

Pédopsychiatrie : quoi de neuf ?



→ P. FUMEAUX¹, O. REVOL²

¹ Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Service universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), Hôpital Nestlé, LAUSANNE, Suisse..

² Service de Neuropsychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital neurologique Pierre-Wertheimer, Hospices civils de Lyon, BRON, France.

Le changement en pédopsy, c'est maintenant...

L'année 2013 a été marquée par plusieurs nouveautés en psychiatrie de l'enfant : nouvelles classifications des maladies mentales, nouveau regard sur l'hyperactivité, nouvelles reconnaissances de certaines comorbidités, nouvelle génération d'enfants dans les cabinets de pédiatrie.

Les secousses telluriques qui affectent la planète pédopsychiatrique s'expliquent sans doute par la place de cette spécialité, à l'interface de plaques tectoniques d'horizons variés. Plus que jamais positionné au croisement de la philosophie, des sciences de l'éducation, de la sociologie et des neurosciences, le pédopsychiatre est sollicité sans relâche sur les sujets d'actualité. Chaque semaine, les Unes des magazines réclament des avis d'experts. *"Comment mettre mon ado au travail?"*, *"Génération numérique, des enfants mutants"*, *"Nouveaux parents d'ados"*, *"Rythmes scolaires..."*.

Si l'on doit s'interroger sur cette psychologisation de la société, force est de constater que l'extrême rapidité de l'évolution sociétale désespère les familles et les professionnels de l'enfance.

À peine sensibilisés à la génération Y, dont ils commençaient à mieux comprendre les codes, les professionnels voient débarquer la suivante. Ayant enfin admis l'intérêt du DSM-IV et sa vision américaine des maladies psychiques, ils doivent anticiper les

bouleversements apportés par le DSM-5. Éduqués à vilipender les traitements médicamenteux de l'hyperactivité, ils assistent, sidérés, à leur intelligente dédramatisation.

En fait, la pédopsychiatrie demeure une spécialité jeune et qui accède tranquillement à la maturité. Longtemps "adolescente", donc prise dans des mouvements pulsionnels contradictoires et peu constructifs, voire destructeurs, elle devient plus posée, plus sûre d'elle-même, donc plus sereine. C'est une évidence, la pédopsychiatrie joue enfin dans la cour médicale des grands. Cette reconnaissance tardive a même permis de révéler au grand jour l'existence de pathologies adultes, jusque-là peu connues, comme le TDA/H ou le syndrome d'Asperger. Longtemps oubliée par les grandes études nosographiques, la psychiatrie de l'enfant trouve enfin une place dans les classifications internationales des maladies mentales.

Nouvelles classifications

1. Le DSM-5 : la classification diagnostique qui fâche ou un updating très controversé [1]

En mai 2013, la nouvelle version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de l'American Psychiatric Association (APA) a été publiée après 12 ans de travaux. L'impact de ce manuel va bien au-delà du microcosme de la psychiatrie et parti-

cipe à nourrir les débats passionnés qui ont accompagné toute son élaboration.

En effet, aux États-Unis et en Australie, cette classification fait référence pour les remboursements par les compagnies d'assurances ainsi que dans certains contextes juridiques et légaux. En France, comme en Suisse, ce n'est pas tout à fait le cas. Cependant, la classification de référence, la CIM-10, a néanmoins été élaborée en liens étroits avec le DSM pour les troubles psychiatriques. En outre, le DSM demeure le *gold standard* pour la recherche internationale.

Ce manuel revêt donc une importance notable en santé publique, mais également en termes de marchés économiques et financiers. Par exemple, la moindre extension ou baisse d'un seuil diagnostique peut avoir des conséquences notables sur le marché d'un psychotrope : aux États-Unis, le marché des traitements pharmacologiques des troubles de l'attention est passé de 15 millions de dollars avant la publication du DSM-IV^a, à 304 millions en 1994, 658 millions en 1999 et à plus de 2 milliards dès 2003 [2].

2. Pourquoi fallait-il remettre à jour le DSM-IV?

La fiabilité (*reliability*) du DSM-IV est reconnue comme très faible. En effet, les comorbidités sont légion, mais surtout une des catégories diagnostiques les plus attribuées demeure les catégories "non précisé ailleurs" (*not otherwise specified, NOS*)^b. Ceci témoigne du hiatus entre la réalité clinique et cette classification. **Le manque de rigueur scientifique du DSM-IV devait laisser place à une classification basée sur des preuves et intégrant les connaissances récentes en neurobiologie.**

a. Publié en 1994.

b. Catégories regroupant les patients qui ne remplissent pas tous les critères définis d'un trouble spécifique, mais qui s'inscrivent quand même dans cette catégorie.

3. Du DSM-IV au DSM-5, quelles modifications et conséquences pour les enfants et les adolescents? [3] (tableau I)

La structure même du DSM se voit modifiée. Moins nombreuses, les différentes pathologies sont regroupées dans des catégories plus larges, sous-tendues par des preuves scientifiques [4]. Chronologiquement organisés de l'enfance à l'âge avancé, les chapitres suivent le développement. Ainsi, le manuel s'ouvre sur les troubles neurodéveloppementaux (*neurodevelopmental disorders*) caractéristiques de l'enfance et de l'adolescence. Au sein des différents chapitres, les troubles eux-mêmes sont également organisés chronologiquement. Ainsi, les troubles neurodéveloppementaux décrivent successivement les troubles du développement intellectuel (*intellectual development disorders*), les troubles du spectre autistique (TSA, *autism spectrum disorders*) et les troubles de la communication (*communication disorders*) qui, classiquement, surviennent en âge préscolaire ou dans la petite enfance, puis les troubles des apprentissages scolaires (TAS, *learning disorders*), diagnostiqués généralement dans la seconde enfance.

Le trouble d'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H, *attention deficit hyperactivity*), comme les troubles du spectre autistique, sont inclus dans les troubles neurodéveloppementaux. Pour la première fois, le TDA/H n'est ainsi plus associé à la même catégorie que les troubles des conduites ou les troubles oppositionnels avec provocation, comme il l'était dans le DSM-IV (et la CIM-10). Ces modifications structurelles pourraient permettre non seulement un diagnostic et un accès aux soins plus précoces pour les enfants présentant un TDA/H, mais également baisser la charge stigmatisante de cette pathologie. **"L'agité mal élevé" se voit remplacé par "un enfant présentant un trouble neurodéveloppemental"**

En revanche, ce qui amène un plus durant l'enfance – le concept de trouble neurodéveloppemental – risque l'effet inverse pour la psychiatrie adulte, en multipliant les faux négatifs pour le TDA/H par exemple [4].

4. Les troubles du spectre autistique (TSA)

Témoins du regroupement en catégories plus larges, le trouble autistique (*autistic disorder*), le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement (TED, *pervasive developmental disorder*) sont inclus dans les troubles du spectre autistique [5]. Les symptômes de ces troubles constitueraient une catégorie de pathologies au continuum – du plus au moins sévère – dans deux domaines : les interactions sociales et interpersonnelles (*social communication and social interaction*) et la présence de comportements/intérêts restreints et répétitifs (*repetitive patterns of behavior, interests, or activities*). Le pouvoir discriminant de ces deux facteurs serait supérieur au modèle classique^c utilisé jusque-là [6].

D'un point de vue scientifique, les indicateurs semblent donc au beau fixe pour les troubles du spectre autistique du DSM-5.

Cependant, certaines modifications proposées peuvent avoir des conséquences désastreuses en clinique. À l'inverse des TDA/H dont le risque de stigmatisation pourrait diminuer, les enfants présentant un syndrome d'Asperger risquent de pâtir en étant associés au spectre autistique (même s'ils se situent à l'extrémité la moins grave de ce spectre). **Sans parler du risque, compte tenu de la variété de cas entrant dans les troubles du spectre autistique, d'une véritable épidémie d'autisme.**

c. La triade : atteinte des interactions sociales, des capacités de communication et de la flexibilité de la pensée et du comportement.

PÉDOPSYCHIATRIE

Code DSM-5	Code CIM-10	Intitulé
Déficience intellectuelle (trouble du développement intellectuel)		
317	F70	Léger
318.0	F71	Modéré
318.1	F72	Sévère
318.2	F73	Profond
315.8	F88	Retard global de développement
319	F79	Déficience intellectuelle non précisée ailleurs
Troubles de la communication		
315.39	F80.9	Trouble du langage
315.39	F80.0	Trouble de la parole
315.35	F80.81	Trouble de la fluence (bégaiement)
315.39	F80.89	Trouble de la pragmatique du langage
307.9	F80.9	Trouble de la communication non précisé ailleurs
Troubles du spectre autistique		
299.00	F84.0	Trouble du spectre autistique
Trouble de l'attention avec/sans hyperactivité		
314.01	F90.2	Présentation mixte
314.00	F90.0	Avec inattention prédominante
314.01	F90.1	Avec impulsivité-hyperactivité prédominante
314.01	F90.8	Autre trouble de l'attention avec/sans hyperactivité
314.01	F90.9	Trouble de l'attention avec/sans hyperactivité non précisé ailleurs
Troubles spécifiques des apprentissages		
315.00	F81.0	Avec difficultés en lecture
315.2	F81.81	Avec difficultés en écriture
315.1	F81.2	Avec difficultés en mathématiques
Troubles moteurs		
315.4	F82	Trouble du développement de la coordination
307.3	F98.4	Mouvements stéréotypés
307.23	F95.2	Tics – Syndrome de la Tourette
307.22	F95.1	Tics – Tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques)
307.21	F95.0	Tics – Tics transitoires
307.20	F95.8	Tics – Autres tics spécifiés
307.20	F95.9	Tics – Tics non précisés ailleurs
Autres troubles neurodéveloppementaux		
315.8	F88	Autre troubles neurodéveloppementaux spécifiés
315.9	F89	Trouble neurodéveloppementaux non précisés ailleurs

TABLEAU 1 : Les catégories diagnostiques générales des troubles neurodéveloppementaux du DSM-5. Adapté de : Fumeaux et Revol 2013 [1].

5. Le trouble d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

Deux propositions de modifications sur six sont à considérer comme majeures : l'élimination des trois sous-types de TDA/H (type mixte, type trouble de l'attention prédominant, type hyperactivité-impulsivité prédominant) et leur remplacement par des critères spécifiques précisant les symptômes qualitativement et quantitativement, au moment de l'évaluation (*specifiers of current presentation*)^d. Ces critères avaient pour objectif d'intégrer les variations des manifestations du TDA/H au cours du développement et donc leur expression clinique spécifique aux différents âges.

Seconde modification : la réduction du nombre de critères nécessaires au diagnostic^e. Considérée comme d'importance modérée, la troisième modification n'est pas sans conséquence. La hausse de 7 à 12 ans de l'âge seuil d'apparition des symptômes a déclenché les foudres des détracteurs du DSM-5. En effet, sa participation à une probable augmentation de la prévalence du TDA/H semble acquise.

Il semble donc qu'une épidémie de TDA/H soit également à craindre.

6. Le TDA/H chez les enfants présentant un trouble du spectre autistique

La présence d'un trouble envahissant du développement ou d'un autisme constituait, dans le DSM-IV, un critère

d. Critères spécifiques: 1. La **présentation des symptômes**: a. combinée, b. avec une inattention au premier plan, c. avec une impulsivité-hyperactivité au premier plan. 2. La **notion de rémission partielle** si tous les symptômes ont été présents, mais ne le sont plus – et qui, en fait, remplace la catégorie "NOS" (non précisé ailleurs). 3. La sévérité des symptômes (faible, moyenne, sévère) définie par l'ampleur de leur expression et/ou leur impact sur le fonctionnement global de l'enfant.

e. Dès l'âge de 17 ans, cinq critères d'inattention et d'impulsivité-hyperactivité sont nécessaires au diagnostic, au lieu de six en-dessous de cet âge.

PÉDOPSYCHIATRIE

d'exclusion pour un diagnostic de TDA/H. La pratique clinique semble être confirmée par une étude épidémiologique qui rapporte une fréquence importante de TDA/H chez des enfants autistes ou se situant dans le trouble du spectre autistique [7]. Le DSM-5 permettra désormais de considérer cette possible réalité scientifique.

7. Les troubles des apprentissages scolaires

Le DSM-5 réduit les trois catégories du DSM-IV (trouble de la lecture, trouble du calcul, trouble de l'expression écrite... et troubles des apprentissages non spécifiés)^f à une seule: le trouble spécifique des apprentissages (*specific learning disorder*). Des critères spécifiques précisant les symptômes au moment de l'évaluation (*specifiers of current presentation*)^g précisent cette catégorie. Le diagnostic va être orienté vers les troubles spécifiques des apprentissages, en lecture, en écriture et/ou en mathématiques. La sévérité de l'atteinte est à nouveau cotée en léger, moyen et sévère.

Cette réduction de 3 à 1 catégorie noie malheureusement une des manifestations des troubles spécifiques des apprentissages scolaires la mieux validée et la plus fréquente: la difficulté à décoder les mots, comme par exemple la dyslexie ou le trouble de la lecture. En revanche, ce remaniement catégoriel amène l'introduction d'une terminologie pédagogique dans un manuel de santé mentale. La nécessité d'une collaboration pluridisciplinaire entre pédagogie et professions de la santé mentale prend donc – là – corps au sein d'un manuel de référence.

f. *Reading disorder, mathematics disorder, written expression disorder, learning disorder not otherwise specified* (NOS).

g. Trouble des apprentissages scolaires... : avec des difficultés en lecture (*with impairment in reading*); avec des difficultés en écriture (*with impairment in written expression*); avec des difficultés en mathématiques (*with impairment in mathematics*).

Pour la prévalence des troubles des apprentissages scolaires, il semble que, comme pour le TDA/H, le DSM-5 risque d'en provoquer l'augmentation. [8] La comorbidité "troubles des apprentissages scolaires-TDA/H" semble relativement fréquente avec, approximativement, 31 à 45 % des enfants présentant un TDA/H qui montrent également un trouble des apprentissages scolaires et *vice versa* [9]. Il n'est cependant pas possible d'affirmer si les modifications du DSM-5 vont augmenter ou diminuer les taux de ces comorbidités.

L'impact général des modifications versées au DSM-5 pour les troubles des apprentissages scolaires demeure donc relativement nébuleux. Au manque de recul s'ajoute l'absence de consensus concernant les terminologies de ces troubles, entre les différents pays et régions, ainsi qu'entre les différents professionnels (médecins, enseignants, associations) [4, 8, 9].

8. Au total, quelle est la valeur ajoutée du DSM-5 ?

Tempête dans un verre d'eau, véritable tsunami, ou colosse aux pieds d'argile ?

Le DSM-5 avait pour ambition de changer de paradigme et de s'appuyer sur des preuves scientifiques solides, issues des dernières avancées des neurosciences. Utopique, cet objectif n'a pas été atteint. *De facto*, l'unanimité des extrêmes est faite contre lui : les psychanalystes lui reprochent de caricaturer la maladie mentale et de la réduire à quelques ratés de neurotransmetteurs ; les neuroscientifiques l'estiment basé sur aucune preuve scientifique solide.

Tout ce manuel a été construit sur un axiome erroné à nos yeux : la maladie mentale ne peut être appréhendée comme un trouble à l'origine unimodale. Elle demeure en effet le fruit de facteurs environnementaux, psychologiques et biologiques ; par conséquent, cet édifice ne peut que vaciller.

Mais que représentent réellement ces nouvelles classifications pour les cliniciens ? Quittons l'univers respectable mais austère des comités scientifiques internationaux pour nous recentrer sur l'observation de nos jeunes patients, et surtout la façon dont l'évolution sociétale "relookée" certaines pathologies et leurs prises en charge.

Nouveau regard sur l'hyperactivité [10]

Paradoxalement, alors que l'usage des psychotropes chez l'enfant continue d'inquiéter et de diviser la communauté pédiatrique et psychiatrique, les psychostimulants retrouvent une légitimité inespérée. Sous l'œil vigilant de l'HAS, sans se soucier des tracts diffusés à la sortie de certains hôpitaux par de curieuses associations, aux objectifs douteux, les pédopsychiatres ont su balayer devant leur cabinet pour imposer une attitude sereine et scientifique. La position que nous défendons âprement depuis plusieurs années, dans ces colonnes et ailleurs, frise actuellement le consensus. *L'hyperactivité n'est pas une maladie mais un symptôme.*

Si le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) existe réellement, *il est loin de représenter la cause principale d'agitation*. En cas de TDAH avéré, les psychostimulants ne doivent pas être prescrits en première intention, et jamais sans un accompagnement personnalisé (psychothérapie, remédiation cognitive, groupe d'entraînement de parents, etc.). **Mal compris, le TDAH peut nuire gravement à la santé d'un enfant** et le pénaliser à l'école, à la maison ou dans sa vie sociale. Refuser de faire bénéficier cet enfant en danger d'un traitement salvateur demeure une faute professionnelle.

Les ventes de psychostimulants en France augmentent régulièrement mais de façon raisonnable. Nous sommes bien loin des excès nord-américains, et la poursuite

d'une prescription initiale hospitalière encadrée demeure la meilleure garantie d'une décision thérapeutique sérieuse et concertée. Nous continuerons de défendre cette position, en multipliant les informations auprès de nos confrères libéraux qui nous paraissent particulièrement avertis et vigilants. Il reste juste à prendre la mesure de la dimension sociétale. Soigner des enfants excités qui évoluent dans une société excitante incite à lancer un appel au calme. Redonnons du sens au temps, dans nos cabinets médicaux, à la maison... Notre statut de médecin nous confère une légitimité qui permet d'encourager les familles à prendre le temps. De déjeuner et dîner ensemble, de poser les portables pendant les repas, de partager des moments avec les enfants, au-delà des devoirs et des vacances. **Sans oublier que l'hyperactivité voyage souvent accompagnée.**

Nouvelle pathologie : le TDAH

La fréquente coexistence du TDAH avec le haut potentiel (HP) nous a conduit à décrire empiriquement une nouvelle pathologie : le trouble déficit de l'attention avec haut potentiel (TDAH). L'intérêt apparaît non seulement clinique mais également thérapeutique. Les enfants porteurs de "TDAH" cumulent les effets délétères de ces deux profils, dont on connaît mieux les caractéristiques communes (*tableau II*). De fait, ils sont doublement pénalisés : à

- Désintérêt pour les tâches répétitives
- Refus des consignes
- Difficultés à accepter de s'ennuyer
- Problèmes d'écriture
- "Enseignant-dépendance"
- Refus de l'injustice

* *L'enfant TDAH et l'enfant HP optimisent leur motivation en fonction de l'empathie de l'enseignant.*

TABLEAU II : TDAH et HP : de nombreux points communs. Adapté de : Fumeaux et Revol 2013 [1].

l'école et dans leur vie sociale. La reconnaissance précoce de cette double particularité permet la compréhension fine de leur fonctionnement, et surtout la mise en route des stratégies spécifiques. Nous nous sommes interrogés, dans un article qui sera publié prochainement, sur les conséquences potentiellement positives de cette affection hybride [11].

1. TDAH ou HP ?

Les similitudes cliniques entre ces deux entités incitent à en faire avant tout

des diagnostics différentiels, en particulier quand la symptomatologie est marquée par l'agitation. La procédure diagnostique est rendue facile par l'utilisation d'outils paracliniques faciles à maîtriser. La mise en perspective des échelles de Conners (*fig. 1*), complétées par les parents séparément, et celles remplies par des observateurs extérieurs, confirme aisément le diagnostic. On évoque le TDAH isolé quand l'hyperactivité est présente quel que soit le lieu, sans avance intellectuelle sur le QI. À l'inverse, on attribue l'agitation à un haut

QUESTIONNAIRE ABREGÉ DE CONNERS POUR LES PARENTS

Nom de l'enfant : Prénom :
 Date de naissance :

Questionnaire complété par : la mère le père les deux
 le : (date à laquelle le questionnaire est rempli)

Placer une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant

Observation	pas du tout 0	Un petit peu 1	Beaucoup 2	Enormément 3
1. Agité ou très actif				
2. Nerveux, impulsif				
3. Ne finit pas ce qu'il commence, attention de courte durée				
4. Toujours remuant				
5. Perturbe les autres enfants				
6. Inattentif, facilement distrait				
7. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites : facilement frustré				
8. Pleure souvent et facilement				
9. Changements d'humeur rapides et marqués				
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible				

COMMENTAIRES :

FIG. 1 : Questionnaire de Conners : version abrégée, parents.

PÉDOPSYCHIATRIE

potentiel, lorsque le QI est élevé, et que les questionnaires de Conners ne sont significativement élevés qu'à l'école.

Enfin, le TDAH sera retenu devant une agitation omniprésente et un QI supérieur à 130, dans les domaines qui n'évaluent pas l'attention, comme l'Indice de Compréhension Verbale (ICV) ou l'Indice de Raisonnement Perceptif (IRP). Une équipe suisse romande a même validé un calcul du QI qui ne tient pas compte des indices souvent effondrés chez les TDAH [12]. En validant l'Indice d'Aptitude Général (IAG) de Prifitera et Weiss [13], nos confrères suisses contournent ainsi le problème de la validité du QI lorsqu'il existe des différences trop importantes entre les indices. La **figure 2** résume la démarche diagnostique.

2. Double peine ou double chance ?

Au-delà des risques bien compréhensibles que le TDAH fait courir (difficultés scolaires, relationnelles et familiales), une vision positive nous amène à présupposer que cet enfant peut faire de cette double particularité un atout. À l'évidence, le haut potentiel protège. L'enfant doué bénéficie de facilités métacognitives qui lui permettent rapidement de comprendre les ressorts neuropsychologiques qui sous-tendent son handicap. L'enfant TDAH apprécie que le médecin lui explique ce que représente un dysfonctionnement du cortex frontal et l'impact du trouble des fonctions exécutives qui en découle (difficultés à commencer une action, puis à la terminer sans se laisser distraire, manque de contrôle de l'impulsivité, tendance à la procrastination, faiblesse pour filtrer les distracteurs, difficulté à résister à la tentation, etc.). Dans le sens inverse, le TDAH protège l'enfant du risque de facilité engendré par le haut potentiel et lui impose une certaine humilité.

3. Un intérêt pédagogique

La réalité clinique confirme que, bien compris, ce profil bicéphale constitue

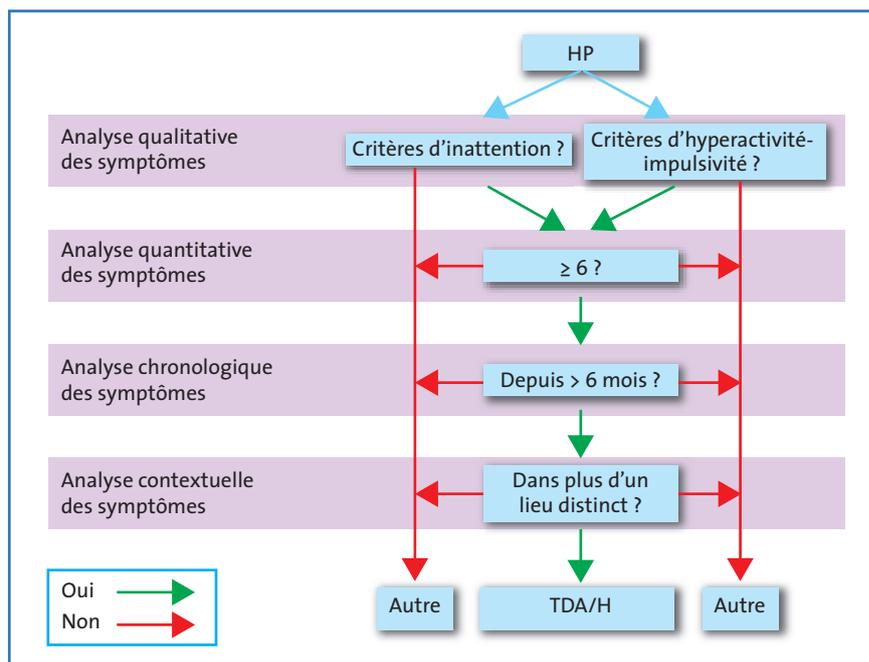


Fig. 2 : Démarche diagnostique HP – TDAH. Adapté de : Fumeaux et Revol 2014 [11].

une double chance. L'énergie du TDAH, parfois désordonnée mais sans cesse renouvelable, devient chez le TDAH une force subtile.

L'enjeu est pédagogique, et le **tableau III** résume les aménagements à proposer dans le cadre scolaire, selon les cas.

La mise en évidence de ce profil original prend une dimension particulière lorsque l'on réalise qu'il concerne de plus en plus d'enfants au sein de la nouvelle génération qui fréquente les cabinets de pédiatrie.

Bye bye la génération Y, bonjour la génération Z

Les enfants de la génération Y (les 15-30 ans) nous ont surpris et souvent inquiété par leurs codes atypiques : égocentrés, désemparés face à un avenir incertain qui les incite à privilégier les plaisirs immédiats, fascinés par les écrans et modelés par l'irruption d'Inter-

net qui a bouleversé les hiérarchies en les rendant plus agiles que leurs parents. La génération suivante, les moins de 15 ans, déboulent dans les cabinets de pédiatrie avec une vision nouvelle du monde. Plus optimistes (ils savent qu'ils trouveront du travail dans les pays émergents), plus solidaires, hypersensibles, ils revendiquent un retour à l'ordre moral, avec un sens nouveau du devoir. Les sociologues les appellent les "émo-boomers", en référence aux baby-boomers.

Appelé génération Z, ou *native generation*, cette population est formée en grande partie par les pré-adolescents. Contrairement à leurs grands frères de la génération Y qui ont grandi avec la mise en place d'Internet, les "Z" sont nés dans un monde où toutes les nouvelles techniques d'information et de communication (NTIC) étaient déjà installées. Web, réseaux sociaux, jeux vidéo sont pour eux une évidence, déjà maîtrisés par les adultes. Ils ont donc moins de choses à apprendre à leurs parents et apparaissent forcément plus respec-

HP	TDA/H	TDAH
Adapter le style d'enseignement et fixer les objectifs		
Stimuler et proposer des défis	Stimuler et proposer des activités captivantes	Stimuler, proposer des défis et des activités captivantes
Concision	Objectifs à court terme	Focaliser sur les points forts, préférer les objectifs à court terme
Variation des activités	Adapter les activités manuelles, audiovisuelles, informatiques	Variation des activités lorsque points forts, technologie et/ou manuel quand c'est nécessaire
Enrichir le contenu	Corriger le contenu	Cultiver les points forts, corriger les lacunes et soutenir la créativité
Adapter le rythme des apprentissages aux besoins particuliers		
Étude autonome, emploi du temps individualisé	Suivre le rythme personnel, temps de travail en individuel avec l'enseignant	Autonomie en suivant le rythme personnel, emploi du temps individualisé
Parcours différencié par niveau et/ou compétences, classes multi-niveaux	Parcours standard	Parcours différencié par niveau et/ou compétences, classes multi-niveaux
Accélération du cursus si nécessaire	Cursus standard	Accélération du cursus si nécessaire

TABLEAU III : Aménagements scolaires spécifiques pour les enfants HP, TDA/H et TDAH. Adapté de : Fumeaux et Revol 2014 [11].

tueux de l'ordre établi. Leurs expressions favorites illustrent ce besoin de revenir à des principes plus normés : “Ça ne se fait pas... !”, “Mais non !”...

Indiscutablement, cette génération toute neuve est porteuse d'espoir. En douceur, les enfants de la génération Z préparent le changement. À nous de savoir les encourager à le poursuivre...

Conclusion

Plus que jamais, la pédopsychiatrie, version 2013, s'étoffe, s'enrichit et s'invite dans le quotidien des familles et des sociétés scientifiques. Son attachement à la pédiatrie, sa spécialité sœur, reste indéfectible. Parallèlement, sur le plan nosographique, neurobiologique et anthropologique, la psychiatrie de l'enfant se rapproche enfin de la psychiatrie de l'adulte. Puisse-t-elle susciter chez nos jeunes confrères des vocations nouvelles, pour que l'accès aux soins cesse de ressembler à un parcours du combattant épuisant pour les parents et les enfants du XXI^e siècle.

Bibliographie

- FUMEAUX P, REVOL O. DSM-5 : tempête dans un verre d'eau ou tsunami ? *L'Encéphale*, 2013 (en soumission).
- LANG HC, SCHEFFLER RM, HU T. The discrepancy in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) medications diffusion: 1994-2003—A global pharmaceutical data analysis. *Health Policy*, 2010;97:71-78.
- American Psychiatric Association. Neurodevelopmental Disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Psychiatryonline 2013. [Available from internet at: <http://dsm.psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=556§ionid=41101757>]
- TANNOCK R. Rethinking ADHD and LD in DSM-5: Proposed Changes in Diagnostic Criteria. *Journal of Learning Disabilities*, 2013;46:5-25.
- American Psychiatric Association. Preface. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Psychiatryonline 2013. [Available from internet at: <http://dsm.psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=556§ionid=41101749>]
- GUTHRIE W, SWINEFORD LB, WETHERBY AM et al. Comparison of DSM-IV and DSM-5 Factor Structure Models for Toddlers With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psy*, 2013;52:797-805.
- SIMONOFF E, PICKLES A, CHARMAN T et al. Psychiatric Disorders in Children with Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psy*, 2008;47:921-929.
- AL YAGON M, CAVENDISH W, CORNOLDI C et al. The Proposed Changes for DSM-5 for SLD and ADHD: International Perspectives—Australia, Germany, Greece, India, Israel, Italy, Spain, Taiwan, United Kingdom, and United States. *Journal of Learning Disabilities*, 2013;46:58-72.
- DUPAUL GJ, GORMLEY MJ, LARACY SD. Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for Assessment and Treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 2013;46:43-51.
- REVOL O. On se calme ! Enfants agités, parents débordés. JC Lattès, Paris 2013 ; 266 pp.
- FUMEAUX P, REVOL O. TDA/H et Haut Potentiel: couple mythique ou infernal? In: Ouvrage collectif. BANGE F et al. L'aide mémoire des TDA/H. Collection Psychothérapie. Dunod, Paris. (parution en mars 2014).
- LECERF T, REVERTE I, COLEAUX L et al. Indice d'aptitude général pour le WISC-IV : normes francophones. *Pratiques Psychologiques* 2010;16:109-121 et LECERF T, REVERTE I, COLEAUX L et al. Erratum à l'article "Indice d'aptitude général pour le WISC-IV : normes francophones". *Pratiques Psychologiques*, 2011;17:e1-e5.
- PRIFITERA A, WEISS LG. The WISC-III in the context. In: PRIFITERA A, SAKLOFSKE D. (Eds.) WISC-III. Clinical use and interpretation. Academic Press, New York, 1998:1-38.

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