

# Equipe de Soins Pluridisciplinaire Enfant Adolescent Sommeil « ESPEAS»

Dr Annick Andrieux, Dr Emilie Denechère,

Mme Méryl Manoukian, Mme Aurélie Cachen, Mme Aurélie Marcou, Mme Muriel Popov

## Exploration des Troubles du Sommeil de l'enfant



Nom et prénom du parent 1 : .....

Nom et prénom du parent 2 : .....

**Enfant :**

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **Date de naissance :** ...../...../..... En classe de .....

Adresse : .....

Mail : ..... Téléphone : .....

Méd Traitant : ..... Pédiatre : .....

Madame, Monsieur,

Vous ou votre médecin avez sollicité une consultation spécialisée « **trouble du sommeil** » pour votre enfant. Chez l'enfant et l'adolescent, les troubles du sommeil sont souvent complexes et multifactoriels. Afin d'optimiser un accompagnement personnalisé et une prise en charge dans les meilleurs délais, nous vous proposons un parcours de soin innovant qui a pour objectif de réduire le temps de prise en charge des enfants face à l'importante demande de consultations sommeil, au sein de notre équipe pluridisciplinaire :

Une pneumo-pédiatre spécialiste du sommeil de l'enfant **Dr Annick ANDRIEUX**, une pédopsychiatre spécialiste du sommeil de l'enfant **Dr Emilie DENECHERE**, une Kinésithérapeute spécialiste de la rééducation oro-myo-faciale Mme **Méryl MANOUKIAN**, une infirmière de coordination des soins Mme **Muriel POPOV**, deux puéricultrices spécialisées «éducation sommeil » Mme **Aurélie CACHEN** et Mme **Aurélie MARCOU** D'autres professionnels de santé, faisant également partie du REPSOME Gironde tels que médecins ORL, orthodontistes ou pédo-dentistes, orthophonistes, ergothérapeutes, etc...pourront vous être conseillés par l'équipe.

**Ce parcours de soin spécialisé est le fruit d'une mise en commun des compétences spécifiques de chaque professionnel de santé impliqué dans la prise en charge GLOBALE des troubles du sommeil de l'enfant.** Nous vous invitons à la plus grande prudence quant aux consultations des « coach sommeil » que vous pouvez trouver sur Internet.

**Veillez noter qu'aucun RDV ne sera donné sans retour du Questionnaire Sommeil complété intégralement.** Nous vous remercions d'avoir pris connaissance de notre organisation et sollicitons votre compréhension face au délai d'attente.

**Prenez le temps de regarder votre enfant dormir, afin de pouvoir répondre consciencieusement au questionnaire qui suit.**

Cochez les cases qui correspondent au quotidien de votre enfant. Le dernier questionnaire intitulé « Echelle de somnolence adaptée à l'enfant et à l'adolescent » doit être complété avec la participation de votre enfant (à partir de 4 ans).

**Si vous en avez la possibilité, essayez de filmer votre enfant pendant son sommeil des cheveux jusqu'au nombril avec votre téléphone portable afin de pouvoir le montrer au médecin.** Merci de venir en consultation avec tous les documents santé de votre enfant ( compte rendus, bilan sang, ordonnances,examens réalisés.. )

## 1/ INFORMATIONS pour la consultation

### Quel est le motif principal de la demande de consultation sommeil pour votre enfant

- Difficultés d'endormissement, à mettre en place un rituel sommeil, éveils nocturnes chez les moins de 4 ans (trouble comportemental du sommeil suspecté)
- suspicion d'apnées du sommeil (ronflement, fatigue au réveil, difficultés scolaires, énurésie ...)
- insomnie (difficultés à s'endormir, éveils nocturnes prolongés, temps de sommeil trop court)
- Autre motif, préciser : .....

Quel professionnel de santé / personne de votre entourage vous a orienté vers cette consultation ?  
Si professionnel de santé, merci d'indiquer son nom et son statut (médecin, kinésithérapeute, orthophoniste, dentiste, etc...) .....

## 2/ ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Une personne de votre famille présente-t-elle de l'impatience dans les jambes ? o oui o non  
(Syndrome des jambes sans repos)

Lien avec l'enfant (ex : grand-mère paternelle) : .....

Une personne de votre famille présente-t-elle des apnées du sommeil ? o oui o non

Lien avec l'enfant : .....

Une personne de votre famille présente-t-elle des allergies respiratoires ? o oui o non

Lien avec l'enfant : .....

Une personne de votre famille présente-t-elle de l'asthme ? o oui o non

Lien avec l'enfant : .....

## 3/ ENVIRONNEMENT

Y a-t-il une personne fumeuse à la maison ? o oui o non

Y a-t-il de l'humidité dans votre logement ? o oui o non

Votre habitation : o ville o campagne

Avez vous des animaux de compagnie à la maison ?

Si oui lesquels ? .....

## 4/ ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX de l'enfant

Terme de Naissance (exemple 38 SA) : .....

Poids de Naissance : .....kg

- Reflux gastro-œsophagien (régurgitations bébé) o oui o non
- Otites à répétition (>3/an) o oui o non
- Angines à répétition (>3/an) o oui o non
- Écoulement nasal chronique o oui o non
- Obstruction nasale chronique o oui o non
- Asthme o oui o non
- Pneumopathies (infections du poumon) o oui o non
- Allergies respiratoires connues (acariens, pollens, ...) o oui o non Précisez : .....
- Opération des végétations adénoïdes (date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ) o oui o non
- Opération des amygdales (date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ) o oui o non

Poids actuel : ..... kg

- Retard de croissance o oui o non
- Surpoids/obésité o oui o non
- Retard de langage o oui o non
- Retard à la marche o oui o non
- Retard dans l'acquisition de la propreté en journée o oui o non
- TDA+/-H (Trouble Déficit Attention Hyperactivité) o oui o non o suspecté
- TSA (Trouble du Spectre Autistique) o oui o non o suspecté
- Trouble du Comportement (suivi HDJ, atelier de groupe, etc) o oui o non o suspecté

Votre enfant prend-t-il un traitement médical régulier pour de l'asthme, des allergies, un TDA, un TSA (y compris gouttes nasales) : o oui o non

*Si oui, lequel ? A quelle posologie ?*.....

*Autre traitement pour une autre pathologie ?* .....

Votre enfant est-il suivi par des professionnels de santé médicaux ( pédopsychiatre, endocrinopédiatre , neuropédiatre...) ou paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien(ne) etc...)

*Si oui, lequel (merci de préciser son nom et statut) ?*.....

*Pour quel motif ou pathologie ?* .....

Votre enfant bénéficie-t-il des aménagements suivants (entourer si réponse = oui)

- aménagement scolaire : PAI PAP AESH
- dossier MDPH
- prise en charge en : ITEP IME

Votre enfant présente-t-il l'un de ces symptômes ?

- Énurésie (pipi au lit, persistant après l'âge de 6 ans) o oui o non
- Maux de tête récidivant o oui o non  
*Si oui : o plutôt le matin ou o plutôt le soir*
- Éternuements matinaux fréquents o oui o non
- Nez ou gorge qui gratte, irritation oculaire o oui o non
- Sensation d'impatience ou d'inconfort ou de douleur dans les jambes, plutôt le soir et calmée par la marche o oui o non
- Besoin de bouger les jambes pour s'endormir o oui o non

## 5/ HABITUDES DE SOMMEIL

Écran après le repas du soir (TV, tablette, téléphone) :  oui  non

*Précisez combien de temps par jour .....*

Votre enfant dort-il dans sa chambre ?  oui  non

Votre enfant rejoint-il le lit parental dans la nuit ?  oui  non

*Si oui, précisez : o exceptionnellement o 1/semaine o de 1 à 3 / semaine o > 4 / semaine*

Heure du **coucher** le soir en semaine : ..... Heure **d'endormissement** le soir en semaine : .....

Heure du lever le matin en semaine : .....

Heure du **coucher** le soir le WE : .....Heure **d'endormissement** le soir le WE : .....

Heure du lever le matin le WE : .....

Nombre d'heures de sommeil par nuit : .....

Nombre d'heures de sommeil la journée : .....

Alimentation nocturne (petit repas, biberon) :  oui  non

*Si oui, combien de fois par nuit ? .....*

Avez-vous mis en place un rituel du coucher ?  oui  non

*Si oui, précisez : .....*

## 6/ LE SOMMEIL DE VOTRE ENFANT (en dehors des périodes de rhume)

Difficultés à s'endormir le soir :  oui  non ( en combien de temps ? .....

Sommeil :  calme  agité

Éveils nocturnes :  exceptionnellement  1/semaine  de 1 à 3 / semaine  > 4 / semaine

Dort principalement :  sur le dos  sur le ventre  sur le côté

Ronfle :  jamais  pas souvent  souvent  tous les jours

Ronflements :

légers (entendus dans sa chambre)

bruyants (entendus dans la chambre d'à côté)

très bruyants (entendus d'une pièce plus loin)

Respire la bouche ouverte :  oui  non

Tête rejetée en arrière :  oui  non

Autre position particulière :  oui  non

Transpire :  un peu  beaucoup  énormément (pyjama ou draps à changer)

Fait des efforts la nuit pour respirer :  oui  non  ne sait pas

Fait des pauses respiratoires :  oui  non  ne sait pas

Cauchemars .....  non  exceptionnellement  1/semaine  de 1 à 3 / sem  > 4 / sem

Terreurs nocturnes ....  non  exceptionnellement  1/semaine  de 1 à 3 / sem  > 4 / sem

Parle en dormant .....  non  exceptionnellement  1/semaine  de 1 à 3 / semaine  > 4 / sem

Somnambulisme .....  non  exceptionnellement  1/semaine  de 1 à 3 / semaine  > 4 / sem

Se réveille difficilement le matin :  oui  non

Est très fatigué ou somnolent dans la journée :  oui  non

## 7/ LE COMPORTEMENT DE VOTRE ENFANT

Votre enfant présent-il l'un ou plusieurs de ces comportements :

- Timidité excessive / réservé socialement                    o oui   o non   o ne sait pas
- Agitation motrice ( ne reste pas en place)                    o oui   o non   o ne sait pas
- Agressivité                    o oui   o non   o ne sait pas
- Difficulté d'attention à l'école                    o oui   o non   o ne sait pas
- Difficulté de mémorisation                    o oui   o non   o ne sait pas

Les résultats scolaires de votre enfant sont plutôt : (entourer la bonne réponse)

Très bons      Bons      Moyens      Mauvais

# Questionnaire Troubles du Sommeil

Date :

Nom et Prénom :

Age :

Sexe :

Questionnaire complété par :  la mère  le père  les deux

## CONNERS

Entourez le chiffre qui correspond à votre enfant :

0 = pas du tout    1 = un petit peu    2 = beaucoup    3 = énormément

Agité ou très actif	0	1	2	3
Nerveux , Impulsif	0	1	2	3
Ne finit pas ce qu'il/elle a commencé /Attention de courte durée	0	1	2	3
Toujours remuant	0	1	2	3
Perturbe les autres enfants	0	1	2	3
Inattentif , facilement distrait	0	1	2	3
Ses demandes doivent être impérativement satisfaites, facilement frustré	0	1	2	3
Pleure souvent et facilement	0	1	2	3
Changements d'humeur rapides et marqués	0	1	2	3
Excès de colère, comportement explosif et imprévisible	0	1	2	3

Score

.....

*Cette échelle est utilisée à titre indicatif, et ne constitue pas un diagnostic en elle même, elle sera analysée par le médecin avec l'ensemble des autres éléments du questionnaire.*

## Echelle de somnolence adaptée à l'enfant et à l'adolescent

**Ne pas remplir pour les enfants de moins de 4 ans**

*A compléter avec votre enfant*

Il se peut que tu aies envie de dormir dans la journée, entoure le chiffre qui correspond à ce que tu ressens :

*0 = jamais envie de dormir    1 = parfois envie de dormir    2 = souvent envie de dormir    3 = toujours envie de dormir*

Assis au calme quand tu lis, tu dessines ou quand tu écris	0	1	2	3
En regardant la télévision	0	1	2	3
En jouant seul aux jeux vidéos sur un écran ( téléphone, ordinateur, tablette, console .. )	0	1	2	3
En jouant dehors avec tes amis ou quand tu fais du sport	0	1	2	3
Dans la voiture, le train qui roule depuis plus d'une heure	0	1	2	3
En classe le matin	0	1	2	3
En classe après le repas du midi	0	1	2	3
A la récréation	0	1	2	3
Le week end si tu t'allonges pour te reposer	0	1	2	3
Le matin quand tu te réveilles	0	1	2	3

Score

.....

Ce questionnaire est à renvoyer à Mme Aurélie Cachen : [aupaysdesmerveilles33@gmail.com](mailto:aupaysdesmerveilles33@gmail.com)

A la suite de cette analyse, vous serez contactés par Mme CACHEN ou un membre de l'équipe sommeil, pour programmer un parcours de soins pluridisciplinaire personnalisé avec :

- Mme **Aurélie CACHEN/Mme Aurélie MARCOU**, puéricultrices et spécialistes éducation sommeil, afin de vous apporter une aide précoce sur les troubles de l'endormissement, la mise en place des rituels sommeil, les réveils nocturnes, la gestion des écrans ...
- Mme **Méryl MANOUKIAN**, kinésithérapeute spécialisée dans la rééducation des apnées du sommeil chez l'enfant, afin d'effectuer un bilan oro-maxillo-facial. Il permettra en amont d'identifier les différents facteurs d'obstruction pendant le sommeil (respiration par la bouche, tonus de la langue altéré...) et de commencer une rééducation adaptée le plus tôt possible.

( ou via le site [siklomf.fr](http://siklomf.fr) en scannant le Qr code )



*Attention : si votre enfant est déjà pris en charge par un rééducateur oro-maxillo-facial, ne pas prendre de rdv.*

- Dr **Annick ANDRIEUX** pneumopédiatre et médecin spécialiste du sommeil, proposition de consultation dans les délais possibles, compte tenu de l'importante demande (4 à 6 mois d'attente). Si le médecin sommeil le juge nécessaire, les polysomnographies sont réalisées en externe à domicile.
- Dr **Emilie DENECHERE**, pédopsychiatre et médecin spécialiste du sommeil, proposition de consultation dans les délais possibles, compte tenu de l'importante demande. Mêmes conditions pour les polysomnographies

**Equipe de Soins REPSOME / Réseau Pluridisciplinaire SOMmeil Enfant**

**Face à l'importante demande de consultations spécialisées pour les enfants, nous essayons de répondre au mieux, avec bienveillance et d'accorder à chaque enfant une consultation de qualité.**

**Nous vous demandons de respecter l'horaire de la consultation et de nous prévenir**

**IMPERATIVEMENT 3 jours avant en cas d'annulation**

# Fiche

## Hygiène nasale

### 1- JE ME MOUCHE EFFICACEMENT



Pour t'entraîner à te moucher, sers-toi d'une "TROMPETTE de belle-mère" !

- 1- Ferme une narine avec ton doigt
- 2- Avec l'autre main, place la trompette dans l'autre narine
- 3- Souffle dans ta narine pour dérouler complètement la trompette et faire du bruit
- 4- Fais la même chose avec l'autre narine

Entraîne toi ensuite avec un mouchoir en bouchant une narine à chaque fois pour moucher l'autre narine. Bravo !

### 2- JE FAIS LE LAVAGE DE NEZ

Si respiration buccale (jour et/ou nuit, ronfle, bave)

Dès que le nez est pris : Matin et soir en se mouchant AVANT.

Il est impératif de toujours respirer par le nez de jour comme de nuit !

- **Seringue d'irrigation nasale** (sérum physiologique)
- **Rhinohorn** (solution saline isotonique : 300 ml d'eau en bouteille + 2,7 g sel sans additif)
- **Respimer**

Ne PAS se moucher fort après ! Faire le tigre puis le cochon.

Pipettes	seringues	Rhino horn,	Respimer
Avec serum physiologique, dès la naissance	Lavage par irrigation	Lavage irrigation haut volume	Lavage irrigation haut volume
dès la naissance			
	À partir de 3 mois	À partir de 3 ans	À partir de 3 ans