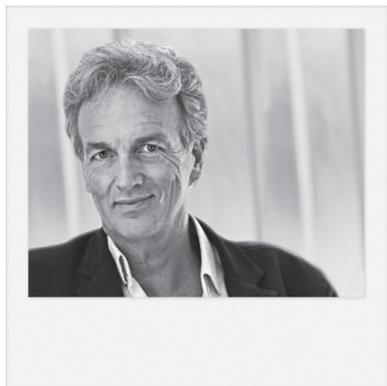


# Pédopsychiatrie : quoi de neuf ?



**P. FUMEAUX<sup>1</sup>, N. MILLIEZ<sup>2</sup>,  
O. REVOL<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Pédopsychiatre, chef de clinique, CHUV, Centre hospitalier universitaire vaudois et UNIL, Université de Lausanne – SUPEA, Service universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Nestlé, LAUSANNE, SUISSE.

<sup>2</sup> Pédopsychiatre, assistante-chef de clinique, Service de Neuropsychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital neurologique Pierre-Wertheimer, Hospices civils de Lyon, BRON.

<sup>3</sup> Pédopsychiatre, chef de service, Service de Neuropsychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital neurologique Pierre-Wertheimer, Hospices civils de Lyon, BRON.

## Quoi de neuf, Docteur ?

La question devient une ritournelle, posée sans relâche par des parents et des enseignants désireux de comprendre les codes d'une génération en perpétuelle mutation.

Logiquement installée dans le paysage sociétal, la médecine infantile s'attache à décrypter le sens de comportements dont la nouveauté brouille la frontière entre normal et pathologique. "Décoder pour mieux soigner" devient une des missions du pédopsychiatre, régulièrement sollicité par les médias et l'éducation nationale pour proposer un éclairage sur des conduites atypiques. Une collaboration particulièrement bienvenue pour accompagner une génération elle-même résolument axée sur la communication, le partage et l'envie de coexister de façon utile et pacifique (colocation, covoiturage, *coworking*...).

Le thème de la coexistence est d'ailleurs le fil rouge de notre propos. Nous évoquerons tout d'abord une **comorbidité** inhabituelle entre deux syndromes classiquement différents (**TDAH et autisme**). Puis nous aborderons la **confrontation** difficile de certains enfants avec l'école (**phobie scolaire**) et enfin, la **cohabitation** obligée avec

la nouvelle cohorte d'enfants qui fréquentent les cabinets de pédiatrie (**génération Z**).

## Comorbidité du déficit d'attention et trouble du spectre autistique : de l'interdit à l'évidence

Depuis de nombreuses années, l'usage était de considérer qu'un trouble envahissant du développement<sup>1</sup> (TED) ne pouvait coexister avec un trouble déficit d'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H). En d'autres termes, une convention nosologique considérait ces groupes diagnostiques comme exclusifs (par exemple un enfant autiste ne pouvait pas présenter de déficit d'attention primaire). L'avènement de la nouvelle classification (DSM-5), évoquée l'an dernier dans ces mêmes colonnes, a changé ce paradigme. Sur ce point au moins, le DSM-5 a rejoint la réalité clinique et scientifique [1, 2].

Avant de poursuivre, précisons ici que nous allons utiliser le terme de "troubles du spectre autistique" (TSA) exclusivement et parfois en substitution du terme "trouble envahissant du développement" (TED), par soucis de simplification et de lisibilité. Le TSA remplacera dorénavant le TED dans

<sup>1</sup> Dans le DSM-IV comme dans la CIM-10, ce groupe est composé du trouble autistique (DSM)/autisme infantile et autisme atypique (CIM), du syndrome de Rett, du trouble désintégratif de l'enfance, du syndrome d'Asperger et des TED non classés ailleurs. La CIM associe encore une catégorie supplémentaire : les troubles hyperkinétiques associés à un retard mental et à des mouvements stéréotypés.

la nosologie pédopsychiatrique<sup>2</sup> et les groupes qu'il représente – bien que pas totalement assimilables – demeurent très proches.

### 1. Ce que la clinique nous apprend

Les symptômes du TDAH (inattention, impulsivité et hyperactivité) se retrouvent souvent chez les enfants présentant un trouble du spectre autistique (TSA) [3]. En outre, les enfants souffrant d'un TDAH montrent souvent des troubles des interactions avec leurs pairs. D'ailleurs, la comorbidité interdite a depuis longtemps été ignorée aux États-Unis pour des raisons assécurologiques: en effet, de nombreux médecins posaient le diagnostic de TDAH chez des enfants présentant un TSA car le traitement du déficit d'attention ne faisait pas partie du traitement standard et reconnu – donc remboursé – de ce type de pathologie [4]. Cependant, l'efficacité discutable du méthylphénidate chez ce type d'enfants renforçait l'hypothèse d'une étiologie différente des symptômes de TDAH chez l'enfant souffrant d'un TSA. Il semble, en revanche, que les résultats contradictoires entre les différentes études sur ce thème furent principalement dus à l'hétérogénéité des groupes d'étude et à l'absence de critères diagnostiques unanimement reconnus.

Le débat n'est pas nouveau, mais les données actuelles amènent de plus en plus le consensus vers une comorbidité possible et l'acceptation qu'une grande proportion d'enfants présentant un TSA rassemble également les symptômes d'un TDAH [5, 6]. Quant au méthylphénidate, il semble moins efficace chez les TSA-TDAH que chez les TDAH "purs". En outre, ses effets indésirables (diminution de l'appétit, troubles de

l'endormissement et labilité émotionnelle) seraient plus fréquents en cas de comorbidité [7].

### 2. De la clinique à l'évidence scientifique: prévalence TDAH/H-TSA

Le TSA touche environ 1/160 enfant en âge scolaire et le TDAH/H, selon les études, de 1 % à 20 % de cette population, avec une prévalence mondiale de plus de 5 %, tous âges compris [8 9].

Les données de la littérature concernant la proportion d'enfants souffrant d'un TSA qui présente un TDAH sont édifiantes: Rommelse décrit une fourchette de 30 à 80 %, alors que plus récemment Sprenger la réduit, mais elle reste impressionnante: 16 à 50 % [10, 11]. À notre connaissance, il existe une seule étude épidémiologique, et celle-ci rapporte une prévalence de 30 % de TDAH chez les TSA, soit six fois plus que dans la population générale [12]. Habituellement, le diagnostic de TSA est posé en premier, et c'est plus tardivement que sont relevés les symptômes du TDAH [13]. Le trouble attentionnel ne différerait pas, qu'il soit associé à un TSA ou non [14]. Il semble également qu'à l'inverse, 20 à 50 % des enfants présentant un TDAH expriment les symptômes d'un TSA [10].

Il est intéressant de noter qu'une étude épidémiologique suédoise chez l'adulte souligne que cette comorbidité demeure rarement diagnostiquée et, selon toute vraisemblance, reste sous-diagnostiquée. La population d'étude (n = 56 462) montrait également des proportions assez basses de TDAH (2,7 %) et de TSA (1,3 %) [15]. Les mentalités et les pratiques sont très lentes à évoluer, en particulier pour les troubles neurodéveloppementaux chez l'adulte.

### 3. L'évidence scientifique qui stimule la recherche

Maintenant que l'ancienne convention nosologique a vécu, la voie est ouverte vers un regard croisé et une nouvelle conception des troubles neurodéveloppementaux, avec des axes communs de recherche pour le TDAH et le TSA. Ainsi, des essais passionnants dans le domaine de la comorbidité TDAH-TSA se développent sur la catégorisation des différentes expressions symptomatiques, sur les traits communs et divergents – y compris au niveau génétique – et sur les outils de mesure.

La littérature laisse supposer que le TDAH et le TSA partageraient certaines particularités génétiques (études d'associations pangénomiques ou *genome-wide association studies* [GWAS]) dans les polymorphismes des nucléotides simples et les rares variantes du nombre de copies d'un gène (*rare copy number variants* [CNVs]) [10, 16-20].

Les neurosciences ne sont pas en reste, comme dans l'étude de O'Dwyler qui a démontré que la volumétrie cérébrale serait corrélée aux symptômes autistiques chez les enfants TDAH [21]. Ainsi, l'expression des symptômes du TSA serait prédictible selon certains ratios "substance blanche/substance grise"!

Partant de la constatation que les enfants TDAH partagent avec les TSA une atteinte des fonctions exécutives<sup>3</sup>, l'IRM fonctionnelle a permis d'envisager que la comorbidité TDAH-TSA ne correspond pas seulement à l'addition de deux phénotypes (TDAH + TSA), mais constitue bel et bien une pathologie neurofonctionnelle différente [13].

<sup>2</sup> Exit le TED dans le DSM-5 : les troubles du spectre autistique le remplace. Les différents troubles susmentionnés qui entraient dans le TED ont tout simplement disparu en tant que tels.

<sup>3</sup> Planification, prise de décision, inhibition et mémoire de travail.

## L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

### 4. Perspectives cliniques et thérapeutiques

En définitive, les connaissances actuelles permettent d'observer que les symptômes du TDAH demeurent identiques, qu'ils soient associés à un TSA ou non [14]. Cependant, leur impact apparaît plus important car ils sont souvent quantitativement supérieurs, comme si la comorbidité potentialisait ces derniers. Ainsi, on observe une plus grande fréquence des troubles cognitifs et des différentes psychopathologies chez les TDAH-TSA [14, 22]. Ces derniers montreraient plus de crises de colère et de troubles des conduites que les enfants présentant uniquement un TDAH ou un TSA [23]. En définitive, les enfants affectés par une comorbidité TDAH-TSA seraient donc à risque de présenter non seulement une constellation symptomatique plus importante que leurs pairs – une exacerbation de leur psychopathologie – mais encore un danger accru de dépression, de trouble des conduites et des troubles phobiques.

L'association TDAH-TSA constitue une pathologie plus complexe qu'une simple addition des deux troubles neurodéveloppementaux. Elle nécessite avant tout une approche thérapeutique particulière, puis un accompagnement pédagogique spécifique car une telle comorbidité ne facilite pas l'intégration scolaire; surtout dans une période où de nombreux enfants éprouvent de plus en plus de difficultés pour se rendre à l'école...

#### Le refus scolaire anxieux : la confrontation impossible

##### 1. La peur de l'école, une idée folle ?

Les terminologies changent, les problématiques demeurent, voire s'aggravent.

Les demandes d'avis pour phobie scolaire explosent. Rebaptisé refus scolaire anxieux (RSA), ce syndrome complexe est à la fois mieux identifié et certainement mieux accompagné. Si le terme de refus scolaire anxieux est maintenant utilisé, c'est sans doute pour signifier qu'il ne s'agit pas réellement d'une peur de l'école. L'évitement scolaire serait plutôt, selon les cas, la conséquence d'une phobie sociale (*peur du regard de l'autre*) ou d'une anxiété de séparation (*peur qu'il arrive quelque chose à l'enfant ou sa famille lorsqu'il est séparé*) [24-26].

S'il est difficile de trouver des chiffres récents, on retiendra pour l'année scolaire 2009-2010 un taux d'absentéisme scolaire (absences de plus de 4 demi-journées/mois) de 7 % chez les collégiens et lycéens français [27]. Sur l'ensemble des élèves, le refus scolaire anxieux toucherait 0,3 à 1,7 % des enfants en âge scolaire, sachant que la prévalence de l'ensemble des troubles anxieux chez les enfants dans la population générale est de 6 à 11 % [28, 29].

À titre d'exemple, on note une augmentation significative du nombre de demandes d'enseignements aménagés entre 2012 et 2014, dans la région Rhône-Alpes. Qu'il s'agisse de l'enseignement à distance (CNED) ou de l'intervention scolaire à domicile (SAPAD), la majorité des demandes concerne des élèves souffrant de pathologies psychiatriques : anorexie, dépression et, dans plus de la moitié des cas, refus scolaire anxieux.

##### 2. Agir vite...

La règle d'or est l'urgence. Intervenir rapidement permet de rompre l'évitement anxieux du patient et d'éviter une chronicisation. Après 10 mois de déscolarisation sans prise en charge,

le pronostic est négatif; il sera meilleur si la prise en charge se fait dans les 6 mois après le début du trouble [30]. Le thérapeute de première ligne (généraliste, pédiatre, médecin scolaire, psychologue...) va donc faire un premier travail de repérage, puis d'information sur le trouble auprès du patient et de sa famille avant d'orienter, le cas échéant, vers un spécialiste.

##### 3. Et calmement...

Pour être efficaces, l'accompagnement doit être personnalisé. Ce qui incite à prendre le temps : pour retracer le parcours biographique, familial, social et scolaire de chaque enfant, pour pratiquer une évaluation clinique complète du trouble, pour rechercher d'éventuelles comorbidités psychiatriques. Certaines équipes consacrent un temps d'observation hospitalier : en hôpital de jour ou en hospitalisation complète, voire en hôpital à domicile [31]. L'enjeu est d'observer le comportement de l'enfant parmi ses pairs, dans un environnement neutre, loin de la pression extérieure. Les visites permettent d'apprécier la dynamique familiale, tandis que les temps "d'école à l'hôpital" apportent des renseignements souvent sidérants sur l'attitude de l'enfant en situation scolaire<sup>4</sup>.

Il est important de comprendre comment certaines attitudes parentales entretiennent le trouble anxieux. Cette observation méthodique et concertée nous renseigne sur les valeurs et les schémas familiaux, les règles éducatives, leur systématisation et surtout la place et les intérêts de chacun dans l'organisation familiale [32].

Il est important d'éliminer l'existence de troubles d'apprentissage. Un bilan psychométrique (QI) peut être demandé, comme premier dépistage.

<sup>4</sup> Curieusement, la plupart des RSA se comporte très bien dans ces temps d'école à l'hôpital, confirmant, si besoin était, que le problème ne vient pas uniquement de l'école.

On sait que les enfants présentant un haut potentiel intellectuel (HPI), un TDA/H ou les “multidys” sont plus à risque de désinvestissement scolaire. Il est en effet particulièrement déprimant de fournir un travail démesuré pour des résultats médiocres. Le risque est alors de se comparer et de se dévaloriser par rapport aux autres, puis de désinvestir alors l'école et ce qu'elle représente [33].

#### 4. Avec des prises en charge spécifiques

La psychothérapie reconnue comme la plus efficace est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Une prise en charge individuelle est une première étape, avant une approche groupale, comme seconde étape complémentaire (groupe de soutien, groupe d'affirmation de soi, groupe de confiance en soi, groupe de gestion de l'anxiété...). En France, plusieurs équipes proposent maintenant une psychothérapie de type TCC, basée sur le travail motivationnel, puis l'exposition et l'habituation aux diverses situations problématiques et sur l'apprentissage de la gestion de l'anxiété. L'association à des antidépresseurs (ISRS) permet d'augmenter l'efficacité si besoin. L'inclusion des parents dans la prise en charge permet une meilleure compréhension de la thérapie, une meilleure application des stratégies d'adaptation et le changement des modes d'interaction parents/enfants [29, 34-36].

L'efficacité des TCC dans les troubles anxieux n'est plus à démontrer, notamment celle des programmes individuels de gestion de l'anxiété tels que le *Coping Cat* de P. Kendall ou les groupes de pairs [36]. Certaines équipes développent des programmes spécifiques pour travailler avec l'enfant et ses parents sur l'anxiété de séparation [37].

#### 5. L'hôpital, souvent nécessaire, rarement suffisant...

L'hospitalisation n'est pas une solution systématique. Elle est envisagée

comme faisant partie intégrante du soin et/ou comme une étape à passer, en complément de la prise en charge ambulatoire [38]. Elle nécessite une coordination des différents professionnels. L'hospitalisation est utile pour évaluer l'anxiété de séparation, pour rompre l'évitement social, ou pour limiter les bénéfices – individuels ou familiaux – secondaires à l'évitement scolaire. Ou simplement en guise de travail motivationnel pour rompre le déni dans lequel parfois le patient se trouve, car hospitaliser confirme symboliquement le diagnostic de trouble psychique nécessitant des soins. Certaines équipes proposent de l'hospitalisation à domicile, d'autres en unités de soins spécialisés dédiées au refus scolaire (sous forme d'hospitalisations complète ou de jour), enfin d'autres dans des unités de soins psychiatriques généraux [31].

#### 6. L'aide de l'école

Il y a une obligation légale à ce que les moins de 16 ans reçoivent une instruction. La prise en charge scolaire vient alors en complément des soins ambulatoires ou hospitaliers, pour rompre l'évitement scolaire, lorsque l'enfant est prêt psychologiquement à reprendre ses cours, à se confronter à nouveau aux autres, à la performance scolaire et sociale. Elle est une étape dans la progression vers la réussite et est à reprendre rapidement pour éviter une rupture totale de lien avec l'établissement et, plus symboliquement, avec “le monde extérieur”. Cela peut passer par l'aménagement de l'emploi du temps via un projet d'accueil individualisé (PAI) ou de cours à domicile voire sur site, administré à l'élève par ses professeurs (SAPAD).

Il existe dans certaines académies des *classes relais* ou *classes passerelle*, permettant l'accueil de l'élève en petits groupes afin de le réhabituer et de le remotiver. Lorsque l'état psychiatrique rend impossible la reprise de la scola-

rité en établissement scolaire général, les élèves sont orientés sur des unités soins-études, leur permettant de poursuivre leur scolarité tout en bénéficiant de soins psychiatriques quotidiens [39]. Cependant, chaque département est doté de façon inégale de ce genre de structure, ce qui engendre des inégalités en termes d'offre d'accompagnement scolaire et de soins.

Si la reprise scolaire est impossible, il reste le CNED et les associations aidant les enfants totalement déscolarisés. Ces solutions sont considérées comme un dernier recours, et ne dispensent pas de la mise en place de soins psychiques.

#### 7. L'ACT : une nouvelle thérapie prometteuse pour surfer sur la 3<sup>e</sup> vague

*L'acceptance and commitment therapy* (ACT) est dérivée de pratiques spirituelles et fait partie des psychothérapies dites de la 3<sup>e</sup> vague de TCC. L'ACT propose de porter toute son attention, de façon active et volontaire, sur une expérience directe donnée (expérience sensorielle, émotionnelle, pensées ou images mentales). L'ACT demande un regard et un focus attentionnel sans aucun jugement sur ses expériences ; le patient doit simplement accueillir et observer ses sensations, agréables ou désagréables, sans les éviter et sans se laisser emporter par son jugement [40, 41]. Il faut comprendre l'ACT comme une stratégie de prévention secondaire, axée sur le développement personnel pour permettre la gestion de situations ou de troubles avec des émotions difficiles.

L'ACT permet de désamorcer les ruminations mentales négatives qui ne font qu'entretenir l'évitement anxieux. Elle permet de relativiser et de questionner les valeurs associées à ces ruminations mentales négatives. Ainsi, l'ACT peut être utilisée pour le travail de motivation au changement, pour permettre

## L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

un état d'esprit différent, vers une guérison, à la fois pour les adolescents et leurs parents. Elle permet de recouvrer des tendances prosociales et un état de bien-être et d'acceptation de soi.

L'ACT a été testée dans la prise en charge de patients en refus scolaire anxieux et a montré une efficacité sur la réduction de l'anxiété sociale, du refus de la confrontation à l'école et un maintien de l'efficacité à 2 ans. L'ACT a été utilisée chez des enfants et adolescents anxieux, mais aussi chez des douloureux chroniques ou des anorexiques [41, 42]. L'une des difficultés dans la prise en charge du refus scolaire étant justement de rompre l'évitement, l'ACT paraît une solution de choix face aux patients difficiles.

### 8. Sans oublier la prévention primaire...

Si l'on considère que l'évitement scolaire demeure la complication d'un trouble anxieux, une prévention primaire peut également être menée et porter ses fruits. Des groupes de gestion de l'anxiété, d'affirmation de soi ou d'apprentissage des habiletés sociales peuvent être proposés dans les établissements médicaux. Ces dispositifs sont largement développés en Amérique du Nord, avec par exemple le programme FRIENDS de P. Barrett [29, 35]. Il faut souligner également l'existence de programmes ciblant spécifiquement les problèmes de harcèlement en milieu scolaire et de violence des adolescents entre eux [43]. Surtout dans une population dont les codes ne cessent de se modifier...

### Cohabiter avec la génération Z : "l'invasion" pacifique

Nous commençons à mieux connaître la génération Z dont nous avons évoqué les grandes lignes dans ces colonnes.

Exit la génération Y, largement décrite dans la littérature. Âgés de 18 à 30 ans, les "You" rentrent progressivement dans le monde du travail. Ils sont remplacés dans les cabinets de pédiatrie par les Z.

Ces enfants, nés après 2000, sont ceux du nouveau millénaire. Il n'est donc pas étonnant que leurs codes soient différents et novateurs. Nous avons laissé les Y et leurs doutes, leurs incertitudes sur le monde et son avenir. Leur individualisme et leur culot nous avaient désemparés. Leur besoin d'émotions fortes (alcool, sports extrêmes, jeux vidéo violents, sexualité débridée...) nous préoccupe encore.

Nous avons appris que c'est la (lente) maturation de leur cerveau, en particulier leur cortex frontal inachevé avant 25 ans, qui explique leur difficulté à résister à la tentation.

Nous avons compris que ce manque de jugement était physiologique, mais qu'il rentrait en résonance avec l'évolution de la société. Qu'il était plus difficile d'**apprendre à attendre** dans un environnement hyperactif et condamné à l'immédiateté par la dictature d'Internet. Qu'il était plus difficile de **résister à la tentation** dans un monde rendu excitant par l'inflation des tentations. On pouvait raisonnablement s'interroger sur les profils de la génération suivante.

#### 1. La génération Z : ni tout à fait la même, ni tout à fait une autre

Une bonne nouvelle ! Les enfants du millénaire semblent tirer les leçons des excès de leurs aînés. Bien sûr, ils restent obnubilés par les écrans et ne conçoivent pas la vie sans Internet. Appelés *digital natives*, les enfants de la génération Z sont nés avec le numérique. Mais à l'inverse des jeunes de la génération Y, ils auront moins de choses à apprendre à leurs parents, ce

qui rétablira la hiérarchie familiale mise à mal par l'explosion des nouvelles techniques d'information et de communication (NTIC). Bien sûr, ils restent perplexes face à l'évolution sociétale et ses excès : surconsommation de tout (toxiques, alimentation, énergies fossiles...), mondialisation de la violence (massacres de masse, terrorisme...).

Logiquement, ils acceptent mieux l'ordre établi et la morale, et ils aspirent, ensemble, à une nouvelle forme de justice et d'équité. Ils deviennent les citoyens du monde, repoussent les clivages (ethniques, religieux, sexuels...) et recherchent stabilité et sécurité. Les expériences (souvent réussies) de leurs grands frères à l'étranger les rendent plus optimistes. Ils savent que du travail existe dans les pays émergents (Inde, Brésil, Chine...), alors ils réclament une vie moins dangereuse, plus sereine et plus juste. Les enseignants décrivent des ados et pré-ados particulièrement sensibles (aux inégalités, à l'injustice...), rapidement au bord des larmes quand ils sont réprimandés.

Des enfants qui n'hésitent pas à afficher cette sensibilité, comme si Facebook leur avait appris trop tôt à partager leurs émotions. Pour toutes ces raisons, les sociologues les appellent "*emo-boomers*", en référence aux *baby-boomers*, plus joyeux et respectueux du cadre que les générations suivantes.

#### 2. Quelques paradoxes à décrypter

Certains de leurs comportements peuvent paraître contradictoires. Sans doute le reflet des influences multiples qu'ils ont subies, entre familles, médias, école et copains. Ils sont lucides, mais aussi idéalistes, accrochés à leur liberté tout en aspirant à la réassurance, solidaires mais vigilants sur leur copinage (ils commencent à élaguer leur liste "d'amis" sur les réseaux sociaux). De la même façon, on les décrit comme

individualistes, mais aussi capables de “jouer collectif” lorsqu’il s’agit de défendre leurs causes et nettement plus à l’aise avec les contacts virtuels qu’en face à face. N’hésitons pas à communiquer avec eux via leurs modes de communications. Ils répondent en temps réel à un SMS et pratiquement jamais à un message vocal!...

### 3. Une cohabitation subtile

À l’école, à la maison ou dans les cabinets médicaux, les enfants de la génération Z apparaissent matures, libres et malins...! Finies les oppositions farouches des Y, toujours prêts à en découdre pour affirmer leur présence. Si le conflit ouvert était le mode relationnel privilégié de la génération précédente, les moins de 15 ans recherchent le dialogue et le consensus. Ou font semblant. Mais faire semblant d’être conciliant, c’est déjà l’être un peu...

L’expérience prouve qu’ils savent très bien ce qu’ils souhaitent, mais leur stratégie pour l’obtenir est subtile, et s’inscrit dans une recherche d’apaisement. Ils peuvent réclamer un nouveau jeu vidéo, un téléphone (toujours la dernière version) ou une autorisation de sortie, successivement à chacun des parents (ou des beaux-parents, ou des grands-parents), sans éclats de voix, avec un discours solidement argumenté. Et finir par obtenir gain de cause, sans violence, à l’usure...

Ils sont surinformés. Pas besoin de longs discours pour leur parler du vaccin contre le papillomavirus ou de l’efficacité et des risques de l’isotrétinoïne dans l’acné [44]. Ils savent déjà...

À l’instar des Y, leurs demandes thérapeutiques restent axées sur le souhait de résultats rapides. Ils sont néanmoins plus sensibles aux arguments des adultes, à condition que le médecin ait su créer un climat propice à l’accep-

tation des soins. Car, tout comme la génération Y, les enfants du millénaire n’accordent pas d’emblée leur confiance aux adultes. Parents, enseignants ou médecins doivent acquérir leur légitimité, à travers un discours authentique, juste, argumenté, ferme (donc rassurant) et humble (donc bienveillant).

Cette nouvelle génération chercheuse d’espoir fait souffler dans nos cabinets médicaux un vent léger nouveau, créatif, rafraîchissant et rassurant. Notre mission consiste à ne pas les décevoir ni les désenchanter.

## Conclusions

La nouvelle tendance en pédopsychiatrie est cette volonté de créer, encourager et restaurer du lien. Un challenge complexe et nécessaire pour découvrir des passerelles entre des affections classiquement cloisonnées, entre l’école et la maison et surtout entre des générations ayant grandi dans des atmosphères si différentes.

Une mission à la hauteur des attentes des enfants du millénaire, rebaptisés récemment génération C. Sans doute pour leur éviter d’être considérés comme la fin d’une époque. Mais surtout pour rendre compte des quatre caractéristiques spécifiques inscrites en filigrane dans leurs comportements, et peut-être dans leur ADN: **Communication, Collaboration, Connexion et Créativité...**

## Bibliographie

1. FUMEAUX P, REVOL O. Pédopsychiatrie : quoi de neuf ? *Réalités Pédiatriques. L’Année Pédiatrique*, 2013;182:34-41.
2. FUMEAUX P, REVOL O. DSM-5 : tempête dans un verre d’eau ou tsunami ? Origines et conséquences d’une mise à jour controversée. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence* 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.02.005>
3. BOUVARD M. TDA/H et Troubles du Spectre de l’Autisme. Conférence, 3<sup>e</sup> Colloque International de Langue Française sur le TDA/H, 01.07.2014, Université de Bordeaux, Bordeaux, France.
4. MATSON JL, RIESKE RD, WILLIAMS LW. The relationship between autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *Research in Developmental Disabilities*, 2013;34:2475-2484.
5. FRAZIER JA, BIEDERMAN J, BELLORDRE CA *et al.* Should the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder be considered in children with pervasive developmental disorder? *Journal of Attention Disorder*, 2001;4:203-211.
6. RAO PA, LANDA RJ. Association between severity of behavioral phenotype and comorbide attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism disorders. *Autism*, 2014;18:272-280.
7. RUPP (Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network). Randomized, Controlled, Crossover Trial of Methylphenidate in Pervasive Developmental Disorders With Hyperactivity. *Archives of General Psychiatry*, 2005;62:1266-1274.
8. CHAKRABARTI S, FOMBONNE E. Persuasive developmental disorder in preschool children. *Journal of the American Medical Association*, 2001;285:3093-3099.
9. POLANCZYK G, DE LIMA MS, HORTA BL *et al.* The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 2007;164:942-948.
10. ROMMELSE NJ, FRANKE B, GEURTS HM *et al.* Shared heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *European Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 2010;19:281-295.
11. SPRENGER L, BÜHLER E, POUSTKA L *et al.* Impact of ADHD symptoms on autism spectrum disorder symptom severity. *Research in Developmental Disabilities*, 2013;34:3545-3552.
12. 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. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2008;47:921-929.
13. CHANTILUKE K, CHRISTAKOU A, MURPHY CM *et al.* the MRC AIMS Consortium, RUBIA K. Disorder-specific functional abnormalities during temporal discounting in youth with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Autism and comorbide ADHD and Autism. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2014;223:113-120.
14. SINZIG J, BRUNING N, MORSCH D *et al.* Attention profiles in autistic children with and without comorbide hyperactivity and attention problems. *Acta Neuropsychiatrica*, 2008;20:207-215.

## L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

15. NYLANDER L, HOLMQVIST M, GUSTAFSON L *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and autism spectrum disorder (ASD) in adult psychiatry. A 20-year register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2013;67:344-350.
16. RONALD A, HOEKSTRA RA. Autism Spectrum Disorders and Autistic Traits: A Decade of New Twin Studies. *American Journal of Medical Genetics Part B*, 2011;156:255-274.
17. O'DWYLER L, TANNER C, VAN DONGEN EV *et al.* Brain Volumetric Correlates of Autism Spectrum Disorder Symptoms in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *PLoS ONE*, 2014;9:e101130. doi10.1371/journal.pone.0101130
18. HOLTSMANN M, BÖLTE S, POUSTKA F. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in pervasive developmental disorders: Association with autistic behavior domains and coexisting psychopathology. *Psychopathology*, 2007;40:172-177.
19. JANG J, MATSON JL, WILLIAM LW *et al.* Rates of comorbid symptoms in children with ASD, ADHD, and comorbid ASD and ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 2013;34:2369-2378.
20. MARTIN J, COOPER M, HAMSHERE ML *et al.* Biological Overlap of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder: Evidence From Copy Number Variants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2014;53:761-770.
21. O'DWYLER L, TANNER C, VAN DONGEN EV *et al.* Brain Volumetric Correlates of Autism Spectrum Disorder Symptoms in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *PLoS ONE*, 2014;9:e101130. doi10.1371/journal.pone.0101130
22. HOLTSMANN M, BÖLTE S, POUSTKA F. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in pervasive developmental disorders: Association with autistic behavior domains and coexisting psychopathology. *Psychopathology*, 2007;40:172-177.
23. JANG J, MATSON JL, WILLIAM LW *et al.* Rates of comorbid symptoms in children with ASD, ADHD, and comorbid ASD and ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 2013;34:2369-2378.
24. MC SHANE G *et al.* Characteristics of adolescent with school refusal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001;35:822-826.
25. HEYNE D *et al.* Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002;41:687-695.
26. KEARNEY CA, ALBANO AM. The functional profiles of school refusal behavior. Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, 2004;28:147-161.
27. ANTONMATTEI P, FOUQUET A. La lutte contre l'absentéisme et le décrochage scolaires. Octobre 2011.
28. WOOD JJ. Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 2006;37:73-87.
29. Inserm expertises collectives. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent 2002. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/1>
30. OKUYAMA M *et al.* Factors responsible for the prolongation of school refusal. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1999;53:461-469.
31. DENIS H. "Le refus scolaire anxieux". *Enfances & Psy*, 2005;28:98-106.
32. REY Y ET GAILLARD JP. Esprit de famille et conscience de soi : une lecture de la phobie scolaire. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2001;2;27:135-153.
33. VERA L. Phobie scolaire : attention danger. *La Revue du Praticien, Médecine Générale*, 2001;545:1473-1476.
34. Inserm expertises collectives. Psychothérapies, 3 approches évaluées. 2004. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/1>
35. TURGEON L, GENDREAU PL. Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. Édition Solal, collection "les troubles du développement psychologiques et des apprentissages", 2007.
36. TURGEON L, PARENT S. Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents ; Tome 1 : Troubles interiorisés. Édition Presse de l'Université au Québec, 2012.
37. BLATTER-MEUNIER J, SCHNEIDER S. Thérapie comportementale cognitive des troubles émotionnels liés à l'anxiété de séparation. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2011;21:84-89.
38. DESOMBRE H *et al.* Le Refus Anxieux de l'École. *Arch Pédiatr*, 1999;6:97-101.
39. <http://www.ac-grenoble.fr/use/>
40. COTTRAUX J. Thérapie Cognitive et Émotions, La troisième vague. Édition Masson, 2007.
41. COYNE LW, McHUGH L, MARTINEZ ER. Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents, and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2011;20:379-399.
42. SWAIN J *et al.* Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2013;14:140.
43. CATHELINE N. Harcèlements en milieu scolaire. *Enfances & Psy*, 2009;45:82-90.
44. REVOL O, MILLIEZ N, GERARD D. Impact of acne on XXI century adolescents. *Brit J Derm*, 2015. Submitted

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