

Sommeil et respiration de votre enfant

Questionnaire familial avant le premier contact

À remplir à la maison AVANT le premier contact d'évaluation avec le cabinet, y compris si le premier rendez-vous est avec Juliette, notre assistante médicale.

Merci de préparer ce dossier dès la prise de rendez-vous. Il permettra à Juliette de reprendre vos réponses, de repérer les besoins de votre enfant et de préparer la consultation avec le Dr ACHARD.

Comment remplir le dossier

Complétez les pages 1 à 5, puis une seule échelle selon l'âge :

- De 6 mois à moins de 4 ans : pages 6 et 7.
- De 4 à 16 ans : pages 8 et 9. Avant 6 mois ou au-delà de 16 ans, le cabinet choisira un outil adapté.

Prévoyez environ 20 à 30 minutes, en plusieurs fois si besoin. Cochez les réponses et notez des exemples. Écrivez « je ne sais pas » ou « à en parler » si nécessaire.

Le dossier est à préparer avant de rencontrer Juliette, et pas seulement avant le rendez-vous médical. Apportez-le complété au premier rendez-vous, ou transmettez-le auparavant par le canal indiqué par le cabinet. Si vous avez besoin d'aide, signalez-le au secrétariat ; un dossier incomplet ne doit pas retarder des soins nécessaires.

Votre enfant et les personnes à contacter

Nom et prénom :

Né(e) le : Âge : Date du questionnaire :

Personne qui remplit le dossier et lien avec l'enfant :

Téléphone à privilégier : Autre contact autorisé :

Médecin habituel : Classe ou mode de garde :

Langue parlée à la maison : Besoin d'aide pour lire : ☐ Oui ☐ Non

Premier rendez-vous : Avec : ☐ Juliette ☐ Dr ACHARD ☐ Autre

Votre demande en quelques mots

Qui a conseillé ce bilan ? ☐ Famille ☐ Médecin ☐ École ☐ Dentiste ☐ Autre :

Qu'est-ce qui vous inquiète le plus ? Depuis quand ?

.....

Qu'aimeriez-vous améliorer en premier ?

.....

Si votre enfant respire très difficilement, devient bleu ou gris, fait un malaise ou ne répond pas normalement : appelez le 15 ou le 112. N'attendez pas le rendez-vous et ne perdez pas de temps à filmer.

1 Sa santé et les antécédents familiaux

Nom de l'enfant :

Cochez les situations connues. Précisez les dates si possible. Une case non cochée ne signifie pas forcément « non » : Juliette vérifiera avec vous.

Depuis la naissance

- ☐ Aucun problème connu ☐ Je ne sais pas
- ☐ Naissance prématurée : à semaines de grossesse ☐ Hospitalisation à la naissance
- ☐ Difficultés pour grandir ou prendre du poids ☐ Prise de poids importante
- ☐ Asthme / sifflements respiratoires ☐ Allergies connues :
- ☐ Eczéma ☐ Nez bouché longtemps ☐ Otites fréquentes / liquide derrière le tympan
- ☐ Difficultés d'audition ☐ Angines fréquentes ☐ Reflux / régurgitations gênantes
- ☐ Trouble du développement ou des apprentissages ☐ TDAH déjà diagnostiqué
- ☐ Maladie du cœur / des poumons / des muscles ☐ Trisomie 21
- ☐ Particularité du visage ou de la mâchoire ☐ Autre maladie :
- Précisions, opérations et hospitalisations :

Amygdales ou végétations opérées ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas Année :

Examens du sommeil déjà faits ? ☐ Non ☐ Oui Résultat / date :

Derniers poids / taille si connus : kg / cm Mesurés le :

Traitements et professionnels déjà consultés

Médicaments, sprays nasaux, compléments ou vitamines, avec les doses si connues :

.....

Ce qui a déjà été essayé et son effet :

- ☐ ORL ☐ Pédiatre ☐ Allergologue ☐ Pneumologue ☐ Orthodontiste ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Orthophoniste ☐ Psychologue ☐ Autre :

Noms / dates / suivis en cours :

Dans la famille proche

Pour chaque ligne, cochez et précisez **qui** : parent, frère, sœur, grand-parent...

Apnées du sommeil / appareil pour dormir : ☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Qui ?

Gros ronflements / obstruction pendant le sommeil : ☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Allergies : ☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Qui / lesquelles ?

Asthme : ☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Qui ?

Besoin de bouger les jambes le soir : ☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu Qui ?

Autre élément familial utile :

2 Sa respiration et les effets dans la journée

Nom de l'enfant :

Pensez aux quatre dernières semaines. Si elles étaient inhabituelles, précisez :

☐ Rhume ☐ Vacances ☐ Nouveau traitement ☐ Autre :

Ce que vous observez la nuit

Entendez-vous votre enfant respirer pendant son sommeil, même sans ronflement ?

☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas

Si oui : ☐ Près de lui ☐ À distance / depuis une autre pièce Fréquence : nuits/semaine

Ronfle-t-il ? ☐ Jamais ☐ 1–2 nuits/semaine ☐ 3–4 ☐ 5–7 ☐ Je ne sais pas

Respiration audible hors rhume ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas

Ronflement hors rhume ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas

Pour les lignes suivantes : **N = non ; O = oui ; ? = je ne sais pas.**

Pauses respiratoires, puis reprise bruyante ou halètement..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Efforts pour respirer, poitrine qui se creuse..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Bouche ouverte ou tête très rejetée en arrière..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Sommeil très agité, sueurs importantes ou réveils répétés..... ☐ N ☐ O ☐ ?

A déjà bleui, fait un malaise ou été anormalement difficile à réveiller pendant un épisode respiratoire..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Si oui à cette dernière ligne : appelez le cabinet dès aujourd'hui pour un avis médical, même si l'épisode est terminé. Si les signes sont présents maintenant : 15 / 112.

Décrivez les épisodes : depuis quand, fréquence, aggravation récente, durée estimée.

.....

Ce que vous observez dans la journée

Réveil difficile, fatigue ou maux de tête au réveil..... ☐ N ☐ O ☐ ?

S'endort sans le vouloir à l'école, au repas ou en activité..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Irritabilité, agitation ou difficultés d'attention..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Difficultés à apprendre ou baisse des résultats scolaires..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Moins d'envie de jouer / faire du sport, gêne à l'effort..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Pipi au lit après 5 ans ou réapparu après une période sèche..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Exemple concret et ce qui gêne le plus :

.....

Son nez sa bouche et d'autres signes utiles

Nez souvent bouché même sans rhume..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Éternuements, nez / yeux qui grattent, écoulement clair..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Gêne saisonnière / avec animaux / poussière ?

Respire par la bouche le jour, ferme difficilement les lèvres..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Difficultés à mâcher / avaler, dents ou mâchoire gênantes..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Gêne des jambes au repos le soir, soulagée en bougeant..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Endormissements soudains ou faiblesse des muscles en riant..... ☐ N ☐ O ☐ ?

Autres signes ou précisions :

3 Ses habitudes l'école et la vie de famille

Nom de l'enfant :

Une journée habituelle

Jours d'école / de garde : au lit à ; endormi vers ; réveillé à

Jours sans école : au lit à ; endormi vers ; réveillé à

Siestes : ☐ Non ☐ Oui Heure / durée : Réveils nocturnes : / nuit

Pour s'endormir, a-t-il besoin d'un parent ? ☐ Non ☐ Oui Précisez :

Dort : ☐ Dans son lit ☐ Avec un parent ☐ Dans une chambre partagée ☐ Autre :

Écrans le soir : ☐ Non ☐ Oui Arrêt vers : Écran dans la chambre : ☐ Non ☐ Oui

Activité physique / temps dehors :

Chez l'adolescent : café, thé, boissons énergisantes, tabac / vapotage :

Pouce ou tétine : ☐ Non ☐ Oui Quand ? Difficultés alimentaires :

À l'école à la crèche ou chez l'assistante maternelle

Ce que les adultes ont remarqué :

.....

☐ Aucun problème signalé ☐ Fatigue ☐ Agitation ☐ Inattention ☐ Apprentissages

☐ Retards / absences ☐ Relations difficiles avec les autres ☐ Autre :

Depuis quand ? Changement récent ?

Aides déjà en place, si concerné : ☐ PAI ☐ PAP ☐ AESH ☐ Autre :

Compte rendu scolaire utile disponible ? ☐ Non ☐ Oui À apporter si vous le souhaitez.

À la maison

L'enfant vit : ☐ Dans un foyer ☐ Dans deux foyers ☐ Autre organisation :

Qui observe son sommeil ?

Son sommeil change-t-il selon le lieu ou la personne ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas

Si oui, qu'est-ce qui change ?

Fumée de tabac / vapotage dans son environnement : ☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas

Humidité / moisissures à la maison : ☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas

Animaux : ☐ Non ☐ Oui Lesquels / accès à la chambre ?

Un événement ou une inquiétude perturbe-t-il son sommeil ?

☐ Non ☐ Oui ☐ Je préfère en parler au rendez-vous

Retentissement sur la famille : ☐ Fatigue ☐ Inquiétude ☐ Sommeil des proches perturbé

☐ Difficulté à organiser les rendez-vous ☐ Autre :

Besoin d'aide particulier pour la suite :

La parole de l'enfant

Avec ses mots, ce qui le gêne ou ce qu'il voudrait nous dire :

.....

4 Les échelles et la préparation du rendez vous

Une seule échelle de sommeil à remplir

De 6 mois à moins de 4 ans : pages 6 et 7. À partir de 4 ans et jusqu'à 16 ans : pages 8 et 9. Avant 6 mois ou au-delà de 16 ans, laissez ces pages vides : l'équipe choisira un outil adapté. À 4 ans, notre dossier utilise la version 4–16 ans.

Les échelles suivantes reprennent les questions des fiches diffusées par les Ateliers d'Arcachon. Suivez leurs consignes, qui portent sur les **six derniers mois** ; si votre enfant est plus jeune ou si les troubles sont récents, indiquez-le à Juliette. Vous n'avez pas à calculer les scores. Si une question est difficile ou ne s'applique pas, signalez-le sans inventer une réponse.

Somnolence et comportement à partir de 4 ans

Le formulaire **Conners et ESEA** d'Arcachon complète l'exploration du comportement et de la tendance à s'endormir. L'ESEA se remplit avec l'enfant. Ce n'est pas un diagnostic de TDAH ni une mesure de gravité des apnées.

Ouvrir le formulaire officiel **Conners et ESEA**

Si possible, complétez aussi cette feuille à la maison, avant le premier rendez-vous avec Juliette, puis apportez-la. Sinon, Juliette vous la proposera au cabinet. **Son absence ne bloque pas le rendez-vous.**

Observer sans perturber son sommeil

Si vous le pouvez, faites 1 ou 2 vidéos de 30 à 60 secondes pendant un épisode habituel. Gardez le son, le visage de profil et les mouvements du thorax visibles, avec l'enfant habillé. Notez l'heure, sa position et s'il est enrhumé.

Ne provoquez pas d'épisode, ne bouchez pas le nez, ne fermez pas sa bouche et ne secouez jamais l'enfant. Ne laissez pas de téléphone ni de cordon dans son lit. Une vidéo normale n'exclut pas un trouble. Les signes d'urgence priment toujours sur la vidéo.

Gardez les vidéos sur votre téléphone pour les montrer au rendez-vous, ou utilisez uniquement le canal sécurisé indiqué par le cabinet.

Quelques nuits si vous en avez le temps

Cette observation est facultative. Elle ne doit pas retarder une consultation.

Date : Endormi vers : Réveil : Respiration / remarques :

Date : Endormi vers : Réveil : Respiration / remarques :

Date : Endormi vers : Réveil : Respiration / remarques :

À préparer avant le premier contact avec Juliette

- ☐ Ce dossier ☐ L'échelle selon l'âge ☐ Le carnet de santé ☐ Les ordonnances en cours
- ☐ Les comptes rendus disponibles : ORL, allergologie, orthodontie, sommeil...
- ☐ Les vidéos si disponibles ☐ Vos questions, même si elles semblent sans rapport

En attendant : gardez des horaires aussi réguliers que possible, préservez un temps calme avant le coucher et un environnement sans fumée. Aucun nouveau médicament ni complément n'est demandé par ce dossier.

Échelle A de 6 mois à moins de 4 ans

Partie 1 sur 2 • À remplir avant le premier contact avec Juliette

Nom et prénom : Date :

Date de naissance : Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille Taille : Poids :

Pour répondre à ce questionnaire, basez-vous sur les observations que vous avez pu faire durant les six derniers mois et cochez les cases qui correspondent le mieux à ce que vous avez observé de votre enfant. Merci de répondre à toutes les questions en remplissant les lignes ou en entourant les nombres.

Rythme habituel	En semaine	En week-end
Heure approximative de coucher habituelle	 h min	 h min
Heure approximative de lever matinal habituelle	 h min	 h min
Combien de temps votre enfant dort-il approximativement pendant la JOURNÉE (siestes) ?	 h min	 h min
Combien de temps votre enfant passe-t-il approximativement éveillé la NUIT ?	 h min	 h 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 h (1) ☐ 8 h à 9 h (2) ☐ 7 h à 8 h (3) ☐ 5 h à 7 h (4) ☐ Moins de 5 h (5)

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

☐ Moins de 15 min (1) ☐ 15–30 min (2) ☐ 30–45 min (3) ☐ 45–60 min (4) ☐ Plus de 60 min (5)

Situation observée	Jamais 1	Rarement 1 à 3 fois / mois 2	Parfois 1 à 2 fois / semaine 3	Souvent 3 à 5 fois / semaine 4	Toujours Tous les jours 5
3. L'enfant va au lit avec réticence	1	2	3	4	5
4. L'enfant a des difficultés à s'endormir	1	2	3	4	5
5. L'enfant ressent de l'anxiété ou des peurs au moment de s'endormir	1	2	3	4	5
6. Lorsque l'enfant s'endort, il semble vivre ses rêves	1	2	3	4	5
7. L'enfant transpire excessivement à l'endormissement	1	2	3	4	5
8. L'enfant se réveille plus de 2 fois par nuit	1	2	3	4	5
9. L'enfant a des difficultés à s'endormir à nouveau après s'être réveillé dans la nuit	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5

Source : Ateliers d'Arcachon — échelle de dépistage

Échelle A de 6 mois à moins de 4 ans

Partie 2 sur 2 • À remplir avant le premier contact avec Juliette

Nom et prénom : Date :

Poursuivez en pensant aux six derniers mois. Entourez un seul nombre par ligne.

Situation observée	Jamais 1	Rarement 1 à 3 fois / mois 2	Parfois 1 à 2 fois / semaine 3	Souvent 3 à 5 fois / semaine 4	Toujours Tous les jours 5
11. L'enfant a des difficultés à respirer durant la nuit	1	2	3	4	5
12. L'enfant fait des pauses respiratoires ou cherche sa respiration pendant son sommeil	1	2	3	4	5
13. L'enfant ronfle	1	2	3	4	5
14. L'enfant transpire excessivement pendant la nuit	1	2	3	4	5
15. Vous avez déjà entendu l'enfant parler dans son sommeil	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
17. L'enfant fait des cauchemars dont il ne se rappelle pas le matin venu	1	2	3	4	5
18. L'enfant est difficile à réveiller le matin	1	2	3	4	5
19. L'enfant se réveille le matin en se sentant fatigué	1	2	3	4	5
20. L'enfant se sent incapable de bouger quand il se réveille le matin	1	2	3	4	5
21. L'enfant est somnolent durant la journée	1	2	3	4	5
22. L'enfant s'endort brutalement, de façon inattendue, à l'école ou lors de ses activités	1	2	3	4	5

Source : Ateliers d'Arcachon — échelle de dépistage

Vous n'avez pas à calculer de score. L'équipe reprendra les réponses avec vous.

Échelle B de 4 à 16 ans

Partie 1 sur 2 • À remplir avant le premier contact avec Juliette

Nom et prénom : Date :

Date de naissance : Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille Taille : Poids :

Pour répondre à ce questionnaire, basez-vous sur les observations que vous avez pu faire durant les six derniers mois et cochez les cases qui correspondent le mieux à ce que vous avez observé de votre enfant. Merci de répondre à toutes les questions en remplissant les lignes ou en entourant les nombres.

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

☐ Plus de 9 h (1) ☐ 8 h à 9 h (2) ☐ 7 h à 8 h (3) ☐ 5 h à 7 h (4) ☐ Moins de 5 h (5)

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

☐ Moins de 15 min (1) ☐ 15–30 min (2) ☐ 30–45 min (3) ☐ 45–60 min (4) ☐ Plus de 60 min (5)

Situation observée	Jamais 1	Rarement 1 à 3 fois / mois 2	Parfois 1 à 2 fois / semaine 3	Souvent 3 à 5 fois / semaine 4	Toujours Tous les jours 5
3. L'enfant va au lit avec réticence	1	2	3	4	5
4. L'enfant a des difficultés à s'endormir	1	2	3	4	5
5. L'enfant ressent de l'anxiété ou des peurs au moment de s'endormir	1	2	3	4	5
6. Lorsque l'enfant s'endort, il semble vivre ses rêves	1	2	3	4	5
7. L'enfant transpire excessivement à l'endormissement	1	2	3	4	5
8. L'enfant se réveille plus de 2 fois par nuit	1	2	3	4	5
9. L'enfant a des difficultés à s'endormir à nouveau après s'être réveillé dans la nuit	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
11. L'enfant a des difficultés à respirer durant la nuit	1	2	3	4	5
12. L'enfant fait des pauses respiratoires ou cherche sa respiration pendant son sommeil	1	2	3	4	5
13. L'enfant ronfle	1	2	3	4	5

Source : Ateliers d'Arcachon — échelle de dépistage

Échelle B de 4 à 16 ans

Partie 2 sur 2 • À remplir avant le premier contact avec Juliette

Nom et prénom : Date :

Poursuivez en pensant aux six derniers mois. Entourez un seul nombre par ligne.

Situation observée	Jamais 1	Rarement 1 à 3 fois / mois 2	Parfois 1 à 2 fois / semaine 3	Souvent 3 à 5 fois / semaine 4	Toujours Tous les jours 5
14. L'enfant transpire excessivement pendant la nuit	1	2	3	4	5
15. Vous avez assisté à un épisode de somnambulisme de l'enfant (il se lève et déambule pendant son sommeil)	1	2	3	4	5
16. Vous avez déjà entendu l'enfant parler dans son sommeil	1	2	3	4	5
17. L'enfant grince des dents pendant son sommeil	1	2	3	4	5
18. 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	1	2	3	4	5
19. L'enfant fait des cauchemars dont il ne se rappelle pas le matin venu	1	2	3	4	5
20. L'enfant est difficile à réveiller le matin	1	2	3	4	5
21. L'enfant se réveille le matin en se sentant fatigué	1	2	3	4	5
22. L'enfant se sent incapable de bouger quand il se réveille le matin	1	2	3	4	5
23. L'enfant est somnolent durant la journée	1	2	3	4	5
24. L'enfant s'endort brutalement, de façon inattendue, à l'école ou lors de ses activités	1	2	3	4	5
25. Lorsque l'enfant rit, il a une perte de tonus musculaire qui peut entraîner un affaissement du corps ou une chute	1	2	3	4	5

Source : Ateliers d'Arcachon — échelle de dépistage

Vous n'avez pas à calculer de score. L'équipe reprendra les réponses avec vous.