

N°H75

# Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) : prise en charge diététique

Version : mars 2026

- Surpoids et obésité sont fréquents chez les personnes avec un TDAH <sup>1</sup> ; la dimension diététique est un levier majeur de prise en charge globale.
- L'évaluation doit intégrer les troubles associés, les traitements et les difficultés d'organisation du quotidien pour comprendre les comportements alimentaires observés.

## 1 Impacts du TDAH sur l'alimentation

### Alimentation impulsive, compulsive et émotionnelle

- Concerne la quantité et la qualité des ingesta <sup>2</sup>
- Recherche de satisfaction immédiate (qui peut passer par l'alimentation) puis culpabilité face au comportement adopté → Difficulté à se focaliser sur les bénéfices à long terme d'un changement des conduites alimentaires
- Comportement exacerbé par une faible estime de soi et des symptômes anxieux ou dépressifs associés (phénomène de compensation mettant en jeu le système de récompense)
- Parfois authentique trouble des conduites alimentaires (DSM 5) à type d'anorexie ou plus souvent de boulimie, d'accès hyperphagiques, pouvant entraîner surpoids ou obésité <sup>3</sup>

### Comportements addictifs

- Alcool, tabac ou diverses drogues, mais existent aussi vis-à-vis de certains aliments

### Troubles du sommeil

Fréquents, complexes, polymorphes, ils peuvent induire <sup>4</sup> :

- Sensation de faim et augmentation des ingesta
- Attirance plus marquée pour les aliments riches en glucides
- Moindre utilisation des lipides pendant la période de restriction de sommeil
- Diminution de l'activité physique

Voir [recommandation de bonne pratique HAS sur le TDAH](#)

## Effets secondaires des traitements médicamenteux éventuels

- **Traitement psychostimulant : Méthylphénidate (MPH), Lisdexamphétamine** (voir fiche [HandiConnect.fr H70 | TDAH : points de vigilance clinique](#))
    - Perte d'appétit très souvent observée, avec perte de poids, surtout sur les premiers temps du traitement, mais parfois durable
    - Apparition ou aggravation de troubles du sommeil, parfois de stress, de diarrhées ou de constipation pouvant avoir un impact sur les prises alimentaires
  - **Antiépileptiques**
    - Prise de poids favorisée par certaines molécules
    - Diminution de l'absorption de certaines vitamines avec certaines molécules
    - Retentissement éventuel de variations rapides du poids sur l'équilibre de l'épilepsie
    - Cas particulier d'une épilepsie nécessitant un régime cétogène
  - **Neuroleptiques**
    - En cas de prescription pour des troubles associés <sup>5</sup>, ils peuvent entraîner :
      - prise de poids rapide (diminution de la satiété)
      - dyslipidémie et résistance à l'insuline
    - Interventions précoces non médicamenteuses recommandées : diététique, thérapie cognitive comportementale et émotionnelle (TCCE), activité physique...
- Voir fiche [HandiConnect.fr H22 | Handicap psychique et syndrome métabolique](#)

## Difficultés organisationnelles

- Directement en lien avec les troubles des fonctions exécutives
  - Les importantes difficultés de planification des repas, gestion des courses, puis d'initiation et de procrastination ne permettront peut-être pas le maintien des stratégies mises en place sur le long terme.
- > peuvent induire une consommation d'aliments faciles d'accès, énergétiquement denses et de moins bonne qualité nutritionnelle.



### Les clefs pour une première consultation

Consulter la fiche [HandiConnect.fr H70 | TDAH : points de vigilance clinique](#)

## 2

## Leviers d'action sur le plan diététique

A actionner en concertation avec la personne et/ou les aidants, nombre d'objectifs réaliste d'une séance à l'autre (par exemple 1 à 3)

### Equilibrer l'assiette

- De manière générale, veiller à un bon équilibre alimentaire (macro et micronutriments, notamment vitamine D, fer, zinc, oméga 3, lipides polyinsaturés, peu de sucres rapides <sup>6</sup>)



**Pas d'exclusion ou de supplémentation systématique ! Voir avec le médecin si un bilan sanguin est nécessaire**

## Favoriser un bon sommeil

Pour les **repas du soir** :

- Horaires adaptés et réguliers (manger minimum 2h avant le coucher)
- Pas trop gras ou protéiné.
- Choix de glucides à faible indice glycémique
- Eviter l'alcool, la caféine ou tout autre boisson énergisante

## Prendre en charge le surpoids ou l'obésité

Dans le cadre des recommandations en vigueur

## En cas de baisse d'appétit liée au méthylphénidate (MPH)

- Favoriser les ingesta lorsque la personne ressent la faim
- Au moment du repas, servir les aliments les plus riches en premier
- Servir de petites portions
- Prévoir des collations de bonne qualité nutritionnelle rapidement disponibles. Sous MPH, la personne peut avoir faim à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit.

## Prendre en charge les troubles du comportement alimentaire (TCA) si avérés



**Psychoéducation et, dans certains cas, thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles (TCCE)**

peuvent aussi appuyer l'accompagnement diététique

## Faciliter la conception et la réalisation des repas

- Aide à la planification de repas équilibrés (courses, menus, processus de réalisation) et à l'installation de routines : s'appuyer sur des [outils en ligne](#)

**Aider par exemple à :**

- Fragmenter les tâches longues en étapes courtes, **claires, affirmatives et visuelles**

**Mettre en évidence les informations importantes sur les supports**

- Mettre en place un système de récompense/encouragement immédiat : jetons, tableau visuel,...
- Utiliser un minuteur
- Avoir un cahier de recettes ou une application pour faciliter le choix de la recette
- Ajouter des défis (de temps, de façon de faire ou de créativité...)
- Faire en sorte que ces moments soient agréables (socialement notamment)

Récompenser l'effort comportemental (travail, attention, respect des consignes, calme, etc.) et non seulement le résultat

En cas d'association à des troubles psychiques ou à un trouble du spectre autistique : se référer aux recommandations spécifiques sur le plan diététique



## Mémo Consultation – TDAH et alimentation

**\*\* 9 points clés pour les professionnels de santé \*\***

- 1. Rechercher systématiquement** : troubles du sommeil, TCA, traitement médicamenteux, addictions, difficultés d'organisation.
- 2. Évaluer l'impact du TDAH** : alimentation impulsive/émotionnelle, surpoids, carences nutritionnelles (D, fer, zinc, oméga 3).
- 3. Adapter au traitement** : collations denses si MPH avec baisse d'appétit ; surveillance poids si antiépileptique/neuroleptique.
- 4. Équilibrer l'assiette** : couvrir les micronutriments clés, sans exclusion systématique ; hygiène générale > restriction.
- 5. Organiser les repas** : planification, listes de courses, outils visuels, options rapides mais qualitatives.
- 6. Favoriser le sommeil** : repas réguliers, légers le soir, aliments IG bas ; pas d'alcool/caféine le soir.
- 7. TCA avérés** : psychoéducation + TCC/TCCE en articulation avec équipe diététique ; ne pas isoler l'aspect alimentaire.
- 8. Objectif réaliste** : s'entendre sur 1-2 changements concrets avec la personne/famille
- 9. Coordonner** : avec spécialistes TSA, épilepsie, troubles anxieux/humeur pour vision globale.



## Pour en savoir plus

### Références

- 1.** ↑ Cortese, S., Moreira-Maia, C. R., St Fleur, D., Morcillo-Peñalver, C., Rohde, L. A., & Faraone, S. V. (2016). [Association Between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis](#). The American journal of psychiatry, 173(1), 34-43.
- 2.** ↑ Ben Amor, J. Lachal, [Rôle de l'impulsivité dans la relation entre surpoids et TDAH chez l'enfant : étude exploratoire des caractéristiques cliniques, neuropsychologiques et neurobiochimiques](#), L'Encéphale, Volume 45, Issue 6, 2019, Pages 494-500, ISSN 0013-7006,
- 3.** ↑ El Archi, S.; Cortese, S.; Ballon, N.; Réveillère, C.; De Luca, A.; Barrault, S.; Brunault, P. Negative Affectivity and Emotion [Dysregulation as Mediators between ADHD and Disordered Eating: A Systematic Review](#). Nutrients 2020, 12, 3292.

4. ↑ Haba-Rubio, J., [Sommeil et alimentation, alimentation et sommeil](#), Rev Med Suisse, (2020) 16, no. 679, 191–192.
5. ↑ Ponnou, H. Haliday, B. Thomé, F. Gonon, [La prescription de méthylphénidate chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2019](#), Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 70, Issue 3, 2022, Pages 122-131, ISSN 0222-9617
6. ↑ Pinto, S., Correia-de-Sá, T., Sampaio-Maia, B., Vasconcelos, C., Moreira, P., & Ferreira-Gomes, J. (2022). [Eating Patterns and Dietary Interventions in ADHD: A Narrative Review](#). Nutrients, 14(20), 4332

## Documentation

- HAS. [Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte](#), novembre 2024
- HAS. [Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent\(e\)](#), avril 2023
- ↑ HAS. [Trouble du neurodéveloppement/TDAH : diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents](#). Recommandation de bonne pratique, juillet 2024

## Outils

- ↑ Fiche HandiConnect.fr [H70 | TDAH : points de vigilance clinique](#)
- ↑ Fiche HandiConnect.fr [H15 | Troubles du spectre de l'autisme : la prise en charge diététique](#)
- ↑ Fiche HandiConnect.fr [H22 | Handicap psychique et syndrome métabolique](#)

## Pour les patients : sites, associations et outils

- [HyperSupers TDAH France](#)
- [TDAH-âge adulte](#)
- Pair aidance
  - [Forums et groupes de discussion HyperSupers TDAH France](#)
  - [Groupe de soutien entre pairs adultes HyperSupers TDAH France](#)
- ↑ Outils d'aides à la réalisation des repas : [Goblin Tools](#), [La fabrique à menus-manger-bouger](#), [Frigo Magic](#)

## Contributeurs

Cette fiche a été co-construite à l'initiative de la Fondation OVE dans le cadre de son projet Hand'Alim et validée par le groupe de travail HandiConnect.fr « [TDAH : prise en charge diététique](#) » dont les membres sont :

Amélie Belguise (neuropsychologue), Anissa Bilal (neuropsychologue, directrice de territoire Normandie), Maryline Chenavier (chargée de mission pôle ressource TND), Anne Cormoreche Monge (médecin coordonnateur), Lauriane Darribet (infirmière), Marie Dekerle (neuropsychologue), Jérémie Pelet (diététicien, chargé de développement), Sarah Saïd (chargée de mission pôle ressource TND), Fondation OVE.

Christine Getin (directrice HyperSupers-TDAH France), Lucile Hertzog (cheffe de projet TDAH et formation, iMIND, centre d'excellence des troubles du neurodéveloppement, Lyon), Jonathan Moussa (médecin généraliste, membre de la Société Française du TDAH).

## Mentions légales

Sa réalisation et sa mise en ligne en accès libre ont été rendues possibles grâce au soutien financier de [nos partenaires institutionnels](#).

HandiConnect.fr est un projet porté par l'association Coactis Santé et ses partenaires. Tous droits de reproduction, de représentation et de modification réservés sur tout support dans le monde entier. Toute utilisation à des fins autres qu'éducative et informative et toute exploitation commerciale sont interdites. ©Coactis Santé

Première publication : mars 2026

**D'autres fiches ou ressources sont disponibles sur le site**  
[handiconnect.fr](http://handiconnect.fr) – [contact@handiconnect.fr](mailto:contact@handiconnect.fr)