EVALUATION DE LA QUALITE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE

QUESTIONNAIRE INITIAL - 1ère VISITE

Date du questionnaire : /_____ /_____ /_____/

NOM : …… **PRENOM :** ……

Tél. personnel : ……. Tél professionnel : ……

Date de naissance : /_____ /_____ /_____/ **Sexe : F M**

Poids : …… Taille : ……..

Profession : ……

En couple : ☐ Oui ☐ Non

Médecin qui vous envoie :	**Médecin traitant habituel:**
- Nom :	- Nom :
- Ville	- Ville

Quel est le motif de votre consultation ?

……

……

……..

De quel type de troubles du sommeil vous plaignez-vous ?

☐ Somnolence ou accès d'endormissement dans la journée

☐ Insomnie (mauvais sommeil pendant la nuit)

☐ Ronflements

☐ Autre :……

Depuis quand présentez-vous ces troubles du sommeil ?

Depuis …… Ans

Votre sommeil de nuit

1. Vers quelle heure vous couchez-vous pendant la semaine (veille d'un jour de travail) ?

entre …… h…… et ….. h……

2. Combien de temps mettez-vous pour vous endormir ?

☐ moins d'1/4 d'heure
☐ entre 1/4 d'heure et 1/2 heure
☐ entre 1/2 heure et 1 heure
☐ plus d'1 heure

3. Quelle est votre heure habituelle de réveil définitif pendant la semaine (jour de travail) ?

entre …… h …. et …….. h…….

4. Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin pour être en forme ? …… heures

5. Combien d'heures en moyenne dormez-vous par nuit ?

5.1 La veille d'un jour de travail : …… heures

5.2 La veille d'un jour de repos : …… heures

6. Avez-vous des horaires particuliers (3x8, 2x8, travail de nuit, …) ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, précisez le rythme de vos rotations :

☐ Travail de nuit seul ☐ 2 x 8 ☐ 3 x 8 ☐ 12 x 2 ☐ horaires irréguliers

☐ horaires de jour avec astreintes déplacées ☐ Autre : ……

7. Le week-end ou jours de repos, votre rythme est-il habituellement différent ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, précisez :

- vos horaires de coucher: entre …… h …. et …….. h…….
- vos horaires de lever : entre …… h …. et …….. h…….

8. Avez-vous des difficultés d'endormissement plus de 3 fois par semaine ?

☐ Oui ☐ Non

9. Vous réveillez-vous souvent au cours de la nuit ?

☐ Oui ☐ Non

10. Avez-vous, plus de 3 fois par semaine, des éveils vers 2, 3 ou 4h du matin sans pouvoir vous rendormir ensuite avec la sensation d'une somnolence sans vrai sommeil ?

☐ Oui ☐ Non

11. Vous levez-vous au cours de la nuit pour uriner ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de fois par nuit ? ……

12. Vous arrive-t-il de ronfler au cours de la nuit ?

☐ Oui ☐ Non ☐Je ne sais pas

Si Oui **, cela vous arrive-t-il?**

☐1 presque toutes les nuits (6 à 7 nuits par semaine)
☐2 souvent (4 ou 5 nuits par semaine)
☐3 parfois (2 ou 3 nuits par semaine)
☐4 rarement (1 nuit par semaine ou moins)

13. Faites-vous chambres séparées à cause des ronflements ? ☐ Oui ☐ Non

14. Vous arrive-t-il de vous réveiller brusquement la nuit avec une sensation de suffocation ?

☐ Oui ☐ Non

15. Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrivait d'arrêter de respirer pendant votre sommeil ?

☐ Oui ☐ Non

16. Vous arrive-t-il d'avoir mal à la tête le matin au réveil ? ☐ Oui ☐ Non

17. Transpirez-vous beaucoup en dormant ? ☐ Oui ☐ Non

18. Votre partenaire vous reproche-t-il de bouger les jambes la nuit et de lui donner des « coups de pied » ?

☐ Oui ☐ Non

19. Au moment du coucher avez-vous des sensations d'impatiences et d'agacement dans les jambes qui vous gênent pour vous endormir ou vous obligent à vous lever ? ☐ Oui ☐ Non

20. Vous est-il arrivé de ne plus pouvoir bouger ni parler lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez, comme si vous étiez paralysé(e) ? ☐ Oui ☐ Non

21. 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) ?

☐ Oui ☐ Non

22. Faites-vous régulièrement des cauchemars ? ☐ Oui ☐ Non

23. Etes-vous sujet à des accès de somnambulisme ou parlez-vous la nuit ?

☐ Oui ☐ Non

24. Au réveil, vous sentez-vous le plus souvent ? :

☐ en forme et « dispos »
☐ encore fatigué(e) ou endormi(e)
☐ autre, précisez : ……..

Pendant la journée

25. Avez-vous des moments de fatigue ou de baisse de forme ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si Oui, vers quelle(s) heure(s) ……

26. Avez-vous des moments de somnolence ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, vers quelle(s) heure(s) ……

27. Avez-vous des accès de somnolence contre lesquels vous ne pouvez pas lutter ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui, vers quelle(s) heure(s) ……

28. Faites-vous la sieste plus de 3 fois par semaine ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

29. En dehors de tout épisode de sommeil, vous arrive-t-il d'avoir une chute soudaine de la tête, d'un membre ou de tout votre corps vous conduisant à des maladresses ou à des chutes ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui, est-ce provoqué par une émotion ? ☐ Oui ☐ Non

30. Vous arrive-t-il de vous endormir ou d'être somnolent(e) sans vraiment vous endormir dans une des situations suivantes ? Cette question s'adresse à votre vie dans les mois derniers. (*Si vous ne vous êtes pas trouvé(e) dans l'une de ces situations, imaginez comment elle aurait pu vous affecter).*

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié à chaque situation.

0 = je ne suis jamais somnolent(e)
1 = faible chance de m'endormir
2 = chance moyenne de m'endormir
3 = forte chance de m'endormir

Situation	Chance de m'endormir
Assis(e) en lisant un livre ou le journal	**0 - 1 - 2 - 3**
En regardant la télévision	**0 - 1 - 2 - 3**
Assis(e), inactif(ve), dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente)	**0 - 1 - 2 - 3**
Passager(e) d'une voiture roulant depuis une heure sans arrêt	**0 - 1 - 2 - 3**
Allongé(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	**0 - 1 - 2 - 3**
Assis(e), en parlant avec quelqu'un	**0 - 1 - 2 - 3**
Assis(e), tranquillement, après un déjeuner sans boisson alcoolisée	**0 - 1 - 2 - 3**
Dans une voiture, arrêtée quelques minutes dans un embouteillage	**0 - 1 - 2 - 3**

Total :

31. Avez-vous le permis de conduire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de kilomètres faites-vous par an en conduisant ? ..... km

32. Etes-vous un professionnel de la route ? ☐ Oui ☐ No

33. Avez-vous déjà piqué du nez ou vous êtes vous déjà endormi en conduisant ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui , cela vous arrive-t-il?

- ☐ presque tous les jours (6 à 7 fois par semaine)
- ☐ souvent (3 à 4 fois par semaine)
- ☐ parfois (1 à 2 fois par semaine)
- ☐ rarement (1 à 2 fois par mois)
- ☐ jamais ou presque jamais

34. Avez-vous eu un accident automobile du fait de la somnolence ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de fois ? …….

35. Avez-vous failli avoir un accident automobile du fait d'une somnolence ? ☐ Oui ☐ Non

(en conduisant sur la file opposée, sur le bas côté, ….) *Si oui*, combien de fois ? ……

36. Avez-vous eu un accident du travail du fait d'une somnolence ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de fois ? ……

37. Avez-vous pris du poids récemment ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, combien de kg ……..en combien de temps ? ……

38. Quelle quantité de boissons alcoolisées buvez-vous en moyenne par jour ?

- Vin : …… verres/jour
- Bière : …… canettes/jour
- Apéritifs : …… verres/jour
- Digestifs : …… verres/jour

Nombre de verres par jour : ……. (1 verre de vin = une canette de bière = 1 apéritif = 1 digestif)

39. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer ? **à ……. Ans**

Pour les fumeurs

Combien fumez-vous en moyenne :

- de cigarettes par jour ? ……..
- de cigares par jour ? ……..
- de tabac à pipe (en grammes) par jour ? ……..

Pour les ex-fumeurs

Si vous avez arrêté de fumer, précisez depuis quelle année : ……..

Combien fumiez-vous en moyenne auparavant :

- de cigarettes par jour ? ……..
- de cigares par jour ? ……..
- de tabac à pipe (en grammes) par jour ? ……..

Paquets-années (le calcul sera fait par le médecin) : ……..

ANTECEDENTS MEDICAUX – PATHOLOGIES ASSOCIEES

Présentez-vous ou êtes vous traité(e) pour les pathologies suivantes :

METABOLIQUE

1. Hypercholestérolémie ☐ Oui ☐ Non
2. Diabète ☐ Oui ☐ Non

CARDIOVASCULAIRE

3. Hypertension artérielle ☐ Oui ☐ Non
4. Antécédents d'infarctus ou d'angine de poitrine ☐ Oui ☐ Non
5. Antécédent d'accident vasculaire cérébral (congestion) ☐ Oui ☐ Non
6. Fibrillation auriculaire ☐ Oui ☐ Non
7. Insuffisance cardiaque ☐ Oui ☐ Non
8. Artérite des membres inférieurs ☐ Oui ☐ Non

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

9. Syndrome des jambes sans repos ☐ Oui ☐ Non
10. Dépression ☐ Oui ☐ Non
11. Epilepsie ☐ Oui ☐ Non
12. Fibromyalgie ☐ Oui ☐ Non

PNEUMOLOGIE

13. Bronchite chronique ☐ Oui ☐ Non
14. Asthme ☐ Oui ☐ Non

ORL

15. Rhinite allergique ☐ Oui ☐ Non
16. Obstruction nasale chronique ☐ Oui ☐ Non
17. Antécédents chirurgie voile ou amygdale ☐ Oui ☐ Non

ENDOCRINOLOGIE

18. Hypothyroïdie ☐ Oui ☐ Non
19. Acromégalie ☐ Oui ☐ Non

TRAITEMENTS EN COURS

(Prise de médicaments : en règle générale, inscrire soit le nom du médicament ou le générique)

- **Hypnotiques** : ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui, le ou lesquel(s) :……..
- **Antidépresseurs :** ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui, le ou lesquel(s) :……..
- **Anxiolytiques :** ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui, le ou lesquel(s) :…….
- **Traitement mouvements périodiques des jambes :** ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui, le ou lesquel(s) :…….
- **Insuline :** ☐ Oui ☐ Non
- **Antidiabétiques oraux :** ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui, le ou lesquel(s) :…….
- **Traitement antihypertenseur :** ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui, le ou lesquel(s) : ……
    ……
    ……. …..
  - A défaut, nombre de médicaments antihypertenseurs : …….
- **Traitement à visée thyroïdienne :** ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui, lequel :……..…..
- **Traitement Hypocholestérolémiant :** ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui, lequel:…….……..
- **Anti-agrégants plaquettaires :** ☐ Oui ☐ Non
  - Si oui, le ou lesquel(s) :
    - Plavix (Clopidogrel) ☐ oui ☐ non
    - Kardégic ☐ oui ☐ non
    - Aspégic ☐ oui ☐ non
    - Brilique (Ticagrelor) ☐ oui ☐ non
    - Autre : ……..
- **Anticoagulant :** ☐ Oui ☐ Non

Autres traitements :

Index de sévérité de l'insomnie

Consignes de passation :
Pour chacune des questions, veuillez entourer 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 0	Légère 1	Moyenne 2	Très 3	Extrêmement 4
b. Difficultés à rester endormi(e)	Aucune 0	Légère 1	Moyenne 2	Très 3	Extrêmement 4
c. Problèmes de réveils trop tôt le matin :	Aucune 0	Légère 1	Moyenne 2	Très 3	Extrêmement 4

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

0	Très Satisfait(e)
1	Satisfait(e)
2	Plutôt Neutre
3	Insatisfait(e)
4	Très Insatisfait(e)

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

0	Aucunement
1	Légèrement
2	Moyennement
3	Très
4	Extrêmement

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 ?

0	Aucunement
1	Légèrement
2	Moyennement
3	Très
4	Extrêmement

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

0	Aucunement
1	Légèrement
2	Moyennement
3	Très
4	Extrêmement

TOTAL = ……/28

Questionnaire HAD

Répondez aux questions selon votre ressenti ; Choisissez parmi les 4 propositions

A	**Je me sens tendu ou énervé :**	
	La plupart du temps	☐ 3
	Souvent	☐ 2
	De temps en temps	☐ 1
	Jamais	☐ 0

D	**Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**	
	Oui, tout autant	☐ 0
	Pas autant	☐ 1
	Un peu seulement	☐ 2
	Presque plus	☐ 3

A	**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

D	**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

A	**Je me fais du souci**	
	Très souvent	☐ 3
	Assez souvent	☐ 2
	Occasionnellement	☐ 1
	Très occasionnellement	☐ 0

D	**Je suis de bonne humeur**	
	Jamais	☐ 3
	Rarement	☐ 2
	Assez souvent	☐ 1
	La plupart du temps	☐ 0

A	**Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :**	
	Oui, quoi qu'il arrive	☐ 0
	Oui, en général	☐ 1
	Rarement	☐ 2
	Jamais	☐ 3

D	**J'ai l'impression de fonctionner au ralenti**	
	Presque toujours	☐ 3
	Très souvent	☐ 2
	Parfois	☐ 1
	Jamais	☐ 0

A	**J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué**	
	Jamais	☐ 0
	Parfois	☐ 1
	Assez souvent	☐ 2
	Très souvent	☐ 3

D	**Je ne m'intéresse plus à mon apparence**	
	Plus du tout	☐ 3
	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais	☐ 2
	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	☐ 1
	J'y prête autant attention que par le passé	☐ 0

A	**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

D	**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

A	**J'éprouve des sensations soudaines de panique:**	
	Vraiment très souvent	☐ 3
	Assez souvent	☐ 2
	Pas très souvent	☐ 1
	Jamais	☐ 0

D	**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

Total A:	Total D:

0 – 7 = Normal
8-10 = Intermédiaire
11 – 21 = Anormal

QUESTIONNAIRE DE BERLIN

destiné au patient

Date du questionnaire : /_____/_____/_____/

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ ans Homme/Femme

Taille : _____ (m) Poids : _____kg

IMC : _____ kg/m^2 (calculé par le médecin)

CATEGORIE 1

1- Ronflez-vous ?
- ☐ a. Oui
- ☐ b. Non
- ☐ c. Je ne sais pas

Si vous ronflez :

2 – Votre ronflement est :
- ☐ a. un peu plus fort que la respiration
- ☐ b. aussi fort que la parole
- ☐ c. plus fort que la parole
- ☐ d. très fort, entendu à travers la cloison

3 –Quelle est la fréquence de votre ronflement?
- ☐ a. presque tous les jours
- ☐ b. 3 à 4 fois par semaine
- ☐ c. 1 à 2 fois par semaine
- ☐ d. 1 à 2 fois par mois
- ☐ e. jamais ou presque jamais

4 – Votre ronflement a-t-il déjà gêné d'autres personnes ?
- ☐ a. oui
- ☐ b. non
- ☐ c. je ne sais pas

5 – Vous a-t-on fait remarquer que vous arrêtiez de respirer pendant votre sommeil ?
- ☐ a. presque tous les jours
- ☐ b. 3 à 4 fois par semaine
- ☐ c. 1 à 2 fois par semaine
- ☐ d. 1 à 2 fois par mois
- ☐ e. jamais ou presque jamais

CATEGORIE 2

6- Vous arrive-t-il d'être fatigué(e) ou mal reposé(e) au réveil ?
- ☐ a. presque tous les jours
- ☐ b. 3 à 4 fois par semaine
- ☐ c. 1 à 2 fois par semaine
- ☐ d. 1 à 2 fois par mois
- ☐ e. jamais ou presque jamais

7– Vous arrive-t-il d'être fatigué(e) ou moins en forme dans la journée ?
- ☐ a. presque tous les jours
- ☐ b. 3 à 4 fois par semaine
- ☐ c. 1 à 2 fois par semaine
- ☐ d. 1 à 2 fois par mois
- ☐ e. jamais ou presque jamais

8 – Avez-vous déjà été somnolent(e) ou vous êtes vous endormi en conduisant ?
- ☐ a. oui
- ☐ b. non

Si oui,

9 - cela vous arrive-t-il ?
- ☐ a. presque tous les jours
- ☐ b. 3 à 4 fois par semaine
- ☐ c. 1 à 2 fois par semaine
- ☐ d. 1 à 2 fois par mois
- ☐ e. jamais ou presque jamais

CATEGORIE 3

10 – Etes-vous hypertendu ou prenez-vous un traitement pour la tension ?
- ☐ a. Oui
- ☐ b. Non
- ☐ c. Je ne sais pas

Interprétation du médecin :

Catégorie 1 : …. /5 Catégorie 2: …. /3 Catégorie 3 : + / -

Risque : faible / élevé

Questionnaire STOP-BANG

Date du questionnaire : ____/_____/_____

Nom _____ Prénom :_____

Date de naissance : ____/_____/_____

Poids : _____kg Taille : _____ IMC [P(kg)/T²(m)] : _____

S ***Snoring***

Ronflez-vous bruyamment (plus fort que la parole,
ou entendu à travers une cloison) ou de manière gênante Oui ❑ Non ❑

T ***Tiredness***

Vous sentez-vous souvent fatigué, las ou somnolent durant la journée ?

Oui ❑ Non ❑

O ***Observed apnea***

Vous a-t-on fait remarquer que vous arrêtiez de respirer pendant votre sommeil ?

Oui ❑ Non ❑

P ***Blood Pressure***

Etes-vous hypertendu ou prenez-vous un traitement pour la tension ?

Oui ❑ Non ❑

BMI Index de masse corporelle IMC> 35 kg/ m2 Oui ❑ Non ❑

Age > 50 ans Oui ❑ Non ❑

Neck Circonférence du cou **> 43 cm** (homme)
> 41 cm (femme) Oui ❑ Non ❑

Gender Sexe masculin Oui ❑ Non ❑

TOTAL réponses positives :