

Étude sur le sommeil de l'enfant âgé entre 6 mois et 5 ans

1 / 11

Avoir un enfant qui dort bien est un pur bonheur pour toute la famille. Avoir un enfant qui dort mal peut vite devenir un enfer...

Quel est l'objectif de l'étude ?

Les perturbations de sommeil sont très fréquentes chez le bébé et le jeune enfant. **L'objectif de cette étude est de mieux comprendre ce qui influence le sommeil des enfants de moins de 5 ans et d'estimer quelles conséquences a le sommeil des enfants de cet âge sur le sommeil, l'humeur et la fatigue de leur mère.**

Comment se déroule l'étude ?

Que votre enfant souffre ou non de difficultés de sommeil, votre participation consiste uniquement à répondre à une série de questions. Il vous faudra environ 30 minutes pour compléter ce questionnaire. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Vous devez néanmoins répondre à toutes les questions, sinon le questionnaire sera caduc.

Confidentialité des données

Tous les documents de cette étude vous concernant seront strictement confidentiels et ne feront l'objet d'aucune divulgation à des tiers selon les lois et/ou règlements en vigueur. Les données recueillies vous concernant resteront anonymes pour l'analyse ultérieure des résultats de l'étude.

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez signer ce document. Vous avez, de plus, la possibilité de retirer à tout moment votre consentement en informant simplement les responsables de la recherche, sans avoir de justification à fournir.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE

J'ai lu et compris les objectifs de l'étude « Causes et conséquences des troubles du sommeil de l'enfant âgé entre 6 mois et 5 ans ».

Je sais que mes données personnelles ne seront utilisées que sous une forme pseudonymisée. Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls les acteurs et actrices de la recherche y auront accès. Toutes les données de l'étude seront conservées pendant 5 ans. La confidentialité de cette recherche sera garantie dans les limites prévues par la loi.

J'accepte que les membres de la commission d'éthique compétente consultent mes données originales à des fins de contrôle et de vérification, mais dans le strict respect de la confidentialité.

Je participe volontairement à cette étude. Je peux, à tout moment et sans avoir à en justifier les raisons, révoquer mon consentement à participer, sans qu'il n'en résulte aucun préjudice pour moi.

Prénom et nom (en caractères d'imprimerie) : _____

Email : _____

_____, le _____
Lieu Date Signature

Nom du responsable de l'étude : Florian Lecuelle : florian.lecuelle@chu-lyon.fr

La présence de la mère de l'enfant est indispensable pour remplir ce questionnaire, certaines questions la concerne. Vous devez avoir un enfant âgé de 6 mois à 5 ans.

VOTRE ENFANT

1. **Date de naissance de l'enfant :** ____ / ____ / ____ **Naissance à terme (≥ 37 SA) :** Oui Non
Si non, quelle a été la durée de la grossesse en semaines d'aménorrhées ____ SA
2. **Taille actuelle de l'enfant (cm) :** _____ **Poids actuel de l'enfant (kg) :** _____
3. **Sexe :** Fille Garçon
4. **Place dans la fratrie :** Aîné(e) Cadet(te) Benjamin(e) Enfant unique Jumeaux(elles)
 Autre (précisez) _____
5. **Nombre d'enfants dans la fratrie et âges entre parenthèses :** _____
6. **Mode(s) de garde de l'enfant :** Parents Crèche Famille Assistante maternelle Grands-parents
 Autre : (précisez) _____
7. **Nombre de nuits par semaine où l'enfant dort sous votre garde :** ____ jours / 7

Alimentation et santé de votre enfant

8. **Mode d'alimentation actuel :**
 Allaitement Biberon Nourriture diversifiée Autre (précisez) : _____
9. **Votre enfant a-t-il été allaité ?** Oui Non ; **Si oui, jusqu'à quel âge ?** _____
10. **Votre enfant consomme :** plutôt des produits cuisinés par vos soins plutôt des produits déjà préparés (industriels) Autant l'un que l'autre
11. **Y a-t-il eu des complications au cours de la grossesse ?** Oui Non
Si oui, précisez : _____
12. **Y a-t-il eu des complications au cours de l'accouchement (par exemple aidé par ventouse, forceps, césarienne en urgence) ?** Oui Non ; **Si oui, précisez :** _____
13. **Combien de temps a duré le travail ?** ____ heures ____ minutes
14. **Combien de temps a duré l'accouchement (sans inclure le travail) ?** ____ heures ____ minutes
15. **À combien estimez-vous que l'accouchement ait été traumatisant ?**
Pour vous ____%
Pour votre enfant ____%
(Note entre 0 et 100% : 0% = pas du tout traumatisant, 100% = très traumatisant)
16. **Depuis la naissance, combien de fois l'enfant a-t-il été hospitalisé ?** _____
Quelles en étaient les causes ? _____
17. **Depuis 6 mois, l'enfant a-t-il passé au moins une nuit à l'hôpital ?** Oui Non
Si oui, précisez : _____
18. **Votre enfant a-t-il été souvent sujet à :** Reflux Gastro-Cœsophagien Otites Allergie aux protéines de vaches Autres affections (précisez) : _____
19. **L'enfant a-t-il été malade pendant les 2 dernières semaines :** Oui Non
Si oui, quelle affection / quel problème avait-il ?

Les pleurs de votre enfant

1. **Il est arrivé que votre enfant pleure plus de 3 heures sans interruption** Oui Non
2. **Il est fréquent que votre enfant pleure plus de 3 heures sans interruption** Oui Non
3. **Votre enfant pleure plus le soir** Oui Non
4. **Votre enfant est souvent inconsolable** Oui Non
5. **Les pleurs de votre enfant peuvent souvent réveiller la nuit** *une seule réponse possible :*
 Les frères et sœurs Le papa La maman Les voisins Autre (précisez) : _____

6. La plupart du temps, si votre enfant pleure en début ou au milieu de nuit c'est parce qu'il/elle :

Répondez à chacune des questions suivantes en vous basant sur l'âge que votre enfant a actuellement, le plus honnêtement possible, en entourant la réponse qui convient le mieux (un seul choix par ligne)

<i>Merci d'entourer la réponse qui convient le mieux</i>	Pas du tout d'accord		Ni d'accord Ni pas d'accord			Tout à fait d'accord	
	0	1	2	3	4	5	6
A peur	0	1	2	3	4	5	6
A mal	0	1	2	3	4	5	6
Se sent abandonné	0	1	2	3	4	5	6
A besoin de pleurer pour s'endormir	0	1	2	3	4	5	6
A besoin de présence	0	1	2	3	4	5	6
A soif	0	1	2	3	4	5	6
Évacue ses émotions pour se calmer	0	1	2	3	4	5	6
A besoin d'être rassuré	0	1	2	3	4	5	6
A faim	0	1	2	3	4	5	6
Se sent seul	0	1	2	3	4	5	6
Est angoissé	0	1	2	3	4	5	6
Est malade	0	1	2	3	4	5	6
A besoin de lâcher prise pour trouver le sommeil	0	1	2	3	4	5	6
A fait un cauchemar	0	1	2	3	4	5	6
Pleure naturellement entre ses cycles du sommeil	0	1	2	3	4	5	6

7. Concernant le fait de laisser pleurer un enfant

Répondez à chacune des questions suivantes en vous basant sur l'âge que votre enfant a actuellement, le plus honnêtement possible, en entourant la réponse qui convient le mieux (un seul choix par ligne).

<i>Merci d'entourer la réponse qui convient le mieux</i>	Pas du tout d'accord		Ni d'accord Ni pas d'accord			Tout à fait d'accord	
	0	1	2	3	4	5	6
Laisser pleurer un enfant c'est le traumatiser	0	1	2	3	4	5	6
Laisser pleurer un enfant perturbe son cerveau	0	1	2	3	4	5	6
Laisser pleurer un enfant c'est être un mauvais parent	0	1	2	3	4	5	6
Laisser pleurer un enfant est néfaste pour son développement	0	1	2	3	4	5	6
Laisser pleurer un enfant c'est comme l'abandonner	0	1	2	3	4	5	6
Laisser pleurer un enfant c'est lui faire du mal	0	1	2	3	4	5	6

Les écrans

- Votre enfant regarde-t-il parfois des écrans (ordinateur, TV, tablette, téléphone...) ?** Oui Non
Si oui, répondez aux questions suivantes ; si non, passez à la section « Le sommeil de votre enfant ».
- Actuellement, combien de temps votre enfant passe-t-il en moyenne par jour devant la télévision, l'ordinateur, sur un téléphone portable, une tablette et /ou devant les jeux vidéo ?**
Nombre d'heure par jour pendant la semaine d'école : _____ heures _____ minutes
Nombre d'heure par jour pendant les week-ends (ou en vacances) : _____ heures _____ minutes
- Mon enfant peut faire ces activités (TV, jeux-vidéo, ...) dans sa chambre :** Oui Non
- Mon enfant a accès à ces activités (TV, jeux-vidéo, tablette...) en libre-service :** Oui Non
- Lorsque mon enfant réalise ces activités, il est :** Seul Accompagné d'un adulte Autre _____
- Mon enfant a sa propre tablette / ordinateur / téléphone :** Oui Non
Si oui, précisez (la marque et le modèle) _____
- Chez nous, la télévision est constamment allumée en journée ou en soirée :** Oui Non
- En moyenne combien de temps la télévision est allumée sur 24 heures :** _____ heures _____ minutes
- Mon enfant mange devant la télévision :** Oui Non ; Si oui combien de fois par semaine : _____ fois
- Nombre d'écrans (smartphone, télévision, ordinateur, tablette...) dans la maison :** _____

11. **Mon enfant regarde des écrans (TV, jeux vidéo, téléphone, tablette, ordinateur) plusieurs réponses possibles :**

Le matin (6h-12h) Oui Non Le soir (16h-20h) Oui Non
 L'après-midi (12h-16h) Oui Non La nuit (après 20h) Oui Non

12. **Mon enfant regarde principalement les écrans une seule réponse possible :**

Le matin (6h-12h) L'après-midi (12h-16h) Le soir (16h-20h) La nuit (après 20h)

13. **Quel programme votre enfant regarde-t-il habituellement ? (citez le nom du ou des programmes) :**

14. **Les écrans sont très efficaces pour calmer mon enfant :** Oui Non

Si oui, combien de fois par semaine cela lui permet de se calmer ? : ___ fois

15. **Comment définiriez-vous le comportement de votre enfant lorsqu'il regarde les écrans plusieurs réponses possibles :** Concentré Excité Stressé Épanoui Absorbé Irritable Calme Joyeux

16. **Comment définiriez-vous le comportement de votre enfant après avoir regardé les écrans plusieurs réponses possibles :** Concentré Excité Stressé Épanoui Irritable Fatigué Calme Joyeux

LE SOMMEIL DE VOTRE ENFANT

1. **Dans quelle position votre enfant dort-il la plupart du temps ? une seule réponse possible :**

Sur le ventre Sur le côté Sur le dos Ne sais pas

2. **À quel endroit votre enfant dort-il la plupart du temps ? une seule réponse possible :**

Dans le lit des parents Dans son lit, dans une chambre avec frère / sœur
 Dans son lit, seul dans une chambre Dans son lit, dans la chambre des parents
 Autre (précisez) : _____

3. **Qui s'occupe de votre enfant la plupart des nuits ? une seule réponse possible :**

La maman tout le temps Le plus souvent la maman Autant la maman que le papa
 Le plus souvent le papa Le papa tout le temps Autre (précisez) _____

Le jour

1. **À quelle heure votre enfant se réveille-t-il le matin ? en semaine ___ heures ___ minutes ; le week-end ___ heures ___ minutes**

2. **Combien de sieste(s) par jour fait votre enfant ? en semaine ___ le week-end ___ ;**

3. **Quelle est la durée totale par jour des sieste(s) ? en semaine ___ heures ___ minutes ; le week-end ___ heures ___ minutes**

Le coucher, le soir

1. **À quelle heure est couché l'enfant ? en semaine _____ le week-end _____**

2. **Combien de fois par semaine votre enfant a-t-il le même rituel de coucher (moment calme, histoire...) ? ___ fois**

3. **Combien de fois par semaine votre enfant a-t-il des difficultés à s'endormir en début de nuit ? ___ fois**

Merci d'entourer la réponse qui convient le mieux

Très facile

Modérément facile

Ni facile, ni difficile

Souvent difficile

Très difficile

Habituellement, le coucher de votre enfant est :

0

1

2

3

4

4. **Combien de temps faut-il pour que votre enfant s'endorme le soir ? en semaine ___ heures ___ minutes ; le week-end ___ heures ___ minutes**

5. **À quelle heure votre enfant s'endort-il pour la nuit ? en semaine ___ heures ___ minutes ; le week-end ___ heures ___ minutes**

6. **Combien de temps votre enfant dort-il sur 24 heures (la nuit et les siestes) ? en semaine ___ heures ___ minutes ; le week-end ___ heures ___ minutes**

7. **A votre avis, de combien d'heures de sommeil votre enfant a besoin (sur 24h) ? : ___ heures ___ minutes**

8. **Comment votre enfant s'endort-il au moment du coucher ? (Plusieurs réponses possibles)**

Pendant qu'il est allaité ou au biberon En étant porté En étant bercé Dans son lit seul

- Devant un écran Dans un lit près d'un adulte Autre (précisez) _____
 L'enfant s'endort en absence de la présence d'un adulte
 L'enfant a besoin de la présence d'un adulte pour s'endormir

La nuit

1. **Combien de temps votre enfant dort-il approximativement la nuit (entre 19h et 8h) ?**
 ___heures___minutes
2. **Pendant combien de temps d'affilé dort-il habituellement sans se réveiller la nuit ?**
 ___heures___minutes
3. **Combien de fois votre enfant se réveille-t-il la nuit ?** : _____ fois
4. **En moyenne combien de fois devez-vous intervenir auprès de votre enfant durant la nuit ?** : ___ fois
5. **Pendant combien de temps votre enfant est-il éveillé la nuit en tout (entre 19h et 8h) ?**
 ___heures___minutes
6. **Combien de jours par semaine votre enfant se réveille-t-il la nuit ?** _____ fois
7. **Nombre moyen de tétées / biberons par nuit** : _____
8. **Au moment de l'endormissement de votre enfant ou s'il se réveille pendant la nuit, quel comportement adoptez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)**
 - Je sors mon enfant du lit et je le porte / berce jusqu'à ce qu'il s'endorme
 - Je sors mon enfant du lit et l'y redépose alors qu'il est encore éveillé
 - Je caresse mon enfant ou lui tapote le dos, mais sans le sortir du lit
 - Je donne le biberon à mon enfant jusqu'à ce qu'il se rendorme
 - J'allaite mon enfant jusqu'à ce qu'il se rendorme
 - Je donne à mon enfant son doudou
 - Je change sa couche
 - Je lui donne la tétine
 - J'amène mon enfant dans mon lit
 - Je réconforte mon enfant verbalement, mais je ne le sors pas de son lit
 - Je laisse mon enfant pleurer et le laisse se rendormir tout seul
 - J'attends quelques minutes pour voir si mon enfant se rendort
 - Je joue avec mon enfant jusqu'à ce qu'il soit sur le point de se rendormir
 - Je regarde la télévision ou une vidéo avec mon enfant jusqu'à ce qu'il s'endorme
 - Je chante une chanson ou une berceuse à mon enfant
 - Je donne un traitement à l'enfant, précisez : _____
 - Autre, précisez : _____
9. **Considérez-vous le sommeil de votre enfant comme un problème ?**
 - Un sérieux problème Un petit problème Pas un problème du tout
 - _____ % (Note entre 0 et 100% : 0% pas un problème du tout, 100% = un sérieux problème)
10. **Répercussions sur le sommeil des autres membres de la famille** : _____ %
 (Note entre 0 et 100% : 0% = sans incidence, 100% = impact important)
11. **Pensez-vous être responsable des difficultés de sommeil de votre enfant** : _____ %
 (Note entre 0 et 100% : 0% = aucune culpabilité, 100% = culpabilité très importante)
12. **Si votre enfant a eu des problèmes de sommeil, qu'avez-vous essayé pour résoudre le problème de sommeil de votre enfant ?**
 - Pédiatre Sirop Ostéopathe Somnifère Micro-kiné Plante, phytothérapie
 - Homéopathe La méthode 5-10-15 Psychologue Laisser pleurer l'enfant Autre, précisez : _____

DIFFICULTÉS DE SOMMEIL DE VOTRE ENFANT

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. Merci de répondre à toutes les questions en remplissant les lignes ou en entourant les nombres.

Merci d'entourer la réponse qui convient le mieux	> de 9h	8h à 9h	7h à 8h	5h à 7h	< de 5h
1. Combien d'heures l'enfant dort-il la plupart des nuits ?	1	2	3	4	5
Merci d'entourer la réponse qui convient le mieux	Moins de 15 min	15-30 min	30-45 min	45-60 min	Plus de 60 min
2. Combien de temps après sa mise au lit l'enfant met-il habituellement pour s'endormir ?	1	2	3	4	5
Merci d'entourer la réponse qui convient le mieux	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
		1-3 fois/mois	1-2 fois/semaine	3-5 fois/semaine	Tous les jours
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
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

LE COMPORTEMENT DE VOTRE ENFANT

Merci d'entourer la réponse qui convient le mieux	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Énormément
1. Agité ou très actif	0	1	2	3
2. Nerveux, impulsif	0	1	2	3
3. Ne finit pas ce qu'il / elle a commencé, attention de courte durée	0	1	2	3
4. Toujours remuant	0	1	2	3
5. Perturbe les autres enfants	0	1	2	3
6. Inattentif, facilement distrait	0	1	2	3
7. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites : facilement frustré	0	1	2	3
8. Pleure souvent et facilement	0	1	2	3
9. Changements d'humeur rapides et marqués	0	1	2	3
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible	0	1	2	3

VOUS, LA MÈRE

- Votre date de naissance :** ____ / ____ / ____
- Situation conjugale actuelle :**
 Vivant en couple (mariée, pacsée, en concubinage) Vivant seule (célibataire, séparée, divorcée)
- Occupation actuelle:**
 Travail à plein-temps Travail à temps partiel Travail de nuit Congé maternité
 Sans emploi Autre, précisez : _____
 En cas de travail, le matin vous quittez la maison à ____ heures ____ minutes. Le soir vous revenez chez vous à ____ heures ____ minutes.
- Niveau d'étude :**
 Aucun diplôme ou CEP, Brevet des collèges, CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau
 Bac ou brevet professionnel, Bac +2, Bac +3, Diplôme supérieur à Bac+5, Doctorat

VOTRE SOMMEIL (de la mère)
Heure de coucher, de lever et besoins de sommeil de la mère

- Heure du coucher la semaine :** ____ heures ____ minutes
- Heure du coucher le week-end :** ____ heures ____ minutes
- De combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ? :** ____ heures ____ minutes
- Heure du lever la semaine :** ____ heures ____ minutes
- Heure du lever le week-end :** ____ heures ____ minutes
- Combien de temps mettez-vous à vous endormir le soir ?** ____ heures ____ minutes
- Combien de temps dure au total vos éveils nocturnes (par nuit) ?** ____ heures ____ minutes
- Faites-vous la sieste ?** Oui Non
 Si oui, combien de jours par semaine faites-vous la sieste : _____ jours
- Combien de temps dormez-vous la journée en moyenne (durée de la sieste) ?**
 en semaine ____ heures ____ minutes ; le week-end ____ heures ____ minutes

Sévérité des difficultés de sommeil de la mère

- Merci d'estimer la SÉVÉRITÉ actuelle de vos difficultés de sommeil** _____ %
 (Note entre 0 et 100% : 0% = sévérité faible, 100% = sévérité très importante)

Merci de cocher la réponse qui convient le mieux (un seul choix)	Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
Difficultés à s'endormir en début de nuit	0	1	2	3	4
Difficultés à s'endormir après le réveil de l'enfant ou au milieu de nuit	0	1	2	3	4
Problème de réveils trop tôt le matin	0	1	2	3	4

- Avez-vous un trouble du sommeil diagnostiqué ?** Oui Non ;
 Si oui, précisez _____

3. **Consommez-vous des somnifères ou produits assimilés ?** Oui Non

Si oui, précisez le produit et la fréquence de prise _____

4. **Jusqu'à quel point êtes-vous SATISFAITE / INSATISFAITE de votre sommeil actuel ?**

Très satisfaite Satisfaite Moyennement satisfaite Insatisfaite Très insatisfaite

5. **Comment estimeriez-vous votre niveau de fatigue actuel** _____ %

(Note entre 0 et 100% : 0% = aucune fatigue , 100% = fatigue très importante)

Merci de cocher la réponse qui convient le mieux (un seul choix)	Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil INTERFÈRENT avec votre fonctionnement quotidien (fatigue, concentration, mémoire, humeur, etc...)	0	1	2	3	4
À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil soient APPARENTES pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?	0	1	2	3	4
Jusqu'à quel point êtes-vous INQUIÈTE / PRÉOCCUPÉE à propos de vos difficultés de sommeil ?	0	1	2	3	4

Évènements traumatiques de la mère

1. **Avez-vous eu une enfance difficile ?** _____ %

(Note entre 0 et 100% : 0% = enfance très heureuse, 100% = enfance très malheureuse)

2. **Avez-vous été victime d'évènements traumatisants au cours de votre vie ?** Oui Non

Si oui, à combien estimez-vous que cet ou ces évènements ont marqué votre vie ? _____ %

(Note entre 0 et 100% : 0% = pas du tout , 100% = complètement)

3. **Avez-vous été témoin d'évènements traumatisants au cours de votre vie ?** Oui Non

Si oui, à combien estimez-vous que cet ou ces évènements ont marqué votre vie ? _____ %

(Note entre 0 et 100% : 0% = pas du tout , 100% = complètement)

Rythmes théoriques de la mère

1. **Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous convient le plus), à quelle heure vous lèveriez-vous étant entièrement libre d'organiser votre journée ?**

Entre 5h et 6h30 Entre 6h30 et 7h45 Entre 7h45 et 9h45 Entre 9h45 et 11h Entre 11h et midi

2. **Comment vous sentez-vous durant la demi-heure qui suit votre réveil du matin ?**

Très fatiguée Relativement fatiguée Relativement en forme Très en forme

3. **À quel moment de la soirée vous sentez-vous fatiguée au point de vous endormir ?**

Entre 20h et 21h Entre 21h et 22h15 Entre 22h15 et 0h45 Entre 0h45 et 2h Entre 2h et 3h

4. **À quelle heure de la journée estimez-vous être au meilleur de votre forme ?**

De 6 à 8 heures De 8 à 10 heures De 11 à 13 heures De 15 à 17 heures De 19 à 21 heures

5. **On dit parfois que quelqu'un est un "du matin" ou un " du soir". Vous considérez-vous comme celui du matin ou du soir ?**

Tout à fait un sujet du matin Plutôt un sujet du matin Plutôt un sujet du soir Tout à fait un sujet du soir

soir

ÊTES-VOUS MAL À L'AISE À PROPOS DU SOMMEIL DE VOTRE ENFANT ?

Indiquez dans quelle mesure vous éprouvez les sentiments suivants quand vous pensez au sommeil de votre enfant : De 0 « vous n'éprouvez jamais le sentiment » à 4 « Vous éprouvez le sentiment continuellement ou presque continuellement ».

Merci d'entourer la réponse qui convient le mieux	Jamais		Continuellement		
1. Sentiment d'être embarrassée	0	1	2	3	4
2. Sentiment de culpabilité modérée ou légère	0	1	2	3	4
3. Sentiment d'être ridicule	0	1	2	3	4
4. Le souci de blesser ou d'offenser quelqu'un	0	1	2	3	4
5. Sentiment de gêne/de timidité	0	1	2	3	4
6. Sentiment d'être humiliée	0	1	2	3	4
7. Sentiment de culpabilité intense	0	1	2	3	4
8. Sentiment d'être stupide	0	1	2	3	4
9. Sentiment d'avoir du regret / d'être désolée	0	1	2	3	4
10. Sentiment d'être puérite	0	1	2	3	4
11. Sentiment d'être sans défense, paralysée	0	1	2	3	4
12. Sentiment d'être rougissante (de rougir)	0	1	2	3	4
13. Sentiment d'être critiquable pour ce que vous avez fait	0	1	2	3	4
14. Sentiment d'être risible	0	1	2	3	4
15. Sentiment d'être répugnante pour les autres	0	1	2	3	4
16. Sentiment d'avoir des remords	0	1	2	3	4

COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ?

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GÉNÉRALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

Merci de cocher la réponse qui convient le mieux	Presque e jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je me sens nerveuse et agitée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me sens contente de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je voudrais être aussi heureuse que les autres semblent l'être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai un sentiment d'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je me sens reposée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai tout mon sang-froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je m'inquiète à propos de choses sans importance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je suis heureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai des pensées qui me perturbent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je manque de confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je prends facilement des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je me sens incompétente, pas à la hauteur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je suis satisfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Des idées sans importance trottent dans ma tête, me dérangent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je suis une personne posée, solide, stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je deviens tendue et agitée quand je réfléchis à mes soucis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spielberger CD, 1983. Traduction française Schweitzer MB et Paulhan I, 1990.

ÊTES-VOUS ÉPUISEE ?

Répondez à chacune des questions suivantes, le plus honnêtement possible, en entourant la réponse qui convient le mieux (un seul choix par ligne)

Merci d'entourer la réponse qui convient le mieux	Jamais	Quelques fois par an au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidée par mon rôle de parent	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens épuisée à la fin d'une journée passée avec mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatiguée quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée auprès de mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
4. Tenir mon rôle de parent chaque jour est vraiment un effort pour moi	0	1	2	3	4	5	6
5. M'occuper de mes enfants est une source de tension pour moi	0	1	2	3	4	5	6
6. Lorsque je pense à mon rôle de mère, j'ai l'impression d'être au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
7. J'ai le sentiment qu'être parent demande trop d'investissement	0	1	2	3	4	5	6
8. Je me sens vidée par mon rôle de parent	0	1	2	3	4	5	6
9. Je n'arrive plus à montrer à mes enfants combien je les aime	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis moins attentive aux émotions de mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
11. Je fais juste ce qu'il faut pour mes enfants, mais pas plus	0	1	2	3	4	5	6
12. J'ai l'impression qu'en dehors des routines (trajets, coucher, repas), je n'arrive plus à m'investir auprès de mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
13. Je m'implique de moins en moins dans la relation avec mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
14. Je m'implique de moins en moins dans l'éducation de mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
15. J'ai parfois l'impression de m'occuper de mes enfants en pilote automatique	0	1	2	3	4	5	6
16. Je prête une oreille distraite à ce que mes enfants me racontent	0	1	2	3	4	5	6
17. Je peux facilement comprendre ce que mes enfants ressentent	0	1	2	3	4	5	6
18. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai le sentiment qu'en tant que parent, j'ai une influence positive sur la vie de mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
20. Je peux facilement créer une atmosphère relaxante avec mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
21. J'ai accompli plusieurs choses qui en valaient la peine dans mon rôle de parent	0	1	2	3	4	5	6
22. Dans mon rôle de parent, je fais face aux problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6

Roskam, I., Raes, M.-E., & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*, 8, 163. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00163>

AVEZ-VOUS LE MORAL ?

Ce questionnaire contient plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel. Cochez la proposition qui correspond le mieux à votre choix. Si dans une série plusieurs propositions paraissent convenir, cochez les propositions correspondantes.

1. Je ne me sens pas triste
 Je me sens cafardeuse ou triste
 Je me sens tout le temps cafardeuse ou triste, et je n'arrive pas à m'en sortir
 Je suis si triste et si malheureuse que ne peux pas le supporter
2. Je ne suis pas particulièrement découragée ni pessimiste au sujet de l'avenir
 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer
3. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, mes enfants)
4. Je ne me sens pas particulièrement insatisfaite
 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
 Je suis mécontente de tout
5. Je ne me sens pas coupable
 Je me sens mauvaise ou indigne une bonne partie du temps
 Je me sens coupable
 Je me juge très mauvaise et j'ai l'impression que je ne vauds rien
6. Je ne suis pas déçue par moi-même
 Je suis déçue par moi-même
 Je me dégoûte moi-même
 Je me hais
7. Je ne pense pas à me faire du mal
 Je pense que la mort me libérerait
 J'ai des plans précis pour me suicider
 Si je pouvais, je me tuerais
8. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
 Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
 J'ai perdu tout intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiment pour eux
 J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement
9. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
 Je ne suis pas capable de prendre la moindre décision
10. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laide qu'avant
 J'ai peur de paraître vieille ou disgracieuse
 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieuse
 J'ai l'impression d'être laide et repoussante
11. Je travaille aussi facilement qu'auparavant
 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
 Je suis incapable de faire le moindre travail
12. Je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude
 Je suis fatiguée plus facilement que d'habitude
 Faire quoi que ce soit me fatigue
 Je suis incapable de faire le moindre travail
13. Mon appétit est toujours aussi bon
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
 Je n'ai plus du tout d'appétit