

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/306323957>

Haut potentiel intellectuel et TDA/H : ressemblances, différences, co-existence?

Article · June 2014

CITATIONS

0

READS

36,763

2 authors:



Pierre Fumeaux

Cabinet de Pédopsychiatrie et Neuropsychologie, enfants et adolescents / Dr P. F...

25 PUBLICATIONS 101 CITATIONS

SEE PROFILE



Olivier Revol

Hospices Civils de Lyon (Centre Hospitalier Universitaire de Lyon)

91 PUBLICATIONS 560 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Validation of the French version of Conners' Parent Rating Scale Revised, Short Version (CPRS-R:S). Scale measurement invariance by sex and age. [View project](#)



Sexology [View project](#)

APPRENTISSAGES

Haut potentiel intellectuel et TDA/H

Ressemblances, différences, co-existence ?

P. FUMEAUX*, O. REVOL**

*Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et Université de Lausanne (UNIL) ; Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), Hôpital Nestlé, Lausanne

**Service de neuropsychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital neurologique Pierre Wertheimer, Hospices civils de Lyon

Si les particularités du haut potentiel intellectuel (HPI) et du trouble déficit d'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H) sont largement décrites dans la littérature, les liens entre ces deux profils sont moins connus. Il est pourtant établi que HPI et TDA/H partagent des manifestations communes comme l'agitation, les difficultés scolaires ou les troubles du comportement. Cette similitude sémiologique est responsable de confusions, d'errance diagnostique, voire de choix thérapeutiques discutables. Et la mission du médecin devient même particulièrement délicate lorsqu'il s'agit d'envisager une éventuelle « co-morbidité ». La clinique nous apprend en effet que le HPI et le TDA/H peuvent cohabiter chez le même enfant. Ainsi, les identifier et les prendre en charge devient un exercice complexe mais indispensable, car l'approche et le soutien de ces enfants aux besoins particuliers est très différente selon les cas de figure.



DR.

Près de 20 % des enfants scolarisés présentent des difficultés à l'école. Le quart d'entre eux souffre de troubles spécifiques des apprentissages. Ceux-ci surviennent souvent chez des sujets dont les compétences intellectuelles se situent dans la norme, voire au-dessus. Ce paradoxe des élèves dont l'outillage cognitif devrait permettre un cursus scolaire sans histoire met en relief qu'une bonne aptitude à comprendre et à raisonner n'est pas suffisante pour arriver à apprendre. Être élève demande également la capacité de s'inscrire dans le standard pédagogique, de pouvoir s'adapter aux règles et aux rythmes scolaires, d'accepter sur la forme comme sur le fond que l'enseignant possède un savoir qui en général, mais pas toujours, fait défaut à ceux qui fréquentent sa classe. Nombre d'enfants présentant des difficultés d'apprentissages sont exclus de la dynamique de la cour de récréation, s'agitent lorsqu'il ne le faut pas et souffrent de la réputation d'être paresseux, voire mal éduqués. Désarmés et touchés par la souffrance qu'ils constatent chez ces élèves intelligents en délicatesse avec l'école, parents, enseignants, pédiatres se posent régulièrement la question d'un TDA/H et/ou d'un HPI. Nous proposons de décrire dans un premier temps chacun des deux profils, avant d'envisager la démarche diagnostique qui permettra d'orienter le clinicien vers l'un ou l'autre, voire la combinaison des deux, que nous avons choisi de dénommer « trouble déficit d'attention avec haut potentiel » (TDAH/P).

En France, entre 200 000 et 400 000 enfants en âge scolaire présentent un haut potentiel.

L'enfant à haut potentiel intellectuel (HPI), ou l'intelligence troublante

En France, on estime qu'entre 200 000 et 400 000 enfants en âge scolaire présentent un haut potentiel^(1,2). Le haut potentiel se définit comme une avance intellectuelle avec un QI supérieur à 130.

On estime qu'un tiers d'entre eux vont bien et ne nécessitent pas d'être identifiés. Les deux tiers restants présentent des difficultés scolaires et/ou psychoaffectives, avec des conséquences néfastes en termes de développement personnel et d'avenir socioprofessionnel.

Critères « diagnostiques »^(3,4)

Il peut paraître abusif de parler de diagnostic, car le HPI ne constitue ni un syndrome, ni une condition pathologique. En effet, il faut plutôt évoquer un profil cognitif particulier dont la pierre angulaire demeure un processus de pensée différent de celui des enfants standards.

L'identification de ce profil cognitif particulier repose avant tout sur une anamnèse à la recherche de particularités développementales évocatrices et une observation clinique⁽¹⁾.

Les particularités du développement

Certaines acquisitions précoces sont rapportées par les parents. Ainsi, ces bébés au regard intense apparaissent très vigilants dès la naissance, en tout cas avant la fin du 1^{er} mois. Par la suite, ils semblent en recherche constante de dialogue avec leur mère, puis paraissent animés d'un intérêt soutenu pour les objets et le monde qui les entourent. Si certains sont d'emblée très auto-

nomes, d'autres peuvent au contraire solliciter sans cesse l'entourage pour être remarqués et ne trouvent la quiétude que dans l'interaction. Leur tonus axial et segmentaire de qualité leur permet d'accéder rapidement à une statique idéale pour élargir leur périmètre de découverte. La position assise est appréciée tôt et surtout, dès 6 mois, ils poussent sur leurs membres inférieurs, cherchant à se mettre debout tout en vocalisant pour être entendus. La précocité des premiers mots (un peu avant 12 mois) et des premières phrases (vers 1 an ½) peuvent s'inscrire dans ce tableau, comme parfois l'apparition brutale et presque pathognomonique de phrases à la syntaxe excellente vers 2 ans, faisant suite à une longue période de pseudo-retard de parole, une période sans l'apparition des premiers mots.

Les symptômes spécifiques

Chez le garçon surtout, c'est l'**opposition** qui peut apparaître au premier plan. L'enfant s'agite avant de pouvoir exprimer verbalement son refus. Par la suite, il rejette les consignes et se met en colère en cas de frustration, car il ne maîtrise pas suffisamment le langage pour user d'un argumentaire structuré, comme il le fera par la suite. L'opposition demeure beaucoup plus rare chez la fille, car cette dernière a tendance à un conformisme exacerbé. Ainsi, le HPI est fréquemment sous-estimé chez les filles et leur identification, lorsque nécessaire, est très souvent encore plus tardive que chez le garçon.

Les **difficultés d'endormissement** demeurent le symptôme que se partagent presque tous les enfants HP. Sous-tendues par une certaine anxiété de séparation, mais également par la difficulté à renoncer au plaisir de l'exploration, celles-ci peuvent survenir dès les premiers mois de vie, puis accompagnent l'enfant HP tout au long de son développement. La pensée très intuitive des enfants HP leur permet de percevoir très rapidement le ressenti de

leur entourage et ils s'en inquiètent de façon caricaturale. Ainsi, ils se partagent une **extrême sensibilité** qui est parfois perçue comme de l'immatrité, renforcée par le décalage entre le niveau de développement affectif et le niveau de raisonnement de l'enfant.

L'excès d'empathie est générateur de questionnements incessants et d'intérêts en décalage avec l'âge. Ces enfants ont ainsi tendance à nettement préférer la compagnie de leurs aînés et des adultes, plus proches de leurs préoccupations. **Hyperlucidité et vigilance constante** peuvent devenir envahissantes et dépasser les capacités d'élaboration de l'enfant. Ainsi, l'**anxiété** peut être responsable de plaintes somatiques, de refus scolaire et de troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Si cet état anxieux n'est pas identifié et que l'environnement perçoit cet enfant – agité, ayant réponse à tout, mais peinant dans ses apprentissages – comme mal élevé, paresseux, voire hautain, il peut être entraîné jusqu'au désenchantement, dans ce que nous nommons la cascade affective (figure 1).

En ne tenant compte que de la compréhension verbale et du raisonnement perceptif, l'IAG est un meilleur indicateur de l'intelligence que le QIT.

● **Après l'évocation clinique, la confirmation cognitive : le QI** Face à un enfant intelligent mais en souffrance dans l'un des trois domaines fondateurs de l'équilibre affectif (famille, école et vie sociale) et dont les éléments cliniques comme anamnétiques sont évocateurs d'un HPI, les tests psychologiques demeurent le *gold standard* pour objectiver ce profil cognitif particulier. La définition OMS internationalement reconnue demeure un quotient intellectuel total (QIT) au *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC) supérieur ou égal à 130.

Cette définition est cependant réductrice et entraîne un certain nombre de faux négatifs. Le WISC IV se construit et se calcule à partir de 4 indices : l'indice de compréhension verbale (ICV), de raisonnement perceptif (IRP), de mémoire de travail (IMT) et de vitesse de traitement (IVT). Chaque indice évalue des compétences spécifiques.

De fait, nombre d'enfants HPI présentent un profil hétérogène. Lorsque la différence entre deux indices est supérieure à 15, on estime que le calcul du QI total (QIT) n'est pas pertinent. En outre, la présence fréquente de troubles instrumentaux peut diminuer les performances de l'enfant dans certains items⁽⁵⁾. En cas de différences importantes entre les indices, en particulier lorsqu'il existe un effondrement de la mémoire de travail ou de la vitesse de traitement, certains auteurs ont même proposé de calculer un indice d'aptitude géné-

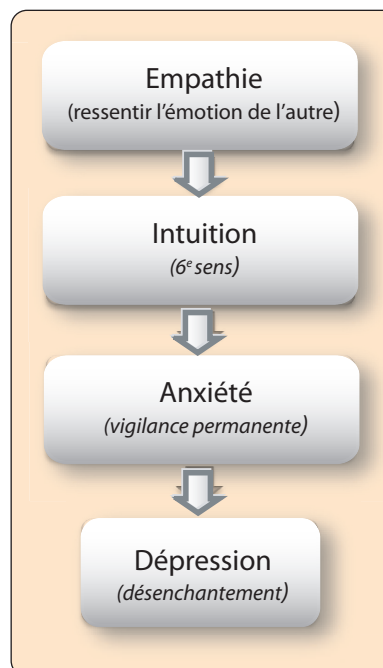


Figure 1. La cascade affective⁽¹²⁾.

ral (IAG). En ne tenant compte que de la compréhension verbale et du raisonnement perceptif, l'IAG est un meilleur indicateur de l'intelligence que le QIT^(6,7).

En somme, si la plupart des enfants à haut potentiel vont bien, et ne posent pas de problèmes d'identification, certains présentent des difficultés comportementales qui peuvent entraîner des confusions avec d'autres profils.

Le trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H) : l'intelligence troublée

Un trouble neurodéveloppemental

Le TDA/H toucherait selon les études de 1 à 20 % des enfants en âge scolaire et constituerait un des troubles neurodéveloppementaux les plus fréquents. Sa prévalence mondiale, tout âge compris, avoisinerait 5,3 %⁽⁸⁾. Son étiologie demeure sujette à discussion et les connaissances actuelles s'orientent vers une origine multifactorielle : génétique, neurobiologique, environnementale et psychosociale. La large fourchette d'incidence selon les études témoigne de nos connaissances lacunaires sur ce syndrome, mais également de l'absence d'un réel consensus à propos de sa symptomatologie. En outre, les critères diagnostiques – standardisés et recommandés par l'*American Psychiatric Association* (APA) qui constituent la référence internationale et celle de la recherche – ont évolué au gré des différentes éditions du *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders* (DSM) dont la 5^e édition (DSM-V) est parue l'an passé, succédant au DSM-IV paru en 1994.

La grande nouveauté pour le TDA/H demeure de rejoindre le chapitre des troubles neurodéveloppementaux, alors que jusque-là, il côtoyait les troubles des conduites comme les troubles oppositionnels avec provocation⁽⁹⁾. Cette évolution correspond bien aux très probables causes neurologiques du TDA/H, à savoir un trouble des fonctions exécutives et une aversion au délai.

Critères diagnostiques

« À l'heure actuelle, ce sont encore les critères du DSM-IV qui font foi, avec la triade classique : déficit d'attention, impulsivité et hyperactivité »⁽¹⁰⁾.

Ces symptômes doivent survenir dans au moins deux environnements bien distincts, comme par exemple le cadre scolaire et les loisirs ou le cadre familial et scolaire. Toute la difficulté demeure de bien considérer le moment développemental dans lequel ils s'inscrivent, car, par exemple, un degré d'agitation motrice physiologique à 3 ans ne l'est plus à 7 ans. Ainsi, ce syndrome ne devrait pas être diagnostiqué avant 6 ans.

Le TDA/H demeure un diagnostic d'exclusion. En effet, si l'on se réfère

aux critères du DSM-IV, la présence de 6 critères de déficit d'attention et/ou 6 d'hyperactivité et 2 d'impulsivité demeure la condition nécessaire mais pas suffisante pour évoquer ce diagnostic. Il faut également exclure un certain nombre de psychopathologies qui pourraient être à l'origine des symptômes évoquant le TDA/H (troubles anxieux, troubles de l'humeur, pathologies neuro-pédiatriques, etc.).

HPI et/ou TDA/H : une procédure diagnostique subtile

Des symptômes communs, des causes différentes

Identifier un HPI et diagnostiquer un TDA/H peuvent se révéler des

exercices complexes, car leurs nombreux symptômes communs constituent un vrai piège diagnostique (*encadré 2, p. 12*)⁽¹²⁾. En outre, il est probable que les troubles instrumentaux résultent d'atteintes de modules fonctionnels cérébraux spécifiques et constituent ce qu'Habib⁽¹¹⁾ nomme la constellation des troubles « dys ». Leur communauté de symptômes pose sans cesse la question d'une éventuelle comorbidité⁽¹³⁾.

Cependant, inattention, impulsivité et agitation n'ont vraisemblablement pas la même origine dans le cadre d'un TDA/H ou d'un HPI^(4,14). L'enfant HPI s'agite lorsqu'il s'ennuie pour tenter d'améliorer son état de vigilance. Son inattention résulte d'un désintérêt et son impulsivité lui permet de lutter contre l'ennui. En coupant la parole, il trouve enfin la possibilité de sortir d'un état passif qui l'angoisse. L'intelligence est anxigène. Quand sa machine

à penser tourne à vide (par manque de stimulation), il est assailli de questions existentielles. En outre, si ses difficultés ont précipité l'enfant en bas de la cascade affective (*figure 1, p. 10*), l'agitation peut être relue comme une défense maniaque contre un risque d'effondrement dépressif.

L'intelligence est anxigène.

Un diagnostic clinique

Une enquête anamnestique minutieuse et un examen médical soigné constituent l'étape initiale de la démarche diagnostique. À l'instar de l'analyse qualitative des symptômes, c'est la spécificité de leur expression, dans le temps et selon l'environnement qui va être la pierre angulaire de la procédure.

L'enfant TDA/H exprime ses symptômes quel que soit le contexte.

En effet, l'ennui agit, par exemple, comme catalyseur sur la nature active du HPI qui risque de « s'hyperexciter » dans un contexte insuffisamment stimulant intellectuellement. Dans ces moments, un déficit d'attention peut également survenir alors que, lorsqu'il est plongé dans une activité qui le passionne, ses fonctions attentionnelles apparaissent tout à fait performantes. Pour sa part, l'enfant présentant un TDA/H va être symptomatique, quels que soient le lieu et l'activité. Son attention demeure moins performante qu'attendue pour son âge, même s'il bénéficie d'aménagements scolaires ou s'il

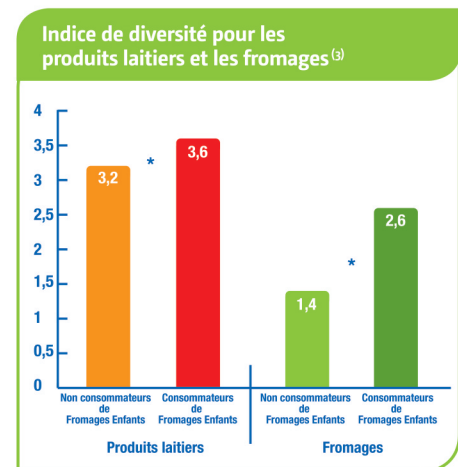
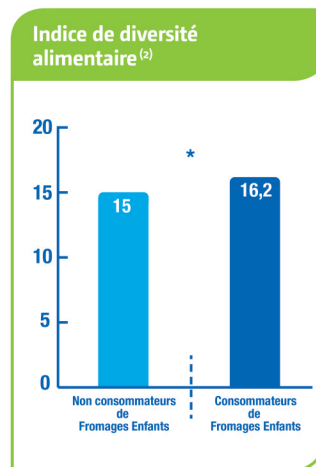
ATOUS DES FROMAGES EN PORTION DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS

Les chiffres révélés par le CREDOC dans son enquête CCAF 2013 ont établi que la consommation des fromages enfants est associée à une plus grande diversité alimentaire et à une meilleure couverture des besoins en calcium des enfants⁽¹⁾. Des corrélations d'autant plus intéressantes que la situation s'aggrave avec le temps sur ces deux dimensions.

UNE PLUS GRANDE DIVERSITÉ ALIMENTAIRE

Les consommateurs de fromages enfants ont **une alimentation plus diversifiée** alors même que la crise économique actuelle a engendré une très forte baisse de la diversité alimentaire depuis 2007. L'indice de diversité⁽²⁾ des consommateurs de fromages enfants est ainsi significativement plus élevé que celui des non consommateurs. Ce constat s'explique notamment par le fait que leurs repas intègrent plus de composantes.

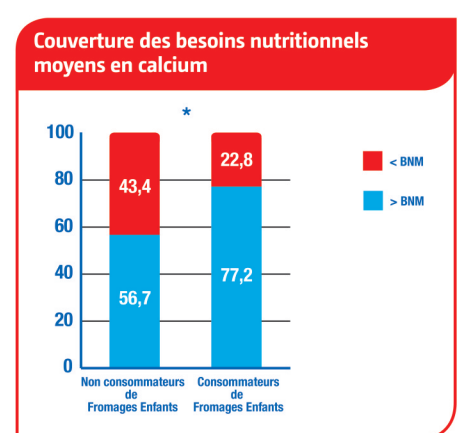
Cette plus grande diversité s'applique particulièrement aux produits laitiers puisque **les consommateurs de fromages en portion consomment plus de produits laitiers et de fromages différents**. Ils consomment également plus de fruits et leurs repas comprennent plus de pain.



UN MEILLEUR STATUT NUTRITIONNEL EN CALCIUM

En 2013, **59 % des enfants consommaient moins de 3 produits laitiers par jour**. Cela explique notamment que 39 % des 3-14 ans avaient des apports en calcium inférieurs aux BNM (Besoin Nutritionnel Moyen correspondant à 77 % des ANC). Une situation qui s'aggrave avec le temps puisqu'ils étaient 34 % en 2010.

Parce qu'ils représentent une portion de produit laitier, **les fromages enfants participent activement à la couverture des besoins calciques**. En 2013, les enfants consommateurs étaient ainsi 77,2 % à atteindre leur BNM en calcium contre seulement 56,7 % des non consommateurs. Cette différence est observée quel que soit l'âge de l'enfant.



(1) CREDOC, CCAF, 2013. N=809 - Enfants de 3 à 14 ans
(2) Cet indice de diversité évalue le nombre de groupes d'aliments consommés parmi 38, sur 2 jours non consécutifs.
(3) Cet indice de diversité évalue le nombre de sous-groupes consommés sur 7 jours.



APPRENTISSAGES

est pris dans une activité où sa motivation pallie quelque peu son déficit. L'effort demandé pour soutenir son attention finira par le fatiguer. En somme, le TDA/H exprime ses symptômes quel que soit le contexte (école, loisirs, domicile). Pour l'enfant HPI sans TDA/H, l'école est le principal terrain symptomatique alors qu'à domicile et dans ses loisirs, il est calme, attentif, performant. Mais parfois, TDA/H et HPI coexistent. Pour le pire ?

Le trouble du déficit d'attention avec haut potentiel (TDAH)

Diagnostic

La coexistence du TDA/H et du HPI est d'abord suspectée cliniquement. La présence d'un TDAH est confirmée si un enfant à haut potentiel présente 6 symptômes d'inattention et/ou 6 symptômes

d'hyperactivité-impulsivité, dans au moins deux contextes différents (famille/école par exemple ; *figure 2*).

Le QI complète l'observation en révélant fréquemment une hétérogénéité entre les indices. L'ICV et l'IRP élevés confirment le haut potentiel, tandis qu'une baisse significative de la mémoire de travail et/ou de la vitesse de traitement est évocatrice du dysfonctionnement préfrontal (trouble des fonctions exécutives), classiquement mises en cause dans le TDA/H.

Le problème majeur est celui du retard au diagnostic, quand le haut potentiel a longtemps masqué le TDA/H, tandis que ce dernier a abrasé l'expression des compétences. L'enjeu est diagnostique, bien sûr, mais aussi thérapeutique et pédagogique.

Prise en charge

Les mesures proposées (*encadré 3*) habituellement aux enfants hyperactifs vont influencer positivement le comportement et les résultats scolaires de l'enfant TDAH, avec quelques particularités.

Il faut non seulement prendre en compte les spécificités du HPI, mais également individualiser la réponse thérapeutique. Celle-ci sera focalisée sur les besoins les plus importants de l'enfant. Cette thérapie « à la carte » est encore plus personnalisée en cas de concomitance d'autres troubles instrumentaux (multi « dys »). Les symptômes des enfants TDAH pénalisent doublement les apprentissages. Ainsi, **les mesures pédagogiques** sont au premier plan (tiers temps, ordinateur, épreuves orales, aide humaine personnalisée, etc.), de même que **le soutien des fonctions instrumentales** (orthoptie, psychomotricité, ergothérapie, orthophonie, etc.). **La graphothérapie** est souvent décisive dans la reprise de confiance en soi. Et bien que l'école idéale pour l'enfant TDAH reste celle de son quartier ou de son village⁽¹⁵⁾, **une réorientation vers une structure adaptée**, spécialisée pour les HPI,

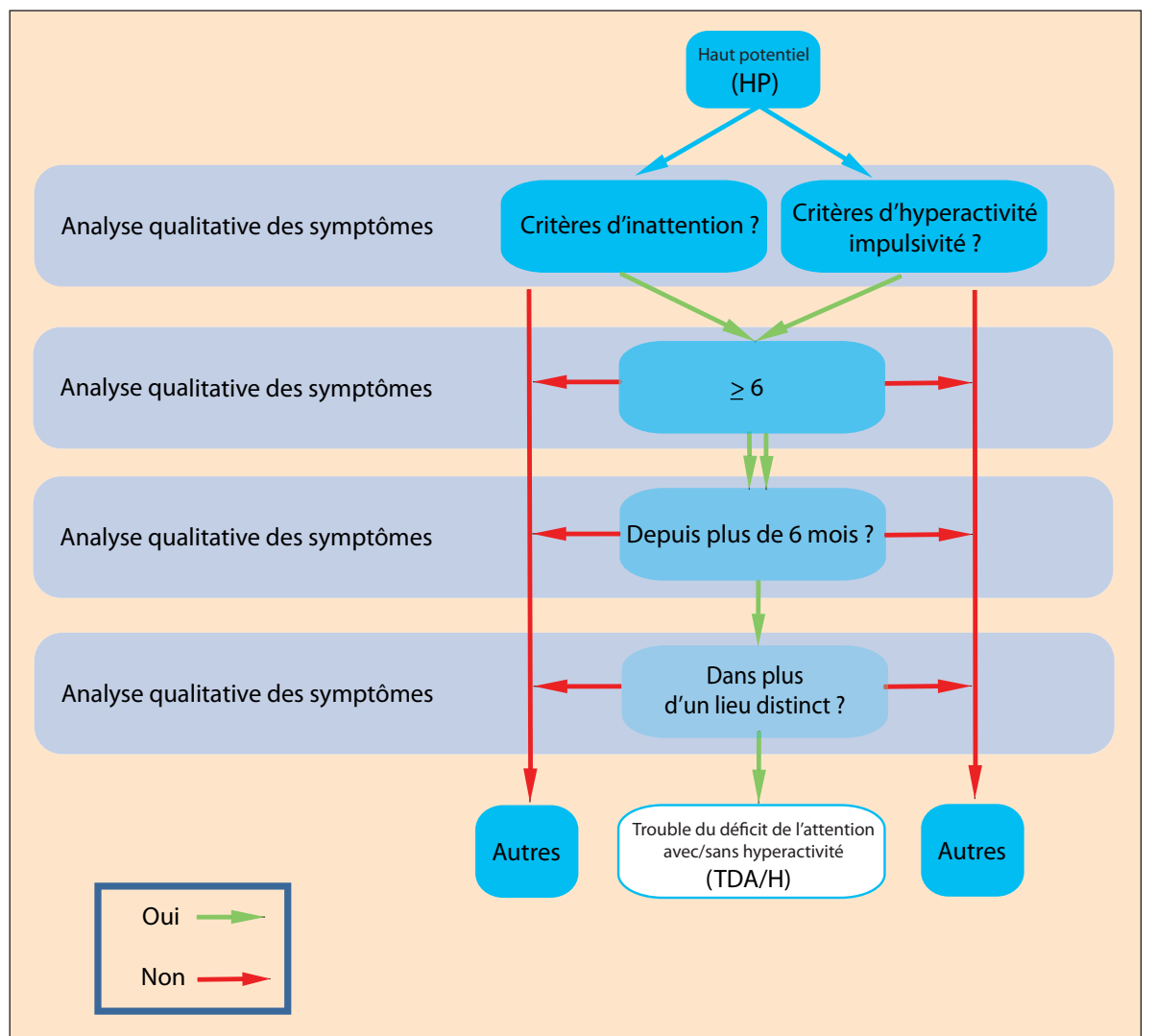


Figure 2. Démarche diagnostique pour un TDAH chez l'enfant HPI (haut potentiel intellectuel) (13).

devient nécessaire lorsque l'enfant est victimisé par ses camarades ou mal compris par les enseignants. La classe de 5^e est le moment le plus à risque.

La souffrance engendrée par le sentiment de différence et d'incompréhension, l'agressivité suscitée, voire l'isolement mettent à mal la construction de l'estime de soi de l'enfant. Longtemps anosognosique, l'enfant TDAH ne comprend ni les remarques de ces enseignants, ni l'hostilité des ses pairs, et encore moins son échec scolaire, surtout si tout allait bien en primaire. Les enseignants lui paraissent injustes, les copains méchants et lui-même décevant. Le risque de développer un **syndrome de l'imposteur** est majeur chez l'enfant TDAH : « On m'a toujours dit que j'étais intelligent, j'ai toujours su que c'était faux. Mon échec scolaire et social en est la preuve... ».

Les relations avec les enseignants et les pairs doivent être évaluées, comme la sémiologie psychopathologique, car la dépression et le trouble anxieux (pouvant aller jusqu'au refus scolaire) nécessitent des mesures thérapeutiques spécialisées. La prescription de psychostimulants ou d'anxiolytiques peut contribuer à diminuer la charge des symptômes et faciliter le travail scolaire, comme l'accès à l'espace psychothérapeutique.

Si la famille s'est souvent construite autour des symptômes de l'enfant et des échanges agressifs qui les accompagnent, les rapports de celle-ci avec l'extérieur demeurent également teintés de conflit et incompréhension. Les enfants TDAH sont trop souvent stigmatisés, ressentis comme opposants, voire paresseux, mal éduqués, avec des parents permissifs. Le diagnostic et la description des troubles permettent de donner du sens à leur vécu et d'y mettre des mots. Le travail de sensibilisation dans le cadre scolaire peut éga-

lement diminuer la charge conflictuelle entre les familles et les pédagogues.

La guidance éducative prend tout son sens, face à des parents mis à mal dans leur fonction par cet extraterrestre qui sait tout et qui pourtant pose des questions auxquelles l'adulte n'a pas toujours de réponses.

Accompagner et soutenir les parents dans la recherche de stratégies face à l'insatiabilité intellectuelle et affective de leur enfant est essentiel. Ainsi, des activités laissant libre court à la créativité ou favorisant l'exercice physique et l'effort peuvent constituer des espaces où l'enfant peut se réaliser et enfin se sentir à l'aise, loin de toute étiquette d'agité ou de « tête en l'air ».

TDAH : double peine... ou double chance ?

À première vue, cumuler un HPI et un TDAH constitue plutôt une double peine. Associer un profil cognitif hors standard avec un trouble instrumental chronique, évolutif, aux conséquences incertaines, peut se révéler très invalidant au quotidien. Le TDAH voyage avec un supplément bagage qui surcharge la balance des difficultés relationnelles et des troubles des apprentissages scolaires⁽¹⁵⁾.

« Cependant, notre expérience clinique nous amène à regarder plus subtilement ces enfants et nous permet un certain optimisme ».

Le HPI comme facteur protecteur du TDAH

En effet, l'enfant HPI est armé d'excellentes compétences métacognitives qu'il peut utiliser plus ou moins intuitivement pour met-

tre en place des stratégies efficaces face à son déficit d'attention et à son impulsivité (Revol, 2014). Son empathie exceptionnelle peut l'amener à anticiper les situations qui risquent de le gêner dans sa relation à l'autre. Bien compris, puis bien guidé, l'enfant TDAH est armé pour compenser des failles qu'il lui est facile d'identifier et qui pourraient même lui être utiles...

Quand le TDAH protège à son tour

Les enfants HPI souffrent fréquemment d'une inhibition anxieuse qui limite leur autonomie. L'audace des TDAH permet de lever certaines barrières que l'enfant HPI a érigées dans son obsession de contrôle et de maîtrise. De même, le discours de l'enfant HPI est souvent formaté et manque de spontanéité. À l'inverse, le TDAH auto-

Encadré 3. Les trois axes de mesures pour les TDAH.

Mesures pédagogiques

- Information et sensibilisation de l'école
- Aménagements pédagogiques pour TDAH et HPI

Mesures instrumentales

- Soutien des fonctions instrumentales (ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, graphothérapie)

Mesures thérapeutiques spécialisées

- Guidance éducative
- Soutien de la fonction parentale
- Psychostimulants
- Psychothérapie

(Suite page 14)

Encadré 2. HP et TDAH, une clinique commune⁽¹²⁾.

Points communs

- désintérêt pour les tâches répétitives
- refus des consignes
- difficultés à accepter de s'ennuyer
- grande sensibilité
- « enseignant-dépendance »*
- intolérance face à l'injustice

Risques partagés

- incompréhension de l'entourage
- isolement social
- démotivation
- perte d'estime de soi
- échec scolaire

*La motivation de l'élève est intimement liée à l'empathie qu'il ressent de la part de l'enseignant. Les parents disent de leur enfant « qu'il marche à l'affectif ».

OFFRE SPÉCIALE D'ABONNEMENT

1 an d'abonnement à la revue
PÉDIATRIE PRATIQUE

38 €
seulement

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

E-MAIL :@

Bulletin à retourner à :
L.E.N. MÉDICAL - Service Abonnements
56, boulevard de la Mission Marchand - 92400 Courbevoie
Tél. : 01 47 55 31 72 - abonnement@len-medical.fr

Tarifs spéciaux :
(1 an d'abonnement/10 numéros)
> DOM-TOM & étrangers : 56 €

APPRENTISSAGES

(Suite de la page 12)

rise certains excès verbaux qui facilitent le dialogue (et l'approche psychothérapeutique). En fait, tout se passe comme si le trouble des fonctions exécutives, point central du TDA/H, venait naturellement au secours des nombreuses inhibitions de l'enfant HPI.

Tout se passe comme si le trouble des fonctions exécutives, point central du TDA/H, venait au secours des nombreuses inhibitions de l'enfant HPI.

Enfin, les enfants HPI qui n'ont jamais connu la désillusion peuvent arborer des attitudes prétentieuses, forts de leur certitude d'être en dessus de leurs pairs dont la culture et les questionnements leur paraissent naïfs et immatures. *A contrario*, les TDAH, qui ont subi depuis toujours les remarques négatives des autres, ont tardé à réellement prendre conscience de leur potentiel. Ils sont habités par le doute de leurs propres compétences et surtout par une faible estime d'eux-mêmes. Ainsi, ils ne vont pas adopter ces attitudes perçues comme de l'orgueil ou du dédain.

Conclusion

Enfants HPI et TDA/H posent la question de leurs différences, de leurs ressemblances, et parfois de leur coexistence. Avant de porter tout diagnostic, une évaluation rigoureuse s'impose, car les deux syndromes présentent volontiers une séméiologie commune. La distractibilité, l'impulsivité et l'agitation ont souvent été les fidèles compagnes de route de l'enfant HPI, dès son entrée en collectivité. Dans tous les cas, la prise en charge doit être multifocale, adaptée aux difficultés et aux besoins spécifiques de l'enfant, dans un arsenal aussi large que riche : mesures pédagogiques, soutien des fonctions instrumentales, aide psychologique à l'enfant et/ou à la famille, psychopharmacologie. Non diagnostiquée, la fréquente cohabitation HP-TDA/H cumule les risques d'inadaptation scolaire

et sociale. Bien comprise, elle peut être une chance, lorsque chacun des profils joue un rôle protecteur pour l'autre. Et le TDAH pourrait devenir une force subtile... ■

Références

1. Delaubier JP. La scolarisation des élèves « intellectuellement précoces ». Rapport à Monsieur le Ministre de l'Éducation nationale. Janvier 2002 : 46 pp ; <http://media.education.gouv.fr/file/01/1/4011.pdf>.
2. Touzin M, Vaivre-Douret L. Les différents troubles d'apprentissages. Actualité et dossier en santé publique (ADSP) 1999 ; 26 : 30-7.
3. Revol O, Louis J, Fournieret P. Les troubles du comportement de l'enfant précoce. ANAE 2003 ; 73 : 159-63.
4. Revol O, Bléandou G. Enfants intellectuellement précoces : comment les identifier ? *Arch Pediatr* 2012 ; 19 : 340-3.
5. Fumeaux P, Archimbaud-Devillier M, Revol O. Haut potentiel et psychopathologie : quels liens ? *Revue InterPsy* 2013 : 21-8.
6. Lecerf T, Reverte I, Coleaux L, Favez N, Rossier J. Indice d'aptitude général pour le WISC-IV : normes francophones. *Pratiques Psychologiques* 2010 ; 16 : 109-21.
7. Lecerf T, Reverte I, Coleaux L, Favez N, Rossier J. Erratum à l'article « Indice d'aptitude général pour le WISC-IV : normes francophones ». *Pratiques Psychologiques* 2011 ; 17 : e1-e5.
8. Polanczyk G *et al.* The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164(6) : 942-8.
9. Fumeaux P, Revol O. DSM-V : 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>.
10. American Psychiatric Association (1994). *The Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, 4rd edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 943 pp.
11. Habib M, Fournieret P. Les « dys » à haut potentiel : reconnaître, comprendre, expliquer. Conférence PSYRENE, Lyon, 7 juillet 2011.
12. Fumeaux P, Revol O. Le haut potentiel intellectuel : mythe ou réalité ? *Revue de santé scolaire et universitaire* 2012 ; 18 : 8-10.
13. Fumeaux P, Revol O. TDA/H et haut potentiel : couple mythique ou infernal ? In : Bange F. *L'aide-mémoire de l'hyperactivité, enfants, adolescents, adultes*. Collection Psychothérapies, Dunod, Paris ; sous presse.
14. Tordjman S. Enfants surdoués en difficulté : de l'hyperactivité avec déficit attentionnel à la dépression et l'échec scolaire. *Rev Med Suisse* 2006 ; 2 : 533-7.
15. Revol O. On se calme. Enfants agités, parents débordés ? JC Lattès, Paris, 2013 : 182 p.

En pratique, on retiendra

- HPI et TDA/H peuvent coexister chez le même enfant.
- Le HPI peut parfois constituer un facteur protecteur de TDA/H.
- Une évaluation très rigoureuse est indispensable, car HPI et TDA/H partagent des symptômes identiques.
- Le médecin de premier recours peut mener une anamnèse soignée et un examen clinique approfondi pour décider si une évaluation spécialisée est nécessaire.
- L'examen spécialisé psychologique et pédopsychiatrique est indiqué en cas d'indices convergents.
- Prise en charge multifocale et « sur-mesure » en cas de diagnostic positif.
- Non diagnostiquée, l'association HPI et TDA/H peut être dévastatrice en cumulant des risques d'inadaptation familiale, scolaire et sociale.
- Bien comprise, l'association HPI et TDA/H peut constituer un atout.

ACTUALITÉS

Cervarix® : désormais recommandé en deux doses

Dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus, le Haut Conseil de la santé publique recommande désormais une vaccination avec Cervarix® simplifiée : 2 doses à 6 mois d'intervalle chez les jeunes filles de 11 à 14 ans révolus.

Le taux de couverture vaccinale dans la population cible française est aujourd'hui inférieur à 30 % alors que l'objectif du Plan cancer 2014-2019 est une couverture de 60 %. Seule une adolescente sur trois a reçu un schéma vaccinal complet. Il faut rappeler ici que l'on recense environ 3 000 nouveaux cas de cancer du col utérin par an, avec un pic d'âge à 42 ans, et environ un millier de femmes en meurent. Or, la vaccination par Cervarix® a fait la preuve de son efficacité en prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus (plus de 90 % contre les lésions CIN 2+ et CIN 3 liées aux HPV 16 et 18), notamment via les résultats à 4 ans de l'étude pivot PATRICIA, avec un taux d'anticorps dix fois supérieur à celui correspondant à la protection naturelle et qui se maintient jusqu'à 9,4 ans. Par ailleurs, Cervarix® induit une protection croisée vis-à-vis d'autres types d'HPV oncogènes : les HPV 31, 33 et 45.

De plus, la réduction significative des conisations chez les femmes vaccinées par Cervarix® représente un autre bénéfice clinique. L'AMM européenne accordée au schéma vaccinal en deux doses de Cervarix® se fonde sur les résultats concordants de deux études cliniques qui démontrent que la réponse immunitaire après deux doses chez des jeunes filles âgées de 9 à 14 ans a été non inférieure à la réponse après trois doses chez des femmes de 15 à 25 ans. Et ces résultats se maintiennent au moins 4 ans après la vaccination. Par ailleurs, les données de tolérance des études cliniques portant sur un suivi de près de 10 ans et les données nationales et internationales de surveillance obtenues après la distribution de 41 millions de doses de Cervarix® dans plus de 130 pays attestent également de son profil de tolérance satisfaisant et de son rapport bénéfice/risque favorable. Les effets indésirables le plus souvent observés sont des réactions au site d'injection (douleur, rou-

geur, gonflement). Pour les jeunes filles ayant déjà initié leur vaccination avec Cervarix® et ayant reçu deux doses dans un délai inférieur à 5 mois, une troisième doit être administrée 5 mois après la deuxième. Si les deux premières doses ont été administrées dans un délai supérieur ou égal à 5 mois, ces jeunes filles sont considérées comme complètement vaccinées. Pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans révolus, le Haut Conseil maintient le schéma vaccinal à trois doses à 0, 1 et 6 mois. Il reste que le conseil médical permet de multiplier par quatre la chance pour une jeune fille d'être vaccinée, et ce, en dépit du fait qu'il est souvent nécessaire pour le praticien d'expliquer aux parents la notion de coïncidence pour les rares cas de sclérose en plaques ou d'autres pathologies auto-immunes qui ont été médiatisées. Aussi, ayant fait la preuve de son efficacité, la vaccination par Cervarix® en deux doses avant l'âge de 14 ans, a pour intérêt de simplifier le schéma vaccinal, ce qui facilite son adhésion et lui permet de s'intégrer dans le cadre des rendez-vous vaccinaux de cet âge (DT coq Polio). ■

G. GERTNER

D'après une conférence de presse des laboratoires GSK

Une « Fabrique à menus » sur le site mangerbouger.fr

Lancée en 2013 dans le cadre du Programme national de santé (PNNS), la « Fabrique à menus » est un outil simple et pratique pour faciliter la préparation quotidienne des repas de la famille par saison et veiller à ce que l'équilibre alimentaire y soit respecté. Chaque semaine, le site mangerbouger.fr propose à travers ce service plus de 2 000 recettes détaillées, associées à des listes de course conjuguant ainsi plaisir et santé. Parce que la problématique de la nutrition se retrouve en consultation, que ce soit lors d'une grossesse, dans le processus de diversification de l'alimentation d'un jeune enfant ou encore face à un adolescent obèse, le site mangerbouger.fr devient aussi pour les professionnels de santé une source d'information et un support de sensibilisation et d'éducation. En effet, l'espace « mangerbouger-



pro » leur est dédié et aborde différents thèmes que ce soit le dépistage des troubles nutritionnels, le PNNS ou encore à la démarche éducative... Cet espace permet de compléter la consultation et d'offrir

à chacun des outils adaptés à chaque problématique. ■

J. QUESNEL

D'après un communiqué de presse de l'Inpes

PETITES ANNONCES

29 – FINISTÈRE

Cabinet de **5 pédiatres** cherche **successeur ou collaborateur à Quimper**

cause départ en retraite d'un pédiatre

à partir d'octobre 2015.

Tél. : 06 30 77 11 19
cabinet.tymarmouz@wanadoo.fr

Si vous aimez la mer et la Bretagne, rejoignez-nous !

26 – DRÔME

Le Centre hospitalier de Valence recherche **3 pédiatres** (1 poste d'assistant spécialiste, 2 postes de PH)

Équipe de 13,6 ETP pédiatres + 4 ETP chirurgiens pédiatriques et 6 internes. Activités : pédiatrie - 29 lits médico-chirurgicaux dont 4 lits de soins continus, HDJ 6 lits, néonatalogie - niveau 2B - 18 lits dont 3 lits de soins intensifs, maternité - 2 300 naissances, urgences pédiatriques individualisées - 15 000 passages.

Gardes sur place avec un interne. Double garde en cours d'organisation. Possibilité de surspécialisation (néonatalogie, endocrinologie, neurologie, etc.).

Situation géographique privilégiée : au cœur de la Drôme-Ardèche, à 2 h de la méditerranée, à 1 h du ski, facilité d'accès par le TGV (Lyon 30 min, Paris 2 h, Marseille 1 h, Grenoble 45 min).

Contact :
Dr Agnès JUVEN
Tél. : 04 75 75 75 86
ajuven@ch-valence.fr