En effet, ces symptômes peuvent ressembler à s'y méprendre à un TDAH ou une dépression. En outre, exaltation de l'humeur, familiarité excessive et mégalomanie ne sont-elles pas, chez l'enfant ou l'adolescent, des moments d'euphorie, de toute-puissance infantile ? Cependant, même si la question du diagnostic différentiel reste épineuse, certains auteurs proposent des stratégies d'évaluation du TBDP basées sur des preuves (*evidence-based medicine*) [26].

Il n'en demeure pas moins que les neurosciences offrent des bases intéressantes pour la compréhension de ce trouble, comme en témoigne un modèle qui évoque une dysfonction des réseaux préfrontaux et sous-corticaux [27, 28]. Celle-ci serait due à une vulnérabilité génétique, catalysée par des stress répétés et des processus inflammatoires chroniques. La vulnérabilité génétique serait l'héritage d'enfants issus de familles de patients bipolaires. Des circuits aberrants sont détectables entre le cortex préfrontal et les structures limbiques sous-corticales, responsables des processus émotionnels (circuits sous-corticaux préfrontaux).

Ces avancées demeurent essentielles car le trouble bipolaire constitue un trouble psychiatrique sévère, surtout s'il débute durant l'enfance ou l'adolescence. Un diagnostic précoce chez l'enfant serait un facteur important d'amélioration du pronostic de cette maladie qui reste d'évolution chronique et potentiellement mortelle (prises de risques, suicide) [29].

Conclusion : comme une réconciliation ?

Cette excursion (non exhaustive) autour de la planète pédopsychiatrie nous montre à quel point cet univers est en mouvement. Notre "planète psy" vit une évolution riche en controverses mais où les neurosciences, la génétique, l'*evidence-based medicine* parviennent progressivement à amener des pistes de réflexion, de compréhension et de nouvelles voies thérapeutiques. Ce bouleversement climatique ne constitue pas un réchauffement inéluctable de notre planète, car il n'exclut pas la possibilité de poursuivre un soin psychiatrique inspiré de références psychodynamiques et/ou systémiques. En outre, l'approche psychopathologique y garde toute sa place et, lorsque l'on y regarde de plus près, elle peut aisément s'accorder d'un complément qui ouvre ses perspectives : la science.

Bibliographie

1. REVOL O. Pédopsychiatrie : quoi de neuf ? *Réalités Pédiatriques*, 2011 ; 164 : 1-4.
2. NIAAA. Alcohol's Damaging Effects on the Brain. Alcohol Alert 2004, n° 63 [Avalable from internet at : <http://www.niaaa.nih.gov>]
3. SPILKA S, LE NEZET O, TOVAR ML. Estimation 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. OFDT, enquête ESCAPAD 2011, note du 25 novembre 2011 (actualisée en juin 2012).
4. SPILKA S, LE NEZET O, TOVAR ML. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2001. *Tendances*, n° 79, 2012, 4 p.
5. CURRIE C, ZANOTTI C, MORGAN A *et al.* Social determinants of health and well-being among people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. International report

PÉDOPSYCHIATRIE

- from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
6. STOLLE M, SACK PM, THOMAS R. Binge Drinking in Childhood and Adolescence. *Dtsch Arztebl Int*, 2009; 106: 323-328.
 7. HAWKINS JD, GRAHAM JW, MAGUIN E *et al.* Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *J Stud Alcohol*, 1997; 58: 280-290.
 8. DEWITT DJ, ADLAF EM, OFFORD DR *et al.* Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry*, 2000; 157: 745-750.
 9. KRAUS L, BLOOMFIELD K, AUGUSTIN R *et al.* Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. *Addiction*, 2000; 95: 1389-1401.
 10. PICHEROT G, URBAIN J, DRENO L *et al.* L'alcoolisation des adolescents: une précocité inquiétante? *Arch ped*, 2010; 17: 583-587.
 11. KANNY D, LIU Y, BREWER RD *et al.* Vital signs: binge drinking prevalence, frequency, and intensity among adults – United States, 2010. *MMWR*, 2012; 61: 14-21.
 12. HINGSON R, HEEREN T, WINTER MR *et al.* Early age of first drunkenness as a factor in college students' unplanned and unprotected sex attributable to drinking. *Pediatrics*, 2003; 111: 34-41.
 13. MAURAGE P, PESENTI M, PHILIPOT P *et al.* Latent deleterious effects of binge drinking over a short period of time revealed only by electrophysiological measures. *Rev Psychiatr Neurosci*, 2009; 34: 111-118.
 14. STEPHENS DN, DUKA T. Cognitive and emotional consequences of binge drinking: role of amygdale and prefrontal cortex. *Phil Trans R Soc B*, 2008; 363: 3169-3179.
 15. COLLINS RL, ELLICKSON PL, MCCAFFREY D *et al.* Early adolescent exposure to alcohol advertising and its relationship to underage drinking. *J Adolesc Health*, 2007; 40: 527-534.
 16. HENRIKSEN L, FEIGHERY EC, SCHLEICHER NC *et al.* Receptivity to alcohol marketing predicts initiation of alcohol use. *J Adolesc Health*, 2008; 42: 28-35.
 17. FUMEAUX P, REVOL O, HUNZIKER B. Candidat à l'échec scolaire incompris et ignoré: l'enfant de migrants. *Neuropsychiatrie Enf Adolesc*, 2012, Soumis.
 18. DUVILLIE R. Les enfants de la République sont aussi des migrants: l'école, un laboratoire ethnopsychiatrique. *Sante mentale au Quebec*, 2006; 31: 73-96.
 19. IDRIS I. Du culturel au thérapeutique: la vulnérabilité spécifique des enfants de migrants comme outils de réussite. Conférence du Casnav de l'académie de Paris, 20.01.2005, Lycée Buffon.
 20. EHLERS S, GILLBERG C. The epidemiology of Asperger Syndrome. A total population study. *J Child Psychol Psychiatry*, 1993; 34: 1327-1350.
 21. ARCHIMBAUD-DEVILLIER M. Les difficultés scolaires chez l'enfant à Haut Potentiel. Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Bourgogne, octobre 2012, Dijon, 103 p.
 22. REVOL O. On se calme. JC Lattès, 2013. In press.
 23. FUMEAUX P, REVOL O. Le haut Potentiel Intellectuel: mythe ou réalité? *Revue de sante scolaire et universitaire*, 2012; 18: 8-10. (In press)
 24. SCHOLL JM, PHILIPPE P. Bipolarité et ADHD. Recherche sémiologique: continuum développemental de la petite enfance à l'âge adulte et diagnostic différentiel. *La psychiatrie de l'enfant*, 2012; 55: 125-195.
 25. GOLDSTEIN BI, BIRMAHER B. Prevalence, clinical presentation and differential diagnosis of pediatric bipolar disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2012; 49: 3-14.
 26. YOUNGSTROM EA, JENKINS MM, DOSS AJ *et al.* Evidence-based assessment strategies for pediatric bipolar disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2012; 49: 15-27.
 27. PLISZKA SR. Tracking the Development of bipolar disorder in childhood. Editorial. *Am J Psychiatry*, 2012; 169: 557-559.
 28. ROYBAL DJ, SINGH MK, COSGROVE VE *et al.* Biological evidence for a neurodevelopmental model of pediatric bipolar disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2012; 49: 28-43.
 29. GOLDSTEIN BI. Recent progress in understanding pediatric bipolar disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2012; 166: 362-371.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.