# Auto-questionnaire sur votre sommeil

**Attention :** Cet auto-questionnaire doit être rempli par le patient lui-même. Il est destiné au médecin Upnos, qui se servira des réponses pour confirmer qu'il faut effectivement vous faire un enregistrement de sommeil du type polysomnographie (PSG), et que vous êtes apte à participer à cet examen à votre domicile, sans surveillance médicale ou paramédicale continue. Les réponses de cet auto-questionnaire serviront également au médecin lors de l'analyse de votre enregistrement PSG.
Date du questionnaire :

NOM :
Prénom :

Date de naissance : Age :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Situation de famille : ☐ Vivant seul ☐ Marié(e) ou en ménage

Profession :

Nom et adresse du médecin traitant (médecin de famille) : .....

Quel est le motif principal de consultation ?
Ronflement ☐ Apnées ☐ Troubles du sommeil ☐ Autre : .....

Les questions suivantes concernent vos **habitudes de sommeil**. Répondez, s'il vous plaît, selon vos observations des **trois derniers mois.**

**1. Quels sont vos horaires habituels de sommeil ?**

| | Heure de coucher | Heure de lever |
|---|---|---|
| En période d'activité | ..... h..... mn | ..... h..... mn |
| En période de repos | ..... h..... mn | ..... h..... mn |

**2. Avez-vous des difficultés d'endormissement ?**
☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ tous les soirs
Si vous répondez souvent ou tous les soirs, veuillez répondre au questionnaire de l'index de sévérité de l'insomnie (ISI), page 9

**3. Ronflez-vous ?**
☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours

A quel âge vous a-t-on signalé pour la première fois ce ronflement ? ..... ans

Ce ronflement est-il gênant pour votre entourage ? ☐ oui ☐ non
Ce ronflement est-il influencé par votre position ? ☐ oui ☐ non

**4. Avez-vous souvent le nez bouché ?** ☐oui ☐non
Si oui, en permanence ☐ uniquement la nuit ☐ d'un coté ☐ de chaque coté☐
De temps en temps ☐ uniquement le jour ☐

5. **Avez-vous des épisodes d'écoulement nasal ?**
   En permanence ☐ uniquement de façon saisonnière ☐
   Indépendamment des saisons ☐ jamais ☐

6. **Vous a-t-on signalé la survenue de pauses de la respiration pendant votre sommeil ou des réveils nocturnes avec la sensation d'étouffement ?**
   ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours

7. **Respirez-vous de bouche ouverte la nuit ?**
   ☐ oui ☐ non

8. **Vous réveillez-vous au cours de la nuit ?**
   ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toutes les nuits

Si vous répondez souvent ou toutes les nuits, veuillez répondre au questionnaire de l'index de sévérité de l'insomnie (ISI), page 9

9. **Avez-vous des sueurs nocturnes (au point de tremper votre taie d'oreiller ou votre pyjama)?**
   ☐ oui ☐ non

10. **Vous levez-vous la nuit pour uriner ?**
    ☐ jamais ☐ 1 fois ☐ 2 fois ☐ 3 fois ou plus

11. **Vous arrive-t-il de vous réveiller le matin en ayant mal à la tête ?**
    ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours

12. **Etes-vous satisfait(e) de la qualité de votre sommeil ?**
    ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours

13. **Ressentez-vous, la nuit, des contractions musculaires dans les jambes ?**
    ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours

14. **Au cours de la journée, vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir ?**

Pour chacune des situations suivantes, indiquez le chiffre qui correspond à la fréquence de cette somnolence.
0 = ne somnole jamais
1 = faible chance de s'endormir
2 = chance moyenne de s'endormir
3 = forte chance de s'endormir

| Situations | Evaluation 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| Assis en train de lire | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| En regardant la télévision | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Assis, inactif, dans un endroit public (au théâtre, en réunion) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Allongé l'après-midi pour se reposer si les circonstances le permettent | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| En parlant avec quelqu'un | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Assis, au calme, après un repas sans alcool | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

total :____/24

**15. Avez-vous déjà eu :**

- Des troubles de la mémoire : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Des troubles de l'attention : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours

**16. Avez-vous des impatiences (fourmillements/picotements) dans les jambes qui vous obligent à bouger ?**

☐ oui, souvent ☐ oui, de temps en temps ☐ non

**17. Donnez-vous des coups de pied ou de bras à votre conjoint dans le lit ?**

☐ oui, souvent ☐ oui, de temps en temps ☐ non

Si vous répondez oui à la question 16 ou 17, veuillez répondre au questionnaire sur les impatiences des jambes, page 7.

**18.** Avez-vous déjà vécu un des situations suivantes ?

- Des rêves agités la nuit : oui ☐ non ☐
- Donné des coups violant pendant la nuit à votre conjoint(e) : oui ☐ non ☐
- Tombé du lit : oui ☐ non ☐
- Faire tomber les choses de la table de nuit : oui ☐ non ☐

**19. Au cours de la journée, vous arrive-t-il d'être fatigué ?**

**Echelle de sévérité de fatigue**

- ✓ Lisez chaque item et cochez un chiffre qui s'applique le plus à vous durant la semaine passée
- ✓ Une valeur basse (mini 1) indique que l'affirmation ne s'applique pas tout à fait ou pas du tout
- ✓ Une valeur élevée (max 7) indique que l'affirmation s'applique fortement à votre état ou à ce que vous avez ressenti au cours de la semaine passée

**« Durant la semaine passée j'ai trouvé que … »** Score/Intensité

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Je suis moins motivé quand je suis fatigué (e) | **1** ☐ | **2** ☐ | **3** ☐ | **4** ☐ | **5** ☐ | **6** ☐ | **7** ☐ |
| L'exercice physique me rend fatigué | **1** ☐ | **2** ☐ | **3** ☐ | **4** ☐ | **5** ☐ | **6** ☐ | **7** ☐ |
| Je suis facilement fatigué (e) | **1** ☐ | **2** ☐ | **3** ☐ | **4** ☐ | **5** ☐ | **6** ☐ | **7** ☐ |
| La fatigue gène mon fonctionnement physique | **1** ☐ | **2** ☐ | **3** ☐ | **4** ☐ | **5** ☐ | **6** ☐ | **7** ☐ |
| La fatigue me cause fréquemment des problèmes | **1** ☐ | **2** ☐ | **3** ☐ | **4** ☐ | **5** ☐ | **6** ☐ | **7** ☐ |
| Ma fatigue m'empêche d'avoir une activité physique soutenue | **1** ☐ | **2** ☐ | **3** ☐ | **4** ☐ | **5** ☐ | **6** ☐ | **7** ☐ |
| La fatigue m'empêche d'accomplir certains devoirs et responsabilités | **1** ☐ | **2** ☐ | **3** ☐ | **4** ☐ | **5** ☐ | **6** ☐ | **7** ☐ |
| La fatigue est parmi mes trois symptômes les plus invalidants | **1** ☐ | **2** ☐ | **3** ☐ | **4** ☐ | **5** ☐ | **6** ☐ | **7** ☐ |
| La fatigue interfère avec ma vie professionnelle et/ou familiale et/ou sociale | **1** ☐ | **2** ☐ | **3** ☐ | **4** ☐ | **5** ☐ | **6** ☐ | **7** ☐ |
| **SCORE MOYEN : (Total/9) SCORE TOTAL (somme):** | | | | | | | |

**20. Grincez-vous des dents la nuit ?** ☐ oui ☐ non

**21. Avant de vous endormir ou au réveil, avez-vous des hallucinations ?**

☐ oui ☐ non

**22. Avant de vous endormir ou au réveil avez-vous l'impression d'être totalement paralysé ?** oui ☐ non ☐

**23. Lors d'une émotion, d'un rire, d'une surprise, sentez-vous :**

- vos jambes se dérober ? oui ☐ non ☐
- votre tête tomber ? oui ☐ non ☐
- la mâchoire tomber ? oui ☐ non ☐
- une faiblesse d'une partie de votre corps oui ☐ non ☐

**24. Avez-vous déjà eu ou évité un accident de voiture lié à l'endormissement ?**
☐ oui ☐ non

**25. Pensez-vous avoir une diminution de la libido** ☐ oui ☐ non

**26. Quel est votre poids actuel ?** ..... kg

**27. Quel était votre poids ?**
A l'âge de 20 ans ..... kg
Il y a 2 ans ..... kg
Maximum ..... kg

**28. Quelle est votre taille ?** ..... cm

**29. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ?** oui ☐ non ☐
Combien fumez-vous ou avez-vous fumez en moyenne : cigarettes/jour
Depuis combien d'années :

**30. Quelle quantité de boissons alcoolisées (vin, bière, etc…) buvez-vous en moyenne par jour ?**
……
……

**31. Prenez-vous des médicaments pour dormir (hypnotiques ou somnifères) ?**

☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours

Précisez pour chacun de ces traitements la quantité (nombre de comprimés) et la fréquence :
---
---
---
---

**32. Prenez-vous des médicaments autres que des hypnotiques ou des somnifères ?**

☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours

Précisez pour chacun de ces traitements la quantité (nombre de comprimés) et la fréquence :
---
---
---
---

# Echelle HAD: Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

**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

## Questionnaire des impatiences

A chaque question, choisir la réponse la mieux adaptée en entourant le chiffre correspondant

| | | |
|---|---|---|
| D'une manière générale comment évaluez-vous la gêne que vous avez ressentie dans vos jambes ou dans vos bras à cause de vos troubles ? | **4** | Très importante |
| | **3** | Importante |
| | **2** | Modérée |
| | **1** | Légère |
| | **0** | Inexistante |
| D'une manière générale comment évaluez-vous votre besoin de bouger à cause de vos troubles ? | **4** | Très important |
| | **3** | Important |
| | **2** | Modéré |
| | **1** | Léger |
| | **0** | Inexistant |
| D'une manière générale, à quel point les troubles que vous avez ressentis dans vos jambes ou dans vos bras ont-ils été soulagés par le fait de bouger | **4** | Aucun soulagement |
| | **3** | Leger soulagement |
| | **2** | Soulagement modéré |
| | **1** | Soulagement complet ou presque complet |
| | **0** | Aucun symptôme à soulager |
| Les problèmes du sommeil dû aux symptômes du syndrome des jambes sans repos ont été | **4** | Très importants |
| | **3** | Importants |
| | **2** | Modérés |
| | **1** | Légers |
| | **0** | Inexistants |
| La fatigue ou la somnolence ressentie pendant la journée due à vos symptômes est | **4** | Très importante |
| | **3** | Importante |
| | **2** | Modérée |
| | **1** | Légère |
| | **0** | Inexistante |
| Dans l'ensemble comment évaluez-vous votre syndrome des jambes sans repos ? | **4** | Très important |
| | **3** | Important |
| | **2** | Modéré |
| | **1** | Léger |
| | **0** | Inexistant |
| A quelle fréquence avez-vous eu vos symptômes ? | **4** | Très souvent (6-7 jours/semaine) |

| | | |
|---|---|---|
| | 3 | Souvent (4-5 jours/semaine) |
| | 2 | Parfois (2-3 jours/semaine) |
| | 1 | De temps en temps (1 jour/semaine) |
| | 0 | Jamais |
| Lorsque vous avez eu des symptômes du syndrome des jambes sans repos, quelle a été, en moyenne, leur importance | 4 | Très importants (8 heures ou plus par 24 heures) |
| | 3 | Importants (3-8 heures par 24 heures) |
| | 2 | Modérés (1-3 heures par 24 heures) |
| | 1 | Légers (moins d'une heure par 24 heures) |
| | 0 | Inexistants |
| D'une manière générale, qu'a été l'impact de vos symptômes sur votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes (mener de manière satisfaisant votre vie à la maison, votre vie sociale ou professionnelle…) | 4 | Très important |
| | 3 | Important |
| | 2 | Modéré |
| | 1 | Léger |
| | 0 | Inexistant |
| Quel a été l'importance de vos troubles d'humeur (par exemple colère, déprime, tristesse, anxiété ou irritabilité) dus aux symptômes du syndrome des jambes sans repos ? | 4 | Très importante |
| | 3 | Importante |
| | 2 | Modérée |
| | 1 | Légère |
| | 0 | Inexistante |

# Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Pour chacune des questions, veuillez encercler 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 | Légère | Moyenne | Très | Extrêmement |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

b. **Difficultés à rester endormi(e) :**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

c. **Problèmes de réveils trop tôt le matin :**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

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

| Très Satisfait | Satisfait | Plutôt Neutre | Insatisfait | Très Insatisfait |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

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

| Aucunement | Légèrement | Moyennement | Très | Extrêmement |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. **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 ?**

| Aucunement | Légèrement | Moyennement | Très | Extrêmement |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. **Jusqu'à quel point êtes-vous INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil ?**

| Aucunement | Légèrement | Moyennement | Très | Extrêmement |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Score total :**

**<u>Veuillez préciser vos antécédents :</u>**

**Antécédents ORL :**
Avez-vous été opéré :

- des amygdales ☐oui ☐non
- des végétations ☐oui ☐non
- du voile du palais ☐oui ☐non
- d'une déviation de cloison nasale ☐oui ☐non
- d'une cautérisation de cornets ☐oui ☐non
- des sinus ☐oui ☐non
- Autre :……
  ……

**Autres antécédents :**
Présentez-vous ou avez-vous présenté ou eu :

- une hypertension artérielle ☐oui ☐non
- un angor ou un infarctus du myocarde ☐oui ☐non
- des troubles du rythme cardiaque ☐oui ☐non
- un accident vasculaire cérébral ☐oui ☐non
- épilepsie ☐oui ☐non
- une insuffisance cardiaque ☐oui ☐non
- un asthme ☐oui ☐non
- une bronchite chronique ☐oui ☐non
- un épisode de dépression ☐oui ☐non
- un diabète ☐oui ☐non
- une hypercholestérolémie ☐oui ☐non
- une hypothyroïdie ☐oui ☐non
- un reflux gastro-œsophagien ☐oui ☐non
- un ulcère gastrique ☐oui ☐non
- une opération des varices ☐oui ☐non
- un traitement orthodontique avec extraction dentaire ☐oui ☐non
- un traitement orthodontique (bagues, disjoncteur) ☐oui ☐non
- des douleurs au niveau des mâchoires ☐oui ☐non
- une luxation de la mâchoire ☐oui ☐non
- des gouttières pour des grincements de dents ☐oui ☐non
- un traumatisme crânien ☐oui ☐non
  ☐ Avec perte de connaissance ☐ Sans perte de connaissance
- Antécédents familiaux des troubles du sommeil ☐oui ☐non
  Si oui lesquelles :……..
- Antécédents familiaux de maladie neurologique ☐oui ☐non
  Si oui lesquelles :……..
- Autres maladies (génétiques, neurologiques) ☐oui ☐non
  Si oui, laquelle…….……
- Autre :……
  ……