

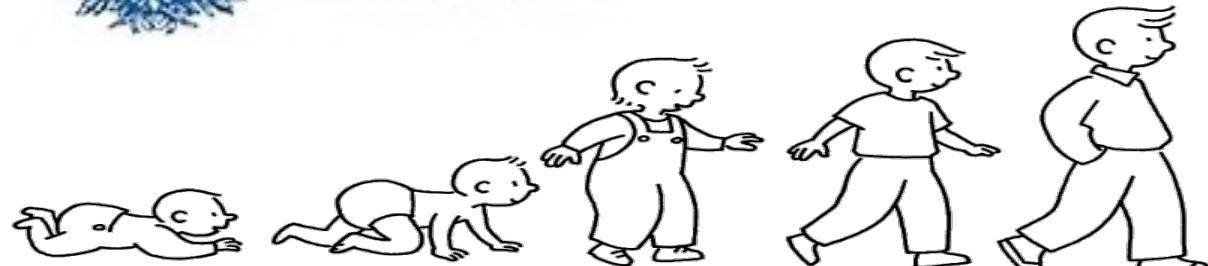
# Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

## Entre neurodéveloppement et neurodiversité

Cédric Galera



COLLÈGE  
DE FRANCE  
—1530—



**Inserm**  
Institut national  
de la santé et de la recherche médicale

**BORDEAUX  
POPULATION  
HEALTH** | Research  
Center - U1219



**Université**  
de **BORDEAUX**

# Le TDAH, un trouble reconnu aujourd'hui en France

Longtemps considéré comme trouble de l'**enfance**, individualisé chez l'**adulte** depuis 2010s

RECOMMANDER  
LES BONNES PRATIQUES



Sur le **plan médical** = **Trouble du neurodéveloppement**

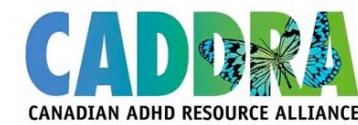
RECOMMANDATION

Trouble du  
neurodéveloppement  
/ TDAH : Diagnostic  
et interventions  
thérapeutiques  
auprès des enfants  
et adolescents

Enjeu de **santé publique et de santé mentale**

Recommandations nationales (2024) et internationales

Outils diagnostiques et thérapeutiques efficaces



**Qui fait l'objet de débats ! Validité du trouble ? Sur ou sous diagnostic ? Mauvais usage des médicaments ? Question émergente de la neurodiversité ?**

# Le TDAH, un concept ancien ?

Dès l'Antiquité Théophraste décrit des traits caractéristiques du TDAH : difficulté à se concentrer, impulsivité, inconstance

« Quand il doit comparaître au tribunal comme défendeur et que son affaire va être appelée, il **oublie tout simplement et part à la campagne.** » « Quand il a rangé lui-même un objet qu'on lui a confié, il est ensuite **incapable de remettre la main dessus et le cherche partout.** » « À la campagne, s'il prépare lui-même un simple plat, comme un poireau, il mettra deux fois du sel dans la marmite et le rendra immangeable. »  
(Théophraste, Les Caractères, L'homme obtus, 319 av. J.-C.)



Aux XVIIIe et XIXe siècles des observations cliniques rapportent des cas d'instabilité motrice chez des enfants et des adultes

« **Instabilité neuromotrice** » « Leur mobilité est exubérante, ils **ne restent en place nulle part**, se lèvent de table à chaque instant sans motif. S'ils jouent, ils **passent rapidement d'un jeu à l'autre** » « Dans le service, ils se font remarquer par l'**indifférence aux observations, la désobéissance et l'indiscipline** » (Crichton, Weikard, Bigot, Bourneville, Duprat, Paul-Boncour)

Still (The Lancet, 1902) : 1ère description scientifique du trouble chez 43 enfants avec agitation extrême, difficultés à soutenir l'attention, échec scolaire

Bradley (1937) : découverte de la benzédrine qui réduit les symptômes de type TDAH chez les enfants



Plusieurs termes depuis le XXe siècle : Minimal Brain Dysfunction (1940s), Réaction hyperkinétique de l'enfance (DSM II, 1968), Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (DSM III, 1980), Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (1987, DSM, CIM)

# Le TDAH, une description clinique partagée

## Caractère **neurodéveloppemental**

**Retard ou difficultés dans les fonctions d'attention / motricité / impulsivité / émotions**

**Début précoce** avant 7 / 12 ans et **persistance** avec l'âge

**Hypothèse « anomalies / variations »** cérébrales structurelles / fonctionnelles

# Le TDAH, une description clinique partagée

Caractère neurodéveloppemental

Retard ou difficultés dans les fonctions d'attention / motricité / impulsivité / émotions

Début précoce avant 7 / 12 ans et persistance avec l'âge

Hypothèse « anomalies / variations » cérébrales structurelles / fonctionnelles

## Inattention

Distractibilité  
Manque de persévérance  
Problèmes attention soutenue  
Désorganisation

- a. Pas d'**attention aux détails/fautes étourderie** dans devoirs scolaires/travail
- b. Difficultés **soutien attention** au travail / jeux
- c. **N'écoute pas** quand on lui parle directement
- d. Ne se conforme pas aux consignes, **ne mène pas à terme tâches** scolaires / domestiques / professionnelles
- e. Difficultés à **organiser** travaux/activités
- f. Fait à contre-coeur / évite tâches nécessitant **effort mental soutenu**
- g. **Pertes objets** nécessaires travail/activités
- h. Facilement **distract** par stimuli externe
- i. **Oublis** fréquents dans vie quotidienne

## Hyperactivité

Activité motrice excessive dans situations inappropriées  
Excès de “bougeotte” ou bavardages

- a. **Remue mains ou pieds, ou se tortille sur siège**
- b. **Se lève** dans situations où supposé rester assis
- c. **Court ou grimpe** partout, dans des **situations inappropriées**
- d. Incapable de se **tenir tranquille** dans jeux/loisirs
- e. Souvent “sur la brèche” ou “**monté sur ressorts**”
- f. **Parle trop**
- g. **Laisse échapper réponse** à question non entièrement posée
- h. Difficultés à **attendre son tour**
- i. **Interrompt** les autres ou impose sa présence

## Impulsivité

Actions précipitées sans anticipation des conséquences

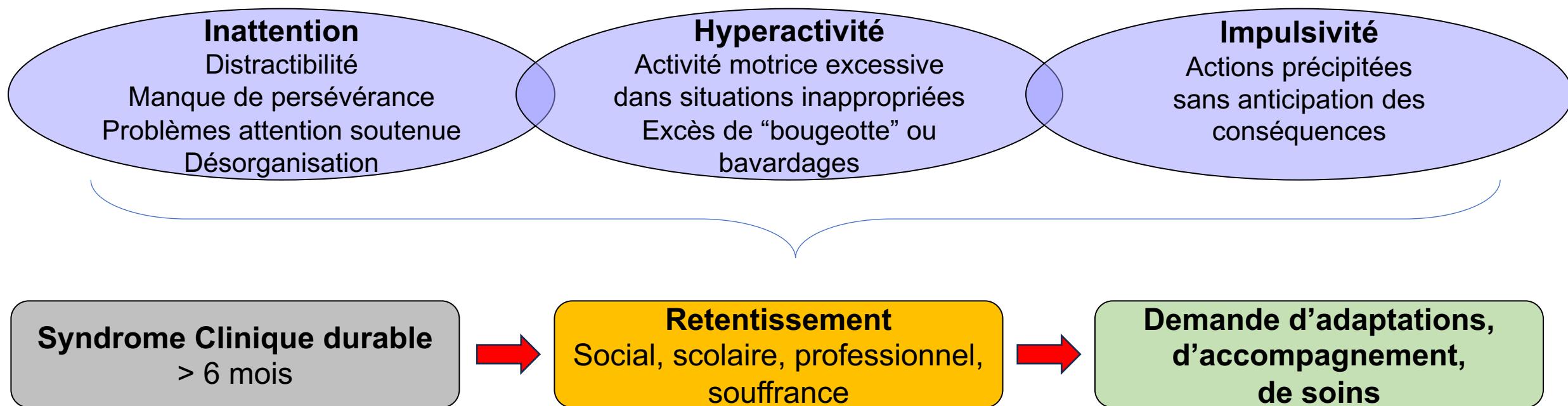
# Le TDAH, une description clinique partagée

Caractère neurodéveloppemental

Retard ou difficultés dans les fonctions d'attention / motricité / impulsivité / émotions

Début précoce avant 7 / 12 ans et persistance avec l'âge

Hypothèse « anomalies / variations » cérébrales structurelles / fonctionnelles



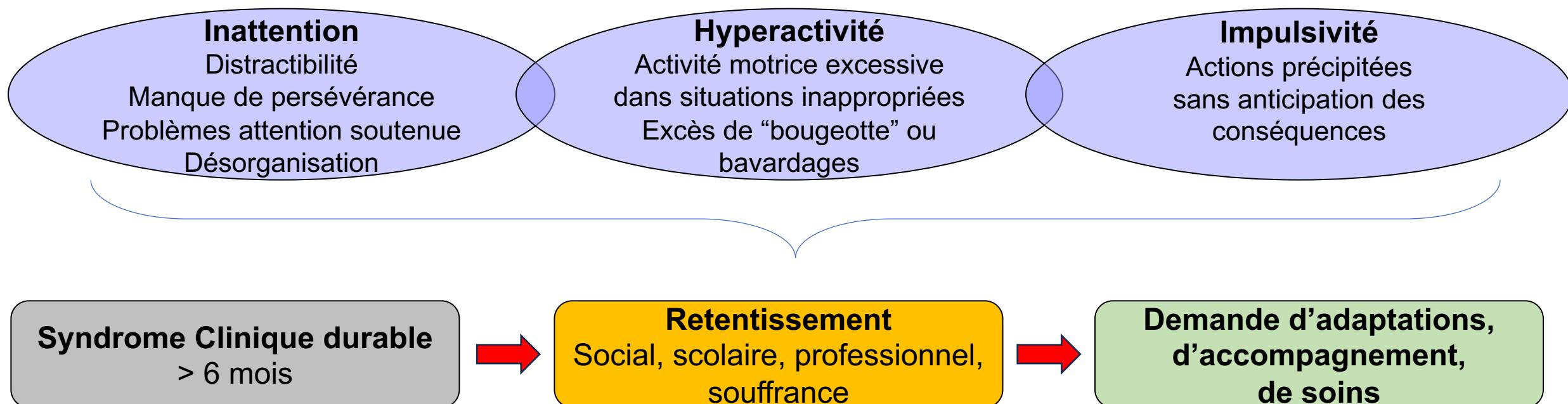
# Le TDAH, une description clinique partagée

Caractère neurodéveloppemental

Retard ou difficultés dans les fonctions d'attention / motricité / impulsivité / émotions

Début précoce avant 7 / 12 ans et persistance avec l'âge

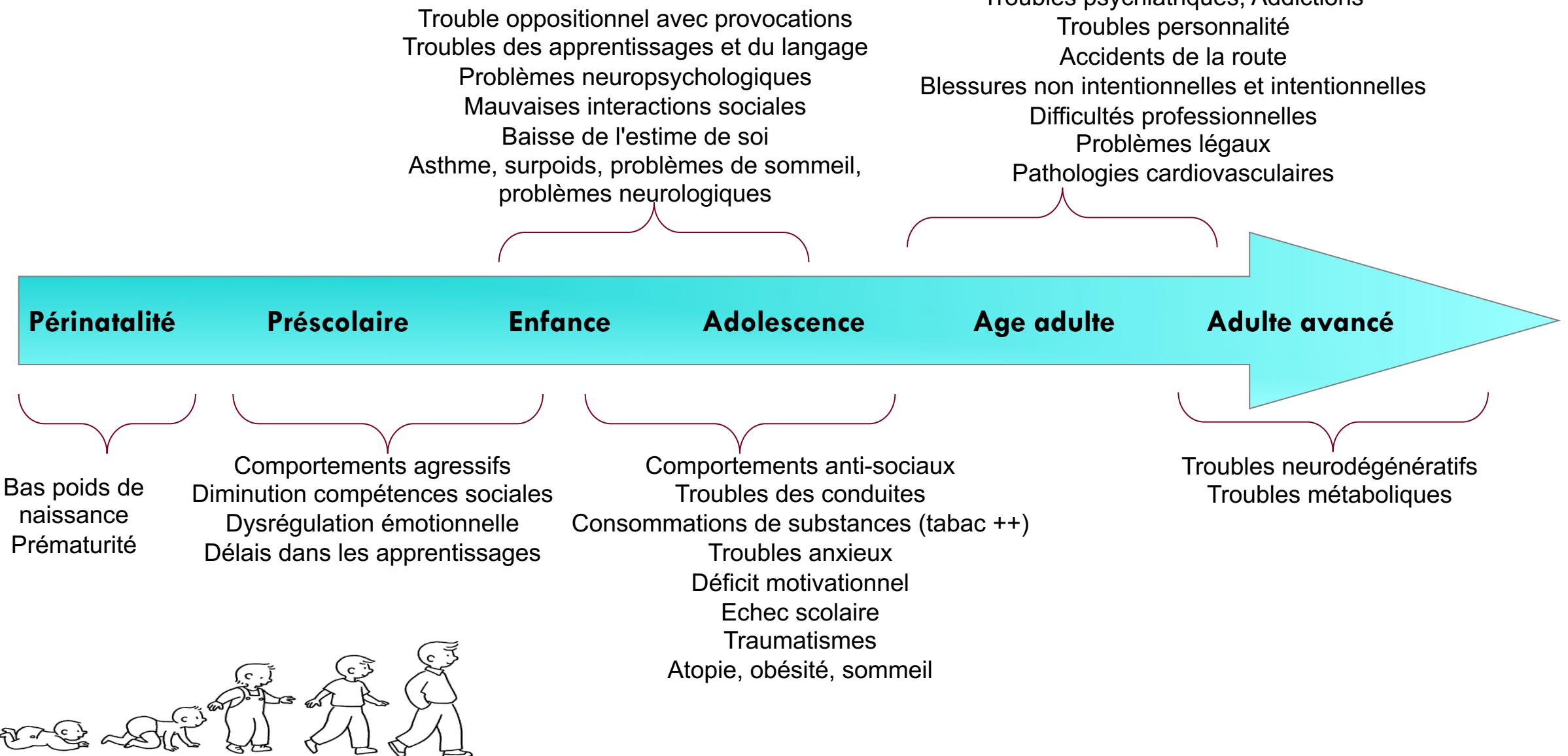
Hypothèse « anomalies / variations » cérébrales structurelles / fonctionnelles



Retentissement = Normes sociales + Observable + Objectivable + Variable selon contexte et exigences de l'environnement

Même profil symptomatique → Handicap variable

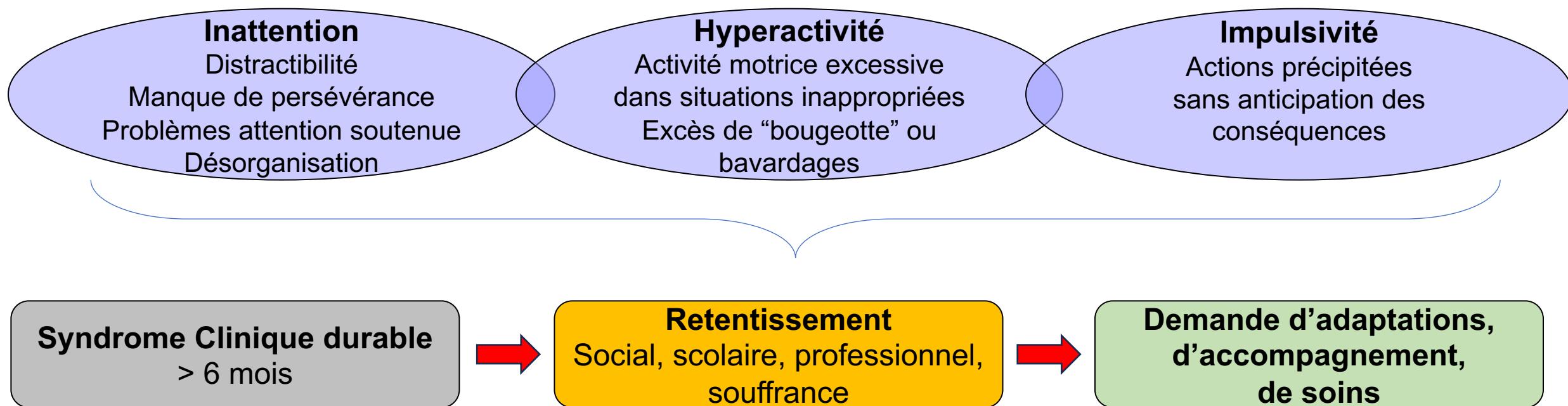
# Le TDAH, un impact possible tout au long de la vie



# Le TDAH, une description clinique partagée

## Diagnostic utile sur le plan clinique : décider et agir

Evaluation, orientation, choix d'interventions,  
communication, allocation de ressources



# Le TDAH est-il un concept valide?

Apports de l'épidémiologie à la compréhension du TDAH,  
de ses causes et de ses conséquences

**Validité descriptive :** le tableau clinique est-il cohérent ? Les symptômes se regroupent-ils de façon consistante et stable ? Quelle est la prévalence TDAH ?  
Sa distribution est-elle catégorielle ou dimensionnelle ?

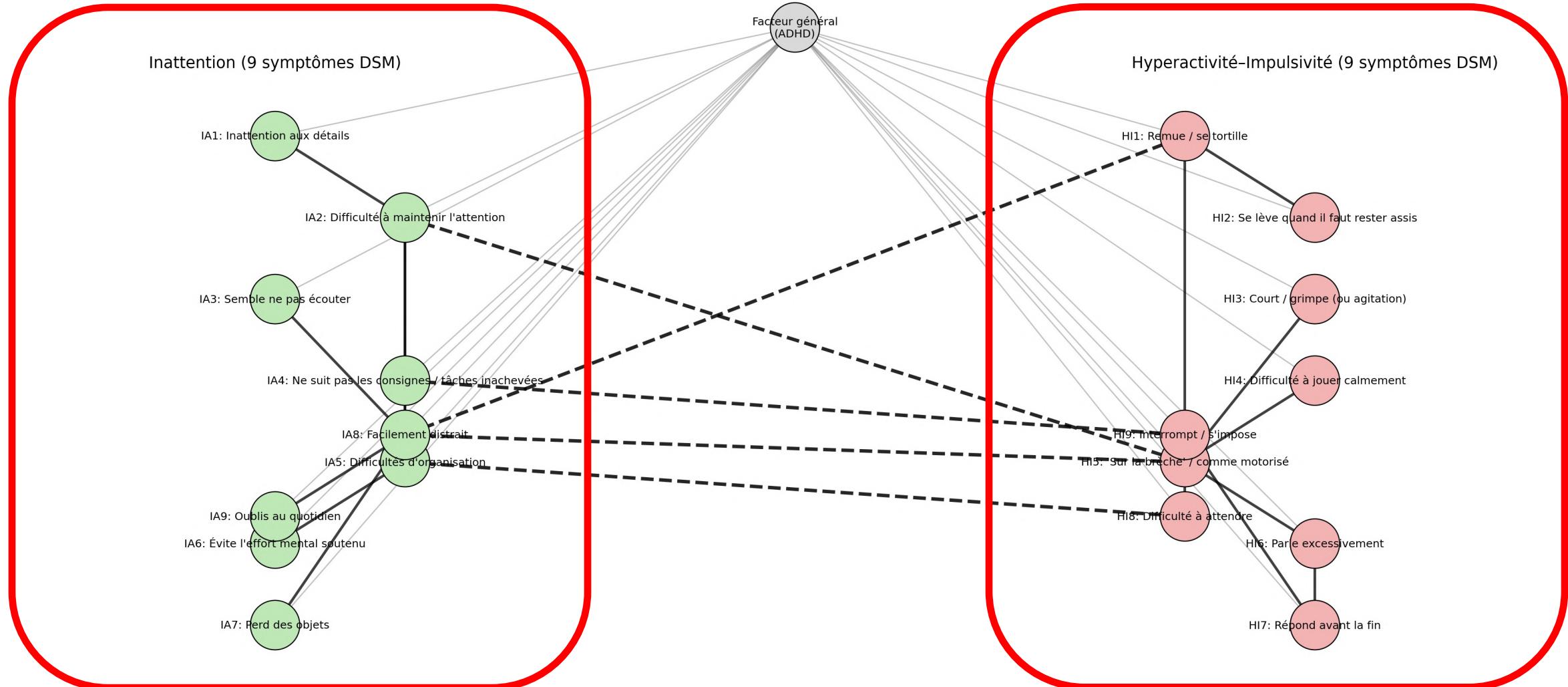
**Validité pronostique :** mesure-t-on un diagnostic qui prédit des trajectoires ? le diagnostic prédit-il des évolutions, des réponses au traitement, des conséquences mesurables ? Y a-t-il une hétérogénéité du pronostic ?

**Validité explicative :** comprend-on ce qu'est ce trouble ? le diagnostic correspond-il à une entité "naturelle" ? A-t-on des mécanismes plausibles (probablement pluriels) plutôt qu'une cause unique ?

# Validité descriptive du TDAH

Le syndrome est	Preuves épidémiologiques
<b>Cohérent</b>	<b>Structure factorielle à 2 dimensions, stable à travers âges et cultures</b>
<b>Fiable</b>	Accord inter-juges acceptable ( $\kappa \approx 0.60\text{--}0.90$ ) avec entretiens structurés
<b>Universel</b>	Prévalence mondiale stable (~5% enfant, ~2.5% adulte) sans variation majeure entre continents quand méthodologie contrôlée
<b>Mais dimensionnel</b>	Études taxométriques : Pas de seuil naturel, le diagnostic découpe un continuum, seuil diagnostique conventionnel

# Le TDAH, 2 dimensions stables à travers âges et cultures



L'hyperactivité motrice diminue, l'inattention persiste , l'impulsivité se transforme

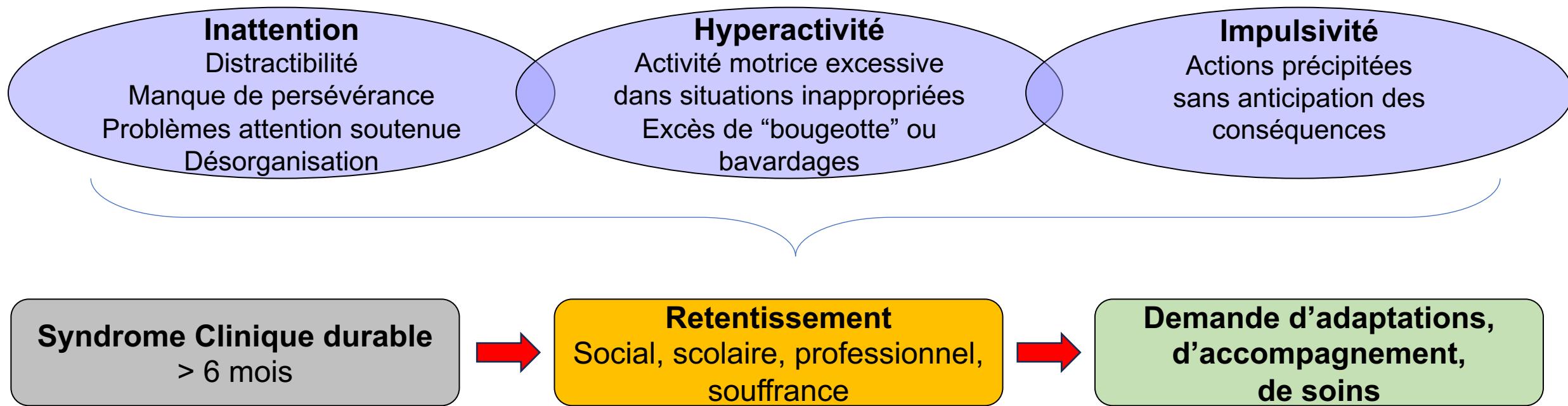
# Validité descriptive du TDAH

Le syndrome est	Preuves épidémiologiques
Cohérent	Structure factorielle à 2 dimensions, stable à travers âges et cultures
Fiable	<b>Accord inter-juges acceptable (<math>\kappa \approx 0.60\text{--}0.90</math>)</b> <b>avec entretiens structurés</b>
Universel	Prévalence mondiale stable (~5% enfant, ~2.5% adulte) sans variation majeure entre continents quand méthodologie contrôlée
Dimensionnel	Études taxométriques : Pas de seuil naturel, le diagnostic découpe un continuum, seuil diagnostique conventionnel

# Le TDAH, une description clinique partagée

## Diagnostic reproductible

Fiable : bon accord diagnostique si évaluation standardisée et multi-informée (kappas 0.60-0.90)

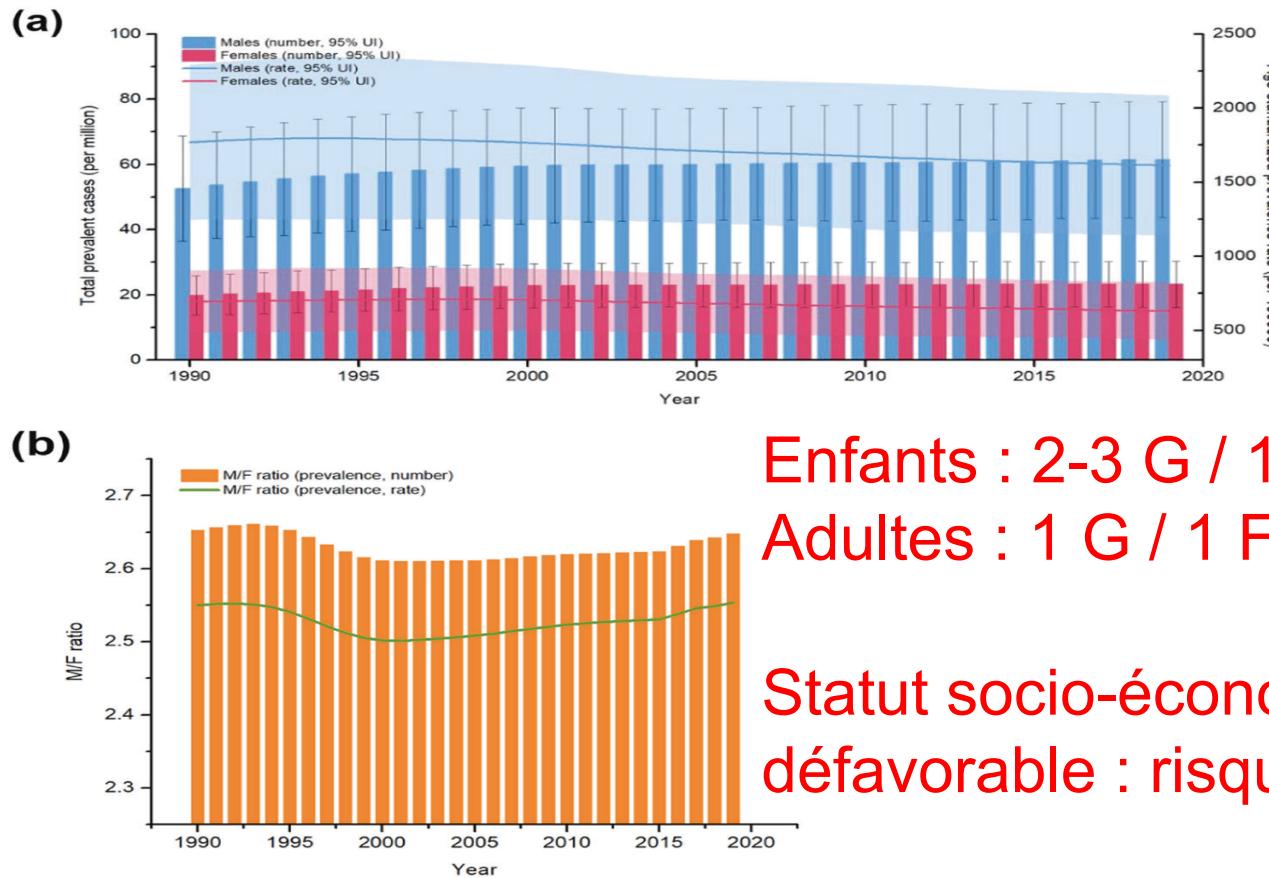


# Validité descriptive du TDAH

Le syndrome est	Preuves épidémiologiques
Cohérent	Structure factorielle à 2 dimensions, stable à travers âges et cultures
Fiable	Accord inter-juges acceptable ( $\kappa \approx 0.60\text{--}0.90$ ) avec entretiens structurés
Universel	Prévalence mondiale stable (~5% enfant, ~2.5% adulte) sans variation majeure entre continents quand méthodologie contrôlée
Dimensionnel	Études taxométriques : Pas de seuil naturel, le diagnostic découpe un continuum, seuil diagnostique conventionnel

# Prévalence du TDAH

5 % des jeunes et 2,5 % des adultes



Enfants : 2-3 G / 1 F  
Adultes : 1 G / 1 F

Statut socio-économique défavorable : risque x 2

Caci, Encéphale, 2023  
Cortese et al, Mol Psychiatry, 2023  
Lecendreux et al, J Atten Disord, 2011  
Polanczyck et al, Am J Psychiatry, 2007  
Polanczyck et al, JCPP, 2015

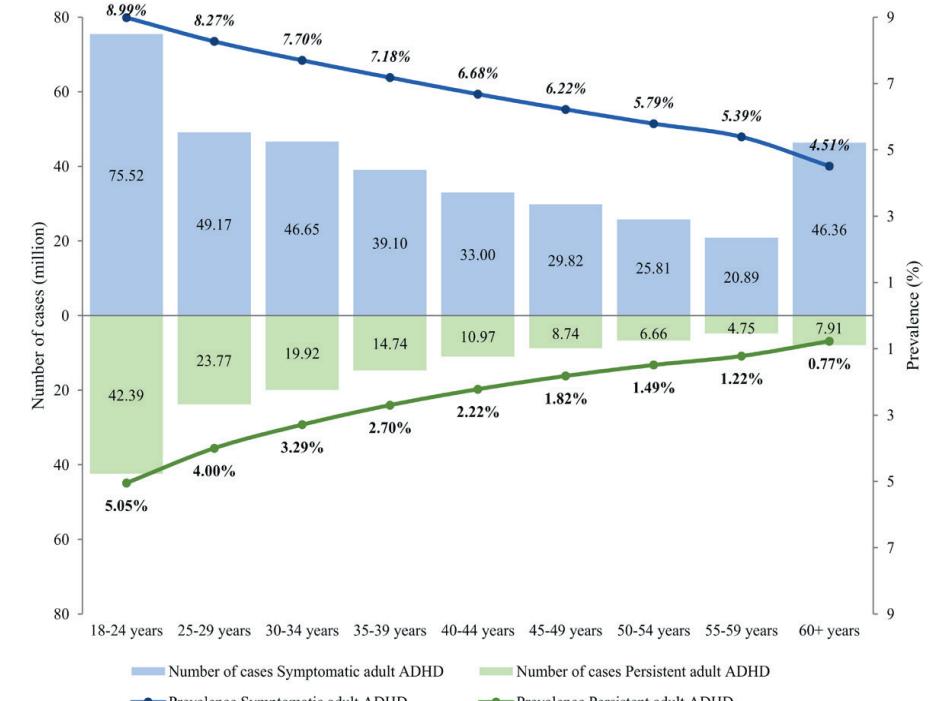


Figure 3. Estimated prevalence and cases of adult ADHD in 2020, by age group.

The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis

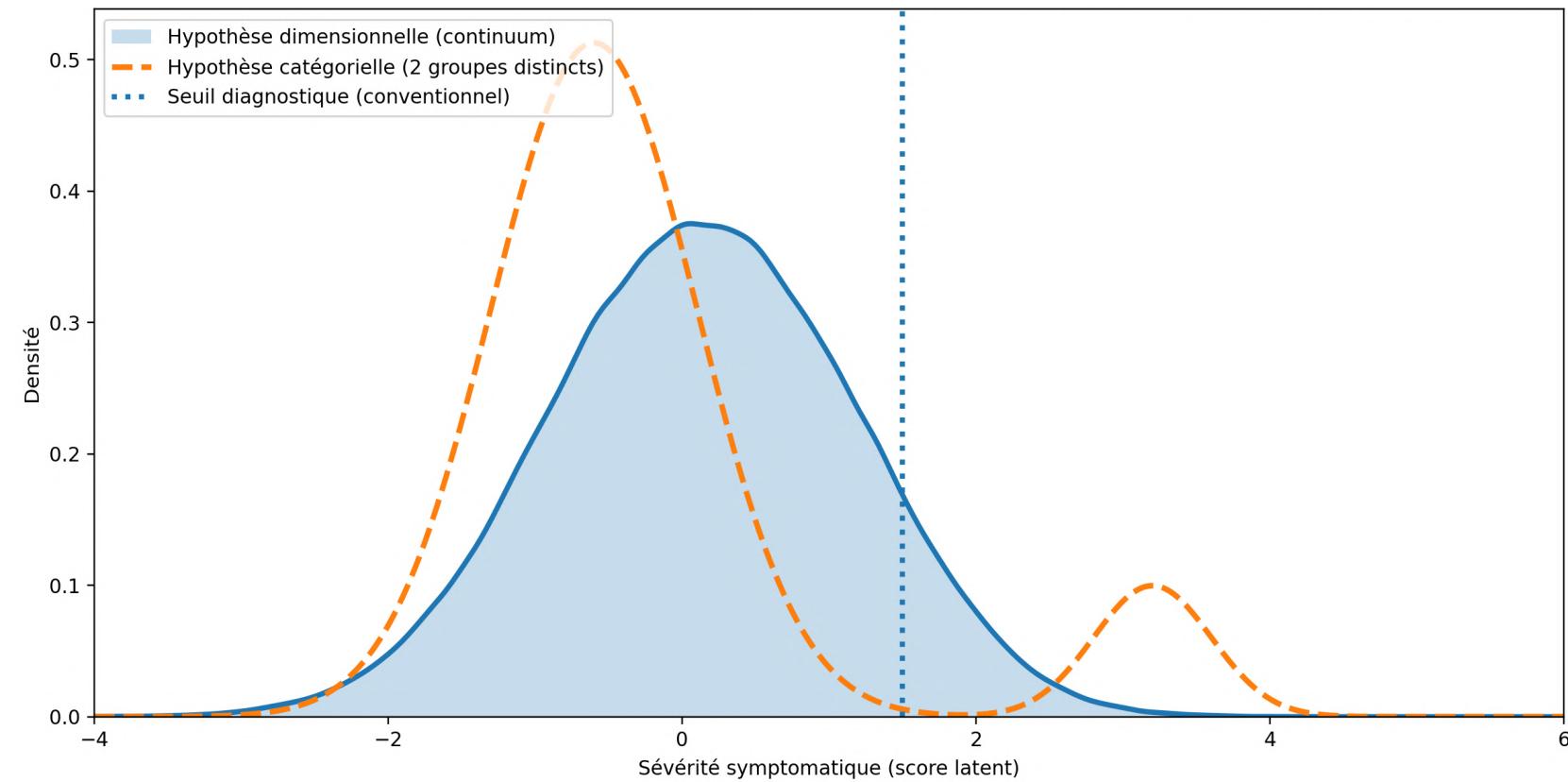
Song et al, J Global Health, 2021

# Validité descriptive du TDAH

Le syndrome est	Preuves épidémiologiques
Cohérent	Structure factorielle à 2 dimensions, stable à travers âges et cultures
Fiable	Accord inter-juges acceptable ( $\kappa \approx 0.60\text{--}0.90$ ) avec entretiens structurés
Universel	Prévalence mondiale stable (~5% enfant, ~2.5% adulte) sans variation majeure entre continents quand méthodologie contrôlée
Dimensionnel	<b>Études taxométriques : Pas de seuil naturel, le diagnostic découpe un continuum, seuil diagnostique conventionnel</b>

# Le TDAH a une distribution dimensionnelle

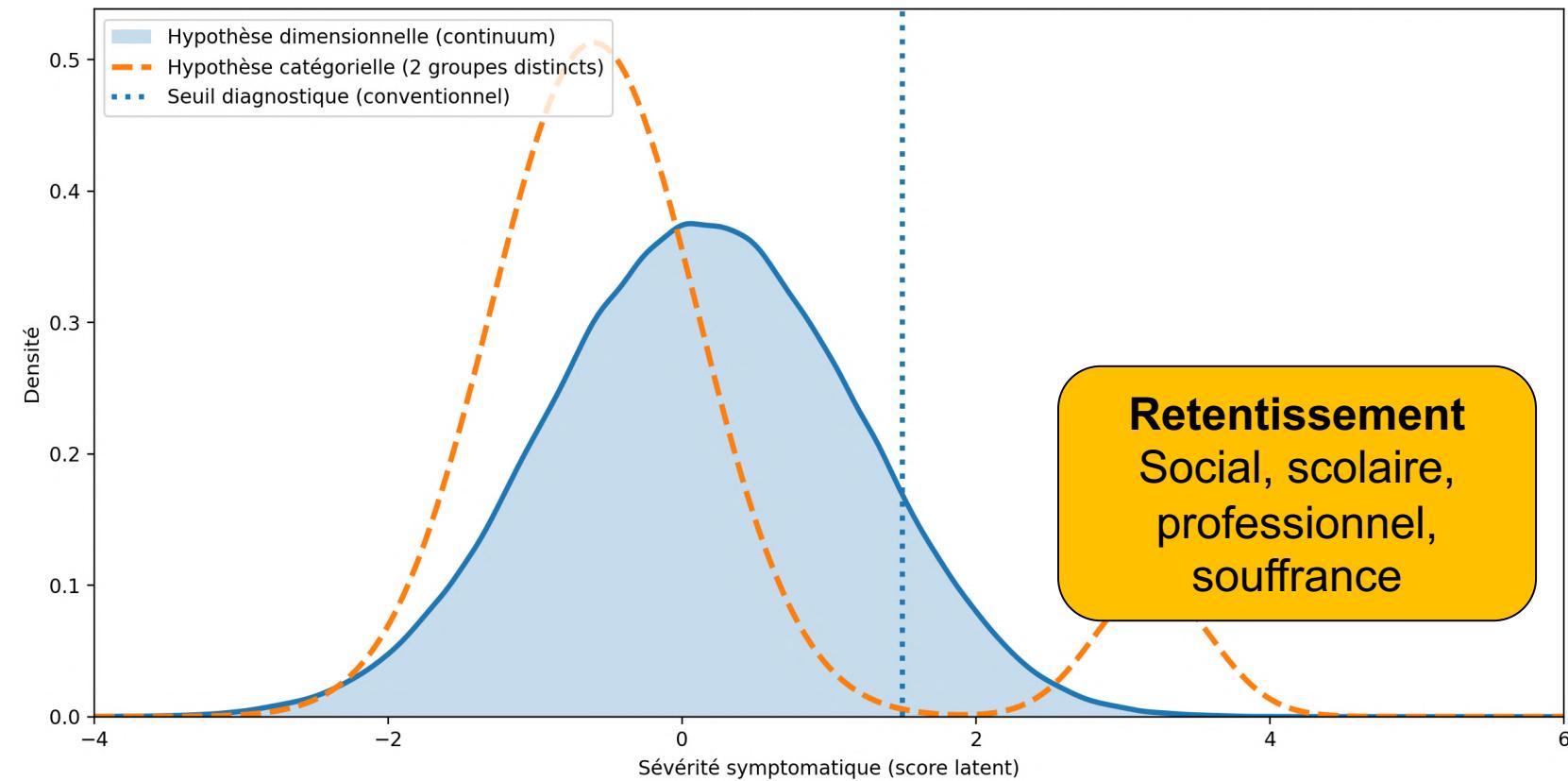
Les symptômes de TDAH se distribuent sur un **continuum** dans la population  
→ Absence de seuil naturel



Le **diagnostic** correspond à un **seuil conventionnel** posé sur cette distribution associé à un **retentissement** → Utile pour décider d'une intervention

# Le TDAH a une distribution dimensionnelle

Les symptômes de TDAH se distribuent sur un **continuum** dans la population  
→ Absence de seuil naturel



Le **diagnostic** correspond à un **seuil conventionnel** posé sur cette distribution associé à un **retentissement** → Utile pour décider d'une intervention

# Sur- ou sous- diagnostics ?

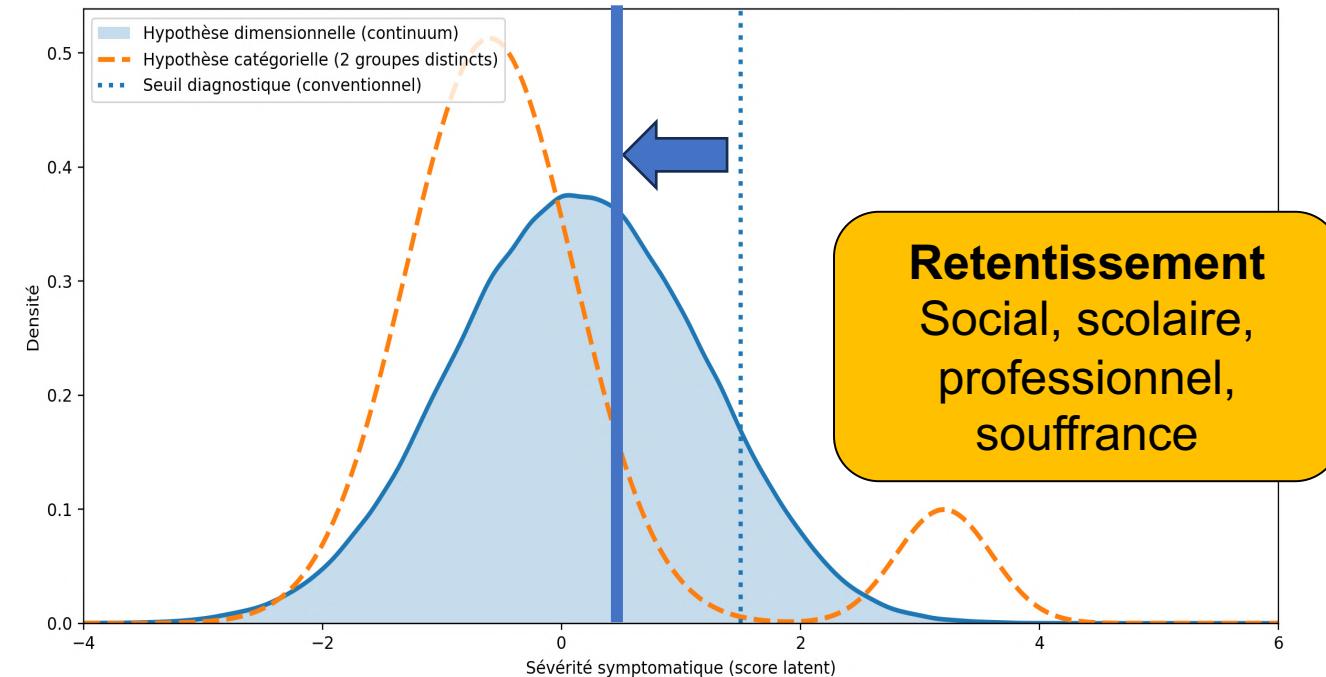
L'absence de seuil naturel et la dépendance du retentissement au contexte rendent le diagnostic sensible aux influences extra-cliniques

## Vers plus de diagnostics

- Elargissement critères DSM/CIM
- Popularisation
- Exigences scolaires
- Biais liés à l'âge
- Accès aux aménagements

## Vers moins de diagnostics

- Seuil catégorique rigide
- Critères masculins / enfants
- Biais de genre
- Biais culturels
- Biais socio-économiques



## Paradoxes

- Pathologisation de variations normales de l'attention (sur-diagnostic)
- Exclusion de personnes en souffrance (sous-diagnostic)

# Sur- ou sous- diagnostics ?

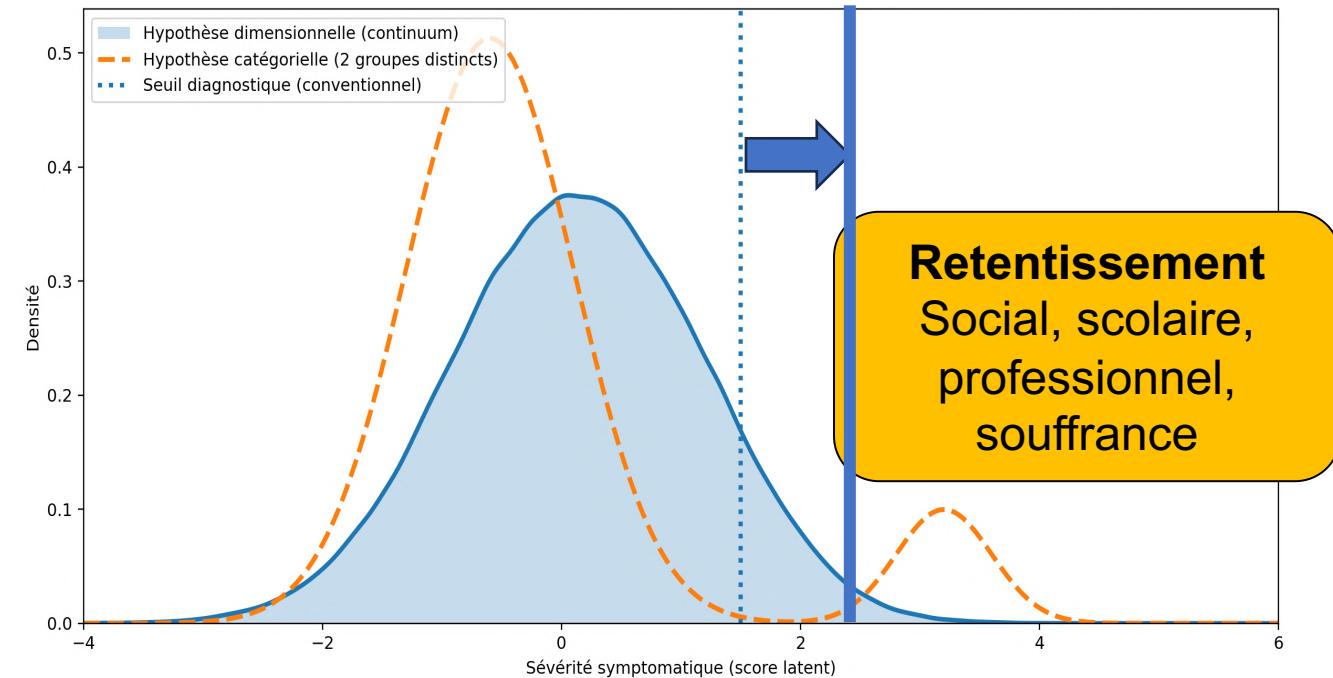
L'absence de seuil naturel et la dépendance du retentissement au contexte rendent le diagnostic sensible aux influences extra-cliniques

## Vers plus de diagnostics

- Elargissement critères DSM/CIM
- Popularisation
- Exigences scolaires
- Biais liés à l'âge
- Accès aux aménagements

## Vers moins de diagnostics

- Seuil catégorique rigide
- Critères masculins / enfants
- Biais de genre
- Biais culturels
- Biais socio-économiques



## Paradoxes

- Pathologisation de variations normales de l'attention (sur-diagnostic)
- Exclusion de personnes en souffrance (sous-diagnostic)

# Sur- ou sous- diagnostics ?

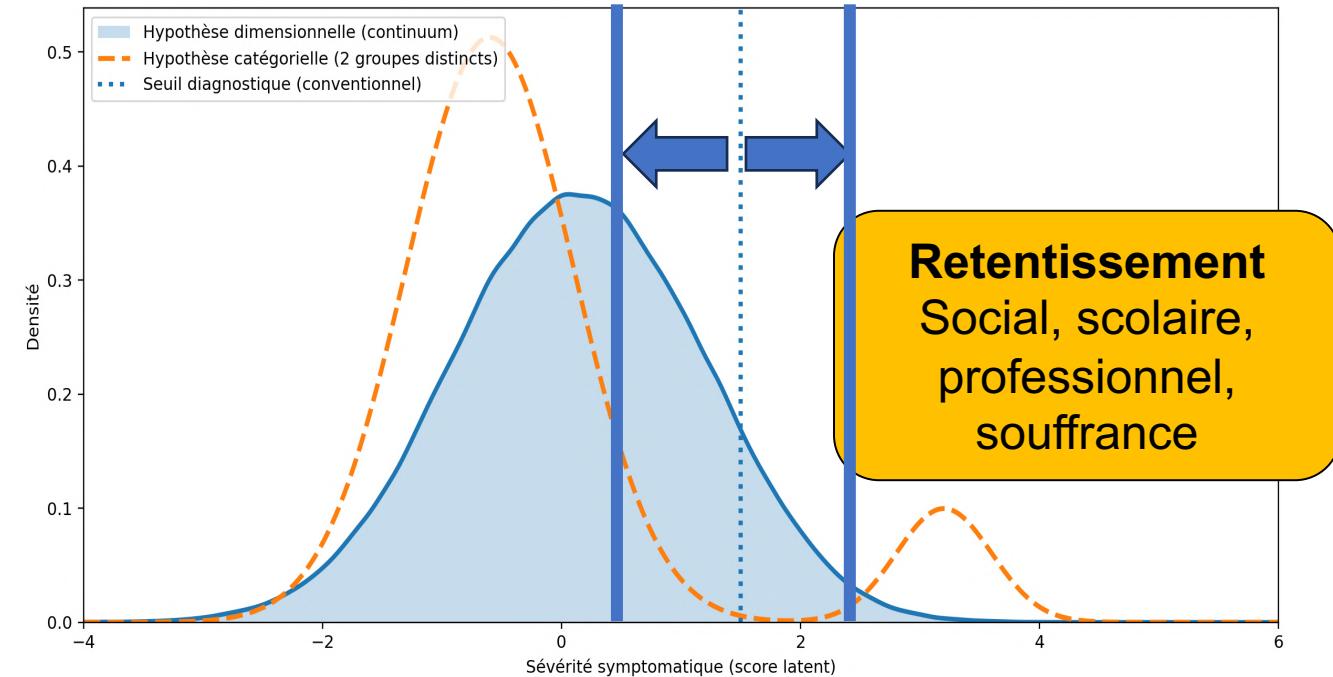
L'absence de seuil naturel et la dépendance du retentissement au contexte rendent le diagnostic sensible aux influences extra-cliniques

## Vers plus de diagnostics

- Elargissement critères DSM/CIM
- Popularisation
- Exigences scolaires
- Biais liés à l'âge
- Accès aux aménagements

## Vers moins de diagnostics

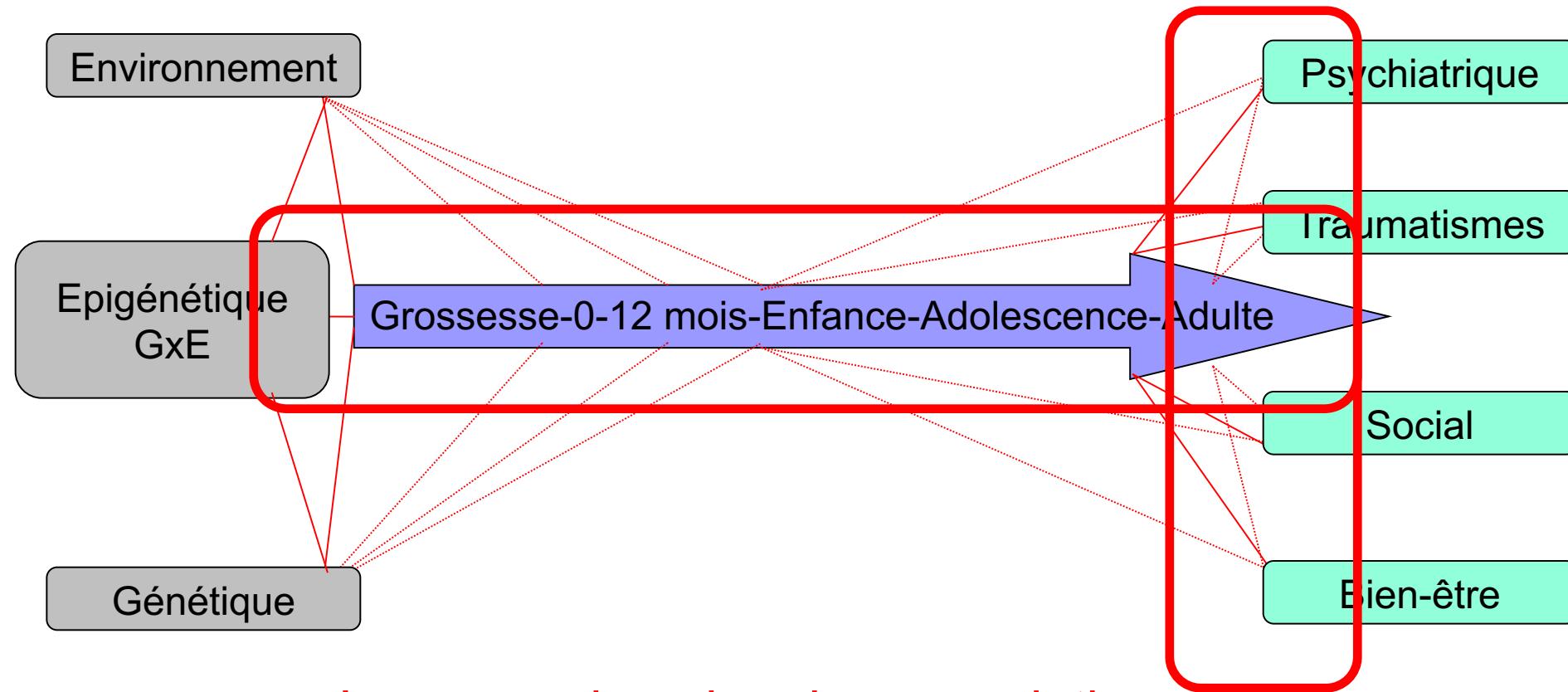
- Seuil catégorique rigide
- Critères masculins / enfants
- Biais de genre
- Biais culturels
- Biais socio-économiques



## Paradoxes

Pathologisation de variations normales de l'attention (sur-diagnostic)  
Exclusion de personnes en souffrance (sous-diagnostic)

# L'épidémiologie longitudinale peut renseigner les risques à long terme du TDAH



La compréhension des associations  
Entre TDAH et **consequences ultérieures**  
= Validité pronostique

# Données françaises

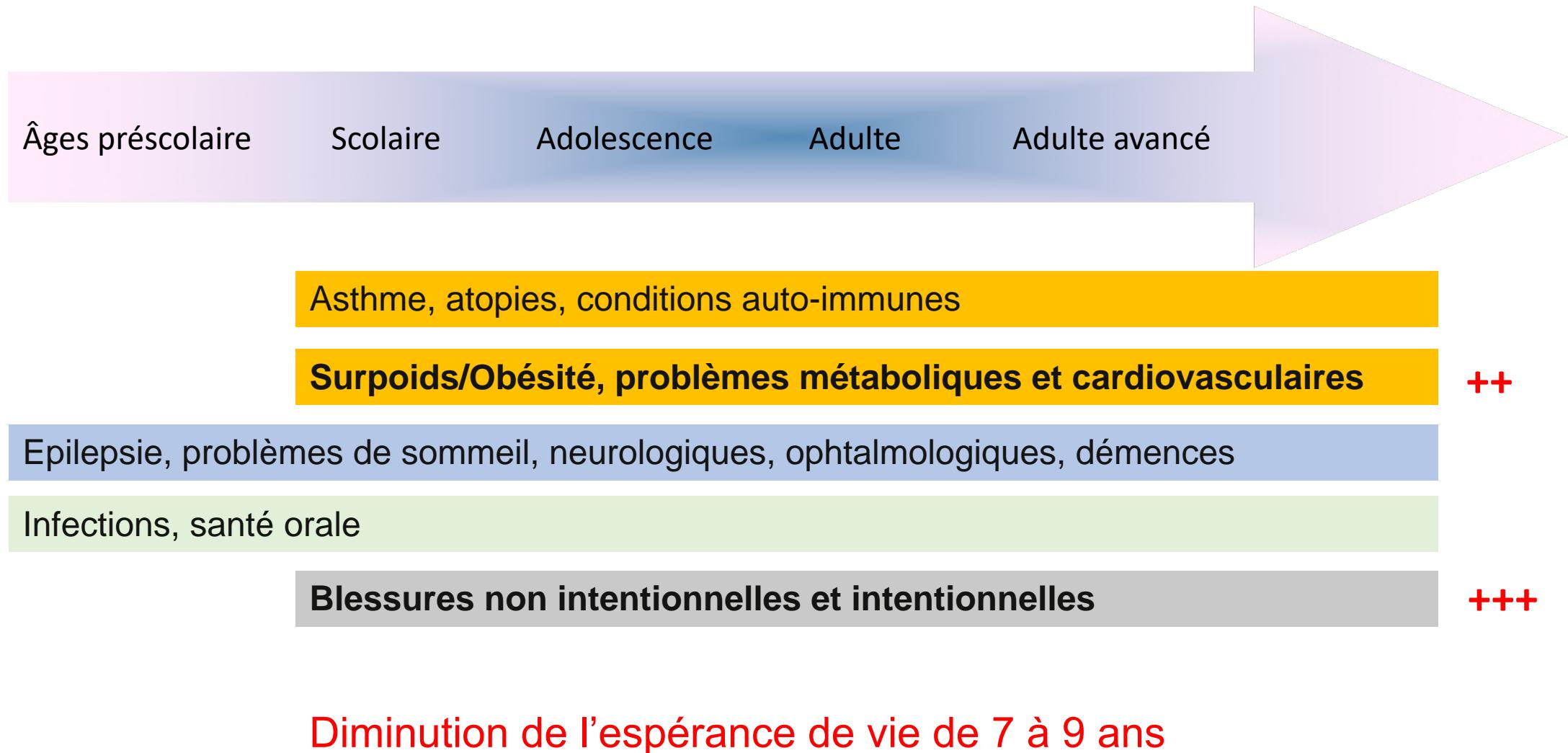
	Sur-risque OR
Tabac	x2
Cannabis	x1,5
Substances illicites	x2-3
Age de 1 <sup>er</sup> rapport sexuel <15 ans	x2
Comport. sexuels à risque	x2-3
Gestes suicidaires	x3
Echec baccalauréat	x2,5
Statut socio-économique défavorable	x3
Risque incarcération	x4

ChiP-ARD study

Cohorte TEMPO

i-Share.fr

# Le TDAH est associé à des problèmes de santé physique



# Chez les enfants / préadolescents < 13 ans

Méta-analyse de 58 études sur 626 486 590 individus en population générale

## Prévalences Comportements suicidaires

→ Pensées suicidaires = 15,1%

→ TS = 2,6%

→ Décès par suicide = 0,79 / 1 million

## Associations les plus fortes

→ Maltraitance (+)

→ Dépression (+)

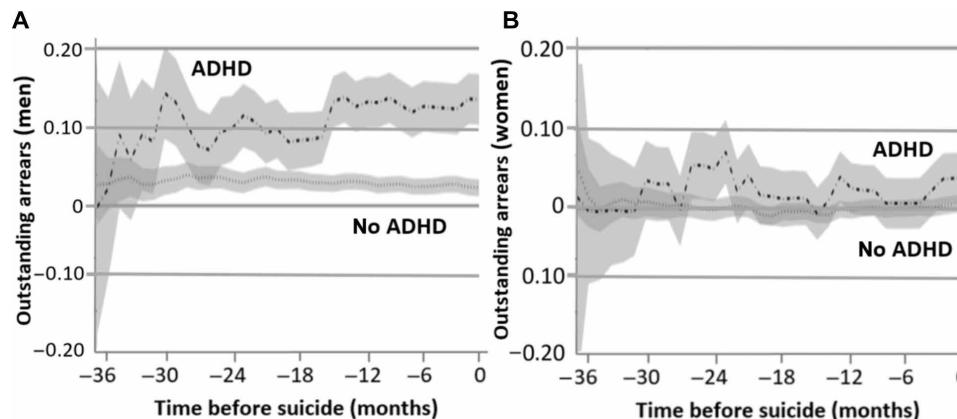
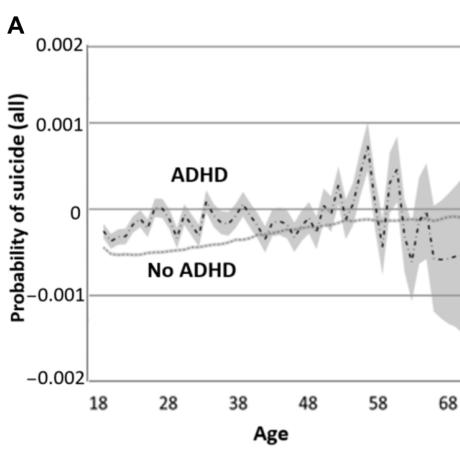
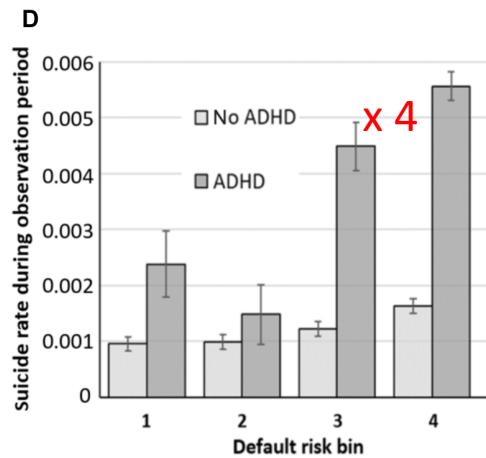
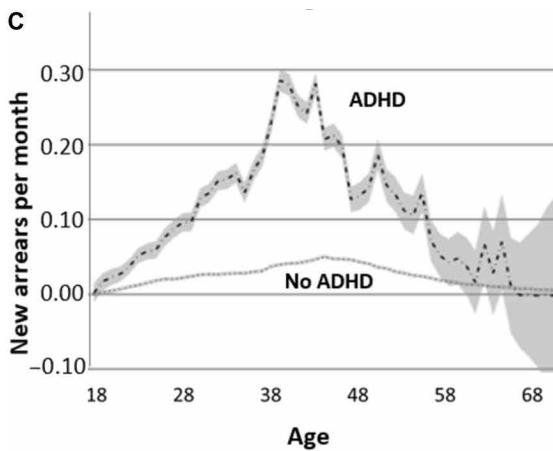
→ TDAH (+)

→ Soutien parental (-)

Table 3. Correlates of Suicidal Ideation

Correlate	k <sup>a</sup>	No. of individuals	d (95% CI)	P value
Sociodemographic characteristics				
Sex (female)	16	107 881	-0.03 (-0.10 to 0.05)	.50
Race (minority group) <sup>b</sup>	5	16 638	-0.22 (-0.38 to -0.06)	<.01
Race (Black, with White as reference)	4	11 076	-0.31 (-0.61 to 0.00) <sup>c</sup>	.05
Family characteristics				
Parental marital status (married)	5	22 672	0.05 (-0.17 to 0.26)	.65
Parental education	6	14 666	<0.01 (-0.09 to 0.09)	.99
Family income	8	94 230	-0.07 (-0.18 to 0.04)	.21
Family conflict and dysfunction	5	2805	0.36 (0.11 to 0.60)	<.01
Family psychopathology	8	12 322	0.18 (0.09 to 0.26)	<.001
Parental depression	4	5001	0.37 (-0.11 to 0.85)	.13
Parental history of suicidal thoughts and behaviors	4	1208	0.45 (0.05 to 0.86)	.03
Clinical correlates				
Overall psychopathology	19	25 219	0.62 (0.47 to 0.77)	<.001
Internalizing psychopathology	16	19 235	0.71 (0.47 to 0.94)	<.001
Anxiety	6	13 062	0.13 (-0.19 to 0.46)	.42
Depression	13	15 185	0.90 (0.71 to 1.09)	<.001
PTSD	3	12 879	0.32 (-0.14 to 0.78)	.18
Externalizing psychopathology	8	23 619	0.32 (0.08 to 0.56)	<.01
ADHD	6	22 445	0.54 (0.34 to 0.75)	<.001
Conduct disorder/oppositional defiant disorder	4	18 936	0.02 (-0.42 to 0.47)	.91
Psychosis	3	11 847	0.39 (0.16 to 0.63)	<.01
Psychological correlates				
Aggression	7	4967	0.65 (0.04 to 1.27)	.04
Cognitive functioning	4	1903	0.11 (-0.19 to 0.42)	.46
Negative affect	3	863	0.80 (0.12 to 1.47)	.02
Self-esteem	4	916	-0.53 (-0.84 to -0.22)	<.001
Interpersonal correlates				
Overall social support	8	85 128	-0.25 (-0.36 to -0.15)	<.001
Parental support	5	84 934	-0.34 (-0.46 to -0.22) <sup>d</sup>	<.001
Peer support	5	84 469	-0.13 (-0.22 to -0.04) <sup>d</sup>	<.01
Experienced bullying	4	86 166	0.29 (0.26 to 0.33)	<.001
Child maltreatment	5	86 957	2.62 (1.56 to 3.67)	<.001
Child physical abuse	4	84 078	0.66 (0.46 to 0.86)	<.001
Child sexual abuse	4	84 077	0.55 (0.30 to 0.80)	<.001
Other correlates				
Academic stress	4	2861	0.24 (0.11 to 0.37)	<.001

# ADHD, financial distress, and suicide in adulthood: A population study



Registres population suédoise  
TDAH (N=1970)  
Non-TDAH (N=187297)

Evaluation  
Arriérés de dettes  
Suicide aboutis  
TDAH

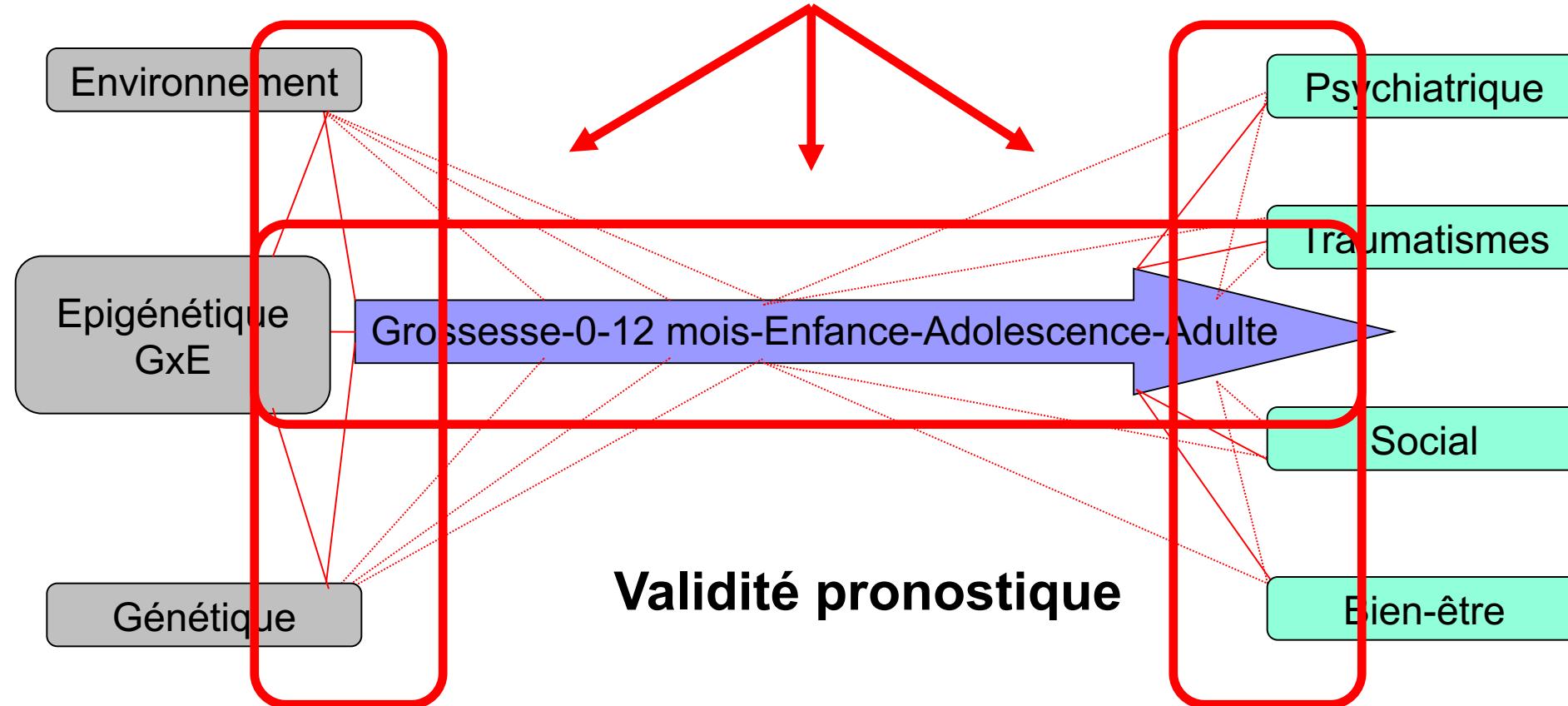
Les **taux de suicide augmentent plus avec les défauts de paiements** en cas de **TDAH**

Chez les **hommes avec TDAH se suicidant**

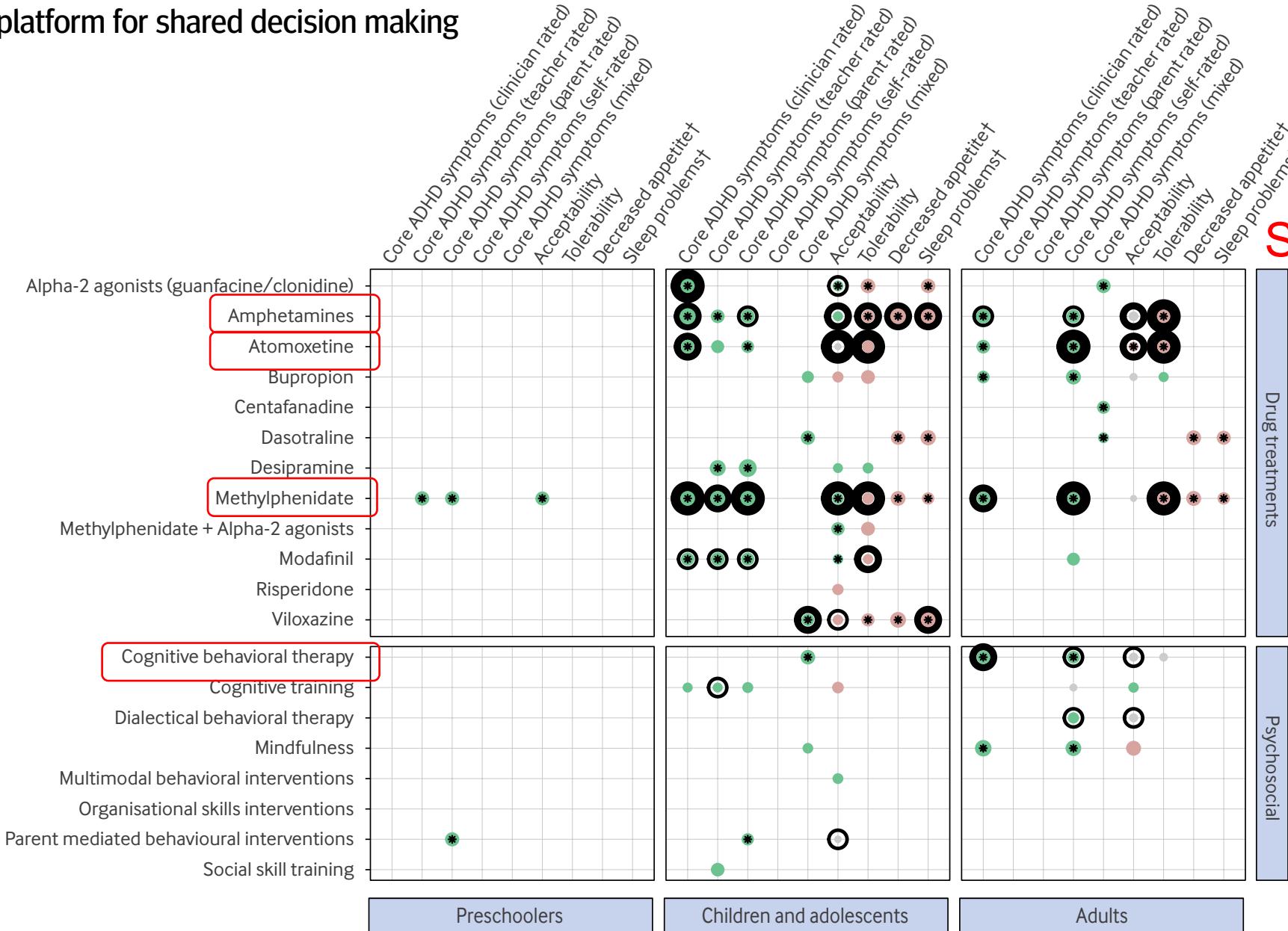
les **défauts de paiements augmentent dans les 36 mois avant le suicide**

# L'épidémiologie peut renseigner les interventions du TDAH

## L'évaluation de l'efficacité des interventions



# Benefits and harms of ADHD interventions: umbrella review and platform for shared decision making



**Synthèse 221 méta-analyses  
Essais Randomisés**

**Efficacité à court terme  
Sur symptômes TDAH**

- Méthylphénidate
- Amphétamines
- Atomoxétine
- Thérapie cognitive comportementale

# Apport des études de registres

## Diminution de différents risques chez les patients traités

### Injuries and traumas

Dalsgaard et al., 2015 (39), Denmark  
Man et al., 2015 (41), Hong Kong  
Mikolajczyk et al., 2015 (43), Germany  
Raman et al., 2013 (44), United Kingdom

### Motor vehicle accidents

Chang et al., 2014 (49), Sweden. Males  
Females  
Chang et al., 2017 (50), United States. Males  
Females

### Criminality

Lichtenstein et al., 2012 (57), Sweden. Males

Females

### Suicidality

Chen et al., 2014 (59), Sweden

Man et al., 2017 (63), Hong Kong

### Substance use disorder

Chang et al., 2014 (64), Sweden  
Quinn et al., 2017 (66), United States. Males  
Females

### Depression

Chang et al., 2016 (67), Sweden

### Bipolar disorder and mania

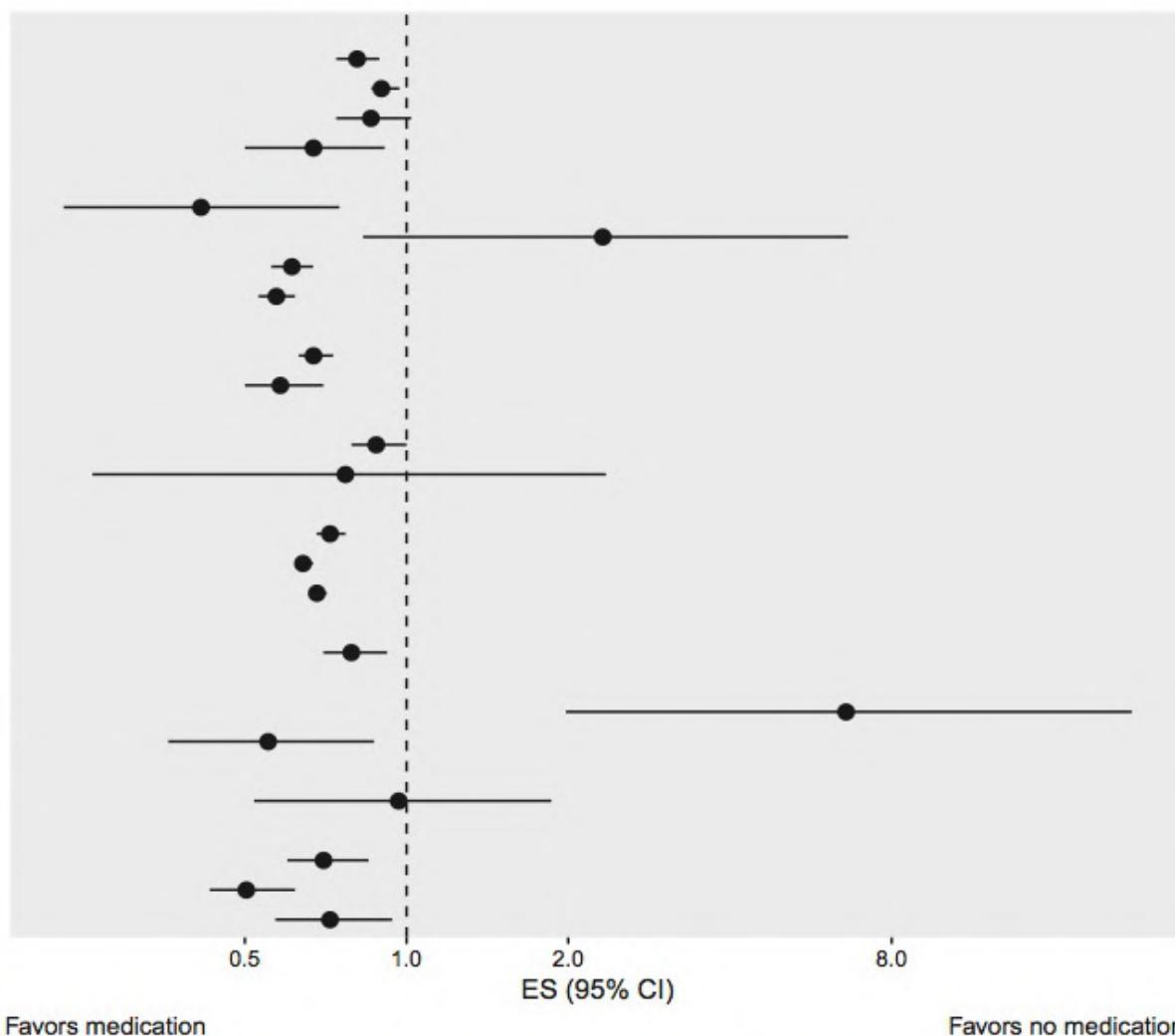
VIKTORIN et al., 2017 (69), Sweden. Without mood stabilizers  
With mood stabilizers

### Psychosis

Man et al., 2016 (71), Hong Kong

### Seizures

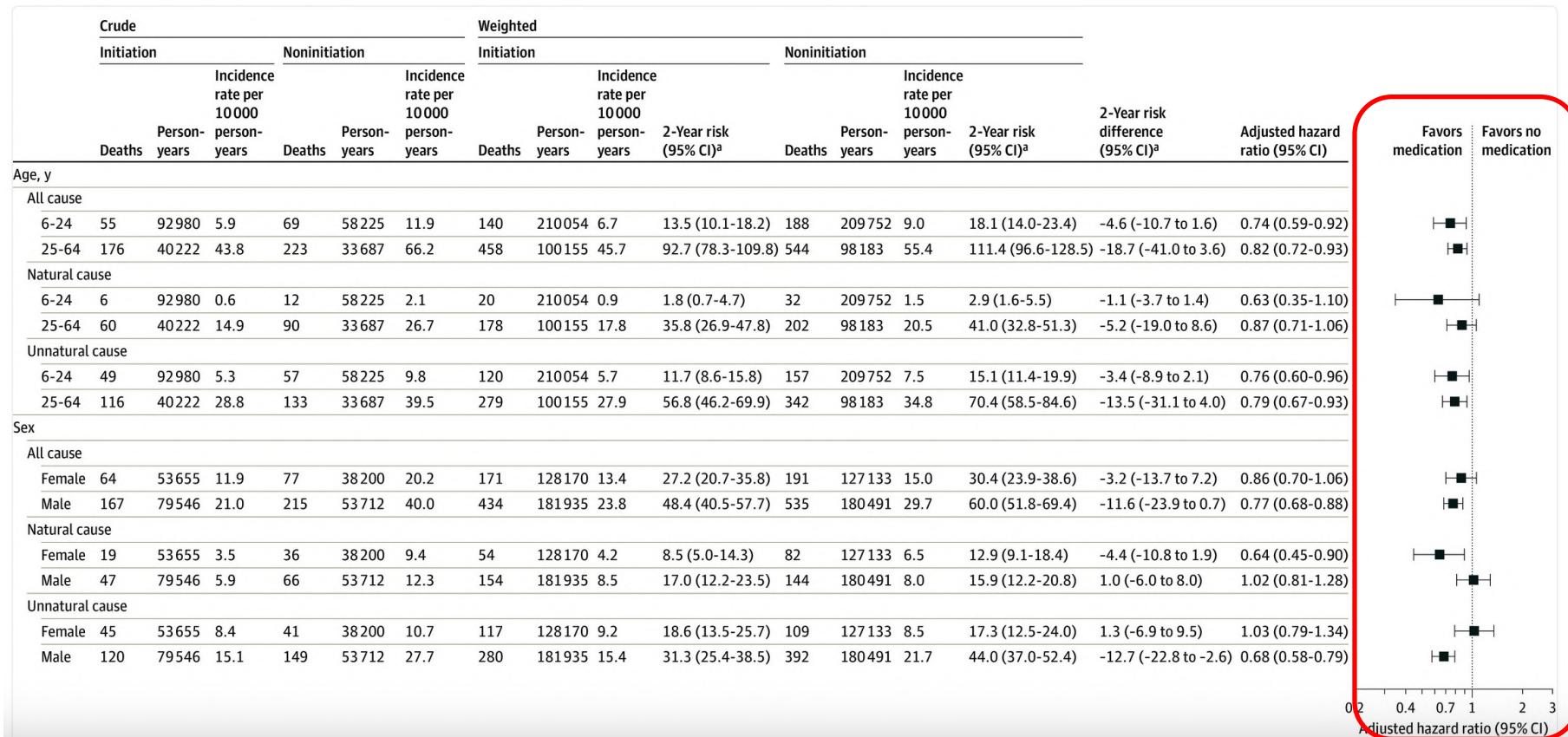
Wiggs et al., 2018 (76), United States. Prior seizure  
No prior seizure  
Brikell et al., 2019 (77), Sweden



**Figure 1.** Forest plot of within-individual studies for short-term effects of attention-deficit/hyperactivity disorder medications. Note: Studies on educational outcomes were not included because they used continuous measures of outcome. CI, confidence interval; ES, effect size.

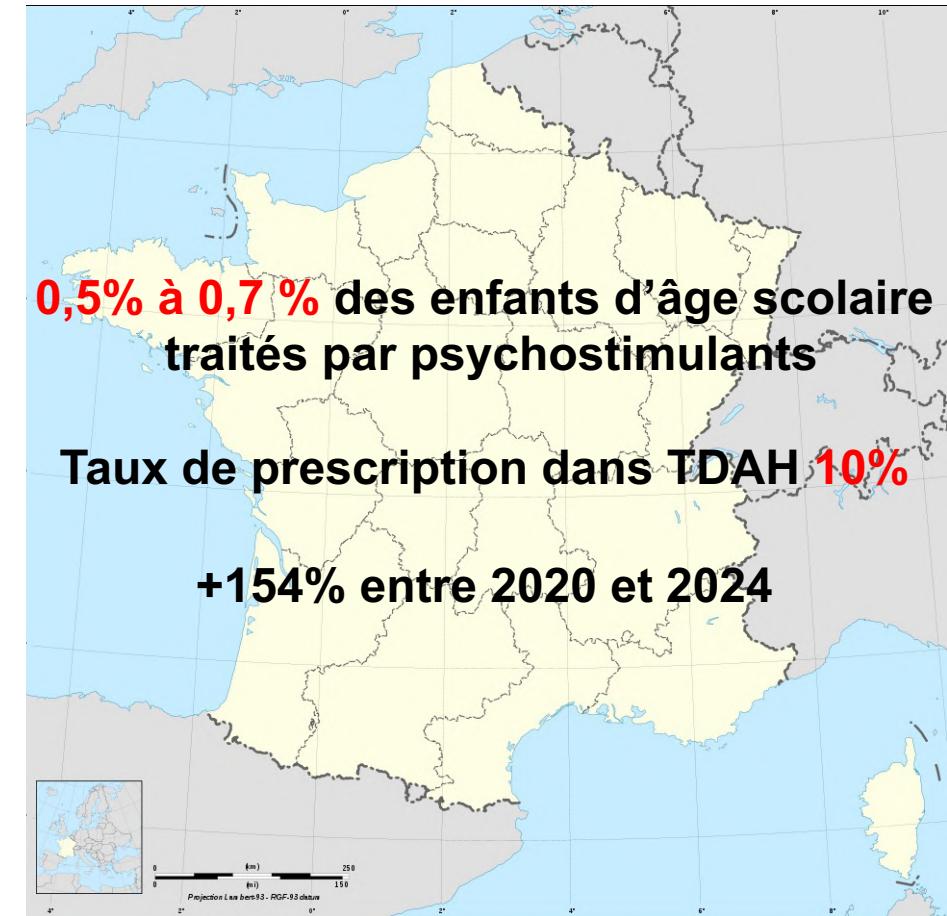
# Etude observationnelle suédoise 148 578 participants 6-64 ans

**Figure 3. Association Between ADHD Medication Initiation and 2-Year Mortality Among Individuals With ADHD Stratified by Age and Sex.**



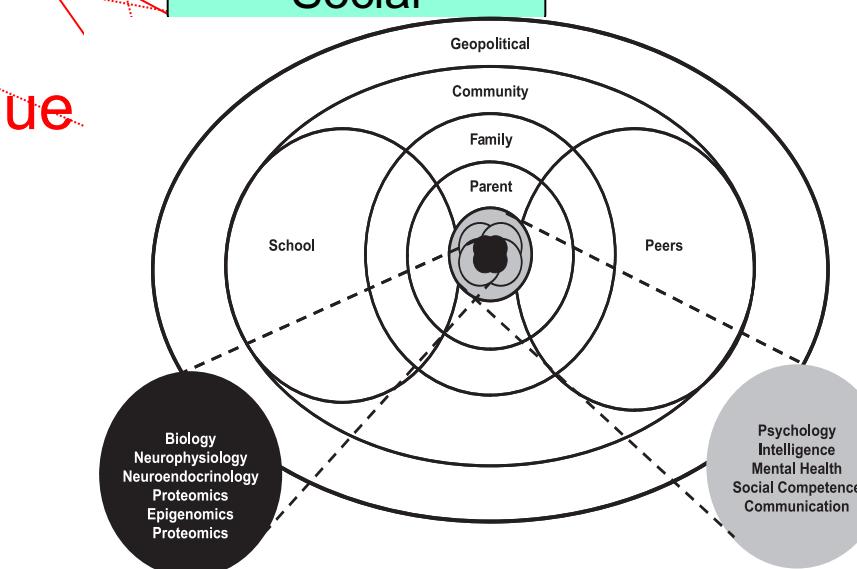
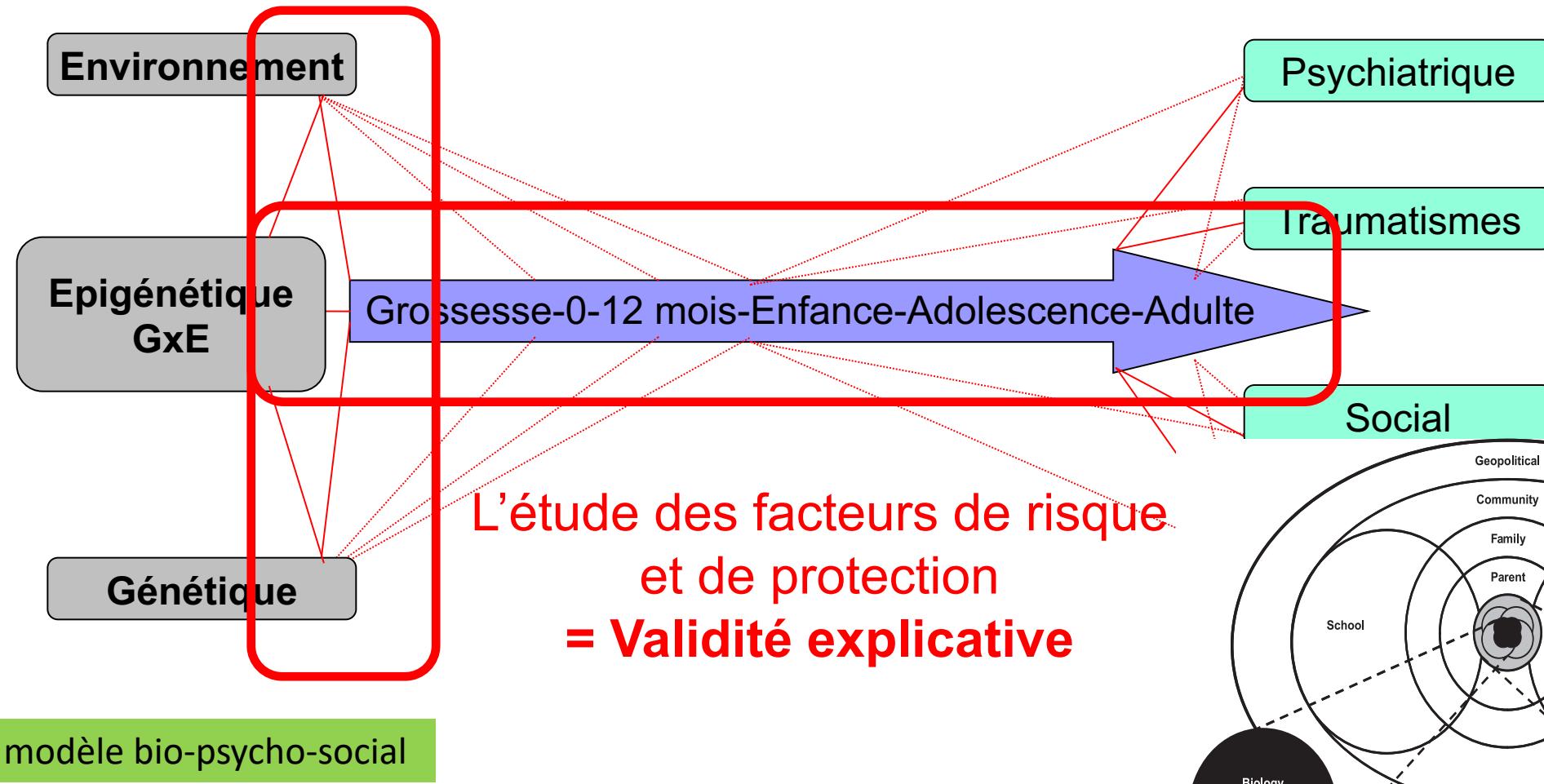
L'initiation de traitement médicamenteux du TDAH diminue le risque de décès à 2 ans

# Prévalence de prescription chez les 3-17 ans



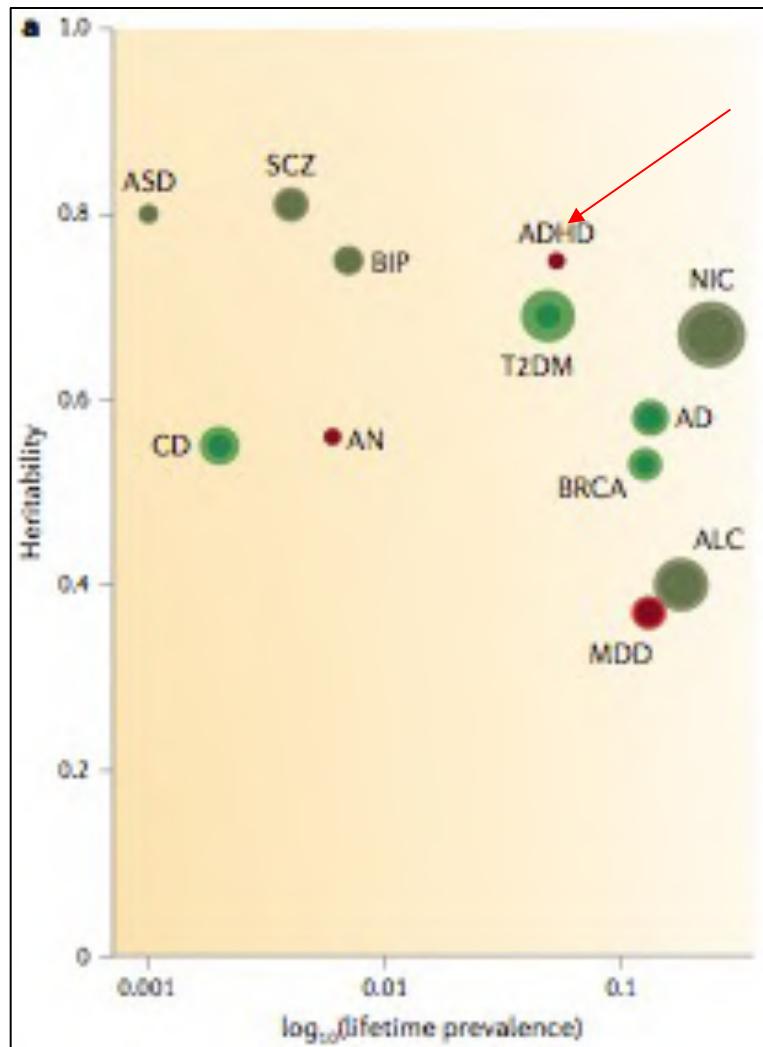
**Prévalence globale des psychotropes en France comparable à Pays-Bas mais  
Sur-prescription d'anxiolytiques et sous-prescription de psychostimulants / autres pays européens**

# L'épidémiologie peut renseigner la compréhension des mécanismes impliqués dans le TDAH



# Le TDAH, Etudes génétiquement informées

## Familiales, de jumeaux, d'adoption



Risque chez **apparentés**  $\times 5$  à  $9$

Héritabilité élevée **75%**

Proportion de variance phénotypique impliquant des facteurs génétiques (G)

Mais **inclus**

G-E corrélations = **rGE**

G-E interactions = **GxE**

Liens avec autres TND/psychopathologie

Comorbidités +++

Héritabilité commune à d'autres TND

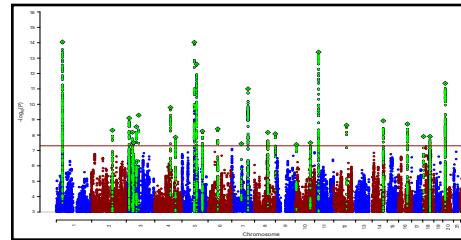
# Le TDAH, Etudes moléculaires

Gènes candidats  
(Méta-analyses)

Pangénomiques  
(GWAS, CGH, WES)

Scores polygéniques

Syndromes  
Neurogénétiques



Variance expliquée  
30%



« The dark matter problem »  
= Héritabilité manquante !!!

**Variants fréquents (>5%)  
/ effet faible  
SNPs**

Gènes dopaminergiques  
(DRD4, DRD5, DAT1, *DUSP6*)

Gènes sérotoninergiques  
(5HTT, HTR1B)

Autres gènes  
(SNAP-25, BDNF, CDH13,  
*FOXP2*)

**Variants rares (<1%)  
/ effet important**  
Microdélétion 22q11  
CNVs en 15q13.3  
CNVs en 6q26

GROSSESSE

ENFANCE

ADOLESCENCE

### Facteurs périnataux

Substances (tabac, alcool, médicaments...)

Bas poids naissance

Prématurité

HTA

Obésité

Stress

Age paternel et maternel

### Polluants environnementaux

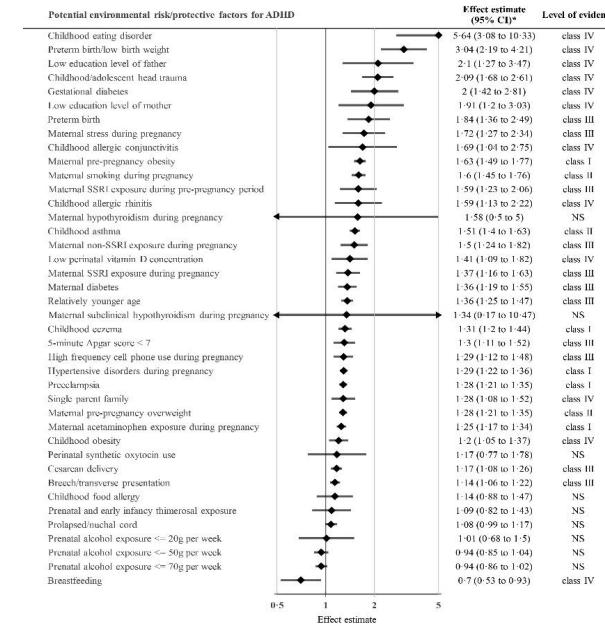
Pesticides / Biphenyls / Métaux lourds / PM 2.5

### Adversité sociale

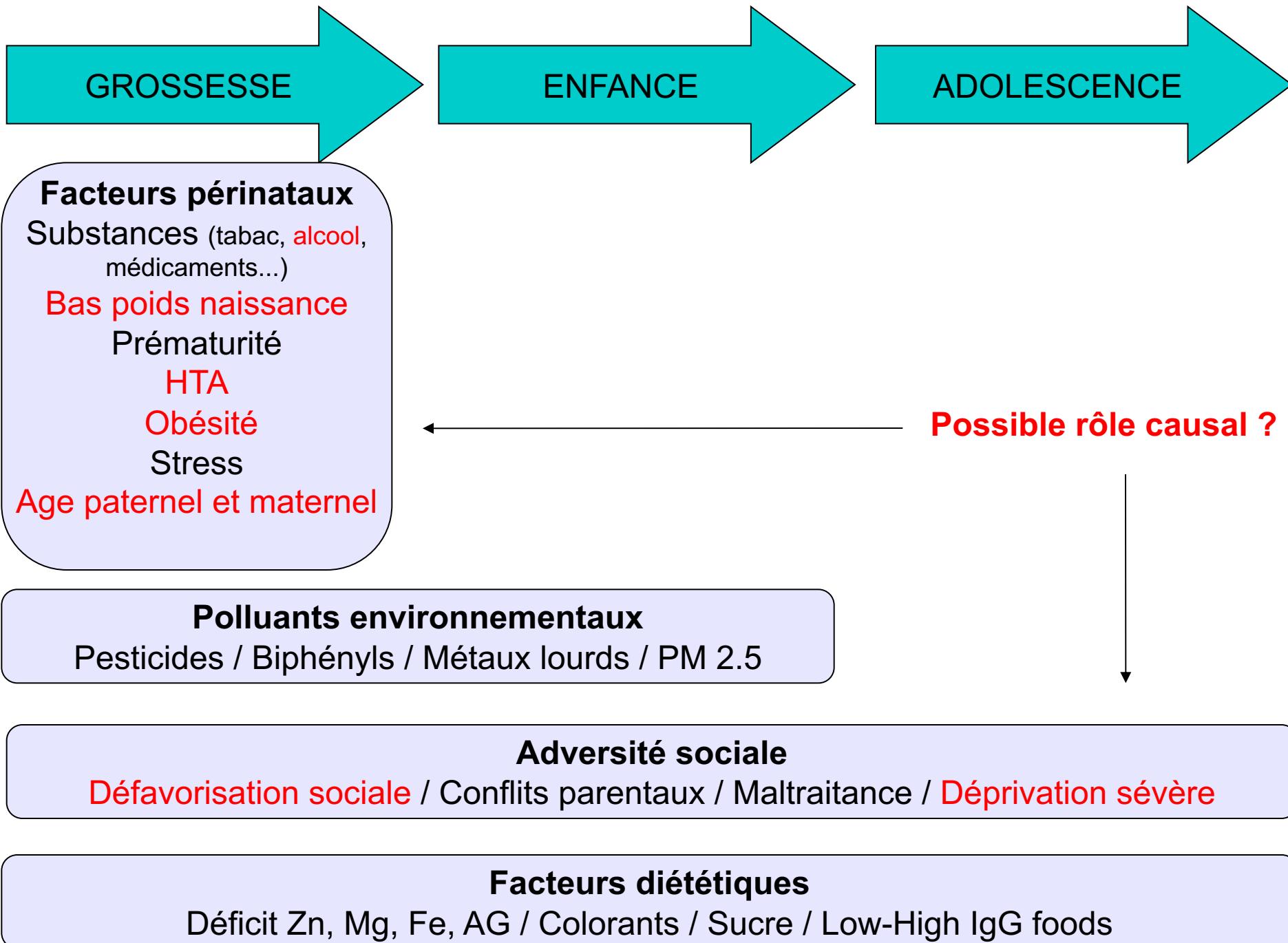
Défavorisation sociale / Conflits parentaux / Maltraitance / Déprivation sévère

### Facteurs diététiques

Déficit Zn, Mg, Fe, AG / Colorants / Sucre / Low-High IgG foods

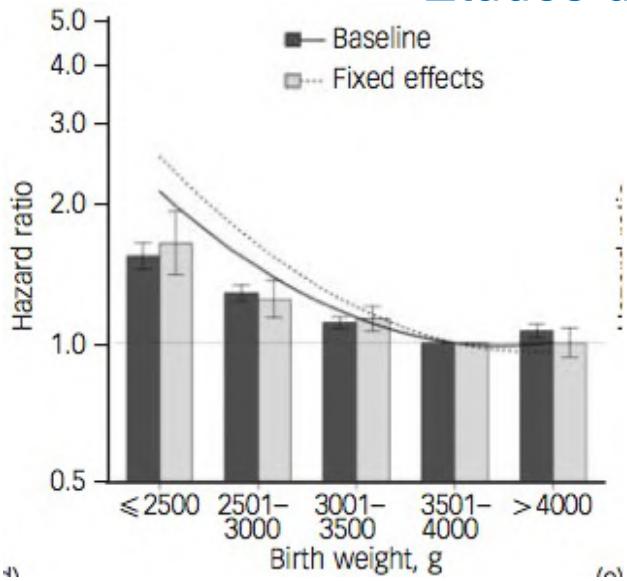


Bali et al. 2023; Claussen et al. 2024;  
Kim et al. 2020 ; Sonuga-Barke et al. 2023



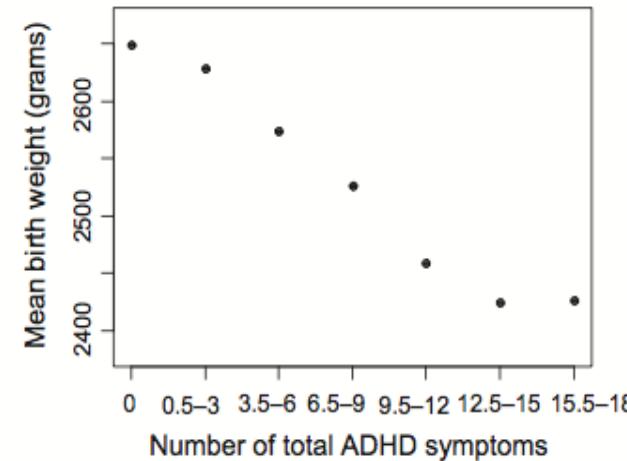
# Bas poids de naissance et TDAH

## Etudes de jumeaux et apparentés



Cohorte Suédoise (N= 3 291 773)  
Toutes les naissances 1973-2008

PN ≤ 2500 g → sur-risque de TDAH x 1,65



Echantillon Suédois de jumeaux (N= 21 775)  
Mesures naissance, 9 et 12 ans

Réduction du PN → augmentation symptômes TDAH

Hypothèse = BPN marqueur d'**hypoxie-ischémie prénatale**

Effet causal

Via anomalies **substance blanche** ou modifications **épigénétiques** ?  
→ perturbation connectivité cérébrale

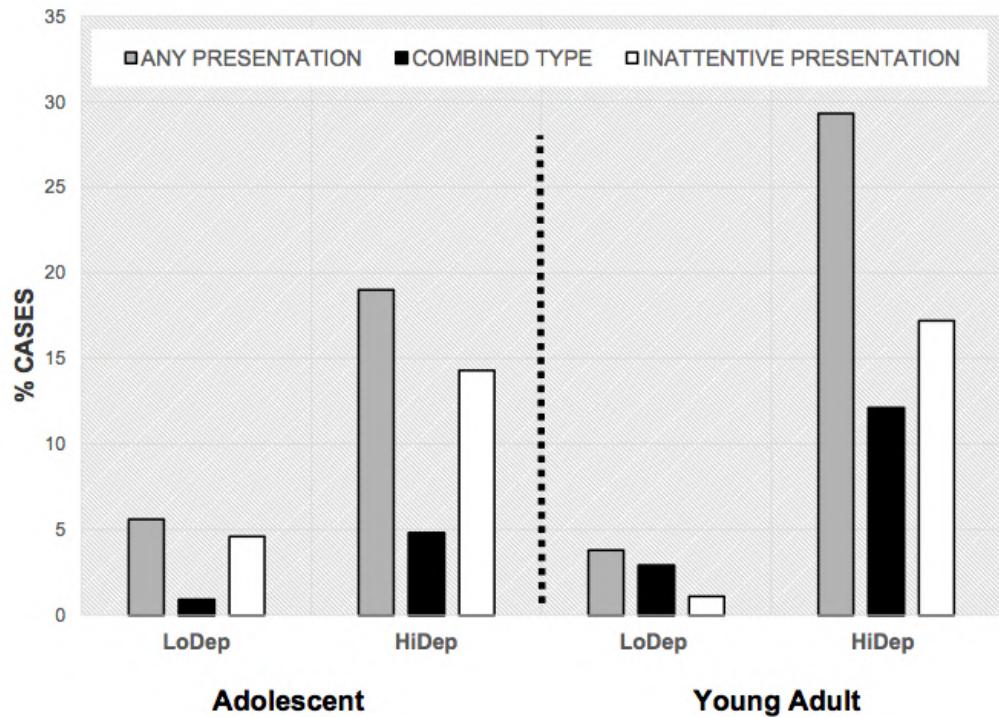
# Déprivation sociale sévère précoce

## English and Romanian Adoptees study



Etude quasi-expérimentale d'enfants adoptés au UK

Comparaison groupes : orphelinat roumain (N=144) et anglais (N=52)



Phénotype de type TDA/H (29% vs. 4%)

Intensité ++ si > 6 mois d'institutionnalisation

Effet durable = persistance de 6 à 25 ans

Confusion Génétique possible ?

# Le TDAH est-il un concept valide?

**Validité descriptive** : oui avec une nuance majeure

**Syndrome cohérent et reproductible** avec deux dimensions IA/HI, structure stable

**Fiabilité correcte** si évaluation standardisée et multi-informants

**Prévalence relativement stable** quand la méthodologie est contrôlée

**Mais dimensionnel** → frontière diagnostique conventionnelle liée au retentissement

**Validité pronostique** : oui mais hétérogène et contextuelle

**Le diagnostic prévoit des trajectoires** (scolarité, conduites à risque, comorbidités, somatique)

**Les risques graves existent** (suicide/surmortalité)

**Hétérogénéité forte** → il n'y a pas "un" pronostic mais des profils et des trajectoires

**Validité explicative** : partielle, pas d'étiologie unitaire

**Contribution génétique et architecture largement polygénique** et partagée

**Contribution environnement** avec de nombreuses associations non causales

**Modèle le plus réaliste** → mécanismes pluriels + interactions

# Le TDAH = concept scientifiquement robuste et cliniquement utile mais à frontière contextuelle

**Validité descriptive** : oui avec une nuance majeure

**Syndrome cohérent et reproductible** avec deux dimensions IA/HI, structure stable

**Fiabilité correcte** si évaluation standardisée et multi-informants

**Prévalence relativement stable** quand la méthodologie est contrôlée

**Mais dimensionnel** → frontière diagnostique conventionnelle liée au retentissement

**Validité pronostique** : oui mais hétérogène et contextuelle

**Le diagnostic prévoit des trajectoires** (scolarité, conduites à risque, comorbidités, somatique)

**Les risques graves existent** (suicide/surmortalité)

**Hétérogénéité forte** → il n'y a pas "un" pronostic mais des profils et des trajectoires

**Validité explicative** : partielle, pas d'étiologie unitaire

**Contribution génétique et architecture largement polygénique** et partagée

**Contribution environnement** avec de nombreuses associations non causales

**Modèle le plus réaliste** → mécanismes pluriels + interactions

# « Dé » médicalisation du TDAH ?



Emergence de la **neuro-diversité** = variations naturelles dans le fonctionnement du cerveau associées à des difficultés et des avantages = pas des conditions pathologiques à guérir

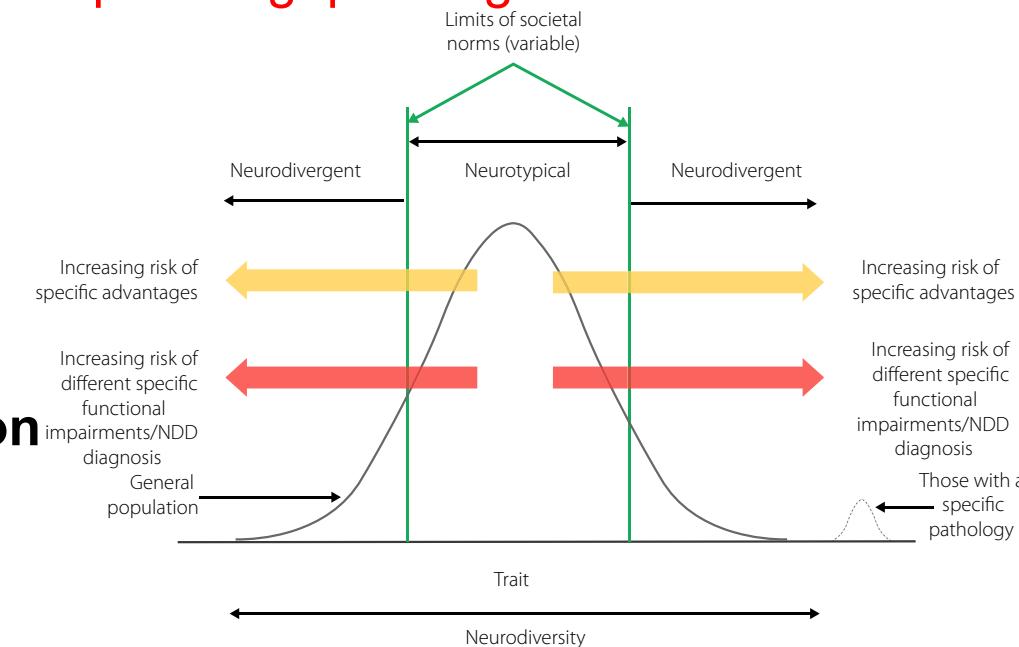
Neuro-diversité = **neuro-typie + neuro-divergence**

**TDAH, Trouble du Spectre de l'Autisme, troubles des apprentissages ...**

Mouvement social et politique de lutte **contre la stigmatisation**

Promouvoir **meilleure compréhension et acceptation** des différences dans la société

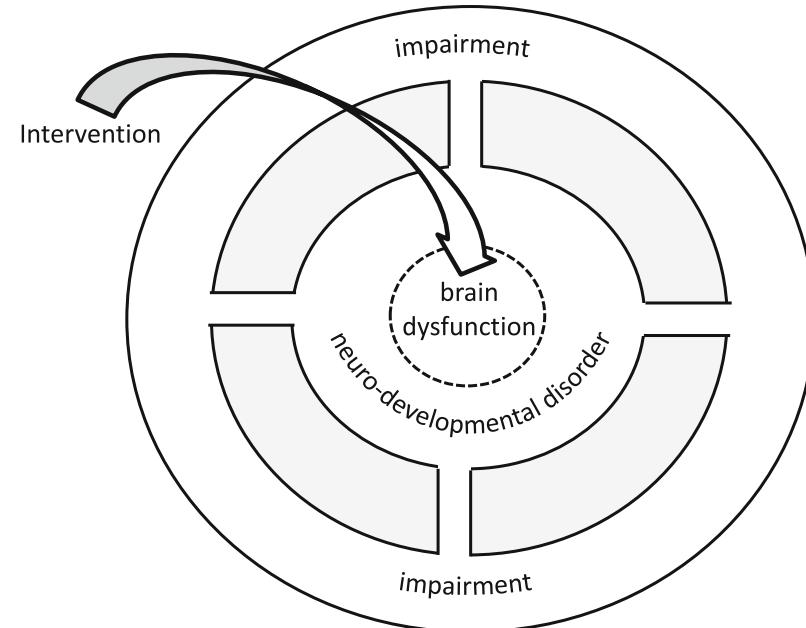
Société influence catégories médicales et questionne le modèle médical des TND



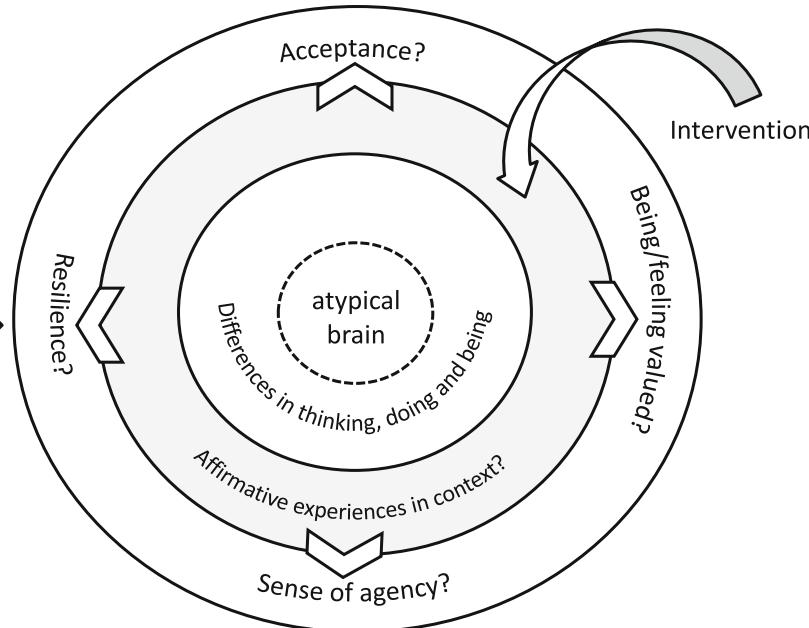
# « Dé » médicalisation du TDAH ?



Disorder paradigm



Neurodiversity paradigm



Paradigm flip

Déplace le curseur **du déficit « constitutionnel »**  
→ vers « l'adéquation » de l'interaction personne / environnement

**Objectifs = destigmatiser, améliorer la qualité de vie et diminuer le retentissement**

# Neurodiversité : des questions soulevées

**Données épidémiologiques** : dimension (+), scores polygéniques (+), avantages (-)

**Données expérimentales** (preuves modérées) : évolution, créativité, entreprenariat

Biais du discours sur la neurodiversité → **Risque d'occuler les inégalités sociales**

Quel impact sur les **représentations du TDAH et le système de soin** ?

**Tension ou complémentarité** entre **modèle médical et neurodiversité** ?

**Intérêt majeur** = accent sur la **justice sociale** et la nécessité d'**adapter environnement et société** aux particularités des personnes

# Conclusions

**TDAH = diagnostic clinique pragmatique**, descriptivement et pronostiquement **valide**, aux **causes multiples**, inscrit dans la **diversité cognitive**, parfois source de **handicap**

**Faire évoluer le concept de TDAH en prenant en compte =**

- L'hétérogénéité du TDAH
- Les forces, faiblesses, facteurs de risque et de protection
- Les trajectoires individuelles de fonctionnement
  - Les inégalités sociales

**Entre science, école, santé et société =**

- Distinguer la différence du trouble
- Promouvoir déstigmatisation, résilience et inclusion
- Reconnaître les risques et le handicap

# Merci pour votre attention

**« Bien que les troubles mentaux soient ancrés dans des processus biologiques, ils sont également influencés par l'environnement social et culturel dans lequel l'individu évolue »**  
(Emil Kraepelin, 1883)

**« L'absurde naît de cette confrontation entre l'appel humain et le silence déraisonnable du monde »** (Albert Camus, 1942)

**« L'oppression qui pèse sur l'âme humaine vient toujours de l'extérieur, mais elle ne prend effet que si elle trouve une résonance dans l'intérieur de l'être »** (Simone Weil, 1947)

