

# Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez le sujet adulte: répercussions professionnelles

EN  
RÉSUMÉ

## AUTEURS :

**M.A. Goltzene**, Service de pathologie professionnelle ; **S. Weibel**, Service de psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) a un impact significatif sur le travail des adultes concernés. Les symptômes cardinaux du TDAH – inattention, hyperactivité et impulsivité – peuvent entraîner des difficultés dans la gestion du temps et de l'organisation. La symptomatologie du TDAH comporte aussi une dimension émotionnelle, avec des variations d'humeur et une sensibilité accrue, pouvant influencer les interactions et la gestion du stress. Le TDAH est associé à des difficultés d'intégration professionnelle et un taux de chômage plus élevé. Une bonne compréhension de l'impact du TDAH sur le travail est essentielle pour mettre au point des stratégies d'accompagnement personnalisées et efficaces pour les individus concernés.

## MOTS CLÉS

Maintien dans l'emploi / Conditions de travail / Organisation du travail / Suivi médical / Surveillance médicale / Santé mentale

## TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neuro-développemental qui se manifeste généralement dès l'enfance et perdure à l'âge adulte. Il s'inscrit dans un *continuum* entre le normal et le pathologique, avec des symptômes associés au trouble pouvant exister à différents degrés dans la population générale, sans nécessairement atteindre un seuil pathologique. Certains ont avancé l'hypothèse de la notion de « neuroatypisme » qui fait référence à la diversité des fonctionnements cérébraux et des caractéristiques neurologiques en dehors de la norme statistique établie. Certains traits liés au TDAH, tels qu'une grande curiosité, une créativité débordante et une hyperfocalisation sur des intérêts spécifiques, peuvent être considérés comme des aspects positifs de profil de fonctionnement. Cependant, lorsque ces traits deviennent plus

prononcés et entraînent des difficultés significatives dans la vie quotidienne, ils évoquent davantage le versant pathologique du *continuum*.

Les estimations de prévalence varient d'une étude à l'autre ; Dobrosavljevic et al. estiment que le TDAH affecte entre 1,5 % et 3,2 % de la population adulte [1]. Il est à noter que certains adultes atteints de TDAH ont été diagnostiqués dès l'enfance, mais d'autres ne le sont qu'à l'âge adulte, ce qui peut contribuer à la sous-estimation de son impact réel sur la population adulte. De plus, certains individus ayant des symptômes moins prononcés durant l'enfance peuvent éprouver des difficultés plus marquées à l'âge adulte, en particulier dans un contexte professionnel exigeant.

## SYMPTOMATOLOGIE

### TRIADE CARDINALE

Le TDAH est classiquement défini par la triade cardinale de ses symptômes [2] (*annexe 1*):

- des difficultés persistantes

## Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez le sujet adulte : répercussions professionnelles

**dans l'attention soutenue**, la concentration et l'organisation des tâches. Les personnes atteintes peuvent avoir du mal à rester concentrées sur une tâche spécifique pendant de longues périodes, ce qui peut entraîner des retards dans l'achèvement des projets professionnels, mais elles peuvent également éprouver des difficultés à prioriser les tâches et à structurer leur temps de travail de manière efficace;

● **l'hyperactivité**, bien que moindre à l'âge adulte par rapport à l'enfance, peut toujours être présente chez certains individus atteints de TDAH et se traduit généralement par un sentiment d'agitation intérieure, un besoin constant de bouger ou de se déplacer, ce qui peut perturber la concentration et la productivité au travail, mais peut aussi se traduire de manière plus subtile, sous la forme d'une agitation des pensées incessante;

● **l'impulsivité** est caractérisée par une difficulté à contrôler les réactions immédiates face à des *stimuli* ou à des situations. Elle peut se manifester par des décisions ou des actions hâtives sans réfléchir aux conséquences, que ce soit dans les interactions sociales (difficulté à attendre son tour pour parler, à écouter activement les autres ou à maîtriser ses émotions), le comportement en milieu professionnel (prise de décision sans évaluation préalable, réponses abruptes ou encore difficulté à gérer les urgences) ou les activités quotidiennes (achats impulsifs, prises de risques excessives, changements fréquents d'intérêts ou d'activités).

### SYMPTÔMES ASSOCIÉS

En dehors de la triade cardinale du TDAH, d'autres symptômes peuvent également être associés

à ce trouble. Ils peuvent varier en intensité et en fréquence chez chaque individu :

● **difficultés dans la gestion du temps** [4]. Les adultes atteints de TDAH peuvent avoir du mal à estimer le temps nécessaire pour effectuer certaines tâches, ce qui peut entraîner des retards et des problèmes de gestion des horaires;

● **hyperémotivité** [5]. Les adultes avec TDAH peuvent présenter des émotions intenses et changeantes, et peuvent réagir de manière exagérée à des situations qui ne susciteraient pas de fortes réactions chez d'autres personnes;

● **sensibilité au stress**. Les adultes atteints de TDAH peuvent être plus sensibles au stress et éprouver des difficultés à faire face à des situations stressantes ou anxiogènes;

● **difficultés dans les relations interpersonnelles** [6]. Les adultes avec TDAH peuvent avoir des problèmes de communication et d'interaction sociale, ce qui peut entraîner des conflits et des difficultés dans les relations professionnelles et personnelles;

● **perturbations du sommeil** [7]. Les problèmes de sommeil, tels que l'insomnie ou le sommeil agité, sont courants chez les adultes atteints de TDAH, ce qui peut affecter leur niveau d'énergie et leur capacité de concentration pendant la journée.

### DIAGNOSTIC

Le diagnostic de certitude du TDAH est porté par un spécialiste en psychiatrie, sur la base de la symptomatologie actuelle mais également des éléments anamnestiques. Des guides à l'entretien diagnostic pour le TDAH chez l'adulte sont disponibles pour accompagner la démarche diagnostique, tel que l'outil DIVA 2.0 (<https://www.diva-center.eu/DIVA.aspx>) [8].

Des outils peuvent également être utilisés dans le cadre du dépistage, tels que l'échelle d'autoévaluation ASRS v1.1 (*adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD – self-report scale*), avec une bonne sensibilité (comprise entre 83 et 93 %) mais une spécificité quelque peu moindre (comprise entre 66 et 69 %) [9].

Chaque situation est individuelle, marquée par une pluralité des symptômes mais également par des contraintes socioprofessionnelles diverses. Certains éléments peuvent toutefois faire évoquer le diagnostic : un parcours professionnel accidenté avec de fréquents changements de poste, des épisodes d'épuisement récurrents ou non entièrement résolutifs, des plaintes en lien avec les dimensions symptomatologiques présentées ci-dessus, des problématiques relationnelles récurrentes. Un point d'entrée fréquemment observé à l'âge adulte est également le diagnostic de TDAH porté chez un enfant d'un sujet, faisant écho au vécu de celui-ci et le menant à se poser la question d'un possible TDAH, ce d'autant que l'hérédité du TDAH est forte (estimée entre 70 et 80 %) [10].

### COMORBIDITÉS

Les adultes atteints d'un TDAH peuvent être confrontés à un tableau complexe de comorbidités, parmi lesquelles :

● la dépression, avec une prévalence vie entière d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs comprise entre 35 et 50 % chez les adultes ayant un TDAH (contre 15 % en population générale) [11];

● le trouble anxieux, avec une prévalence vie entière de 40 à 60 % chez les adultes ayant un TDAH (contre 10 à 45 % en population générale) [11];

- le trouble bipolaire, dont la prévalence est estimée à 8 % parmi les adultes ayant un TDAH (par ailleurs, la prévalence du TDAH parmi les adultes ayant un trouble bipolaire est estimée à 17 %) [12];
- les troubles de l'usage de substances, dont la prévalence est estimée à 50 % parmi les adultes ayant un TDAH (par ailleurs, la prévalence du TDAH parmi les adultes ayant un trouble de l'usage de substances est comprise entre 25 et 35 %) [11];
- le trouble de la personnalité *borderline* avec une prévalence de 34 % chez les adultes ayant un TDAH (contre 5 % en population générale) [13];
- l'autisme (TSA) et le TDAH partagent entre 50 et 72 % de leurs facteurs génétiques, ce qui explique leur co-occurrence fréquente chez les mêmes individus ou dans les mêmes familles. Des études indiquent que de 22 à 83 % des enfants atteints d'un TSA présentent des symptômes de TDAH et de manière réciproque, de 30 à 65 % des enfants atteints de TDAH présentent des symptômes de TSA [14];
- les troubles du sommeil, avec des prévalences plus importantes de syndrome d'apnées du sommeil, de syndrome de mouvements périodiques des jambes<sup>1</sup>, mais aussi d'hypersomnie et de narcolepsie décrites chez les personnes ayant un TDAH comparativement à la population générale [15].

## ASPECTS POSITIFS DU TDAH

Bien que le TDAH présente des défis importants pour les adultes dans leur milieu professionnel, il est également essentiel de reconnaître certains aspects positifs liés à ce trouble. En effet, le TDAH peut apporter des traits et des capacités

uniques qui peuvent être avantageux dans certaines situations professionnelles [16].

Les adultes atteints de TDAH ont souvent une capacité de pensée rapide et une propension à explorer des idées non conventionnelles. Ces caractéristiques peuvent les rendre particulièrement créatifs et innovants dans leur domaine de travail, leur permettant de proposer des solutions originales et de générer de nouvelles idées.

Le TDAH peut amener les adultes à développer une hyperfocalisation sur les sujets qui les passionnent. Lorsqu'ils sont engagés dans des tâches stimulantes ou qui suscitent leur intérêt, ils peuvent se concentrer de manière intense et prolongée, augmentant ainsi leur efficacité dans ces domaines spécifiques.

Les adultes atteints de TDAH ont tendance à être audacieux et à prendre des risques, notamment pour leur santé et sécurité et celles des autres. Cette propension à prendre des décisions audacieuses peut être bénéfique dans certaines professions, comme l'entrepreneuriat ou les domaines créatifs, où la prise de risques calculée peut conduire à des opportunités de succès.

En raison de leur cerveau agile et réactif, les adultes avec TDAH peuvent être particulièrement efficaces pour faire face aux situations d'urgence ou aux défis imprévus au travail. Leur capacité à changer rapidement de tâche et à adapter leur comportement peut être un atout dans des environnements de travail dynamiques et exigeants.

Les adultes atteints de TDAH sont souvent enthousiastes et énergiques, ce qui peut être contagieux dans un milieu professionnel. Leur énergie positive peut motiver et inspirer les autres, contribuant

ainsi à renforcer la dynamique d'équipe et à créer un environnement de travail stimulant.

## PRISE EN CHARGE

### NON MÉDICAMENTEUSE

Face aux défis professionnels rencontrés par les adultes ayant un TDAH, la prise en charge psychothérapeutique offre des perspectives prometteuses pour améliorer leur bien-être et leur santé globale au travail. Combinée à d'autres approches thérapeutiques et aux aménagements du milieu professionnel, la psychothérapie peut contribuer à atténuer les effets négatifs du TDAH sur la vie professionnelle.

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est l'une des approches psychothérapeutiques les plus efficaces pour la prise en charge du TDAH chez l'adulte [17]. Elle vise à aider les individus à mieux gérer leurs symptômes, à développer des stratégies d'organisation et de planification, à améliorer leur gestion du temps et à renforcer leurs compétences sociales.

Le *coaching* est une approche centrée sur les objectifs, avec un accompagnement individuel pour l'identification des forces et des faiblesses, visant à établir des objectifs professionnels réalistes et à élaborer des plans d'action concrets. Le *coaching* peut être particulièrement bénéfique pour les adultes atteints de TDAH en les guidant dans leur parcours professionnel, en favorisant l'auto-réflexion et en encourageant leur autonomie dans la gestion de leur carrière.

Les difficultés de communication et d'interaction sociale rencontrées par les adultes avec TDAH peuvent être améliorées par des programmes de formation en compé-

*1. Contractions musculaires des releveurs du pied au cours du sommeil, entraînant des micro-éveils et donc une altération de la qualité du sommeil (diagnostiqué par enregistrement polysomnographique en plaçant des électrodes à la face antérieure des jambes). Il existe une forte co-occurrence avec le syndrome des jambes sans repos.*

## Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez le sujet adulte : répercussions professionnelles

tences sociales. Ceux-ci permettent de développer les aptitudes relationnelles, la communication interpersonnelle et la résolution de conflits.

Impliquer les employeurs et les collègues dans la compréhension du TDAH peut être essentiel pour créer un environnement de travail plus favorable. La sensibilisation au TDAH et la communication ouverte permettent de mettre en place des aménagements raisonnables, tels que des horaires flexibles, des stratégies d'organisation au niveau de l'équipe ou des environnements de travail moins stimulants.

### MÉDICAMENTEUX

Le méthylphénidate est le médicament le plus couramment prescrit pour le traitement du TDAH chez l'adulte. Il s'agit d'un psychostimulant agissant notamment par inhibition de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau des neurones présynaptiques. Il est disponible sous formes à libération immédiate et à libération prolongée (LP), permettant d'ajuster le traitement en fonction des besoins spécifiques de chaque patient. Les formes LP ont une durée d'action d'environ 8h, avec une disparition des effets bénéfiques sur les symptômes de TDAH au-delà. Il est donc souvent utile de faire plusieurs prises de traitement sur la journée (par ex. matin et 14h), avec une possibilité de moduler les posologies et les horaires d'un jour à l'autre en fonction des besoins, par exemple en cas de travail posté. Une certaine autonomie dans la gestion de la posologie peut être proposée au cas par cas, pour une meilleure adaptation à la variabilité de la symptomatologie au cours de la journée.

La prescription initiale annuelle est réservée au spécialiste, le renouvel-

lement peut ensuite être fait par le médecin traitant. Dans le Résumé des Caractéristiques du Produit, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) demande un avis cardiologique pré-thérapeutique chez l'adulte afin de s'assurer de l'absence de contre-indication, puis de la nécessité d'une surveillance mensuelle de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle sous traitement. Les recommandations internationales ne proposent pas de bilan cardiologique systématique, mais uniquement en cas de facteur de risque.

Parmi les effets indésirables fréquents, on relève une insomnie, une nervosité, des céphalées. Pour ce qui est des fonctions centrales, le méthylphénidate peut notamment provoquer des sensations vertigineuses, une somnolence, des troubles visuels ; s'il a *a priori* une influence modérée sur l'aptitude à la conduite des véhicules et l'utilisation des machines dangereuses, une évaluation de ces effets indésirables doit être systématique. Il faut cependant noter que le traitement aura un effet bénéfique sur l'attention et la vigilance, et par l'amélioration des symptômes de TDAH, pourra limiter le risque d'accident. Sur le versant cardiaque, des effets indésirables sont décrits, principalement une augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, des palpitations ; la morbi-mortalité liée à une prise prolongée reste toutefois débattue, mais les signaux d'études observationnelles à long terme sont rassurants [18]. Une recherche systématique de symptômes évocateurs, notamment en cas d'astreinte physique professionnelle marquée, paraît donc pertinente.

Pour ce qui est des effets indésirables psychiatriques, ceux-ci

comportent fréquemment une modification thymique, que ce soit de l'anxiété, de la dépression, de la labilité émotionnelle ou de l'irritabilité-agressivité, généralement rapidement amendée après arrêt du traitement.

### RETENTISSEMENT EN MILIEU PROFESSIONNEL

Les adultes ayant un TDAH peuvent être confrontés à diverses situations professionnelles difficiles en raison de leur symptomatologie spécifique mais également du fait des fréquentes comorbidités associées au trouble.

En raison de leur trouble de l'attention, les adultes atteints de TDAH peuvent avoir du mal à gérer efficacement leur temps et à respecter les délais imposés par les projets professionnels. Ils peuvent être en proie à une tendance à la procrastination, se laissant distraire par des pensées ou des stimuli externes, ce qui entraîne des retards dans l'achèvement des tâches et des projets. Ces retards peuvent non seulement nuire à leur propre performance, mais aussi affecter la dynamique de travail avec leurs collègues.

Les adultes atteints de TDAH peuvent éprouver des difficultés à organiser leur travail et à établir des priorités claires dans leurs tâches. Ils peuvent se sentir submergés par l'accumulation de tâches et avoir du mal à déterminer par où commencer, ce qui peut entraîner une baisse de leur productivité et une sensation de désordre professionnel. Ces difficultés peuvent également susciter du stress et de l'anxiété face à l'incapacité de gérer efficacement leur charge de travail. L'impulsivité est un autre trait fréquent chez les adultes atteints

de TDAH. Ils peuvent prendre des décisions hâtives, sans prendre le temps de considérer toutes les options ou de peser les conséquences à long terme. Cette impulsivité peut entraîner des choix professionnels mal avisés ou des réponses précipitées à des situations complexes, pouvant avoir des répercussions négatives sur leur carrière et leurs relations professionnelles.

Le TDAH peut également influencer les compétences sociales des adultes, rendant les interactions avec les collègues, les supérieurs et les clients plus compliquées. Ils peuvent avoir du mal à écouter activement lors des réunions, à se concentrer sur les conversations ou à suivre les normes sociales en matière de communication. Ces difficultés peuvent entraîner des malentendus, des conflits et une sensation de déconnexion sociale, ce qui peut affecter leur intégration au sein de l'équipe et leur épanouissement professionnel.

Le service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) propose, depuis novembre 2016, une consultation spécialisée dans le TDAH. À l'évocation de l'histoire professionnelle des sujets, diverses difficultés ont été spontanément évoquées, à des moments variés du parcours professionnel, avec des situations évocatrices d'épuisement professionnel fréquentes. Devant le peu de données disponibles dans la littérature à propos de ces aspects professionnels chez les sujets adultes ayant un TDAH, il paraissait pertinent d'approfondir ce sujet, qui fait l'objet de la présente étude.

Les personnes vues lors de ces consultations sont adressées dans 60 % des cas par un de leurs médecins (psychiatre essentiellement, mais aussi médecin traitant ou spécialiste en addictologie), ou viennent consulter à leur initiative

dans 30 % des cas. En moyenne, 120 nouveaux patients sont vus par an dans ce cadre-là, parmi lesquels un diagnostic de TDAH est posé dans 93 % des cas. Un traitement médicamenteux est proposé chez 81 % des patients. Au besoin, le patient pourra être orienté auprès d'un psychiatre libéral pour son suivi.

## MÉTHODE DE L'ENQUÊTE

### SÉLECTION DES SUJETS

Les sujets ciblés en vue d'étudier les difficultés professionnelles devaient être issus d'une population en situation d'activité ou ayant présenté une activité professionnelle récente afin de limiter les biais de mémoire. Afin de décrire les difficultés ressenties par une population adulte et non modifiées par un traitement ou une prise en charge spécifique préalable, il s'agissait d'une population non diagnostiquée durant l'enfance ou l'adolescence.

Les critères d'inclusion cumulatifs retenus sont les suivants : patients âgés de 18 à 62 ans avec un diagnostic de TDAH posé par un psychiatre des HUS, absence de diagnostic de TDAH posé durant l'enfance ou l'adolescence, en situation d'activité professionnelle au cours des 3 derniers mois et ayant exprimé leur non-opposition à la recherche. Afin de limiter le facteur de confusion potentiel que peut être un trouble thymique associé au TDAH, les sujets présentant un épisode dépressif en phase aiguë ont été exclus ainsi que ceux ne souhaitant pas participer à la recherche, en arrêt de travail ou au chômage depuis plus de 3 mois, ceux dans l'incapacité d'exprimer leur non-opposition (personne en situation d'urgence, difficultés de compréhension du sujet, retard mental, illettrisme ou maîtrise insuffisante de la langue française...), patients

sous sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle.

### DONNÉES RECUEILLIES

Les informations démographiques et socio-professionnelles recueillies concernent l'âge, le sexe, la profession, la catégorie socio-professionnelle, le temps de travail, les horaires, l'année de diagnostic du TDAH, les personnes participantes à la prise en charge et les modalités thérapeutiques.

Quatre questionnaires ont été complétés lors de ce premier entretien :

- le *Work Limitations Questionnaire* (WLQ-25), développé et validé par Lerner en 2001 [19], qui comporte 25 items et explore 4 dimensions des difficultés professionnelles, à savoir la gestion du temps (5 items), les exigences physiques (6 items), les exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles (9 items) et les contraintes liées à la productivité (5 items). Ce questionnaire sert de critère de jugement principal ;
- l'inventaire de *burnout* de Maslach (MBI), élaboré en 1986 sur une série d'entretiens, de questionnaires et d'observations du travail [20], qui comporte 22 items répartis en 3 dimensions que sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation/perte d'empathie et l'accomplissement personnel ;
- l'échelle d'auto-évaluation du TDAH chez l'adulte (ASRS v1.1) conçue conjointement par l'Organisation mondiale de la santé et un groupe de travail dirigé par Adler, Kessler et Spencer [21] et qui comporte 18 questions évaluant la symptomatologie du TDAH dans des situations de la vie courante. Cette échelle a été initialement prévue pour le dépistage et le diagnostic du TDAH mais il est communément admis de l'utiliser pour quantifier la sévérité du trouble ;

## Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez le sujet adulte : répercussions professionnelles

● l'inventaire rapide de la symptomatologie dépressive (QIDS-SR16) qui est un questionnaire dérivé et raccourci de l'inventaire de la symptomatologie dépressive (IDS), validé par Rush en 2003 [22], et qui comporte 16 questions explorant la symptomatologie dépressive (humeur triste, concentration, autocritique, idées suicidaires, intérêt, énergie, troubles du sommeil, modification de l'appétit, ralentissement ou agitation psychomoteurs).

Ces trois derniers questionnaires ainsi que l'entretien semi directif (ci-dessous) servent de critères de jugement secondaires.

Pour les scores WLQ-25, MBI et ASRS v1.1, une moyenne rapportée sur 100 a été calculée en appliquant une pondération identique à chacun des items des scores.

L'entretien semi-directif a été mené selon quatre questions principales ouvertes cherchant à préciser les difficultés essentielles rencontrées dans le cadre du travail, les stratégies d'adaptation mises en œuvre pour y faire face, les mesures qui sembleraient intéressantes pour améliorer les conditions de travail et la place du suivi en médecine du travail. Cet entretien a été mené à l'aide de questions ouvertes et approfondi par des techniques de relance, principalement des demandes d'explication et des reformulations.

### ANALYSES

Les données ont été analysées avec des méthodes bayésiennes. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les proportions de leurs modalités. Les variables quantitatives ont été décrites par l'association d'un paramètre de position et de dispersion (moyenne et écart-type si distribution gaussienne, médiane et écart interquar-

tile si distribution non gaussienne). La normalité de la distribution des variables quantitatives a été vérifiée graphiquement.

Le critère de jugement principal a été modélisé à l'aide d'un modèle de régression linéaire multivarié. Les techniques statistiques ont fait appel à de l'inférence bayésienne. Les lois de distribution *a priori* ont été formalisées selon des paramètres non informatifs. Les lois de distribution *a posteriori* ont été échantillonnées par méthode de Monte-Carlo par chaînes de Markov. Les critères de validité de la modélisation ont été vérifiés. Les coefficients de régression sont présentés par leur moyenne et leur intervalle de crédibilité à 95 %. La probabilité pour chacun de ces coefficients d'être statistiquement différents de 0 a été calculée. Ces analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels R version 4.0.2 (*R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>*), OpenBUGS version 3.2.3 et des paquets adéquats.

L'analyse des *verbatim* recueillis lors des entretiens semi-structurés a été réalisée selon une méthode d'analyse de contenu en deux temps, avec un premier temps dédié à l'encodage des *verbatim* en thèmes, puis un deuxième temps dédié au regroupement des thèmes en catégories.

### ACCORD DU COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES

Le protocole de cette étude a reçu l'avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP) EST I, le 11/10/2019 (N° SI: 19.07.04.59619 – ID RCB: 2019-A01875-52; Annexe E) et l'ANSM a été informée de cette recherche le 28/10/2019.

## RÉSULTATS

### DONNÉES GÉNÉRALES

Seize sujets ont été inclus dans l'étude, avec une nette prédominance féminine (15 femmes (94 %) pour 1 homme (6 %)). L'âge moyen est de  $37,7 \pm 8,4$  ans.

Les catégories socioprofessionnelles sont les cadres et professions intellectuelles supérieures (5 (31 %)) et les employés (5 (31 %)), suivies par les professions intermédiaires (4 (25 %)) puis les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (2 (13 %)).

La grande majorité des sujets travaille de jour, en semaine exclusivement (14 (88 %)), et à temps plein (12 (75 %)).

La durée médiane depuis le diagnostic du TDAH est de 4,5 mois [3,75 - 9]. La symptomatologie évaluée par l'échelle d'autoévaluation ASRS indique un score moyen de  $72,5 \pm 10,2/100$ .

La prise en charge thérapeutique est réalisée par un psychiatre libéral pour 12 sujets (75 %) et/ou par un psychiatre hospitalier pour 6 (38 %). Un suivi complémentaire auprès d'un psychologue est réalisé chez 5 sujets (31 %). Un traitement médicamenteux est prescrit chez 12 sujets (75 %). Le médecin traitant participe à la prise en charge chez 5 sujets (31 %), essentiellement pour le renouvellement du traitement médicamenteux. Trois sujets (19 %) n'ont ni traitement médicamenteux, ni prise en charge psychothérapeutique.

Les difficultés professionnelles évaluées par le *Work Limitations Questionnaire* sont caractérisées par un score moyen de  $39,8 \pm 14,5/100$ . Les deux principales dimensions concernées par ces difficultés sont la gestion du temps avec une moyenne de  $50,5 \pm 15,3/100$  et la productivité avec une moyenne de

↓ **Tableau I**

> **CORRÉLATIONS ENTRE LES DIFFICULTÉS PROFESSIONNELLES ET LA SYMPTOMATOLOGIE DU TDAH (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité)**

WLQ*	Intercept	Coefficient de régression	Intervalle de crédibilité à 95 %	P>0
<b>Total</b>	<b>36,57</b>	<b>0,06</b>	<b>[-0,30 ; 0,42]</b>	<b>0,631</b>
<b>Gestion du temps</b>	<b>55,01</b>	<b>-0,06</b>	<b>[-0,44 ; 0,34]</b>	<b>0,385</b>
<b>Exigences physiques</b>	<b>14,77</b>	<b>0,07</b>	<b>[-0,33 ; 0,48]</b>	<b>0,637</b>
<b>Exigences mentales et interpersonnelles</b>	<b>29,50</b>	<b>0,19</b>	<b>[-0,35 ; 0,73]</b>	<b>0,758</b>
<b>Productivité</b>	<b>46,40</b>	<b>0,05</b>	<b>[-0,59 ; 0,69]</b>	<b>0,556</b>

\*WLQ: Work Limitations Questionnaire

*Lecture: Pour une augmentation de la symptomatologie de 1 %, les difficultés en lien avec les exigences mentales et interpersonnelles augmentent en moyenne de 0,19 %. L'imprécision de cette estimation reste large, avec l'intervalle de crédibilité allant d'une baisse de 0,35 % à une augmentation de 0,73 %. La probabilité qu'il s'agisse d'une augmentation de ces difficultés est de 75,8 %. En cas d'absence totale de symptomatologie (score ASRS à 0/100), la moyenne des difficultés en lien avec les exigences mentales et interpersonnelles est estimée à 29,50/100 dans l'échantillon (tel qu'indiqué par l'intercept).*

↓ **Tableau II**

> **CORRÉLATIONS ENTRE LES DIMENSIONS DU BURNOUT ET LA SYMPTOMATOLOGIE DU TDAH (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité)**

MBI*	Intercept	Coefficient de régression	Intervalle de crédibilité à 95 %	P>0
<b>Épuisement émotionnel</b>	<b>42,87</b>	<b>0,23</b>	<b>[-0,39 ; 0,84]</b>	<b>0,770</b>
<b>Accomplissement personnel</b>	<b>71,82</b>	<b>-0,16</b>	<b>[-0,76 ; 0,46]</b>	<b>0,303</b>
<b>Dépersonnalisation</b>	<b>14,13</b>	<b>0,09</b>	<b>[-0,45 ; 0,63]</b>	<b>0,622</b>

\*MBI: Inventaire du burnout de Maslach

*Lecture: Pour une augmentation de la symptomatologie de 1 %, l'épuisement professionnel augmente en moyenne de 0,23 %. L'imprécision de cette estimation reste large, avec l'intervalle de crédibilité allant d'une baisse de 0,39 % à une augmentation de 0,84 %. La probabilité qu'il s'agisse d'une augmentation de l'épuisement est de 77 %. En cas d'absence totale de symptomatologie (score ASRS à 0/100), la moyenne de l'épuisement est estimée à 42,87/100 dans l'échantillon (tel qu'indiqué par l'intercept).*

48,8 ± 24,9/100. Viennent au troisième rang les exigences mentales relatives aux interactions interpersonnelles avec une moyenne de 41,3 ± 21,7/100. La dimension la moins impactée est celle des exigences physiques avec une moyenne de 18,9 ± 15,9/100.

Concernant l'inventaire de *burnout* de Maslach, en analysant les sous-dimensions du questionnaire, le score d'épuisement émotionnel est en moyenne de 56,5 ± 25,4/100 ce qui, rapporté à la grille d'interprétation du score, traduit un sentiment en moyenne élevé d'épuisement émotionnel au sein de l'échantillon d'étude. Le score d'accomplissement personnel est en moyenne de 62,8 ± 24,8/100 traduisant un sentiment d'accomplissement personnel faible au sein de l'échantillon. Enfin, le score de dépersonnalisation est en moyenne de 20,3 ± 20,8/100 ce qui indique un degré modéré de perte d'empathie. La symptomatologie dépressive, évaluée par l'échelle QIDS-SR16, met en évidence un score médian de 9,5 [6 - 11] / 48, traduisant une symptomatologie dépressive légère (un score compris entre 6 et 10 étant évocateur d'une dépression légère et un score entre 11 et 15 d'une dépression modérée).

**CORRÉLATIONS**

Les régressions linéaires univariées avec comme variables expliquées les difficultés professionnelles considérées sur le score total du WLQ25 ou de chacune des 4 dimensions du questionnaire, et comme variable explicative l'intensité de la symptomatologie évaluée par l'ASRS, ne retrouvent pas de nette association (**tableau I**). Une possible association positive est suggérée entre la dimension des « exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles »

et la symptomatologie du TDAH avec un coefficient de régression de 0,19 avec toutefois une grande imprécision des estimations au vu de l'intervalle de crédibilité à 95 % (IC95 %): [-0,35; 0,73]. Les régressions linéaires univariées avec comme variables expliquées les 3 dimensions du MBI et comme variable explicative l'intensité de la symptomatologie évaluée par l'ASRS ne retrouvent pas non plus de nette association (**tableau II**). Une possible association positive est suggérée entre la dimension de l'épuisement émotionnel et la

symptomatologie du TDAH, avec un coefficient de régression de 0,23 (IC95 %: [-0,39; 0,84]). Une association négative est suggérée entre la dimension de l'accomplissement personnel et la symptomatologie du TDAH (des symptômes plus marqués étant donc associés à un accomplissement personnel moindre), avec un coefficient de régression de -0,16 (IC95 %: [-0,76; 0,45]). Là encore, ces interprétations se doivent d'être nuancées par une grande imprécision des estimations.

## Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez le sujet adulte : répercussions professionnelles

### DIFFICULTÉS PROFESSIONNELLES ET COMPENSATIONS SPONTANÉES

Trois supra-catégories ont été identifiées quant aux difficultés professionnelles évoquées par les sujets : l'expression symptomatologique du trouble, les difficultés professionnelles identifiées dans le cadre de l'activité professionnelle et les facteurs de majoration.

L'expression symptomatologique la plus fréquemment identifiée est celle ayant trait aux troubles de la concentration. Elle est évoquée par 69 % des sujets. Viennent ensuite, par ordre décroissant, la tension motrice se traduisant par un fréquent besoin de bouger chez 38 % des sujets, une tendance à s'énerver rapidement pour 25 % des sujets, des troubles de la mémoire à court terme chez 19 % d'entre eux et enfin une asthénie chez 13 % des sujets.

Dans la population de l'étude, les difficultés professionnelles identifiées comportent deux aspects distincts : celles liées au contenu de l'activité professionnelle et celles d'ordre affectif. Pour le contenu, elles sont pour majorité liées à la productivité supposée moindre en comparaison au collectif de travail chez 50 % des sujets, puis à la planification des tâches au long terme ou la priorisation des tâches à court terme chez 44 % des sujets, à une rigidité dans le fonctionnement chez 31 % des sujets (pouvant notamment se traduire par la nécessité d'un temps prolongé pour l'acquisition de nouvelles compétences chez 19 % des sujets ou par des troubles à la gestion des imprévus chez 6 % des sujets). Enfin, 13 % des sujets disent régulièrement dépasser les horaires contractuels de travail. Les difficultés d'ordre affectif sont marquées au premier plan par les difficultés relationnelles (pouvant s'exprimer

par des difficultés de communication ou un manque de résilience vis-à-vis de la personnalité de l'autre) avec les collègues, les supérieurs ou encore les usagers chez 63 % des sujets, suivi de peu par la gestion de la charge émotionnelle chez 56 % des sujets se traduisant souvent par une émotivité accrue. Viennent ensuite la motivation dont le maintien au long cours est problématique chez 44 % des sujets, le manque de satisfaction vis-à-vis de l'activité professionnelle chez 31 % des sujets et pour finir la peur de l'erreur ou le doute sur les compétences professionnelles chez 19 % des sujets.

Quatre facteurs de majoration ont été identifiés et sont tous rapportés par 13 % des sujets : les contraintes horaires décrites comme source d'anxiété, les tâches répétitives paraissant avoir un impact négatif sur la motivation, l'environnement physique et les interruptions de tâches majorant les difficultés de concentration ainsi que les interruptions de tâches augmentant les difficultés relationnelles avec les collègues de travail.

Parmi les modes de compensation développés par les sujets, trois axes distincts ont été identifiés : les adaptations techniques avec recours à des équipements spécifiques ou des modifications physiques de l'environnement de travail, les adaptations procédurales avec modification du contenu du travail ou de ses modalités d'exécution et les adaptations comportementales, qui sont moins une adaptation à proprement parler du poste de travail qu'une adaptation de l'individu lui-même.

Les adaptations techniques comportent au premier plan, et chez la quasi-totalité des sujets (88 %), un recours surabondant aux supports écrits, avec régulièrement une multiplication de ces derniers

(listes, Post-it, cahiers...). Vient, au deuxième rang, le recours à des supports techniques, tels que des agendas électroniques ou des alarmes souvent sur le smartphone des sujets, chez 38 % d'entre eux. Chez 25 % des sujets, il est noté une organisation de l'espace de travail soit par des modifications pérennes avec délimitations de zones distinctes en fonction des tâches à effectuer, soit par le fait de vider entièrement le plan de travail en fin de journée dans l'optique d'éviter une désorganisation future. Toujours chez 25 % des sujets, il est observé un recours à des méthodes techniques pour réduire le bruit ambiant (bouchons d'oreille, casque audio). Enfin, l'un des sujets évoque une adaptation du poste de travail lui permettant d'avoir une activité physique d'intensité légère lors des tâches administratives.

Les adaptations procédurales consistent essentiellement en une modification ou une personnalisation du processus de travail, chez 31 % des sujets, et en une modification des horaires chez 19 % d'entre eux. Cette dernière consiste majoritairement à travailler durant une plage horaire hors des horaires habituels du collectif de travail, dans l'optique de diminuer les interruptions de tâches et d'évoluer dans un environnement de travail décrit comme plus calme. Un sujet signale une limitation du contact client et un autre dit avoir recours à des vérifications multiples afin de limiter au maximum le risque d'erreur.

En ce qui concerne les adaptations comportementales, 25 % des sujets signalent avoir recours à une activité physique régulière dans le but de diminuer une sensation de tension interne ou d'extérioriser un sentiment de colère. Cette activité est réalisée durant la pause méridienne pour un sujet ou dans le cadre de l'activité professionnelle

habituelle pour un autre, chez qui les tâches physiques et les tâches administratives peuvent alterner. Dix-neuf pour cent des sujets disent faire un effort pour modérer l'impact affectif des divers éléments auxquels ils sont confrontés dans le cadre de leur activité professionnelle. Enfin, deux sujets (13 %) ont participé à une formation afin d'améliorer leurs compétences communicationnelles.

## ÉLÉMENTS POUR LE MAINTIEN EN EMPLOI ET LE SUIVI DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Certaines limites inhérentes à cette étude sont à considérer, avec premièrement un échantil-

lon de participants relativement restreint, composé de seulement 16 individus et avec un important biais du fait des modalités de sélection, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la population adulte atteinte de TDAH. De surcroît, il est important de noter que cet échantillon était spécifique aux personnes ayant reçu un diagnostic de TDAH récemment, ce qui ne reflète pas forcément le vécu des personnes ayant une conscience plus longue du trouble. Les expériences, les défis mais aussi les stratégies de compensation associés au TDAH peuvent évoluer avec le temps, impliquant de relativiser ces premières constatations. Une autre limitation découle de la méthode de collecte de données, qui s'est basée principalement sur des autoquestionnaires. Bien

que source d'informations précieuses, ils sont sujets à des biais d'auto-évaluation, biais probablement d'autant plus marqué en cas d'altération de la dimension émotionnelle des symptômes. La symptomatologie du TDAH a été considérée de façon globale par l'échelle ASRS, or une analyse par dimensions symptomatologiques permettrait une meilleure approche du lien qui peut exister entre symptômes et difficultés. Une étude complémentaire évaluant le lien entre dimensions symptomatologiques et répercussions fonctionnelles dans la sphère du travail mais également dans des aspects de la vie extra-professionnelle est présentée en **encadré 1**.

En ce qui concerne l'évaluation de l'environnement professionnel et l'impact du TDAH sur celui-

### ↓ Encadré 1

#### > LIEN ENTRE DIMENSIONS SYMPTOMATOLOGIQUES ET RÉPERCUSSIONS FONCTIONNELLES DANS LE TDAH DE L'ADULTE

Outre la triade cardinale, la dysrégulation émotionnelle est une dimension à part entière de la symptomatologie du TDAH [5]. Celle-ci comporte deux facettes distinctes, les débordements émotionnels associés à l'impulsivité d'une part, la labilité émotionnelle d'autre part [23]. Si la symptomatologie permet de caractériser un trouble, c'est la traduction fonctionnelle de ces symptômes qui sera d'importance non seulement pour le sujet mais aussi pour son environnement personnel et professionnel. Des études s'intéressant au lien entre symptômes et répercussions fonctionnelles évoquent que les symptômes inattentionnels et émotionnels sont les plus impactants [24, 25] sans nette distinction entre les dimensions fonctionnelles considérées. Il est fait l'hypothèse que l'impact fonctionnel des symptômes est variable en fonction des dimensions

fonctionnelles.

Une enquête a été menée chez 363 sujets des Hôpitaux universitaires de Strasbourg entre mars 2016 et août 2021 dans le cadre d'une consultation spécialisée dans le TDAH de l'adulte, chez qui un diagnostic de TDAH a été posé (résultats non publiés).

La symptomatologie a été évaluée par la *Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale* (WRAADD) en considérant 23 items parmi les 30 d'origines, permettant d'évaluer 4 dimensions symptomatologiques : 1) attention & désorganisation, 2) hyperactivité & agitation, 3) impulsivité & explosivité émotionnelles, 4) labilité émotionnelle [23]. Les répercussions fonctionnelles ont été étudiées par la *Weiss Functional Impairment Rating Scale* (WFIRS) comportant 69 items pour évaluer 7 dimensions que sont 1) la famille, 2)

le travail, 3) l'école, 4) les aptitudes à la vie quotidienne, 5) le concept de soi, 6) le fonctionnement social, 7) les comportements à risque.

Le degré de corrélation entre les 4 dimensions symptomatologiques et les 7 dimensions fonctionnelles a été étudié par calcul du coefficient de corrélation de Pearson et représentés par une carte de chaleur (**figure 1 p. 24**). Les degrés de corrélation les plus importants sont observés entre 1) la symptomatologie inattentionnelle et les répercussions sur le travail, l'école et la vie quotidienne, 2) l'explosivité émotionnelle et les répercussions familiales et de conduite à risque, 3) la labilité émotionnelle et, principalement, le concept de soi et, dans une moindre mesure le travail, la vie quotidienne et la sphère sociale.



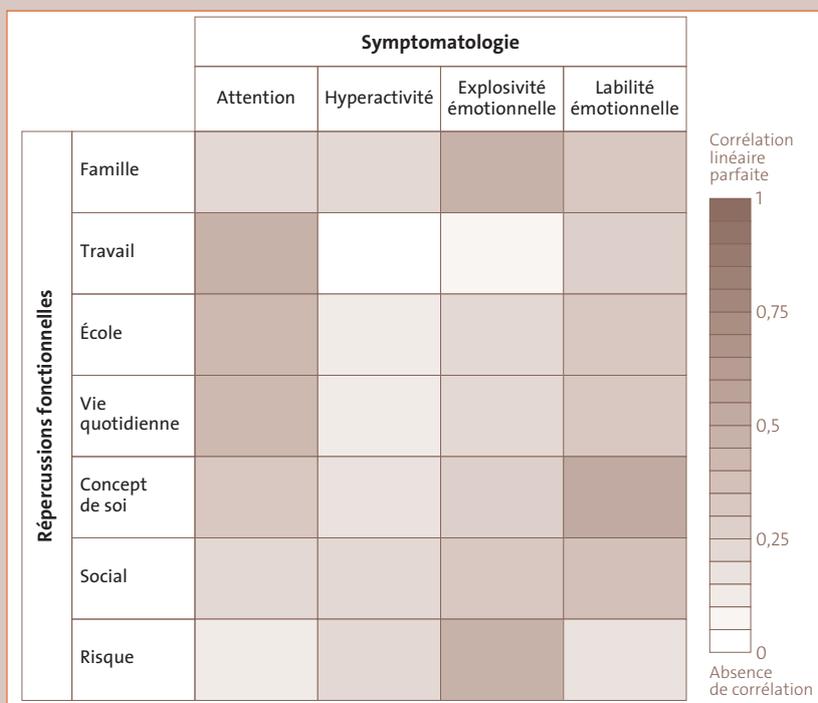
## Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez le sujet adulte : répercussions professionnelles

La part propre de chaque composante symptomatologique sur les répercussions fonctionnelles a été étudiée à l'aide de modèles de régressions linéaires multivariées avec, comme variable à expliquer, les 7 dimensions fonctionnelles (considérées successivement) et comme variables explicatives les 4 dimensions symptomatologiques. Les coefficients de régression et leurs intervalles de crédibilité à 95 % associés à chacune des dimensions symptomatologiques ont été estimés et représentés par un graphique en forêt (figure 2 p. 25). Des analyses de sensibilité ont été effectuées en incluant comme co-variables l'âge, le sexe, le statut conjugal, la présence d'enfants, le niveau d'étude, la présence de comorbidités psychiatriques.

L'impact de chacun des symptômes est très variable en fonction de la dimension fonctionnelle considérée. Ainsi, pour la sphère familiale, la part de l'explosivité émotionnelle est prédominante, devant la symptomatologie inattentionnelle. Dans le cadre du travail, l'impact le plus marqué est celui de la symptomatologie inattentionnelle, suivi par la labilité émotionnelle. Sur la sphère scolaire, la symptomatologie inattentionnelle est largement la plus impactante, sans effet net des autres symptômes. Dans la vie quotidienne, un profil symptomatologique assez similaire à celui du travail est retrouvé, avec une prédominance de la symptomatologie inattentionnelle, suivi par la labilité émotionnelle, mais avec des tailles

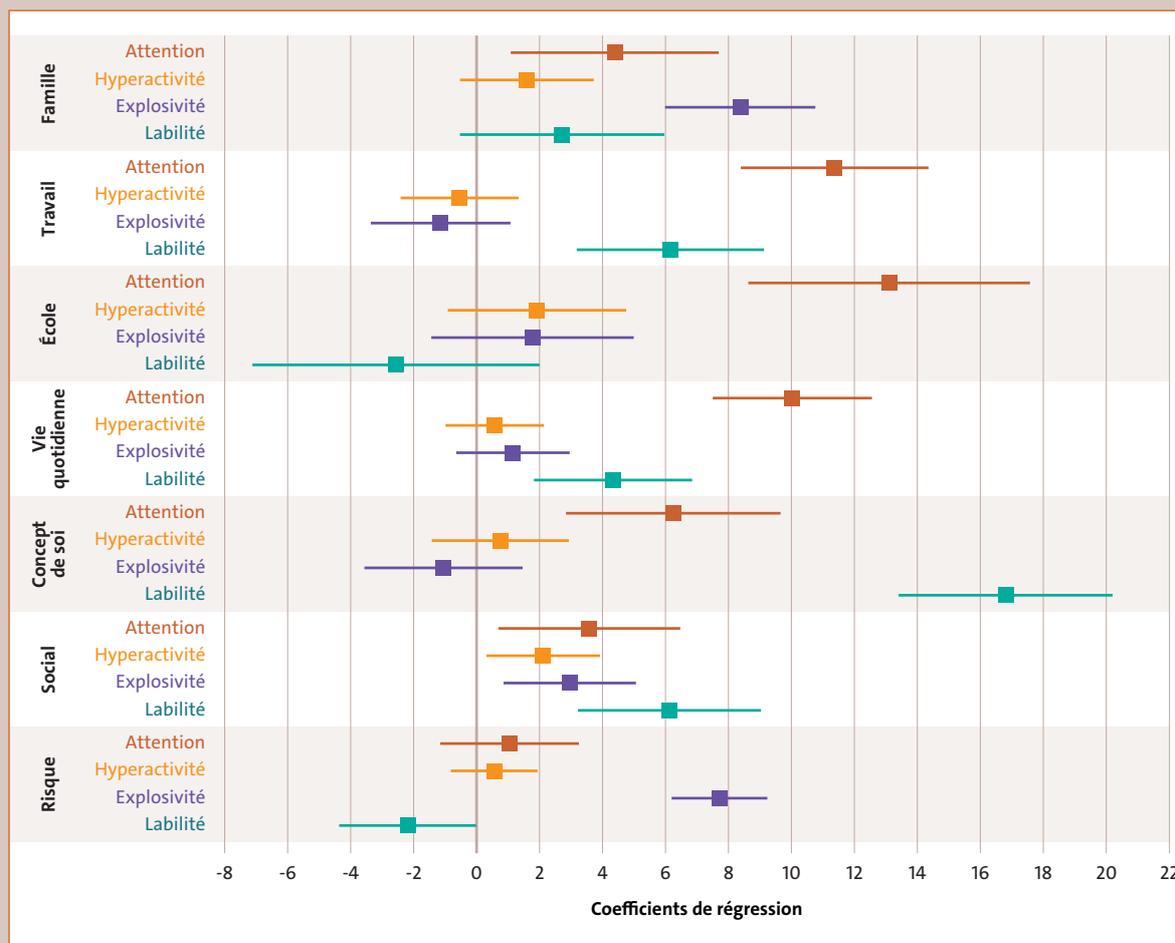
d'effets moindres. Pour le concept de soi, la labilité émotionnelle a de loin l'effet le plus marqué avec, en seconde place, la symptomatologie inattentionnelle. Sur la sphère sociale, l'ensemble des symptômes semble impacter, mais avec une taille d'effet relativement contenue. Enfin, pour les conduites à risque, le seul symptôme à ressortir est l'explosivité émotionnelle. Les analyses de sensibilité, effectuées en incluant comme co-variables l'âge, le sexe, le statut conjugal, la présence d'enfants, le niveau d'étude, la présence de comorbidités psychiatriques, retrouvent une robustesse dans l'estimation des coefficients de régression (non détaillé ici).

Figure 1: Carte de chaleur des corrélations entre les 4 dimensions symptomatologiques du TDAH et les 7 dimensions fonctionnelles



*Exemple d'interprétation: La corrélation entre la dimension "explosivité émotionnelle" de la symptomatologie et la dimension "famille" des répercussions fonctionnelles est proche de 0.5.*

Figure 2: Graphique en forêt représentant l'association de chacune des 4 dimensions symptomatologiques considérées simultanément avec les 7 dimensions fonctionnelles considérées isolément.



*Exemple d'interprétation:* Lorsque l'on s'intéresse au lien entre la symptomatologie du TDAH et le travail, le coefficient de régression associé à l'attention est proche de 12 traduisant un lien fort, tandis que celui associé à l'hyperactivité est proche de 0 traduisant une absence de lien.

ci, l'étude présente se base sur la subjectivité des dires des sujets, et non sur une évaluation plus objective par un tiers ou sur des indicateurs prédéterminés. Les résultats traduisent donc plus le lien entre les différentes dimensions symptomatologiques avec les contraintes ressenties qu'avec les contraintes réelles. Il est possible d'émettre l'hypothèse que

cet impact est moindre pour les difficultés d'ordres relationnels et émotionnels où le vécu du sujet est de prime importance, mais avec un biais plus marqué pour les difficultés organisationnelles ou relatives à la productivité.

### COMPARAISON À LA LITTÉRATURE EXISTANTE

Une étude diligentée par l'Orga-

nisation mondiale de la santé en 2008 portant sur la santé mentale dans 10 pays européens et américains s'est intéressée à l'impact du TDAH sur la diminution subjective de la productivité [26]. Cette étude fait la distinction entre diminution quantitative, qualitative et globale (à la fois quantitative et qualitative) du travail habituellement réalisé. Au total, les sujets ayant un

## Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez le sujet adulte : répercussions professionnelles

TDAH présentent en moyenne 21,7 jours/an supplémentaires de diminution quantitative, 13,6 jours/an supplémentaires de diminution qualitative et 8,4 jours/an supplémentaires de diminution globale du travail comparativement à la population générale. Ceci paraît donc être concordant avec les difficultés relatives à l'aspect de productivité mais aussi sur la satisfaction du travail réalisé qui sont relevées dans l'étude présente.

Une conférence de consensus organisée en 2010 sur le thème des difficultés professionnelles associées au TDAH rassemblant des psychiatres, médecins du travail, économistes de la santé et spécialistes du handicap, a identifié trois temps problématiques au long du parcours des travailleurs : la recherche de travail, l'entretien d'embauche et les difficultés en poste (avec trois axes que sont l'organisation, les relations interpersonnelles et le surinvestissement) [27]. Les résultats à la fois quantitatifs et qualitatifs de l'étude présente viennent conforter les constatations avancées pour les difficultés en poste, sans avoir étudié spécifiquement le surinvestissement, mais avec la confirmation d'un sentiment d'épuisement élevé au sein de la population d'étude.

Pour ce qui est des répercussions fonctionnelles en général, la prise en compte des symptômes est variable, en ne considérant que la triade cardinale comme dans celle menée par Silverstein en 2020 [24] ou en intégrant également la dimension émotionnelle comme dans celle menée par Mörstedt en 2016 [25]. Lorsque celle-ci est intégrée, son impact est indubitable, ce qui est conforté par l'étude présentée en **encadré 1**.

### RÉSULTATS CLÉS ET INTERPRÉTATION

Lorsqu'elles sont étudiées individuellement par le WLQ-25, les deux

difficultés principales sont celles liées à la gestion du temps et à la productivité. Le MBI retrouve un sentiment d'épuisement émotionnel élevé et un sentiment d'accomplissement personnel faible. Le QIDS-SR16 indique une symptomatologie dépressive légère dans l'échantillon pris en compte ici.

De possibles associations sont observées entre la symptomatologie du TDAH d'une part et les difficultés relatives aux exigences mentales et interactions interpersonnelles, le sentiment d'épuisement émotionnel et le sentiment d'accomplissement personnel d'autre part.

L'ensemble de ces résultats converge avec les constatations empiriques réalisées dans le cadre des consultations de psychiatrie, et permet une estimation plus juste des risques, sans toutefois permettre d'établir un net effet de causalité entre le TDAH et les répercussions décrites, devant des déterminants toujours multiples et souvent complexes de celles-ci.

### ÉLÉMENTS POUR LA PRÉVENTION

#### IMPLICATIONS DES RÉSULTATS, PRINCIPALES CONCLUSIONS À TIRER DES DONNÉES

Le TDAH est donc un trouble d'expression plurielle, dont les dimensions symptomatologiques peuvent être plus ou moins marquées en fonction des sujets. La traduction professionnelle de ces symptômes est variable d'un sujet à l'autre, d'autant plus qu'elle est également impactée par d'éventuelles comorbidités et par des situations de travail dissemblables impliquant des contraintes variées. Quelle que soit la situation de travail, il paraît nécessaire de surveiller l'apparition d'un épuisement professionnel parmi cette popu-

lation spécifique, ce d'autant plus lors de certaines périodes pouvant être à plus forte vulnérabilité, notamment au décours du diagnostic et de l'instauration d'une prise en charge thérapeutique, ou en cas de changement professionnel pouvant induire une perte de repères, qu'ils soient matériels, procéduraux ou humains. Cette surveillance pourra au besoin nécessiter une modification temporaire de la périodicité du suivi médical, et sera à réaliser idéalement en lien avec les professionnels de santé concourant à la prise en charge thérapeutique.

#### SUGGESTIONS D'AMÉLIORATION

Parmi les éléments d'amélioration issus de l'enquête, ce sont principalement les adaptations procédurales qui sont mises en avant par les sujets. Vingt-cinq pour cent d'entre eux évoquent la modification ou l'optimisation des horaires, 25 % insistent sur le bénéfice attendu d'un travail plus en autonomie ou à tout le moins une limitation des interruptions de tâches. La diversification du travail est évoquée par 19 % des sujets et va de la diversification des tâches au sein du poste à un changement radical de poste de travail. À l'opposé, 13 % des sujets souhaitent une uniformisation des tâches, leur diversité étant vécue comme un facteur perturbant l'activité.

Pour ce qui est des adaptations comportementales, 25 % des sujets évoquent un potentiel bénéfique d'un soutien psychologique ou d'un *coaching*, essentiellement axé sur un désir d'amélioration des capacités d'organisation et de planification.

Les adaptations techniques évoquées comportent au premier rang, pour 19 % des sujets, une définition claire des procédures sous forme de supports écrits auxquels ils

pourraient se référer en cas de difficulté dans l'exécution d'une tâche ou lors de l'acquisition de nouvelles compétences, ce en complément de l'information orale. Treize pour cent des sujets évoquent un bénéfice attendu d'un bureau individuel et 13 % du télétravail, ce qui se rattache au souhait d'une diminution des interruptions de tâches et d'un environnement de travail calme. Un sujet évoque l'uniformisation des documents utilisés dans l'entreprise, une multiplicité des supports étant décrite comme augmentant les contraintes attentionnelles et majorant le risque d'erreur.

Ces suggestions, élaborées librement en lien avec les sujets ayant participé à l'étude, peuvent servir de base de réflexion, mais devront être confrontées à la réalité du travail et des possibilités, pour que le projet d'aménagement soit réalisable.

### UTILISATION PRATIQUE PAR LES PROFESSIONNELS DE LA PRÉVENTION DE CES RÉSULTATS

La prise en charge du TDAH requiert une approche multidimensionnelle, compte tenu de sa variabilité et de ses manifestations plurielles. Deux approches complémentaires peuvent être proposées, en fonction des difficultés identifiées et des possibilités de réponse à y apporter.

Une approche technique qui paraît être adaptée aux difficultés organisationnelles et relatives à la productivité, pouvant inclure des solutions matérielles (liste de tâches structurée, matrice d'Eisenhower permettant la planification des tâches en fonction de leurs degrés d'urgence et d'importance), dématérialisées (rappels électroniques, outils de gestion du temps et de suivi des projets) mais également humaines (complétion de l'infor-

mation orale pour un support écrit, identification d'une personne référente pour l'accompagnement dans les projets).

Une approche comportementale qui paraît être adaptée aux difficultés relatives aux exigences mentales et interactions interpersonnelles, pour laquelle un accompagnement peut s'envisager dans un contexte extraprofessionnel en lien avec les praticiens participants à la prise en charge mais au besoin également dans le milieu professionnel, avec des séances de *coaching* ou de conseil. Évidemment, et bien que le TDAH puisse être à l'origine de certaines difficultés professionnelles par elles-mêmes, si ces difficultés s'inscrivent dans un contexte de risques psychosociaux collectifs et plus globaux, la prévention sera à envisager à une échelle collective et non individuelle.

Deux plaquettes présentant des stratégies possibles en milieu de travail ont été élaborées conjointement entre le service de prévention et de santé au travail inter-entreprises Alsace Santé au travail 67 et le service de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, l'une à destination des salariés (<https://www.ast67.org/notre-offre-de-services/fiches-pratiques/salarie-tdah-trucs-et-astuces-pour-aider-les-salaries-2>), et l'autre à destination des employeurs et des collègues (<https://www.ast67.org/notre-offre-de-services/fiches-pratiques/employeur-collegue-tdah-trucs-et-astuces-pour-aider-les-salaries/>).

### CONCLUSION

Le TDAH, qui touche 1,5 à 3,2 % des adultes, se caractérise cliniquement par la triade cardinale inat-

ention-hyperactivité-impulsivité et par des symptômes associés (difficultés relationnelles, difficultés dans la gestion du temps, troubles du sommeil). Certains traits peuvent se retrouver à différents degrés dans la population générale, sans nécessairement atteindre un seuil pathologique. Les répercussions professionnelles du trouble dépendent de l'individu, du poste occupé et de l'environnement de travail. Les difficultés les plus communes ont trait à l'organisation et à la planification du travail, la focalisation sur les tâches à effectuer, la gestion des relations interpersonnelles et de la charge émotionnelle, l'accumulation d'une tension interne psychique et/ou motrice. La prise en charge comporte au premier plan un accompagnement psychothérapeutique complété au besoin par un traitement médicamenteux. L'accompagnement des salariés dans le cadre de leur activité professionnelle pourra faire appel à des méthodes centrées sur l'individu (gestion émotionnelle, *coaching*) ou centrées sur le travail, avec une dimension technique et une dimension organisationnelle. Les deux études présentées dans cet article ont été réalisées à l'échelle des individus et de leur perception du travail, et n'intègrent pas d'évaluation objective des contraintes professionnelles auxquelles ces individus sont confrontés. Pour une meilleure compréhension de l'expression du trouble, une prise en compte objective de ces contraintes serait de nature à apporter un éclairage complémentaire et à orienter plus justement les préconisations d'aménagement et de suivi.

Par ailleurs, bien que plusieurs pistes pour la prise en charge et la prévention en milieu professionnel soient évoquées sur la base des connaissances du trouble, il serait pertinent d'évaluer leur efficacité

## Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez le sujet adulte : répercussions professionnelles

tant sur la symptomatologie et le ressenti des salariés que sur des indicateurs objectifs sur le travail réalisé et la nécessité de recours au système de soin, *via* une approche prospective en vue de déterminer le bénéfice réel et pas seulement hypothétique.

Enfin, si l'on considère les symptômes liés au TDAH comme un *continuum* entre le normal et le pathologique, il pourrait être intéressant de s'intéresser à l'ensemble des travailleurs et non uniquement à ceux chez qui un trouble est diagnostiqué, posant ainsi moins la question d'une prévention médico-centrée que celle des modalités d'organisation du travail et des modes de management pour un collectif de travail constitué par des individus ayant une multiplicité de modes de fonctionnements cérébraux et de caractéristiques neurologiques.

### POINTS À RETENIR

- Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble du neurodéveloppement qui touche 1,5 à 3,2 % des adultes.
- La symptomatologie du TDAH est caractérisée par la triade cardinale (inattention, hyperactivité, impulsivité) et par des symptômes associés (perturbation de la gestion du temps, des émotions, du sommeil...).
- Il existe un *continuum* de symptômes entre le « normal » et le « pathologique ».
- Les deux principales répercussions professionnelles concernent 1) la planification et l'organisation de l'activité et 2) la gestion de la charge émotionnelle et des relations interpersonnelles.
- Le lien pouvant exister entre symptômes et répercussions fonctionnelles est variable d'une dimension à l'autre.
- La prise en charge thérapeutique est multimodale, avec des approches psychosociales (hygiène de vie, psychothérapie, rééducation, techniques mentales) et médicamenteuses (principalement méthylphénidate).
- Les professionnels de la prévention en santé au travail ont un rôle dans le dépistage (en vue d'une orientation pour diagnostic et prise en charge) et dans l'accompagnement des travailleurs.
- Les modalités de l'accompagnement seront à personnaliser au cas par cas et peuvent comprendre un pendant technique (procédures et environnement de travail) et un pendant émotionnel (évaluation puis mise en place de stratégies relationnelles ou d'interventions renforcées).

### BIBLIOGRAPHIE

1 | DOBROSAVLJEVIC M, SOLARES C, CORTESE S, ANDERSHED H ET AL. - Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020; 118: 282-89.

2 | BLONDEAU C, RÉNÉRIC JP, MARTIN-GUEHL C, BOUVARD M - Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte: concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Ann Méd Psychol, Rev Psychiatr.* 2009; 167

(3): 234-42.

3 | American Psychiatric Association (Ed) - DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5<sup>th</sup> edition. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013: 947 p.

4 | WEISSENBARGER S, SCHONOVA K, BÜTTIKER P, FAZIO R ET AL. - Time Perception is a Focal Symptom of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Med Sci Monit.* 2021; 27: e933766.

5 | BEHESHTI A, CHAVANON ML,

CHRISTIANSEN H - Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2020; 20 (1): 120.

6 | SODANO SM, TAMULONIS JP, FABIANO GA, CASERTA AM ET AL. - Interpersonal Problems of Young Adults With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord.* 2021; 25 (4): 562-71.

7 | VALSECCHI P, NIBBIO G, ROSA J, VITA A - Adult ADHD and sleep disorders: Prevalence, severity and predictors of

sleep disorders in a sample of Italian psychiatric outpatients. *PSYCHIATRY RES.* 2022; 310: 114 447.

8 | RAMOS-QUIROGA JA, NASILLO V, RICHARTE V, CORRALES M ET AL. - Criteria and Concurrent Validity of DIVA 2.0: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. *J Atten Disord.* 2019; 23 (10): 1 126-35.

9 | CACI H, DIDIER C, WYNCHANK D - Validation and bifactor structure of the French Adult ADHD Symptoms Rating

- Scale v1.1 (ASRS). *Encéphale*. 2023; S0013-7006(22)00274-3.
- 10 | FARAONE SV, PERLIS RH, DOYLE AE, SMOLLER JW ET AL.** - Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005; 57 (11); 1 313-23.
- 11 | SOBANSKI E** - Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006; 256 Suppl 1: i26-31.
- 12 | SCHIWECK C, ARTEAGA-HENRIQUEZ G, AICHHOLZER M, THANARAJAH SE ET AL.** - Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021; 124: 100-23.
- 13 | BERNARDI S, FARAONE SV, CORTESI S, KERRIDGE BT ET AL.** - The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychol Med*. 2012; 42 (4): 875-87.
- 14 | VAN STEIJN DJ, RICHARDS JS, OERLEMANS AM, DE RUITER SW ET AL.** - The co-occurrence of autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in parents of children with ASD or ASD with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53 (9): 954-63.
- 15 | SCIBERRAS E, HEUSSLER H, BERTHIER J, LECENDREUX M** - Chapter 4. Epidemiology and Etiology of Medical Sleep Problems in ADHD. In: Hiscock H, Sciberras E - Sleep and ADHD. An Evidence-Based Guide to Assessment and Treatment. Cambridge: Academic Press; 2019: 95-117, 380 p.
- 16 | SEDGWICK JA, MERWOOD A, ASHERSON P** - The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative investigation of successful adults with ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2019; 11 (3): 241-53.
- 17 | JENSEN CM, AMDISEN BL, JØRGENSEN KJ, ARNFRED SM** - Cognitive behavioural therapy for ADHD in adults: systematic review and meta-analyses. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2016; 8 (1): 3-11.
- 18 | ZHANG L, YAO H, LI L, DU RIETZ E ET AL.** - Risk of Cardiovascular Diseases Associated With Medications Used in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022; 5 (11): e2243597.
- 19 | LERNER D, AMICK 3RD BC, ROGERS WH, MALSPEIS S ET AL.** - The Work Limitations Questionnaire. *Med Care*. 2001; 39 (1): 72-85.
- 20 | MASLACH C, JACKSON SE, LEITER MP** - Maslach burnout inventory. In: Zalaquett CP, Wood RJ (Eds) - Evaluating stress: a book of resources. London: Scarecrow Press; 1997: 191-218, 474 p.
- 21 | KESSLER RC, ADLER L, AMES M, DEMLER O ET AL.** - The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005; 35 (2): 245-56.
- 22 | RUSH AJ, TRIVEDI MH, IBRAHIM HM, CARMODY TJ ET AL.** - The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry*. 2003; 54 (5): 573-83.
- 23 | WEIBEL S, BICEGO F, MULLER S, MARTZ E ET AL.** - Two Facets of Emotion Dysregulation Are Core Symptomatic Domains in Adult ADHD: Results from the SR-WRAADDS, a Broad Symptom Self-Report Questionnaire. *J Atten Disord*. 2022; 26 (5): 767-78.
- 24 | SILVERSTEIN MJ, FARAONE SV, LEON TL, BIEDERMAN J ET AL.** - The Relationship Between Executive Function Deficits and DSM-5-Defined ADHD Symptoms. *J Atten Disord*. 2020; 24 (1): 41-51.
- 25 | MÖRSTEDT B, CORBISIERO S, BITTO H, STIEGLITZ RD** - Emotional symptoms and their contribution to functional impairment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2016; 8 (1): 21-33.
- 26 | DE GRAAF R, KESSLER RC, FAYYAD J, TEN HAVE M ET AL.** - The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occup Environ Med*. 2008; 65 (12): 835-42.
- 27 | ADAMOUM M, ARIF M, ASHERSON P, AW TC ET AL.** - Occupational issues of adults with ADHD. *BMC Psychiatry*. 2013; 13 (59): 1-7.

**Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez le sujet adulte :**  
répercussions professionnelles

## ANNEXE 1 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TDAH DÉFINIS PAR LE DSM 5 (*DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS*, 5<sup>e</sup> ÉDITION) [3]

### Critères A

Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, et caractérisé par (1) et/ou (2) :

#### A1. Inattention

Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ( ex : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : leur esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
- d) Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait).
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnels en ordre ; complique et désorganise le travail ; gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés).
- f) Souvent évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article).
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »).
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, hostilité ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.

#### A2. Hyperactivité et impulsivité

Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester assis).
- c) Souvent court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).
- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.

**e)** Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" (ex : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité ou comme difficile à suivre).

**f)** Souvent parle trop.

**g)** Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex : termine la phrase de leur interlocuteur ; ne peut attendre son tour dans une conversation).

**h)** A souvent du mal à attendre son tour (ex : lorsque l'on fait la queue)

**i)** Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui, sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font).

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.

### Critères B

Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.

### Critères C

Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex : à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités).

### Critères D

On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie.

### Critères E

Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique. Et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

### Formes cliniques

#### **Forme mixte ou combinée**

Les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.

#### **Forme inattention prédominante**

Le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.

#### **Forme hyperactivité/impulsivité prédominante**

Le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.