

Echelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16 ans

Prénom :

Date de naissance: Taille :

Nom :

Sexe : Garçon Fille

Poids :

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. Merci de répondre à toutes les questions en entourant les nombres, demandés à tes parents si tu ne sais pas répondre à certaines questions.

	Plus de 9h	8h à 9h	7h à 8h	5h à 7h	Moins de 5h	A	B	C	D	E
1. Combien d'heures dors-tu la plupart des nuits ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
	Moins de 15 min	15-30 min	30-45 min	45-60 min	Plus de 60 min					
2. Combien de temps après ta mise au lit mets-tu habituellement pour t'endormir? Ou combien de temps mets-tu à trouver le sommeil ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
	Jamais	Rarement 1 à 3 fois / mois	Parfois 1 à 2 fois / semaine	Souvent 3 à 5 fois / semaine	Toujours Tous les jours					
3. Aimes-tu aller au lit pour dormir ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
4. As-tu des difficultés à t'endormir ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
5. Ressens-tu de l'anxiété ou des peurs au moment de t'endormir ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
6. Au moment où tu t'endors, as-tu l'impression de vivre tes rêves ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
7. Transpires-tu lorsque tu t'endors ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
8. Est-ce que tu te réveilles plus de 2 fois par nuit ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
9. Est-ce que tu as des difficultés à t'endormir après t'être réveillé la nuit ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
10. As-tu un sommeil agité : des mouvements brusques ou des secousses des jambes ou souvent des changements de position durant la nuit ou encore jettes-tu les couvertures au pied de ton lit ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
11. As-tu des difficultés à respirer durant la nuit ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
12. Fais-tu des pauses respiratoires ou cherches-tu ta respiration pendant ton sommeil ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
13. Est-ce que tu ronfles?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
14. Est-ce que tu transpires beaucoup pendant la nuit ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
15. As-tu déjà eu un épisode de somnambulisme (te lever et déambuler pendant ton sommeil) ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
16. Parles-tu ou cries-tu dans ton sommeil ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
17. Grinces-tu des dents pendant ton sommeil ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
18. Est-ce que tes parents t'ont dit que tu as eu des épisodes de terreurs nocturnes (se réveiller en hurlant ou être confus au point qu'il est impossible de t'approcher, mais dont tu n'as aucun souvenir de ces événements le matin suivant) ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
19. Est-ce que tu as déjà fait des cauchemars ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
20. As-tu des difficultés à te réveiller le matin ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
21. Te réveilles tu fatigué le matin ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
22. Te sens-tu incapable de bouger alors que tu es réveillé le matin ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
23. Es-tu somnolent la journée ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
24. T'endors-tu brutalement, de façon inattendue à l'école ou lors de tes activités ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
25. As-tu une perte de tonus musculaire au rire pouvant causer une chute ou un affaissement du corps ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
Trouble de l'initiation ou du maintien du sommeil (somme des scores des items 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9)										
Parasomnie (somme des scores des items 6, 10, 15, 16, 17, 18, 19)										
Somnolence diurne excessive (somme des scores des items 23, 24, 25)										
Trouble respiratoire du sommeil (somme des scores des items 7, 11, 12, 13, 14)										
Sommeil non réparateur (somme des scores des items 20, 21, 22)										
Score total (somme des 5 facteurs)										

Facteurs	Sommes	Scores	Seuils	Moyenne	Ecart-type	Q1 et Q3	A	B	C	D	E
Troubles du sommeil	1 à 25 (sur 125)	.....	>45 <input type="checkbox"/>	38	8,8	32-44					
A. Insomnies	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9 (sur 35)	.....	>21 <input type="checkbox"/>	12	4,2	9-14					
B. Parasomnies	6, 10, 15, 16, 17, 18, 19 (sur 35)	.....	>17 <input type="checkbox"/>	10	3	8-12					
C. Problèmes respiratoires	7, 11, 12, 13, 14 (sur 25)	.....	>12 <input type="checkbox"/>	6	2,4	5-8					
D. Sommeil non réparateur	20, 21, 22 (sur 15)	.....	>11 <input type="checkbox"/>	5	2,5	4-7					
E. Somnolence diurne excessive	23, 24, 25 (sur 15)	.....	>5 <input type="checkbox"/>	3	0,8	3-3					

Ces scores ne peuvent en aucun cas remplacer le diagnostic d'un spécialiste du sommeil. Si scores A, C ou E > seuils, consultez un spécialiste.