

Au-delà du déficit : état des lieux des forces et ressources chez les adultes présentant un TDAH : Revue de la littérature de type « Scoping review »

Auteur : Meurice, Noémie

Promoteur(s) : Rousselle, Laurence

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/26622>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Université de Liège

Faculté de psychologie, logopédie et sciences de l'éducation

***Au-delà du déficit : état des lieux des forces et ressources chez les
adultes présentant un TDAH : Revue de la littérature de
type « Scoping review »***

Mémoire présenté par **MEURICE Noémie** en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences Psychologiques à finalité spécialisée en psychologie clinique

Promotrice : **Rousselle Laurence**

Lectrices : Durieux Nancy, Leclercq Auriane

Année académique 2025-2026

Remerciements

« Si tu diffères de moi, mon frère, loin de me léser, tu m'enrichis. »

— Antoine de Saint-Exupéry, *Lettre à un otage*

Dans cet espace, je souhaite prendre le temps de remercier sincèrement Madame Rousselle, promotrice de ce mémoire, qui m'a fait confiance pour ce sujet. Merci d'avoir cru en mon projet, merci de m'avoir donné l'occasion d'explorer cette question. Merci d'avoir passé du temps à me suivre, à me relire, à discuter de ce sujet aussi passionnant. Merci enfin de m'avoir accompagnée avec fermeté, exigence et une grande bienveillance.

Merci à Madame Durieux pour son cours « Méta-analyse et revue systématique », dispensé lors du premier quadrimestre. Vos enseignements ont été aussi riches que passionnants, et votre enthousiasme très contagieux. Merci également d'avoir répondu à mes questions, et d'avoir participé à l'élaboration, quelque peu laborieuse, de l'équation de recherche de ce mémoire.

Merci à Madame Doyen, psychologue et institutrice rencontrée dans le secondaire, qui a mis la psychologie sur mon chemin. Merci pour vos cours, aussi riches que nécessaires à la jeunesse ; ils ont éveillé en moi une sensibilité à l'autre que je n'aurais pas découverte sans la vôtre.

Je souhaite ensuite m'adresser plus particulièrement à Alex, mon compagnon depuis bientôt dix années, et qui m'a tant inspiré durant ses longues années par sa ténacité et son courage, il a été plus qu'une simple présence, il est celui qui a cru en moi et en mes idées plus que quiconque et m'a toujours poussé à aller rencontrer jusqu'au bout chacune d'entre elles. Merci d'avoir participé à ce projet à ta façon : par tes relectures, ton soutien, et ton humour qui m'a tant aidée à relativiser quand je doutais de moi ou de mon travail.

Merci à ma Maman, Véronique, pour tes mots aussi lucides que fulgurants qui ont catalysé mon existence à de nombreuses charnières de celle-ci où j'ai tant douté, où j'ai tant eu besoin d'être rassurée. Sans même t'en rendre compte, et toujours avec une non-chalance déconcertante, tu m'as tant aidé.

Enfin, je souhaite remercier toutes ces personnes qui ont, de près comme de loin et sans le savoir, participé à la genèse de ce projet : amis, famille, collègues, femmes, hommes, plus jeunes, plus vieux. Aucun d'eux ne se réduit à ce qu'on aurait pu écrire dans un dossier. Moi qui pensais poser une petite question, m'en voilà avec beaucoup d'autres.

Table des matières

1	Introduction générale	1
2	Introduction théorique.....	3
2.1	Le TDAH.....	3
2.2	Diagnostic et évaluation du TDAH à l'âge adulte.....	6
2.3	Cadre conceptuel	8
2.4	Les forces et ressources positives associées au TDAH adulte	10
3	Objectif(s) et questions de recherche	13
3.1	Sous-questions de recherche.....	14
4	Méthodologie	14
4.1	Protocole et enregistrement	15
4.2	Critères d'éligibilité (PCC).....	15
4.2.1	Critères d'inclusion	15
4.2.2	Critères d'exclusion.....	16
4.2.3	Application standardisée des critères lors du processus de sélection.....	17
4.3	Bases de données consultées	17
4.4	Stratégie de recherche documentaire	18
4.4.1	Stratégie de recherche pour PsycINFO	18
4.4.2	Stratégie de recherche pour PubMed/MEDLINE	18
4.4.3	Stratégie de recherche pour Scopus.....	19
4.5	Extraction des données	19
4.6	Analyse et présentations des données.....	19
5	Résultats.....	20
5.1	Sélection des études.....	20
5.2	Caractéristiques des études sélectionnées.....	22
5.3	Caractéristiques des populations	23
5.4	Terminologies	25

5.5	Forces identifiées dans la littérature	28
5.6	Conceptualisation des forces	30
6	Synthèse des résultats et discussion	31
6.1	Nommer, identifier et définir les forces	32
6.2	Approches mobilisées et modalités de mesure	34
6.3	Contextes et populations étudiées.....	37
6.4	Mise en perspective avec la revue de Rafael et al. (2026)	40
7	Limites du travail	42
8	Implications et perspectives	44
9	Conclusion	45
10	Bibliographie.....	47
11	Annexes.....	57
12	Résumé	99

Liste des abréviations

ADHD/ADD/ADHD	Attention Deficit Disorder (variantes terminologiques anglophone du TDAH)
ADHD-C	ADHD – Combiné (présentation clinique combinée du TDAH)
ADHD-I	ADHD – Inattentive (présentation clinique inattentive)
Adj*	Adjacent within * words (opérateur de proximité : rayon de * mots)
AHQ	Adult Hyperfocus Questionnaire
APA	American Psychiatric Association
ASRS	Adult ADHD Self-Report Scale
AUT	Alternative Uses Task
BAARS-IV	Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV
BADDS	Brown Attention-Deficit Disorder Scales
BFAS	Big Five Aspect Scale
C	Combiné (présentation combinée du TDAH)
CAADID	Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV
CAARS	Conner's Adult ADHD Rating Scales
CAARS-S-SV	Conner's Adult ADHD – Self-Report: Screening Version
CAQ	Creative Achievement Questionnaire
CBSS	Revised Cheek and Buss Shyness Scale
CEI	Curiosity and Exploration Inventory
CFS	Cognitive Flexibility Scale
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement
CIM-11	Classification Internationale des Maladies, 11 ^e révision
DIVA/ 2.0	Diagnostic Interview for ADHD in Adults
DIVA-5	Diagnostic Interview for ADHD in Adults – Version 5
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 ^e édition
DSM-5 TR	DSM-5, Text Revision
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ^e édition
DSM-IV TR	DSM-IV, Text Revision
exp	Explode (opérateur MeSH pour déployer les sous-catégories)
H/F	Hommes/Femmes (tableau sociodémographique)
HSP	Highly Sensitive Person Scale
I/IP	Inattentive (présentation inattentive du TDAH) / Impulsive (présentation impulsive du TDAH)
ID	Identifiant
IUS	Intolerance of Uncertainty Scale (short form)

JB	Joanna Briggs Institute
K-DOCS	Kaufman Domains of Creativity Scale
M	Moyenne (statistique)
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings (vocabulaire contrôlé)
MSHS	Multidimensional Sense of Humour Scale
N/n	Nombre total de participants / nombre sous-effectif (échantillon)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSF	Open Science Framework
PATAS	Positive Attitudes Toward ADHD Scale
PANAS	Positive & Negative Affect Schedule
PCC	Population – Concept – Contexte
PCT	Problem Construction Task
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic reviews (Scoping Reviews)
RAT	Remote Associates Test
RCL	Resources Checklist
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale
SCL-90R	Symptoms Checklist-90- Revised
SKS	Strengths Knowledge Scale
SUS	Strengths Use Scale
SWAN	Strengths and Weaknesses of ADHD-symptoms and Normal-behavior
SWLS	Satisfaction With Life Scale
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
TDAH	Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TEQ	Toronto Empathy Questionnaire
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme (ASD en anglais)
TTCT	Torrance Tests of Creative Thinking
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life – Brief version

Liste des annexes

A.	Stratégie de recherche PsycInfo	57
B.	Stratégie de recherche PubMed/MEDLINE	59
C.	Stratégie de recherche Scopus	62
D.	Description détaillée de la grille d'extraction	63
E.	Processus d'harmonisation sémantique et de synthèse descriptive	64
F.	Tableaux de résultats	83
G.	Tableau récapitulatif des articles exclus et de la raison	96

Liste des figures

Figure 5.1-1 : Diagramme de flux - Représentation schématique du processus de sélection des études.....	21
Figure 5.2-1: Distribution des études incluses selon l'année de publication (2016-2025)	22
Figure 5.2-2 : Distribution géographique des études incluses selon le pays d'origine.....	22
Figure 5.2-3 : Distribution des études selon le design méthodologique	23
Figure 5.3-1 : Distribution des études selon le contexte de recrutement	23
Figure 5.3-2 : Distribution des études incluses selon la tranche d'âge des participants.....	24
Figure 5.3-3 : Distribution des études incluses selon le genre (%) et taille d'échantillon (N) des études incluses selon l'année de publication (2016-2025)	24
Figure 6.4-1 : Distribution des études incluses selon le genre - Précision.....	95

Liste des tableaux

Tableau 5.4-1 : Cartographie descriptive – Terminologie	27
Tab 5.5-1: Cartographie descriptive – Forces	28
Tableau A-1: Définition des descripteurs selon PsycINFO	57
Tableau A-2 : Termes de recherche utilisés dans Psycinfo.....	58
Tableau A-3: Equation de recherche dans PsycInfo	58
Tableau B-1: Définition des descripteurs selon PubMed/Medline (via Ovid)	59
Tableau B-2 : Termes de recherche utilisés dans Medline (via Ovid).....	60
Tableau B-3 : Equation de recherche dans Medline (via Ovid)	61
Tableau C-1 : Termes de recherche utilisés dans Scopus	62
Tableau C-2 : Equation de recherche dans Scopus.....	63
Tableau D-1 : Description détaillée de la grille d'extraction	63
Tableau E-1: Processus d'analyse qualitative de contenu	65
Tableau E-2 : Terminologie données brutes	66
Tableau E-3: Données brutes – Catégories.....	68
Tableau E-4 : Synthèse descriptive – Catégories	69
Tableau E-5: Données brutes – Forces	70
Tableau E-6 : Synthèse descriptive – Forces	72
Tableau E-7 : Données brutes - Définitions spécifiques des forces	74
Tableau E-8: Cartographie descriptive – Définitions des forces spécifiques	79
Tableau F-1 : Caractéristiques des études sélectionnées	83
Tableau F-2 : Conceptualisation et définitions.....	87
Tableau F-3: Cartographie méthodologique : designs des études et instruments.....	90
Tableau F-4 : Caractéristiques des populations	91
Tableau F-5 : Modalités et instruments de diagnostic	95
Tableau G-1 : Tableau récapitulatif des articles exclus et raisons d'exclusions	96

1 Introduction générale

Historiquement, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) a longtemps été envisagé comme une condition pédiatrique, dont les manifestations cliniques étaient supposées s'estomper à l'adolescence (Song et al., 2021). Les études longitudinales menées au cours des dernières décennies ont toutefois contredit ce postulat : il est aujourd'hui solidement établi que le trouble persiste à l'âge adulte dans 40 à 60 % des cas (Beck et al., 2022), et que près de la moitié des jeunes adultes continuent de présenter un retentissement fonctionnel résiduel significatif (Faraone et al., 2021).

La recherche s'est presque exclusivement structurée autour d'un modèle déficitaire, centré sur la psychopathologie, les difficultés d'adaptation et l'évaluation des incapacités (Rafael et al., 2026). Dans ce cadre biomédical, le trouble est défini par ses manques, laissant ainsi les aspects positifs ou les ressources associés au fonctionnement largement ignorés de la littérature (Schippers et al., 2022). Ce n'est que très récemment qu'un tournant de paradigme s'est opéré, soutenu par l'émergence du mouvement de la neurodiversité et de la psychologie positive, visant à identifier des facteurs de protection et des leviers de réussite (Lesch, 2018 ; Atique et al., 2025).

Cependant, ce domaine de recherche en construction se caractérise par une forte dispersion et une instabilité sémantique. En effet, les données disponibles demeurent minces, majoritairement qualitatives et issues d'échantillons souvent restreints ou constitués d'individus à « haut fonctionnement » (Schippers et al., 2022 ; Sedgwick et al., 2019 ; Lesch, 2018). Sur le plan quantitatif, les preuves s'avèrent hétérogènes et font face à un véritable « vide psychométrique » : si des outils comme la PATAS permettent désormais de mesurer les attitudes subjectives envers le trouble (Katabi et al., 2026), les échelles cliniques classiques restent structurellement incapables de capter le versant « supernormal » ou positif de l'attention en raison d'une variance tronquée (Greven et al., 2018).

Face à ce foisonnement, une interrogation fondamentale apparaît : est-ce que ces travaux désignent la même réalité lorsqu'ils mobilisent la notion de « force » ? La littérature actuelle révèle en effet une tension entre le modèle médical, qui envisage la ressource comme une compensation du déficit, et le paradigme de la neurodiversité, qui y voit une différence intrinsèque (Nicholson & Lee, 2026, p. 2 ; Hargitai et al., 2025, p. 2). La publication très récente

de la première revue de portée exhaustive sur le sujet (Rafael et al., 2026) confirme que cette question n'est pas une intuition isolée.

Dépasser le modèle strictement déficitaire ne consiste pas à revendiquer un discours idéalisé sur les « superpouvoirs », ce qui risquerait de toute façon de masquer la souffrance réelle des individus (Rafael et al., 2026 ; Nicholson & Lee, 2026), mais à analyser rigoureusement ce que la recherche a effectivement produit concernant les ressources des adultes concernés. Celles-ci sont entendues ici comme des traits, des compétences ou des caractéristiques associés à une valeur adaptative, cognitive, émotionnelle ou relationnelle. Pour répondre à cet objectif, la présente étude adopte la méthodologie d'une scoping review, approche adaptée pour cartographier un domaine complexe, examiner la diversité de travaux et identifier les lacunes conceptuelles (Arksey & O'Malley, 2005 ; Peters et al., 2020).

Afin de guider cette démarche, la première partie de ce mémoire pose le cadre théorique. Elle retrace le cheminement nécessaire à notre problématique : la manière dont le trouble est défini à l'âge adulte, les limites des instruments psychométriques actuels et les conflits de paradigmes qui sous-tendent l'évaluation (Nicholson & Lee, 2026 ; Greven et al., 2018). Nous examinerons ensuite la littérature consacrée aux forces associées au TDAH de l'adulte, en intégrant les mécanismes sociocognitifs tels que le biais illusoire positif (Abu-Ramadan et al., 2023), avant d'exposer la question de recherche, la méthodologie, les résultats et la discussion de cette revue de la portée.

2 Introduction théorique

2.1 Le TDAH

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) figure parmi les troubles neurodéveloppementaux les plus fréquents de l'enfance et de l'adolescence (Ayanoglou & Vernhet, 2021). Sa définition fait aujourd'hui l'objet d'un consensus international, structuré autour de deux classifications nosographiques de référence : le DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022) et la CIM-11 (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2022). Ces deux référentiels conceptualisent le TDAH comme un schéma persistant (d'au moins six mois) d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité. Pour qu'un diagnostic soit posé, ces manifestations doivent entraver significativement le fonctionnement social, scolaire ou professionnel de l'individu, et ne pas être mieux expliquées par un autre trouble mental (APA, 2022 ; OMS, 2022).

Sur le plan clinique, le DSM-5-TR articule ce trouble autour de trois dimensions principales : l'inattention (caractérisée par une distractibilité marquée et une difficulté à soutenir l'effort mental), l'hyperactivité (une activité motrice excessive) et l'impulsivité (une tendance à agir avec précipitation, sans anticipation des conséquences). L'expression de ces dimensions permet de définir trois présentations cliniques : à prédominance inattentive, à prédominance hyperactive-impulsive, ou combinée (APA, 2022). Ces profils ne sont toutefois pas figés et la présentation des symptômes tend à évoluer au fil du développement de l'individu (Ayanoglou & Vernhet, 2021 ; OMS, 2022). Bien qu'il requière la confirmation que les symptômes aient débuté dans l'enfance, le DSM demeure à ce jour l'outil de référence le plus utilisé pour diagnostiquer le trouble à l'âge adulte (Song et al., 2021).

Concernant l'étiologie du trouble, la littérature scientifique s'accorde sur l'absence de cause unique. En effet, l'apparition du TDAH ne s'explique pas par un déterminisme isolé, qu'il soit génétique, neurobiologique ou environnemental, mais résulte d'une interaction complexe entre ces différents facteurs (Ayanoglou & Vernhet, 2021 ; Faraone et al., 2021). Si l'hérédité joue un rôle majeur, avec une héritabilité estimée à environ 74 % par les études de jumeaux (Beck et al., 2022 ; Poddar et al., 2025), il n'existe pour autant aucun « gène du TDAH » identifié. Faraone et al. (2021) décrivent une architecture polygénique : le risque découle de l'accumulation de très nombreux variants génétiques ayant chacun un effet individuel minime.

Ces vulnérabilités génétiques interagissent de manière dynamique avec des facteurs environnementaux précoces (prématurité, faible poids de naissance, expositions prénatales toxiques) et psychosociaux. C'est précisément cette interaction constante entre génétique, neurobiologie et environnement qui explique la grande hétérogénéité des phénotypes cliniques et la diversité des degrés de sévérité observés (Ayanougrou & Vernhet, 2021 ; Poddar et al., 2025).

Sur le plan épidémiologique, la prévalence du TDAH est estimée à environ 5 à 7 % chez l'enfant (Ayanougrou & Vernhet, 2021 ; Faraone et al., 2021). Le trouble est historiquement diagnostiqué plus fréquemment chez les sujets masculins, avec un ratio allant de 1,5 à 2 garçons pour une fille selon les études (Beck et al., 2022 ; Faraone et al., 2021). Ce déséquilibre statistique soulève l'hypothèse d'un sous-diagnostic majeur chez les femmes. Ces dernières présenteraient en effet plus fréquemment une forme clinique à prédominance inattentive, caractérisée par des comportements internalisés beaucoup moins perturbateurs, et donc moins identifiables par l'entourage et le corps médical, que l'hyperactivité-impulsivité traditionnellement associée au trouble (Beck et al., 2022 ; Poddar et al., 2025).

Historiquement, le TDAH a longtemps été conceptualisé comme un trouble strictement circonscrit à l'enfance, dont l'on supposait qu'il s'atténuait spontanément à l'adolescence. Cependant les études longitudinales ont depuis réfuté ce postulat, démontrant la persistance du trouble à l'âge adulte (Song et al., 2021). Cette trajectoire développementale s'accompagne d'une gêne fonctionnelle marquée pour une large part des individus concernés, touchant entre 40 et 60 % des cas (Ayanougrou & Vernhet, 2021 ; Beck et al., 2022). Faraone et al. (2021) précisent qu'à 25 ans, si seul un jeune adulte sur six répond encore à l'intégralité des critères diagnostiques stricts, près de la moitié d'entre eux conserve des signes cliniques entraînant un retentissement résiduel significatif.

En dépit de cette persistance, le TDAH de l'adulte a longtemps été délaissé par la recherche épidémiologique, principalement en raison de l'absence de critères diagnostiques initialement validés pour cette tranche d'âge (Song et al., 2021). Ce retard conceptuel explique pourquoi de nombreux adultes demeurent aujourd'hui non diagnostiqués, n'ayant jamais bénéficié d'évaluation durant leur enfance (Poddar et al., 2025). Sur le plan statistique mondial, Song et al. (2021) estiment que le TDAH concerne 2,58 % des adultes lorsqu'une continuité depuis l'enfance est formellement établie, et jusqu'à 6,76 % (soit plus de 366 millions d'individus) lorsqu'il est défini de manière symptomatique, sans référence stricte à une origine pédiatrique

documentée. Ces données sont cohérentes avec le consensus international, qui situe la prévalence adulte entre 2,5 % et 2,8 % (Faraone et al., 2021). Bien que la prévalence globale tende à diminuer avec l'âge, il est intéressant de noter que la tranche des 18-24 ans concentre le plus grand nombre de cas de TDAH adulte (Song et al., 2021).

Par ailleurs, l'expression du trouble évolue tout au long de la vie. L'agitation motrice caractéristique de l'enfance tend à s'intérioriser à l'adolescence, à la faveur du développement des mécanismes de contrôle cognitif, laissant place à une sensation d'impatience et de tension interne chez l'adulte (Ayanouglou & Vernhet, 2021).

Le tableau clinique adulte est par ailleurs fréquemment intriqué avec des troubles associés. Purper-Ouakil et Weibel (2025) distinguent deux dynamiques : certaines comorbidités, comme les troubles spécifiques des apprentissages, préexistent dans l'enfance et se maintiennent à l'âge adulte (parfois sous la forme de difficultés persistantes d'organisation ou de mémorisation). D'autres émergent spécifiquement à l'adolescence ou à l'âge adulte, à l'image des troubles de l'humeur ou de l'usage de substances. Les auteurs postulent que lorsqu'un TDAH n'est ni repéré ni traité précocement, l'accumulation de stress psychosocial et d'échecs favorise l'émergence d'une psychopathologie secondaire (dépression, anxiété, addictions). D'ailleurs, la présence de multiples comorbidités (plus de trois troubles associés) constitue un facteur prédictif de la persistance du TDAH à l'âge adulte (Ayanouglou & Vernhet, 2021).

Sur le plan épidémiologique, environ la moitié des adultes ayant un TDAH présentent un trouble anxieux comorbide, tandis que le risque de dépression est trois à cinq fois supérieur à celui de la population générale (Purper-Ouakil & Weibel, 2025). Les addictions concerneraient 25 à 50 % de cette population clinique (Ayanouglou & Vernhet, 2021). Cette forte prévalence des troubles associés complique considérablement le diagnostic. De nombreux symptômes (tels que les difficultés de concentration ou l'irritabilité) sont transdiagnostiques : ils appartiennent à la fois au tableau du TDAH et à celui de la dépression ou de l'anxiété. Le trouble initial peut ainsi être masqué par une autre pathologie, d'autant que le diagnostic de TDAH adulte intervient souvent de manière fortuite, le patient ayant réussi à compenser ses difficultés durant l'enfance (Purper-Ouakil & Weibel, 2025). C'est pourquoi un diagnostic d'exclusion rigoureux demeure indispensable (Beck et al., 2022).

En synthèse, le TDAH s'affirme comme un trouble neurodéveloppemental fréquent, dont l'étiologie est complexe et multifactorielle. Loin de se limiter à l'enfance, son expression clinique évolue et persiste de manière significative à l'âge adulte, particulièrement chez les jeunes adultes (Song et al., 2021). Si son évaluation clinique s'avère complexe, en raison de l'intrication avec des comorbidités fluctuantes et d'un biais historique ayant invisibilisé certaines populations, notamment féminines, une compréhension nuancée et évolutive du trouble apparaît aujourd'hui incontournable (Faraone et al., 2021 ; Purper-Ouakil & Weibel, 2025).

2.2 Diagnostic et évaluation du TDAH à l'âge adulte

Bien qu'une compréhension plus précise du TDAH se dessine, son repérage à l'âge adulte soulève d'importants défis méthodologiques et cliniques. En effet, si ce trouble est considéré comme fréquent dans la population adulte, il demeure largement sous-diagnostiqué et sous-traité (Anbarasan et al., 2020 ; Caroline S. et al., 2024).

Conformément aux recommandations de l'American Psychiatric Association, le diagnostic adulte repose prioritairement sur un entretien clinique approfondi, étayé par des échelles d'évaluation (Caroline S. et al., 2024). Cet entretien constitue la pierre angulaire de l'évaluation : il retrace l'histoire familiale, développementale et médicale du patient afin de confirmer la présence des symptômes dès l'enfance. Cette démarche rétrospective constitue un défi clinique majeur, les souvenirs de la personne et de son entourage étant parfois imprécis. C'est d'ailleurs pour pallier cette difficulté que le DSM-5 a repoussé de sept à douze ans l'âge limite d'apparition des premiers symptômes (Caroline S. et al., 2024). À cela s'ajoute un biais historique : les critères diagnostiques ont été initialement modélisés à partir d'observations cliniques menées sur des populations infantiles et majoritairement masculines. Cet héritage conceptuel explique en partie la difficulté des outils actuels à capter les présentations atypiques ou à identifier le trouble chez les femmes adultes (Anbarasan et al., 2020 ; Beck et al., 2022).

Afin de structurer l'entretien clinique, les professionnels s'appuient sur des formats standardisés (tels que la DIVA 2.0 ou la CAADID, basés sur les critères du DSM-IV), souvent complétés par des autoquestionnaires. Les recommandations cliniques soulignent toutefois l'importance de ne pas se limiter à l'autoévaluation, mais de trianguler les données avec des informations collatérales (recueillies auprès des proches) et une évaluation rigoureuse des comorbidités (Anbarasan et al., 2020 ; Caroline S. et al., 2024).

Concernant les outils de mesure, une revue systématique de la littérature (menée selon les critères PRISMA entre 1996 et 2022) a identifié dix échelles présentant des qualités psychométriques solides pour évaluer le TDAH de l'adulte, parmi lesquelles : l'ASRS, les CAARS, la BAARS-IV et la BADDS (Caroline S. et al., 2024). Bien que ces outils soient jugés fiables et valides pour le dépistage et le suivi, les auteurs soulignent qu'à l'exception de la BAARS-IV, la majorité d'entre eux mesurent la fréquence des symptômes plutôt que leur retentissement fonctionnel. En outre, ces échelles demeurent circonscrites aux critères stricts du DSM, omettant des dimensions cliniques pourtant fréquentes comme l'hyperfocalisation, le vagabondage mental ou la sensibilité au rejet (Caroline S. et al., 2024).

Ce centrage sur le symptôme soulève une question d'un point de vue méthodologique : Robaey et al. (2007) relèvent que la plupart des échelles cliniques imposent une cotation de type fréquence (allant de « jamais » à « très souvent »). De ce fait, un comportement n'est objectivé qu'à partir du moment où il franchit un seuil clinique. Dans ce modèle, la normalité est définie en creux, par l'absence ou le faible niveau de symptômes, créant ainsi un effet plancher pour la population générale. Ce que ces instruments échouent donc à capturer, ce n'est pas seulement un symptôme atypique mais l'ensemble du versant fonctionnel et non problématique d'un comportement.

Cette analyse rejoint les travaux de Greven et al. (2018). S'appuyant sur un vaste échantillon de 9 882 adolescents issus d'une cohorte de jumeaux, ces auteurs rappellent que les outils d'évaluation psychiatrique ont été spécifiquement conçus pour isoler la pathologie. Or, ils postulent que le TDAH ne s'apparente pas à une catégorie binaire, mais s'inscrit sur un continuum développemental dont l'extrémité positive échappe structurellement aux échelles classiques.

Si le biais provient du système de cotation, la construction d'outils alternatifs apparaît nécessaire. C'est l'ambition de l'échelle SWAN (Strengths and Weaknesses of ADHD-symptoms and Normal-behavior). En reprenant les items du DSM mais en modifiant l'ancrage des réponses (de « nettement au-dessus » à « nettement en dessous » de la moyenne), la SWAN permet de situer l'individu sur l'ensemble de la distribution, capturant à la fois les vulnérabilités et les points forts (Robaey et al., 2007). Dans l'étude de Greven et al. (2018), il s'agit de la seule échelle offrant des indicateurs de santé mentale positive. Toutefois, la SWAN, y compris dans sa version française validée par Robaey et al. (2007), n'a été étudiée qu'auprès de populations pédiatriques.

Concernant la population adulte, le développement d'instruments explorant un versant plus positif du trouble demeure récent. Récemment, la PATAS (Positive Attitudes Toward ADHD Scale), développée par Katabi et al. (2026), s'inscrit dans le paradigme de la neurodiversité et bénéficie d'une validation internationale. Si cet outil comble une lacune importante de la littérature, il se distingue de la SWAN par son objet de mesure : il ne place pas les symptômes sur un continuum adaptatif, mais quantifie précisément le rapport subjectif et les attitudes positives que l'individu entretient à l'égard de son propre trouble.

En résumé, l'évaluation du TDAH à l'âge adulte s'appuie sur un dispositif clinique robuste et des échelles valides remplissant efficacement leur rôle de dépistage (Caroline S. et al., 2024). Néanmoins, ces outils héritent d'une conception clinique initialement pensée pour des populations infantiles et masculines, et demeurent structurellement polarisés sur la mesure du déficit (Greven et al., 2018 ; Robaey et al., 2007). Face à ce constat clinique, un mouvement émerge dans la littérature, incitant à dépasser le modèle strictement psychopathologique pour intégrer l'étude des forces, en s'appuyant notamment sur les cadres de la psychologie positive (Greven et al., 2018).

2.3 Cadre conceptuel

La réflexion précédente s'est achevée sur une observation de Greven et al. (2018), qui inscrivent leurs travaux dans le sillage de la psychologie positive. Ce courant, dont l'essor au tournant du XXI^e siècle est attribué à Seligman et Csikszentmihalyi (2000), marque un basculement épistémologique : l'intérêt de la recherche se déplace alors de la psychopathologie et des déficits vers l'exploration des forces. Comme le rappellent Nicholson et Lee (2026), le choix d'un paradigme n'est jamais vraiment neutre : chez le chercheur, il détermine la méthode et l'angle d'analyse ; chez le clinicien, il oriente la prise en charge et la nature des interventions. Dès lors, si les échelles cliniques habituelles ne documentent que les dysfonctionnements, il convient d'interroger le cadre théorique qui les a façonnées. La majorité de ces instruments sont en effet construits à partir des critères du DSM (Caroline S. et al., 2024 ; Robaey et al., 2007), eux-mêmes ancrés dans un modèle conceptuel spécifique.

Dans ses travaux consacrés à la Classification internationale du fonctionnement (CIF) pour l'autisme et le TDAH, Alehagen (2026) décrit le modèle biomédical comme le paradigme historiquement dominant en matière de santé.

Dans cette perspective, la maladie et le handicap sont conceptualisés comme des écarts par rapport à un fonctionnement biologique défini comme normal. La santé se résume alors par l'absence de pathologie et l'intervention médicale a pour vocation de repérer et de corriger ces anomalies. Ainsi, appliqué au TDAH, ce cadre structure le trouble comme une catégorie neurodéveloppementale distincte, apparaissant précocement dans le développement (Nicholson & Lee, 2026).

Il est alors possible d'établir un parallèle conceptuel entre le modèle biomédical qui définit la santé par l'absence de pathologie (Alehagen, 2026) et les échelles cliniques qui elles évaluent la normalité par l'absence ou le faible niveau de symptômes (Robaey et al., 2007). Les instruments psychométriques ne font donc que refléter la logique intrinsèque du paradigme qui les a vus naître. S'ils omettent le versant positif ou adaptatif d'un trait, il ne s'agit pas d'un défaut de conception : ils mesurent précisément ce pour quoi ils ont été créés. Cette cohérence interne explique pourquoi les échelles de dépistage utilisées chez l'adulte remplissent efficacement leur rôle diagnostique tout en laissant l'exploration des ressources hors de leur champ d'évaluation.

Ce cadre strictement biomédical a toutefois fait l'objet de remises en question où il lui a été notamment reproché de négliger l'influence déterminante des facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux sur la santé (Deacon & McKay, 2015, cités dans Alehagen, 2026). Des critiques similaires ont émergé concernant le TDAH, décrit par certains auteurs comme une condition contextuellement fluide dont le vécu varie considérablement selon l'environnement (Lasky et al., 2016, cités dans Nicholson & Lee, 2026). Ce décentrement vers le contexte a trouvé une assise institutionnelle avec la publication par l'Organisation Mondiale de la Santé (2001) de la CIF. En articulant le modèle biomédical et le modèle social, la CIF intègre les fonctions corporelles, les activités et la participation sociale aux facteurs environnementaux. Comme le précise Alehagen (2026), cette classification introduit également une terminologie objective, permettant de décrire les aspects tant positifs que négatifs du fonctionnement humain sans jugement de valeur.

En parallèle, un changement conceptuel important traverse le champ des conditions neurodéveloppementales, qui est porté par les personnes concernées et souvent associé au concept de neurodiversité, ce paradigme postule que toute forme de diversité neurologique possède une valeur intrinsèque dont l'expression dépend de l'environnement, et qu'elle pourrait présenter certains avantages évolutifs (Schippers et al., 2022).

Cette approche nécessite néanmoins d'être maniée avec nuance : un cadrage exclusivement centré sur la différence ou les forces comporte le risque d'invisibiliser aussi l'expérience des individus pour qui les difficultés demeurent profondément handicapantes en dépit des aménagements mis en place (Nicholson & Lee, 2026).

La conceptualisation du TDAH a donc connu d'importantes mutations. À partir du moment où la valeur d'un fonctionnement dépend en partie de son interaction avec l'environnement, l'identification de ce qui constitue une ressource pour l'individu devient une question de recherche à part entière. Les travaux actuels qui explorent ces ressources s'en emparent d'ailleurs par différentes portes d'entrée : la psychologie positive (Greven et al., 2018), le paradigme de la neurodiversité (Katabi et al., 2026) ou encore l'approche spécifique par les forces (Hargitai et al., 2025).

2.4 Les forces et ressources positives associées au TDAH adulte

Que nous apprennent véritablement les travaux portant sur les forces des personnes concernées par un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ? Avant d'y répondre, il convient de cerner l'étendue et la nature de la littérature produite, et pour cela, il faut remonter un peu plus loin.

En effet, le champ trouve en réalité ses racines dans des observations cliniques bien antérieures au tournant paradigmatique qu'on lui attribue aujourd'hui. Dès les années 1990, des cliniciens proposaient déjà un changement de regard radical : Hallowell et Ratey (1994) et Weiss (1997), cités par Newark et al. (2016), mettaient en évidence des ressources internes comme une créativité accrue. Mais ce n'est que sur la dernière décennie que ce tournant paradigmatique s'est constitué en véritable champ de recherche, en cherchant à dépasser le modèle strictement déficitaire (Atique et al., 2025 ; Hargitai et al., 2025).

Le premier constat partagé par la communauté scientifique est celui de la rareté des données. La majorité des auteurs soulignent que les preuves empiriques demeurent minces, dispersées et principalement issues d'études qualitatives menées sur des échantillons restreints (Katabi et al., 2026 ; Nordby et al., 2023 ; Schippers et al., 2022, 2024 ; Sedgwick et al., 2019). Par conséquent, ce domaine repose sur une poignée de travaux (Mahdi et al., 2017 ; Schippers et al., 2022 ; Sedgwick et al., 2019) qui servent aujourd'hui de socle commun aux nouvelles recherches.

L'une des prémisses fondamentales de ce champ est de concevoir le TDAH non pas comme une catégorie clinique binaire et étanche, mais comme un spectre dimensionnel. C'est ce que défendent Greven et al. (2018) en s'appuyant sur l'échelle SWAN que nous avons déjà évoqué. Contrairement aux outils de dépistage classiques, celle-ci permet d'évaluer l'attention sur un continuum complet, allant d'une capacité de contrôle exceptionnellement performante jusqu'aux manifestations extrêmes d'inattention et d'hyperactivité. Dans cette perspective dimensionnelle, certains traits associés au TDAH pourraient s'avérer adaptatifs plutôt qu'exclusivement invalidants (Sedgwick et al., 2019).

Cette hypothèse a notamment été testée par Sarver et al. (2015) dans le cadre d'une approche expérimentale. Leurs résultats suggèrent que l'hyperactivité motrice, souvent appréhendée comme un simple déficit, pourrait en réalité agir comme un mécanisme de compensation fonctionnelle : chez les enfants ayant un TDAH, l'augmentation de l'agitation motrice prédisait une meilleure performance en mémoire de travail. Bien que ces résultats soient issus d'une population pédiatrique, Lesch (2018) dans un éditorial, transpose cette logique à l'adulte. Il postule que chez les personnes dites à haut fonctionnement, c'est-à-dire, entendues comme un profil d'individus parvenant à une réussite sociale et professionnelle (au prix d'un effort invisible et constant) (Lesch, 2018 ; Sedgwick et al., 2019), que certains de ces profils développeraient une aptitude à se servir de leurs symptômes en les tournant intentionnellement en ressources pour s'adapter aux contraintes de leur environnement.

L'un des défis majeurs de cette littérature s'observe aussi dans sa diversité théorique, naviguant entre différents paradigmes qui orientent la lecture du chercheur (Nicholson & Lee, 2026). En effet, les cadres théoriques mobilisés sont souvent empruntés à d'autres disciplines, ce qui engendre une variabilité sémantique : le terme « force » ne recouvre pas toujours la même réalité d'une étude à l'autre (Atique et al., 2025).

Cette diversité sémantique se traduit par des ancrages théoriques qui divergent au sein de la littérature. Sedgwick et al. (2019) appréhendent ainsi les ressources sous l'angle de forces de caractère intrinsèques à l'individu, telles que le dynamisme, le courage ou la transcendance. À l'inverse, s'inscrivant dans le cadre de la CIF de l'OMS, Mahdi et al. (2017) défendent une vision biopsychosociale et relationnelle : dans ce modèle, la ressource n'est pas un trait fixe mais émerge de l'interaction dynamique entre le potentiel de la personne et un environnement facilitateur. Ainsi, selon le cadre de référence retenu, une même manifestation peut recevoir un statut clinique opposé.

L'hyperfocus, par exemple, est décrit comme un atout par les participants, mais il est parfois codé comme un déficit de flexibilité attentionnelle dans la littérature clinique (Atique et al., 2025).

Cette hétérogénéité théorique se reflète également dans les choix méthodologiques. En l'absence d'outils initialement conçus pour évaluer les forces des adultes ayant un TDAH, les chercheurs emploient des stratégies variées : l'adaptation d'échelles issues de la psychologie générale (Atique et al., 2025), le développement de nouveaux instruments de mesure comme l'échelle PATAS (Katabi et al., 2026), ou le recours à des tâches de performance pour objectiver les processus cognitifs (White, 2020).

L'analyse des échantillons met en lumière des contrastes relativement importants, notamment dans la confirmation du diagnostic, qui oscille entre l'entretien clinique standardisé (comme la DIVA-5) et le simple autosignalement (Hargitai et al., 2025 ; Katabi et al., 2026). La composition sociodémographique de ces études soulève également un paradoxe concernant la représentativité : Schippers et al. (2022) relèvent une surreprésentation féminine dans leur recrutement associatif, alors même que les femmes sont globalement considérées comme sous-diagnostiquées (Beck et al., 2022 ; Faraone et al., 2021). Il est possible que ces dernières s'autosélectionnent davantage dans les recherches abordant le trouble sous un angle positif ou associatif. Ensuite, ces échantillons tendent à regrouper des individus insérés professionnellement, diplômés, et présentant de plus faibles besoins de soutien (Atique et al., 2025 ; Hargitai et al., 2025). Ce biais de recrutement invite à la prudence quant à la généralisation des résultats aux personnes plus sévèrement atteintes (White, 2019).

Concernant les limites méthodologiques, les auteurs soulignent eux-mêmes les limites inhérentes à leurs travaux. Celles-ci concernent principalement le manque de données systématiques sur le niveau de fonctionnement global des participants, l'âge du diagnostic, ainsi que l'impact des comorbidités associées, bien que ces dernières concernent une large majorité des cas cliniques (Purper-Ouakil & Weibel, 2025).

Un débat central au sein de ce champ d'étude porte sur la dépendance presque exclusive aux méthodes d'autoévaluation (Katabi et al., 2026 ; Schippers et al., 2024). Les travaux d'Abu-Ramadan et al. (2023) apportent à cet égard un éclairage. En effet, ces auteurs invitent à examiner ces autoévaluations à travers le prisme de mécanismes tels que le biais illusoire positif (PIB) et l'autohandicap, car confrontés à des échecs répétés, les adultes concernés peuvent développer une surestimation de leurs capacités pour masquer une incompétence perçue, ou

invoquer des obstacles pour justifier d'éventuelles difficultés. Si la revendication de ces forces possède une fonction protectrice à court terme pour l'estime de soi, ces mécanismes peuvent influencer l'évaluation clinique et accroître l'écart entre les intentions de l'individu et ses comportements réels (Abu-Ramadan et al., 2023). La question demeure donc ouverte : les caractéristiques rapportées constituent-elles des ressources intrinsèques ou des mécanismes d'adaptation psychologique ?

En conclusion, ce qui précède dessine un domaine de recherche actif, offrant des perspectives d'application pertinentes, notamment en psychoéducation (Schippers et al., 2022, 2024). Toutefois, il s'agit d'un champ qui manque encore d'unification. Les cadres théoriques proviennent d'autres disciplines, les définitions varient, les outils de mesure spécifiques sont en cours d'élaboration et les méthodologies diffèrent grandement. C'est précisément cette pluralité de données qui justifie la démarche du présent travail.

3 Objectif(s) et questions de recherche

L'ambition de ce mémoire est donc de vouloir proposer un état des lieux de la littérature scientifique portant sur les forces associées au TDAH à l'âge adulte, en explorant l'étendue et la diversité des études consacrées à ce champ. La question de recherche a été élaborée à partir du cadre PCC (Population - Concept - Contexte), recommandé par le JBI pour les scoping reviews (Peters et al., 2020) :

- Population (P) : adultes (≥ 18 ans) présentant un TDAH établi selon un référentiel reconnu, un outil de dépistage validé ou rapporté comme ayant reçu un diagnostic officiel ;
- Concept (C) : forces et ressources positives, entendues comme des traits, compétences ou caractéristiques associées à une valeur adaptative, cognitive, émotionnelle ou relationnelle ;
- Contexte (C) : tous contextes confondus

Sur cette base, la question de recherche principale se forme ainsi :

« Quel état des lieux pouvons-nous dresser concernant les forces associées au TDAH à l'âge adulte, et de quelle manière ces forces sont-elles abordées et étudiées dans les recherches existantes ? »

Plusieurs sous-questions ont été définies a priori pour préciser et opérationnaliser cette question générale :

3.1 Sous-questions de recherche

1. Quels termes sont utilisés dans la littérature scientifique pour désigner les forces ou ressources positives associées au TDAH à l'âge adulte ?
2. Quelles sont les forces qui ont été identifiées ou évaluées chez les adultes présentant un TDAH ?
3. Comment ces forces sont-elles définies ou conceptualisées dans les études existantes ?
4. Dans quels contextes ces forces sont-elles étudiées dans la littérature scientifique ?
5. Quelles approches méthodologiques sont mobilisées pour étudier les forces associées au TDAH à l'âge adulte ?
6. Comment ces forces sont-elles mesurées ou évaluées dans les études existantes
7. Auprès de quelles populations ou sous-populations adultes présentant un TDAH ces forces ont-elles été étudiées ?

Ces sous-questions s'inscrivent dans la logique exploratoire des scoping reviews et guideront la sélection des études, l'extraction des données et la synthèse des résultats (Arksey & O'Malley, 2005 ; Peters et al., 2020).

4 Méthodologie

Comme mentionné précédemment, l'objectif de ce mémoire est de proposer un état des lieux de la littérature scientifique portant sur les forces associées au TDAH à l'âge adulte. La diversité conceptuelle et méthodologique caractéristique de ce champ de recherche a orienté le choix vers une méthodologie de type scoping review, particulièrement adaptée pour examiner l'étendue et la diversité des travaux existants sans imposer de restrictions quant aux designs ou aux populations étudiées (Arksey & O'Malley, 2005 ; Peters et al., 2020).

La démarche s'appuie sur les recommandations du Joanna Briggs Institute (JBI), référence pour la conduite des scoping reviews (Peters et al., 2020), et suit les lignes directrices du PRISMA-ScR afin d'assurer une description claire et reproductible du processus (Tricco et al., 2018). Dans le cadre d'un mémoire réalisé seule, certaines adaptations ont été apportées par rapport au protocole idéal notamment l'absence de double sélection indépendante et l'enregistrement.

Cette section présente successivement les critères d'éligibilité retenus pour la sélection des études, la stratégie de recherche mise en place, le processus de sélection des articles, ainsi que les modalités d'extraction et de synthèse des données.

4.1 Protocole et enregistrement

Ce mémoire s'appuie sur la démarche méthodologique d'une scoping review, en s'inspirant des cadres proposés par JBI (Peters et al., 2020) et PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Cependant, un travail de fin d'études n'étant pas une publication scientifique à part entière, il n'a pas été possible d'appliquer l'ensemble des exigences formelles qui s'imposent normalement à ce type de revue. Par exemple, l'enregistrement préalable d'un protocole sur une plateforme publique comme OSF Registries est une étape clé pour assurer la transparence et éviter que d'autres chercheurs ne se lancent dans la même démarche. Cependant, cette formalité n'a pas été accomplie ici, tout simplement parce que le projet s'inscrit dans un cadre universitaire. De la même façon, la sélection des études et l'extraction des données ont été réalisées par une seule évaluatrice, sans la relecture croisée et indépendante qui est habituellement recommandée pour réduire les risques de biais.

4.2 Critères d'éligibilité (PCC)

Conformément aux recommandations du JBI, le cadre PCC (Population, Concept, Contexte) a structuré la définition des critères d'éligibilité (Peters et al., 2020).

4.2.1 Critères d'inclusion

4.2.1.1 Population

La revue cible des adultes âgés de 18 ans ou plus pour lesquels la présence d'un TDAH est explicitement établie soit par un diagnostic clinique fondé sur un référentiel nosologique reconnu (DSM ou CIM), soit par l'utilisation d'un outil de dépistage validé pour le TDAH à l'âge adulte, tels que l'ASRS v1.1 (Kessler et al., 2005) ou les CAARS (Conners et al., 1999) ou autre. Sont également inclus les participants rapportant avoir reçu un diagnostic officiel de TDAH sans précision des modalités diagnostiques, mais qui est explicitement mentionné comme « confirmé/officiel ». La présence de comorbidités n'entraîne pas l'exclusion, dans la mesure où le TDAH demeure la condition principale étudiée.

4.2.1.2 Concept

Le concept retenu renvoie à tout élément du fonctionnement d'adultes présentant un TDAH décrit comme ayant une dimension positive. En l'absence d'un cadre terminologique consensuel dans ce domaine (Sedgwick et al., 2019), le terme de « force » est utilisé de manière délibérément large, il désigne tout aspect présenté comme bénéfique ou valorisé : trait personnel, compétence, capacité particulière, ressource perçue ou manière de fonctionner pouvant constituer un avantage dans un contexte donné. Ce choix d'ouverture vise précisément à rendre compte de la diversité des façons dont la littérature nomme et conceptualise ces dimensions. Les études sont éligibles dès lors qu'elles identifient au moins un de ces aspects positifs, indépendamment du vocabulaire employé.

4.2.1.3 Contexte

Le contexte est volontairement large. Les recherches peuvent provenir de milieux cliniques, académiques, professionnels, communautaires ou en ligne, sans restriction géographique ou culturelle.

4.2.1.4 Types d'études et de sources

Aucune restriction n'est imposée quant au design de recherche : études quantitatives, qualitatives, mixtes publiées dans des revues à comité de lecture.

4.2.1.5 Langue, période et accessibilité

Les études retenues sont publiées en anglais ou en français, afin de permettre une couverture internationale ainsi qu'une accessibilité aux sources. Aucune restriction temporelle n'est appliquée, afin de ne pas exclure a priori des travaux fondateurs potentiellement pertinents. Seuls les articles dont le texte intégral est accessible sont analysés ; les articles demeurants inaccessibles malgré les démarches entreprises sont consignés dans le diagramme de flux (Figure 5.1-1).

4.2.2 Critères d'exclusion

Sont exclues les études ne portant pas sur des adultes présentant un TDAH établi selon les modalités définies, ainsi que les travaux centrés exclusivement sur les difficultés ou symptômes du trouble. Sont également écartées toutes les sources ne reposant pas sur des données empiriques originales : revues de la littérature, articles théoriques, éditoriaux, commentaires, chapitres d'ouvrages, thèses non publiées, rapports institutionnels, préprints et littérature grise.

4.2.3 Application standardisée des critères lors du processus de sélection

L'application des critères s'organise en deux étapes successives (Peters et al., 2020 ; Tricco et al., 2018). Lors de la première étape, les titres et résumés sont examinés selon une logique volontairement inclusive : tout doute quant à l'éligibilité d'une étude conduit à la conserver pour l'étape suivante, afin de limiter les exclusions prématurées (Arksey & O'Malley, 2005). Lors de la seconde étape, les textes intégraux sont lus en intégralité et les motifs d'exclusion (Tableau G-1) sont consignés.

L'ensemble du processus est réalisé par une seule évaluatrice. Le logiciel Covidence a été utilisé pour organiser chaque étape du screening et assurer la traçabilité des décisions.

4.3 Bases de données consultées

Afin d'explorer la littérature scientifique, trois bases de données ont été consultées pour la recherche : PsycINFO, PubMed/MEDLINE et Scopus.

PsycINFO est une base bibliographique produite par l'American Psychological Association. Elle couvre la littérature en psychologie et en sciences du comportement. La base utilise un langage contrôlé via son thésaurus, ainsi qu'un langage libre, ce qui permet de repérer aussi bien des études cliniques que des travaux portant sur des dimensions subjectives du TDAH adulte.

PubMed/MEDLINE, gérée par la U.S. National Library of Medicine, indexe principalement la littérature biomédicale et psychiatrique. Elle repose sur un système de descripteurs MeSH en complément du langage libre, facilitant la recherche d'études portant sur les aspects cliniques, neurocognitifs ou psychologiques du TDAH adulte.

Enfin, **Scopus**, produit par Elsevier, est une base de données interdisciplinaire couvrant les sciences médicales, sociales et comportementales. Contrairement aux deux bases précédentes, elle ne comporte pas de langage contrôlé ; les recherches s'y effectuent uniquement en langage libre.

4.4 Stratégie de recherche documentaire

Pour chaque base, la stratégie est construite autour de deux blocs conceptuels correspondant aux dimensions Population et Concept du cadre PCC : le TDAH à l'âge adulte d'une part, les forces ou aspects positifs associés d'autre part. Ces blocs sont combinés par l'opérateur booléen AND, tandis que les synonymes au sein de chaque bloc sont reliés par OR.

L'élaboration de ces équations a constitué une étape itérative, conduite sur plusieurs semaines en concertation avec Madame Laurence Rousselle, et Madame Nancy Durieux. Les équations ont été testées et ajustées à de nombreuses reprises, tant au niveau du vocabulaire retenu que des opérateurs utilisés, avant d'aboutir à la version présentée en annexe. Le détail de cette démarche, tests successifs, arbitrages terminologiques, choix des opérateurs, est présenté en Annexes A, B, et C

4.4.1 Stratégie de recherche pour PsycINFO

Le bloc TDAH s'appuie sur le descripteur thésaurus Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/, complété par du langage libre (ADHD, ADD, ADDH). L'âge adulte est ciblé par le filtre intégré « Adulthood (18+) ». Le bloc « forces » repose exclusivement sur le langage libre, structuré en trois sous-blocs complémentaires.

Appliquée le 07 avril 2026, l'équation a produit **596 résultats** après filtres (équation complète et choix terminologiques : Annexe A).

4.4.2 Stratégie de recherche pour PubMed/MEDLINE

Dans un second temps, nous avons réalisé nos recherches sur PubMed/MEDLINE.

Le bloc TDAH reprend le descripteur MeSH équivalent et les mêmes termes libres que dans PsycINFO. L'âge adulte est ciblé par le descripteur MeSH Adult/ (mode explode) et le terme libre adult*. Le bloc « forces » repose, comme dans PsycINFO, sur le langage libre. Seuls des filtres linguistiques ont été appliqués.

Appliquée le 07 avril 2026, l'équation a produit **676 résultats** après filtres (équation complète et choix terminologiques : Annexe B).

4.4.3 Stratégie de recherche pour Scopus

Pour finir, la dernière base de données a été Scopus.

Base interdisciplinaire sans thésaurus, Scopus a été interrogée en langage libre sur les champs titre, résumé et mots-clés auteur (TITLE-ABS-KEY), avec les mêmes termes que les deux bases précédentes. L'opérateur W/4 remplace adj4, selon une logique identique. L'âge adulte est pris en charge par le filtre LIMIT-TO EXACTKEYWORD « Adult ».

Appliquée le 07 avril 2026, l'équation a produit **676 résultats** après filtres (équation complète : Annexe C).

4.5 Extraction des données

Une fois l'échantillon final d'articles obtenu, une grille d'extraction informatisée a été élaborée a priori afin de rassembler les données nécessaires, en s'appuyant sur le modèle du JBI (Peters et al., 2020) et sur les sept sous-questions de recherche de ce mémoire. Compte tenu de sa complexité et de son volume, cette matrice d'extraction brute n'est pas présentée sous sa forme intégrale mais fait l'objet d'une description détaillée (Tableau D-1).

En substance, cette grille s'articule autour de cinq grands blocs thématiques regroupant vingt-quatre colonnes : l'identification de l'étude et du document, les choix méthodologiques et conceptuels (design, modalités, instruments, cadre théorique), les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population (recrutement, taille, âge, sexe, statut, diagnostic, sous-type, médication, comorbidités), la conceptualisation théorique des forces et enfin un recensement granulaire des forces structuré sur trois niveaux (catégories, forces spécifiques, et verbatims/définitions associé(e)s).

4.6 Analyse et présentations des données

Le volume et l'hétérogénéité des données recueillies rendaient toutefois nécessaire un travail d'organisation préalable à leur présentation. Pour répondre à ce besoin, nous nous sommes appuyés sur les recommandations de Pollock et al. (2023) concernant l'analyse et la présentation des résultats dans les scoping reviews. Ces auteurs recommandent, lorsque les données s'y prêtent, le recours à une analyse qualitative de contenu de base, entendue comme un regroupement descriptif des données en catégories, ainsi qu'un comptage de fréquences (Pollock et al., 2023).

Concrètement, et comme indiqué dans la section précédente, les données extraites avaient été appréhendées en conservant, à chacun des trois niveaux (catégories, forces et expressions), les termes employés par les auteurs eux-mêmes. À partir de ces données brutes (Annexe E), les termes qui désignaient la même chose mais s'écrivaient différemment d'une étude à l'autre ont été regroupés.

Ce regroupement vise uniquement à rendre les données comparables et lisibles d'une étude à l'autre ; à chaque niveau, le lien avec les termes d'origine est conservé et reste consultable dans les tableaux bruts présentés dans les annexes E. La fréquence de chaque catégorie et de chaque force est exprimée en nombre d'études et en pourcentage.

5 Résultats

Cette section présente les résultats issus de la recherche documentaire décrite précédemment. Le processus de sélection est d'abord retracé au moyen d'un diagramme de flux (Figure 5.1-1). Les études retenues (n=16) sont ensuite présentées sous la forme de 6 tableaux synthétiques, construits à partir de notre grille d'extraction puis organisés selon la démarche d'analyse de contenu descriptive exposée dans la méthodologie (Pollock et al., 2023).

Le **Tableau F-1** présente les caractéristiques méthodologiques des études (pays, objectif, design et outils) et renseigne ainsi les approches mobilisées et les outils de mesure (Tableau F-3). Le **Tableau F-4** expose les caractéristiques des populations (contexte de recrutement, échantillon, âge, genre, diagnostic, sous-type, comorbidités, statut et médication) et éclaire les contextes et les populations étudiées. Le **Tableau 5.4-1** regroupe les terminologies employées par les auteurs pour désigner les forces. Le **Tab 5.5-1** cartographie les forces identifiées dans la littérature. Le **Tableau E-8** précise la manière dont ces forces sont définies. Chaque tableau est accompagné d'un commentaire qui en reprend les principaux constats. Enfin, le **Tableau F-2** présente les cadres théoriques/conceptuels mobilisés dans les études et les définitions.

5.1 Sélection des études

L'interrogation des trois bases de données, réalisée le 7 avril 2026, a permis d'identifier 1948 références (Scopus = 676 ; MEDLINE = 676 ; PsycINFO = 596). Après suppression automatique des doublons par Covidence (n = 768), 1180 références ont été soumises à la sélection. La lecture des titres et résumés a conduit à écarter 1138 références, soit 96,4 % du total, la grande majorité ne portant pas sur les forces ou ressources positives associées au TDAH

adulte. 42 articles ont ensuite été lus intégralement, dont 26 ont été exclus : 15 ne traitaient pas du concept étudié, 8 portaient sur des populations d'enfants ou d'adolescents, et 3 relevaient de designs non éligibles. Le détail des motifs d'exclusion par article figure en Annexe G (Tableau G-1).

16 études ont été incluses dans la revue. L'ensemble du processus est représenté dans le diagramme de flux ci-dessous

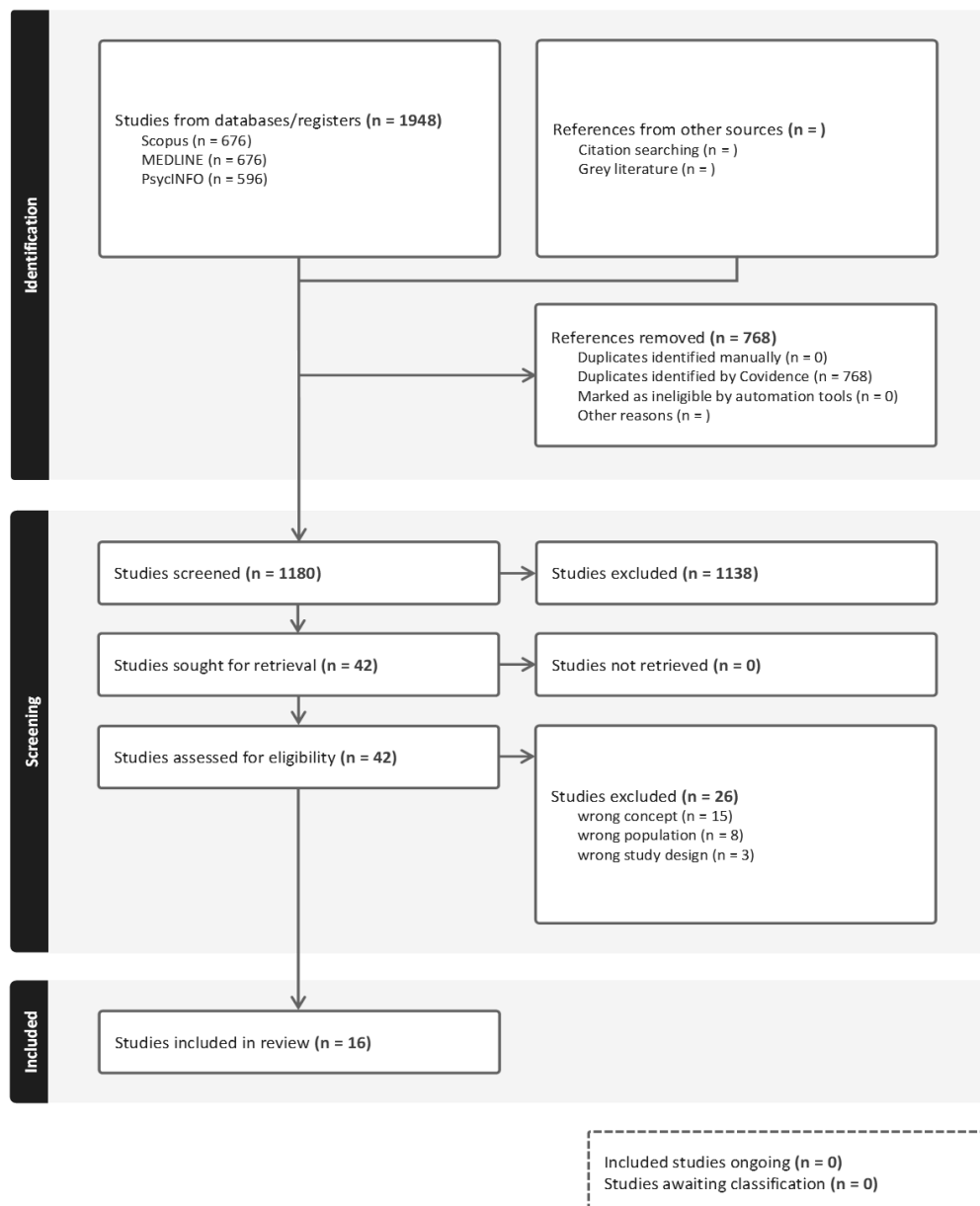
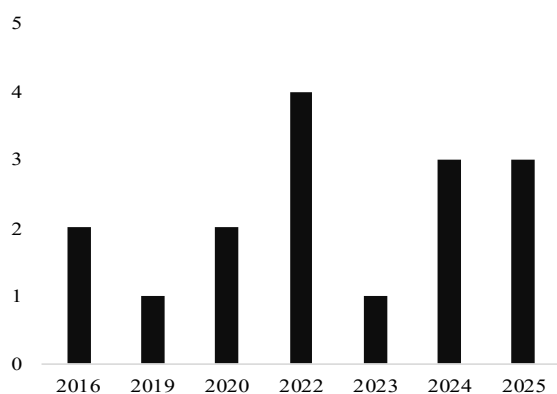


Figure 5.1-1 : Diagramme de flux - Représentation schématique du processus de sélection des études.

5.2 Caractéristiques des études sélectionnées

Les caractéristiques méthodologiques des études incluses renseignent deux de nos sous-questions : celle des approches mobilisées pour étudier les forces et celle des modalités par lesquelles ces forces sont mesurées ou évaluées. Le Tableau F-1 regroupe, pour chaque article, les auteurs et l'année, le pays d'origine, l'objectif poursuivi, le design, le type d'analyse et les outils ; le Tableau F-3 en détaille les designs et les instruments, et les *Figure 5.2-1* à *Figure 5.2-3* en présentant les distributions.



Les publications s'échelonnent de 2016 à 2025, mais se concentrent nettement sur la période récente : 11 des 16 études ont paru entre 2022 et 2025, contre 5 sur les 6 années précédentes (*Figure 5.2-1*). Aucune publication n'est recensée avant 2016, ni entre 2016 et 2019 et entre 2020 et 2022 également.

Figure 5.2-1: Distribution des études incluses selon l'année de publication (2016-2025)

Concernant la provenance géographique des publications (*Figure 5.2-2*), 13 études sur 16 proviennent d'Europe, et principalement distribuées entre le Royaume-Uni ($n = 5$), les Pays-Bas ($n = 4$), la Norvège ($n = 3$) et la Suisse ($n = 1$). Les trois études restantes sont issues du Canada, des États-Unis et de l'Australie. Le corpus ne comporte aucune étude menée dans un pays non occidental.

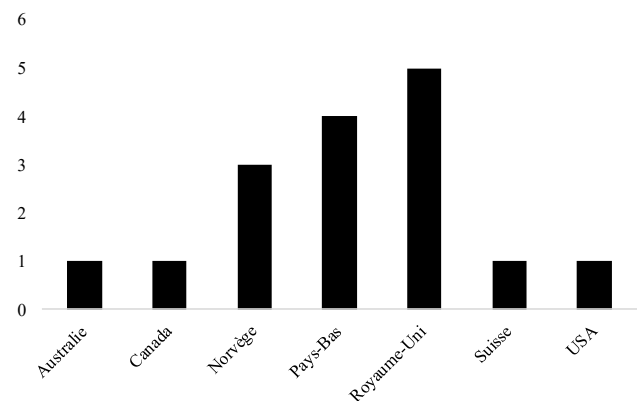


Figure 5.2-2 : Distribution géographique des études incluses selon le pays d'origine

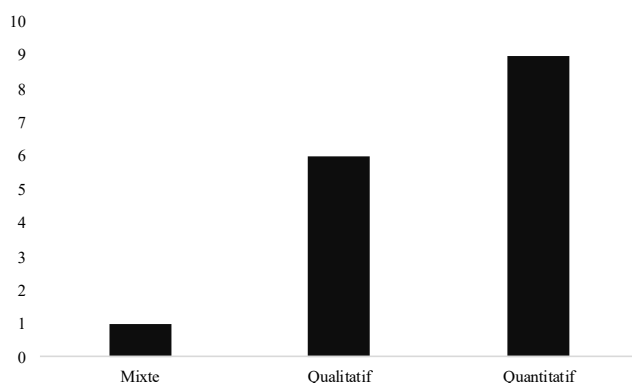


Figure 5.2-3 : Distribution des études selon le design méthodologique

Les designs se répartissent entre approches quantitatives ($n = 9$), qualitatives ($n = 6$) et mixtes ($n = 1$) (Figure 5.2-3). Les modalités de recueil les plus fréquentes sont l'auto-évaluation ou l'auto-rapport ($n = 9$), les entretiens semi-structurés ($n = 4$), les tests cognitifs ($n = 4$) et les groupes de discussion ($n = 2$), plusieurs études combinant simultanément plusieurs

modalités. Le traitement des données recourt principalement à des analyses statistiques pour les études quantitatives, et à des analyses thématiques ou de contenu pour les études qualitatives, auxquelles s'ajoutent des approches phénoménologiques ($n = 2$), une théorie ancrée et une analyse narrative et du discours.

Les instruments mobilisés se caractérisent par leur dispersion : les 16 études recourent à 21 échelles standardisées et 7 tests cognitifs, très rarement partagées d'une étude à l'autre, auxquelles s'ajoutent 10 questionnaires ou grilles d'entretien construits ad hoc, présents dans 9 études sur 16. Le détail des designs, modalités, instruments et logiciels d'analyse associés à chaque étude figure dans le Tableau F-3.

5.3 Caractéristiques des populations

Les caractéristiques des populations renseignent deux de nos sous-questions : celle des contextes dans lesquels les forces ont été étudiées et celle des populations auprès desquelles elles l'ont été. Elles sont rassemblées dans le Tableau F-4, complété par le Tableau F-5 pour les modalités diagnostiques (Figure 5.3-1 à Figure 5.3-2)

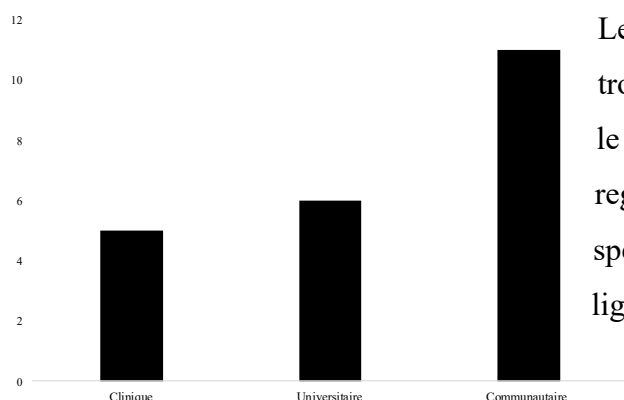


Figure 5.3-1 : Distribution des études selon le contexte de recrutement

Les contextes de recrutement se répartissent sur trois milieux. Comme l'illustre la Figure 5.3-1, le milieu communautaire, le plus représenté, regroupe les associations de patients, les forums spécialisés et les plateformes de recrutement en ligne.

Le milieu universitaire correspond à des recrutements par annonces sur campus ou auprès d'étudiants, et le milieu clinique à des services spécialisés dans le TDAH adulte.

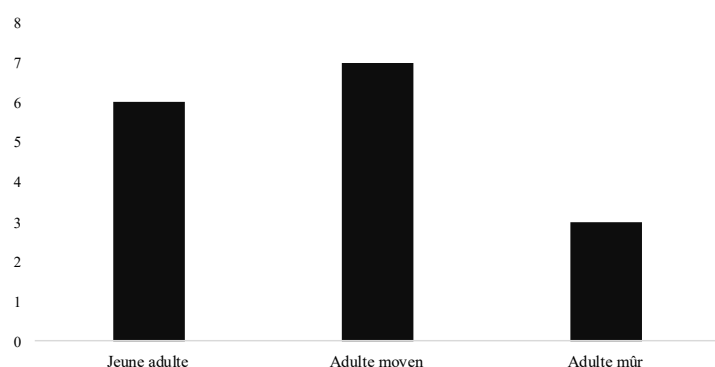


Figure 5.3-2 : Distribution des études incluses selon la tranche d'âge des participants

Les données démographiques rapportées ci-après dans les 2 figures portent sur l'ensemble des participants, groupes cliniques et groupes contrôles confondus. Les effectifs s'étendent de 6 à 1056 participants. L'étendue d'âge couvre l'ensemble de la vie adulte, de 18 à 65 ans, mais les études se

concentrent sur les adultes de 26 à 40 ans ($n = 7$) et les jeunes adultes de 18 à 25 ans ($n = 6$), les adultes de 41 ans et plus n'étant représentés que dans trois études ($n = 3$) (Figure 5.3-3 et Figure 5.3-2). Aucune étude ne porte spécifiquement sur les adultes de plus de 65 ans.

¹10 études rapportent une majorité de femmes, avec des proportions de 54 % à 88 %, contre 2 une majorité d'hommes, dont une cohorte exclusivement masculine de 6 participants, et 4 une répartition équilibrée (Figure 5.3-2 et Figure 6.4-1).

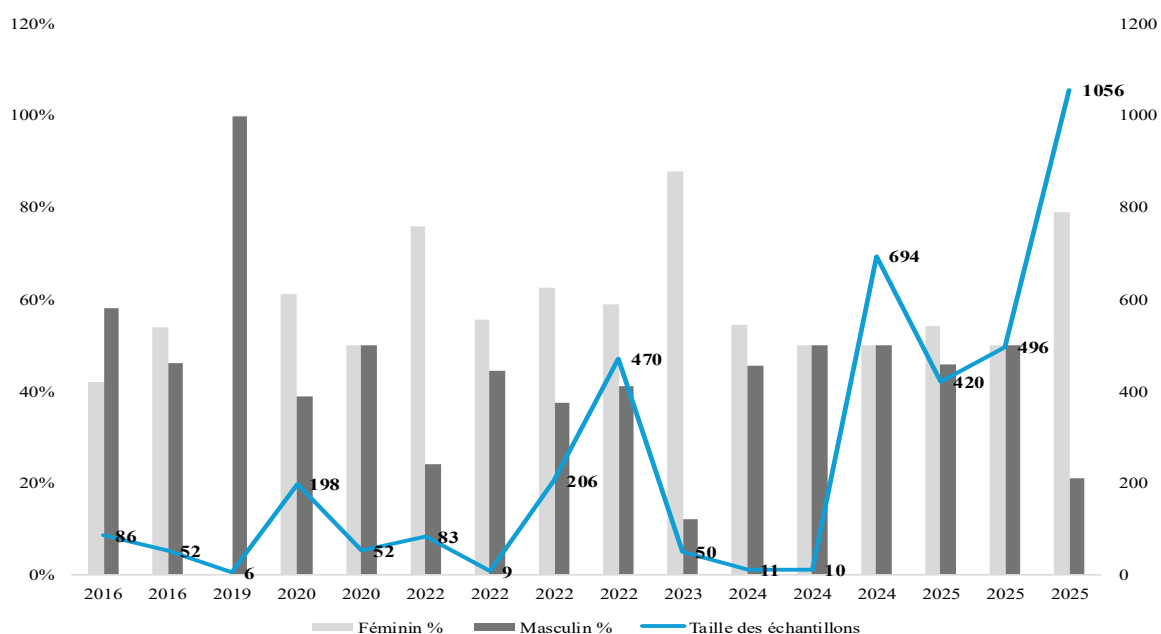


Figure 5.3-3 : Distribution des études incluses selon le genre (%) et taille d'échantillon (N) des études incluses selon l'année de publication (2016-2025)

¹ L'axe chronologique est présenté à titre indicatif pour sérier les études incluses. La figure vise exclusivement à illustrer la distribution du genre et le volume des échantillons, sans prétendre dégager une tendance ou un effet lié à l'année de parution.

Les modalités d'établissement du diagnostic varient d'une étude à l'autre (Tableau F-5). Neuf études rapportent un diagnostic officiel, établi par validation institutionnelle liée au contexte de recrutement ($n = 4$), par échelle d'évaluation ($n = 3$) ou par entretien clinique structuré ($n = 3$). Les sept autres reposent sur un diagnostic auto-rapporté, vérifié par un outil de dépistage (ASRS, $n = 3$) ou par l'affiliation à une association de patients assortie d'une confirmation déclarative ($n = 3$). Aucune étude ne combine entretien structuré et vérification documentaire du diagnostic.

Le sous-type de TDAH n'est renseigné que dans quatre études, qui rapportent des profils inattentif, impulsif et combiné. Les comorbidités sont plus souvent documentées : huit études les incluent : troubles anxieux, dépressifs, de l'humeur ou des apprentissages, cinq les excluent, le trouble du spectre de l'autisme et les troubles psychotiques constituant les critères d'exclusion les plus fréquents, et trois ne les renseignent pas. Concernant le statut socioprofessionnel et le recours à la médication, les échantillons se composent d'étudiants, de travailleurs à temps plein, d'indépendants ou de personnes sans emploi, et le recours à la médication va de son absence complète à l'ensemble des participants, plusieurs études ne renseignant pas cette variable.

5.4 Terminologies

Les terminologies employées par les auteurs pour désigner les forces renseignent notre première sous-question, celle des termes utilisés dans la littérature. Elles ont été regroupées en cinq registres sémantiques (Tableau 5.4-1). Le détail exhaustif des termes bruts par article figurant dans le Tableau E-2.

Le seul registre de la « force », par exemple, rassemble une trentaine de formulations distinctes, du terme générique (strengths) à des expressions spécifiant l'ancrage théorique (character strengths, neurodivergent strengths), l'objet désigné (ADHD-related strengths, strengths of ADHD) ou la perspective adoptée (perceived strengths, self-reported strengths).

Les registres se recoupent largement au sein des mêmes études. Ceux de la « force » et de la « caractéristique ou attribut positif » sont présents dans 15 études sur 16, ceux de la « capacité, compétence ou talent » et du « bénéfice ou avantage » dans plus des 3/4 du corpus, et le moins mobilisé, « ressource, adaptation ou stratégie » qui figure dans la moitié des études. Chaque étude emploie en moyenne 4 des 5 registres identifiés.

Ces registres ne désignent pourtant pas le même type d'objet. Certains renvoient à ce que la personne possède, un trait, une caractéristique, une compétence, d'autres à ce que cela produit ; un bénéfice, un avantage, un résultat positif, d'autres encore à ce qui est mobilisé face à une situation ; une ressource, une stratégie, un facteur de protection. Leur emploi conjoint au sein des mêmes études indique que ces distinctions ne sont pas maintenues dans la littérature.

Tableau 5.4-1 : Cartographie descriptive – Terminologie

Registre sémantique	Terminologies	Articles sources (ID)	Fréquence n (%)
Force	« strengths », « strength », « individual strengths », « universal strengths », « selective strengths », « universal selective strengths », « strengths and aptitudes », « personal strength », « personal strengths », « psychological strengths », « strengths knowledge », « strengths use », « ADHD-related strengths », « ADHD strengths », « neurodivergent strengths », « character strengths », « signature character strengths », « perceived strengths », « strength-use », « strengths of ADHD », « potential ADHD-related strengths », « personal competences and strengths », « protective strengths », « behavioral and/or cognitive strengths », « creative strengths », « strength-based perspectives », « strength-based approach », « strengths/benefits ».	A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16	15 (93,8 %)
Caractéristique / Attribut positif	« positive side », « positive aspects », « positive attributes », « positive characteristics », « positive characteristics of ADHD », « positive aspects of ADHD », « positive human qualities of ADHD », « positive attributes that accompany the neurobiology of ADHD », « bright side », « positive perception », « potential positive characteristics », « positive features », « potential positive features », « positive traits », « positive experiences », « attributes », « positive trait », « silver linings », « positive correlates », « positive outcomes », « positive [...] characteristics », « positive human qualities », « positive phenotypes », « neurodivergent perspective », « creative differences », « positive diagnostic identity ».	A1, A2, A3, A4, A5, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16	15 (93,8 %)
Bénéfice / Avantage	« benefits », « benefit », « advantages », « advantage », « perceived advantages », « opportunity domains », « opportunity », « possibility domains », « selective and evolutionary advantages », « benefits of ADHD », « assets », « performance advantages », « autistic advantage », « advantageous », « beneficial », « creative achievement », « edge », « perceived benefits », « diagnosis-related benefits ».	A1, A2, A4, A7, A8, A9, A10, A12, A13, A14, A15, A16	12 (75 %)
Capacité / Compétence / Talent	« ability / abilities », « ability », « abilities », « talent », « talents », « skills », « skill », « qualities », « personal competence », « skills and abilities », « positive self-regulation skills », « inherent self-regulation skills », « creative abilities », « capacity », « psychological qualities and skills », « qualities and skills », « skills and characteristics », « skills and traits », « competence », « valued ability », « potentials », « ability-oriented », « virtues », « personal competences and strengths », « competences », « gifts », « gifts, talents and competences », « gifted », « creative thinking abilities », « innovative », « potential ».	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A12, A13, A14, A15	13 (81,3 %)
Ressource / Adaptation / Stratégie	« resources », « resource », « skills and resources », « strategies », « recourses », « coping resources », « characteristics », « social capital », « protective forces », « protective factor », « internal resources », « external resources », « personality-related resources », « environmental/social resources », « protective resources », « protective factors », « positive strategies », « adaptive outcomes », « compensatory strategies », « skills or strategies ».	A2, A4, A5, A6, A7, A9, A10, A13	8 (50 %)

5.5 Forces identifiées dans la littérature

Les forces recensées dans le corpus renseignent notre deuxième sous-question, celle des forces identifiées ou évaluées chez les adultes présentant un TDAH. Elles sont présentées dans le Tableau 5.5-1 qui réunit les 15 étiquettes retenues résultent d'un regroupement sémantique, dont le détail par étude figure en Annexe E ; les fréquences rapportées ci-après sont à lire à ce niveau de synthèse.

Les forces recensées se concentrent sur 3 domaines du fonctionnement. Le domaine cognitif rassemble la créativité, la flexibilité cognitive et l'hyperfocus ; le domaine motivationnel, le dynamisme, la curiosité, la persévérance et l'ingéniosité ; le domaine socio-affectif, l'empathie, l'intelligence sociale et l'humour. Ces 3 domaines regroupent 10 des 15 forces recensées et concentrent l'ensemble des forces documentées par plus de la moitié du corpus. La « créativité » est la seule force documentée par plus des deux tiers des études (n = 13), 4 d'entre elles lui étant spécifiquement consacrées et l'évaluant par des tâches standardisées. Le dynamisme et la curiosité suivent (n = 9), puis l'empathie (n=8), l'intelligence sociale avec l'hyperfocus et la flexibilité cognitive (n = 7). Aucune force n'est rapportée par l'ensemble du corpus. Les forces relevant du rapport à soi et de la personnalité sont les moins documentées : l'estime de soi (n = 5), la sensibilité (n = 4), et l'intégrité (n = 3). Pour les forces adaptatives, la résilience étant rapportée par 6 études et la transcendance par 3.

Tab 5.5-1: Cartographie descriptive – Forces

Catégories	Forces	Exemples
Cognitives (31,3%) <i>Higher-order cognitive skills ; Flexibility ; Cognitive dynamism ; The unconventional mind ; Creative Awareness ; Creativity</i>	Créativité (81,25%)	<i>Real-world creative achievements ; Originality ; Performance creativity ; Mechanical/scientific creativity ; Divergent thinking ; Imaginative ; Conceptual expansion ; Imaginative divergence ; Expressive creative achievements ; Convergent thinking ; Novel problem-solving ability. ; Associative thinking</i>
	Flexibilité cognitive (43,75%)	<i>Flexible ; Being able to switch quickly between tasks ; Cognitive flexibility ; Problem-solving skills ; Conceptual expansion ; Associative/seeing connections ; Faster thinking ; Unconventional thinking</i>

Socio-affectives/sociales/interpersonnelles (25%) <i>Social skills ; Socio-affective skills ; Humanity ; Prosocial</i>	Hyperfocus (43,75%)	<i>Hyperfocus ; Hyper-focus ; Attention</i>
	Empathie (50%)	<i>Empathy ; Empathic ; Sensitive ; Warm and empathic ; Prosocial ; Based on feeling/Strong emotions ; Recognition of feeling ; Empathic ; Accepting and tolerant</i>
	Intelligence sociale (43,75%)	<i>Social skills ; Social ; Socially unconventional ; Socially outgoing ; Sociability ; Social intelligence ; Community with others ; Nonconformist</i>
	Humour (31,3%)	<i>Humour</i>
Motivationnelles (31,3%) <i>Being dynamic ; Energy ; Balanced energy ; Targeted efforts ; Pursuit of new experiences</i>	Dynamisme (56,3%)	<i>Energetic ; Enthusiastic ; Driven ; Energy ; High energy/active ; Positive energy ; Spirit ; Psychological/Physical energy ; Optimism ; Spontaneous ; Enthusiasm</i>
	Persévérance (31,3%)	<i>Perseverant ; Grit ; Persistence ; Perseverance</i>
	Curiosité (56,3)	<i>Curiosity ; Inquisitive ; Novelty seeking ; Adventurousness ; Explorative ; Drive to find things out ; Having broad interests</i>
	Ingéniosité (31, 3%)	<i>Resourceful ; Up for anything ; Seeing opportunities ; Seeing things my own way ; Image thinking ; Intuitive</i>
Adaptatives (25%) <i>Resilience ; Resilience and growth ; Challenging "broken" ; Insight and strategies ; Transcendence</i>	Résilience (37,5%)	<i>Resilience ; Courage ; Bravery ; Stress resistant ; Composure</i>
	Transcendance (18,8%)	<i>Insight ; Sublimation ; Self-regulation ; Transcendence</i>
	Intégrité (18,8%)	<i>Integrity ; Sense of justice ; Honesty ; Faith ; Bravery</i>
Intrapersonnelles/identitaires/personnalité (18,8%) <i>Personality-related resources ; Positive characteristics ; Courage ; Humanity</i>	Estime de soi (31,3%)	<i>Self-esteem ; Confidence ; Self-acceptance ; Sense of control ; Happy ; Ability to love ; Self-confidence</i>
	Sensibilité (25%)	<i>Sensory processing sensitivity ; Aesthetic sensitivity ; Sensitive ; Appreciation of beauty and excellence (ABE) ; Attention to details</i>

Note : Afin d'expliciter la catégorisation des 15 forces cartographiées et de garantir la transparence du processus d'extraction, un « glossaire descriptif » a été constitué. Ce document, présenté dans les Tableau E-7 et Tableau E-8, fait office de matrice de référence : il associe à chaque force identifiée les verbatims/définitions originaux du corpus. Cet outil annexe permet d'illustrer la richesse sémantique des données brutes tout en maintenant une présentation strictement synthétique des résultats au sein du texte principal.

5.6 Conceptualisation des forces

Cette section renseigne la troisième sous-question de cette revue : la manière dont les forces sont définies ou conceptualisées dans les études incluses. Les cadres théoriques mobilisés et les définitions données par les auteurs sont présentés dans le Tableau F-2. Les cadres y sont signalés comme déclarés (D) lorsque les auteurs situent explicitement leur travail, ou inférés (I) lorsqu'ils ont été identifiés à partir des concepts et références structurant l'article.

Trois familles de cadres se dégagent. La neurodiversité est la plus fréquente ($n = 6$), suivie de la psychologie positive et de l'activation des ressources ($n = 4$) et des modèles de cognition créative et de pensée divergente ($n = 4$). Les cadres restants n'apparaissent qu'une fois : théorie de l'autodétermination, susceptibilité différentielle et sensibilité sensorielle, psychologie sociale et soins centrés sur la personne. La majorité des études associe au moins deux cadres, le plus souvent un cadre général et un cadre spécifique à l'objet étudié.

La distinction entre cadres déclarés et inférés partage le corpus en deux moitiés égales : huit études situent explicitement leur travail, huit ne le font pas et leur cadre a été inféré. Parmi les cadres déclarés, quatre relèvent d'une approche méthodologique (phénoménologie, analyse interprétative ou narrative), et non d'une théorie de la force. Quatre études seulement déclarent donc un cadre portant sur l'objet lui-même.

La présence d'une définition varie selon quatre configurations. Six études définissent la notion générique de force ou d'un objet substitut. Cinq ne définissent qu'une force particulière (créativité, pensée divergente, sensibilité au traitement sensoriel). Trois définissent le cadre mobilisé plutôt que l'objet étudié, la notion définie étant la neurodiversité elle-même. Deux ne fournissent aucune définition, ni de la notion de force ni d'un objet substitut.

Lorsqu'une définition générique est fournie, elle repose sur des logiques différentes. Deux études définissent la force par sa fréquence différentielle, c'est-à-dire comme une qualité plus fréquente ou plus marquée chez les personnes concernées que dans la population générale. Deux la définissent par sa fonction compensatoire à l'égard du déficit, comme un bénéfice, une ressource, une compétence ou une stratégie permettant de médier ou de compenser les difficultés associées au TDAH. Deux la définissent par sa valeur motivationnelle et identitaire pour la personne, A6 étant la seule à étendre explicitement la notion aux ressources environnementales en distinguant ressources internes et externes.

Les forces particulières font en revanche l'objet de définitions plus convergentes. La créativité, force la plus documentée du corpus (cf. 5.5), est définie dans des termes proches par trois études, autour du double critère de nouveauté et d'utilité, et la pensée divergente comme la génération de réponses multiples à une question ouverte (n=3).

6 Synthèse des résultats et discussion

Rappel de la question de recherche :

« Quel état des lieux pouvons-nous dresser concernant les forces associées au TDAH à l'âge adulte, et de quelle manière ces forces sont-elles abordées et étudiées dans les recherches existantes ? »

Seize études ont été retenues pour y répondre. Concrètement, ce champ existe, il est actif et récent, mais n'a encore ni terminologie stabilisée, ni définition partagée, ni instrument construit pour son objet.

A titre introductif, nous pouvons déjà dire que la jeunesse de ce domaine se reflète dans la distribution temporelle et géographique des publications. Notre corpus se distribue de 2016 à 2025, avec une concentration importante sur la période très récente, 11 des 16 études ayant été publiées entre 2022 et 2025. Cette dynamique est par ailleurs fortement occidental-centrée : 13 études proviennent d'Europe (dont 5 du Royaume-Uni), et notre corpus ne comporte aucune recherche menée dans un pays non occidental. Ce biais de représentativité est d'ailleurs partagé par Rafael et al. (2026), qui alertent sur la domination massive du « Nord global » dans la littérature (47 % des études provenant des États-Unis et 11 % du Royaume-Uni selon Rafael et al., 2026).

Nous reprenons ci-après les sept sous-questions, regroupées en trois blocs qui s'ouvrent chacun sur la réponse avant de la discuter. Le premier porte sur la manière dont ce champ nomme, identifie et définit les forces (sous-questions 1 à 3), le deuxième sur les approches et les instruments de mesure (sous-questions 5 et 6), le troisième sur les contextes et les populations (sous-questions 4 et 7).

Deux dernières remarques : Ce qui suit est critique, mais porte sur une littérature dont les premiers travaux ont moins de dix ans : l'absence de définition consensuelle, les cadres empruntés et la dispersion des instruments sont ce qu'on attend d'un champ émergent, non des failles imputables aux équipes concernées. Nous nous efforcerons par ailleurs de distinguer ce que les

données montrent, ce que nous en déduisons, et ce que nous proposons à titre d'hypothèse, en regard de la littérature.

6.1 Nommer, identifier et définir les forces

- 1. Quels termes sont utilisés dans la littérature scientifique pour désigner les forces ou ressources positives associées au TDAH à l'âge adulte ?*
- 2. Quelles sont les forces qui ont été identifiées ou évaluées chez les adultes présentant un TDAH ?*
- 3. Comment ces forces sont-elles définies ou conceptualisées dans les études existantes ?*

Les termes employés se répartissent en cinq registres sémantiques (Tableau 5.4-1). Celui de la force et celui de la caractéristique ou de l'attribut positif figurent chacun dans 15 études sur 16 (93,8 %), devant celui de la capacité, de la compétence ou du talent (81,3 %), celui du bénéfice ou de l'avantage (75 %) et celui de la ressource, de l'adaptation ou de la stratégie (50 %).

Quinze forces ont été identifiées, regroupées en cinq catégories (cognitives, socio-affectives, motivationnelles, adaptatives et intrapersonnelles) (Tab 5.5-1). Les plus documentées sont la créativité (81,25%), le dynamisme et la curiosité (56,3 % chacun), l'empathie (50%), la flexibilité cognitive, l'intelligence sociale et l'hyperfocus (43,75 %) ; les moins documentées sont l'intégrité (25 %) et la transcendance (18,8 %).

Du côté de la conceptualisation (Tableau F-2), huit études situent explicitement leur cadre théorique et huit ne le font pas ; parmi les huit qui le font, quatre déclarent une approche méthodologique plutôt qu'une théorie de la force. Quatre sur seize déclarent donc un cadre portant sur l'objet lui-même. La neurodiversité est le cadre le plus fréquent (n = 6), devant la psychologie positive et l'activation des ressources (n = 4) et les modèles de cognition créative (n = 4). Les définitions suivent quatre configurations : six études définissent la notion générique de force ou d'un objet substitut, cinq ne définissent qu'une force particulière, trois définissent le cadre mobilisé plutôt que l'objet, et deux ne définissent rien.

Discussion

L'introduction générale posait une question avant toute synthèse : ces auteurs parlent-ils vraiment de la même chose lorsqu'ils évoquent la « force » ? Pas tout à fait, et le regroupement réalisé est déjà un résultat en soi.

Ces cinq registres ne constituent pas une catégorisation préexistante : nous les avons construits pour rendre les données comparables. Cette nécessité est en elle-même une réponse à la sous-question posée, car si un relevé des termes avait suffi, il n'y aurait rien eu à présenter. C'est parce que le seul registre de la force réunit une trentaine de formulations construites sur la même racine (*strengths* à *ADHD-related strengths*, *signature character strengths* ou *strength-based approach*) qu'un regroupement s'imposait.

Ce flou ne s'arrête pas aux articles : il se retrouve dans l'indexation des bases. Dans le thésaurus MeSH, qui structure l'interrogation de PubMed, le terme *strength* renvoie à des descripteurs relevant de la force musculaire ou de la résistance physique, et non à une force psychologique.

Cependant, ce constat n'a rien de bien surprenant au regard de l'origine biomédicale de cette base et n'appelle d'ailleurs à aucune critique ; il indique que le terme n'a pas encore d'ancrage stable dans le vocabulaire contrôlé d'une base de référence, pour un trouble par ailleurs inscrit dans une logique neurodéveloppementale.

Ce qu'on peut également souligner, c'est que les termes eux-mêmes ne renvoient pas au même type d'objet. Une force ou une caractéristique désigne ce que la personne est ; une capacité ou un talent, ce qu'elle sait faire ; un bénéfice, ce qu'elle en retire ; une ressource ou une stratégie, ce qu'elle mobilise. Le dernier registre déplace même l'objet hors de la personne, puisqu'il englobe des formulations telles que : *external resources*, *environmental/social resources* ou *social capital*. Un corpus dont la moitié des études emploient ce registre ne parle donc plus seulement de ce que les personnes possèdent, mais aussi de ce dont elles disposent. On retrouve la question posée en 2.4 : la force se situe-t-elle dans la personne ou dans la relation avec son environnement ? Atique et al. (2025) font le même constat en amont, en notant que l'hétérogénéité des paradigmes entraîne des variations importantes dans la définition des concepts.

La dominance de la créativité ne s'explique d'ailleurs pas seulement par l'intérêt qu'elle suscite. Elle est la seule force à faire l'objet d'études qui lui sont spécifiquement consacrées, et nos propres résultats sur les instruments (Tableau F-3) montrent qu'elle est aussi la seule à disposer d'outils de mesure établis, empruntés à un domaine de recherche qui lui préexiste (le domaine de la créativité).

La distinction entre cadres déclarés et inférés partage le corpus en deux moitiés égales, et le décompte se resserre lorsqu'on examine ce qui est déclaré : la moitié des cadres explicites relèvent d'une approche méthodologique (phénoménologie, analyse interprétative ou narrative) et non d'une théorie de la force. Les trois familles identifiées viennent par ailleurs toutes d'ailleurs : le paradigme de la neurodiversité, né dans un contexte militant (Botha et al., 2024), la psychologie positive, et les modèles de cognition créative.

On retrouve ici ce que Nicholson et Lee (2026) annonçaient en 2.3 : le paradigme adopté n'est pas neutre, il oriente la méthode et la perspective théorique du chercheur. Nos résultats montrent qu'il en oriente aussi la désignation. Deux cas opposés du corpus le montrent : une étude inscrite dans le paradigme de la neurodiversité, procédant par des entretiens et analyse thématique, situe la force dans la personne et l'exprime dans le vocabulaire des caractéristiques/ressources positives (Schipper et al., 2022). Une étude relevant des modèles de cognition créative retient la créativité, la définit par le double critère de nouveauté et d'utilité, et l'évalue par des tâches standardisées (Boot et al., 2020). Autrement dit, le cadre donne le vocabulaire, puis la définition, puis l'instrument, puis la force retenue, et pour finir ce qui peut en être conclu. Cette lecture nous engage personnellement, mais elle prolonge ce qui avait été posé en 2.2 sur les échelles cliniques qui ne disent rien du versant positif du trait, c'est qu'elles découlent de critères issus d'un modèle qui définit la santé par l'absence de pathologie (Robaey et al., 2007 ; Greven et al., 2018 ; Alehagen, 2026).

6.2 Approches mobilisées et modalités de mesure

- 1. Quelles approches méthodologiques sont mobilisées pour étudier les forces associées au TDAH à l'âge adulte ?*
- 2. Comment ces forces sont-elles mesurées ou évaluées dans les études existantes ?*

Dans l'ensemble, les études reposent surtout sur des méthodes quantitatives (n=9), suivies par les approches qualitatives (n=6), et une seule combine les deux (Tableau F-1). Côté quantitatif, les analyses restent essentiellement descriptives et corrélationnelles : comparaisons de moyennes, corrélations, régressions, et pour deux d'entre elles, des analyses factorielles, en réseau ou bayésiennes. Côté qualitatif, chaque étude mobilise un cadre analytique distinct : théorie ancrée constructiviste, analyse narrative et de discours, analyse thématique en perspective herméneutique phénoménologique, analyse phénoménologique interprétative, analyse de contenu conventionnelle et analyse thématique de contenu.

En ce qui concerne les forces, elles sont recueillies selon trois modalités (Tableau F-3) L'auto-évaluation domine nettement : neuf études y ont recours, dont huit quantitatives et l'étude mixte. Les tests cognitifs, eux, ne sont utilisés que par quatre études quantitatives, et toujours en complément d'un questionnaire auto-rapporté. Pour les dispositifs qualitatifs, on retrouve des entretiens semi-structurés ($n = 4$), des focus groups ($n = 2$) et une enquête à questions ouvertes ($n = 1$), ce qui couvre l'ensemble des études qualitatives plus l'étude mixte. En revanche, aucune étude ne s'appuie sur l'hétéro-évaluation, c'est-à-dire sur le regard d'un proche ou d'un tiers.

Concrètement, ces différentes méthodes mobilisent 21 échelles d'auto-évaluations standardisées, sept tests cognitifs et dix instruments construits sur mesure. Ces derniers servent d'outil principal pour les six études qualitatives et l'étude mixte ; seules deux études quantitatives y ont aussi recours. Les échelles standardisées, elles, sont rarement partagées : seuls le CAQ, la K-DOCS et l'AUT apparaissent chacun dans deux études. La plus grosse reprise est une batterie de dix échelles, qui vient en réalité d'une même équipe (Schippers., 2022 ; Schippers., 2024) qui s'en est servie dans deux de ses propres publications. En dehors de ces cas, chaque outil n'est utilisé qu'une seule fois. Surtout, aucun n'a été créé pour évaluer spécifiquement les forces des adultes avec un TDAH : ils viennent de la psychologie de la créativité, de la mesure des traits de personnalité, de l'évaluation du bien-être et de la qualité de vie, et pour l'un d'eux, de la symptomatologie psychopathologique (SCL-90-R). Pour finir, seules trois échelles portent concrètement sur la notion de force ou de ressource (SKS, SUS, RCL), mais sans être propres au TDAH.

Discussion

Cette distribution rappelle une formulation proposée par le champ lui-même : deux des études incluses, Schippers et al. (2022) et Hargitai et al. (2025), estiment que la recherche doit désormais quantifier les forces, c'est-à-dire déterminer si les caractéristiques rapportées par les personnes concernées sont statistiquement plus présentes chez elles comparé à la population générale, condition qu'ils jugent nécessaire avant toute intégration en psychoéducation ou en clinique. Rafael et al. (2026) en formulent une recommandation similaire dans leur revue également. Et notre corpus montre que ce basculement a bien eu lieu, puisque les approches quantitatives y sont pour le coup, majoritaires. Nous relevons d'ailleurs, à titre d'hypothèse, que l'appel de 2022, par Schippers et al., et la concentration des publications à partir de cette même année pourraient ne pas être sans rapport, sans qu'on puisse l'établir sur 16 études, évidemment.

Cependant, quantifier les forces suppose de disposer d'un instrument. S'il n'existe toujours pas d'outil validé pour mesurer les performances positives objectives chez l'adulte (Katabi et al., 2026), la recherche a récemment progressé sur le plan des perceptions. La section 2.2 soulignait que la SWAN permettait de couvrir tout le continuum en cotant les items du DSM de « nettement au-dessus » à « nettement en dessous » de la moyenne, mais elle reste principalement étudiée chez les jeunes (Greven et al., 2018). Pour l'adulte, la PATAS (Katabi et al., 2026) offre désormais un moyen de quantifier les attitudes positives envers le trouble. Bien que ses items soient basés sur des thèmes de ressources (créativité, résilience, etc.), les auteurs précisent qu'elle mesure le rapport subjectif à la condition et non l'existence de bénéfices objectifs (Katabi et al., 2026). Chaque équipe contourne donc cette absence à sa manière, en empruntant des échelles conçues pour mesurer autre chose : des traits de personnalité, la ténacité, la curiosité, l'empathie, l'estime de soi, la satisfaction de vie. Ces outils sont valides, là n'est pas le sujet, mais pour leur objet d'origine et d'ailleurs, à titre d'exemple, Schippers et al. (2024) ont mesuré la sociabilité au moyen d'une échelle de timidité inversée, et le goût de l'aventure au moyen d'une échelle d'intolérance à l'incertitude inversée : pour évaluer une force, ils ont retourné un instrument conçu pour mesurer son contraire.

Du côté qualitatif, parmi les études incluses, Grønneberg et al. (2024) interrogent les participants sur la manière dont ils sont eux-mêmes (« *Who am i me ?* »), et Nordby et al. (2023) leur demandent ce qu'ils vivent comme étant un aspect positif (« *What do you experience as positive aspects... ?* »). Ces questions ouvrent un espace que les échelles ne permettent pas d'ouvrir, et c'est d'ailleurs tout l'intérêt, mais elles reposent entièrement sur le déclaratif, et une réserve documentée peut être ici introduite pour contraster ce type de recueil : le biais illusoire positif. Ce biais désigne l'écart, souvent inconscient, entre les compétences qu'une personne déclare posséder et ses capacités réelles. (Abu-Ramadan et al., 2023 ; Owens et al., 2007). Greven et al. (2018) mentionnent un concept connexe, l'effet "Lake Wobegon", où les individus ont tendance à s'auto-évaluer comme étant "au-dessus de la moyenne" de manière systématique.

C'est une réserve et Hargitai et al. (2025) considèrent qu'il est important de recourir à des mesures objectives, les participants pouvant surestimer l'étendue de leurs forces, et Katabi et al. (2026) suggèrent que les attitudes positives envers le TDAH pourraient être en partie alimentées par ce biais. Schippers et al. (2024) recommandent l'hétéro-rapport, que nous n'avons pas observé dans notre corpus, et les tâches neurocognitives. Il est cependant essentiel de préciser que le biais illusoire positif ne disqualifie pas ce que rapportent les personnes concernées.

6.3 Contextes et populations étudiées

1. *Dans quels contextes ces forces sont-elles étudiées dans la littérature scientifique ?*
2. *Auprès de quelles populations ou sous-populations adultes présentant un TDAH ces forces ont-elles été étudiées ?*

Les forces ont été étudiées principalement auprès de personnes recrutées en milieu communautaire (n = 10), devant les milieux universitaire (n = 6) et clinique (n = 5), plusieurs études combinant deux milieux (Tableau F-4). Cela recouvre des associations de patients, des forums spécialisés, des plateformes de recrutement en ligne, des annonces sur campus, et des services spécialisés dans le TDAH adulte.

Les populations concernées sont des adultes de 18 à 65 ans, avec une concentration sur les 26-40 ans (n = 7) et les 18-25 ans (n = 6) ; les plus de 41 ans n'apparaissent que dans trois études et les plus de 65 ans dans aucune. Les effectifs vont de 6 à 1056 participants. Dix études rapportent une majorité de femmes, avec des proportions de 54 % à 88 %, contre deux une majorité d'hommes et quatre une répartition équilibrée. Le sous-type n'est renseigné que dans quatre études. Les comorbidités sont incluses dans huit études, exclues dans cinq et non renseignées dans trois. Le diagnostic est officiel dans neuf études et auto-rapporté dans sept, aucune ne combinant entretien structuré et vérification documentaire (Tableau F-4 et Tableau F-5).

Discussion

Un mot d'abord sur la provenance géographique, qui ne répond pas directement à ces sous-questions mais en contextualise la réponse. Treize études sur seize proviennent d'Europe, les trois autres du Canada, des États-Unis et de l'Australie ; aucune n'a été menée dans un pays non occidental. Une partie de cette concentration peut s'expliquer mécaniquement par notre équation, qui ne retenait que les publications en anglais et en français, ce qui favorise structurellement les équipes publiant dans cette langue. Cela n'épuise pour autant pas le constat, puisque Rafael et al. (2026) relèvent le même déséquilibre sur 125 études, alors même qu'ils avaient accepté toutes les langues traduisibles et formulent ce constat en termes de populations WEIRD (occidentales, éduquées, industrialisées, riches et démocratiques).

Schippers et al. (2022), qui ont diffusé leur questionnaire auprès des membres d'une association néerlandaise, notent que les personnes très gênées par leurs symptômes ne s'y inscrivent probablement pas et rapportent un taux de réponse de 26 %. Hargitai et al. (2025), qui ont recruté sur une plateforme en ligne, évoquent un biais d'auto-sélection avantageant les personnes à faibles besoins de soutien. Atique et al. (2025), qui ont recruté en partie par annonces sur un campus, décrivent un échantillon de statut socio-économique élevé, majoritairement blanc et diplômé. Ainsi, ce que notre cartographie ajoute, c'est que ces réserves individuelles se cumulent.

Cette observation rejoint la notion de TDAH à haut fonctionnement proposée par Lesch (2018) : Si le recrutement privilégie ces profils, les forces documentées par ce champ pourraient être en partie celles des personnes qui vont le mieux. Deux éléments extérieurs à notre corpus vont dans ce sens : Abu-Ramadan et al. (2023) relèvent que la recherche sur le TDAH adulte recrute massivement des étudiants universitaires, retenus pour leur accessibilité autant que pour leur niveau de fonctionnement et 6 de nos 16 études recrutent effectivement en milieu universitaire, White (2020) ajoute que ces participants présentent souvent des capacités intellectuelles supérieures à la moyenne et peuvent mobiliser des ressources compensatoires dont ne disposent pas les adultes moins scolarisés ou en situation de précarité. Evidemment, il s'agit ici d'une hypothèse, mais elle nous paraît difficile à écarter.

Concernant l'âge, le constat épidémiologique de Song et al. (2021) observe que la prévalence diminue avec l'âge, passant pour le TDAH persistant de 5,05 % chez les 18-24 ans à 0,77 % après 60 ans, et note que la tranche des 18-24 ans fournit le plus grand nombre de cas adultes. La composition de nos échantillons suit donc la démographie du trouble.

Concernant le genre, en revanche, nos études comptent une majorité de femmes, alors que la littérature épidémiologique décrit l'inverse : le consensus international de la fédération mondiale du TDAH rapporte un ratio d'environ deux hommes pour une femme chez les jeunes (Faraone et al., 2021), et Beck et al. (2022) un ratio de 1,5 pour 1, ces derniers comme Poddar et al. (2025) faisant l'hypothèse d'un sous-diagnostic féminin lié à une forme inattentive moins visible.

Il n'y a probablement pas de contradiction réelle, car ces deux chiffres ne portent pas vraiment sur la même population : l'un décrit qui reçoit un diagnostic, l'autre décrit qui accepte de participer à une recherche sur les forces. Trois éléments convergent d'ailleurs dans cette direction, et ils viennent des études incluses elles-mêmes.

Nordby et al. (2023) rappellent que les femmes sont particulièrement exposées à un diagnostic tardif, ce qui les rend plus disponibles pour la recherche adulte. Grønneberg et al. (2024) rapportent que toutes les femmes de leur échantillon avaient déjà consulté un professionnel, contre un seul homme, et notent que les jeunes hommes rencontrent davantage d'obstacles à solliciter du soutien. Girard-Joyal et Gauthier (2022), eux, signalent explicitement leur difficulté à recruter des participants masculins. La sur-représentation féminine n'est donc pas un accident d'échantillonnage propre à quelques études : c'est une difficulté que le champ rencontre de manière répétée.

Nous avons envisagé une explication par le milieu de recrutement, les études les plus fortement féminines recrutant en milieu communautaire tandis que la seule cohorte exclusivement masculine et l'autre étude à majorité masculine recrutent dans des services cliniques spécialisés. Nicholson et Lee (2026) en parlant du diagnostic plus tardif chez les femmes, qu'ils décrivent comme un échec de reconnaissance des manifestations cliniques féminines ; expliquent leur présence accrue dans les espaces associatifs et en ligne, où l'on discute du diagnostic et où l'on échange des témoignages.

Concernant, ce qui est trouvé, Schippers et al. (2022), dont l'échantillon compte 62,6 % de femmes, rapportent que celles-ci mentionnent davantage de caractéristiques positives que les hommes, l'écart étant particulièrement marqué pour la flexibilité (51 % contre 27 %) et les compétences socio-affectives (53 % contre 34 %). Les mêmes auteurs précisent toutefois que les femmes de leur échantillon fournissent des réponses plus longues aux questions ouvertes, ce qui relève au moins en partie d'un effet de mesure plutôt que d'une réelle différence. Si la sur-représentation féminine du corpus s'accompagne d'une tendance à rapporter davantage de forces, la composition des échantillons pourrait influencer non seulement qui est étudié, mais aussi ce qui est étudié. Cela reste une hypothèse, et elle serait testable : il suffirait de comparer les forces rapportées selon le genre.

Concernant le sous-type, c'est une variable relativement manquante, et pourtant elle permettrait de trancher plusieurs de ces questions, et celle que le corpus documente le moins. C'est d'autant plus regrettable que la littérature suggère un lien direct avec notre objet : Katabi et al. (2026) montrent que les attitudes positives envers la condition sont fortement corrélées aux traits d'hyperactivité-impulsivité, l'inattention étant perçue de manière presque exclusivement négative, et l'étude expérimentale de Sarver et al. (2015) apporte un appui à cette asymétrie en montrant que l'hyperactivité motrice joue un rôle compensatoire chez l'enfant.

Il est donc possible que les forces rapportées ne se distribuent pas de la même manière selon la présentation clinique. Le corpus ne permet pas de le vérifier, et cela d'autant moins que les classifications rappellent que ces profils ne sont pas figés et peuvent évoluer au fil du développement (APA, 2022 ; OMS, 2022 ; Ayanouglou & Vernhet, 2021).

Concernant les comorbidités, huit études les incluent, et cinq les excluent et trois ne les renseignent pas ; Hargitai et al. (2025) expliquent avoir délibérément écarté les personnes autistes ou se suspectant autistes pour éviter les chevauchements de symptômes, tout en admettant que cela nuit à la représentativité. Or Purper-Ouakil et Weibel (2025) rappellent qu'un autre diagnostic est associé dans 80 % des cas. Ainsi, exclure les comorbidités produit donc des échantillons éloignés de la réalité clinique ; les inclure rend plus difficile d'attribuer une force au TDAH plutôt qu'à autre chose. Les deux choix se défendent, mais aucun n'est vraiment neutre. On peut ajouter que la question n'est pas seulement méthodologique : Abu-Ramadan et al. (2023) observent que la dépression atténue le biais illusoire positif, de sorte qu'un échantillon dont on a exclu les comorbidités pourrait rapporter davantage de forces.

Pour finir, aucune étude ne combine entretien structuré et une vérification documentaire, et sept reposent sur un diagnostic auto-rapporté. La section 2.2 avait montré que le diagnostic chez l'adulte relève moins de la lecture d'un score que d'un travail de synthèse entre plusieurs sources (Anbarasan et al., 2020 ; Caroline S. et al., 2024). Le « TDAH » dont parlent ces seize études n'est donc pas établi de la même façon d'une étude à l'autre.

En résumé, ce que ce champ décrit aujourd'hui, ce sont les forces d'adultes diagnostiqués ou auto-identifiés, plutôt jeunes, occidentaux, majoritairement des femmes, recrutés le plus souvent en dehors du soin, dans des contextes communautaires, et dont la présentation clinique n'est presque jamais documentée.

6.4 Mise en perspective avec la revue de Rafael et al. (2026)

Durant la rédaction de ce travail, une scoping review est sortie sur notre question de recherche. La revue de littérature de Rafael et al. (2026) sur les forces associées au TDAH chez l'adulte confirme de manière frappante l'intérêt de notre sujet. Notre protocole et notre question de recherche étaient déjà bien fixés à ce moment-là, nous avons donc délibérément choisi de poursuivre notre chemin.

Loin de rendre notre démarche redondante, cette initiative indépendante et menée en parallèle montre bien que l'exploration des ressources du TDAH n'est pas le fruit d'une intuition isolée, mais une réelle nécessité pour combler un vide historique dans la littérature (Rafael et al., 2026). D'ailleurs, Rafael et ses collègues soulignent à quel point ce champ est encore jeune : sur 231 revues systématiques consacrées au TDAH, seulement trois (soit 1,3 %) évoquaient des aspects positifs, et aucune n'en faisait son objet principal avant la leur (Rafael et al., 2026). Ce croisement nous permet de situer nos 16 études retenues dans un champ vaste de 125 documents, incluant la littérature grise (Rafael et al., 2026), et confirme du même coup l'urgence de ce tournant vers les forces dans lequel s'inscrit ce mémoire.

L'écart entre les 125 études retenues par Rafael et al. (2026) et les 16 qui composent notre propre travail peut sembler impressionnant au premier abord. En réalité, il s'explique par des choix méthodologiques très différents : d'un côté, Rafael et ses collègues ont interrogé quatre bases de données, puis ils ont élargi leur recherche à la littérature grise, c'est-à-dire aux thèses non publiées, aux prépublications et aux sites d'associations (Rafael et al., 2026). De notre côté, nous avons volontairement écarté ce type de sources pour nous concentrer uniquement sur des données empiriques originales, publiées dans des revues à comité de lecture. On comprend dès lors que le volume de départ ne soit pas le même.

La définition de la population a aussi joué un rôle clé. Rafael et al. (2026) ont fait le choix d'une approche inclusive, en acceptant l'auto-identification ou la simple mention de traits liés au TDAH, sans exiger de diagnostic formel. Nous avons été plus stricts : pour être inclus, le trouble devait être cliniquement établi ou reconnu via un outil de dépistage validé. De fait, une proportion significative de leur corpus (30 %, soit 37 études) provient de travaux où les forces n'étaient pas l'objet initial, mais sont apparues au fil des résultats, de manière inattendue (Rafael et al., 2026). Notre sélection, elle, s'est limitée aux études qui traitaient explicitement du concept de ressource/force.

Mais cette différence rejoint directement notre première sous-question sur l'instabilité lexicale du champ. La taille d'un corpus dépend en grande partie des mots-clés utilisés. Rafael et al. (2026,) ont déployé une stratégie combinant termes d'indexation ainsi un dépouillement manuel systématique des listes de références et l'intégration de termes spécifiques aux forces (creativity, hyperfocus, etc.), tandis que notre équation de recherche s'appuyait sur un bloc conceptuel plutôt resserré.

Nous nous rejoignons cependant sur certains points communs, relevés au fil des blocs précédents, comme la domination de la créativité (66 % chez eux contre 81,25 % chez nous), fragilité de l'établissement du diagnostic (14 % de leurs études l'ont vérifié), concentration occidentale, hétérogénéité des mesures de créativité et exclusion fréquente des comorbidités. Que deux revues menées indépendamment, sur des corpus de tailles aussi différentes et avec des critères aussi opposés, aboutissent plus ou moins aux mêmes constats suggère qu'il ne s'agit pas d'un phénomène lié à la petite taille de notre corpus.

Nous divergeons cependant sur certains points et ceux-ci situent l'apport propre de ce travail, et la première est une différence de question. Ils cherchent à déterminer quelles forces ont été étudiées empiriquement : c'est notre deuxième sous-question. Ils ne cartographient ni la terminologie, ni les cadres théoriques, ni les définitions ; ils constatent bien, au passage, l'absence de définitions opératoires claires, mais n'en font pas un objet d'étude. Nos première et troisième sous-questions constituent donc un apport distinct et original.

La méthode de catégorisation diffère elle aussi. Leurs dix catégories issues d'une démarche mixte inductive et déductive, et trois d'entre elles reprennent les critères diagnostiques en les retournant : l'inattention devient une attention orientée par l'intérêt (42 %), l'hyperactivité de l'énergie (26 %), l'impulsivité une prise de risque adaptative (15 %). C'est un engagement conceptuel fort, qui reconfigure les critères du trouble en forces. Nos cinq catégories, elles, proviennent au contraire des termes employés par les auteurs eux-mêmes, bien que regroupés sous une étiquette, avec conservation des formulations d'origine et traçabilité jusqu'aux données brutes.

Pour finir, ces deux revues ne se concurrencent pas : elles se complètent. Rafael et al. (2026) dressent le portrait de ce qui a été étudié ; nous, on se demande dans quelles conditions conceptuelles et méthodologiques ces travaux ont pu voir le jour. Autrement dit, répondre au « quoi » n'a de sens que si l'on a d'abord sérieusement documenté le « comment ».

7 Limites du travail

Pour commencer, nous n'avons interrogé que trois bases de données, sans littérature grise ni thèses non publiées, en nous limitant à l'anglais et au français et à une seule date d'interrogation ; la comparaison avec Rafael et al. (2026) montre concrètement ce que ces choix écartent.

La deuxième limite vient ensuite de la procédure, que nous assumons : le protocole n'a pas été enregistré sur une plateforme publique, et la sélection comme l'extraction ont été réalisées par une seule évaluatrice, sans la relecture croisée habituellement recommandée. Ces écarts par rapport aux recommandations du JBI (Peters et al., 2020) tiennent au cadre universitaire de ce travail. Un point peut être ajouter : la revue de Rafael et al. (2026) avait fait l'objet d'un préenregistrement de protocole sur la plateforme OSF, et une consultation des registres au moment de la conception de ce travail aurait pu nous signaler qu'une revue portant sur le même objet était en cours. Ne pas avoir enregistré notre propre protocole, bien que ça ne s'appliquait pas dans notre cas, et ne pas avoir consulté ceux des autres relèvent du même manquement, et c'est pourtant précisément la fonction que ces registres remplissent.

La troisième limite concerne l'harmonisation sémantique. Le volume et l'hétérogénéité des données extraites rendaient nécessaire un travail d'organisation préalable. Cette organisation a été réalisé seule, sans formation spécifique à ce traitement et cette présentation de donnée. Plusieurs garde-fous ont été maintenus : les termes d'origine sont conservés aux trois niveaux, la traçabilité reste consultable en Annexe E. Evidemment, un codage ouvert manuel mené spécifiquement avec un logiciel d'analyse qualitative, comme Nvivo, aurait sans doute été plus rigoureux ; le volume et l'hétérogénéité des données nous ont conduite à un autre choix, que nous assumons tout en reconnaissant que l'objectivité de cette proposition n'est pas garantie. L'objectif étant d'organiser des données.

Une quatrième limite est d'ordre méthodologique plus général. En synthétisant les terminologies et les forces, ce travail se situe entre la cartographie que vise une scoping review et l'interprétation que propose une revue qualitative. Pollock et al. (2023) autorisent une analyse qualitative de contenu de base, entendue comme un regroupement descriptif (déductif ou inductif) assorti d'un comptage de fréquences, et c'est cette démarche que nous avons tenté de suivre plutôt qu'une génération de thèmes analytiques au sens de Thomas et Harden (2008). La frontière reste néanmoins mince. Cette difficulté illustre d'ailleurs en partie ce que nous décrivons : la difficulté à cartographier un objet aussi poreux que celui-ci.

8 Implications et perspectives

Pour la recherche, la première perspective est définitionnelle. Tant que la force n'est pas définie de manière partagée, les résultats de ce champ resteront difficiles à intégrer. Ce travail ne part pas de zéro, puisque le champ s'accorde déjà sur la contextualité des traits et sur la distinction entre forces inhérentes et acquises ; notre cartographie des registres et des logiques de définition pourrait y contribuer.

La deuxième est documentaire et découle de nos résultats. Une future recherche gagnerait à construire son équation sur deux blocs complémentaires : un bloc conceptuel autour de la notion de force, et un bloc lexical composé des formulations exactes des forces spécifiques identifiées ici (données brutes). Nous faisons l'hypothèse qu'une telle stratégie capterait des travaux qu'aucune équation purement conceptuelle ne ramène.

La troisième est instrumentale. Ce champ a besoin d'un outil, ou d'une batterie d'échelles ou tâches conçues pour son objet et couvrant celui-ci chez l'adulte pour avancer, il faut absolument concevoir un dispositif ou une série de tâches taillés sur mesure pour étudier ce phénomène chez l'adulte (Schippers et al., 2022). L'échelle SWAN prouve d'ailleurs qu'un tel outil n'est pas une utopie, puisqu'en modifiant simplement l'ancrage de la cotation, on peut balayer tout le continuum et saisir le versant « supernormal » de l'attention, là où les grilles classiques restent aveugles (Greven et al., 2018 ; Robaey et al., 2007). Cela dit, la SWAN demeure par construction destinée aux enfants et aux adolescents. Pour les adultes, la PATAS (Katabi et al., 2026) marque certes une étape importante, mais elle ne fait que mesurer comment l'individu perçoit et vit son trouble. Et pour ne pas en rester à la simple subjectivité des auto-évaluations, qui comme on le rappelle, peuvent impliquer des biais, les prochaines recherches devraient croiser les regards, celui des proches, des cliniciens, et intégrer des tâches neurocognitives mesurant les performances réelles. Une telle triangulation garantirait une évaluation autrement plus fiable et moins exposée aux biais personnels (Schippers et al., 2022 ; Katabi et al., 2026).

La quatrième est diagnostique. Entre notre critère, qui exige un diagnostic établi ou un outil de dépistage validé, et celui de Rafael et al. (2026), qui acceptent toute forme de déclaration sans vérification, une voie intermédiaire est formulable : un dépistage initial par auto-évaluation validée, par exemple l'ASRS v1.1, suivi d'un entretien structuré de type DIVA-5 pour les participants dont le diagnostic n'a pas pu être établi autrement, ainsi qu'une précision du sous-type

plus systématique pour nuancer les résultats. La procédure est plus lourde, mais elle permettrait de généraliser à une population mieux caractérisée.

La cinquième concerne les populations : les adultes de plus de 40 ans, les contextes cliniques, les pays non occidentaux et les personnes à besoins de soutien élevés sont peu ou pas représentés. Documenter systématiquement le sous-type et les comorbidités permettrait enfin de poser des questions que le corpus actuel ne permet pas d'aborder.

Enfin, deux prudences complémentaires méritent d'être rappelées. Nicholson et Lee (2026) notent qu'à force de tout cadrer en termes de différence, on risque de négliger l'expérience des personnes pour qui certaines difficultés restent handicapantes malgré les soutiens, et reprennent à Neumeier (2018), qu'ils citent, la notion de « neurodiversity lite » : emprunter le vocabulaire positif du mouvement sans changer les pratiques. Lesch (2018) rappelle de son côté que la souffrance liée aux déficits reste réelle, y compris chez les personnes à haut fonctionnement. Reconnaître des forces ne dispense pas de soutenir les difficultés.

9 Conclusion

Ce mémoire est parti d'un constat simple : alors que le TDAH persiste à l'âge adulte chez 40 à 60 % des personnes diagnostiquées durant l'enfance (Beck et al., 2022), la recherche s'est presque exclusivement construite autour d'un modèle déficitaire, laissant les ressources et le versant positif du fonctionnement hors du champ d'évaluation (Rafael et al., 2026 ; Schippers et al., 2022). Face à cette lacune, et à la tension théorique entre le modèle biomédical et le paradigme de la neurodiversité (Nicholson & Lee, 2026), ce travail a cherché à dresser, au moyen d'une scoping review conduite selon les recommandations du JBI (Peters et al., 2020) et de PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018), un état des lieux de la littérature consacrée aux forces associées au TDAH à l'âge adulte.

Seize études, identifiées à partir de trois bases de données (PsycINFO, PubMed/MEDLINE, Scopus), ont permis de répondre aux sept sous-questions posées. Ce que nous en retenons, c'est le portrait d'un champ jeune (11 des 16 études publiées depuis 2022), actif, mais encore instable sur le plan terminologique et conceptuel : cinq registres sémantiques distincts désignent la « force », et quinze forces spécifiques ont été recensées, regroupées en cinq catégories, la créativité, documentée dans les trois quarts du corpus, demeurant la seule à disposer d'outils de mesure qui lui sont propres. La moitié seulement des études situe explicitement son cadre théorique, et parmi celles-ci, la moitié encore ne fait que déclarer une démarche méthodologique

plutôt qu'une théorie de la force elle-même. Sur le plan des méthodes, l'auto-évaluation domine très largement, en l'absence de tout instrument validé conçu spécifiquement pour objectiver les forces des adultes présentant un TDAH, ce qui invite à considérer les résultats rapportés avec la prudence que commande le biais illusoire positif (Abu-Ramadan et al., 2023). Enfin, ce que ce champ documente aujourd'hui, ce sont avant tout les forces d'adultes plutôt jeunes, occidentaux, majoritairement des femmes, recrutés en dehors du soin, dans des contextes communautaires, une composition qui invite à la prudence quant à la généralisation de ces résultats aux personnes les plus sévèrement affectées par le trouble.

La publication, en cours de rédaction de ce mémoire, de la revue de Rafael et al. (2026) sur le même objet est venue conforter la pertinence de cette démarche plutôt que la rendre redondante : les deux travaux convergent sur plusieurs constats (dominance de la créativité, fragilité de l'établissement du diagnostic, concentration occidentale) tout en répondant à des questions différentes et complémentaires. Là où Rafael et ses collègues cartographient ce qui a été étudié empiriquement, ce mémoire documente dans quelles conditions conceptuelles et méthodologiques cela l'a été, une contribution que nous espérons utile aux recherches futures sur cet objet.

Ce travail comporte des limites, discutées plus haut (cf. section 7), qui tiennent notamment à l'étendue restreinte de la recherche documentaire et à une sélection, une extraction et une synthèse conduites par une seule évaluatrice, sans relecture croisée indépendante. Elles n'invalident cependant pas le constat central : la question des forces associées au TDAH adulte ne relève pas d'un effet de mode, mais répond à un besoin réel, que la dispersion même de la littérature existante suffit à documenter. Ce champ a désormais besoin de ce qui a longtemps fait défaut au modèle déficitaire dont il cherche à s'affranchir : une terminologie partagée, des cadres théoriques assumés, et des outils de mesure taillés pour son objet.

Reconnaître des forces ne dispense cependant pas de soutenir les difficultés, et il ne s'agissait pas ici de substituer un discours idéalisé à un autre, mais bien de documenter rigoureusement ce que peut apporter un déplacement de regard raisonné. C'est, en définitive, tout l'enjeu de ce mémoire : montrer qu'entre le silence du modèle déficitaire et l'enthousiasme parfois hâtif du discours sur les « superpouvoirs », existe un espace de recherche encore à construire, mais dont ce travail espère avoir précisé les contours.

10 Bibliographie

- Abu-Ramadan, T. M., Lefler, E. K., Knouse, L. E., & Hartung, C. M. (2023). Positive Illusory Bias and Self-Handicapping in Adults with ADHD : A Scoping Review of the Literature and Recommendations for Research and Clinical Practice. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45(4), 917-936. <https://doi.org/10.1007/s10862-023-10084-2>
- Alehagen, L., Hasslinger, J., Wessman, E., Black, M., Lundin Remnélius, K., Helander, J., Zander, E., & Bölte, S. (2026). Operationalizing the ICF Core Sets for Autism and ADHD : A Multiple-Methods Feasibility Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 56(6), 2432-2447. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06717-4>
- American Psychiatric Association (Éd.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5-TRTM* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.
- Anbarasan, D., Kitchin, M., & Adler, L. A. (2020). Screening for Adult ADHD. *Current Psychiatry Reports*, 22(12), 72. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01194-9>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies : Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Atique, J., Weerawardhena, H., Climie, E. A., & Callahan, B. L. (2025). Distracted, hyperactive, and thriving : Factors supporting everyday functioning in adults with ADHD. *BMC Psychiatry*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06804-5>
- Ayanoglou, F., & Vernhet, C. (2021). Le TDAH - Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité: *Cahiers de l'Actif*, N° 546-547(11), 83-107. <https://doi.org/10.3917/caac.546.0083>

- Beck, S. M., Firmin, T., Mutschler, J., & Miller, T. J. (2022). Trouble du déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) à l'âge adulte. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*.
<https://doi.org/10.4414/fms.2022.09087>
- Boot, N., Nevicka, B., & Baas, M. (2020). Creativity in ADHD : Goal-Directed Motivation and Domain Specificity. *Journal of Attention Disorders*, 24(13), 1857-1866.
<https://doi.org/10.1177/1087054717727352>
- Botha, M., Chapman, R., Giwa Onaiwu, M., Kapp, S. K., Stannard Ashley, A., & Walker, N. (2024). The neurodiversity concept was developed collectively : An overdue correction on the origins of neurodiversity theory. *Autism*, 28(6), 1591-1594.
<https://doi.org/10.1177/13623613241237871>
- Caroline S., S. S., Sudhir, P. M., Mehta, U. M., Kandasamy, A., Thennarasu, K., & Benegal, V. (2024). Assessing Adult ADHD : An Updated Review of Rating Scales for Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Attention Disorders*, 28(7), 1045-1062.
<https://doi.org/10.1177/10870547241226654>
- Champ, R. E., Adamou, M., Gillibrand, W., Arrey, S., & Tolchard, B. (2024). The Creative Awareness Theory : A Grounded Theory Study of Inherent Self-Regulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 13(19), 5963.
<https://doi.org/10.3390/jcm13195963>
- Conners, C. K., Erhardt, D., Epstein, J. N., Parker, J. D. A., Sitarenios, G., & Sparrow, E. (1999). Self-ratings of ADHD symptoms in adults I : Factor structure and normative data. *Journal of Attention Disorders*, 3(3), 141-151. <https://doi.org/10.1177/108705479900300303>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ...

- Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement : 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Girard-Joyal, O., & Gauthier, B. (2022). Creativity in the Predominantly Inattentive and Combined Presentations of ADHD in Adults. *Journal of Attention Disorders*, 26(9), 1187-1198. <https://doi.org/10.1177/10870547211060547>
- Greven, C. U., Buitelaar, J. K., & Salum, G. A. (2018). From positive psychology to psychopathology : The continuum of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(3), 203-212. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12786>
- Grønneberg, S. V., Engebretsen, E., & Løkkeberg, S. T. (2024). Stories of Hope : Young People's Personal Narratives About ADHD Put Into Context of Positive Aspects. *Qualitative Health Research*, 34(1-2), 48-60. <https://doi.org/10.1177/10497323231206936>
- Hargitai, L. D., Laan, E. L. M., Schippers, L. M., Livingston, L. A., Fairchild, G., Shah, P., & Hoogman, M. (2025). The role of psychological strengths in positive life outcomes in adults with ADHD. *Psychological Medicine*, 55, e278. <https://doi.org/10.1017/S0033291725101232>
- Katabi, G., Huss, M., Lukito, S., Dekkers, T. J., Sonuga-Barke, E., & Shahar, N. (2026). ADHD Individuals' Positivity About Their Condition Varies by Their Levels of Hyperactivity/Impulsivity Versus Inattention Symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 10870547261463814. <https://doi.org/10.1177/10870547261463814>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States :

Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>

Lesch, K. (2018). ‘Shine bright like a diamond!’ : Is research on high-functioning ADHD at last entering the mainstream? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(3), 191-192. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12887>

Mahdi, S., Viljoen, M., Massuti, R., Selb, M., Almodayfer, O., Karande, S., De Vries, P. J., Rohde, L., & Bölte, S. (2017). An international qualitative study of ability and disability in ADHD using the WHO-ICF framework. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(10), 1219-1231. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0983-1>

Newark, P. E., Elsässer, M., & Stieglitz, R.-D. (2016). Self-Esteem, Self-Efficacy, and Resources in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 279-290. <https://doi.org/10.1177/1087054712459561>

Nicholson, T., & Lee, R. (2026). How Do We Navigate the Conceptual Tension Between Paradigms of ADHD? *Neurodiversity*, 4, 27546330261433280. <https://doi.org/10.1177/27546330261433280>

Nordby, E. S., Guribye, F., Nordgreen, T., & Lundervold, A. J. (2023). Silver linings of ADHD : A thematic analysis of adults’ positive experiences with living with ADHD. *BMJ Open*, 13(10), e072052. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072052>

Organisation mondiale de la santé (Éd.). (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Organisation mondiale de la santé.

Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A Critical Review of Self-perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD. *Clinical*

Child and Family Psychology Review, 10(4), 335-351. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0027-3>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIE Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Poddar, A., Gaddam, S., Sonnila, S., Bavaraju, V. S. M., & Agrawal, S. (2025). Unraveling Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Etiology : Current Challenges and Future Directions in Treatment. *NeuroSci*, 6(2), 41. <https://doi.org/10.3390/neurosci6020041>

Pollock, D., Peters, M. D. J., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., De Moraes, É. B., Godfrey, C. M., Pieper, D., Saran, A., Stern, C., & Munn, Z. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBIE Evidence Synthesis*, 21(3), 520-532. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>

Purper-Ouakil, D., & Weibel, S. (2025). Comorbidités et diagnostics différentiels du Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité (TDAH) en fonction de l'âge. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 183(3), 242-248. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.09.006>

Rafael, R. B., Jia, H., Rouel, M., Wootton, B. M., & Mitchison, D. (2026). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)-Related Strengths in Adults : A Scoping Review. *Journal of Attention Disorders*, 10870547261425737. <https://doi.org/10.1177/10870547261425737>

Redshaw, R., & McCormack, L. (2022). "Being ADHD" : A Qualitative Study. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 6(1), 20-28. <https://doi.org/10.1007/s41252-021-00227-5>

- Robaey, P., Amre, D., Schachar, R., & Simard, L. (2007). French version of the strengths and weaknesses of ADHD symptoms and normal behaviors (SWAN-F) questionnaire. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal De l'Academie Canadienne De Psychiatrie De L'enfant Et De L'adolescent*, 16(2), 80-89.
- Sarver, D. E., Rapport, M. D., Kofler, M. J., Raiker, J. S., & Friedman, L. M. (2015). Hyperactivity in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) : Impairing Deficit or Compensatory Behavior? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(7), 1219-1232.
<https://doi.org/10.1007/s10802-015-0011-1>
- Schippers, L. M., Greven, C. U., & Hoogman, M. (2024). Associations between ADHD traits and self-reported strengths in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 130, 152461.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152461>
- Schippers, L. M., Hoogman, M., & Greven, C. U. (2025). Sensory processing sensitivity and the association with attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) traits, and ADHD-related strengths in the general population. *Current Research in Behavioral Sciences*, 9, 100193.
<https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2025.100193>
- Schippers, L. M., Horstman, L. I., Velde, H. V. D., Pereira, R. R., Zinkstok, J., Mostert, J. C., Greven, C. U., & Hoogman, M. (2022). A qualitative and quantitative study of self-reported positive characteristics of individuals with ADHD. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.922788>
- Schrevel, S. J. C., Dedding, C., Van Aken, J. A., & Broerse, J. E. W. (2016). 'Do I need to become someone else?' A qualitative exploratory study into the experiences and needs of adults with ADHD. *Health Expectations*, 19(1), 39-48. <https://doi.org/10.1111/hex.12328>
- Sedgwick, J. A., Merwood, A., & Asherson, P. (2019). The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder : A qualitative investigation of successful adults with ADHD. *ADHD*

Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 11(3), 241-253.

<https://doi.org/10.1007/s12402-018-0277-6>

Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder : A global systematic review and meta-analysis.

Journal of Global Health, 11, 04009. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>

Stolte, M., Trindade-Pons, V., Vlaming, P., Jakobi, B., Franke, B., Kroesbergen, E. H., Baas, M., & Hoogman, M. (2022). Characterizing Creative Thinking and Creative Achievements in Relation to Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 13-2022.

<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.909202>

Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45.

<https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) : Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>

VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology* (Second edition). American psychological association.

White, H. A. (2020). Thinking “Outside the Box” : Unconstrained Creative Generation in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal of Creative Behavior*, 54(2), 472-483. <https://doi.org/10.1002/jocb.382>

Wurth, P., Fuermaier, A. B., Strand, A. H., & Thorell, L. B. (2025). Diagnosis acceptance, masking, and perceived benefits and challenges in adults with ADHD and ASD : Associations with quality of life. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1668780.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1668780>

Dans ce cours, l'utilisation des IA Génératives pour ...	Utilisation autorisée	Utilisation de l'étudiant	Nom de/des IA générative(s) utilisée(s)
Aider à la rédaction du plan et de la structure du travail	☒	OUI	Gemini Pro
Vérifier l'orthographe et la grammaire	☒	NON	
Reformuler le contenu de votre travail ou améliorer le style	☒	OUI	Gemini Pro
Traduire une autre langue	☒	NON	
Aider à la planification et gestion de projet	☒	NON	
Obtenir des informations générales sur un sujet, expliquer et approfondir la compréhension de concepts	☒	OUI	Gemini Pro / Google IA
Faire un brainstorming et évaluer ses propres idées, pour trouver d'autres perspectives ou des contre-arguments	☒	OUI	Gemini Pro / Google IA
Aider à la recherche documentaire	☒	OUI	Consensus / SciSpace
Aider à la synthèse de la littérature	☒	OUI	NotebookLM / Gemini Pro
Aider à la formulation de questions de recherche et d'hypothèses	☒	NON	
Aider à l'analyse de données (identification d'analyses à réaliser)	☒	NON	
Aider à l'interprétation des résultats	☒	PARTIELLE-MENT	Gemini Pro
Aider au respect des normes APA de la liste des références	☒	NON	
Aider à la programmation de code et au débogage	☒	NON	
Générer un feedback critique et révision	☒	NON	
Créer du contenu multimédia, par exemple des images, des vidéos, des animations ou du son (mais toujours expliquer l'utilisation des IA)	☒	NON	

Générer le contenu du travail à partir de mots clés, d'un thème ou d'une question de départ sans vérification et appropriation personnelle	☒	NON	
Reproduire ou reformuler du contenu existant sans citer la source (plagiat)	☒	NON	
Falsifier, créer des données	☒	NON	
Générer des références bibliographiques sans en contrôler l'existence ou l'exactitude	☒	NON	
Utiliser dans une IA des données non anonymisées issues de l'étude (participants, résultats, verbatim, etc.)	☒	NA	

Je, soussigné MEURICE Noémie (nom et prénom), déclare sur l'honneur avoir complété la grille avec exactitude et honnêteté, en toute bonne foi.

Légende :

- ☒ = L'utilisation des IA Génératives est autorisée (ce qui ne veut pas dire qu'elle est encouragée. Voir ci-dessous)
- ☒ = L'utilisation des IA Génératives n'est pas autorisée, les infractions entraîneront des sanctions.

NA = Non-applicable pour ce cours

L'étudiant remplit sa colonne par « Oui » ou par « Non » en fonction de s'il a utilisé ou non une IA générative.

***Attention :** le fait que certaines pratiques soient autorisées ne signifie pas que l'on attende ou que l'on encourage l'utilisation d'IA Génératives pour cette évaluation. Dans de nombreuses situations, vous obtiendrez probablement de meilleurs résultats sans utiliser d'IA Génératives.

Cette grille est une adaptation du « Tableau d'utilisation des IA Génératives » de la Faculté des Arts et des Sciences Sociales (FASoS) de l'Université de Maastricht.

11 Annexes

A. Stratégie de recherche PsycInfo

Le bloc TDAH repose sur le descripteur thésaurus Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/, complété par des termes en langage libre pour intégrer les références non encore indexées ou recourant à des formulations alternatives (ADHD, ADD, ADDH).

Tableau A-1: Définition des descripteurs selon PsycINFO

Descripteur	Définition
Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/	« A behavior disorder in which the essential features are signs of developmentally inappropriate inattention, impulsivity, and hyperactivity. »
Forces positives	Pas de descripteur

La gestion de la dimension « âge adulte » a nécessité un ajustement spécifique à cette base. Les tests préliminaires ont montré que l'introduction du terme libre adult* réduisait sensiblement le nombre de résultats (372 résultats avec le filtre « Adulthood (18+) » contre 232 avec le terme libre, soit 140 de moins), ce qui suggère que cette formulation n'est pas systématiquement présente dans les titres ou résumés des études ciblées. PsycINFO ne disposant pas non plus de descripteur thésaurus autonome pour « adulte », le recours au filtre d'âge intégré à la plateforme, « Adulthood (18+) », s'est révélé plus adapté pour cibler la population visée.

Pour le bloc « forces », il repose sur une stratégie exclusivement en langage libre, structurée en trois sous-blocs complémentaires : le premier associe des qualificatifs à valence positive (positiv*, adaptive, protective) à des termes désignant des caractéristiques fonctionnelles générales ; le second associe des termes de ressources ou compétences (strength*, benefi*, abilit*, skill*, capaciti*) à des qualificatifs contextuels ; le troisième cible l'expression strength-based, fréquemment rencontrée dans la littérature sur les approches positives en santé mentale.

Tableau A-2 : Termes de recherche utilisés dans Psycinfo

<u>I</u>	<u>Langage contrôlé/descripteur</u>	<u>Langage libre</u>
<u>TDH</u> à <u>l'âge adulte</u>	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/	("Attention Deficit ajd4 Disorder*" or ADHD* or ADDH).ti,ab,id.
<u>Forces positives</u>		((positiv* or adaptive or protective) adj4 (trait* or characteristic* or aspect* or factor* or function* or qualit* or feature* or attribute* or outcome* or indicator*)).ti,ab,id. ((strength* or benefi* or advantage* or asset* or resource* or abilit* or skill* or capacit*) adj4 (personal or individual or cogniti* or psychological or emotional or socioemotional or function*)).ti,ab,id. "strength-based".ti,ab,id.

Tableau A-3: Equation de recherche dans PsycInfo

#	Query	Results from 7 Apr 2026
1	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/	34,445
2	("Attention Deficit ajd4 Disorder*" or ADHD* or ADDH).ti,ab,id.	38,031
3	1 or 2	40,932
4	((positiv* or adaptive or protective) adj4 (trait* or characteristic* or aspect* or factor* or function* or qualit* or feature* or attribute* or outcome* or indicator*)).ti,ab,id.	106,124
5	((strength* or benefi* or advantage* or asset* or resource* or abilit* or skill* or capacit*) adj4 (personal or individual or cogniti* or psychological or emotional or socioemotional or function*)).ti,ab,id.	143,749
6	"strength-based".ti,ab,id.	2,100
7	4 or 5 or 6	245,174
8	3 and 7	2,406
9	limit 8 to ("300 adulthood (age 18 yrs and older)" and "0110 peer-reviewed journal" and (english or french))	596

B. Stratégie de recherche PubMed/MEDLINE

PubMed/MEDLINE indexe la littérature biomédicale et clinique internationale via le vocabulaire contrôlé MeSH, organisé hiérarchiquement et permettant l'explosion automatique des sous-catégories associées à un terme parent. Le bloc TDAH conserve le même point d'entrée : le descripteur MeSH Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/, complété par les mêmes termes en langage libre.

La dimension « âge adulte » est prise en compte à deux niveaux complémentaires : le descripteur MeSH Adult/ en mode explose, qui intègre automatiquement toutes les sous-catégories d'âge adulte (Young Adult, Middle Aged, Aged), et le terme libre adult* dans les champs titre, résumé et mots-clés.

Tableau B-1: Définition des descripteurs selon PubMed/Medline (via Ovid)

<u>Descripteur</u>	<u>Définition</u>
Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ [MeSH]	« A behavior disorder originating in childhood in which the essential features are signs of developmentally inappropriate inattention, impulsivity, and hyperactivity. Although most individuals have symptoms of both inattention and hyperactivity-impulsivity, one or the other pattern may be predominant. The disorder is more frequent in males than females. Onset is in childhood. Symptoms often attenuate during late adolescence although a minority experience the full complement of symptoms into mid-adulthood. » (From DSM-V)
Exp Adult/ [MeSH] (Explode) Aged (19-24) Middle Aged (45-64) Young Adult (65+)	« A person having attained full growth or maturity. Adults are of 19 through 44 years of age. For a person between 19 and 24 years of age, YOUNG ADULT is available. »

Pour le bloc « forces », une recherche préliminaire des descripteurs MeSH disponibles a mis en évidence leur inadéquation avec la notion telle qu'elle est entendue dans ce travail. Les termes les plus proches renvoient à des définitions décalées : strength désigne la résistance physique des matériaux ; benefit renvoie à un sens financier ; protective factor s'inscrit dans une acception épidémiologique restrictive ; skill est indexé sous l'angle de la motricité ; capacity renvoie à une contenance physique. Ce décalage reflète l'orientation biomédicale et psychiatrique de la base, dont le vocabulaire contrôlé n'est pas structuré pour saisir les dimensions positives du fonctionnement psychologique. Le bloc « forces » repose donc, comme dans PsycINFO, exclusivement sur le langage libre, avec les mêmes sous-blocs et le même opérateur de proximité adj4.

Tableau B-2 : Termes de recherche utilisés dans Medline (via Ovid)

<u>Concept</u>	<u>Langage contrôlé/descripteur</u>	<u>Langage libre</u>
<u>TDAH à l'âge adulte</u>	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ Exp Adult/	("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention-deficit/hyperactivity disorder" OR ADHD OR ADHS OR TDAH OR "trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité" OR "ADHD-I" OR "ADHD-C" OR ADD) AND Adult*
<u>Forces positives</u>		((positiv* or adaptive or protective) adj4 (trait* or characteristic* or aspect* or factor* or function* or qualit* or feature* or attribute* or outcome* or indicator*)) ((strength* or benefi* or advantage* or asset* or resource* or abilit* or skill* or capacit*) adj4 (personal or individual or cogniti* or psychological or emotional or socioemotional or function*)) "strength-based"

Tableau B-3 : Equation de recherche dans Medline (via Ovid)

#	Query	Results from 7 Apr 2026
1	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/	39,003
2	("Attention Deficit ajd4 Disorder*" or ADHD* or ADDH).ti,ab,kf.	39,607
3	exp Adult/	8,737,726
4	adult*.ti,ab,kf.	1,881,341
5	1 or 2	51,255
6	3 or 4	9,625,384
7	5 and 6	15,739
8	((positiv* or adaptive or protective) adj4 (trait* or characteristic* or aspect* or factor* or function* or qualit* or feature* or attribute* or outcome* or indicator*)).ti,ab,kf.	218,884
9	((strength* or benefi* or advantage* or asset* or resource* or abilit* or skill* or capacit*) adj4 (personal or individual or cogniti* or psychological or emotional or socioemotional or function*)).ti,ab,kf.	226,272
10	"strength-based".ti,ab,kf.	1,715
11	8 or 9 or 10	440,103
12	7 and 11	689
13	limit 12 to (english or french)	676

C. Stratégie de recherche Scopus

Scopus est une base interdisciplinaire produite par Elsevier, couvrant les sciences médicales, sociales et comportementales. Elle ne dispose pas de thésaurus ; toutes les recherches s'y effectuent en langage libre sur les champs titre, résumé et mots-clés auteur (TITLE-ABS-KEY). Les termes retenus reprennent ceux élaborés pour les deux bases précédentes, ce qui assure la cohérence conceptuelle de l'ensemble de la stratégie.

L'ajustement principal concerne la syntaxe de l'opérateur de proximité : Scopus utilise l'opérateur W/4 (Within 4 words) au lieu de adj4, mais avec une logique identique ; les termes doivent apparaître dans un rayon de quatre mots l'un de l'autre, dans n'importe quel ordre. Ce choix de conserver le même seuil de proximité entre les trois bases garantit une équivalence fonctionnelle des équations, indépendamment des différences syntaxiques entre plateformes. La dimension « âge adulte » est prise en charge par le filtre de mots-clés exact disponible dans Scopus (LIMIT-TO EXACTKEYWORD « Adult »).

Tableau C-1 : Termes de recherche utilisés dans Scopus

Concept	Langage contrôlé/descripteur	Langage libre
TDAH à l'âge adulte	/	("Attention Deficit w/4 Disorder*" or ADHD* or ADDH)
Forces positives	/	((positiv* or adaptive or protective) w/4 (trait* or characteristic* or aspect* or factor* or function* or qualit* or feature* or attribute* or outcome* or indicator*)) ((strength* or benefi* or advantage* or asset* or resource* or abilit* or skill* or capacit*) w/4 (personal or individual or cogniti* or psychological or emotional or socioemotional or function*)) "strength-based"

Tableau C-2 : Equation de recherche dans Scopus

```
( TITLE-ABS-KEY ( ( "Attention Deficit w/4 Disorder*" OR ADHD* OR ADDH ) ) AND TITLE-ABS-KEY ( ( ( positiv* OR adaptive OR protective ) W/4 ( trait* OR characteristic* OR aspect* OR factor* OR function* OR qualit* OR feature* OR attribute* OR outcome* OR indicator* ) ) ) OR TITLE-ABS-KEY ( ( ( strength* OR benefi* OR advantage* OR asset* OR resource* OR abilit* OR skill* OR capacit* ) W/4 ( personal OR individual OR cogniti* OR psychological OR emotional OR socioemotional OR function* ) ) ) OR TITLE-ABS-KEY ( "strength-based" ) ) AND ( LIMIT-TO ( EXACTKEYWORD , "Adult" ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "French" ) )
```

D. Description détaillée de la grille d'extraction

Cette annexe présente la structure détaillée de la grille d'extraction conçue pour cette recherche, ainsi que les consignes de codage associées pour chaque variable (matrice de 24 colonnes réparties en 5 blocs)

Tableau D-1 : Description détaillée de la grille d'extraction

Bloc 1 : Identification de l'étude

- Id : Identifiant unique attribué à l'article (A1, A2,...)
- Type de document : Nature du document (article de revue, ...)
- Auteur(s) : Nom(s) des auteurs de l'étude
- Année de publication : Date de parution
- Pays : Pays d'origine de l'étude ou du recrutement
- Titre : Titre complet de l'article

Bloc 2 : Cadre méthodologique et conceptuel

- Objectif(s) de l'étude : But principal poursuivi par les auteurs
- Type de design : Devis de recherche (quantitatif, qualitatif, mixte)
- Modalités d'évaluation : précision du recueil (auto-rapport, tests cognitifs, entretiens semi-structurés, etc.)
- Instruments : Nom des échelles, questionnaires ou outils utilisés
- Cadre théorique mobilisé : Modèle ou théorie de référence sous-tendant l'étude (psychologie positive, neurodiversité, etc.)

Bloc 3 : Caractéristique de la population

- Contexte de recrutement : Cadre de l'étude (clinique, académique, communautaire, etc.)

- Taille de l'échantillon : Nombre de participants inclus
- Age : Moyenne, écart-type, intervalles d'âge
- Sexe/Genre : Répartition hommes/femmes ou données déclarées
- Statut : Situation socioprofessionnelles ou scolaire (emploi, sans emploi, scolarisé, etc.)
- Diagnostic : Précision du diagnostic de TDAH (officiel/auto-rapporté, modalités de vérification ; affiliation associative/ entretien clinique/ échelle d'évaluation/ screening/ validation institutionnelle, et instruments/outils)
- Sous-type : Sous-type de TDAH identifié (inattentif, hyperactif-impulsif, combiné)
- Médication : Statut médicamenteux des participants au moment de l'étude
- Statut : Emploi/sans emploi, étudiant(e), invalide, etc.
- Comorbidités : Présence de troubles associés (TSA, anxiété, DYS, etc.)

Bloc 4 conceptualisation des forces

- Terminologies pour les forces : Mots ou termes spécifiques employés par les auteurs pour désigner l'objet « Force »
- Définitions conceptuelles : Cadre théorique mobilisé et façon dont les auteurs définissent théoriquement ces formes

Bloc 5 : Recensement multiniveaux des forces

- Niveau 1 (Catégories globales) : Intitulé des macro-catégories proposés par les auteurs pour regrouper les forces (lorsque l'étude en propose)
- Niveau 2 (Forces spécifiques) : Dénomination précise de la/les force(s) étudiée(s)
- Niveau 3 (Verbatims/Définitions textuelles) : Extraction littérale des formulations ou verbatims associés par les auteurs à cette force spécifique

E. Processus d'harmonisation sémantique et de synthèse descriptive

Les annexes suivantes regroupent les données textuelles brutes et les étapes de synthèse issues de revue de littérature. Pour analyser et synthétiser ce corpus, nous avons suivi les recommandations de Pollock et al. (2023) concernant l'application d'une analyse qualitative de contenu de base (basic qualitative content analysis). Conformément à cette méthodologie, nous avons adopté une démarche inductive lors de la phase d'organisation des données.

Tableau E-1: Processus d'analyse qualitative de contenu

Ce travail a démarré par une phase de 1. Extraction inductive des termes généraux (« divergent thinking »,etc.), 2. Analyse de contenu : codage ouvert/traduction par une étiquette (« pensée divergente », etc.), Ensuite, 3. Catégorisation inductive, dans le but de simplifier et de structurer l'ensemble des ressources répertoriées (creativity = divergent thinking, creativity,etc.), 4. Validation externe : pour nous assurer que ces regroupements tenaient la route, par exemple, lorsque nous avons réuni « pensée divergente » et « creativity » sous l'appellation générique de « Créativité », nous avons confronté nos catégories aux définitions du dictionnaire de l'American Psychological Association (APA).
--

Tableau E-2 : Terminologie données brutes

ID	Terminologie brute
A1	« benefits » ; « ability / abilities » ; « talent » ; « skills » ; « qualities » ; « positive side »
A2	« strengths » ; « individual strengths » ; « universal strengths » ; « selective strengths » ; « universal selective strengths » ; « resources » ; « positive aspects » ; « positive attributes » ; « positive characteristics » ; « positive characteristics of ADHD » ; « advantages » ; « positive aspects of ADHD » ; « personal competence » ; « strengths and aptitudes » ; « positive human qualities of ADHD » ; « positive attributes that accompany the neurobiology of ADHD » ; « skills and resources » ; « skills and abilities » ; « positive self-regulation skills » ; « inherent self-regulation skills »
A3	« strength » ; « bright side » ; « ability / abilities » ; « creative abilities » ; « capacity »
A4	« positive aspects » ; « strengths » ; « strength » ; « benefit » ; « benefits » ; « resources » ; « resource » ; « skills » ; « skill » ; « strategies » ; « personal strengthening » ; « recourses » ; « opportunity domains » ; « positive characteristics » ; « coping resources » ; « characteristics » ; « talents » ; « opportunity » ; « ability » ; « abilities » ; « advantage » ; « social capital » ; « competence » ; « positive attributes » ; « protective forces » ; « protective factor » ; « mental spirit » ; « personal strength » ; « possibility domains » .
A5	« strengths » ; « psychological strengths » ; « personal strengths » ; « strengths knowledge » ; « strengths use » ; « ADHD-related strengths » ; « ADHD strengths » ; « neurodivergent strengths » ; « positive characteristics » ; « positive traits » ; « positive aspects » ; « psychological qualities and skills » ; « qualities and skills » ; « skills and characteristics » ; « skills and traits » ; « character strengths » ; « signature character strengths » ; « protective factor »
A6	« resources » ; « strengths » ; « potentials » ; « internal resources » ; « external resources » ; « personality-related resources » ; « environmental/social resources » ; « protective resources » ; « protective factors » ; « positive strategies »
A7	« positive aspects » ; « strengths » ; « positive experiences » ; « abilities » ; « resources » ; « positive characteristics » ; « positive attributes » ; « positive traits » ; « advantages » ; « benefits » ; « positive qualities » ; « ability-oriented »
A8	« advantages » ; « perceived advantages » ; « strengths » ; « perceived strengths » ; « positive aspects » ; « positive characteristics » ; « positive perception » ; « positive attributes » ; « attributes » ; « qualities » ; « benefits »

A9	« positive aspects » ; « strengths » ; « positive characteristics » ; « potential positive characteristics » ; « positive features » ; « potential positive features » ; « positive traits » ; « selective and evolutionary advantages » ; « abilities » ; « benefits » ; « character strengths » ; « adaptive outcomes » ; « strength-use » ; « qualities » ; « resources » ; « virtues »
A10	« strengths » ; « strength » ; « strengths of ADHD » ; « ADHD-related strengths » ; « ADHD strengths » ; « self-reported strengths » ; « self-perceived strengths » ; « individuals' strengths » ; « character strengths » ; « positive traits » ; « positive trait » ; « positive characteristics » ; « positive aspects » ; « positive experiences » ; « benefits of ADHD » ; « silver linings » ; « resources »
A11	« strengths » ; « ADHD-related strengths » ; « potential ADHD-related strengths » ; « positive aspects » ; « positive correlates » ; « positive outcomes » ; « positive characteristics »
A12	« strengths » ; « personal strengths » ; « personal competences and strengths » ; « competences » ; « gifts » ; « gifts, talents and competences » ; « positive [...] characteristics » ; « qualities » ; « advantage » ; « gifted » ; « positive side »
A13	« positive aspects » ; « positive attributes » ; « strengths » ; « character strengths » ; « virtues » ; « positive human qualities » ; « assets » ; « resources » ; « protective strengths » ; « benefits » ; « positive traits » ; « compensatory strategies » ; « skills or strategies »
A14	« strengths » ; « strength » ; « self-reported strengths » ; « behavioral and/or cognitive strengths » ; « positive traits » ; « positive phenotypes » ; « creative potential » ; « creative thinking abilities » ; « creative abilities » ; « performance advantages » ; « benefits » ; « assets » ; « autistic advantage » ; « neurodivergent perspective » ; « valued ability »
A15	« strengths » ; « creative strengths » ; « ADHD-related strengths » ; « advantage » ; « advantageous » ; « beneficial » ; « innovative » ; « creative differences » ; « creative achievement » ; « potential » ; « edge »
A16	« strengths » ; « benefits » ; « perceived benefits » ; « positive aspects » ; « diagnosis-related benefits » ; « personal strengths » ; « strength-based perspectives » ; « strength-based approach » ; « strengths/benefits » ; « positive characteristics » ; « advantages » ; « positive diagnostic identity »

Ces tableaux présentent le passage des catégories brutes (Tableau A-1) aux catégories standardisées (Tableau 3), illustrant le tri sémantique opéré.

Tableau E-3: Données brutes – Catégories

A1	NR
A2	Positive Characteristics ; Creative awareness
A3	NR
A4	Insight and strategies ; Targeted efforts ; Balanced energy ; Social skills
A5	NR
A6	Personality-related resources
A7	The dual impact of ADHD characteristics ; ; The unconventional mind ; The pursuit of new experiences ; Resilience and growth
A8	« Challenging "broken"«
A9	Creativity ; Being dynamic ; Flexibility ; Socio-affective skills ; Higher-order cognitive skills
A10	Socio-affective skills ; Flexibility ; Creativity ; Being dynamic ; Higher-order cognitive skills
A11	NR
A12	NR
A13	Cognitive dynamism ; Courage ; Energy ; Humanity ; Resilience ; Transcendence
A14	NR
A15	NR
A16	NR

Tableau E-4 : Synthèse descriptive – Catégories

Catégories Standardisées	Catégories originales des auteurs	Articles Sources (ID)	Fréquence (%)
Cognitives	<i>Higher-order cognitive skills ; Flexibility ; Cognitive dynamism ; The unconventional mind ; Creative Awareness ; Creativity</i>	A2, A7, A9, A10, A13	5 (31,3%)
Socio-affectives	<i>Social skills ; Socio-affective skills ; Humanity ; Prosocial.</i>	A4, A9, A10, A13	4 (25%)
Motivationnelles	<i>Being dynamic ; Energy ; Balanced energy ; Targeted efforts; Pursuit of new experiences.</i>	A4, A7, A9, A10, A13	5 (31 ,3%)
Adaptatives	<i>Resilience ; Resilience and growth ; Challenging "broken" ; Insight and strategies ; Transcendence</i>	A4, A7, A8, A13	4 (25%)
Intrapersonnelles/Identitaires	<i>Personality-related resources ; Positive characteristics ; Courage ; Humanity</i>	A2, A6, A13	3 (18,8%)

Note : La somme des articles par catégorie peut être supérieure au nombre total d'articles uniques figurant dans le corpus. En effet, un même article source traite parfois de plusieurs thématiques distinctes et a donc été comptabilisé dans chacune des catégories concernées.

Forces

Ce tableau consigne l'exhaustivité des termes et expressions liés aux forces extraites de chaque article inclus dans la revue, constituant la base de notre codage ouvert.

Tableau E-5: Données brutes – Forces

A1	« Creativity » ; « Real-world creative achievements » ; « Performance creativity » ; « Mechanical/scientific creativity » ; « Divergent thinking »
A2	« empathy » ; « curiosity » ; « divergent thinking » ; « humour » ; « hyperfocus » ; « self-acceptance » ; « self-validation » ; « freedom of choice » ; « interest engagement » ; « meaningful connection » ; « mindfulness » ; « accomplishment » ; « creative approach » ; « continuous learning » ; « growth mindset » ; « response ability » ; « resilience »
A3	Creativity ; Divergent thinking
A4	Openness ; Control ; Improve their performance ; Vital interests, talents, skills ; Creativity ; An extra resource ; A driving force ; Make productive ends ; Self-acceptance ; Self-confidence ; Knowledge about life ; Helpful ; Empathic ; Courage and bravery ; Adaptable ; Integrity
A5	« creative » ; « energetic » ; « enthusiastic » ; « resourceful » ; « associative/seeing connections » ; « empathic » ; « hyperfocus » ; « driven » ; « social » ; « perseverant » ; « imaginative » ; « flexible » ; « humour » ; « spontaneous » ; « thinking fast » ; « sensitive » ; « being able to switch quickly between tasks » ; « inquisitive » ; « stress resistant » ; « up for anything » ; « seeing opportunities » ; « having broad interests » ; « image thinking » ; « intuitive » ; « happy »
A6	Self-esteem ; Confidence ; Ability to love ; Courage ; Creativity ; Sense of control ; Composure ; Faith
A7	Energy ; Hyperfocus ; Spontaneity ; Creativity ; Problem-solving skills ; Different perspective ; Socially unconventional ; Curiosity ; Explorative ; Courage ; Insight ; Resilience ; Accepting and tolerant ; Warm and empathic
A8	« Positive energy » ; « Novel problem-solving ability » ; « Optimism » ; « Adventurousness » ; « Curiosity »
A9	Creative ; High energy/active ; Positive attitude ; Novelty seeking/adventurousness ; Spontaneous/impulsive ; Flexible ; Open ; Based on feeling/Strong emotions ; Socially outgoing ; Prosocial/empathic ; Executive functioning ; Attention

A10	Empathy ; Sociability ; Humour ; Sensory processing sensitivity ; Hyperfocus ; Enthusiasm ; Grit / Perseverance ; Curiosity ; Up for anything ; Cognitive flexibility
A11	hyperfocus ; cognitive flexibility ; curiosity ; humour ; empathy ; enthusiasm ; perseverance ; sociability ; up for anything
A12	« think faster » / Faster thinking ; Creativity / « creative thinking » ; « out of the box » thinking ; Associative thinking ; Unconventional thinking
A13	Divergent thinking ; Hyper-focus ; Creativity ; Curiosity ; Nonconformist ; Adventurousness ; Bravery ; Integrity ; Persistence ; Spirit ; Psychological [energy] ; Physical [energy] ; Social intelligence ; Humour ; Self-acceptance ; Recognition of feelings ; Self-regulation ; Sublimation ; Appreciation of beauty and excellence (ABE)
A14	Divergent thinking ; Convergent thinking ; Expressive creative achievements
A15	« originality » ; « conceptual expansion » ; « atypical features » ; « lower conformity to task examples » ; « imaginative divergence »
A16	« seeing things my own way » ; « sense of justice » ; « community with others » / « community with others with my diagnosis » ; « attention to details » ; « honesty » ; « distinctive features » ; « positive energy » ; « drive to find things out »

Ce tableau présente le passage des forces brutes aux « étiquettes » standardisées, illustrant le tri sémantique opéré.

Tableau E-6 : Synthèse descriptive – Forces

Etiquette standardisée	Termes originaux des auteurs	Articles sources (ID)	Fréquence n (%)
Créativité	<i>Real-world creative achievements ; Originality ; Performance creativity ; Mechanical/scientific creativity ; Divergent thinking ; Imaginative ; Conceptual expansion ; Imaginative divergence ; Expressive creative achievements ; Convergent thinking ; Novel problem-solving ability. ; Associative thinking</i>	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A12, A13, A14, A15	13 (81,25 %)
Flexibilité cognitive	<i>Flexible ; Being able to switch quickly between tasks ; Cognitive flexibility ; Problem-solving skills ; Conceptual expansion ; Associative/seeing connections ; Faster thinking ; Unconventional thinking</i>	A5, A9, A10, A11, A12, A13, A15	7 (43,75%)
Hyperfocus	<i>Hyperfocus ; Hyper-focus ; Attention</i>	A2, A5, A7, A9, A10, A11, A13	7 (43,75%)
Empathie	<i>Empathy ; Empathic ; Sensitive ; Warm and empathic ; Prosocial ; Based on feeling/Strong emotions ; Recognition of feeling ; Empathic ; Accepting and tolerant</i>	A2, A5, A7, A9, A10, A11, A13	8 (50%)
Intelligence sociale	<i>Social skills ; Social ; Socially unconventional ; Socially outgoing ; Sociability ; Social intelligence ; Community with others ; Nonconformist.</i>	A4, A5, A7, A9, A10, A11, A13, A16	7 (43,75%)
Humour	<i>Humour</i>	A2, A5, A10, A11, A13	5 (31,3%)
Dynamisme	<i>Energetic ; Enthusiastic ; Driven ; Energy ; High energy/active ; Positive energy ; Spirit ; Psychological/Physical energy ; Optimism ; Spontaneous ; Enthusiasm.</i>	A4, A5, A7, A8, A9, A10, A11, A13, A16	9 (56,3%)

Persévérance	<i>Perseverant ; Grit ; Persistence ; Perseverance</i>	A4, A5, A10, A11, A13	5 (31,3%)
Curiosité	<i>Curiosity ; Inquisitive ; Novelty seeking ; Adventurousness ; Explorative ; Drive to find things out ; Having broad interests.</i>	A2, A5, A7, A8, A9, A10, A11, A13, A16	9 (56,3%)
Ingéniosité	<i>Resourceful ; Up for anything ; Seeing opportunities ; Seeing things my own way ; Image thinking ; Intuitive.</i>	A5, A9, A10, A11, A16	5 (31,3%)
Résilience	<i>Resilience ; Courage and Bravery ; Stress resistant ; Composure</i>	A2, A4, A5, A6, A7, A13	6 (37,5%)
Intégrité	<i>Integrity ; Sense of justice ; Honesty ; Faith ; Bravery.</i>	A4, A6, A13, A16	4 (25%)
Estime de soi	<i>Self-esteem ; Confidence ; Self-acceptance ; Sense of control ; Happy ; Ability to love ; Self-confidence.</i>	A2, A4, A5, A6, A13	5 (31,3%)
Sensibilité	<i>Sensory processing sensitivity ; Aesthetic sensitivity ; Sensitive ; Appreciation of beauty and excellence (ABE) ; Attention to details.</i>	A5, A10, A13, A16	4 (25%)
Transcendance	<i>Insight ; Sublimation ; Self-regulation</i>	A4, A7, A13	3 (18,8%)

Définitions

Tableau E-7 : Données brutes - Définitions spécifiques des forces

A1	« creativity » = « the ability to generate ideas that are both novel and useful » (Amabile, 1996) ; « real-world creative achievements » = « publically recognized and concrete creative achievements in 10 domains (e.g., creative writing, theater, culinary arts) » ; « divergent thinking » = « the generation of multiple ideas in response to open-ended questions » , operationalized as: « fluency (the number of nonredundant ideas) » ; « flexibility (the number of conceptual categories the ideas belong to) » ; « originality (the extent to which an idea is novel) » ; « idea originality »
A2	« empathy » = verbatim : « I think that everyone I've met with ADHD has a lot of empathy abilities. I think that's quite good for people's skills and understanding and being able to put yourself in people's shoes » (Participant 3) « curiosity » = « interest leading to inquiry » ; verbatim : « I'm a very curious person by nature and I think that curiosity plays a big role in my motivation » (Participant 7) ; « divergent thinking » = verbatim : « it helps me see patterns that... no one ever thought about... with ADHD my mind jumping to so many different things, I'm able to see patterns and connections that... someone else... maybe would miss » (Participant 4); « hyperfocus » = « a driven, intense, narrow, concentrated focus » ; participants described it as « tunnel vision », « inertic », « in the zone », and « plugged in » ; « characterised by engagement, immersion, connection, flow and a sense of awe » ; « self-acceptance » = « an individual's acceptance of positive and negative attributes » ; « self-validation » = « an individual's acceptance of internal experience, including thoughts and feelings » ; « creative approach » = « ability to respond to context with originality » ; « resilience » = verbatim : « They demonstrated strong resilience in the face of lifelong challenges, and a positive outlook for the potential future »
A3	« Creativity » = « the ability to generate ideas that are both novel and useful » ; « Divergent thinking » = « the ability to generate many spontaneous and novel ideas »
A4	« Strategies » = verbatim (Mikkel) : « When reading for exams... I drive up to the office where there is nothing to distract me. I've become more aware like that... every day I sit with this book and I write up everything which I consecutively iron out when it's done » ; « Driving force / Energy as strength » = verbatim (Nina) : « It is a driving force that helps me make things happen, to do what I want, and to follow my dreams (...). I usually say... that we are lucky to have it (ADHD). I see it as a strength, for it has helped me to get where I am today » ; « Energy as extra

	resource » = verbatim (Mikkel) : « I feel... kind of like Superman, I always have an extra gear, so when it's 4 o'clock and the office is empty, then I'm happy to sit for a couple more hours, I see it as an advantage » ; » Creativity » = « Creativity and free flowing of ideas pointed to non-formal thinking, the ability to think outside 'the box' » ; « Courage and bravery » = « bravery and self-acceptance in, for example, not being afraid to stand out from others, which also pointed to integrity » ; « Empathic / Helpful » = verbatim (Per) : « I can convey confidence to the children around me. It's always a good feeling when someone who's often angry, frustrated, and tired comes and leans their head against your shoulder; then you know you've done something right »
A5	NR
A6	“ability to love » = « having the capacity to give and accept love » ; « being sensitive toward other people's emotions » ; « being tolerant and open » ; « courage » = « courage to go into uncertain or dreaded situations » ; « endurance when committed to something to hang in until the goal is reached » ; « courage to develop oneself, and to do things that seem right and important » ; « sense of control » = « sense of being able to influence one's life in important areas » ; « composure » = « having a carefree mind » ; « to look into the future in an optimistic way with respect to my dreams and wishes » ; « to let go of things I cannot influence » ; « faith » = « believing in the meaningfulness of life » ; « believing in a superior power which protects me » ; « believing in being loved and accepted as I am by this power » ;
A7	« hyperfocus » = « the ability to have an intense focus on an activity for a longer period of time » ; « energy / high drive » = [basé sur verbatims participants] « has a lot of energy » ; « high drive » ; « spontaneity » = [basé sur verbatims participants] « spontaneous » ; « creativity » = [basé sur verbatims participants] « high creativity » ; « good fantasy » ; « lots of ideas » ; « problem-solving skills » = [basé sur verbatims participants] « solution oriented » ; « sees patterns » ; « intelligent » ; « acts fast when needed » ; « different perspective » = [basé sur verbatims participants] « different perspective on things » ; « sees more sides to things » ; « socially unconventional » = [basé sur verbatims participants] « does not care what other thinks » ; « authentic » ; « honest » ; « sociable » ; « curiosity » = [basé sur verbatims participants] « high curiosity » ; « not afraid to ask questions » ; « explorative / adventurousness » = [basé sur verbatims participants] « tries new things » ; « explores new environments » ; « explorative » ; « makes new friends easily » ; « courage » = [basé sur verbatims participants] « courageous » ; « fearless » ; « takes risks » ; « enjoys taking on challenges » ; « insight / self-knowledge » = [basé sur verbatims participants] « new insight because about self of diagnosis » ; « painful experiences give new insight » ; « sensitive » ; « resilience » = [basé sur verbatims participants] « positive outlook »

	on life » ; « does not give up easily » ; « accepting and tolerant » = [basé sur verbatims participants] « open to other views » ; « accepting towards others » ; « not judging others » ; « tolerant of other people » ; « warm and empathic » = [basé sur verbatims participants] « understanding for others struggling » ; « empathic » ; « sees the best in people » ; « attentive to people » ; « affectionate » ; « puts themselves in other shoes »
A8	« Positive energy » Verbatim Kevin (Thème 3) : « When I wake up in the morning, when the alarm goes off at twenty past five...I bounce out of bed, I sing in the shower. » ; Verbatim Kevin (Thème 2) : « I'll mow my lawns, and then I'll go to my neighbour and I'll mow his lawns... and I've got to run, cause everything's done at a hundred miles a minute. » ; « Novel problem-solving ability » ; Verbatim Harry (Thème 3) : « I'm able to create linkages between quite often very abstract concepts or ideas and bring them together in a way that perhaps other people would never have thought of. » « Optimism » Verbatim Wiyona (Thème 3) : « I get very excited about little things, like a smell, or a texture, or a taste, or a...moment. It can be described as a childlike access to joy, I guess. » ; « Curiosity » Texte auteur (Thème 2) : « Many participants equate curiosity and joy with their tendency toward distraction » ; Verbatim Harry (Thème 2) : « I think I have a greater sense of wonder about the world around me... my brain is constantly asking, 'Oh wait, what about this?'« ; " Self-acceptance " Verbatim Samir (Thème 1) : « I'm happy with it you know. I mean it makes me who I am doesn't it? »
A9	« Creative » = imaginative ; creative ; resourceful ; associative thinking/seeing connections ; « High energy/active » = energetic ; enthusiastic ; enterprising ; perseverant ; driven ; determined ; « Positive attitude » = positive ; happy ; up for anything ; seeing opportunities ; « Novelty seeking/adventurousness » = taking risks ; looking for challenges ; inquisitiveness ; « Spontaneous/impulsive » = spontaneous ; impulsive ; « Flexible » = flexible ; quickly getting over fights ; switching fast ; « Socially outgoing » = social ; sociable/convivial ; humor ; « Prosocial/empathic » = supportive ; involved ; sense of justice ; empathic ; « Attention » = hyperfocus ; attention to detail ; alert
A10	« hyperfocus » = « a state of heightened and focussed attention » ; « sensory processing sensitivity » = « a normally distributed personality trait reflecting greater sensitivity to negative and positive environments » ; « grit » = « grit, perseverance and passion for long-term goals » ; « sociability » = NR ; « up for anything » = NR ; « empathy » = NR ; « humour » = NR ; « enthusiasm » = NR ; « curiosity » = NR ; « cognitive flexibility » = NR
A11	NR

A12	« faster thinking » = verbatim Martijn : « You just understand, or see through, a lot of things more quickly than other people » « creative thinking » = « able to think [...] more creatively [...] than people without ADHD » ; « designing more creative solutions for difficult problems » « out of the box thinking » = verbatim Peter : « That is because we can think out of the box! » ; « associative thinking » = « they felt gifted in certain areas [...] as associative and creative thinkers » ; « linked to successful careers [...] such as entrepreneurship » ; « unconventional thinking » = « Associative and unconventional thinking was linked to successful careers requiring such traits »
A13	« divergent thinking » = « ability to generate novel, original or ingenious ideas » ; « hyper-focus » = Hyper-focus in ADHD is said to be a deficit in set-shifting and task-switching (Miranda et al. 2012), but for the participants, hyper-focus was associated with productivity » Creativity= « Creativity is multifaceted, with numerous expressions and psychosocial influences, but for it to be effective in real-time, it requires originality and ingenuity (Piirto 1998) » ; « curiosity » = « Curiosity refers to inquisitiveness, openness to experience, a desire to learn, and it may also be a mechanism that allows people to pursue their ambitions and discover meaning in life (Zuss 2012) » ; « courage » = « conceptualised the participants reports about living with ADHD, confronting fear and dealing with uncertainly... includes psychological and moral attributes associated with equity, social justice and human rights » ; « Non-conformist » = « They spoke about always having felt different, like they were outsiders or people resistant to social or cultural modification (i.e. acculturation) » ; "Adventurousness" = NR; "Bravery" = « being brave, or bravery, was a positive resource for overcoming the struggle for recognition and individuating » ; "Integrity" = « being open about having ADHD made them feel authentic and honest, which are attributes that characterise integrity (Carter 1996) » ; "Persistence" = the persistence they said was useful for achieving their goals (Von Culin et al. 2014) » ; "Psychological [energy]" = NR ; "Physical [energy]" = « All the participants reported an abundance of physical energy as a positive aspect of their ADHD. It was viewed as a resource that bestowed several advantages, including feeling younger than their peers and being able to engage in different activities, such as sports » ; "Social intelligence" = « Humphrey (1976) argued that social intelligence was creative intellect comprising social awareness, attitude, an ability to initiate and manage relationships » ; verbatim : « the positive social butterfly aspect I suppose...being a social butterfly » ; Humour = humour ... fostered well-being by encouraging tolerance and compassion towards self and others, a sense of identity with humanity and self-acceptance (Martin and Kuiper 1999; Martin 2001) » ; « when asked what they would miss if their ADHD went away, all the participants said it would be their sense of humour » ; Self-acceptance = « self-acceptance as a positive attribute that demonstrated their willingness to tolerate self despite experiencing ADHD-related deficits and

	functional impairments » ; Self-regulation = Modèle SR avec 3 composantes interdépendantes : Cognitive Regulation (CR) Emotion Regulation (ER) Behaviour Regulation (BR). « Self-regulation is a protective strength » ; comprend mindfulness, suppression, self-awareness, EFT ; Sublimation = « sublimation is an unconscious protective (or defence) mechanism that is not deliberate or by choice (Haan 1982). Sublimation is said to alter a person's perception of external or internal phenomena and in so doing protects against the effects of stress, anxiety, depression » ; rapprochée de la créativité (Freud sur Léonard de Vinci, p. 249) ; verbatim : « we choose careers, we choose situations, we choose social environments that are friendlier to the way we are at processing information » ; Appreciation of beauty and excellence (ABE) = « describes a process of noticing talent or beauty in the environment and associated feelings of awe, wonder, elevation and admiration (Haidt and Keltner 2004) »
A14	« divergent thinking » = « divergent thinking is associated with flexibility and diversification, resulting in the generation of a wide variety of answers for an open-ended question » ; « convergent thinking » = « a focused and linear process of seeking one answer that is most fitting or most original » ; « creative achievements in the subscale expressive creativity (i.e., humor, visual arts, and writing) »
A15	« conceptual expansion » = « a process of thinking outside traditional conceptual boundaries, which may be heightened by distractibility and mild executive dysfunction » ; « a process whereby traditional conceptual boundaries are extended »
A16	NR

Tableau E-8: Cartographie descriptive – Définitions des forces spécifiques

Forces	Verbatims/définitions clés (citations + ID)
Créativité	« Creativity : the ability to generate ideas that are both novel and useful » (Amabile, 1996) (A1, A3) ; « Real-world creative achievements : publicly recognized and concrete creative achievements in 10 domains » (A1) ; « Divergent thinking : verbatim : it helps me see patterns that... no one ever thought about... with ADHD my mind jumping to so many different things, I'm able to see patterns and connections that... someone else... maybe would miss » (A2) ; « Creative approach : ability to respond to context with originality » (A2) ; « Creativity and free flowing of ideas pointed to non-formal thinking, the ability to think outside 'the box' » (A4) ; « Novel problem-solving ability... create linkages between abstract concepts » (A8) ; « High creativity ; good fantasy ; lots of ideas » (A7) ; « Creative : imaginative ; creative ; resourceful ; associative thinking / seeing connections » (A9) ; « Associative thinking : they felt gifted in certain areas [...] as associative and creative thinkers ; Unconventional thinking was linked to successful careers requiring such traits » (A12) ; « Creativity is multifaceted, with numerous expressions and psychosocial influences, but for it to be effective in real-time, it requires originality and ingenuity » (Piirto, 1998) (A13) ; « Divergent thinking : the generation of multiple ideas in response to open-ended questions, operationalized as fluency, flexibility, and originality » (A1) ; « ability to generate many spontaneous and novel ideas » (A3) ; « ability to generate novel, original or ingenious ideas » (A13) ; « associated with flexibility and diversification, resulting in the generation of a wide variety of answers » (A14) ; « Convergent thinking : a focused and linear process of seeking one answer that is most fitting or most original » ; « Creative achievements in the subscale expressive creativity (i.e., humor, visual arts, and writing) » (A14) » thinking outside traditional conceptual boundaries » (A15) ;
Flexibilité cognitive	« Problem-solving skills : solution oriented ; sees patterns ; intelligent ; acts fast when needed » (A7) ; « Flexible ; quickly getting over fights ; switching fast » (A9) ; « Faster thinking : you just understand, or see through, a lot of things more quickly than other people » ; « Out of the box thinking : verbatim Peter : That is because we can think out of the box! » ; « Associative and unconventional thinking was linked to successful careers requiring such traits » (A12) ; « Divergent thinking is associated with flexibility and diversification » (A14) ; « Conceptual expansion : a process of thinking outside traditional conceptual boundaries, which may be heightened by distractibility and mild executive dysfunction ; a process whereby traditional conceptual boundaries are extended » (A15).
Hyperfocus	« A driven, intense, narrow, concentrated focus ; participants described it as "tunnel vision", "inertic", "in the zone", and "plugged in" ; characterised by engagement, immersion, connection, flow and a sense of awe » (A2) ; « The ability to have an intense focus on an activity for a longer period of time » (A7) ; « Attention : hyperfocus ; attention to detail ; alert » (A9) ; « A state of heightened and focussed attention

	» (A10) ; « <i>Hyper-focus in ADHD is said to be a deficit in set-shifting and task-switching (Miranda et al. 2012), but for the participants, hyper-focus was associated with productivity</i> » (A13)
Empathie	« <i>I think that everyone I've met with ADHD has a lot of empathy abilities... being able to put yourself in people's shoes</i> » (A2) ; « <i>I can convey confidence to the children around me. It's always a good feeling when someone who's often angry, frustrated... comes and leans their head against your shoulder</i> » (A4) ; « <i>Being sensitive toward other people's emotions ; being tolerant and open</i> » (A6) ; « <i>Warm and empathic : understanding for others struggling ; sees the best in people ; attentive to people ; affectionate ; puts themselves in other shoes</i> » ; « <i>Accepting and tolerant : open to other views ; accepting towards others ; not judging others ; tolerant of other people</i> » (A7) ; « <i>Prosocial/empathic : supportive ; involved ; sense of justice</i> » (A9)
Intelligence sociale	« <i>Socially unconventional : does not care what other thinks ; authentic ; honest ; sociable</i> » (A7) ; « <i>Socially outgoing : social ; sociable/convivial ; humor</i> » (A9) ; « <i>Non-conformist : always having felt different, like they were outsiders or people resistant to social or cultural modification</i> » (A13) ; « <i>Social intelligence : social awareness, attitude, an ability to initiate and manage relationships</i> » ; verbatim : « <i>the positive social butterfly aspect</i> » (A13)
Humour	« <i>Fostered well-being by encouraging tolerance and compassion towards self and others, a sense of identity with humanity</i> » (A13).
Dynamisme	« <i>Driving force / Energy as strength : It is a driving force that helps me make things happen, to do what I want, and to follow my dreams [...]. I feel... kind of like Superman, I always have an extra gear</i> » (A4) ; « <i>Energy / high drive : has a lot of energy ; high drive ; spontaneous</i> » (A7) ; « <i>Positive energy : When I wake up in the morning [...] I bounce out of bed, I sing in the shower. [...] everything's done at a hundred miles a minute</i> » (A8) ; « <i>High energy/active : energetic ; enthusiastic ; enterprising ; perseverant ; driven ; determined ; spontaneous ; impulsive</i> » (A9) ; « <i>Physical energy : All the participants reported an abundance of physical energy as a positive aspect of their ADHD. It was viewed as a resource that bestowed several advantages</i> » (A13)
Persévérance	« <i>Grit : grit, perseverance and passion for long-term goals</i> » (A10) ; « <i>Persistence : the persistence they said was useful for achieving their goals</i> » (A13)
Curiosité	« <i>Interest leading to inquiry ; verbatim : I'm a very curious person by nature and I think that curiosity plays a big role in my motivation</i> » (A2) ; « <i>Curiosity : high curiosity ; not afraid to ask questions</i> » ; « <i>Explorative / adventurousness : tries new things ; explores new environments ; explorative ; makes new friends easily</i> » (A7) ; « <i>Many participants equate curiosity and joy with their tendency toward distraction ; verbatim : I think I have a greater sense of wonder about the world around me... my brain is constantly asking, 'Oh wait, what about this?'</i> » (A8) ; « <i>Novelty seeking/adventurousness : taking risks ; looking for challenges ; inquisitiveness</i> » (A9) ; « <i>Curiosity refers to</i>

	<i>inquisitiveness, openness to experience, a desire to learn, and it may also be a mechanism that allows people to pursue their ambitions and discover meaning in life (Zuss, 2012) » (A13)</i>
Ingéniosité	<i>« Strategies : When reading for exams... I drive up to the office where there is nothing to distract me. I've become more aware like that... every day I sit with this book and I write up everything which I consecutively iron out when it's done » (A4) ; « Positive attitude : positive ; happy ; up for anything ; seeing opportunities » (A9)</i>
Résilience	<i>« Resilience : They demonstrated strong resilience in the face of lifelong challenges, and a positive outlook for the potential future » (A2) ; « Courage and bravery : bravery and self-acceptance in, for example, not being afraid to stand out from others, which also pointed to integrity » (A4) ; « Composure : having a carefree mind ; to look into the future in an optimistic way... to let go of things I cannot influence » ; « Courage : courage to go into uncertain or dreaded situations ; endurance when committed to something... » ; « Sense of control : sense of being able to influence one's life in important areas » (A6) ; « Resilience : positive outlook on life ; does not give up easily » ; « Courage : courageous ; fearless ; takes risks ; enjoys taking on challenges » (A7) ; « Courage : conceptualised the participants reports about living with ADHD, confronting fear and dealing with uncertainly... includes psychological and moral attributes » (A13)</i>
Intégrité	<i>« Courage and bravery : bravery and self-acceptance in, for example, not being afraid to stand out from others, which also pointed to integrity » (A4) ; « Faith : believing in the meaningfulness of life ; believing in a superior power which protects me ; believing in being loved and accepted as I am by this power » (A6) ; « Integrity : being open about having ADHD made them feel authentic and honest, which are attributes that characterise integrity (Carter 1996) » (A13) ; « Sense of justice » et « Honesty » (A16)</i>
Estime de soi	<i>« Self-acceptance : an individual's acceptance of positive and negative attributes » ; « Self-validation : an individual's acceptance of internal experience, including thoughts and feelings » (A2) ; « Sense of control : sense of being able to influence one's life in important areas » (A6) ; « Self-acceptance : "I'm happy with it you know. I mean it makes me who I am doesn't it?" » (A8) ; « Self-regulation : is a protective strength [comprising] Cognitive Regulation, Emotion Regulation, Behaviour Regulation... includes mindfulness, suppression, self-awareness » (A13) ; « Self-acceptance : positive attribute that demonstrated their willingness to tolerate self despite experiencing ADHD-related deficits » (A13)</i>
Sensibilité	<i>« Sensory processing sensitivity : a normally distributed personality trait reflecting greater sensitivity to negative and positive environments » (A10) ; « Appreciation of beauty and excellence (ABE) : describes a process of noticing talent or beauty in the environment and associated feelings of awe, wonder, elevation and admiration (Haidt and Keltner 2004) » (A13)</i>

Transcendance	« <i>Sublimation... protect against the effects of stress</i> » (A13) ; « <i>Spirit relates to a subjective experience that embraces higher aspects of self</i> » (A13).
----------------------	--

F. Tableaux de résultats

Les caractéristiques méthodologiques des études incluses sont présentées dans le Tableau F.1. Celui-ci regroupe, pour chaque article, le pays d'origine, l'objectif poursuivi, le design, ainsi que les outils utilisés pour mesurer ou collecter les forces.

Tableau F-1 : Caractéristiques des études sélectionnées

ID	Auteur(s) & année	Pays	Objectif(s)	Design	Type d'analyse	Outil(s) / instrument(s)
A1	Boot et al. (2020)	Pays-Bas	Expliquer les résultats contradictoires de la littérature concernant la créativité dans le TDAH.	Quantitatif (auto-rapport ; tests cognitifs)	Statistique (corrélations, ANOVAs)	Auto-rapport : CAQ ; K-DOCS Tests cognitifs : AUT ; PCT
A2	Champ et al. (2024)	Royaume-Uni	Déterminer pourquoi et comment les adultes TDAH expérimentent un fonctionnement variable, et identifier les processus et stratégies qu'ils utilisent pour développer des compétences d'autorégulation positive. (1) Explorer la créativité (mesurée par auto-rapport et tâches de pensée divergente) chez les présentations TDAH-I et TDAH-C chez l'adulte, comparées à des adultes sans TDAH. (2) Examiner si la créativité auto-rapportée et la pensée divergente sont liées aux symptômes TDAH et à l'inhibition exécutive, plus spécifiquement l'inhibition de la réponse.	Qualitatif (entretien semi-structuré)	Théorie ancrée constructiviste (codage en ligne par ligne, comparaison)	Entretien : Ad hoc Analyse : Logiciel NVivo
A3	Girard-Joyal et Gauthier (2022)	Canada	(1) Explorer la créativité (mesurée par auto-rapport et tâches de pensée divergente) chez les présentations TDAH-I et TDAH-C chez l'adulte, comparées à des adultes sans TDAH. (2) Examiner si la créativité auto-rapportée et la pensée divergente sont liées aux symptômes TDAH et à l'inhibition exécutive, plus spécifiquement l'inhibition de la réponse.	Quantitatif (auto-rapport ; tests cognitifs)	Statistiques (ANOVAs, corrélations de Pearson)	Auto-rapport : K-DOCS ; Tests cognitifs : TTCT ; WAIS-IV
A4	Grønneberg et al. (2024)	Norvège	Analyser les récits des aspects positifs de vivre avec un TDAH.	Qualitatif (entretien semi-structuré)	Analyse narrative (Labov) et de discours (Foucault)	Entretien : Ad hoc « How am i me ? »

						Statistique (Welch t-tests, Bayésienne, régressions)	Analyse : Logiciel NVivo 12
A5	Hargitai et al. (2025)	Royaume-Uni	Comparer les forces psychologiques auto-rapportées entre adultes avec et sans TDAH, et leur lien avec la qualité de vie, le bien-être et la santé mentale.	Quantitatif (auto-rapport)			Auto-rapport : 25 forces ad hoc ; SKS ; SUS ; WHOQOL-BREF ; SWLS ; PANAS
A6	Newark et al. (2016)	Suisse	Comparer estime de soi, auto-efficacité et ressources entre adultes TDAH et contrôles sains.	Quantitatif (auto-rapport)		Statistiques (ANOVAs, MANOVAs, corrélations)	Auto-rapport : RSES ; SWE ; RCL ; SCL-90-R
A7	Nordby et al. (2023)	Norvège	Identifier les aspects positifs du TDAH rapportés par les adultes diagnostiqués.	Qualitatif (analyse thématique)		Analyse thématique (hérmeuneutique phénoménologique)	Enquête : Ad hoc « What do you experience as positive aspects... ? » Analyse : Logiciel NVivo
A8	Redshaw et McCormack (2022)	Australie	Explorer l'expérience adulte d'« être » TDAH et les avantages/inconvénients perçus de ce fonctionnement.	Qualitatif (entretien semi-structuré)		Analyse phénoménologique interprétative (IPA)	Ad hoc
A9	Schippers et al. (2022)	Pays-Bas	Documenter les caractéristiques positives potentielles du TDAH pour compléter la description du phénotype.	Mixte (Auto-rapport; focus group)		Analyse thématique et statistiques exploratoires	Ad hoc (aspects +/-) Entretien : focus group ad hoc Analyse : Logiciel ATLAS.ti 9

A10	Schippers et al. (2024)	Royaume- Uni	Étudier quantitativement la relation entre forces auto-rapportées et traits TDAH en population générale.	Quantitatif (auto-rapport)	Statistiques (corrélations, factorielle, réseau)	Auto-rapport : TEQ ; CBSS ; AHQ ; MSHS ; HSP ; BFAS ; Grit Scale ; CEI ; IUS ; CFS
A11	Schippers et al. (2025)	Royaume- Uni	Explorer le lien entre sensibilité au traitement sensoriel (SPS) et traits/forces du TDAH.	Quantitatif (auto-rapport)	Statistiques (Kendall's tau, régressions logisitiques)	Auto-rapport : HSP Scale ; TEQ ; CBSS ; AHQ ; MSHS ; HSP ; BFAS ; CEI ; IUS ; CFS
A12	Schrevel et al. (2016)	Pays-Bas	Évaluer les perspectives, problèmes et besoins des adultes TDAH.	Qualitatif (focus group)	Analyse de contenu conventionnelle	Focus group : Ad hoc Analyse : Logiciel Atlas.ti
A13	Sedgwick et al. (2019)	Royaume- Uni	Décrire les aspects positifs du TDAH du point de vue d'adultes TDAH ayant réussi.	Qualitatif (entretiens semi- structuré)	Analyse thématique de contenu (TCA)	Entretien : Ad hoc (3 questions ouvertes sur avantages et réussites)
A14	Stolte et al. (2022)	Pays-Bas	Examiner le lien entre symptômes TDAH/TSA et pensée divergente/convergente en population générale adulte.	Quantitatif (auto-rapport ; test cognitif)	Statistiques (corrélations, modèles quadratiques)	Auto-rapport : CAQ Tests cognitifs : AUT ; RAT
A15	Holly A. White (2020)	USA	Étudier l'imagination structurée et la génération créative chez des étudiants TDAH.	Quantitatif (auto-rapport ; test cognitif)	Statistiques (t-tests, d de Cohen)	Tests cognitifs : Alien fruit creation task ; Product label invention task

A16	Wurth et al. (2025)	Norvège	Examiner le rapport au diagnostic (accord, masking, bénéfices/défis) chez de jeunes adultes TDAH et/ou TSA et son lien avec la qualité de vie.	Quantitatif (auto-rapport)	Statistiques (ANOVAs, corrélations, régressions	Auto-rapport : Ad hoc (vécu du diagnostic ; échelle de bénéfices perçus ; échelle de masking)
------------	------------------------	---------	--	--------------------------------------	--	---

AUT = Alternative Uses Task, *PCT* = Problem construction task, *CAQ* = Creative Achievement Questionnaire, *K-DOCS* = Kaufman Domains of Creativity Scale, *Ad hoc* = Formulaire crée spécifiquement pour l'étude, *TTCT* = Torrance Tests of creative Thinking, *SKS* = Strengths Knowledge Scale, *SUS* = Strengths Use Scale, *RCL* = Resources Checklist, *TEQ* = Toronto Empathy Questionnaire, *CBSS* = Revised Cheek and Buss Shyness Scale, *MSHS* = Multidimensional Sense of Humour Scale, *HSP* = Highly Sensitive Person Scale, *AHQ* = Adult Hyperfocus Questionnaire, *BFAS* = Big Five Aspect Scale, *CEI* = Curiosity and Exploration Inventory, *IUS* = Intolerance of Uncertainty Scale short form, *CFS* = Cognitive Flexibility Scale, *RAT* = Remote Associates Test, *WHOQOL-BREF* = World Health Organization Quality of Life – Brief version, *SWLS* = Satisfaction With Life Scale, *SCL-90R* = Symptoms Checklist-90- Revised, *RSES* = Rosenberg Self-Esteem Scale, *PANAS* = Positive & Negative Affect Schedule

Tableau F-2 : Conceptualisation et définitions

ID	Auteur(s) & année	Cadre	Définitions
A1	Boot et al. (2020)	Cognition créative & Motivation intrinsèque (I)	Creativity : « the ability to generate ideas that are both novel and useful » (Amabile, 1996, p. 1857) ; Divergent thinking : « the generation of multiple ideas in response to open-ended questions »
A2	Champ et al. (2024)	Théorie de l'autodétermination (SDT) (D) et Activation des ressources (I)	Resources : « individual characteristics which strongly engage a patient's motivation and are important for self-esteem, such as goals, values and possibilities » ; Creative awareness strategies : « open and receptive attention to the self and the environment »
A3	Girard-Joyal et Gauthier (2022)	Cadre des 4P (D) et Structur of Intellect (D)	Creativity : « the ability to generate ideas that are both novel and useful » (Amabile, 2018 ; Cohen, 2011) ; Divergent thinking : « the ability to generate many spontaneous and novel ideas » (Guilford, 1967)
A4	Grønneberg et al. (2024)	Analyse narrative et du discours (D)	Self-narrative : « personal stories that span in time and that depict one's identity and the causes behind a current condition » (Gergen, 2001, p. 49) ; Positive aspects : « some benefits, resources, skills, and strategies that can be used to mediate and/or compensate for ADHD-related deficits or impairments » (Lesch, 2018, p. 49)
A5	Hargitai et al. (2025)	Neurodiversité et Approche par les forces (D)	Neurodivergent strengths : « psychological qualities and skills that are thought to be heightened or more common in neurodivergent individuals » ; Strengths knowledge : « awareness and recognition of their strengths, [...] the things that [they] are able to do well or best » ; Strengths use : « the extent to which participants use their strengths [...] across different settings and situations »

A6	Newark et al. (2016)	Activation des ressources et Psychologie positive (I)	<i>Resources</i> : « "strengths" or "potentials" of either a person (internal resources) or the environment (external resources) » (Willutzki, 2008, p. 3)
A7	Nordby et al. (2023)	Phénoménologie herméneutique (D) et Neurodiversité (I)	<i>Neurodiversity movement</i> : « advocates that ADHD and similar conditions should be denoted as neurological differences rather than being conceptualised as deficits »
A8	Redshaw et McCormack (2022)	Phénoménologie interprétative (D) (IPA) et Neurodiversité (I)	<i>Neurodiversity</i> : « interprets differences as neural diversity rather than deficit » (Griffiths, 2017, p. 21)
A9	Schippers et al. (2022)	Neurodiversité (I) Recherche participative et identité divergente	<i>Neurodiversity</i> : « all forms of neurological diversity might be valuable, depending on the environment, and that this diversity may also have some selective and evolutionary advantages »
A10	Schippers et al. (2024)	Psychologie positive et neurodiversité (I)	<i>Strengths of ADHD</i> : « aspects that are not unique to people with ADHD but are present more often in people with ADHD than in people without ADHD »
A11	Schippers et al. (2025)	Susceptibilité différentielle et sensibilité sensorielle (I)	<i>Sensory processing sensitivity (SPS)</i> : « a personality trait that describes interindividual differences in sensitivity and responsivity to internal and external stimuli »
A12	Schrevel et al. (2016)	Psychologie sociale et soins centrés sur la personne (I)	Aucune définition de la notion de force ni d'objet substitut
A13	Sedgwick et al. (2019)	Phénoménologie (D) et Psychologie positive CSV (I)	<i>Positive aspects of ADHD</i> : « benefits, resources, skills or strategies that can be used to mediate and/or compensate for ADHD-related deficits or impairments »

A14	Stolte et al. (2022)	Modèles de pensée divergente vs convergente (I)	<i>Creativity</i> : « inventiveness and originality resulting in the generation of new ideas or novel connections between constructs that are useful within a certain social context » ; <i>Divergent thinking</i> : « associated with flexibility and diversification, resulting in the generation of a wide variety of answers for an open-ended question » ; <i>Convergent thinking</i> : « a focused and linear process of seeking one answer that is most fitting or most original »
A15	Holly A. White (2020)	Cognition créative (D)	<i>Conceptual expansion</i> : « a process of thinking outside traditional conceptual boundaries » ; <i>Structured imagination</i> : « the guiding influence of knowledge on creative generation » (Finke, Ward & Smith, 1992, p. 472)
A16	Wurth et al. (2025)	Neurodiversité (I)	Aucune définition de la notion de force ni d'objet substitut

Tableau F-3: Cartographie méthodologique : designs des études et instruments

Design	Modalités	Instruments/questionnaires
Mixte (1)	Auto-rapport (1)	Ad hoc (1)
	Focus group (1)	Ad hoc (1)
Qualitatif (6)	Enquête, question ouverte (1)	Ad hoc (1)
	Entretien semi-structuré (4)	Ad hoc (4)
	Focus group (1)	Ad hoc (1)
Quantitatif (9)	Auto-rapport (8)	CAQ (2) ; K-DOCS (2) ; Ad hoc (2) ; SKS ; SUS ; WHOQOL-BREF ; SWLS ; PANAS ; RSES ; SWE ; RCL ; SCL-90-R ; TEQ ; CBSS ; AHQ ; MSHS ; HSP ; BFAS ; Grit Scale ; CEI ; IUS ; CFS (21)
	Tests cognitifs (4)	AUT (2) ; PCT ; TTCT ; RAT ; Tests cognitifs : Alien fruit creation task ; Product label invention task ² (7)
Modalités : Auto-rapport (n=8), Enquête, question ouverte (n=1), Entretien semi-structuré (n=4) Focus group (n=2), Tests cognitifs = 4, Logiciels = 5 ; Nvivo (n=2), Nvivo12 (=1), ATLAS.ti.9 (n=1), Atlas.ti (n=1) Instruments/questionnaires : Ad hoc (n=10), Echelles standardisées (n=21), Tâches standardisées (n=7)		

² Le total des modalités (n=20) dépasse le nombre total de design, certaines recherches ayant combiné simultanément plusieurs modalités de mesure (auto-rapport x test cognitif)

Les caractéristiques des populations étudiées sont présentées dans le Tableau F-4. Celui-ci regroupe, pour chaque étude, le contexte de recrutement, la taille de l'échantillon, l'âge et le genre des participants, le mode de diagnostic, le sous-type de TDAH, ainsi que la présence éventuelle de comorbidités et d'une médication, et enfin le statut.

Tableau F-4 : Caractéristiques des populations

ID	Auteur(s) & année	Contexte de recrutement	Participants (N, âge, genre)	Diagnostic	Sous-type	Comorbidités	Statut	Médication
A1	Boot et al. (2020)	Clinique ; Universitaire	N : N1 = 107 (TDAH = 71 ; contrôle = 36) N2 = 91 (TDAH = 46 ; contrôle = 45) Age : N1 = 18-54 (M = 26,77) N2 = 18-36 (M = 22,93) Genre : N1 = 61% F (n = 65) N2 = 62% F (n = 56)	Officiel ADHD Rating Scale	NR	Inclus 26% dépression ; anxiété	Etudiants universitaires ; profils « haut fonctionnement » ; propension à l'auto- entrepreneuriat	N1 = 59% (42/71) N2 = 48% (22/46)
A2	Champ et al. (2024)	Clinique ; Communautaire ; Universitaire	N : 11 Age : 20-52 Genre : 5 H ; 6 F	Officiel	I = 7 C = 4	Exclus TSA ; Bipolarité ; Apprentissage ; Psychose ; Tourette ; Traumatisme	Mixte (étudiants et professionnels)	NR
A3	Girard-Joyal et Gauthier (2022)	Communautaire ; Universitaire	N : 83 (TDAH = 40 ; contrôle = 43) Age : 18-51 (M = 26,66) Genre : 20 H (TDAH = 7 ; contrôle = 13) ; 63 F (TDAH = 33 ; contrôle = 30)	Officiel CAARS	I = 21 C = 19	Inclus Dyslexie (n=4) ; troubles anxieux (n=3) Exclus (Autisme ; tourette ; troubles moteurs/langage)	Education : Niveau élevé ; 57% à 68% des TDAH possèdent au moins un Baccalauréat	NR

A4	Grønneberg et al. (2024)	Universitaire	N : 10 Age : 18-28 (M = 22) Genre : 5 H ; 5	Officiel	NR	Inclus	Tous ont fini le secondaire ou sont étudiants ; inclut employés de magasin et auto-entrepreneurs	50% quotidien (5/10) ; 30% occasionnel (3/10) ; 20% aucun (2/10)
A5	Hargitai et al. (2025)	Communautaire	N : 400 (TDAH = 200 ; controle = 200) Age : TDAH (M = 33,39) ; Controle (M = 34,96) Genre : TDAH = 85 H ; 115 F Controle = 87 H ; 113 F	Auto-rapporté ASRS	NR	Exclus Autisme	Education : niveau moyen de 5,2/8 ; groupes appariés sur le statut socio-économique	NR
A6	Newark et al. (2016)	Clinique	N : 86 (TDAH = 43 ; controle = 43) Age : TDAH (M = 34,3) ; Controle (M = 34,58) Genre : 25 H ; 18 F	Officiel DSM-IV TR	NR	Inclus Troubles de l'humeur (34.9%) ; abus/dépendance (20.95%) ; anxiété (20,9%)	Education : 46,5% niveau secondaire inférieur Emploi : 16,3% sans emploi ; 13,9 en pension d'invalidité	0%
A7	Nordby et al. (2023)	Communautaire	N : 50 Age : M = 34 Genre : 12% H (n = 6) ; 88% F (n = 44)	Auto-rapporté ASRS	NR	Exclus (dépression majeure ; suicidalité ; psychose ; trouble bipolaire et abuse de substance)	Education/emploi : 58,8% diplômés supérieur ; 72,5% emploi à temps plein ou étudiants	76% quotidien (38/50) ; 8% occasionnel (4/50) ; 16% aucun (8/50)
A8	Redshaw et McCormack (2022)	Communautaire ; Universitaire	N : 9 Age : 29-54 (M = 39) Genre : 4 H ; 5 F	Officiel	C = 9	Exclus	Emploi : 100% (7 salariés ; 2 auto-entrepreneurs)	88% (8/9)

A9	Schippers et al. (2022)	Communautaire	N : 206 Age : M = 46,61 Genre : 37,4% H (n = 77) ; 62,6% F (n = 129) Wave 1 = 694 (3% ADHD = 20) Wave 2 = 496 (2.9% = 15)	Auto-rapporté	NR	Inclus Dyslexie/dyscalculie (15.5%)	Emploi : 61,2% en emploi ; 13% chômage ou invalidité	32,5% présent ; 34% passé
A10	Schippers et al. (2024)	Communautaire	Age = : N1 = 18-60 (M=37.35) ; N2 = 18-60 (M=38.33) Wave 1 = H = 50% (347); F = 50% (347) Wave 2 = H = 50% (248); F = 50% (248) N : 496 ³ (TDAH = 15 ; contrôle =	ASRS	NR	NR	Population active	~3 %
A11	Schippers et al. (2025)	Communautaire	481) Age : 18-60 Genre : NR	Auto-rapporté ASRS	NR	NR	Population active	~3 %
A12	Schrevel et al. (2016)	Communautaire	N : 52 Age : 23-55 (M = 43) Genre : 46% H (n = 24) ; 54% F (n = 28)	Auto-rapporté	I = 14 C = 5 IP = 33	Inclus	Education/emploi : majorité avec éducation pro supérieure ; 19% sans emploi 100% en emploi ; profils qualifiés de « succès »	71% (37/52)
A13	Sedgwick et al. (2019)	Clinique	N : 6 Age : 30-65 Genre : 6 H ; 0 F	Officiel	NR	NR		100%

³ Analyse secondaire basée sur le sous-échantillon (Wave 2) de la cohorte de Schippers et al. (2024).

A14	Stolte et al. (2022)	Clinique ; Communautaire	N : 470 Age : H (M = 35,1) ; F (M = 37,9) Genre : 41% H (n = 193) ; 59% F (n = 277) N : 52 (TDAH = 26 ; controle = 26)	Officiel DIVA ADHD Self-report questionnaire	NR	Inclus	Adultes sains de la communauté et des patients diagnostiqués	NR
A15	Holly A. White (2020)	Universitaire	Age : TDAH (M = 20,4) ; Controle (M = 20,9) Genre : 26 H ; 26 F N : 1056 (TDAH = 803 ; TSA = 158 ; TDAH+TSA = 95)	Officiel CAARS-S-SV	NR	Exclus	100% étudiants de 1 ^{er} cycle universitaire	50% (13/26)
A16	Wurth et al. (2025)	Communautaire	Age : 18-35 (M = 28) Genre : 21% H (n = 222) ; 79% F (n = 834)	Auto-rapporté	NR	Inclus Anxiété (57%), dépression (59%), anxiété + dépression (46%), burnout (38%)	Emploi : 71%	79%

Tableau F-5 : Modalités et instruments de diagnostic

Type de diagnostic				
Officiel (n=9)		Auto-rapporté (n=7)		
56,25%		43,75%		
Modalités de vérification				
Validation institutionnelle (n=4) 25%	Entretien clinique (n=3) 18,75%	Echelle d'évaluation (n=3) 18,75%	Outil de screening (n=3) 18,75%	Affiliation associative (n=3) 18,75%
Recrutement via clinique ; dossiers scolaires ; critère d'éligibilité ; service tertiaire spécialisé	DSM-IV-TR ; DIVA .	ADHD Rating Scale ; CAARS ; CAARS-S- SV	ASRS	Adhésion "Impuls & Woortblind" ; Forum national et site associatif ; confirmation du diagnostic



Figure 6.4-1 : Distribution des études incluses selon le genre - Précision

G. Tableau récapitulatif des articles exclus et de la raison

Tableau G-1 : Tableau récapitulatif des articles exclus et raisons d'exclusions

Références	Raisons principales d'exclusion
Appelqvist-Schmidlechner, K., Lämsä, R., & Tuulio-Henriksson, A. (2020). Factors associated with positive mental health in young adults with a neurodevelopmental disorder. <i>Research in Developmental Disabilities</i> , 106, 103780. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103780	Wrong concept
Canela C, Buadze A, Dube A, Eich D, Liebrezn M (2017) Skills and compensation strategies in adult ADHD – A qualitative study. <i>PLoS ONE</i> 12(9): e0184964. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184964	Wrong concept
Champ, R. E., Adamou, M., & Tolchard, B. (2023). Seeking connection, autonomy, and emotional feedback: A self-determination theory of self-regulation in attention-deficit hyperactivity disorder. <i>Psychological Review</i> , 130(3), 569–603. https://doi.org/10.1037/rev0000398	Wrong study design
Champ, R. E., Meneses, R. W., Adamou, M., Gillibrand, W., Arrey, S., & Tolchard, B. (2025). A Neuroaffirmative, Self-Determination Theory–Based Psychosocial Intervention for Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Randomized Feasibility Study. <i>JMIR Formative Research</i> , 9, e69943. https://doi.org/10.2196/69943	Wrong concept
Dangmann, C. R., Skogli, G. K. W., Holthe, M. E. G., Steffenak, A. K. M., & Andersen, P. N. (2024). Life Gets Better: Important Resilience Factors When Growing Up With ADHD. <i>Journal of Attention Disorders</i> , 28(8), 1198-1209. https://doi.org/10.1177/10870547241246645	Wrong concept
Nancy Doyle, Neurodiversity at work: a biopsychosocial model and the impact on working adults, <i>British Medical Bulletin</i> , Volume 135, Issue 1, September 2020, Pages 108–125, https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa021	Wrong concept
Fabiano, G. A., Schatz, N. K., Hulme, K. F., Morris, K. L., Vujnovic, R. K., Willoughby, M. T., Hennessy, D., Lewis, K. E., Owens, J., & Pelham, W. E. (2018). Positive Bias in Teenage Drivers With ADHD Within a Simulated Driving Task. <i>Journal of Attention Disorders</i> , 22(12), 1150-1157. https://doi.org/10.1177/1087054715616186	Wrong concept
Fleischmann, A., & Miller, E. C. (2013). Online Narratives by Adults With ADHD Who Were Diagnosed in Adulthood. <i>Learning Disability Quarterly</i> , 36(1), 47-60. https://doi.org/10.1177/0731948712461448	Wrong population
Frazier, T. W., Demaree, H. A., & Youngstrom, E. A. (2004). Meta-Analysis of Intellectual and Neuropsychological Test Performance in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. <i>Neuropsychology</i> , 18(3), 543–555. https://doi.org/10.1037/0894-4105.18.3.543	Wrong concept

Greven, C. U., Buitelaar, J. K., & Salum, G. A. (2018). From positive psychology to psychopathology : The continuum of attention-deficit hyperactivity disorder. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines</i> , 59(3), 203-212. https://doi.org/10.1111/jcpp.12786	Wrong population
Lee, J. W., Seo, K., & Bahn, G. H. (2020). The Positive Aspects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Famous People. <i>Psychiatry Investigation</i> , 17(5), 424-431. https://doi.org/10.30773/pi.2020.0036	Wrong population
Liebel, G., Langlois, N., & Gama, K. (2023). Challenges, Strengths, and Strategies of Software Engineers with ADHD : A Case Study (Version 1). <i>arXiv</i> . https://doi.org/10.48550/ARXIV.2312.05029	Wrong population
Miklósi, M., Vajsz, K., Oláh, S., Nagy, V., & Szabó, B. (2024). An investigation of the Bernstein's strengths Scale : Factorial validity and network analysis of attention-deficit/hyperactivity symptoms, mental health, and the strengths of the healthy adult self. <i>BMC Psychiatry</i> , 24(1), 725. https://doi.org/10.1186/s12888-024-06156-6	Wrong concept
Molitor, S.J., Langberg, J.M., Evans, S.W. et al. Evaluating the Factor Validity of the Children's Organizational Skills Scale in Youth with ADHD. <i>School Mental Health</i> 9, 143–156 (2017). https://doi.org/10.1007/s12310-016-9205-0	Wrong population
Gonca Ozyurt, Yusuf Ozturk, Aynur Akay. Relation of emotion regulation and empathy skills with maternal emotion regulation and attachment in children diagnosed with ADHD. <i>Anadolu Psikiyatri Derg.</i> 2017, 18(6), 611–620. https://doi.org/10.5455/apd.247800	Wrong population
Prasad M.S, S., & Kumminimana, R. (2025). Attention-deficit/hyperactivity disorder: insights, advances and challenges in research and practice. <i>Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii</i> , 34(3), 196-206. https://doi.org/10.5114/ppn.2025.153717	Wrong concept
Rafael, R. B., Jia, H., Rouel, M., Wootton, B. M., & Mitchison, D. (2026). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)-Related Strengths in Adults : A Scoping Review. <i>Journal of Attention Disorders</i> , 10870547261425737. https://doi.org/10.1177/10870547261425737	Wrong study design
Ruse, J.N., Rhodes, P. Adult ADHD in Cultural Ecosocial Niches: Exploring the Rise of Adult ADHD in Context. <i>Cult Med Psychiatry</i> 50, 3 (2026). https://doi.org/10.1007/s11013-025-09958-9	Wrong concept
Shahar, N., Katabi, G., & Lab, S. (2024). Positive attitudes towards attention-deficit/hyperactivity disorder among diagnosed individuals : Divergent influences across symptom dimensions. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/7SD8X	Inaccessible

Varrasi, S., Boccaccio, F. M., Guerrera, C. S., Platania, G. A., Pirrone, C., & Castellano, S. (2022). Schooling and Occupational Outcomes in Adults with ADHD : Predictors of Success and Support Strategies for Effective Learning. <i>Education Sciences</i> , 13(1), 37. https://doi.org/10.3390/educsci13010037	Wrong concept
Wallace, G.L., Kenworthy, L., Pugliese, C.E. <i>et al.</i> Real-World Executive Functions in Adults with Autism Spectrum Disorder: Profiles of Impairment and Associations with Adaptive Functioning and Co-morbid Anxiety and Depression. <i>J Autism Dev Disord</i> 46, 1071–1083 (2016). https://doi.org/10.1007/s10803-015-2655-7	Wrong concept
Ward, A.R., Pratt, M., Lane, D.M. <i>et al.</i> Adaptive Behavior Function in Autism: Association with ADHD and ASD Symptoms. <i>J Dev Phys Disabil</i> 34, 919–935 (2022). https://doi.org/10.1007/s10882-021-09831-8	Wrong concept
Weiss MD, Gadow K, Wasdell MB. Effectiveness outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>J Clin Psychiatry</i> . 2006;67 Suppl 8:38-45. PMID: 16961429.	Wrong concept
Weyandt, L., DuPaul, G.J., Verdi, G. <i>et al.</i> The Performance of College Students with and without ADHD: Neuropsychological, Academic, and Psychosocial Functioning. <i>J Psychopathol Behav Assess</i> 35, 421–435 (2013). https://doi.org/10.1007/s10862-013-9351-8	Wrong population
Willis, D., Sicheloff, E.R., Morse, M. <i>et al.</i> Stand-Alone Social Skills Training for Youth with ADHD: A Systematic Review. <i>Clin Child Fam Psychol Rev</i> 22, 348–366 (2019). https://doi.org/10.1007/s10567-019-00291-3	Wrong concept
Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. <i>Personality and Individual Differences</i> , 38(4), 809-816. https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.06.005	Wrong concept

12 Résumé

Contexte : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) persiste à l'âge adulte chez 40 à 60 % des personnes diagnostiquées durant l'enfance. La recherche s'est cependant historiquement structurée autour d'un modèle déficitaire, centré sur la psychopathologie, laissant les forces et ressources positives associées au trouble largement absentes de la littérature. Ce n'est que récemment, sous l'impulsion du mouvement de la neurodiversité et de la psychologie positive, qu'un pan de recherche s'est constitué autour de cette question, sans toutefois disposer à ce jour d'une terminologie stabilisée ni d'outils de mesure dédiés.

Objectif : Ce mémoire propose un état des lieux de la littérature scientifique consacrée aux forces associées au TDAH à l'âge adulte, en examinant les termes employés pour les désigner, les forces identifiées, la manière dont elles sont conceptualisées, ainsi que les approches méthodologiques, les modalités de mesure, les contextes et les populations concernées.

Méthode : Une revue de type scoping review a été conduite conformément aux recommandations du Joanna Briggs Institute et aux lignes directrices PRISMA-ScR. Trois bases de données (PsycINFO, PubMed/MEDLINE, Scopus) ont été interrogées le 7 avril 2026 à partir d'une équation croisant les dimensions Population, Concept et Contexte (PCC). Les études incluses portaient sur des adultes (≥ 18 ans) présentant un TDAH établi, publiées en anglais ou en français dans des revues à comité de lecture.

Résultats : Sur 1948 références identifiées, 16 études ont été retenues. Les forces recensées se répartissent en cinq registres sémantiques et quinze forces spécifiques, regroupées en cinq catégories (cognitives, socio-affectives, motivationnelles, adaptatives, intrapersonnelles), la créativité étant la plus documentée (81,25 % des études). Le champ repose majoritairement sur des cadres empruntés à la neurodiversité, à la psychologie positive et aux modèles de cognition créative, mobilise principalement l'auto-évaluation en l'absence d'instrument validé spécifique, et documente des échantillons plutôt jeunes, occidentaux et majoritairement féminins, recrutés en dehors du soin.

Conclusion : Ce champ de recherche récent et actif ne dispose encore ni de terminologie stabilisée, ni de définition partagée, ni d'outil de mesure construit pour l'objet de ce mémoire. Ce mémoire en propose une cartographie conceptuelle et méthodologique, complémentaire à la

scoping review de Rafael et al. (2026) parue en parallèle, et dégage des perspectives pour la recherche future.