

**Cabinet médical de pneumologie
& pathologies du sommeil**

Dr Ines Nya

LABORATOIRE DU SOMMEIL

QUESTIONNAIRES

Maison de sante les Mouillères

2 bis Rue des Mouillères

Tel : 03 39 54 00 88

Email : drines.nya@cpngu.fr

Nom :

Prénom :

▲ 1 grille = 15 jours

Merci de remplir au minimum 15 jours.

Idéalement remplir 1 mois avant l'examen

1. CALENDRIER DE SOMMEIL



Indiquer par ↓ votre heure de coucher et par ↑ votre heure de lever



Indiquer par une zone hachurée votre temps de sommeil ou de sieste



Indiquer par une zone vide un long réveil

Indiquer votre sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R)

		Horaire de la journée et de la nuit																									
	Jour	Date	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Exemple	Lundi	01/09/202...											↓	R	R								↑				
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											

Nom :






Prénom :

▲ 1 grille = 15 jours

Merci de remplir au minimum 15 jours.

Idéalement remplir 1 mois avant l'examen

6.CALENDRIER DE SOMMEIL

	Indiquer par ↓ <u> votre heure de coucher </u> et par ↑ <u> votre heure de lever </u>																											
 	Indiquer par une <u> zone hachurée votre temps de sommeil </u> ou de sieste																											
 	Indiquer par une <u> zone vide un long réveil </u>																											
	Indiquer votre <u> sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R) </u>																											
		Horaire de la journée et de la nuit																										
	Jour	Date	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Exemple	Lundi	01/09/202...												↓	R	R								↑				
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												

2. QUESTIONNAIRE DE CHRONOTYPE

Nom-Prénom : _____

Date : _____

Pour chacune des questions, encerclez le nombre qui correspond à la réponse la plus appropriée. (1 seule réponse par question)

Répondez en vous basant sur ce que vous avez ressenti au cours des dernières semaines. Puis, additionnez les points de chaque réponse pour déterminer un total.

1 – Si vous étiez entièrement libre de planifier votre journée, à quelle heure environ vous lèveriez-vous ?

- 5** 05h00 / 6h30
- 4** 06h30 / 7h45
- 3** 07h45 / 09h45
- 2** 09h45 / 11h00
- 1** 11h00 / 12h00

2 – Si vous étiez entièrement libre de planifier votre soirée, à quelle heure environ vous coucheriez-vous ?

- 5** 20h00 / 21h00
- 4** 21h00 / 22h15
- 3** 22h15 / 00h30
- 2** 00h30 / 01h45
- 1** 01h45 / 03h00

3 – Lorsque vous devez vous lever à une heure spécifique le matin, à quel point dépendez-vous d'un réveille-matin pour vous réveiller ?

- 4** Pas du tout dépendant (e)
- 3** Un peu dépendant (e)
- 2** Assez dépendant (e)
- 1** Très dépendant (e)

4 – Comment trouvez-vous le fait de vous lever le matin (quand vous n'êtes pas réveillé(e) subitement) ?

- 1** Très difficile
- 2** Assez difficile
- 3** Assez facile
- 4** Très facile

5 – Comment vous sentez-vous durant la première demi-heure suivant votre réveil le matin ?

- 1** Pas du tout alerte
- 2** Pas très alerte
- 3** Assez alerte
- 4** Très alerte

6 – Comment est votre appétit durant la première demi-heure suivant votre réveil ?

- 1** Très pauvre
- 2** Plutôt pauvre
- 3** Plutôt bon
- 4** Très bon

7 – Durant la première demi-heure suivant votre réveil le matin, comment vous sentez-vous ?

- 1** Très fatigué(e)
- 2** Plutôt fatigué(e)
- 3** Plutôt reposé(e)
- 4** Très repose(e)

8 – Lorsque vous n’avez aucun engagement le lendemain, à quelle heure vous couchez vous par rapport à votre heure habituelle de coucher ?

- 4** Rarement ou jamais plus tard
- 3** Moins d’une heure plus tard
- 2** 1 à 2 heures plus tard
- 1** Plus de 2 heures plus tard

9 – Vous avez décidé de faire du sport 2 fois par semaine avec un(e) ami(e) qui est disponible uniquement entre 7h00 et 8h00 le matin. En ne tenant compte que de la façon dont vous vous sentez à cette heure de la journée, comment seront vos performances ?

- 4** Je serai en bonne forme
- 3** Je serai raisonnablement en forme
- 2** Je trouverai cela difficile
- 1** Je trouverai cela très difficile

10 – Dans la soirée, à quelle heure environ sentez-vous fatigué et éprouvez-vous le besoin de dormir ?

- 5** 20h00 / 21h00
- 4** 21h00 / 22h15
- 3** 22h15 / 00h45
- 2** 00h45 / 02h00
- 1** 02h00 / 03h00

11 – Vous voulez atteindre votre meilleure performance dans un test qui, vous le savez, sera mentalement très exigeant et durera 2 heures. Vous êtes entièrement libre de planifier votre journée. En ne tenant compte que de la façon dont vous vous sentez à cette heure de la journée, à quelle heure choisirez-vous de faire le test ?

- 6** 08h00 / 10h00
- 4** 11h00 / 13h00
- 2** 15h00 / 17h00
- 0** 19h00 / 21h00

12 – Si vous allez vous coucher à 23h00, à quel point vous sentirez-vous fatigué(e) ?

- 0** Pas du tout fatigué(e)
- 2** Un peu fatigué(e)
- 3** Assez fatigué(e)
- 5** Très fatigué(e)

13 – Si vous vous couchez quelques heures plus tard que d’habitude et que vous n’avez aucune obligation le lendemain matin, quel scénario vous semble le plus probable ?

- 4** Je me réveillerai à l’heure habituelle mais je ne me rendormirai pas
- 3** Je me réveillerai à l’heure habituelle et je sommeillerais légèrement par la suite
- 2** Je me réveillerai à l’heure habituelle mais je me rendormirai ensuite
- 1** Je me réveillerai plus tard que d’habitude

14 – Vous devez rester réveillé(e) entre 4h00 et 6h00 du matin pour une garde de nuit et vous n’avez aucun engagement pour le lendemain. Lequel choix suivants vous conviendrait le plus ?

- 1** Je n’irais pas me coucher avant que la garde soit terminée
- 2** Je ferais une sieste avant la garde et dormirai après
- 3** Je dormirais principalement avant la garde et je ferai une sieste après
- 4** Je dormirais seulement avant la garde

15 – Vous devez faire 2 heures de travail physique intense et vous êtes entièrement libre de planifier votre journée. En ne tenant compte que de la façon dont vous vous sentez à cette heure de la journée, laquelle des périodes suivantes choisiriez-vous pour le faire ?

- 4** 08h00 / 10h00
- 3** 11h00 / 13h00
- 2** 15h00 / 17h00
- 1** 19h00 / 20h00

16 – Vous avez décidé de faire du sport 2 fois par semaine avec un(e) ami(e) qui est disponible uniquement entre 22h00 et 23h00 le soir. En ne tenant compte que de la façon dont vous vous sentez à cette heure de la journée, comment seront vos performances ?

- 1** Je serai en bonne forme
- 2** Je serai raisonnablement en forme
- 3** Je trouverai cela difficile
- 4** Je trouverai cela très difficile

17 – Supposons que vous puissiez choisir vos propres heures de travail, que vous travailliez cinq heures par jour (en incluant les pauses) et que votre travail est intéressant et payé en fonction de votre rendement. Vers quelle heure environ choisiriez-vous de commencer à travailler ?

- 5** 5 heures commençant entre 04h00 et 08h00
- 4** 5 heures commençant entre 08h00 et 09h00
- 3** 5 heures commençant entre 09h00 et 14h00
- 2** 5 heures commençant entre 14h00 et 17h00
- 1** 5 heures commençant entre 17h00 et 04h00

18 – A quelle heure environ vous sentez-vous dans votre meilleure forme ?

- 5** 05H00 et 08H00
- 4** 08h00 et 10h00
- 3** 10h00 et 17h00
- 2** 17h00 et 22h00
- 1** 22h00 et 05h00

19 – On parle de gens « du matin » (ou « lève-tôt ») et de gens « du soir » (ou « couche-tard »). Dans quelle catégorie vous situez-vous ?

- 6** Nettement parmi les gens « du matin »
- 4** Plutôt parmi les « gens du matin » que parmi les « gens du soir »
- 2** Plutôt parmi les « gens du soir » que parmi les « gens du matin »
- 0** Nettement parmi les « gens du soir »

____ : Total des points des 19 questions

INTERPRETATION ET UTILISATION DES RESULTATS DE VOTRE CHRONOTYPE

Ce questionnaire contient 19 questions cotées. D'abord, additionnez les points que vous avez encadrés et indiquez ensuite le résultat obtenu dans le carré ci-dessous :

Les résultats peuvent varier entre 16 et 86. Les résultats inférieurs à 41 correspondent à des « couche - tard ». Les résultats supérieurs à 59 correspondent aux « lève-tôt ». Les résultats entre 42 et 58 correspondent à des types « intermédiaires ».

16-30	31-41	42-58	59-69	70-86
Nettement « couche-tard »	Modérément « couche-tard »	Intermédiaire	Modérément « lève-tôt »	Nettement « lève-tôt »

Parfois, les gens éprouvent des difficultés pour remplir le questionnaire. Par exemple, il est difficile de répondre à certaines questions lorsqu'on travaille selon des horaires en rotation, lorsqu'on ne travaille pas ou si l'on se couche à des heures inhabituelles.

Les réponses peuvent être influencées par la maladie ou la prise de médicaments.

Si vous n'êtes pas sûr(e) de vos réponses, vous ne devriez pas non plus vous fier aux conseils ci-dessous.

Afin de faire une vérification, demandez-vous si votre résultat de chronotype correspond à peu près aux heures d'endormissement et de réveil détaillées ci-dessous :

Résultats	16-30	31-41	42-58	59-69	70-86
Endormissement	02h00-03h00	00h45-02h00	22h45-00h45	21h30-22h45	21h00-21h30
Réveil	10h00-11h30	08h30-10h00	06h30-08h30	05h00-06h30	04h00-05h00

Référence : Terman M, Terman JS. Light therapy for seasonal and nonseasonal depression : efficacy, protocol, safety, and side effects. CNS Spectrums, 2005;10:647-663 (Téléchargeable à www.cet.org) – Copyright © 2008, Center for Environmental Therapeutics

3. COURT OU LONG DORMEUR

Calculez le total de vos points pour avoir une estimation de la **durée de votre sommeil** (par rapport à celle de vos contemporains).

1°/ Pensez-vous avoir le sommeil *très léger* ou *très lourd* ?

- Très léger (vous pouvez vous réveiller facilement) (1 point)
- Pas d'opinion (2 points)
- Très lourd (quand vous dormez, vous n'entendez rien) (3 points)

2°/ Que disait-on de vous à l'âge où vous étiez un *nourrisson* ?

- Vous ne dormiez "jamais", ou très peu (1 point)
- Pas de souvenir (2 points)
- Vous avez "fait" vos nuits très tôt (3 points)

3°/ À l'école *maternelle*, on fait faire la sieste à tous les enfants. Essayez de vous rappeler si :

- Vous étiez pénalisé(e) de ne pas parvenir à dormir (1 point)
- Pas de souvenir (2 points)
- Vous aimiez bien dormir (3 points)

4°/ Lorsque vous étiez *enfant* (6/10 ans), vous rappelez-vous si ?

- Vous mettiez souvent longtemps à vous endormir ? (1 point)
- Vous dormiez assez facilement ? (2 points)
- Vous aimiez parfois faire la sieste durant les vacances (3 points)

5°/ Lorsque vous étiez *adolescent(e)*, vous rappelez-vous si ?

- Vous n'aviez pas toujours besoin d'un réveil-matin (1 point)
- Vous faisiez la grasse matinée ou la sieste le dimanche (2 points)
- Vous dormiez souvent davantage que les autres (3 points)

Nom : Prénom :

Date :

ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Consigne de passation :

Afin de pouvoir mesurer chez vous une éventuelle somnolence dans la journée, 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.

Pour répondre, 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

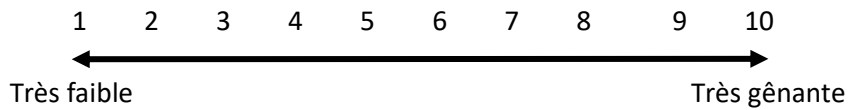
3 = forte chance de s'endormir

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 :

1) Somnolence en conduite automobile : NON / OUI

Si oui, veuillez quantifier :

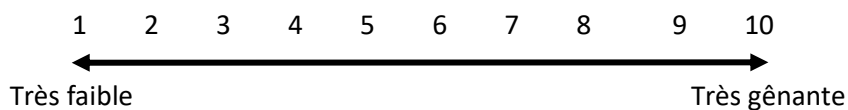


2) Avez-vous eu ou évité un accident de voiture lié à l'endormissement ?

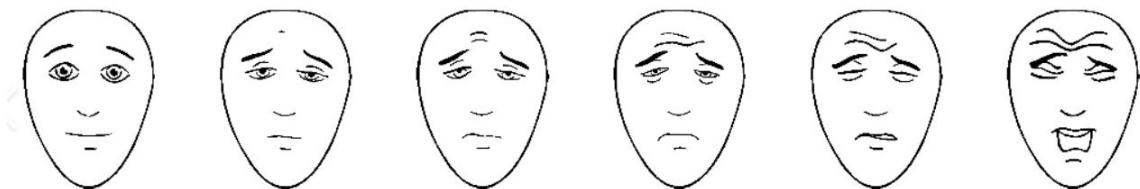
☐ Oui ☐ Non

3) Fatigue matinale : NON / OUI

Si oui, veuillez quantifier :



OU



ECHELLE DE FATIGUE DE PICHOT

*Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant la semaine dernière et jusqu'à ce jour.
Puis, additionnez chaque réponse pour déterminer le score.*

0 = Pas du tout	1 = Un petit peu	2 = Moyennement	3 = Beaucoup	4 = Extrêmement	
a) Je manque d'énergie	0	1	2	3	4
b) Tout demande effort	0	1	2	3	4
c) Je me sens faible à certains endroits du corps	0	1	2	3	4
d) J'ai les bras ou les jambes lourdes	0	1	2	3	4
e) Je me sens fatigué sans raison	0	1	2	3	4
f) J'ai envie de m'allonger pour me reposer	0	1	2	3	4
g) J'ai du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
h) Je me sens fatigué, lourd, raide	0	1	2	3	4

SCORE =

5. INDICE ISI

1. Veuillez estimer la SEVERITE actuelle (le dernier mois) de vos problèmes de sommeil, en commençant par le tableau. (1SEULE REPONSE POSSIBLE par question)

	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Très sévère
Difficulté d'endormissement	0	1	2	3	4
Difficulté à rester endormi	0	1	2	3	4
Réveil trop précoce le matin	0	1	2	3	4

2. Etes-vous actuellement satisfait de votre sommeil ?

- 0. Très satisfait
- 1. Satisfait
- 2. Modérément satisfait
- 3. Insatisfait
- 4. Pas du tout satisfait

3. A quel point considérez-vous que vos problèmes de sommeil INTERFERENT avec votre vie quotidienne (fatigue, travail, concentration, mémoire, humeur, etc.) ?

- 0. Aucunement
- 1. Légèrement
- 2. Moyennement
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

4. A quel point considérez-vous que vos problèmes de sommeil sont PERCEPTIBLES par votre entourage en terme de retentissement sur votre qualité de vie ?

- 0. Non perceptibles
- 1. Légèrement perceptibles
- 2. Moyennement perceptibles
- 3. Très perceptibles
- 4. Extrêmement perceptibles

5. A quel point êtes-vous INQUIET/perturbé par votre problème actuel de sommeil ?

- 0. Pas du tout
- 1. Un peu
- 2. Moyennement
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

6. QUESTIONNAIRE HAD

Comment vous vous sentez actuellement ? ; Avez-vous bon ou mauvais moral ? ; Êtes-vous détendu ou anxieux ? ; Êtes-vous plutôt gai ou plutôt triste ?.....

Voici donc une liste de propositions qui devraient vous aider à faire le point.

Merci d'entourer les réponses qui correspondent le mieux à ce que vous ressentez actuellement.

		A	D
1) Je me sens tendu, énervé :	La plupart du temps	3	
	Souvent	2	
	De temps en temps	1	
	Jamais	0	
2) J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent :	Oui, toujours		0
	Le plus souvent		1
	De plus en plus rarement		2
	Tout est plus difficile		3
3) Je me sens ralenti :	Pratiquement tout le temps		3
	Très souvent		2
	Quelquefois		1
	Pas du tout		0
4) J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué :	Très souvent	3	
	Assez souvent	2	
	Parfois	1	
	Jamais	0	

5) J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence	Totalement	3
	Je n'y fais plus attention	2
	Je n'y fais plus assez attention	1
	J'y fais attention comme d'habitude	0
6) J'ai la bougeotte et n'arrive pas tenir en place :	Oui, c'est tout à fait le cas	3
	Un peu	2
	Pas tellement	1
	Pas du tout	0
7) J'envisage l'avenir avec optimisme	Comme d'habitude	0
	Plutôt moins qu'avant	1
	Beaucoup moins qu'avant	2
	Pas du tout	3
8) 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'importe pas	1
	Pas du tout	0
9) Je sais rire et voir le bon côté des choses :	Toujours autant	0
	Plutôt moins	1
	Nettement moins	2
	Plus du tout	3

10) Je me fais souvent du souci :	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Occasionnellement	1
	Très occasionnellement	0
11) Je me sens heureux :	Jamais	3
	Pas souvent	2
	Quelquefois	1
	La plupart du temps	0
12) Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux :	Jamais	3
	Rarement	2
	Quelquefois	1
	La plupart du temps	0
13) Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou un programme de radio ou de télé :	Souvent	0
	Assez souvent	1
	Rarement	2
	Pratiquement jamais	3
14) J'éprouve des sensations soudaines de panique :	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Rarement	1
	Jamais	0

Additionner les scores obtenus aux questions A (1, 4, 6, 8, 10, 12, 14)
Additionner les scores obtenus aux questions D (2, 3, 5, 7, 9, 1, 13)

7. TEST DE DÉPRESSION DE BECK (COGNITIVISTE)

Voici un test de dépression, l'Inventaire de dépression de Beck¹, couramment utilisé en recherche et en pratique clinique. Ce test est présenté à titre informatif et non pas dans un but d'autodiagnostic. Certains symptômes de dépression peuvent être reliés à d'autres diagnostics. Si vous croyez être en dépression ou si vous avez des symptômes sévères, nous vous conseillons de consulter un médecin. Le test comporte 21 items. Pour chaque item, choisissez l'affirmation qui décrit le mieux la façon dont vous vous sentez aujourd'hui. Si plusieurs affirmations s'appliquent aussi bien, choisissez la dernière (dont le pointage est le plus élevé).

1 - Tristesse

- ☐ Je ne me sens pas triste.
- ☐ Je me sens triste la plupart du temps.
- ☐ Je me sens constamment triste.
- ☐ Je suis si triste ou malheureux(se) que je ne peux le supporter.

2 - Pessimisme

- ☐ Je ne me sens pas découragé(e) concernant l'avenir.
- ☐ Je me sens plus découragé(e) concernant l'avenir que d'habitude.
- ☐ Je ne m'attends pas à ce que les choses fonctionnent pour moi.
- ☐ Je sens que l'avenir est sans espoir et ne fera qu'empirer.

3 - Sentiment d'échec

- ☐ Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).
- ☐ J'ai échoué plus que j'aurais dû.
- ☐ Lorsque je pense à ma vie passée, je vois beaucoup d'échecs.
- ☐ Je sens que je suis un(e) raté(e).

4 - Perte de plaisir

- ☐ Je retire autant de plaisir que d'habitude des choses que j'aime.
- ☐ Je ne ressens pas autant de plaisir que d'habitude.
- ☐ Je retire très peu de plaisir des choses que j'aimais.
- ☐ Je ne retire aucun plaisir des choses que j'aimais.

5 - Sentiments de culpabilité

- ☐ Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- ☐ Je me sens coupable de plusieurs choses que j'ai fait ou aurais dû faire.
- ☐ Je me sens vraiment très coupable la plupart du temps.
- ☐ Je me sens constamment coupable.

6 - Sentiments de punition

- ☐ Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- ☐ J'ai sens que je peux être puni(e).
- ☐ Je m'attends à être puni(e).
- ☐ Je sens que je suis puni(e).

7 - Baisse d'estime de soi

- ☐ J'ai les mêmes sentiments vis-à-vis moi-même que d'habitude.
- ☐ Je perdu confiance en moi.
- ☐ Je suis déçu(e) de moi-même.
- ☐ Je ne m'aime pas.

8 - Auto-critique

- ☐ Je ne me critique ou blâme pas plus que d'habitude.
- ☐ Je suis plus critique à l'égard de moi-même que d'habitude.
- ☐ Je me critique pour toutes mes fautes.
- ☐ Je me blâme pour tout ce qui arrive de mauvais.

9 - Pensées suicidaires

- ☐ Je n'ai aucune pensée suicidaire.
- ☐ Je pense parfois à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- ☐ J'aimerais me suicider.
- ☐ Je me suiciderais si j'en avais la possibilité.

10 - Pleurs

- ☐ Je ne pleure pas plus que d'habitude.
- ☐ Je pleure plus que d'habitude.
- ☐ Je pleure pour la moindre des choses.
- ☐ J'ai le goût de pleurer mais je ne peux pas.

11 - Agitation

- ☐ Je ne suis pas plus agité ou activé que d'habitude.
- ☐ Je suis plus agité ou activé que d'habitude.
- ☐ Je suis si agité qu'il est difficile de rester tranquille.
- ☐ Je suis si agité que je ne dois pas arrêter de bouger ou de faire quelque chose.

12 - Perte d'intérêt

- ☐ Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres ou pour les activités.
- ☐ Je suis moins intéressé(e) par les autres ou quoi que ce soit qu'avant.
- ☐ J'ai perdu une grande part de mon intérêt pour les autres ou quoi que ce soit.
- ☐ Il m'est difficile de m'intéresser à quoique ce soit.

13 - Indécision

- ☐ Je prends mes décisions aussi bien qu'avant.
- ☐ Je trouve qu'il est plus difficile de prendre des décisions qu'avant.
- ☐ J'ai beaucoup plus de difficultés à prendre des décisions qu'avant.
- ☐ J'ai de la difficulté à prendre des décisions.

14 - Auto-dépréciation

- ☐ Je ne sens pas que je n'ai pas de valeur.
- ☐ Je ne me considère pas comme ayant autant de valeur et aussi utile qu'avant.
- ☐ Je me sens comme ayant moins de valeur comparativement aux autres personnes.
- ☐ Je me sens sans valeur.

15 - Perte d'énergie

- ☐ J'ai autant d'énergie qu'avant.
- ☐ J'ai moins d'énergie que j'ai l'habitude d'avoir.
- ☐ Je n'ai pas d'énergie pour faire grand chose.
- ☐ Je n'ai pas assez d'énergie pour faire quoique ce soit.

16 - Changements dans le sommeil

- ☐ Mon sommeil n'a pas changé.
- ☐ Je dors un peu plus ou un peu moins que d'habitude.
- ☐ Je dors beaucoup plus ou beaucoup moins que d'habitude.
- ☐ Je dors la plus grande partie de la journée ou je me réveille 1 ou 2 heures plus tôt et je ne peux me rendormir.

17 - Irritabilité

- ☐ Je ne me sens pas irritable que d'habitude.
- ☐ Je suis plus irritable que d'habitude.
- ☐ Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- ☐ Je suis toujours irritable.

18 - Changements dans l'appétit

- ☐ Mon appétit n'a pas changé.
- ☐ Mon appétit est moins grand ou plus grand que d'habitude.
- ☐ Mon appétit est beaucoup moins grand ou beaucoup plus grand que d'habitude.
- ☐ Je n'ai plus d'appétit du tout ou je pense toujours à manger.

19 - Difficulté de concentration

- ☐ Je peux me concentrer aussi bien qu'auparavant.
- ☐ Je ne peux me concentrer aussi bien qu'auparavant.
- ☐ Je ne peux me concentrer sur quoique ce soit très longtemps.
- ☐ Je trouve que je ne peux me concentrer sur quoique ce soit.

20 - Fatigue

- ☐ Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- ☐ Je deviens plus fatigué(e) plus facilement que d'habitude.
- ☐ Je suis trop fatigué(e) pour faire plusieurs choses que j'avais l'habitude de faire.
- ☐ Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que j'avais l'habitude de faire.

21 - Perte de libido

- ☐ Je n'ai pas remarqué de changements récents dans mon intérêt pour la sexualité.
- ☐ Je m'intéresse moins à la sexualité qu'avant.
- ☐ Je m'intéresse beaucoup moins à la sexualité.
- ☐ J'ai perdu tout intérêt pour la sexualité.

0 à 10	Hauts et bas considérés comme normaux
11 à 16	Troubles bénins de l'humeur (mais correction à apporter)
17 à 20	Seuil de la dépression clinique
21 à 30	Dépression modérée
31 à 40	Dépression sévère
40 à 63	Dépression extrême

** Traduit du Beck Depression Inventory version II (BDI-II) dont la version originale a été publiée pour la première fois en 1961 par le psychiatre Aaron T. Beck. La version II est une révision publiée en 1996 pour tenir compte notamment des critères diagnostiques actuels de la dépression.*

8. Test : définir son niveau de stress

La PSS (Perceived Stress Scale) est une échelle de mesure du stress perçu adaptée de Cohen et Williamson (3). Elle se base sur l'approche transactionnelle du stress afin d'appréhender les mécanismes psychocognitifs de ce dernier. Cette technique est la plus employée pour mesurer notre perception du stress. À travers dix étapes, il est facile d'évaluer rapidement les situations qui sont perçues comme menaçantes, c'est-à-dire non prévisibles, incontrôlables et pénibles.

Je vous propose de vous lister ci-après les dix questions clés afin de vous aider à déterminer et à interpréter votre niveau de stress actuel.

1) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?

☐ 1 : Jamais ☐ 2 : Presque jamais ☐ 3 : Parfois ☐ 4 : Assez souvent ☐ 5 : Souvent

2) Au cours du dernier mois, combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?

☐ 1 : Jamais ☐ 2 : Presque jamais ☐ 3 : Parfois ☐ 4 : Assez souvent ☐ 5 : Souvent

3) Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti nerveux ou stressé ?

☐ 1 : Jamais ☐ 2 : Presque jamais ☐ 3 : Parfois ☐ 4 : Assez souvent ☐ 5 : Souvent

4) Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti assez confiant pour prendre en main vos problèmes personnels ?

☐ 1 : Jamais ☐ 2 : Presque jamais ☐ 3 : Parfois ☐ 4 : Assez souvent ☐ 5 : Souvent

5) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?

☐ 1 : Jamais ☐ 2 : Presque jamais ☐ 3 : Parfois ☐ 4 : Assez souvent ☐ 5 : Souvent

6) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?

☐ 1 : Jamais ☐ 2 : Presque jamais ☐ 3 : Parfois ☐ 4 : Assez souvent ☐ 5 : Souvent

7) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?

☐ 1 : Jamais ☐ 2 : Presque jamais ☐ 3 : Parfois ☐ 4 : Assez souvent ☐ 5 : Souvent

8) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?

☐ 1 : Jamais ☐ 2 : Presque jamais ☐ 3 : Parfois ☐ 4 : Assez souvent ☐ 5 : Souvent

9) Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?

☐ 1 : Jamais ☐ 2 : Presque jamais ☐ 3 : Parfois ☐ 4 : Assez souvent ☐ 5 : Souvent

10) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un point tel que vous ne pouviez les contrôler ?

☐ 1 : Jamais ☐ 2 : Presque jamais ☐ 3 : Parfois ☐ 4 : Assez souvent ☐ 5 : Souvent

Comment calculer et ensuite interpréter le score pour le stress perçu ? Il suffit d'ajouter les chiffres qui figurent au niveau de chaque réponse.

Si votre score est inférieur à 21 : vous savez gérer votre stress et vous adapter. Vous trouverez toujours des solutions.

Si votre score est compris entre 21 et 26 : en général, vous réussissez à faire face au stress. Mais, dans certaines situations, vous ne savez pas le gérer. Vous êtes parfois animé d'un sentiment d'impuissance qui entraîne des perturbations émotionnelles. Pour en sortir, apprenez des méthodes de stratégies de changement (par exemple, la stratégie de coping qui consiste en l'analyse, l'évaluation des ressources et l'ajustement face à une situation donnée).

Si votre score est supérieur à 27 : pour vous, la vie est une menace perpétuelle. Vous avez le sentiment de subir la plupart des situations sans pouvoir rien faire d'autre. Un travail sur votre schéma de pensée est souhaitable ainsi qu'un changement dans votre manière de réagir. Cet ouvrage vous sera donc d'une très grande aide. Je vous recommande également, pour une action synergique, d'envisager un travail de fond avec l'aide d'un thérapeute (sophrologue, art thérapeute, psychothérapeute, naturopathe...).

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____

Date: _____

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)