

Le TDAH en milieu médico-légal

Incarcéré pour vol, Marc, la trentaine, a un parcours de vie émaillé dès l'enfance de conduites impulsives qui l'ont conduit progressivement vers des comportements antisociaux et criminels. Focus sur les liens complexes entre le TDAH et ces conduites délictueuses.

Marc, 28 ans, vient d'être incarcéré pour vol. Dès son arrivée en prison, son comportement attire l'attention du personnel pénitentiaire. Il semble incapable de rester en place lors des entretiens d'admission, interrompant constamment ses interlocuteurs. Les gardiens notent également des signes de sevrage, suggérant une consommation récente de substances. Lors de son évaluation médico-sociale initiale, Marc rapporte un parcours chaotique : échec scolaire précoce, multiples emplois de courte durée et un casier judiciaire qui s'est alourdi progressivement depuis l'adolescence. Il admet oublier fréquemment ses rendez-vous et agir souvent de manière impulsive sans réfléchir aux conséquences.

Pierre OSWALD

Service de psychiatrie, Hôpital universitaire de Bruxelles; Chargé de cours, Université de Mons; Maître de conférences, Université libre de Bruxelles.

En approfondissant son histoire, l'équipe découvre que les difficultés de Marc remontent à sa petite enfance. Issu d'une famille qualifiée de dysfonctionnelle, il avait du mal à rester assis en classe et, selon ses professeurs et ses bulletins scolaires, interrompait fréquemment ses camarades. Les enseignants notaient également des comportements plus inquiétants : Marc se battait souvent et, à l'âge de 9 ans, il est surpris en train de voler de l'argent dans le sac d'un instituteur. À l'adolescence, la situation s'aggrave : Marc sèche régulièrement les cours et il est impliqué dans plusieurs incidents de vandalisme au collège, notamment en mettant le feu aux poubelles de la cour de récréation. Vers 15 ans, il commence à consommer de l'alcool et du cannabis, d'abord occasionnellement, puis de manière de plus en plus fréquente. À 16 ans, il est hospitalisé pour une intoxication alcoolique aiguë après une soirée particulièrement arrosée. Sa consommation s'intensifie et se diversifie rapidement. À 18 ans, Marc consomme de la cocaïne et des amphétamines, prétendant que ces substances l'aident à se concentrer.



© Chris Dugardéyn.

@santé mentale maquette



Sur le plan professionnel, Marc enchaîne les emplois de courte durée. Il raconte avoir été licencié de son premier travail dans un fast-food pour inattention, oublis et mauvaise relation avec son manager. On découvrira plus tard qu'il a été pris en flagrant délit de vol dans la caisse. Dans un autre emploi de magasinier, il est renvoyé pour avoir agressé physiquement un collègue lors d'une dispute.

Sur le plan personnel, Marc évoque des liaisons amoureuses tumultueuses, marquées par des accès de colère incontrôlables souvent exacerbés par sa consommation de substances. Plusieurs de ses relations se sont terminées à cause de son addiction, ses partenaires ne supportant plus son comportement erratique et ses problèmes financiers liés à l'achat de substances.

En prison, Marc peine à s'adapter à la routine carcérale. Outre ses oublis fréquents et son impulsivité, il s'est déjà battu avec un codétenu qui l'avait provoqué, nécessitant l'intervention des surveillants.

UN DIAGNOSTIC FRÉQUENT EN DÉTENTION

La prévalence du Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en milieu carcéral est significativement plus élevée qu'en population générale, avec des estimations variant entre 20 % et 40 % des détenus (Baggio, 2018; Young, 2015). Cette surreprésentation souligne l'importance de reconnaître et de traiter ce trouble dans le contexte judiciaire, où il reste malheureusement souvent sous-diagnostiqué et insuffisamment pris en charge.

Si les manifestations du TDAH diffèrent selon le sexe, ces différences ne sont pas toujours clairement établies en milieu carcéral. En population générale, les hommes tendent à présenter des symptômes plus externalisés (hyperactivité et impulsivité), conduisant souvent à un diagnostic plus précoce. Les femmes, en revanche, manifestent fréquemment des symptômes plus internalisés (inattention et anxiété), ce qui peut retarder leur diagnostic (voir aussi l'article de S. Weibel, p. xx).

L'impact de ce trouble sur le parcours judiciaire des individus est considérable. Les personnes concernées entrent en effet en contact avec le système judiciaire plus tôt que la moyenne. Elles présentent un risque nettement accru d'être arrêtées, condamnées et incarcérées. Plus précisément, leur risque d'arrestation est 2,5 fois

plus élevé, tandis que leur probabilité de condamnation et d'incarcération est de 2 à 3 fois supérieure à celle des personnes sans TDAH (Erskine, 2016; Anns, 2023). Dans les environnements carcéraux et les institutions psychiatriques sécurisées, les individus atteints de TDAH se distinguent souvent par des comportements plus agressifs et violents. Cette propension à l'agressivité complique leur prise en charge au sein de ces structures et des approches spécifiques sont nécessaires pour gérer ces comportements.

La récidive est également un enjeu majeur pour les délinquants atteints de TDAH, particulièrement chez les hommes. Non seulement ils présentent un risque plus élevé de récidive, mais le délai avant la récidive est considérablement plus court (environ 2,5 fois plus rapide) que chez les délinquants sans TDAH (Silva, 2014). Concernant la nature des infractions commises, il s'agit plus fréquemment d'actes d'agression ou de violence, de vols, d'infractions contre les biens, de délits liés à la consommation de substances et de possession illégale d'armes. Il est notable que, à l'exception des homicides, les taux de pratiquement toutes les catégories d'infractions sont significativement plus élevés chez les personnes atteintes de TDAH comparativement à la population générale (Mohr-Jensen, 2016).

Soulignons le manque d'études longitudinales à long terme sur l'évolution des comportements criminels chez ces délinquants atteints de TDAH. Cette lacune dans la recherche nous empêche de déterminer avec certitude si la cessation des activités criminelles (ou « désistance ») coïncide avec la diminution des symptômes observée chez certains patients adultes. Cette question reste encore largement ouverte.

DE NOMBREUX TROUBLES ASSOCIÉS

Le cas de Marc illustre parfaitement la complexité des problématiques rencontrées en milieu médico-légal, où le TDAH s'entremêle souvent avec d'autres troubles. Cette intrication soulève des questions importantes sur les liens entre le TDAH et les comportements délictueux, et sur le rôle des comorbidités dans ce contexte.

En milieu médico-légal, la prévalence des comorbidités associées au TDAH est particulièrement élevée : troubles des conduites (voir encadré ci-contre), troubles liés à l'usage de substances (TUS), troubles dépressifs majeurs, troubles anxieux et

divers troubles de la personnalité, en particulier celui de la personnalité antisociale (voir encadré ci-contre), sont fréquents. L'histoire de Marc met en lumière cette réalité clinique complexe. Dès son enfance, Marc présentait ainsi non seulement des symptômes de TDAH, mais aussi des signes précoces de trouble des conduites : comportements agressifs à l'école, actes de vol et vandalisme à l'adolescence. Globalement, le trouble des conduites se définit par un ensemble de comportements répétitifs et persistants qui bafouent les droits fondamentaux d'autrui ou les normes sociales. Dans le cas de Marc, ces agissements ont évolué et se sont aggravés au fil du temps, culminant avec des actes criminels plus sérieux à l'âge adulte. Nous observons ainsi chez lui une continuité de ces comportements problématiques, avec des agressions physiques envers ses collègues et ses partenaires, ainsi que des actes criminels plus graves comme le vol qualifié qui a conduit à son incarcération. Cette trajectoire illustre comment le trouble des conduites dans l'enfance et l'adolescence peut être un précurseur de la personnalité antisociale à l'âge adulte.

Notons toutefois que le lien entre le TDAH et les comportements délictueux pourrait être moins direct qu'on ne le pensait initialement. En effet, selon plusieurs travaux, après contrôle de la présence de troubles associés (des conduites ou de la personnalité antisociale), le lien entre TDAH et risque délictueux reste présent mais devient moins évident (Dayan, 2022). Plusieurs études longitudinales montrent que c'est la combinaison du TDAH avec le trouble des conduites qui prédit le plus fortement une prévalence élevée de comportements antisociaux à l'âge adulte. En l'absence de trouble des conduites, le lien entre TDAH et comportements délictueux serait moins significatif. Cette observation souligne l'importance de considérer le TDAH non comme un facteur de risque isolé mais comme faisant partie d'un tableau clinique plus large.

Un autre aspect crucial de l'histoire de Marc est le développement d'un trouble de l'usage de substances. Sa consommation, qui a débuté à l'adolescence avec l'alcool et le cannabis, s'est rapidement intensifiée pour inclure d'autres substances. Cette progression est malheureusement typique chez les individus présentant un TDAH non traité, qui peuvent chercher à s'automédiquer pour gérer leurs symptômes.

Repérer les troubles associés : critères diagnostiques du DSM-5**• Troubles des conduites****Critères diagnostiques**

A. Ensemble de conduites répétitives, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence d'au moins trois des 15 critères suivants au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois :

Agression envers des personnes ou des animaux

1. Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes.
2. Commence souvent les bagarres.
3. A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p. ex. un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu).
4. A fait preuve de cruauté physique envers des personnes.
5. A fait preuve de cruauté physique envers des animaux.
6. A commis un vol en affrontant la victime (p. ex. agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée).
7. A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles.

Destruction de biens matériels

8. A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants.
9. A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu).

Fraude ou vol

10. A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui.
11. Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex. « arnaque » les autres).
12. A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex. vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon).

Violations graves des règles établies

13. Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.
14. A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial, ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période.
15. Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.

B. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

C. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la personnalité antisociale.

Spécifier le type : a débuté pendant l'enfance, pendant l'adolescence ou non spécifié

Spécifier si :

- Avec des émotions prosociales limitées
- Absence de remords ou de culpabilité
- Dureté (insensibilité) – manque d'empathie
- Insouciance de la performance
- Superficialité ou déficience des affects

Spécifier un degré : léger, moyen, grave

• Personnalité antisociale**Critères diagnostiques**

A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

1. Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation.
2. Tendance à tromper pour un profit personnel ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries.
3. Impulsivité ou incapacité de planifier à l'avance.
4. Irritabilité et agressivité, comme en témoigne la répétition de bagarre ou d'agressions.
5. Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui.
6. Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières.
7. Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.

B. Âge au moins égal à 18 ans.

C. Manifestations d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.

D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire.

• *Source : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR), APA, M.-A. Crocq, A. Boehrer, J.-D. Guelfi, Elsevier-Masson, 2023.*

DOSSIER LE TDAH DE L'ADULTE

@santé mentale maquette

Le TUS vient alors exacerber les difficultés préexistantes, augmentant l'impulsivité, aggravant les problèmes d'attention, et contribuant à l'escalade des comportements antisociaux (voir l'article de Y. Le Strat, p. xx).

La comorbidité entre TDAH, trouble des conduites et TUS complique considérablement le tableau clinique et le pronostic.

HYPOTHÈSES CRIMINOLOGIQUES

Au-delà d'explications phénoménologiques, plusieurs théories criminologiques offrent des perspectives intéressantes sur le lien entre le TDAH et les comportements délictueux. La théorie générale de la criminalité postule que tous les comportements criminels trouvent leur source dans le manque de maîtrise de soi, un trait caractéristique du TDAH. Cette théorie a été affinée pour distinguer les infractions violentes réactives-impulsives et celles proactives-préméditées. Les recherches suggèrent que les personnes avec TDAH sont plus susceptibles de commettre des actes criminels violents réactifs, motivés par une dysrégulation émotionnelle, plutôt que des actes proactifs et prémédités. La théorie générale de la personnalité et de l'apprentissage social cognitif (pour *General Personality and Cognitive Social*

Learning, GPCSL) offre un cadre plus complet pour comprendre le comportement criminel (Bonta et Andrews, 2017). Elle souligne l'influence de multiples facteurs de risque : personnalité antisociale, fréquentations pro-criminelles, problèmes familiaux, scolaires ou professionnels. Elle met aussi l'accent sur l'importance de l'apprentissage social dans le développement du comportement criminel, suggérant que les individus apprennent par l'observation, l'imitation et le renforcement des comportements. Un aspect crucial de cette théorie GPCSL est qu'elle reconnaît la possibilité d'apprendre des stratégies alternatives non délictueuses, ouvrant ainsi la voie à la réhabilitation. Dans cette perspective, elle a défini le principe de « risque, besoin et réceptivité » (RNR) :
 – risque : l'intensité de l'intervention doit être proportionnelle au niveau de risque de récidive du délinquant ;
 – besoin : les interventions doivent cibler les facteurs de risque directement associés au comportement criminel, appelés « besoins criminogènes » ;
 – réceptivité : elles doivent être adaptées aux caractéristiques individuelles du délinquant, y compris ses capacités cognitives, son style d'apprentissage et sa motivation. Cette approche est particulièrement

pertinente pour les personnes atteintes de TDAH, qui peuvent bénéficier d'un apprentissage structuré de nouvelles compétences et stratégies d'adaptation. Selon le principe RNR, cela implique des interventions intensives ciblant la gestion de l'impulsivité, le traitement du TDAH, la gestion de la consommation de substances (le cas échéant), et le développement de compétences sociales et professionnelles. Les programmes de soins devraient par ailleurs être adaptés pour tenir compte des défis spécifiques liés au TDAH : utilisation de sessions plus courtes et fréquentes, emploi de supports visuels, approches pratiques et concrètes.

DÉPISTER, DIAGNOSTIQUER, ÉVALUER

En milieu médico-légal, le dépistage du TDAH est donc une étape essentielle pour identifier les individus qui pourraient bénéficier d'une évaluation plus approfondie et d'interventions ciblées. L'outil le plus bref et communément utilisé est l'*Adult Self-Report Scale* (ASRS), une échelle d'auto-évaluation des symptômes qui comporte 18 questions. Cependant, cet outil est centré sur la présentation actuelle de la personne, sans tenir compte de l'historique des symptômes. La *Brief Barkley*

B-BAARS, Brève échelle d'évaluation du TDAH Adulte

L'instruction est la suivante : « Lisez chaque énoncé et retenez la réponse qui décrit le mieux votre comportement pendant la période donnée ». S'il y a trois réponses ou plus dans les fréquences « Souvent » ou « Très souvent », il est probable que la personne interrogée présente des symptômes cliniquement significatifs de TDAH et une évaluation clinique complète du TDAH est recommandée.

Situations	Jamais/ rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Lorsque j'étais âgé de 5 à 12 ans :				
– Je quittais mon siège en classe ou dans d'autres situations où l'on s'attendait à ce que je reste assis.				
– Je perdais des objets nécessaires à la réalisation de tâches ou d'activités.				
– J'interrompais ou je dérangeais les autres.				
Durant les six derniers mois :				
– J'ai agité mes mains ou mes pieds ou je me suis tortillé sur mon siège.				
– J'ai eu du mal à m'engager tranquillement dans des activités de loisirs ou des tâches amusantes.				
– J'ai eu du mal à attendre mon tour.				

• *Brief Barkley Adult ADHD Rating Scale (B-BAARS)* (S. Young et al., 2016), Traduction libre de l'auteur.

@santé mentale maquette

Adult ADHS Rating Scale (B-BAARS), validée dans une population médico-légale, semble plus pertinente (Young, 2016) (voir tableau p. xx). Cette échelle d'auto-évaluation doit être administrée individuellement et peut révéler des symptômes de TDAH persistants depuis l'enfance.

Après un dépistage positif, il est recommandé d'utiliser un outil diagnostique approfondi comme la *Diagnostisch Interview Voor ADHD bij volwassenen* (DIVA 5.0), désormais reconnue un peu partout dans le monde. Cet entretien structuré permet d'obtenir un tableau plus complet des symptômes, de leur évolution depuis l'enfance, et de leur impact sur différents domaines de la vie de l'individu.

L'évaluation du risque de récidive chez les personnes avec TDAH est une stratégie

items, comprenant quatre caractéristiques diagnostiques principales du TDAH, quatre autres communément associées au TDAH, et quatre conséquences secondaires au TDAH. L'utilisation de ces outils permet d'assigner à chaque individu un niveau de risque (léger, modéré ou élevé) qui guidera l'intensité et la nature des interventions nécessaires. Les personnes évaluées comme présentant un risque élevé devraient ainsi bénéficier d'interventions plus intensives et prioritaires.

TRAITEMENTS ET MODÈLES D'INTERVENTION

La prise en charge du TDAH en milieu médico-légal s'appuie sur les approches classiques du trouble, tout en les adaptant au contexte judiciaire et en associant

En prison, la mise en œuvre de ces interventions présente des défis particuliers. Les ressources sont souvent limitées et la durée de détention peut être imprévisible en raison de transferts ou de libérations (Byrne, 2023). Face à cela, les programmes de soins sont généralement conçus pour être courts mais intensifs, visant un impact maximal dans un temps limité tout en créant des ponts avec les structures en aval. Leur contenu est défini en fonction des principes RNR.

Une intervention adaptée au milieu carcéral est le *Revised edition of the internationally accredited Reasoning and Rehabilitation* (R&R2 ADHD,) version révisée du programme de réhabilitation *Reasoning and Rehabilitation* (Ross, 2021). Il s'agit d'une approche intégrative et structurée

“ Le TDAH de Marc ne doit pas être vu comme une excuse pour ses actes délictueux, mais plutôt comme une opportunité de comprendre comment il influence le parcours d'un individu. »

opérationnelle essentielle. L'objectif est de détecter des « besoins criminogènes », c'est-à-dire des facteurs de risque dynamiques de récidive, qui feront l'objet d'interventions thérapeutiques, suivant l'approche RNR (risque, besoin, réceptivité). À ce jour, seuls des outils généraux d'évaluation du risque de récidive sont validés, mais ils peuvent être appliqués aux délinquants présentant un TDAH. Parmi eux, la *Historical-Clinical-Risk Management-20*, Version 3 (HCR-20V3) est largement utilisée. Il s'agit d'un guide du jugement clinique structuré conçu pour évaluer le risque de violence générale chez les auteurs d'infractions, atteints ou non de troubles mentaux. Composé de 20 domaines de risque, cet outil examine divers aspects de la vie de l'individu, comme son historique de violence, ses problèmes de consommation de substances, son instabilité professionnelle, et ses difficultés relationnelles.

Plus récemment, un guide d'évaluation des risques spécifique à la population TDAH médico-légale a été proposé : le *Framework for the Assessment of Risk and Protection in Offenders with ADHD* (Farah). Bien que non encore validé, cet outil pourrait s'avérer particulièrement utile dans la détection et le traitement des besoins criminogènes liés au TDAH. Il est structuré autour de 12

l'optique criminologique de réduction du risque de récidive. Cette prise en charge combine généralement des interventions pharmacologiques (voir aussi l'article de B. Rolland, p. xx) et non-médicamenteuses :

– **L'approche pharmacologique** constitue souvent une priorité dans le traitement des détenus atteints de TDAH. Les psychostimulants (méthylphénidate ou lisexamphétamine) sont généralement considérés comme les traitements de première intention. Leur efficacité a été démontrée non seulement sur la sévérité des symptômes du TDAH, mais aussi sur le fonctionnement général des patients et sur la réduction du risque de récidive (Ginsberg, 2012).

– Cependant, il est crucial que ce traitement médicamenteux soit associé à des **approches non-médicamenteuses**. La psychoéducation joue un rôle important, permettant aux patients de mieux comprendre leur trouble, ses manifestations et son impact sur leur vie (voir aussi l'article de L. Moro, p. xx).

Des programmes d'intervention d'inspiration cognitive-comportementale et systémique sont également mis en place pour aider les patients à modifier leurs schémas de pensée et de comportement problématiques.

visant à améliorer la qualité de vie des détenus via la réhabilitation cognitive et le développement de compétences comportementales. Elle met l'accent sur le développement de comportements prosociaux, un aspect crucial pour réduire le risque de récidive.

Les interventions ciblent ainsi non seulement les symptômes du TDAH, mais aussi les problèmes associés fréquemment rencontrés dans cette population : consommation de substances, les difficultés relationnelles et les problèmes d'insertion professionnelle.

Pour assurer un suivi après la libération, une collaboration avec des intervenants communautaires est mise en place. Cela inclut généralement l'élaboration d'un plan de transition pour poursuivre le traitement et le suivi psychosocial.

L'efficacité de ces approches a été démontrée dans de nombreux domaines, notamment l'amélioration du fonctionnement social, le contrôle émotionnel, la réduction des symptômes du TDAH, et la diminution des symptômes de troubles comorbides comme la dépression et l'anxiété. Des études ont montré une persistance des effets positifs jusqu'à 12 mois après l'intervention (Young et Cocallis, 2019). Malgré cela, la mise en place de programmes de soins reste très limitée dans les pays

francophones, par manque de moyens mais aussi parce que les intervenants sont très peu formés aux approches actuarielles de l'évaluation du risque de récidive.

CONCLUSION

L'histoire de Marc illustre bien la complexité et l'importance de la prise en charge du TDAH en milieu carcéral et dans le contexte judiciaire en général. Son parcours, marqué par des difficultés dès l'enfance, des problèmes scolaires, une instabilité professionnelle et des comportements délictueux, souligne la nécessité d'une approche globale et longitudinale. Son cas met aussi en évidence l'importance d'un dépistage précoce du TDAH. Si son trouble avait été dépisté et diagnostiqué plus tôt, peut-être dès l'école, des interventions auraient pu être mises en place pour prévenir l'escalade de ses comportements problématiques. Des stratégies de prévention de la délinquance auraient pu être mobilisées.

Bien que le TDAH de Marc ne soit pas nécessairement un facteur indépendant de son comportement délictueux, il en constitue un fil conducteur évident. Ses symptômes, notamment son impulsivité et ses difficultés d'attention, ont clairement influencé ses choix et ses actions, le conduisant progressivement vers des comportements antisociaux et criminels. L'approche thérapeutique pour Marc, comme pour d'autres détenus atteints de TDAH, devrait s'appuyer sur des méthodes qui ont démontré leur efficacité dans cette population particulière. Son traitement devrait inclure non seulement une approche pharmacologique, mais aussi des programmes de soins adaptés et visant systématiquement la prévention de la récidive.

Le parcours de Marc souligne également la nécessité d'une cohérence entre les différents acteurs du monde judiciaire. De

son arrestation à sa réinsertion, en passant par son incarcération, une approche interdisciplinaire est essentielle. Tous les professionnels (policiers, juges, personnel pénitentiaire, psychologues, travailleurs sociaux...) devraient avoir une compréhension de base du TDAH et de son impact sur le comportement.

Enfin, son TDAH ne doit pas être vu comme une excuse pour ses actes délictueux, mais plutôt comme une opportunité de comprendre comment il influence le parcours d'un individu. Dès lors, tenir compte de ce diagnostic dans son traitement et sa réhabilitation représente un réel espoir d'améliorer sa qualité de vie et de réduire le risque qu'il commette de nouvelles infractions.

BIBLIOGRAPHIE

- Anns, F., D'Souza, S., MacCormick, C., Mirfin-Veitch, B., et al. (2023). Risk of Criminal Justice System Interactions in Young Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Findings From a National Birth Cohort. *Journal of Attention Disorders*, 27(12), 1332-1342. <https://doi.org/10.1177/10870547231177469>
- Baggio, S., Fructuoso, A., Guimaraes, M., Fois, E., et al. (2018). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Detention Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 331. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00331>
- Bonta, J., Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct (Sixth edition)*. Routledge, Taylor and Francis Group.
- Byrne, C., Guenter, D. (2023). Treatments for ADHD in adults in jails, prisons and correctional settings: A scoping review of the literature. *Health and Justice*, 11(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s40352-023-00234-9>
- Dayan, H., Khoury-Kassabri, M., Polak, Y. (2022). The Link between ADHD Symptoms and Antisocial Behavior: The Moderating Role of the Protective Factor Sense of Coherence. *Brain Sciences*, 12(10), 1336. <https://doi.org/10.3390/brainsci12101336>
- Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. C. K., et al. (2016). Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(10), 841-850. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.06.016>
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., Grann, M., Lindefors, N. (2012). Long-term functional outcome in adult prison inmates with ADHD receiving OROS-methylphenidate. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(8), 705-724. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0317-8>
- Mohr-Jensen, C., Steinhausen, H.-C. (2016). 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. *Clinical Psychology Review*, 48, 32-42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.002>
- Ross, R.R. (2021). R&R2 for Youths & Adults with ADHD. https://www.researchgate.net/publication/348607351_RR2_for_Youths_Adults_with_ADHD
- Silva, D., Colvin, L., Glauert, R., Bower, C. (2014). Contact with the juvenile justice system in children treated with stimulant medication for attention deficit hyperactivity disorder: A population study. *The Lancet Psychiatry*, 1(4), 278-285. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70302-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70302-5)
- Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, et al. (2015). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological Medicine*, 45(2), 247-258. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000762>
- Young, S., González, R. A., Mutch, L., Mallet-Lambert, I., et al. (2016). Diagnostic accuracy of a brief screening tool for attention deficit hyperactivity disorder in UK prison inmates. *Psychological Medicine*, 46(7), 1449-1458. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000039>
- Young, S., Coccillis, K. M. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Prison System. *Current Psychiatry Reports*, 21(6), 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1022-3>

Résumé : Surreprésenté en prison (25-30 % des détenus), le TDAH a un impact significatif sur le parcours judiciaire, augmentant les risques d'arrestation, de condamnation et de récidive. Il est souvent associé à d'autres troubles comme le trouble des conduites, la personnalité antisociale et l'usage de substances. Plusieurs théories criminologiques expliquent le lien entre TDAH et comportements délictueux, notamment la théorie GPCSL et le principe RNR. Le dépistage et l'évaluation du risque sont cruciaux, utilisant des outils spécifiques. Le traitement combine approches pharmacologiques et non-médicamenteuses, avec des programmes adaptés au milieu carcéral. Une approche interdisciplinaire et une prise en charge précoce sont essentielles pour prévenir la délinquance et favoriser la réinsertion. Illustration clinique.

Mots-clés : Addiction – Cas clinique – Comorbidité – Criminologie – Délinquance – Détenu – Diagnostic – Homme – Prévalence – Prise en charge – Psychopathie – Régulation émotionnelle – Réhabilitation psychosociale – Trouble déficitaire de l'attention hyperactivité – Trouble du comportement.