

# QUESTIONNAIRE SUR LES HABITUDES DE SOMMEIL DES ENFANTS

Traduit et adapté de Owens et al. 2000

Par Geneviève Forest, Ph.D. et Kim Mercier, B.Sc. 2015

Voici des questions qui portent sur les habitudes de sommeil de votre enfant et sur des difficultés possibles qu'il peut avoir avec son sommeil. Répondez à chacune des questions du mieux que vous pouvez, en repensant à ce qui s'est passé durant la dernière semaine. Si la dernière semaine a été inhabituelle pour une raison spécifique (tel qu'une infection d'oreille de votre enfant ou si vous étiez en vacances), choisissez ce qui arrive habituellement.

Pour la plupart des questions, choisissez « **souvent** » si un comportement arrive 5 À 7 fois par semaine, « **parfois** » s'il arrive 2 à 4 fois par semaine et « **rarement** » si c'est un comportement qui n'est jamais arrivé ou un comportement que vous avez observé au maximum une fois dans la semaine. Indiquez aussi si vous pensez que ce comportement est un problème en entourant « oui » ou « non » ou « ne s'applique pas » (na).

## I. COUCHER

1. Votre enfant s'est couché à quelle heure le soir habituellement? \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_ minutes

2. Combien de temps a-t-il pris pour s'endormir le soir ?

a. Nombre de minutes environ : \_\_\_\_\_ minutes

b. Mon enfant tombe endormi avant que j'aie à le coucher ☐

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 rarement (0-1)	Problème ?		
3. L'enfant se couche à la même heure à chaque soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
4. L'enfant s'endort en moins de 20 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
5. L'enfant s'endort :						
a. dans son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
b. sur le sofa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
c. dans le lit de ses parents, d'un frère ou d'une sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
d. ailleurs (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
6. L'enfant s'endort en se balançant ou à l'aide de mouvements rythmiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 Rarement (0-1)	Problème?		
7. L'enfant a besoin d'un objet spécial pour s'endormir (poupée, toutou, doudou, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
8. L'enfant a besoin de la présence de ses parents dans la chambre pour s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
9. L'enfant est prêt à aller au lit au moment du coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
10. L'enfant refuse d'aller au lit au moment du coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
11. L'enfant éprouve de la difficulté au moment du coucher (pleure, refuse de rester coucher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
12. L'enfant a peur de dormir dans le noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
13. L'enfant a peur de dormir seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
14. L'enfant a la même routine avant de se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

## 2. CARACTÉRISTIQUES DU SOMMEIL

15. Combien d'heures de sommeil a-t-il eues par nuit la semaine et la fin de semaine (cela peut être différent du nombre d'heures passées au lit)?

a. Heures de sommeil par nuit la semaine : \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_ minutes

b. Heures de sommeil par nuit la fin de semaine : \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_ minutes

16. Quelles ont été les habitudes de siestes de votre enfant?

a. Mon enfant fait environ \_\_\_\_\_ (spécifiez le nombre de siestes par jour)

b. Ses siestes durent environ \_\_\_\_min./ \_\_\_\_min./ \_\_\_\_min. (spécifiez la durée de chaque sieste en minutes)

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 Rarement (0-1)	Problème?		
17. L'enfant ne dort pas suffisamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
18. L'enfant dort trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
19. L'enfant dort suffisamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
20. L'enfant dort environ la même quantité de sommeil chaque jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
21. L'enfant mouille son lit la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
22. L'enfant parle durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
23. L'enfant est agité et bouge beaucoup pendant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
24. L'enfant est somnambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
25. L'enfant se déplace dans le lit d'une autre personne durant la nuit (parents, frère, sœur, etc.), ou ailleurs (si ailleurs, indiquer OU _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
26. L'enfant se plaint de douleurs pendant le sommeil. (si oui, indiquez OU _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
27. L'enfant grince des dents durant son sommeil (le dentiste peut vous en avoir parlé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
28. L'enfant ronfle bruyamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
29. L'enfant semble arrêter de respirer durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
30. L'enfant grogne ou halète durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
31. L'enfant éprouve de la difficulté à dormir ailleurs qu'à la maison (visite chez des parents, en vacances)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
32. L'enfant se plaint d'avoir de la difficulté à dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
33. L'enfant se réveille durant la nuit en criant, est en sueur et est inconsolable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
34. L'enfant se réveille la nuit à cause d'un rêve effrayant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

### 3. ÉVEILS NOCTURNES

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 Rarement (0-1)	Problème?		
35. Combien de fois s'éveille-t-il la nuit environ? _____						
a. S'il se réveille la nuit, en combien de temps se rendort-il habituellement? _____ minutes						
36. L'enfant se réveille à une seule occasion durant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui	non	na
37. L'enfant se réveille à plus d'une reprise durant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
38. L'enfant se rendort seul après s'être réveillé la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

### 4. ÉVEILS MATINAUX

**39.** À quelle heure votre enfant s'est-il habituellement levé le matin la semaine et la fin de semaine?

a. Heure habituelle du lever la semaine : \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_ minutes

b. Heure habituelle du lever la fin de semaine : \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_ minutes

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 rarement (0-1)	Problème?		
40. L'enfant se réveille par lui/elle-même le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
41. L'enfant se réveille avec un réveille-matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
42. L'enfant se réveille de mauvaise humeur le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
43. Les adultes ou d'autres membres de la famille réveillent l'enfant le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
44. L'enfant a de la difficulté à sortir du lit le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
45. Il faut un long moment à l'enfant pour devenir alerte le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
46. L'enfant se réveille très tôt le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
47. L'enfant a un bon appétit le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

### 5. SOMNOLENCE DIURNE

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 rarement (0-1)	Problème?		
48. L'enfant fait des siestes durant la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
49. L'enfant tombe soudainement endormi au milieu d'une activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
50. L'enfant a l'air fatigué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

Dans la dernière semaine, veuillez indiquer si votre enfant vous est apparu très somnolent ou est tombé endormi au cours des activités suivantes : \_\_\_\_\_

	1 pas fatigué	2 très fatigué	3 tombe endormi
51. En jouant seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. En regardant la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. En se promenant en voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. En mangeant un repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Le questionnaire est rempli par : ☐ mère ☐ père ☐ autre (précisez) \_\_\_\_\_

Date où le questionnaire est rempli : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

Âge de l'enfant \_\_\_\_\_ ans \_\_\_\_\_ mois

Sexe de l'enfant : ☐ garçon ☐ fille

Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_ ☐ na

☐ Diagnostic(s) secondaire(s) : \_\_\_\_\_ ☐ na

## COTATION

Accordez 1 point aux questions répondues « **rarement** », 2 points aux questions répondues « **parfois** » et 3 points aux questions répondues « **souvent** » sauf pour 6 questions qui sont inversées. Le numéro de ces questions est entre parenthèses. Pour ces questions inversées, vous devez donc accorder 1 point aux questions répondues « **souvent** », 2 points aux questions répondues « **parfois** » et 3 points aux questions répondues « **rarement** ».

## 7. RÉSISTANCE AU COUCHER

questions	(3)	(5a)	5c	8	11	13	total
Points							

## 8. ENDORMISSEMENT

question	(4)	total
Points		

## 9. MANQUE DE SOMMEIL

questions	17	(19)	(20)	total
Points				

## 10. ANXIÉTÉ FACE AU SOMMEIL

questions	8	12	13	31	total
Points					

## 11. ÉVEILS NOCTURNES

questions	25	36	37	total
Points				

## 12. PARASOMNIES

questions	21	22	23	24	27	33	34	total
Points								

## 13. DÉSORDRES RESPIRATOIRES DURANT LE SOMMEIL

questions	28	29	30	total
Points				

## 14. SOMNOLENCE DIURNE

questions	(40)	42	43	44	45	50	52	53	total
Points									

Source : Owens *et al.* (2000)