

# Testez votre sommeil

Date.../.../.....**NOM**.....**Prénom** .....

**Q1 : Pensez-vous avoir un problème de sommeil ?**

Oui  Non  Quelquefois

**Q2 : Quel est votre âge ?**

**Q3 (entourer) :** H F

**Q4 : Votre IMC est de :**

Votre poids (en kg) : Votre taille (en cm) :

**Q5 : Horaires de sommeil**

A quelle heure vous endormez-vous les jours de semaine ? ....h ....min

A quelle heure vous levez-vous les jours de semaine ? ....h ....min

A quelle heure vous levez-vous les jours de repos ? ....h ....min

**Q6 : Combien de temps de sommeil dormez vous chaque nuit ?**

En semaine : ....h ....min Le week-end et jour de repos : ....h ....min

**Q7 : De combien de sommeil pensez-vous avoir besoin chaque nuit pour être en forme dans la journée ?** .....h .....min

**Q8 : Vous considérez-vous comme quelqu'un du matin ou du soir ?**

Du soir  plus du soir que du matin  je ne sais pas dire  
 Plus du matin que du soir  du matin

**Q9 : Quels sont vos horaires de travail :**

Horaires de jour classique  horaires dans la soirée  travail de nuit  
 Travail à horaires alternants (3x8 ou tantôt poste du matin ou du soir)  ne travaille pas

**Q10 : Quels sont les appareils que vous avez dans votre chambre ?**

Un réveil matin  une chaîne stéréo  un ordinateur  
 Une console de jeux  un téléphone  une télévision

**Q11 : Quelle est votre activité avant le coucher ?**

Prendre un bain chaud  lire un livre  boire un verre de lait chaud  
 Prendre une tisane  avoir un rapport sexuel  boire de l'alcool  
 Faire de l'exercice  regarder la télé ou écouter la radio  sans objet

**Q12 : Vous sentez vous stressé en fin de journée par votre mode de vie ?**

Oui  non  parfois

**Q13 : Fumez-vous plus de 5 cigarettes par jour ?**

Oui  non

**Q14 : Buvez-vous plus de 2 cafés ou thés par jour ?**

Oui  non

**Q15 : Buvez-vous plus de l'équivalent de 2 verres de vin ou 1 verre d'alcool fort par jour ?**

Oui  non

**Q16 : Consommez-vous du cannabis ?**

Oui  non

**Q17 : Pratiquez-vous une activité sportive ?**

Jamais  occasionnel  régulier  intensif

**Q18 : Avez vous des insomnies (difficultés d'endormissement, réveils dans la nuit, réveil trop précoce le matin, ou sommeil non reposant) plus de 3 fois par semaine ?**

Oui  non

**Q19 : Etes vous gêné par une somnolence excessive ou des accès d'endormissement dans la journée plus de 3 fois par semaine ?**

Oui  non

**Q20 : Evaluer votre 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. 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			
	0	1	2	3
Assis en train de lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En train de regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étant assis en parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q21 : Avez-vous un sommeil décalé spontanément avec un endormissement tardif et un réveil tardif et difficile ?**

Oui  non

**Q22 : Vous arrive-t-il d'avoir des accès de somnambulisme (tel que marcher, déambuler ou avoir un comportement automatique complexe au cours du sommeil) ?**

Oui  non

**Q23 : Etes vous gêné par des rêves pénibles ou des cauchemars ?**

Oui  non

**Q24 : Ronflez-vous régulièrement et/ou avez-vous une respiration bruyante en dormant ?**

Oui  non

**Q25 : Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours du sommeil ?**

Oui  non

**Q26 : Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ?**

Oui  non

**Q27 : Le soir, au repos ou au moment du coucher avez-vous des sensations pénibles ou des impatiences, désagréables dans les jambes (ou dans les bras) qui vous gênent ou vous empêchent de vous endormir ?**

Oui  non

**Q28 : Ces sensations vous imposent-elles de bouger et le mouvement de vos membres soulage-t-il momentanément ces sensations désagréables ?**

Oui  non

**Q29 : Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pieds » tout au long de la nuit ?**

Oui  non

**Q30 : Avez-vous des sensations de remontées acides au niveau de l'estomac, de langue qui vous pique, ou des toussotements, qui peuvent évoquer un reflux gastro-oesophagien ?**

Oui  non

**Q31 : Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir ?**

Oui  non

**Q32 : Évaluez votre moral :**

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

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

**Q33 : Évaluez votre anxiété**

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

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