

QUESTIONNAIRE DU SOMMEIL

Date du questionnaire :/...../.....

Votre médecin ou code médecin :

NOM : Prénom

Nom de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Né(e) le : à

Adresse

.....

Tél. Dom. : Tél. Portable:.....

Adresse email :@.....

Profession :

Vous vivez : seul en couple Nbre d'enfants :

Votre taille :cm Votre poids :kg

***L'ensemble du questionnaire fait référence à des troubles qui vous gênent et qui sont fréquents.
Répondez « non » si le symptôme ne vous arrive que très occasionnellement.***

- | | OUI | NON | Ne sait pas |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Vos troubles sont-ils réguliers (supérieur à 3 mois et plus de 3 fois par semaine) ?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| - Vos troubles apparaissent-ils par périodes ?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SYMPTOME DES TROUBLES DU SOMMEIL

Ressentez-vous les symptômes suivants au moins 3 fois/semaine et depuis plus de 3 mois et qui ont des conséquences sur la qualité de vos journées ?

OUI NON Ne sait pas

Avez-vous :

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|--|
| - des difficultés d'endormissement ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| - des réveils en milieu de nuit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| - des réveils de fin de nuit /réveils précoces | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| - la sensation de ne pas dormir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Avez-vous des troubles respiratoires ?

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Ronflez-vous ou avez-vous une respiration bruyante en dormant ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours du sommeil ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Êtes-vous somnolent ?

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Avez-vous une somnolence excessive ou des accès d'endormissement ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Faites-vous la sieste plus de 2 fois par semaine ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| - Êtes-vous gêné par le besoin de lutter contre l'envie de dormir en cours de journée ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| - Avez-vous déjà failli vous endormir au volant ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Périodes de sommeil

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Avez-vous des horaires de sommeil décalés ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Spontanément vous ne dormez pas la nuit mais sur le matin et en début d'après midi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| - Si oui, est-ce lié à un rythme imposé de travail (3x8, travail de nuit...) ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| - Si oui, depuis combien de temps (en années) ?.....années. | | | |

Avez-vous d'autres troubles ?

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Somnambulisme /cauchemars / rêves pénibles..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Autres : précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Vos troubles de sommeil ont débuté depuis le ?/...../..... (jj/mm/aa)

En relation avec un facteur déclenchant ? OUI NON

Si oui, précisez :

.....

EVALUATION DE LA SOMNOLENCE (QUESTIONNAIRE D'EPWORTH)

Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

- 0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir
- 1 = faible chance de s'endormir
- 2 = chance moyenne de s'endormir
- 3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir			
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

TOTAL :

EVALUATION DE L'INTENSITE DES TROUBLES (ECHELLES GRADUEES DE 0 A 10)

Nous vous demandons de préciser ici comment vous percevez vos symptômes, en vous situant sur une échelle d'évaluation. Pour chaque item, merci de mettre une croix sur la ligne de 10 cm entre les deux propositions opposées.

Intensité des troubles du sommeil :

Ces troubles ne me gênent pas du tout

Ces troubles me gênent beaucoup

Qualité du sommeil :

Mon sommeil est mauvais

Mon sommeil est excellent

Qualité de l'éveil pendant la journée :

Je suis somnolent(e) dans la journée

Je suis bien éveillé(e) dans la journée

INDEX DE SEVERITE DE L'INSOMNIE (ISI) :

Encercler le chiffre correspondant pour chacune des questions.

1. Merci d'estimer la SEVERITE actuelle de vos difficultés de sommeil :

Difficultés à s'endormir :

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Réveils nocturnes fréquents ou prolongés :

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Problème de réveils trop tôt le matin :

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

2. À quel point êtes-vous INSATISFAIT / SATISFAIT de votre sommeil actuel ?

Très satisfait	Modérément satisfait	Très insatisfait
0	1	2
3	4	

3. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil INTERFERENT avec votre fonctionnement quotidien (par exemple fatigue, concentration, mémoire, humeur...) ?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont APPARENTES pour les autres en terme de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. À quel point êtes-vous INQUIET(ETE) / PREOCCUPE(E) à propos de vos difficultés de sommeil ?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

TOTAL :

SIGNES D'ORIENTATION ORGANIQUE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des troubles de la sexualité / libido ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner en cours de nuit ? (<i>Nycturie</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bougez-vous beaucoup en dormant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous, en vous couchant, des régurgitations acides dans le fond de la gorge ? (<i>RGO</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des sueurs nocturnes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressentez-vous des maux de tête au réveil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous gêné par une toux nocturne ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pieds » tout au long de la nuit ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des sensations désagréables ou pénibles dans les jambes (et parfois les bras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Si oui, est-ce soulagé par des mouvements de jambes (étirement, marche, ...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Si oui, survenant exclusivement ou principalement la soirée ou la nuit ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Si oui, qui débute au repos ou si vous êtes inactif (couché par exemple) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous arrive-t-il d'avoir une chute de la tête, d'un membre ou de tout votre corps, vous conduisant à des maladroites ou à des chutes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Si oui, est-ce provoqué lors d'un éclat de rire ou d'une forte colère ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Avez-vous parfois l'impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas (comme dans un rêve ou un cauchemar éveillé), au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée ?
- Avez-vous parfois l'impression d'être « paralysé » lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez ?
- Êtes-vous obligé de prévoir plusieurs réveils ou alarmes pour arriver à vous lever le matin ?

SIGNES D'ORIENTATION PSYCHOLOGIQUE

- | | OUI | NON | NE SAIT PAS |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Êtes-vous anxieux ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous connu une période dépressive ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous actuellement en dépression ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, êtes-vous suivi pour cela ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

QUESTIONNAIRE HAD

Pour répondre à ces questions, donnez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé **au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Répondez dans l'ordre numérique (question 1, 2, 3 ... à 14).

(1) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps 3
 Souvent 2
 De temps en temps 1
 Jamais 0

(2) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0 Oui, tout autant qu'avant
 1 Pas autant
 2 Un peu seulement
 3 Presque plus

(3) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement 3
 Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
 Pas du tout 0

(4) Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0 Autant que par le passé
 1 Plus autant qu'avant
 2 Vraiment moins qu'avant
 3 Plus du tout

(5) Je me fais du souci :

- Très souvent 3
 Assez souvent 2
 Occasionnellement 1
 Très occasionnellement 0

(6) Je suis de bonne humeur :

- 3 Jamais
 2 Rarement
 1 Assez souvent
 0 La plupart du temps

(7) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive 0
 Oui, en général 1
 Rarement 2
 Jamais 3

(8) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3 Presque toujours
 2 Très souvent
 1 Parfois
 0 Jamais

(9) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais 0
 Parfois 1
 Assez souvent 2
 Très souvent 3

(10) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3 Plus du tout
 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais
 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
 0 J'y prête autant d'attention que par le passé

(11) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
 Un peu 2
 Pas tellement 1
 Pas du tout 0

(12) Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :

- 0 Autant qu'avant
 1 Un peu moins qu'avant
 2 Bien moins qu'avant
 3 Presque jamais

(13) J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent 3
 Assez souvent 2
 Pas très souvent 1
 Jamais 0

(14) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

- 0 Souvent
 1 Parfois
 2 Rarement
 3 Très rarement

VOS HABITUDES

- | | OUI | NON |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Êtes-vous fumeur (y compris cigarette électronique avec nicotine) ?
Si oui, nombre de cigarettes par jour (ou équivalent) : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Buvez-vous régulièrement des boissons énergisantes ou excitantes (type cola, café...)
Si oui, nombre de tasses et verres par jour au total : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Buvez-vous régulièrement des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs...) ?
Si oui, nombre de verres par jour : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consommez-vous de la drogue ?
<input type="radio"/> Cannabis <input type="radio"/> ecstasy/MDMA <input type="radio"/> cocaïne
<input type="radio"/> Autres : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pratiquez-vous une activité sportive ?
- Si oui, plutôt : <input type="radio"/> rarement <input type="radio"/> occasionnellement <input type="radio"/> régulièrement <input type="radio"/> intensivement
- Si régulièrement ou intensivement, pratiquez-vous cette activité sportive, le plus souvent :
En journée ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
En soirée ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous pris du poids récemment ?.....
- Si oui, en combien de temps ?..... mois
- nombre de kilos pris : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

VOS HORAIRES ET HABITUDES DE SOMMEIL

- Vers quelle heure vous couchez-vous en **semaine** ? Entre et
Vers quelle heure vous levez-vous en **semaine** ? Entre..... et

- Vers quelle heure vous couchez-vous en période de **repos/vacances** ? Entre et
Vers quelle heure vous levez-vous en période de **repos/vacances** ? Entre..... et.....

- **Une fois couché dans votre lit**, essayez-vous de dormir de suite ou aimez-vous passer du temps à faire quelque chose (plusieurs réponses possibles):

- Je cherche à dormir immédiatement

OU

- J'ai une activité sexuelle
 Je lis un livre ou une revue
 J'utilise mon téléphone/tablette/ordi pour échanger avec les autres (SMS, mails, réseaux sociaux) ou pour travailler
 Je garde mon Smartphone allumé à côté de moi
 Je regarde la télévision
 Autre :

- En moyenne, **combien de temps s'écoule** entre le moment où vous vous couchez et le moment où vous cherchez à vous endormir ?

- J'ai une activité pendant moins de 30 mn
 J'ai une activité entre 30 mn et 1h
 J'ai une activité entre 1h et 2 h
 J'ai une activité plus de 2h

- Il vous faut combien de temps pour vous endormir ? minutes

- Si vous vous réveillez en cours de nuit, durée des éveils : minutes

- Combien d'heure de sommeil pensez-vous avoir besoin ? :heures

COMPORTEMENT

- Sortez-vous le soir (soirée, théâtre, cinéma...) plus de 3 fois / semaine Oui Non

- Juste avant le coucher, utilisez-vous régulièrement (plus de 3 fois/sem) un ordinateur ou une tablette pendant plus d'une heure ? Oui Non

- Au réveil :**
- | | OUI | NON |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Votre réveil est-il spontané ?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Comment vous sentez-vous le plus souvent au réveil ? | | |
| - en forme et dispo..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - encore fatigué et endormi..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - autre : | | |
- Avez-vous une **sensibilité de l'humeur** à la lumière et au beau temps ? Oui Non Ne sait pas
- Travaillez-vous (professionnel ou domestique), le soir chez vous, jusqu'au coucher plus de 3 fois /sem ? Oui Non

- ÉTAT DE SANTE**
- | | OUI | NON |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Avez-vous de l'hypertension ?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles cardiaques ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous du diabète ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles respiratoires ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles neurologiques ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles psychiatriques ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous ménopausée ? (pour les femmes) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous suivi pour une autre maladie ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- ANTECEDENTS FAMILIAUX**
- | | OUI | NON | NE SAIT PAS |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| (Troubles du sommeil dont souffrent vos parents, frères et sœurs) | | | |
| Insomnie ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur | | | |
| Dépression ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur | | | |
| Syndrome d'apnées du sommeil ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur | | | |
| Syndrome des jambes sans repos ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur | | | |
| Narcolepsie ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur | | | |
| Hypersomnie ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Si oui, précisez en entourant la réponse correspondante : Père – Mère – Frère ou sœur | | | |
| Autre ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Précisez : | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- TRAITEMENT(S) ACTUEL(S)**
- | | OUI | NON | NE SAIT PAS |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Avez-vous un traitement pour : | | | |
| - Une dépression ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - L'anxiété ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Des douleurs ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Augmentation de la tension artérielle ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Du diabète ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Autre ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TRAITEMENT(S) MEDICAMENTEUX ACTUEL(S) : (Précisez si possible les médicaments utilisés. Si aucun, laissez vide.)

.....
.....
.....
.....

Si ce questionnaire ne décrit pas exactement votre sommeil, merci de préciser :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de préciser votre catégorie socio-professionnelle ou activité :

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Agriculteurs exploitants | <input type="radio"/> Ouvriers |
| <input type="radio"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | <input type="radio"/> Sans activité professionnelle (Chômeurs n'ayant jamais travaillé, Militaires du contingent, autres) |
| <input type="radio"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures | <input type="radio"/> Retraités |
| <input type="radio"/> Professions Intermédiaires | <input type="radio"/> En formation (élèves, étudiant, en formation à plein temps) |
| <input type="radio"/> Employés | |