

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 163

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention D.E.S. de Médecine du Travail

PAR

GOLTZENE Marc-André Jean
Né le 14 novembre 1991 à Ingwiller

**Evaluation des difficultés professionnelles
des patients adultes ayant un trouble déficit de
l'attention avec ou sans hyperactivité**

Président de thèse : Professeur GONZALEZ Maria

Directeur de thèse : Docteur WEIBEL Sébastien

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 163

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention D.E.S. de Médecine du Travail

PAR

GOLTZENE Marc-André Jean
Né le 14 novembre 1991 à Ingwiller

**Evaluation des difficultés professionnelles
des patients adultes ayant un trouble déficit de
l'attention avec ou sans hyperactivité**

Président de thèse : Professeur GONZALEZ Maria
Directeur de thèse : Docteur WEIBEL Sébastien



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition JUIN 2020
Année universitaire 2019-2020

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CE TD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Selamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéocarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0048	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0185	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0198	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac. de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0412 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERAILINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DÉPIENNE-Christel M0400 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale - Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Haute pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Niels		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : *Hôpital de HautePierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À mon maître et Président de Thèse, Madame le Professeur Maria Gonzalez, pour votre enseignement, votre confiance lors de la participation à divers projets qui ont contribué à mon épanouissement durant l'internat et pour la suite qui s'écrira dans votre service.

À mon maître et juge, Monsieur le Professeur Fabrice Berna, pour votre enseignement, votre accessibilité et nos échanges tout au long de mon internat.

À mon maître et juge, Monsieur le Professeur Gilles Bertschy, pour votre enseignement et votre accueil bienveillant au tout début de mon internat.

À mon maître et juge, Monsieur le Professeur Nicolas Meyer, pour m'avoir appris à être rigoureux avec les chiffres et avoir affuté mon esprit critique.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Sébastien Weibel, pour ton encadrement tout au long de cette thèse, pour ta disponibilité, ta réactivité. Ce sera un plaisir de donner suite ensemble à ce projet.

À Madame le Docteur Stéphanie Kleinlogel, pour ton soutien, tes conseils, tes encouragements et ta confiance qui dépassent largement le cadre professionnel.

À Mesdames les Docteurs Myriam Claude, Michèle Weber, Laurence Kling, Mariam Roman, Negar Sedghi, Nathalie Nourry, de m'avoir fait découvrir, apprendre et apprécier notre spécialité.

À Madame le Docteur Charlotte Kraemer, pour ton aide précieuse à la réalisation de ce projet.

Aux équipes hospitalières de l'hôpital de jour de psychiatrie, de pathologie professionnelle, de l'unité du sommeil, du groupe de méthodologie en recherche clinique et aux équipes des services de santé au travail d'Orange, du personnel hospitalier des HUS et de l'avenue du Rhin de l'AST67, travailler avec vous a été une expérience agréable et enrichissante.

À mes co-internes, pour avoir rendu nos stages chaleureux et nos journées d'enseignement conviviales.

À mes amis de longue date David, Jean-Christophe et Romain, à Cyril, Éric, Malik, Thibault et Thibaut, à Sophie, pour tous nos moments partagés et pour votre soutien tout au long de mes études.

À ma famille, de m'avoir toujours entouré de votre amour et de votre bienveillance.

À ma Oma, pour ta tendresse et ton éducation, pour m'avoir inculqué le sens de la famille et la valeur du travail.

À ma tante, d'être présente dans les moments de joie comme de peine, pour tout ce que tu m'as appris et pour notre complicité.

À ma mère, de m'avoir guidé, soutenu et accompagné dans la vie et de m'avoir donné la possibilité d'être celui que je suis aujourd'hui.

À Pauline, de rendre mon quotidien extraordinaire.

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	22
1.1	Etiologie du TDAH	22
1.1.1	Facteurs génétiques	23
1.1.2	Facteurs environnementaux	23
1.2	Epidémiologie	24
1.3	La symptomatologie du TDAH chez l'adulte	25
1.3.1	La triade cardinale	25
1.3.1.1	Inattention	25
1.3.1.2	Hyperactivité	26
1.3.1.3	Impulsivité	27
1.3.1.4	Sensibilité de la triade symptomatologique chez l'adulte	28
1.3.2	Les symptômes associés	29
1.3.2.1	Troubles du sommeil	29
1.3.2.2	Dérégulation émotionnelle	30
1.3.2.3	Vagabondage mental excessif	31
1.3.2.4	Altération de la perception du temps	31
1.3.2.5	Difficultés liées aux fonctions exécutives	32
1.4	Impacts sur le travail	34
1.4.1	Absentéisme et baisse de productivité	35

1.4.2	Accidentologie professionnelle et routière	36
1.4.2.1	Accidentologie générale	36
1.4.2.2	Accidentologie professionnelle	37
1.4.2.3	Accidentologie routière	38
1.4.3	Difficultés sur le parcours professionnel	39
1.4.3.1	La recherche de travail	39
1.4.3.2	L'entretien d'embauche	40
1.4.3.3	Les difficultés en poste	40
1.4.3.4	Des suggestions d'aménagements de poste	41
1.5	Hypothèses et objectifs	42
1.5.1	Hypothèses	42
1.5.2	Objectifs	43
1.5.3	Résultats attendus et bénéfices escomptés	43
2	Méthodologie	45
2.1	Sélection des sujets	45
2.1.1	Recrutement des patients	45
2.1.2	Critères d'inclusion	45
2.1.3	Critères d'exclusion	46
2.1.4	Nombre de sujets nécessaires	47
2.2	Plan de l'intervention	47

2.2.1	Calendrier de l'étude	47
2.2.2	Entretien initial	47
2.2.3	Entretien à un an	49
2.3	Méthodes d'évaluations	49
2.3.1	Critère de jugement principal	49
2.3.2	Critères de jugement secondaires	50
2.4	Analyses statistiques	50
2.4.1	Analyses descriptives	50
2.4.2	Analyses inférentielles	51
2.4.3	Analyses effectuées dans le cadre de ce travail	52
2.5	Accord du Comité de Protection des Personnes	52
3	Résultats	53
3.1	Descriptif de la population d'étude	53
3.1.1	Caractéristiques démographiques	53
3.1.2	Caractéristiques professionnelles	53
3.1.3	Caractéristiques de la prise en charge du TDAH	54
3.2	Descriptif des critères d'évaluation	56
3.2.1	Evaluation des difficultés professionnelles : Work Limitations Questionnaire	56
3.2.2	Inventaire de Burn-Out de Maslach	57
3.2.3	Evaluation de la symptomatologie dépressive : QIDS-SR16	57

3.3	Analyses inférentielles	58
3.3.1	Comparaisons selon les catégories socio-professionnelles	58
3.3.2	Corrélations des difficultés professionnelles	58
3.3.2.1	Avec la symptomatologie du TDAH	58
3.3.2.2	Avec l'inventaire de burnout de Maslach	60
3.3.2.3	Avec la symptomatologie dépressive	61
3.3.3	Corrélation entre le MBI et la symptomatologie du TDAH	62
3.3.4	Corrélation entre la symptomatologie du TDAH et la symptomatologie dépressive	63
3.4	Analyse des entretiens semi-structurés	63
3.4.1	Trame de lecture	63
3.4.2	Résultats de l'analyse des verbatims concernant les difficultés	64
3.4.2.1	Expression symptomatologique d'un trouble	64
3.4.2.2	Difficultés	65
3.4.2.3	Facteurs de majoration	66
3.4.3	Analyse des verbatims concernant les méthodes de compensation	67
3.4.3.1	Adaptations mises en place par les sujets	67
3.4.3.2	Éléments d'amélioration suggérés par les sujets	69
4	Discussion	72
4.1	Synthèse des résultats	72

4.1.1	Caractéristiques des sujets	72
4.1.2	Résultats principaux et implications majeures	73
4.2	Forces et limites du travail	77
4.2.1	Revue de la littérature	77
4.2.2	Méthodologie de l'étude	78
4.2.3	Résultats préliminaires	79
4.3	Changements observés ou à proposer	80
4.3.1	Suivi psychiatrique	80
4.4	Implications pour la médecine du travail	81
4.4.1	Formation des médecins du travail	81
4.4.2	Accompagnement des salariés	82
	Conclusion	84
	Annexe A : Critères diagnostiques du TDAH selon le DSM 5	89
	Annexe B : Protocole de l'étude	94
	Annexe C : Questionnaire d'étude	115
	Annexe D : Notice d'information et de non opposition	125
	Annexe E : Avis du comité de protection des personnes	128
	Bibliographie	130

1 Introduction

La description historique du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est attribuée à Alexander Crichton, en 1798, qui décrit alors une « incapacité à porter attention avec un degré de constance suffisante à un objet donné [1] ». La terminologie utilisée actuellement émerge durant les années 1970. Bien que la définition historique du TDAH soit vieille de plus de deux siècles, la connaissance qui y est relative reste aujourd'hui imparfaite. Peu connu, notamment des médecins traitants et des médecins du travail, il n'est pas diagnostiqué durant l'enfance dans près de 80 % des cas et reste largement sous-diagnostiqué à l'âge adulte.

Ce présent travail reviendra tout d'abord sur les spécificités de ce trouble à l'âge adulte, présentera les connaissances actuelles de l'impact du TDAH sur la vie professionnelle puis décrira notre étude portant sur les difficultés professionnelles rencontrées par les sujets adultes atteints de TDAH ainsi que les résultats préliminaires.

1.1 Etiologie du TDAH

Le TDAH est considéré aujourd'hui comme un trouble neuro-développemental dont la physiopathologie reste encore imparfaitement connue. Des avancées scientifiques réalisées ces dernières années permettent d'avancer des pistes, avec des éléments génétiques d'une part et environnementaux d'une autre.

1.1.1 Facteurs génétiques

Le TDAH est caractérisé par une forte héritabilité, estimée entre 70 et 80 % des cas [2]. Des études génomiques ont permis d'identifier 12 loci associés à une augmentation du risque de TDAH, mais ces associations ne rendent toutefois compte que de 22 % des formes héréditaires [3]. Des hypothèses complémentaires sont avancées pour expliquer les 50 % restants de formes héréditaires et font appel à des mécanismes de type épigénétique, interaction gène-gène ou interaction gène-environnement.

1.1.2 Facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux associés à une augmentation de l'incidence du TDAH sont essentiellement périnataux. Le principal facteur ainsi incriminé est l'exposition prénatale au tabac [4], multipliant par 2 le risque de développer un TDAH. Les autres facteurs de risque retrouvés sont l'exposition prénatale à l'alcool et d'autres substances psychoactives, la prématurité, le poids de naissance bas. Pour ce qui est des produits chimiques, une augmentation du risque est retrouvée pour une exposition prénatale au plomb, à l'hexachlorobenzène (substance fongicide interdite en France depuis 1988, pouvant être retrouvée comme résidu de synthèse de solvants chlorés) ou aux polychlorobiphényles (interdits en France depuis 1987 ayant été utilisés comme lubrifiant pour turbines ou pompes, comme isolant dans les infrastructures électriques mais retrouvé aussi dans des adhésifs, des peintures, des huiles) [5].

1.2 Epidémiologie

Principalement connue pour être une pathologie de l'enfant, le TDAH a été très étudié en population pédiatrique. Une méta-analyse datant de 2015 et s'intéressant à la prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents retrouve une prévalence à 3,4 % dans cette population (Intervalle de confiance à 95 % (IC95%) : [2,6 ; 4,5]) [6].

Plusieurs études se sont intéressées à l'évolution du TDAH et de sa symptomatologie au cours de la vie. Ces études prospectives convergent pour mettre en évidence une diminution des symptômes du TDAH avec l'âge. Une méta-analyse de 2005 retrouve ainsi une persistance du TDAH à l'âge adulte de 15 % pour les formes complètes. Toutefois, les critères diagnostiques du DSM ont été formulés pour le diagnostic du TDAH chez l'enfant, et tous ne semblent pas transposables chez l'adulte. Ainsi, lorsque les auteurs s'intéressent au taux de persistance d'une forme partielle à l'âge adulte, ils retrouvent un taux de 65 % [7].

Une méta-analyse ne portant que sur la prévalence du TDAH chez l'adulte réalisée en 2009 et incluant 6 études retrouve une prévalence de 2,5% (IC95% : [2,1 ; 3,1]). Il est à noter que la majorité des études incluses dans cette analyse s'appuyaient sur les critères diagnostiques du DSM-IV, mais toutes en discutent la validité à l'âge adulte [8]. Ces chiffres sont confirmés par une étude menée par l'organisation mondiale de la santé dans 20 pays et publiée en 2016, où la prévalence moyenne du TDAH est estimée à 2,8 %, avec des disparités en fonction du niveau économique des pays (allant de 1,4 % dans les pays en développement à 3,6 % dans les pays développés) [9].

1.3 La symptomatologie du TDAH chez l'adulte

La triade de symptômes cardinaux classiquement décrite dans le TDAH associe inattention, hyperactivité et impulsivité. Ces symptômes peuvent être plus ou moins importants en fonction du sujet. Selon la symptomatologie au premier plan, trois sous-types cliniques de la pathologie sont décrits : le type inattention prédominante, le type hyperactivité-impulsivité prédominante ou le type mixte. D'autres symptômes sont fréquemment associés à cette triade, comme par exemple une tendance à la procrastination, un faible niveau motivationnel, des troubles du sommeil ou encore des difficultés à la régulation émotionnelle.

1.3.1 La triade cardinale

Largement décrite en population pédiatrique, les trois symptômes cardinaux sont modifiés au cours de la vie. De façon générale, la symptomatologie tend à décroître avec l'avancée en âge [10]. Plus spécifiquement, les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité tendent à diminuer de façon plus importante que les symptômes d'inattention [11,12], l'inattention restant un problème de premier plan chez plus de 90 % des patients adultes [13].

1.3.1.1 Inattention

Le modèle proposé par Van Zomeren et Brouwer en 1994 distingue deux dimensions touchant à l'attention : l'intensité et la sélectivité. L'intensité comprend l'alerte phasique qui correspond à la mobilisation de l'attention en réponse à un stimulus et l'attention soutenue qui concerne la capacité à maintenir son attention dans le temps pour le traitement d'une tâche

donnée. La sélectivité comprend quant à elle l'attention focalisée permettant de se concentrer sur un stimulus donné et d'écarter les stimuli indésirables et l'attention divisée permettant le traitement de plusieurs tâches de façon simultanée [14].

Du fait des contraintes professionnelles et personnelles croissantes inhérentes à la vie adulte, le déficit attentionnel peut se révéler de diverses façons. La gestion des projets étudiants ou professionnels peut ainsi être délicate. De façon caricaturale, la structuration des projets est perturbée avec de fréquents abandons ou mises en attentes. Le temps nécessaire à la réalisation d'un projet est extensif, la productivité est diminuée et la qualité du résultat final est moindre. La gestion de l'ensemble de l'information à disposition est délicate, et se traduit par des erreurs, des oublis. La maîtrise de l'emploi du temps est problématique, avec des retards ou des oublis de rendez-vous, des difficultés à la planification avec accumulation de projets et sensation d'être débordé par son travail. Sans avoir forcément une conscience accrue de ces problèmes, les efforts de compensation mis en œuvre sont éreintants et peuvent mener à un sentiment d'épuisement professionnel.

1.3.1.2 Hyperactivité

L'hyperactivité telle que décrite chez l'enfant est une activité excessive, désordonnée, mal contrôlée, peu productive ni efficace, se manifestant par une instabilité motrice [15]. À l'âge adulte, du fait de la maturation cérébrale et de l'intégration des normes sociétales, l'hyperactivité motrice s'exprime de façon plus discrète. À cette symptomatologie motrice et en association au déficit attentionnel s'associe souvent une tachypsychie, qui se caractérise

par une sensation d'agitation mentale, avec une quantité trop importante de pensées arrivant à la conscience et une difficulté à les filtrer.

Cette hyperactivité peut donc se manifester par une impossibilité à maintenir une posture calme, une tendance à gesticuler, à changer fréquemment de position. A minima, elle se traduit par une sensation de tension interne aggravée lorsque celle-ci ne peut s'extérioriser comme ce peut être le cas lors de réunions. La tachypsychie multiplie quant à elle les stimuli mentaux et, associée à des difficultés attentionnelles, rend plus difficile encore la gestion du flux de pensée. Les sujets sont décrits comme nerveux, impatients. Cette agitation motrice ou cette sensation de nervosité sont mal conciliables avec des contraintes professionnelles nécessitant une bonne maîtrise de son activité motrice dans la plupart des situations de travail. L'apparence de nervosité, élément perçu comme péjoratif dans le monde du travail, complique quant à elle les relations professionnelles.

1.3.1.3 Impulsivité

L'impulsivité correspond à la nécessité de parler ou d'agir de façon impérieuse, sans prendre le temps d'anticiper les conséquences et sans pouvoir différer l'action [15]. Là encore, les contraintes liées à l'âge adulte tendent à tempérer cette symptomatologie, ce qui nécessite un effort tout particulier de la part du sujet.

Sur le moment, cela se traduit par une tendance à couper la parole à son interlocuteur au cours d'une conversation, à s'énerver rapidement lorsqu'il est confronté à une frustration, à prendre des décisions sur un coup de tête (achats déraisonnables, ruptures ...). Les relations interpersonnelles sont fréquentes et multiples dans le monde du travail, et cette impulsivité

peut être à l'origine de difficultés de communication, avec le collectif de travail auprès duquel le sujet pourra être perçu comme irritable et imprévisible ou encore de la hiérarchie qui pourra le percevoir comme désinvolte voir insolent. À plus grande échelle, le parcours de vie des sujets est irrégulier, que ce soit sur le plan professionnel avec des carrières erratiques du fait de démissions, de changements de domaines d'activités, ou sur le plan personnel avec des ruptures fréquentes, des relations de courte durée. Ceci se traduit également en termes d'accidentologie avec des accidents de la route [16] ou des accidents du travail [17] plus fréquents qu'en population générale.

1.3.1.4 Sensibilité de la triade symptomatologique chez l'adulte

Les critères spécifiés dans le DSM 5 pour le diagnostic de TDAH ont été définis chez l'enfant. Du fait d'une évolution symptomatologique liée à l'âge, avec une tendance à la diminution des symptômes liés à l'hyperactivité et à l'impulsivité, la pertinence de ces critères à l'âge adulte est discutée. Certains symptômes, souvent rapportés par les adultes, tels que la procrastination, l'insomnie, les difficultés à la gestion du temps, ne sont pas inclus dans cette classification. Enfin, les contraintes de la vie étant différentes à l'âge adulte, le niveau de handicap induit par ces symptômes peut être plus prononcé à l'âge adulte et impacter un plus grand nombre de champs (marital, familial, professionnel ...) [18].

La sensibilité des critères diagnostiques du DSM-IV chez l'adulte a été étudiée par Murphy et Barkley en 1996 [19]. En appliquant ces critères, à savoir six items d'hyperactivité-impulsivité parmi neuf et six items d'inattention parmi neuf, ce dans une population adulte standard (720 sujets âgés de 17 à 84 ans se présentant pour passer ou renouveler leur permis

de conduire aux Etats-Unis), le diagnostic de TDAH ne serait retenu qu'en cas de déviance importante à la moyenne (entre +2,5 et +3 déviations standards à la moyenne), ce qui apparaît comme bien plus drastique qu'en population pédiatrique. Ce seuil de six items a été modifié lors du passage au DSM 5, celui-ci indiquant pour les grands adolescents et les enfants la nécessité d'avoir cinq items ou plus parmi la liste spécifiée.

1.3.2 Les symptômes associés

Bien que fondamentale pour le diagnostic, cette triade ne résume pas à elle seule l'ensemble du tableau clinique du TDAH. D'autres symptômes associés sont observés, parmi lesquels certains peuvent avoir un impact majeur sur le fonctionnement professionnel.

1.3.2.1 Troubles du sommeil

70 % des sujets adultes atteints de TDAH rapportent des troubles du sommeil, essentiellement à type d'insomnie d'endormissement. Une plainte fréquente est de se sentir trop agité, tant sur le plan physique que mental, pour réussir à s'endormir [20]. Une étude menée par Van Veen en 2010 retrouve ainsi une latence d'endormissement plus longue et une efficacité moindre du sommeil chez les sujets adultes ayant un TDAH. L'actimétrie diurne menée lors de cette étude retrouve une période quotidienne de repos moindre chez les sujets TDAH en comparaison aux sujets sains [21]. Outre cette dégradation de la qualité du sommeil, une association entre TDAH et syndrome des jambes sans repos ainsi que syndrome d'apnées obstructives du sommeil est exposée dans une revue de la littérature publiée en 2006 [22]. Le lien entre troubles du sommeil et TDAH pose par ailleurs le problème du diagnostic de ce dernier, les

troubles du sommeil pouvant être à l'origine de difficultés attentionnelles pouvant mimer un TDAH.

Pour ce qui est de la répercussion professionnelle, il est évident qu'un trouble du sommeil sera à l'origine de répercussions multiples sur les performances du sujet. Au-delà de cette problématique se pose également la question de la sécurité en cas de somnolence excessive sur un poste de sécurité ou en cas de conduite automobile.

1.3.2.2 Dérégulation émotionnelle

Autre ensemble symptomatique fréquemment associé au TDAH, la dérégulation émotionnelle associe une faible tolérance à la frustration, une irritabilité ou encore une labilité émotionnelle. Cette dérégulation émotionnelle se retrouve en l'absence de comorbidités, mais peut également se trouver dans des troubles comorbides associés (troubles de l'humeur, troubles anxieux, mésusage de substances ou troubles de la personnalité). Leur présence est un facteur prédictif d'handicap, ce indépendamment de la triade cardinale [23]. Dans cette étude menée par Barkley, sur la base de difficultés autodéclarées, nous retrouvons un impact de la dérégulation émotionnelle liée au TDAH sur la vie privée (vie familiale, vie amoureuse, loisirs), mais également sur la vie professionnelle avec plus de problèmes de comportement au travail, une qualité du travail fourni évaluée comme moindre, une fréquence plus importante de sanctions disciplinaires voir de licenciements, mais aussi de démissions.

1.3.2.3 Vagabondage mental excessif

Le vagabondage mental se définit comme étant le glissement du cours de la pensée des impératifs liés à la tâche en cours d'accomplissement vers des stimuli internes non liés à cette tâche. Bien que toute la population puisse connaître ce type de vagabondage, certaines formes sont plus invalidantes car mettant à mal la capacité de résolution de situations problématiques. Possiblement observé dans d'autres pathologies, comme ce peut être le cas des ruminations au décours d'un épisode dépressif ou des pensées obsessionnelles dans un trouble obsessionnel compulsif, les caractéristiques en sont différentes dans le cas du TDAH où ces pensées sont floues, de courte durée, sans schéma répété et sans contenu anormal [20]. Ce vagabondage, facilement évalué par la clinique ou par des tâches de soutien de l'attention, présente un avantage à la fois diagnostic avec une forte sensibilité et spécificité retrouvée et pronostic puisque associé avec diverses difficultés (pour exemple, les résultats scolaires ou l'accidentologie routière) [24]. Là encore, les sujets dont les tâches professionnelles nécessitent des capacités organisationnelles importantes ou le maintien d'une attention soutenue verront leurs difficultés croître à mesure que s'aggrave un tel vagabondage.

1.3.2.4 Altération de la perception du temps

De nombreux patients ayant un TDAH rapportent des difficultés à la planification et à la gestion du temps. Toplak a publié en 2006 une revue de la littérature synthétisant les données publiées sur les expériences de perception du temps chez les sujets ayant un TDAH [25]. Il identifie 3 types de tâches fréquemment perturbées chez ces sujets : la discrimination de durées (où les sujets TDAH ont plus de difficultés à localiser la différence entre deux laps de

temps de durée proche), la reproduction de durées (où les sujets TDAH tendent à estimer des périodes plus courtes qu'elles ne le sont en réalité) et la reproduction de rythme en tapant du doigt à partir de stimulations visuelles et/ou auditives (où les sujets TDAH présentent une variabilité plus importante par rapport au tempo proposé et ont plus de mal à se resynchroniser après une modification de tempo). Bien que ces tâches ne fassent pas partie du quotidien de la majorité des sujets, leur perturbation est en faveur d'une altération des processus cognitifs permettant le traitement de l'information temporelle.

Carelli s'est quant à elle intéressée à la perception subjective du temps parmi les sujets TDAH dans une étude publiée en 2012 [26]. La perception du temps étudiée à l'aide de l'échelle S-ZTPI a été comparée entre des adultes ayant un TDAH et des sujets sains. Cette échelle explore 6 dimensions de la perception temporelle : le passé négatif, le passé positif, le présent hédoniste, le présent fataliste, le futur négatif et le futur positif. Des différences significatives ont été retrouvées pour chacune de ces dimensions. Les sujets TDAH semblent ainsi avoir une perception plus négative du passé et du futur et une tendance à accorder une importance accrue au présent, que ce soit sur un versant hédoniste ou fataliste.

1.3.2.5 Difficultés liées aux fonctions exécutives

Longtemps décrit comme un trouble du comportement, les études récentes menées sur le TDAH tendent à changer cette conception de la pathologie. De plus en plus, le TDAH est conceptualisé comme un développement altéré des fonctions exécutives. Celles-ci sont très variées et concernent de nombreuses fonctions cognitives sollicitées dans la vie quotidienne.

Le modèle proposé par Brown distingue ainsi six familles de fonctions exécutives atteintes [27] :

- L'activation, qui concerne la capacité de débiter, d'organiser et de prioriser les tâches à accomplir. Cette atteinte peut se traduire par une tendance à repousser au lendemain et attendre le dernier moment avant de réaliser la tâche ;
- La concentration, que ce soit dans la capacité à la maintenir sur une tâche unique ou à la diviser entre plusieurs tâches. On retrouve là encore la problématique de la distractibilité par des stimuli externes ou internes. Un exemple parlant est celui de la lecture où les patients décrivent une bonne compréhension des mots lorsque pris individuellement mais la nécessité de relire plusieurs fois un paragraphe pour en saisir le sens global ;
- Le niveau d'alerte et sa régulation. Pour ce qui est du versant du maintien du niveau d'alerte, de nombreux sujets décrivent une certaine aisance à gérer des projets de courte durée mais des difficultés à soutenir un effort dans le temps nécessaire à la complétion de projet au long cours. Pour le versant de la régulation du niveau d'alerte, de fréquents troubles du sommeil à type d'insomnie d'endormissement sont rencontrés devant l'incapacité à contrôler et diminuer le niveau d'alerte en fin de journée ;
- La gestion des émotions, et tout particulièrement celles à valence négative telles que la frustration, la colère, la peur. Les sujets rapportent une sensation de passage au premier plan des affects au niveau de la pensée, ce qui résulte en des difficultés à mettre les émotions en perspective et des difficultés à poursuivre la tâche en cours en faisant abstraction des affects, ou tout au moins en en modulant l'impact ;

- La mémoire, et plus spécifiquement celle à court terme, avec des difficultés à garder à l'esprit les informations nécessaires à l'accomplissement de la tâche en cours. Ainsi, les patients décrivent-ils des difficultés à se rappeler ce que quelqu'un vient de leur dire, où ils ont posé leurs affaires ou ce qu'ils viennent de lire, et sont aisément qualifiés de tête en l'air ;
- La régulation des actions, avec une tendance à ne considérer que partiellement les informations issues de leur environnement et ainsi sauter des étapes dans leur raisonnement et se précipiter à la conclusion. Ceci peut se traduire d'une part par de l'impulsivité devant des prises de décisions hâtives et parfois erronées et d'autre part par un manque d'empathie devant une absence d'adaptation à l'état émotionnel de leur interlocuteur.

Bien que l'ensemble des éléments décrits ci-dessus puissent être ressenti par tout un chacun dans la vie quotidienne, ils prennent une tournure plus chronique et invalidante dans le contexte spécifique du TDAH.

1.4 Impacts sur le travail

Le TDAH se manifeste donc à travers de multiples symptômes dont la répercussion semble évidente sur le monde du travail. Les patients consultent d'ailleurs fréquemment pour des difficultés dans leur environnement professionnel, voir dans une situation d'échec professionnel. Nous présentons ci-dessous plusieurs études menées afin d'en évaluer les conséquences sur l'absentéisme, l'accidentologie et le parcours professionnel.

1.4.1 Absentéisme et baisse de productivité

Une étude de 2008 diligentée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), portant sur la santé mentale dans 10 pays, s'est intéressée à l'impact du TDAH sur la diminution de la productivité dans ses dimensions globale, quantitative et qualitative [28]. Cette étude a été menée dans des pays du continent européen et américain et a concerné tout type de travailleurs âgés de 18 à 44 ans. Le diagnostic de TDAH a été posé sur la base du questionnaire CIDI 3.0 développé par l'OMS. Parmi tous les questionnaires analysés, un diagnostic de TDAH a été retenu dans 3,4 % des cas ce qui correspond à un effectif de 7075 sujets.

La diminution quantitative était définie comme étant le nombre de jours, sur les 30 derniers, où l'activité professionnelle a pu être menée mais sous réserve d'une diminution de la quantité de travail fournie habituellement. La diminution qualitative avait la même définition, mais c'était la qualité du travail qui devait être diminuée pour pouvoir le mener à bien. La diminution globale était, quant à elle, définie comme étant, sur les 30 jours passés, le nombre de jours où le sujet était totalement incapable de réaliser son travail habituel. Ce nombre était majoré d'une demi-journée par jours de diminution quantitative ou qualitative du travail. Ces éléments ont également été recueillis à l'aide d'un questionnaire.

Les sujets ayant un TDAH présentent en moyenne 8,4 jours/an supplémentaires de diminution globale de la productivité, 21,7 jours/an supplémentaire de diminution quantitative du travail et 13,6 jours/an supplémentaires de diminution qualitative du travail, comparativement à des sujets sains. Après ajustement sur les troubles psychiatriques associés, la diminution globale du travail liée au TDAH reste de 15,8 jours/an.

Une autre étude, menée aux Etats-Unis en 2009, a comparé une population d'adultes avec un TDAH diagnostiqué à une population témoin [29]. En termes d'absentéisme, les sujets ayant un TDAH ont en moyenne 8,86 jours/an d'absence pour raison médicale contre 5,26 jours/an pour la population témoin. Pour ce qui est des coûts estimés des frais médicaux, l'étude retrouve un coût de 6 885 \$/an pour les sujets TDAH contre 4 242\$/an pour les témoins. Enfin, la rupture du contrat est également plus fréquente chez les sujets TDAH où le taux de rupture entre 12 et 18 mois après le début de l'étude est de 8,99 % contre 5,26 % chez les témoins.

1.4.2 Accidentologie professionnelle et routière

Du fait de la symptomatologie d'inattention et d'impulsivité, une hypothèse soulevée est que le TDAH augmenterait la probabilité de présenter un accident, que celui-ci s'inscrive dans le cadre de l'activité professionnelle ou de la conduite automobile.

1.4.2.1 Accidentologie générale

Pour ce qui est de l'accidentologie en général, une première étude a été menée entre 1996 et 1998 parmi les employés d'une firme nationale nord-américaine et leur famille et a inclus 2616 sujets TDAH dont 444 adultes [30]. L'accidentologie a été identifiée sur la base de la Classification Internationale des Maladies, dans sa neuvième édition, en considérant les codes portant sur les blessures et les intoxications.

L'incidence annuelle d'accidents alors retrouvée diffère entre les sujets TDAH et les sujets contrôle, et ce à tous les âges. Chez les enfants de moins de 12 ans, cette incidence est de 28 % contre 18 %, chez les adolescents de 32 % contre 23 % et chez les adultes de 38 % contre 18 %.

Les analyses multivariées confirment cette majoration du risque d'accident, après ajustement sur la prise de traitement médicamenteux et la présence de comorbidités psychiatriques associées notamment. L'odds ratio estimé de risque d'accident pour le TDAH est de 1,7 quel que soit l'âge. Il est par ailleurs intéressant de relever que l'OR associé à la présence d'une ou plusieurs comorbidités psychiatriques est de 2,3. Le TDAH étant fréquemment associé à d'autres pathologies psychiatriques, ceci majore donc d'autant le risque d'accidents.

L'analyse en sous-groupe portant uniquement sur celui des adultes retrouve un profil différent d'OR, celui associé au TDAH étant alors à 1,9 tandis que celui associé aux comorbidités psychiatriques est à 1,5.

1.4.2.2 Accidentologie professionnelle

Bien que la prévention des risques professionnels progresse, avec notamment des normes encadrant les pratiques et des mesures techniques limitant les risques de blessures, certains secteurs professionnels restent grevés d'une problématique d'accidentologie professionnels. Nous pouvons citer en exemple le secteur du bâtiment et des travaux publics, où les chutes de hauteur restent une problématique d'accidents du travail fréquents et graves. Devant la symptomatologie propre du TDAH, il est donc légitime de s'intéresser au risque d'accidentologie professionnelle.

Une étude réalisée par Kessler en 2005 s'est intéressée à l'accidentologie professionnelle des sujets TDAH [31]. Celle-ci a été menée dans une grande entreprise des Etats-Unis et s'appuyait sur la complétion d'un questionnaire par les salariés. La question spécifique sur les accidents du travail demandait si un accident avait eu lieu au courant de l'année écoulée.

L'incidence des accidents du travail différait entre les salariés ayant un TDAH et les témoins, avec une incidence de 13,9 % contre 7,2 % respectivement, ce qui se traduit par un odds ratio de 2,0 (IC95% : [1,1 ; 3,6]). Là encore, cette taille d'effet est modulée par la présence de comorbidités psychiatriques. En effet, après ajustement sur ces comorbidités, l'odds ratio est diminué à 1,8 (IC95% : [1,0 ; 3,3]).

1.4.2.3 Accidentologie routière

Il a longtemps été pensé que les sujets ayant un TDAH étaient plus à risque de présenter un accident de la route devant une impossibilité à focaliser leur attention au long cours, capacité indispensable à une conduite en toute sécurité. En ce sens, une étude menée par Barkley en 1993 [32] retrouvait un risque relatif de présenter un accident de la route compris entre 3 et 4 comparativement à la population générale. Toutefois, des études complémentaires apportent des arguments pour modérer ces premiers propos. Deux méta-analyses se sont intéressées à l'évaluation du risque routier dans le cadre du TDAH, une première en 2006 et une seconde en 2014.

La première méta-analyse de 2006 retrouve, après analyse de 5 études publiées sur le sujet, un risque relatif de présenter un accident de la route pour le TDAH de 1,88 (IC95% : [1,42 ; 2,50]) [16]. La seconde de 2014, analysant 32 résultats, retrouve quant à elle un risque relatif

de 1,36 (IC95% : [1,18 ; 1,57]) [33]. Après ajustement sur le nombre de kilomètres parcourus dans l'année, ce risque relatif diminue à 1,23 (IC95% : [1,04 ; 1,46]). Enfin, en présence de comorbidités psychiatriques, ce risque relatif est majoré à 1,86 (IC95% : [1,27 ; 2,75]).

Pour ce qui est du risque d'enfreindre le code de la route, la première méta-analyse a étudié la probabilité d'avoir une contravention. Le risque relatif estimé est de 1,35 (IC95% : [1,20 ; 1,50]) [16].

1.4.3 Difficultés sur le parcours professionnel

Une conférence de consensus a eu lieu en juillet 2010 sur le thème des difficultés professionnelles associées au TDAH [34]. Celle-ci a rassemblé des psychiatres, des médecins du travail, des économistes de la santé et des spécialistes du handicap. Ces experts étaient originaires de divers pays : Europe continentale, Royaume-Uni et Emirats arabes unis. Les objectifs étaient de préciser quelles étaient les difficultés rencontrées par les sujets atteints de TDAH tout au long de leurs parcours professionnels et quelles étaient les possibilités pour y faire face. Ce parcours a été scindé en trois temps : la recherche de travail, l'entretien d'embauche et le travail en lui-même une fois un poste occupé.

1.4.3.1 La recherche de travail

Cette étape est décrite comme désorganisée lors de diverses phases clés. Lors de la recherche d'emploi à proprement parler, mais également lors des formalités administratives pouvant avoir un caractère rébarbatif, comme la rédaction d'un curriculum vitae, la complétion de

questionnaires ou la rédaction d'une lettre de motivation. Du fait des difficultés attentionnelles et d'un certain degré d'impulsivité, certains items pourront être omis ou complétés à la hâte. Par ailleurs, les difficultés dans les interactions sociales peuvent être à l'origine d'une alliance moindre avec les conseillers en recherche d'emploi.

1.4.3.2 L'entretien d'embauche

Là encore, les difficultés d'appréhension des conventions sociales peuvent être un frein lors de l'entretien avec le recruteur. Se pose également la question d'informer ou non l'employeur de la pathologie. Le TDAH de l'adulte étant mal connu du grand public, on peut craindre que l'employeur se montre réticent devant une pathologie dont il ignore les répercussions et les modalités de prise en charge. Un facteur favorisant l'embauche pourrait être la demande préalable d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH), facilitant les aménagements ultérieurs du poste de travail.

1.4.3.3 Les difficultés en poste

Sans réelle systématisation, diverses difficultés fréquemment rencontrées ont été soulevées lors de cette conférence.

Une première concerne tout ce qui a trait à l'organisation de son propre travail, avec des difficultés à gérer son emploi du temps, à gérer le flux de travail et à tenir les délais impartis. Une deuxième, liée à l'impulsivité, concerne une fois encore les relations interpersonnelles, avec de possibles difficultés dans les relations, tant avec les collègues qu'avec la hiérarchie.

Un troisième axe de vigilance soulevé concerne l'investissement - et le possible surinvestissement - au travail. Les sujets TDAH dépendent beaucoup de la motivation à l'instant présent, qui, si elle n'est pas maîtrisée, risque de mener à un surinvestissement et pourrait aboutir à un état d'épuisement professionnel.

1.4.3.4 Des suggestions d'aménagements de poste

En fonction des problématiques rencontrées, quelques aménagements de poste génériques ont été proposés :

- Pour les difficultés liées à l'inattention et l'impulsivité : octroyer un bureau privé ou à défaut modifier la localisation dans l'espace de travail pour l'endroit le plus calme, arranger les horaires de travail, mettre à disposition un casque pour s'isoler du bruit ambiant, assurer une supervision régulière ;
- Pour les difficultés liées à l'hyperactivité : prévoir des pauses lors des réunions, structurer les pauses au cours de l'activité habituelle ;
- Pour les difficultés liées à la gestion du temps : mettre à disposition des aides techniques à l'organisation (par exemple, agenda), déterminer clairement les objectifs et prévoir des points d'étapes lors de la réalisation des projets, diversifier les vecteurs d'information (par exemple, support écrit en complément de l'information orale).

1.5 Hypothèses et objectifs

Les résultats des études présentées portent principalement sur des considérations d'ordre épidémiologique, avec la description de l'incidence d'événements mesurables de façon objective tels que les journées d'absence ou les accidents. La conférence de consensus de juillet 2010 oriente la discussion sur les répercussions cliniques du trouble et s'appuie sur des avis d'experts pour dresser un panorama des obstacles auxquels pourra être confronté un sujet TDAH. Ces études ont été réalisées, pour la plus grande majorité, aux Etats-Unis, et quelques-unes concernent les pays scandinaves. Peu de données ont été retrouvées pour la France, pays dont les spécificités du système de santé et de la médecine du travail peuvent impacter tant la prise en charge médicale que les conditions de travail des sujets. Nous avons souhaité placer la clinique au cœur de notre étude et discuter de l'impact du TDAH à l'échelle individuelle et non sur des indicateurs de santé mesurés à l'échelle d'une population.

1.5.1 Hypothèses

Devant l'ensemble de ces éléments, l'hypothèse principale que nous émettons est que le TDAH de l'adulte est à l'origine de difficultés professionnelles, et plus particulièrement sur les plans émotionnels, cognitifs et des relations sociales.

Les hypothèses secondaires peuvent être formulées comme suit :

- Les difficultés professionnelles sont diminuées après prise en charge spécifique du TDAH ;
- La symptomatologie dépressive comorbide du TDAH module les difficultés professionnelles ressenties ;

- Le TDAH favorise la survenue d'un sentiment d'épuisement professionnel ;
- Les sujets adultes atteints d'un TDAH développent des stratégies d'adaptation pour faire face à leurs difficultés.

1.5.2 Objectifs

Déoulant de ces hypothèses, l'objectif principal est donc de décrire les difficultés professionnelles ressenties par les patients atteints d'un TDAH.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Evaluer l'évolution des difficultés professionnelles un an après et ce en fonction de la prise en charge thérapeutique qui aura été proposée ;
- Quantifier une possible symptomatologie dépressive comorbide et en évaluer la répercussion sur les difficultés professionnelles retrouvées ;
- Rechercher un sentiment d'épuisement professionnel ;
- Explorer quelles sont les stratégies mises en œuvre par les sujets pour faire face aux difficultés rencontrées, quelles en sont les limites et quelles seraient les possibilités pour en faciliter la mise en œuvre.

1.5.3 Résultats attendus et bénéfices escomptés

Cette étude est pensée pour permettre une meilleure compréhension du TDAH de l'adulte et de ses répercussions professionnelles, ce pour une amélioration de la prise en charge par le

psychiatre traitant et une meilleure prévention des risques professionnels par le médecin du travail.

2 Méthodologie

2.1 Sélection des sujets

2.1.1 Recrutement des patients

Le service de Psychiatrie 2 des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg propose, depuis novembre 2016, une consultation spécialisée dans le trouble déficit de l'attention de l'adulte avec ou sans hyperactivité [35]. Les personnes vues lors de ces consultations sont adressées dans 60 % des cas par un de leurs médecins (psychiatre essentiellement, mais aussi médecin traitant ou spécialiste en addictologie), ou viennent consulter à leur initiative dans 30 % des cas. En moyenne, 120 nouveaux patients sont vus par an dans ce cadre-là, parmi lesquels un diagnostic de TDAH est posé dans 93 % des cas. Un traitement médicamenteux est proposé chez 81 % patients. Au besoin, le patient pourra être orienté auprès d'un psychiatre libéral pour son suivi.

2.1.2 Critères d'inclusion

Nous avons souhaité étudier les difficultés professionnelles dans une population de sujets en situation d'activité ou ayant présenté une activité professionnelle récente afin de limiter les biais de mémoire. Nous avons également fait le choix de nous intéresser à une population non diagnostiquée durant l'enfance ou l'adolescence, afin de décrire les difficultés ressenties par une population adulte et non modifiées par un traitement ou une prise en charge spécifique préalable.

Les critères d'inclusion que nous avons définis sont donc les suivants :

- Patients âgés de 18 à 62 ans ;
- Diagnostic de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité posé par un psychiatre des HUS ;
- Absence de diagnostic de TDAH posé durant l'enfance ou l'adolescence ;
- Patient ayant été en situation d'activité professionnelle au cours des 3 derniers mois ;
- Patient ayant exprimé sa non-opposition à la recherche.

2.1.3 Critères d'exclusion

Afin de limiter le facteur de confusion potentiel que peut être un trouble thymique associé au TDAH, nous avons décidé d'exclure les sujets présentant un épisode dépressif en phase aiguë.

Les critères d'exclusion définis sont donc les suivants :

- Patient ne souhaitant pas participer à la recherche ;
- Patient en arrêt de travail ou au chômage depuis plus de 3 mois ;
- Episode dépressif en phase aiguë ;
- Sujet ayant un projet de mobilité empêchant le suivi pendant 1 an (déménagement planifié) ;
- Impossibilité de donner au sujet des informations éclairées (sujet en situation d'urgence, difficultés de compréhension du sujet, retard mental, illettrisme ou maîtrise insuffisante de la langue française...)
- Sujet sous sauvegarde de justice ;
- Sujet sous tutelle ou sous curatelle.

2.1.4 Nombre de sujets nécessaires

Cette étude étant menée à but descriptif et non comparatif, nous ne calculons pas de puissance statistique. Compte-tenu du nombre de sujets vus annuellement dans le cadre de la consultation spécialisée TDAH et des critères d'inclusion, une inclusion de 50 sujets pour l'étude a été décidée.

2.2 Plan de l'intervention

2.2.1 Calendrier de l'étude

Chaque sujet inclus dans l'étude bénéficie de deux entretiens. Le premier entretien, au moment de l'inclusion, a une durée prévisionnelle d'une heure et consiste en un recueil d'informations démographiques, socio-professionnelles et médicales, la complétion de quatre questionnaires et un entretien semi-directif. Le deuxième entretien, prévu un an après le premier, a une durée prévisionnelle d'une heure et consiste en la complétion des mêmes questionnaires et un entretien semi-directif.

2.2.2 Entretien initial

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

Quatre questionnaires, tous traduits en français, sont complétés lors de ce premier entretien :

- Le Work Limitations Questionnaire (WLQ-25), développé et validé par Lerner en 2001 [36], comporte 25 items et explore 4 dimensions des difficultés professionnelles, à savoir la gestion du temps, les exigences physiques, les exigences mentales et celles relatives aux interactions interpersonnelles et les contraintes liées à la productivité ;
- L'inventaire de Burn-Out de Maslach (MBI), élaboré par Maslach en 1986 sur une série d'entretiens, de questionnaires et d'observations du travail [37], comporte 22 items répartis en 3 dimensions que sont l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation/perte d'empathie et l'accomplissement personnel ;
- L'échelle d'autoévaluation du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte (ASRS v1.1) a été conçue conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé et un groupe de travail dirigé par Adler, Kessler et Spencer [38] et comporte 18 questions évaluant la symptomatologie du TDAH dans des situations de la vie courante. Cette échelle a été initialement prévue pour le dépistage et le diagnostic du TDAH mais il est communément admis de l'utiliser pour quantifier la sévérité du trouble ;
- L'inventaire rapide de la symptomatologie dépressive (QIDS-SR16) est un questionnaire dérivé et raccourci de l'inventaire de la symptomatologie dépressive (IDS) qui a été validé par Rush en 2003 [39], comportant 16 questions explorant la symptomatologie dépressive (humeur triste, concentration, autocritique, idées suicidaires, intérêt, énergie, troubles du sommeil, modification de l'appétit, ralentissement ou agitation psychomoteur).

Pour chacun des scores, une moyenne rapportée sur 100 a été calculée en appliquant une pondération identique à chacun des items des scores.

L'entretien semi-directif proposé initialement est constitué de quatre questions ouvertes cherchant à préciser les principales difficultés rencontrées dans le cadre du travail, les stratégies d'adaptation mises en œuvre pour y faire face, les mesures qui sembleraient intéressantes pour améliorer les conditions de travail et la place du suivi en médecine du travail. Ce questionnaire est pensé pour être évolutif en fonction des informations recueillies en cours d'étude. Cet entretien est mené à l'aide de questions ouvertes et approfondi par des techniques de relance, principalement des demandes d'explication et des reformulations.

2.2.3 Entretien à un an

Une nouvelle passation des mêmes quatre questionnaires est prévue lors de l'entretien à un an. L'entretien semi-directif évalue l'évolution des difficultés professionnelles depuis l'entretien initial, sur la base des premières informations recueillies, de la prise en charge et de l'accompagnement du patient. Des informations complémentaires concernant les spécificités du trouble et de sa prise en charge ou du poste de travail pourront être recueillies, en fonction des résultats obtenus à l'issue des premiers entretiens et selon avis du comité d'éthique.

2.3 Méthodes d'évaluations

2.3.1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de notre étude est le Work Limitations Questionnaire. Ce questionnaire est subdivisé en 4 parties distinctes, avec respectivement 5 items sur les

difficultés relatives à la gestion du temps, 6 sur les exigences physiques, 9 sur les exigences mentales relatives aux relations interpersonnelles et 5 sur la productivité.

Un sous-score sur 100 est calculé pour chacune des parties, puis un score total pour le questionnaire en pondérant à part égale chacun des sous-scores.

2.3.2 Critères de jugement secondaires

L'association entre TDAH de l'adulte et présence d'un sentiment d'épuisement professionnel est évaluée à partir de l'inventaire de Burn-Out de Maslach (MBI).

La recherche d'un possible syndrome dépressif associé est effectuée avec l'inventaire rapide de la symptomatologie dépressive (QIDS-SR16).

L'exploration des difficultés professionnelles rencontrées, non forcément abordées par le WLQ-25, est faite lors de l'entretien semi-directif. De même pour les stratégies d'adaptation mises en place ou évoquées par les patients.

2.4 Analyses statistiques

2.4.1 Analyses descriptives

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

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

2.4.2 Analyses inférentielles

Le critère de jugement principal a été modélisé à l'aide d'un modèle de régression linéaire multivarié. Des lois normales ont été placées sur le score obtenu au WLQ-25, rapporté sur 100, ainsi que sur les coefficients de régression associés aux variables d'intérêt. Des lois gamma ont été spécifiées pour les variances. Des paramètres non informatifs ont été stipulés pour les lois a priori. Pour l'intégration de Monte-Carlo, un burn-in de 2 000 itérations suivi de 30 000 itérations avec thinning d'une itération sur 2 a été décidé pour chacune des 3 chaînes de Markov, résultant en un échantillon de 45 000 itérations effectives pour la simulation des distributions a posteriori. La convergence a été vérifiée graphiquement et à l'aide du *Potential Scale Reduction Factor* et a été obtenue à chaque fois. Les coefficients de régression sont estimés à partir de l'échantillonnage des lois de distribution a posteriori et sont présentés par leur moyenne et leur intervalle de crédibilité à 95%. La probabilité pour chacun de ces coefficients d'être supérieur ou inférieur à 0 a été calculée.

Ces analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels R version 4.0.2 (*R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>*), OpenBUGS version 3.2.3 et des paquets adéquats.

2.4.3 Analyses effectuées dans le cadre de ce travail

Les analyses effectuées pour ce présent travail concernent les 16 premiers sujets inclus. Les analyses inférentielles ont été réalisées à visée exploratoire et sont à interpréter dans la limite du faible nombre de sujets.

2.5 Accord du Comité de Protection des Personnes

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

3 Résultats

Les analyses statistiques suivantes présentent les résultats préliminaires de notre étude et portent sur les 16 premiers sujets inclus.

3.1 Descriptif de la population d'étude

3.1.1 Caractéristiques démographiques

L'âge moyen des sujets ayant participé à l'étude est de 37,7 ans, avec un écart-type de 8,4 ans. On observe une nette prédominance féminine, avec 15 femmes (94 %) pour 1 homme (6 %).

3.1.2 Caractéristiques professionnelles

Les deux catégories socioprofessionnelles les plus représentées, ce à part égale, sont les cadres et professions intellectuelles supérieures (31 %) et les employés (31 %), viennent ensuite les professions intermédiaires (25 %) et enfin les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (13 %).

Pour ce qui est des horaires de travail, la grande majorité des sujets travaille exclusivement de jour (94 %), seul un sujet travaille en horaires postés (6 %). Le temps de travail est principalement du temps complet (75 %), suivi par une partialité entre 80 et 85 % (19 %), un seul sujet travaille à mi-temps (6 %) ce dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique.

Catégorie socioprofessionnelle (n (%))	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5 (31 %)
Employés	5 (31 %)
Professions intermédiaires	4 (25 %)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2 (13 %)
Horaires (n, %)	
Jour sans week-end	14 (88 %)
Jour avec week-end	1 (6 %)
Postés avec week-end	1 (6 %)
Temps de travail (n, %)	
Complet	12 (75 %)
80 ou 85 %	3 (19 %)
50 %	1 (6 %)

Tableau 1 : Caractéristiques professionnelles de la population étudiée

3.1.3 Caractéristiques de la prise en charge du TDAH

La durée médiane entre le diagnostic du TDAH et l'inclusion dans l'étude est courte, à savoir de 4 mois ½.

La prise en charge du trouble est réalisée par un psychiatre libéral dans 75 % des cas et/ou un psychiatre hospitalier dans 38 % des cas. Un suivi complémentaire auprès d'un psychologue est réalisé dans 31 % des cas. Le médecin traitant participe à cette prise en charge dans 31 % des cas, essentiellement pour le renouvellement d'ordonnance du traitement médicamenteux.

Le médecin du travail est informé du trouble dans 19 % des cas. Il est à noter que parmi les sujets inclus dans l'analyse, aucun ne participe à un groupe thérapeutique ou de psychoéducation de patients.

Concernant le traitement proposé, il comporte une prescription médicamenteuse de méthylphénidate dans 75 % des cas et une prise en charge spécifique auprès d'un psychologue dans 25 % des cas. Une association des deux modalités est observée chez 19 % des cas. Une absence de traitement spécifique est observée chez 19 % des cas.

Le score moyen de l'échelle ASRS évaluant la symptomatologie du TDAH est de 72,5/100 avec un écart-type de 10,2.

Durée depuis le diagnostic (en mois) (médiane [EIQ])	4,5 [3,75 ; 9]
Prise en charge (n, %)	
Psychiatre hospitalier	6 (38 %)
Psychiatre libéral	12 (75 %)
Psychologue	5 (31 %)
Médecin traitant	5 (31 %)
Médecin du travail	3 (19 %)
Groupe de patient	0 (0 %)
Traitement (n, %)	
Médicamenteux et psychothérapie	3 (19 %)
Médicamenteux seul	9 (56 %)
Psychothérapie seule	1 (6 %)
Aucun	3 (19 %)

ASRS (sur 100) (Moy ± ET)	72,5 ± 10,2
----------------------------------	--------------------

Tableau 2 : Caractéristiques de la prise en charge du TDAH de la population étudiée

3.2 Descriptif des critères d'évaluation

3.2.1 Evaluation des difficultés professionnelles : Work Limitations Questionnaire

Le score total du questionnaire portant sur les difficultés professionnelles est en moyenne de 39,8/100 dans la population étudiée, avec un écart-type de 14,5. Les deux principales dimensions concernées par ces difficultés sont la gestion du temps (moyenne : 50,5/100, écart-type : 15,3) et la productivité (moyenne : 48,8/100, écart-type : 24,9). Viennent au troisième rang les exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles (moyenne : 41,3/100, écart-type : 21,7). La dimension la moins impactée est celle des exigences physiques (moyenne : 18,9/100, écart-type : 15,9).

Work Limitations Questionnaire (sur 100) (Moy ± ET)

Total	39,8 ± 14,5
Gestion du temps	50,5 ± 15,3
Exigences physiques	18,9 ± 15,9
Exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles	41,3 ± 21,7
Productivité	48,8 ± 24,9

Tableau 3 : Difficultés professionnelles identifiées par le Work Limitations Questionnaire dans la population étudiée

3.2.2 Inventaire de Burn-Out de Maslach

Le score total de l'inventaire de Burn-Out de Maslach est en moyenne de 46,5/100, avec un écart-type de 13,6. Lorsque les sous-scores sont rapportés à la grille d'interprétation, les deux dimensions les plus impactées sont celles de l'épuisement professionnel et de l'accomplissement personnel. Le score moyen d'épuisement professionnel est de 56,5/100 (écart-type : 25,4), un score supérieur à 55,6/100 étant en faveur d'un degré élevé d'épuisement professionnel. Le score moyen d'accomplissement personnel est de 62,8/100 (écart-type : 24,8), et évoque un faible degré d'accomplissement personnel lorsqu'il est inférieur à 68,8/100. La dimension de la dépersonnalisation et de la perte d'empathie apparaît comme la moins touchée, le score moyen étant de 20,3/100 (écart-type : 20,8) ; lorsque ce score est compris entre 20 et 36,7/100 il est en faveur d'un degré modéré de dépersonnalisation.

Inventaire de Burn-Out de Maslach (sur 100) (Moy ± ET)

Total	46,5 ± 13,6
Score d'épuisement professionnel	56,5 ± 25,4
Score de dépersonnalisation/Perte d'empathie	20,3 ± 20,8
Score d'accomplissement personnel	62,8 ± 24,8

Tableau 4 : Scores de l'inventaire de Burn-Out de Maslach dans la population étudiée

3.2.3 Evaluation de la symptomatologie dépressive : QIDS-SR16

L'évaluation d'une symptomatologie dépressive utilisant l'échelle QIDS-SR16 retrouve un score médian de 9,5 (écart interquartile : [6 ; 11]). Nous observons donc majoritairement une

symptomatologie dépressive légère au sein de notre échantillon, un score compris entre 6 et 10 étant évocateur d'une dépression légère et un score compris entre 11 et 15 étant évocateur d'une dépression modérée.

3.3 Analyses inférentielles

3.3.1 Comparaisons selon les catégories socio-professionnelles

L'étude des difficultés professionnelles en fonction des catégories socioprofessionnelles est en faveur d'une absence de différence que ce soit sur le score total du WLQ ou sur chacune des dimensions prise individuellement. Il en est de même avec le sentiment d'épuisement professionnel, d'accomplissement personnel et de dépersonnalisation qui ne diffèrent pas en fonction de la catégorie socioprofessionnelle.

3.3.2 Corrélations des difficultés professionnelles

3.3.2.1 Avec la symptomatologie du TDAH

L'étude des corrélations entre les difficultés professionnelles et l'intensité de la symptomatologie du TDAH évaluée par l'échelle ASRS n'en retrouve aucune, que ce soit en considérant la totalité du WLQ ou ses 4 dimensions (gestion du temps, exigences physiques, exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles et productivité) prises de façon individuelle.

WLQ	Intercept	Coefficient de régression	Intervalle de crédibilité à 95 %	P _{>0}
Total	36,57	0,06	[-0,30 ; 0,42]	0,631
Gestion du temps	55,01	-0,06	[-0,44 ; 0,34]	0,385
Exigences physiques	14,77	0,07	[-0,33 ; 0,48]	0,637
Exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles	29,5	0,19	[-0,35 ; 0,73]	0,758
Productivité	46,4	0,05	[-0,59 ; 0,69]	0,556

Tableau 5 : Corrélations entre les difficultés professionnelles évaluées par le questionnaire

WLQ25 et la symptomatologie du TDAH évaluée par l'échelle ASRS

Toutefois, en étudiant la corrélation entre les difficultés professionnelles et chaque item de l'échelle ASRS considéré individuellement, nous retrouvons une corrélation positive avec la deuxième question de l'échelle (*"À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation ?"*), ce sur le WLQ total (coefficient de régression : 4,88, IC95% : [0,14 ; 9,11], P_{>0} = 98 %) et plus particulièrement sur les dimensions relatives à la gestion du temps (coefficient de régression : 4,16, IC95% : [-0,84 ; 8,78], P_{>0} = 95 %) et aux exigences mentales et interactions interpersonnelles (coefficient de régression : 6,12, IC95% : [-0,28 ; 11,99], P_{>0} = 97 %). Une observation proche est réalisée avec la dimension ayant trait à la productivité (coefficient de régression : 4,28, IC95% : [-2,50 ; 10,74], P_{>0} = 90 %).

En ce qui concerne les difficultés relatives aux exigences mentales et aux interactions interpersonnelles, nous retrouvons également une corrélation positive avec la treizième question de l'échelle ASRS ("*À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous tenir tranquille ?*") (coefficient de régression : 4,21, IC95% : [-1,85 ; 9,88], $P_{>0} = 92\%$).

Enfin, pour ce qui est des difficultés liées à la gestion du temps, nous observons une corrélation négative avec la seizième question de l'échelle ASRS ("*Pendant une conversation, à quelle fréquence vous arrive-t-il de terminer les phrases de vos interlocuteurs avant que ces derniers aient le temps de les finir ?*") (coefficient de régression : -3,32, IC95% : [-7,97 ; 1,72], $P_{<0} = 91\%$).

3.3.2.2 Avec l'inventaire de burnout de Maslach

Les seules corrélations retrouvées entre les difficultés professionnelles et l'inventaire de burnout de Maslach le sont avec la dimension évaluant le sentiment d'épuisement professionnel. Nous retrouvons ainsi une corrélation positive en considérant l'ensemble du questionnaire WLQ25 (coefficient de régression : 0,35, IC95% : [0,12 ; 0,56], $P_{>0} = 100\%$). Lorsque l'on s'intéresse aux corrélations avec les différentes dimensions du questionnaire WLQ25, la seule non corrélée est celle relative aux exigences physiques. Nous observons une corrélation positive avec les difficultés ayant trait à la gestion du temps (coefficient de régression : 0,29, IC95% : [0,01 ; 0,55], $P_{>0} = 98\%$), aux exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles (coefficient de régression : 0,57, IC95% : [0,25 ; 0,87], $P_{>0} = 100\%$) ainsi qu'à la productivité (coefficient de régression : 0,44, IC95% : [-0,03 ; 0,88], $P_{>0} = 97\%$).

WLQ	Intercept	Coefficient de régression	Intervalle de crédibilité à 95 %	P _{>0}
Total	20,85	0,35	[0,12 ; 0,56]	0,997
Gestion du temps	35,05	0,29	[0,01 ; 0,55]	0,977
Exigences physiques	16,55	0,06	[-0,26 ; 0,37]	0,649
Exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles	10,1	0,57	[0,25 ; 0,87]	0,999
Productivité	25,07	0,44	[-0,03 ; 0,88]	0,969

Tableau 6 : Corrélations entre les difficultés professionnelles évaluées par le questionnaire WLQ25 et le sentiment d'épuisement professionnel évalué par l'inventaire de burnout de Maslach

En ce qui concerne l'accomplissement personnel, nous ne retrouvons pas de corrélation avec les difficultés professionnelles. Le sentiment de dépersonnalisation semble quant à lui corrélé négativement avec les difficultés liées aux exigences physiques (coefficient de régression : -0,30, IC95% : [-0,68 ; 0,09], P_{>0} = 94 %).

3.3.2.3 Avec la symptomatologie dépressive

L'unique corrélation trouvée entre les difficultés professionnelles et une symptomatologie dépressive concerne les difficultés liées aux exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles (coefficient de régression : 0,54, IC95% : [-0,24 ; 1,29], P_{>0} = 92 %).

WLQ	Intercept	Coefficient de régression	Intervalle de crédibilité à 95 %	P_{>0}
Total	36,20	0,17	[-0,37 ; 0,70]	0,739
Gestion du temps	47,61	0,13	[-0,46 ; 0,71]	0,674
Exigences physiques	17,28	0,09	[-0,52 ; 0,70]	0,620
Exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles	27,88	0,54	[-0,24 ; 1,29]	0,920
Productivité	51,38	-0,06	[-1,02 ; 0,91]	0,445

Tableau 7 : Corrélations entre les difficultés professionnelles évaluées par le questionnaire WLQ25 et la symptomatologie dépressive évaluée par le questionnaire QIDS-SR16

3.3.3 Corrélation entre le MBI et la symptomatologie du TDAH

Nous ne retrouvons pas de corrélation entre les dimensions du questionnaire de Maslach – à savoir l'épuisement professionnel, l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation – et l'intensité de la symptomatologie du TDAH évaluée par l'échelle ASRS.

MBI	Intercept	Coefficient de régression	Intervalle de crédibilité à 95 %	P_{>0}
Epuisement professionnel	42,87	0,23	[-0,39 ; 0,84]	0,770
Accomplissement personnel	71,82	-0,16	[-0,76 ; 0,46]	0,303
Dépersonnalisation	14,13	0,09	[-0,45 ; 0,63]	0,622

Tableau 8 : Corrélations entre les dimensions du questionnaire de Maslach et la symptomatologie du TDAH évaluée par l'échelle ASRS

En considérant chaque question de l'échelle ASRS individuellement, nous retrouvons une corrélation en faveur d'une augmentation du sentiment d'épuisement professionnel lors de l'augmentation des difficultés liées à la planification évaluée par la deuxième question de l'échelle ASRS (coefficient de régression : 4,97, IC95% : [-1,75 ; 11,29], $P_{>0} = 93 \%$). Nous retrouvons également une corrélation en faveur d'une diminution du sentiment d'accomplissement personnel lorsque les difficultés évaluées par la douzième question de l'échelle ASRS augmentent ("*À quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter votre siège pendant des réunions ou d'autres situations où vous devriez rester assis ?*") (coefficient de régression : -5,00, IC95% : [-11,06 ; 1,58], $P_{<0} = 94 \%$).

3.3.4 Corrélation entre la symptomatologie du TDAH et la symptomatologie dépressive

Nous ne retrouvons pas de corrélation entre la symptomatologie du TDAH évaluée par l'échelle ASRS et la symptomatologie dépressive évaluée par le questionnaire QIDS-SR16 (coefficient de régression : 0,13, IC95% : [-0,20 ; 0,45], $P_{>0} = 79 \%$).

3.4 Analyse des entretiens semi-structurés

3.4.1 Trame de lecture

Afin d'analyser le contenu du verbatim relatif aux difficultés professionnelles recueillies lors des entretiens semi-structurés, nous avons identifié trois catégories dans lesquelles il était

possible de classer les éléments rapportés spontanément par les sujets : l'expression symptomatologique d'un trouble, les difficultés professionnelles que les sujets retrouvent dans le cadre de leur activité professionnelle habituelle et les facteurs de majoration. Nous avons ensuite procédé à la lecture successive de chacun des verbatims en identifiant les concepts qu'ils contenaient et en les rattachant à l'une des trois catégories définies.

Pour ce qui est des méthodes de compensation développées par les sujets et des possibilités d'amélioration, nous avons identifié deux catégories distinctes, les aménagements techniques et les modifications organisationnelles, et avons rattaché les concepts développés par les sujets à l'une de ces deux catégories.

3.4.2 Résultats de l'analyse des verbatims concernant les difficultés

3.4.2.1 Expression symptomatologique d'un trouble

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

Symptôme (n (%))	
Concentration	11 (69 %)
Tension motrice	6 (38 %)
Enervement	4 (25 %)

Troubles de la mémoire à court terme	3 (19 %)
Asthénie	2 (13 %)

Tableau 9 : Symptômes rapportés par les sujets de la population étudiée

3.4.2.2 Difficultés

Parmi les difficultés, nous pouvons identifier deux dimensions : celles ayant trait directement à l'activité professionnelle du sujet et celles ayant un impact du point de vue affectif et du vécu du travail. Bien que distinctes, certains concepts peuvent appartenir aux deux dimensions et celles-ci ne sont pas indépendantes, l'une pouvant moduler l'expression de l'autre.

Les difficultés d'ordre affectif sont les plus fréquemment rapportées par les sujets, avec au premier plan les difficultés relationnelles (qui peuvent s'exprimer par des difficultés à la communication ou un manque de résilience vis-à-vis de la personnalité de l'autre) avec les collègues, les supérieurs ou encore les usagers chez 63 % des sujets, suivi de peu par la gestion de la charge émotionnelle chez 56 % des sujets qui se traduisent souvent par une émotivité accrue. Viennent ensuite la motivation dont le maintien au long cours est problématique chez 44 % des sujets, le manque de satisfaction vis-à-vis de l'activité professionnelle chez 31 % des sujets et pour finir la peur de l'erreur ou le doute sur les compétences professionnelles chez 19 % des sujets.

Les difficultés ayant trait directement à l'activité professionnelle sont pour majorité liées à la productivité supposée moindre en comparaison au collectif de travail chez 50 % des sujets. La planification des tâches au long terme ou la priorisation des tâches à court terme est quant à elle problématique chez 44 % des sujets. Une rigidité dans le fonctionnement est rapportée par

31 % des sujets, et peut notamment se traduire par la nécessité d'un temps prolongé pour l'acquisition de nouvelles compétences (19 % des sujets) ou par des troubles à la gestion des imprévus (6 % des sujets). Enfin, 13 % des sujets disent régulièrement dépasser les horaires contractuels de travail.

Difficultés d'ordre affectif (n (%))	
Relationnel	10 (63 %)
Charge émotionnelle	9 (56 %)
Motivation	7 (44 %)
Manque de satisfaction	5 (31 %)
Peur de l'erreur ou doute sur les compétences	3 (19 %)
Difficultés liées à l'activité professionnelle (n (%))	
Productivité amoindrie	8 (50 %)
Planification et priorisation des tâches	7 (44 %)
Rigidité dans le fonctionnement	5 (31 %)
Temps augmenté à l'acquisition de nouvelles compétences	3 (19 %)
Gestion des imprévus	1 (6 %)
Dépassement des horaires	2 (13 %)

Tableau 10 : Difficultés rapportées par les sujets de la population étudiée

3.4.2.3 Facteurs de majoration

Quatre facteurs de majoration ont été identifiés et sont tous rapportés par 13 % des sujets. Les contraintes horaires sont décrites comme source d'anxiété devant la crainte d'un retard, les

tâches répétitives semblent avoir un impact négatif sur la motivation, l'environnement physique et les interruptions de tâches peuvent majorer les difficultés de concentration, et les interruptions de tâches majorent également les difficultés relationnelles avec les collègues de travail.

Facteur de majoration (n (%))	
Contraintes horaires	2 (13 %)
Tâches répétitives	2 (13 %)
Interruptions de tâches	2 (13 %)
Environnement physique (bruit principalement)	2 (13 %)

Tableau 11 : Facteurs de majoration rapportés par les sujets de la population étudiée

3.4.3 Analyse des verbatims concernant les méthodes de compensation

3.4.3.1 Adaptations mises en place par les sujets

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

Les adaptations techniques comportent au premier plan et chez la quasi-totalité des sujets (88 %) un recours surabondant aux supports écrits, avec régulièrement une multiplication de ces derniers (listes, post-it, cahiers ...). Vient au deuxième rang le recours à des supports

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

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

En ce qui concerne les adaptations comportementales, 25 % des sujets signalent avoir recours à une activité physique régulière dans le but de diminuer une sensation de tension interne ou d'extérioriser un sentiment de colère. Cette activité est réalisée durant la pause méridienne pour un sujet ou dans le cadre de l'activité professionnelle habituelle pour un autre, chez qui les tâches physiques et les tâches administratives peuvent alterner. 19 % des sujets disent faire un effort pour modérer l'impact affectif des divers éléments auxquels ils sont confrontés dans le cadre de leur activité professionnelle. Enfin, deux sujets (13 %) ont participé à une formation afin d'améliorer leurs compétences communicationnelles.

Adaptations techniques (n (%))	
Recours à des supports écrits	14 (88 %)
Recours à des supports technologiques (agenda, alarme)	6 (38 %)
Organisation de l'espace de travail	4 (25 %)
Réduction du bruit ambiant	4 (25 %)
Adaptation du poste facilitant une activité physique	1 (6 %)
Adaptations procédurales (n (%))	
Modification du processus de travail	5 (31 %)
Modification des horaires	3 (19 %)
Limitation du contact client	1 (6 %)
Vérifications multiples	1 (6 %)
Adaptations comportementales (n (%))	
Activité physique régulière	4 (25 %)
Modifications des ressentis	3 (19 %)
Formation à la communication	2 (13 %)

Tableau 12 : Mesures d'adaptation du poste de travail mises en place par les sujets

3.4.3.2 Eléments d'amélioration suggérés par les sujets

Parmi les éléments d'amélioration, ce sont principalement les adaptations procédurales qui sont mises en avant par les sujets. 25 % d'entre eux évoquent la modification ou l'optimisation des horaires, 25 % insistent sur le bénéfice attendu d'un travail plus en autonomie ou à tout le moins une limitation des interruptions de tâches. La diversification du travail est évoquée par

19 % des sujets et va de la diversification des tâches au sein du poste à un changement radical de poste de travail. À l'opposé, 13 % des sujets souhaitent une uniformisation des tâches, leur diversité étant vécue comme un facteur perturbant l'activité.

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

Les adaptations techniques évoquées comportent au premier rang, pour 19 % des sujets, une définition claire de procédures sous forme de supports écrits auxquels ils pourraient se référer en cas de difficulté dans l'exécution d'une tâche ou lors de l'acquisition de nouvelles compétences, ce en complément de l'information orale. 13 % des sujets évoquent un bénéfice attendu d'un bureau individuel et 13 % du télétravail, ce qui se rattache au souhait d'une diminution des interruptions de tâches et d'un environnement de travail calme. Un sujet évoque l'uniformisation des documents utilisés dans l'entreprise, une multiplicité des supports étant décrite comme augmentant les contraintes attentionnelles et majorant le risque d'erreur.

Adaptations techniques (n (%))	
Définition de procédures	3 (19 %)
Bureau individuel	2 (13 %)
Télétravail	2 (13 %)
Uniformisation des documents	1 (6 %)
Adaptations procédurales (n (%))	
Modification ou optimisation des horaires	4 (25 %)
Travail en autonomie & limitation des interruptions de tâches	4 (25 %)
Diversification du contenu du travail	3 (19 %)
Uniformisation des tâches	2 (13 %)
Adaptations comportementales (n (%))	
Soutien psychologique/coaching	4 (25 %)

Tableau 13 : Mesures d'adaptation permettant une amélioration des conditions de travail suggérées par les sujets

4 Discussion

4.1 Synthèse des résultats

4.1.1 Caractéristiques des sujets

L'âge moyen de notre population d'étude est de 37,7 ans, avec un sex ratio de 15 femmes pour 1 homme, ce qui est surprenant au vu des données de la littérature. Bien qu'à prédominance masculine durant l'enfance, le sex ratio du TDAH de l'adulte est estimé à 1:1 [40]. Les trois principales catégories socioprofessionnelles représentées sont les employés, les professions intermédiaires et les cadres et professions intellectuelles supérieures. Ceci peut s'expliquer par un biais de recours au soin pour les personnes les plus éduquées, l'une des voies menant à la consultation spécialisée préalable à l'inclusion dans notre étude étant la consultation spontanée par le patient. Nous évoquons également la possibilité d'une répercussion plus importante du trouble parmi les catégories socio-professionnelles dites élevées, devant des contraintes différentes et faisant plus appel à des tâches organisationnelles, de planification et d'élaboration intellectuelle. La description des postes de travail faite par les sujets met en évidence des tâches principalement d'ordre administratif et organisationnel ainsi que des tâches relationnelles avec le collectif de travail et les clients ou usagers. Ce contenu de travail spécifique conditionne forcément les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les sujets ; en l'absence de tâches physiques, les difficultés liées à de telles contraintes ne pourront être mises en évidence, bien qu'il nous semble peu probable que la symptomatologie du TDAH ait une répercussion majeure sur cette dimension précise.

La durée médiane entre le moment du diagnostic du TDAH et l'inclusion dans l'étude est de 4 mois $\frac{1}{2}$. Du fait de ce laps de temps réduit, la plupart des sujets sont en phase d'acceptation du

trouble et en découvre les répercussions, de par leur suivi auprès d'un psychiatre ou en s'informant via divers médias. Nous émettons donc l'hypothèse que les difficultés recueillies le sont telles qu'éprouvées par les sujets depuis plusieurs années, et sans a priori concernant un possible trouble ou une description clinique stéréotypée pouvant en influencer l'expression. Nous retrouvons une symptomatologie marquée du TDAH, avec un score moyen de 72,5/100 à l'échelle ASRS, pouvant s'expliquer également par ce délai court et dont une évolution est à attendre dans les suites d'une prise en charge spécifique.

4.1.2 Résultats principaux et implications majeures

Les trois principales dimensions de difficultés professionnelles que nous avons mises en évidence avec le WLQ-25 sont celles concernant la gestion du temps, la productivité et les exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles. Les difficultés ayant été spontanément évoquées par les sujets lors des entretiens semi-structurés confirment ces observations et mettent davantage l'accent sur les difficultés d'ordre affectif, tout particulièrement en termes de gestion de la charge émotionnelle et de relations avec les collègues, les supérieurs ou les usagers.

Dans notre échantillon, les scores moyens sur 100 du WLQ-25 sont de 50,5 pour la gestion du temps, 18,9 pour les exigences physiques, 41,3 pour les exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles et 48,8 pour la productivité. À titre de comparaison, Lerner, auteur du WLQ-25, a mené une étude en 1998 dans une entreprise de logistique parmi une population de salariés travaillant en centrale d'appel ou en gestion des retours et sans pathologie particulière [41]. Elle retrouvait alors des scores moyens au WLQ-25 compris

entre 18 et 25 pour la gestion du temps, 13 à 15 pour les exigences physiques, 14 à 20 pour les exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles et 11 à 20 pour la productivité. Une autre étude, publiée en 2013, a été menée par elle parmi des agents du gouvernement du Maine (Etats-Unis) présentant un épisode dépressif majeur évalué sur la base du questionnaire PHQ-9 [42]. Parmi cette population, et avant toute intervention, elle retrouve un score moyen à 45,6 pour la gestion du temps, 23,3 pour les exigences physiques, 37,3 pour les exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles et 40,7 pour la productivité.

Les difficultés liées à la gestion du temps et à la productivité sont au premier plan lorsque l'on analyse le questionnaire WLQ25. L'analyse des corrélations avec les questions de l'échelle ASRS évaluant la symptomatologie du TDAH confirme que l'élément essentiel concerne les troubles de la planification et de l'organisation. La moitié des sujets rapporte des éléments similaires lors des entretiens semi-structurés. Les propos suivants illustrent ces difficultés à l'organisation, que ce soit au niveau de la tâche unique ou de l'enchaînement des tâches :

"Si je suis à faire une tâche derrière un ordinateur, j'ai l'esprit qui vagabonde, mais quand je suis active, j'ai du mal à m'organiser, à discerner ce qui est urgent de ce qui ne l'est pas, il ne faut pas m'interrompre dans les tâches que je suis en train de faire."

Et le même sujet de préciser que ces difficultés s'inscrivent dans la durée :

"Quand j'ai été amenée à changer de service, j'ai mis environ un an pour être à l'aise dans le travail quotidien."

Les adaptations mises en place par les sujets dans le cadre de leurs activités professionnelles comportent au premier plan les adaptations techniques avec support complémentaire pour gestion de l'information, que celui-ci soit écrit ou technologique. L'utilisation de ces supports est bien évidemment omniprésente, que ce soit dans le milieu professionnel ou personnel. Tels que décrits par les sujets, les supports écrits ne semblent être ici que partiellement efficaces, et pallient insuffisamment à la problématique de l'organisation soulevée par les sujets, quand ils ne sont pas contre-productifs car trop variés.

Certains supports technologiques dont l'ergonomie est adaptée à la tâche ciblée apportent un bénéfice important, tel que décrit dans ces propos :

"J'ai un logiciel de gestion pour mon entreprise. Certains font sans, mais je ne sais pas comment. Ils utilisent des tableurs, mais ça c'est la misère."

Il est établi qu'une dérégulation émotionnelle est fréquente dans la symptomatologie du TDAH. Nos résultats indiquent l'importance d'en chercher l'expression, tout particulièrement sur le versant professionnel. En effet, nous avons mis en évidence une altération globale de l'humeur, les résultats du QIDS-SR16 étant en faveur d'une symptomatologie dépressive légère au sein de notre échantillon. Nous retrouvons également une majoration du sentiment

d'épuisement professionnel et une diminution de l'accomplissement personnel dans notre population d'étude. Cette augmentation du sentiment d'épuisement professionnel est corrélée à toutes les dimensions de difficultés professionnelles, exception faite de celle ayant trait aux exigences physiques. Nous retrouvons par ailleurs une corrélation entre les troubles de la planification et de l'organisation (échelle ASRS) et les difficultés professionnelles ainsi qu'avec un sentiment d'épuisement professionnel. Ces résultats suggèrent donc que de tels troubles dépassent les difficultés de gestion du temps et de productivité, et pourraient avoir un impact, direct ou indirect, sur l'état affectif des sujets.

Nous pouvons illustrer, par les propos rapportés suivants, un tel glissement allant des difficultés à la planification et l'exécution de tâches vers une répercussion sur le plan émotionnel :

"Le problème est que je n'arrive pas à sortir de ma tête les tâches non effectuées et cela me pèse jusqu'à ce qu'elles soient réalisées. C'est lourd à porter et culpabilisant."

Cet autre sujet décrit une forme de lutte dont l'évolution tend vers l'épuisement :

"Je suis passionné par mon travail. Je veux le faire bien. Je vais pousser, mais ça va m'épuiser, car je ne sais pas comment m'arrêter."

4.2 Forces et limites du travail

4.2.1 Revue de la littérature

La revue de la littérature réalisée à l'occasion de ce travail a permis de synthétiser les informations disponibles en ce qui concerne le TDAH et ses répercussions professionnelles. L'absentéisme est majoré de 3 jours par an comparativement aux sujets sains mais l'impact en termes de travail effectif dépasse ces journées d'absence puisque les sujets ayant un TDAH sont plus à même de présenter une diminution quantitative et/ou qualitative du travail fourni. Le risque d'accident est également majoré parmi les sujets TDAH, avec un odds ratio à 2 en ce qui concerne l'accidentologie professionnelle et un risque relatif allant de 1,23 à 1,88 pour l'accidentologie routière. Les possibles comorbidités psychiatriques sont des facteurs aggravants comme le montrent les ajustements réalisés lors de ces analyses, tant sur le plan de l'absentéisme que de l'accidentologie. Ces études descriptives permettent d'objectiver un impact du TDAH sur la vie professionnelle du sujet, mais n'analysent pas quelles difficultés ou quels symptômes le déterminent. De telles difficultés ont été identifiées tout au long des parcours professionnels des sujets, de la recherche d'emploi jusqu'à la situation de travail. En poste, ont été évoquées les difficultés d'organisation, les difficultés relationnelles et la problématique de l'épuisement.

Le TDAH est une pathologie relativement peu étudiée. La majorité des études disponibles sont réalisées aux Etats-Unis ou en Europe du Nord. Ces études sont encore moins nombreuses en ce qui concerne les problématiques professionnelles. Celles réalisées aux Etats-Unis portent préférentiellement sur des indicateurs médico-économiques et les mécanismes propres à la pathologie pouvant les influencer ne sont que peu explorés.

4.2.2 Méthodologie de l'étude

Notre étude permet une meilleure connaissance des difficultés professionnelles qu'éprouvent les sujets adultes ayant un TDAH et de définir à quelle fréquence celles-ci sont rencontrées via un recueil systématisé par questionnaire standardisé. Par un entretien semi-structuré associé, nous avons également pu analyser quels étaient les symptômes les plus fréquemment évoqués comme étant à l'origine des difficultés, préciser les types de difficultés ressenties et rechercher d'éventuels facteurs de majoration. Nous avons également pu évaluer l'impact affectif du trouble et des difficultés sur les versants de l'épuisement professionnel et de l'accomplissement personnel.

Plusieurs facteurs limitants modèrent néanmoins la portée de nos résultats. Pour commencer, l'absence de groupe contrôle ne permet pas de comparaison entre les sujets ayant un TDAH et ceux n'en ayant pas, notre étude se limite donc à une description de difficultés professionnelles sur la base d'observations faite en population atteinte et ne permet pas d'estimer d'effet propre du TDAH.

La population d'étude est principalement constituée de patients orientés par un praticien hospitalier et un praticien attaché du service de psychiatrie 2 des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, auprès de qui les patients ont consulté de leur propre initiative ou ont été adressés par un médecin participant à leur prise en charge. Un biais de recrutement est très probable et conditionné par deux facteurs. D'une part, il s'agit de patients chez qui la symptomatologie est suffisamment invalidante pour justifier d'une consultation et, fréquemment, d'une prise en charge spécialisée. D'autre part, il s'agit de patients en situation de travail et dont la symptomatologie et les comorbidités ne sont donc pas invalidantes au point de mener à une désinsertion professionnelle.

Le versant professionnel n'a été pour le moment précisé que par la catégorie socio-professionnelle, or les difficultés rencontrées par les sujets sont forcément conditionnées par les contraintes auxquelles ils sont confrontés. La population étudiée paraît relativement homogène au niveau des tâches professionnelles, principalement administratives, organisationnelles et relationnelles. Une catégorisation plus approfondie des postes et des exigences particulières associées permettra une interprétation plus fine des difficultés rencontrées. Des facteurs professionnels influençant l'expression des difficultés gagneront également à être précisés, au premier rang desquels figure l'ancienneté au poste.

4.2.3 Résultats préliminaires

L'interprétation de ces premiers résultats se doit de rester prudente devant le nombre pour le moment limité de sujets inclus dans les analyses. Nous pouvons d'ores et déjà insister sur l'attention particulière à porter aux répercussions affectives du trouble sans que ne soit forcément associé un syndrome dépressif constitué. Ces résultats mettent également l'accent sur les associations multiples observées avec les troubles de l'organisation et de la planification.

La réalisation puis l'analyse des entretiens semi-structurés, avec intégration des différents éléments relevés dans une grille de lecture prédéfinie, ne peut se départir d'une part de subjectivité liée à l'interprétation des dires du patient (en dépit des techniques de relances utilisées pour les préciser) et aux préjugés quant à la symptomatologie et aux difficultés possibles.

En ce qui concerne les difficultés soulevées et en les confrontant aux données de la littérature relatives au TDAH, il est étonnant de constater qu'aucun sujet n'évoque spontanément de problématique addictive. Diverses explications peuvent être proposées pour expliquer cette absence : le peu de lien établi par les sujets entre cette problématique spécifique et le TDAH ou le monde professionnel, une forme de pudeur retenant l'évocation spontanée de cette problématique, un biais de recrutement sur travailleur sain parmi lesquels une problématique addictive n'est pas forcément compatible avec une poursuite de l'activité professionnelle.

Par ailleurs, nous notons l'absence d'évocation spontanée d'accidents, que ceux-ci soient liés au trajet ou à l'activité professionnelle à proprement parler. Là encore, un biais de recrutement peut en être à l'origine. En effet, selon le rapport 2018 édité par la caisse primaire d'assurance maladie et relatif aux accidents du travail, les deux secteurs les plus touchés en termes de fréquence d'accident sont les secteurs du bâtiment et travaux publics et les activités de services de type II (travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage ...) qui sont deux catégories peu représentées au sein de notre échantillon.

4.3 Changements observés ou à proposer

4.3.1 Suivi psychiatrique

La sphère professionnelle est l'une des composantes majeures de la vie des patients. Son exploration s'inscrit dans la pratique clinique habituelle en psychiatrie. Ces premiers résultats mettent en évidence de fréquentes difficultés d'ordre émotionnel au travail. Nous observons également une intrication avec le sentiment d'épuisement professionnel. Les difficultés professionnelles sont donc un pan important à explorer dans le cadre de la prise en charge

thérapeutique du TDAH. En fonction des difficultés identifiées, le praticien pourra donc orienter la prise en charge psychothérapeutique à proposer au patient, en déterminant des axes d'intervention prioritaires. Le suivi de leur évolution permettra, le cas échéant, d'en évaluer l'efficacité.

4.4 Implications pour la médecine du travail

4.4.1 Formation des médecins du travail

Le TDAH est un trouble fréquent, majoritairement connu pour toucher la population pédiatrique qui, par définition, ne concerne pas l'activité des médecins du travail. Les réunions cliniques organisées localement ont été l'occasion de communiquer auprès des médecins du travail, de les sensibiliser à cette problématique, d'en exposer les répercussions sur le monde professionnel et de leur transmettre des outils de dépistage et des adresses de recours en cas de besoin. Ces journées ont également été l'occasion de constater que le TDAH de l'adulte reste une pathologie peu connue et peu évoquée. Les suspicions de troubles de l'humeur ou de troubles de la personnalité peuvent faire rater son diagnostic et mener à une prise en charge insuffisante voir inadaptée.

Devant les répercussions professionnelles parfois majeures de ce trouble, pouvant aller jusqu'à la désinsertion professionnelle – dont la prévention fait partie des missions importantes du médecin du travail – il nous paraît essentiel de poursuivre ces efforts de formation et d'informer quant aux recours possibles en matière de diagnostic et de prise en charge.

4.4.2 Accompagnement des salariés

Les manifestations cliniques d'inattention et d'hyperactivité sont relativement simples à appréhender puisque conditionnées majoritairement par les tâches exécutées et les contraintes qui y sont afférentes. En fonction des besoins du salarié et des possibilités de l'entreprise, il sera possible de proposer des aménagements du poste de travail à l'aide de support technique pour la gestion de l'information ou de complétion de l'information orale par un support écrit pour ce qui est de la problématique d'inattention. Nous pouvons également évoquer la possibilité de structurer l'emploi du temps en vue de prévoir des moments destinés à évacuer l'hyperactivité motrice.

Les difficultés émotionnelles sont quant à elles plus délicates à appréhender. Régulièrement présentes au long cours, les sujets peuvent les considérer comme faisant partie de leur fonctionnement habituel. Ces difficultés peuvent être à l'origine d'un parcours émaillé de ruptures, non seulement scolaires puis professionnelles, mais aussi personnelles. S'y surajoutent les difficultés relationnelles, dont les mécanismes sont variés mais dont les répercussions émotionnelles sont majeures. À ce titre-là, des approches simples de gestion du stress et d'amélioration de la communication pourraient avoir un impact tout particulier sur l'amélioration des conditions de travail. De plus, de telles mesures peuvent bénéficier au collectif de travail dans sa globalité.

Bien qu'il soit difficile d'émettre des recommandations globales d'aménagements de poste, chaque poste ayant ses spécificités organisationnelles et chaque sujet TDAH ses spécificités cliniques, nous attirons l'attention sur une potentielle plus-value importante de mesures simples à mettre en place et insistons sur le bénéfice d'un accompagnement régulier et d'une prise en charge adaptée.

Dans les cas les plus complexes, souvent liés à la présence de comorbidités, l'intervention d'acteurs spécialisés du maintien dans l'emploi, tel que le Service d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Personnes Handicapées, pourra être envisagée.

CONCLUSION

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité de l'adulte est une pathologie fréquente avec une prévalence estimée à 2,5 %. Les symptômes principaux sont la triade associant inattention, hyperactivité et impulsivité, auxquels s'associent des symptômes à type de troubles du sommeil, dérégulation émotionnelle ou encore vagabondage mental excessif. L'ensemble de ces éléments est à l'origine de répercussions professionnelles importantes. Plusieurs études ont ainsi mis en évidence une augmentation de l'absentéisme, de l'accidentologie ainsi que des difficultés au cours du parcours professionnel (de la recherche d'emploi à l'embauche). Toutefois, les difficultés rencontrées par les patients dans le cadre de leur activité professionnelle quotidienne n'a été que peu étudiée.

Nous avons donc mis en place une étude s'intéressant spécifiquement aux difficultés professionnelles rencontrées par les sujets adultes ayant un TDAH. Le premier entretien réalisé comporte un recueil d'informations professionnelles et médicales, quatre questionnaires portant sur les difficultés professionnelles, la symptomatologie du TDAH, le sentiment d'épuisement professionnel et une possible symptomatologie dépressive associée et enfin un entretien semi-structuré cherchant à préciser les difficultés professionnelles et les méthodes de compensation développées par les sujets. Le deuxième entretien est prévu à un an d'intervalle, afin d'estimer l'évolutivité de ces difficultés en fonction de la prise en charge proposée. Ce travail présente les résultats préliminaires de cette étude avec analyse des 16 premiers sujets inclus.

Le sex-ratio est de 15 femmes pour 1 homme, l'âge moyen des sujets est de 37,7 ans. L'évolution depuis le diagnostic de TDAH est courte, avec une durée médiane de 4 mois ½.

Les difficultés professionnelles retrouvées par le Work Limitations Questionnaire concernent en premier lieu les dimensions ayant trait à la gestion du temps (score sur 100 : moyenne 50,5, écart-type 15,3) et à la productivité (score sur 100 : moyenne 48,8, écart-type 24,9) et de façon moins marquée aux exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles (score sur 100 : moyenne 41,3, écart-type 21,7), les exigences physiques étant la dimension la moins altérée (score sur 100 : moyenne 18,9, écart-type 15,9). Lorsque l'on s'intéresse au lien entre la symptomatologie du TDAH évaluée par le questionnaire ASRS et ces difficultés professionnelles, on observe la corrélation la plus forte avec les difficultés liées aux exigences mentales et relatives aux interactions interpersonnelles (coefficient de régression à 0,19, $P_{>0} = 76\%$).

Un sentiment d'épuisement professionnel semble fréquent au sein de la population étudiée, avec un score de Maslach d'épuisement professionnel moyen à 56,5 sur 100 (écart-type : 25,4) quand un score supérieur à 55,5 est en faveur d'un épuisement élevé. Il en est de même pour le sentiment d'accomplissement personnel qui est modéré à faible, avec un score de Maslach d'accomplissement personnel moyen à 62,8 sur 100 (écart-type : 24,8) quand un score inférieur à 68,8 est en faveur d'un accomplissement faible. L'empathie semble quant à elle moins impactée avec un score de Maslach de dépersonnalisation moyen à 20,3 sur 100 (écart-type : 20,8), un score compris entre 20 et 36,7 étant en faveur d'un degré modéré de dépersonnalisation.

L'analyse du recueil libre met l'accent sur les difficultés d'ordre affectif qui sont au premier plan. De fréquentes difficultés relationnelles, tant avec le collectif de travail qu'avec les clients ou usagers, sont ainsi évoquées par 63 % des sujets. La question de la gestion de la charge émotionnelle vient au deuxième rang et concerne 56 % des sujets. Enfin, le maintien de la motivation tout au long d'un projet est problématique chez 44 % des sujets. L'activité professionnelle à proprement parler est également impactée : une sensation de productivité amoindrie est rapportée par 50 % des sujets, possiblement liée à des difficultés à la planification et à la priorisation des tâches qui concernent 44 % des sujets.

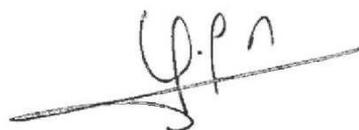
Pour ce qui est des stratégies de compensation mises en œuvre par les sujets, les adaptations techniques sont les plus fréquentes. L'utilisation d'outils pour une gestion de l'information concerne la quasi-totalité des sujets, que ceux-ci soient écrits (88 % des sujets) ou technologiques comme des agendas ou des alarmes (38 % des sujets). Au deuxième rang viennent les adaptations procédurales, avec modification du processus habituel de travail chez 31 % des sujets et modification des horaires de travail par 19 % des sujets. Ces adaptations sont forcément tributaires des décisions de l'employeur, et lorsqu'est demandé aux sujets quelles mesures permettraient une amélioration des conditions de travail, 25 % évoquent une modification des horaires de travail et 25 % évoquent un travail en plus grand autonomie avec moindre interruption de tâches. Enfin, moins fréquentes, ce sont les adaptations comportementales des sujets qui complètent les modifications liées au travail, avec un activité physique régulière pour 25 % d'entre eux et un effort pour modifier l'impact affectif des éléments professionnels pour 19 %.

Cette étude, à visée exploratoire et descriptive, comporte plusieurs limites. En premier lieu, le nombre de patients inclus ne permet que d'avoir de premières estimations sur les difficultés rencontrées et d'en dégager les principales dimensions. Deuxièmement, l'absence de groupe témoin ne permet pas d'individualiser l'effet propre du TDAH sur les difficultés professionnelles. Troisièmement, l'inclusion quel que soit le métier ne permet pas de contrôler les expositions professionnelles et les spécificités du poste qui influencent forcément les difficultés rencontrées.

Malgré ces limites, ce travail porte sur un sujet pour le moment peu étudié. Une revue de la littérature récente sur le sujet a permis de synthétiser les données publiées concernant les spécificités du TDAH en ce qui concerne le travail. Le projet de recherche mis en place prévoit un suivi des sujets inclus, permettant à terme de discuter de l'évolution des difficultés ressenties et de mieux les préciser. Les outils utilisés permettront une analyse quantitative avec un recueil standardisé des difficultés ressenties, qui pourront être mises en lien avec la symptomatologie du TDAH, ainsi qu'une description d'un sentiment d'épuisement professionnel. Ces résultats sont complétés avec une partie qualitative pour un recueil plus large des difficultés rapportées et une précision des mécanismes sous-jacents.

Au total, ces premiers résultats corroborent l'hypothèse que le trouble déficitaire de l'attention chez l'adulte est à l'origine de multiples difficultés professionnelles. Ce travail aura permis de mieux en définir les dimensions et permet de dégager des pistes de réflexions concernant l'accompagnement de ces patients et l'adaptation de leurs postes de travail. Des études complémentaires restent nécessaires afin d'affiner ces premières conclusions et d'étudier plus avant l'impact propre du TDAH.

VU
Strasbourg, le
..... 7 juillet 2020
Le Président du Jury de Thèse



Professeur Maria GONZALEZ

VU et approuvé
Strasbourg, le 31 AOUT 2020
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg



Professeur Jean SIBILIA

ANNEXES

ANNEXE A : Critères diagnostiques du DSM 5

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

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

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

a. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).

b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (ex : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long).

c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : leur esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).

d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait).

e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre ; complique et désorganise le travail ; gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés).

f. Souvent évite, a en aversion, ou fait à contre-coeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article).

g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).

h. Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »).

i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).

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

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

- a. Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
- b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester assis).
- c. Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).
- d. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e. Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" (ex : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).
- f. Souvent, parle trop.

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

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

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

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

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

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

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

Sous-types cliniques

- Condition Mixte ou combiné : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
- Condition Inattention prédominante : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.
- Condition hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

ANNEXE B : Protocole



Direction de la Recherche Clinique et des Innovations
Résumé RIPH3 - Questionnaires & Entretiens -
VQ 1 applicable au 2019-01-01
RIPH3 2019 – HUS N°7482

<p>Titre complet de la recherche :</p> <p>IMPACT DU TDAH DE L'ADULTE SUR L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE, UNE ETUDE DE COHORTE PROSPECTIVE</p> <p>N° IDRCB : 2019-A01875-52 RIPH3 2019 – HUS N°7482</p>

Acronyme : WORKTDA

<p>Promoteur : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg 1, place de l'Hôpital, 67 091 STRASBOURG cedex Tél. : 03 88 11 52 66 Fax : 03 88 11 52 40 Email : DRCI@chru-strasbourg.fr</p>	<p>P. le Directeur Général, Le Directeur de la Recherche Clinique et des Innovations</p>  <p>Eric DEMONSANT</p>
<p>Investigateur principal : Dr. WEIBEL Sébastien Service de Psychiatrie 2 – Clinique de Psychiatrie - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - -1 place de l'Hôpital - 67 091 Strasbourg Cedex Tel : 03 88 11 51 57 Email : sebastien.weibel@chru-strasbourg.fr</p>	<p>Signature de l'investigateur principal</p> 
<p>Méthodologiste Biostatisticien Responsable Pr. MEYER Nicolas Service Groupe méthodologie en recherche clinique - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg Adresse Chirurgie B, 1 place de l'Hôpital 67091 Strasbourg Cedex Tel : 03 88 11 63 58 Email : nicolas.meyer@chru-strasbourg.fr</p>	<p>Signature :</p> 

Version N°1.2

Date de la version : 30/08/2019



HISTORIQUE DES MISES A JOUR DU RESUME

VERSION	DATE	RAISON DE LA MISE A JOUR
1.1	26/06/2019	Soumission initiale
1.2	30/08/2019	Modifications apportées suite aux demandes du CPP

LISTE DES INVESTIGATEURS

QUALITE (investigateur coordonnateur, principal, associé) FONCTION (PH, PU-PH, infirmier, sage- femme, chirurgien)	Nom, Prénom	N° RPPS	Service et adresse du centre	Téléphone / fax	Adresse e-mail
Investigateur Coordonnateur, PH	Weibel, Sébastien	10100086643	Service de Psychiatrie 2 – Clinique de Psychiatrie - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - -1 place de l'Hôpital - 67 091 Strasbourg Cedex	03 88 11 51 57	sebastien.weibel@chru-strasbourg.fr
Chercheur Associé réalisant cette recherche dans le cadre de sa thèse de médecine, Interne en médecine	Goltzene, Marc- André	NA	Service de Psychiatrie 2 – Clinique de Psychiatrie - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - -1 place de l'Hôpital - 67 091 Strasbourg Cedex	03 88 11 51 57 / 06 11 96 19 15	Marc-andre.goltzene@chru- strasbourg.fr

EQUIPE SCIENTIFIQUE ASSOCIEE

QUALITE (statisticiens, chercheur associé, etc...)	NOM et Prénom	SERVICE ET ADRESSE DU CENTRE	TELEPHONE	E-MAIL
Méthodologiste Biostatisticien Responsable	Meyer Nicolas	Service Groupe méthodologie en recherche clinique - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg Adresse Chirurgie B, 1 place de l'Hôpital 67091 Strasbourg Cedex	03 88 11 63 58	Nicolas.meyer@chru-strasbourg.fr

TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE DES MISES A JOUR DU RESUME	2
LISTE DES INVESTIGATEURS.....	3
EQUIPE SCIENTIFIQUE ASSOCIEE	4
TABLE DES MATIERES	5
RESUME DE L'ETUDE	7
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE	7
I.1. Définition de la pathologie ou de l'événement étudié	7
I.2. Prise en charge existante et ses limites	8
I.3. Hypothèse de la recherche	8
I.4. Bénéfices escomptés/Contraintes pour le participant	9
I.4.1. Bénéfices escomptés	9
I.4.2. Contraintes pour le participant	9
I.5. Retombées attendues	9
II. OBJECTIFS ET CRITERES DE JUGEMENT	9
II.1. Objectif principal de la recherche et critère de jugement principal	9
II.1.1. Objectif principal de la recherche	9
II.1.2. Critère de jugement principal	9
II.2. Objectif (s) secondaire (s) et critère (s) de jugement secondaire (s) éventuel (s)	10
II.2.1. Objectif(s) Secondaire(s)	10
II.2.2. Critère(s) d'évaluation secondaire(s)	10
III. ORGANISATION DE L'ETUDE	10
III.1. Description synthétique du schéma d'étude	10
III.2. Population étudiée.....	10
III-2.1. Critères d'inclusion.....	10
III-2.2. Critères de non inclusion.....	10
III-2.3. Critères d'exclusion secondaire.....	11
III-2.3.1. Critères et procédures d'arrêt prématuré de la participation d'un sujet à l'étude	11
III-2.3.2. Critères d'arrêt d'une partie ou de la totalité de la recherche	11
III-2.5. Modalités de recrutement des personnes interrogées	11
III-2.6. Modalités d'information et de traçabilité de la non opposition	12
III-2.7. Type de lieu où doit se dérouler l'étude :	12
III.3. Méthodologie des questionnaires et/ou entretiens	12
IV. ANALYSE STATISTIQUE	14
IV.1. Description de la méthode statistique prévue.....	14
IV.2. Nombre de personnes à inclure	14

V.1.2 du 30/08/2019 approuvée par le CPP EST I le 11/10/2019 et transmise pour information à l'ANSM le 28/10/2019

IV.3 Niveau de significativité statistique	14
V. CALENDRIER DE L'ETUDE	14
VI. RECUEIL GESTION ET SECURITE DES DONNEES	15
VI.1. Questionnaire(s) et entretien(s).....	15
VI.2. Droits d'accès aux données sources	15
VI.3. Comment l'anonymat est-il assuré ?	15
VI.4. Mode de circulation des données	16
VI.5. Destinataires des données personnelles traitées	16
VI.6. Transfert de données en dehors de l'UE.....	16
VI.7. Base de données	16
VI.7.1. PERSONNE RESPONSABLE DE LA BASE :	16
VI.7.2. QUI Y AURA ACCES ?	16
VI.7.3. QUI SAISIT LES DONNEES ?	17
VI.7.4. MODALITES DE SAUVEGARDES DES DONNEES	17
VI.7.5. QUI ANALYSE LES DONNEES ?	17
VI.7.6. DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES	17
VII. DONNES ET ASSURANCE QUALITE	17
VII.1. SUIVI DE LA RECHERCHE.....	17
VII.2. CONTROLE QUALITE	18
VIII. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	18
VIII.1. COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES ET AUTORITE COMPETENTE	18
VIII.2. INFORMATION ET RECUEIL DE LA NON OPPOSITION	18
VIII.3. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL.....	18
VIII.4. FINANCEMENT DE LA RECHERCHE	19
VIII.5. FIN DE LA RECHERCHE LE RAPPORT FINAL	19
IX. CONFIDENTIALITES DES RESULTATS	19
X. PROPRIETES DES DONNEES ET REGLES DE PUBLICATION	19
X.1. Communications scientifiques.....	19
X.1.1. Mention de l'affiliation des HUS pour les projets promus ou gérés par les HUS	20
X.1.2. Mention du promoteur HUS (DRCI) dans les "acknowledgments" du manuscrit	20
X.1.3. Mention du financeur dans les "acknowledgments" du manuscrit.....	20
X.2. Enregistrement de l'étude sur clinicaltrials.gov.....	20
X.3. Communication des résultats aux patients.....	20
XI- BIBLIOGRAPHIE	21



RESUME DE L'ETUDE

Titre complet de la recherche	Impact du TDAH de l'adulte sur l'activité professionnelle, une étude de cohorte prospective
Acronyme	WORKTDA
Investigateur principal	Dr. WEIBEL Sébastien
Responsable scientifique de la recherche et directeur de thèse	Dr. WEIBEL Sébastien
Promoteur	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
N° ID RCB	2019-A01875-52
N° HUS	7482
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE	
I.1. DEFINITION DE LA PATHOLOGIE OU DE L'EVENEMENT ETUDIE	<p>Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) est l'un des troubles les plus fréquents en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Sa prévalence en population française a été estimée entre 3% et 5% chez l'enfant d'âge scolaire (Lecendreux, Konofal, and Faraone 2011). Cependant, le trouble persiste à l'âge adulte dans plus de 60 % des cas (Faraone et al. 2003), ce qui correspond à une prévalence estimée à 3% en population adulte.</p> <p>Alors que les symptômes centraux d'hyperactivité, d'impulsivité et d'inattention sont bien caractérisés chez l'enfant et l'adolescent, ces symptômes ont une expression qui peut être différente et plus subtile chez l'adulte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'hyperactivité peut ainsi se manifester par une expérience interne d'agitation avec incapacité à se détendre, une tendance à parler à tout-va, une gêne dans des conditions où il est attendu de rester assis (à table, en réunion, au cinéma), ou encore par le fait d'être en action tout le temps ; - L'impulsivité peut se manifester par une impatience problématique, une tendance à agir sans réfléchir, dépensant de manière déraisonnable, changeant d'emploi ou de relations de manière impulsive, ayant des comportements à risque ; - L'inattention se manifeste par une distractibilité majeure, le fait d'être désorganisé, à avoir de la peine à terminer les choses commencées, être facilement en retard, être extrêmement vite ennuyé, ayant besoin de changement permanent. Les patients ont des difficultés à persévérer vers un but, et une sensibilité exacerbée au stress. <p>De plus, les patients ont des variations de leur humeur, avec "des hauts et des bas" fréquents, et des explosions de colère. Très souvent, ces symptômes font que les patients expérimentent des difficultés dans leurs études et leur profession et dans leurs relations personnelles.</p> <p>Il est établi que le TDAH retentit de façon majeure sur le fonctionnement scolaire et professionnel, relationnel et familial des enfants comme des adultes. Les</p>

	<p>études à long terme montrent que, par rapport à la population générale, les sujets TDAH abandonnent davantage l'école, accèdent moins aux études supérieures, perdent plus facilement leur travail, ont des relations familiales plus instables, commettent plus d'actes antisociaux et ont un risque plus élevé d'usage de tabac ou d'abus d'alcool et de drogue, ont plus d'accidents de la circulation (Biederman and Faraone 2006; Doshi et al. 2012; Chang et al. 2014; Lichtenstein et al. 2012). Le défaut de prise en charge adaptée de cette pathologie peut avoir des conséquences sévères sur la vie entière des sujets et un coût important pour la société.</p> <p>Bien que l'impact global du TDAH sur le parcours professionnel ait été évalué, peu d'études s'attachant à décrire précisément quelles sont ces difficultés professionnelles sont disponibles. Une évaluation portant sur les fonctions exécutives chez les patients TDAH met en évidence une corrélation entre un déficit fonctionnel mesuré par divers tests (Conners Continuous Performance Test, Wisconsin Card Sort Test ...) et des difficultés professionnelles (Barkley et al. 2010). Toutefois, les mesures de fonctions exécutives ne tiennent pas compte des conditions réelles de travail, très variables d'une profession à une autre, mais également au sein d'une même profession selon les tâches auxquelles sont confrontées les individus.</p>
<p>I.2. PRISE EN CHARGE EXISTANTE ET SES LIMITES</p>	<p>Pour l'heure, la prise en charge thérapeutique des patients adultes atteints de TDAH repose essentiellement sur le psychiatre, associant un traitement psychothérapeutique, éventuellement complété par un traitement médicamenteux à base de méthylphénidate.</p> <p>Peu de connaissances sont actuellement disponibles en ce qui concerne les répercussions professionnelles de la maladie, avec, à ce jour et à notre connaissance, aucune publication disponible sur ce sujet.</p> <p>Faisant l'hypothèse d'une répercussion professionnelle de la pathologie, un manque de connaissance dans ce domaine est préjudiciable tant pour la prise en charge thérapeutique que peut proposer le psychiatre que pour l'aspect de prévention des risques professionnels qui relève quant à elle du médecin du travail.</p> <p>Dans un contexte professionnel marqué par des risques psychosociaux omniprésents, une attention toute particulière est à porter à la prévention du risque d'épuisement professionnel. Cette prévention est facilitée, voir conditionnée par une bonne connaissance des difficultés rencontrées par des patients fragilisés par leur pathologie.</p>
<p>I.3. HYPOTHESE DE LA RECHERCHE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse : Le trouble déficitaire de l'attention chez l'adulte est à l'origine de difficultés professionnelles, sur les plans émotionnels, cognitifs, physiques et des relations sociales (cf. Evaluating Mental Health Disability in the Workplace et Bazelon Center for Mental Health, 2008) ; - Population étudiée : Patients adultes atteints de TDAH ; - Résultats attendus : Amélioration de la compréhension de la pathologie et de ses répercussions professionnelles permettant une amélioration de la

	prise en charge par le psychiatre et une meilleure prévention des risques professionnels par le médecin du travail.
I.4. BÉNÉFICES ESCOMPTEES/CONTRAINTES POUR LE PARTICIPANT	<p>I.4.1. BÉNÉFICES ESCOMPTEES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour le participant : Aucun bénéfice direct pour le participant à cette recherche observationnelle - Pour les futurs patients : Amélioration de la prise en charge thérapeutique, meilleure adaptation des conditions de travail <p>I.4.2. CONTRAINTES POUR LE PARTICIPANT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps total consacré aux séances d'entretiens : 2 heures (1h à l'inclusion et 1h un an après) - Temps total consacré au renseignement des questionnaires : compris dans le temps de l'entretien - Temps de transport maximal estimé pour les participants si applicable : non applicable
I.5. RETOMBÉES ATTENDUES	<p>Publication d'un article à la fin des entretiens initiaux, lors de l'arrivée à saturation des données, pour une description des difficultés professionnelles rencontrées par la population étudiée.</p> <p>Publication d'un second article à la fin des entretiens à 1 an, pour description de l'évolution des difficultés professionnelles en fonction de la prise en charge effectuée.</p> <p>Selon les possibilités : communications orales en congrès de psychiatrie et de médecine du travail pour présentation des résultats de l'étude.</p>
II. OBJECTIFS ET CRITERES DE JUGEMENT	
II.1. OBJECTIF PRINCIPAL DE LA RECHERCHE ET CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL (Maximum 750 signes)	<p>II.1.1. OBJECTIF PRINCIPAL DE LA RECHERCHE</p> <p>Décrire les difficultés professionnelles rencontrées par les patients adultes ayant un TDAH en situation d'emploi.</p> <p>Evaluer l'évolution des difficultés professionnelles 1 an après le diagnostic chez ces patients, selon l'introduction ou non d'un traitement par méthylphénidate, et en fonction du maintien de ce traitement.</p> <p>II.1.2. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL</p> <p>Les difficultés professionnelles seront recueillies à l'aide du Work Limitations Questionnaire version 1.0 développé par Lerner D. et mis à disposition par Mapi Research Trust.</p> <p>Ces difficultés professionnelles seront recueillies lors de l'entretien initial et lors de l'entretien réalisé à un an. Les analyses statistiques relatives au critère d'évaluation principal seront descriptives afin d'exprimer la proportion des</p>

	<p>différentes difficultés professionnelles rencontrées. Des analyses descriptives seront également réalisées en sous-groupe afin de préciser les difficultés rencontrées en fonction de la catégorie professionnelle.</p> <p>Des analyses comparatives seront faites après un an afin d'évaluer l'évolution des difficultés professionnelles en fonction de la prise en charge proposée, et feront appel à des modèles de régression linéaires mixtes multivariés.</p>
<p>II.2. OBJECTIF (S) SECONDAIRE (S) ET CRITERE (S) DE JUGEMENT SECONDAIRE (S) EVENTUEL (S) (Maximum 1500 signes)</p>	<p>II.2.1. OBJECTIF(S) SECONDAIRE(S)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'évolution des difficultés professionnelles selon le traitement médicamenteux reçu. - Evaluer l'évolution des difficultés professionnelles selon l'évolution de la symptomatologie du TDAH. - Evaluer l'impact de la dépression et de l'anxiété sur les difficultés professionnelles. <p>II.2.2. CRITÈRE(S) D'ÉVALUATION SECONDAIRE(S)</p> <p>Les différents critères d'évaluation secondaires seront recueillis concomitamment au critère d'évaluation principal, donc lors de l'entretien initial et de l'entretien à un an. Ces critères secondaires seront recueillis par complétion d'auto-questionnaires par le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie du TDAH : ASRS v1.1 ; - Dépression : hétéroquestionnaire QIDS 16 ; - Sentiment d'épuisement au travail : inventaire de Burn-Out de Maslach.
III. ORGANISATION DE L'ÉTUDE	
<p>III.1. DESCRIPTION SYNTHETIQUE DU SCHEMA D'ÉTUDE (Maximum 750 signes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etude non interventionnelle - Non randomisée - Etude descriptive - Monocentrique - Basée uniquement sur des données recueillies par questionnaires et entretiens sans modification de la prise en charge des participants à la recherche
<p>III.2. POPULATION ETUDIÉE</p>	<p>III-2.1. CRITERES D'INCLUSION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients âgés de 18 à 62 ans - Diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité posé par un psychiatre des HUS - Absence de diagnostic de TDAH posé durant l'enfance ou l'adolescence - Patient ayant été en situation d'activité professionnelle au cours des 3 derniers mois - Patient ayant exprimé sa non-opposition à la recherche. <p>III-2.2. CRITERES DE NON INCLUSION</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Patient ne souhaitant pas participer à la recherche - Patient en arrêt de travail ou au chômage depuis plus de 3 mois - Episode dépressif en phase aiguë - Sujet ayant un projet de mobilité empêchant le suivi pendant 1 an (déménagement planifié) - Impossibilité de donner au sujet des informations éclairées (sujet en situation d'urgence, difficultés de compréhension du sujet, retard mental, illettrisme ou maîtrise insuffisante de la langue française...) - Sujet sous sauvegarde de justice - Sujet sous tutelle ou sous curatelle <p>III-2.3. CRITERES D'EXCLUSION SECONDAIRE</p> <p>III-2.3.1. CRITERES ET PROCEDURES D'ARRET PREMATURE DE LA PARTICIPATION D'UN SUJET A L'ETUDE</p> <p>Les sujets peuvent retirer leur non opposition et demander à sortir de l'étude à n'importe quel moment quelle qu'en soit la raison. Il incombe à l'investigateur de documenter de façon aussi complète que possible les raisons de l'arrêt prématuré.</p> <p>En cas de retrait de la non opposition, les données collectées ne seront pas analysées. En cas de retraits trop nombreux, l'inclusion de sujets sera poursuivie afin d'obtenir des données exploitables sur le plan statistique.</p> <p>De son côté, l'investigateur est en droit d'interrompre temporairement ou définitivement la participation d'un sujet à l'étude, pour toute raison qui servirait au mieux les intérêts de ce dernier.</p> <p>III-2.3.2. CRITERES D'ARRET D'UNE PARTIE OU DE LA TOTALITE DE LA RECHERCHE</p> <p>Sur décision du CPP, du Promoteur ou de l'Investigateur, il est possible d'interrompre l'étude (en cas de difficultés de recrutement, ou de tout autre motif le justifiant).</p> <p>III-2.5. MODALITES DE RECRUTEMENT DES PERSONNES INTERROGEEES</p> <p>Le recrutement se déroulera dans le contexte des consultations spécialisées TDAH de la clinique de psychiatrie à Strasbourg. Les patients sont référés par des professionnels de santé (psychiatres, médecins généralistes, psychologues) et dans certains cas, les patients s'adressent eux-mêmes.</p> <p>La clinique de psychiatrie accueille environ 80 à 100 nouveaux patients par an pour des évaluations TDAH. La prise en charge des patients ne participant pas aux sous-études n'est pas modifiée par rapport à celle dont ils bénéficient dans le cadre du soin (N=40), qui dans le cadre des procédures diagnostiques du TDAH, comprennent un entretien clinique, et le remplissage d'auto-questionnaires, ces derniers étant plus approfondis. Les patients avec TDAH sont en général très motivés pour participer à des recherches portant sur ce trouble. Les critères d'inclusion restent larges, une inclusion de 50 patients par an paraît raisonnable.</p>
--	--

	<p>III-2.6. MODALITES D'INFORMATION ET DE TRAÇABILITE DE LA NON OPPOSITION</p> <p>Modalités d'information :</p> <p>Les patients seront informés sur l'étude lors de la consultation dans le service de psychiatrie de Strasbourg ou au sein du centre de consultation spécialisé en pathologie professionnelle de Strasbourg.</p> <p>Cette étude ne comportant aucun risque pour le patient, il n'y a pas lieu de mettre en place une période d'exclusion pendant et/ou à l'issue de la recherche.</p> <p>Aucune indemnité compensatoire n'est prévue pour les patients dans le cadre de leur participation à la recherche.</p> <p>Traçabilité de la non opposition :</p> <p>La traçabilité de la non opposition sera garantie par la signature d'un formulaire d'information et de non opposition.</p> <p>La date à laquelle le sujet a accepté de participer à la recherche est notée dans son dossier médical, de même, que la date éventuelle d'opposition à sa participation, le cas échéant.</p> <p>III-2.7. TYPE DE LIEU OU DOIT SE DEROULER L'ETUDE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centre de consultation en pathologies professionnelles – Hôpitaux Universitaire de Strasbourg - Service de psychiatrie 2 – Clinique de psychiatrie – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
<p>III.3. METHODOLOGIE DES QUESTIONNAIRES ET/OU ENTRETIENS</p>	<p>III.3.1. Questionnaire (s) :</p> <p>Modalités de passation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire administré par : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Courrier ; <input type="checkbox"/> Internet ; <input type="checkbox"/> Téléphone Internet ; <input checked="" type="checkbox"/> Face à face <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : - Questionnaire administré en : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Une fois <input checked="" type="checkbox"/> Plusieurs fois (préciser le nombre de passation) : 2 (à l'inclusion et 1 an après) <p>Type de questionnaires</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Validé, indiquer l'origine de la validation :</p> <p>Questionnaires validés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie du TDAH : ASRS v1.1 ; - Dépression : hétéroquestionnaire QIDS 16 ; - WLQ-25: Lerner, D., Amick III, B. C., Rogers, W. H., Malspeis, S., Bungay, K.,

	<p>& Cynn, D. (2001). The work limitations questionnaire. Medical care, 72-85.</p> <p>- MBI: Les questions du MBI ont été élaborées à partir d'une longue série d'entretiens, de questionnaires et d'observation du travail. Après plusieurs analyses factorielles avec rotation varimax, sur 67 items initiaux, 22 ont été retenus. Trois facteurs ont été identifiés [Maslach et al., 1986]. Cette structuration en trois facteurs a été confirmée par la suite dans de nombreuses études et notamment par des analyses factorielles confirmatoires [revues de : Pezet-Langevin, 1997, 2002 ; Worley et al., 2008] (Source : INRS)</p> <p>- Symptomatologie du TDAH ASRS v1.1 : L'échelle d'auto-évaluation des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'adulte (ASRS v1.1) et les cotations ont été conçus conjointement avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Groupe de travail dirigé par Lenard Adler, Ronald Kessler et Thomas Spencer. Elle a été traduite et validée en français par Hervé Caci, Jacques Bouchez et Franck Bayle.</p> <p>- Dépression : hétéroquestionnaire QIDS 16 : Bernstein IH, Rush AJ, Carmody TJ, Woo A, Trivedi MH ; J Psychiatr Res. 2007 Apr-Jun;41(3-4):239-46. Epub 2006 May 22</p>
	<p>III.3.2. Entretien (s) :</p> <p>Modalités de réalisation :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Entretien individuel ; <input type="checkbox"/> Entretien collectif</p> <p>- Entretien réalisé en :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Face à face ; <input type="checkbox"/> Vidéo-conférence ; <input type="checkbox"/> Téléphone</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser):</p> <p>- Entretien réalisé :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Une fois</p> <p><input type="checkbox"/> Plusieurs fois (préciser le nombre de passation) :</p> <p>Type d'entretien :</p> <p><input type="checkbox"/> Directif ; <input checked="" type="checkbox"/> Semi-directif ; <input type="checkbox"/> Non directif</p> <p>Enregistrement :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Audio ; <input type="checkbox"/> Vidéo</p> <p><input type="checkbox"/> Respect du droit à l'image (la personne a été informée qu'elle serait enregistrée et a donné son consentement à la captation de son image/de sa voix)</p>

IV. ANALYSE STATISTIQUE	
IV.1. DESCRIPTION DE LA METHODE STATISTIQUE PREVUE	<p>Pour les données recueillies à l'issue des entretiens initiaux, des analyses descriptives simples seront effectuées en présentant les variables qualitatives par leurs proportions et les variables quantitatives par leur moyenne et écart-type ou leur médiane et écart inter-quartile pour les distributions respectivement normales et non-normales.</p> <p>L'évolution du WLQ-25 et du MBI entre les entretiens initiaux et les entretiens à 1 an sera analysée à l'aide de modèles de régressions linéaires multivariées avec effet aléatoire sur l'intercept par sujet.</p> <p>Les analyses seront réalisées par Goltzene Marc-André à l'aide du logiciel R et des packages adéquats, en lien avec le Groupe de Méthodologie en Recherche Clinique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.</p>
IV.2. NOMBRE DE PERSONNES A INCLURE	<p>Cette étude étant menée à but descriptif et non comparatif, nous ne calculons pas de puissance statistique. Nous prévoyons l'inclusion de 50 patients au total.</p>
IV.3 NIVEAU DE SIGNIFICATIVITE STATISTIQUE	<p>Les résultats seront considérés comme significatifs au seuil de 5%. (Non applicable ici)</p>
V. CALENDRIER DE L'ETUDE	
Calendrier prévisionnel	<p>(a) Durée de période d'inclusion : 1 an</p> <p>(b) Durée prévisionnelle du recueil de données par entretien ou questionnaire pour un participant: 2 heures (1h à l'inclusion et 1h un an après)</p> <p>(c) Durée prévisionnelle totale de participation à la recherche pour un participant : 1 an</p> <p>(d) Durée totale de la recherche : 2 ans</p>



VI. RECUEIL GESTION ET SECURITE DES DONNEES

Les données recueillies par questionnaires ou entretiens dans le cadre de cette étude le sont dans un but de recherche scientifique et à des fins d'intérêt public (article 6 du RGPD)

VI.1. QUESTIONNAIRE(S) ET ENTRETIEN(S)

Conformément à l'arrêté du 21 décembre 2018 fixant le format du résumé du protocole d'une recherche impliquant la personne humaine mentionnée au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique ne comportant que des questionnaires ou des entretiens, l'investigateur principal et les investigateurs associés à cette recherche s'engagent à conduire l'étude en conformité avec :

▪ La procédure prévue au II de l'article R.1123-20 du code de la santé publique (disponible dans sa version intégrale via le lien <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/12/21/SSAP1835310A/jo/texte>), à savoir cette recherche :

- comporte uniquement des données recueillies par questionnaire(s) et/ou entretien(s)
- n'a aucune conséquence pour les personnes participantes que ce soit en termes de sécurité ou de modification de la prise en charge habituelle
- est dénuée de risque et les inconvénients pour les personnes participantes à la recherche sont négligeables

▪ L'ensemble des dispositions de la méthodologie de référence MR003 homologuée le 03 mai 2018 par délibération n°2018-154 (disponible dans sa version intégrale via le lien <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037187443>)

VI.2. DROITS D'ACCES AUX DONNEES SOURCES

Les documents sources sont définis comme tout document ou objet original permettant de prouver l'existence ou l'exactitude d'une donnée ou d'un fait enregistré au cours de l'étude (questionnaires, entretiens).

L'investigateur autorise l'accès direct à tous les documents source conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, aux personnes chargées du contrôle de qualité de la recherche dûment mandatées à cet effet par le promoteur et à toutes personnes appelées à collaborer aux essais. Ces personnes prennent toutes les précautions nécessaires en vue d'assurer la confidentialité des informations relatives à l'essai et aux personnes qui s'y prêtent, notamment en ce qui concerne leur identité ainsi qu'aux résultats obtenus.

Les investigateurs acceptent de se conformer aux exigences du promoteur et de l'Autorité Compétente en ce qui concerne un audit ou une inspection de l'étude. L'audit pourra s'appliquer à tous les stades de l'étude, du développement du protocole à la publication des résultats et au classement des données utilisées ou produites dans le cadre de l'étude.

VI.3. COMMENT L'ANONYMAT EST-IL ASSURE ?

Toutes les données de cette étude recueillies via un questionnaire et/ou un entretien doivent être anonymisées par un transcodage effectué par l'investigateur principal ou l'investigateur associé selon les recommandations habituelles de tout projet de recherche (1ère lettre du nom de famille - 1ère



lettre du prénom - N° d'ordre d'inclusion du sujet dans la recherche suivi éventuellement du N° du centre, si l'étude est multicentrique.

La correspondance de ce code unique avec l'identité du participant est faite par l'investigateur principal de chaque centre, grâce à une liste confidentielle d'identification des participants inclus dans le centre. La liste de correspondance doit être conservée de façon sécurisée.

VI.4. MODE DE CIRCULATION DES DONNEES

Il n'y a pas de circulation des données en dehors des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), l'étude étant monocentrique.

VI.5. DESTINATAIRES DES DONNEES PERSONNELLES TRAITÉES

- Dr. WEIBEL Sébastien: Investigateur principal et responsable scientifique de la recherche
- Mr. GOLTZENE Marc-André : Chercheur associé réalisant cette étude dans le cadre de sa thèse de médecine.

VI.6. TRANSFERT DE DONNEES EN DEHORS DE L'UE

Il n'y a pas de circulation des données en dehors des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), l'étude étant monocentrique.

VI.7. BASE DE DONNEES

L'investigateur principal de la recherche s'engage :

- à héberger le fichier Excel, servant de base de données dédiée à ce projet sur le réseau informatique interne des HUS.
- à sécuriser l'accès à ce répertoire en demandant la restriction des accès aux seules personnes impliquées dans l'étude (démarche à effectuer par l'investigateur principal auprès du service informatique des HUS, CRIH SUPPORT).

Toutes les données requises par le protocole doivent être saisies de manière anonymisée dans la base de données. ainsi, l'anonymat des participants doit être assuré par un transcodage effectué par l'investigateur principal selon les recommandations habituelles de tout projet de recherche (1ère lettre du nom de famille - 1ère lettre du prénom - N° d'ordre d'inclusion du sujet dans la recherche. La correspondance de ce code unique avec l'identité du participant est faite à l'écrit par l'investigateur principal, grâce à une liste confidentielle d'identification des participants inclus dans la recherche.

VI.7.1. PERSONNE RESPONSABLE DE LA BASE :

- Dr. WEIBEL Sébastien: Investigateur principal et responsable scientifique de la recherche

VI.7.2. QUI Y AURA ACCES ?

- Dr. WEIBEL Sébastien: Investigateur principal et responsable scientifique de la recherche
- Mr. GOLTZENE Marc-André : Chercheur associé réalisant cette étude dans le cadre de sa thèse de médecine.



VI.7.3. QUI SAISIT LES DONNEES ?

- Mr. GOLTZENE Marc-André : Chercheur associé réalisant cette étude dans le cadre de sa thèse de médecine :

VI.7.4. MODALITES DE SAUVEGARDES DES DONNEES

Les personnes chargées de la saisie doivent procéder à l'enregistrement des données en fin de chaque saisie.

La fréquence des sauvegardes des bases de données sur le réseau interne des HUS assurée automatiquement par le service informatique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

V.7.5. QUI ANALYSE LES DONNEES ?

- Dr. WEIBEL Sébastien: Investigateur principal et responsable scientifique de la recherche
- Mr. GOLTZENE Marc-André : Chercheur associé réalisant cette étude dans le cadre de sa thèse de médecine
- Pr. MEYER Nicolas : Méthodologiste biostatisticien de l'étude

VI.7.6. DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES

Conformément à l'article R1123-68 du code de la santé publique et aux Bonnes Pratiques Cliniques, les documents et données relatifs à la recherche seront conservés l'investigateur principal de chaque centre pendant toute la durée de la recherche et pour une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche :

- Le Résumé de la recherche comportant uniquement des questionnaires ou des entretiens et les modifications éventuelles à ce document
- Les questionnaires et/ou entretiens
- Tous les autres documents (courriers relatifs à la recherche,...)
- L'exemplaire original des (notices d'information et de non oppositions datées et signées par les participants et les investigateurs)
- La liste des sujets inclus et la liste d'identification des sujets inclus par son centre
- Le fichier électronique ayant servi de base de données pour l'étude (par l'investigateur principal du centre promoteur uniquement)

Toutes les données, tous les documents et rapports pourront faire l'objet d'audit ou d'inspection. Ces documents doivent être conservés de manière à pouvoir être facilement mis à disposition des autorités compétentes et leur être accessible, sur demande.

Dans le cas où l'investigateur principal ne peut plus assurer la conservation des documents de l'étude (par ex : départ en retraite), Il désignera l'investigateur à qui la responsabilité de la conservation des documents a été déléguée et en informera par courrier le promoteur.

VII. DONNES ET ASSURANCE QUALITE

VII.1. SUIVI DE LA RECHERCHE

Le suivi de la recherche sera assuré par l'investigateur principal. Il pourra déléguer au personnel de son service habilité et préalablement formé à l'étude, les missions suivantes :

- la logistique de l'étude



- l'établissement des rapports concernant son état d'avancement,
- la saisie des données

VII.2. CONTROLE QUALITE

Un attaché de recherche clinique mandaté par le promoteur visitera le service du centre promoteur en charge de l'étude lors la mise en place et en fin de recherche. Lors de cette dernière visite, il vérifiera les notices de non opposition et assurera la clôture du centre promoteur.

Quant à l'ouverture et la clôture des centres associés si applicable, elle se fera par téléphone.

VIII. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Les personne(s) qui dirige(nt) et surveille(nt) la recherche s'engagent à ce que cette recherche soit réalisée en conformité avec la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine et la déclaration d'Helsinki (qui peut être retrouvée dans sa version intégrale sur le site <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>).

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP).

VIII.1. COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES ET AUTORITE COMPETENTE

Conformément à la réglementation en vigueur, le promoteur procédera à la demande d'avis contraignant auprès du Comité de protection des personnes (CPP) et informera l'Autorité compétente (AC).

Conformément à l'article L1123-9, toute modification substantielle de la recherche fera l'objet d'une demande d'avis contraignant auprès du Comité de Protection des Personnes.

Aucune pré-inclusion ou inclusion n'aura lieu avant :

- l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes,
- l'information de l'Autorité compétente,
- la réunion de mise en place de l'étude par le promoteur.

VIII.2. INFORMATION ET RECUEIL DE LA NON OPPOSITION

Avant son inclusion dans l'étude, chaque sujet potentiellement éligible recevra des explications très complètes sur l'étude. Les informations communiquées sont résumées dans un document écrit remis à la personne dont la non opposition sera sollicitée. Une fois que cette information aura été donnée et que l'investigateur sera convaincu que le sujet comprend les implications de sa participation à la recherche, il lui demandera s'il s'oppose à sa participation, de façon libre et éclairé. Le sujet est libre de refuser de participer à l'étude, et il peut retirer à tout moment son accord et ce, qu'elle qu'en soit la raison, et sans encourir aucune responsabilité, ni aucun préjudice.

Un exemplaire original de la notice de non opposition datée et signée par l'investigateur et la participant sera conservée 15 ans par l'investigateur principal du centre. Le second exemplaire original sera transmis au participant.

Une copie de la notice de non opposition datée et signée par l'investigateur et la participant sera mise dans le dossier médical du participant.

VIII.3. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL



Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont procédé à une demande d'autorisation de la recherche auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

VIII.4. FINANCEMENT DE LA RECHERCHE

L'étude est qualifiée d'observationnelle sans surcoûts bénéficiant du soutien du promoteur au porteur de projet en matière d'élaboration du protocole de recherche, des documents de l'étude et la réalisation des soumissions réglementaires

VIII.5. FIN DE LA RECHERCHE LE RAPPORT FINAL

La fin de la recherche correspond au terme de la participation du dernier sujet participant à la recherche.

Sur décision du CPP, du Promoteur ou de l'Investigateur, il est possible d'interrompre la recherche (en cas de difficultés de recrutement, ou de tout autre motif le justifiant).

Dans un délai de 10/11 mois suivant la fin de la recherche ou son interruption, un rapport final sera établi et signé par le promoteur et l'investigateur. Ce rapport sera tenu à la disposition de l'autorité compétente. Le promoteur transmettra au CPP et à l'ANSM les résultats de la recherche sous forme d'un résumé du rapport final dans un délai d'un an après la fin de la recherche.

IX. CONFIDENTIALITES DES RESULTATS

Conformément à l'article R.5121-13 du Code de la Santé Publique, les investigateurs et toutes les personnes appelées à collaborer à la recherche sont tenus au secret professionnel en ce qui concerne notamment la nature des produits utilisés, la recherche, les personnes qui s'y prêtent et les résultats obtenus. L'investigateur principal ou coordonnateur en cas d'étude multicentrique doit s'assurer que l'anonymat des patients sera respecté. L'investigateur principal conserve une liste confidentielle d'identification des patients inclus par son centre.

X. PROPRIETES DES DONNEES ET REGLES DE PUBLICATION

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg sont seuls propriétaires de la base de données et de toute information scientifique ou technique relative à la recherche, et notamment de l'ensemble des données brutes collectées ou générées dans le cadre de la Recherche.

X.1. Communications scientifiques

La publication des résultats principaux doit se conformer aux bonnes pratiques en matière d'auteurs (The COPE Report 2003) et mentionne obligatoirement le nom du promoteur de la recherche, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, en affiliation première avant toute autre affiliation et selon les normes des revues concernant les auteurs. Ces auteurs peuvent être : les personnes ayant inclus ou suivi des patients dans la recherche, les méthodologistes, les biostatisticiens ayant participé à la recherche et la participation éventuelle du laboratoire nom du laboratoire pharmaceutique / la source de financement. Il sera tenu compte des règles internationales d'écriture et de publication (The Uniform Requirements for Manuscripts de l'ICMJE, avril 2010).



Toute communication écrite ou orale des résultats de la recherche doit recevoir l'accord préalable de l'investigateur porteur du projet.

X.1.1. Mention de l'affiliation des HUS pour les projets promus ou gérés par les HUS

Les termes Hôpitaux Universitaires de Strasbourg doivent apparaître dans l'adresse des auteurs

X.1.2. Mention du promoteur HUS (DRCI) dans les "acknowledgments" du manuscrit

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg doivent être mentionnés comme promoteur de la recherche :

"The sponsor was Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (Direction de la Recherche Clinique et des Innovations)"

X.1.3. Mention du financeur dans les "acknowledgments" du manuscrit

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg doivent être mentionnés comme soutien financier :

"This research was supported by grants from the Hôpitaux Universitaires de Strasbourg"

X.2. Enregistrement de l'étude sur clinicaltrials.gov

Afin de suivre les règles de transparence comme de bonnes pratiques en matière de recherche clinique, et de faciliter la publication des résultats scientifiques obtenus, cette étude fera l'objet d'un enregistrement sur le site <http://clinicaltrials.gov/> (ajouter le n° numéro d'enregistrement quand la recherche est enregistrée)

X.3. Communication des résultats aux patients

A leur demande, les participants à la recherche sont informés des résultats globaux de celle-ci.



XI- BIBLIOGRAPHIE

1. Lecendreux, M., Konofal, E., & Faraone, S. V. (2011). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *Journal of attention disorders*, 15(6), 516-524.
2. Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?. *World psychiatry*, 2(2), 104.
3. Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), 159-165.
4. Doshi, J. A., Hodgkins, P., Kahle, J., Sikirica, V., Cangelosi, M. J., Setyawan, J., ... & Neumann, P. J. (2012). Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 990-1002.
5. Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D'onofrio, B., Serlachius, E., Fazel, S., ... & Larsson, H. (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(8), 878-885.
6. Chang, Z., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2012). The effects of childhood ADHD symptoms on early-onset substance use: a Swedish twin study. *Journal of abnormal child psychology*, 40(3), 425-435.
7. Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: the predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of clinical neuropsychology*, 25(3), 157-173.
8. Lerner, D., Amick III, B. C., Rogers, W. H., Malspeis, S., Bungay, K., & Cynn, D. (2001). The work limitations questionnaire. *Medical care*, 72-85.

ANNEXE C : Questionnaire de l'étude



Direction de la Recherche Clinique et des Innovations
RIPH3 2019 – HUS N°7482

QUESTIONNAIRES & ENTRETIEN

Titre de la recherche :

IMPACT DU TDAH DE L'ADULTE SUR L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE, UNE ETUDE DE COHORTE PROSPECTIVE

N° IDRCB : 2019-A01875-52
RIPH3 2019 – HUS N°7482

<p>Investigateur principal : Dr. WEIBEL Sébastien Service de Psychiatrie 2 – Clinique de Psychiatrie - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - -1 place de l'Hôpital - 67 091 Strasbourg Cedex Tel : 03 88 11 51 57 Email : sebastien.weibel@chru-strasbourg.fr</p>	<p>Chercheur associé réalisant cette étude dans le cadre de sa thèse de médecine : Mr. GOLTZENE Marc-André Service de Psychiatrie 2 – Clinique de Psychiatrie - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - -1 place de l'Hôpital - 67 091 Strasbourg Cedex Tel : 03 88 11 51 57 Email : MarcAndre.GOLTZENE@chru-strasbourg.fr</p>
<p>Promoteur : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg 1, place de l'Hôpital, 67 091 STRASBOURG cedex Tél. : 03 88 11 52 66 Fax : 03 88 11 52 40 Email : DRCl@chru-strasbourg.fr</p>	

Identifiants Patient :

Initiales du patient : |_|_| (1ère lettre du Nom ET 1ère lettre du Prénom uniquement)

Numéro d'inclusion patient : |0|_|_|

Date de l'inclusion : |_|_|-|_|_|-|2|0|2|_|_|

Date de Naissance : |_|_|-|1|9|_|_| (mois + année uniquement)

Sexe : F | M | |

Non-opposition du participant obtenue : Oui

PARTIE QUESTIONNAIRES

Profession :

Catégorie socioprofessionnelle

- Agriculteurs exploitants Artisans, commerçants et chefs d'entreprise Cadres et professions intellectuelles supérieures Professions Intermédiaires
- Employés Ouvriers Retraités Autres personnes sans activité professionnelle

Temps de travail

- Temps complet Temps partiel ; Quotité :

Horaires

- Jour Nuit Week-end & jours fériés

Horaires postés ; Modalités :

Année de diagnostic du TDAH :

Personnes contribuant à la prise en charge du TDAH :

- Psychiatre hospitalier Psychiatre libéral Psychologue
- Médecin traitant Médecin du travail Groupe de patients

Traitement du TDAH :

- Médicamenteux Psychothérapie Aucun

Work Limitations Questionnaire – WLQ25 :

Au cours des deux dernières semaines, dans quelle mesure vos problèmes physiques ou émotionnels ont-ils rendu difficiles les tâches suivantes ?

	Difficile				Ne concerne pas	
	tout le temps (100 %)	la plupart du temps	une partie du temps (environ 50 %)	une faible partie du temps	à aucun moment (0 %)	mon travail
Travailler le nombre d'heures requis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commencer facilement sa journée de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se mettre au travail dès son arrivée à son poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer le travail sans s'arrêter pour faire une pause ou se reposer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respecter une routine ou un calendrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours des deux dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été capable d'effectuer les tâches décrites sans éprouver de difficultés dues à des problèmes physiques ou émotionnels ?

	Capable tout le temps (100 %)		Capable une partie du temps (environ 50 %)		Capable à aucun moment (0 %)		Ne concerne pas mon travail
	Capable tout le temps (100 %)	Capable la plupart du temps	Capable une partie du temps (environ 50 %)	Capable une faible partie du temps	Capable à aucun moment (0 %)		
Marcher ou vous rendre d'un lieu à un autre dans le cadre de votre travail (par exemple, vous rendre à une réunion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever, porter ou déplacer des objets de plus de 5 kg au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailler en restant assis(e), debout ou dans une même position pendant plus de 15 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répéter sans arrêt les mêmes mouvements dans votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pencher, vous retourner ou tendre le bras pour attraper quelque chose dans le cadre de votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser des outils ou appareils manuels (par exemple, téléphone, stylo, clavier, souris d'ordinateur, perceuse, sèche-cheveux, ponceuse ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours des deux dernières semaines, dans quelle mesure vos problèmes physiques ou émotionnels ont-ils rendu difficiles les tâches suivantes ?

	Difficile une partie du temps (environ 50 %)					Difficile à aucun moment (0 %)		Ne concerne pas mon travail
	Difficile tout le temps (100 %)	Difficile la plupart du temps	Difficile une partie du temps (environ 50 %)	Difficile une faible partie du temps	Difficile à aucun moment (0 %)			
Fixer son attention sur son travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Garder les idées claires en travaillant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Effectuer son travail avec soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Se concentrer sur son travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Travailler sans perdre le fil de ses pensées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Lire facilement, avoir une bonne vue en travaillant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Parler aux gens face-à-face, lors de réunions ou au téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Garder son calme avec les gens au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Aider d'autres personnes à accomplir leur travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Gérer la charge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Travailler assez rapidement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Terminer son travail à temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Effectuer son travail sans commettre d'erreurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Avoir le sentiment d'avoir accompli un travail à la mesure de ses capacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Test d'inventaire de Burn-Out de Maslach – MBI

Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 : Jamais
- 1 : Quelques fois par an, au moins
- 2 : Une fois par mois au moins
- 3 : Quelques fois par mois
- 4 : Une fois par semaine
- 5 : Quelques fois par semaine
- 6 : Chaque jour

1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragillardif(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Echelle d'autoévaluation du trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité chez l'adulte – ASRS v1.1

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et comment vous vous êtes comporté au cours des 6 derniers mois.

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations ?					
Quand vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des fautes d'étourderie lorsque vous travaillez à un projet ennuyeux ou difficile ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer sur les propos de votre interlocuteur, même si il s'adresse directement à vous ?					
À la maison ou au travail, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'égarer des choses ou d'avoir des difficultés à les retrouver ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être distrait par l'activité ou par le bruit autour de vous ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter votre siège pendant des réunions ou d'autres situations où vous devriez rester assis ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous tenir tranquille ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous détendre et à vous reposer dans vos temps libres ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de façon excessive à l'occasion de rencontres sociales ?					
Pendant une conversation, à quelle fréquence vous arrive-t-il de terminer les phrases de vos interlocuteurs avant que ces derniers aient le temps de les finir ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à attendre votre tour lorsque vous devriez le faire ?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'interrompre les gens lorsqu'ils sont occupés ?					

The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology – QIDS-SR16

-
1. Capacité à vous endormir
- 0 Je ne mets jamais plus de 30 minutes à m'endormir.
 - 1 Moins de la moitié du temps (3 jours ou moins au cours des 7 derniers jours), je mets au moins 30 minutes à m'endormir.
 - 2 Plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours), je mets au moins 30 minutes à m'endormir.
 - 3 Plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours), je mets plus d'une heure à m'endormir.
-
2. Sommeil pendant la nuit
- 0 Je ne me réveille pas la nuit.
 - 1 J'ai un sommeil léger et agité avec quelques réveils brefs chaque nuit.
 - 2 Je me réveille au moins une fois par nuit, mais je me rendors facilement.
 - 3 Plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours), je me réveille plus d'une fois par nuit et reste éveillé(e) 20 minutes ou plus.
-
3. Réveil avant l'heure prévue
- 0 La plupart du temps, je me réveille 30 minutes ou moins avant le moment où je dois me lever.
 - 1 Plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours), je me réveille plus de 30 minutes avant le moment où je dois me lever.
 - 2 Je me réveille presque toujours une heure ou plus avant le moment où je dois me lever, mais je finis par me rendormir.
 - 3 Je me réveille au moins une heure avant le moment où je dois me lever et je n'arrive pas à me rendormir.
-
4. Sommeil excessif
- 0 Je ne dors pas plus de 7 à 8 heures par nuit, et je ne fais pas de sieste pendant la journée.
 - 1 Je ne dors pas plus de 10 heures sur 24 heures, siestes comprises.
 - 2 Je ne dors pas plus de 12 heures sur 24 heures, siestes comprises.
 - 3 Je dors plus de 12 heures sur 24 heures, siestes comprises.
-
5. Tristesse
- 0 Je ne me sens pas triste.
 - 1 Je me sens triste moins de la moitié du temps (3 jours au moins au cours des 7 derniers jours)
 - 2 Je me sens triste plus de la moitié du temps (4 jours ou plus au cours des 7 derniers jours)
 - 3 Je me sens triste presque tout le temps.
-

Veillez compléter soit le numéro 6 soit le numéro 7 (pas les deux)

-
6. Diminution de l'appétit
- 0 Mon appétit n'a pas changé.
 - 1 Je mange un peu moins souvent ou en plus petite quantité que d'habitude.
 - 2 Je mange beaucoup moins que d'habitude.
 - 3 Je mange rarement sur 24 heures et seulement en me forçant énormément ou quand on me persuade de manger.
-
7. Augmentation de l'appétit
- 0 Mon appétit n'a pas changé.
 - 1 J'éprouve le besoin de manger plus souvent que d'habitude.
 - 2 Je mange régulièrement plus souvent et/ou en plus grosse quantité que d'habitude.
 - 3 J'éprouve un grand besoin de manger plus que d'habitude pendant et entre les repas.
-

Veillez compléter soit le numéro 8 soit le numéro 9 (pas les deux)	
8. Perte de poids (au cours des 15 derniers jours)	<p>0 Mon poids n'a pas changé</p> <p>1 J'ai l'impression d'avoir perdu un peu de poids</p> <p>2 J'ai perdu 1kg ou plus</p> <p>3 J'ai perdu plus de 2kg</p>
9. Prise de poids (au cours des 15 derniers jours)	<p>0 Mon poids n'a pas changé.</p> <p>1 J'ai l'impression d'avoir pris un peu de poids.</p> <p>2 J'ai pris 1 kg ou plus.</p> <p>3 J'ai pris plus de 2 kg.</p>
10. Concentration/Prise de décisions	<p>0 Il n'y a aucun changement dans ma capacité habituelle à me concentrer ou à prendre des décisions.</p> <p>1 Je me sens parfois indécis(e) ou je trouve parfois que ma concentration est limitée.</p> <p>2 La plupart du temps, j'ai du mal à me concentrer ou à prendre des décisions.</p> <p>3 Je n'arrive pas à me concentrer assez pour lire ou je n'arrive pas à prendre des décisions même si elles sont insignifiantes.</p>
11. Opinion de vous-même	<p>0 Je considère que j'ai autant de valeur que les autres et que je suis aussi méritant(e) que les autres.</p> <p>1 Je me fais plus de reproches que d'habitude.</p> <p>2 Je crois fortement que je cause des problèmes aux autres.</p> <p>3 Je pense presque tout le temps à mes petits et mes gros défauts.</p>
12. Idées de mort ou de suicide	<p>0 Je ne pense ni au suicide ni à la mort.</p> <p>1 Je pense que la vie est sans intérêt ou je me demande si elle vaut la peine d'être vécue.</p> <p>2 Je pense au suicide ou à la mort plusieurs fois par semaine pendant plusieurs minutes.</p> <p>3 Je pense au suicide ou à la mort plusieurs fois par jour en détail, j'ai envisagé le suicide de manière précise ou j'ai réellement tenté de mettre fin à mes jours.</p>
13. Enthousiasme général	<p>0 Il n'y a pas de changement par rapport à d'habitude dans la manière dont je m'intéresse aux gens ou à mes activités.</p> <p>1 Je me rends compte que je m'intéresse moins aux gens et à mes activités.</p> <p>2 Je me rends compte que je n'ai plus d'intérêt que pour une ou deux des activités que j'avais auparavant.</p> <p>3 Je n'ai pratiquement plus d'intérêt pour les activités que j'avais auparavant.</p>
14. Energie	<p>0 J'ai autant d'énergie que d'habitude.</p> <p>1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.</p> <p>2 Je dois faire un gros effort pour commencer ou terminer mes activités quotidiennes (courses, devoirs, cuisine, travail)</p> <p>3 Je ne peux vraiment pas faire mes activités quotidiennes parce que je n'ai simplement plus d'énergie.</p>
15. Impression de ralentissement	<p>0 Je pense, je parle et je bouge à la même vitesse que d'habitude.</p> <p>1 Je trouve que je réfléchis plus lentement ou que ma voix est monotone ou sans intonation.</p> <p>2 Il me faut plusieurs secondes pour répondre à la plupart des questions et je suis sûr(e) que je réfléchis plus lentement.</p> <p>3 Je suis souvent incapable de répondre aux questions si je ne fais pas de gros efforts.</p>
16. Impression d'agitation	<p>0 Je ne me sens pas agité(e).</p> <p>1 Je suis souvent agité(e), je me tords les mains ou j'ai besoin de changer de position quand je suis assis(e).</p> <p>2 J'éprouve le besoin soudain de bouger et je suis très agité(e).</p> <p>3 Par moments, je suis incapable de rester assis(e) et j'ai besoin de faire les cent pas.</p>

PARTIE ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans le cadre de votre travail ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Comment vous adaptez-vous pour faire face à ces difficultés ? Quelles stratégies mettez-vous en place pour surmonter ces difficultés ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui pourrait vous aider à effectuer votre travail plus facilement ? Quelles mesures pourrait-on envisager pour améliorer vos conditions de travail ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En quoi votre suivi en médecine du travail vous aide-t-il ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE D : Notice d'information et de non-opposition



Direction de la Recherche Clinique et des Innovations
NI Majeur RIPH3 -Questionnaires & Entretiens –
VQ 1 applicable au 2019-01-01
RIPH3 2019 – HUS N°7482

**NOTICE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION
POUR UNE PERSONNE MAJEURE**

Nous vous proposons de participer à la recherche observationnelle portant uniquement sur des questionnaires et des entretiens, intitulée : "**Impact du TDAH de l'adulte sur l'activité professionnelle, une étude de cohorte prospective**".

Avant d'accepter d'y participer, il est important que vous preniez le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes CPP EST I, le 11/10/2019 et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a été informée, le 28/10/2019

Elle est soumise aux dispositions des articles L 1111-7 et suivants, L1121-1 et suivants ainsi qu'aux dispositions des articles R 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

Votre participation à cette recherche est volontaire. Afin d'éclairer votre décision concernant la recherche pour laquelle nous souhaitons votre participation libre, vous devez avoir reçu et bien compris les informations qui suivent.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) est fréquent et bien connu chez l'enfant. Il persiste à l'âge adulte dans plus de 60% des cas. Les principaux symptômes que sont l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention sont bien caractérisés chez l'enfant, mais peuvent se manifester différemment à l'âge adulte. Ainsi, l'hyperactivité peut s'approcher d'une expérience d'agitation interne, l'impulsivité peut se caractériser par une tendance à agir sans réfléchir, et l'inattention par une difficulté importante à terminer les choses commencées.

D'autres études ont déjà mis en évidence des répercussions importantes sur la vie des sujets atteints de TDAH, notamment sur le parcours scolaire puis professionnel. Pour exemple, les sujets TDAH accèdent moins aux études supérieures, ont un parcours professionnel souvent plus irrégulier ou encore sont plus sujets aux accidents (que ce soit de la route ou du travail).

L'objectif de cette étude est de mieux caractériser les difficultés professionnelles auxquelles sont confrontées les patients TDAH et plus particulièrement d'évaluer l'évolution des difficultés professionnelles 1 an après le diagnostic chez ces patients, selon l'introduction ou non d'un traitement par méthylphénidate, et en fonction du maintien de ce traitement.

En quoi consiste votre participation à cette recherche ?

Votre participation volontaire à cette étude non interventionnelle comporte deux entretiens, à un an d'intervalle.

Le premier, d'une durée prévisionnelle de 1 heure comportera :

- Un recueil de données vous concernant ;
- 4 questionnaires pour préciser les difficultés professionnelles auxquelles vous êtes confrontés, et pour évaluer un éventuel sentiment d'épuisement professionnel ou de dépression, et pour évaluer la symptomatologie de votre TDAH ;



- Un entretien plus libre pour discuter de vos difficultés et de la façon dont vous y faites face.

Le deuxième, d'une durée prévisionnelle de 45 minutes sera réalisé un an après, et reprendra une trame similaire au premier et aura comme objectif d'évaluer l'évolution de vos difficultés professionnelles au cours de l'année écoulée.

Ces entretiens individuels se feront en face à face. Ils ne seront pas enregistrés.

Votre participation à cette étude reste entièrement anonyme.

Durée de la participation à la recherche

- Durée prévisionnelle du recueil de données par entretiens et questionnaires pour un participant: 1 heure par entretien 2 heures (1h à l'inclusion et 1h un an après)
- Durée prévisionnelle totale de participation à la recherche pour un participant : 1 an
- Durée totale de la recherche : 2 ans

Quels sont les bénéfices attendus, les risques et les contraintes liés à la participation à cette recherche ?

Cette étude n'apporte aucun bénéfice direct à la personne qui y participerait. Elle ne comporte aucun risque et n'impactera ni votre suivi auprès de votre psychiatre, ni votre activité professionnelle. La seule contrainte réside dans le temps accordé pour les deux séances d'entretiens et renseignement des questionnaires (environ 2 heures).

Les bénéfices attendus de cette étude sont une meilleure connaissance des difficultés professionnelles des patients souffrant de TDAH, ce qui permettra une amélioration de la prise en charge par le psychiatre et une meilleure prévention des risques professionnels par le médecin du travail.

Quels sont vos droits ?

Les données personnelles recueillies dans le cadre de cette étude le sont dans un but de recherche scientifique et à des fins d'intérêt public.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018) et du règlement général sur la protection des données (RGPD) 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement et de limitation de vos données personnelles.

Vous disposez également d'un droit d'opposition au recueil et à la transmission de vos données couvertes par le secret médical susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. L'exercice de ce droit entraîne l'arrêt de la participation à la recherche.

Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice et sans avoir à vous justifier. Votre décision ne modifiera pas les relations avec votre médecin et vous continuerez à bénéficier du suivi médical approprié.

En cas d'interruption de l'étude, vos données collectées précédemment seront traitées sauf opposition de votre part et dans ce cas, peuvent cependant ne pas être effacées, si cette suppression est susceptible de rendre impossible ou compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche conformément à l'article 17 du RGPD.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.



Pour toute information relative à la protection de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données en écrivant à dpd@chru-strasbourg.fr ou à l'adresse postale suivante :

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers

Délégué à la protection des données

1 place de l'Hôpital

BP 426 - 67091 Strasbourg Cedex

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg sont promoteurs de la recherche et responsable de la mise en œuvre du traitement de données à caractère personnel

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'informatique et des libertés depuis le site internet de la CNIL <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>

Comment exercer vos droits ?

Vos droits s'exercent auprès de l'investigateur qui vous suit dans le cadre de la recherche, qui connaît votre identité et dont les coordonnées sont précisées ci-dessous :

Dr. WEIBEL Sébastien

Service de Psychiatrie 2 – Clinique de Psychiatrie - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

1 place de l'Hôpital - 67 091 Strasbourg Cedex

Tel : 03 88 11 51 57

Email : sebastien.weibel@chru-strasbourg.fr

Vous pouvez à tout moment demander des informations à l'investigateur au cours ou à l'issue de la recherche.

En fin de recherche, vous serez informé(e) de ses résultats globaux sur simple demande auprès de l'investigateur.

Lorsque vous aurez lu ce document d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant l'investigateur, ce dernier vous demandera votre accord pour participer à cette recherche.

Votre décision sera notée par l'investigateur en charge de la recherche dans votre dossier médical.

<u>Participant donnant son accord :</u>	
NOM, Prénom : _____	date : Signature :
<u>Investigateur ayant recueilli l'accord du participant :</u>	
NOM, Prénom : _____	date : Signature :

Ce formulaire est établi en deux exemplaires :
 le 1er à conserver 15 ans par l'investigateur principal – le 2nd à transmettre au participant

ANNEXE E : Avis favorable du comité de protection des personnes

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES EST I

*CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE
1 BOULEVARD CHANOINE KIR – BP 23314
21033 DIJON CEDEX*

EXTRAIT DU PROCES VERBAL

RÉUNION EN COMITE RESTREINT DU JEUDI 1^{ER} AOUT 2019

PERSONNES PRESENTES :

Médecins ou personnes qualifiées en matière de recherche biomédicale (Catégorie I):

Dr QUENOT (Titulaire)

Infirmiers et Infirmières (Catégorie IV) : Mme PERROT (Suppléante)

Personnes qualifiées en raison de leur compétence à l'égard des questions d'éthique (Catégorie V):

Dr BOGGIO (Suppléant)

Personnes qualifiées en raison de leur compétence en matière juridique (Catégorie VIII):

Mme MONNIER (Suppléante)

Représentants des associations agréées de malades et d'usagers du système de santé (Catégorie IX):

Mme PLASSARD (Titulaire)

Au cours de cette réunion a été étudié le dossier :

N° SI : 19.07.04.59619 – ID RCB : 2019-A01875-52

« Impact du TDAH de l'adulte sur l'activité professionnelle, une étude de cohorte prospective »

Promoteur : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Investigateur principal : Dr Sébastien WEIBEL

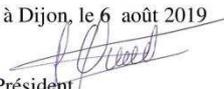
Avis du Comité : Avis réservé dans l'attente des informations et modifications demandées :

- ❖ Dans la Note d'information : il manque l'information décrite page 9 du protocole et qui fait partie de l'objectif principal sur le traitement : « Evaluer l'évolution des difficultés professionnelles 1 an après le diagnostic chez ces patients, selon l'introduction ou non d'un traitement par méthylphénidate, et en fonction du maintien de ce traitement. »
- ❖ Dans le Protocole : supprimer les paragraphes concernant les enregistrements audio et vidéo qui a priori ne font pas partie du protocole.

Documents examinés par le Comité :

- Courrier de demande d'avis – signé et daté du 03/07/2019
- Formulaire de demande d'avis au Comité de Protection des Personnes pour une recherche mentionnée au 3° de l'article L. 1121-1 du Code de la Santé Publique ne comportant que des questionnaires et des entretiens – signé et daté du 03/07/2019
- Bordereau d'enregistrement ID RCB – daté du 03/07/2019
- Résumé du protocole – version 1.0 du 26/06/2019
- Questionnaires et entretien – version 1.1 du 26/06/2019
- Notice d'information et de non opposition pour une personne majeure – version 1.1 du 26/06/2019
- Document attestant que la recherche est conçue et réalisée conformément aux dispositions législatives et réglementaires du présent titre : Article R1123-20 du Code de la Santé Publique – signé et daté du 15/07/2019
- Récépissé de déclaration de conformité à une méthodologie de référence n° 2001404 v 0 – signée et datée du 24/10/2016
- CV du Dr Sébastien WEBEL

Fait à Dijon, le 6 août 2019


Le Président
Dr Jean-Pierre QUENOT

Président : Mr le Dr QUENOT – Centre Hospitalier La Chartreuse – 1 Boulevard Chanoine Kir – BP 23314 – 21033 DIJON CEDEX
Tél : 03 80 42 54 85 Fax : 03 80 42 54 86 mail : cpest1@chcdijon.fr
Vice-président : M. Yann LECOMTE – CISS BOURGOGNE – 21000 DIJON
Secrétaire : M. Mathieu BOULIN – CHU Dijon – Rue Gaffarel – 21000 DIJON

CPP EST I

EXTRAIT DU PROCES VERBAL

RÉUNION DU JEUDI 10 OCTOBRE 2019

PERSONNES PRESENTES :

Médecins ou personnes qualifiées en matière de recherche biomédicale (Catégorie I):
 Dr QUENOT (Titulaire) ; M. WHITE (Titulaire) ; Mme SOUDRY-FAURE (Suppléante)
Pharmaciens Hospitalier (Catégorie III) : Mme LANG (Suppléante)
Infirmiers et Infirmières (Catégorie IV) : Mme RAT (Titulaire)
Personnes qualifiées en raison de leur compétence à l'égard des questions d'éthique (Catégorie V):
 Mme POURREZ (Titulaire)
Psychologue (Catégorie VI) : Mme BALAS (Titulaire)
Travailleur social (Catégorie VII) : Mme GONNEAUD (Titulaire)
Personnes qualifiées en raison de leur compétence en matière juridique (Catégorie VIII):
 Me MAZEN (Titulaire)
Représentants des associations agréées de malades et d'usagers du système de santé (Catégorie IX):
 M. LECOMTE (Titulaire) ; Mme BONNOT (Suppléante)

Au cours de cette réunion le CPP EST I a examiné les informations complémentaires transmises le 09/09/2019 par le promoteur pour le dossier :

N° SI : 19.07.04.59619 – ID RCB : 2019-A01875-52

« Impact du TDAH de l'adulte sur l'activité professionnelle, une étude de cohorte prospective »

Promoteur : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Investigateur principal : Dr Sébastien WEIBEL

Avis du Comité : FAVORABLE

Documents examinés par le Comité :

- Courrier de réponse – signé et daté du 02/09/2019
- Notice d'information et de non opposition pour une personne majeure – version 1.2 du 30/08/2019
- Résumé du protocole – version 1.2 du 30/08/2019

Fait à Dijon, le 11 octobre 2019


 Le Président
 Dr Jean-Pierre QUENOT

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Crichton, A. (1798). *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind. And a History of the Passions and Their Effects* (Vol. 2). T. Cadell, junior, and W. Davies.
- [2] Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323.
- [3] Posner, J., Polanczyk, G. V., Sanuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 395, 450-462.
- [4] Langley, K., Rice, F., van den Bree, M. B., & Thapar, A. (2005). Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva pediatrica*, 57(6), 359.
- [5] Mill, J., & Petronis, A. (2008). Pre-and peri-natal environmental risks for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): The potential role of epigenetic processes in mediating susceptibility. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1020-1030.
- [6] Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- [7] Faraone, S. V., & Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of attention disorders*, 9(2), 384-

391.

- [8] Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211.
- [9] Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... & Gureje, O. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65.
- [10] Heiligenstein, E., Conyers, L. M., Berns, A. R., & Smith, M. A. (1998). Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *Journal of American College Health*, 46(4), 185-188.
- [11] Achenbach, T. M., Howell, C. T., McConaughy, S. H., & Stanger, C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: I. Cross-informant syndromes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 336-347.
- [12] Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, 23(6), 729-749.
- [13] Millstein, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (1997). Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2(3), 159-166.
- [14] Van Zomeren, A. H., & Brouwer, W. H. (1994). *Clinical neuropsychology of attention*. Oxford University Press.

- [15] Collège des enseignants de psychiatrie (2016). *Référentiel de psychiatrie et addictologie*. Presse universitaire François Rabelais
- [16] Jerome, L., Habinski, L., & Segal, A. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and driving risk: a review of the literature and a methodological critique. *Current psychiatry reports*, 8(5), 416-426.
- [17] Kessler, R. C., Lane, M., Stang, P. E., & Van Brunt, D. L. (2009). The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychological medicine*, 39(1), 137-147.
- [18] Davidson, M. A. (2008). ADHD in adults: a review of the literature. *Journal of Attention Disorders*.
- [19] Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of attention disorders*, 1(3), 147-161.
- [20] Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 568-578.
- [21] Van Veen, M. M., Kooij, J. S., Boonstra, A. M., Gordijn, M. C., & Van Someren, E. J. (2010). Delayed circadian rhythm in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and chronic sleep-onset insomnia. *Biological Psychiatry*, 67(11), 1091-1096.
- [22] Philipsen, A., Hornyak, M., & Riemann, D. (2006). Sleep and sleep disorders in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Sleep medicine reviews*, 10(6), 399-405.
- [23] Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(5), 503-513.

- [24] Mowlem, F. D., Skirrow, C., Reid, P., Maltezos, S., Nijjar, S. K., Merwood, A., ... & Asherson, P. (2019). Validation of the mind excessively wandering scale and the relationship of mind wandering to impairment in adult ADHD. *Journal of attention disorders*, 23(6), 624-634.
- [25] Toplak, M. E., Dockstader, C., & Tannock, R. (2006). Temporal information processing in ADHD: findings to date and new methods. *Journal of neuroscience methods*, 151(1), 15-29.
- [26] Carelli, M. G., & Wiberg, B. (2012). Time out of mind: Temporal perspective in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(6), 460-466.
- [27] Brown, T. E. (2009). ADD/ADHD and impaired executive function in clinical practice. *Current Attention Disorders Reports*, 1(1), 37-41.
- [28] De Graaf, R., Kessler, R. C., Fayyad, J., ten Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., ... & Haro, J. M. (2008). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational and environmental medicine*, 65(12), 835-842.
- [29] Kleinman, N. L., Durkin, M., Melkonian, A., & Markosyan, K. (2009). Incremental employee health benefit costs, absence days, and turnover among employees with ADHD and among employees with children with ADHD. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(11), 1247-1255.
- [30] Swensen, A., Birnbaum, H. G., Hamadi, R. B., Greenberg, P., Cremieux, P. Y., & Secnik, K. (2004). Incidence and costs of accidents among attention-

- deficit/hyperactivity disorder patients. *Journal of Adolescent Health*, 35(4), 346-e1.
- [31] Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Barkley, R. A., Birnbaum, H., Greenberg, P., ... & Üstün, T. B. (2005). The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *Journal of occupational and environmental medicine*, 47(6), 565-572.
- [32] Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D., DuPaul, G. J., & Shelton, T. L. (1993). Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: a 3-to 5-year follow-up survey. *Pediatrics*, 92(2), 212-218.
- [33] Vaa, T. (2014). ADHD and relative risk of accidents in road traffic: A meta-analysis. *Accident Analysis & Prevention*, 62, 415-425.
- [34] Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T. C., Bolea, B., Coghill, D., ... & Pitts, M. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC psychiatry*, 13(1), 59.
- [35] Rochotte, L. (2018). *Epidémiologie descriptive d'une consultation spécialisée sur le Trouble du Déficit de l'Attention – Hyperactivité de l'adulte au Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, et analyse de l'évolution des patients à un an*. [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg] Sudoc.fr
- [36] Lerner, D., Amick III, B. C., Rogers, W. H., Malspeis, S., Bungay, K., & Cynn, D. (2001). The work limitations questionnaire. *Medical care*, 72-85.
- [37] Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). Maslach burnout inventory (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
- [38] Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., ... &

- Ustun, T. B. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245-256.
- [39] Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., ... & Thase, M. E. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological psychiatry*, 54(5), 573-583.
- [40] Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2010). ADHD in adults: What the science says. *Guilford Press*.
- [41] Lerner, D., Amick III, B. C., Lee, J. C., Rooney, T., Rogers, W. H., Chang, H., & Berndt, E. R. (2003). Relationship of employee-reported work limitations to work productivity. *Medical care*, 649-659.
- [42] Lerner, D., Adler, D., Hermann, R. C., Chang, H., Ludman, E. J., Greenhill, A., ... & Rogers, W. H. (2012). Impact of a work-focused intervention on the productivity and symptoms of employees with depression. *Journal of occupational and environmental medicine*, 54(2), 128.

Université
de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : GOLTZENE Prénom : MARC-ANDRÉ

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 17.07.2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.