



# Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

## Repérer et accompagner le TDAH à l'âge adulte



Document réalisé par  
l'association **Raptor Neuropsy**



**Isaure RUIZ**

Stagiaire Neuropsychologue  
M2 - Université de Lorraine

**Mathieu CERBAI**  
Neuropsychologue



**Marie-Armelle RINEAU**

Neuropsychologue

**Oriane PASTORE**  
Psychologue



- Septembre 2022 -

# Sommaire

**Introduction**

**Définition et Evolution**

**Causes et épidémiologie**

**Quels symptômes ?**

**Comorbidités**

**Impact du TDAH au quotidien**

**Comment diagnostiquer ?**

**La question de la stigmatisation ?**

**Que faire ?**



# Introduction

## Quel est l'objectif de ce livret ?

Ce livret s'est donné pour mission de présenter, décrire et proposer des **ressources** et des **informations** sur le TDAH (Trouble du **D**éficit de l'**A**ttention avec ou sans **H**yperactivité et impulsivité) à l'âge adulte.

Ce livret de **psychoéducation** a été créé afin de faire un court résumé de ce qu'une personne ayant un TDAH à l'âge adulte traverse au quotidien.

Nous parlerons des **symptômes**, des différents **impacts dans la vie de tous les jours** que peut impliquer la présence d'un TDAH à l'âge adulte, mais aussi des différentes notions importantes à considérer dans ce trouble.



## Pour qui est ce livret ?

Ce livret s'adresse tant aux personnes se questionnant sur la potentielle présence d'un TDAH pour un **proche** ou pour **elles-mêmes**, mais également pour les personnes ayant une personne diagnostiquée dans leur **entourage**. Ce livret n'est pas un outil diagnostique pour autant. La réalisation d'un **parcours de soins coordonné auprès des professionnel.le.s compétent.e.s** reste nécessaire.

# Définition et Evolution

## Que veut dire l'acronyme TDAH ?

Cet acronyme désigne un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Ce trouble est un syndrome clinique établi par le DSM-5 (APA, 2013), il fait partie des troubles neuro-développementaux.



## Qu'est-ce qu'un trouble neuro-développemental ?

Un trouble neuro-développemental est défini par une perturbation ou un ensemble d'affections **débutant durant la période développementale de l'enfant**, caractérisé par un ensemble de déficits durant la phase de développement qui provoquerait des **altérations fonctionnelles dans différents domaines** (social, professionnel, scolaire, confiance en soi, personnel, familial).

Le spectre d'altérations que recouvrent les troubles du neurodéveloppement peut varier, « allant de **limitations** très spécifiques des **apprentissages** ou du contrôle des **fonctions exécutives**, jusqu'à une altération globale des **compétences sociales** ou de **l'intelligence** » (Roulin, 2021, page 14). Les troubles du neurodéveloppement peuvent être, de manière récurrente, **souvent associés entre eux**.

## Et du coup... qu'est-ce qu'un TDAH ?

Le TDAH est un syndrome clinique, il est caractérisé par « un mode persistant d'**inattention** et/ou d'**hyperactivité** et d'**impulsivité** qui interfère avec le fonctionnement ou le développement » (Roulin, 2021 p.41).

Le TDAH se remarque le plus souvent durant l'**enfance** mais aussi lors de l'**adolescence**. Néanmoins, il peut être diagnostiqué également à l'**âge adulte** et, dans de plus rare cas, chez des personnes ayant plus de 60 ans. C'est pourquoi, le TDAH est qualifié de **trouble persistant**.



En revanche, on parle de **trajectoire développementale** car il peut y avoir une **persistance** des troubles, tout comme une **diminution** de la présence de ces derniers.

*A titre d'exemple, une personne ayant un TDAH diagnostiqué durant l'enfance peut voir se résorber ses difficultés attentionnelles ou d'hyperactivité avec l'âge (Roulin, 2021).*

*Toutefois, l'inverse est possible également. Des symptômes d'hyperactivité ou d'inattention pourraient persister et handicaper de manière plus importante la personne dans un contexte de travail par exemple (hautes exigences salariales, devoir s'adapter et rester concentré longtemps sur des tâches, difficultés à planifier ou s'organiser efficacement pour travailler...).*

## Comment se présente le TDAH ?

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et impulsivité se caractérise par un **mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité** qui va **impacter le fonctionnement global** de la personne ou son développement, et cela par le biais d'un **ensemble de symptômes** définis par le DSM-5.

### 1 Inattention



6 (ou plus) des symptômes d'inattention (voir page 7) ont persisté **pendant au moins 6 mois** à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a des effets négatifs directs sur les **activités sociales** et **académiques** ou **professionnelles**.

### 2 Hyperactivité / Impulsivité



6 (ou plus) des symptômes dans le domaine de l'hyperactivité et l'impulsivité (voir page 8) ont persisté **pendant au moins 6 mois** à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a des effets négatifs directs sur les **activités sociales** et **académiques** ou **professionnelles**.

### Remarque



"Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une défiance, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les adolescents les plus âgés et les adultes de 17 ans et plus, 5 symptômes ou plus sont exigés." (DSM-5)

# 1

## Inattention



Étourderies ou un manque du détail



Difficultés pour maintenir son attention sur une tâche (travail scolaire ou travail études, loisirs, films, lecture...)



Capacités plus fragiles pour suivre ou se conformer à des attentes, obligations ou consignes



"Ailleurs" ou "Dans la lune"



Difficultés d'organisation en général



Comportement d'évitement des tâches coûteuses cognitivement



Difficultés à se concentrer lors d'une conversation



Distraction élevée aux stimuli extérieurs



Perte d'objets ou de papiers importants

## 2 Hyperactivité / Impulsivité



Agitation motrice des membres (mains, pieds, tortillement, taper du pied, avoir la jambe qui bouge impulsivement)

Difficulté à rester assis ou à ne pas être dans l'action lors de moments calmes



Agitation générale ou une tendance à l'action très présente dans des situations inappropriées



Du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou activités de loisir



Impression d'être sur la brèche ou monté sur ressort ou encore l'impression d'être dirigé par un moteur



Parle souvent trop

Termine les phrases de ses interlocuteurs, laisse échapper la réponse avant que la question ne soit posée



Interrompt les autres dans des contextes sociaux (e.g. discussions, jeux, activités)



Difficulté à attendre dans des files d'attente ou attendre son tour

## La petite précision qui va bien

Une fois les symptômes explorés, la pose du diagnostic nécessite d'autres critères. En effet, ces symptômes doivent :

- Être présents avant l'âge de 12 ans
- Se manifester dans au moins deux domaines de la vie de la personne concernée (e.g. social, travail, école, loisirs), et avoir une conséquence dans ces sphères du quotidien
- Persister dans la durée, avec un degré de sévérité
- Être qualifiés de spécifiques : en effet, le TDAH doit être diagnostiqué en dehors de toute maladie psychique (e.g. épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux généralisé)... même si cela n'empêche pas une co-occurrence d'un TDAH avec une maladie psychique (voir chapitre sur les comorbidités)



## Les différents profils du TDAH

Il existe différents profils (ou présentations cliniques) du TDAH, que nous décrivons ci-après :

- 👤 Présentation inattentive prédominante
- 👤 Présentation hyperactive/impulsive prédominante
- 👤 Présentation combinée ou mixte

Des cas particuliers, encore émergents, sont également identifiés depuis peu dans la littérature scientifique :

- 👤 Sluggish Cognitive Tempo (SCT)
- 👤 Adult Onset ADHD

## Présentation inattentive prédominante

Cette présentation clinique est diagnostiquée lorsque la personne présente la majorité de ses symptômes dans la sphère attentionnelle. Ce profil est **le plus représenté à l'âge adulte** (Biederman et al., 2000), du fait que les symptômes d'hyperactivité ont tendance à diminuer.

Pour illustrer, un adulte ayant ce profil serait plus enclin à être perçu comme **rêveur, distrait, inattentif** lorsque le sujet de conversation l'intéresse peu par exemple. Rester concentré lors de tâches fastidieuses demande alors de nombreux efforts. Le maintien de l'attention est difficile (e.g. lecture, réunions, film, conversation).

Le seuil attentionnel, plutôt bas, est facilement perturbé lorsqu'une interférence a lieu (stylo qui tombe au sol, oiseaux qui viennent se poser, bruit dans le couloirs etc...). Le temps pour reprendre le fil peut être important.



Ces adultes viennent souvent consulter et se disent gênés par ces difficultés attentionnelles. On leur fait remarquer qu'ils ne sont pas attentifs, oublient, arrivent difficilement à rendre à temps des travaux, etc.

Ces personnes présentent aussi des difficultés en ce qui concerne le traitement de l'information. Elles rencontrent des incommodités lorsqu'il faut rédiger un mémoire, un compte rendu, des résumés, etc. Leur cerveau **traite l'information différemment** : quand un flot d'informations est énoncé, il leur est parfois difficile de se souvenir toutes les informations ou d'en traiter autant.

## Présentation hyperactive/impulsive prédominante

Cette présentation clinique est diagnostiquée quand l'ensemble des symptômes est de l'ordre d'une hyperactivité ou d'une impulsivité. Ces symptômes d'hyperactivité à l'âge adulte peuvent être moins visibles que durant l'enfance, mais pour autant manifestes.

Pour les symptômes d'hyperactivité à l'âge adulte, on retrouve toujours de l'**agitation**, plus intériorisée et moins importante que durant l'enfance et l'adolescence. Les adultes trouvent le plus souvent des moyens de compensation afin de « canaliser » ce ressenti d'agitation interne (e.g. sport, multiples tâches) (Marcastel, 2019). Cela peut se traduire par une incapacité à rester assis longtemps, trouver des excuses pour se lever et réaliser une action, passer d'une activité à une autre, des agitations des doigts ou des membres inférieurs, des tapotements ou manipulations d'objets avec les mains ou encore une tendance à trop parler.



En ce qui concerne l'impulsivité, on retrouve souvent un **manque de contrôle** de l'activité. Pour illustrer, une personne ayant ces difficultés pourrait agir de manière précipitée sans prendre en compte les potentielles conséquences (e.g. quitter son poste, acheter un article sans en avoir besoin) mais aussi interrompre les autres lors d'une conversation ou finir la phrase de son interlocuteur. Ces personnes sont souvent plus **impatientes** que des personnes sans TDAH. Ce profil est aussi plus souvent associé à des problématiques de **prises de substances psychoactives** (Fatséas et al., 2016). De manière globale, la présence d'un TDAH est souvent associé, à l'âge adulte, à la polydépendance (Fatséas et al., 2016).

## Présentation combinée ou mixte

Cette présentation clinique se manifeste par une combinaison des deux profils précédents. Pour que ce diagnostic soit posé, il faut qu'il y ait la présence de nombreux symptômes, tant sur le versant de l'inattention que sur le versant de l'hyperactivité/impulsivité. Ici, on retrouvera l'ensemble des difficultés des deux profils cités précédemment.



## Sluggish Cognitive Tempo (SCT)

Nous l'avons mentionné précédemment : le TDAH est surtout caractérisé par des symptômes attentionnels ou d'hyperactivité/impulsivité.

Ici, dans le cas du SCT, nous retrouvons une **nouvelle présentation clinique**. Il a été retrouvé un taux significatif de personnes diagnostiquées d'un TDAH mais avec une présence de symptômes différents de la présentation habituelle (e.g. activité physique ralentie, confusion mentale, rêverie éveillée, manque de vigilance marqué).

Ces particularités symptomatiques vont à l'encontre de l'impression qu'a l'ensemble de la population d'un TDAH (i.e. avec des symptômes d'hyperactivité). Cette nouvelle présentation clinique s'éloigne ainsi du profil d'un TDAH à prédominance hyperactive mais ne s'approche pas pour autant du profil avec une présentation inattentive. Le SCT est décrit par les recherches comme une **entité à part entière** (Becker et al., 2016). Ce syndrome du TDAH est aussi le plus **souvent intériorisé**, plutôt qu'extériorisé, en comparaison avec la présentation d'un TDAH avec une prédominance hyperactivité/impulsivité, ce qui explique qu'il soit moins identifié.

## Mais alors, c'est quoi exactement le SCT ?

La méta-analyse de Becker et al. (2016) met en avant des difficultés en attention soutenue, en vitesse de traitement et au niveau de la métacognition.

Ils identifient également l'impact du SCT dans la sphère sociale et académique de la personne concernée, et en concluent même un **impact global dans le quotidien**.

Il y a aussi des **comorbidités importantes** liées à ce trouble (e.g. épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux, retrait social marqué, moins bonne régulation émotionnelle, présence importante de risque suicidaire, manque d'énergie, difficulté à initier et à maintenir l'effort (Roulin, 2021 ; Barkley et al, 2014 ; Becker et al., 2016 ; Kim & Kim, 2021)).



Si nous devons résumer ce qu'est le Sluggish Cognitive Tempo, nous dirions que c'est une **présentation clinique particulière du TDAH** avec une manifestation de l'ordre de l'**hypoactivité**.

Cela se distingue d'un TDAH plus « classique » par ces **symptômes moteurs inhabituels** (ralentissement des mouvements, hypoactivité, léthargie particulière et passivité (Roulin, 2021 ; Barkley, 2018), esprit « dans le brouillard », être perdu dans ses pensées, ralentissement du comportement et de la pensée (Henrard, 2022)).

## Et l'Adult Onset ADHD ?

C'est une nouvelle identité clinique qui a été délimitée dans le TDAH : des études prospectives ont identifié que des personnes présenteraient des symptômes d'un TDAH, sans avoir eu de véritable TDAH marqué (symptômes en dessous du seuil diagnostique), avec des **difficultés qui deviendraient plus accentuées à l'âge adulte** (Desseilles et al., 2020).



La communauté scientifique remet en question à l'heure actuelle cette nouvelle identité. Comme le montre une revue systématique de Taylor et al. (2021), les **études** aujourd'hui ne sont **pas suffisamment solides** pour affirmer de manière catégorique l'existence d'un TDAH avec une apparition tardive à l'âge adulte.

Les auteurs suggèrent **trois hypothèses** explicatives de l'existence de ces **symptômes tardifs** :



- 1** Les symptômes n'émergeaient pas ou n'étaient pas très présents car la personne concernée était dans des conditions « facilitantes » dans le domaine attentionnel ;
- 2** Certaines expressions de symptômes n'auraient pas correctement évaluées ;
- 3** Les personnes concernées auraient eu ces symptômes à l'enfance mais n'aurait pu bénéficier d'un diagnostic clinique plus précocement et ils auraient compensé les difficultés durant cet intervalle (Taylor et al., 2021).

## Un diagnostic tardif

On parle de diagnostic tardif chez les adultes.

En effet, comme nous avons pu le présenter au préalable, le TDAH est un **trouble du neurodéveloppement**. De fait, il se manifeste donc **dès l'enfance**. En ce sens, un diagnostic à l'âge adulte est manifesté par un ensemble de difficultés d'ordre attentionnelles et/ou d'hyperactivité **non détectées ou relevées lors de l'enfance**. En effet, ces difficultés, présentes donc dès le plus jeune âge, sont pour la plupart toujours d'actualité lors de l'adolescence.



En revanche, lors de l'âge adulte, **deux possibilités** sont recensées vis-à-vis des incommodités propres à la présence d'un TDAH chez l'adulte : la **continuité** de la présence de ces symptômes dû au TDAH ou l'**atténuation** ou disparition de ces symptômes.

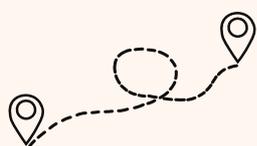


En réalité, nombreuses sont les personnes ayant un TDAH qui vont commencer à s'interroger sur leurs difficultés après avoir malheureusement dû traverser diverses incommodités et **difficultés dans de nombreux domaines** (social, scolaire, travail, familial, relationnel etc...).

## Le TDAH à travers les âges

Le TDAH survient à l'enfance et dans la majorité des cas persiste à l'âge adulte (voir parties précédentes). Le diagnostic peut être posé à tout moment dans la vie car, comme nous l'avons vu, ce dernier peut être tardif. Ainsi, de nombreuses personnes ayant des difficultés attentionnelles ou d'hyperactivité et d'impulsivité ne peuvent ressentir une gêne qu'une fois adulte. Toutefois, le TDAH est souvent visible au moment de l'**enfance**, car **les symptômes sont marqués et non compensés**.

Les enfants ayant un TDAH sont souvent décrits comme paresseux, dans la lune, immatures ou encore mal élevés, turbulents, sur piles, hyperactifs, non canalisables, imprudents, inattentifs et bien d'autres qualificatifs péjoratifs (Desseilles et al., 2020). Ces différents mots fréquemment répétés aux enfants et aux adolescents souffrant d'un TDAH (et ayant le diagnostic ou non) vont impacter le plus souvent leur **confiance en soi** ainsi que leur **estime de soi** (Desseilles et al., 2020).



Lorsque le TDAH à l'âge adulte persiste, certains symptômes peuvent se résorber et d'autres s'accroître. Souvent, les symptômes attentionnels ont une tendance à s'accroître à l'âge adulte, tandis que les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité peuvent diminuer ou être camouflés et/ou compensés.

L'impulsivité peut se transformer en **impulsivité émotionnelle** (crises de colère, réactions impulsives pour se libérer d'une émotion vécue difficilement, dérégulation émotionnelle) (Desseilles et al., 2020). L'hyperactivité peut **s'intérioriser**, se présentant sous la forme de difficultés à rester en place, d'impatience ou encore d'un ressenti d'agitation interne.

A l'âge adulte il est également observé une augmentation du risque de la survenue d'une **comorbidité** associée au TDAH. On retrouvera donc une **amplification des retentissements des difficultés** liées au fonctionnement à l'âge adulte (e.g. planification, abstraction, ajustement émotionnel, stabilité de l'humeur, inhibition de certains comportements, gestion du stress) (Simon-Pezeshknia, 2011).



Enfin, le TDAH est comme nous l'avons dit un trouble persistant. Même s'il est peu évoqué et particulièrement peu visible, le TDAH **existe aussi chez les plus de 60 ans**. Dans cette tranche d'âge, on retrouverait une prévalence de **3 % de personnes concernées** par le TDAH (Desseilles et al., 2020). Les difficultés auraient tendance également à être majorées avec la **baisse des capacités cognitives** liées à l'âge.

En résumé le TDAH se manifeste donc à tous les âges. Ainsi, il est important qu'il soit diagnostiqué le plus précocement possible, et ce afin de minorer son impact négatif dans la vie quotidienne de la personne !

# Causes et épidémiologie

## Prévalence

Le TDAH est un trouble du neurodéveloppement connu (dont le nom est souvent mal employé). On peut expliquer ce phénomène par la prévalence de ce trouble chez l'enfant qui serait de 5,29 % sur l'ensemble du globe, quels que soient les pays qui ont été étudiés (Polanczyk et al., 2007 ; Polanczyk et al., 2014). On retrouve en France une prévalence comprise **entre 3,5 % et 5,6 %** des jeunes, et ce de manière plus importante chez les personnes de sexe masculin (Lecendreux et al., 2011).



Le TDAH, comme nous l'avons précisé précédemment, est un trouble du neurodéveloppement émergent à l'enfance, persistant, dont on sous-estime l'impact à l'âge adulte. En ce sens, d'anciennes études présentaient le TDAH comme un trouble persistant à l'âge adulte uniquement pour 5 % des cas (Mannuzza & Klein, 2000).

Les mêmes chercheurs, quelques années plus tard, ont actualisé leurs propos en montrant à travers une nouvelle étude que les estimations de la persistance des symptômes de l'enfance à l'âge adulte étaient enclines à varier selon de multiples facteurs (Mannuzza et al., 2003). À présent, de nouvelles études estimeraient le **maintien des symptômes dans 60 % des cas** (Sibley et al., 2017).



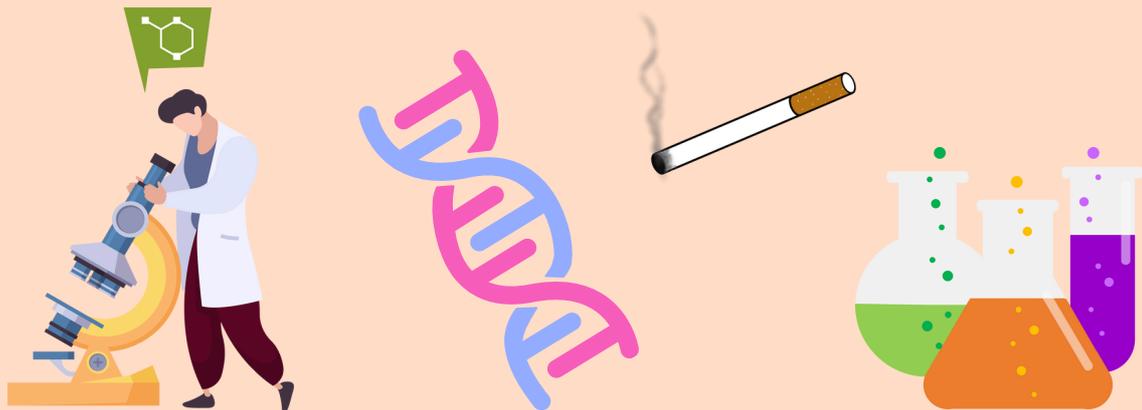
Ainsi, ce n'est que depuis quelques années que le TDAH est reconnu comme un **trouble du neurodéveloppement persistant à l'âge adulte** dans le **DSM-5** (Desseilles et al., 2020). Une méta analyse atteste cette information en notifiant qu'il y aurait une prévalence du TDA/H de **2,8% chez l'adulte** (Fayyad et al., 2017).



## Causes de la présence d'un TDAH

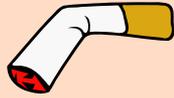
L'apparition d'un TDAH est le plus souvent expliquée par une accumulation de nombreux **facteurs de risques génétiques et environnementaux**.

Des causes **génétiques** pourraient expliquer la présence d'un TDAH dans une famille. En effet, de nombreux gènes pourraient être responsables de la présence de ce trouble (e.g. gènes ANKK1, LRP5, LRP6, SNAP25) (Grumblatt et al., 2019 ; Pan et al., 2015 ; Liu et al., 2017). Des études sur des jumeaux indiquent également un côté **héréditaire** de ce trouble, précisant que la présence de certains gènes et leur interaction avec l'environnement aurait une influence sur l'émergence du TDAH dans certaines familles. (Faraone & Larsson, 2019 ; Larsson et al., 2014).



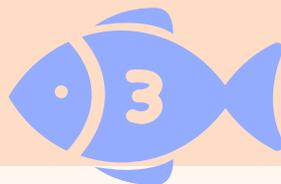
Des facteurs environnementaux pourraient aussi être à l'origine de la présence d'un TDAH chez l'enfant/l'adulte. De nombreuses études ont exploré la piste de la présence de plomb dans le sang : l'étude de Nilsen et Tulve (2020) a par exemple montré qu'un taux élevé de plomb et la présence de fumée de cigarette multiplieraient par 4 le risque de la survenue d'un TDAH à l'enfance. Ils préconisent des études supplémentaires pour voir s'il existe une corrélation entre l'**exposition à des facteurs de stress chimiques** et la survenue d'un TDAH.

Un corrélat a été trouvé également lorsqu'il y a une exposition prénatale au **tabagisme maternel**, mais aussi avec tabagisme **postnatal** (Huang et al., 2018, Huang et al., 2020).



L'exposition à des **polluants atmosphériques** (e.g. automobiles, pesticides organophosphorés) pourraient également être des facteurs de risque de la présence d'un TDAH (Bouchard et al., 2010 ; Shih et al., 2020).

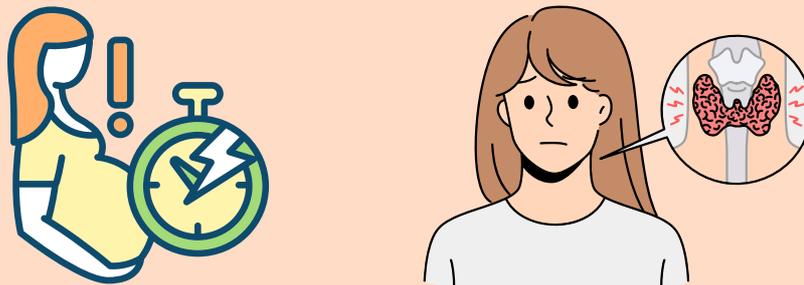
La prise de **paracétamol** durant la période prénatale chez des mères provoquerait une probabilité d'apparition d'un TDAH chez leur enfant accrue de 33 % (Chen et al., 2019). La prise de Valproate chez la mère, un médicament contre les crises d'épilepsie, augmenterait la probabilité d'avoir un TDAH pour l'enfant. (Christensen et al., 2019).



L'effet de **carences nutritionnelles** chez les enfants ayant un TDAH a également été étudiée. Il a été retrouvé des niveaux plus faibles de concentration d'acide gras (type **omega 3**) dans le sang de ces enfants (Hawkey et al., 2014). De la même manière, chez les mères d'enfants ayant un TDAH, il y aurait un corrélat entre un faible taux de **vitamine D** et l'augmentation de la possibilité que leurs enfants aient un TDAH (Sucksdorff et al., 2019). Aussi, la présence d'une **hypertension artérielle** lors de la grossesse augmenterait de 25 % le taux de la présence d'un TDAH chez l'enfant (Maher et al., 2018).

Deux **corrélations environnementales importantes** et vérifiées au sein de la communauté scientifique se distingueraient des autres causes explicatives de la survenue d'un TDAH.

La première serait lié à des **événements durant la grossesse et l'accouchement**. Une méta-analyse récente comprenant plus de 6000 participants aurait mis en évidence une multiplication par trois du taux de TDAH chez les bébés nés extrêmement **prématurés**, très prématurés, avec un très **faible poids** ou avec un extrêmement faible poids à la naissance (Franz et al., 2018). Une étude sur 1,2 millions d'enfants a montré qu'il y avait un accroissement progressif du taux de probabilité d'un TDAH selon le degré de prématurité de l'enfant (Lindstrom et al., 2011).



D'autres **complications liés à la grossesse ou à l'accouchement** augmenteraient le taux de probabilité d'un TDAH :

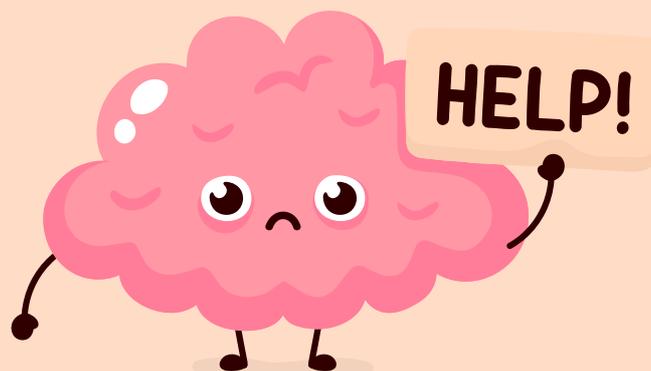
- Une prééclampsie (hypertension artérielle combinée à la présence de certaines protéines dans les urines) (Maher et al., 2020)
- Une obésité chez la mère (Andersen et al., 2018)
- Une hyperthyroïdie maternelle
- La présence de fausses couches (plus le nombre de fausses couches est important plus ce taux s'accroîtrait (Wang et al., 2020))

Les différentes **études en imagerie cérébrale** ont aussi pu fournir des explications quant à la présence de certains symptômes propres au TDAH.

En effet, il a été observé des difficultés au niveau du système de neurotransmission cérébrale de la **dopamine**. Celles-ci engendreraient des déficits qui, à leur tour, favoriseraient la symptomatologie **attentionnelle** et de l'ordre de l'**impulsivité** (reconnue comme étant centrale lors d'un diagnostic d'un TDAH) (Volkow et al., 2009).



De plus, il a été observé des **retards de développement** de certaines zones cérébrales chez les enfants ayant un TDAH, en comparaison avec des enfants sans TDAH. Ces retards seraient localisés dans les **aires frontales**, et génèreraient ces difficultés dans la sphère **attentionnelle** et **exécutive** (Brown Thomas et al., 2019).



# Quels symptômes ?

## Petite introduction

La symptomatologie chez la personne présentant un TDAH est **diversiforme**. En effet, les symptômes que nous avons mentionnés dans la partie II (pages 7 et 8) sont les symptômes principaux qui permettent de déterminer la présence d'un TDAH. Toutefois, il existe une **multitude de particularités** comportementales qui résultent également de ces différents symptômes. De fait, si les fonctions exécutives sont altérées dans le TDAH, alors tout ce que ces fonctions gèrent (e.g. la motivation, la hiérarchisation, la concentration, l'autorégulation du sommeil, l'initiation d'action) vont à leur tour être impactées.

## Les difficultés attentionnelles : de l'inattention à la distractibilité



On parle de déficit attentionnel mais, au final, les personnes ayant un TDAH ont plutôt des difficultés dans la **régulation de l'attention** (Desseilles et al. 2020).

On peut parler aussi d'une **dispersion de l'attention** ou d'une inconstance attentionnelle (Wahl, 2016). Celles-ci impactent malheureusement souvent le quotidien et la vie professionnelle et personnelle des adultes ayant un TDAH.

Elles vont classiquement provoquer des oublis (rendez-vous, notes, papiers importants, clés) mais peuvent aussi avoir une incidence importante sur leur fonctionnement. Pour illustrer cela, nous développons page suivante les différents types d'attention, pouvant tous être touchés.

# ILLUSTRATION : LES TYPES D'ATTENTION

## ALERTE



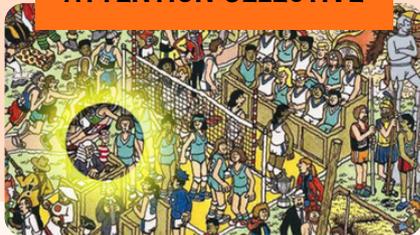
Habilité à mobiliser rapidement son attention sur un stimulus en particulier, suite à un événement déclencheur (e.g. coup de klaxon, panneau routier, cri)

## VIGILANCE



Capacité à maintenir un niveau d'attention suffisant durant une tâche monotone et répétitive

## ATTENTION SÉLECTIVE



Capacité à focaliser son attention sur une information pertinente, parmi tout un tas d'informations dites "parasites"

## ATTENTION SOUTENUE



"Concentration" dans le langage commun, capacité à maintenir son attention durant un long moment, au cours d'une activité qui demande à la personne un traitement de l'information qui soit actif et continu

## ATTENTION PARTAGÉE



Capacité à traiter différentes informations simultanément



## Alerte et vigilance



Un défaut d'alerte et de vigilance pourrait se traduire dans cet exemple : nous sommes à un feu rouge, celui-ci passe au vert mais nous ne réagissons pas tout de suite, nous n'y avons pas fait attention car nous étions dans nos pensées ! Les personnes ayant un TDAH peuvent subir ce genre d'inconforts de manière très fréquente.

## Attention sélective



Des difficultés d'attention sélective pourraient s'observer, par exemple, lorsque la personne ne réussit pas à se concentrer sur la conversation qu'elle a avec ses amis au restaurant, car elle entend celle d'un autre groupe à côté. Nonobstant, certaines personnes ayant un TDAH pourront à l'inverse rester trop focalisées sur une unique tâche, comme par exemple un jeu vidéo ou une construction manuelle, faisant abstraction des autres stimuli.

## Attention soutenue



Un problème d'attention soutenue serait quant à lui observé lorsqu'une personne est incapable de rester concentrée lors d'un cours, car mille pensées viennent à la perturber (e.g. prévoir le repas du soir, observer un crayon qu'un collègue vient de faire tomber).

## Attention partagée



Une difficulté d'attention partagée se manifesterait ainsi : une personne ayant un TDAH pourrait être en train de parler avec un ami dans sa cuisine tout en réalisant un repas. Toutefois, elle serait obligée de relire maintes et maintes fois la recette, car elle oublie à chaque fois les différentes informations qu'elle a déjà lues. C'est le fait de faire deux choses à la fois qui est impacté ici.

## Des fluctuations

Nous en revenons donc au fait que les personnes ayant un TDAH peuvent parfois **fluctuer** entre de très bonnes capacités attentionnelles, en restant **hyperfocalisées** sur une tâche, et une **incapacité à rester concentrées** sur la lecture de deux pages d'un livre.

## En résumé...



Chez les personnes ayant un TDAH, les difficultés d'attention sont très marquées et restent très présentes chez les adultes.

Dans la clinique, il est souvent rapporté que rester focalisé sur une tâche est insurmontable car le cerveau est comme en « ébullition » (e.g. grande quantité d'idées à la fois, multiples projets en tête, distractions par le moindre stimuli externe, préoccupations). Au quotidien, il sera donc **pénible de rester focalisé** sur une tâche, et de maintenir cette attention sur le long terme.

On parlera de **fluctuations attentionnelles**, qui vont avoir une incidence importante dans la vie quotidienne (e.g. rester concentré dans son travail malgré des bruits de travaux, lire un article sans prêter attention à son téléphone qui vibre, observer la circulation par la fenêtre au lieu d'écrire un mail, ne pas faire attention à ce qui se passe sur la route en conduisant car les pensées fusent).



Pssst ! On a fait un livret sur l'attention si tu veux en savoir plus sur ce sujet. Tu peux le retrouver via ce QR Code !

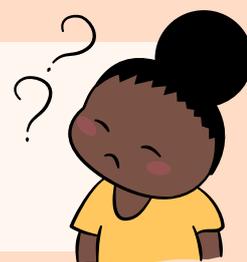


## L'atteinte des fonctions exécutives

Le TDAH étant un trouble durable, il a pour conséquences des altérations cognitives et du comportement, qui ont à leur tour une incidence sur des domaines tels que la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle.

Nous allons ici brièvement mentionner comment peut se manifester l'**altération des fonctions exécutives** (Brown Thomas et al., 2019 ; Wahl, 2016).

*Les fonctions exécutives regroupent un ensemble d'habiletés qui nous permettent, au quotidien, de s'adapter aux situations, d'atteindre des objectifs ou encore de résoudre des problèmes.*



### ORGANISATION



Capacité à prioriser et mettre en place des stratégies orientées vers un ou des objectif(s)

### AUTORÉGULATION



Capacité à trouver un équilibre entre l'initiation d'actions et les moments de repos, selon le contexte et la situation

### MÉMOIRE DE TRAVAIL



Fonction qui nous permet de maintenir et manipuler l'information en mémoire pendant une très courte durée

### MAINTIEN DE L'EFFORT



Capacité à mener une activité à son terme, même si celle-ci est longue et coûteuse

## Organisation

Se mettre au travail, **prioriser** et **s'organiser** pour être efficace sont parfois difficiles à mettre en place pour les personnes ayant un TDAH, qui peuvent se retrouver dans des **situations inconfortables** (e.g. espaces de travail désorganisés, papiers importants non rangés, s'attarder sur des détails lors de projets au lieu de réaliser le contenu).



Du fait de ces difficultés de planification et d'initiation cognitive, les personnes ayant un TDAH attendent parfois le dernier moment ou commencent une tâche quand la situation devient une urgence et qu'ils ne peuvent plus faire autrement.



Il est donc important de travailler à s'organiser, planifier au mieux, mettre en place des outils et des méthodologies de travail qui permettent à la personne ayant un TDAH de se saisir de ces moyens qui l'aideront au quotidien à pallier ses difficultés.

## Mémoire de travail

Des difficultés évidentes en mémoire de travail ont été mises en lumière depuis quelques années chez les personnes présentant un TDA/H (Kofler et al., 2014 ; Rapport et al., 2009 ; Villemonteix, 2018).

Le fonctionnement de cette capacité peut ainsi s'avérer **peu efficace dans de nombreux contextes** (e.g. attendre son tour dans une conversation puis oublier ce que l'on voulait dire, devoir relire plusieurs fois les recettes). Ceci sera d'autant plus s'il y a des interférences !



En revanche, si l'on questionne les personnes concernées au sujet de leur mémoire, la réponse est bien souvent positive !

En effet, on retrouve souvent un fonctionnement **efficace** de la **mémoire à long terme**, avec la capacité de rapporter des éléments très détaillés (e.g. sujets intéressants, films vus il y a quelques années, conversation très précise d'il y a quelques mois).

Chaque personne est bien évidemment différente, et on peut donc retrouver un large éventail de profils cognitifs, allant de l'hypermnésie à long terme aux difficultés en mémoire de travail, sur le court terme.

## Autorégulation de l'action



Certaines personnes avec un TDAH présentent des fluctuations au niveau de la **gestion du niveau d'activité**.

Elles ont parfois tendance à avoir une baisse des symptômes d'hyperactivité une fois adultes, mais certaines gardent ces symptômes de façon marquée. Cela va se manifester par une forte activité (e.g. du mal à rester immobiles ou sans rien faire, commencer plusieurs activités en même temps, ne pas s'arrêter de parler).

On pourrait observer des comportements marqués comme une activité excessive (e.g. sportive, verbale) ou des actions/paroles sans mesure des possibles conséquences. A l'inverse, il existe des personnes avec TDAH plus calmes voire léthargiques, avec des difficultés pour initier une activité et se mettre au travail (tendance à **procrastiner**).

Ainsi, une personne ayant un TDAH pourrait tout autant manifester une difficulté à prendre du repos, se détendre et avoir l'esprit tranquille... que montrer des difficultés à débiter un travail, s'attarder sur des détails, se laisser distraire sur des choses plus intéressantes ou laisser traîner de nombreuses heures, jours ou semaines des travaux jusqu'à leurs échéances... bien involontairement !

Ceci se nomme le **manque de monitoring** : les personnes ayant un TDAH vont avoir des difficultés à adapter leur fonctionnement à la situation ou au contexte. A titre d'exemple, **s'autoréguler**, c'est pouvoir remarquer quand autrui est occupé pour ne pas le solliciter, savoir laisser la parole aux autres, ne pas se précipiter lors d'un choix important... Cette fonction essentielle est imbriquée dans le fonctionnement exécutif : elle sollicite la mémoire de travail, la planification, l'initiation et la flexibilité !

## Maintien de l'effort

Il est souvent dit des personnes ayant un TDAH que ce sont de très bons sprinteurs mais pas des marathoniens (Brown Thomas et al., 2019) !

En effet, il leur est souvent facile de réaliser une tâche s'ils la savent courte. A contrario, s'ils ont la connaissance que la tâche va être très demandeuse en énergie ou en temps, ils auront tendance à procrastiner, à faire d'autres petites choses plutôt que réaliser cette tâche coûteuse : c'est l'**aversion pour le délai**, une "difficulté à accomplir une action si elle n'est pas rapidement suivie d'effet, ou si l'effort n'est pas immédiatement récompensé. Les petites récompenses immédiates sont préférées aux grandes récompenses différées » (Whal, 2016, p.68).



Nous revenons donc à l'explication par l'imagerie cérébrale, qui est que la **perturbation du circuit dopaminergique** provoquerait des déficits dans la neurotransmission de la **dopamine** dans le cerveau de personnes ayant un TDAH, qui à son tour aurait une incidence sur le fonctionnement de l'individu en créant les symptômes d'inattention et d'impulsivité (Volkow et al., 2009).

Or, la dopamine a un impact direct sur le **maintien de la motivation** lors de la réalisation d'une tâche ! C'est pourquoi un déficit de ce neurotransmetteur expliquerait cette difficulté à maintenir son effort sur le long terme.

Dans la vie quotidienne, cette difficulté du maintien de l'effort se manifesterait par exemple chez les étudiants avec un TDAH qui éprouvent de grandes difficultés lorsqu'ils doivent rédiger un rapport conséquent, ils se retrouvent souvent bloqués et n'arrivent pas à s'y mettre pleinement tant que l'échéance n'est pas proche.

## La dysrégulation émotionnelle

Les symptômes les plus évocateurs d'un TDAH sont de fait les modulations attentionnelles et comportementales.

En revanche, il est important de mentionner également les **modulations émotionnelles**. Les personnes ayant un TDAH ont souvent **du mal à gérer le flot d'émotions** qu'elles ressentent. Elles n'arrivent pas toujours à gérer la frustration, la colère, le désir, leurs inquiétudes et leurs déceptions (Brown Thomas et al., 2019). On appelle dysrégulation émotionnelle cette difficulté chez les personnes ayant un TDAH à réguler leurs émotions, ce qui conduit le plus souvent à de l'irritabilité, une faible tolérance à la frustration, des changements d'humeur fréquents et imprévisibles, un tempérament dit « chaud », une tendance à se fâcher facilement, une hypersensibilité ou encore des émotions vives (Bouvard, 2016 ; Desseilles et al., 2020).



Les émotions vives peuvent être tant à valence positive que négative (e.g. gérer son stress ou une frustration lié au travail, accueillir une bonne nouvelle ou anticiper une activité plaisante) (Ramsey & Rostain, 2020).

On parle aussi d'excès de réactivité parfois. Car les personnes ayant un TDAH peuvent **osciller facilement d'humeur en réaction à leur environnement** (Bouvard, 2016). Pour une même situation (par exemple l'annonce d'une nouvelle négative ou positive), une personne ayant un TDAH pourrait avoir une émotion plus intense qu'une personne sans TDAH. Il est aussi évoqué une hyperexcitabilité (e.g. insomnies, nervosité, débit verbal très rapide, style intrusif dans les relations avec autrui (Purper-Ouakil & Franc, 2011). Cette dysrégulation est plus représentée chez les filles que les garçons et plus dans le cas de **profils de TDAH mixtes** (Bouvard, 2016).

De fait, ces symptômes « émotionnels » vont avoir une **incidence sur les interactions et les relations** des enfants et des adultes ayant un TDAH.

En effet, leurs explosions émotionnelles peuvent inquiéter les proches, irriter ou faire monter en tension les personnes exposées à ces incidents émotionnels.

Cela **peut aussi toucher le couple**. En effet, comme dit précédemment, les personnes avec un TDAH évitent souvent les tâches administratives, ou ont tendance à procrastiner concernant les tâches domestiques, ce qui peut **surcharger leur partenaire**. Il est aussi souvent rapporté que les personnes ayant un TDAH, de par leurs difficultés attentionnelles, ont du mal à prêter attention au discours de leur partenaire de manière quotidienne (Desseilles et al., 2020). Il est possible aussi que l'hyperactivité puisse **épuiser les partenaires** ou que cela soit **difficile à suivre !**



Les difficultés émotionnelles peuvent aussi être liées à une **gestion du stress assez difficile**. En effet, les personnes ayant un TDAH sont souvent sujettes à un stress chronique qui est lié aux autres difficultés, notamment attentionnelles et exécutives (e.g. problèmes liés au retard dans le travail, oublis). Ce stress va avoir des **conséquences directes sur la santé** : perturbation du sommeil, hypertension, sensibilité à rencontrer un épisode dépressif caractérisé au cours de sa vie plus importante que chez les personnes sans TDAH... (Desseilles et al., 2020).

Souvent, ces changements d'humeurs ou ces difficultés de régulation de l'humeur peuvent être mal perçus par l'entourage ou par les personnes en interactions avec les personnes ayant un TDAH. En effet, autrui peut considérer ces réactions comme des traits de personnalité et non des difficultés propres au TDAH (Desseilles et al., 2020).

Ces difficultés de régulation émotionnelle sont corrélées aux symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité du TDAH, mais elle est aussi directement dépendante du contrôle exécutif altéré dans ce trouble (Purper-Ouakil & Franc, 2011). Effectivement, si une personne a des **difficultés d'inhibition ou d'autorégulation de l'action**, cela risque d'engendrer des difficultés à contenir des comportements impulsifs.



Au final, retenons que les adultes avec TDAH rencontrent des difficultés au niveau émotionnel, qui s'additionnent aux symptômes attentionnels et d'hyperactivité.

Ces symptômes émotionnels (dysrégulation émotionnelle) sont divisés en deux possibles comportements : une **impulsivité avec des débordements émotionnels** et une **labilité émotionnelle** (i.e. variations importantes et non contrôlées des émotions) (Bicego & Muller, 2020).

Cette dysrégulation émotionnelle permet d'expliquer les difficultés que les personnes ayant un TDAH rencontrent au quotidien dans leurs relations. En cela, il faut donc prendre en compte que **ces comportements ne sont pas volontaires** ! Pour autant, ce sont des difficultés qui peuvent être apprivoisées par l'intermédiaire d'une **psychothérapie** sur la **gestion des émotions** ainsi que des **traitements pharmacologiques**.

## La gestion du temps

Une difficulté très présente et fréquemment recensée dans les problématiques des individus ayant un TDAH est la gestion du temps.

En effet, la **perception du temps** pour les personnes ayant un TDAH est souvent complexe et peut prendre plusieurs formes (e.g. retards fréquents, finir tout in extrémis, difficulté à organiser son emploi du temps ou à planifier efficacement ses activités ou ses tâches, à prévoir et prendre en compte le fait que le temps n'est pas extensible (Desseilles et al., 2020 ; Emeric, 2019)) !

Cette difficulté est de fait liée au **manque de régulation** citée précédemment mais aussi à cette **altération du fonctionnement exécutif**.

Il a été démontré que les adultes ayant un TDAH ont plus de difficultés que des personnes n'ayant pas de TDAH pour ce qui est d'**estimer et de discriminer le temps** qu'il leur faut pour réaliser une activité (Ptacek et al., 2019).



La **procrastination**, s'ajoutant à la difficulté de gérer son temps, crée souvent des situations où ces adultes qui ont un TDAH sont **dans le « rush »** ou **à la « bourre »** très fréquemment et finissent l'ensemble de leurs travaux à la dernière minute (au travail ou dans les études).

Il arrive souvent que la notion de temps, du moins sa perception, soit peu réaliste chez les personnes ayant un TDAH : **comme si le temps n'existait pas ou qu'il était extensible à l'infini.**

*Pour l'illustrer, ce serait comme si un Monsieur V. avait prévu pour un après-midi d'aller faire ses courses avant la fermeture du magasin à 20h, aller chez le podologue à 15h, passer chez le cordonnier avant 18h, préparer une dinde farcie pour le repas du soir avec des amis à 20h30, chercher les enfants au judo et à la natation respectivement à 16h45 et 17h15, repeindre les volets, retirer une commande à la poste avant 15h, tout cela en commençant à se mettre en route à 14h30.*

*Il est assez évident que la compagne de Monsieur V. voit assez clairement qu'il n'aura pas le temps de faire l'ensemble de tous ses impératifs. En revanche, une personne ayant un TDAH surestime très souvent le temps que prend la réalisation des différentes activités dont est composée sa journée. Il arrive aussi qu'elle décide de commencer une tâche puis de passer à une autre tâche sans la finir et en enclencher une autre, et ainsi de suite sans en finir aucune... ce qui peut lui causer de nombreux ennuis dans le monde professionnel (Emeric, 2019).*



L'hyperactivité crée aussi cette impression de ne pas vouloir perdre son temps : c'est **comme si chaque moment ne devait pas être perdu.**

Ne pas programmer d'activité, rester sans rien faire à la maison, n'est pas envisageable. Il est comme vital pour les personnes ayant un TDAH avec de l'hyperactivité d'être souvent en mouvement et de **réaliser de nombreuses activités**. Ainsi, les contretemps, imprévus et moments d'attente entre deux activités peuvent être source de tension ou de nervosité chez les personnes avec TDAH (Desseilles et al., 2020).

## Une différence selon le sexe ?

On recense une différence dans les symptômes selon le sexe de la personne. Le sexe **féminin** aurait une tendance plus marquée à présenter des **difficultés dans le registre attentionnel**.

A contrario, chez les personnes de **sexe masculin**, les difficultés se manifesteraient davantage dans le **domaine de l'hyperactivité et de l'impulsivité**.

De fait, la présence d'un TDAH serait plus visible chez les personnes de sexe **masculin**, avec des signes apparents, rendant une **détection plus facile** (Desseilles et al., 2020).



Ainsi, le sex-ratio des enfants présentant un TDAH est de 3 garçons pour une fille, avec un rééquilibrage de ce quota à l'âge adulte car les personnes de sexe féminin vont chercher à consulter du fait de leurs difficultés attentionnelles persistantes depuis l'enfance (Desseilles et al., 2020).

## A noter

Nous avons cherché ici à présenter des difficultés qui sont le plus souvent décrites dans les ouvrages, articles ou publications dans le domaine de la recherche. Toutefois, il reste de nombreuses difficultés que nous n'avons pas abordées dans ce livret. De fait, nous vous invitons à lire des ouvrages concernant les autres caractéristiques du TDAH dans la vie quotidienne.



# Comorbidités

## Petit aperçu

Dans le cadre de la présence d'un TDAH et comme dans beaucoup d'autres troubles du neurodéveloppement, un trouble peut malheureusement en cacher un autre.

Certains troubles psychiques peuvent être associés au TDA/H : on en retrouve dans **75% des cas** (Biederman, 2004 ; Kessler, 2007).

Il est également retrouvé une association avec d'autres troubles du neurodéveloppement (Larson et al., 2011).

Si nous abordons le sujet ici, c'est pour mettre en lumière le fait que la **présence d'un autre trouble** psychique ou du neurodéveloppement pourrait avoir un **impact** sur la **présentation des symptômes**, leurs degrés d'**altération** et de **gravité** (Bélanger et al., 2018).

## Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

*Trouble des conduites*

*Troubles oppositionnel avec provocation*



## Troubles psychiques

Troubles  
dépressifs

Troubles  
bipolaires



Etat de stress  
post-trauma

Troubles  
obsessionnels  
compulsifs



Troubles  
anxieux



Addictions avec  
ou sans produit



Troubles du  
comportement  
alimentaire

## Mais également...

Troubles de la  
personnalité



Troubles de  
l'attachement

## A noter

La difficulté la plus fréquemment associée à la présence d'un TDAH est le trouble de l'usage des substances (Fatséas et al., 2016).



## Affections médicales

On retrouve également plusieurs affections médicales pouvant être associées à la présence d'un TDAH :

- Obésité (Nigg et al., 2016)
- Troubles du sommeil (Lugo et al., 2020)
- Diabète sucré (Hilgard et al., 2017)
- Allergies (Schans et al., 2017)
- Asthme (Liu et al., 2019)
- Épilepsies (Chou et al., 2013).



## Troubles du neurodéveloppement

Enfin, les autres troubles appartenant à la catégorie des troubles du neurodéveloppement peuvent également être concomitants à un TDAH.

*Trouble du spectre de l'autisme\**

*Troubles des apprentissages*



*Trouble de la coordination*

*Troubles du langage*



\* Desseilles et al. (2020) ; Marcastel (2019) ; Masi & Gignac (2017)

# Impact du TDAH au quotidien

## Introduction

Avoir un TDAH au quotidien est synonyme de **mode de fonctionnement différent**, ce qui peut avoir des impacts collatéraux. En effet, les difficultés que nous avons présentées précédemment peuvent avoir une **incidence sur la vie quotidienne**, dans toutes ses sphères : sociale, familiale, personnelle et professionnelle.



## Retentissement sur la famille et le quotidien

En premier lieu, notons un **retentissement sur la qualité de vie**. Il a été montré que les enfants et les jeunes ayant un TDAH avaient une moins bonne qualité de vie dans le domaine physique, émotionnel, social et scolaire en comparaison avec leurs pairs.

Cela aurait aussi un retentissement sur la **famille** : les **parents** d'enfants avec TDAH auraient une qualité de vie moindre que les parents d'enfants au développement typique (Dey et al., 2019 ; Lee et al., 2016).

Il a été montré également que les personnes ayant un TDAH avaient de **moins bonnes performances scolaires** ainsi que **moins d'amis proches**, durant l'adolescence, que des adolescents avec un développement typique (Perroud et al., 2015). Des **difficultés à faire perdurer les liens amicaux** ont été relevées.

Les adultes ayant un TDAH auraient plus de **difficultés à garder leurs postes**, avec plus de difficultés financières, que des adultes sans TDAH (Perroud et al., 2015).

## L'impact de la dysrégulation émotionnelle

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la dysrégulation émotionnelle va avoir une incidence sur la **famille**, les **proches** et les **collègues** de travail.

En effet, les changements d'humeur, le stress chronique, l'impulsivité ou encore l'irritabilité vont ainsi impacter les relations avec les autres.

Chez les adultes présentant un TDAH, la dysrégulation émotionnelle est bien plus importante que les jeunes adultes sans TDAH (Beheshti et al., 2020).

Il a été démontré que les enfants ayant un TDAH avaient plus de mal à moduler leur réactivité émotionnelle face à des événements stressants ou nouveaux (Graziano & Garcia, 2016).



## La question des relations amoureuses

Les difficultés liées à la dysrégulation émotionnelles peuvent **entacher les relations amoureuses**, mais aussi avoir un retentissement lors de l'**arrivée d'enfants** dans le couple, d'autant plus si ces derniers ont également un TDAH. Cela provoquerait des **tensions** ainsi que des **insatisfactions**.



Vis-à-vis des enfants, les difficultés recensées sont liées aux incommodités attentionnelles et d'impulsivité. En effet, élever des enfants demande patience, attention et régulation des émotions, ce qui malheureusement est souvent fragilisé chez les adultes ayant un TDAH (Desseilles et al., 2020).

## La question des traitements médicamenteux

La question de la mise en place d'un traitement médicamenteux, qui se décide **en collaboration avec un.e psychiatre**, va se poser très fréquemment dans l'accompagnement d'un TDAH.

La prise de médicaments n'est pas obligatoire, ni à vie. En effet, les traitements actuels montrent une **grande efficacité à tous âges** et permettent de diminuer les symptômes d'hyperactivité, d'inattention et d'impulsivité. En revanche, il existe des **effets secondaires** et des **obstacles thérapeutiques**.



### Quels médicaments ?

*Psychostimulants*

*Non-stimulants*

Ces médicaments vont agir sur la **dopamine** et la **noradrénaline**. Nous en avons discuté : le cerveau d'une personne avec un TDAH connaît un dysfonctionnement au coeur des régions où sont impliqués ces deux neurotransmetteurs.

De plus, ceux-ci sont engagés dans les fonctions d'**éveil**, d'**attention**, de **vigilance** et d'**impulsivité**. C'est pourquoi ils sont ciblés par ces deux types de médicaments, qui visent une augmentation des taux de dopamine et de noradrénaline dans le cerveau.



## A quoi servent les médicaments ?

Les psychostimulants ont montré une efficacité dans la réduction de la symptomatologie du TDAH chez l'adulte avec une amélioration du fonctionnement au quotidien dans le domaine social et professionnel. La **molécule de référence** est le méthylphénidate\* :



*Ritaline®*  
*Concerta LP*  
*Quasym®*



*Rilatine®*  
*Concerta®*  
*Equasym®*



*Ritalin®*  
*Concerta®*  
*Biphentin®*



*Ritaline®*  
*Concerta®*  
*Equasym®*

Le médicament **non stimulant** de référence est l'atomoxétine, qui a été approuvé tout autant que le méthylphénidate par les guidelines\*\* internationales comme traitement du TDAH.

En revanche, contrairement au méthylphénidate, il est préconisé comme traitement de seconde intention. Toutefois, en comparaison au méthylphénidate, cette molécule serait également efficace pour le traitement de la dysrégulation émotionnelle.

Il existe différents **grammages** et aussi types de **prises différentes** (action courte ou longue durée) selon la molécule ou le médicament choisi. Et cela va de fait donner des résultats différents au niveau des effets.



\* Accompagné ci-dessous des noms commerciaux selon les pays

\*\* Recommandations

## Quels effets indésirables ?

S'il existe de nombreuses polémiques sur la délivrance fréquente de méthylphénidate et de ses dérivés, c'est en partie à cause des effets secondaires.

Les médicaments aujourd'hui proposés pour améliorer le fonctionnement au quotidien de la personne ayant un TDAH ont été longuement étudiés et **améliorés**, avec une **efficacité démontrée**. On sait ainsi qu'ils permettent une amélioration du fonctionnement global de la personne.



Nonobstant, il persiste des **effets secondaires** (e.g. troubles du sommeil (insomnie), palpitations, sécheresse buccale, manque d'appétit, perte de poids, maux de tête, tension artérielle, symptômes anxieux, irritabilité) et la mise en place d'un traitement nécessite de prendre en compte des **posologies strictes**.

Pour limiter les effets secondaires, des faibles dosages sont généralement prescrits. Ils permettent d'observer s'il existe, d'une part, un effet bénéfique chez la personne et, d'autre part, la présence d'éventuels effets secondaires.

Ainsi, il devient par la suite possible de réajuster la posologie ou de changer de molécule.

Lorsque le traitement est « bien réglé », il a été observé chez l'adulte des **améliorations du quotidien** et parfois l'émergence de **nouvelles compétences** (e.g. mieux se concentrer, moins s'éparpiller, moins se laisser distraire, finir à temps ses travaux, améliorer ses interactions sociales). De fait, la personne peut réussir par la suite à prendre de meilleures habitudes sur les plans social et professionnel qui vont le plus souvent perdurer et se conserver **même après l'arrêt du traitement**.

Si la mise en place d'un traitement est efficace, des **retours positifs** sont alors formulés par les personnes concernées, qui voient s'améliorer leur fonctionnement au quotidien grâce à l'**allègement des difficultés** liées aux symptômes d'inattention et d'hyperactivité.

Cela va également **impacter la vie familiale, sociale et professionnelle**, permettant à ces personnes de pouvoir mieux s'adapter et ressentir moins de difficultés en comparaison aux autres.



## Et la psychothérapie ?

Les traitements médicamenteux ne sont pas la seule recommandation !

En effet, on peut également s'appuyer sur une psychothérapie pour apprendre à mieux appréhender ses difficultés liées au TDAH, avec un **psychologue** ou neuropsychologue. Il existe à l'heure actuelle différentes approches qui se sont penchées sur la question du TDAH, comme les **thérapies comportementales et cognitives** (TCC) et la **remédiation cognitive**, qui proposent à ce jour des outils et des programmes efficaces pour les personnes ayant un TDAH.

# Comment diagnostiquer ?

## Pour commencer...

Tout d'abord, posons-nous la question suivante : est ce que des **éléments** peuvent **interférer** dans la démarche diagnostique d'un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité et impulsivité ?

La procédure diagnostique s'inscrit dans une **démarche scientifique et clinique**. En ce sens, le diagnostic se pose par un.e **professionnel.le de la santé reconnu.e** : un.e médecin psychiatre. A l'heure actuelle, avec les ressources et les informations disponibles sur Internet, beaucoup de personnes se sentent concernées par ce trouble. Les informations concernant le TDAH proposent le plus souvent de bons éléments de compréhension sur ce qu'est le TDAH (comme nous essayons de le réaliser ici) mais également des ressources telles que des questionnaires en ligne pour réaliser un auto-diagnostic de TDAH.



Nous souhaitons ici mettre en garde nos lecteurs et lectrices contre ce type de questionnaire et la démarche d'auto-diagnostic en général.

En effet, l'objectivité et la validité scientifique et clinique sont obligatoires pour l'identification d'un tel diagnostic.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est facile de tomber sur la documentation sur le TDAH à l'heure actuelle, ce qui malheureusement peut impacter la démarche diagnostique.

En ce sens, cela peut créer des **interférences** ou des **biais**, tant pour le **thérapeute** qui pose le diagnostic, que chez la **personne** cherchant à expliquer ses difficultés.



En effet, par cet intermédiaire numérique, nombreuses sont les personnes arrivant en consultation avec de très bonnes informations sur le TDAH, les échelles, les critères et les symptômes (Vera & Gaillac, 2016).

Avoir ces connaissances va potentialiser le **sentiment d'appartenance** à cette population. Toutefois, Internet peut donner une représentation simplifiée du TDAH et de ses difficultés. De fait, cela va créer une conviction ou une attente de diagnostic chez la personne venant consulter.

Également, lors d'une consultation auprès d'un.e psychiatre, les personnes peuvent avoir comme **attente** la **prescription** d'un traitement médicamenteux... alors que cette prescription n'est pas automatique dans l'accompagnement d'un TDAH.



Il convient alors d'apporter ici quelques indications sur la façon dont déroule cette démarche diagnostique.

## La démarche diagnostique

1

Parler de ses difficultés à son **médecin généraliste**. En effet, c'est un premier pas à réaliser, car ce dernier connaît les différents parcours de soins possibles en fonction de l'âge et des symptômes.



2

Selon l'âge, il orientera vers un.e **pédopsychiatre** ou un.e **psychiatre** pour faire état des difficultés que rencontre la personne dans son quotidien.

*Cette première consultation peut être source de frustration car il faut tout un parcours pour établir un diagnostic. Ce dernier ne peut être immédiat.*

*Prudence ! lors de cette démarche, il faut écarter toutes comorbidités possibles avant la pose du diagnostic.*



3

Il existe également des centres experts de diagnostic et de prise en charge multidisciplinaire, que l'on nomme les **Centre des Troubles de Neurodéveloppement chez l'Adulte (CTNDA)**. Ceux-ci peuvent proposer des bilans pluridisciplinaires ainsi que différentes approches thérapeutiques lorsque le bilan s'avère positif.

Existe également la prise en charge coordonnée par l'intermédiaire des **Centre Médico-Psychologiques (CMP)**. C'est la démarche la plus classique pour réaliser ce long parcours afin d'explorer la présence d'un éventuel TDAH et d'en poser le diagnostic.

## Le diagnostic : tout un parcours !

On parle ici de démarche diagnostique car, en effet, il n'existe pas d'évaluation ou de questionnaire universel, ni de test médical pour le TDAH.

C'est donc tout un parcours, que l'on pourrait qualifier de **cueillette d'informations** !

En effet, avant d'arriver à la pose d'un tel diagnostic, **plusieurs consultations** sont réalisées auprès des professionnel.le.s concerné.e.s, principalement des **psychologues, neuropsychologues et psychiatres**.



Classiquement, la personne sera dirigée vers un psychologue pour évoquer en premier lieu ses difficultés.

Ensuite, il est possible de proposer à la personne un **bilan neuropsychologique à visée diagnostique**, afin d'observer d'éventuelles difficultés sur le plan cognitif, qui pourraient impacter le quotidien.

Enfin, le psychiatre pourra réaliser un entretien diagnostique pour affirmer ou infirmer le diagnostic déjà exploré par les professionnels précédemment cités.

### A noter

La démarche diagnostique chez l'enfant est totalement différente !



# La question de la stigmatisation

## Préjugés et idées reçues

La **stigmatisation** et les **préjugés** concernant le TDAH sont très fréquents et **impactent négativement** les personnes vivant avec.

Nous proposerons ici quelques exemples de préjugés et d'idées préconçues auxquelles les personnes ayant un TDAH doivent faire face au quotidien.

1

"Le TDAH, c'est uniquement pour les garçons !" 

*Les difficultés chez les personnes de sexe féminin sont souvent camouflées durant l'enfance, ce qui explique la proportion de 3 garçons pour une 1 fille durant cette période. Toutefois, à l'âge adulte, la proportion finit par s'égaliser : les femmes sont autant concernées !*



2

"Le TDAH, ça se guérit en grandissant !" 

*Le TDAH est un trouble persistant à l'âge adulte et de nombreuses études le démontrent (Desseilles et al., 2020). 75% des personnes ayant un TDAH continuent à souffrir de difficultés attentionnelles et exécutives à l'âge adulte (Brown Thomas et al., 2019).*

# 3

"Mais tu n'es pas hyperactif toi !"



*Une personne souffrant d'un TDAH n'aura pas la même présentation clinique qu'une autre. Selon le profil diagnostiqué (prédominance attentionnelle, mixte ou hyperactive), les symptômes chez chacun seront de nature différente. Ainsi, une personne avec une prédominance attentionnelle ne présentera pas forcément des signes d'hyperactivité.*

*De surcroît, un profil hyperactif ce n'est pas non plus courir partout ! En effet, l'hyperactivité n'est pas que de type motrice : chez l'adulte, elle peut se traduire par de nombreux comportements moins visibles mais pour autant handicapants (e.g. tapoter du pied ou des mains, ne pas supporter de rester tranquille ou assis sur une chaise (surtout durant des moments où la personne est censée se reposer), parler trop, répondre à des questions avant que l'interlocuteur n'ait fini de les poser).*

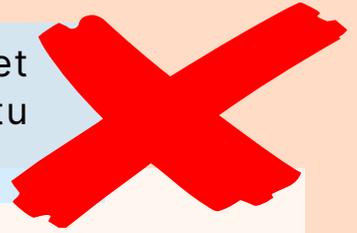
*Nope!*

*Le DSM-V caractérise le symptôme d'hyperactivité comme des sensations intérieures de tremblement, d'agitation et d'impatience (Roulin, 2021). On parle aussi de pulsations intérieures et d'agitation sous forme d'impulsion (Surman, 2012).*

*Ainsi, l'enfant ayant un TDAH pourrait en effet courir partout, mais l'adulte avoir des difficultés différentes (e.g. prise de risque, quitter son emploi impulsivement, perdre patience dans des files d'attentes etc...) !*

# 4

"Le TDAH, c'est un problème de motivation et de volonté, mais aussi juste parce que tu n'écoutes pas"



*Eh bien non, les études ont bien démontré un dysfonctionnement du réseau cérébral des fonctions exécutives ou des sous activations de certaines régions cérébrales, notamment le cortex frontal responsable de l'activation des fonctions exécutives (Chen et al., 2016 ; Hart et al., 2013 ; Lukito et al., 2020 ; Norman et al., 2016 ; Samea et al., 2019).*

*Ces fonctions cognitives sont dites de hauts niveaux car elles permettent de s'adapter à des situations nouvelles, elles sont essentielles pour la réalisation de tout comportement adapté, dirigé et autonome.*

*Le TDA/H impacte donc le fonctionnement exécutif qui lui-même à son tour va impacter la motivation, la hiérarchisation, la concentration, la focalisation et le déplacement de l'attention, l'auto régulation du sommeil, l'initiation d'action, la vigilance aux éléments externe , le maintien de l'effort, la régulation des émotions, garder une information momentanément en tête, etc.*

**No!**



*Les personnes ayant un TDAH n'éprouvent pas toujours des difficultés dans certaines situations liés à ce fonctionnement exécutif perturbé.*

*En effet, lors de tâches suscitant leur intérêt, il y aurait une modification de leur biochimie cérébrale en faveur de cette tâche, permettant une focalisation et motivation importante pour celle-ci (Brown Thomas et al., 2019)... mais cela n'est pas géré volontairement !*

# 5

"De toute façon, tout le monde a un TDAH."



*Dans la vie de tous les jours, toute personne est susceptible d'éprouver des difficultés d'attention, d'impulsivité ou d'hyperactivité, mais cela est souvent bref ou ne dure pas sur des années. Par ailleurs, ces difficultés peuvent être liées à une myriade d'autres troubles (e.g. dépressifs, anxieux, psychotiques, bipolaires)*

*De plus, tout le monde ne présente pas une altération de son fonctionnement dans différents domaines à cause de ces difficultés.*

*A l'inverse, les personnes ayant le diagnostic ont souvent de nombreux symptômes attentionnels et/ou d'hyperactivité qui vont avoir un impact handicapant sur leur quotidien (Brown Thomas et al., 2019).*

**OMG**



# 6

"... Mais ce trouble n'existe même pas !"



*Eh si ! Les études prouvent l'existence du TDAH tout autour du globe ! Depuis déjà les années 2000, on relève une prévalence de ce trouble de 5% (Mannuzza & Klein, 2000).*

*Le TDAH est reconnu par la communauté scientifique, spécifié dans le DSM et exploré par les études en imagerie cérébrale (e.g. retards de développement de certaines zones cérébrales (surtout frontales), ce qui engendrerait les difficultés d'attention et exécutives. Il a aussi été démontré que le TDAH a une composante héréditaire forte, qui se situerait entre 77% et 88% (Faraone & Larsson, 2019).*

# Que faire ?

## Les dinos sont dans la place !

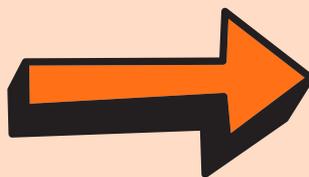
Comme nous avons pu le voir, il existe un ensemble de difficultés auxquelles une personne ayant un TDAH peut être confrontée au quotidien.

Pour toutes les raisons évoquées au cours de ce livret dense et conséquent, nous avons décidé de réaliser plus qu'un simple livret de psychoéducation pour illustrer ce qu'est le TDAH.

Nous construisons un programme d'accompagnement nommé **M.E.T.A. : Malette d'Exercices pour TDAH Adulte**.

Nous y détaillerons des techniques et des outils à utiliser au quotidien pour apprendre et apprivoiser ces difficultés, et proposerons dans ce programme des exercices de remédiation cognitive.

Initialement prévu à l'automne 2022, la construction de cet outil a pris du retard et ne sera pas disponible avant 2025



# Bibliographie

Andersen, C. H., Thomsen, P. H., Nohr, E. A., & Lemcke, S. (2018). Maternal body mass index before pregnancy as a risk factor for ADHD and autism in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(2), 139-148. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1027-6>

Barkley, R. A. (2014). Sluggish Cognitive Tempo (Concentration Deficit Disorder?): Current Status, Future Directions, and a Plea to Change the Name. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 117-125. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9824-y>

Barkley, R. A. (2018). *Barkley Sluggish Cognitive Tempo Scale—Children and Adolescents (BSCTS-CA)*. Guilford Publications.

Becker, S. P., Leopold, D. R., Burns, G. L., Jarrett, M. A., Langberg, J. M., Marshall, S. A., McBurnett, K., Waschbusch, D. A., & Willcutt, E. G. (2016). The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 163-178. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.12.006>

Beheshti, A., Chavanon, M.-L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>

Bélanger, S. A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1 : L'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 454-461. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy110>

Bicego, F., & Muller, S. (2020). Au-delà de la triade inattention/hyperactivité/impulsivité : Analyse des domaines symptomatiques dans le TDAH de l'adulte, notamment de dysrégulation émotionnelle, à partir de l'analyse factorielle et la validation d'un auto-questionnaire (SR-WRAADD) (p. NNT : 2020LORR1108) [Other, Université de Lorraine]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298084>

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.816>

Biederman, J. (2004). Impact of Comorbidity in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. 5. [https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/14007\\_impact-comorbidity-adults-attention-deficit-hyperactivity.pdf](https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/14007_impact-comorbidity-adults-attention-deficit-hyperactivity.pdf)

Bouchard, M. F., Bellinger, D. C., Wright, R. O., & Weisskopf, M. G. (2010). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Urinary Metabolites of Organophosphate Pesticides. *Pediatrics*, 125(6), e1270-e1277. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3058>

Bouvard, M. (2016). *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte : Approche développementale*. Dunod.

Brown Thomas E., Crocq Marc-Antoine, & Boehrer Alexis Étienne. (2019). *Trouble déficit de l'attention-hyperactivité chez l'enfant et l'adulte : guide d'une approche contemporaine du TDAH*. Elsevier Masson.

Chen, M.-H., Pan, T.-L., Wang, P.-W., Hsu, J.-W., Huang, K.-L., Su, T.-P., Li, C.-T., Lin, W.-C., Tsai, S.-J., Chen, T.-J., & Bai, Y.-M. (2019). Prenatal Exposure to Acetaminophen and the Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : A Nationwide Study in Taiwan. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(5), 15264. <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12612>

Chen, L., Hu, X., Ouyang, L., He, N., Liao, Y., Liu, Q., Zhou, M., Wu, M., Huang, X., & Gong, Q. (2016). A systematic review and meta-analysis of tract-based spatial statistics studies regarding attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 838-847. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.022>

Chou, I.-C., Chang, Y.-T., Chin, Z.-N., Muo, C.-H., Sung, F.-C., Kuo, H.-T., Tsai, C.-H., & Kao, C.-H. (2013). Correlation between Epilepsy and Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A Population-Based Cohort Study. *PLOS ONE*, 8(3), e57926. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057926>

Christensen, J., Pedersen, L., Sun, Y., Dreier, J. W., Brikell, I., & Dalsgaard, S. (2019). Association of Prenatal Exposure to Valproate and Other Antiepileptic Drugs With Risk for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring. *JAMA Network Open*, 2(1), e186606. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.6606>

Desseilles, M., Perroud, N., & Weibel, S. (2020). Manuel de l'hyperactivité et du déficit de l'attention: le TDAH chez l'adulte. Eyrolles.

Dey, M., Castro, R. P., Haug, S., & Schaub, M. P. (2019). Quality of life of parents of mentally-ill children : A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5), 563-577. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000409>

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*, 24(4), 562-575.

Fatséas, M., Hurmic, H., Serre, F., Debrabant, R., Daulouède, J.-P., Denis, C., & Auriacombe, M. (2016). Addiction severity pattern associated with adult and childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Research*, 246, 656-662. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.071>

Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H. S. G., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B.-E., Piazza, M., ... on behalf of the WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>

Franz, A. P., Bolat, G. U., Bolat, H., Matijasevich, A., Santos, I. S., Silveira, R. C., Procianny, R. S., Rohde, L. A., & Moreira-Maia, C. R. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight : A Meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1), e20171645. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1645>

Graziano, P.A., Garcia, A., 2016. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 46, 106-123  
Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 106-123. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011>

Grünblatt, E., Nemoda, Z., Werling, A. M., Roth, A., Angyal, N., Tarnok, Z., ... & Walitza, S. (2019). The involvement of the canonical Wnt-signaling receptor LRP5 and LRP6 gene variants with ADHD and sexual dimorphism: association study and meta-analysis. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 180(6), 365-376. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32695>

Hart, H., Radua, J., Nakao, T., Mataix-Cols, D., & Rubia, K. (2013). Meta-analysis of Functional Magnetic Resonance Imaging Studies of Inhibition and Attention in Attention-deficit/Hyperactivity Disorder : Exploring Task-Specific, Stimulant Medication, and Age Effects. *JAMA Psychiatry*, 70(2), 185-198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.277>

Hawkey, E., & Nigg, J. T. (2014). Omega-3 fatty acid and ADHD : Blood level analysis and meta-analytic extension of supplementation trials. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 496-505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.005>

Henrard S., (2022, 5 mai) Le Sluggish Cognitive Tempo : un nouveau trouble attentionnel ? [Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) : avancées scientifiques et regard clinique]. [https://www.neurotransmetteurs.be/event-details/05-05-2022-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-avancees-scientifiques-et-regard-clinique?fbclid=IwAR23yMsXZ5NLmythq70\\_O4Uy2f9L3nK-yYkmis6rz\\_Y6dcwte9hrZy7g5MI](https://www.neurotransmetteurs.be/event-details/05-05-2022-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-avancees-scientifiques-et-regard-clinique?fbclid=IwAR23yMsXZ5NLmythq70_O4Uy2f9L3nK-yYkmis6rz_Y6dcwte9hrZy7g5MI)

Hilgard, D., Konrad, K., Meusers, M., Bartus, B., Otto, K.-P., Lepler, R., Schober, E., Bollow, E., Holl, R. W., & for the German/Austrian DPV Study Group, the Working Group on Psychiatric, Psychotherapeutic Psychological Aspects of Paediatric Diabetology (PPAG e.V.) and the BMBF Competence Network Diabetes, Germany. (2017). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and type 1 diabetes in children and adolescents : Analysis based on the multicentre DPV registry. *Pediatric Diabetes*, 18(8), 706-713. <https://doi.org/10.1111/pedi.12431>

Huang, L., Wang, Y., Zhang, L., Zheng, Z., Zhu, T., Qu, Y., & Mu, D. (2018). Maternal Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring : A Meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2465>

Huang, A., Wu, K., Cai, Z., Lin, Y., Zhang, X., & Huang, Y. (2021). Association between postnatal second-hand smoke exposure and ADHD in children : A systematic review and meta-analysis. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(2), 1370-1380. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-11269-y>

Kim, K., & Kim, H.-J. (2021). Normal executive attention but abnormal orienting attention in individuals with sluggish cognitive tempo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100199. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.003>

Kofler, M. J., Alderson, R. M., Raiker, J. S., Bolden, J., Sarver, D. E., & Rapport, M. D. (2014). Working memory and intraindividual variability as neurocognitive indicators in ADHD : Examining competing model predictions. *Neuropsychology*, 28(3), 459-471. <https://doi.org/10.1037/neu0000050>

Larsson, H., Chang, Z., D'Onofrio, B. M., & Lichtenstein, P. (2014). The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychological Medicine*, 44(10), 2223-2229. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002493>

Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for US Children With ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127(3), 462-470. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0165>

Lecendreux, M., Konofal, E., & Faraone, S. V. (2011). Prévalence du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et caractéristiques associées chez les enfants en France. *Journal of Attention Disorders*, 15(6), 516-524. <https://doi.org/10.1177/1087054710372491>



Lee, Y., Yang, H.-J., Chen, V. C., Lee, W.-T., Teng, M.-J., Lin, C.-H., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD : By both parent proxy-report and child self-report using PedsQLTM. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 160-172. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.009>

Lindström, K., Lindblad, F., & Hjern, A. (2011). Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren. *Pediatrics*, 127(5), 858-865. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1279>

Liu, X., Dalsgaard, S., Munk-Olsen, T., Li, J., Wright, R. J., & Momen, N. C. (2019). Parental asthma occurrence, exacerbations and risk of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Brain, Behavior, and Immunity*, 82, 302-308. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.08.198>

Liu, Y.-S., Dai, X., Wu, W., Yuan, F., Gu, X., Chen, J.-G., Zhu, L.-Q., & Wu, J. (2017). The Association of SNAP25 Gene Polymorphisms in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Molecular Neurobiology*, 54(3), 2189-2200. <https://doi.org/10.1007/s12035-016-9810-9>

Lugo, J., Fadeuilhe, C., Gisbert, L., Setien, I., Delgado, M., Corrales, M., Richarte, V., & Ramos-Quiroga, J. A. (2020). Sleep in adults with autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder : A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 38, 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.07.004>

Lukito, S., Norman, L., Carlisi, C., Radua, J., Hart, H., Simonoff, E., & Rubia, K. (2020). Comparative meta-analyses of brain structural and functional abnormalities during cognitive control in attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Psychological Medicine*, 50(6), 894-919. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000574>

Maher, G. M., Dalman, C., O'Keeffe, G. W., Kearney, P. M., McCarthy, F. P., Kenny, L. C., & Khashan, A. S. (2020). Association between preeclampsia and attention-deficit hyperactivity disorder : A population-based and sibling-matched cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(4), 275-283. <https://doi.org/10.1111/acps.13162>

Maher, G. M., O'Keeffe, G. W., Kearney, P. M., Kenny, L. C., Dinan, T. G., Mattsson, M., & Khashan, A. S. (2018). Association of Hypertensive Disorders of Pregnancy With Risk of Neurodevelopmental Disorders in Offspring : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 809-819. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0854>

Mannuzza, S., & Klein, R. G. (2000). Long-term Prognosis in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 711-726. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30114-7](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30114-7)

Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. (2003). Persistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder into adulthood: What have we learned from the prospective follow-up studies?, 7(2), 93-100. <https://doi.org/10.1177/108705470300700203>

Marcastel, A. (2019). Impulsivité et distractibilité chez des adultes TDAH : Évaluation, potentiels évoqués et remédiation. [These de doctorat, Lyon]. <https://www.theses.fr/2019LYSE2019>

Masi, L., & Gignac, M. (2017). TDAH et comorbidités en pédopsychiatrie. Pathologies psychiatriques, affections médicales, troubles de l'apprentissage et de la coordination. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(5), 422-429. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.11.013>

Nigg, J. T., Johnstone, J. M., Musser, E. D., Long, H. G., Willoughby, M. T., & Shannon, J. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and being overweight/obesity : New data and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 67-79. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.005>

Nilsen, F. M., & Tolve, N. S. (2020). A systematic review and meta-analysis examining the interrelationships between chemical and non-chemical stressors and inherent characteristics in children with ADHD. *Environmental Research*, 180, 108884. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2019.108884>

Norman, L. J., Carlisi, C., Lukito, S., Hart, H., Mataix-Cols, D., Radua, J., & Rubia, K. (2016). Structural and Functional Brain Abnormalities in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder : A Comparative Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73(8), 815-825. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0700>

Pan, Y.-Q., Qiao, L., Xue, X.-D., & Fu, J.-H. (2015). Association between ANKK1 (rs1800497) polymorphism of DRD2 gene and attention deficit hyperactivity disorder : A meta-analysis. *Neuroscience Letters*, 590, 101-105. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2015.01.076>

Perroud, N., Nicastro, R., Zimmermann, J., Prada, P., & Aubry, J. M. (2015). Déficit de l'attention-hyperactivité chez l'adulte: psychopharmacologie et psychothérapie.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD : A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>

Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434-442. Consulté 14 mai 2022, à l'adresse <https://academic.oup.com/ije/article/43/2/434/679550?login=true>

Ptacek, R., Weissenberger, S., Braaten, E., Klicperova-Baker, M., Goetz, M., Raboch, J., Vnukova, M., & Stefano, G. B. (2019). Clinical Implications of the Perception of Time in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) : A Review. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 25, 3918-3924. <https://doi.org/10.12659/MSM.914225>

Purper-Ouakil, D., & Franc, N. (2011). Dysfonctionnements émotionnels dans le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH). *Archives de Pédiatrie*, 18(6), 679-685. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.03.003>

Ramsey, J. R., & Rostain, A. L. (2020). Mieux vivre avec le TDAH à l'âge adulte : Guide pratique pour s'adapter en toutes circonstances. PUQ.

Rapport, M. D., Bolden, J., Kofler, M. J., Sarver, D. E., Raiker, J. S., & Alderson, R. M. (2009). Hyperactivity in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) : A ubiquitous core symptom or manifestation of working memory deficits? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 521-534. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9287-8>

Roulin, M. (2021). Le diagnostic des troubles du neurodéveloppement chez l'adulte: TSA, TDAH, dyslexie, tics et SGT. Mardaga.

Samea, F., Soluki, S., Nejati, V., Zarei, M., Cortese, S., Eickhoff, S. B., Tahmasian, M., & Eickhoff, C. R. (2019). Brain alterations in children/adolescents with ADHD revisited : A neuroimaging meta-analysis of 96 structural and functional studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 100, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.011>

Schans, J. van der, Aikman, B., Vries, T. W. de, Hoekstra, P. J., & Hak, E. (2017). Association Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Asthma Among Adults : A Case-Control Study. CHEST,151(6), 1406-1407. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.03.052>

Seguin, C. (2017). Remédiation neuropsychologique dans le TDAH : Vers une validité cognitive : élaboration et évaluation d'un protocole de remédiation visant les troubles de l'inhibition chez les enfants porteurs d'un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) [Phdthesis, Université de Lyon]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01737731>

Shih, P., Huang, C., Pan, S., Chiang, T., & Guo, Y. L. (2020). Hyperactivity disorder in children related to traffic-based air pollution during pregnancy. Environmental Research, 188, 109588. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109588>

Sibley, M. H., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Hechtman, L. T., Owens, E. B., Stehli, A., Abikoff, H., Hinshaw, S. P., Molina, B. S. G., Mitchell, J. T., Jensen, P. S., Howard, A. L., Lakes, K. D., Pelham, W. E., & Group, the M. C. (2017). Defining ADHD symptom persistence in adulthood : Optimizing sensitivity and specificity. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58(6), 655-662. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12620>

Simon-Pezeshknia, E. (2011). Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH): agitation des psychiatres autour d'un diagnostic. Comment comprendre les résistances et les réticences (Doctoral dissertation, UHP-Université Henri Poincaré). <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733101/document>

Sucksdorff, M., Brown, A. S., Chudal, R., Surcel, H.-M., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Cheslack-Postava, K., Gyllenberg, D., & Sourander, A. (2021). Maternal Vitamin D Levels and the Risk of Offspring Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 60(1), 142-151.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.11.021>

Surman, C. B. (Ed.). (2012). ADHD in adults: A practical guide to evaluation and management. Springer Science & Business Media.

Taylor, L. E., Kaplan-Kahn, E. A., Lighthall, R. A., & Antshel, K. M. (2021). Adult-Onset ADHD: A Critical Analysis and Alternative Explanations. Child Psychiatry & Human Development, 1-19. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01159-w>

Vera, L., & Gaillac, V. (2016). Prendre en charge les adultes souffrant de TDAH. Dunod.

Villemonteix, T. (2018). L'entraînement de la mémoire de travail est-il bénéfique pour les enfants présentant un trouble déficit de l'attention/hyperactivité ? Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 66(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.07.003>

Volkow, N. D., Wang, G.-J., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Newcorn, J. H., Telang, F., Fowler, J. S., Zhu, W., Logan, J., Ma, Y., Pradhan, K., Wong, C., & Swanson, J. M. (2009). Evaluating Dopamine Reward Pathway in ADHD : Clinical Implications. JAMA, 302(10), 1084-1091. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1308>

Wahl, G. (2016). *Les Adultes hyperactifs*. Odile Jacob.





# Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## Document réalisé par l'association Raptor Neuropsy



**Isaure RUIZ**

Stagiaire Neuropsychologue  
M2 - Université de Lorraine

**Mathieu CERBAI**  
Neuropsychologue



**Marie-Armelle RINEAU**  
Neuropsychologue

**Oriane PASTORE**  
Psychologue

