



**Le Groupe de Neurophysiologie Clinique de
l'Enfant (GNCPE)**

Sous l'égide de la Société de Neurophysiologie Clinique de Langue Française



**Le Groupe de Travail du sommeil de l'enfant et de
l'adolescent (GTSEA)**

Sous l'égide de la société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil

Vous invitent à la conférence

Somnolence de l'enfant, de la clinique au diagnostic

Webinaire, Jeudi 01 décembre 2022, de 13h15 à 17h00

TDAH et Somnolence à l'adolescence À propos d'un cas clinique

Stéphanie Bioulac

Service de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent

Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble Alpes

Université Grenoble Alpes, UMR CNRS 5105 LPNC



Sofia, 18 ans

JF, 18 ans, en terminale, adressée, par son medecin référent, au centre du sommeil pour suspicion d'hypersomnie idiopathique

Motif de consultation:

Besoin important de temps de sommeil : dort 10 à 12 h / nuit

Peut faire la sieste le WE: entre 2 et 4 h de sieste, siestes qui sont peu réparatrices

Inertie au réveil très marquée: doit mettre plusieurs réveils pour se lever le matin

Se plaint de somnolence la journée

Organisation familiale: pas d'absentéisme scolaire, mais s'endort parfois en rentrant de cours

Histoire

Pas d'ATCD médico-chirurgicaux particuliers

Grossesse: sans particularité

DVP PKMOT: sans particularité

Scolarité

CP: qqes difficultés d'écriture

Diagnostic l'an dernier en 1ère: Dyslexie Dysorthographe avec mise en place d'une RO

Pas de redoublement

Pas d'élément en faveur d'une symptomatologie dépressive

Mais on note une certaine labilité émotionnelle et symptomatologie anxieuse polymorphe

Concernant le sommeil

Semaine: Se met au lit à 21H - Se lève à 7H

WE: 22H/ 10H

Peut faire la sieste le we, ou en rentrant de classe

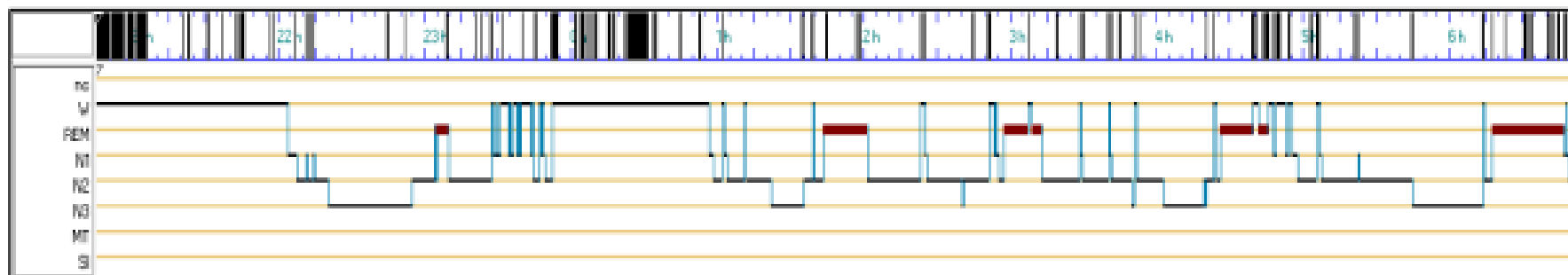
Décrit depuis l'enfance comme une longue dormeuse

Inertie au réveil même lors des périodes de vacances prolongées

Pas d'éléments de SAOS

Pas de cataplexies, pas de paralysie du sommeil

HYPNOGRAMME



LABORATOIRE DU SOMMEIL DU SOMMEIL

Architecture du sommeil (durant toute la durée de l'analyse)

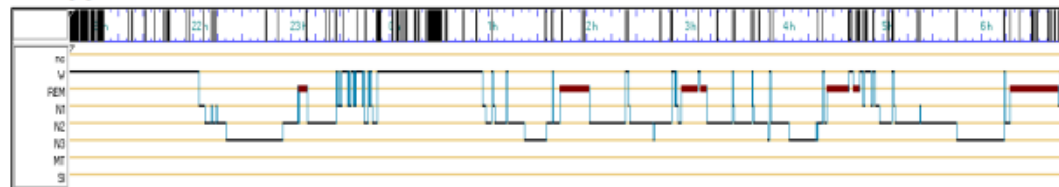
Heure d'extinction des lumières :	20:45:40
Temps passé au lit (TIB):	10:08:39
Heure du réveil final :	06:54:19
Lat. d'endormissement pour une époque de stade1	01:19:00
Veille de l'extinction des feux à l'endormissement (hh:mm:ss)	01:19:00
Durée de la veille après sommeil (hh:mm:ss)	00:00:00
Durée de veille intra-sommeil (hh:mm:ss)	01:41:00

PST : Période de sommeil total : **08:49:39, (529 min)**
 (De l'endormissement au réveil final, temps de veille intra sommeil incluse)

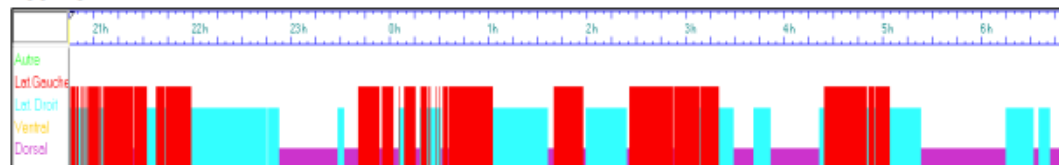
TST : Temps de sommeil total : **07:09:00 , (429 min).**
 (De l'endormissement au réveil final, temps de veille intra sommeil exclue)

	Durée (min)	% TST	% PST
Eveil intra sommeil	101	-	19%
Stade 1	24	5,59%	4,54%
Stade 2	224	52,21%	42,34%
Stades 1+2 (SLL)	248	57,81%	46,88%
Stade 3	95	22,14%	17,96%
Stade 4	0	0,00%	0,00%
Stades 3 + 4 (SLP)	95	22,14%	17,96%
REM	84	19,58%	15,88%

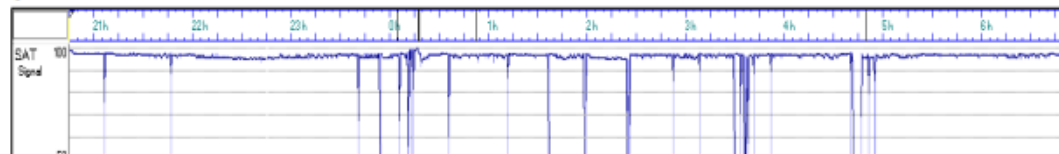
HYPNOGRAMME



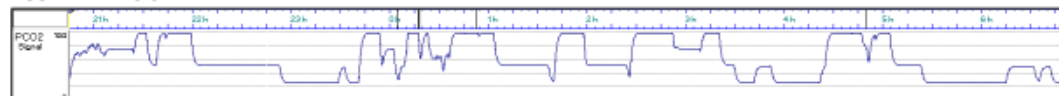
POSITION



OXYMETRIE



PCO2 ANALYSIS



ENSEMBLE DES HYPOPNEES



APNEES OBSTRUCTIVES



APNEES CENTRALES



APNEES MIXTES



HYPOVENTILATION ALVEOLAIRES



HYPOPNEES CENTRALES



HYPOPNEES MIXTES



RONFLEMENTS



REACTIONS D'EVEIL

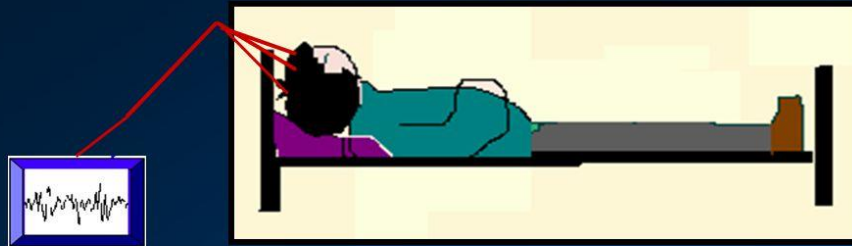


CPAP



TILE: Test itératif de latence d'endormissement

Evaluation de la vigilance : Test itératif de latence d'endormissement



METHODE

Réalisation de 5 tests en chambre sombre , isolée, température égale

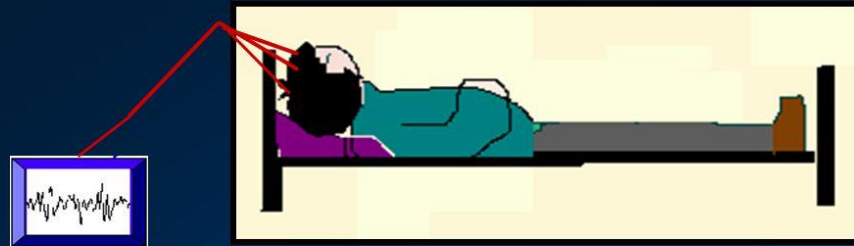
Durée de chaque test : 20 minutes

Espace mini entre 2 tests: deux heures. Ex : 8, 10, 12, 14 et 16 heures

Consigne : « essayez de dormir »

TILE: Test itératif de latence d'endormissement

Evaluation de la vigilance : Test itératif de latence d'endormissement



METHODE

Réalisation de 5 tests en chambre sombre , isolée, température égale

Durée de chaque test : 20 minutes

Espace mini entre 2 tests: deux heures. Ex : 8, 10, 12, 14 et 16 heures

Consigne : « essayez de dormir »

Pathologique si ≤ 8 min

TILE

Moyenne de la LE TILE: **13.4 min**

Sans endormissement en SP

Pathologique si ≤ 8 min

TILE

Moyenne de la LE TILE: **13.4 min**

Sans endormissement en SP

Pathologique si ≤ 8 min

LE TILE 1	LE TILE 2	LE TILE 3	LE TILE 4	LE TILE 5
9 min	18 min	12min	17 min	11 min

=> Hétérogénéité des TILE

Histoire

Pas d'ATCD médico-chirurgicaux particuliers

Grossesse: sans particularité

DVP PKMOT: sans particularité

Scolarité

CP: qqes difficultés d'écriture

Diagnostic l'an dernier en 1ère: Dyslexie Dysorthographie avec mise en place d'une RO

Pas de redoublement

Pas d'élément en faveur d'une symptomatologie dépressive

Mais on note une certaine labilité émotionnelle et symptomatologie anxieuse polymorphe

Rêveuse

Dans son monde

Difficultés de concentration

Perd, oublie ses affaires

Distraite, distractible

Peut être distraite par ses propres pensées

=> Depuis toujours

Procrastination

Besoin de nouveauté

Intolérance à la routine

Travaille au dernier moment

Pas d'hyperactivité

Pas d'impulsivité

TDAH
Présentation inattentive

TDAH : Trouble Spectral Multidimensionnel

Cognitive

Attention

Motivation

Emotionnelle

Alimentation

Sommeil

Comportementale

Motricité



Ne pas passer à coté du TDAH chez la fille car elle ne présente pas de problèmes de comportements

Présentation clinique chez la fille

Hyperactivité
Impulsivité

Sévérité des symptômes moindres

Déficit
d'attention

- Distracte
- Difficulté maintien de l'attention
- Désorganisée
- Motivation

Symptômes PREGNANTS et PERSISTANTS
Mis en évidence parfois plus TARDIVEMENT

Comorbidités

Garçon

Tr du Comportement: TOP- TC
Non respect des règles
Bagarres à l'école

Fille

Troubles internalisés

- Thymie basse
- Labilité émotionnelle
- Anxiété

Adaptation dysfonctionnelle

Comportements-compensatoires « masquent » les difficultés

Stratégies dysfonctionnelles

=> Retard au diagnostic

Emotions

Social

Abus de substances, cannabis, alcool,
Appartenance à des « gangs »,...

Au niveau cognitif



Gender Differences in Objective and Subjective Measures of ADHD Among Clinic-Referred Children

Ortal Slobodin^{1*} and Michael Davidovitch²

¹Department of Education, Ben-Gurion University, Beer-Sheva, Israel, ²Medical Department and Research Institute, Maccabi Healthcare Services, Tel Aviv, Israel

204 enfants 6 - 17 ans 129 G- 75 F

Evaluations subjectives

Evaluations objectives



Gender Differences in Objective and Subjective Measures of ADHD Among Clinic-Referred Children

Ortal Slobodin^{1*} and Michael Davidovitch²

¹Department of Education, Ben-Gurion University, Beer-Sheva, Israel, ²Medical Department and Research Institute, Maccabi Healthcare Services, Tel Aviv, Israel

204 enfants 6 - 17 ans 129 G- 75 F

Evaluations subjectives

Questionnaires

Conners parents / enseignants

- Difficultés **attentionnelles** plus marquées chez la **filles** que chez le garçon
- Pas de différence en termes de niveau d'impulsivité et hyperactivité

Evaluations objectives



Gender Differences in Objective and Subjective Measures of ADHD Among Clinic-Referred Children

Ortal Slobodin^{1*} and Michael Davidovitch²

¹Department of Education, Ben-Gurion University, Beer-Sheva, Israel, ²Medical Department and Research Institute, Maccabi Healthcare Services, Tel Aviv, Israel

204 enfants 6 - 17 ans 129 G- 75 F

Evaluations subjectives

Questionnaires

Conners parents / enseignants

- Difficultés **attentionnelles** plus marquées chez la **filles** que chez le garçon
- Pas de différence en termes de niveau d'impulsivité et hyperactivité

Evaluations objectives

CPT

- Niveau **d'impulsivité** plus élevé chez **le garçon** (commissions)
- Pas de différence en terme d'inattention (omissions), même en fonction modalités sensorielles des stimuli (visuels, auditifs, combinés)

Différences dans les évaluations objectives et subjectives en fonction du sexe

Importance

- de multiplier les sources d'informations
- de développer différents outils de mesure

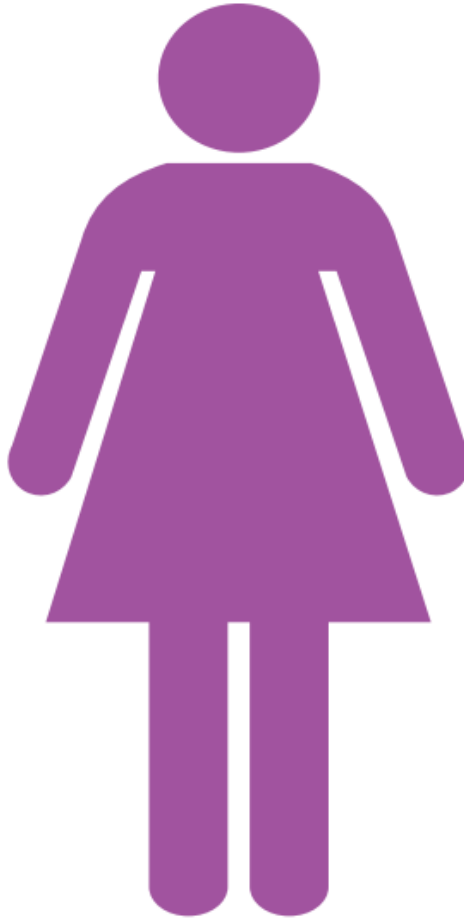
...Au delà de la perception

**...le TDAH est un trouble du comportement
s'exprimant essentiellement chez le garçon**

Néanmoins ...

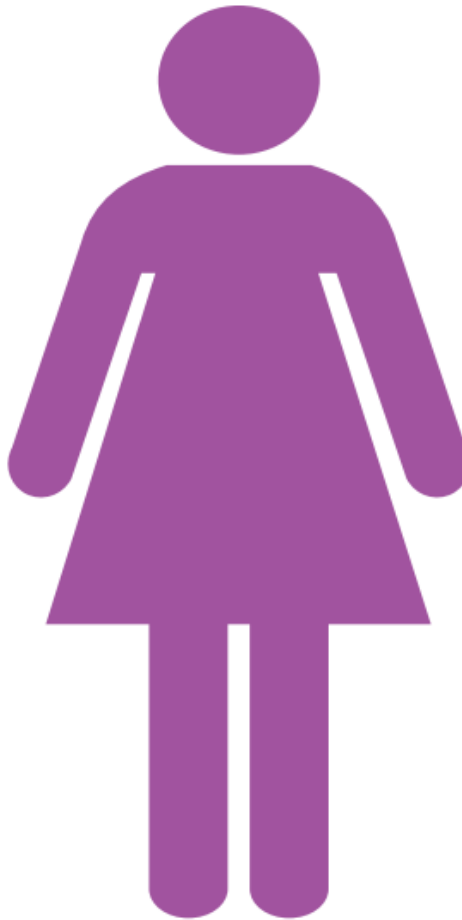
Sous diagnostiqué
TTT non optimal

Expression clinique
Présentation inattentive



Sous diagnostiquée
TTT non optimal

Expression clinique
Présentation inattentive



Comorbidités
Troubles internalisés
Labilité émotionnelle

Impact
Estime de soi
Interactions sociales
Conduites à risque



Ne pas passer à coté de troubles du sommeil,
notamment de la **somnolence**

Somnolence en population pédiatrique

- **Prévalence de la somnolence diurne excessive (SDE)**
 - 10%-20% enfants pré-pubertaires
 - 16%-47% adolescents
- **SDE chez l'enfant et l'adolescent: situations les plus fréquentes**
 - Troubles du sommeil: 25%-40%
 - Insomnie: 20-30%
 - Tr circadiens du rythme veille/ sommeil: 7%-16%
 - Comportementales
 - Sommeil insuffisant
 - Hygiène de sommeil
 - Consommation de substances,...
 - Troubles pédopsychiatriques

Hypersomnolence en Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent

- Fréquents mais très largement sous- repérés et sous-évalués
- La perception d'une SD ou le besoin augmenté de sommeil est plus difficile à décrire que d'autres troubles du sommeil
 - Sieste en rentrant de cours
 - Même pendant les vacances: sieste
 - Historique de cette augmentation de sommeil
- Attention aux mécanismes de compensation
 - Hyperactivité motrice
 - Troubles du comportement
 - Prise de substances éveillantes: café, redbull,...

Sujets TDAH

**Troubles du
sommeil**



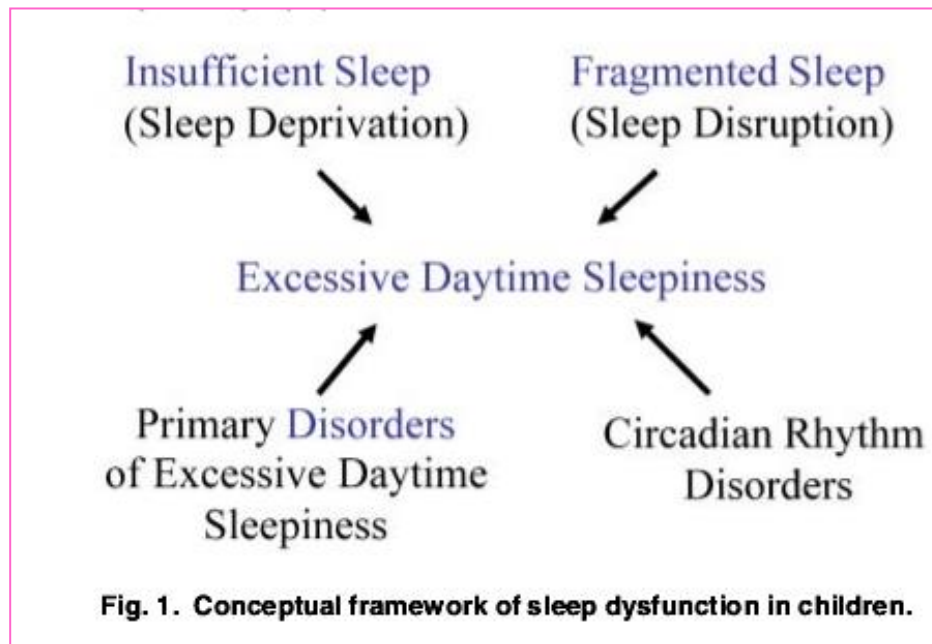
ENFANT

ADULTE

Une histoire tout au long de la vie....



Quels liens entre TDAH et somnolence?





Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Medical Hypotheses

journal homepage: www.elsevier.com/locate/mehy



The sleep phenotypes of attention deficit hyperactivity disorder: The role of arousal during sleep and implications for treatment

Silvia Miano *, Pasquale Parisi, Maria Pia Villa

Neuroscience, Mental Health and Sense Organs Department, Chair of Pediatrics, Sleep Disorder Centre, "La Sapienza" University, II Faculty, Medicine, Rome, Italy

Hypoarousal state « primary ADHD »: « narcolepsy like »

Delayed sleep onset insomnia

Sleep disordered breathing

RLS/ PLM

Sleep epilepsy/EEG interictal epileptiform discharges

TDAH et Somnolence

Approche développementale



Sujets TDAH



Symptômes
narcolepsie

Sujets
narcolepsie



Symptômes
TDAH

Phénotype « narcolepsy like »

TDAH et somnolence

Sleep and Alertness in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review of the Literature

Samuele Cortese, MD^{1,2}; Eric Konofal, MD, PhD^{1,3}; Nigel Yateman, PhD⁴; Marie-Christine Mouren, MD¹; Michel Lecendreux, MD^{1,5}

¹AP-HP; Hôpital Robert Debré, Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, France; ²Servizio di Neuropsichiatria Inf, Dipartimento Materno Infantile e di Biologia-Genetica, Università degli Studi di Verona, Verona, Italy; ³Fédération des Pathologies du Son Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France; ⁴Service Statistique, Nystat France, Paris; ⁵Centre Pédiatrique d'Etude du Sommeil, Hôpital Robert 1 Paris, France

CONCLUSION: Results from our systematic review suggest that children with ADHD have higher daytime sleepiness, more movements in sleep, and higher apnea-hypopnea indexes compared with controls. Given the limited number of studies controlling for confounding factors, further subjective and objective studies are needed to better understand alterations in sleep and alertness in children with ADHD.

**Sujets
narcolepsie**



**Symptômes
TDAH**

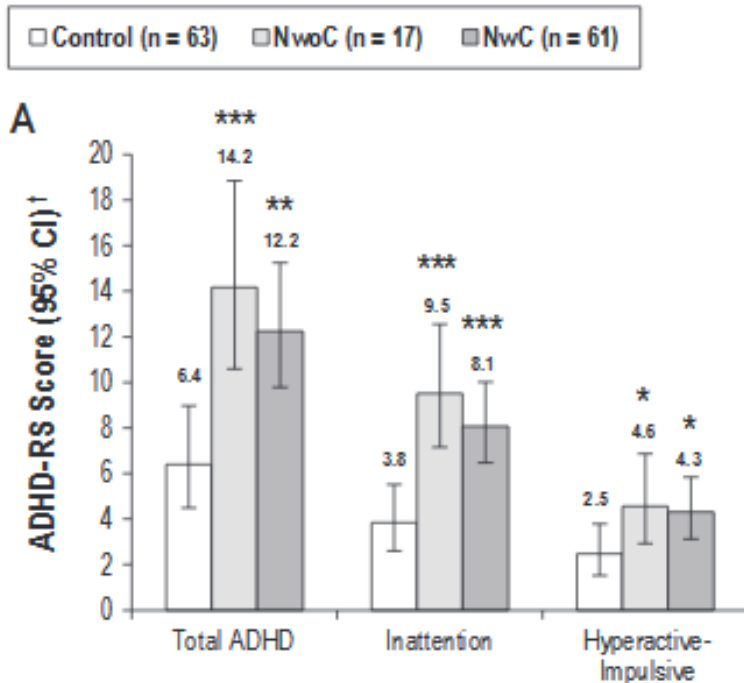
108 sujets NC /67sujets témoins

Symptômes de TDAH

4.8% sujets controles

35.3% patients NwoC ($P < 0.001$)

19.7% patients with NwC ($P < 0.01$)





HHS Public Access

Author manuscript

J Child Psychol Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2020 September 01.

Published in final edited form as:

J Child Psychol Psychiatry. 2019 September ; 60(9): 1021–1031. doi:10.1111/jcpp.13061.

Sleep and Daytime Sleepiness in Adolescents with and without ADHD: Differences across Ratings, Daily Diary, and Actigraphy

Stephen P. Becker^{1,2}, Joshua M. Langberg³, Hana-May Eadeh⁴, Paul A. Isaacson¹, Elizaveta Bourchtein³

162 sujets TDAH

140 sujets Non TDAH

Moy age: 13 ans

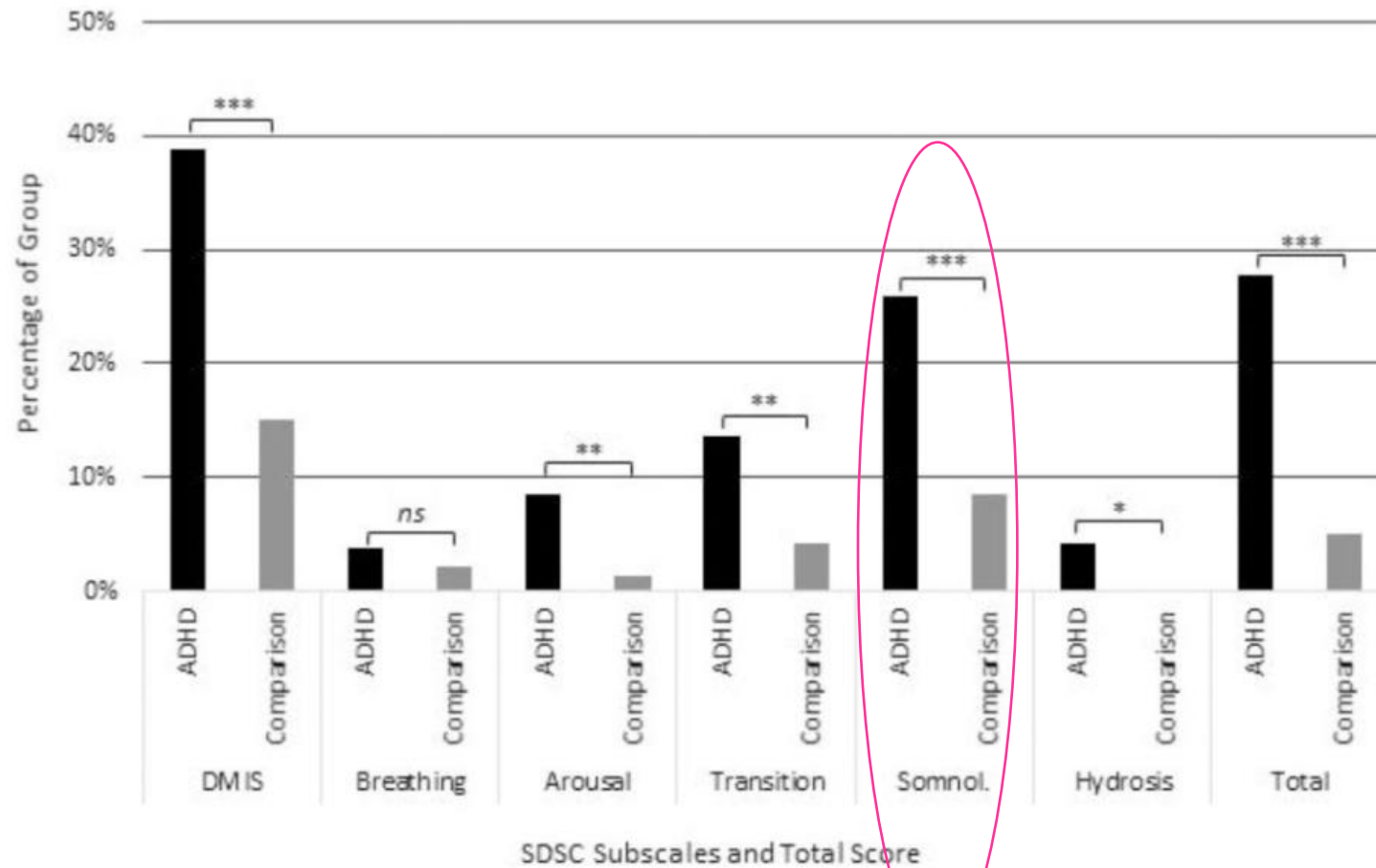


Figure 1.
Percent of adolescents with and without ADHD with clinical elevations on the Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC)

Differences in global sleep ratings between adolescents with and without ADHD

	ADHD	Comparison	Group Differences		
	<i>M</i> ± <i>SD</i>	<i>M</i> ± <i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Adolescent SHS ratings					
Sleep/wake problems	18.23±6.08	15.87±4.77	3.77	<.001	.43
Daytime sleepiness	13.02±4.09	11.72±2.89	3.23	.001	.37
Parent SDSC ratings					
Initiate/maintain sleep	66.73±14.31	56.94±11.27	6.65	<.001	.76
Sleep breathing disorders	49.76±8.00	49.66±6.50	0.12	.90	.01
Disorders of arousal	51.49±9.41	49.38±5.36	2.43	.02	.28
Sleep-wake transition	53.58±13.57	48.52±9.04	3.86	<.001	.44
Somnolence (sleepiness)	61.93±16.46	54.46±11.62	4.60	<.001	.52
Hyperhydrosis	49.25±8.80	46.37±4.09	3.73	<.001	.42
Total sleep disturbance	61.71±13.50	52.79±9.29	6.76	<.001	.77
Teacher TDSQ ratings					
Daytime sleepiness	1.19±0.34	1.11±0.20	2.24	.03	.27

Note. ADHD=attention-deficit/hyperactivity disorder. SDSC=Sleep Disturbance Scale for Children. SHS=Sleep Habits Survey. TDSQ=Teacher Daytime Sleepiness Questionnaire.

**Sujets
hypersomniaques**



Sujets TDAH

100 sujets
hypersomniaques



61% symptômes de
TDAH



25% TDAH diagnostic

100 TDAH adultes



47% SDE



22% hypersomnies

TDAH et somnolence

J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 41, No. 6, pp. 803–812, 2000
Cambridge University Press
© 2000 Association for Child Psychology and Psychiatry
Printed in Great Britain. All rights reserved
0021-9630/00 \$15.00 + 0.00

Sleep and Alertness in Children with ADHD

Michel Lecendreux and Eric Konofal

Hôpital Robert Debré, Paris, France

Manuel Bouvard

Hôpital Charles Perrens, Bordeaux, France

Bruno Falissard

Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France

Marie-Christine Mouren-Siméoni

Hôpital Robert Debré, Paris, and CNRS UMR 7593, France

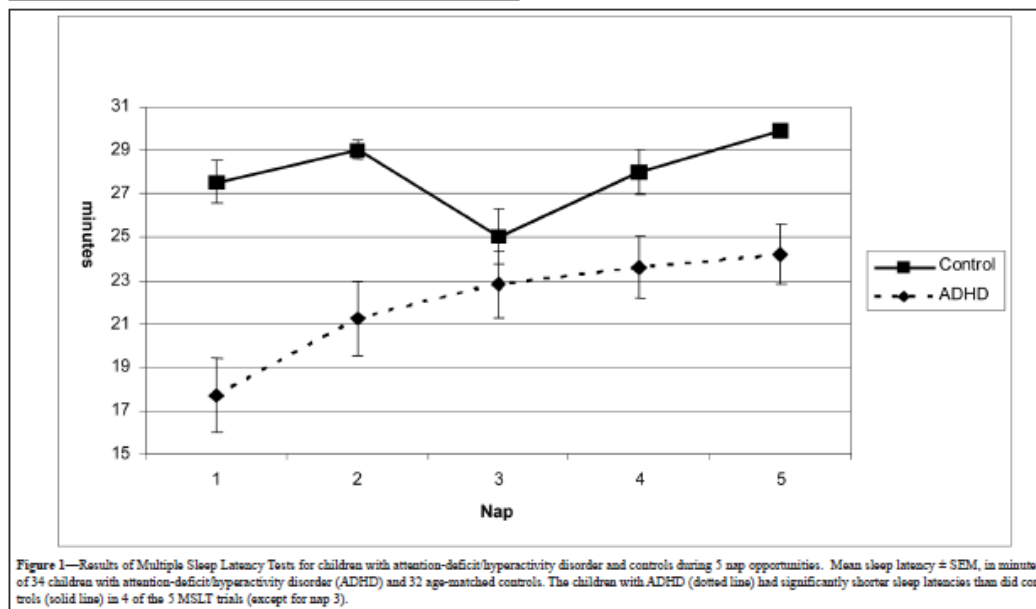
MSLT Results for Children with ADHD and Controls

Children	MSLT	Mean latency	Number of subjects	
		Min (SD)	Asleep	Awake
ADHD (N = 26)	10 am	17.3 (4.6)	9	17 (65.38 %)
	12 noon	15.3 (6.0)	13	13 (50.00 %)
	2 pm	16.3 (5.7)	11	15 (57.69 %)
	4pm	17.7 (5.1)	8	18 (69.23 %)
Controls (N = 21)	10 am	19.6 (2.0)	1	20 (95.24 %)
	12 noon	19.1 (2.8)	2	19 (90.48 %)
	2 pm	18.2 (4.4)	3	18 (85.71 %)
	4 pm	18.9 (2.7)	3	18 (85.71 %)

21

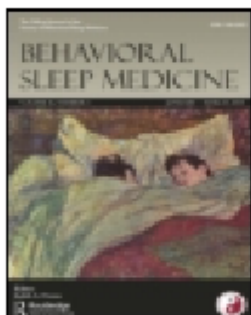
8

TDAH et somnolence



34 TDAH
32 sujets contrôles
Différences entre 4 siestes sur 5

TDAH et somnolence



Behavioral Sleep Medicine

ISSN: 1540-2002 (Print) 1540-2010 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/hbsm20>

Sleep problems and daytime sleepiness in children with ADHD: Associations with social, emotional, and behavioral functioning at school, a cross-sectional study

Isabelle Lucas, Melissa Mulraney & Emma Sciberras

Impact de la somnolence

Impact des TDS et SDE sur les performances scolaires

Evaluation parents et enseignants : sommeil, somnolence, social, émotions, comportement

257 TDAH (5-13 ans) + TDS

Parents

Sommeil (CSHQ)

Enseignants

SDE

Fonctionnement social

Fonctionnement
émotionnel

Comportements



Impact de la somnolence

Impact des TDS et SDE sur les performances scolaires

- Association entre **SDE évaluée par enseignants**
 - Hyper-émotionnalité ($\beta=0.39$; CI=0.25-0.52)
 - Tr du comportement ($\beta=0.47$; CI=0.36-0.58)
- Pas d'association entre **évaluation sommeil parents** et durée de temps de sommeil
 - Performances scolaires
 - SDE

Impact de la somnolence

Impact des TDS et SDE sur les performances scolaires

- Association entre SDE évaluée par enseignants
 - Hyper-émotionnalité ($\beta=0.39$; CI=0.25-0.52)
 - Tr du comportement ($\beta=0.47$; CI=0.36-0.58)
- Pas d'association entre évaluation sommeil parents et durée de temps de sommeil
 - Performances scolaires
 - SDE

=>SDE : Indicateur de la qualité de sommeil?

Meilleur prédicteur du fonctionnement scolaire que le temps total de sommeil

TDAH et somnolence

Objectifs:

Impact Sommeil sur qualité de vie / fonctionnement des enfants TDAH

192 parents d'enfants TDAH

Age: 10.23

Questionnaires

TDAH

Pediatric sleep questionnaire

Qualité de vie

Fonctionnement



TDAH et somnolence

Table 2. Correlations Between Sleep Disorders and Parent- and Teacher-Reported ADHD Symptoms.

Sleep problem	Reporter	ADHD-IA	ADHD-HI	ADHD-total
SRBD	Parent	.30**	.30**	.36***
	Teacher	<i>ns</i>	.19*	.18*
EDS	Parent	.27***	<i>ns</i>	.15 [†]
	Teacher	.16 [†]	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Insomnia	Parent	.17**	.25**	.25**
	Teacher	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
PLMS	Parent	<i>ns</i>	.20*	.20*
	Teacher	<i>ns</i>	.19*	<i>ns</i>

Note. IA = inattention; HI = hyperactive/impulsive; SRBD = sleep-related breathing disorder; EDS = excessive daytime sleepiness; PLMS = periodic limb movements in sleep.

[†] $p \leq .07$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Somnolence et TDAH sous type inattention

TDAH et somnolence

Characteristic	Classification	%
Gender	Male	77.0
	Female	23.0
Ethnicity	Caucasian	72.3
	Asian	6.7
	Other	19.0
ADHD subtype	Combined	79.0
	Inattentive	20.5
	Not otherwise specified	0.5
Comorbidity	Oppositional defiant disorder	39.5
	Learning disorder	21.0
	Anxiety disorder	16.9
Medication ^a	12 hr MPH	58.7
	12 hr mixed amphetamine salts	13.2
	Short-acting MPH	12.3
	Dextroamphetamine	4.4
	Atomoxetine	28.1
	Antidepressants	2.0
	Antipsychotics	10.0
Sleep problems (PSQ)	PLMS	26.0
	Insomnia	29.7
	Sleep-related breathing disorder	24.8
	Sleep-disordered breathing	11.9
	Excessive daytime sleepiness	42.6
	Sleep variability	17.9

Note. MPH = methylphenidate; PSQ = Pediatric Sleep Questionnaire; PLMS = periodic limb movements in sleep.

^aIn all, 41.5% of the patients were not receiving any medication treatment for ADHD. The medication percentages were computed from the remaining participants who were taking medication.

**Symptômes de TDAH et TDS
prédisent de façon indépendante:**

- Faible niveau de QoL
- Faible niveau de
fonctionnement social

**IMPACT de la SDE sur le
fonctionnement des enfants TDAH**



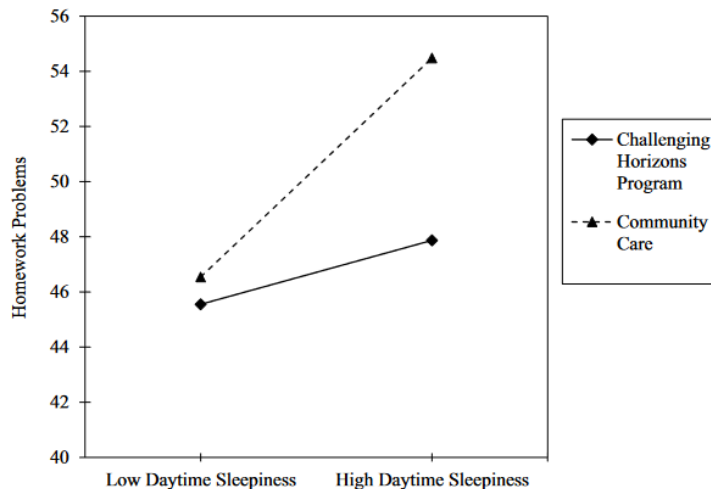
Adolescents with ADHD: Sleep as a Predictor of Academic and Organization Treatment Response

Amanda K. Nelson¹ · George J. DuPaul¹ · Steven W. Evans² · Kristina P. Lenker³

171 TDAH Lycéens (15.1 ans)

Accepted: 19 April 2022

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2022



**Interactions entre somnolence
diurne excessive
et difficultés pour les devoirs**

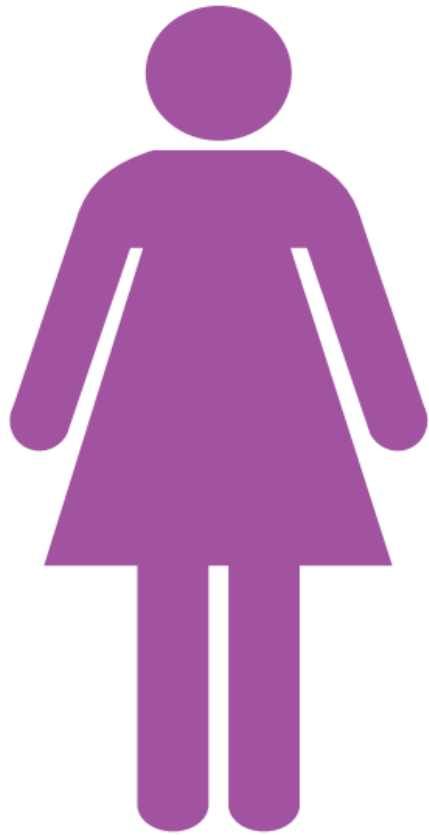
Fig. 1 Interaction of pre-treatment PDSS and treatment group assignment on post-treatment HPC scores. *Note.* PDSS = Pediatric Daytime Sleepiness Scale. HPC = Homework Problems Checklist. Daytime sleepiness groups were determined using a median split: Low Daytime Sleepiness = pre-treatment PDSS total score < 16; High Daytime Sleepiness = pre-treatment PDSS total score ≥ 16

- **SDE élevée associée faibles résultats scolaires, difficultés d'organisation, difficultés pour faire les devoirs**
- **Evaluation et Prise en charge spécifique**

Sofia

TDAH présentation inattentive, sous type somnolent (narcolepsy like)

- TTT par méthylphenidate
- Bilan pré-thérapeutique : bilan biologique/ ECG
- Medikinet (45KG)
 - Progressivement: 20, 30 puis 40 mg
 - Amélioration au niveau attentionnel et au niveau de la SDE



TDAH...

**N'oublions pas les filles,
une « minorité silencieuse »**

Inattentive et somnolente

Date : / / 20__		Veuillez <u>ENTOURER</u> le chiffre approprié décrivant le comportement de l'enfant <u>depuis la dernière visite.</u>			
A quel point votre enfant a-t-il été perturbé depuis la dernière visite ?	Jamais ou rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent	
1. Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans le travail scolaire.	0	1	2	3	
2. Remue les mains et les pieds ou se tortille sur son siège.	0	1	2	3	
3. Eprouve souvent des difficultés à maintenir son attention sur des tâches ou des activités ludiques.	0	1	2	3	
4. Se lève en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis.	0	1	2	3	
5. Semble ne pas écouter quand on lui parle directement.	0	1	2	3	
6. Court ou grimpe excessivement dans les situations où cela est inapproprié.	0	1	2	3	
7. Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à finir son travail.	0	1	2	3	
8. A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou dans les activités de loisir.	0	1	2	3	
9. A du mal à organiser ses travaux ou ses activités.	0	1	2	3	
10. Est « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur ressorts ».	0	1	2	3	
11. Evite les tâches qui nécessitent un travail soutenu (tâches scolaires ou domestiques).	0	1	2	3	
12. Parle excessivement.	0	1	2	3	
13. Perd les objets nécessaires à son travail ou à ses activités.	0	1	2	3	
14. Laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.	0	1	2	3	
15. Est facilement distrait.	0	1	2	3	
16. A du mal à attendre son tour.	0	1	2	3	
17. A des oublis dans la vie quotidienne.	0	1	2	3	
18. Interrompt les autres ou impose sa présence.	0	1	2	3	

ADHD RS

Pathologique > 28

ADULT ADHD SELF-REPORT SCALE (ASRS-V1.1) SYMPTOM CHECKLIST

(version française - non validée)

<i>Veuillez répondre aux questions ci-dessous en évaluant vous-même chaque item, en utilisant l'échelle au côté droit de la page. Pour répondre à chaque question, inscrivez un X dans la colonne qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et la manière dont vous vous êtes conduit et à quelle fréquence au cours des 6 derniers mois. Remettez l'échelle d'auto-appréciation dûment remplie à votre professionnel de la santé pour en discuter avec lui lors du rendez-vous.</i>					
	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Partie A					
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?					
2. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?					
3. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
4. Lorsque vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?					
5. À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?					
6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?					

ASRS

Pathologique > 4 croix dans la zone ombrée