

## QUESTIONNAIRE DE SOMMEIL

Date du questionnaire : .....

Votre médecin (nom et coordonnées) : .....

**Vos coordonnées :**

NOM : ..... PRENOM : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

NE(E) LE : ...../...../..... A : .....

ADRESSE : .....

CP : ..... VILLE : .....

TEL DOM. : ..... TEL PORTABLE : .....

ADRESSE E-MAIL : .....@.....

PROFESSION : .....

Vit seul       En couple      Nb d'enfants : .....

**SYMPTOME DES TROUBLES DU SOMMEIL**

**Oui      Non**

**Avez-vous une Insomnie ?**

    

Si oui, c'est une insomnie plutôt :

- d'endormissement .....
- de milieu de nuit .....
- de fin de nuit .....
- Sensation de ne pas dormir .....

**Avez-vous une somnolence excessive ou des accès d'endormissement ?**

    

- Faites-vous la sieste plus de 2 fois par semaine ? .....
- Avez-vous des accès de sommeil incoercibles en cours de journée ? .....
- Avez-vous déjà eu un (des) accident(s) de la circulation ou de travail lié(s) à la somnolence ? .....
- Si oui, combien ? .....

**Avez-vous un sommeil décalé ?**

    

- Si oui, est-il : - Spontané .....
- Lié à un rythme imposé (3x8, travail de nuit...) .....

**Avez-vous d'autres troubles ?**

- Somnambulisme .....
- Terreur nocturne .....
- Rêve d'angoisse (vous avez le souvenir d'un rêve angoissant) .....
- Énurésie (perte d'urine au cours du sommeil) .....
- Crise d'épilepsie au cours du sommeil .....
- Autres : précisez : .....

**Mes troubles de sommeil ont débuté en \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (jj/mm/aa)**

*Si vos troubles sont de très longue durée, précisez simplement le mois et/ ou l'année de début*

## EVALUATION DE LA SOMNOLENCE

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.

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

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**

**TOTAL :**

## ÉVALUATION DE L'INTENSITE DES TROUBLES

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 :

**A ne compléter que si vous souffrez d'insomnie**

Encerclez 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 0      Léger 1      Moyen 2      Très 3      Extrêmement 4

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

Très satisfait 0      Modérément satisfait 1      2      3      Très insatisfait 4

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

Aucun 0      Léger 1      Moyen 2      Très 3      Extrêmement 4

**4. A 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 0      Léger 1      Moyen 2      Très 3      Extrêmement 4

**5. A quel point êtes vous INQUIET(E)/ PREOCCUPE(E) à propos de vos difficultés de sommeil ?**

Aucun 0      Léger 1      Moyen 2      Très 3      Extrêmement 4

**SIGNES D'ORIENTATION ORGANIQUE**

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Ronflez-vous et/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"/>
Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous mal à la tête au réveil ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des troubles de la sexualité ? ( <i>libido</i> ).....	<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"/>
Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bougez-vous beaucoup en dormant ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au moment du coucher ou en cas d'éveil, avez-vous des sensations désagréables ou pénibles dans les jambes (et parfois les bras) qui vous gênent pour vous endormir et vous obligent à vous relever ? ( <i>impatience des membres inférieures</i> ).....	<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 ? ( <i>secousses répétées</i> ).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous parfois l'impression d'être « paralysé » lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez ? ( <i>paralysie</i> ).....	<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 par une émotion ? ( <i>cataplexie</i> ).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des reflux gastro-œsophagiens ? ( <i>RGO</i> ).....	<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"/>
Faites-vous régulièrement des cauchemars ?.....	<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, au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée (comme un rêve ou un cauchemar éveillé) ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SIGNES D'ORIENTATION PSYCHOLOGIQUE**

- **Avez-vous connu une période dépressive ?** .....
- **Avez-vous actuellement un traitement antidépresseur ?** .....

Essayez de répondre le plus spontanément possible aux questions suivantes en faisant référence à votre état ces derniers jours :

- |                                                                                   | <b>Oui</b>            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| En ce moment, ma vie me semble vide.....                                          | <input type="radio"/> |
| J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête.... | <input type="radio"/> |
| Je suis sans énergie.....                                                         | <input type="radio"/> |
| Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose à faire.....           | <input type="radio"/> |
| Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même.....                                   | <input type="radio"/> |
| Je suis obligée(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit.....                  | <input type="radio"/> |
| J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire.....               | <input type="radio"/> |
| En ce moment je suis triste.....                                                  | <input type="radio"/> |
| J'ai l'esprit moins clair que d'habitude.....                                     | <input type="radio"/> |
| J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent et m'intéressent.....      | <input type="radio"/> |
| Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume.....              | <input type="radio"/> |
| J'ai le cafard.....                                                               | <input type="radio"/> |
| En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens.....           | <input type="radio"/> |

**SCORE :**

- |                                                                       | <b>Oui</b>            | <b>NON</b>            | <b>NE SAIT PAS</b>    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - <b>Êtes-vous anxieux ou avez-vous connu une période d'anxiété ?</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Répondez le plus spontanément possible aux questions qui suivent.  
Faites référence à des sensations que vous percevez régulièrement et non pas occasionnellement.

- |                                                                                                                                                                                       | <b>Oui</b>            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Vous sentez-vous souvent tendu(e), nerveux(se) ?.....                                                                                                                                 | <input type="radio"/> |
| Ressentez-vous souvent de l'inquiétude ?.....                                                                                                                                         | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous souvent irritable ?.....                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> |
| Avez-vous habituellement des difficultés pour vous détendre ?.....                                                                                                                    | <input type="radio"/> |
| Avez-vous souvent des maux de tête, des douleurs cervicales ou mal au dos ?                                                                                                           | <input type="radio"/> |
| <i>Ressentez-vous souvent une ou plusieurs des manifestations suivantes :</i>                                                                                                         |                       |
| Tremblements, fourmillements, sensations de déséquilibre, sueurs, envies fréquentes d'uriner, boule dans la gorge, oppression thoracique, sensations de ballonnement, diarrhée ?..... | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous inquiet(e) pour votre santé ?.....                                                                                                                                          | <input type="radio"/> |

**SCORE :**

## Vos HABITUDES

	OUI	NON
Êtes-vous fumeur ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, nombre de cigarettes par jour : .....		
Buvez-vous du café ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, nombre de tasses par jour : .....		
Buvez-vous du thé ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, nombre de bols par jour : .....		
Buvez-vous du vin ou de l'alcool ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, nombre de verres par jour : .....		
Consommez-vous de la drogue ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> cannabis et dérivés <input type="radio"/> héroïne <input type="radio"/> cocaïne <input type="radio"/> autres : .....		
Pratiquez-vous une activité sportive ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> occasionnel <input type="radio"/> régulier <input type="radio"/> intensif		
Rencontrez-vous des nuisances nocturnes ?..... (voisins bruyants, réveils intempestifs des enfants, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poids : .....kg    Taille : .....cm		
Avez-vous pris du poids récemment ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, en combien de temps ?.....mois,            nombre de kilos pris : .....		

## FACTEURS FAVORISANTS DES TROUBLES DE SOMMEIL

	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"/>
➤ <b>Les facteurs favorisants :</b>			
Une saison particulière - si oui, laquelle.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des troubles de l'humeur (dépression, irritation, euphorie, excitation) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En rapport avec les cycles menstruels (pour les femmes) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des soucis .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre cause favorisante : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## HABITUDES DE SOMMEIL

➤ Vers quelle heure vous couchez-vous en semaine ? entre .....et.....  
 Vers quelle heure vous levez-vous en semaine ? entre.....et.....

➤ Une fois couché, généralement vous : **OUI**

- éteignez de suite.....
- lisez au lit.....
- regardez la télévision.....
- autre :.....

➤ Il vous faut combien de temps pour vous endormir ? ..... minutes

➤ Si vous vous réveillez en cours de nuit, durée des éveils : .....

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

➤ Vers quelle heure vous couchez-vous en week-end et en vacances ?  
 Entre : .....h..... et.....h.....

Vers quelle heure vous levez-vous en week-end et en vacances :  
 Entre : .....h..... et.....h.....

- Au réveil : OUI
- Votre réveil est-il spontané ?..... ○
- Comment vous sentez-vous le plus souvent au réveil ?
- en forme et dispo..... ○
  - encore fatigué et endormi..... ○
  - mal à la tête..... ○
  - autre : ..... ○
- Avez-vous une sensibilité de l'humeur à la lumière et au beau temps ?..... ○

**ÉTAT DE SANTE**

- |                                                                              | OUI | NON |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Êtes-vous hypertendu ou avez-vous un traitement contre l'hypertension ?..... | ○   | ○   |
| Avez-vous des troubles cardiaques ? Précisez :.....                          | ○   | ○   |
| Avez-vous des troubles respiratoires ? Précisez :.....                       | ○   | ○   |
| Avez-vous des troubles neurologiques ou psychiatriques ? Précisez :.....     | ○   | ○   |
| Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? Précisez :.....                        | ○   | ○   |
| Êtes-vous ménopausée ? .....                                                 | ○   | ○   |
| Êtes-vous suivi pour une autre maladie ? Précisez :.....                     | ○   | ○   |

**ANTECEDENTS FAMILIAUX** (Troubles du sommeil dont souffrent vos parents, frères et sœurs)

.....

.....

**TRAITEMENT(S) ACTUEL(S)**

Si vous prenez des médicaments, précisez les noms et les doses :

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

## Echelle de sévérité de votre insomnie

### 1. Notez la sévérité de votre problème de sommeil

(Entourez les réponses)

	Aucune	Légère	Moyenne	Sévère	Très sévère
Difficultés d'endormissement	0	1	2	3	4
Réveils nocturnes	0	1	2	3	4
Réveils trop matinaux	0	1	2	3	4

### 2. Comment jugez-vous votre sommeil actuel ?

0	1	2	3	4
Très satisfaisant	Satisfaisant	Pas très bon	Mauvais	Très mauvais

### 3. Vos problèmes de sommeil perturbent-ils votre fonctionnement (fatigue, travail, activités intellectuelles, humeur ...) dans la journée ?

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément

### 4. Dans quelle mesure les autres s'aperçoivent-ils du retentissement de votre insomnie sur vos activités diurnes ?

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément

### 5. Dans quelle mesure votre problème de sommeil vous préoccupe-t-il ?

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément

**6. Dans quelle mesure pensez-vous que les facteurs suivants aggravent vos problèmes de sommeil ?**

	Pas du tout		Assez		Beaucoup
Pensées et ruminations la nuit	0	1	2	3	4
Tension musculaire et douleur	0	1	2	3	4
Mauvaises habitudes de sommeil	0	1	2	3	4
Effet de l'âge	0	1	2	3	4

**Après une mauvaise nuit, quelles perturbations notez-vous le lendemain ? (Entourez toutes celles que vous avez)**

1. Fatigue / malaise
2. Trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire
3. Dysfonctionnement professionnel / social ou mauvaise performance scolaire.
4. Trouble de l'humeur / irritabilité
5. Somnolence diurne
6. Perte de motivation / d'énergie / d'initiative
7. Tendance aux erreurs / accidents domestiques ou de conduite
8. Céphalées de tension / symptômes somatiques en relation avec le manque de sommeil
9. Anxiété vis-à-vis du sommeil