

## QUESTIONNAIRE DE SOMMEIL

Date du questionnaire : .....

Envoyé par le docteur : .....

Adresse du médecin : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Né(e) le : ..... à .....

Adresse .....

.....  
Tél. Dom. ..... Tél. Prof. ..... Port: .....

Profession : .....

 Vit seul en couple

Nbre d'enfants : .....

## SYMPTOME DES TROUBLES DU SOMMEIL

OUI

**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 .....

**Somnolence excessive ou 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 ? .....

**Si vous avez un sommeil décalé, 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 :**

## EVALUATION DE L'INTENSITE DES TROUBLES

Précisez la perception de vos symptômes en vous situant sur une échelle d'évaluation.  
Mettez une croix sur la ligne de 10 cm entre les deux propositions opposées.

MERCI DE PRECISER COMMENT VOUS VOUS SENTEZ POUR LES ECHELLES SUIVANTES :

- *Intensité des troubles motivants la consultation :*

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

---

## SIGNES D'ORIENTATION ORGANIQUE

	OUI
Ronflez-vous et/ou avez-vous une respiration bruyante en dormant ? .....	<input type="radio"/>
Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours du sommeil ? .....	<input type="radio"/>
<i>Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ? .....</i>	<input type="radio"/>
Avez-vous mal à la tête au réveil ? .....	<input type="radio"/>
Avez-vous des troubles de la sexualité ? ( <i>libido</i> ) .....	<input type="radio"/>
Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner en cours de nuit ? ( <i>nycturie</i> ) .....	<input type="radio"/>
<i>Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ? .....</i>	<input type="radio"/>
<i>Bougez-vous beaucoup en dormant ? .....</i>	<input type="radio"/>
Au moment du coucher ou en cas d'éveil, avez-vous des sensations d'impatiences et d'agacement dans les jambes (et parfois les bras) qui vous gênent pour vous endormir ? ( <i>impatience des membres inférieures</i> ) .....	<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"/>
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"/>
<i>Vous arrive-t-il d'avoir une chute de la tête, d'un membre ou de tout votre corps, vous conduisant à des maladresses ou à des chutes ? .....</i>	<input type="radio"/>
Si oui, est-ce provoqué par une émotion ? ( <i>cataplexie</i> ) .....	<input type="radio"/>
Avez-vous des reflux gastro-œsophagiens ? ( <i>RGO</i> ) .....	<input type="radio"/>
Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ? .....	<input type="radio"/>
<i>Faites-vous régulièrement des cauchemars ? .....</i>	<input type="radio"/>
<i>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) ? .....</i>	<input type="radio"/>

## SIGNES D'ORIENTATION PSYCHOLOGIQUE

### - Avez-vous un traitement antidépresseur ou avez-vous connu une période dépressive ? .....

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

	OUI
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 :**

- **Êtes-vous anxieux ou avez-vous connu une période d'anxiété ?**.....○

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

**SCORE :**

1

## Vos Habitudes

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

## FACTEURS FAVORISANTS DES TROUBLES DE SOMMEIL

Vos troubles sont-ils réguliers (supérieur à 3 mois et plus de 3 fois par semaine) ?.....

Vos troubles apparaissent-ils par périodes ?.....

➤ *Les facteurs favorisants :*

- Une saison particulière - si oui, laquelle.....
- Des troubles de l'humeur (dépression, irritation, euphorie, excitation) .....
- En rapport avec les cycles menstruels (pour les femmes) .....
- Des soucis .....
- Autre cause favorisante : .....

## 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

- 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 : .....

## TRAITEMENT ACTUEL

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

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

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

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