

Questionnaire de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 6 mois à 4 ans

Attention : Cet auto-questionnaire doit être rempli par l'enfant avec l'aide de ses parents si besoin. Il est destiné aux médecins d'UPNOS, qui s'en servira lors de l'établissement du rapport d'analyse de son enregistrement PSG.

Prénom de l'enfant :

Sexe : Garçon Fille

Nom de l'enfant :

Scolarité :

Taille (cm):

Notes en classe par rapport à la moyenne :

Poids (kg):

Au-dessus Au-dessous Moyenne

Date de naissance :

Nom et adresse du pédiatre :

Nom et adresse du médecin référent :

Quel est le motif principal de consultation ?

Ronflement Apnée Insomnie

Autre trouble du sommeil :

*Basez-vous sur les observations que vous avez pu faire durant les **6 derniers mois** et cochez les cases qui correspondent le mieux à ce que vous avez observé de votre enfant.*

	En semaine	En week-end
Heure approximative de coucher habituelle :h.....minh.....min

Heure approximative de lever matinal habituelle :h.....minh.....min
---	----------------	----------------

Combien de temps votre enfant dort-il approximativement pendant la JOURNEE (siestes) ?h.....minh.....min
--	----------------	----------------

Combien de temps votre enfant passe-t-il approximativement éveillé la NUIT ?h.....minh.....min
--	----------------	----------------

Combien de fois l'enfant se réveille-t-il la nuit ?

Que faites-vous ?

1. Combien d'heures l'enfant dort-il la plupart des nuits ?

- Plus de 9 hrs 8 à 9 hrs 7 à 8 hrs 5 à 7 hrs Moins de 5 hrs

2. Combien de temps après sa mise au lit l'enfant met-il habituellement pour s'endormir?

- Moins de 15 min 15-30 min 30-45 min 45-60 min Plus de 60 min

3. L'enfant va au lit avec réticence

- Jamais "Rarement 1 à 3 fois / mois" "Parfois 1 à 2 fois / semaine"
 "Souvent 3 à 5 fois / semaine" "Toujours / Tous les jours"

4. L'enfant a des difficultés à s'endormir

- Jamais "Rarement 1 à 3 fois / mois" "Parfois 1 à 2 fois / semaine"
 "Souvent 3 à 5 fois / semaine" "Toujours / Tous les jours"

5. L'enfant ressent de l'anxiété ou des peurs au moment de s'endormir

- Jamais "Rarement 1 à 3 fois / mois" "Parfois 1 à 2 fois / semaine"
 "Souvent 3 à 5 fois / semaine" "Toujours / Tous les jours"

6. Lorsque l'enfant s'endort, il semble vivre ses rêves

- Jamais "Rarement 1 à 3 fois / mois" "Parfois 1 à 2 fois / semaine"
 "Souvent 3 à 5 fois / semaine" "Toujours / Tous les jours"

7. L'enfant transpire excessivement à l'endormissement

- Jamais "Rarement 1 à 3 fois / mois" "Parfois 1 à 2 fois / semaine"
 "Souvent 3 à 5 fois / semaine" "Toujours / Tous les jours"

8. L'enfant se réveille plus de 2 fois par nuit

- Jamais "Rarement 1 à 3 fois / mois" "Parfois 1 à 2 fois / semaine"
 "Souvent 3 à 5 fois / semaine" "Toujours / Tous les jours"

9. L'enfant a des difficultés à s'endormir à nouveau après s'être réveillé dans la nuit

- Jamais "Rarement 1 à 3 fois / mois" "Parfois 1 à 2 fois / semaine"
 "Souvent 3 à 5 fois / semaine" "Toujours / Tous les jours"

10. Dans son sommeil, l'enfant a des mouvements brusques ou des secousses des jambes ou il change souvent de position durant la nuit ou encore il jette les couvertures au pied de son lit

- Jamais "Rarement 1 à 3 fois / mois" "Parfois 1 à 2 fois / semaine"
 "Souvent 3 à 5 fois / semaine" "Toujours / Tous les jours"

11. L'enfant a des difficultés à respirer durant la nuit

- Jamais "Rarement 1 à 3 fois / mois" "Parfois 1 à 2 fois / semaine"
 "Souvent 3 à 5 fois / semaine" "Toujours / Tous les jours"

12. L'enfant fait des pauses respiratoires ou cherche sa respiration pendant son sommeil

- Jamais "Rarement 1 à 3 fois / mois" "Parfois 1 à 2 fois / semaine"
 "Souvent 3 à 5 fois / semaine" "Toujours / Tous les jours"

13. L'enfant ronfle

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> "Rarement 1 à 3 fois / mois" | <input type="checkbox"/> "Parfois 1 à 2 fois / semaine" |
| <input type="checkbox"/> "Souvent 3 à 5 fois / semaine" | <input type="checkbox"/> "Toujours / Tous les jours" | |

14. L'enfant transpire excessivement pendant la nuit

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> "Rarement 1 à 3 fois / mois" | <input type="checkbox"/> "Parfois 1 à 2 fois / semaine" |
| <input type="checkbox"/> "Souvent 3 à 5 fois / semaine" | <input type="checkbox"/> "Toujours / Tous les jours" | |

15. Vous avez déjà entendu l'enfant parler dans son sommeil

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> "Rarement 1 à 3 fois / mois" | <input type="checkbox"/> "Parfois 1 à 2 fois / semaine" |
| <input type="checkbox"/> "Souvent 3 à 5 fois / semaine" | <input type="checkbox"/> "Toujours / Tous les jours" | |

16. L'enfant se réveille en hurlant ou est confus au point qu'il est impossible de l'approcher, mais il n'a aucun souvenir de ces événements le matin suivant

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> "Rarement 1 à 3 fois / mois" | <input type="checkbox"/> "Parfois 1 à 2 fois / semaine" |
| <input type="checkbox"/> "Souvent 3 à 5 fois / semaine" | <input type="checkbox"/> "Toujours / Tous les jours" | |

17. L'enfant fait des cauchemars dont il ne se rappelle pas le matin venu

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> "Rarement 1 à 3 fois / mois" | <input type="checkbox"/> "Parfois 1 à 2 fois / semaine" |
| <input type="checkbox"/> "Souvent 3 à 5 fois / semaine" | <input type="checkbox"/> "Toujours / Tous les jours" | |

18. L'enfant est difficile à réveiller le matin

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> "Rarement 1 à 3 fois / mois" | <input type="checkbox"/> "Parfois 1 à 2 fois / semaine" |
| <input type="checkbox"/> "Souvent 3 à 5 fois / semaine" | <input type="checkbox"/> "Toujours / Tous les jours" | |

19. L'enfant se réveille le matin en se sentant fatigué

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> "Rarement 1 à 3 fois / mois" | <input type="checkbox"/> "Parfois 1 à 2 fois / semaine" |
| <input type="checkbox"/> "Souvent 3 à 5 fois / semaine" | <input type="checkbox"/> "Toujours / Tous les jours" | |

20. L'enfant se sent incapable de bouger quand il se réveille le matin

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> "Rarement 1 à 3 fois / mois" | <input type="checkbox"/> "Parfois 1 à 2 fois / semaine" |
| <input type="checkbox"/> "Souvent 3 à 5 fois / semaine" | <input type="checkbox"/> "Toujours / Tous les jours" | |

21. L'enfant est somnolent durant la journée

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> "Rarement 1 à 3 fois / mois" | <input type="checkbox"/> "Parfois 1 à 2 fois / semaine" |
| <input type="checkbox"/> "Souvent 3 à 5 fois / semaine" | <input type="checkbox"/> "Toujours / Tous les jours" | |

22. L'enfant s'endort brutalement, de façon inattendue, à l'école ou lors de ses activités

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> "Rarement 1 à 3 fois / mois" | <input type="checkbox"/> "Parfois 1 à 2 fois / semaine" |
| <input type="checkbox"/> "Souvent 3 à 5 fois / semaine" | <input type="checkbox"/> "Toujours / Tous les jours" | |

Échelle d'hygiène du sommeil de l'enfant de 6 mois à 4 ans

Sleep Hygien Scale for Children (SHSC)

Répondre à l'ensemble des questions en vous basant sur vos habitudes.

Comment votre enfant s'endort-il en début de siestes ou en début de nuit ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 - L'enfant s'endort pendant l'allaitement* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2 - L'enfant s'endort en étant bercé* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3 - L'enfant s'endort dans un lit seul | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4 - L'enfant s'endort en étant porté* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| L'enfant dort-il sur le ventre la plupart du temps ?** | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Le même rituel de coucher est réalisé tous les soirs ?* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Au moment de l'endormissement de votre enfant ou s'il se réveille durant la nuit, quel comportement adoptez-vous ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 5 - Je sors l'enfant du lit et je le porte/le berce jusqu'à ce qu'il s'endorme* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6 - J'allaite l'enfant jusqu'à ce qu'il se rendorme* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7 - Je donne à l'enfant son doudou* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8 - J'amène l'enfant dans mon lit* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 9 - Je réconforte l'enfant verbalement mais je ne le sors pas de son lit* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 10 - Je chante une chanson ou berceuse à l'enfant* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je sors l'enfant du lit et l'y redépose alors qu'il est encore éveillé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je caresse l'enfant ou lui tapote le dos, mais sans le sortir du lit* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je change sa couche* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je laisse l'enfant pleurer et le laisse se rendormir tout seul | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| J'attends quelques minutes pour voir si l'enfant se rendort | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je joue avec l'enfant jusqu'à ce qu'il soit sur le point de se rendormir* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je regarde la télévision ou une vidéo avec l'enfant jusqu'à ce qu'il s'endorme* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je lui donne une tétine* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Je donne un traitement à l'enfant* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Ecrans : télévision, téléphone portable, dessins animés, jeux vidéo, ordinateurs

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 11 - Regarde-t-il souvent les écrans ?* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 12 - Écran après 16h* | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

* Une réponse positive à ces items reflète une mauvaise hygiène du sommeil

** Les enfants dormant sur le ventre ont plus de risque de souffrir de la mort subite du nourrisson


Lecuelle F et al. French validation of the sleep disturbance scale for children (SDSC) in young children (aged 6 months to 4 years). *Sleep Med.* 2020

Antécédents et traitements en cours

Prenez-vous des médicaments pour dormir (hypnotiques ou somnifères) ?

Jamais Rarement Souvent Toujours

Précisez pour chacun de ces traitements la quantité (nombre de comprimés) et la fréquence :



.....

.....


.....



Prenez-vous des médicaments autres que des hypnotiques ou des somnifères ?

Jamais Rarement Souvent Toujours

Précisez pour chacun de ces traitements la quantité (nombre de comprimés) et la fréquence :



.....

.....

.....



Veillez préciser vos antécédents médico-chirurgicaux

Antécédents ORL :

Avez-vous été opéré :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Des amygdales | <input type="checkbox"/> D'une cautérisation de cornets oui non |
| <input type="checkbox"/> Des végétations | <input type="checkbox"/> Des sinus oui non |
| <input type="checkbox"/> Du voile du palais | <input type="checkbox"/> Autre :
..... |
| <input type="checkbox"/> D'une déviation de cloison nasale oui non | |

Autres antécédents :

Présentez-vous ou avez-vous présenté ou eu :

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| • Une hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Un angor ou un infarctus du myocarde | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Des troubles du rythme cardiaque | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Un accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Un traumatisme crânien | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Avec perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Sans perte de connaissance | |
| • Une épilepsie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Une insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Un asthme | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Une bronchite chronique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Un épisode de dépression | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Un diabète | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Une hypercholestérolémie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Une hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Un reflux gastro-œsophagien | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Un ulcère gastrique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Une opération des varices | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Un traitement orthodontique avec extraction dentaire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Un traitement orthodontique (bagues, disjoncteur) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Des douleurs au niveau des mâchoires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Une luxation de la mâchoire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Des gouttières pour des grincements de dents | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Des passages aux urgences pour des raisons non citées ci-dessus | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Autres maladies (génétiques, neurologiques) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, laquelle.....

- Autre :

.....
.....
.....