

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2021

N° : 283

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. de Psychiatrie

PAR

Julie HALTER
Née le 04 mai 1991 à Strasbourg

**La place du Trouble du Déficit de l'Attention / Hyperactivité
(TDAH) de l'adulte en milieu carcéral :
questionnements cliniques et enjeux thérapeutiques.
Enquête auprès des psychiatres des maisons d'arrêt françaises.**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stéphane Olivier

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2021

N° : 283

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. de Psychiatrie

PAR

Julie HALTER
Née le 04 mai 1991 à Strasbourg

**La place du Trouble du Déficit de l'Attention / Hyperactivité
(TDAH) de l'adulte en milieu carcéral :
questionnements cliniques et enjeux thérapeutiques.
Enquête auprès des psychiatres des maisons d'arrêt françaises.**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stéphane Olivier

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0223	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0227	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0229	NRP0 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 M0913 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0228	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0330	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0341	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0344	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 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 P0345	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0348	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0267	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0349	RP0 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	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique: gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNTSCH Pierre P0261	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0354	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0269	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0360	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0218	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0352	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0262	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0263	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0264	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 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 P0265	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0266	NRP0 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 P0267	NRP0 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
GOTTENBERG Jacques-Eric P0268	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• 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	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP0 CS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAILHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologie)
Mme JEANDIER Nathalie P0079	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 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	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 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	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP0 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	RP0 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	NRP0 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)
MEZANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 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	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 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 P0196	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• 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	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 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	NRP6 CS	• 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

P6 : Pôle

(3)

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(2)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6)

(8) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Dir : Directeur

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

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

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

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	48.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135 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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
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 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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
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
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / 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-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
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 / IGBMC	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	CS	• 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)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine M0123		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
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 Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0026		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASINER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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 KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
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 Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
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 Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	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 Hautepierre 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 Aina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
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)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF 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)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
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 - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	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
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Aina 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
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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 Pédiatrique / 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)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie 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 I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	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 Nils		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
Mr ZIMMER Alexis		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques

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)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

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 BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		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	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie • Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie • Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation • Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) • Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie • Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schilligheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie • Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail • Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) • UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique • Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax • Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique • Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie • Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation • SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- 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)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

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	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.18
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.88	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
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
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.67

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 Graffenhaiden 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 ÉMISSES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES GOMME PROPRES
À 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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

À mon Président de Thèse, Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Pour votre disponibilité, pour votre bienveillance au cours de mon internat, pour m'avoir transmis un peu de vos connaissances qui ont pour moi une très grande valeur et pour tout ce que vous avez fait pour moi, je vous remercie. Je vous exprime ici ma reconnaissance et mon profond respect.

À mon Juge, Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je vous exprime également toute ma gratitude pour votre implication dans ma formation ainsi que dans celle de tous les internes de psychiatrie de Strasbourg. Je vous exprime ici ma reconnaissance et mon profond respect.

À ma Juge, Madame le Docteur Anaïs Lang

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je te remercie Anaïs, sincèrement, d'avoir guidé mes pas en psychiatrie et en addictologie. Ta bienveillance, ton enseignement et ta sagesse sont pour moi un modèle, et ton amitié m'est précieuse. Pouvoir bénéficier de ton regard sur mon travail est pour moi important. Je t'exprime ici ma reconnaissance et mon profond respect.

À mon Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Stéphane Olivier

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail de thèse. Je t'exprime ici l'expression de mes sentiments les plus distingués mais surtout je te remercie pour ton soutien, ta bienveillance, la richesse de ton enseignement et le partage de tes connaissances que tu m'as délivré toujours dans la bonne humeur. Tu m'as transmis ta passion, pour la psychiatrie et l'addictologie, et j'espère pouvoir continuer d'exercer à tes côtés. Merci pour ta confiance. Je t'exprime ici ma reconnaissance et mon profond respect.

À **ma mère**, pour l'amour que tu m'as donné. Pour ton soutien, pour ta (sur)protection, pour toutes les fois où tu as dû m'emmener chez aux urgences et peut-être fait naître en moi une vocation. Merci de m'avoir transmis certaines valeurs, chères à mon cœur aujourd'hui. Merci pour tout.

À **mon père**, pour m'avoir donné le goût de l'imaginaire, de la création et des chats. Merci aussi à Martine pour ta bienveillance et ton soutien.

À **ma sœur Sabine**, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci d'avoir cru en moi, d'avoir guidé mon chemin. Merci pour tes conseils, ta générosité, ta bonne humeur, ton soutien indéfectible ...et pour ton amour. À Pierrick, pour être un beau-frère fabuleux, pour tes conseils dans tous les domaines, mais également ta confiance. Merci pour tout

À **mon frère François**, pour m'avoir protégé depuis toujours, pour l'amour que tu m'apportes. Pour nos discussions, parfois sans fin, mais qui me font réfléchir. Merci d'être mon grand frère. Merci pour tout.

À **mes neveux, Lucien, Robin et Marius**, merci pour votre énergie débordante et votre amour.

À **Antonella**, ma FFK, merci d'être apparue dans ma vie. Merci pour ces moments de joie quotidiens et pour ton amour.

À **Hélène**, mon amie, confidente, et partenaire d'externat. Pour la chance de pouvoir compter sur toi, pour ton amour, merci. À **Jordan** pour ton amitié et ton aide précieuse. Et à Marius.

À **le trio magique, le Louisou et le Delphinou**, pour l'amitié que vous me portez depuis la maternelle.

À mes amis d'internat, **Kate, Willou, Léa, Maud, Maxime, Arthur, Aurore, Justine** et les autres. Et à mes amis **Clara et Léo**. Pour tous les bons moments que vous m'avez offerts.

À **Tatie et Tonton** pour votre soutien depuis petite et votre accueil chaleureux. À **Dadaï et Jean-Luc**. À mes cousins et cousines. À ma **famille**.

À **mon grand-père, Fernand**, que je n'oublie pas, pour m'avoir appris à chasser à l'arc dans la forêt, pour avoir cru en moi. J'aurai aimé que tu sois là aujourd'hui.

À mes amis du pôle de 2/3 : **Iulian, Eric, Gaëtan, Brigitte** pour le partage de vos connaissances, votre accueil chaleureux et pour votre amitié.

À tous ceux qui ont participé à ma formation, **Estelle, Djamel, Alexandra et Philippe** pour ces bons moments passés aux urgences et votre enseignement. À **l'équipe du 23/2**, et à celle de **l'UCSA de Colmar**, pour tous les conseils que vous m'avez donné et pour avoir rendu ces stages fabuleux. Aux infirmiers des urgences **Léonor, Étienne, Michelle** et tous ceux que j'apprécie. À **Rachida**, pour ton accueil, tes conseils et pour m'avoir appris les enjeux institutionnels, mes stages à la clinique n'auraient pas été aussi agréables sans toi. Aux belles rencontres d'Argile, pour ces bons moments et votre bonne humeur, merci à vous **Pauline, Claire, Séverine...**

À **Schötz** pour sa présence et son amour indéfectible. Merci pour tous ces bons moments, et tous ceux à venir.

À finalement à **Paon et Mouchette**, pour avoir adouci le labeur de ce travail. Merci d'embellir mon quotidien par votre présence et votre amour. Et à tous les animaux qui ont fait partie de ma vie.

Table des matières

Liste des tableaux et des figures.....	19
Liste des abréviations.....	20
Introduction.....	21
Préambule : Histoire clinique.....	23
A. Le vécu en détention avant la première rencontre.....	23
B. Les antécédents.....	24
C. La biographie.....	24
D. Le premier entretien psychiatrique.....	25
E. Hypothèses et discussion diagnostique.....	26
1. Diagnostics différentiels et comorbidités.....	26
a. Somatiques.....	26
b. Psychiatriques.....	27
2. Diagnostic du TDAH.....	28
F. Mise en place du traitement et évolution.....	28
G. Discussion du cas clinique.....	29
Présentation du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte.....	31
A. Historique du trouble.....	31
B. Epidémiologie en population générale.....	33
C. Critères diagnostiques.....	34
1. Les symptômes.....	34
a. L'hyperactivité.....	34
b. L'inattention et hyperfocalisation.....	34
c. L'impulsivité.....	35
d. Perturbation de la régulation émotionnelle.....	35
e. Agitation mentale.....	35
2. Nomenclatures.....	36
a. Selon la CIM-10.....	36
b. Selon le DSM5.....	37
c. Les changements induits par l'évolution du DSM.....	38
3. Hypothèses étiologiques.....	39
a. Hypothèses génétiques.....	39
b. Hypothèses environnementales.....	40
c. Hypothèses neurobiologiques.....	41
d. Hypothèses neuropsychologiques.....	42
4. Poser le diagnostic de TDAH chez l'adulte.....	43
D. Comorbidités.....	44
1. Troubles neurodéveloppementaux.....	44
2. Troubles liés à une substance.....	45
3. Troubles de la personnalité.....	48
4. Troubles du sommeil.....	49
5. Troubles des conduites et Troubles Oppositionnels avec Provocation.....	50
6. Troubles de l'humeur.....	51
7. Troubles anxieux.....	53
E. Diagnostics différentiels.....	54
F. Prise en charge.....	56
1. Les traitements non-médicamenteux.....	56
2. Les traitements pharmacologiques.....	58
a. Les recommandations.....	58
b. Les médicaments.....	59
c. Particularités en France.....	61
d. Les conséquences de ne pas traiter le TDAH.....	63
Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité en milieu carcéral.....	64
A. Les différents milieux de détention en France.....	64
1. Les maisons d'arrêt.....	65
2. Les établissements pour peine.....	65
a. Les centres de détention.....	66
b. Les maisons centrales.....	66
c. Les centres de semi-liberté et quartiers « centre pour peines aménagées ».....	66

B.	Les structures de soin psychiatriques en milieu pénitentiaire	67
C.	Prévalence du TDA/H en milieu carcéral.....	71
D.	Hypothèses explicatives de l’incarcération dans le TDAH	74
1.	Les aspects du TDAH qui expliqueraient l’incarcération.....	75
2.	Les comorbidités qui expliqueraient l’incarcération	77
3.	Les conditions environnementales qui expliqueraient l’incarcération.....	80
E.	Les difficultés de détention pour un patient atteint de TDA/H	82
1.	L’enfermement.....	82
2.	La promiscuité.....	83
3.	Les conflits avec la pénitentiaire	84
4.	Le risque suicidaire.....	84
5.	La récidive	86
F.	Les limites du soin en milieu carcéral.....	86
1.	La prise des médicaments en détention	87
2.	Le secret médical.....	88
3.	La coordination avec les soins médicaux extérieurs.....	89
4.	L’absence de confrontation à la vie réelle.....	90
G.	L’importance de prendre en charge le TDAH en détention.....	91
	Enquête descriptive sur la prise en charge du trouble déficit de l’attention/hyperactivité par les psychiatres dans les maisons d’arrêt en France	94
A.	Introduction.....	94
B.	Matériel et méthode	95
1.	Description	95
2.	Méthodologie.....	96
3.	Contenu du questionnaire	97
C.	Résultats.....	98
	Discussion	113
A.	Autour de notre enquête	113
B.	Autour du TDAH de l’adulte en détention.....	116
	Conclusion.....	120
	Annexe : Critères diagnostiques du TDAH selon le DSM5	124
	Bibliographie.....	126

Liste des tableaux et des figures

Figure 1 : Schéma pour tenter d'expliquer la criminalité induite par le TDAH	81
Figure 2 : Questionnaire de l'enquête téléphonique sur le TDAH en Maison d'arrêt, soumis à un psychiatre de chaque maison d'arrêt	97
Figure 3 : Diagramme de flux représentant l'inclusion des maisons d'arrêt dans notre enquête.....	98
Figure 4 : Répartition des Maisons d'arrêt (MA) incluses dans l'enquête en fonction de leur nombre de détenus.....	99
Figure 5 : Répartition des MA selon leur nombre de demi-journées de temps psychiatre par semaine en fonction du nombre de détenus (MA de moins de 450 détenus).....	101
Figure 6 : Répartition des MA selon leur nombre de demi-journées de temps psychiatre par semaine en fonction du nombre de détenus (MA de plus de 450 détenus).....	101
Figure 7 : Répartition des MA en fonction de leur nombre de demi-journées psychiatre par semaine pour 100 détenus.....	102
Figure 8 : Répartition des psychiatres selon leur sensibilisation au TDAH	103
Figure 9 : Répartition des psychiatres selon leurs fréquences de dépistage du TDAH.	104
Figure 10 : Répartition de la fréquence de dépistage par catégories de sensibilisation des praticiens au TDAH	105
Tableau 1 : Récapitulatif des diagnostics de TDAH en détention Erreur ! Signet non défini.	
Figure 11 : Répartition des habitudes de traitement du TDAH chez les psychiatres répondants.....	108
Figure 12 : Répartition des habitudes de traitement du TDAH par catégories de sensibilisation des praticiens au TDAH.....	110
Figure 13 : Répartition des psychiatres selon leurs sentiments d'insuffisance de connaissances du TDAH	111

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

CADDRA : Canadian ADhD Ressource Alliance (alliance canadienne de ressources sur le TDAH)

CATTP : Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CIM10-CIM11 : Classification Internationale des Maladie 10^e version – 11^e version

DIVA : Diagnostisch Interview Voor Adhd (entretien diagnostique pour le TDAH chez l'adulte)

DSM 5, DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) 5^e et 4^e édition

ECG : ElectroCardioGramme

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

MA : Maison d'Arrêt

NICE : National Institute of health and Care Excellence (institut national de la santé et du soin d'excellence)

QI : Quotient Intellectuel

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

TC : Trouble des Conduites

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TDAH : Trouble du déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation

TPA : Trouble de la Personnalité Antisociale

TSA : Trouble du Spectre Autistique

TSH : Thyroid-Stimulating Hormone (hormone de stimulation thyroïdienne)

TUS : Trouble de l'Usage d'une Substance

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

VIH, VHC, VHB : Virus de l'Immunodéficience Humaine, Virus de l'Hépatite C, Virus de l'Hépatite B

Introduction

On peut dire qu'ils sont curieux, créatifs, enthousiastes, passionnés, empathiques, dynamiques... Les qualités ne manquent pas pour décrire les personnes présentant un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). De nombreuses personnalités ont su tirer profit de ce trouble et le sublimer, dans des domaines aussi variés que le cinéma, les sciences, ou la musique. Décrié par certains pour être un sujet « à la mode », et « surdiagnostiqué » par d'autres, il semble essentiel de souligner qu'il s'agit d'un trouble, avec son cortège de contraintes rendant le quotidien très problématique : tension interne importante, flux permanent des idées, mauvaise gestion du temps, oubli fréquent, accident physique, prise de risque... C'est au regard des chiffres apportés par des études sur le TDAH en milieu carcéral que ces difficultés semblent les plus parlantes : près de dix fois plus de personnes présenterait un TDAH en détention qu'en population générale (26.2%(1) contre 2.5% (2)). Le TDAH serait associé à un âge de criminalité plus jeune, à un taux de récidive plus important et à un risque deux à trois fois plus grand d'arrestation, de condamnation et d'incarcération ultérieure (3). Il est donc raisonnable de s'interroger sur le bénéfice d'une prise en charge du trouble afin de prévenir incarcérations et récidives. Mais avant cela il nous a semblé essentiel d'approfondir le lien entre TDAH et milieu carcéral au travers de cette thèse.

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental, d'apparition précoce et d'évolution chronique (4). Si les principaux critères sont une hyperactivité, une impulsivité et/ou des difficultés attentionnelles, d'autres comme une dysrégulation émotionnelle, une agitation mentale, un déficit des fonctions exécutives sont aujourd'hui décrits (5). A ce tableau clinique, s'ajoute chez 60 à 80% des personnes atteintes de TDAH au cours de leur vie, une ou plusieurs comorbidités psychiatriques (5). Elles ont une importance majeure dans le parcours de vie et dans le parcours pénal des détenus atteints de TDAH, que nous approfondirons au cours de ce travail. Ce trouble

fait encore aujourd'hui débat au sein même du milieu psychiatrique en France, et plus encore d'être un trouble présent à l'âge adulte. Bien que le TDAH soit reconnu chez l'adulte dans le DSM5 (6) depuis plusieurs années, il n'existait au début de notre travail de thèse, aucun médicament ne bénéficiant de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France pour le traitement du TDAH en initiation chez l'adulte. En mai 2021, l'ANSM délivre une AMM pour la seule forme galénique de la RITALINE LP, en initiation chez l'adulte (7). Nous avons donc souhaité, grâce à notre enquête téléphonique auprès des unités sanitaires des maisons d'arrêts, connaître les pratiques et prise en charge de ce trouble par les psychiatres y travaillant. Les maisons d'arrêt ont été ciblées dans notre enquête car elles prennent en charge tout type de profil de détenu et ceci dès leur arrivée dans le milieu pénitentiaire. Elles accueillent les prévenus en détention provisoire, les condamnés dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur à deux ans et ceux plus lourdement condamnés et en attente de transfert. Les maisons d'arrêt sont le premier contact avec le monde pénitentiaire pour la plupart des détenus.

Nous verrons donc dans notre préambule, le cas clinique d'un patient, Mr S, incarcéré en maison d'arrêt, et souffrant d'un TDAH. C'est de cette rencontre que sont apparues nos réflexions autour du sujet de notre thèse et l'envie d'approfondir notre questionnement en réalisant ce travail. La première partie sera consacrée au trouble du déficit de l'attention et ou hyperactivité chez l'adulte, qui comme nous le verrons plus tard est encore un trouble non reconnu chez l'adulte et débattu en France. Ensuite, en deuxième partie, nous aborderons les particularités du trouble en milieu carcéral à travers des définitions et recherches bibliographiques. La troisième partie sera consacrée à notre enquête téléphonique réalisée auprès des psychiatres des différentes maisons d'arrêt de France afin d'avoir une vision plus précise des pratiques actuelles dans notre pays. La discussion permettra d'aborder les différents questionnements et réflexions de notre travail.

Préambule : Histoire clinique

Dans cette partie, nous vous présenterons le cas clinique d'un patient, Mr S, incarcéré à la maison d'arrêt de Colmar. Son anamnèse ainsi que sa prise en charge à l'unité sanitaire de niveau de 1 de Colmar ont amené notre questionnement autour du TDAH en milieu carcéral.

A. Le vécu en détention avant la première rencontre

Mr S, âgé de 22ans, arrive en détention au début du mois d'avril 2019 avec une peine de 24 mois d'emprisonnement à la suite d'un double cambriolage. Il s'agit de sa troisième incarcération depuis sa majorité avec une peine de 19mois de prison pour la première et de 9 mois pour la seconde.

A l'entretien d'admission infirmier, il est constaté des hématomes, une contusion du poignet gauche et une plaie ayant nécessité une suture, conséquences d'une rixe récente. Le patient est de bon contact, de thymie neutre, et il dit avoir été bien accueilli en cellule. Cependant au cours du premier mois d'incarcération, il est impliqué dans plusieurs altercations avec d'autres détenus et des surveillants ce qui nécessitera des changements de cellule. Alors que Mr S n'avait manifesté aucun comportement qui aurait pu alerter les agents pénitentiaires de conduites suicidaires et qu'il n'avait pas non plus demandé d'aide dans ce sens auprès de l'unité sanitaire, il réalise une tentative de suicide en ingérant de l'eau de javel. Transféré aux urgences, il revient le lendemain. A nouveau le patient est de bon contact pendant l'entretien infirmier. Il nous explique se porter bien et avoir agi sur « un coup d'angoisse ». Pourtant, le jour suivant, il réitère des gestes auto-agressifs en se scarifiant le visage et les avant-bras en cellule. Prévenus par l'équipe pénitentiaire, nous le recevons alors en entretien psychiatrique pour la première fois.

B. Les antécédents

Somatiques : Monsieur S n'a pas d'antécédents somatiques connus.

Chirurgicaux : On retrouve une amygdalectomie et une adénoïdectomie dans l'enfance, et le retrait des dents de sagesse vers 17ans.

Psychiatriques : Le patient aurait été suivi en pédopsychiatrie de ses 12 à 16ans pour des troubles du comportement. Un diagnostic d'hyperactivité avait également été posé sur cette même période. Il se souvient avoir été traité par de la RISPERIDONE, aucun traitement par METHYLPHENIDATE n'avait été prescrit. En plus de sa tentative récente d'intoxication par l'eau de javel, on note dans les antécédents, deux tentatives de suicides par pendaison au quartier disciplinaire lors de ses précédentes peines de prison. Il avait alors également été suivi en psychiatrie.

Addictologiques : Le tabac a été commencé vers l'âge de 13ans, il consommait un paquet par jour avant la détention, diminué à 3-4 en détention. Le cannabis a été débuté vers 14ans, il consommait environ 7 joints par jour avant son incarcération, et autant voire plus en détention. L'alcool est consommé de façon occasionnelle et festive. On ne retrouve pas de consommation de cocaïne, ni d'héroïne.

Traitements : Monsieur S ne rapporte aucune prise de médicament.

C. La biographie

Monsieur S a grandi dans une ville du sud de la France, avec ses parents et sa sœur cadette. Il réalise sa primaire et sa sixième en cursus standard. Il est ensuite renvoyé de son collège pour trouble du comportement, et est envoyé dans un internat en I.T.E.P.. Il commence alors son suivi en pédopsychiatrie. Par la suite, il réalise plusieurs stages, dans différents domaines mais n'obtient pas de diplôme. En couple depuis six mois, il quitte de domicile familial pour venir s'installer en Alsace chez sa compagne. Il n'a pas d'enfant.

D. Le premier entretien psychiatrique

Mr est de bon contact, souriant en entretien malgré ses récentes scarifications. Il explique rapidement être méfiant vis-à-vis des psychiatres du fait de son suivi au cours de son adolescence où il avait été contraint de prendre un traitement par RISPERIDONE.

On note une accélération psychomotrice (remue la jambe de façon permanente, se repositionne sur la chaise, remue les mains, répond très spontanément sans attendre la fin des questions...).

Une tension interne semble être présente mais n'est pas décrit par le patient. Le discours est calme, cohérent et adapté mais reste flou sur de nombreux points, probablement par méfiance et par retenue. Il décrit cependant présenter une tachypsychie avec un enchaînement des idées depuis toujours.

Nous ne retrouvons pas d'éléments psychotiques, pas d'attitude d'écoute. Il ne décrit pas d'hallucination visuelle, ni acoustico-verbale, et dit n'en avoir jamais présenté.

La thymie est bonne lors de cet entretien sans être exaltée, malgré les passages à l'acte auto-agressifs récents. Il n'a pas d'idées noires. On note une labilité émotionnelle au cours de l'entretien, qu'il décrit lui-même comme étant «son plus gros problème » de sa vie quotidienne : il passe de la joie intense à une tristesse insoutenable en quelques heures, de colère puissante à des angoisses ingérables. C'est dans ces moment-là, de vécu émotionnel trop important qu'il tente de se blesser pour se soulager. Mr S a du mal à mettre des mots sur ses émotions, et explique lui-même ne pas réussir à les canaliser autrement que par des gestes d'automutilation, et de façon très impulsive. Notre patient explique consommer beaucoup de cannabis, afin de calmer son excitation, ses angoisses, et de l'aider à s'endormir. Le sommeil est décrit comme perturbé depuis son enfance, avec d'importantes latences d'endormissement. On ne note pas de trouble de l'appétit. Mr S explique avoir toujours vécu ainsi, en soulignant cependant que ses symptômes sont plus importants en période de stress.

E. Hypothèses et discussion diagnostique

1. Diagnostics différentiels et comorbidités

a. Somatiques

Devant ce comportement d'agitation tant physique que psychique, avec ces brusques passages à l'acte, plusieurs hypothèses diagnostics ont été évoqués. Une **syphilis** au stade tertiaire avec une atteinte neurologique a été exclue, tout comme les autres infections sexuellement transmissibles (VIH, VHB, VHC), grâce à des sérologies négatives.

Une cause neurologique comme une **tumeur cérébrale**, ou une **maladie neuro-dégénérative** ont été éliminées grâce à un examen neurologique sans particularité et un scanner cérébral normal. Une **épilepsie** avec des crises partielles psychiques a été évoquée devant ses passages à l'acte auto-agressif, mais l'électroencéphalogramme normal et le reste du tableau clinique n'ont pas été en faveur de ce diagnostic.

Une origine endocrinienne avec une **hyperthyroïdie** ou un **syndrome de Cushing** n'ont pas été retenus devant un dosage de TSH et de cortisol dans les normes.

Le patient ne prenant aucun traitement, aucune **cause iatrogène** n'a pu expliquer ce tableau.

Une **intoxication à une substance** a été suspectée. Un éthylotest a été réalisée et ne montrait pas de prise d'alcool. De plus, un test urinaire, avec l'accord du patient, a permis de rechercher les différentes substances consommées. Seul le THC est revenu positif et ne peut à lui seul expliquer la symptomatologie.

b. Psychiatriques

Un **épisode dépressif avec caractéristique mixte** a été évoqué devant des passages auto-agressifs et tentatives de suicide et une excitabilité psychomotrice. Cependant cette hypothèse a été écarté devant l'absence des deux critères principaux selon le DSM5® (6) : une thymie basse persistante et une perte d'intérêt ou de plaisir. De plus, selon le patient cet état ne correspond pas à une rupture avec un état antérieur. Nous avons également éliminé **un épisode hypomaniaque dans un contexte de bipolarité** : bien que présentant une accélération psychomotrice, une tachypsychie, et une labilité émotionnelle, les critères essentiels selon le DSM5® (6) ne sont pas remplis. Ainsi il n'est pas retrouvé de rupture avec un état antérieur, d'épisode dépressif antérieur, il n'y a pas d'idée de grandeur, pas de réduction du sommeil, pas de plus grande communicabilité que d'habitude.

Un trouble cyclothymique avec détresse anxieuse grave selon le DSM5® (6), n'a pu être exclu car le patient remplissait tous les critères. Cette hypothèse n'a donc pas été complètement écartée et est restée le principal diagnostique différentiel. Il semble cependant que le tableau clinique présenté par Mr S était à la fois au niveau de l'anamnèse et de la précocité des troubles, plus en faveur d'un TDAH.

Un trouble oppositionnel avec provocation et un trouble des conduites ont été exclus respectivement, et toujours selon le DSM5® (6), par l'absence de comportements provocateurs spontanés pour le premier et par un âge supérieur à 18ans et répondant au critère d'une personnalité antisociale.

Certains diagnostics ont été retenus comme des comorbidités mais n'ont pas expliqués entièrement le tableau. Nous retrouvons donc **un trouble de la personnalité antisociale, un trouble du sommeil et un trouble de l'usage du cannabis.**

2. Diagnostic du TDAH

Après le premier entretien, le patient a accepté d'entamer un suivi avec nous, et en parallèle un suivi psychologique. Nous avons alors pu reprendre avec lui, plus en détail son enfance et ses difficultés actuelles. Ayant pris conscience de l'aide disponible, il n'a plus hésité à venir à la chercher à l'unité sanitaire en cas de besoin. L'anamnèse mettait en avant une hyperactivité et une impulsivité dès son école maternelle avec des accidents et des prises de risque majeures, ainsi qu'une distractibilité importante à l'école et des oublis fréquents. Mr S se décrivait comme sociable mais avait une importante labilité émotionnelle entraînant des conflits réguliers avec ses pairs. Il remplissait les critères diagnostiques d'un TDAH selon le DSM5® (6) (**Annexe**). Nous lui avons proposé de réaliser un entretien plus approfondi à l'aide d'un outil d'évaluation, appelé : entretien diagnostique pour le TDAH chez l'adulte (DIVA 2.0), après lui avoir fourni les explications concernant son intérêt. La partie concernant son enfance a été faite à partir de ses souvenirs et des éléments qui lui avaient été rapportés par sa famille. Les résultats étaient en faveur d'un TDAH mixte à l'âge adulte avec un score de 7/9 pour le déficit attentionnel (9/9 dans l'enfance) et de 7/9 pour l'hyperactivité et l'impulsivité (9/9 dans l'enfance). Nous avons ensuite pu reprendre avec le patient les aspects du TDAH chez l'adulte.

F. Mise en place du traitement et évolution

Devant les difficultés actuellement présentées en détention par Mr S, un traitement par METHYLPHENIDATE lui a été proposé. Il l'a refusé dans un premier temps, de crainte d'être sédaté et de présenter des effets secondaires comme lors de sa prise de RISPERIDONE à l'adolescence. Finalement le patient a accepté un essai. Après avoir réalisé un ECG de contrôle, constaté une tension artérielle dans les normes et pris avis auprès du cardiologue qui l'avait examiné aux urgences, nous avons pu démarrer l'introduction. La première dose a consisté en 10mg de RITALINE®, prise à l'unité sanitaire. Après une heure, le patient était reçu en

entretien médical. Mr S a immédiatement ressenti un changement positif : il se disait plus calme intérieurement, sans être sédaté ce qui était sa crainte principale. Après une semaine à cette posologie, la dose a été augmentée à 20mg, ce qui lui a permis de calmer également ses ruminations constantes. En entretien, le patient semblait plus détendu et moins labile émotionnellement. Une deuxième dose de 20mg a été ajoutée à 14h, pour couvrir la journée. Finalement la libération immédiate a été convertie en 40mg de RITALINE LP®. La suite de son séjour dans la maison d'arrêt a été marquée par une entente plus cordiale avec les surveillants, une absence de passage au quartier disciplinaire et de rixes, une amélioration du sommeil et il n'a plus été noté d'automutilation. Mr S a spontanément arrêté le cannabis, n'en ressentant plus le besoin. Mr S a été transféré par la suite dans un centre de détention pour effectuer la suite de sa peine.

G. Discussion du cas clinique

La prise en charge de Mr S, que nous présentons en préambule de notre mémoire, a éveillé notre intérêt pour le TDAH en détention. Son parcours de vie chaotique, ses prises de décisions impulsives, sa présentation en entretien presque « typique » d'un jeune homme atteint d'un TDAH nous ont facilement orientés sur le diagnostic mais également intrigués par de nombreux aspects. Bien que la triade : hyperactivité, impulsivité et inattention fût présente chez Mr S, ce dernier souffrait principalement de ses fluctuations d'humeur et ne les savait pas en lien avec le TDAH. Le diagnostic était selon lui posé depuis ses 12-13ans, mais aucun traitement par METHYLPHENIDATE n'avait été introduit bien qu'il possédait l'AMM à cette période (8) : le psychiatre de l'époque avait-il des craintes vis-à-vis de cette molécule, tout comme les psychiatres l'ayant suivi lors des précédentes incarcérations ? Ces derniers n'ont-ils pas évoqué à nouveau le diagnostic de TDAH par manque de temps, par manque d'information ou finalement par sentiment d'illégitimité du trouble chez l'adulte ? Autant de questions, qui nous

ont incités à connaître la vision des psychiatres travaillant en détention, du TDAH, ainsi que leur pratique, à travers une enquête que nous détaillerons en troisième partie.

La mise en place du traitement par METHYLPHENIDATE chez Mr S, a été un tournant dans son vécu en détention, et les bénéfices ont été constatés tant par le patient lui-même que par le personnel l'entourant. D'autres diagnostics ont été retenus chez notre patient comme un trouble de la personnalité antisociale, un trouble du sommeil et un trouble de l'usage du cannabis. Ces derniers peuvent être considéré comme des comorbidités voire des conséquences du TDAH : le traitement du TDAH ayant permis leur disparition quasi complète. Si notre cas clinique est un cas isolé, il est légitime de s'interroger sur la présence du trouble chez les autres détenus et sur les conséquences engendrées par le TDAH. Nous essayerons donc à travers la littérature d'approfondir les liens entre incarcération et TDAH.

Présentation du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte

A. Historique du trouble

Le TDAH est souvent décrié comme étant un phénomène de mode, voire un trouble artificiel. Il nous a semblé important de commencer ce travail par un bref rappel sur son histoire. De « l'étourdi » décrit par Théophraste au IV^e siècle avant JC (9), à l'héroïne intrépide dans « Les Malheurs de Sophie » (10) de la Comtesse de Ségur, en passant par la célèbre pièce de « L'Etourdi » (11) de Molière : les exemples dans la littérature ne manquent pas pour décrire ces personnages distraits et se rapprochant par certains points de notre TDAH (9). Les premières traces de description clinique médicales qui s'apparentent au TDAH remontent à la fin du XVIII^e siècle : en 1775, le médecin allemand Melchior Adam Weikard décrit des adultes inattentifs et impulsif (12), et en 1798, un médecin écossais, Alexander Crichton parle « d'altération morbide de l'attention » pour un trouble que l'on observe dès l'enfance (12). Un siècle plus tard, dans les années 1880, un neurologue français Désiré-Magloire Bourneville évoque pour la première fois la triade classique du TDAH, à savoir « une mobilité physique exubérante » pour l'hyperactivité, « une mobilité mentale » pour le déficit d'attention, et « des impulsions subites » pour l'impulsivité. Il note également un retard mental chez ces enfants (9).

C'est au début du XX^e siècle que commence à émerger réellement la clinique du TDAH que nous connaissons aujourd'hui avec la triade classique, l'évolution continue de l'enfance à l'âge adulte avec une intelligence normale, et ceci à travers différents pays (9). Kraepelin, en 1915 consacra un chapitre, dans la 8^e édition de son Traité, aux « Haltlosen », patients instables, qu'il classe dans les « personnalités psychopathiques » (9). C'est au cours de ce siècle, que débiteront les recherches sur l'origine du trouble. En 1902, le pédiatre anglais Sir George Frederic Still, parlera du déficit du contrôle moral et de la volonté, dans une **théorie organique**

liée à des lésions cérébrales (13). Cette théorie organique est également mise en avant par Kramer et Pollnow, deux médecins allemands, avec leur « syndrome hyperkinétique de l'enfant » qui apparaîtrait à la suite d'une fièvre ou de convulsions épileptiques (13). Ces théories lésionnelles seront progressivement être abandonnées devant l'absence d'imagerie concordante, l'examen neurologique très fréquemment normal et l'absence d'antécédents organiques notables (12).

En parallèle, au cours du début du XX^e siècle apparaît **la théorie psycho-environnementale et psychodynamique**, défendu par Adolf Meyer, psychiatre suisse, qui définira les troubles comme des réactions face aux stress environnementaux (12), (9). Cette théorie se sépare en deux versants : le premier est environnemental lié aux facteurs psycho-sociaux et aux conditions de vies difficiles et le second dit intrapsychique soutenu par Serge Lebovici, psychiatre français. Ce dernier était d'inspiration psychanalytique et influencé par le célèbre pédiatre psychanalyste Donald Winnicott (9). Cette théorie reste encore très populaire de nos jours en France, chez de nombreux pédopsychiatre et psychologues (9).

En 1980, s'opère un changement radical, avec l'apparition du DSM III® (3^e édition du Manuel diagnostique et Statistique des troubles Mentaux) publié par *l'American Psychiatric Association* qui adopte une classification des troubles psychiatriques selon des « symptômes et des comportements observables, sans références à des processus étiologiques présumés » (12). Il apparaît alors dans cette classification le « Trouble déficitaire de l'Attention (avec ou sans hyperactivité) » (13). Le trouble, grâce au DSM IV, en 1994, est reconnu dans l'enfance mais également comme pouvant persister à l'âge adulte dans beaucoup de cas (13).

B. Epidémiologie en population générale

Le trouble ayant été initialement décrit chez l'enfant, les définitions et échelles diagnostiques qui furent clairement établies pour cette population permirent d'évaluer une prévalence de 3 à 5% chez l'enfant (14). Contrairement à ce qui était initialement envisagé, le TDAH ne semble pas être un trouble de l'enfance mais celui d'une vie entière. Si chez certaines personnes la sévérité des principaux symptômes s'amenuise au fil du temps (principalement l'hyperactivité visible extérieurement), chez 60% des cas les symptômes restent pénibles, et chez 90% on note des dysfonctionnements à l'âge adulte (15). Selon une méta-analyse faite sur 20 études réalisées à travers le monde, la prévalence du TDAH chez l'adulte est estimée à 2.8%, avec une différence entre les pays riches (3.6%) et les pays pauvres (1.4%) (16). Cependant les chiffres de la prévalence du TDAH varient selon les études principalement du fait des outils utilisés, des seuils diagnostiques, et des méthodes de recherches (questionnaire ou entretien). Nous garderons une prévalence de 2.5% chez l'adulte selon le consensus international de la fédération mondiale du TDAH (2).

De nombreuses études montrent une prévalence chez l'homme plus importante que chez la femme. Cependant le TDAH chez la femme serait sous diagnostiqué avec un sex ratio allant jusqu'à 9/1 dans certaines études (17), mais selon d'autres études, à la fois épidémiologiques et cliniques, le sex ratio serait plus proche de 1/1 (5). Il y a plusieurs explications à cet écart. D'abord le fait que les filles présentent moins de symptômes d'hyperactivité/impulsivité que les garçons. Il s'agit souvent de ces symptômes qui amènent les parents à faire consulter leurs enfants qui seront alors pris en charge et diagnostiqués. Chez la femme, il faut souligner également une moindre connaissance et reconnaissance du trouble, une expression du trouble par d'autres symptômes, et finalement possiblement de meilleures capacités d'adaptation (5). Nous retiendrons un sex ratio de 2/1 (2).

C. Critères diagnostiques

1. Les symptômes

Le TDAH est connu par sa triade classique de l'hyperactivité, l'impulsivité et d'un déficit d'attention. Les trois symptômes ne sont pas forcément présents chez la même personne, ou sur même période de vie, et d'autres symptômes, que nous allons voir, peuvent s'y ajouter.

a. L'hyperactivité

Particulièrement décrit chez l'enfant, l'hyperactivité se traduit différemment chez l'adulte. Chez ce dernier, il s'agit davantage d'une tension interne, d'un sentiment intérieur et continu d'agitation ou de nervosité, d'un besoin constant de parler, d'une activité mentale incessante, d'une incapacité à se détendre ou du besoin de drogue/d'alcool pour se relaxer (18), (5). Cette hyperactivité peut être compensée par une activité sportive excessive, pouvant entraîner des douleurs physiques sur le long terme (5). Maintenir un travail de bureau est difficile pour un adulte TDAH : il se balancera, jouera avec les objets, remuera sur sa chaise. Situation difficile à vivre, autant pour l'intéressé que pour ses collègues.

b. L'inattention et hyperfocalisation

Le trouble de l'attention est le deuxième symptôme majeur du TDAH. Il n'est pas impossible pour le patient de rester concentré mais son attention est soit insuffisante soit trop importante. Il peut être facilement distrait par des stimuli internes ou externes, particulièrement pour des tâches routinières ou celles qui ne présentent pas de nouveauté. Le patient peut entamer plusieurs activités sans les mener à bout. Il perd régulièrement des objets et a une très mauvaise notion du temps. À l'inverse, lorsque l'activité présente un attrait particulier, il peut y être entièrement dévoué, faisant fi de tout ce qui l'entoure, ce qui est appelé l'hyperfocalisation. Ce trouble de l'attention, s'il est compensé par la présence des parents pendant l'enfance, entraîne

de nombreuses conséquences à l'âge adulte : retard, mauvaise gestion du temps et des plannings tant professionnels que familiaux, factures payées en retard... (18), (5).

c. L'impulsivité

L'impulsivité qui peut être décrite comme un défaut d'inhibition, est souvent associée à l'hyperactivité, et a des répercussions sur les relations tant professionnelles, amicales, ou familiales. Le patient a tendance à « agir sans réfléchir » : démarrer une relation sur un coup de tête, quitter un emploi à la suite d'une frustration... Les comportements compulsifs comme le « binge eating » peuvent être présents avec le besoin de récompense immédiate. Les conséquences financières sont également possibles avec des décisions impulsives, dans une recherche de sensations. Leur vie peut être chaotique et fait de conflits, liés à leur paroles et actes lourds de conséquences (18), (5).

d. Perturbation de la régulation émotionnelle

Chez l'adulte présentant un TDAH, les émotions peuvent être particulièrement difficiles à vivre au quotidien. Il peut alterner entre explosion de joie à la suite d'une bonne nouvelle, accès de colère pour la moindre contrariété, intolérance face au stress, état de profonde tristesse aussi subits qu'incompréhensibles, et ceci au cours d'une même journée. L'humeur est instable et liée aux événements. Les émotions sont justement ressenties mais de façon excessives, et non contrôlables, comme s'il souffrait d'un défaut de régulation émotionnelle (9), (5).

e. Agitation mentale

L'agitation mentale ou l'errance de l'esprit excessive peut être décrite comme un flux constant de pensées avec un enchaînement d'idées, changeant d'un sujet à l'autre, et ceci de façon quasi permanente. Cette agitation mentale est présente dans d'autres pathologies psychiatriques comme la dépression. Les idées, fugaces, viennent perturber le cours de la pensée mais sans

qu'il s'agisse de schéma de pensée répété ou qu'il y ait d'anomalie de contenu. Ce symptôme, bien que peu décrit dans les livres, ou brièvement mentionné dans le DSM-5® par « pensées sans rapport », serait selon des études un fort indicateur pour TDAH (5), (19). Ainsi l'échelle Mind Excessively Wandering Scale a une sensibilité et une spécificité autour des 90% dans les études cas-témoins (20).

2. Nomenclatures

a. Selon la CIM-10

La **CIM-10** (Classification Internationale des Maladie 10e version selon l'Organisation Mondiale de la Santé publiée en 1992 et entrée en application en 1993) est une classification utilisée pour le codage de la morbi-mortalité (21), donc principalement en statistique et pour le remboursement des actes médicaux.

Les « troubles hyperkinétiques » sont classés dans la catégorie des « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence ». Ils sont définis comme suit :

« Groupe de troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions

cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi » (22).

La CIM-10 distingue dans les troubles hyperkinétiques (F90), le « trouble hyperkinétique et trouble des Conduites » (F90.1) de la « perturbation de l'activité et de l'attention » (F90.0) selon que des troubles des conduites soient associés ou non au trouble. Elle exige la présence simultanée de symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, et ne décrit pas de « sous-type » ou de « présentation » selon la nature des symptômes prédominants (9). Cette classification ne décrit pas de « trouble déficitaire de l'attention » seul, excluant du diagnostic de nombreux patients susceptibles de recevoir le diagnostic de TDAH selon d'autres classifications (9).

La présence d'une schizophrénie, d'un trouble anxieux, d'un trouble envahissant du développement ou d'un trouble de l'humeur, a pour conséquence d'exclure le diagnostic de trouble hyperkinétique.

La **CIM-11** (11e version), publiée en 2018 mais pas encore utilisée en pratique, utilise le terme de TDAH, et utilise les 3 mêmes présentations que dans le DSM5 (5).

b. Selon le DSM5

Le DSM5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5e édition de l'American Psychiatric association publié en 2013) est une classification dédiée aux troubles mentaux et utilisée à travers le monde en clinique et pour les études(6).

Elle classe le TDAH dans les troubles neurodéveloppementaux. Les critères, détaillés en Annexe, doivent être remplis pour poser le diagnostic. Ainsi, on retrouve au moins 6 critères d'inattention et/ou au moins 6 d'hyperactivité et impulsivité, interférant avec le fonctionnement

ou le développement, présents avant l'âge de 12ans, ceci dans au moins deux contextes de vie différents, et qui ne sauraient être mieux expliqués par un autre trouble mental.

La présentation est à spécifier avec :

-une présentation combinée : si à la fois les critères d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité sont remplis pour les 6 derniers mois

-une présentation inattentive prédominante : si les critères d'inattention sont remplis mais pas ceux d'hyperactivité-impulsivité, sur les 6 derniers mois

-une présentation hyperactive/impulsive prédominante : si sur les 6 derniers mois, les critères d'hyperactivité-impulsivité sont remplis mais pas ceux de l'inattention.

On peut également spécifier si le trouble est léger , moyen ou grave, selon le nombre de critère présent et l'altération du fonctionnement social ou professionnel (6).

c. Les changements induits par l'évolution du DSM

Plusieurs changements majeurs ont eu lieu lors du passage du DSM de la 4e à la 5e version, avec une tendance à l'élargissement du diagnostic, ce qui implique une augmentation du nombre de personnes qui rempliront les critères :

-le trouble se classe dans les troubles neurodéveloppementaux (5).

-les critères diagnostiques se sont enrichis d'exemples décrivant comment le TDAH se manifeste à différents âges (5).

-le critère de l'âge d'apparition des troubles est passé d'avant 7ans, à avant 12ans (5).

-le terme « sous-type » a été remplacé par « présentation » permettant de traduire la variation du trouble chez un même individu au cours de sa vie (5).

-le seuil diagnostique pour les grands adolescents (>17ans) ou les adultes a été réduit de 6 à 5 symptômes dans le domaine de l'inattention ou de l'hyperactivité/impulsivité (5).

-le critère nécessitant une « gène significative » a été changé pour « des symptômes interférant avec/réduisant la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel ». Le DSM 5 permet de spécifier le trouble, dans un continuum, en léger, modéré ou sévère (9).

-la présence d'un trouble du spectre autistique n'est plus un critère d'exclusion, les deux troubles pouvant co-exister (9).

3. Hypothèses étiologiques

Nous ne connaissons pas à ce jour, les causes exactes ou l'étiopathogénie du TDAH, et ceci malgré plusieurs années de recherches, ce qui rend ce trouble mal compris et controversé. Seuls quelques constats sur les facteurs favorisants ou sur l'imagerie ont été faits, créant ou complétant les différentes hypothèses sur l'origine du TDAH que nous allons détailler.

a. Hypothèses génétiques

La recherche génétique autour du TDAH est apparue à la suite du constat, établi grâce aux études, qu'il s'agit d'un trouble bien souvent familial. Ainsi les études familiales ont montré qu'un proche au premier degré d'un patient atteint d'un TDAH, présentait un risque d'avoir lui-même un TDAH 4 à 5 fois plus important qu'en population générale (5). On retrouve également une héritabilité de 70 à 80% pour des adultes du même rang d'une même famille comme pour les enfants (5).

Il semble à ce jour, qu'il n'y ait pas un gène spécifique impliqué dans le TDAH mais qu'il s'agit d'une association de variabilité sur plusieurs gènes, ce qui expliquerait également le polymorphisme du trouble (9).

Actuellement seuls certains allèles de gènes codants pour les récepteurs à la dopamine D4 et D5 semblent avoir montré des liens forts avec la présence du trouble (23).

Plus récemment, les études d'association pangénomique (qui permettent d'analyser de nombreuses variations génétiques chez de nombreux individus afin de trouver des corrélations avec des phénotypes), se sont intéressées au TDAH. Ainsi une variation génétique du gène FOXP2 (codant pour une protéine du neuro-développement) pourrait être impliquée dans le trouble (24). De nombreuses recherches semblent cependant encore à faire dans le domaine de la recherche génétique afin de pouvoir préciser ces pistes.

b. Hypothèses environnementales

Le lien entre l'environnement et le TDAH a été suspecté depuis longtemps, et bon nombre d'études se sont penchées sur le sujet, permettant de mettre en évidence des liens entre différentes expositions et le TDAH sans pour autant pouvoir expliquer à elles seules ce dernier (25). Nous allons brièvement passer en revue les plus connus.

Tout d'abord, nous retrouvons les risques pendant la grossesse de la mère : avec l'exposition du fœtus à l'alcool et d'autres drogues (25), au tabac (26), ou au valproate (27), une tension artérielle élevée (28), un stress maternel (28) et un faible poids de naissance ou une prématurité (29).

Certains polluants ou pesticides, pendant la grossesse ou l'enfance semblent également en lien avec un plus fort risque de développer un TDAH avec en particulier le plomb, les pesticides organo-phosphatés et les polychlorobiphényles (30).

Certains facteurs psycho-sociaux ont également été retrouvés avec des maltraitances ou des carences affectives sévères précoces (30).

Cependant, bien que ces différents facteurs environnementaux, et d'autres encore non présentés, semblent être corrélés à un risque plus important d'apparition d'un TDAH, ils ne permettent de l'expliquer que partiellement. Ainsi, il est suggéré par certaines études, mais non prouvé, que certains facteurs environnementaux chez des personnes avec des prédispositions génétiques expliqueraient mieux les chiffres du TDAH. Des études plus sophistiquées semblent nécessaires pour clarifier cette intrication entre génétique et environnement (5).

c. Hypothèses neurobiologiques

Malgré les premières découvertes suggérant qu'il existe des différences structurales au niveau cérébral, une méta-analyse récente, publiée en 2017 et réalisée par Martine Hoogman et ses collaborateurs, a conclu à l'absence de différence significative au niveau de la structure du cerveau entre les adultes TDAH et les cas contrôles (31). Cependant, toujours selon cette méta-analyse, des différences de structures sont présentes dans l'enfance à savoir des régions cérébrales plus petites : le noyau accumbens, le noyau caudé, l'amygdale (impliquée dans les émotions), le putamen et l'hippocampe et le volume intracrânien (31). Ces données ont permis de mettre en lumière que le TDAH est bien un trouble du retard de maturation du cerveau, mais également de renforcer la présence de trouble de la régulation émotionnelle dans le TDAH compte tenu de l'atteinte de l'amygdale (31).

D'autres techniques d'imageries ont également mis en relief des différences au niveau de la substance blanche avec la présence d'anomalies microstructurales, soulignant la large étendue des lésions et leur interconnexions (5).

Les études réalisées grâce aux IRM fonctionnelles ont pu relever des différences d'activation chez les personnes présentant un TDAH, avec en particulier des hypo-activations des circuits fronto-striataux et d'hyperactivation du réseau du « mode par défaut » (9). Ces données corroborent la clinique du TDAH avec un « mode par défaut » qui, chez les sujets sains est actif

quand le cerveau est centré sur soi et non sur une activité. Chez les patients TDAH le « mode par défaut » s'active en pleine tâche, perturbant l'attention.

d. Hypothèses neuropsychologiques

Depuis plusieurs années, la neuropsychologie s'intéresse au TDAH et a développé plusieurs modèles théoriques centrés sur les fonctions exécutives. Ces dernières sont des « fonctions cognitives supérieures qui interagissent entre elles pour guider et adapter nos comportements afin de nous permettre d'atteindre nos objectifs » (32). Elles peuvent être séparées en mémoire de travail, perception de temps, mémoire prospectives, régulation émotionnelle, auto-activation et évaluation prospective et rétrospective (32).

Le premier modèle est celui de Barkley en 1997. Il décrit un déficit d'inhibition comportemental qui perturberait les fonctions exécutives et serait à l'origine d'une partie de la symptomatologie du TDAH(32).

Le second modèle est celui de Sonuga-Barke en 2002. Il décrit l'aversion au délai, qui serait un trouble de la motivation (vécu négatif de l'attente), et expliquerait l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité comme des comportements pour y remédier (32).

Finalement, en 2003, le modèle à deux voies de Sonuga-Barke, reprend les deux hypothèses précédentes. Il décrit une première voie, celle d'un trouble motivationnel, avec comme substrat anatomique le circuit mésocortical, et plus en lien avec les symptômes d'hyperactivité/impulsivité. La seconde voie est celle d'un trouble de la régulation secondaire à un déficit de l'inhibition, associé au circuit mésolimbique, et davantage en relation avec les symptômes d'inattention (32).

4. Poser le diagnostic de TDAH chez l'adulte

Selon les recommandations de 2018 du « National Institute for Health and Care Excellence » (33), le diagnostic doit être posé par un psychiatre ou autre professionnel de santé qualifié et formé dans le TDAH après une évaluation clinique et psychosociale complète, incluant une discussion sur les comportements et symptômes dans les différents domaines de la vie quotidienne. Le professionnel reprendra l'histoire complète du développement et psychiatrique. Il fera une évaluation de l'état mental du patient.

Pour poser le diagnostic, les critères du DSM-5 ou de la CIM-10 devront être remplis, causer au moins des troubles modérés au niveau social, professionnel ou psychologique, et ceci dans au moins deux pans de la vie quotidienne. Les critères seront adaptés à l'âge. Les échelles diagnostiques et les entretiens structurés ne permettent pas à eux seuls de poser le diagnostic, mais sont utiles dans le processus (33).

Les outils de dépistage et d'évaluation utilisés dans le cadre du TDAH sont nombreux, et peuvent prendre la forme d'entretien structuré ou d'échelle. Nous citerons ici les plus connus. Pour le dépistage : l'**ASRS** (Adult ADHD Self report Rating Scale), créée par l'OMS, basée sur le DSM5, est disponible dans de nombreuses langues, sans restriction d'accès (5). Elle permet le dépistage à partir des symptômes actuels chez l'adulte en auto-évaluation (34). Sont également utilisés : la **WURS** (Wender Utah Rating Scale) (libre d'accès) qui est une auto-évaluation à partir des symptômes dans l'enfance et prend en compte les symptômes émotionnels (34), la **CAARS** (Conners Adult ADHD Rating Scale) (accès limité) qui est une évaluation du patient et de son entourage et permet de mesurer la présence et la gravité des symptômes (34), et l'**AISRS** (Adult ADHD Investigator Rating Scale) (accès limité) (5).

L'outil d'évaluation diagnostique le plus connu est probablement la **DIVA 2.0** (Diagnostic Interview for ADHD Adult, deuxième édition). Disponible dans de nombreuses langues et gratuite, elle permet de structurer l'entretien (5). De même l'**ACE+** (ADHD Child Evaluation +) (libre d'accès), la **CAADID** (Conners Adult ADHD Diagnostic Interview) (accès limité) et l'**ACDS** (Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale) (accès limité) sont également disponibles et permettent de guider le diagnostic (5).

D. Comorbidités

La présence de comorbidités dans le TDAH semble davantage être la norme que l'exception chez les patients présentant un TDAH : le taux de comorbidité vie-entière est de 60 à 80%. Avoir 3 ou plus troubles psychiatriques augmente de 10 le risque d'avoir également un TDAH (5). Selon une étude descriptive, l'association TDAH et une seule comorbidité est retrouvée dans 23% des cas, associée à deux comorbidités dans 14% des cas et à trois ou plus dans 14% des cas (16). Lors du diagnostic, la présence de comorbidité doit faire rechercher activement le TDAH et ne l'exclut donc pas. Les symptômes doivent également être finement évalués pour faire la différence entre ceux présents dans le TDAH, et ceux liés à une comorbidité (5) et ainsi permettre une prise en charge adéquate et globale. Nous allons dans cette partie détailler les comorbidités les plus fréquemment associées au TDAH.

1. Troubles neurodéveloppementaux

Si les troubles neurodéveloppementaux ont principalement été étudiés chez les enfants, leurs cliniques et les difficultés qui y sont liées sont toujours présentes à l'âge adulte.

Le TDAH est associé à des taux plus importants de présenter un autre trouble du neurodéveloppement à commencer par les troubles du spectre autistique (TSA). Dans une étude réalisée auprès d'enfant autistes, 31% présentait un TDAH associé (35). Une autre étude

réalisée auprès d'enfants TDAH, indiquait des taux élevés de symptôme de TSA chez les enfants TDAH (36). Le chevauchement génétique et phénotypique du TDAH et du TSA laisse supposer une influence commune (37).

Les troubles des apprentissages chez les enfants présentant un TDAH peuvent être la conséquence de leur trouble avec des difficultés de concentration, difficultés dans les fonctions exécutives et dans leur mémoire de travail, mais peuvent également être expliqués par la présence de trouble du langage écrit ou oral surajouté (9). De 25 à 40% des enfants avec un TDAH auraient un trouble de la lecture, et de 15 à 40% des enfants dyslexiques auraient un TDAH (38). Dans ce cas également une part génétique commune est suggérée (39). Les troubles de la coordination motrice ou dyspraxie sont également associés de façon fréquente avec le TDAH : 30 à 50% des enfants TDAH en présenterait un (40).

Bien que le TDAH fût initialement pensé comme allant de pair avec à un déficit intellectuel, il peut être présent chez les personnes à QI bas, normaux ou élevés. Les troubles du développement intellectuel peuvent être associés au TDAH. Les enfants TDAH présenteraient un QI inférieur de 9 points comparativement à un groupe contrôle (18). Selon une étude réalisée chez des enfants à bas QI, 15% d'entre eux présenteraient un TDAH (41). Les études manquent cependant dans ce domaine, car souvent réalisées dans une tranche de QI normale, et les échelles d'évaluations ne sont pas adaptées pour les niveaux intellectuels bas (18).

2. Troubles liés à une substance

L'association trouble de l'usage d'une substance (TUS) et TDAH est forte et réciproque. De nombreuses études ont cherché la prévalence du TDAH chez les personnes présentant un trouble de l'usage d'une substance (alcool et drogue). Nous retiendrons qu'entre 15 à 25% des consommateurs présenterait un TDAH (42). Inversement, selon d'autres études, entre 45 et 55% des personnes présentant un TDAH mésuseraient une substance (43). Le risque de

présenter un autre trouble psychiatrique est augmenté chez les patients présentant un TDAH et un TUS comparativement à ceux présentant l'un ou l'autre (44).

L'association entre TDAH et tabac est particulièrement forte (45). Les adolescents TDAH fumeraient deux fois plus que les autres. Une explication pourrait être la compensation par la nicotine (agoniste dopaminergique) du déficit relatif en dopamine du TDAH. La nicotine permettrait de limiter les symptômes d'agitation et du manque de concentration, et donc d'être utilisé en auto-médication (18). Les individus présentant un TDAH commenceraient la cigarette plus jeune, deviendraient plus facilement des fumeurs réguliers, auraient plus de difficultés à s'arrêter, et seraient de plus grands consommateurs (46). Une relation linéaire aurait également été retrouvée chez les adolescents TDAH entre leur nombre de symptôme du TDAH auto-déclaré et leur consommation de tabac (46). Comme pour la cigarette, les autres drogues lorsqu'elles sont associées au TDAH seraient d'usage plus précoce, d'une plus grande sévérité, d'une évolution plus rapide vers la dépendance et leurs impacts plus marqués dans de nombreux domaines de la vie de la personne (42), (47), (48).

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer ce lien fort entre TUS et TDAH (9), (49) :

-les processus de récompense altérés dans le TDAH (pas de projection à long-terme, nécessité de récompense immédiate et impulsivité), pourraient transformer une prise de drogue initiale en dépendance.

-l'existence de facteurs communs aux deux troubles, génétiques, psychopathologique ou environnementaux, comme l'exposition in-utero aux drogues qui serait corrélée aux TUS comme au TDAH.

-l'utilisation des drogues serait une automédication du TDAH. Dans cette hypothèse, la cocaïne et la nicotine seraient utilisées pour les troubles attentionnels par les consommateurs, le cannabis et l'alcool pour leur côté sédatif dans l'agitation motrice et la tension interne.

Le diagnostic d'un TDAH chez un patient présentant un TUS est particulièrement difficile. D'une part, de nombreux symptômes communs aux deux troubles peuvent expliquer la présentation clinique du patient (50), (9) :

-les effets de la substance, en cas de consommation ou de sevrage, peuvent se traduire par une agitation, une instabilité de l'humeur, une anxiété, une intolérance à la frustration, une impulsivité, des difficultés de concentration et de mémoire.

-le craving lié au processus addictif entraîne une perte de contrôle avec des prises de décision irréflechies, des difficultés d'organisation, une instabilité de l'humeur, une dysphorie, la poursuite des consommations malgré les conséquences délétères et le besoin de récompense immédiate.

-les atteintes des fonctions exécutives dû aux consommations, déjà déficitaires dans le TDAH, se majorent avec une impulsivité, de l'inattention un déficit d'inhibition et des prises de risque.

-les comorbidités des deux troubles se confondent avec des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles de la personnalité (borderline et antisociale).

Concernant le diagnostic du TDAH chez les patients présentant un TUS, il ne semble pas exister d'échelle diagnostique spécifique pour l'instant. Bien que souvent recommandé, l'arrêt de la substance et l'évaluation à distance (42) ne sont pas toujours possibles (50). Le critère essentiel pour retenir le diagnostic de TDAH dans cette population semble être la présence des symptômes lors des périodes d'abstinence passées (50). L'anamnèse complète du TDAH et de l'histoire des différentes consommations, avec les séquences chronologiques précises sont nécessaires (9). Les échelles et questionnaires diagnostiques, ainsi que l'avis d'un proche sont également conseillés (50).

La mise en place de traitements psychostimulants chez les personnes présentant un TUS est souvent source de crainte chez les médecins. Ainsi la peur d'un mésusage ou d'une

augmentation des dépendances chez des patients au profil addictif est souvent mise en avant, et limite la mise en place de médicament.

Cependant plusieurs études ont montré l'intérêt de traiter aux vu des lourdes complications engendrées par le TDAH chez ces patients. Une méta-analyse réalisée en 2003, a souligné que le traitement par psychostimulant chez l'enfant était finalement un facteur protecteur vis-à-vis du développement d'un TUS plus tard (51). Chez l'adulte également, le traitement d'un TDAH, en plus de diminuer la symptomatologie du TDAH, diminuerait les abus de substance (52), (53). Bien que le risque de mésusage et de détournement existe chez un petit nombre de patients traités, il n'a pas été relevé de différence entre ceux présentant un TUS et les autres, concernant l'abus de substance, le détournement, ou l'aggravation d'un TUS (54).

Il apparait donc possible de traiter le TDAH par Méthylphénidate chez un patient présentant un TUS, accompagné d'une surveillance spécifique, et en privilégiant les formes à libération prolongée (34).

3. Troubles de la personnalité

Dans le TDAH, le risque de présenter un trouble de la personnalité, en particulier du cluster B (borderline chez la femme et antisociale chez l'homme) est augmenté (18). Les troubles de la personnalité sont divisés en 3 clusters :

- Le groupe A : à caractéristique psychotique (paranoïaque, schizoïde, schizotypique)
- Le groupe B : à caractéristique émotionnelle (antisociale, borderline, histrionique, narcissique)
- Le cluster C : à caractéristique anxieuse (évitante, dépendante, et obsessionnelle-compulsive).

Chez 33 à 65% des patients présentant un trouble de la personnalité du cluster B, on retrouve un TDAH dans l'enfance (18). Chez 65% des adultes manifestant un trouble de la personnalité antisociale, on retrouve également un TDAH selon les critères du DSM-IV (55). Chez les enfants présentant un TDAH, avec ou sans trouble des conduites, une étude a montré un risque accru de développer par la suite une personnalité antisociale (55). Cette même étude montre que seul l'association TDAH et trouble des conduites augmenterait le risque de criminalité à l'âge adulte (à la différence du TDAH seul) (55). Il est probable que la présence du TDAH dans l'enfance entraîne le développement de modalités relationnelles et de schémas comportementaux dysfonctionnels tout en altérant l'estime de soi, forgeant la personnalité future (34). La présence d'un trouble de la personnalité ne doit donc pas exclure le TDAH mais plutôt le faire rechercher activement, et inversement.

Les troubles de la personnalité borderline et antisocial partagent des symptômes communs rendant le diagnostic parfois difficile : les changements d'humeur et les explosions de colère présentes dans les troubles borderline et antisocial sont également retrouvés chez les patients TDAH. A ces deux symptômes chevauchant les tableaux se rajoute l'impulsivité (18). La différence se fera à travers l'anamnèse : le TDAH étant présent dès l'enfance ; mais également dans le reste de la symptomatologie : conflits dans les relations, automutilations, préoccupations suicidaires, troubles de l'identité et sentiments d'abandon étant plus intenses et marqués dans le trouble borderline (5).

4. Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont fréquemment décrits chez les patients TDAH (chez 60-80% des cas), et ceci depuis leur enfance (56). Ils rapportent une moins bonne qualité de sommeil, des difficultés à se lever et à aller se coucher, des latences d'endormissement importantes, des maintiens du sommeil difficiles et un somnolence diurne (18). Les paramètres

polysomnographiques du sommeil ne semblent cependant pas être perturbés (57). Près de 80% des adultes TDAH préfèrent se coucher et se lever tard, ce qui correspond à un chronotype du soir (25% de chronotype du soir en population générale) (18). Les conséquences néfastes du chronotype du soir sont nombreuses : ils travaillent souvent en décalé, sont plus souvent sans-emplois et ont une moins bonne santé (18). De plus le manque de sommeil majorerait les symptômes du TDAH en journée (58). Des hypothèses ont été faites sur un trouble du rythme circadien chez les patients TDAH mais nécessite plus d'investigations (59).

Un traitement par mélatonine le soir permettrait de normaliser le rythme (58), de même que la lumbinothérapie le matin qui améliorerait également les symptômes du TDAH en journée (60).

Il est également rapporté que le syndrome des jambes sans repos, le trouble des mouvements périodique des membres et les apnées du sommeil sont plus fréquents chez les patients TDAH (18).

5. Troubles des conduites et Troubles Oppositionnels avec Provocation

Les Troubles des Conduites (TC) et les Troubles Oppositionnels avec Provocation (TOP) sont classés dans « les troubles de comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance et l'adolescence » dans la CIM-10 (22), et dans « les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites » dans le DSM-V (6).

Le TOP correspond « à des comportements négatifs et hostiles, par lesquels l'enfant conteste et refuse d'obéir. Vis-à-vis de l'autorité, il se montre en colère et souvent susceptible et vindicatif » (12). Le TOP apparaît en général avant 6ans, et rarement après les premières années de l'adolescence (9). Il est très fréquemment associé au TDAH, et le sous-type du TDAH a son importance puisque 25% du sous-type « mixte » ou « à prédominance hyperactive/impulsive » en présenterait un, contre 9% dans le sous-type « à inattention prédominante » (9). La

cooccurrence des deux troubles potentialise la sévérité de chacun et leurs conséquences, chez l'enfant comme chez l'adulte (61).

Le TC peut être défini comme « un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans le lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet » (12). Il est plus sévère que le TOP, avec des agressions physiques de personnes ou d'animaux, des vols et peu d'empathie. Là aussi, l'association TC et TDAH, rendraient les symptômes des deux plus sévères (12). Il peut apparaître dès la maternelle mais généralement démarre entre la primaire et le collège. La forme a début précoce est souvent plus sévère, et est plus encore liée en comorbidité au TDAH(9). Les sous-types « mixte » ou « à prédominance hyperactivité/impulsivité » sont plus à risque de développer un TC (9).

Il semble également important de noter que selon une étude réalisée auprès de 151 enfants souffrant d'un TDAH, les enfants qui présentaient un TOP associé, avaient trois fois plus de risque de développer un TC à l'adolescence (62).

Nous verrons plus loin (en partie 2) l'importance de ce qui peut être décrit comme un enchainement des comorbidités et une multiplication des risques avec : TDAH dans l'enfance, puis le TOP, puis le TC à l'adolescence et finalement leurs implications en criminalité.

6. Troubles de l'humeur

TDAH et dépression : On estime la prévalence des troubles dépressifs chez les patients présentant un TDAH à 18.6%, contre 7.8% chez les non-TDAH (63), et jusqu'à 55% de prévalence vie-entière (18). Inversement, on retrouverait chez 16% des patients dépressifs, les critères d'un diagnostic de TDAH dans l'enfance, et chez 12% des signes de TDAH encore à l'âge adulte (64).

Selon une étude de Biedermann réalisée auprès de jeunes adolescentes, publiée en 2008, celles présentant un TDAH auraient 2.5 fois plus de risque de développer un TDAH. De plus, les épisodes dépressifs qu'elles présentaient, étaient plus sévères, plus longs, d'apparition plus précoce, avec un plus gros risque suicidaire et elles avaient plus d'hospitalisation (65).

Plusieurs symptômes peuvent être présents dans le TDAH et un épisode dépressif comme les troubles de la concentration, l'irritabilité, les troubles du sommeil, une tension interne, ou une fatigue. La différence peut parfois être difficile et entraîner des confusions (66). La distinction des pathologies se fera grâce à l'anamnèse : le TDAH étant présent depuis toujours, et l'état dépressif faisant rupture avec un état antérieur.

Plusieurs hypothèses ont tenté d'expliquer cette association TDAH/trouble dépressif (9), sans qu'aucune ne soit confirmée :

- la dépression pourrait être une conséquence directe du TDAH
- les deux troubles pourraient être l'expression d'une étiologie commune
- des caractéristiques phénotypiques du TDAH (comme des traits de personnalité) pourraient être des facteurs de prédisposition aux troubles de l'humeur
- certaines comorbidités du TDAH (TOP, TC, troubles anxieux) pourraient favoriser le trouble dépressif
- les difficultés interpersonnelles des patients TDAH entraîneraient une vulnérabilité dépressive.

TDAH et trouble bipolaire : La clinique est là aussi très intriquée entre les deux troubles, rendant les diagnostics et la distinction parfois difficile. La présence d'un trouble bipolaire chez une personne présentant un TDAH est plus fréquente qu'en population générale : 10% de patient TDAH ont un trouble bipolaire dans les études cliniques contre 2-5% en population générale (18). Une étude clinique réalisée en 2008 auprès de patients bipolaires, a détecté un

TDAH chez 30% d'entre eux (67). Bien que la clinique puisse parfois se confondre, la présence d'un trouble bipolaire n'exclue pas un TDAH et inversement.

7. Troubles anxieux

Des études ont été faites concernant l'association d'un trouble anxieux et du TDAH et ont montré une plus forte prévalence du trouble anxieux chez les patients souffrant d'un TDAH qu'en population générale (68). Selon une étude du Dr Kessler, la prévalence d'un trouble anxieux (trouble anxieux généralisé, trouble de stress post-traumatique, trouble panique, agoraphobie, phobie spécifique, phobie sociale, et trouble obsessionnels compulsifs) sur 12 mois a été estimée à 47% (63). Inversement dans une population souffrant de trouble anxieux, le TDAH est retrouvé chez près de 28% des patient, bien plus qu'en population générale (69).

Les personnes présentant un trouble anxieux et une comorbidité TDAH dans l'enfance, manifestent généralement des symptômes d'anxiété plus sévères, un âge plus jeune de début de l'anxiété, et plus souvent des troubles psychiatriques ou troubles de l'usage des substances comorbides associés que ceux sans TDAH (70). Les patients avec un trouble anxieux ont un diagnostic de TDAH plus tardif que ceux sans TDAH, possiblement lié à l'inhibition de l'impulsivité lié à l'anxiété (71).

Les comorbidités dans le TDAH sont donc plus souvent la norme que l'exception. Elles rendent le diagnostic difficile, et camouflent le TDAH. Nombreux sont les patients amenés en psychiatrie par ces comorbidités, et n'ayant pas connaissance de leur TDAH. Le clinicien formé et sensibilisé au TDAH et ses subtilités, pourra mettre en lumière le trouble sous-jacent ignoré jusqu'alors.

E. Diagnostiques différentiels

Comme dans toute démarche diagnostique, l'élimination des diagnostics différentiels est une étape clé. Elle est cependant particulièrement difficile dans le TDAH du fait de l'intrication des symptômes du TDAH avec les comorbidités, ces dernières étant les principaux diagnostics différentiels. Le niveau suivant de complexité est la présence de troubles induits par le TDAH : ainsi un état dépressif peut être un diagnostic différentiel, une comorbidité mais également une conséquence de l'épuisement psychique engendré par le TDAH depuis des années. Certaines stratégies d'adaptation mises en place par les patients sur plusieurs années (par exemple une anxiété anticipatoire afin d'éviter les oublis) peuvent mimer d'autres troubles (dans cet exemple des troubles obsessionnels compulsifs ou un trouble anxieux). La présentation clinique du patient en entretien et son état actuel ne permet donc pas de faire le diagnostic à lui seul. L'anamnèse complète avec une attention particulière sur la temporalité de l'apparition des symptômes, une sémiologie très fine, l'interrogatoire des proches et l'utilisation de questionnaire, permettront de faciliter le diagnostic.

Nous verrons donc brièvement les différents diagnostics différentiels qui peuvent mimer par certains aspects un TDAH.

- Pathologies somatiques :

-neurologique : avec les maladies neurodégénératives, l'épilepsie, les traumatismes crâniens, les tumeurs frontales...

-endocrinologique : avec les hyper/hypothyroïdies, le syndrome de Cushing, un diabète non équilibré...

-déficits sensoriels : avec les troubles visuels ou auditifs entraînant des troubles des apprentissages et de la compréhension...

-troubles du sommeil : avec les apnées du sommeil, la narcolepsie, le syndrome des jambes sans repos...

-hématologique : avec une anémie ferriprive sévère

-trouble cognitif : avec un retard mental ou un trouble des apprentissages

-autre : avec une intoxication au plomb....

- Psychiatrique :

-les troubles de l'humeur : avec un épisode dépressif, un trouble bipolaire avec une(hypo)manie

-les troubles anxieux : avec une anxiété généralisée, un TOC, un trouble panique, une agoraphobie, une phobie sociale, un état de stress post traumatique...

-les troubles du spectre autistique

-les troubles de la personnalité : avec principalement les personnalités borderlines et antisociales

-les troubles du comportement : avec un trouble oppositionnel avec provocation, un trouble des conduites

- Iatrogène :

Avec notamment les antidépresseurs, benzodiazépines (sédatives ou effets paradoxal), corticothérapies, hormones thyroïdiennes, neuroleptiques (responsable d'akathisie) et de nombreux autres traitements responsables d'effets indésirables sur le plan cognitif (antihistaminiques, antalgiques...) ...

- Addictologique :

Une intoxication, une dépendance ou un sevrage, aux différentes substances, peuvent mimer un TDAH.

Après avoir décrit le cheminement qui permet de poser le diagnostic de TDAH, parfois complexe, nous allons nous pencher sur les différentes prises en charges possibles.

F. Prise en charge

Il n'existe pas à ce jour de recommandation française concernant la prise en charge du TDAH chez l'adulte. Plusieurs consensus d'experts internationaux ont proposé des recommandations :

- Le Canadian ADHD Ressource Alliance (CADDRA), au Canada, version mise à jour en 2020 (72).
- Le National Institute of health and Care Excellence (NICE), en Grande-Bretagne, version mise à jour en 2018 (33).
- Le consensus européen du Réseau européen TDAH Adulte, en Europe, mise à jour en 2019 (5).

Une revue de la littérature réalisée par des français en 2019, propose une mise à jour des connaissances actuelles sur le TDAH, son évaluation et sa prise en charge (34). Cette dernière préconise une approche multimodale, avec le traitement du trouble, ainsi que de ses comorbidités en parallèle, par une prise en charge non médicamenteuse, complétée si besoin par des traitements pharmacologiques. Les comorbidités sévères, si présentes, doivent être stabilisées en priorité (trouble de l'humeur, addiction, anxiété, dépression). Deux niveaux d'approche sont à considérer avec l'approche symptomatique et l'approche fonctionnelle.

1. Les traitements non-médicamenteux

La **psychoéducation** est considérée comme la première étape dans le parcours de soins du trouble (5). Elle consiste en l'acquisition par le patient ainsi que par ses proches, des connaissances sur le TDAH : les symptômes, les comorbidités, les troubles exécutifs, la composante génétique, les différents traitements... Dès lors, le patient comprendra mieux son trouble et ses conséquences. Loin d'être un cours professoral, la psychoéducation consiste à mettre le patient à une place « d'expert » de sa maladie et acteur de son parcours de soins, tout

en apportant un soutien émotionnel à lui et sa famille (9). Une étude contrôlée randomisée et multicentrique a montré que la psychoéducation apportait une amélioration de la satisfaction globale de vie (73). Cette thérapie comporte trois dimensions (9) :

- Pédagogique ou un rôle d'information
- Psychologique ou gestion des émotions liées à l'annonce du diagnostic et l'impact du trouble
- Comportemental avec l'utilisation d'outils à la fois pédagogique et thérapeutique.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont prouvé leur efficacité dans de nombreuses études et dans de nombreuses indications. Elles peuvent se faire en groupe ou être individuelles. Dans le TDAH elles semblent particulièrement utiles pour les comorbidités et pour les troubles fonctionnels engendrés par le TDAH (34). La combinaison médicament-TCC semble être plus efficace que chaque traitement pris séparément (5). Ainsi certains schémas cognitifs dysfonctionnels et distorsions cognitives fortement liés à des symptômes émotionnels négatifs, appris par une accumulations d'expériences négatives liées au TDAH au cours de leur vies, pourraient être améliorés par les TCC (74). Le travail comportemental ciblera les capacités organisationnelles, la gestion du temps et la planification. Quant au travail cognitif, il se concentrera sur le maintien du changement de comportement, sur les stratégies de résolution de problème et de lutte contre la procrastination (34).

Pour les patients ne souhaitant pas de traitement pharmacologique ou ne les supportant pas, les TCC restent la meilleure option.

Les thérapies comportementales dialectiques et basées sur la méditation pleine conscience sont également étudiées dans le TDAH et apportent une prise en charge des troubles émotionnels, et de la gestion des émotions et du stress.

La remédiation cognitive et le **neurofeedback** sont des techniques qui ciblent non pas le fonctionnement défaillant induit par le TDAH mais directement les processus neurophysiologiques à l'origine des symptômes. Il conviendrait de mener de plus amples études dans ces domaines avant de conclure à leurs efficacités (34).

Le coaching n'a pas de preuve d'efficacité à ce jour. Dérivé des TCC, il est utilisé pour fournir une structure, un encouragement et un retour d'une autre personne afin d'acquérir des compétences de vie et de changer les schémas négatifs dans la vie de tous les jours (5).

Les traitements non-médicamenteux sont moins efficaces pour les symptômes du TDAH que les traitements médicamenteux, mais sont utiles pour les problèmes qui subsistent après l'optimisation des traitements médicamenteux (2).

2. Les traitements pharmacologiques

Ils ont pour objectifs d'être des traitements symptomatiques et non curatifs.

a. Les recommandations

Plusieurs recommandations ont été faites concernant les traitements pharmacologiques dans le TDAH.

-le CADDRA recommande en 2020 : en première ligne les psychostimulants de longue durée d'action (Lisdexamphétamine, Méthylphénidate, sels d'amphétamine), et en deuxième intention les psychostimulants de courte et moyenne durée d'action (Méthylphénidate, Dexamphétamine), ou les médicaments de longue durée non stimulant (Atomoxétine) (72).

-le NICE recommande en 2018 : en première ligne la Lisdexamphétamine ou le Méthylphénidate, et en deuxième ligne l'Atomoxétine ou la Dexamphétamine (33).

-le Réseau Européen du TDAH Adulte recommande en première intention les dérivés d'amphétamine et particulièrement le Lisdexamphétamine, puis le Méthylphénidate et finalement l'Atomoxétine (5).

b. Les médicaments

→ Les traitements stimulants

Ce sont les meilleurs traitements en termes d'efficacité sur les symptômes du TDAH, mais ils restent plus susceptibles d'être détournés, et mésusés (2). Les études n'ont pas montré d'addictions aux stimulants chez les personnes TDAH , mais elles soulignent un risque de détournement du produit à des fins psychostimulantes (43). 70% des patients souffrant d'un TDAH sont sensibles à ces molécules (43).

✓ Les dérivés d'Amphétamines : Dexamphétamine, sels d'amphétamine, et Lisdexamphétamine

Les dérivés d'amphétamines agissent au niveau des synapses en inhibant les transporteurs pré-synaptiques de la dopamine et noradrénaline, ainsi qu'en bloquant des transporteurs vésiculaires (effet supplémentaire non présent dans le Méthylphénidate), ce qui augmente la libération de dopamine et de noradrénaline dans la synapse. Ce sont les médicaments qui ont le meilleur bénéfice-risque chez l'adulte (75). Leurs effets indésirables sont les mêmes que ceux du Méthylphénidate, et exigent donc les mêmes précautions d'emploi.

Ces traitements ne sont pas disponibles en France, hormis la Dexamphétamine-ATTENTIN® qui possède une ATU nominative pour le traitement de la narcolepsie (34).

✓ Les dérivés du Méthylphénidate : Méthylphénidate et Dexméthylphénidate.

Le Méthylphénidate agit au niveau des synapses en bloquant les transporteurs présynaptiques de dopamine et noradrénaline ce qui a pour effet d'augmenter la présence de ces neurotransmetteurs dans la synapse.

Une surveillance particulière doit être réalisée au cours du traitement, liée aux potentiels effets indésirables du traitement avec notamment une surveillance : neuropsychiatrique (insomnies, bruxisme, céphalées, tics, irritabilité, fléchissement thymique, anxiété, virage thymique sur un trouble bipolaire, aggravation ou survenue de troubles psychotiques), cardiovasculaire (augmentation de la fréquence cardiaque et/ou de la tension artérielle, palpitations), cérébrovasculaire (vascularite, artérite et/ou occlusion cérébrale) et métabolique (baisse d'appétit, perte de poids, retentissement sur la croissance staturo-pondérale) (76).

Un bilan cardiovasculaire pré-thérapeutique n'est recommandé qu'en présence d'antécédents cardiovasculaires, personnels ou familiaux. Une surveillance trimestrielle par le médecin traitant, de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, du poids et de l'état psychologique du patient est suffisante (34).

En France différents médicaments à base de Méthylphénidate sont disponibles :

-en libération immédiate : La RITALINE® (avec une durée d'action de 2-4 h)

-en libération prolongée : La RITALINE LP® (durée d'action de 6-8h), le QUASYM LP® (6-8h), le CONCERTA LP® (10-12h), le méthylphénidate MYLAN LP® (10-12h), et le MEDIKINEL LP® (6-8h).

→ Les traitements non-stimulants

✓ L'Atomoxétine

Ce médicament est souvent recommandé comme traitement de deuxième intention, après les stimulants. Il s'agit d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline ayant un effet dopaminergique au niveau préfrontal. Elle dispose d'une ATU nominative en France sous le nom de STRATTERA® pour le TDAH. Elle a une efficacité modérée sur les symptômes du TDAH mais peut être intéressante chez les personnes présentant une comorbidité anxieuse majorée par les stimulants (5).

✓ Les autres traitements

La Guanfacine-INTUNIV®, et la Clonidine-CATAPRESSAN® semblent également être efficace dans le TDAH chez l'enfant, mais ces résultats ne sont pas encore prouvés chez l'adulte (5). Le Bupropion-ZYBAN® et le Modafinil-MODIODAL® font l'objet d'investigations mais les résultats semblent contrastés (34).

Pour conclure ce paragraphe sur les traitements médicamenteux, il semble important de rappeler qu'aucun traitement antidépresseur (hormis le Bupropion et l'Atomoxétine qui peuvent entrer dans la classe des antidépresseurs mais ne sont pas utilisés pour ces effets-là), antipsychotiques ou sédatifs, n'a d'indication pour le TDAH. Ces molécules sont régulièrement utilisées devant des symptômes de TDAH mais sont bien souvent délétères (34).

c. Particularités en France

Du fait des propriétés dopaminergiques, à risque de mésusage, le Méthylphénidate est soumis en France aux règles de prescription des stupéfiants : la prescription se fait sur ordonnance sécurisée, pour une durée maximale de 28 jours. Si l'initiation doit se faire par un médecin

hospitalier spécialiste en neurologie, psychiatrie ou pédiatrie, le renouvellement peut être réalisé le médecin traitant. Le médecin spécialiste réévalue le traitement annuellement.

Avant mai 2021, il n'existait pas en France de médicament possédant l'AMM pour une introduction de traitement chez l'adulte. Le CONCERTA LP® et le Méthylphénidate MYLAN LP® possède une AMM chez l'adulte dans le cadre d'une poursuite du traitement initié chez l'enfant. La RITALINE LI® possède une AMM chez l'adulte mais dans le cadre de la narcolepsie, et la Dexamphétamine possède une ATU nominative pour la même indication. Le STRATTERA® possède une ATU pour le TDAH mais là aussi dans le cadre d'une initiation avant 18ans. La Clonidine est disponible en France mais ne possède pas d'AMM dans le cadre du TDAH.

En mai 2021, l'ANSM délivre une AMM pour la seule forme galénique RITALINE LP en initiation chez l'adulte (77). Une consultation chez le cardiologue est recommandée en bilan pré thérapeutique. La dose maximum autorisée est de 80mg/j, et l'âge maximal est de 60ans. Le diagnostic de TDAH dans l'enfance se fait rétrospectivement, et est le plus étayé possible. Le remboursement devra être évalué par la commission de transparence de la HAS.

La prescription hors AMM entraîne des conséquences notables : de nombreux médecins sont moins enclin à prescrire du fait du ressenti d'une prescription « interdite ». Le patient ne sera pas remboursé ce qui limite des soins pour certaines personnes aux revenus modestes.

En France, de nombreux psychiatres ne reconnaissent pas le TDAH, soit du fait d'une méconnaissance, soit du fait d'un rejet du trouble vu comme un phénomène de société. La vision du Méthylphénidate comme étant un « dopant » pour les étudiants ne présentant aucun trouble est également une idée reçue tenace (78). L'idée que le traitement engendrerait des troubles addictifs est également source de craintes, et nous l'avons vu plus tôt, est finalement un facteur protecteur vis-à-vis des troubles de l'usage de substances (52).

Pour un patient adulte souffrant d'un TDAH, l'accès à une prise en charge spécialisée et à la mise en place d'un traitement est donc particulièrement difficile : la non-reconnaissance du trouble, l'absence de consensus français et de traitement possédant l'AMM chez l'adulte, la crainte de détournement d'un produit classé comme stupéfiant sont autant d'éléments qui limitent leurs prescriptions malgré un intérêt certain que nous allons voir.

d. Les conséquences de ne pas traiter le TDAH

Selon le consensus de la fédération mondiale du TDAH, publié en 2021, la prise en charge médicamenteuse du TDAH permettrait de réduire les blessures accidentelles, les lésions cérébrales traumatiques, les abus de substances, le tabagisme, la sous-performance scolaire, les fractures osseuses, les infections sexuellement transmissibles, la dépression, le suicide, l'activité criminelle, et la grossesse chez l'adolescente (2). De plus, le traitement du TDAH améliore le fonctionnement psychosocial, et la confiance en soi, le fonctionnement dans les relations sociales et familiales, le fonctionnement au travail et la conduite (43).

Au-delà des bénéfices pour les patients traités sur leur qualité de vie, la prise en charge du trouble permettrait de diminuer le coûts des soins de santé, les arrêts maladies, et les accidents (43).

Nous avons vu dans cette partie les points essentiels du diagnostic et de la prise en charge du TDAH en population générale. Nous allons pouvoir maintenant poursuivre notre travail en nous consacrant à ce trouble dans une population particulière : celle du milieu carcéral en France.

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité en milieu carcéral

Nous avons pu constater dans la première partie de notre travail, que le TDAH est bien plus qu'une simple triade de symptômes, et que son diagnostic, son intrication avec ses comorbidités, et sa prise en charge sont complexes. Nous allons maintenant pouvoir nous intéresser aux particularités du trouble dans une population particulière, celle du milieu carcéral.

A. Les différents milieux de détention en France

Pour la plupart des citoyens français, les prisons sont des milieux opaques et mystérieux. Selon une enquête téléphonique réalisée auprès de la population française et publiée par la direction de l'administration pénitentiaire en 2019 (79), les prisons sont vues comme des endroits surpeuplés, caractérisées par une promiscuité, un manque d'intimité et des conditions de détention difficiles. Elles sont également décrites comme des lieux dangereux où règne la violence. Les conditions d'incarcérations sont cependant bien différentes selon le milieu de détention. Nous allons brièvement les décrire.

Il existe 187 établissements pénitentiaires, très différents les uns des autres selon leur taille, leur ancienneté, leur localisation urbaine ou non, et leur architecture (80), (81). On distingue deux grands types de prison : les maisons d'arrêt et les établissements pour peine. On y ajoute les centres pénitentiaires qui regroupent des quartiers distincts pouvant relever de ces deux types. Nous donnerons ici les chiffres au premier janvier 2021 selon le rapport de « statistique des établissements des personnes écrouées en France » publiée par le site du ministère de la justice (82).

1. Les maisons d'arrêt

On compte 82 maisons d'arrêt en France, et 51 quartiers « maison d'arrêt » (82), (81). Elles accueillent « les personnes prévenues en détention provisoire (personnes détenues en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive) ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans » (80).

Au 1^{er} janvier 2021, les maisons d'arrêt et quartiers « maisons d'arrêt » hébergeaient 41507 personnes, soit la plus grande partie (66.2%) des 62673 détenus français (82). Ce type d'établissement pénitentiaire a également pour caractéristique d'être surpeuplé. Ainsi à cette même date, leur capacité théorique était de 34754 places, soit un taux de remplissage de 119.4% (82). Ces chiffres sont cependant inférieurs à ceux précédant la crise sanitaire du Covid-19, du fait de sorties prononcées pour désengorger les prisons et limiter la transmission du virus dans ces locaux. En janvier 2019, le taux de remplissage des maisons d'arrêt et quartier « maison d'arrêt » atteignait 140% (83). Pour héberger cette surpopulation, des matelas sont mis au sol, dans des cellules déjà exiguës pour le nombre de personnes prévues. Ces conditions de promiscuité engendrent bon nombre de conséquences délétères comme une surveillance des détenus inadéquate, des moyens sanitaires insuffisants, et un climat de tension propice aux trafic et violences.

2. Les établissements pour peine

Réservés aux personnes condamnées définitivement, généralement à des peines supérieures à deux ans, les établissements pour peine se différencient selon les durées de condamnation et n'ont pas les mêmes objectifs.

a. Les centres de détention

Les centres de détention sont au nombre de 25 et il existe 42 quartiers « centre de détention » (82). Ils accueillent des détenus dont la peine est supérieure à deux ans, mais qui ne relèvent pas des maisons centrales. L'objectif, centré sur la réinsertion sociale, permet un régime de détention tourné vers la resocialisation. Il existait au 1^{er} janvier 2021, 20148 places en centre de détention et quartier « centre de détention », pour 17581 détenus, soit un taux de remplissage de 87.3% (82).

b. Les maisons centrales

On compte 6 maisons centrales et 7 quartiers « maison centrale » (82). Les personnes incarcérées dans ces établissements sont celles condamnées à de longues peines (plus de cinq ans en général), et/ou considérées comme « difficiles » ou « dangereuses » par l'administration pénitentiaire. Les maisons centrales ont pour principal objectif la sécurité, et les moyens de surveillance des détenus y sont particulièrement importants. En début d'année, on recensait 1593 prisonniers pour 2227 places disponibles, ce qui représente une occupation à 71.5% (82).

c. Les centres de semi-liberté et quartiers «centre pour peines aménagées»

Les centres de semi-liberté et les quartiers « centre pour peines aménagées », sont des établissements qui reçoivent des personnes condamnées bénéficiant du placement extérieur ou d'une semi-liberté. Les quartiers « centre pour peines aménagées » prennent en charge également les détenus susceptibles de bénéficier de tels aménagements de peine, et dont le reliquat de peine est inférieur à un an, avec pour objectif de concrétiser leur projet de réinsertion et de bénéficier de l'aménagement dans un second temps. Ces deux types d'établissement visent l'autonomie et la réinsertion en adaptant des horaires de sortie en journée pour travailler, se former et préparer un projet, l'objectif étant une transition entre prison et liberté et limiter ainsi

la récidive. Il existe 9 centres de semi-liberté et 22 quartiers « centre de semi-liberté » qui ensemble disposent de 1439 places, occupées à 55.4% au 1^{er} de l'an (797 détenus). Les 9 quartiers « centre pour peines aménagées » avec 611 places de disponibles, étaient quant à eux occupés par 343 détenus (soit 56.1% de remplissage) (82).

Ce tour rapide des différentes structures pénitentiaires, nous a permis de constater la place particulière et cruciale des maisons d'arrêt dans le domaine de la détention française. Elles accueillent tous les détenus en début d'incarcération, tout type de peine et de profil, et abritent la majorité de la population carcérale. Les conditions de détention y sont souvent plus difficiles, liées à la promiscuité et la surpopulation, source de violence et de trafic, et où les moyens sanitaire et pénitentiaires sont insuffisants.

B. Les structures de soin psychiatriques en milieu pénitentiaire

Si l'accès aux soins pour les détenus n'a pas toujours été possible par le passé, la prise en charge de leur santé est aujourd'hui intégrée au système de santé de droit commun. Théoriquement, les détenus doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à la population générale (84). Les conditions de détention rendent cependant la mise en œuvre de cet accès plus compliquée. Une réforme globale du système de soin en milieu pénitentiaire a été faite, marquée par la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 (85) relative à la santé publique et à la protection sociale, qui acta le transfert de la prise en charge de la santé des détenus, de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier (86). Chaque établissement pénitentiaire se voit alors dans le devoir d'accueillir dans ses locaux une « unité de consultations et de soins ambulatoires » (UCSA) qui sera gérée par l'hôpital public de proximité afin d'organiser le suivi somatique et psychiatrique de détenus. Les « Services Médicaux-psychologiques Régionaux » (SMPR) ont été créés peu avant en 1986, et les « Unités Hospitalières Spécialement Aménagées » (UHSA) peu après en 2002 (84). En 2012, une réorganisation se fait afin de classer les structures de soins en fonction

de leur niveau de soins. Les UCSA sont alors appelées « Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire » (USMP). Le service public hospitalier a pour missions principales auprès des détenus : de permettre l'accès à des soins de qualité équivalente à ceux proposés en population générale, d'assurer un repérage et dépistage, garantir la continuité des soins et leur permanence en dehors des heures d'ouverture de l'USMP, de coordonner les actions de prévention, et de prévenir le suicide (87). L'organisation repose sur deux dispositifs distincts : l'un pour les soins somatiques, l'autre pour les soins psychiatriques. Chacun d'eux possède 3 niveaux, que nous allons détailler pour la psychiatrie.

- Le niveau 1

Les soins de niveau 1 des soins correspondent aux soins ambulatoires. Ils sont réalisés au sein des USMP présent dans tous les établissements pénitentiaires. Les unités sanitaires de niveau 1 proposent des consultations (psychiatres, psychologues, entretien infirmier), et parfois des activités comme avec des Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Les USMP de niveau 1 sont l'équivalent des Centres Médicaux-Psychologiques disponibles hors de la détention.

- Le niveau 2

Les soins de niveau 2 de psychiatrie, se réalisent principalement au sein des USMP possédant un SMPR, et donc comme pour le niveau à l'intérieur des établissements pénitentiaires. Elles permettent de prendre en charge des patients à temps partiel, comme des hôpitaux de jour disponibles hors détention. Le détenu est accompagné en journée, et la surveillance est soutenue. Des hébergements thérapeutiques sont parfois proposés dans le SMPR pour permettre une coupure avec le reste de la détention, mais la surveillance n'est pas assurée sur le plan médical la nuit. Les SMPR ont également une mission régionale de coordination ce qui permet, théoriquement, le transfert inter-établissement de patient dans leur unité en cas de besoin.

- Le niveau 3

Enfin le dernier niveau de soin, prend en charge les patients nécessitant une hospitalisation complète, avec des soins et une surveillance continue. Les hospitalisations se font alors, avec ou sans le consentement du patient, hors de l'établissement pénitentiaire. Le patient peut être transféré dans une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) situées dans des établissements hospitaliers, mais également dans un hôpital psychiatrique de proximité selon l'article D398 du code de procédure pénale, ou en Unité pour Malades Difficiles (UMD).

Ainsi depuis la création des SMPR en 1986, et après de nombreuses réformes, la place de la santé en milieu carcéral a été profondément remaniée. De quasiment inexistante, elle est devenue un enjeu de santé public. Le système de soin est venu prendre place dans les locaux du système pénitentiaire, nécessitant pour chaque corps de métier de s'adapter. Le travail entre professionnels de santé, professionnels pénitentiaires et professionnels de la justice doit s'articuler autour d'une même prise en charge mais selon des points de vue différents. Source de tensions dans certain cas, ce partenariat est cependant nécessaire et indispensable.

La prise en charge de la santé mentale en détention a considérablement évolué en quelques années mais les moyens attribués, sont encore largement insuffisants. L'équivalence des soins entre population incarcérée et population libre, bien qu'inscrite dans la loi, est loin d'être effective. Adeline Hazan, contrôleur général des lieux de privation de liberté en 2018, explique cet écart dans une tribune, par 4 défaillances (88) :

-le manque de moyen nécessaire à la prise en charge des détenus au sein même des prisons. Les effectifs médicaux et pénitentiaires sont attribués en fonction du nombre de détenus théorique, bien loin, comme nous l'avons vu, de celui effectif dans les maisons d'arrêt surpeuplées. Ainsi la gestion des « mouvements », assurée par l'équipe pénitentiaire, peut s'avérer compliqué devant le nombre de détenus, et une « simple consultation » sera finalement annulée car le

transfert cellule-USMP était impossible. De plus la faible attractivité des postes médicaux en détention, accentue l'effet peu de médecin – beaucoup de patient. Si se rendre à un rendez-vous médical pour la population générale est assez facile, y accéder en prison est plus complexe, malgré des locaux à proximité.

-des conditions d'accueil trop souvent dissuasives pour cette population dans le réseau hospitalier. Lors d'une extraction de prison pour se rendre en hôpital, le patient est, pour des raisons de sécurité, accompagné d'une surveillance policière permanente et menotté. Soumis au regard du public, la situation est souvent vécue comme humiliante et dégradante. Le personnel soignant inaccoutumé à prendre en charge des détenus, peut se montrer hostile ou craintif vis-à-vis de ces patients. Et lors d'une hospitalisation, le séjour en chambre sécurisée est semblable à un isolement au quartier disciplinaire. Ces différentes situations connues des personnes incarcérées, entraînent chez certains d'entre eux, un renoncement aux soins, pourtant nécessaires.

-des ruptures dans la continuité des soins. Chaque transfert entre établissement entraîne des coupures dans la prise en charge : le dossier médical arrive bien souvent de façon différée, et le patient fait à nouveau face aux démarches et au délai pour initier un suivi. La sortie de détention, bien qu'ardemment souhaitée, est source de stress et de difficultés nouvelles. Qu'elle soit prévue ou brutale, le patient se retrouve bien souvent seul mais sans accompagnement médical ou psychiatrique à nouveau.

-l'absence de structures adaptées aux pathologies chroniques. Les établissements pénitentiaires ne permettent pas d'accueillir convenablement les pathologies liées à la vieillesse, aux pathologies somatiques ou psychiatriques chroniques lourdes ou des handicaps importants. Des situations qui sont pourtant rencontrées en prison.

C. Prévalence du TDA/H en milieu carcéral

La plupart des études réalisées sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus s'accordent sur leur plus haute représentation en milieu carcéral qu'en population générale, et ceci pour tout type de trouble psychiatrique. Une revue de littérature publiée en 2016 par Fazel dans le *Lancet Psychiatry*, souligne avec un niveau de preuve élevé, que cette surreprésentation des troubles est particulièrement marquée pour les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles psychotiques : 1 sur 7 prisonniers pourrait en souffrir (89). Le trouble de l'usage des substances est également largement augmenté chez les détenus (89). Bien que ces résultats aient un niveau de preuve élevé, ils ont été obtenus à partir d'outils diagnostiques différents et à travers des pays où les procédures pénales sont différentes. Au niveau national, une série d'enquête a été réalisée dès 1999, par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) auprès des nouveaux arrivants en détention à l'aide de questionnaire lors de la visite médicale d'entrée. La dernière, réalisée en 2003, a soulevé l'importance des consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, substances illicites et médicaments psychotropes), nettement supérieur qu'en population général (90) : 3 entrants sur 10 déclare une consommation excessive d'alcool, et 1 tiers des consommations prolongées et régulières de produits illicites. Les consommations de substances psychoactives se cumulent chez un quart de ces nouveaux arrivants (90). Toujours selon cette enquête de la DRESS, 1 détenu sur 10 serait orienté chez le psychiatre à l'issue de cet entretien d'arrivée, et 1 sur 17 mentionne une tentative de suicide dans les douze mois précédant son arrivée en détention (90). Une autre étude française(91), importante par sa rigueur méthodologique, s'est penchée sur la question des troubles psychiatriques dans les prisons françaises. L'enquête réalisée par Bruno Falissard et son équipe, entre 2003 et 2004, auprès de 800 détenus tirés au sort, a utilisé un outil standardisé (la Mini-International Neuropsychiatric Interview, MINI), les critères du DSM-4 et le consensus d'un binôme de clinicien. Ce schéma d'évaluation a permis

d'estimer que 36% des détenus présenteraient au moins une maladie de gravité marquée à sévère (91). L'étude releva également, selon le consensus des cliniciens, 28% de troubles de l'humeur (dont 24% de dépression), 29% de troubles anxieux, 19% de troubles addictifs et 17% de troubles psychotiques dont 6% de schizophrénie (91). Trois autres études françaises, furent réalisées dans les suites, selon une méthodologie semblable. Les deux premières montraient une plus forte prévalence des troubles liés à une substance (plus d'un tiers des détenus) (92), et des doubles diagnostics (trouble lié à une substance et trouble psychiatrique) (26.3% des détenus) (93). La troisième étude tenta d'observer l'impact de la détention sur les troubles psychiatrique en comparant nouveaux arrivants et détenus, mais ne permit pas d'en tirer des conclusions (94). Cependant elle releva chez les nouveaux arrivants des prévalences là aussi plus élevées qu'en population générale avec 24.7% d'épisode dépressif caractérisé, 27.7% pour les troubles anxieux, 24.7% pour les dépendances et 12.7% pour les troubles psychotiques (dont 4.1% pour la schizophrénie) (94). Nous citerons une dernière étude française récente, publiée en 2020, et réalisée par Thomas Fovet et son équipe auprès de nouveaux arrivants en détention dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, et en les comparant à un groupe témoin (95). Les résultats concordèrent avec les précédentes données : les prévalences étaient plus élevées chez les détenus avec 27,2% de trouble dépressif caractérisé (soit 2.9 fois plus qu'en population générale), 6.9% de syndrome psychotique (soit 3.1 fois plus qu'en population générale), et 5% de stress post-traumatique (soit 6.1 fois plus qu'en population générale) (95). Près d'un arrivant sur deux avait un trouble lié à l'usage de substance (soit 7.8 fois plus qu'en population générale) (95). Un risque suicidaire a été identifié chez 31.4% détenus (2.9 fois plus que le groupe témoin) (95). L'étude a également confirmé la présence très fréquente d'un cumul des pathologies avec chez 41.6% des arrivants deux troubles ou plus (12.7% en population générale) (95).

Maintenant que nous avons dressé un premier état des lieux de l'état de la santé mental des détenus, notamment en France, nous allons nous intéresser au TDAH. Ce dernier n'a pas été

recherché dans les études précédemment citées qui se sont concentrées sur les troubles les plus connus et dont les outils (la MINI par exemple) n'en permettaient pas l'évaluation. Afin de déterminer la prévalence du TDAH en détention, nous avons donc cibler notre recherche aux études qui s'y intéressaient spécifiquement. Les estimations de la prévalence du TDAH sont variables d'une étude à l'autre selon les critères utilisés pour poser le diagnostic, la population ciblée, et la source interrogée. Nous avons donc utilisé deux méta-analyses pour obtenir une estimation de la prévalence du TDAH en prison. La première, publiée en 2015 et réalisé par Susan Young et son équipe, a utilisé 42 études (1). Afin d'éviter une surestimation du trouble, seuls les diagnostics posés sur un entretien clinique ont été conservés. La prévalence du TDAH dans la population incarcérée était alors estimée à 26.2% pour les adultes soit près de dix fois plus qu'en population générale (estimée à 2.5% selon la fédération mondiale du TDAH (2)) (1). L'étude ne retrouve pas de différence de prévalence significative entre les hommes et les femmes et entre les jeunes et les adultes. Les grandes différences retrouvées entre les pays dans cette étude sont expliquées par la provenance d'une grande partie de l'échantillon de l'Amérique du Nord, et par des systèmes judiciaires différents. Une hypothèse soulevée par d'autres auteurs serait que plus le taux de la population incarcérée serait important dans un pays, plus ses caractéristiques en terme de santé mentale se rapprocheraient de celle de la population générale (96). La deuxième méta-analyse, publiée en 2018, de Stéphanie Baggio et ses collaborateurs, a utilisée 102 études originales incluant 69997 participants (97). La prévalence retrouvée était comparable à celle de la première étude avec une estimation de 26.2% de détenus souffrant de TDAH (97). Il n'a pas été retrouvé de différence entre les détenus mineurs et majeurs, ni entre les hommes et les femmes, ou selon leur zone géographique (97). Plus étonnant, la prévalence était également la même selon la présence ou non d'un autre trouble psychiatrique. Les auteurs expliquent cette donnée, par la potentielle absence de soins ou de consultation psychiatrique précédent l'enquête (97). De plus, il n'a pas été retrouvé de

différence entre les prévalences fournies par les études dont le diagnostic était fait par questionnaires de dépistage et celles avec des entretiens cliniques (97).

A un niveau national, nous avons retrouvé une seule étude qui s'est intéressée à la prévalence du TDAH en prison. Réalisée par Anne Gaïffas et son équipe auprès de 93 détenus hommes incarcérés entre novembre 2007 et juin 2008 à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan, cette étude a utilisé pour poser le diagnostic de TDAH des entretiens en s'appuyant sur la *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)* (98). 11% des détenus interrogés remplissaient les critères d'un TDAH au moment de la passation, et 17% les critères d'un TDAH dans l'enfance (98). Ces valeurs bien qu'inférieures aux précédentes études, restent cependant plus élevées que celles de la population générale.

Maintenant ce constat fait d'une très nette surreprésentation du TDAH dans les prisons, nous allons y chercher des hypothèses explicatives.

D. Hypothèses explicatives de l'incarcération dans le TDAH

Cette proportion de détenus présentant un TDAH semble être la conséquence de l'implication du TDAH dans la criminalité. La méta-analyse dirigée par Travis C. Pratt et son équipe, et publiée en 2002, a ainsi identifié le TDAH comme étant un important facteur de risque de crime et de délinquance, et ceci quel que soit la présentation du TDAH (forme combinée, avec hyperactivité prédominante ou avec inattention prédominante) (99). Le lien entre TDAH et délinquance est bien établi, même en dehors de toute comorbidité (100). Ainsi dans une étude prospective réalisée chez des enfants souffrants de TDAH, 57% d'entre eux avaient présenté au moins une arrestation à l'âge adulte (101). Une méta-analyse publiée en 2016, a également établi ce lien avec chez les personnes avec TDAH dans l'enfance, un risque 2 à 3 fois plus grand d'arrestation, de condamnation et d'incarcération à l'âge adulte, un âge plus jeune des comportements anti-sociaux (102).

1. Les aspects du TDAH qui expliqueraient l'incarcération

Cette forte prévalence du TDAH en détention a été déterminé à l'aide de plusieurs études, dont les méthodes rigoureuses se sont basées sur la présence d'un certain nombre de symptômes pour poser le diagnostic de TDAH. D'autres études ont inclus des TDAH « sous-syndromiques », qui ne remplissaient pas la totalité des critères. L'étude réalisée par l'équipe de Gaïffas a ainsi pu montrer une prévalence encore plus importante de la symptomatologie du TDAH en prison avec 43% de détenus présentant un TDAH ou un TDAH « sous-syndromique », suggérant que le trouble existe dans un continuum chez l'adulte, dont une partie des symptômes s'est atténué avec l'âge (98), (103). Cette même étude constate également une plus forte persistance du trouble dans sa forme complète à l'âge adulte chez les détenus (63% contre 15% en population générale) (98). Gaïffas a ainsi montrer que les problématiques judiciaires n'étaient pas uniquement associées aux formes complètes mais dès la présence de symptômes: le TDAH et le TDAH « sous-syndromique » étaient significativement associés à un plus grand nombre d'emprisonnement et un plus jeune âge de première arrestation (98). Nous allons donc passer en revue les différents symptômes du TDAH, et chercher à comprendre leurs implications dans un parcours judiciaire.

L'impulsivité nous semble être un point important dans le parcours des délinquants souffrants de TDAH. Ce symptôme qui correspond à un déficit d'inhibition, conduit à des actes à « récompense immédiate » pour le cerveau. Ces décisions irréfléchies sont lourdes de conséquences : tant pendant l'enfance et l'adolescence avec une forme d'apprentissage des comportements, et de nouvelles expériences dangereuses (drogues, sensations fortes, conduites ordaliques...), l'âge adulte où les réactions impulsives ne permettent pas de stabilité (professionnelle, amicale, familiale...). La théorie du « faible auto-contrôle » de Gottfredson et Hirschi en 1990 est reprise dans une méta-analyse par l'équipe de Pratt en 2000 confirmant qu'un faible niveau d'auto-contrôle (soit une incapacité à inhiber ses impulsions) est un

important prédicteur de comportements criminels (104). Le TDAH serait le plus fort prédicteur d'infraction violente (105).

L'hyperactivité, qui chez l'adulte se manifeste davantage comme une tension interne, est souvent calmer par l'usage d'une substance dans leur vie quotidienne (alcool/drogue). Il arrive cependant que ce symptôme soit toujours visible après l'adolescence avec un besoin de bouger constant, une tendance à beaucoup parler, et une incapacité à rester inoccupé. Susan Young émet dans une étude sur le TDAH et l'incarcération, souligne les difficultés du trouble avec d'importants taux d'agressivité et de stress (105). Les détenus avec TDAH auraient 8 fois plus de troubles du comportement agressif institutionnel (105). Les difficultés d'interaction avec les autres détenus, les locaux exigus et la promiscuité rendent l'hyperactivité difficile à vivre pour tous. Toujours selon cette auteur, du fait de la cognition particulière liée au TDAH (aversion au délai), leurs activités antisociales seraient plus facilement repérable: les passages à l'acte étant plus opportunistes et réalisés rapidement que planifiés et réfléchis (105).

Susan Young décrit également l'implication des troubles de l'attention dans le parcours pénale avec certains entretiens cruciaux (garde-à-vue, procès...): le suspect souffrant de TDAH ne pourra maintenir son attention constante pendant plusieurs heures, rendant les réponses peu fiables, et généralement en sa défaveur (105). On peut également supposer que l'inattention rend certaines étapes plus compliquées comme les démarches en détention mais également en aménagement de peine où certains oublis de rendez-vous peuvent mener à la réincarcération.

Finalement, un dernier symptôme, la régulation émotionnelle défaillante, pourrait expliquer en partie la forte prévalence de TDAH dans le système judiciaire. Chez les personnes présentant un TDAH, certaines situations leurs provoquent des réactions excessives. Là où une simple arrestation aurait entraîné une remise en liberté rapide, le vécu injuste pourra entrainer des réactions virulentes, voire disproportionnées et se soldera par une majoration de la peine. La

détention, lieu de frustration permanente, sera source de rixe ou d'auto-agressivité pour canaliser les émotions extrêmes, entraînant des peines plus longues, ou des mesures disciplinaires.

2. Les comorbidités qui expliqueraient l'incarcération

Nous avons plus tôt, que les comorbidités dans le TDAH sont la norme plus que l'exception. Nous avons également souligné l'importante prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus. Les résultats obtenus par Susan Young dans sa méta-analyse publiée en 2015 ne sont donc pas surprenants avec une nette supériorité des troubles comorbides chez les détenus adultes avec TDAH (106). Elle utilisa 9 études chez l'adulte (soit 348 détenus TDAH sur 1569 détenus témoins sans TDAH). Chez les adultes avec TDAH, les prévalences de toutes les comorbidités étaient significativement supérieures à celles des détenus sans TDAH. On retrouve ainsi des prévalences de 29% pour les troubles des conduites (soit 2,10 fois plus que les témoins), 74% pour les troubles de l'usage d'une substance (soit 2,41 fois plus), 66% pour les troubles de l'humeur (soit 4,50 fois plus), 55% pour les dépressions (soit 4,66 fois plus), 68% pour les troubles anxieux (soit 3,58 fois plus) et finalement 60% pour les troubles de la personnalité (soit 3,22 fois plus) (106). La plus faible différence de prévalence constaté avec les troubles des conduites pourrait être le reflet d'une comorbidité plus générale des détenus (106). Dans cette même étude, qui comprenait également 9 études avec des mineurs, seul les troubles de l'humeur étaient significativement associés au TDAH (106).

D'autres études se sont penchées sur la question des comorbidités chez les détenus avec TDAH et l'influence sur la criminalité. Les principales retrouvées et principalement détaillées dans ces études sont les Troubles Oppositionnels avec Provocation (TOP), les troubles des conduites (TC), les Troubles de Personnalité Anti-sociale (TPA) et les Troubles de l'Usage de Substances (TUS). Une première étude réalisée par Manuzza et son équipe, publiée en 2004, a tenté de

suivre et évaluer des enfants avec et sans TDAH, et d'observer à 18ans la présence de TC (107). Il ressort de cette étude que les enfants TDAH avec des comportements de TC avaient plus de risque de présenter par la suite un TC, mais pas les enfants TDAH avec des comportements de TOP (107). Les enfants TDAH sans comportement de TC ou de TOP, développeraient plus de TC à 18ans que les témoins sans TDAH (107).

La même année est publiée une autre étude prospective réalisée auprès d'enfants TDAH, par Barkley et ses collègues (101). Des enfants avec et sans TDAH sont évalués une première fois entre 4 et 12ans, une deuxième fois entre 12 et 20ans et une dernière fois entre 19 et 25ans. Les enfants avec TDAH étaient significativement plus impliqués par la suite dans des comportements anti-sociaux (101). De plus, ils constatèrent que 4 facteurs étaient impliqués de façon significative avec des crimes liés à la drogue : la sévérité du TDAH et des problèmes de conduites dans l'enfance, la sévérité du TDAH à l'adolescence et la sévérité du TDAH actuel (101). Concernant l'usage de substance l'étude différencia le groupe témoin sans TDAH, le groupe TDAH avec TC et le groupe TDAH sans TC. Seule le groupe TDAH et TC consommait plus les trois grands types de drogues (drogues dures, cannabis/lsd et alcool) que les groupe témoin (101). Le groupe TDAH sans TC ne se différenciait pas de groupe témoin hormis pour l'alcool où il présentait des valeurs semblables au groupe avec TC (101).

Afin de pouvoir « s'amender » du biais que représente le TC, Manuzza et son équipe publia en 2008 une étude prospective réalisée chez des enfants TDAH sans TC avec un groupe témoin sans TDAH (108). Ils constatèrent que le TDAH augmentait le risque de développer pendant l'adolescence un trouble antisocial ou un TUS, qui eux-mêmes augmentent le risque de criminalité future (plus d'arrestations, de condamnations, d'incarcérations, d'agressions et d'accusations de crime) (108). Manuzza décrit une cascade développementale de l'enfant avec TDAH, puis un trouble antisocial à l'adolescence, un abus de substance et finalement la criminalité adulte (108).

Finalement, Gaïffas et son équipe, dont l'étude fût réalisée dans un prison française et citée plus tôt, rapporte une association significative du TDAH avec le TC et le TPA, dont les prévalences pour les détenus TDAH étaient respectivement de 80% et 70% (98).

Concernant le TUS plus particulièrement, l'équipe de Wolfgang Retz, publie en 2021 une revue de la littérature sur le TDAH et les comportements antisociaux et délinquants (109). Une partie de cette revue concerne le TUS et mets en avant qu'il représente l'un des principaux covariants entre TDAH et comportement antisocial et délinquant (109). Le TUS est un facteur de risque d'activités criminelles futur bien connu est indépendant (109). Le TDAH est associé à un risque plus important de développer une poly-addiction et d'avoir un début un début plus précoce des consommations (109). Dès lors que les deux troubles sont comorbides, les risques de condamnation et d'incarcération sont plus importants (109). Le dernier point important sur ce sujet, est l'absence de certitude concernant un effet médié par le TC entre TDAH et TUS, devant les résultats contradictoires des études (109). Susan Young s'intéressa également en 2011 au rôle du TDAH et du TUS comme prédicteurs de délinquance chez les prisonniers (110). Elle montre outre l'importance de l'usage d'héroïne et des symptômes du TDAH dans la persistance de la délinquance, ainsi que l'importance des symptômes du TDAH et la dépendance à l'alcool comme prédicteurs de passages à l'acte violents, que les symptômes du TDAH dans l'enfance accélèrent la transition entre l'usage d'une drogue illicite et sa dépendance (110). Ceci explique le taux plus important d'usage d'héroïne par les détenus TDAH dans son étude (110). Susan Young émet plusieurs hypothèses concernant les TUS et le TDAH. Les patients souffrants de TDAH et de TUS sont plus impulsifs et opportunistes ce qui engendrerait possiblement une criminalité plus importante (100). De plus, les patients TDAH seraient sous-diagnostiqués entraînant une automédication spontanée (100).

3. Les conditions environnementales qui expliqueraient l'incarcération

Concernant les conditions environnementales, on retrouve selon l'étude de Cédric Galéra et ses collègues publiée en 2012, une influence du TDAH pendant l'enfance et l'adolescence comme étant un facteur prédictif de conditions sociales économiques plus faibles à l'âge adulte (grade professionnel inférieur, des niveaux scolaires inférieurs et un taux de chômage plus élevé) (111). L'adulte souffrant de TDAH pourra présenter plus de difficultés au travail soit par son maintien stable impossible et du chômage soit par un surinvestissement professionnel avec une réelle addiction, des relations conjugales conflictuelles et des divorces plus nombreux, des gestions financières compliquées (endettement, achats compulsifs, factures impayées), et plus d'accidents de la route (12). Autant de situations et d'évènements de vie qui nécessitent de bonnes capacités d'adaptation et de résilience pour les surmonter. On pourrait donc supposer que des conditions socio-économiques plus précaires adultes, et avec des conditions et évènements de vie difficiles impacteraient le risque de criminalité (accidents de la route, vols pour répondre à l'endettement, violences conjugales...).

La présence d'expériences traumatiques de l'enfance sont fréquentes chez les jeunes délinquants, et contribueraient à la survenue et au maintien de la délinquance (112). On retrouve donc couramment dans la jeunesse des détenus des violences qu'elles soient physiques, sexuelles ou psychologiques, ainsi que des carences affectives ou des négligences physiques (112). Il est également avancé dans d'anciennes publications que les expériences traumatiques de l'enfance participent au TDAH. Steffen Bara en 2020 cherche à approfondir le sujet en évaluant 156 jeunes délinquants à un stade précoce de leur développement criminel. et sont en liens avec la sévérité des symptômes (112). Cette étude conclue que les expériences traumatiques de l'enfance sont des prédicteurs de symptomatologies du TDAH plus sévères, mais seulement en présence de d'un trouble explosif intermittent (112).

Une dernière hypothèse concernant l'environnement est celui de l'influence des parents au cours de l'enfance. Comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce travail, le TDAH possède une part de génétique dans sa transmission, il n'est donc pas rare que les enfants avec un TDAH aient des parents, frères et sœurs également atteints. Devant des enfants dits « difficiles », les parents atteints du même trouble manquent souvent des ressources psychologiques et physiques (organisationnelles, gestion de leurs émotions...) pour y faire face efficacement et de façon adaptée (99). Leurs réactions peuvent être impulsives et négatives, favorisant les tendances antisociales de leur progéniture, et à l'âge adulte la criminalité (99).

Finalement nous avons tenté de synthétiser ces différentes hypothèses (symptômes du TDAH, comorbidités, environnement) au travers d'un schéma (s'inspirant du modèle de J.P.Bouchon utilisé en gériatrie) (113).

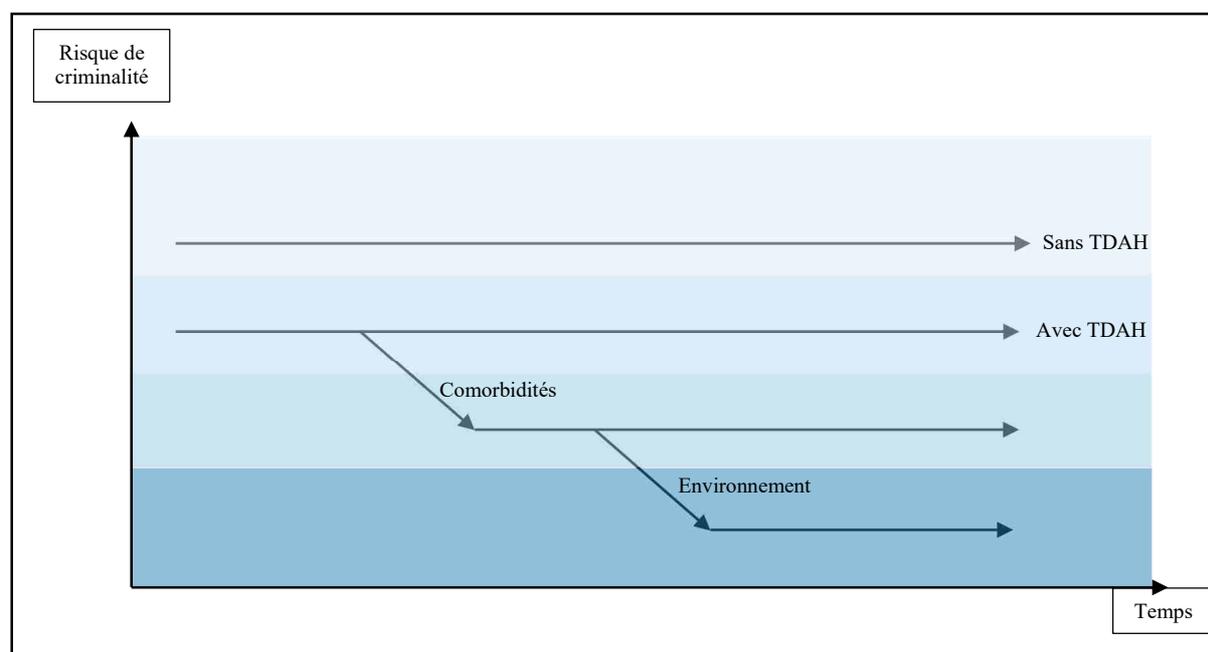


Figure 1: Schéma pour tenter d'expliquer la criminalité induite par le TDAH

E. Les difficultés de détention pour un patient atteint de TDA/H

La vie en détention est difficile pour tout détenu. Du choc carcéral à l'attente infinie de la libération, de l'irréalité du temps à celle de l'espace clos, autant d'éléments de souffrances psychiques auxquels sont confrontées toutes personnes incarcérées. Certaines contraintes sont cependant plus difficiles à vivre chez celles concernées par un TDAH et dont les stratégies d'adaptation habituelles ne peuvent pas être utilisées en détention. Ils ont plus de difficultés à s'ajuster aux contraintes de l'incarcération comme suivre les règles de l'institution ou entretenir des relations avec les autres détenus (99).

1. L'enfermement

Parler d'enfermement, c'est parler de la perte de la disposition de son temps et de son espace. Deux psychiatres français Dr Giravalli et Dr Sirere, s'expriment sur le sujet dans un article publié en 2018 dans la revue *Santé mentale* (34). Même chez un sujet sain de toute pathologie mentale, la privation d'interaction avec l'environnement peut entraîner un déséquilibre. Chez des personnes fragiles, l'enfermement peut être lourd de conséquences : hétéro-agressivité, tentative de suicide, suicide.... « Au quotidien la cellule est close, fermée, et ne peut être ouverte que par le surveillant qui détient les clés. [...] C'est un espace angoissant où domine le sentiment d'être pris au piège. » (34). Les cellules de quelques mètres carré, pour plusieurs personnes sont parfois entièrement occupées par des matelas à même le sol. Cette angoisse est majorée pour une personne dont le besoin de bouger, physiologique, se fait ressentir plus intensément en situation de stress. Devant l'impossibilité de pouvoir pallier ce besoin, l'hyperactivité se transforme en tension interne, qui au moindre événement crée des passages auto ou hétéro-agressifs. Le corps qui a perdu toute intimité en détention (fouille, œilleton, caméra, sanitaires en cellule) est le seul support de la plainte psychique. Cette enveloppe corporelle, désinvestie, va « tenter d'élargir cet espace réduit par le mouvement (faire les 100

pas) jusqu'au passage à l'acte, qui peut être interprété alors comme le seul moyen d'augmenter l'espace occupé, ou bien encore à disparaître en tant que sujet autonome » (34). L'impulsivité du TDAH n'est alors que l'étincelle qui embrase toute situation en prison.

Aux espaces exigües et clos, s'ajoute le temps infiniment long et subi. « L'institution carcérale asservit ainsi les sujets à sa propre temporalité. Pour le détenu, il y a une double dépossession :
-du temps synchronique (l'emploi du temps quotidien est régi par l'organisation pénitentiaire).
Le temps intime est substitué par le rythme des portes qui s'ouvrent et se referment comme pour signaler la monotone répétition des non-événements institutionnels.

-du temps diachronique (la durée de l'incarcération dépend du temps judiciaire, sur lequel ni l'individu ni le système pénitentiaire n'ont pas de prise) » (34).

Pour un patient avec TDAH l'attente est source là aussi de tension interne. Elle est éprouvée à chaque instant (rendez-vous médicaux, parloirs, promenade), comme une succession de frustrations stériles pour ne pas penser à celle bien plus longue et insoutenable de la libération.

2. La promiscuité

Si certaines prisons sont dotées de cellules individuelles, la plupart des détenus en maison d'arrêt partagent leur lieu de vie à plusieurs. Nous l'avons vu plus tôt la surpopulation carcérale est la norme plus que l'exception dans ce type d'établissement pénitentiaire, nécessitant d'ajouter des matelas au sol. Cohabiter ainsi avec des inconnus dans quelques mètres carrés sans intimité n'est pas chose facile, et devient très vite problématique quand l'un d'entre eux présente un TDAH. Qu'il s'agisse de faire les 100 pas dans la pièce, d'un besoin de parler excessif, de l'incapacité à réguler ses émotions, ou d'accidents liés à l'inattention, les symptômes du TDAH font souffrir la personne qui en est atteinte mais également celles qui subissent son quotidien. Il n'est donc pas rare de voir apparaître des requêtes de ces dernières pour faire changer de cellule, le détenu jugé perturbateur. Il est alors exclu du groupe et le

scénario peut se reproduire plusieurs fois. Chez ces détenus avec un TDAH maintenir des relations avec les autres est compliqué (103).

3. Les conflits avec la pénitentiaire

Si les relations avec les homologues sont difficiles, elles le sont tout autant avec les agents pénitentiaires. L'étude réalisée par Usher et ses collaborateurs a montré que les détenus avec une forte symptomatologie du TDAH avaient 2.5 fois plus susceptibles d'encourir des sanctions disciplinaires lors de leur incarcération (103). Et même quand la symptomatologie est plus faible, le risque est augmenté (103). Cette constatation peut être mise en lien avec plus de rixes liées à leurs impulsivités et leurs conflits avec les autres détenus, mais également avec des difficultés à s'adapter aux contraintes de la détention ou à respecter les règles de l'institution (103). L'étude de Young en 2009 dévoile également résultats dans ce sens : les détenus présentant des symptômes de TDAH ont plus d'incidents critiques (avec notamment les agressions physiques ou verbales, les dommages matériels, les automutilations et les incendies) (114). Ces comportements étaient également plus agressifs, plus sévères et plus fréquents (114).

4. Le risque suicidaire

La question du suicide en prison n'est pas nouvelle. Il serait 3 à 6 fois plus important chez les hommes en détention qu'en population libre et plus de 6 fois chez les femmes (89). Il s'agit de la première cause de mortalité en détention, avec un décès par suicide moyen dans les pays de l'Union Européenne entre 1997 et 2008 de 10.5 décès par suicide pour 10,000 personnes incarcérées (115). Dans l'étude de Thomas Fovet réalisée en France que nous avons déjà citée, un risque suicidaire était présent chez 31.4% des détenus arrivant soit 2.9 fois plus que les le groupe témoin (95). Cette surmortalité liée au suicide pourrait s'expliquer en partie par les caractéristique à risque de conduites suicidaires de la population carcérale (prédominance

masculine, plus de troubles psychiatriques, plus d'antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires, plus d'abus de substances, plus de tendances impulsives), mais pourrait également être liée à la perte de perspective, à l'isolement relationnel et affectif, et à l'isolement socio-professionnel (116). Selon des études réalisées hors détention, le TDAH serait pourvoyeur de risques plus élevés de comportements et d'idéations suicidaires (9). Il n'existe cependant que peu d'études qui se sont intéressées au suicide chez les détenus souffrant de TDAH. Si certaines suggèrent un risque plus important chez les détenus TDAH, d'autres mettent en lien ce risque avec le cumul de comorbidité présent dans ce trouble (100). Les passages à l'acte suicidaires chez les détenus TDAH seraient assez facilement explicables aux vues des différents éléments déjà présentés dans notre travail : de nombreuses comorbidités, une mauvaise adaptation au système carcéral, une impulsivité favorisant les passages à l'acte soudains associée à une dysrégulation émotionnelle. Il est important de distinguer deux types de comportements suicidaires. Les premiers sont ceux liés à une volonté nette de mourir (dépression, crises suicidaires), quand l'esprit ne voit d'autre solution que de se libérer du corps, que « disparaître en tant que sujet autonome » (34). Les deuxièmes sont ceux liés à une volonté paradoxale de vie : « le suicide quand il n'est pas désir de mort mais de vivre autrement, d'affirmer son autonomie même au détriment de sa vie » (34), et de finalement utiliser le corps comme moyen d'expression d'une angoisse ou d'une frustration trop importante, « à laisser émerger l'angoisse comme fuite psychologique en lieu et place de toute fuite physique impossible » (34), « des passages à l'acte destinés à modifier le cours des choses : les conditions de détention, la procédure judiciaire, ou tout simplement le rythme imposé » (34). Au vu des profils différents profils possibles dans le TDAH, les deux types de passages à l'acte nous semblent être possibles. Il est important d'en faire la distinction, afin d'adapter la prise en charge, mais en aucun cas de minimiser ces gestes qui expriment un vécu très intense et une souffrance psychique importante.

5. La récidive

La justice a pour mission de faire respecter la loi. Les peines et sanctions qu'elle prononce, ont plusieurs intérêts, notamment de faire prendre conscience de la gravité des actes commis, mais surtout d'éviter au contrevenant de les réitérer. Nous avons décidé d'aborder le risque de la récidive dans cette partie, car elle nous semble être une des difficultés auxquelles sont confrontés les détenus présentant un TDAH. En effet, selon l'étude de Usher et ses collaborateurs publiée en 2013, le TDAH serait un facteur de risque de récidive (103). Plus la symptomatologie de ce trouble était importante, plus le nombre de réincarcération était élevé, et le retour en prison rapide (103). Ces résultats ont été corroborés par ceux de l'étude de Philipp-Wiegmann et son équipe dont l'investigation des récidives c'est fait sur 15ans, après ceci même après avoir contrôler des facteurs de risques généraux comme les troubles de la personnalité antisociale (117). Ils retrouvèrent chez les détenus présentant un TDAH après un remise en liberté plus de réincarcération, plus d'infractions, et ils retournaient en détention 2.5 fois plus vite (117). Il semble donc que aussi difficile à vivre soit l'incarcération, elle ne permet pas de protéger contre des suivantes.

F. Les limites du soin en milieu carcéral

Prendre en charge et soigner les patients en détention peut parfois apparaître compliqué : peu de moyen à disposition, nécessité de se coordonner avec l'équipe pénitentiaire pour les consultations en détention comme pour les extractions à visées médicales, risque de trafic et de détournement des médicaments...Les contraintes sont nombreuses et diverses. Nous avons ciblé les limites qui nous sont apparues spécifiquement contraignantes pour la prise en charge d'un TDAH.

1. La prise des médicaments en détention

La prison peut être vue comme une petite ville, avec ses règles propres, ses quartiers, ses différentes communautés et surtout son propre système monétaire. Si les marchandises de première nécessité peuvent s'acheter avec de l'argent standard, le plus intéressant pour un détenu reste le troc. Dans ce marché parallèle tout s'échange : du service rendu (légal ou illégal) aux cigarettes, d'une information à de la drogue. Les médicaments prennent une place importante dans ce trafic. Ainsi, pratiquement tous les médicaments utilisés en psychiatrie ont été signalés comme étant détournés en détention (par exemples les antidépresseurs, les anxiolytiques, ou les antipsychotiques) (118). Que le médicament soit mésusé (sniffé, injecté, surdosé) ou qu'il soit utilisé comme monnaie d'échange, les conséquences sont délétères. La surveillance étant impossible pour tous les médicaments et tous les détenus, le prescripteur et médecin peut parfois être bien loin de la réalité.

Dans la plupart des maisons d'arrêt, les traitements sont remis quotidiennement aux détenus directement dans leur cellule pour la journée, parfois pour une semaine. Seuls certains traitements peuvent faire l'objet d'une délivrance supervisée, c'est-à-dire d'une prise devant un soignant au sein de l'unité sanitaire. Cette mesure est de mise pour la méthadone, en raison du risque d'overdose particulièrement important. Elle peut également être décidée pour d'autres médicaments en fonction de s'il s'agit d'un stupéfiant, du patient, du prescripteur, et de sa dangerosité.

Concernant le traitement par Méthylphénidate, la crainte d'un mésusage, particulièrement en détention est présente chez les prescripteurs. Si le risque d'un détournement du produit existe, il nous semble moindre que celui lié à la mise en place d'un autre traitement médicamenteux, dont la prise ne soulagerait que partiellement le patient, plus enclin alors à l'utiliser comme monnaie. Afin d'y pallier, certaines prisons mettent en place la prise du méthylphénidate de

façon supervisée. Le patient doit alors prendre son traitement devant les soignants, exposant aux autres détenus ses allers-retours entre l'unité sanitaire et sa cellule. Il est alors souvent jugé, suspecté de prendre de la Méthadone et ainsi être étiqueté, et finalement exclu. Il arrive que des détenus en arrive à renoncer aux soins, pour ne pas montrer aux autres « une potentielle faiblesse ».

La distribution du traitement par méthylphénidate n'est donc pas chose facile en maison d'arrêt. Les craintes des soignants y travaillant et connaissant les habitudes de cette « petite ville », induisent des adaptations de leur pratiques, bien souvent couteuses en temps, dans un système médical et pénitentiaire déjà surchargé.

2. Le secret médical

Parler du secret médical, c'est parler d'un des fondements de la médecine. Chaque jeune diplômé prête serment de le respecter tout au long de son parcours, il est indivisible du titre de docteur en médecine. Notre cher collègue le Dr Gaëtan Raulin a pu aborder ce sujet au sein de sa thèse d'une grande qualité et intitulée « *La place de la psychiatrie en prison en France : Réflexion institutionnelle concernant la psychiatrie pénitentiaire française, son histoire, sa situation actuelle, son avenir* » (116). Il nous rappelle l'adage du Professeur Louis Portes quelque peu modifié : « Il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences dans confiance, de confiance sans secret » (116). Le maintien de ce secret est souvent mis en péril en détention, accentuant la solitude et l'isolement du patient qui ne peut se confier sans risque, et confrontant le médecin à son serment et ses principes. Le Dr Raulin évoque les différentes transgressions « habituelles » du secret médical dans une prison : les partages d'informations avec l'administration pénitentiaire et la justice à travers la Commission pluridisciplinaire unique ou les certificats médicaux, mais également la configuration même des locaux carcéraux, avec comme nous l'avons vu plus tôt, les transferts à l'unité sanitaire visibles par tous, et

accompagnés par un surveillant (116). S'il est admis que ce secret médical est partiellement rompu en milieu carcéral, plusieurs opinions divergent quant à la posture du soignant qui y est confronté : pour certains une position intransigeante est nécessaire et le serment inviolable, pour d'autres une adaptabilité est nécessaire aux conditions des patients, tels que les personnes incarcérées (116).

Pour nous cette levée partielle du secret médical est une limite des soins très présente chez les détenus avec TDAH. D'une part, leurs grands nombres de consultations, notamment chez les psychiatres ou pour la prise de médicaments, les stigmatisent auprès des autres détenus, ou leur font refuser les soins. D'autre part, leur incarcération est souvent marquée par de nombreux conflits avec l'équipe pénitentiaire, régulièrement signaler pour des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, ayant pour conséquence des passages au quartier disciplinaire. Il est alors nécessaire de communiquer sur leur état de santé avec l'équipe pénitentiaire ou réaliser des certificats médicaux. Les enjeux et objectifs diffèrent selon les intervenants, la sécurité restant la priorité pour l'équipe pénitentiaire et la justice, celle des soins et du secret médicale doit continuer à trouver sa place dans ce milieu où elle n'est finalement imposée que depuis peu. Nous terminerons en citant le Dr Raulin : « il faut se souvenir que le secret médical n'est pas une fin en soi, qu'il s'agit d'un principe au service de la médecine et au service du soin. [...] le secret médical, avant d'être l'objet d'un rapport de force entre soignants et professionnels juridique et pénitentiaires, est avant tout un support de soins. » (116).

3. La coordination avec les soins médicaux extérieurs

Repérer, diagnostiquer, et traiter un TDAH est réalisable en détention, si tant est que le psychiatre qui y travaille est formé à minima et sensibilisé. Comme vu précédemment, il n'existe pas de recommandations officielles en France, mais un examen cardio-vasculaire pré-thérapeutique n'est pas systématique et devrait se limiter aux patients aux antécédents

cardiovasculaires personnels ou familiaux. Cependant, en cas d'antécédents particuliers ou afin d'exclure une pathologie somatique de façon plus poussée, les moyens de l'unité sanitaire ne suffisent plus. Une extraction est alors la seule solution pour pouvoir poursuivre le bilan. Si la demande est faite par le médecin, la décision reste le privilège du directeur d'établissement pénitentiaire. Il est rare que dans le cadre d'une urgence médicale, le directeur s'y oppose. Pour les autres motifs, le refus est plus fréquent car coûteux en personnels pénitentiaires (transport sécurisé, surveillance permanente du patient, moins de personnel en détention). Il est rare voire impossible d'obtenir des examens au motif d'une pathologie telle que le TDAH.

4. L'absence de confrontation à la vie réelle

Le milieu carcéral étant très spécifique, bien loin de la « vie d'avant » des détenus, et un concentré de facteurs de stress, la symptomatologie des pathologies psychiatriques peut-être différente. Le psychiatre doit en être conscient et connaître ses particularités. Le diagnostic d'un TDAH en détention doit donc être particulièrement minutieux. Les proches, habituellement très utiles pour communiquer des informations sur l'enfance ou la vie quotidienne ne sont pas disponibles dans une évaluation en détention. Si un traitement par méthylphénidate est introduit lors de la peine, son devenir est incertain à la sortie : le patient reprendra-t-il un suivi ? Ressentira-t-il toujours le bénéfice de son traitement une fois les contraintes de la détention derrière lui ? Cette limite ainsi que les précédentes ne sont cependant pas insurmontables, et l'intérêt de prendre en charge le trouble, que nous allons détailler, apporte bien plus de bénéfices que de contraintes.

G. L'importance de prendre en charge le TDAH en détention

La Fédération mondiale du Trouble Déficit d'Attention/Hyperactivité a publié en 2021 une déclaration de consensus international, regroupant 208 conclusions fondées sur des preuves à propos du trouble (2). Il nous semble important de citer quelques-unes de ces conclusions qui s'adresse à l'ensemble de la population, avant d'entrer plus en détail à la population carcérale. Il est donc reconnu que les traitements médicamenteux du TDAH réduisent : les blessures accidentelles, les lésions cérébrales traumatiques, les abus de substances (réduction de plus de 30% des indicateurs d'abus de substance chez les patients prenant le traitement, et plus la prise était longue plus le taux d'abus est faible), le tabagisme, la sous-performance scolaire, les fractures osseuses, les infections sexuellement transmissibles, la dépression, le suicide (diminution de 60 à 70% quand le méthylphénidate est pris plus de 3mois par an), la grossesse chez les adolescentes, mais également l'activité criminelle que nous allons approfondir (2). Tout d'abord, différentes comorbidités favorisant la criminalité peuvent être atténuées en traitant leur cause, à savoir le TDAH. Dès l'enfance, le traitement du TDAH a un intérêt sur la vie future, puisqu'il diminuerait le risque de trouble lié à un substance (drogue et alcool confondus) (51). Une intervention précoce, dès l'enfance, avec un repérage à l'école, une intervention globale comprenant une combinaison de thérapie cognitivo-comportementale, intervention familiale, traitement, et support éducationnel, et ceci avant toute apparition de comorbidité, serait la meilleure solution pour limiter la criminalité future (119), (109). A l'âge adulte, l'intérêt de traiter est toujours présent. Ainsi une étude s'est intéressée au traitement du TDAH chez des détenus présentant à la fois un TDAH et une dépendance aux amphétamines (120). Le traitement était introduit deux semaines avant leur libération et poursuivi à l'extérieur. Les dosages urinaires sont revenus négatifs, notamment aux amphétamines, de façon plus importante dans le groupe traité par méthylphénidate que dans celui traité par placebo (120).

Une autre étude randomisée contre placebo de 52 semaines fût réalisée auprès de détenus avec TDAH et des comorbidités, et a étudié l'impact d'un traitement par méthylphénidate (121). Après trois ans, les sujets traités gardaient le bénéfice du traitement sur leur symptômes et sur leur fonctionnement psycho-social, présentaient moins de récurrence ou de rechute dans le mésusage de substance et une fois libérés étaient plus souvent employés (121). Cependant cette étude ne comprenait que peu de patients (30 patients). Une autre étude plus récente de même type, à plus grande échelle (200 patients), mais sur une durée plus courte de 8 semaines, a montré une amélioration au niveau de la symptomatologie du TDAH dont la dysrégulation émotionnelle, une diminution des attitudes de violences et d'incidents critiques en détention ainsi qu'un engagement plus important dans les programmes de réadaptation et d'éducation (122). Deux études ont été réalisées à très grande échelle et ont données des résultats nettement en faveur d'un traitement du TDAH en détention. Le premier article de Paul Lichtenstein et son équipe, s'est basé sur les registres nationaux suédois permettant de former une cohorte de 25656 patients avec un TDAH (123). Les informations concernant leurs traitements pharmacologiques et leur condamnations ultérieures en Suède de 2006 à 2009 furent également obtenus (123). Cette étude de grande ampleur, conclu à une influence directe du traitement du TDAH sur la criminalité : une diminution de 32% du taux de criminalité chez les hommes sur les périodes de traitement comparé aux périodes sans traitements, et de 43% chez les femmes (123). La deuxième étude, plus récente, réalisé par Christina Mohr-Jensen et publié en 2019, utilise la même approche à travers les registres nationaux danois et 4231 individus présentant un TDAH (124). Les périodes de médicaments permettaient d'observer une diminution de 30 à 40% de risque de condamnation ou d'incarcération, par rapport aux périodes sans traitements (124). Cet effet n'était cependant pas observé chez les femmes, possiblement lié au faible effectif de cette catégorie (124).

En 2018, des recommandations d'un consensus d'experts furent publiées afin de pouvoir se repérer plus facilement dans l'identification et le traitement du TDAH en détention (3). Le consensus recommande une approche multimodale (3). Une fois le diagnostic posé, seules les comorbidités de type psychose, trouble bipolaire, et/ou épisode dépressif marqué, devraient être traitées en priorité (3). Dans le cas d'autres comorbidités, le TDAH est traité en premier avec un traitement pharmacologique (stimulant en première intention) en parallèle d'un traitement non pharmacologique (psychoéducatifs, interventions psychologiques, et programmes psycho-sociaux) (3).

Ce moment que représente l'incarcération est finalement propice à une introduction de traitement et à une prise en charge, chez des patients bien souvent en rupture de soins et à l'écart de la société, qui n'ont pour l'instant pas eu cette occasion. Démarrer une relation thérapeutique et les faire adhérer aux soins, est cruciale, pour qu'à la sortie le suivi puisse se poursuivre et ainsi limiter un retour en détention. Mais pour pouvoir dépister, diagnostiquer et traiter un TDAH chez les détenus, il faut avant tout connaître ce trouble, ses particularités en détention, et être convaincu de l'intérêt d'une telle démarche. En France, où le sujet du TDAH chez l'adulte est encore débattu au sein de la communauté psychiatrique, nous avons cherché à interroger les premiers concernés, à savoir les psychiatres travaillant en maison d'arrêt. Quelles sont leurs conditions de travail, leurs points de vue et leurs prises en charge des détenus présentant un TDAH, ainsi que leurs craintes du traitement. Ces questions feront l'objet de notre troisième partie à travers une enquête téléphonique.

Enquête descriptive sur la prise en charge du trouble déficit de l'attention/hyperactivité par les psychiatres dans les maisons d'arrêt en France

A. Introduction

La prévalence du TDAH en population générale serait entre 2.5% (2) et 5% contre 26.2% chez les personnes incarcérées (125), soit cinq à dix fois plus. Si l'existence de ce trouble chez l'adulte reste aujourd'hui très controversée en France, la mise en place d'un traitement l'est encore plus. Avant mai 2021, il n'existait aucun traitement ayant l'AMM en France pour cette indication en initiation chez l'adulte. S'ajoute à cela, pour les détenus et leurs soignants, les difficultés liées aux conditions même de la détention : moyens techniques limités dans les unités sanitaires, trafic de médicaments entre les détenus, mésusages, ... Nous avons voulu centrer notre enquête sur les maisons d'arrêt pour plusieurs raisons : elles représentent le point d'entrée dans le milieu carcéral pour la plupart des détenus. Les motifs d'incarcération sont variés et sont autant des « petits délits » que de « grands crimes » en attente de jugement ou de transfert. Les maisons d'arrêt possèdent également la caractéristique d'être surpeuplées (126), ce qui rend les conditions d'incarcération et de soins plus difficiles.

Devant ces particularités, nous nous sommes interrogés sur la prise en charge du TDAH par les psychiatres en détention. Le cherchent-ils ? Le traitent-ils et comment ? Ont-ils un temps de présence en maison d'arrêt suffisant pour pouvoir rechercher ce trouble chez les détenus ? Ont-ils des craintes vis-à-vis du traitement par méthylphénidate, et si oui lesquelles ? Autant de questions auxquelles nous avons souhaité soumettre directement les premiers intéressés. Notre objectif principal a donc été d'avoir un aperçu des pratiques, des psychiatres des maisons d'arrêt françaises concernant le TDAH chez l'adulte.

B. Matériel et méthode

1. Description

Cette enquête n'a pas vocation à être exhaustive ou quantitative pour démontrer une hypothèse, mais à donner un aperçu des pratiques et des représentations qu'ont les psychiatres directement confrontés à notre sujet de thèse. Nous avons donc imaginé faire une étude qualitative pour répondre à notre questionnement et avoir ainsi une première approche. Les données seront présentées en valeurs absolues. En effet, la petite taille de l'échantillon, ainsi que l'absence de d'exhaustivité (un seul psychiatre par maison d'arrêt, exclusion des quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires) ne permettent pas à notre enquête d'être représentative, d'en obtenir des conclusions élargies. Cependant, pour une meilleure visualisation des chiffres et de ce qu'ils représentent, les données recueillies seront converties en pourcentage ou mises sous forme de graphique. Elles ne seront en aucun cas utilisables sur un plan statistique.

Il a été décidé de réaliser l'enquête par téléphone afin d'obtenir plus de réponse que par un questionnaire en ligne ou par courrier électronique, et de pouvoir échanger plus facilement sur le sujet avec les interlocuteurs. Certains avis ou points de vue, ont été spontanément énoncés par les personnes interrogées. Nous avons choisi de recueillir les réponses d'un seul psychiatre par maison d'arrêt, afin de ne pas multiplier les données pour une seule prison s'ils étaient plusieurs à y intervenir, et en partant du postulat que la personne interrogée connaissait globalement les pratiques de ses collègues. Nous avons ciblé les personnes incarcérées adultes, hommes et femmes sans distinction.

2. Méthodologie

Dans un premier temps, les différentes maisons d'arrêt françaises ont été recensées grâce au site du gouvernement (127), (128), et sont au nombre de 82. Une maison d'arrêt a été immédiatement exclue car elle ne possédait pas de locaux propres mais était constituée de trois cellules dans une gendarmerie, ce qui a amené l'échantillon à 81 maisons d'arrêt.

Nous les avons ensuite appelés, une à une, en demandant à être mis en relation avec l'U.S.M.P. (unité sanitaire en milieu pénitentiaire). Une fois en lien avec l'infirmière, nous avons pu nous présenter et expliquer notre demande de pouvoir s'entretenir avec un psychiatre. Un psychiatre étant rarement disponible lors de notre premier appel, nous demandions leurs horaires et jours de présence dans la maison d'arrêt, et nous réitérions l'appel à ce moment-là. Après trois appels réalisés à l'U.S.M.P. sans avoir réussi à joindre le psychiatre, un message était laissé auprès des infirmiers, avec nos coordonnées téléphoniques pour pouvoir nous joindre et nous récupérons l'adresse électronique du psychiatre. Si après une semaine nous n'avions pas été sollicités, une dernière demande était réalisée par courrier électronique auprès du psychiatre. L'absence de réponse était alors considérée comme un refus. Si après trois appels réalisés auprès de la maison d'arrêt, à des heures et des jours différents, nous n'avions pas pu joindre les U.S.M.P, celles-ci étaient alors exclues de l'enquête.

Lorsque nous débutions notre entretien téléphonique avec les psychiatres (ou internes en psychiatrie qui étaient également comptés dans les chiffres), nous décrivions brièvement le sujet de notre thèse et le motif de notre appel. S'ils étaient d'accord de participer à notre courte enquête, nous démarrions le questionnaire en leur demandant d'exclure les détenus mineurs de leurs réponses. Nous pouvions, après avoir obtenu l'ensemble des questions, prendre un temps d'échange sur notre sujet de thèse, recevoir leurs commentaires et répondre à leurs questions.

Le recueil de données c'est fait du 8 mars 2021 au 30 avril 2021, soit sur une durée de huit

semaines. Le questionnaire durait en moyenne 5 minutes, les temps d'entretien complet étaient très variables.

3. Contenu du questionnaire

Le questionnaire se divisait en trois parties : la première centrée sur les psychiatres et leurs maisons d'arrêt, la deuxième sur les diagnostics de TDAH en détention et leur prise en charge, et la dernière sur les limites que représentent le manque d'information sur le trouble et les craintes vis-à-vis du traitement.

Figure 2 : Questionnaire de l'enquête téléphonique sur le TDAH en Maison d'arrêt, soumis à un psychiatre de chaque maison d'arrêt

I les psychiatres et leurs maisons d'arrêt

- 1) Combien y a-t-il de détenus dans la maison d'arrêt actuellement ?
- 2) Les détenus sont-ils tous vus en consultation par un psychiatre à leur arrivée en incarcération ?
- 3) Combien de psychiatres travaillent dans la maison d'arrêt et combien de demi-journées par semaine chacun réalise-t-il ?
- 4) Avez-vous déjà été sensibilisé au TDAH ? Et si oui, l'avez-vous été en prison également ?

II Le diagnostic et la prise en charge

- 1) Recherchez-vous le trouble de façon systématique, de façon ciblée si vous avez des points d'appel, ou jamais ?
- 2) Combien de détenus dans la maison d'arrêt ont actuellement un diagnostic de TDAH posé, à votre connaissance ?
- 3) Sur ceux-ci, combien ont eu le diagnostic lors de cette détention ?
- 4) Lorsque vous rencontrez un TDAH, comment le traitez-vous ?

III Les limites

- 1) Diriez-vous que vous manquez d'information sur le TDAH et sa prise en charge ?
- 2) Avez-vous des craintes vis-à-vis du traitement par Méthylphénidate et si oui lesquelles ?

C. Résultats

Afin de permettre une vision claire des chiffres des maisons d'arrêts ayant répondu à notre questionnaire téléphonique, le diagramme de flux ci-dessous a été réalisé.

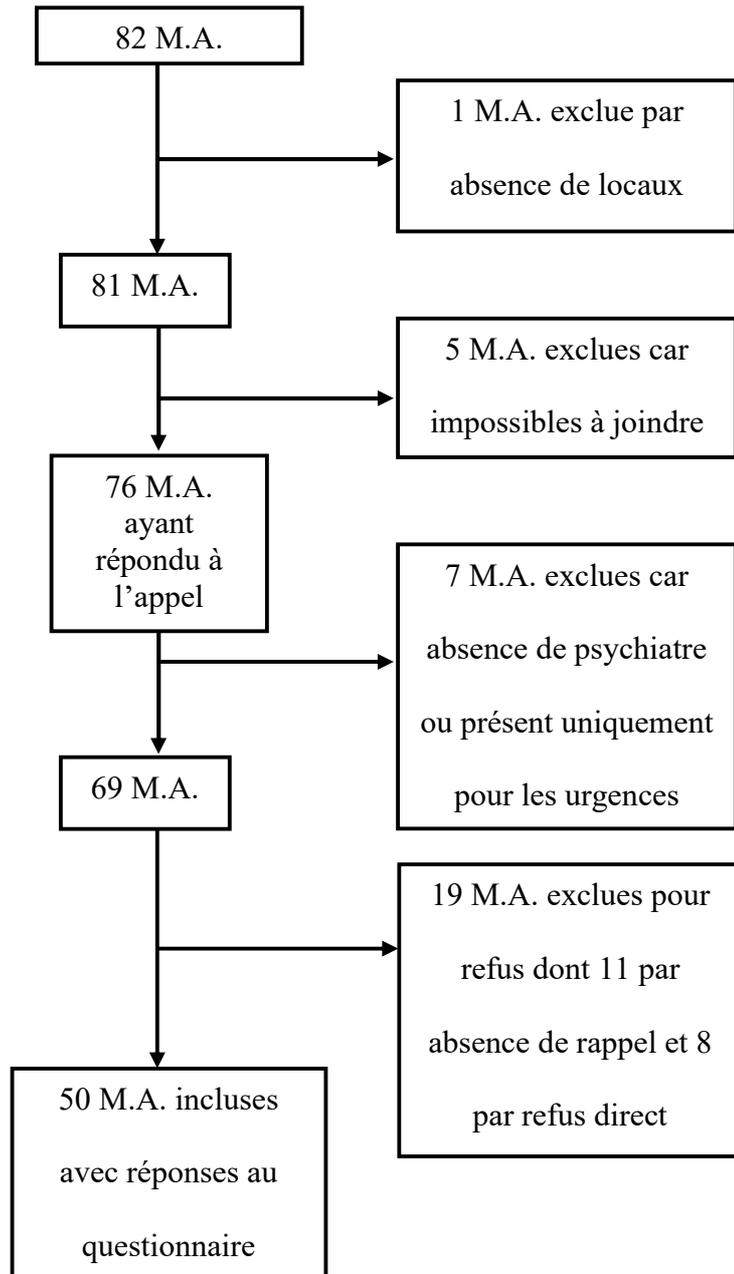


Figure 3 : Diagramme de flux représentant l'inclusion des maisons d'arrêt dans notre enquête

La première constatation qu'il a été faite est que sur les 76 maisons d'arrêt qui ont été joignables par téléphone, 7 ne disposaient pas de temps de psychiatre fixe pour des suivis de patient (absence de psychiatre sur place ou passage pour les urgences uniquement). Le reste des résultats a été fait à l'aide des réponses des 50 maisons d'arrêt incluses dans notre enquête.

1) Résultats concernant les psychiatres et leurs maisons d'arrêt

→ A la première question « combien y a-t-il de détenus dans la maison d'arrêt actuellement ? », nous avons cherché à connaître les effectifs réels des prisons où travaillent nos répondants. Comme nous l'avons vu plus tôt, les maisons d'arrêt présentent une surpopulation carcérale importante, et obtenir les effectifs théoriques ne nous aurait pas permis d'évaluer la charge de travail réelle des psychiatres. A l'aide de la **figure 4**, la répartition des maisons d'arrêt interrogées selon leurs nombres de détenus réels est détaillée.

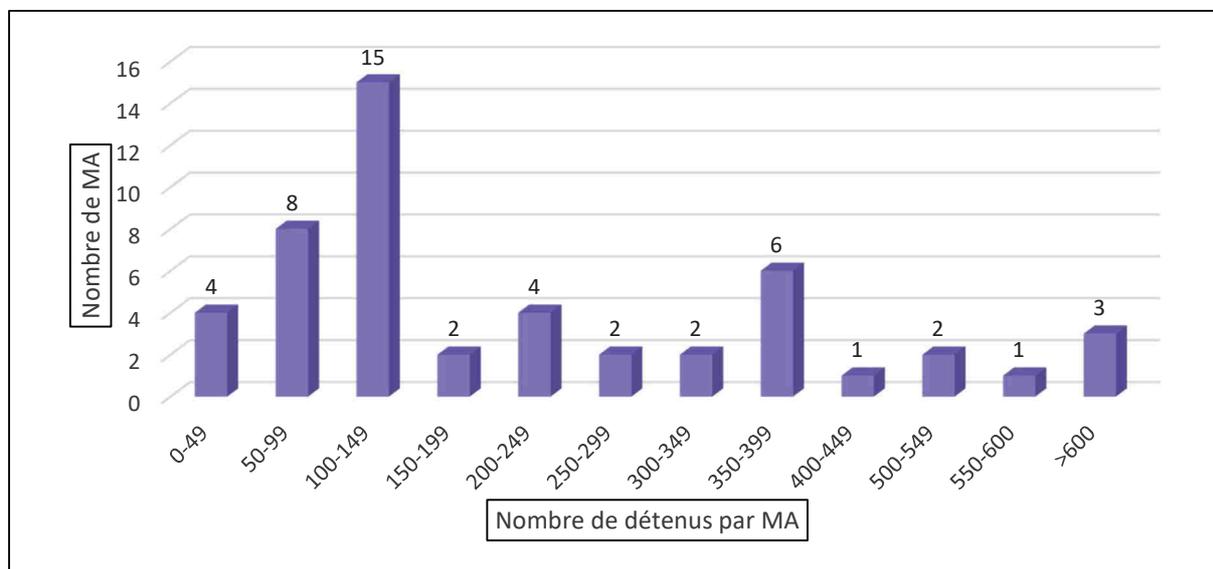


Figure 4 : Répartition des Maisons d'arrêt (MA) incluses dans l'enquête en fonction de leur nombre de détenus

→ La seconde question était une question fermée : « Les détenus sont-ils tous vus en consultation par un psychiatre à leur arrivée en incarcération ? ». Sur les 50 psychiatres

interrogés, seulement 4 ont répondu par l'affirmative à cette question. Ces 4 maisons d'arrêt font partie des « petites maisons d'arrêt », avec moins de 100 détenus. Dans les 46 autres maisons d'arrêt, les détenus étaient reçus en entretien psychiatrique à la suite d'une orientation infirmière, d'un signalement de l'équipe pénitentiaire ou d'une requête spontanée de la part du patient.

→ La troisième question avait pour objectif de connaître les moyens humains de chaque prison avec les temps de psychiatres disponibles pour les détenus. Diagnostiquer, bilanter et traiter un TDAH nécessite un investissement en termes de temps, pas toujours suffisant dans ce milieu pénitentiaire. La question était « combien de psychiatres travaillent sur la maison d'arrêt et combien de demi-journées par semaine chacun réalise-t-il ? ». Une fois ces deux données récupérées, nous avons pu déduire le nombre demi-journées de temps psychiatre par semaine et par maison d'arrêt. Les valeurs obtenues étant regroupées en deux catégories très éloignées, et dans un souci de clarté, nous avons préféré les présenter sur deux graphiques à bulles, en distinguant les « petites » maisons d'arrêt de moins de 450 détenus (**figure 5**) des « grandes » (**figure 6**). Nous avons volontairement relié les temps psychiatres aux nombres de détenus d'une maison d'arrêt plutôt qu'à la file active de psychiatrie car nous avons estimé qu'idéalement chaque détenu devrait pouvoir bénéficier d'un temps psychiatre du fait des fortes prévalences des comorbidités en détention et du fait déçu extrêmement anxiogène d'une incarcération.

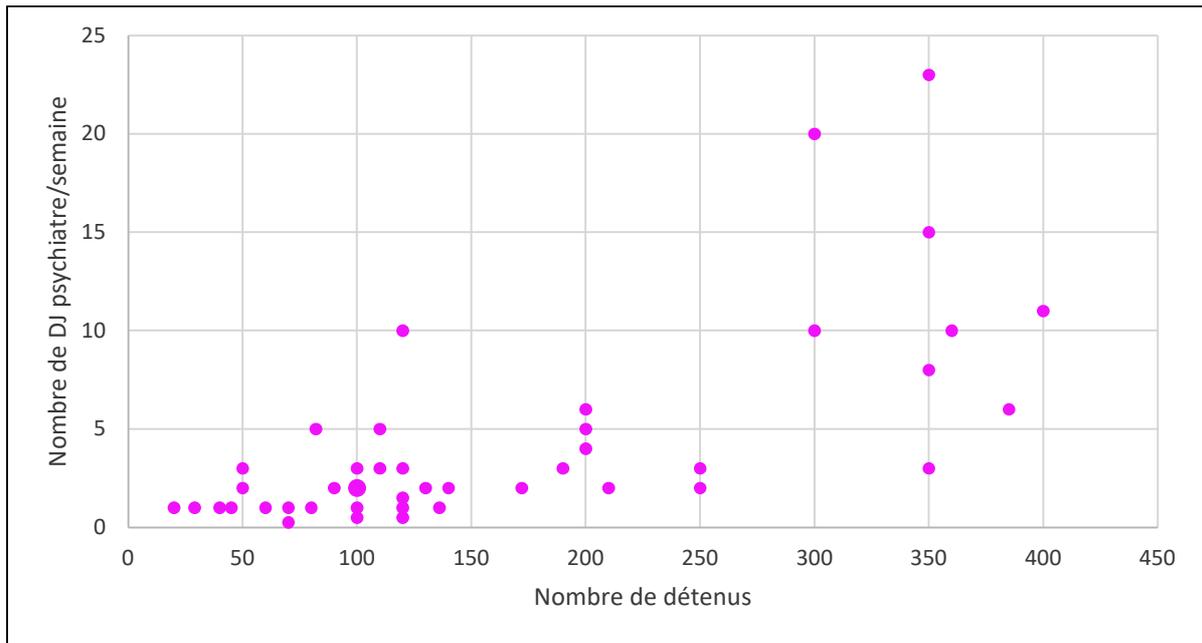


Figure 5 : Répartition des MA selon leur nombre de demi-journées de temps psychiatre par semaine en fonction du nombre de détenus (MA de moins de 450 détenus)

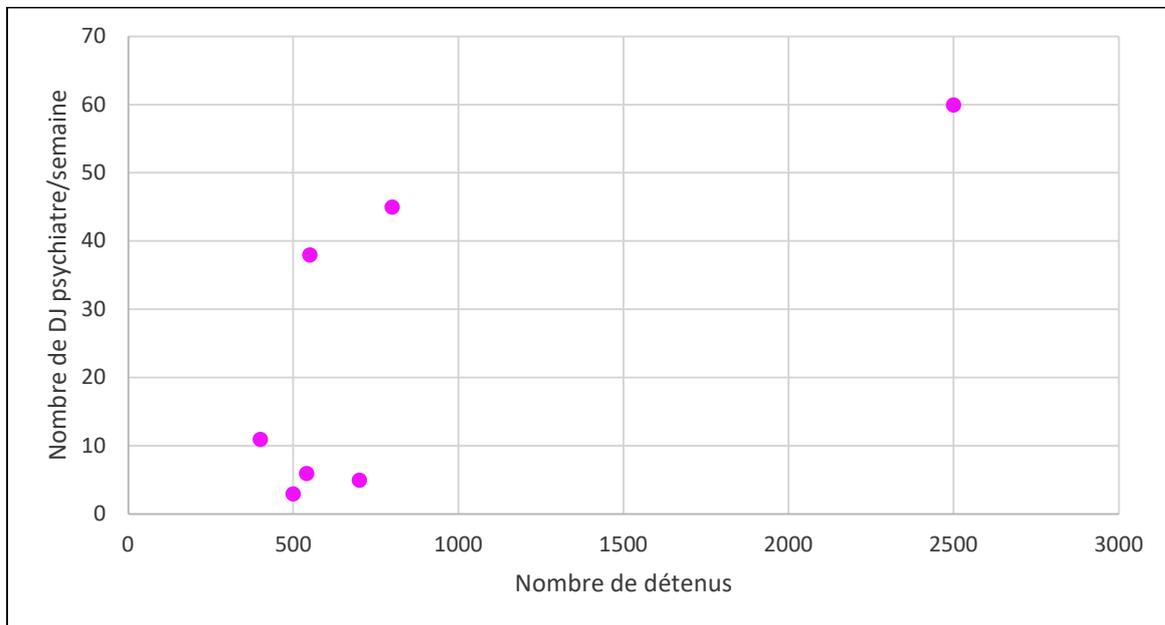


Figure 6 : Répartition des MA selon leur nombre de demi-journées de temps psychiatre par semaine en fonction du nombre de détenus (MA de plus de 450 détenus)

Afin de mieux comparer les maisons d'arrêt entre elles, nous avons rapporté le nombre de demi-journées de temps psychiatre au nombre de détenus afin d'obtenir une valeur de demi-journée psychiatre par semaine pour 100 détenus (**figure 7**).

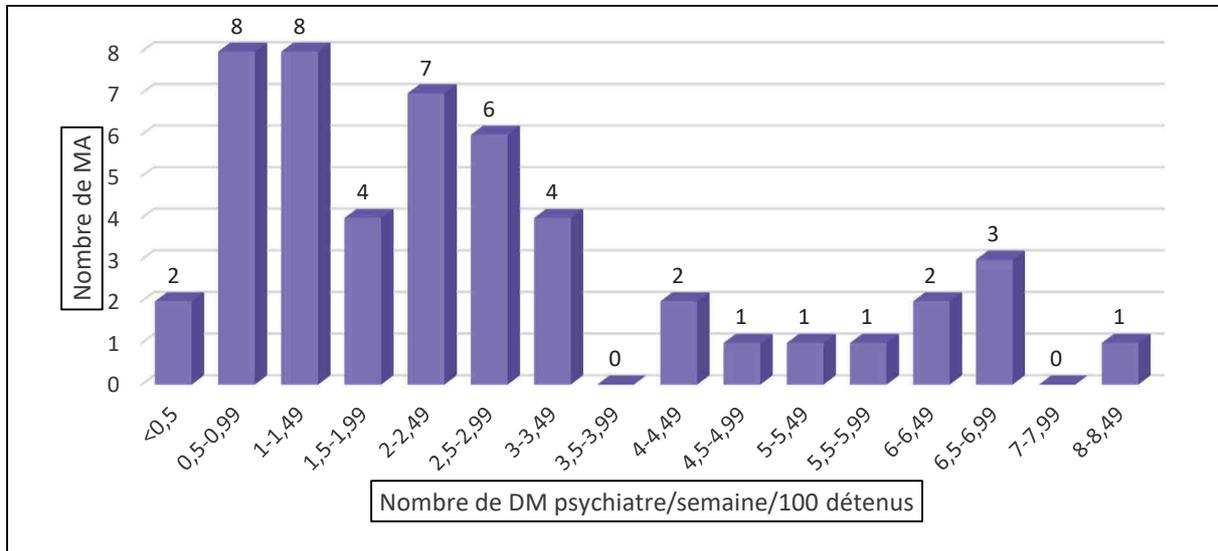


Figure 7 : Répartition des MA en fonction de leur nombre de demi-journées psychiatre par semaine pour 100 détenus

La densité varie entre 0.35 demi-journées/semaine/100détenus et 8.33 demi-journées/semaine/100détenus. Il existe donc de grandes différences de densités de médecins psychiatres sur nos 50 maisons d'arrêt. Moins de deux demi-journées pour 100 détenus par semaine, nous semble être peu en termes de disponibilité du psychiatre pour ces personnes, qui sont bien souvent en grande souffrance psychique. 22 maisons d'arrêt sont pourtant dans ce cas de figure. Il ne sera probablement pas consacré le même temps en consultation selon si un détenu est incarcéré dans une maison d'arrêt ou dans une autre.

→ La dernière question de cette partie « Avez-vous déjà été sensibilisé au TDAH ? Et si oui, l'avez-vous été en prison également ? ». Cette question a permis de différencier trois catégories : les psychiatres n'ayant jamais été sensibilisés au TDAH (au nombre de 21, soit 42%), ceux l'ayant été au cours de leur parcours de psychiatre mais pas en détention (au nombre de 19, soit 38%), et une dernière catégorie sensibilisée notamment en détention (au nombre de 10, soit 20%) (**figure 8**).

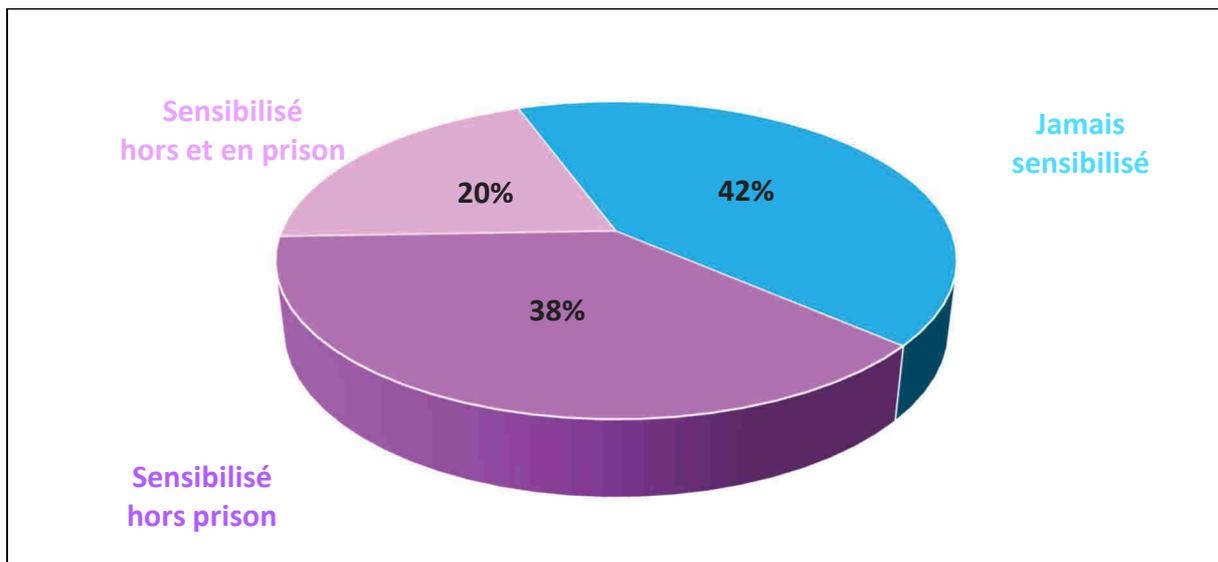


Figure 8 : Répartition des psychiatres selon leur sensibilisation au TDAH

Seule une portion minoritaire des personnes interrogées a donc déjà reçu une information sur le TDAH en détention et ses particularités, la majorité n'ayant pas ou peu de connaissances sur ce trouble.

2) Résultats concernant les diagnostics de TDAH en détention et leur prise en charge

Maintenant que nous avons appris plus des caractéristiques de nos participants et leur lieu de travail, nous allons voir leurs habitudes de prise en charge du TDAH.

→ À la première question de cette partie « Recherchez-vous le TDAH de façon systématique, de façon ciblée si vous avez des points d'appel, ou jamais ? », nous avons interrogés leurs habitudes de dépistage du TDAH. Nous retrouvons ainsi, 7 psychiatres qui recherchent le trouble de façon systématique (soit 14%), 31 de façon ciblée devant des points d'appel (soit 62%) et 12 psychiatres ne le recherchent jamais (soit 24%) (**figure 9**).

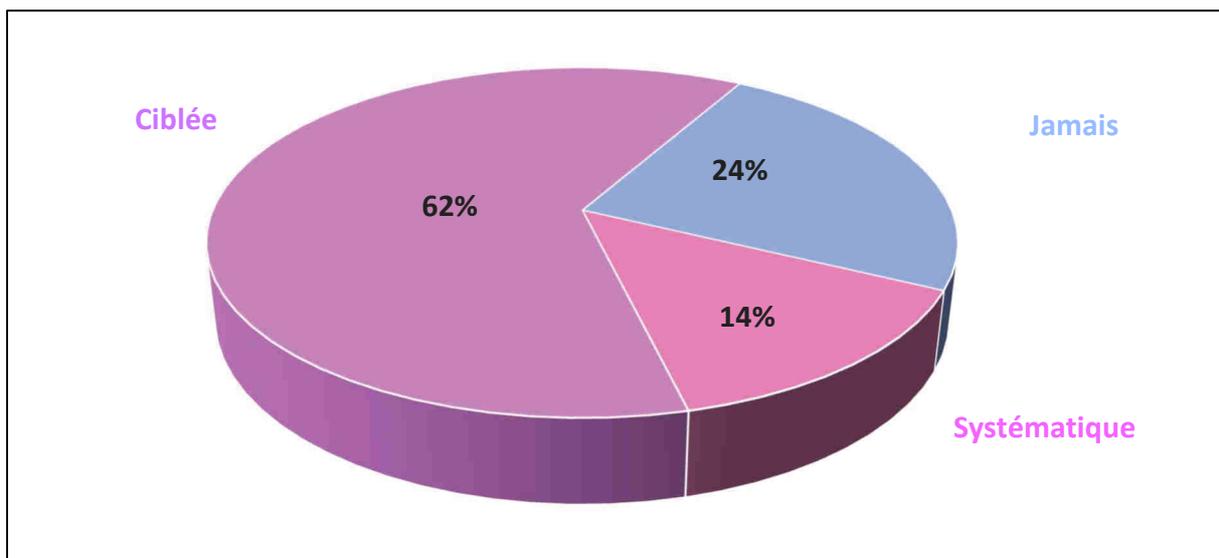


Figure 9 : Répartition des psychiatres selon leurs fréquences de dépistage du TDAH

→Nous nous sommes demandé si les personnes sensibilisées au TDAH étaient celles qui le cherchaient. Les données ont donc été reprises dans un même graphique selon la **Figure 10**. Ainsi on observe qu'aucun psychiatre n'a répondu qu'il ne cherchait jamais le TDAH dans ceux qui ont été sensibilisé au TDAH en détention. La quasi-totalité des personnes qui ne le recherchent jamais font partie de ceux qui n'ont pas reçu d'information sur ce trouble.

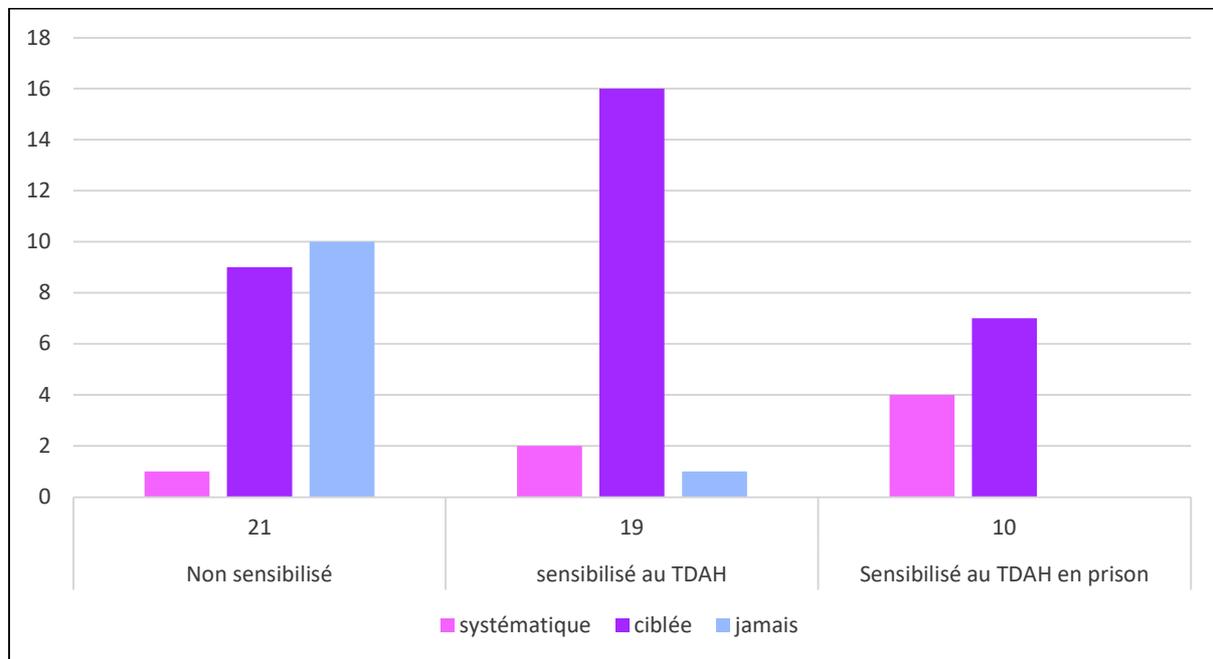


Figure 10 : Répartition de la fréquence de dépistage par catégories de sensibilisation des praticiens au TDAH

→ Nous nous sommes ensuite intéressés aux détenus ayant un diagnostic de TDAH avec la question « Combien de détenus de la maison d'arrêt ont actuellement un diagnostic de TDAH posé, à votre connaissance ? ». Sur les 50 psychiatres interrogés, seul 15 avaient connaissances de détenus dans leur maison d'arrêt avec ce diagnostic. 71 détenus ont été rapportés par les psychiatres comme présentant un TDAH, soit 0.6% des 12819 détenus des 50 maisons d'arrêt. Ces 71 patients étaient signalés sur 15 prisons détenant 1955 personnes, soit une proportion de 1.4%. Les résultats seront détaillés dans le **tableau 1**.

→ Il nous a semblé intéressant de savoir si le diagnostic de TDAH de ces détenus avait été posé lors de leur incarcération. À la question « Sur ceux-ci (détenus avec le diagnostic de TDAH), combien ont eu le diagnostic en détention ? », nous avons retrouvé un total de 31 personnes. Les données ont été regroupées avec celles de la question précédente dans le **tableau 1**.

	<i>Maison d'arrêt ayant des détenus diagnostiqués</i>															Total	Toutes les MA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	15	50
<i>Nombre de détenus</i>	50	100	110	120	190	200	210	250	350	385	400	540	550	700	800	4955	12819
<i>Nbr de détenus TDAH+</i>	1	1	2	3	2	40	2	1	1	1	1	4	1	3	8	71	71
<i>Nbr de détenus TDAH+ posé en MA</i>	0	0	2	1	0	20	2	0	1	0	1	0	0	0	4	31	31
<i>Pourcentage de TDAH dans la MA</i>	2,0%	1,0%	1,8%	2,5%	1,1%	20,0%	1,0%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,7%	0,2%	0,4%	1,0%	1,4%	0,6%

Tableau 1 : Récapitulatif des diagnostics de TDAH en détention

→ Après avoir interrogé les psychiatres sur leurs habitudes de dépistage et les diagnostics, nous nous sommes penchés sur la question de leurs prises en charge thérapeutique du TDAH. La question « Lorsque vous rencontrez un TDAH, comment le traitez-vous ? » a permis de sonder leurs habitudes de prescription, ou d'absence de prescription. Nous avons préféré une question ouverte afin de ne pas influencer les répondants. Devant la grande diversité de réponses, nous les avons regroupées en quatre grands groupes. Les psychiatres qui ne prescrivait pas de traitement et qui étaient au nombre de 12 (soit 24%). 24 psychiatres préféraient des traitements symptomatiques (soit 48%). Seul 11 psychiatres étaient enclins à traiter le TDAH par du Méthylphénidate (soit 22%). Finalement un dernier groupe de 3 psychiatres a répondu préférer orienter le patient chez un spécialiste (soit 6%) (**figure 11**).

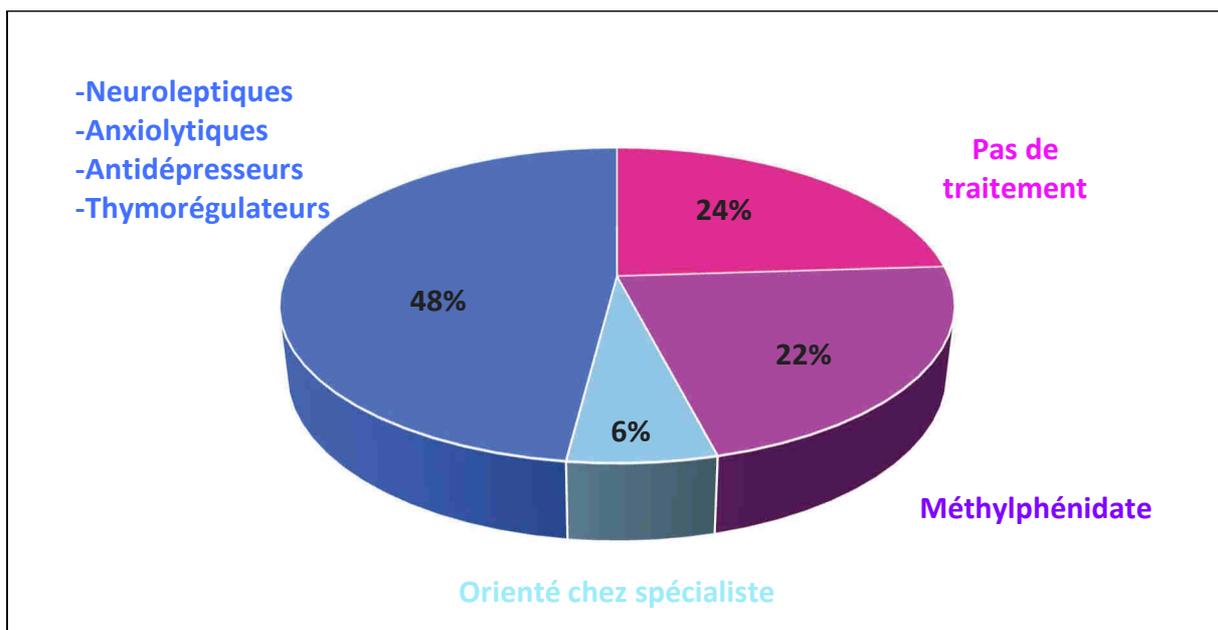


Figure 11 : Répartition des habitudes de traitement du TDAH chez les psychiatres répondants

Nous pouvons citer des exemples des différents traitements symptomatiques proposés par le groupe majoritaire qui sont utilisés à visée sédatrice et anti-impulsive pour la plupart : on retrouve des neuroleptiques (avec notamment la Cyamémazine-TERCIAN®, la Risperidone-RISPERDAL®, la Clozapine-LEPONEX®, l'Amisulpride-SOLIAN®, la Quétiapine-

XEROQUEL®, et l'Olanzapine-ZYPREXA®), des anxiolytiques (avec notamment les benzodiazépines qui sont souvent citées, et la Buspirone), des antidépresseurs (avec notamment la Venlafaxine-EFFEXOR® qui est cité une fois quand le TDAH et associé à un trouble anxieux), et finalement les thymorégulateurs (avec notamment le Valpromide-DEPAMIDE®).

Concernant le groupe prescrivait du Méthylphénidate, si plusieurs n'ont pas de galénique de préférence, d'autres ont cité préférentiellement la RITALINE LI®, la RITALINE LP®, le QUASYM LP®, le CONCERTA LP® ou le MEDIKINET LP®.

Une donnée importante à souligner était 5 psychiatres ont spontanément expliquer laisser le Méthylphénidate en place si le patient l'avait à son arrivée, mais ne pas l'introduire.

Les patients présentant un TDAH en détention se voient donc souvent prescrire des traitements anti-impulsifs et sédatifs, sources d'effets secondaires, plutôt que du Méthylphénidate, qui est le traitement de première intention.

A nouveau, nous avons voulu observer si la sensibilisation au TDAH des psychiatres interrogés traduisait des préférences de prescription. Nous avons donc réparti les réponses en fonction de la **Figure 8**.

On note alors que la réponse « orientation chez un spécialiste » est uniquement citée chez les psychiatres dit sensibilisés au TDAH. Chez ces derniers, les habitudes de traitement sont réparties sur les 4 options. Dans le groupe « sensibilisé au TDAH notamment en prison », il ressort que les psychiatres ont tendance à traiter par un médicament que ce soit du Méthylphénidate ou plus étonnant un traitement symptomatique. En effet, on aurait pu, au vu de leur sensibilisation décrite sur le sujet, à observer une absence de traitements symptomatiques. De façon attendue, « aucun traitement » ou « un traitement symptomatique » étaient les deux réponses majoritaires des psychiatres qui ne décrivaient pas de formation particulière (**figure 12**).

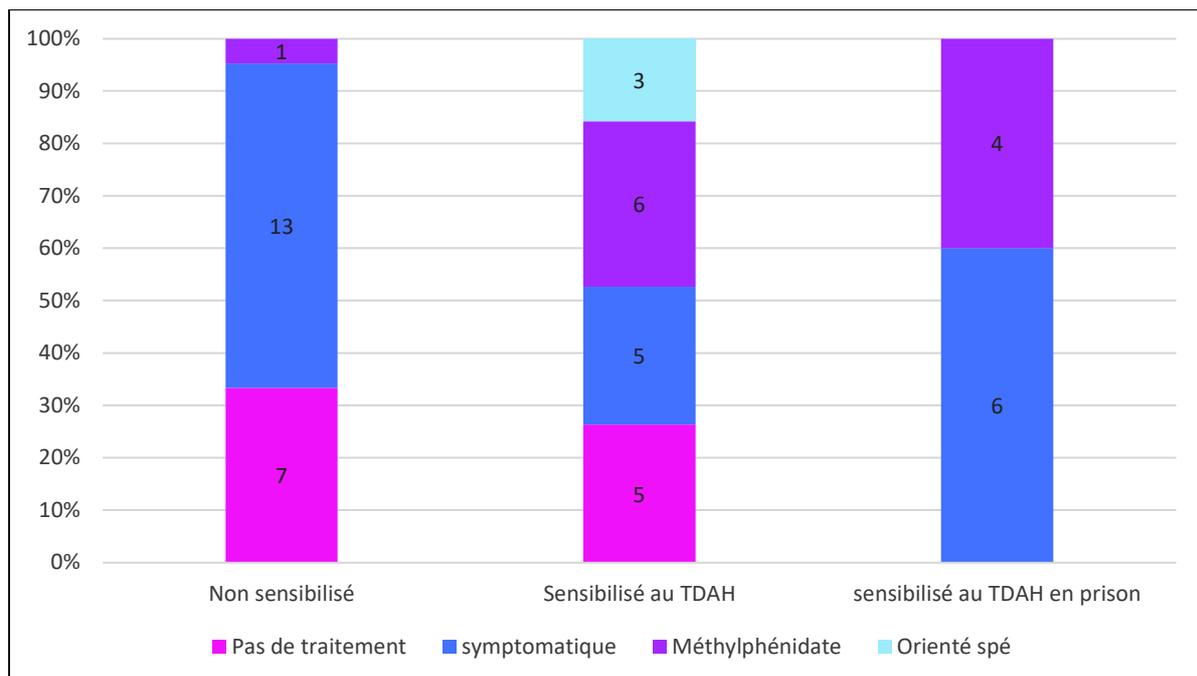


Figure 12 : Répartition des habitudes de traitement du TDAH par catégories de sensibilisation des praticiens au TDAH

3) Résultats concernant les limites

Pour finir notre enquête, nous avons cherché à savoir ce qui limitait les psychiatres dans leurs prescriptions de Méthylphénidate.

→ La première question de cette partie « Diriez-vous que vous manquez d'information sur le TDAH et sa prise en charge ? » a retrouvé 13 psychiatres (soit 26%) qui ne pensaient pas manquer d'informations contre 37 (soit 74%) qui ont répondu par l'affirmative. La majorité des répondants seraient donc susceptibles d'en apprendre plus sur le sujet (**figure 13**).

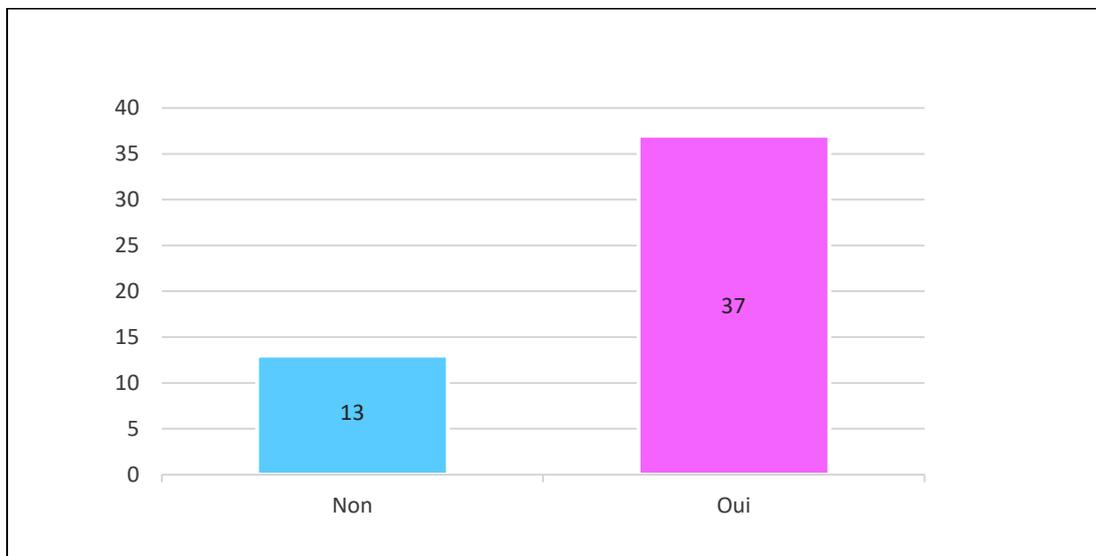


Figure 13 : Répartition des psychiatres selon leurs sentiments d'insuffisance de connaissances du TDAH

→ À la dernière question « Avez-vous des craintes vis-à-vis du traitement par Méthylphénidate, et si oui lesquelles ? », nous recensons 20 psychiatres qui n'avaient pas de craintes particulières (soit 40%) et 30 psychiatres (soit 60%) qui rapportaient une ou plusieurs craintes. Selon leurs fréquences d'occurrence, on retrouve des craintes concernant :

- Le mésusage (cité 14 fois)
- Le trafic en détention (cité 7 fois)
- La prescription hors AMM (cité 6 fois)

- La mise en place sur un mauvais diagnostic (cité 3 fois)
- L'apparition d'une addiction au produit (cité 3 fois)
- La surveillance difficile en détention (cité 3 fois)
- La difficulté à réaliser le bilan pré-thérapeutique en détention (cité une fois)
- La possibilité d'IMV (cité 1 fois)
- Une sur prescription (cité 1 fois)
- L'utilisation du trouble comme « étiquette » pour justifier leurs agissements
- De potentiels impacts non connus à long terme (cité 1 fois)
- Une accoutumance (cité 1 fois).

Il est important de rappeler que le recueil de données de notre enquête s'est déroulé du 8 mars 2021 au 30 avril 2021. A cette période, le Méthylphénidate ne disposait alors d'aucune AMM en initiation chez l'adulte, la RITALINE LP® l'ayant reçu en mai 2021 (77).

→ Du fait d'avoir réalisé cette enquête par téléphone, nous avons pu recevoir certains éléments que nous n'avions pas questionnés et il nous semble intéressant de les rapporter ici. Trois psychiatres ont ainsi expliqué que le TDAH et son traitement par Méthylphénidate étaient sources de débats au sein de leurs équipes médicales ou avec le pharmacien qui en refusé la délivrance. 6 praticiens se sont montrés particulièrement intéressés concernant notre sujet de thèse et désireux d'en connaître plus. A l'opposé, 5 répondants nous ont fait part de leur vision différente considérant le TDAH comme un trouble de l'enfant, ou comme un trouble fictif : « je ne crois pas au TDAH », ou « nous ne sommes pas dans une prison pour mineurs ».

Nous allons maintenant pouvoir discuter ces résultats ainsi que plus généralement les informations apportées par cette thèse.

Discussion

A. Autour de notre enquête

Nous avons souhaité, à travers cette enquête téléphonique réalisée auprès des psychiatres des maisons d'arrêt, connaître quelles étaient leurs pratiques et points de vue concernant le TDAH chez l'adulte en détention. Les réponses fournis par 50 maisons d'arrêt de France, nous ont ainsi éclairées sur la grande disparité qu'il existe au sein des prisons tant sur les moyens humains en psychiatrie que sur les prises en charges des détenus avec un TDAH. Du fait de l'absence de représentativité de l'échantillon et des informations uniquement déclaratives des répondants, les résultats ne doivent pas être généralisés et ne sont qu'un aperçu de la vision d'un petit groupe. La plupart des études concernant le TDAH chez les détenus se sont intéressées aux patients directement (prévalences, comorbidités...), mais celle que nous avons réalisée ici semble être la première à s'intéresser au sujet du point de vue des prescripteurs. Il existe par ailleurs très peu d'enquêtes française sur cette thématique.

Nous avons constaté une grande disparité entre les maisons d'arrêt en termes de densités de médecins psychiatres. Une grande partie de celles-ci ne disposent pas du temps suffisant pour s'occuper convenablement des patients. Poser le diagnostic de TDAH nécessite du temps, bien plus que pour les autres pathologies et la prise en charge peut s'avérer longue et compliquée. Il est évident que le médecin dont le temps de travail en prison est limité et la charge de travail importante priorisera les urgences et les pathologies aiguës. La surpopulation carcérale et le manque de psychiatre au sein des maisons d'arrêt pourraient être un premier frein aux soins des détenus présentant un TDAH.

Moins d'un quart des personnes interrogées rapportent avoir été sensibilisé au TDAH en détention, et la plus grande partie ne jamais avoir reçu de formation particulière concernant le trouble en général. Dépister un TDAH nécessite d'en connaître son existence mais également

ses caractéristiques et particularités comme dans un milieu aussi singulier que la détention. Ainsi un quart des psychiatres ne recherchent jamais le TDAH et ces derniers sont pratiquement tous « non sensibilisés au TDAH ». Les autres personnes interrogées affirment le rechercher, majoritairement de façon ciblée devant des points d'appel. On aurait pu s'attendre à retrouver des détenus avec un diagnostic de TDAH dans toutes les maisons d'arrêt qui le dépistent, devant une prévalence du trouble en détention de 26.2% énoncée par les études (125). Pourtant seulement 15 maisons d'arrêt signalent des cas au sein de leur établissement. Sur les 50 prisons interrogées, 0.6% des détenus possèdent un diagnostic de TDAH, bien loin de la prévalence théorique, et même rapporté aux 15 maisons d'arrêt sur lesquelles ils sont signalés, ce taux atteint seulement 1.4%. Ces diagnostics sont posés dans moins de la moitié des cas en détention. Une hypothèse qui expliquerait cette différence entre la théorie et les chiffres de notre enquête, serait un dépistage inadéquate dû au manque de sensibilisation rapporté par les praticiens sur le TDAH chez l'adulte en détention. Une autre possibilité serait l'absence de consultations psychiatriques systématiques chez les nouveaux arrivants en prison, puisque cette pratique était rapportée dans seulement 4 maisons d'arrêt. Toutefois devant l'association importante du TDAH avec des comorbidités psychiatriques (taux de comorbidité vie-entière chez un patient TDAH estimé entre 60 et 80% (5), il est peu probable que ces détenus n'aient pas croisé le chemin d'un psychiatre en prison pour un autre motif de consultation.

Concernant la prise en charge thérapeutique, le Méthylphénidate qui est le traitement de première intention (33), n'est que prescrit par 22% des répondants. Et bien que 6% des psychiatres interrogés préfèrent orienter le patient chez un spécialiste pour introduire un traitement, le reste des répondants ne mets pas de traitement, ou des médicaments sédatifs et anti-impulsifs qui n'ont aucune indication dans le TDAH, mais exposent le patient à des effets secondaires voire un risque de mésusage (34). Il n'est pas étonnant de retrouver une majorité de prescription de Méthylphénidate chez les prescripteurs sensibilisés au TDAH que ce soit

hors ou en détention, ou d'observer une absence de traitements chez les « non-sensibilisés » ou les « sensibilisés au TDAH hors détention ». Ce qui l'est plus, est d'observer la présence de prescriptions de traitements symptomatiques quel que soit le groupe : « non-sensibilisé », « sensibilisé au TDAH hors détention » ainsi que « sensibilisé au TDAH en détention ». Ces résultats, étonnants, pourraient être expliqués par des craintes du prescripteur de mettre un traitement par Méthylphénidate en détention, qui devant l'importance des troubles et de la souffrance du patient opte pour un traitement symptomatique. Une autre explication, serait que les déclarations faites d'avoir été sensibilisé au TDAH soient finalement erronées, plus liées aux ressentis qu'à de réelles formations reçues.

La majorité de nos répondants pensent manquer d'information concernant le sujet, ce qui nous laisse à penser qu'ils seraient susceptibles de pouvoir et vouloir en apprendre plus. Plus de la moitié des psychiatres interrogés rapportaient des craintes à prescrire du Méthylphénidate en détention. Les 3 principales qui ressortent dans notre enquête sont le mésusage, le trafic en détention et l'absence d'AMM. Si le mésusage et le trafic sont des risques qui existent, ils ne semblent pourtant pas contre-indiquer la prescription qui peut être encadrée en détention comme avec la délivrance d'autres traitements (ex : la Méthadone). De plus, les traitements mises en place par certains psychiatres vus à *la figure 9* comme les benzodiazépines sont également revendues ou troquées en prison, donc autant à risque de mésusage et de détournement. L'absence d'AMM n'est à ce jour plus une crainte d'actualité, puisque la RITALINE LP® bénéficie d'une AMM dans le cadre d'un TDAH en initiation chez l'adulte depuis mai 2021 (77).

Cette étude nous semble être innovante car, contrairement à la plupart des études sur le sujet, elle interroge non pas les patients mais les psychiatres intervenants en prison donc finalement ceux qui sont à même de diagnostiquer ces patients. Le taux de réponse nous a semblé être satisfaisant, avec 50 réponses sur les 81 possibles.

Notre enquête est limitée par différents facteurs. Tout d'abord les données sont obtenues sur des éléments déclaratifs et subjectifs. Elles sont donc soumises aux ressentis de la personne interrogée sur la question. Ainsi la sensibilisation au TDAH n'a pas été vérifiée mais seul leur point de vue a été mesuré. De plus, notre échantillon de psychiatre n'est pas représentatif ce qui représente un biais de sélection (maisons d'arrêt des centres pénitentiaires exclues). Nous avons tenté de limiter le biais d'auto-sélection, en annonçant uniquement au dernier moment qu'il s'agissait d'un questionnaire sur le TDAH. Au vu des réponses obtenues, il serait intéressant de proposer une formation sur le sujet aux différents psychiatres travaillant en détention, et de réaliser une étude à distance pour en mesurer l'impact sur leurs pratiques. Notre travail avait pour objectif de donner un premier aperçu des pratiques et points de vue sur la question, ce qui semble avoir été atteints avec un échantillon pris à travers la France, et au hasard du psychiatre répondant au téléphone.

B. Autour du TDAH de l'adulte en détention

Les travaux et les connaissances du TDAH chez l'adulte ne cessent de s'étoffer depuis plusieurs années, en en faisant un sujet « à la mode ». Malgré le poids de nombreuses études, certains psychiatres restent réfractaires à l'idée d'une telle pathologie, soutenant l'idée d'une pathologie « créer » pour vendre des médicaments ou d'un manque d'éducation pendant l'enfance. Le TDAH est pourtant un trouble décrit chez l'adulte, et son entrée dans les classifications nosographiques permet d'asseoir sa place dans le champ des troubles psychiatriques de l'adulte. Ce manque de reconnaissance est particulièrement présent en France. Si quelques enfants avec une symptomatologie bruyante de leur TDAH sont diagnostiqués et pris en charge tôt, bons nombres d'autres ne le seront pas, compensant leur trouble ou ne perturbant pas le fonctionnement de leur entourage. Arrivé à l'âge adulte, où les parents ne peuvent plus pallier le manque d'organisation, et où les responsabilités augmentent, le patient est confronté à cette symptomatologie plus marquée. Ces années d'absence de prise en charge font le lit de

comorbidités, finalement plus souvent diagnostiquées que leur TDAH qui en est à l'origine et bien plus fréquentes chez ces patients que le reste de la population. Episode dépressif, anxiété, addictions, troubles des conduites... autant de motifs de consultations qui se solderont par le diagnostic des conséquences visibles d'une problématique plus profonde. Ces médecins réfractaires sont probablement confrontés au TDAH bien plus souvent qu'ils n'y pensent.

Comme de nombreux troubles psychiatriques, le nombre de TDAH est bien plus élevé chez les détenus qu'en population générale, avec une prévalence 10 fois plus importante, et un trouble touchant plus d'un quart des détenus (1), (97). Nous avons cherché à comprendre ce si grand décalage en soutenant différentes théories explicatives : les symptômes, les comorbidités et l'environnement. Finalement, plus que des causes uniques, nous pensons qu'il est plus probable que l'origine du lien soit multifactorielle. Les résultats des études concernant le lien entre TDAH et criminalité restent controversés. Si certains soutiennent l'implication directe du TDAH comme facteur de risque de délinquance future (99), d'autres soutiennent que cette relation est médiée par le Trouble des conduites (107), un trouble antisocial (108), prémisse d'un Trouble de la Personnalité Anti-sociale (98) et une trouble de l'Usage d'une Substance (108). Si le TDAH est un facteur de risque de criminalité, les comorbidités et l'environnement le renforce.

Une fois en détention, le TDAH amplifie les difficultés de l'incarcération, la souffrance et finalement le risque de tentative de suicide comme seule échappatoire trouvée de se libérer de l'enveloppe charnelle si douloureuse. Le traitement du TDAH a prouvé son efficacité et son utilité tant sur les blessures accidentelles, les abus de substances et le suicide (2) que sur la criminalité (123). Si traiter le TDAH dans l'enfance serait la meilleure option, limitant ainsi le risque de criminalité future (119), l'intérêt de prendre en charge ce trouble est toujours présent à l'âge adulte. La mise en place du traitement lors d'une incarcération limiterait les TUS (121), améliorerait leur comportement en détention (122) et leur comportement psycho-social (121)

et surtout limiterait les réincarcérations (123). Pourtant malgré ces avantages clairement démontrés au traitement du TDAH en détention, la prise en charge de ce trouble dans les maisons d'arrêts française semble bien loin d'être réalisable. Force est de constater que l'accès à une qualité de soins équivalente à la population générale n'est pas d'actualité. Certaines limites inhérentes au système carcéral, comme la disposition des locaux peu propices au secret médical, la surpopulation carcérale et les mesures sécuritaires, restent difficilement modifiables. Néanmoins certains obstacles, du domaine médical seraient atténuables. Le manque de temps de psychiatres dans les prisons françaises est possiblement lié à la faible attractivité de ce milieu, mais également au manque d'effectif de psychiatres à l'échelle nationale. Il serait donc judicieux de pouvoir doter les unités sanitaires de vidéo-consultations pour obtenir l'avis de spécialistes qui décideront dans un second temps l'utilité ou non de prévoir une extraction pour un examen, ou faire l'évaluation d'un TDAH quand le psychiatre de la prison ne s'en sent pas les capacités ou n'en a pas le temps nécessaire. Concernant de nombreuses réponses fournies par les psychiatres interrogés, il nous a semblé qu'il s'agissait d'un manque de connaissance sur le sujet, malgré le sentiment pour certains d'y avoir été sensibilisé. Les craintes et les appréhensions d'un bon nombre pourraient ainsi s'expliquer et finalement s'atténuer à l'aide de formations autour du TDAH en milieu carcéral. Si vouloir améliorer les conditions de vie des détenus et finalement limiter la criminalité dans la société en soignant leur TDAH, il faut tout d'abord convaincre les médecins qui les prennent en charge de l'utilité de la faire. Allant dans ce sens, avec une volonté d'augmenter les moyens financiers pour la prise en charge du TDAH et la formation du personnel au contact des patients souffrant de ce trouble, la déclaration de consensus d'experts du Royaume-Uni, publiée en 2021, alerte sur les conséquences du TDAH non traité avec des coûts personnels, sanitaires, sociaux et économiques élevés (129). Et finalement en allant plus loin, associer à la prise en charge et former le personnel pénitentiaire

au sujet, qui ont selon le travail de l'équipe Suisse du Dr Buadze publié en 2021 une image négative des détenus avec TDAH (130), permettrait un travail global.

Repenser la prison, faire du temps de détention et de souffrance, un temps de prise en charge et d'adhésion aux soins, pour finalement trouver dans la peine une utilité et ne plus y revenir.

Conclusion

Le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir », très largement investi en médecine, et déjà présenté par Hippocrate (460 av. J.C.-370av. J.C.), trouve sa place dans notre écrit à travers ses conclusions. Avec ce travail de thèse, nous avons souhaité faire un état des lieux des connaissances du TDAH chez l'adulte en détention, et compléter cette théorie par une approche plus pratique au travers d'une enquête téléphonique auprès des premiers concernés par la prise en charge du TDAH chez les détenus : les psychiatres des maisons d'arrêt françaises. Notre volonté de développer ce sujet est apparue à la suite de la rencontre d'un patient dont le cas clinique est détaillé en préambule, mais également devant le constat que le trouble serait dix fois plus fréquent chez les détenus qu'en population générale. Pourtant ce trouble reste peu diagnostiqué en France, en population générale comme en prison. TDAH et criminalité ont un lien fort mais qui reste encore débattu. Nous avons ainsi cherché à l'expliquer, et la piste d'une origine multifactorielle nous semble être la plus probante. Si certaines caractéristiques du trouble lui-même, ainsi que des facteurs environnementaux, peuvent en partie être responsables de conflits avec la justice, les nombreuses comorbidités qui s'y ajoutent semblent précipiter les choses. Les troubles des conduites, les troubles de la personnalité antisociale et les troubles de l'usage d'une substance sont les plus couramment décrits comme facteurs expliquant le lien entre TDAH et criminalité.

Une fois incarcérés, les détenus présentant un TDAH font face à de nombreuses difficultés liées à leur trouble, rendant la peine de prison particulièrement difficile à vivre, voire insoutenable. On pourrait ainsi penser qu'un tel vécu de l'enfermement ait un effet protecteur vis-à-vis de nouvelles transgressions de la loi. Pourtant nos sujets semblent être moins sensibles à ces condamnations que les autres, devant des taux de récidive plus élevés. L'intérêt de prendre en charge le TDAH et de le traiter est prouvé : idéalement dans l'enfance afin de prévenir ses

conséquences néfastes et offrir au sujet de meilleures perspectives, mais également à l'âge adulte une fois les comorbidités et la délinquance présentes. La mise en place d'un traitement médicamenteux spécifique au TDAH, à l'âge adulte, permet l'amélioration de la symptomatologie du trouble, mais également le fonctionnement social et la qualité de vie (moins d'abus de substances, moins d'accidents, moins de dépression...). Au niveau judiciaire, un impact positif de cette médication est présent sur le comportement en détention, la criminalité et finalement le risque de récidive. Au-delà des bénéfices retrouvés à l'échelle de l'individu, soigner le TDAH permettrait, à l'échelle de la société, de limiter les coûts sanitaires, sociaux et économiques (prise en charge des maladies et accidents induit par le TDAH, délinquance et criminalité, perte d'emploi...). Finalement, l'incarcération, temps et lieu dédiés à payer les délits et crimes du passé, pourrait être un moment, certes contraint, mais tourné vers l'avenir du détenu dont la « gêne significative » du TDAH n'est plus à prouver et dont la prise en charge a échappé jusqu'à présent au système de soins.

Concernant notre enquête téléphonique auprès des psychiatres des maisons d'arrêts françaises, dont les résultats ne peuvent être sujets à conclusions, nous avons observé un manque de moyen humain dans cette spécialité médicale face à la surpopulation carcérale. Si une majorité de psychiatres expliquent chercher le TDAH devant des points d'appel, les chiffres de diagnostic du trouble rapportés sont bien loin des statistiques retrouvées dans la littérature. Bien qu'une grande partie des répondants expriment avoir été sensibilisés au trouble au cours de leur parcours, nombreux sont ceux qui prescrivent des traitements non recommandés, ou présentent des craintes concernant le traitement par Méthylphénidate. Il nous semble que le défaut de formation spécifique sur le sujet si particulier que le TDAH chez l'adulte en détention, pourrait être à l'origine des réponses observées. Pour confirmer cette hypothèse, des études plus factuelles observant les conséquences de ces formations sur la pratique des cliniciens seraient nécessaires.

En poursuivant notre réflexion de conclusion de ce travail de thèse, nous avons cherché quel serait, selon nous, le message important à transmettre dans de telles formations. À nouveau un des préceptes fondamentaux de la médecine, outil de travail quotidien du médecin, s'impose comme réponse à notre problématique : « Primum non nocere¹ ». Ce concept de prudence et d'éthique permettrait aux médecins peu enclins à prendre en charge le TDAH de reconsidérer leur pratique. « En premier, ne pas nuire », place la priorité du médecin dans son absence de provoquer un « mal », de ne pas être délétère pour le patient. L'objectif d'améliorer l'état de santé vient, quant à lui, dans un second temps. Ce vieil adage connu de tout médecin, est pourtant bien souvent et de façon réductrice, ramené à la conclusion qu'une abstention thérapeutique est préférable au patient, utilisant diverses raisons pour la justifier : craintes personnelles du traitement, manque de connaissance sur le pathologie, suffisance en ses connaissances médicales....Il nous semble important de rappeler que nuire à un patient, c'est également s'abstenir de fournir un traitement qui améliorerait ses conditions de vie et sa santé lorsque celui-ci est disponible, et dont l'efficacité est prouvée par des études cliniques bien menées. Nuire au patient, c'est lui proposer un traitement inadéquat dans le seul objectif de faire taire des comportements perturbateurs, au détriment de sa santé. Nuire au patient, c'est ne pas oser mettre en place le bon traitement devant des craintes subjectives. Et finalement nuire au patient, c'est se contenter de ses connaissances actuelles, ne plus chercher à se former et acquérir des connaissances nouvelles pour aider ses patients.

Nous retiendrons que le TDAH est un facteur de risque de criminalité, médié par des comorbidités et des facteurs environnementaux, mais que ce facteur de risque peut être limité par une prise en charge et un traitement adéquat, qu'une intervention précoce est idéale bien qu'elle reste bénéfique pendant une incarcération, et qu'une formation sur le sujet auprès des psychiatres travaillant en détention serait bénéfique. Les avancées récentes réalisées sur le

¹ Locution latine signifiant « en premier, ne pas nuire »

TDAH, ont amené dans la dernière version du *D.S.M.* (*D.S.M.5* publié en 2013) à reconsidérer sa classification et à le placer dans les troubles neurodéveloppementaux. Dans cette même édition, un critère majeur d'exclusion du trouble disparaît, celui de la présence d'un trouble du spectre autistique (T.S.A) associé. Le TDAH est fréquemment associé aux autres troubles neurodéveloppementaux, notamment le TSA. Tout comme dans le TDAH, le diagnostic peut s'avérer parfois ardu devant un trouble bien compensé par des « stratégies de coping », et une variabilité des présentations cliniques importantes à l'origine d'une approche dimensionnelle. Il arrive ainsi que des adultes soient diagnostiqués tardivement ou ne le soient pas, malgré un handicap social et des difficultés quotidiennes importantes. TSA et TDAH modifiant réciproquement la symptomatologie de l'autre, les tableaux cliniques sont particuliers. Les capacités d'adaptation des personnes ayant un TSA sont limitées, et peuvent être dépassées en situation de stress. Or la détention est comme nous l'avons vu une suite d'adaptations où le caractère anxiogène est quotidien et permanent. Notre thèse a montré l'importance de dépister le TDAH chez les détenus, mais compléter cette évaluation par une recherche d'autres troubles du neurodéveloppement serait une piste intéressante à explorer pour la suite, afin de pouvoir évaluer le handicap et de le prendre en compte au cours de la détention.

VU
Strasbourg, le 4/9/21
Le président du Jury de Thèse
Professeur Gilles BERTSCHY

Vu et approuvé
Strasbourg, le 14 SEP 2021
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILLA



Annexe

Critères diagnostiques du TDAH selon le DSM5

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 persistent depuis 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 scolaires/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont requis.

- 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 (p. ex. : néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. : a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations, la lecture de longs textes).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. : semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).
- 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 (p. ex. : commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. : difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).
- f) Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p.ex. : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. : matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).
- h) Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).

- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. : effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis 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 scolaires/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont requis.

- 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 resté assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (N.B. : Chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice).
- d) Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e) Est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur des ressort » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
- f) Parle souvent trop.
- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).
- h) A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif ou envahissant dans les activités des autres).

B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12ans.

C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents (p.ex. à la maison, à l'école, ou au travail ; avec des amis ou de la famille, dans d'autres activités).

D. On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

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 (p. ex. trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par, ou sevrage d'une substance).

Bibliographie

1. Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychol Med.* janv 2015;45(2):247-58.
2. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* [Internet] 4 févr 2021. [cité le 27 juin 2021].
Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/>
3. Young S, Gudjonsson G, Chitsabesan P, Colley B, Farrag E, Forrester A, et al. Identification and treatment of offenders with attention-deficit/hyperactivity disorder in the prison population: a practical approach based upon expert consensus. *BMC Psychiatry.* 4 sept 2018;18(1):281.
4. Purper-Ouakil D, Courtabessis E. Trouble déficit de l'attention hyperactivité (TDAH) : clinique et thérapeutique. *EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie* [Internet]. 2019;16(4):1-10 [cité 8 mars 2021].
Disponible sur: <https://www-clinicalkey.com>
5. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* févr 2019;56:14-34.
6. Crocq M-A, Guelfi JD, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C, éditeurs. *Mini DSM-5®: critères diagnostiques.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, [2016]; 2016. 347 p.
7. ANSM-Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit : Ritaline LP.[Internet]. mise à jour le 18 mai 2021. [cité 8 juill 2021].
Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/>
8. Haute Autorité de Santé. Annexe. Réévaluation des spécialités à base de méthylphénidate. Rapport d'évaluation des spécialités à base de méthylphénidate. [Internet].31 mars 2021, [consulté le 18 avril 2021]
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/rapport_reevaluation_methylphenidate_avisdef_cteval485.pdf
9. Bange F. TDA/H: trouble déficit de l'attention/hyperactivité : aide-mémoire : en 57 notions. Paris: Dunod; 2014, 512p.
10. Ségur (La comtesse de). *Les malheurs de Sophie.* Paris: Hachette; 1992,450p.
11. Molière. *L'étourdi ou Les contretemps.* Paris: Gallimard; 2002. 224p.

12. Bouvard M-P, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité: de l'enfant à l'adulte : approche développementale. Malakoff : Dunod; 2016. 272p.
13. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Deficit Hyperact Disord.* 2010;2(4):241-55.
14. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(3):345-65.
15. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry.* 2000;157(5):816-8.
16. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Deficit Hyperact Disord.* mars 2017;9(1):47-65.
17. Rucklidge JJ. Gender Differences in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1 juin 2010;33(2):357-73.
18. Kooij JJS. *Adult adhd: diagnostic assessment and treatment.* 3^e édition. London: Springer; 2013, 294p.
19. Seli P, Smallwood J, Cheyne JA, Smilek D. On the relation of mind wandering and ADHD symptomatology. *Psychon Bull Rev.* juin 2015;22(3):629-36.
20. Mowlem FD, Skirrow C, Reid P, Maltezos S, Nijjar SK, Merwood A, et al. Validation of the Mind Excessively Wandering Scale and the Relationship of Mind Wandering to Impairment in Adult ADHD. *J Atten Disord.* avr 2019;23(6):624-34.
21. Inserm. Classification internationale des maladies (CIM)- CépiDc [Internet]. [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/classification-internationale-des-maladies-cim>
22. OMS. CIM-10 Version 2008 [Internet]. [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F90-F98>
23. Li D, Sham PC, Owen MJ, He L. Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Hum Mol Genet.* 15 juill 2006;15(14):2276-84.
24. Ribasés M, Sánchez-Mora C, Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Gómez N, Nogueira M, et al. An association study of sequence variants in the forkhead box P2 (FOXP2) gene and adulthood attention-deficit/hyperactivity disorder in two European samples. *Psychiatr Genet.* août 2012;22(4):155-60.

25. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr.* 2007;96(9):1269-74.
26. Gustavson K, Ystrom E, Stoltenberg C, Susser E, Surén P, Magnus P, et al. Smoking in Pregnancy and Child ADHD. *Pediatrics* [Internet]. févr 2017 [cité 6 juin 2021];139(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5260151/>
27. Cohen MJ, Meador KJ, Browning N, May R, Baker GA, Clayton-Smith J, et al. Fetal antiepileptic drug exposure: Adaptive and emotional/behavioral functioning at age 6 years. *Epilepsy Behav EB.* nov 2013;29(2):308-15.
28. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Guite J, et Tsuang MT. Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: Issues of gene-environment interaction. *Biol Psychiatry.* janv 1997;41(1):65-75.
29. Franz AP, Bolat GU, Bolat H, Matijasevich A, Santos IS, Silveira RC, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. *Pediatrics* [Internet]. 1 janv 2018 [cité 6 juin 2021];141(1). Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/141/1/e20171645>
30. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry.* janv 2013;54(1):3-16.
31. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry.* avr 2017;4(4):310-9.
32. Gaillac V, Vera L. Prendre en charge les adultes souffrant de TDAH: comprendre la clinique, mener une évaluation diagnostique, mettre en place un programme thérapeutique. Malakoff: Dunod; 2016, 272p.
33. National Institute for Health and Care Excellence. Guidance : Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management [Internet]. Londre : NICE ; 2018. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/Recommendations#recognition-identification-and-referral>
34. Weibel S, Menard O, Ionita A, Boumendjel M, Cabelguen C, Kraemer C et al. Practical considerations for the evaluation and management for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. [Internet]. *Encéphale.* 2020 Feb;46(1) : 30-40. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.encephale.com/Revue/Articles-de-la-revue-L-Encephale/2019/Considerations-pratiques-evaluation-prise-en-charge-TDAH-adulte>
35. Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, et al. Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders. *J Autism Dev Disord.* oct 2006;36(7):849-61.
36. Clark T, Feehan C, Tinline C, Vostanis P. Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* avr 1999;8(1):50-5.

37. Ronald A, Simonoff E, Kuntsi J, Asherson P, Plomin R. Evidence for overlapping genetic influences on autistic and ADHD behaviours in a community twin sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(5):535-42.
38. Willcutt EG, Pennington BF, Olson RK, Chhabildas N, Hulslander J. Neuropsychological Analyses of Comorbidity Between Reading Disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: In Search of the Common Deficit. *Developmental Neuropsychology*. [Internet]. 2005; 27(1) : 35-78 .[cité 13 juin 2021]. Disponible sur: https://www-tandfonline-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/abs/10.1207/s15326942dn2701_3
39. Willcutt EG, Pennington BF, Olson RK, DeFries JC. Understanding comorbidity: A twin study of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2007;144B(6):709-14.
40. Fliers E, Rommelse N, Vermeulen SHHM, Altink M, Buschgens CJM, Faraone SV, et al. Motor coordination problems in children and adolescents with ADHD rated by parents and teachers: effects of age and gender. *J Neural Transm*. 2008;115(2):211-20.
41. Hardan A, Sahl R. Psychopathology in children and adolescents with developmental disorders. *Res Dev Disabil*. oct 1997;18(5):369-82.
42. Wilens TE, Fusillo S. When ADHD and substance use disorders intersect: relationship and treatment implications. *Curr Psychiatry Rep*. oct 2007;9(5):408-14.
43. Kooij SJJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 3 sept 2010;10:67.
44. Wilens TE, Kwon A, Tanguay S, Chase R, Moore H, Faraone SV, et al. Characteristics of adults with attention deficit hyperactivity disorder plus substance use disorder: the role of psychiatric comorbidity. *Am J Addict*. sept 2005;14(4):319-27.
45. Wilens TE, Vitulano M, Upadhyaya H, Adamson J, Sawtelle R, Utzinger L, et al. Cigarette smoking associated with attention deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr*. sept 2008;153(3):414-9.
46. Kollins SH, McClernon FJ, Fuemmeler BF. Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. oct 2005;62(10):1142-7.
47. Carpentier PJ, van Gogh MT, Knapen LJM, Buitelaar JK, De Jong C a. J. Influence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on opioid dependence severity and psychiatric comorbidity in chronic methadone-maintained patients. *Eur Addict Res*. 2011;17(1):10-20.
48. Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffei C. History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Compr Psychiatry*. oct 2002;43(5):369-77.

49. Wilson JJ, Levin FR. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep.* déc 2001;3(6):497-506.
50. Mariani JJ, Levin FR. Treatment strategies for co-occurring ADHD and substance use disorders. *Am J Addict.* 2007;16(Suppl 1):45-54
51. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics.* janv 2003;111(1):179-85.
52. Chang Z, Lichtenstein P, Halldner L, D'Onofrio B, Serlachius E, Fazel S, et al. Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *J Child Psychol Psychiatry.* août 2014;55(8):878-85.
53. Quinn PD, Chang Z, Hur K, Gibbons RD, Lahey BB, Rickert ME, et al. ADHD Medication and Substance-Related Problems. *Am J Psychiatry.* 1 sept 2017;174(9):877-85.
54. Faraone SV, Wilens TE. Effect of stimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder on later substance use and the potential for stimulant misuse, abuse, and diversion. *J Clin Psychiatry.* 2007;68 Suppl 11:15-22.
55. Storebø OJ, Simonsen E. The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD): A Review. *J Atten Disord.* 1 oct 2016;20(10):815-24.
56. Díaz-Román A, Mitchell R, Cortese S. Sleep in adults with ADHD: Systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. *Neurosci Biobehav Rev.* juin 2018;89:61-71.
57. Baglioni C, Nanovska S, Regen W, Spiegelhalder K, Feige B, Nissen C, et al. Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychol Bull.* sept 2016;142(9):969-90.
58. Kooij JJS, Bijlenga D. The circadian rhythm in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: current state of affairs. *Expert Rev Neurother.* oct 2013;13(10):1107-16.
59. Becker SP. ADHD and sleep: recent advances and future directions. *Curr Opin Psychol.* août 2020;34:50-6.
60. Fargason RE, Fobian AD, Hablitz LM, Paul JR, White BA, Cropsey KL, et al. Correcting delayed circadian phase with bright light therapy predicts improvement in ADHD symptoms: A pilot study. *J Psychiatr Res.* août 2017;91:105-10.
61. Gadow KD, Sprafkin J, Schneider J, Nolan EE, Schwartz J, Weiss MD. ODD, ADHD, versus ODD+ADHD in clinic and community adults. *J Atten Disord.* nov 2007;11(3):374-83.
62. Whittinger NS, Langley K, Fowler TA, Thomas HV, Thapar A. Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* févr 2007;46(2):179-87.

63. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. avr 2006;163(4):716-23.
64. Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, O'Sullivan R, Pava JA, Worthington JJ, et al. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Res*. 1 juin 1996;62(3):213-9.
65. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, et al. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2008;47(4):426-34.
66. Goodman DW, Lasser RA, Babcock T, Pucci ML, Solanto MV. Managing ADHD across the lifespan in the primary care setting. *Postgrad Med*. sept 2011;123(5):14-26.
67. Sentissi O, Navarro JC, De Oliveira H, Gourion D, Bourdel MC, Baylé FJ, et al. Bipolar disorders and quality of life: the impact of attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse in euthymic patients. *Psychiatry Res*. oct 2008;161(1):36-42.
68. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*. août 2017;17(1):302.
69. Van Ameringen M, Mancini C, Simpson W, Patterson B. Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS Neurosci Ther*. août 2011;17(4):221-6.
70. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychol Med*. mai 1999;29(3):515-25.
71. Schatz DB, Rostain AL. ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *J Atten Disord*. nov 2006;10(2):141-9.
72. CADDRA- Canadian ADHD Ressource Alliance : Lignes directrices canadiennes pour le TDAH.[Internet].Toronto.2020 [cité 25 juin 2021].édition 4.1. Disponible sur: <https://www.caddra.ca/fr/>
73. Hirvikoski T, Lindström T, Carlsson J, Waaler E, Jokinen J, Bölte S. Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial. *Eur Psychiatry*. juill 2017;44:141-52.
74. Torrente F, López P, Alvarez Prado D, Kichic R, Cetkovich-Bakmas M, Lischinsky A, et al. Dysfunctional Cognitions and their Emotional, Behavioral, and Functional Correlates in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Is the Cognitive-Behavioral Model Valid? *J Atten Disord*. 1 juill 2014;18(5):412-24.
75. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. sept 2018;5(9):727-38.

76. ANSM : Agence national de sécurité du médicament et des produits de santé. Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France.[Internet].publié 2017(mise à jour2021). [cité 27 juin 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/methylphenidate-donnees-dutilisation-et-de-securite-demploi-en-France>
77. ANSM-Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit : Ritaline LP.[Internet]. [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/>
78. Ahmadova S. Les difficultés du dépistage, diagnostic et prise en charge du trouble déficit de l'Attention-Hyperactivité (TDAH) chez l'adulte. Utilisation d'entretiens filmés pour la formation médicale initiale et continue. Thèse de médecine. Strasbourg; 2020, 114p.
79. Simon L, Warde L. Représentation des Français sur la prison. Cahiers d'étude pénitentiaires et criminologiques. [Internet] Paris : Direction de l'administration pénitentiaire ; 2019; 49.12p. [cité le 11 juillet 2021] Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/>
80. Ministère de la Justice. Les structures pénitentiaires [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/>
81. Observatoire International des Prisons. Combien y a-t-il de prisons en France et quels sont les différents types d'établissements pénitentiaires ? [Internet]. [cité 4 juill 2021]. Disponible sur : <https://oip.org/>
82. Ministère de la Justice. Statistique des établissements des personnes écrouées en France, situation au 1^{er} janvier 2021. [Internet]. [cité 4 juill 2021]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/>
83. Ministère de la Justice. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France, situation au 1^{er} janvier 2019 [Internet]. [cité 4 juill 2021]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/>
84. Ministère de la Justice et Ministère des Solidarités et de la Santé Solidarité. Guide méthodologique : Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Paris : Instruction Interministérielle ; 2019. [Internet]. [cité 11 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
85. République française. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Journal Officiel, n°0015 du 19 janvier 1994, p.960-977.
86. Guérin G. Contexte et genèse d'une réforme. adsp. 2003;44:18-20.
87. Sebbane D, Thomas P. Les dispositifs de prise en soins psychiatriques des personnes présentant des troubles psychiques en détention.adsp.2018;104: 26-28.
88. Hazan A. Qualité et continuité des soins aux personnes détenues : des droits reconnus mais non effectifs. adsp. 2018;104:44-45.

89. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):871-81.
90. Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003. Études et résultats. 2005;(427) [Internet]. [cité 11 juill 2021]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
91. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006;6:33.
92. Lukasiewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. [Internet]. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007;2:1. [cité 17 juill 2021]. Disponible sur: <https://substanceabusepolicy.com/content/2/1/1>
93. Lukasiewicz M, Blecha L, Falissard B, Neveu X, Benyamina A, Reynaud M, et al. Dual diagnosis: prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(1):160-8.
94. Sarlon E, Duburcq A, Neveu X, Morvan-Duru E, Tremblay R, Rouillon F, et al. Imprisonment, alcohol dependence and risk of delusional disorder: a cross-sectional study. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2012;60(3):197-203.
95. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2020 [cité 17 juill 2021];63(1). Disponible sur : <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/>
96. Mundt AP, Kastner S, Larraín S, Fritsch R, Priebe S. Prevalence of mental disorders at admission to the penal justice system in emerging countries: a study from Chile. *Epidemiol Psychiatr Sci*. oct 2016;25(5):441-9.
97. Baggio S, Fructuoso A, Guimaraes M, Fois E, Golay D, Heller P, et al. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Detention Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2018;9:331.
98. Gaïffas A, Galéra C, Mandon V, Bouvard MP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in young French male prisoners. *J Forensic Sci*. juill 2014;59(4):1016-9.
99. Pratt TC, Cullen FT, Blevins KR, Daigle L, Unnever JD. The Relationship of Attention Deficit Hyperactivity Disorder to Crime and Delinquency: A Meta-Analysis. *International Journal of Police Science & Management*. 2002;4(4):344-360.
100. Young S, Cocallis KM. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Prison System. *Curr Psychiatry Rep*. avr 2019;21;41:1-9.
101. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry*. févr 2004;45(2):195-211.

102. Mohr-Jensen C, Steinhausen H-C. A meta-analysis and systematic review of the risks associated with childhood attention-deficit hyperactivity disorder on long-term outcome of arrests, convictions, and incarcerations. *Clin Psychol Rev.* août 2016;48:32-42.
103. Usher AM, Stewart LA, Wilton G. Attention deficit hyperactivity disorder in a Canadian prison population. *Int J Law Psychiatry.* mai 2013;36(3):311-5.
104. Pratt TC, Cullen FT. The Empirical Status of Gottfredson and Hirschi's General Theory of Crime: A Meta-Analysis. *Criminology.* 2000;38(3):931-64.
105. Young S, Thome J. ADHD and offenders. *World J Biol Psychiatry.* sept 2011;12 Suppl 1:124-8.
106. Young S, Sedgwick O, Fridman M, Gudjonsson G, Hodgkins P, Lantigua M, et al. Comorbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2015;45(12):2499-510.
107. Mannuzza S, Klein RG, Abikoff H, Moulton JL. Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: a prospective follow-up study. *J Abnorm Child Psychol.* oct 2004;32(5):565-73.
108. Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL. Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Res.* sept 2008;160(3):237-46.
109. Retz W, Ginsberg Y, Turner D, Barra S, Retz-Junginger P, Larsson H, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), antisociality and delinquent behavior over the lifespan. *Neurosci Biobehav Rev.* janv 2021;120:236-48.
110. Young S, Wells J, Gudjonsson GH. Predictors of offending among prisoners: the role of attention-deficit hyperactivity disorder and substance use. *J Psychopharmacol.* nov 2011;25(11):1524-32.
111. Galéra C, Bouvard M-P, Lagarde E, Michel G, Touchette E, Fombonne E, et al. Childhood attention problems and socioeconomic status in adulthood: 18-year follow-up. *Br J Psychiatry.* juill 2012;201(1):20-5.
112. Barra S, Turner D, Müller M, Hertz PG, Retz-Junginger P, Tüscher O, et al. ADHD symptom profiles, intermittent explosive disorder, adverse childhood experiences, and internalizing/externalizing problems in young offenders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. août 2020 [cité 29 juill 2021]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01181-4>
113. Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? *Rev Prat.* 1984; 34: 888-92
114. Young S, Gudjonsson GH, Wells J, Asherson P, Theobald D, Oliver B, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and critical incidents in a Scottish prison population. *Personal Individ Differ.* févr 2009;46(3):265-9.

115. Fovet T, Plancke L, Thomas P. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. *Santé Mentale*. 2018 ; 227 : 32-38.
116. Raulin G. La place de la psychiatrie en prison en France : Réflexion institutionnelle concernant la psychiatrie pénitentiaire française, son histoire, sa situation actuelle, son avenir. Thèse de médecine. Strasbourg ; 2018,263 p.
117. Philipp-Wiegmann F, Rösler M, Clasen O, Zinnow T, Retz-Junginger P, Retz W. ADHD modulates the course of delinquency: a 15-year follow-up study of young incarcerated man. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. juin 2018;268(4):391-9.
118. Hall RCW, Myers WC. Challenges and Limitations to Treating ADHD in Incarcerated Populations. *J Am Acad Psychiatry Law*. juin 2016;44(2):164-70.
119. Belcher JR. Attention deficit hyperactivity disorder in offenders and the need for early intervention. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. janv 2014;58(1):27-40.
120. Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Guterstam J, Beck O, Philips B, Franck J. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addict Abingdon Engl*. mars 2014;109(3):440-9.
121. Ginsberg Y, Långström N, Larsson H, Lindefors N. Long-Term Treatment Outcome in Adult Male Prisoners With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Three-Year Naturalistic Follow-Up of a 52-Week Methylphenidate Trial. *J Clin Psychopharmacol*. oct 2015;35(5):535-43.
122. Asherson P, Johansson L, Holland R, Fahy T, Forester A, Howitt S, et al. Randomised controlled trial of the short-term effects of OROS-methylphenidate on ADHD symptoms and behavioural outcomes in young male prisoners with attention-deficit/hyperactivity disorder (CIAO-II). *Trials*. [Internet]. déc 2019;20(1):663. [cité 20 juin 2021]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3705-9>
123. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, et al. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med*. nov 2012;367(21):2006-14.
124. Mohr-Jensen C, Müller Bisgaard C, Boldsen SK, Steinhausen H-C. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence and the Risk of Crime in Young Adulthood in a Danish Nationwide Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2019;58(4):443-52.
125. Baggio S, Fructuoso A, Guimaraes M, Fois E, Golay D, Heller P, et al. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Detention Settings : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. [Internet]. 2018; 9: 331.[cité 05 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00331/full>
126. OIP. Surpopulation carcérale [Internet]. oip.org. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <https://oip.org/decrypter/thematiques/surpopulation-carcerale/>

127. Ministère de la Justice. Annuaire des établissements pénitentiaires.[Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/>
128. Ministère de la Justice. Poster de l'administration pénitentiaire de 2018. Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/>
129. Young S, Asherson P, Lloyd T, Absoud M, Arif M, Colley WA, et al. Failure of Healthcare Provision for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the United Kingdom: A Consensus Statement. *Front Psychiatry*. [Internet]. 2021 ;12. [cité 21 juill 2021] ; Disponible sur : <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.649399>
130. Buadze A, Friedl N, Schleifer R, Young S, Schneeberger A, Liebreinz M. Perceptions and Attitudes of Correctional Staff Toward ADHD-A Challenging Disorder in Everyday Prison Life. *Front Psychiatry*. [Internet]. 2020;11. [cité 21 juill 2021] ; Disponible sur : <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.600005>



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 : HALTER

Prénom : Julie

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 31/08/21

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

RÉSUMÉ :

Le Trouble de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) touche plus d'un quart des détenus, soit près de dix fois plus de personnes qu'en population générale. Ce trouble reste cependant contesté chez l'adulte, et particulièrement en France. Nous nous sommes interrogées sur le bénéfice de dépister et traiter ce trouble en détention, en approfondissant le lien entre incarcération et TDAH, et, à travers une enquête téléphonique descriptive auprès des psychiatres des maisons d'arrêt françaises, nous avons cherché à avoir un aperçu de leurs pratiques et points de vue sur le sujet.

Le lien entre TDAH et détention semble être multifactoriel : l'environnement, les symptômes et les comorbidités potentialisent le risque d'être incarcéré. Concernant les comorbidités, presque toutes largement plus fréquentes chez les prisonniers TDAH, seuls les Troubles des conduites, le Trouble de la Personnalité Anti-sociale et le Trouble de l'Usage d'une Substance majorent le risque de criminalité quand ils sont associés au TDAH. Traiter le TDAH en utilisant une thérapie adaptée, a un impact positif en limitant le Trouble de l'Usage d'une Substance, en améliorant le comportement en détention ainsi que le comportement psycho-social et surtout en diminuant les réincarcérations.

Notre enquête a permis de recueillir les réponses de 50 psychiatres de maisons d'arrêt françaises différentes. Un manque de psychiatre par rapport à la surpopulation carcérale fût constaté. Selon leurs réponses, seuls 0.6% des détenus avaient un diagnostic de TDAH, posé dans la moitié des cas en détention, bien loin des chiffres théoriques. 20% des psychiatres déclaraient être formés au TDAH en prison, et 14% le chercher de façon systématique en entretien. Concernant les traitements, 48% expliquaient prescrire des traitements neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs, ou thymorégulateurs pour traiter le TDAH, et 24% ne jamais le traiter. 74% des interrogés rapportaient avoir des craintes vis-à-vis du traitement par Méthylphénidate.

Si nos résultats n'ont pas valeur à être interprétés statistiquement, ils permettent cependant d'observer un écart important entre les pratiques des psychiatres des maisons d'arrêt françaises et les données de la littérature, prouvant l'intérêt de sensibiliser ces acteurs au sujet afin de dépister le TDAH de façon systématique en détention et de le traiter.

Rubrique de classement : Psychiatrie

Mots-clés : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité ; TDAH adulte ; prison ; détenus ; enjeux thérapeutiques ; enquête carcérale ; psychiatrie carcérale

Président : Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Assesseurs : Monsieur le Docteur Stéphane Olivier
Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet
Madame le Docteur Anaïs Lang

Adresse de l'auteur :

Faculté de Médecine de Strasbourg, 4 rue Kirschleger 67085 Strasbourg Cedex
