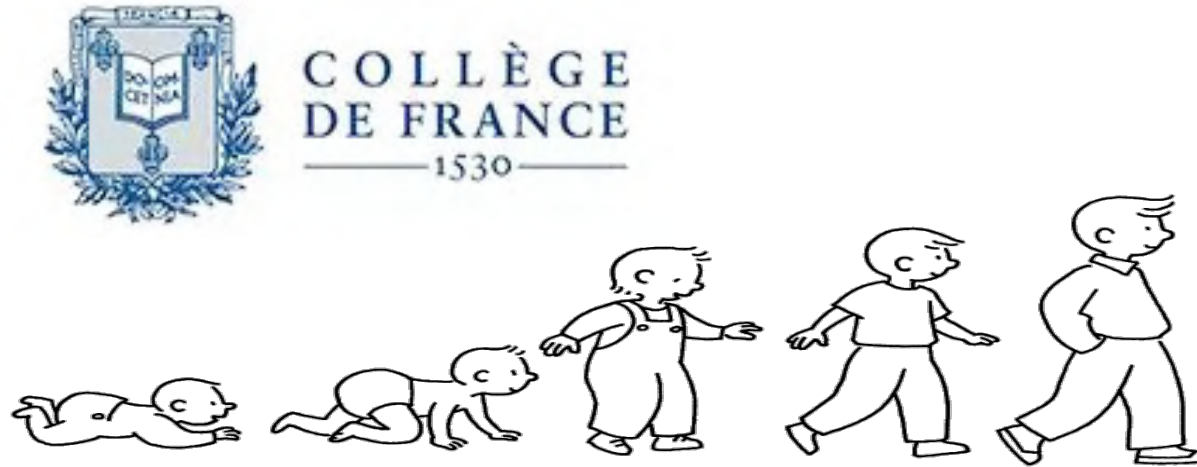


Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Entre neurodéveloppement et neurodiversité

Cédric Galera



Le TDAH, un trouble reconnu aujourd'hui en France

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

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

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 ?

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION

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

CADDRA
CANADIAN ADHD RESOURCE ALLIANCE

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-cœur / évite tâches nécessitant **effort mental soutenu**
- g. **Pertes objets** nécessaires travail/activités
- h. Facilement **distrain**t 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

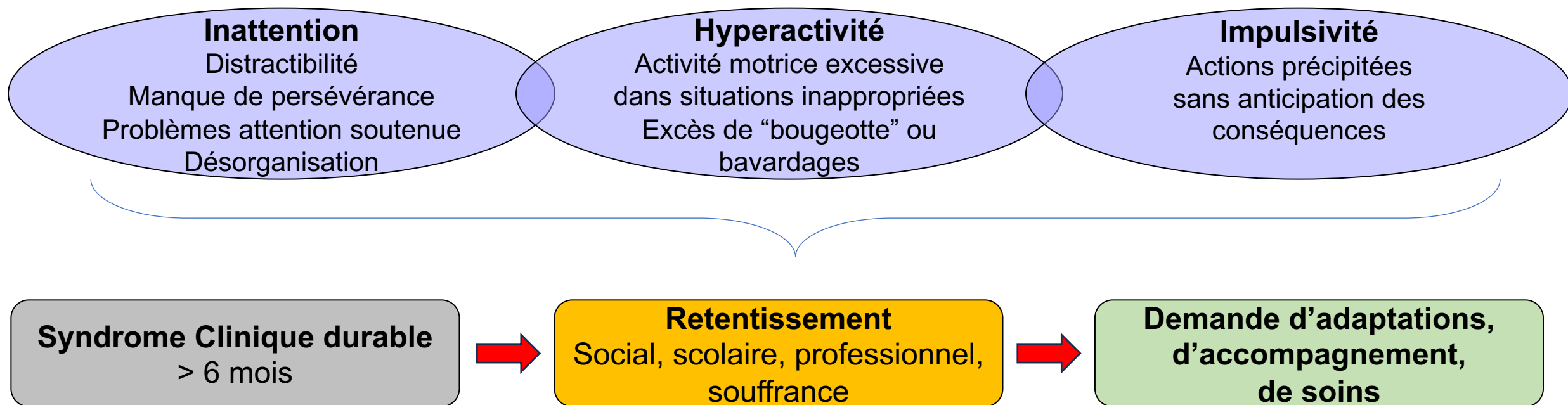
Le TDAH, une description clinique partagée

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



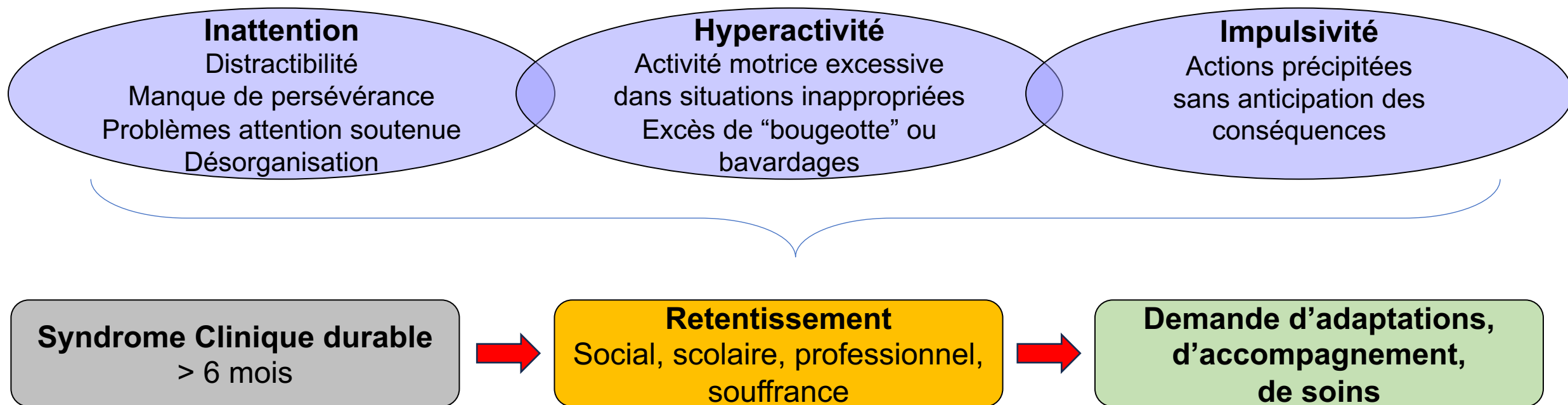
Le TDAH, une description clinique partagée

Caractère neurodéveloppemental

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

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

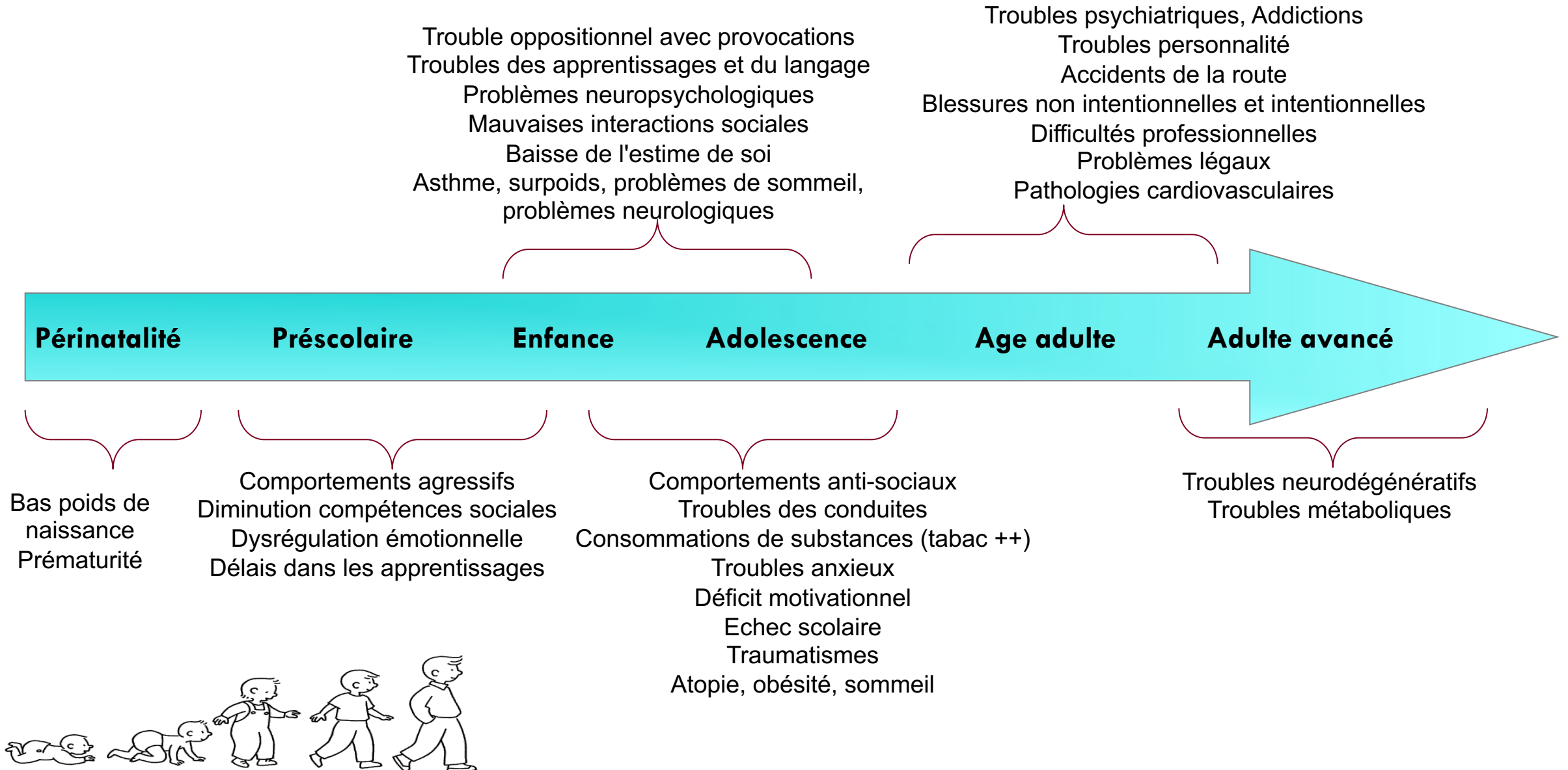
Hypothèse « anomalies / variations » cérébrales structurelles / fonctionnelles



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

Même profil symptomatique → Handicap variable

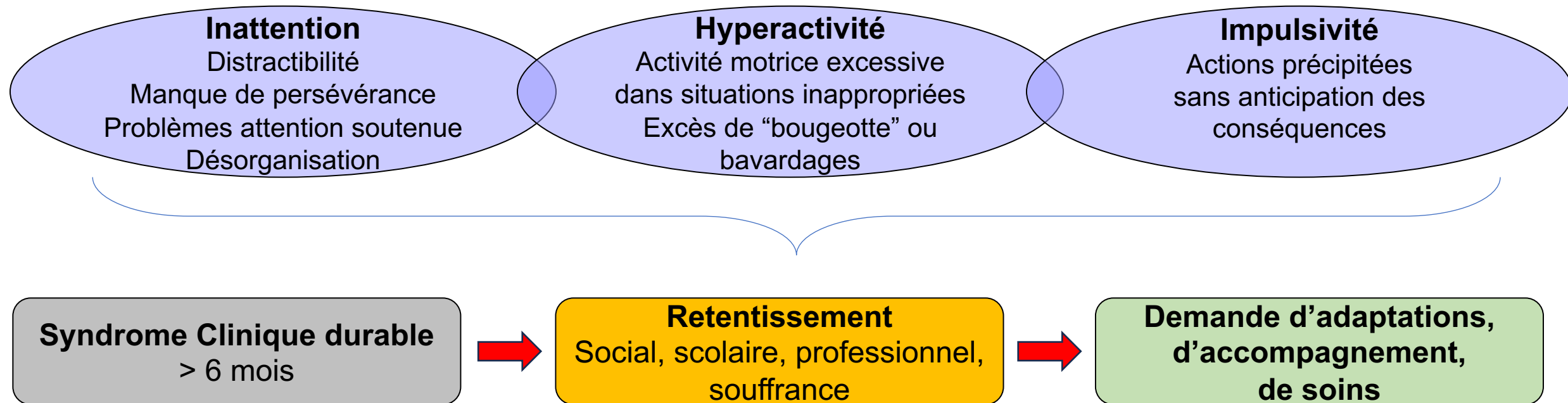
Le TDAH, un impact possible tout au long de la vie



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 ?

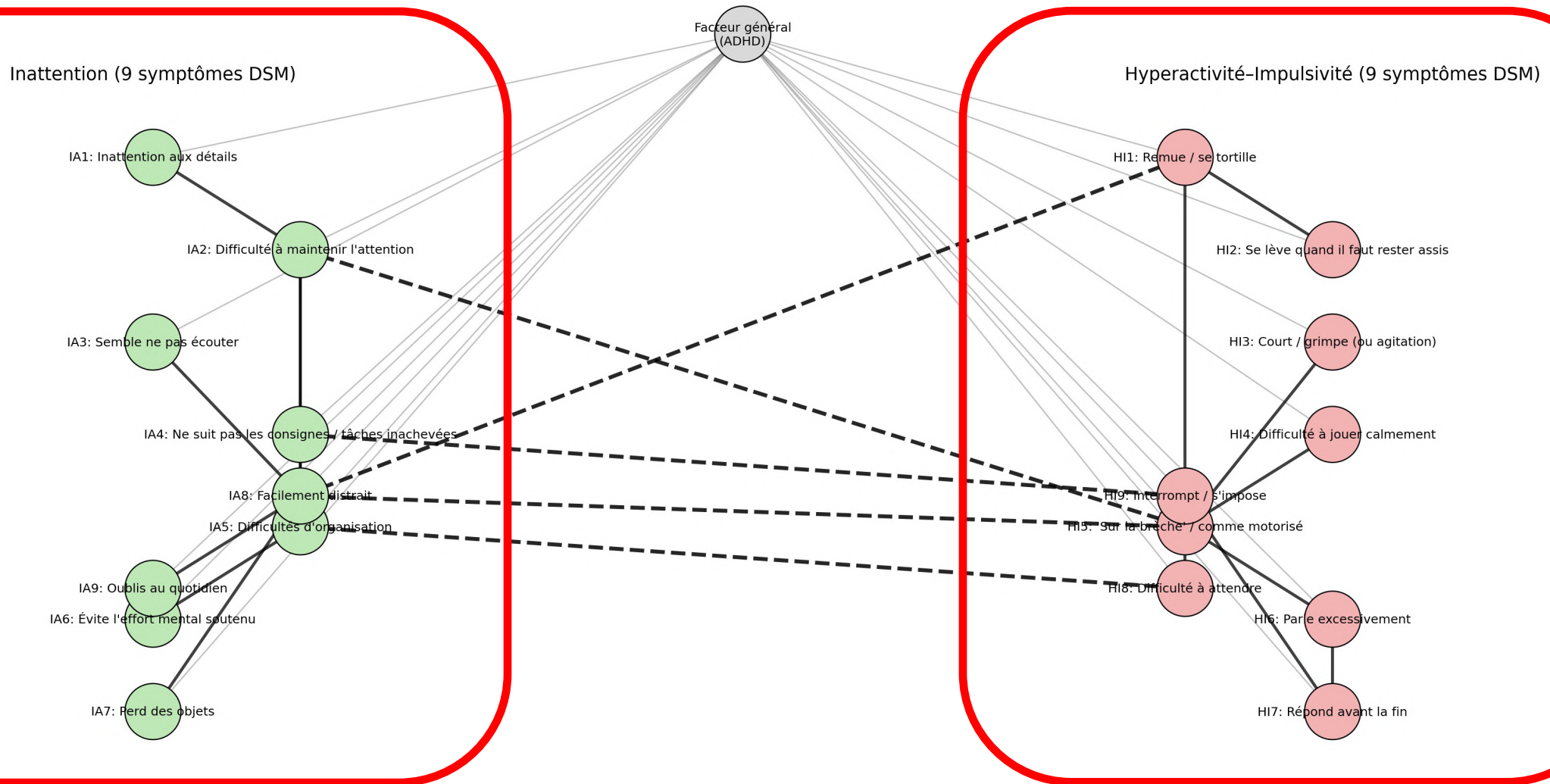
Validité pronostique : mesure-t-on un diagnostic qui prédit des trajectoires ? le diagnostic prédit-il des évolutions, des réponses au traitement, des conséquences mesurables ? Y a-t-il une hétérogénéité du pronostic ?

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
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
Mais dimensionnel	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

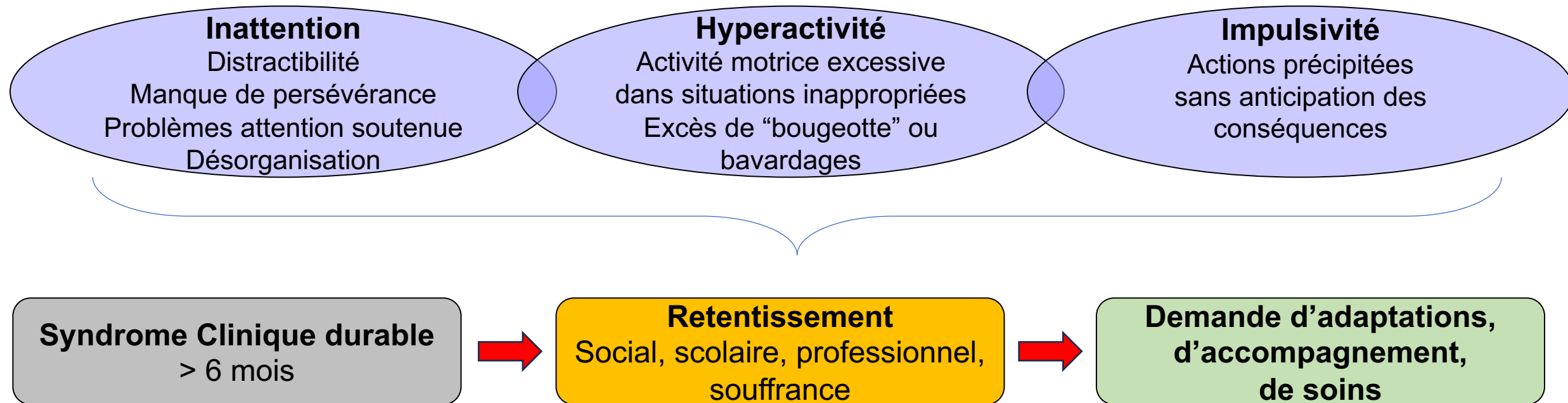
Validité descriptive du TDAH

Le syndrome est	Preuves épidémiologiques
Cohérent	Structure factorielle à 2 dimensions, stable à travers âges et cultures
Fiable	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

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

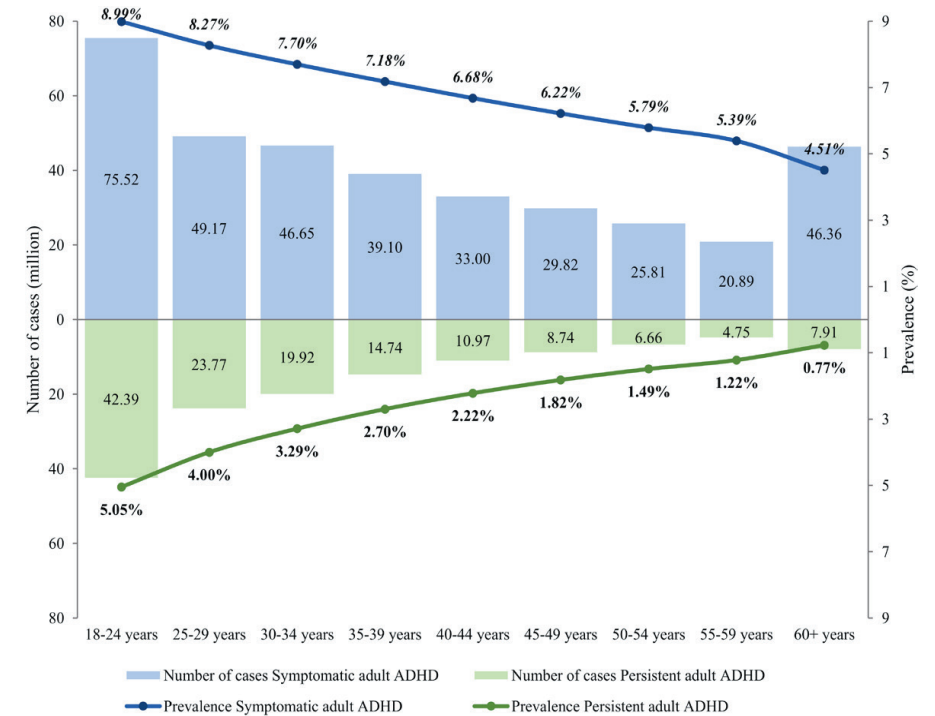
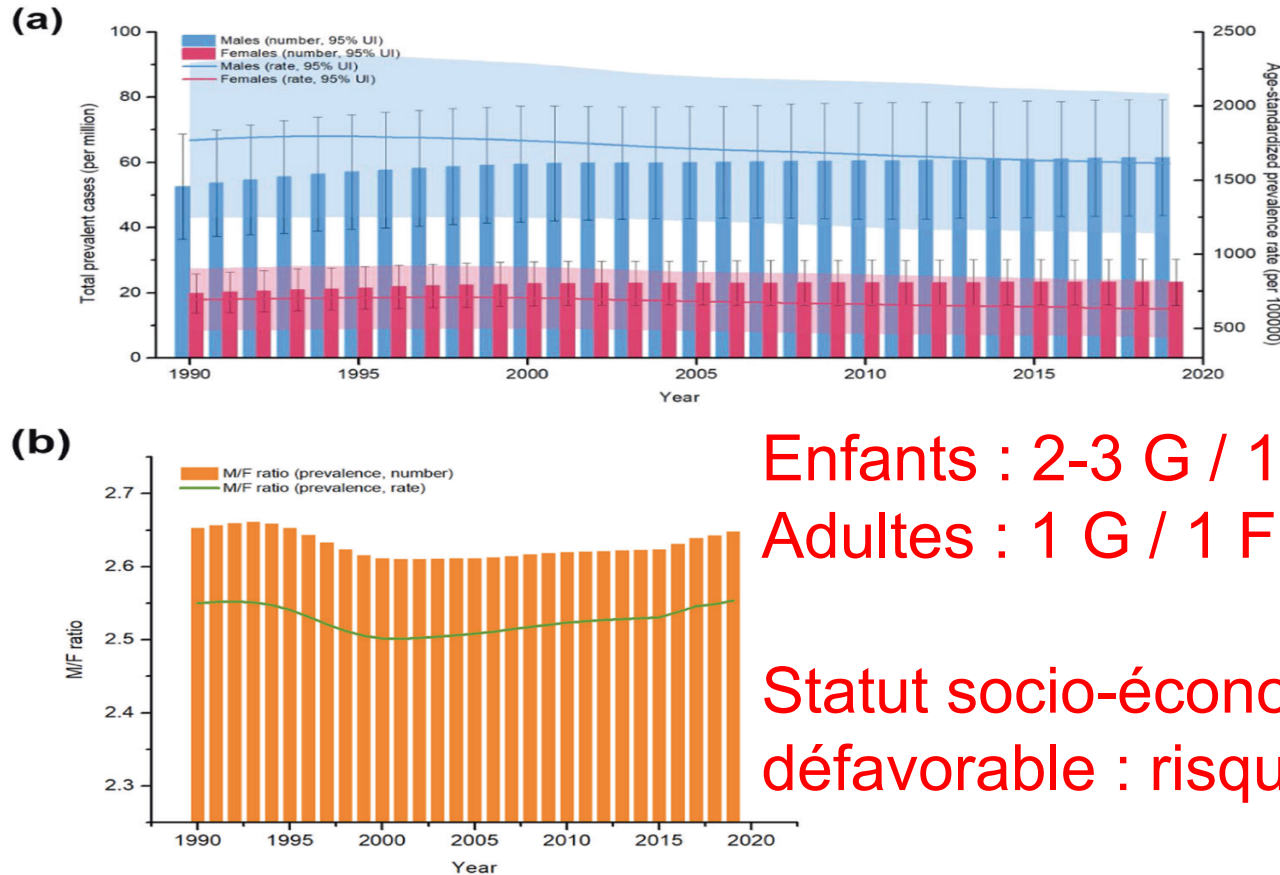


Figure 3. Estimated prevalence and cases of adult ADHD in 2020, by age group.

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

Song et al, J Global Health, 2021

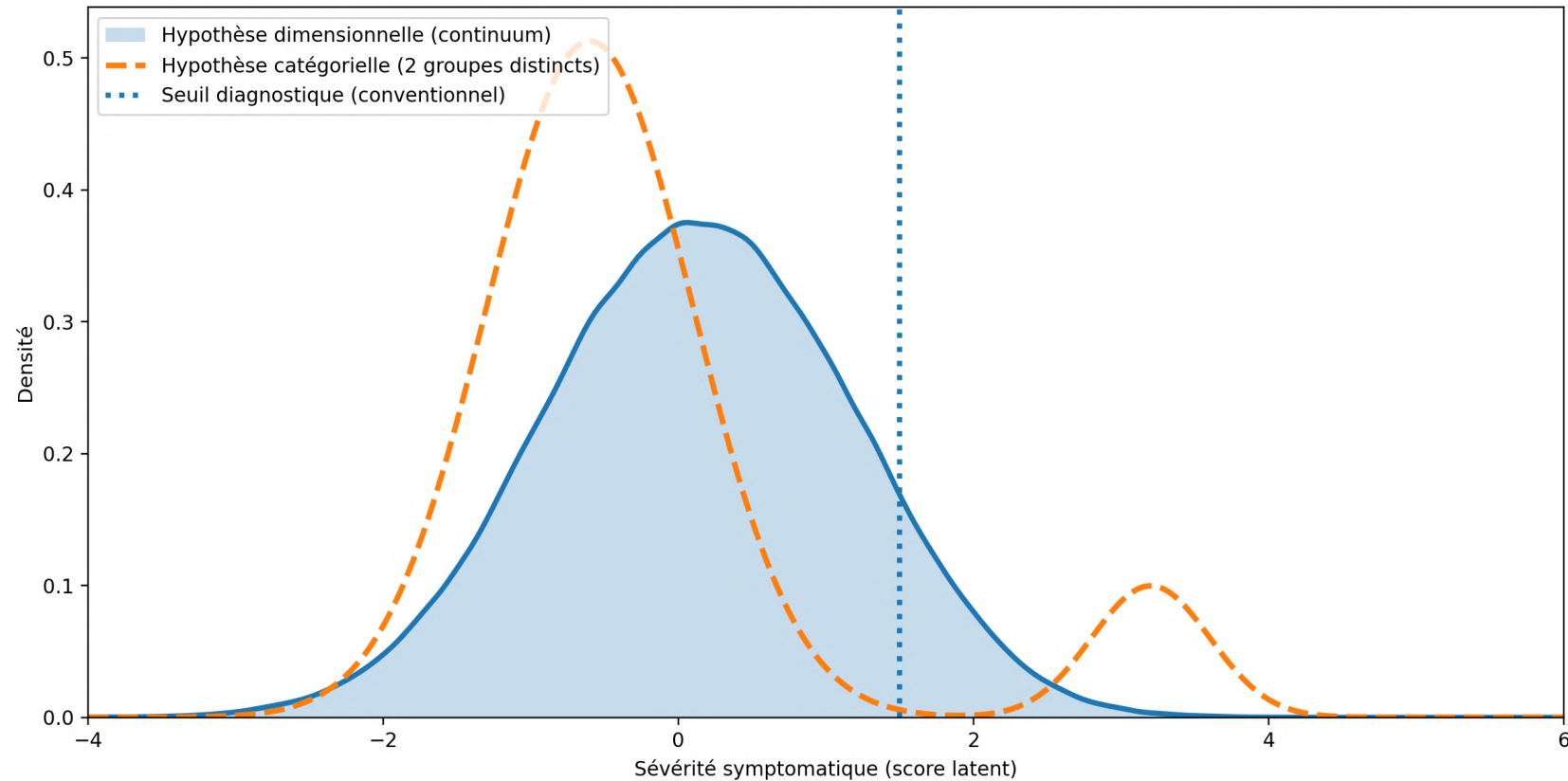
Caci, Encéphale, 2023
Cortese et al, Mol Psychiatry, 2023
Lecendreux et al, J Atten Disord, 2011
Polanczyk et al, Am J Psychiatry, 2007
Polanczyk et al, JCPP, 2015

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

Le TDAH a une distribution dimensionnelle

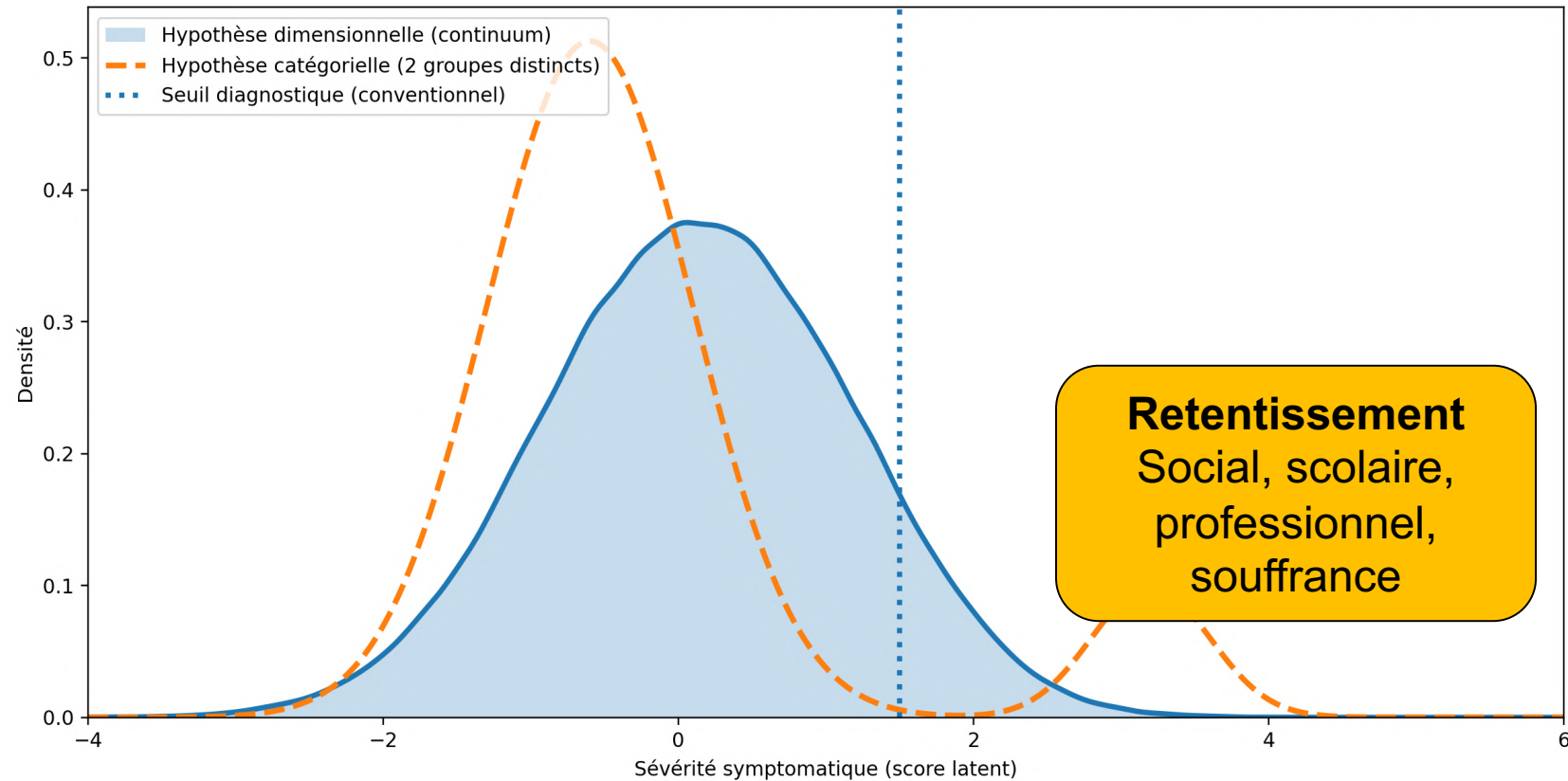
Les symptômes de TDAH se distribuent sur un **continuum** dans la population
→ **Absence de seuil naturel**



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

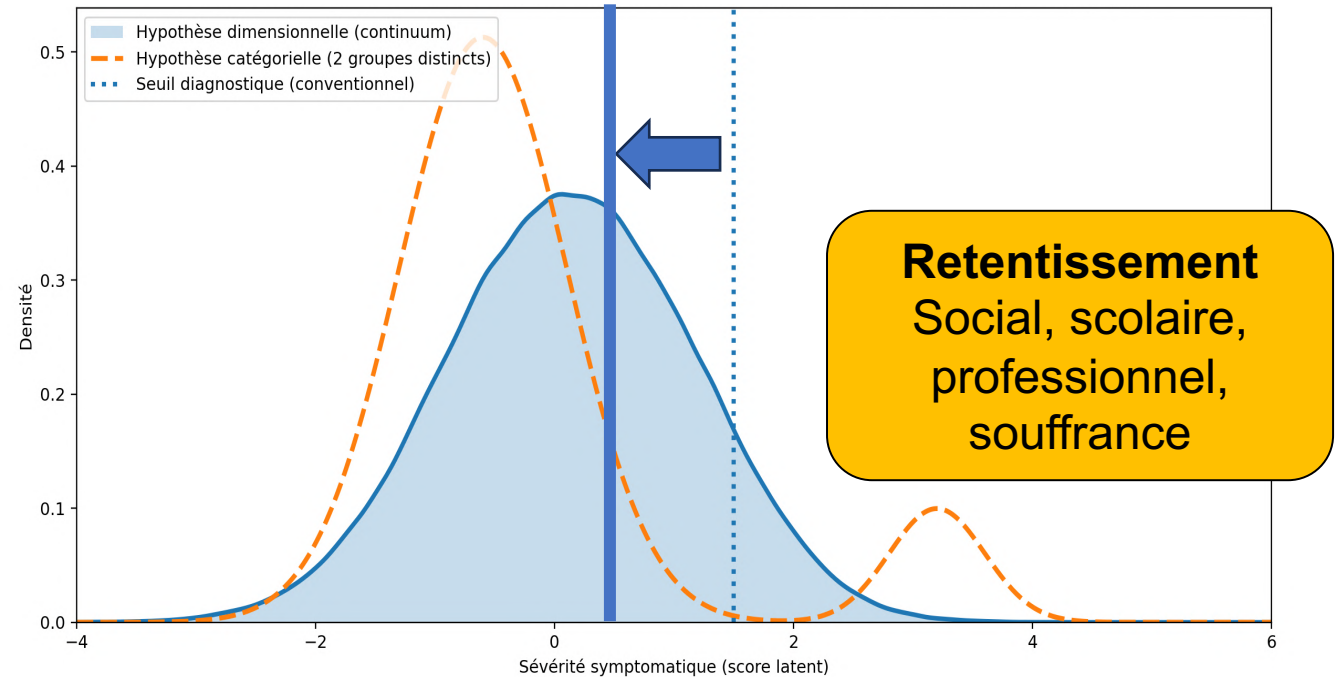
Seuil catégorique rigide

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 ?

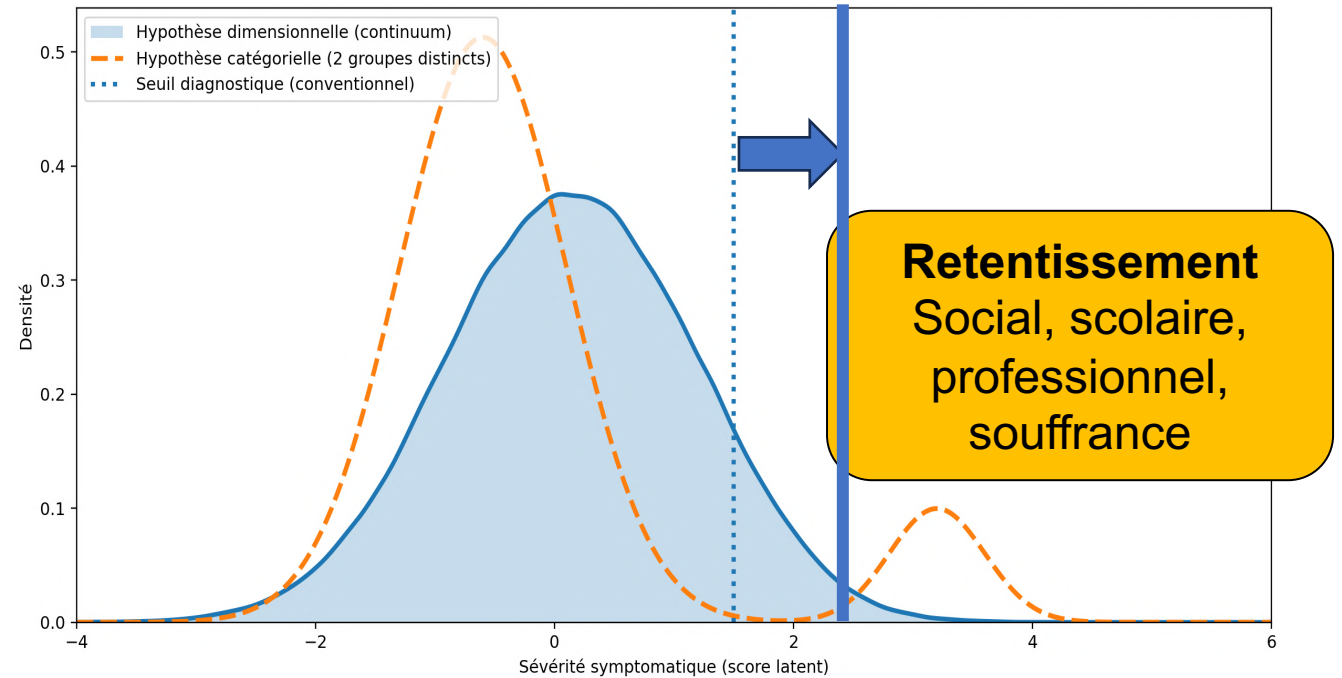
L'absence de seuil naturel et la dépendance du retentissement au contexte rendent le diagnostic sensible aux influences extra-cliniques

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

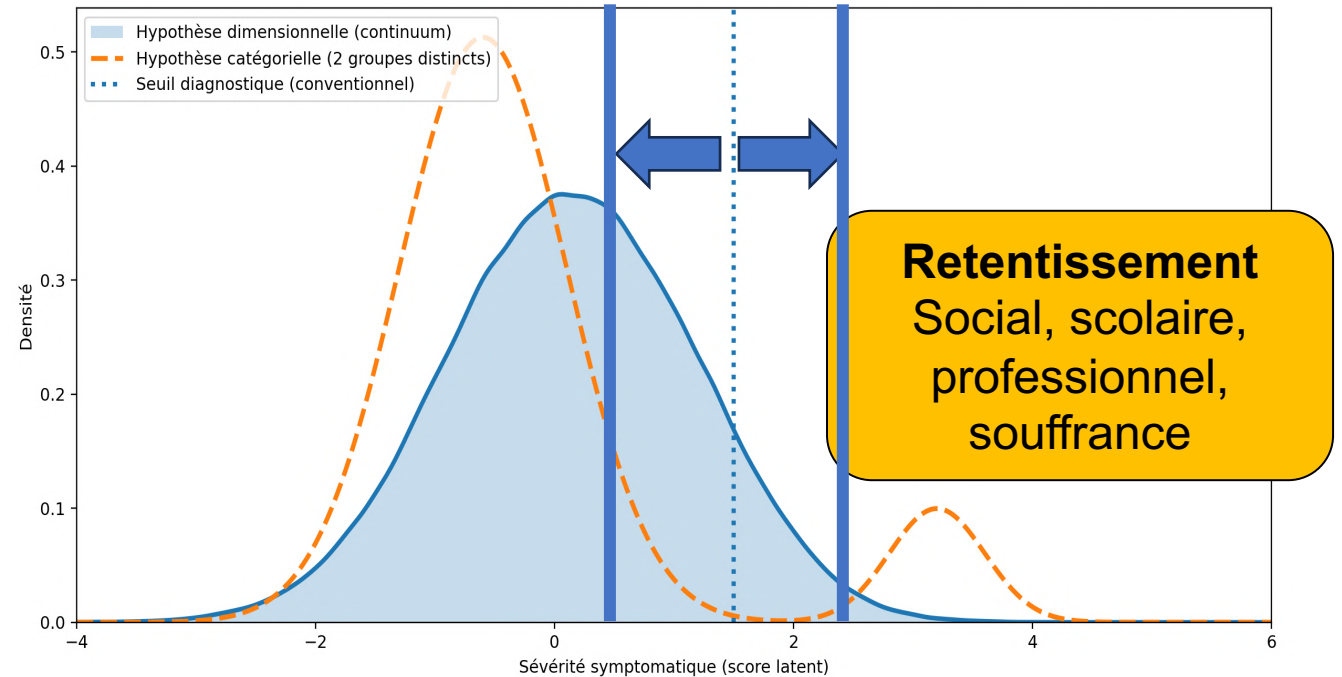
Seuil catégorique rigide

Critères masculins / enfants

Biais de genre

Biais culturels

Biais socio-économiques

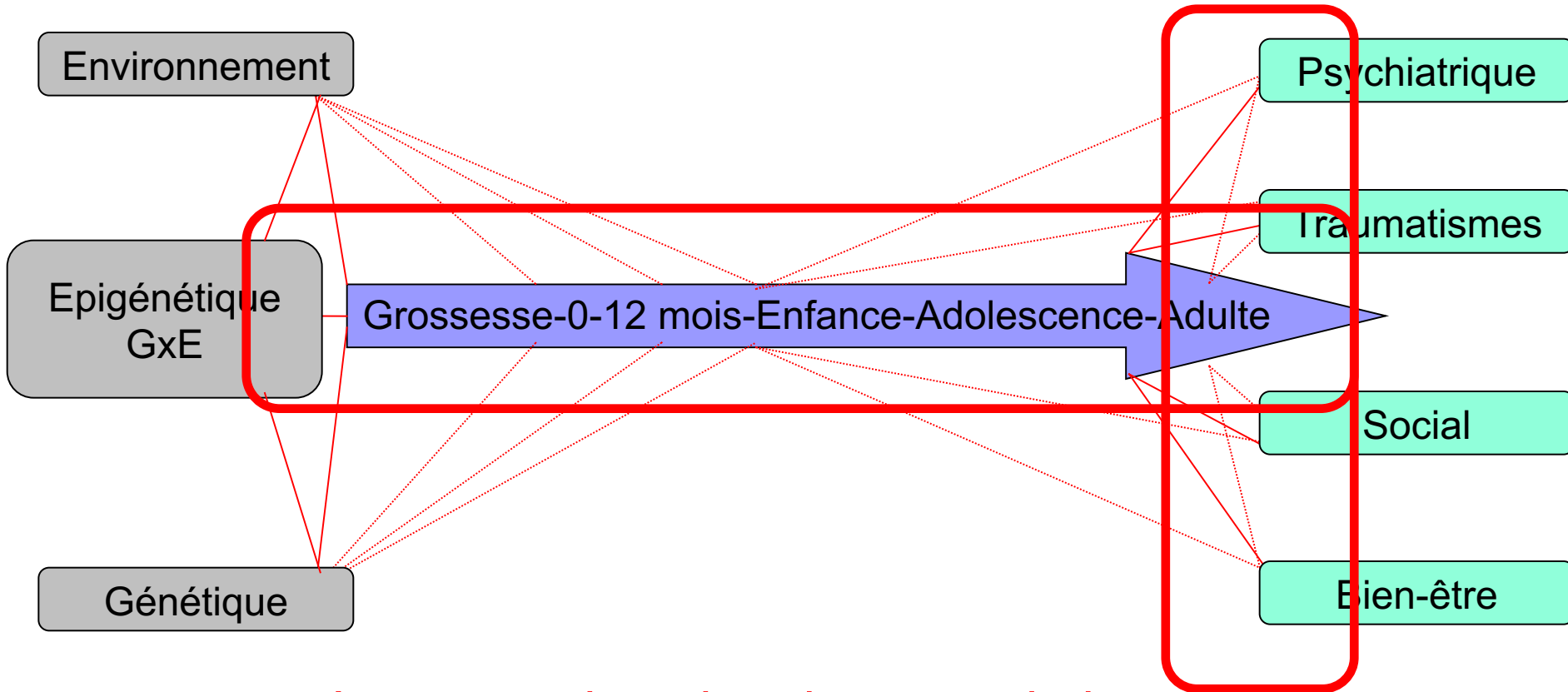


Paradoxes

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 **conséquences ultérieures**
= **Validité pronostique**

Données françaises

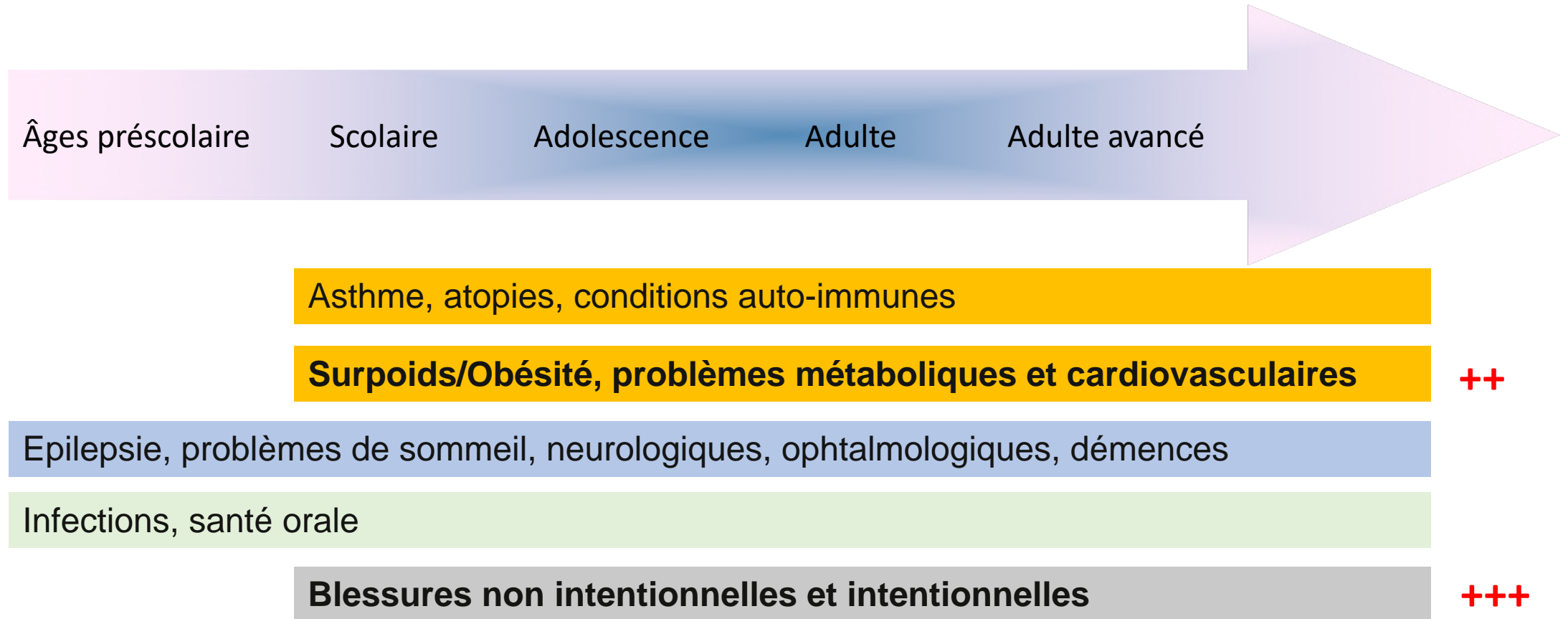
	Sur-risque OR
Tabac	x2
Cannabis	x1,5
Substances illicites	x2-3
Age de 1 ^{er} rapport sexuel <15 ans	x2
Comport. sexuels à risque	x2-3
Gestes suicidaires	x3
Echec baccalauréat	x2,5
Statut socio-économique défavorable	x3
Risque incarcération	x4

ChiP-ARD study

Cohorte TEMPO

i-Share.fr

Le TDAH est associé à des problèmes de santé physique



Diminution de l'espérance de vie de 7 à 9 ans

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 ^a	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) ^b	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) ^c	.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) ^d	<.001
Peer support	5	84 469	-0.13 (-0.22 to -0.04) ^d	<.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)

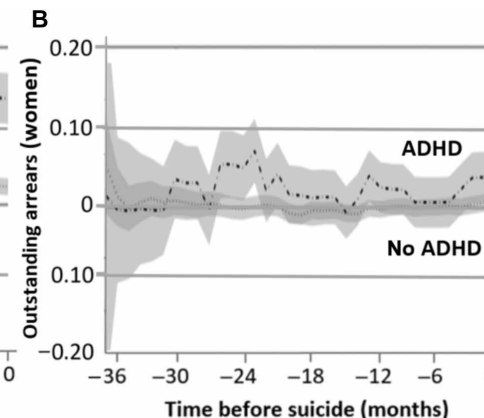
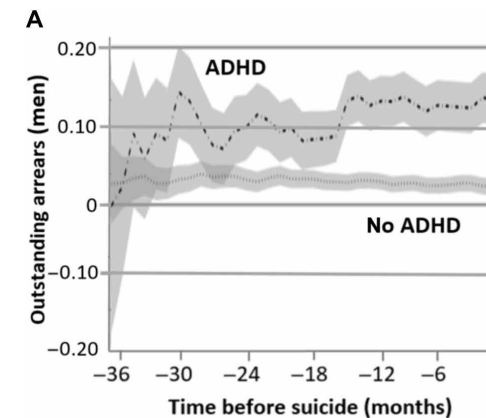
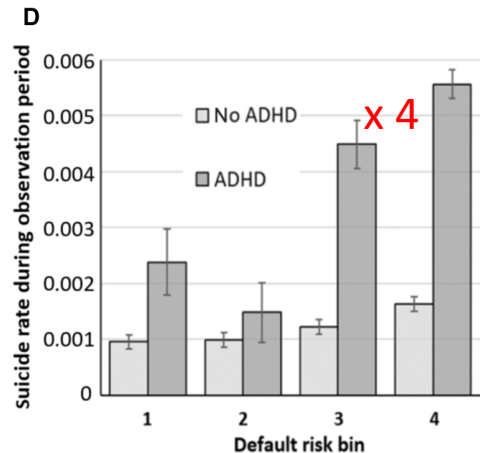
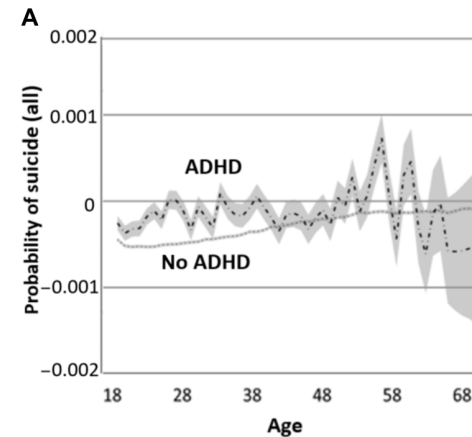
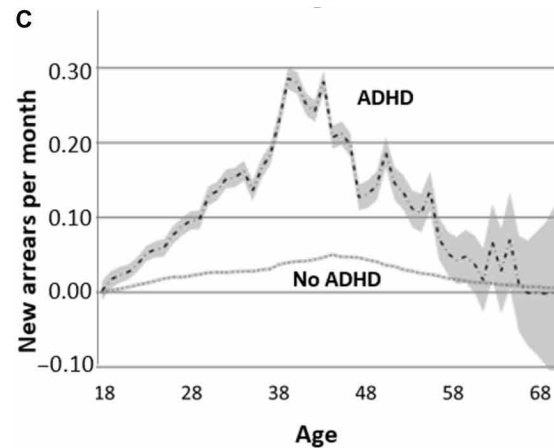
Non-TDAH (N=187297)

Evaluation

Arriérés de dettes

Suicide aboutis

TDAH



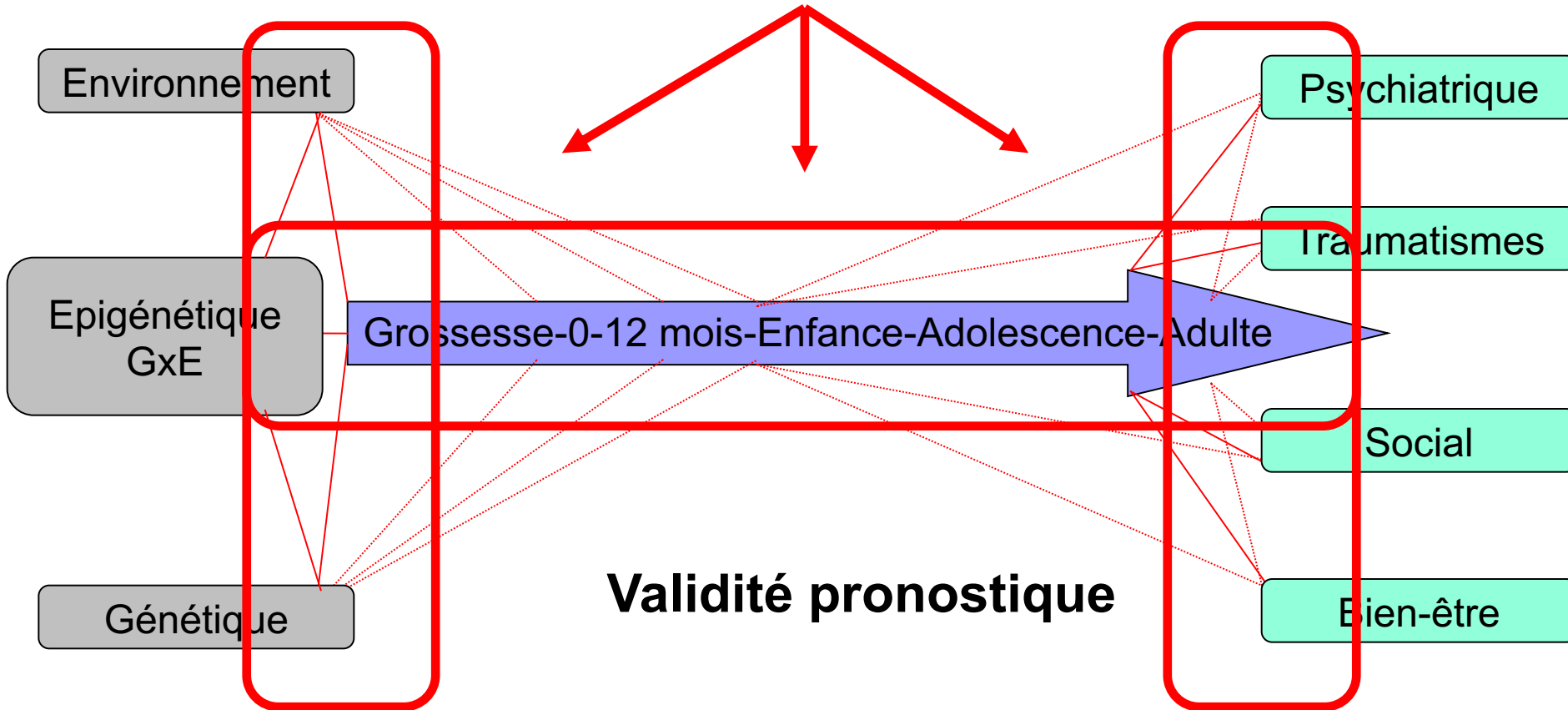
Les **taux de suicide** augmentent plus avec les **défauts de paiements** en cas de **TDAH**

Chez les **hommes avec TDAH se suicidant**

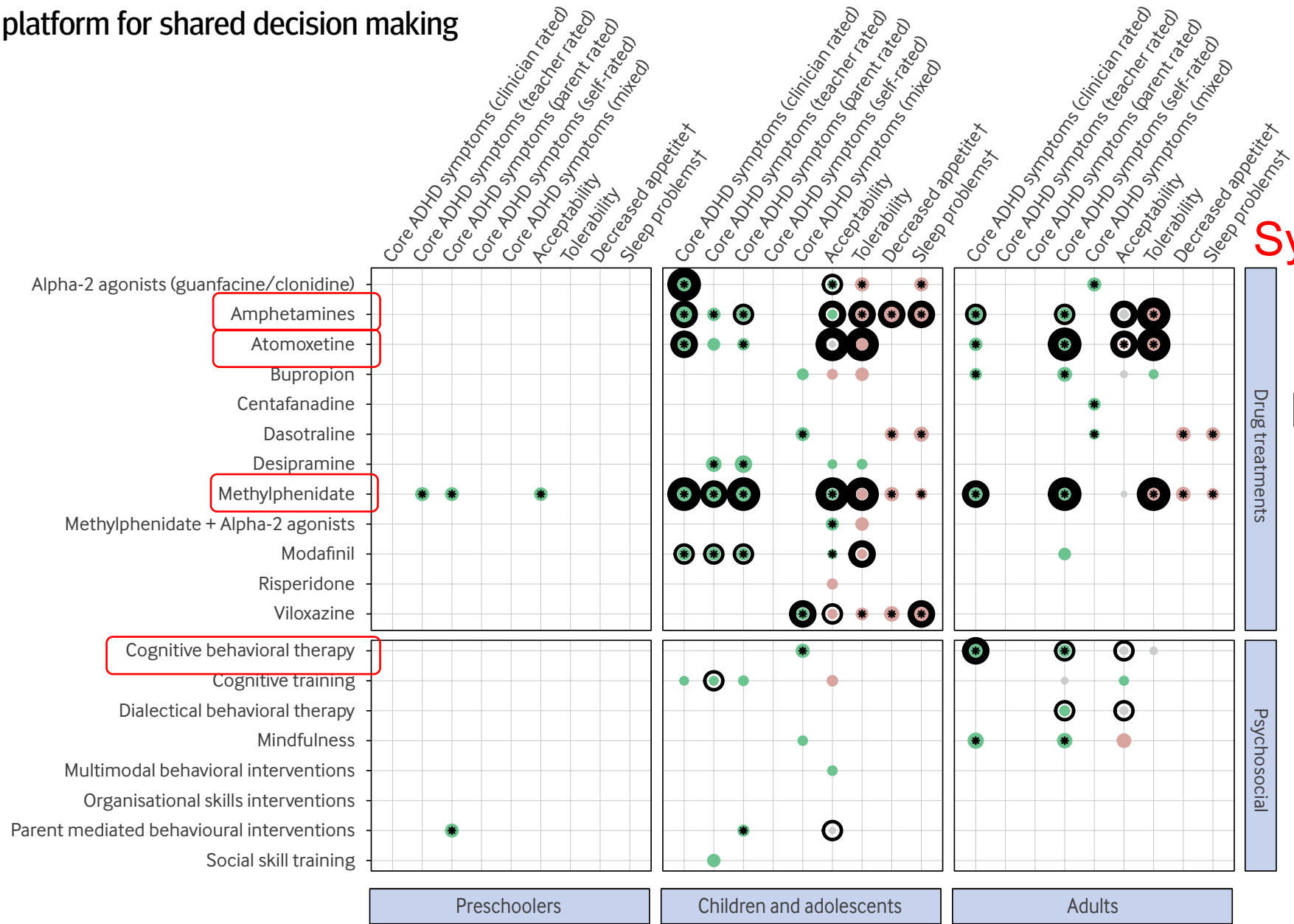
les **défauts de paiements** augmentent dans les 36 mois avant le suicide

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

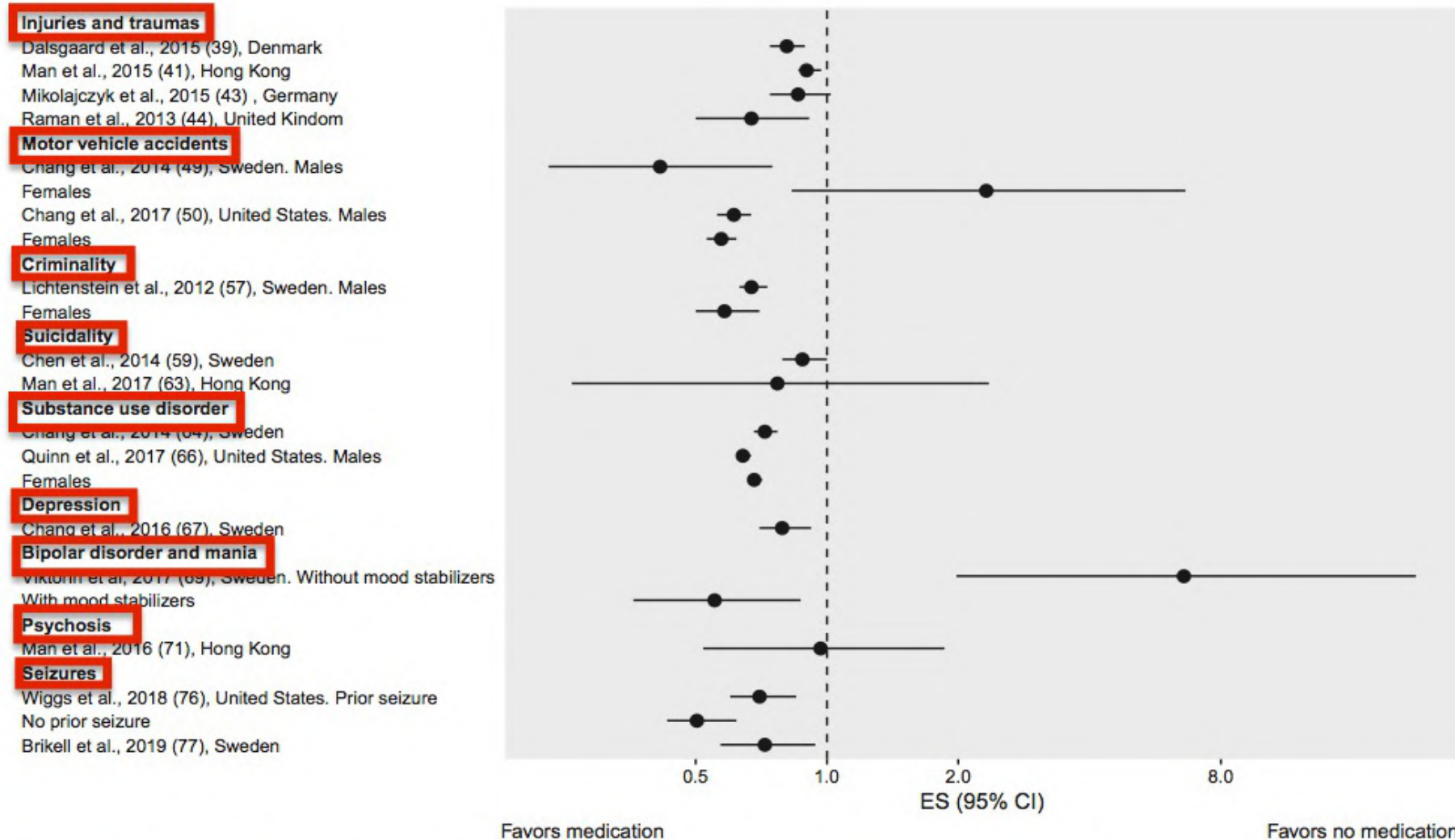
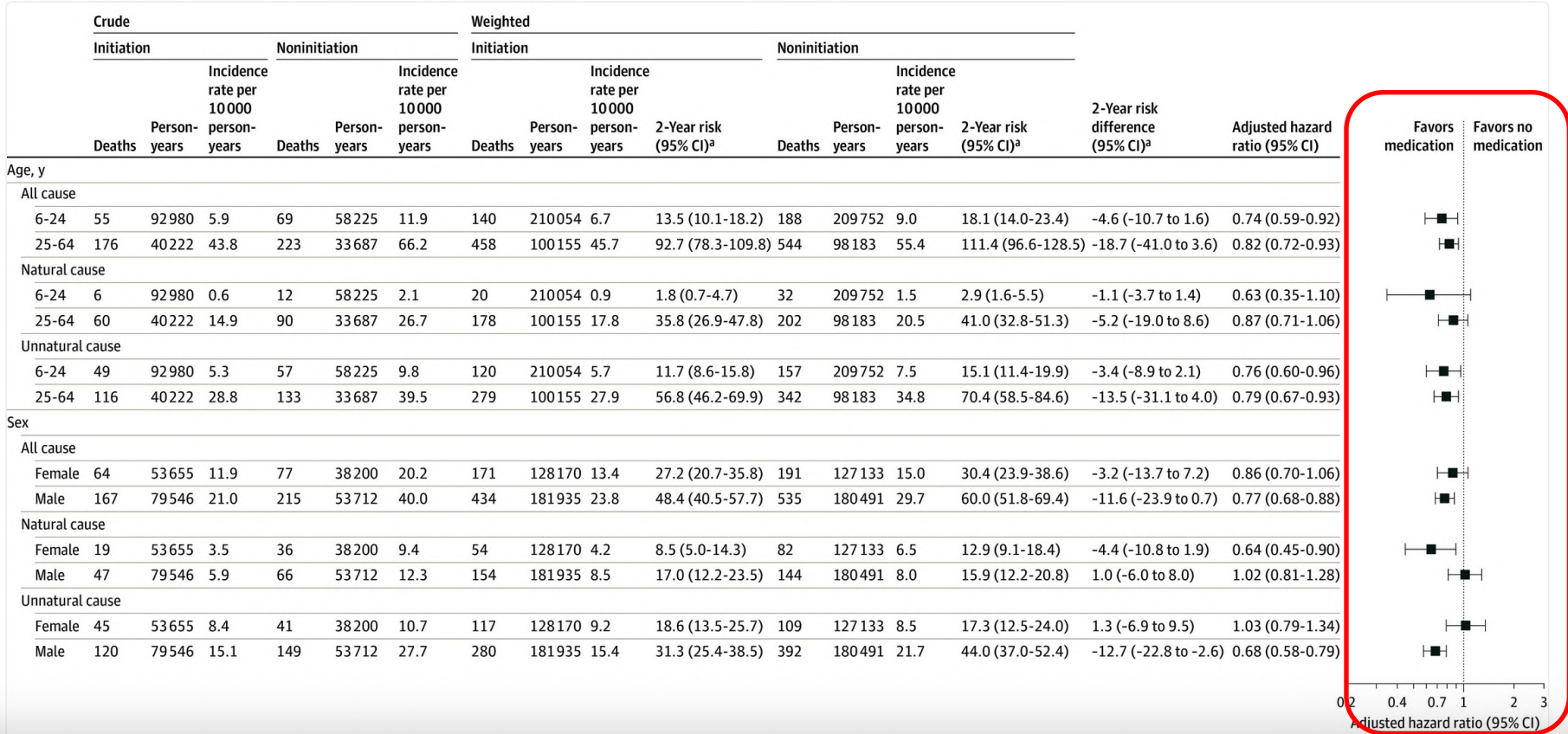


Figure 1. Forest plot of within-individual studies for short-term effects of attention-deficit/hyperactivity disorder medications. Note: Studies on educational outcomes were not included because they used continuous measures of outcome. CI, confidence interval; ES, effect size.

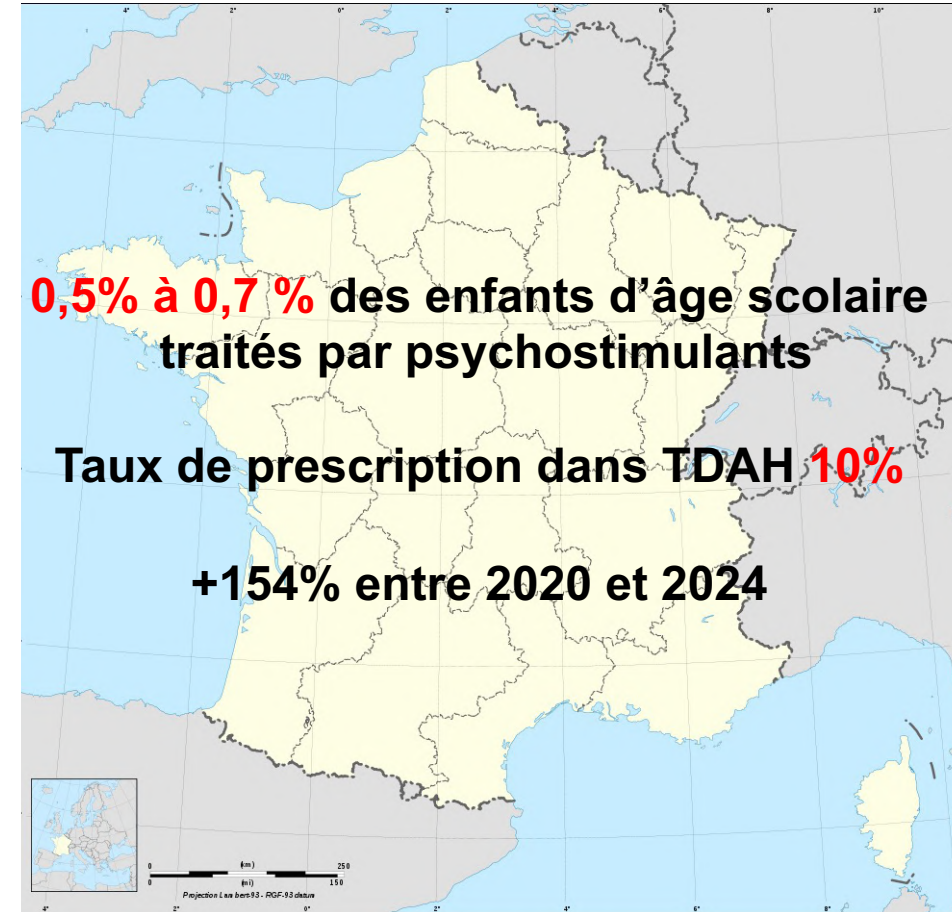
Etude observationnelle suédoise 148 578 participants 6-64 ans

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



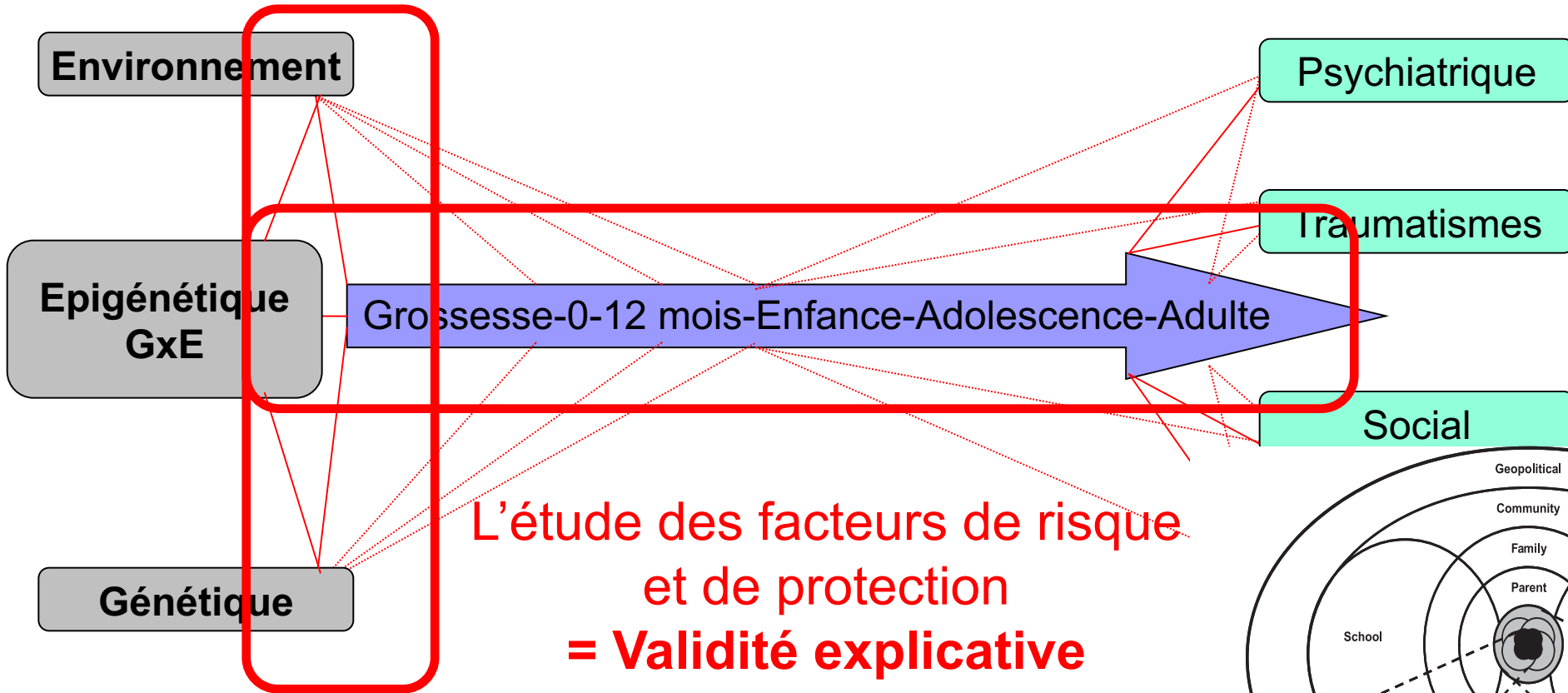
L'initiation de traitement médicamenteux du TDAH diminue le risque de décès à 2 ans

Prévalence de prescription chez les 3-17 ans

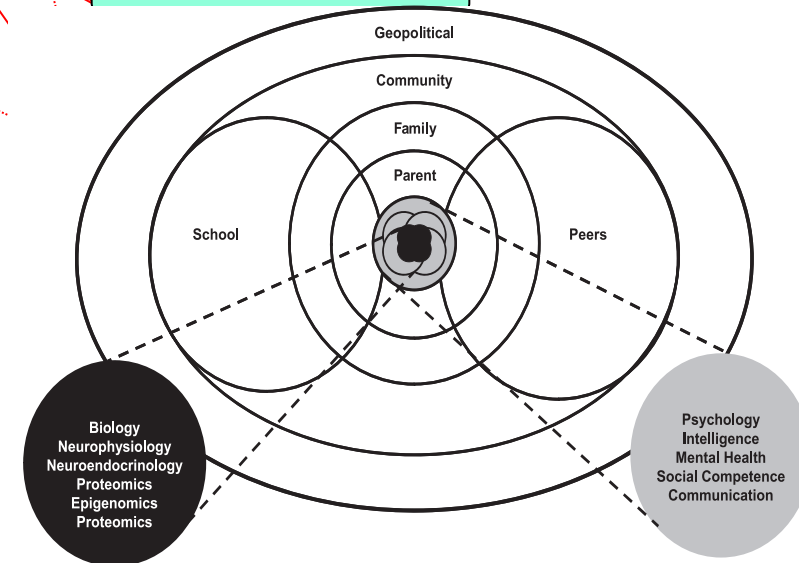


Prévalence globale des psychotropes en France comparable à Pays-Bas mais
Sur-prescription d'anxiolytiques et sous-prescription de psychostimulants / autres pays européens

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

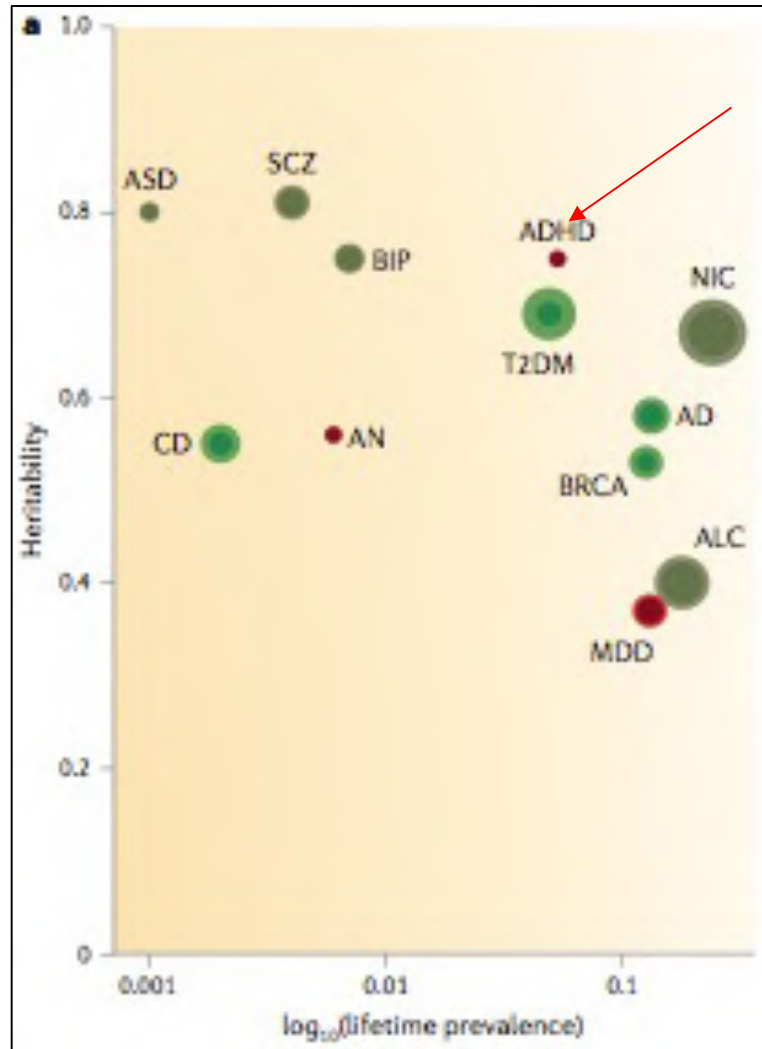


Exposome et modèle bio-psycho-social



Le TDAH, Etudes génétiquement informées

Familiales, de jumeaux, d'adoption



Risque chez **apparentés** x 5 à 9

Héritabilité élevée 75%

Proportion de variance phénotypique impliquant des facteurs génétiques (G)

Mais **inclut**

G-E corrélations = **rGE**

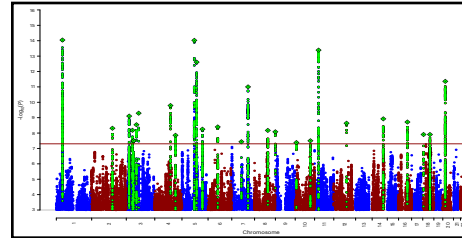
G-E interactions = **GxE**

Liens avec autres TND/psychopathologie

Comorbidités +++

Héritabilité commune à d'autres TND

Le TDAH, Etudes moléculaires



Variance expliquée
30%



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

Gènes candidats
(Méta-analyses)

Pangénomiques
(GWAS, CGH, WES)

Scores polygéniques

Syndromes
Neurogénétiques

**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

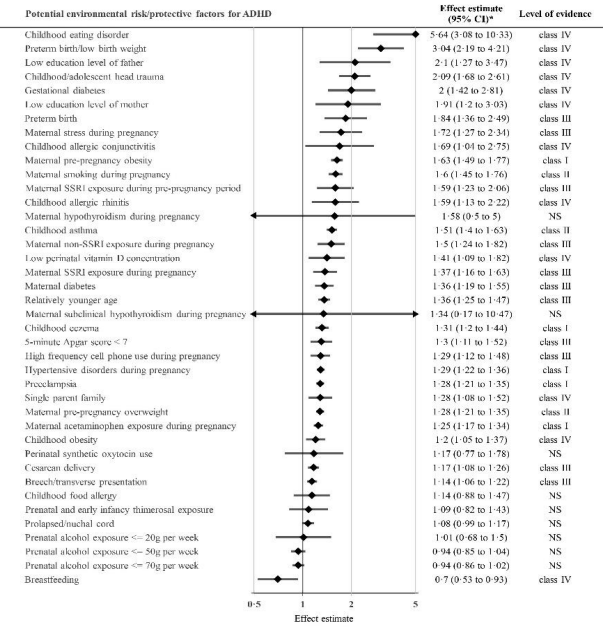


Facteurs périnataux
 Substances (tabac, alcool, médicaments...)
 Bas poids naissance
 Prématurité
 HTA
 Obésité
 Stress
 Age paternel et maternel

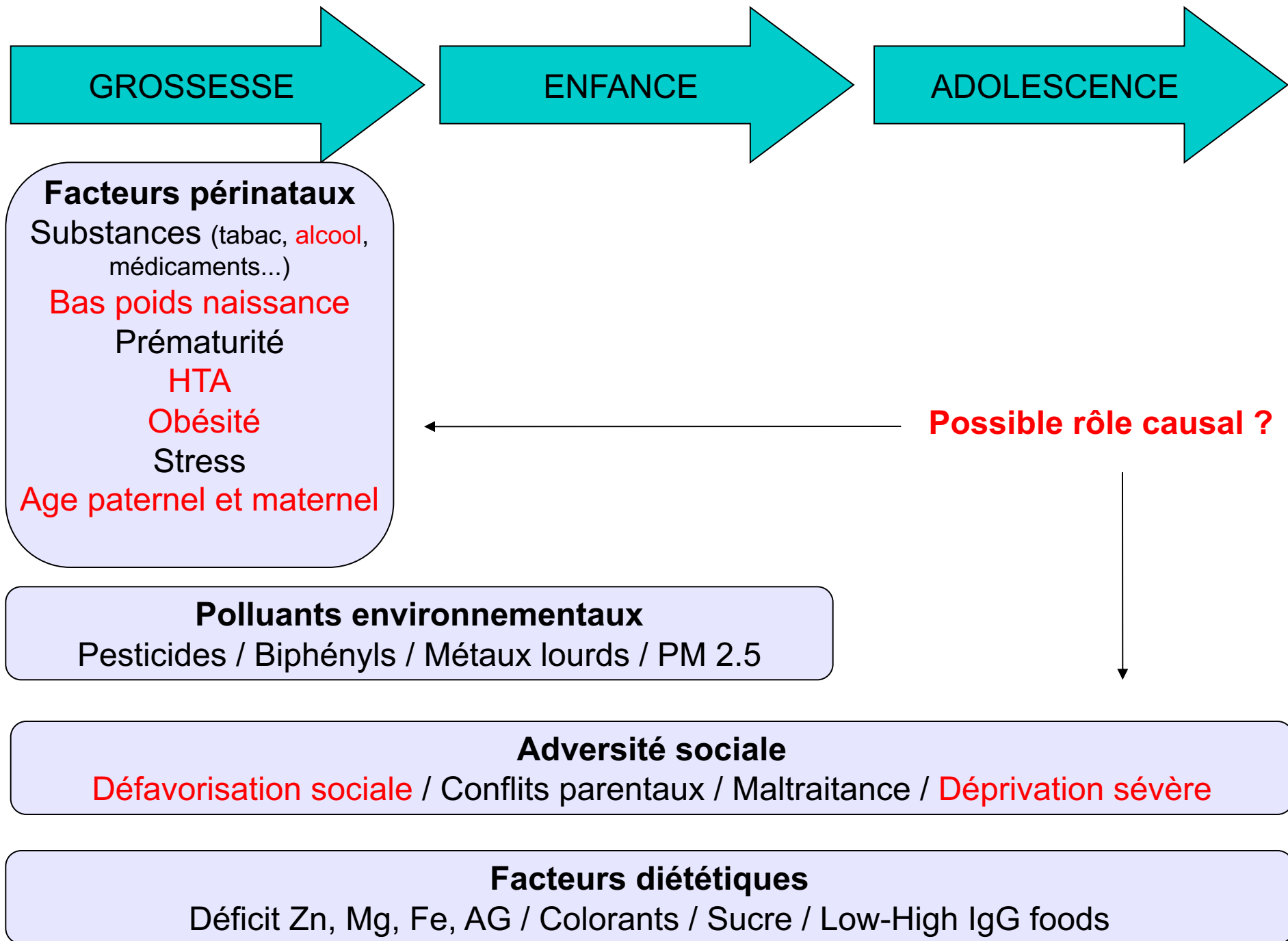
Polluants environnementaux
 Pesticides / Biphényles / Métaux lourds / PM 2.5

Adversité sociale
 Défavorisation sociale / Conflits parentaux / Maltraitance / Déprivation sévère

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

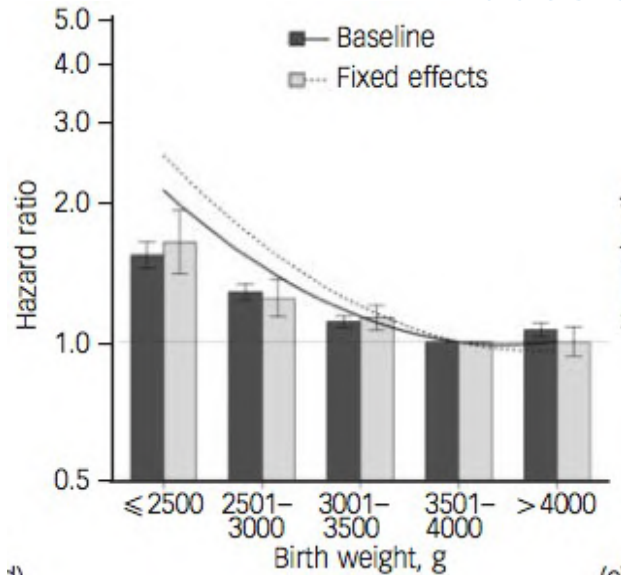


Bali et al. 2023; Claussen et al. 2024;
 Kim et al. 2020 ; Sonuga-Barke et al. 2023

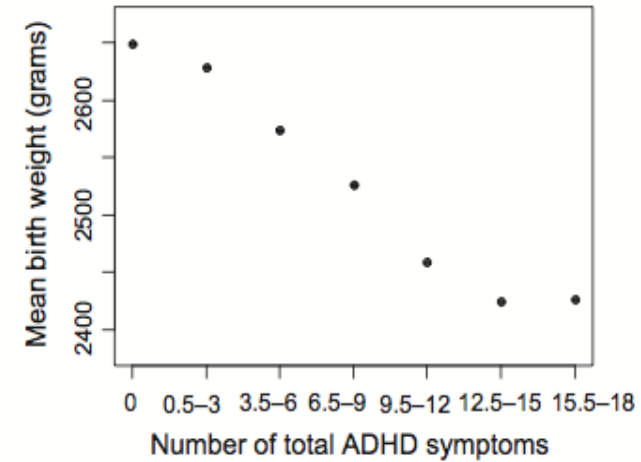


Bas poids de naissance et TDAH

Etudes de jumeaux et apparentés



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



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

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

Réduction du PN → augmentation symptômes **TDAH**

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

Effet causal

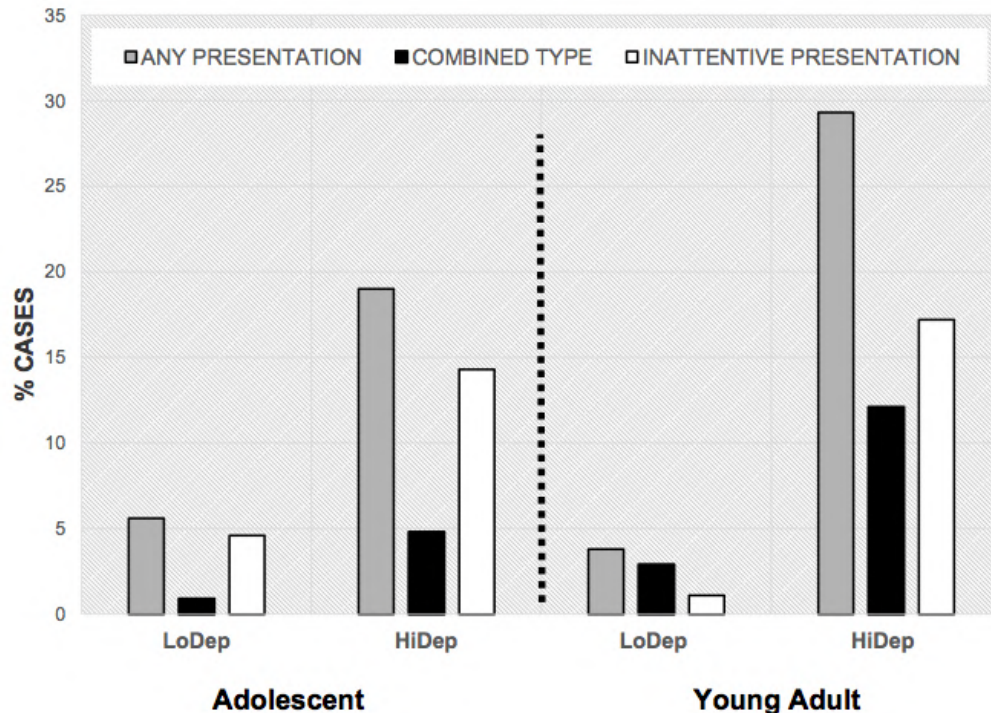
Via anomalies **substance blanche** ou modifications **épigénétiques** ?
→ perturbation connectivité cérébrale

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

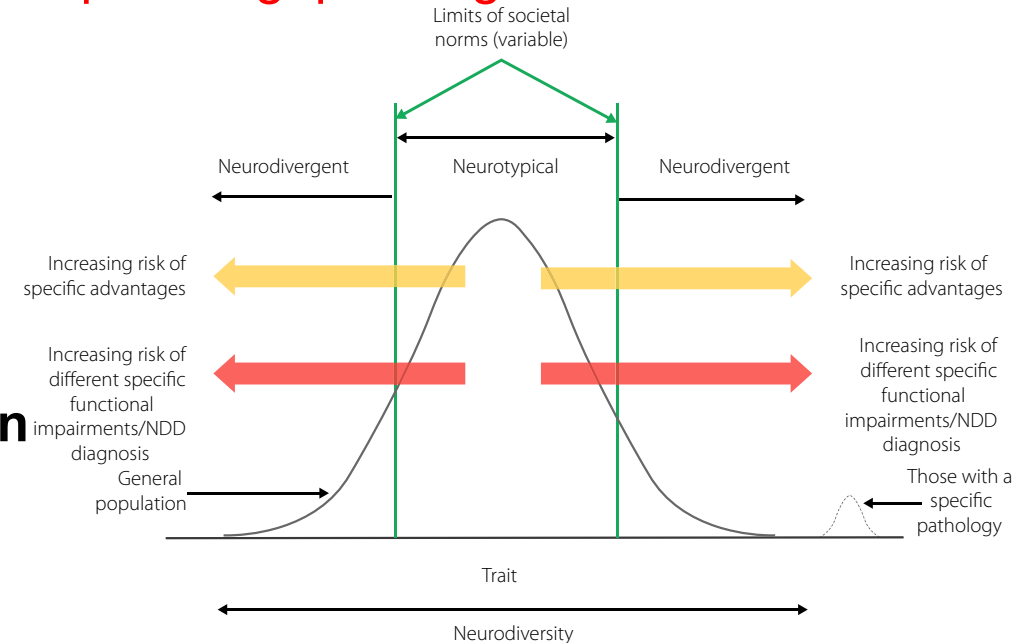
Neuro-diversité = **neuro-typie** + **neuro-divergence**

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

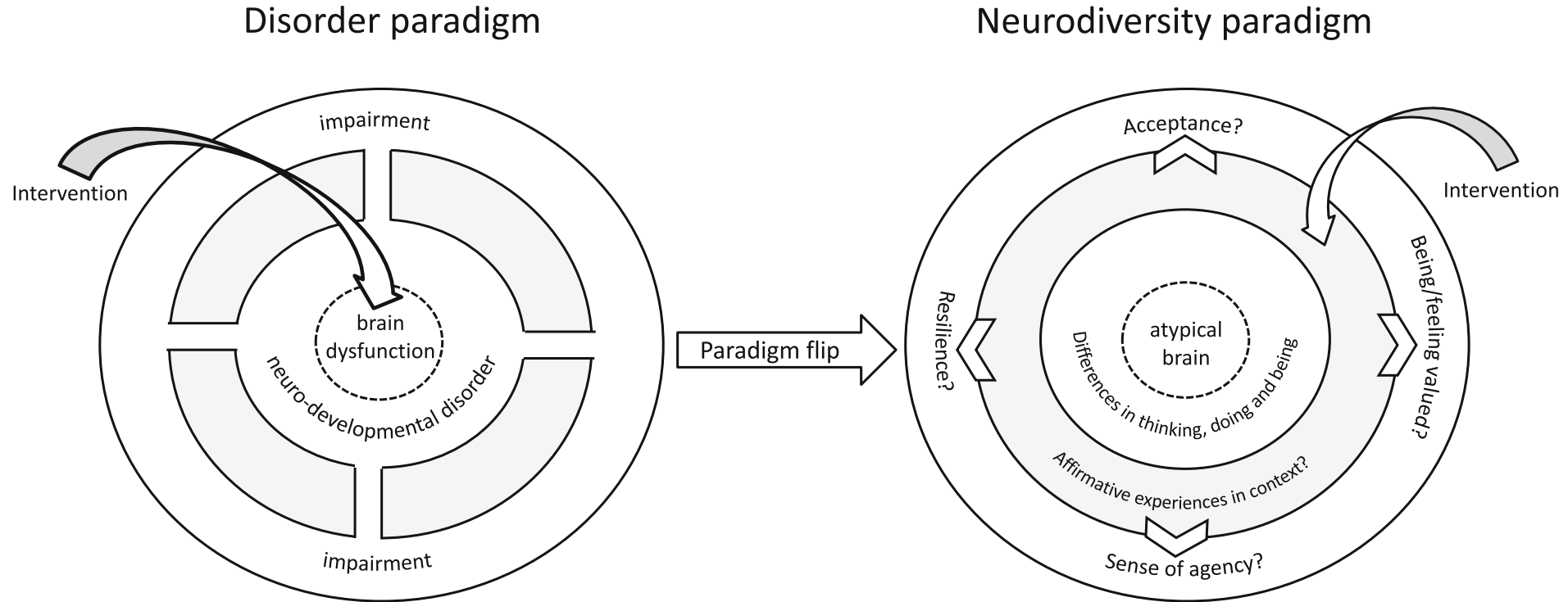
Mouvement social et politique de lutte **contre la stigmatisation**

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 ?



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, entrepreneuriat

Biais du discours sur la neurodiversité → **Risque d'occulter 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)

