

Centre du sommeil, Service Epileptologie et Rythmologie Cérébrale

Hôpital de la Timone, 264 rue St Pierre, 13385 Marseille Cedex 05

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

Centre du sommeil, Service Epileptologie et Rythmologie Cérébrale

Hôpital de la Timone, 264 rue St Pierre, 13385 Marseille Cedex 05

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 (C'est-à-dire un mauvais sommeil de nuit)

Encerlez 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

Suite du questionnaire page suivante

Centre du sommeil, Service Epileptologie et Rythmologie Cérébrale

Hôpital de la Timone, 264 rue St Pierre, 13385 Marseille Cedex 05

Problème de réveils trop tôt le matin :

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement
 0 1 2 3 4

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

Très satisfait Modérément satisfait Très insatisfait
 0 1 2 3 4

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

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

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement
 0 1 2 3 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"/> |

Centre du sommeil, Service Epileptologie et Rythmologie Cérébrale

Hôpital de la Timone, 264 rue St Pierre, 13385 Marseille Cedex 05

SIGNES D'ORIENTATION PSYCHOLOGIQUE

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

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

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

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

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

5. Je me fais du souci

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

6. Je suis de bonne humeur

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

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

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

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

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

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 d'avance à l'idée de faire certaines choses

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

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 de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Centre du sommeil, Service Epileptologie et Rythmologie Cérébrale

Hôpital de la Timone, 264 rue St Pierre, 13385 Marseille Cedex 05

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"/> |
| ➤ Les facteurs favorisants : | | | |
| 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 ? entreet.....
 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.....

Centre du sommeil, Service Epileptologie et Rythmologie Cérébrale

Hôpital de la Timone, 264 rue St Pierre, 13385 Marseille Cedex 05

- Au réveil :
- Votre réveil est-il spontané ?..... OUI
- 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 ?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles cardiaques ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles respiratoires ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des troubles neurologiques ou psychiatriques ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous ménopausée ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Êtes-vous suivi pour une autre maladie ? Précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....