

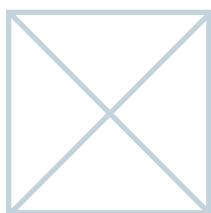
2019-2021

Master de Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychologie de la Santé  
Parcours Neuropsychologie

# Régulation cognitive, émotionnelle et comportementale chez des adultes TDAH

DUCHARNE Valentine |

Sous la direction de M. JARRY Christophe |  
Co-direction de Mme POTARD Catherine



**L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :**



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

**Consulter la licence creative commons complète en français :**

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



# REMERCIEMENTS

En premier lieu je tiens à remercier chaleureusement mes deux directeurs de mémoire, Mr Jarry et Mme Potard, qui ont su, au fil de ces deux années de travail, être présents, à l'écoute et investis dans cette étude. Leurs conseils et soutien ont été précieux.

Je tiens également à remercier le Dr. Neuschwander qui m'a permis d'avoir accès à une population abondante de sujets TDAH. Je lui suis très reconnaissante du temps qu'il a pris pour présenter ma recherche à ses patients et aux nombreux conseils et témoignages d'expérience clinique qu'il a pu me prodiguer quant à ce trouble neurodéveloppemental.

Mes remerciements s'adressent également à tous les participants qui ont accepté de contribuer à cette étude, tant par leur réponse au questionnaire que par leurs témoignages de vie. Ces échanges furent très riches et très touchants. Cela m'a permis d'en savoir davantage sur le vécu et les manifestations de ce trouble.

Enfin, je remercie mon entourage familial, amical, mes professeurs et collègues de promotion ainsi que mes tuteurs de stage de m'avoir soutenu durant mes études jusqu'à l'aboutissement de ce travail de recherche.

## Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTIE THÉORIQUE .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Caractéristiques du TDAH chez le sujet adulte.....</b>	<b>2</b>
1.1. Définition et données épidémiologiques .....	2
1.2. Le TDAH à l'âge adulte : caractéristiques cliniques et comorbidités.....	3
1.3. TDAH : répercussions et ajustements dans la vie quotidienne .....	5
<b>2. Compétences en régulations cognitive, émotionnelle et comportementale chez les sujets TDAH.....</b>	<b>8</b>
2.1. Régulation cognitive : les stratégies de régulation cognitive émotionnelle.....	8
2.2. Régulation émotionnelle : l'intolérance à la frustration et à l'inconfort.....	9
2.3. Régulation comportementale : stress et stratégies de coping.....	10
<b>PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....</b>	<b>13</b>
<b>MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>15</b>
<b>1. Population de l'étude .....</b>	<b>15</b>
<b>2. Outils méthodologiques.....</b>	<b>16</b>
2.1. CERQ : The Cognitive Emotional Regulation Questionnaire.....	16
2.2. FDS : Frustration Discomfort Scale.....	17
2.3. CISS : The Coping Inventory for Stressfull Situations .....	18
2.4. Procédure d'administration .....	19
2.5. Analyses statistiques .....	20
<b>3. Résultats.....</b>	<b>20</b>
3.1. Statistiques descriptives.....	20
3.2. Comparaisons de moyennes des groupes TDAH et contrôles.....	21
3.3. Analyses corrélationnelles .....	24
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>33</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>38</b>

# INTRODUCTION

Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) est, d'après le DSM-5, un trouble neurocomportemental d'origine développementale caractérisé par trois symptômes comportementaux principaux, tels que le déficit attentionnel (l'inattention), l'impulsivité et l'hyperactivité. Longtemps considéré comme propre à l'enfant, le TDAH est désormais présenté comme un trouble persistant à l'âge adulte, même si son tableau clinique évolue avec le temps. Ainsi, le TDAH persisterait à l'âge adulte chez environ 60% des patients (Sibley et al., 2017). Il est de plus distingué des symptômes homotypiques qui se maintiennent de l'enfance à l'âge adulte et des symptômes hétérotypiques qui se révèlent ou s'atténuent à l'âge adulte. Ainsi, certaines manifestations du TDAH sont davantage associées aux enfants qu'aux adultes, et inversement.

L'expression de ce trouble est également en constante évolution, notamment dans ses retentissements sur la vie quotidienne. Au cours de l'enfance, les domaines sur lesquels retentit le TDAH sont généralement l'école, la famille et les relations sociales. La symptomatologie chez l'adulte est moins marquée par l'hyperactivité psychomotrice en raison de la maturation des réseaux neuronaux et de la mise en place de stratégies compensatoires. L'inattention et l'impulsivité se maintiennent. L'étude qui suit vise à examiner minutieusement, à l'aide de la littérature actuelle, les différentes régulations (cognitive, émotionnelle et comportementale) dont peuvent faire preuve les adultes ayant un TDAH. Cela s'inscrit dans la perspective de pouvoir davantage cerner les modes de régulation adoptés dans le cadre de ce trouble dans la vie quotidienne, et donc d'avoir une meilleure compréhension des difficultés rencontrées au quotidien. La mise en œuvre de prises en charge adaptées serait donc facilitée.

Dans un premier temps, ce travail présentera le TDAH dans ses caractéristiques, ses manifestations sémiologiques et ses différentes répercussions sur la santé. Dans un second temps, seront abordées les stratégies de régulation cognitive, émotionnelle et comportementale mises en place par les sujets hyperactifs. Celles-ci seront plus spécifiquement explorées à travers l'étude des stratégies de régulation cognitive émotionnelle, les croyances relatives à la tolérance à la frustration (régulation émotionnelle) et les stratégies de coping (régulation comportementale) chez ces adultes.

# PARTIE THÉORIQUE

## 1. Caractéristiques du TDAH chez le sujet adulte

### 1.1. Définition et données épidémiologiques

Le TDAH est défini par le DSM-5 comme un trouble du neuro-développement ayant pour caractéristique principale une inattention persistante avec hyperactivité, et impulsivité qui interfère dans le développement et le fonctionnement quotidien du sujet. S'ajoutent à cela plusieurs symptômes pour pouvoir poser un diagnostic, tels que les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité qui doivent être présents depuis l'enfance (avant l'âge de 12 ans) et dans au moins deux situations (par exemple l'école, le travail, la maison, les proches...). Ces derniers ont des répercussions sur la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel du sujet. Enfin, le diagnostic se pose à l'exclusion d'un autre trouble mental (ex : schizophrénie, trouble du spectre autistique, trouble anxieux...).

La prévalence du TDAH chez l'enfant en France est estimée entre 3,5 et 5,6 % (Lecendreux, 2011), avec un sex-ratio de 2,21 garçons pour 1 fille (Ramtekkar et al., 2010). À l'âge adulte, ce trouble tend à s'atténuer voire disparaître selon les trajectoires individuelles. Une étude en 2014 dans la région de Nice (Caci, 2014) établit à près de 3% la prévalence d'adultes atteints de TDAH au sein de la population générale. Une sous-estimation de ce chiffre à l'âge adulte est probable en raison de plusieurs facteurs. Le premier d'entre eux serait la méthodologie et/ou les critères utilisés pour diagnostiquer le TDAH chez les adultes. L'étude de Caci a été réalisée à l'aide des critères diagnostiques du DSM-IV-R, dernièrement actualisés dans le DSM-5. Cette prévalence sous-estimerait donc le nombre d'adultes présentant un TDAH car les critères ont été très élargis dans la dernière version : l'âge de début des troubles est passé à 12 ans contre 7 ans et les symptômes ne doivent pas obligatoirement être invalidants avant 12 ans. Chez l'adulte, le nombre de symptômes nécessaires est abaissé de 6 à 5, et les troubles du spectre autistique (TSA) ne font plus partie des critères d'exclusion. L'abaissement de ces seuils et critères diagnostiques reste discutable mais permet de mettre en avant que la prévalence du TDAH chez l'adulte pourrait être sous-estimée dans l'étude Caci (2014). D'autres études montrent que le TDAH se maintiendrait à l'âge adulte dans seulement 5 % des cas (Mannuzza et Klein, 2000), alors que Sibley et al. (2017) indiquent une persistance du trouble dans plus de 60 % des cas : ces fortes différences peuvent être explicables par la variabilité et l'hétérogénéité des outils utilisés pour évaluer le TDAH. Au-delà de ces questions méthodologiques de la mesure du TDAH, un autre argument repose sur la difficulté à évaluer les répercussions associées à ce trouble à l'âge adulte. En effet, l'hyperactivité est le symptôme le plus visible mais s'atténue avec l'âge donc cela rend plus difficile l'identification des symptômes liés au TDAH. Concernant l'impulsivité et l'inattention, ces derniers perdureraient d'après Mannuzza et Klein (2000) dans 11 % des cas après 26 ans. Bien qu'encore sous-estimée de nos jours, la prise en compte de ce trouble chez les adultes est essentielle compte tenu de ses retentissements personnels et sociaux (Simon et al., 2009).

## 1.2. Le TDAH à l'âge adulte : caractéristiques cliniques et comorbidités

### 1.2.1. TDAH : Une triade de symptômes

Comme évoqué précédemment, le TDAH est composé de trois symptômes majeurs que sont l'hyperactivité, l'inattention (déficit attentionnel) et l'impulsivité.

*L'hyperactivité* serait sous-tendue par un déficit de contrôle de l'activité. Elle se caractérise par une agitation motrice ou psychique, plus ou moins présente selon l'environnement dans lequel se trouve l'individu. Généralement, l'agitation motrice est très présente pendant l'enfance (incapacité de l'enfant à rester assis sur sa chaise et écouter ce qui est dit par le professeur par exemple), mais tend à diminuer avec l'âge. Cette diminution de l'hyperactivité motrice peut laisser place à une agitation psychique, un sentiment interne de nervosité, d'impatience. À l'âge adulte, Busch et al. (2002) indiquent que bien qu'une agitation psychique interne soit présente, l'hyperactivité s'atténue, laissant alors les symptômes d'inattention et d'impulsivité au premier plan.

*L'inattention* est un symptôme plus discret, comparativement à l'hyperactivité et à l'impulsivité, mais est le plus dominant dans la symptomatologie du TDAH adulte (Faraone et al., 2000). L'inattention se manifeste par une incapacité à accorder de l'attention aux détails, à finir des tâches peu stimulantes ou peu intéressantes du quotidien, une difficulté à suivre les conversations (qui donne l'air de ne pas écouter ce qui lui est dit), des difficultés à organiser les tâches et activités, à respecter des instructions données, une perte régulière d'affaires et une forte distractibilité. L'inattention perturbe donc la vie professionnelle et sociale de la personne. Il est très difficile de pallier ce symptôme, faire preuve d'une plus grande vigilance engendre un coût cognitif important qui est difficilement réalisable tout au long de la journée pour les adultes atteints de TDAH.

Enfin, *l'impulsivité* constitue le dernier élément de la triade symptomatique. Au fil d'une journée, des situations non-familiales sont rencontrées : pour y faire face, les réponses automatiques normalement employées par les individus ne sont pas suffisantes. Ainsi, pour développer un comportement adapté à la nouvelle situation rencontrée, cela nécessite d'établir un but constitué de sous-objectifs : planifier une stratégie, contrôler son exécution et vérifier le résultat obtenu pour adapter le comportement (Allain et Le Gall, 2008). Ces processus relèvent des fonctions exécutives qui contrôlent et régulent les activités cognitives. Ces dernières sont aussi impliquées dans la recherche d'erreurs, la réalisation de tâches simultanées ou lors de l'inhibition de réponses automatisées. Dans le cadre du TDAH, l'impulsivité est une perturbation de l'inhibition des réponses automatiques et de l'autorégulation. Ainsi, cela vient empêcher la restriction des comportements inadaptés, affectant alors les sphères motrice, cognitive et affective de la personne (Plichta et Scheres, 2014).

Comme évoqué précédemment, les symptômes du TDAH évoluent entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Il est possible de parler de symptômes homotypiques qui sont présents depuis l'enfance et qui perdurent encore à l'âge adulte, et de symptômes hétérotypiques qui apparaissent à l'âge adulte (Wahl, 2016). Les symptômes

homotypiques sont composés de l'inattention, l'impulsivité et l'agitation (ou hyperactivité). L'inattention se maintient, l'agitation s'atténue, et l'impulsivité devient davantage verbale que physique. Parmi les symptômes hétérotypiques, sont évocables : la suractivité et le débordement, le désordre de la pensée et des actes, la procrastination, l'hyperfocalisation, la tachypsychie (surexcitation mentale due à une accélération du rythme de la pensée), l'hypoactivité et l'impatience ou l'aversion au délai ; qui sont majoritairement des conséquences de la triade symptomatique du TDAH.

### 1.2.2. Comorbidités et caractéristiques associées

Le TDAH est associé à une comorbidité dans 75 % des cas à l'âge adulte (Camodeca et al., 2015) telle que la dépression (54 %), l'anxiété (42 %) et les troubles bipolaires (8 %) (Brod et al., 2012).

Une étude (Fayyad, 2007) montre par exemple que les adultes TDAH auraient quatre fois plus de risque de présenter un trouble dépressif que les adultes « sains ». Aussi, une étude par Kessler (2006) conclut que les adultes atteints de TDAH présenteraient trois fois plus d'épisodes dépressifs majeurs et sept fois plus d'épisodes dysthymiques au cours de leur vie que les adultes non TDAH. Un lien entre la labilité émotionnelle et le traitement médicamenteux du TDAH est à prendre en compte (Network, 2013) : la dysrégulation émotionnelle chez les adultes atteints de TDAH pourrait être ainsi une réaction au traitement médicamenteux (comme l'atomoxétine), produisant alors un effet similaire à celui des principaux symptômes du TDAH, à savoir l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité (Asherson et al., 2016). Cela entraîne, lors des sautes d'humeur, une forte impatience, impulsivité et irritabilité. Plus globalement, les troubles de l'humeur sont caractérisables chez les adultes hyperactifs par l'instabilité de l'humeur, vacillant entre l'euphorie et la dysphorie, rejoignant alors la comorbidité du TDAH avec les troubles bipolaires. Ainsi, une des caractéristiques associées au TDAH est la dysrégulation émotionnelle qui se traduit notamment par une faible tolérance à la frustration, une irritabilité et une labilité de l'humeur (Asherson et al., 2016).

La dysrégulation émotionnelle fait régulièrement écho, au sein du TDAH adulte, aux troubles anxieux. D'après Brod et al. (2012), près d'un adulte sur deux serait atteint d'anxiété généralisée. Concernant les autres troubles anxieux (phobie sociale, troubles obsessionnels compulsifs, trouble panique...), le risque chez les personnes atteintes de TDAH serait doublé, voire triplé, par rapport aux adultes non hyperactifs. Comme évoqué précédemment, l'hyperactivité fragilise l'adulte et provoque des incertitudes pouvant alors engendrer des troubles anxieux. Il est aussi possible de souligner des tentatives, chez les adultes hyperactifs, de contenir leur distractibilité notamment en créant des rituels qui engendrent par la suite des troubles obsessionnels compulsifs.

Enfin, il semble important de souligner le fait que le TDAH a souvent des répercussions psychosociales délétères : difficulté à trouver et conserver un emploi (Küpper et al., 2012), adoption de conduites à risques (Network, 2013) et de conduites addictives (Barkley et al., 2002 ; Matthies et al., 2012). La vulnérabilité à ces addictions pourrait être expliquée par le fait que l'alcool, le tabac, le cannabis, la cocaïne ou autres atténuent les symptômes de l'hyperactivité (comme l'agitation motrice et psychique). Ainsi, la consommation de ces substances serait une stratégie « auto-thérapeutique » visant à minimiser les symptômes du TDAH.

Asherson et al. (2016) abordent également une caractéristique associée au TDAH adulte : une excessivité d'errance mentale, ou agitation mentale. Elle peut être définie par le fait que l'individu a des pensées ou des questions internes sans rapport avec son environnement présent. Bien que l'agitation mentale soit présente chez toutes les personnes, dans le cadre du TDAH cette dernière va interférer avec la tâche en cours et donc perturber son exécution. Cela entraîne donc des déficits de performance, notamment en conduite automobile. Ainsi, les adultes hyperactifs ont de nombreuses pensées en tête n'ayant pas forcément de rapport entre elles. L'agitation mentale prend également parfois la forme de ruminations dépressives ou obsessionnelles. Cependant, dans la plupart des cas, cette errance mentale est caractérisée par des pensées distractibles non focalisées et de courte durée. Cette caractéristique s'avère, au sein de l'étude d'Asherson et al. (2016), être présente chez 90 % des patients adultes TDAH.

La dernière caractéristique associée qui sera abordée ici, et non la moindre, est un trouble de fonctions exécutives, notamment de l'inhibition et de la mémoire de travail (Asherson et al., 2016). Sur le plan comportemental, cela se traduit par des défauts d'organisation, de hiérarchisation et de commencement des tâches, ainsi que de fortes difficultés au niveau de la concentration, du maintien et du déplacement de l'attention entre différentes activités. Ce dysfonctionnement exécutif engendre des difficultés à gérer la frustration et à réguler ses émotions, ainsi qu'à autoréguler son comportement.

Ainsi, le TDAH a de nombreuses comorbidités et peut imiter les manifestations d'autres troubles, soit en raison du chevauchement avec les symptômes principaux tels que l'agitation et les difficultés de concentration, soit en raison des caractéristiques associées telles que l'instabilité émotionnelle par exemple. Aussi, des troubles concomitants comme un plus grand risque de développer des troubles liés à l'abus de substances, à l'anxiété et à la dépression seraient des complications du TDAH (Asherson et al., 2016). Tout cela complique le diagnostic, la prise en charge de ce trouble et la compréhension de ses répercussions dans la vie quotidienne.

### 1.3. **TDAH : répercussions et ajustements dans la vie quotidienne**

Les adultes souffrant de TDAH connaissent certaines manifestations quelques peu délétères en regard de la triade symptomatique, des comorbidités et des caractéristiques associées à ce trouble. D'abord, ce dernier interfère très précocement avec le développement de l'individu, engendant donc des répercussions durables sur sa vie quotidienne, et ce même si les symptômes s'atténuent ou disparaissent avec le temps chez certaines personnes (Klein, 2012). Aussi, ce trouble a des répercussions sur l'appréhension par l'individu de son environnement, et donc dans sa façon de fonctionner et d'entrer en relation avec son entourage (professionnel, social, personnel...).

Le TDAH a des répercussions à tous les niveaux : Plichta et Scheres (2014) mettent en avant chez les adultes hyperactifs l'adoption de comportements inadaptés, tant dans les sphères cognitives, émotionnelles que comportementales. Il est possible de mettre en avant que des difficultés présentes dans un domaine viennent accentuer des troubles dans un autre domaine, et réciproquement. Par exemple, les difficultés émotionnelles (libilité émotionnelle, dysrégulation...) et cognitives (fonctions exécutives) agissent directement sur la sphère comportementale. Les difficultés sociales et relationnelles viennent également alimenter les troubles émotionnels et cognitifs présents dans le

TDAH. Ainsi, cette circularité est à prendre en compte dans la compréhension des manifestations et des répercussions de ce trouble dans la vie quotidienne de l'adulte hyperactif.

Il paraît donc intéressant d'étudier les répercussions du TDAH sur les compétences psychosociales pour comprendre davantage l'interdépendance existant avec les manifestations de ce trouble dans la vie quotidienne. En 2015, Luis et Lamboy font un bilan des connaissances sur les compétences psychosociales. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit en 1993 les compétences psychosociales comme « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans (...) le bien-être physique, psychique et social* ». À la suite de cette définition globale, une distinction est faite en trois grandes catégories : les compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Les compétences cognitives renvoient à la capacité à savoir prendre des décisions et résoudre des problèmes, ainsi qu'à formuler une pensée critique et d'auto-évaluation. Cela nécessite d'analyser l'influence de chacun et avoir conscience de sa culture (valeurs, attitudes, normes et croyances). Les compétences émotionnelles, aussi nommées compétences d'autorégulation, incluent les capacités de régulation émotionnelle : savoir gérer les émotions négatives telles que la colère ou bien même l'anxiété et savoir faire face à des expériences complexes telles que les traumatismes. Elles contiennent aussi les capacités de gestion du stress, que sont notamment l'organisation du temps, les techniques de relaxation, la métacognition... Ainsi, ce sont les capacités du sujet à gérer ses émotions face à des situations différentes (expériences négatives/désagréables ou positives/plaisantes). Enfin, les compétences sociales, aussi appelées compétences interpersonnelles ou de communication, regroupent les capacités suivantes : avoir des compétences en communication verbale et non-verbale telles que l'écoute active, l'expression des émotions, et la capacité à donner et à recevoir des retours. Il y a aussi les capacités de résistance et de négociation qui regroupent la capacité à gérer des conflits, à s'affirmer, à résister à la pression exercée par les autres et à avoir de l'empathie (écouter et comprendre les besoins et avis d'autrui, et être capable d'exprimer cette compréhension). Ainsi, à la vue des manifestations cliniques du TDAH, les compétences psychosociales des adultes en souffrant sont mises à mal.

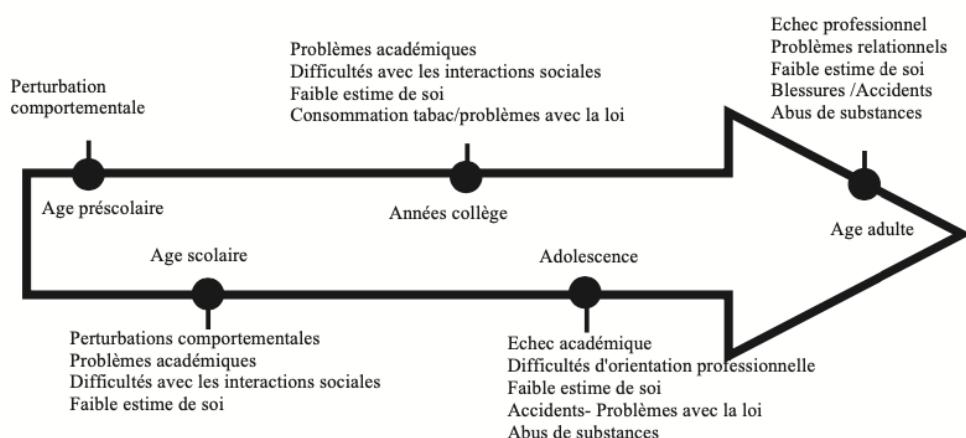
Par exemple, les difficultés relationnelles sont caractérisables par l'inadéquation des comportements et des propos de ces adultes avec les règles sociales communément appliquées. Généralement, ils font preuve de difficultés à échanger dans la coopération et la réciprocité tout en tenant en place et en étant attentif. D'après Barkley (2010), les adultes TDAH ont plutôt tendance à interrompre les conversations, changer de sujet très rapidement, se mettre en colère facilement face à la frustration, imposer leurs règles et donc ne pas faire preuve manifeste d'écoute de l'autre. Étant donné que l'entourage n'est pas nécessairement averti de leurs troubles, ou bien eux-mêmes n'en ayant pas forcément conscience (absence de diagnostic), alors l'interprétation de leurs comportements n'est pas aussi indulgente qu'elle pourrait l'être.

L'inadéquation de leurs comportements avec l'environnement peut remonter à leur enfance, ayant alors pour effet l'établissement d'une estime de soi insuffisante. En effet, l'étude de Harpin et al. (2016) étudie l'impact à long

terme du TDAH sur l'estime de soi et le fonctionnement social. Les résultats quant à l'estime de soi comprennent une augmentation des croyances négatives envers soi-même pouvant conduire les personnes à développer des stratégies de coping inadaptées (comme l'évitement et la procrastination). Aussi, ce trouble implique une diminution des compétences de fonctionnement social comme de mauvaises relations avec les pairs ou la famille, des activités sexuelles à risque, et une augmentation de la victimisation et d'intimidation par les pairs. Ainsi, l'estime de soi et le fonctionnement social développés durant l'enfance sont plus fragiles que celles des adultes non TDAH et peuvent entraîner des difficultés relationnelles et émotionnelles importantes. Ce défaut d'estime de soi résulte aussi, à l'âge adulte, à un défaut d'auto-évaluation ainsi qu'à une anxiété du jugement de l'autre.

En dehors de ces difficultés interpersonnelles, des complications sont également vécues au niveau professionnel. L'étude de Pitts et al. (2015) suggère que les adultes souffrant de TDAH font état de plus grandes difficultés au travail et d'un plus grand nombre d'emplois au cours des dix dernières années que ceux qui ne souffrent pas de ce trouble.

Ainsi, le TDAH se répercute sur les sphères familiale, sociale et professionnelle des adultes en souffrant, tant par les symptômes propres à ce trouble que par les manifestations que ces derniers peuvent induire. Vantalon (2014) schématise l'impact développemental du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, résumant ce qui a été évoqué précédemment (cf. Figure 1).



**Figure 1.** *Impact développemental du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité d'après Vantalon (2014)*

Les répercussions du TDAH dans la vie quotidienne apparaissent donc importantes. La triangulation présente au sein des compétences psychosociales vient mettre en avant l'importance du rôle des stratégies de régulation cognitive, émotionnelle et comportementale dans le bien-être physique, psychique et social de l'individu.

## 2. Compétences en régulations cognitive, émotionnelle et comportementale chez les sujets TDAH

### 2.1. Régulation cognitive : les stratégies de régulation cognitive émotionnelle

La régulation des émotions est essentielle dans la vie quotidienne, notamment pour l'adaptation des comportements au sein des relations sociales. Pour fournir une réponse adaptée à la situation dans laquelle se trouve l'individu, il est nécessaire que ce dernier fasse preuve d'une régulation émotionnelle adaptée. Gross (1998) propose que la régulation cognitive émotionnelle chez un individu consiste à déterminer les émotions qu'il ressent et comment ces dernières se manifestent ou sont vécues. Elle concerne la façon dont les émotions sont elles-mêmes régulées. Aussi, la régulation cognitivo-émotionnelle d'un individu consiste en l'élaboration de stratégies pour influencer la manière dont les émotions sont ressenties et influencent donc les réponses comportementales qui en découlent (Gross, 2013). Ces processus peuvent être conscients ou inconscients, automatiques ou volontaires (contrôlés).

Jermann et al. (2006) expliquent que les stratégies cognitives de régulation des émotions sont impliquées dans la personnalité et le développement émotionnel, cognitif et social. Lorsqu'elles sont biaisées, elles jouent un rôle important dans le développement et le maintien des troubles émotionnels. D'après le modèle de Gross (2013), les stratégies de régulation cognitive des émotions sont divisées en deux catégories : la première est axée sur les antécédents de la réponse émotionnelle et la deuxième est centrée sur les réponses émotionnelles en elles-mêmes. Les stratégies basées sur l'antécédent ont pour objet ce que l'individu fait avant que les réponses émotionnelles ne soient pleinement activées, donc avant que le comportement de la personne soit modifié par la situation émotionnelle. Les stratégies axées sur la réponse réfèrent à ce que l'individu fait une fois que l'émotion est arrivée, donc après que les tendances comportementales de réponse aient débuté.

Plus spécifiquement, Gross distingue cinq stratégies de régulation des émotions : la sélection de la situation, la modification de la situation, le déploiement attentionnel, le changement cognitif et enfin la modulation de la réponse. Les quatre premières stratégies agissent sur les antécédents de la réponse émotionnelle et comportementale. Elles permettent une réévaluation cognitive, soit une interprétation de la situation émotionnelle de façon non émotionnelle. La dernière stratégie joue sur la réponse émotionnelle en elle-même (modulation de la réponse) en supprimant ou inhibant le comportement sous-jacent à l'émotion ressentie lors de la situation.

Afin d'évaluer la régulation cognitive des émotions d'un individu, (Jermann et al., 2006), neuf stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle sont classées en deux catégories : les stratégies adaptatives et les stratégies non-adaptatives.

Les stratégies adaptatives sont constituées par l'acceptation, qui est le fait d'accepter et de se résigner à ce que l'on a vécu ; par la centration positive, ou recentrage positif, qui consiste à avoir des pensées positives, heureuses et

agrables au lieu de penser à des événements menaçants et stressants ; par la centration sur l'action, ou recentrage sur la planification, qui est le fait de penser à ce qu'il faut faire et de savoir comment gérer l'expérience que l'on a vécue ; par la réévaluation positive qui a pour but de donner un sens positif aux événements négatifs en termes de croissance personnelle ; et enfin par la mise en perspective qui consiste à relativiser les événements négatifs par rapport à d'autres événements.

Les stratégies non-adaptatives quant à elles, comprennent le blâme de soi, qui est le fait de se reprocher ce que l'on a vécu ; le blâme d'autrui, consistant à blâmer les autres pour ce que l'on a vécu ; la rumination, impliquant des pensées et des sentiments associés à des événements négatifs ; et enfin la dramatisation, ou catastrophisme, consistant à souligner le caractère négatif des expériences.

Ainsi, l'étude des stratégies adoptées selon les situations permettent d'en savoir plus sur la régulation cognitive des émotions de l'individu. Garnefski et al. (2001, 2007) ont montré que les personnes qui adoptent des stratégies adaptées signalent moins de symptômes de dépression et d'anxiété que celles qui utilisent des stratégies moins adaptées. Ainsi, il existerait un lien entre une tendance majoritaire au recours aux stratégies non-adaptées et la présence de stress, d'une symptomatologie dépressive et d'anxiété. Contrairement à cela, le recours aux stratégies adaptées et à la réévaluation cognitive semblerait, d'après Gross (2002), être négativement associé au stress et à l'anxiété (émotions négatives) et positivement associé aux émotions positives.

Dans le cadre du TDAH à l'âge adulte, les manifestations de ce trouble peuvent avoir des répercussions sur la régulation cognitive des émotions. En effet, une des comorbidités du TDAH est l'instabilité émotionnelle, engendrée par des difficultés de régulation. Par exemple, l'étude de Rüfenacht et al. (2019) met en avant le rôle prépondérant de la dysrégulation émotionnelle chez les adultes TDAH : entre 34 et 70 % seraient concernés par des difficultés de régulation des émotions. Ces auteurs soulignent un lien entre la présence d'une dysrégulation émotionnelle et l'utilisation de stratégies cognitives émotionnelles inadaptées (blâme de soi et d'autrui, catastrophisme, rumination...).

Aussi, les tendances cognitives et comportementales telles que l'aversion au délai et l'impulsivité avec un besoin de récompense ou de changement immédiat peuvent venir entraver la régulation cognitive des émotions chez les adultes hyperactifs. Cette régulation peut aussi être affectée par des actions et des prises de décisions hâties, une difficulté à prendre des initiatives, un manque de flexibilité attentionnelle couplé avec une inattention manifeste... L'interdépendance des manifestations du TDAH explique la multiplicité de facteurs pouvant mener à une inadaptation de la régulation cognitive des émotions face à une situation dans laquelle se trouve l'individu.

## 2.2. Régulation émotionnelle : l'intolérance à la frustration et à l'inconfort

Face à une situation stressante ou désagréable, les individus font preuve de stratégies de régulation émotionnelle plus ou moins adaptées. Harrington (2003) développe un modèle sur l'intolérance à la frustration et à l'inconfort sur la base de la « Rational Emotive Behavioural Therapy » de Ellis (REBT, années 1950) afin de mettre en

évidence des troubles psycho-affectifs, comportementaux et émotionnels. Cette thérapie illustre notamment quatre schémas de fonctionnement cognitif, appelées croyances irrationnelles, qui sont l'absolutisme, le catastrophisme, l'estime de soi (ou évaluation globale de soi) et la tolérance à la frustration (Chamayou et al, 2015). L'incapacité à tolérer la frustration serait, d'après Ellis (2003), un des facteurs essentiels contribuant à l'émergence de troubles psycho-affectifs.

Harrington (2005 a, c) considère quatre domaines de croyances irrationnelles relatifs à la frustration : le premier est *l'intolérance aux émotions inconfortables* qui implique la croyance que la détresse émotionnelle est intolérable, et donc doit être évitée ou rapidement contrôlée. Le second domaine de croyance est relatif à *l'intolérance aux contraintes ou à l'inconfort* : la vie doit être vécue sans encombre, tout doit toujours être confortable. Le troisième caractérise *l'intolérance à l'insatisfaction et à l'injustice* : tout ce qui est désiré doit toujours être satisfait, personne ne doit venir à l'encontre de cela. Enfin, le dernier domaine est *l'intolérance à l'échec* qui correspond au perfectionnisme et au besoin nécessaire de réussite et de réalisation de soi. Harrington (2005 a, b, c) met en lien ces domaines de croyances et des phénomènes psychologiques : l'intolérance aux émotions inconfortables serait liée à des troubles de l'anxiété, l'intolérance aux contraintes à la symptomatologie dépressive, l'intolérance à l'insatisfaction et à l'injustice aux dimensions de colère.

L'ouvrage de Bouvard (2016) mentionne le fait que les adultes souffrant de TDAH ont un seuil de tolérance à la frustration en-deçà de la moyenne. De plus, Barkley (2010) met en avant la prévalence de certains traits tels que la sensibilité à la frustration, la facilité à se mettre en colère et une hyperréactivité émotionnelle. Cela est présent chez plus de 60 % des adultes souffrant de TDAH, alors que pour les sujets témoins on constate moins de 15 % de sujets présentant la prévalence de ces traits. En effet, une intolérance à l'inconfort et à la frustration impacte les émotions négatives et donc les capacités d'adaptation face à des événements désagréables ou frustrants dans la vie quotidienne. En regard des notions abordées précédemment, les manifestations de ce trouble pourraient particulièrement affecter l'individu dans les dimensions évaluées par la FDS (Frustration Discomfort Scale) développée par Harrington.

## 2.3. Régulation comportementale : stress et stratégies de coping

Après avoir abordé les régulations cognitives et émotionnelles et leurs effets dans la vie quotidienne, l'étude de la régulation comportementale est essentielle. En effet, le TDAH à l'âge adulte affecte particulièrement les individus dans leurs facultés à faire face aux situations désagréables ou frustrantes, et donc à gérer leurs émotions et comportements qui en découlent. Cela engendre généralement du stress et de l'anxiété, affectant alors leur bien-être psychologique.

Lazarus et Folkman (1986) définissent le stress psychologique comme la résultante d'une transaction entre l'individu et son environnement : lorsque ce dernier contient des exigences supérieures aux ressources dont l'individu dispose pour y faire face, cela engendre du stress. En réponse à une situation évaluée comme stressante, les individus vont mettre en place des stratégies d'adaptation au stress, dites « de coping », en plus des stratégies de régulation

émotionnelle et cognitive. Il y a deux facteurs intervenant dans cette transaction individu-environnement : l'évaluation cognitive de la situation et l'adaptation à cette dernière par l'intermédiaire des stratégies de coping.

Lazarus et Launier (1978) distinguent deux types d'évaluation cognitive. L'évaluation primaire juge de la pertinence de la situation pour l'individu et de si cette dernière est stressante ou non. Interviennent des facteurs personnels (motivation, objectifs, valeurs, attentes...) et situationnels (prévisibilité, contrôlabilité, imminence d'un événement stressant) lors de cette évaluation. Il y a donc une grande différence inter-individuelle quant aux processus émotionnels qui découleront d'une même situation chez différents individus. Puis a lieu une évaluation secondaire lorsque la situation est perçue comme stressante par l'individu et concerne l'adaptation : est-ce que l'individu peut et doit faire face à cette situation ? C'est ici qu'interviennent ou non les stratégies de *coping*. Lazarus (1985) met en avant l'influence de l'adaptation au stress sur la santé mentale : meilleure sera l'adaptation face aux facteurs de stress, meilleur sera le bien-être psychologique. Inversement, Young (2005) explique que l'utilisation de stratégies d'adaptation inadaptées engendre des problèmes psychologiques.

Ainsi, l'adaptation au stress par l'intermédiaire de stratégies de coping est fortement liée à l'évaluation cognitive. Folkman et Lazarus (1984) définissent l'adaptation comme étant des efforts cognitifs et comportementaux visant à contrôler, modifier ou accepter les exigences externes ou internes évaluées comme stressantes, menaçantes ou dépassant les ressources disponibles dont dispose l'individu pour y faire face. L'adaptation est constituée par des actions menées par l'individu pour essayer de gérer l'événement vécu. Se distinguent deux types de stratégies de coping : celles axées sur le problème et celles centrées sur les émotions. Le *coping centré sur le problème* est constitué de l'ensemble des actions ayant pour but de résoudre le problème rencontré lors de l'événement vécu par l'individu : rechercher des informations pour le résoudre, élaborer un plan d'action pour faire face aux éléments stressants par exemple. Ainsi, ce coping a pour objectif d'agir sur la situation dans le but de la modifier. Quant aux stratégies de *coping centrées sur les émotions*, elles font référence aux éléments internes à l'individu et tentent d'atténuer les émotions négatives ressenties (recherche de soutien) ou de modifier l'évaluation primaire de la situation afin de la percevoir de façon moins menaçante, stressante. Ainsi, ces stratégies viennent influencer le vécu émotionnel de l'individu pour réduire le stress émanant de la situation. Les situations de stress ou de menace peuvent aussi impliquer des *stratégies d'évitement*. Ces dernières constituent un troisième type de stratégies de coping, développées par Endler et al. (1990 ; 1994). Elles consistent à développer des activités ou des modifications cognitives de la situation pour éviter la situation stressante. Elles sont divisibles en deux grandes catégories : un type de stratégie recherche les contacts sociaux pour déjouer la situation, aussi appelé *diversion sociale* ; l'autre type consiste à débuter une activité remplaçant celle contenant l'élément stressant, aussi appelé *distraction*.

Young (2005) étudie les liens entre les stratégies de coping et le TDAH à l'âge adulte et conclut que les adultes souffrant de TDAH utilisent des stratégies de régulation comportementale inadaptées (confrontation, évasion, absence de résolutions planifiées face au problème). Ainsi, lorsqu'ils sont confrontés à des situations stressantes, ils peuvent

réagir soit par des agressions, soit en affrontant la situation, ou bien en mettant en œuvre des stratégies d'évitement. Aussi, ils sont dans l'incapacité de résoudre les problèmes auxquels ils font face de manière planifiée et n'élaborent donc pas de plan d'action à suivre. Néanmoins, ils sont capables de réévaluer positivement des situations stressantes. De plus, les difficultés relationnelles (manque de soutien social, sentiment de solitude et de rejet) rencontrées par les adultes souffrant de TDAH affectent leur capacité à adopter des stratégies de coping adaptées, telle que la recherche de soutien social.

En regard de difficultés relationnelles que les adultes TDAH rencontrent, il est possible qu'ils fassent davantage appel à des stratégies de coping centrées sur les émotions. Young (2005) montre une corrélation négative entre les difficultés attentionnelles et la mise en place de stratégies de coping centrées sur l'émotion. Aussi, les adultes TDAH vont davantage faire preuve de stratégies de coping basées sur l'évitement, en recherchant une activité alternative à celle qu'ils évaluent comme stressante (distraction).

# PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Le TDAH est défini comme un trouble comportemental d'origine neuro-développementale qui affecte le développement psychologique des individus. La triade symptomatique d'inattention / impulsivité / hyperactivité, les difficultés exécutives et le trouble du cours de la pensée (tachypsychie, soit l'accélération excessive du rythme des pensées) ne sont pas sans impact sur la vie quotidienne d'un adulte souffrant de TDAH (Faraone et al., 2000 ; Busch et al., 2002 ; Plichta et Scheres, 2014). Aussi, de nombreuses comorbidités et caractéristiques associées s'ajoutent aux symptômes de ce trouble dans 75 % des cas à l'âge adulte (Camodeca et al., 2015), tels que la dépression, l'anxiété et les troubles bipolaires (Brod et al., 2012). Cela entraîne de fréquents troubles de l'humeur et de la régulation émotionnelle, des troubles anxieux et des troubles du sommeil. Ce trouble affecte donc le bien-être psychologique des personnes atteintes. Aussi, Vantalon (2014) souligne l'importance de l'impact développemental de ce trouble et met en avant ses répercussions sur les vies professionnelle, sociale et familiale : les difficultés émotionnelles et cognitives agissent directement sur la sphère comportementale. Les difficultés sociales et relationnelles influencent également les troubles émotionnels et cognitifs présents dans le TDAH. Cette circularité est à prendre en compte dans la compréhension des répercussions de ce trouble dans la vie quotidienne des adultes TDAH.

Le bien-être physique, mental et social (Luis et Lamboy, 2015) est en partie sous-tendu par les compétences psychosociales dont l'individu fait preuve. Ces dernières sont mises à mal par le TDAH et ont donc potentiellement un effet sur le bien-être global de la personne atteinte. L'étude des modes de régulation cognitive, émotionnelle et comportementale permettrait de mettre en avant le fonctionnement de chacun afin de mieux comprendre les répercussions de ce trouble sur la qualité de vie des personnes touchées par ce trouble.

Il est possible de s'appuyer sur de nombreux modèles : le modèle de Gross qui aborde la régulation cognitive émotionnelle, le modèle d'Harrington qui traite de la régulation émotionnelle notamment par l'intermédiaire de la tolérance ou non à la frustration et à l'inconfort et le modèle de Lazarus et Folkman qui étudie la régulation comportementale via les stratégies de coping. À ce jour, il n'existe pas de travaux mettant en relation les adultes souffrant de TDAH et ces trois notions (régulation émotionnelle, intolérance à la frustration et stratégies de coping).

La littérature actuelle met donc en avant la tendance des adultes souffrant de TDAH à ressentir davantage d'émotions négatives par rapport à des adultes « typiques ». En effet, la présence de comorbidités comme la dépression, l'anxiété et la dysrégulation émotionnelle peut influencer la mise en place de stratégies adaptées de régulation ou d'ajustement dans la vie quotidienne. En regard des différentes études citées précédemment, il est raisonnable de penser que les adultes souffrant de TDAH puissent présenter des difficultés à réguler leurs émotions, à tolérer la frustration, et à utiliser des stratégies de coping adaptées.

Ainsi, en regard des différents modèles utilisés, nous proposons de formuler les hypothèses suivantes :

- D'après le modèle de Gross, les adultes TDAH adopteraient davantage de stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle non adaptées (blâme de soi et autrui, rumination, dramatisation) que les sujets contrôles qui parviendraient à utiliser des stratégies adaptées (centration sur l'action, centration positive, réévaluation positive, acceptation, mise en perspective).
- En fonction du modèle de Harrington, il serait possible de formuler l'hypothèse que les adultes TDAH présenteraient plus de croyances irrationnelles relatives à l'intolérance à la frustration et à l'inconfort dans des situations stressantes et désagréables, que les sujets contrôles.
- Enfin, suivant le modèle de Lazarus et Folkman, nous présumons que les adultes TDAH puissent utiliser plus fréquemment des stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement dans les situations désagréables, que les adultes non porteurs du trouble.

Opérationnaliser ces idées reviendrait à poser les hypothèses suivantes :

- Il existerait un lien entre le TDAH et les difficultés de régulation cognitive émotionnelle : ainsi, au sein du CERQ (The Cognitive Emotional Regulation Questionnaire) les adultes souffrant de ce trouble obtiendraient un score plus élevé d'utilisation de stratégies inadaptées par rapport aux sujets contrôles qui auraient un score plus élevé d'emploi de stratégies adaptées.
- Il existerait un lien entre le TDAH et la difficulté de tolérer la frustration et l'inconfort : ainsi, les adultes hyperactifs auraient un score plus élevé d'intolérance à la frustration et à l'inconfort que les sujets contrôles à la FDS (Frustration Discomfort Scale).
- Il existerait un lien entre le TDAH et les stratégies de coping utilisées : le CISS (Coping Inventory for Stressfull Situations) montrerait que les adultes TDAH obtiendraient un score plus élevé d'utilisation de stratégies de coping centrées sur les émotions et l'évitement lors de situations désagréables et stressantes, alors que les sujets contrôles auraient un score plus élevé de stratégies de coping centrées sur la tâche.

# MÉTHODOLOGIE

## 1. Population de l'étude

Cette étude est constituée de deux groupes.

Le groupe TDAH est recruté au sein de la patientèle d'un médecin neurologue en cabinet libéral à Lyon (69006) et partenaire de ce travail. Les sujets devaient être âgés d'au moins 18 ans et présenter un diagnostic établi de TDAH pour pouvoir participer à cette étude. Le diagnostic devait être préalablement établi par le neurologue, suivant la même procédure : des éléments cliniques relevés au cours de la consultation, un appui sur les critères du DSM-5 et ceux avancés par Hallowell et Ratey (1984, Driven to Distraction), la passation des échelles WURS et SARS et la réalisation d'un bilan neuropsychologique objectivant un TDAH. Ce groupe clinique se compose de 49 personnes, dont 25 femmes (51.02%) avec un âge moyen de 41.52 ans (ET = 12.82, rang 57), et de 24 hommes (48.98%) d'âge moyen de 36.33 ans (ET = 13.33, rang 48). Il n'existe pas de différence significative d'âge moyen selon le genre ( $t = 1.388$  ;  $p = .172$ ).

Le second échantillon constitue le groupe contrôle (participants étant âgés d'au moins 18 ans sans diagnostic de TDAH). Il se compose de 149 personnes, dont 93 femmes (62.42%) avec un âge moyen de 39.10 ans (ET = 13.92, rang 51), et de 56 hommes (37.58%) avec un âge moyen de 31.43 ans (ET = 13.58, rang 49). Il existe une différence significative d'âge moyen selon le genre ( $t = 3.151$  ;  $p = .002$ ).

Les tableaux suivants reprennent la répartition des individus dans les groupes selon leur niveau d'étude (tableau 1) ainsi que les données sociodémographiques (âge, sexe) qui leurs sont propres (tableau 2).

Tableau 1 : Nomenclature des niveaux d'études

	Groupe TDAH	Groupe contrôle
<b>Niveau 1</b> (< BAC, CAP, BEP)	8.2% (n=4)	7.4% (n=11)
<b>Niveau 2</b> (BAC, BAC pro, BAC +1, BAC +2)	20.4% (n=10)	20.8% (n=31)
<b>Niveau 3</b> (BAC +3)	14.3% (n=7)	21.5% (n=32)
<b>Niveau 4</b> (BAC +4, BAC +5, BAC +6)	42.8% (n=21)	45.6% (n=68)
<b>Niveau 5</b> (BAC +8 doctorant)	14.3% (n=7)	4.7% (n=7)

Tableau 2 : Données démographiques des deux populations étudiées (groupe TDAH et groupe contrôle)

	Groupe TDAH		Groupe contrôle		Comparaison de groupe	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Khi <sup>2</sup>	p
<b>Sexe</b>	51.02% (n=25)	48.98% (n=24)	62.42% (n=93)	37.58% (n=56)	1.99	.16
Mean (S.D.)						
	Femme	Homme	Femme	Homme	t	p
<b>Âge</b>	41.52 (12.82)	36.33 (13.33)	39.10 (13.92)	31.43 (13.58)	1.2	.23

Notes : Khi<sup>2</sup> = Test du Khi<sup>2</sup> ; t = Test t de Student aux échantillons indépendants ; p = p-value.

## 2. Outils méthodologiques

Afin d'affiner les critères d'inclusion et d'exclusion des adultes dans le groupe TDAH de l'étude, un questionnaire est adressé à ces participants pour obtenir des informations sur l'âge, le genre, le niveau socio-culturel / d'études, la profession, l'âge au moment du diagnostic, les antécédents (moments vitaux adversatifs (si oui, lesquels ?), pathologie neurologique (AVC, SEP, maladie neurodégénérative...), troubles « dys », troubles psychiatriques (bipolarité, schizophrénie, dépression...)). Sont également questionnés la présence ou non d'une prise en charge du trouble (si oui, type et durée de la prise en charge) et s'il y a ou non un traitement médicamenteux. De plus, le vécu subjectif de la répercussion du TDAH sur leur vie quotidienne a été évaluée par des curseurs de 0 à 10 sur la capacité à faire preuve d'attention, de concentration, d'organisation/initiation, d'impulsivité, mais aussi l'impact sur la vie affective et sociale (difficultés relationnelles, peur du regard des autres...), sachant que 0 = aucune difficulté/impact et 10 = beaucoup de difficultés/impacts.

Pour les adultes du groupe contrôle, un questionnaire similaire est proposé : âge, genre, niveau d'études, profession, antécédents médicaux et s'ils présentent ou non quelconques troubles.

En plus des données sociodémographiques et de santé citées précédemment, l'enquête se composait de trois questionnaires validés en français. La facilité et rapidité de passation (20 minutes) de ces derniers en font un outil pertinent pour cette étude, tout en étant particulièrement adaptés à la difficulté des adultes TDAH à rester concentrés et impliqués longtemps dans une activité et prévenir ainsi des biais dans le recueil des données.

À l'issue des trois questionnaires, un retour des participants du groupe TDAH sur le vécu du trouble dans la vie courante semble pertinent pour analyser au mieux les données recueillies par l'auto-questionnaire.

### 2.1. CERQ : The Cognitive Emotional Regulation Questionnaire

Ce questionnaire a été élaboré et développé par Garnefski et son équipe en 2001 afin d'évaluer les composantes cognitives développées par l'individu pour réguler ses émotions et d'évaluer les stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle utilisées pour faire face à des situations ou expériences de vie stressantes, désagréables ou négatives. Plus tard, cet outil a fait l'objet d'une validation française chez l'adulte par Jermann et al. en 2006.

Le questionnaire CERQ est organisé de la façon suivante : le sujet doit répondre à 36 items par l'intermédiaire d'une échelle de Likert en cinq points, allant de « Presque jamais » (1) à « Presque toujours » (5). La réponse à l'item doit refléter ce que l'individu pense en général après avoir vécu des évènements négatifs ou désagréables. Neuf stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle sont étudiées avec quatre items d'évaluation par type de stratégie (avec des  $\alpha$  de Cronbach allant de .68 à .83). Ces différentes stratégies reflètent un mode de régulation adaptatif ou non-adaptatif. Parmi les régulations adaptatives, on retrouve les cinq stratégies suivantes :

- **L'acceptation** : accepter l'évènement désagréable qui vient d'être vécu. Item d'exemple (20) : « *Je pense que je ne peux rien changer à ce qui s'est passé* ».
- **La centration positive** : centrer ses pensées sur des évènements agréables au lieu de penser à ce que l'on vient de vivre. Item d'exemple (4) : « *Je pense à des choses plus agréables que celles que j'ai vécues* ».
- **La centration sur l'action** : penser à l'action qui vient de se dérouler et à la façon dont elle aurait pu se dérouler autrement pour mieux gérer ce qui vient d'être vécu. Item d'exemple (32) : « *Je pense à un plan concernant la meilleure façon de faire* ».
- **La réévaluation positive** : modifier la perception de l'évènement négatif ou désagréable qui vient d'être vécu en lui attribuant une valeur bénéfique. Item d'exemple (15) : « *Je pense pouvoir devenir une personne plus forte suite à ce qui s'est passé* ».
- **La mise en perspective** : penser à des choses qui permettent de relativiser l'évènement qui vient d'être vécu. Item d'exemple (7) : « *Je pense que tout cela aurait pu être bien pire* ».

Parmi les stratégies faisant référence à une régulation non-adaptative, elles sont au nombre de quatre :

- **Blâme de soi** : se dire que c'est à cause de soi-même que l'évènement a eu lieu de telle façon. Item d'exemple (10) : « *J'ai le sentiment que je suis responsable de ce qui s'est passé* ».
- **Rumination** : se répéter continuellement l'évènement désagréable qui vient d'être vécu. Item d'exemple (12) : « *Je suis préoccupé(e) par ce que je pense et ce que je ressens concernant ce que j'ai vécu* ».
- **Dramatisation** : augmenter le caractère négatif de ce qui vient d'être vécu. Item d'exemple (26) : « *Je pense souvent que ce que j'ai vécu est le pire qui puisse arriver à quelqu'un* ».
- **Blâme d'autrui** : penser que c'est à cause d'autrui ou de l'environnement que l'on a vécu la situation. Item d'exemple (36) : « *J'ai le sentiment qu'au fond les autres sont la cause de ce qui s'est passé* ».

Les réponses renseignées par l'intermédiaire de l'échelle de Likert en cinq points permettent de calculer des scores par type de stratégie de régulation cognitivo-émotionnelle. Plus le score à l'un des types de stratégie est élevé, plus il s'agira de la régulation dont fait preuve l'individu. Cela permettra de déterminer si l'individu a davantage tendance à mettre en place des stratégies adaptatives ou non.

## 2.2. FDS : Frustration Discomfort Scale

L'échelle d'inconfort et de frustration a été développée par Harrington en 2005. La version originale de cette échelle est constituée de 28 items avec quatre sous-échelles composées de sept items chacune. La validation française

de la FDS a été réalisée par Chamayou et al. en 2015. Ce questionnaire évalue l'intensité de certaines croyances irrationnelles afin de déterminer le niveau de tolérance d'un individu faisant face à la frustration et à l'inconfort.

La version française retient 23 items qui évaluent quatre dimensions de l'intolérance :

- **L'intolérance aux contraintes** : l'individu exige que la vie soit agréable et tranquille, il ne doit pas exister de contre-temps ou d'imprévus. Item d'exemple (5) : « *Je déteste faire des tâches qui me paraissent trop difficiles* » (5 items vont évaluer cette dimension).
- **L'intolérance à l'insatisfaction et à l'injustice** : l'individu exige des valorisations. Il désire l'équité et la gratification immédiate. Item d'exemple (2) : « *Je ne supporte pas l'idée de devoir attendre pour les choses que je voudrais immédiatement* » (7 items vont évaluer cette dimension).
- **L'intolérance émotionnelle / aux émotions inconfortables** : l'individu ne tolère en aucun cas les situations de détresse émotionnelle. Item d'exemple (27) : « *Je déteste perdre le contrôle sur mes sentiments* » (5 items vont évaluer cette dimension).
- **L'intolérance à l'échec** : l'individu fait preuve d'un besoin de réussite et de perfectionnisme avec des grandes exigences sociales et personnelles. Item d'exemple (12) : « *Je ne supporte pas de devoir revoir à la baisse mes attentes même si cela pouvait m'aider* » (6 items vont évaluer cette dimension).

Les sujets doivent répondre aux différents items sur une échelle de Likert en cinq points, allant de « Pas du tout d'accord » (1) à « Tout à fait d'accord » (5), avec des  $\alpha$  de Cronbach satisfaisant (entre .84 et .88), donnant une consistance globale de l'échelle à .94. Ainsi, on obtient un score moyen pour chaque dimension (somme des notes attribuées à chaque item) : plus le score est élevé, plus il est difficile pour l'individu de gérer la frustration et l'inconfort.

## 2.3. CISS : The Coping Inventory for Stressfull Situations

L'inventaire de coping pour situations stressantes (CISS) a été élaboré par Endler et Parker en 1990. Une adaptation française a été réalisée par Rolland en 1998. L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer de quelle façon les individus font face aux situations stressantes et comment ils gèrent le stress en mettant en place des stratégies de coping. La CISS est constituée de 48 items auxquels le sujet répond par l'intermédiaire d'une échelle de Likert en 5 points allant de « Pas du tout » (1) à « Beaucoup » (5). Il est demandé à l'individu dans quelle mesure il tend à s'engager dans un certain type d'activités lorsqu'il se retrouve dans une situation stressante : la totalité de ses réponses va donc refléter la façon dont la personne fait face à ce type de situation. Les différents items évaluent trois échelles de coping :

- **Le coping centré sur la tâche / le problème** : utilisation de stratégies pour résoudre le problème ou atténuer ses répercussions en réorganisant la situation. Ainsi, la cognition est particulièrement impliquée pour restructurer l'événement. Item d'exemple (1) : « *Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à mieux organiser le temps dont je dispose* ». 16 items vont évaluer cette échelle de coping.
- **Le coping centré sur l'émotion** : les stratégies sont orientées sur la personne, donc sur ses réponses émotionnelles et ses ressentis afin de réduire le stress suscité par la situation rencontrée (mais cela peut aussi

augmenter le stress dans certains cas). Item d'exemple (5) : « *Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à me reprocher de perdre du temps* ». 16 items vont évaluer cette échelle de coping.

- **Le coping centré sur l'évitement (avec les composantes : distraction et diversion sociale)** : il est composé de stratégies d'évitement orientées vers la tâche, comme le phénomène de distraction par exemple, où l'individu change d'activité pour fuir la situation désagréable. Il peut aussi être constitué de stratégies d'évitement orientées vers l'émotion par l'intermédiaire d'un phénomène de diversion sociale : l'individu va voir d'autres personnes lorsqu'il se retrouve dans une situation stressante. Item d'exemple d'évitement (3) : « *je repense à de bons moments que j'ai connus* » (16 items vont évaluer cette échelle de coping). Item d'exemple de distraction (9) : « *je fais du lèche-vitrine, du shopping* » (6 items vont évaluer cette échelle de coping). Item d'exemple de diversion sociale (4) : « *Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes* » (5 items vont évaluer cette échelle de coping).

Ainsi, on calcule cinq notes brutes qui correspondent à chacune des cinq échelles. Le score possible obtenu s'étend de 16 à 80 pour les trois notes brutes des échelles de base : tâche, émotion, évitement. D'autre part, on obtient deux notes brutes pour les deux composantes de l'échelle évitement : la note peut aller de 8 à 40 pour la distraction, et de 5 à 25 pour la diversion sociale. Ces notes brutes sont ensuite converties en notes standard (T) ayant pour moyenne 50 et un écart-type de 10 (pour toutes les échelles). Plus la note est élevée, plus le sujet fait appel à la stratégie de coping donnée.

## 2.4. Procédure d'administration

Comme évoqué plus haut, les sujets constituant le groupe TDAH ont été contactés par l'intermédiaire d'un neurologue partenaire qui s'est chargé de leur présenter ce travail de recherche. Un moment d'échange entre eux a eu lieu pour leur proposer l'étude et pour s'assurer de leur consentement oral. Les sujets du groupe contrôle ont été sollicités dans une large sphère professionnelle et personnelle et se sont portés volontaires pour participer à cette étude.

Les deux groupes ont participé à l'étude par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire disponible en ligne. En cliquant sur le lien fourni par mail, les participants sont dans un premier temps informés de la raison d'être de l'étude et de son cadre de réalisation. Pour le groupe clinique, il est précisé que l'étude traite de l'impact du trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité sur la qualité de vie au quotidien dans l'objectif d'améliorer les prises en charge et les accompagnements. Pour le groupe contrôle, il est précisé que leur contribution permet de recueillir leurs ressentis et leurs réactions face à des situations de la vie courante en tant que personnes ne présentant pas de TDAH afin de mieux cerner les difficultés spécifiques des personnes atteintes. Pour les deux groupes, des instructions sont données sur le bon déroulement du test ainsi que sa durée de passation (30 minutes). D'autre part, sont abordés les sujets de consentement, de respect de la vie privée et de confidentialité. Enfin, un contact est donné (téléphone et mail) pour tout complément d'information et pour accéder aux résultats finaux de l'étude si les participants le souhaitent. Un recueil d'informations au préalable de la passation des trois questionnaires est rempli par les participants afin de pouvoir

contrôler certaines variables et d'obtenir le plus d'informations pour interpréter de façon la plus pertinente possible les résultats de cette étude.

Cette recherche a été menée de mi-novembre 2020 à fin février 2021.

## 2.5. Analyses statistiques

Les analyses statistiques des données obtenues par l'intermédiaire des questionnaires ont été effectuées avec le logiciel JASP. Afin de déterminer les tests statistiques à utiliser pour comparer les moyennes des groupes TDAH et contrôles, il faut vérifier la normalité des deux distributions. Le test de Shapiro-Wilk met en avant des résultats significativement différents donc nous utiliserons le test U de Mann-Whitney afin de comparer les moyennes des différents types de régulations utilisés par les adultes TDAH et les sujets contrôles, soit la comparaison des moyennes des scores obtenus aux variables d'intolérance à la frustration, de stratégies de coping et de régulation émotionnelle. Pour rappel, ce test statistique non-paramétrique U de Mann-Whitney utilise les médianes (et non les moyennes) afin de comparer les groupes.

Afin d'aller plus loin dans l'analyse des données recueillies, il est apparu pertinent de réaliser des corrélations de Spearman (test non-paramétrique en raison de la non-normalité des distributions) afin de mettre en évidence si deux variables quantitatives sont linéairement liées, et si oui si elles le sont de façon positive ou négative. Les analyses corrélationnelles sont portées sur le vécu du TDAH dans la vie quotidienne, les scores aux échelles FDS, CERQ et CISS ainsi que l'âge du sujet et l'âge auquel le diagnostic a été posé. Pour ces différentes analyses statistiques, le seuil de significativité retenu est de  $p \leq .05$ .

## 3. Résultats

### 3.1. Statistiques descriptives

Cette étude regroupe des adultes ayant été diagnostiqués TDAH à un âge moyen de 36.90 ans (S.D. = 13.91). Parmi eux, 39 ont eu ou ont actuellement une prise en charge liée à ce trouble, soit 79.59% d'entre eux. Les prises en charge sont différentes selon les individus : la majorité est médicamenteuse, impliquant alors un suivi neurologique, mais il y a également des adultes qui complètent leur accompagnement par un suivi psychologique (thérapie comportementale, EMDR), neuropsychologique (remédiation cognitive, éducation thérapeutique) et en orthophonie/psychomotricité/ergothérapie selon les troubles associés qu'ils présentent (troubles « dys » notamment).

Les scores au CERQ, FDS et CISS des patients et des sujets contrôles sont présentés dans le troisième tableau (Tableau 3), ainsi que les résultats aux tests U de Mann-Whitney.

Aussi, la présence d'antécédents et de troubles associés au TDAH est de 65.31%, soit 32 adultes sur 49. Plus précisément, les participants du groupe TDAH présentent des troubles « dys » (26.53%), des troubles psychiatriques (38.77%) comme des troubles anxieux, des syndromes dépressifs et des événements de vie traumatisques (22.45%), avec parfois la coexistence de plusieurs troubles associés chez un même individu.

Enfin, les adultes issus du groupe TDAH estiment les répercussions néfastes et gênantes de ce trouble dans leur quotidien à 6.90 (S.D. = 1.61). Afin d'obtenir des informations complémentaires et questionner l'impact des troubles associés au TDAH, il paraissait intéressant d'effectuer des comparaisons de moyennes au sein même du groupe TDAH entre la présence ou non d'antécédents / de troubles associés (troubles dys, troubles psychiatriques et événements de vie traumatisante) et le vécu subjectif des répercussions du trouble sur la vie quotidienne. L'ensemble des résultats sont repris dans le Tableau 4.

### 3.2. Comparaisons de moyennes des groupes TDAH et contrôles

Les tests statistiques de Mann-Whitney ont permis de mettre en évidence des différences significatives entre les adultes TDAH et les adultes contrôles dans l'utilisation des stratégies de régulations émotionnelles, cognitives et comportementales (Tableau 3).

En premier lieu, le groupe TDAH et le groupe contrôle ont des moyennes significativement différentes pour les quatre scores d'intolérance à la frustration ( $p < .001$ ). Ces résultats indiquent que les adultes TDAH ont fortement tendance à être plus intolérants à la frustration que les adultes du groupe contrôle, et ce, quelle que soit les dimensions : intolérance aux contraintes, à l'insatisfaction et à l'injustice, aux émotions inconfortables et à l'échec.

Concernant les stratégies cognitives de régulation émotionnelle, les résultats mettent en évidence que les adultes TDAH mettent plus en place une régulation non-adaptée (Mdn = 43.00) que les adultes issus du groupe contrôle (Mdn = 37.00),  $U = 4956, p < .001$ . Le blâme de soi va notamment être plus manifeste chez les adultes hyperactifs (Mdn = 14.00) que les adultes contrôles (Mdn = 10.00),  $U = 5210, p < .001$ . Les adultes TDAH auront aussi tendance à davantage faire preuve de rumination ( $p = .024$ ) et de dramatisation ( $p = .007$ ) que les sujets ne présentant pas de trouble de l'attention. Inversement, les adultes issus du groupe contrôle vont davantage parvenir à faire preuve d'une régulation cognitivo-émotionnelle adaptée (Mdn = 68.00) que les sujets TDAH (Mdn = 60.00),  $U = 2701, p = .006$  à l'aide de stratégies cognitives de régulation émotionnelle telles que la « réévaluation positive »,  $U = 2724, p = .008$ , et la « mise en perspective »,  $U = 2581, p = .002$ .

En ce qui concerne les stratégies de coping, les adultes TDAH vont davantage mettre en place des stratégies de coping centrées sur l'émotion (Mdn = 50.00) que les adultes contrôles (Mdn = 44.00),  $U = 4568, p = .008$ . Enfin, l'adaptation à la situation par « centration sur la tâche » ( $p < .001$ ), « évitement » ( $p = .013$ ) et plus précisément « diversion » ( $p < .001$ ) sont préférentiellement utilisées par les adultes non porteurs de TDAH.

**Tableau 3 : Tests U de Mann-Whitney et scores médians aux tests pour chaque sous-échelle d'intolérance à l'insatisfaction, de régulation cognitivo-émotionnelle et de stratégies de coping**

	Variables	Groupe Contrôle		Groupe TDAH		U	p
		Mdn	S.D.	Mdn	S.D.		
Intolérance à la frustration	Aux contraintes	3.25	(0.78)	4.00	(0.66)	5248	<b>&lt;.001***</b>
	À l'insatisfaction et à l'injustice	3.33	(0.71)	4.17	(0.55)	5669	<b>&lt;.001***</b>
	Aux émotions inconfortables	3.25	(0.74)	4.00	(0.67)	5215	<b>&lt;.001***</b>
	À l'échec	3.40	(0.70)	4.00	(0.55)	5659	<b>&lt;.001***</b>
Régulation cognitivo-émotionnelle	Blâme de soi	10.00	(3.63)	14.00	(3.80)	5210	<b>&lt;.001***</b>
	Acceptation	14.00	(3.36)	13.00	(3.45)	3224	.219
	Rumination	13.00	(3.73)	15.00	(3.82)	4432	<b>.024*</b>
	Centration positive	10.00	(4.07)	8.00	(3.70)	3018	.069
	Centration sur l'action	15.00	(3.63)	14.00	(3.93)	3387	.449
	Réévaluation positive	15.00	(4.12)	11.00	(4.26)	2724	<b>.008**</b>
	Mise en perspective	14.00	(3.56)	11.00	(3.82)	2581	<b>.002**</b>
	Dramatisation	6.00	(3.12)	8.00	(3.72)	4577	<b>.007**</b>
	Blâme d'autrui	7.00	(2.58)	8.00	(3.44)	4310	.056
	Régulation adaptée	68.00	(13.80)	60.00	(14.00)	2701	<b>.006**</b>
Stratégies de coping	Régulation non adaptée	37.00	(9.93)	43.00	(10.51)	4956	<b>&lt;.001***</b>
	Tâche	59.00	(10.32)	44.00	(12.74)	1400	<b>&lt;.001***</b>
	Émotion	44.00	(13.35)	50.00	(9.43)	4568	<b>.008**</b>
	Évitement	42.00	(11.62)	36.00	(10.04)	2788	<b>.013*</b>
	Distraction	13.00	(4.87)	13.00	(5.26)	3697	.895
	Diversion	14.00	(4.92)	9.00	(4.86)	2041	<b>&lt;.001***</b>

Notes : Mdn = Median ; S.D. = Standard Deviation

Notes : Tests significatifs si : \*p<.05 ; \*\*p<.01 ; \*\*\*p<.001

Pour aller plus loin, il a également été intéressant de comparer les moyennes des individus constituant le groupe TDAH quant à la présence ou non de troubles associés et au vécu subjectif des répercussions du trouble dans leur vie quotidienne. La réalisation de tests statistiques de Mann-Whitney a comparé les moyennes entre le vécu subjectif du trouble dans la vie quotidienne (moyenne de cinq estimations réalisées par le sujet) et la présence ou l'absence d'antécédents et/ou troubles associés (troubles dys, troubles psychiatriques et événements de vie traumatisques). Les résultats sont repris dans le tableau 4.

Les résultats obtenus mettent en avant des moyennes significativement différentes entre les individus présentant des troubles psychiatriques ( $Mdn = 7.60$ ) comparativement aux sujets ne présentant pas d'antécédents ni de troubles associés ( $Mdn = 6.80$ ),  $U = 79.00$ ,  $p = .009^{**}$ . Il en est de même pour les sujets ayant vécus un événement de vie traumatisque ( $Mdn = 7.40$ ),  $U = 51.50$ ,  $p = .050^*$ . Cependant, on n'observe pas de différence significative quant au vécu subjectif des répercussions du TDAH entre les sujets présentant des troubles dys et ceux ne présentant pas de troubles associés.

**Tableau 4 : Tests U de Mann-Whitney et vécus subjectifs des répercussions du TDAH médians en fonction des troubles associés**

	Pas d'antécédents / troubles associés		Troubles DYS		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>Mdn</i>	<i>S.D.</i>	<i>Mdn</i>	<i>S.D.</i>		
<b>Vécu subjectif des répercussions du TDAH</b>	6.80	(1.55)	7.00	(1.87)	84.50	0.28
<b>Passer à la ligne suivante</b>						
	Pas d'antécédents / troubles associés		Troubles psychiatriques		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>Mdn</i>	<i>S.D.</i>	<i>Mdn</i>	<i>S.D.</i>		
<b>Vécu subjectif des répercussions du TDAH</b>	6.80	(1.55)	7.60	(1.43)	79.00	.009**
<b>Passer à la ligne suivante</b>						
	Pas d'antécédents / troubles associés		Événements de vie traumatisques		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>Mdn</i>	<i>S.D.</i>	<i>Mdn</i>	<i>S.D.</i>		
<b>Vécu subjectif des répercussions du TDAH</b>	6.80	(1.55)	7.40	(1.20)	51.50	.050*

Notes :  $Mdn$  = Median ;  $S.D.$  = Standard Deviation

Notes : Tests significatifs si : \* $p < .05$  ; \*\* $p < .01$  ; \*\*\* $p < .001$

### 3.3. Analyses corrélationnelles

Afin d'aller plus loin dans l'analyse des données recueillies, des analyses corrélationnelles ont été réalisées entre le vécu subjectif des manifestations du TDAH dans la vie quotidienne et les scores des individus aux échelles FDS, CERQ et CISS (résultats dans le Tableau 5).

D'autres analyses ont été réalisées entre le ressenti des répercussions et des manifestations du TDAH avec l'âge du sujet et l'âge auquel le diagnostic a été posé. Les résultats obtenus aux différentes analyses réalisées ont mis en avant des liens de corrélation (Tableau 6).

**Tableau 5:** Corrélations de Spearman entre le vécu des répercussions du TDAH dans la vie quotidienne et les scores obtenus aux échelles FDS, CERQ et CISS

	Répercussions TDAH sur VQ	Attention / Concentration	Organisation / Initiation	Impact sur vie sociale / affective	Impulsivité
<b>Tâche</b>	$r = -.282$ $p = .050$	<b><math>r = -.344</math></b> <b><math>p = .016^*</math></b>	$r = -.187$ $p = .199$	$r = -.078$ $p = .592$	$r = -.143$ $p = .325$
	$r = .317$ $p = .026^*$	<b><math>r = .286</math></b> <b><math>p = .047^*</math></b>	$r = .063$ $p = .667$	<b><math>r = .317</math></b> <b><math>p = .027^*</math></b>	$r = .168$ $p = .248$
<b>Émotion</b>	$r = -.053$ $p = .715$	$r = -.129$ $p = .376$	$r = .075$ $p = .611$	$r = -.144$ $p = .325$	$r = -.003$ $p = .982$
	$r = .120$ $p = .412$	$r = .075$ $p = .608$	$r = .080$ $p = .584$	$r = -.024$ $p = .869$	$r = .104$ $p = .475$
<b>Distraction</b>	$r = -.202$ $p = .164$	<b><math>r = -.290</math></b> <b><math>p = .063^*</math></b>	$r = .039$ $p = .789$	$r = .184$ $p = .205$	$r = -.108$ $p = .458$
	$r = .252$ $p = .081$	$r = .228$ $p = .115$	$r = .174$ $p = .232$	$r = .213$ $p = .142$	$r = .181$ $p = .213$
<b>Intolérance à l'insatisfaction et à l'injustice</b>	$r = -.118$ $p = .421$	$r = -.038$ $p = .796$	$r = -.199$ $p = .170$	$r = -.042$ $p = .774$	$r = .042$ $p = .777$
	$r = -.028$ $p = .846$	$r = -.089$ $p = .544$	$r = -.170$ $p = .243$	$r = .104$ $p = .477$	$r = .206$ $p = .155$
<b>Intolérance à l'échec</b>	$r = .070$ $p = .632$	$r = .148$ $p = .311$	$r = .002$ $p = .988$	$r = .134$ $p = .359$	$r = .005$ $p = .972$
<b>Blâme de soi</b>	$r = .207$	<b><math>r = .282</math></b>	$r = .022$	$r = .266$	$r = -.004$

	$p = .154$	$p = .050^*$	$p = .880$	$p = .065$	$p = .976$
<b>Acceptation</b>	$r = .089$	$r = .117$	$r = -.010$	$r = .108$	$r = .112$
	$p = .542$	$p = .425$	$p = .944$	$p = .459$	$p = .442$
<b>Rumination</b>	<b><math>r = .358</math></b>	<b><math>r = .336</math></b>	$r = .214$	$r = .216$	$r = .216$
	<b><math>p = .011^*</math></b>	<b><math>p = .018^*</math></b>	$p = .140$	$p = .136$	$p = .136$
<b>Centration positive</b>	$r = -.025$	$r = -.130$	$r = -.051$	$r = -.044$	$r = .098$
	$p = .864$	$p = .373$	$p = .727$	$p = .763$	$p = .503$
<b>Centration sur l'action</b>	$r = -.105$	$r = -.96$	$r = -.016$	$r = -.249$	$r = .010$
	$p = .474$	$p = .511$	$p = .911$	$p = .085$	$p = .943$
<b>Réévaluation positive</b>	$r = .080$	$r = -.010$	$r = .195$	$r = -.011$	$r = -.016$
	$p = .583$	$p = .946$	$p = .180$	$p = .939$	$p = .911$
<b>Mise en perspective</b>	$r = .103$	$r = -.003$	$r = .108$	$r = -.036$	$r = .152$
	$p = .483$	$p = .983$	$p = .460$	$p = .805$	$p = .297$
<b>Dramatisation</b>	$r = .231$	$r = .241$	$r = -.020$	$r = .232$	$r = .100$
	$p = .111$	$p = .096$	$p = .893$	$p = .109$	$p = .493$
<b>Blâme d'autrui</b>	$r = .044$	$r = .075$	$r = -.059$	$r = -.084$	$r = .198$
	$p = .763$	$p = .611$	$p = .685$	$p = .566$	$p = .173$
<b>Régulation adaptée</b>	$r = .038$	$r = -.037$	$r = .068$	$r = -.068$	$r = .093$
	$p = .793$	$p = .803$	$p = .642$	$p = .642$	$p = .525$
<b>Régulation non-adaptée</b>	<b><math>r = .301</math></b>	<b><math>r = .334</math></b>	$r = .059$	$r = .229$	$r = .177$
	<b><math>p = .036^*</math></b>	<b><math>p = .019^*</math></b>	$p = .685$	$p = .114$	$p = .224$

Notes : N = 49

Notes : ddl = 47. Tests significatifs si : \* $p < .05$  ; \*\* $p < .01$  ; \*\*\* $p < .001$

**Tableau 6 : Corrélations de Spearman entre les vécus des répercussions et manifestations du TDAH dans la vie quotidienne, l'âge de l'individu et son âge au moment du diagnostic**

	<b>Répercussions TDAH sur VQ</b>	<b>Attention / Concentration</b>	<b>Organisation / Initiation</b>	<b>Impact sur vie sociale / affective</b>	<b>Impulsivité</b>
<b>Âge</b>	<b><math>r = .372</math></b>	<b><math>r = .358</math></b>	$r = .151$	<b><math>r = .329</math></b>	$r = .243$
	<b><math>p = .008^{**}</math></b>	<b><math>p = .012^*</math></b>	$p = .300$	<b><math>p = .021^*</math></b>	$p = .093$
<b>Âge du diagnostic</b>	<b><math>r = .338</math></b>	<b><math>r = .334</math></b>	$r = .148$	<b><math>r = .294</math></b>	$r = .204$
	<b><math>p = .018^{**}</math></b>	<b><math>p = .019^{**}</math></b>	$p = .311$	<b><math>p = .041^*</math></b>	$p = .160$

Notes : N = 49

Notes : ddl = 47. Tests significatifs si : \* $p < .05$  ; \*\* $p < .01$  ; \*\*\* $p < .001$

## DISCUSSION

Ce travail de recherche a pour objectif de mettre en évidence les stratégies de régulation cognitive, émotionnelle et comportementale mises en place par les adultes souffrant d'un TDAH lorsqu'ils se trouvent dans des situations désagréables ou stressantes de la vie quotidienne. Les capacités à tolérer la frustration, à réguler ses émotions et à employer des stratégies de coping adaptées sont étudiées. Les hypothèses émises précédemment formulaient l'idée que les adultes TDAH adopteraient davantage de stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle non adaptées (blâme de soi et autrui, rumination, dramatisation) que les sujets contrôles qui parviendraient à utiliser des stratégies adaptées (centration sur l'action, centration positive, réévaluation positive, acceptation, mise en perspective). Aussi, était émise l'idée que les sujets TDAH présenteraient plus de croyances irrationnelles relatives à l'intolérance à la frustration et à l'inconfort dans des situations stressantes et désagréables, que les sujets contrôles. Enfin, il y avait la présomption que les adultes utiliseraient plus fréquemment des stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement dans les situations désagréables, que les adultes non porteurs du trouble.

Nos résultats ont mis en évidence que les adultes TDAH ont un taux d'intolérance à la frustration (aux contraintes, à l'insatisfaction et à l'injustice, aux émotions inconfortables et à l'échec) qui est plus important que les adultes du groupe contrôle. Aussi, ils font davantage preuve d'une régulation émotionnelle inadaptée comparativement aux participants du groupe contrôle qui ont principalement une régulation adaptée en se basant davantage sur la réévaluation positive et la mise en perspective. Quant à eux, les adultes TDAH régulent plus leurs émotions par le blâme de soi, la rumination et la dramatisation que les participants issus du groupe contrôle. Enfin, les adultes TDAH et contrôles font également usage de stratégies de coping de façon différente. En effet, les sujets hyperactifs vont davantage avoir recours à des stratégies de coping centrées sur les émotions tandis que les sujets issus du groupe contrôle vont plutôt utiliser des stratégies de coping basées sur la tâche, l'évitement et plus spécifiquement sur la diversion.

Donc les résultats issus de cette recherche permettent de vérifier partiellement les hypothèses formulées préalablement.

La première hypothèse qui concernait le modèle de Gross à propos des stratégies cognitives de régulation émotionnelle a été vérifiée. Elle mentionnait que les adultes souffrant de TDAH obtiendraient un score plus élevé d'utilisation de stratégies inadaptées par rapport aux sujets contrôles qui auraient un score plus élevé d'emploi de stratégies adaptées. Plus précisément, les réponses fournies par les adultes hyperactifs montrent une tendance à davantage avoir recours au blâme de soi, à la rumination et la dramatisation. Contrairement à ces derniers, les participants constituant le groupe contrôle feraient essentiellement preuve de régulation émotionnelle avec une plus grande tendance à se centrer sur la réévaluation positive et la mise en perspective lorsqu'ils se trouvent dans une situation stressante ou désagréable.

Ces résultats vont dans le sens de la littérature indiquant que les stratégies de régulation émotionnelle participent au développement et au maintien de troubles émotionnels, en particulier lorsqu'elles sont inadaptées à la situation vécue

par l'individu (Jermann et al, 2006). Le TDAH à l'âge adulte a pour comorbidité l'instabilité émotionnelle avec la présence d'une dysrégulation qui entraîne une difficulté de régulation des émotions avec l'utilisation de stratégies inadaptées (Rüfenacht et al, 2019). Aussi, Garnefski et al. (2001 et 2007) ont réalisé des travaux montrant que les personnes adoptant des stratégies inadaptées vont davantage faire preuve de symptômes de dépression et d'anxiété. Ainsi, les adultes TDAH vont être plus enclins à ressentir des émotions négatives et présenter des troubles dépressifs et anxieux compte tenu qu'ils mettent majoritairement en place des stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle inadaptées. En raison des phénomènes d'interaction existants entre les troubles émotionnels et les stratégies de régulation, il paraît important de prendre en charge conjointement les difficultés de régulation émotionnelle et les troubles psychiatriques comme les syndromes anxieux, dépressifs et la dysrégulation émotionnelle chez les adultes hyperactifs. En leur apprenant à faire face de façon plus adaptée à une situation désagréable ou stressante, les sujets TDAH seraient possiblement moins enclins à éprouver des émotions négatives et donc cela favorisera l'adoption de stratégies cognitives plus adéquates de régulation émotionnelle.

Est donc mis en avant par ces résultats une circularité entre les manifestations du TDAH et l'inadaptation de la régulation émotionnelle : l'incapacité à faire preuve de stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle adaptées va augmenter le risque de présenter des symptômes dépressifs et anxieux, renforcer les caractéristiques du trouble comme le besoin direct de récompense ; éléments qui vont à leur tour favoriser la mise en place d'une régulation cognitivo-émotionnelle non-adaptée. Ce travail de recherche vérifie les liens évoqués dans la littérature entre les stratégies de régulation cognitives non-adaptatives et les comportements externalisés (colère, agressivité, troubles des conduites sociales) (Garnefski et Kraaij, 2007 ; Aldao et Nolen-Hoeksema, 2010). Il pourrait être intéressant d'étudier davantage les liens de causalité entre l'utilisation de stratégies cognitives de régulation émotionnelles inadaptées et les comportements internalisés (anxiété, dépression) qui sembleraient également être liés.

La seconde hypothèse avançait que les adultes hyperactifs auraient un score plus élevé d'intolérance à la frustration et à l'inconfort que les sujets contrôles à la FDS (Frustration Discomfort Scale), a également été validée.

Précédemment, il a été mis en évidence que les individus TDAH font preuve d'une régulation cognitivo-émotionnelle inadaptée et que cela est un important facteur causal de troubles psycho-affectifs, comportementaux et émotionnels (Harrington, 2003). La littérature met en avant que le facteur d'intolérance à la frustration, de façon générale, viendrait conforter l'émergence de troubles psycho-affectifs d'après Ellis en 2003. Harrington (2005 a, b, c) associe le concept d'intolérance avec la présence de troubles psychologiques en liant l'intolérance aux émotions inconfortables aux troubles anxieux, l'intolérance aux contraintes à la symptomatologie dépressive, l'intolérance à l'insatisfaction et à l'injustice aux dimensions de colère. Les réponses des adultes TDAH à des situations frustrantes ou désagréables mettent en avant une tendance bien plus élevée que les adultes issus du groupe contrôle à l'intolérance à la frustration, quelle que soit la sous-échelle. De plus, leur régulation cognitivo-émotionnelle défaillante semble majorer la présence d'émotions négatives et l'incapacité à faire face de façon adaptée à des évènements stressants ou

désagréables de la vie quotidienne. Ces éléments vont alors engendrer de la frustration, des comportements de colère et de l'hyperactivité émotionnelle (Barkley, 2010).

Les résultats obtenus vont également conforter les propos soutenus précédemment quant à la régulation cognitivo-émotionnelle inadaptée : en effet, l'intolérance à la frustration vient augmenter l'incapacité à faire preuve d'une régulation émotionnelle adaptée et, inversement, les déficits en régulation émotionnelle vont venir augmenter l'intolérance à la frustration et le besoin de récompense immédiate. Ces différents facteurs vont à leur tour augmenter le risque des adultes TDAH de présenter des troubles psychologiques (dépression, anxiété, instabilité émotionnelle...) et le risque d'avoir des répercussions délétères dans leur vie sociale, personnelle et professionnelle (en regard de toutes les manifestations de leur trouble).

Enfin, la troisième hypothèse a été partiellement confirmée. Cette dernière émettait que les TDAH obtiendraient un score plus élevé d'utilisation de stratégies de coping centrées sur les émotions et l'évitement lors de situations désagréables et stressantes, alors que les sujets contrôles auraient un score plus élevé de stratégies de coping centrées sur la tâche. Les résultats ont mis en évidence que les TDAH vont davantage utiliser des stratégies de coping basées sur les émotions comparativement aux adultes du groupe contrôle, alors que ces derniers vont davantage avoir recours à des stratégies de coping basées sur la tâche, l'évitement et la diversion. Il est possible de penser que la sensibilité à la récompense et à la gratification immédiate des adultes TDAH mettent à mal la mise en place de stratégies de coping adaptées à la situation vécue. En effet, la bonne adaptation des stratégies de coping est liée à l'évaluation cognitive qui est faite de la situation. Le TDAH et les troubles exécutifs qui en découlent viennent interférer cette dernière, influençant alors les stratégies adoptées en les rendant inadaptées à la situation dans laquelle se trouve l'individu.

Aussi, les adultes souffrant de TDAH mettent préférentiellement en place des stratégies de coping centrées sur les émotions que les adultes contrôles. L'utilisation de ce type de coping pourrait traduire, d'après Lazarus (1984), une recherche de soutien social. Vantalon (2014) met en avant l'impact développemental du TDAH et notamment les effets néfastes de ce trouble sur le développement de l'estime de soi et de la capacité d'adaptation au sein des relations sociales. De plus, Lazarus (1985) met en avant une corrélation positive entre la bonne adaptation au stress et le bien-être psychologique, et Young (2005) explique que l'utilisation de stratégies d'adaptation inadaptées engendre des problèmes psychologiques. Il est donc possible de comprendre que le TDAH va affecter la santé mentale de l'individu en raison de leurs difficultés à faire face aux situations stressantes. L'interdépendance des répercussions et des réactions engendrées par le TDAH vont faire que les individus souffrant de ce trouble font preuve de réactions comportementales inadaptées (centration sur l'émotion notamment) ce qui génère plus de risques de développer des problèmes psychologiques.

Quant à eux, les adultes issus du groupe contrôle adaptent de façon plus adéquate leurs stratégies de coping en les centrant notamment sur la tâche. Cela peut être lié au fait que les adultes non-TDAH font preuve d'un meilleur fonctionnement exécutif que les sujets hyperactifs. En effet, ces derniers présentent un trouble de fonctions exécutives, notamment de l'inhibition et de la mémoire de travail (Asherson et al., 2016). Sur le plan comportemental, cela se

traduit par des défauts d'organisation, de hiérarchisation et de commencement des tâches (initiation), ainsi que de fortes difficultés à se concentrer, maintenir et déplacer son attention entre différentes activités. Étant donné que le coping centré sur le problème se fait par l'intermédiaire de la mise en place d'actions de résolution de problème et d'élaboration de plans d'action pour faire face à la situation vécue, alors il est compréhensible que les sujets TDAH soient plus en difficulté pour utiliser ce type de stratégie de coping. Cela concorde avec l'étude de Young (2005) qui conclut que, lorsque les sujets hyperactifs sont confrontés à des situations stressantes, ils sont dans l'incapacité de les résoudre de manière adaptée en raison de leurs difficultés exécutives de planification. De surcroît, ces difficultés exécutives pourraient aussi expliquer nos résultats qui dégagent une tendance des adultes contrôles à davantage adopter des stratégies de coping centrées sur l'évitement comparativement aux adultes TDAH. En effet, le trouble des fonctions exécutives présent dans le TDAH peut mettre à mal le développement de ce type de coping étant donné qu'il consiste à développer des activités ou des modifications cognitives de la situation stressante.

La réalisation d'analyses corrélationnelles a permis d'apporter des précisions à propos du vécu des adultes TDAH sur les répercussions et les manifestations de ce trouble dans leur vie quotidienne et les stratégies de régulation cognitive, émotionnelle et comportementale qu'ils mettent en œuvre.

De façon générale, nos résultats mettent en avant des liens de corrélation positive entre les répercussions du TDAH dans la vie quotidienne et la tendance à utiliser des stratégies cognitives de régulation émotionnelle inadaptées, à faire preuve de rumination et à mettre en place du coping centré sur les émotions. Plus précisément, nous remarquons que les difficultés attentionnelles des individus hyperactifs sont positivement liées au coping centré sur les émotions, à l'utilisation de stratégies de régulation cognitivo-émotionnelles inadaptées et plus précisément au blâme de soi et à la rumination. Cependant, elles sont négativement corrélées à l'utilisation de stratégies centrées sur la tâche et sur l'évitement (diversion). Ces résultats renforcent les éléments précédemment avancés dans la discussion. En effet, l'incapacité des adultes TDAH à maintenir leur attention dans le temps et à se concentrer sont le reflet de troubles du fonctionnement exécutif. Ces derniers ont pour conséquence d'augmenter le recours aux stratégies de coping centrées sur l'émotion et non sur la tâche et l'évitement. De plus, ces difficultés exécutives sont également un facteur explicatif de la mise en place de stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle inadaptées face aux situations perçues comme stressantes et désagréables. Enfin, un lien de corrélation positive est mis en évidence entre l'impact néfaste du TDAH sur la vie affective et sociale de l'individu et le recours aux stratégies de coping centré sur les émotions. Cette corrélation rejoint l'idée que par l'utilisation de ce type de coping, l'individu peut tenter de compenser les effets développementaux néfastes du trouble sur l'estime de soi et d'atténuer les émotions négatives ressenties.

Nous savons que les stratégies de régulation cognitive, émotionnelle et comportementale jouent un rôle majeur sur la santé mentale des individus. Ainsi, ces résultats soutiennent à nouveau l'idée que le TDAH, à travers ses manifestations, ses répercussions dans la vie quotidienne de l'individu et son impact sur l'adaptation des stratégies de régulation, va affecter le bien-être psychologique de l'individu.

De plus, nos résultats ont mis en avant des liens de corrélation positive entre les répercussions du TDAH sur la vie quotidienne et la capacité à rester attentif / concentré sur une tâche longue, à organiser sa journée et initier des activités, ainsi qu'à l'impact du trouble sur la vie affective et sociale et la tendance à faire preuve d'impulsivité. L'intensité des répercussions du TDAH au quotidien sont positivement liées à l'âge de l'adulte ainsi qu'à l'âge auquel a été posé le diagnostic du trouble. Ces éléments fournissent des informations précieuses quant aux manifestations du TDAH qui viennent affecter le vécu de la personne au quotidien. Le fait que des liens de corrélation positive soient retrouvés entre les difficultés ressenties au quotidien et l'âge que le participant avait lors de son diagnostic viennent souligner l'importance de l'impact du développement sur la qualité de vie des adultes TDAH. Klein (2012) défend l'idée que ce trouble interfère précocement avec le développement de l'individu et que cela aura des répercussions durables sur le quotidien de la personne. En effet, de nombreux travaux (Klein, 2012 ; Vatalon, 2014) mettent en évidence que le TDAH va influencer la construction de l'individu dans son environnement, son rapport aux autres et à lui-même. De nombreuses difficultés psychosociales vont donc émerger, notamment dans l'adoption de régulations émotionnelles, cognitives et comportementales inadaptées.

L'absence de diagnostic précoce de ce trouble va maintenir et accentuer l'incompréhension de l'entourage et de l'individu lui-même sur la causalité de ces comportements non-adaptés : incapacité à réguler ses émotions de façon adaptée, à tenir en place, à suivre une conversation, à tolérer la frustration, à écouter et comprendre les besoins d'autrui... L'inadéquation de ces comportements avec les règles sociales peut être tolérée et comprise par l'individu et son entourage si le diagnostic de TDAH est posé car l'origine de ces comportements est identifiée et expliquée (Barkley, 2010). Cependant, en l'absence de diagnostic, l'incompréhension persiste et l'individu n'a pas la possibilité de mettre en place des comportements correcteurs ou compensatoires. Cela a notamment pour effet l'établissement d'une estime de soi insuffisante et d'un fonctionnement social défaillant (Harpin et al, 2016). Ce trouble entraîne alors des relations avec les autres (pairs et famille) de mauvaise qualité en raison d'une estime de soi fragile et des difficultés émotionnelles ressenties.

Les répercussions de la triade symptomatique présente durant l'enfance, ainsi que l'impact développemental sur la façon de l'individu d'appréhender son environnement, notamment dans sa vie sociale et affective, vont mettre à mal sa qualité de vie. Il apparaît essentiel de dépister le plus tôt possible ce trouble afin d'en limiter au maximum les impacts futurs.

Cette étude met en avant la répercussion du TDAH sur la vie quotidienne de l'individu qui en souffre, à la fois sur la sphère familiale, sociale et professionnelle. Ce trouble influence la qualité de vie de l'adulte hyperactif tant par les symptômes qui lui sont propres que par les manifestations qu'il induit. La mise en lien de nos résultats avec la littérature (Plichta et Scheres, 2014), illustrent l'importance de prendre en compte la circularité entre les caractéristiques du TDAH, ses manifestations et ses répercussions dans la vie quotidienne. En effet, les adultes hyperactifs adoptent des comportements inadaptés, tant dans les sphères cognitives, émotionnelles que comportementales. Les difficultés présentent dans un domaine viennent accentuer les troubles présents dans un autre domaine, et réciproquement. Les

troubles exécutifs semblent être le principal facteur mettant à mal les régulations adoptées par les adultes hyperactifs. De plus, les difficultés sociales et relationnelles viennent également alimenter les troubles émotionnels et cognitifs présents dans le TDAH, et réciproquement.

Ce travail de recherche présente néanmoins un certain nombre de limites. Le recueil de données a été réalisé exclusivement sur la base d'un questionnaire en ligne. Les réponses ont été fournies par les participants de façon auto-évaluative, ce qui implique potentiellement la présence d'un biais de désirabilité sociale qui peut influencer les réponses fournies aux différentes questions. De plus, les notions abordées au sein des trois questionnaires sont très subjectives donc l'interprétation des énoncés peut être fluctuante d'un individu à l'autre. Une autre limite réside dans le fait que la population cible de cette recherche souffre de TDAH. Malgré un temps de passation rapide des questionnaires (20/25 minutes), des fluctuations attentionnelles ont pu modifier les informations fournies par les participants du groupe TDAH (état d'esprit différent si le questionnaire est réalisé en plusieurs fois). Le contexte sanitaire n'a pas permis la rencontre avec les individus alors qu'un échange en face à face pour davantage comprendre leur vécu du trouble aurait été très riche. Dans l'objectif de contrôler ces biais d'étude, des questions spécifiques au ressenti du trouble ont été posées au préalable des questionnaires, ainsi qu'un champ de commentaire libre disponible à la fin de l'étude pouvait être renseigné afin de pouvoir se rendre compte d'une certaine cohérence / fiabilité des réponses fournies par l'individu au fil de l'avancée de sa participation à l'étude. Pour finir subsiste une difficulté, voire une impossibilité, de savoir si les manifestations ressenties et les comportements mis en place par l'individu sont une répercussion directe et unique du TDAH ou si cela peut provenir d'autres facteurs environnementaux, tels que le contexte de vie affective et/ou professionnelle ; ou encore de l'influence d'une éventuelle pathologie psychiatrique comorbide. En effet, les données recueillies mettent en avant la présence de nombreux antécédents et troubles associés chez les sujets hyperactifs. La proportion des adultes présentant des troubles associés (65.31%) au sein de l'échantillon soutient les propos de Camodeca et al. (2015) qui avancent que le TDAH est très fréquemment associé à une comorbidité. En effet, les résultats montrent que la présence de troubles psychiatriques ou d'évènements de vie traumatisques vont induire une aggravation du ressenti des effets néfastes du TDAH dans la vie quotidienne de l'individu. Le lien entre les troubles anxieux et le TDAH a été préalablement souligné par Brod et al. (2012). En regard des résultats précédents et de la littérature, il est possible de comprendre que ces caractéristiques associées vont inévitablement mettre à mal la qualité de vie des adultes. Cependant, il est difficile de savoir si l'amplification du ressenti des effets néfastes du TDAH est liée par exemple à la triade symptomatique du trouble, à l'incapacité à faire preuve de stratégies régulations adaptées, ou bien à la présence propre des comorbidités et des caractéristiques associées. Ces variables ont tenté d'être maîtrisées par l'intermédiaire de questions préliminaires à la réponse aux questionnaires mais il est toujours difficile de réellement discerner la cause ou la conséquence du TDAH sur les comportements dont font preuve les individus et les manifestations / répercussions qu'ils ressentent. Ainsi, il serait intéressant que de nouvelles recherches longitudinales soient effectuées afin de se rendre compte plus précisément du lien entre le TDAH, ses manifestations, la présence de comorbidités et la qualité de vie des individus. Cela permettrait d'axer la prise en charge des adultes hyperactifs sur les facteurs affectant le plus leur vie sociale, affective et professionnelle, ainsi que leur santé mentale.

# CONCLUSION

Le nombre d'études portant sur le TDAH à l'âge adulte est en pleine expansion, mais peu traitent de leur qualité de vie, notamment de leurs compétences en régulation cognitive, émotionnelle et comportementale. Pourtant, être en capacité de faire preuve de régulations adaptées à la situation dans laquelle l'individu se trouve est essentielle et indispensable pour assurer leur bien-être physique et psychologique. Ce travail de recherche a mis en lumière une interdépendance entre les capacités d'ajustement cognitif, émotionnel et comportemental et les manifestations et la présence de comorbidités au TDAH. En effet, les adultes hyperactifs ont des difficultés pour mettre en place des stratégies de régulations adaptées lorsqu'ils se trouvent dans des situations désagréables ou stressantes. Cela affecte donc leur santé mentale, notamment en ressentant davantage d'émotions négatives, ce qui pourrait favoriser la présence de troubles émotionnels, anxieux, dépressifs, sociaux...

Comprendre davantage les stratégies d'adaptation mises en place par les personnes atteintes de TDAH lors de situations désagréables ou stressantes est un enjeu fondamental. Il semble essentiel de s'y intéresser afin de mettre en place des prises en charge adaptées pour améliorer leur qualité de vie et leur bien-être au quotidien. Il existe aujourd'hui des programmes d'éducation thérapeutique basés sur la métacognition de ces troubles. Mieux connaître les manifestations du TDAH leur permettrait de pouvoir anticiper et maîtriser leurs difficultés, notamment exécutives. Aussi, nos résultats tendent à suggérer que travailler sur la gestion des émotions (colère, anxiété...) pourrait aider à réduire l'adoption de régulations inadaptées. Enfin, il serait possible d'apporter du confort aux adultes souffrant de TDAH en prenant en compte l'histoire développementale de l'individu et son environnement actuel afin d'adapter au mieux les clés pouvant être utilisées pour atténuer les répercussions du trouble. Avoir pu échanger à de nombreuses reprises lors de cette recherche avec des participants issus du groupe TDAH a souligné le fait qu'ils sont très demandeurs de prises en charge adaptées à leur cas singulier afin de mieux gérer leur trouble au quotidien. Ils souhaiteraient, à travers ce travail de remédiation, améliorer leur confort de vie. Beaucoup m'ont sollicitée pour savoir si à l'issue de cette étude je serais en mesure de leur transmettre des outils à appliquer au quotidien pour mieux contrôler les répercussions du TDAH sur leurs vies professionnelle, personnelle et sociale. Donc la poursuite de recherches à ce sujet semble nécessaire pour améliorer les prises en charge, notamment émotionnelle et comportementale, dans l'objectif d'améliorer leur qualité de vie et leur bien-être.

Cette étude souligne aussi l'impact du développemental du TDAH et de son diagnostic. Il apparaît donc essentiel de promouvoir un dépistage précoce de ce trouble afin de permettre à l'individu de se développer en ayant connaissance de l'origine de ses difficultés. Cela permettrait une plus grande compréhension et acceptation des obstacles rencontrés, tant par l'individu que par son entourage, limitant alors l'impact néfaste du TDAH sur sa qualité de vie actuelle et future.

## BIBLIOGRAPHIE

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.

Allain, P., Le Gall, D. (2008). Approche théorique des fonctions exécutives. *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques: évaluation en pratique clinique*, 9-42.

Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 568-578.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 279.

Barkley, R. A. (2010). Differential diagnosis of adults with ADHD: the role of executive function and self-regulation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), e17.

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

Brod, M., Schmitt, E., Goodwin, M., Hodgkins, P., Niebler, G. (2012). ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. *Quality of Life Research*, 21(5), 795-799.

Busch, B., Biederman, J., Cohen, L. G., Sayer, J. M., Monuteaux, M. C., Mick, E., ... Faraone, S. V. (2002). Correlates of ADHD among children in pediatric and psychiatric clinics. *Psychiatric Services*, 53(9), 1103-1111.

Caci, H., Morin, AJS., Tran, A. (2014). Prevalence and Correlates of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults from French Community Sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202 (4), 324-332.

Camodeca, L., Micoulaud-Franchi, J. A., Gabelle, A., Dauvilliers, Y., Lopez, R. (2015). Que deviennent nos vieux hyperactifs? Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez la personne âgée. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 15(90), 346-352.

Chamayou, J. L., Tsenova, V., Gonthier, C., Blatier, C., Yahyaoui, A. (2015). Validation française de l'échelle de frustration et d'inconfort (Frustration Discomfort Scale). *L'Encéphale*, 42(4), 325-332.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson.

Ellis, A. (2003). Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part II). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21(3-4), 193.

Endler, N. S., Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844.

Endler, N. S., Parker, J. D. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50.

Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L. J., Mick, E., Doyle, A. E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry*, 48(1), 9-20.

Fayyad, J. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.

Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.

Garnefski, N., Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-291.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.

Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion Regulation in Everyday Life. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (p. 13-35).

Gross, J. J. (2013). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. Dans *Handbook of Emotion Regulation*. Guilford publications.

Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., Hodgkins, P. (2016). Long-term outcomes of ADHD: a systematic review of self-esteem and social function. *Journal of Attention Disorders, 20*(4), 295-305.

Harrington, N. (2005a). Dimensions of frustration intolerance and their relationship to self-control problems. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 23*(1), 1-20.

Harrington, N. (2005b). It's too difficult! Frustration intolerance beliefs and procrastination. *Personality and Individual Differences, 39*(5), 873-883.

Harrington, N. (2005c). The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 12*(5), 374-387.

Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *European Journal of Psychological Assessment, 22*(2), 126-131.

Kessler, R.C. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States : Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry, 190*, 716-723.

Klein, R. G., Mannuzza, S., Olazagasti, M. A. R., Roizen, E., Hutchison, J. A., Lashua, E. C., Castellanos, F. X. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of General Psychiatry, 69*(12), 1295-1303.

Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. *International Encyclopedia of the Social Behavioral Sciences, 22*, 15163-15170.

Küpper, T., Haavik, J., Drexler, H., Ramos-Quiroga, J. A., Wermelskirchen, D., Prutz, C., Schauble, B. (2012). The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 85*(8), 837-847.

Lazarus, R. S., De Longis, A., Folkman, S., Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. *Springer Publishing Company*.

Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In *Perspectives In Interactional Psychology* (pp. 287-327). Springer, Boston, MA.

Lecendreux M. (2011). TDAH, classification actuelle, problèmes et enjeux. *L'Information Psychiatrique*, vol.87, 379-382.

Luis, É., Lamboy, B. (2015). Les compétences psychosociales: définition et état des connaissances. *Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes*, 12.

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.

Matthies, S., Philipsen, A., Svaldi, J. (2012). Risky decision making in adults with ADHD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(3), 938-946.

Maurs, C., Reneric, J.P. (2016). Le TDAH à l'âge adulte : concepts, aspects cliniques, diagnostic. Dans M. Bouvard, *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte: Approche développementale*. Dunod.

Network, U. A. A. (2013). *Handbook for attention deficit hyperactivity disorder in adults*. London, Springer Healthcare.

Pitts, M., Mangle, L., Asherson, P. (2015). Impairments, diagnosis and treatments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in UK adults: results from the lifetime impairment survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(1), 56-63.

Plichta, M. M., Scheres, A. (2014). Ventral–striatal responsiveness during reward anticipation in ADHD and its relation to trait impulsivity in the healthy population: A meta-analytic review of the fMRI literature. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 38, 125-134.

Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A., & Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217-228.

Rolland J.-P. (1998), Manuel du CISS. Adaptation française de l'inventaire de coping pour situations stressantes de N. S. Endler et J. D. A. Parker, Paris, Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.

Rüfenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., ... & Weibel, S. (2019). Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6(1), 11.

Sibley, M. H., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Hechtman, L. T., Owens, E. B., Stehli, A., ... Jensen, P. S. (2017). Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 655-662.

Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211.

Sonuga-Barke, E. (2003). The dual pathways model of AD/HD : an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 27, 593-604.

Sonuga-Barke, E. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder : From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1231-1238.

Vantalon, V. (2014). Expression phénotypique du TDAH en fonction de l'âge. In *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 172(4), 287-292.

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

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

Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 809-816.

## ANNEXES

### Annexe 1 : The Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ), traduction française (Jermann et al, 2006)

Tout le monde se trouve un jour ou l'autre confronté à des événements négatifs ou désagréables et chacun y réagit à sa façon. En répondant aux questions suivantes, on vous demande ce que vous pensez généralement lorsque vous vivez des événements négatifs ou désagréables. Choisissez la réponse plus appropriée pour chaque question.

« Lorsque je vis des événements négatifs ou désagréables... » :

	Presque jamais (1)	Parfois (2)	Régulièrement (3)	Souvent (4)	Presque toujours (5)
1. J'ai le sentiment que je suis celui / celle à blâmer pour ce qui s'est passé.					
2. Je pense que je dois accepter que cela se soit passé.					
3. Je pense souvent à ce que je ressens par rapport à ce que j'ai vécu.					
4. Je pense à des choses plus agréables que celles que j'ai vécues.					
5. Je pense à la meilleure façon de faire.					
6. Je pense pouvoir apprendre quelque chose de la situation.					
7. Je pense que tout cela aurait pu être bien pire.					
8. Je pense souvent que ce que j'ai vécu est bien pire que ce que d'autres ont vécu.					
9. J'ai le sentiment que les autres sont à blâmer pour ce qui s'est passé.					
10. J'ai le sentiment que je suis responsable de ce qui s'est passé.					
11. Je pense que je dois accepter la situation.					
12. Je suis préoccupé(e) par ce que je pense et ce que je ressens concernant ce que j'ai vécu.					
13. Je pense à des choses agréables qui n'ont rien à voir avec ce que j'ai vécu.					
14. Je pense à la meilleure manière de faire face à la situation.					
15. Je pense pouvoir devenir une personne plus forte suite à ce qui s'est passé.					
16. Je pense que d'autres passent par des expériences bien pires.					

17. Je repense sans cesse au fait que ce que j'ai vécu est terrible.				
18. J'ai le sentiment que les autres sont responsables de ce qui s'est passé.				
19. Je pense aux erreurs que j'ai commises par rapport à ce qui s'est passé.				
20. Je pense que je ne peux rien changer à ce qui s'est passé.				
21. Je veux comprendre pourquoi je me sens ainsi à propos de ce que j'ai vécu.				
22. Je pense à quelque chose d'agréable plutôt qu'à ce qui s'est passé.				
23. Je pense à la manière de changer la situation.				
24. Je pense que la situation a aussi des côtés positifs.				
25. Je pense que cela ne s'est pas trop mal passé en comparaison à d'autres situations.				
26. Je pense souvent que ce que j'ai vécu est le pire qui puisse arriver à quelqu'un.				
27. Je pense aux erreurs que les autres ont commises par rapport à ce qui s'est passé.				
28. Je pense qu'au fond je suis la cause de ce qui s'est passé.				
29. Je pense que je dois apprendre à vivre avec ce qui s'est passé.				
30. Je pense sans cesse aux sentiments que la situation a suscité en moi.				
31. Je pense à des expériences agréables.				
32. Je pense à un plan concernant la meilleure façon de faire.				
33. Je cherche les aspects positifs de la situation.				
34. Je me dis qu'il y a pire dans la vie.				
35. Je pense continuellement à quel point la situation a été horrible.				
36. J'ai le sentiment qu'au fond les autres sont la cause de ce qui s'est passé.				

**Annexe 2 : Frustration Discomfort Scale (FDS), traduction française (Chamayou et al, 2015)**

Choisissez la réponse qui vous semble la plus appropriée pour chaque item.

Le mode de réponse est une échelle qui va de 1 à 5 en passant par des réponses intermédiaires (2, 3,4) qui permettent de nuancer votre réponse.

	<b>Pas du tout d'accord (1)</b>	<b>Pas d'accord (2)</b>	<b>Ni en désaccord ni en accord (3)</b>	<b>D'accord (4)</b>	<b>Tout à fait d'accord (5)</b>
Je ne supporte pas l'idée de devoir attendre pour les choses que je voudrais immédiatement.					
Je dois absolument me débarrasser des sentiments qui me mettent mal.					
Je déteste qu'on me mette des bâtons dans les roues.					
Je déteste faire des tâches qui me paraissent trop difficiles.					
Je ne peux pas supporter qu'on agisse contre ma volonté.					
Je déteste être frustré(e) lorsque je ne peux pas atteindre mes objectifs.					
Je déteste devoir faire quelque chose quand le cœur n'y est pas.					
Je ne supporte pas quand les autres m'empêchent d'avoir ce que je veux.					
Il y a des pensées que je ne supporte pas.					
Je ne supporte pas de devoir revoir à la baisse mes attentes même si cela pourrait m'aider.					
Je déteste devoir me forcer à faire les choses.					
Je déteste que l'on ne m'apprécie pas à ma juste valeur.					
Je ne supporte pas les situations où je pourrais me sentir contrarié(e).					
Je ne pourrais pas progresser dans un travail qui ne me satisfait pas pleinement.					
J'ai du mal à céder aux exigences des autres.					
Je ne supporte pas les sentiments qui me mettent mal à l'aise.					
Je ne supporte pas de faire un travail / une tâche si je ne peux pas le ou la mener à bien.					
Je déteste faire des choses qui impliquent toutes sortes de complications stressantes.					

Je ne peux pas supporter de me remettre en question alors que c'est les autres qui ont tort.					
Je déteste ne pas être au top dans mon travail.					
Je déteste devoir persister dans des tâches désagréables.					
Je ne tolère pas les critiques surtout quand je sais que j'ai raison.					
Je déteste perdre le contrôle sur mes sentiments.					

**Annexe 3 : The Coping Inventory for Stressfull Situations (CISS), traduction française (Rolland, 1998)**

Répondez à chacune des modalités suivantes en entourant la réponse qui correspond à votre mode de réaction habituel. Le mode de réponse est une échelle qui va de 1 à 5 en passant par des réponses intermédiaires (2, 3, 4) qui permettent de nuancer votre réponse.

« Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à... » :

	Presque jamais (1)	Parfois (2)	Régulièr-ement (3)	Souvent (4)	Presque toujours (5)
Mieux organiser le temps dont je dispose.					
Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre.					
Repenser à de bons moments que j'ai connus.					
Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes.					
Me reprocher de perdre du temps.					
Faire ce que je pense être le mieux.					
Me tracasser à propos de mes problèmes.					
Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation.					
Faire du « lèche-vitrines », du shopping.					
Définir, dégager mes priorités.					
Essayer de dormir.					
M'offrir un de mes plats ou aliments favoris.					
Me sentir anxieux(se) de ne pas pouvoir surmonter la situation.					
Devenir très tendu(e) et / ou crispé(e).					
Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires.					
Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver.					
Me reprocher d'être trop sensible / émotif(ve) face à la situation.					
Sortir au restaurant et manger quelque chose.					
Être de plus en plus contrarié(e).					
M'acheter quelque chose.					
Déterminer une ligne d'action et la suivre.					

Me reprocher de ne pas savoir quoi faire.				
Aller à une soirée, une « fête » chez des ami(e)s(s).				
M'efforcer d'analyser la situation.				
Me bloquer et ne plus savoir quoi faire.				
Entreprendre sans délai des actions d'adaptation.				
Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs.				
Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti.				
Rendre visite à un ami.				
Me tracasser à propos de ce que je vais faire.				
Passer un moment avec une personne (intime).				
Aller me promener.				
Me dire que cela ne se reproduira plus jamais.				
Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales.				
Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils.				
Analyser le problème avant de réagir.				
Téléphoner à un(e) ami(e).				
Me mettre en colère.				
Ajuster mes priorités.				
Voir un film.				
Prendre le contrôle de la situation.				
Faire un effort supplémentaire pour que les choses marchent.				
Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème.				
Trouver un moyen pour ne plus y penser, pour éviter cette situation.				
M'en prendre à d'autres personnes.				
Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable.				
Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation.				
Regarder la télévision.				

# Table des tableaux

Tableau 1 : <i>Nomenclature des niveaux d'études</i> .....	15
Tableau 2 : <i>Données démographiques des deux populations étudiées (groupe TDAH et groupe contrôle)</i> .....	16
Tableau 3 : <i>Tests U de Mann-Whitney et scores moyens/médians aux tests pour chaque sous-échelle d'intolérance à l'insatisfaction, de régulation cognitivo-émotionnelle et de stratégies de coping</i> .....	22
Tableau 4 : <i>Tests U de Mann-Whitney et vécus subjectifs des répercussions du TDAH moyens/médians en fonction des troubles associés</i> .....	23
Tableau 5 : <i>Corrélations de Spearman entre le vécu des répercussions du TDAH dans la vie quotidienne et les scores obtenus aux échelles FDS, CERQ et CISS</i> .....	24
Tableau 6 : <i>Corrélations de Spearman entre les vécus des répercussions et manifestations du TDAH dans la vie quotidienne, l'âge de l'individu et son âge au moment du diagnostic</i> .....	25

# ABSTRACT

# RÉSUMÉ

**Objectifs de la recherche :** Le trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble d'origine neuro-développementale et ses manifestations persistent de l'enfance à l'âge adulte. Il aura des retentissements durables en raison de son impact sur le développement du sujet, influençant donc l'adaptation de ses comportements à la situation dans laquelle il se trouve. Actuellement, quelques études s'intéressent aux capacités des adultes hyperactifs à réguler leurs émotions (dysrégulation émotionnelle), mais il n'existe pas de recherche traitant du lien entre le TDAH, les stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle, les stratégies de coping, les capacités à tolérer la frustration et l'inconfort ainsi que l'influence de ces régulations sur le vécu du trouble dans la vie quotidienne. **Méthode :** 49 adultes TDAH ont répondu à un questionnaire auto-évaluatif en ligne visant à évaluer leur régulation cognitive (CERQ), émotionnelle (FDS) et comportementale (CISS). Est aussi apprécié le vécu subjectif les répercussions du TDAH sur la vie quotidienne comme les difficultés attentionnelles, organisationnelles et relationnelles. **Résultats :** Les données recueillies mettent en avant une tendance des adultes TDAH à utiliser des stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle inadaptées, à faire preuve de stratégies de coping orientées vers l'émotion et à être plus intolérants à la frustration et à l'inconfort que les adultes non-TDAH. L'inadaptation de ces stratégies de régulation est positivement corrélée aux difficultés exécutives dues au trouble. Aussi, la présence de troubles psychiatriques ou événements de vie traumatisques vont augmenter le ressenti des effets néfastes du trouble chez les adultes hyperactifs. Enfin, l'âge auquel le diagnostic est posé est corrélé positivement à l'intensité des répercussions sur leur vie quotidienne. **Discussion :** Ces résultats soulignent des difficultés de régulation cognitive, émotionnelle et comportementale des adultes TDAH, entraînant alors des comportements inadaptés lorsqu'ils se trouvent dans des situations stressantes et désagréables, ainsi que des difficultés au sein des relations sociales. Les troubles exécutifs viennent également mettre à mal la mise en place d'une régulation adaptée. Des prises en charge visant à améliorer les différents types de régulation seraient très bénéfiques à mettre en place. Aussi, les données mettent en avant l'importance de diagnostiquer précocement ce trouble afin de limiter ses répercussions tout au long de la vie. En conclusion, il semble nécessaire de promouvoir un dépistage précoce du TDAH et de poursuivre les recherches sur les manifestations et les répercussions de ce trouble au quotidien afin d'améliorer la qualité de vie des adultes hyperactifs.

**Mots-clés :** trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH), régulations cognitives / émotionnelles / comportementales, stratégies de régulation cognitivo-émotionnelle, capacités de tolérance à la frustration et à l'inconfort, stratégies de coping.

**Research objectives:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder and its manifestations persist from childhood to adulthood. It will have long-lasting repercussions because of its impact on the development of the subject, thus influencing his or her behavioural adaptation to the situation in which he or she finds himself or herself. Nowadays, few studies focus on the ability of hyperactive adults to regulate their emotions (emotional dysregulation), but there is no research dealing with the link between ADHD, cognitive-emotional regulation strategies, coping strategies, ability to tolerate frustration and discomfort, and the influence of these regulations on the experience of the disorder in daily life. **Method:** 49 adults with ADHD answered an online self-evaluation questionnaire to assess their cognitive (CERQ), emotional (FDS) and behavioural (CISS) regulation. The impact of ADHD on daily life, such as attentional, organisational and relational difficulties, was also assessed. **Results:** The data collected show a tendency for ADHD adults to use maladaptive cognitive-emotional regulation strategies, to demonstrate emotionally oriented coping strategies and to be more intolerant of frustration and discomfort than non-ADHD adults. The maladjustment of these regulatory strategies is positively correlated with executive difficulties due to the disorder. Also, the presence of psychiatric disorders or traumatic life events will increase the perceived harmful effects of the disorder in hyperactive adults. Finally, the age at which the diagnosis is made is positively correlated with the intensity of the repercussions on their daily life. **Discussion:** These results underline the difficulties of cognitive, emotional and behavioural regulation of ADHD adults, leading to maladaptive behaviour when they find themselves in stressful and unpleasant situations, as well as difficulties in social relationships. Executive disorders also interfere with the development of appropriate regulation. Treatment aimed at improving the different types of regulation would be very beneficial. The data also highlight the importance of early diagnosis of this disorder in order to limit its repercussions throughout life. In conclusion, it seems necessary to promote early detection of ADHD and to continue research on the manifestations and repercussions of this disorder in everyday life in order to improve the quality of life of hyperactive adults.

**Keywords :** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), cognitive/emotional/behavioral regulation, cognitive-emotional regulation strategies, frustration and discomfort tolerance skills, coping strategies.

**ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT**

Je, soussigné (e) ....Valentine DUCHARNE....., déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :

Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.