



# CONSULTATION DE SOMMEIL

## QUESTIONNAIRE DE QUALITÉ DE SOMMEIL

Date :

**NOM :**

**Date de naissance :**

**Poids :**

**Profession :**

**Médecin qui vous envoie :**

**Médecin traitant :**

**PRÉNOM :**

**Sexe : F M**

**Taille :**

**Quel est le motif de votre visite ?**

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

-somnolence

-insomnie

-les deux

-ni l'un ni l'autre

**Depuis combien de temps présentez-vous des troubles du sommeil ?**

**Existe-t-il un facteur déclenchant ?**

### CONCERNANT LA NUIT

**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**

**Vers quelle heure vous couchez vous en semaine ?**

Entre h et h

**Vers quelle heure vous levez vous en semaine ?**

Entre h et h

**Avez-vous des difficultés pour vous endormir ?**

Oui Non

**Combien de temps mettez-vous pour vous endormir ?**

Min

**Vous réveillez-vous souvent pendant la nuit ?**

Oui Non

**Avez-vous, plus de 3 fois par semaine, des éveils vers 2-3heures du matin, sans pouvoir vous rendormir ?**

Oui

Non

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

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

**Avez-vous des horaires particuliers (travail de nuit,3x8) ?**

Oui Non

Si oui à quel rythme ?

**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

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

Oui Non Je ne sais pas

Si oui : toutes les nuits Souvent Parfois Rarement

**Vous arrive-t-il de vous réveiller brusquement avec une sensation d'étouffement ?**

Oui Non

**Vous levez-vous la nuit pour uriner ?**

Oui Non Si oui combien de fois ?

**Transpirez-vous beaucoup en dormant ?**

Oui Non

**Vous a-t-on déjà dit qu'il vous arrivait d'arrêter de respirer pendant votre sommeil ?**

Oui Non

**Votre partenaire vous reproche-t-il de beaucoup bouger les jambes la nuit ?**

Oui Non

**Au moment du coucher, avez-vous des sensations « bizarres » dans les jambes qui vous empêchent de vous endormir ?**

Oui Non

**Avez-vous l'impression parfois d'entendre ou de voir des choses qui n'existent pas (comme un rêve éveillé) ?**

Oui Non

**Faites-vous souvent des cauchemars ?**

Oui Non

**Vous arrive-t-il de parler la nuit ?**

Oui Non

**Au réveil, vous sentez souvent :**

En forme Fatigué Autre : .....

**Vous arrive-t-il d'avoir mal à la tête au réveil ?**

Oui Non

## CONCERNANT LA JOURNÉE

Avez-vous des moments de fatigue ?

Oui Non

Avez-vous des épisodes de somnolence ?

Oui Non Si oui vers quelles heures ?

Avez-vous des accès de sommeil incoercibles en cours de journée

Oui Non

Faites-vous la sieste plus de 2 fois par semaine ?

Oui Non Si oui combien de temps ?

## QUESTIONNAIRE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Afin de pouvoir mesurer une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations où nous vous demandons d'évaluer vos possibilités de vous assoupir.

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir dans les situations suivantes :

- 0-aucune chance de vous endormir
- 1-faible chance de vous endormir
- 2-chance moyenne de vous endormir
- 3-forte chance

Situation	Chance de s'endormir			
	0	1	2	3
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un endroit 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

Total

## ÉCHELLE DE FATIGUE DE PICHOT BRUN

Entourez la réponse qui correspond à votre état de santé actuel :

0 = pas du tout, 1 = un petit peu, 2 = moyennement, 3 = beaucoup, 4 = extrêmement

1 - Je me sens sans énergie	0	1	2	3	4
2 - Tout me demande des efforts	0	1	2	3	4
3 - J'ai des sensations de faiblesse dans certaines parties du corps	0	1	2	3	4
4 - J'ai l'impression de pesanteur dans les bras ou les jambes	0	1	2	3	4
5 - Je me sens fatigué sans raison	0	1	2	3	4
6 - J'ai envie de m'allonger pour me reposer	0	1	2	3	4
7 - J'ai des difficultés d'attention, de concentration pour lire	0	1	2	3	4
8 - Je me sens las, courbatu, les membres lourds	0	1	2	3	4

Total

**Avez-vous déjà eu un accident de la circulation ou du travail lié à la somnolence ?**

Oui Non Si oui combien

**Avez-vous failli avoir un (des) accident(s) de la route du fait de la somnolence ?**

Oui Non

Si oui, combien de fois ?.....

**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 maladroitness ou à des chutes ?**

Oui Non

Si oui, est-ce provoqué par une émotion :

Oui Non

**Avez-vous le permis de conduire ?**

Oui Non

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

**Êtes-vous professionnel de la route ?**

Oui Non

### ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE PICHOT (QD2A)

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

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

**Total**

## ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Lisez chaque série de questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

<p><b>(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</b></p> <p>3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais</p>	<p><b>(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b></p> <p>3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais</p>
<p><b>(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b></p> <p>0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus</p>	<p><b>(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</b></p> <p>0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent</p>
<p><b>(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b></p> <p>3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout</p>	<p><b>(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b></p> <p>3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé</p>
<p><b>(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :</b></p> <p>0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout</p>	<p><b>(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b></p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout</p>
<p><b>(5-A) Je me fais du souci :</b></p> <p>3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement</p>	<p><b>(12-D) Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :</b></p> <p>0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais</p>
<p><b>(6-D) Je suis de bonne humeur :</b></p> <p>3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps</p>	<p><b>(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b></p> <p>3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais</p>
<p><b>(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</b></p> <p>0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais</p>	<p><b>(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b></p> <p>3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé</p>

**SCORE (à remplir par le médecin)**

Somme du sous score A (1+3+5+7+9+11+13)

Somme du sous score D (2+4+6+8+10+12+14)

Somme totale des deux sous scores

--	--

**Prenez-vous souvent des médicaments pour dormir ?**

Oui Non

Si oui, lesquels : .....

Depuis combien de temps : .....

**Prenez-vous des médicaments pour vous calmer ?**

Si oui, lesquels : .....

Depuis combien de temps : .....

**Avez-vous pris du poids depuis quelques temps ?**

Oui Non

Si oui, combien de kilos et en combien de temps ? .....

**Buvez-vous de l'alcool ?**

Si oui, en quelle quantité? (Nombre de verres par jour) .....

**Êtes-vous fumeur ?**

Si oui, nombre de cigarettes par jour

**Consommez-vous de la drogue ?**

Cannabis héroïne cocaïne autres

**Pratiquez-vous une activité sportive ?**

Jamais occasionnel régulier intensif

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Êtes-vous concerné par certaines de ces pathologies :

-Diabète	Oui	Non
-Hypercholestérolémie	Oui	Non
-HTA	Oui	Non
-Infarctus ou angor	Oui	Non
-AVC	Oui	Non
-Fibrillation auriculaire	Oui	Non
-Insuffisance cardiaque	Oui	Non
-Parkinson	Oui	Non
-Dépression	Oui	Non
-BPCO	Oui	Non
-Asthme	Oui	Non
-Rhinite allergique	Oui	Non
-Hypothyroïdie	Oui	Non
-Autres : .....		

## TRAITEMENTS

# Syndrome des Jambes Sans Repos

## Critères diagnostiques

Appelé aussi « Impatiences », le syndrome des jambes sans repos est un syndrome neurologique sensitivo-moteur. Il se manifeste par des sensations désagréables, parfois douloureuses, ressenties dans les pieds, dans les jambes et parfois dans les bras. Ces sensations sont décrites comme des fourmillements, picotements, brûlures, contractures, secousses, torsions, décharges électriques qui surviennent exclusivement au repos, principalement en position assise ou couchée, le soir et la nuit, à l'endormissement ou au cours du sommeil.

1. Un besoin impérieux de bouger les jambes, habituellement accompagné ou causé par des sensations inconfortables et désagréables dans les jambes (les membres supérieurs ou les autres parties du corps peuvent parfois être affectés en plus des jambes)

a-OUI                      b-NON

2. Le besoin impérieux de bouger les jambes ou les sensations désagréables apparaissent ou s'aggravent lors des périodes de repos ou d'inactivité, particulièrement dans la position allongée ou assise :

a-OUI                      b-NON

3. Le besoin impérieux de bouger les jambes ou les sensations désagréables sont partiellement ou totalement soulagés par les mouvements, tels que la marche ou l'étirement, au moins aussi longtemps que dure l'activité :

a-OUI                      b-NON

4. Le besoin impérieux de bouger les jambes ou les sensations désagréables sont plus marqués le soir ou la nuit que pendant la journée ou ne surviennent qu'en soirée ou la nuit :

a-OUI                      b-NON

# Questionnaire d'évaluation de la sévérité du Syndrome des Jambes Sans Repos (IRLS)

International Restless Legs Syndrome est l'échelle d'évaluation de la sévérité composée de 10 questions cotées de 0 à

4. Le score final varie de 0 à 40 :

0 à 10 : Atteinte légère

10 à 20 : Atteinte modéré

21 à 30 : Atteinte sévère

31 à 40 : Atteinte très sévère

SCORE TOTAL

DATE :

NOM :

PRENOM :

**Au cours de la semaine dernière...**

**Au cours de la dernière semaine...**

**1/ D'une manière générale, comment évaluez-vous les Sensations désagréables dans vos jambes ou vos bras dues au Syndrome des Jambes Sans Repos ?**

- Très importante 4
- Importantes 3
- Modérées 2
- Légères 1
- Inexistantes 0

**2/ D'une manière générale, comment évaluez-vous votre besoin de bouger à cause des symptômes du Syndrome des Jambes Sans Repos ?**

- Très important 4
- Important 3
- Modéré 2
- Léger 1
- Inexistant 0

**3/ D'une manière générale, les sensations désagréables Dans vos jambes ou vos bras dues au Syndrome des Jambes Sans Repos ont-elles été soulagées par le fait De bouger ?**

- Aucun soulagement 4
- Léger soulagement 3
- Soulagement modéré 2
- Soulagement complet ou presque complet 1
- Aucun symptôme à soulager 0

**4/ Quelle a été l'importance des Troubles du Sommeil Dus aux symptômes du Syndrome des Jambes Sans Repos ?**

- Très importants 4
- Importants 3
- Modérés 2
- Légers 1
- Inexistants 0

**5/ Quelle a été l'importance de la fatigue ou de Somnolence ressenties pendant la journée à cause Des symptômes du Syndrome des Jambes Sans Repos ?**

- Très importantes 4
- Importantes 3
- Modérées 2
- Légères 1
- Inexistantes 0

**6/ Dans l'ensemble, comment évaluez-vous votre Syndrome de Jambes Sans Repos ?**

- Très important 4
- Important 3
- Modéré 2
- Léger 1
- Inexistant 0

**7/Avec quelle fréquence avez-vous eu des symptômes du Syndrome des Jambes Sans Repos ?**

- Très souvent (6 à 7 jours par semaine) 4
- Souvent (4 à 5 jours par semaine) 3
- Parfois (2 à 3 jours par semaine) 2
- De temps en temps (1 jour par semaine) 1
- Jamais 0

**8/ Lorsque vous avez eu des symptômes du Syndrome des Jambes Sans Repos, quelle a été, en moyenne, leur importance ?**

- Très importants (8 heures ou plus sur 24 heures) 4
- Importants (3 à 8 heures sur 24 heures) 3
- Modérés (1 à 3 heures sur 24 heures) 2
- Légers 1
- Inexistants 0

**9/ D'une manière générale, quel a été l'impact des symptômes du Syndrome des Jambes Sans Repos sur votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes (par exemple, mener de façon satisfaisante votre vie à la maison, avec votre famille, vos activités avec les autres, votre vie scolaire ou professionnelle) ?**

- Très important 4
- Important 3
- Modéré 2
- Léger 1
- Inexistant 0

**10/ Quelle a été l'importance de vos troubles de l'humeur (par exemple colère, déprime, tristesse, anxiété ou irritabilité) dus aux symptômes du Syndrome des Jambes Sans Repos ?**

- Très importants 4
- Importants 3
- Modérés 2
- Légers 1
- Inexistants 0