

**EVALUATION
DE LA QUALITE DU
SOMMEIL
ET DE LA
VIGILANCE**

Dr. Abdel Latif EL HALLAK

Cardiologue et spécialiste en troubles du sommeil

Membre de la Société Française de la Recherche et la
Médecine du Sommeil S.F.R.M.S.

Membre de la Société Française de Cardiologie S.F.C.

VOTRE SOMMEIL DE NUIT

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

Oui Non

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

Oui : fois Non

6. 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

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

Oui : fois Non

8. Vers quelle heure vous couchez-vous pendant la semaine ?

Entre H et H

9. 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

10. Quelle est votre heure habituelle de réveil définitif pendant la semaine ?

Entre H et H

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

..... heures

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

..... heures

13. Avez-vous des horaires particuliers (3x8, 2x8, travail de nuit, ...) ?

Oui Non

Si Oui, précisez le rythme de vos rotations :

14. Le week-end ou les jours de repos, votre rythme est-il habituellement différent ?

Oui Non

Si Oui, précisez :

- vos horaires de coucher :h
- vos horaires de lever :h
- je fais la sieste le samedi:h
- je fais la sieste le dimanche :h
- je fais la sieste les jours fériés :h

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

Oui Non Je ne sais pas

Si Oui, cela vous arrive-t-il?

presque toutes les nuits (6 à 7 nuits par semaine)

souvent (4 ou 5 nuits par semaine)

parfois (2 ou 3 nuits par semaine)

rarement (1 nuit par semaine ou moins)

16. Faites-vous chambres séparées à cause des ronflements ?

Oui Non

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

Oui Non

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

Oui Non

19. Transpirez-vous beaucoup en dormant ?

Oui Non

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

Oui Non

21. 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

22. 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

23. 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

24. Faites-vous régulièrement des cauchemars ?

Oui Non

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

Oui Non

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

en forme et « dispos » encore fatigué et endormi autre, précisez :

27. Vous arrive-t-il d'avoir mal à la tête le matin au réveil ?

Oui Non

PENDANT LA JOURNEE

28. Avez-vous des moments de fatigue ou de baisse de forme ?

Oui Non

Si Oui, vers quelle(s) heure(s)

29. Avez-vous des moments de somnolence ?

Oui Non

Si Oui, vers quelle(s) heure(s)

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

Oui Non

Si Oui, vers quelle(s) heure(s)

31. Faites-vous la sieste plus de 3 fois par semaine ?

Oui Non

32. Vous arrive-t-il de vous endormir ou d'être somnolent 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 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

1 = faible chance de m'endormir

2 = chance moyenne de m'endormir

3 = forte chance de m'endormir

Situation	Chance de m'endormir
Assis en lisant un livre ou le journal	0 - 1 - 2 - 3
En regardant la télévision	0 - 1 - 2 - 3
Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente)	0 - 1 - 2 - 3
Si vous êtes passager d'une voiture pendant un trajet d'une heure	0 - 1 - 2 - 3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 - 1 - 2 - 3
Assis, en parlant avec quelqu'un	0 - 1 - 2 - 3
Assis, tranquillement, après un déjeuner sans boisson alcoolisée	0 - 1 - 2 - 3
Au volant de la voiture, lors d'un arrêt de la circulation de quelques minutes	0 - 1 - 2 - 3
	Total :

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)

presque jamais

34. 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 Ouj, est-ce provoqué par une émotion ?

Oui Non

35. Dans le tableau suivant, entourez pour chaque proposition la réponse qui correspond à votre état :

En ce moment, ma vie me semble vide vrai faux

J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête vrai faux

Je me sens bloqué(e) ou empêché (e) devant la moindre chose à faire vrai faux

Je suis sans énergie vrai faux

Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même vrai faux

Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit vrai faux

J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire vrai faux

En ce moment je suis triste vrai faux

J'ai l'esprit moins clair que d'habitude vrai faux

J'aime moins qu'avant faire des choses qui me plaisent et m'intéressent vrai faux

La mémoire me semble moins bonne que d'habitude vrai faux

Je suis sans espoir pour l'avenir vrai faux

En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens vrai faux

Total :

36. Prenez-vous habituellement des médicaments pour dormir ?

Oui Non

Si oui

- lesquels ?
- depuis combien de temps ? ans

37. Prenez-vous habituellement des médicaments pour calmer votre anxiété ?

Oui Non

Si oui

- lesquels ?
- depuis combien de temps ? ans

38. Avez-vous pris du poids récemment ?

Oui Non

Si Oui : kg(s) en combien de temps ?

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

• Vin : _____ verres/jour • Apéritifs : _____ verres/jour
• Bière : _____ canettes/jour • Digestifs : _____ verres/jour

40. 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 ? _____

41. Avez-vous le permis de conduire ?

Oui Non

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

42. Etes-vous un professionnel de la route ?

Oui Non

43. Avez-vous eu un accident automobile du fait de la somnolence ?

Oui Non

Si oui, combien de fois ? | _ | _ |

44. Avez-vous failli avoir un accident automobile du fait d'une somnolence ?

(en conduisant sur la file opposée, sur le bas côté,)

Oui Non

Si oui, combien de fois ? | _ | _ |

A quel moment de la journée ? :

45. Avez-vous eu un accident du travail du fait d'une somnolence ?

Oui Non

Si oui, combien de fois ? | _ | _ |

A quel moment de la journée ? :
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX – PATHOLOGIES ASSOCIEES

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

• **Hypercholestérolémie** oui non

• **Diabète** oui non

• **Cardiovasculaire**

- Hypertension artérielle : oui non

- Antécédents d'infarctus ou d'angine de poitrine : oui non

- Antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) : oui non

- Fibrillation auriculaire : oui non

- Insuffisance cardiaque : oui non

- Autres :

• **Neurologie et psychiatrie**

- Syndrome des jambes sans repos : oui non

- Mouvements périodiques des jambes : oui non

- Parkinson: oui non

- Dépression : oui non

- Autres :

• **Pneumologie**

- Bronchite chronique : oui non

- Asthme oui non

- Allergies oui non

- Si oui, lesquelles :

- Autres :

• **ORL**

- Rhinite allergique: oui non

- Obstruction nasale chronique : oui non

- Antécédents de chirurgie des amygdales: oui non

- Autres :

• **Endocrinologie**

- Hypothyroïdie: oui non

- Acromégalie: oui non

- Autres :

• **Autres pathologies significatives :**

.....

.....

.....

TRAITEMENTS EN COURS

- **Hypnotiques :** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :
- **Antidépresseurs :** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :
- **Anxiolytiques :** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :
- **Traitement pour le syndrome des jambes sans repos:** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :
- **Traitement pour les mouvements périodiques des jambes :** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :
- **Insuline :** o oui o non
- Si oui, la ou lesquelles :
- **Antidiabétiques oraux :** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :
- **Traitement antihypertenseur :** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :
- **Traitement à visée thyroïdienne :** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :
- **Traitement hypocholestérolémiant :** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :
- **Anti-agrégants plaquettaires :** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :
- **Anti-coagulants :** o oui o non
- Si oui, le ou lequel(s) :

• **Autres précisions :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MON SOMMEIL EST :

(Ecrivez ce qui vous vient à l'esprit ou dessinez!)



En vous remerciant!