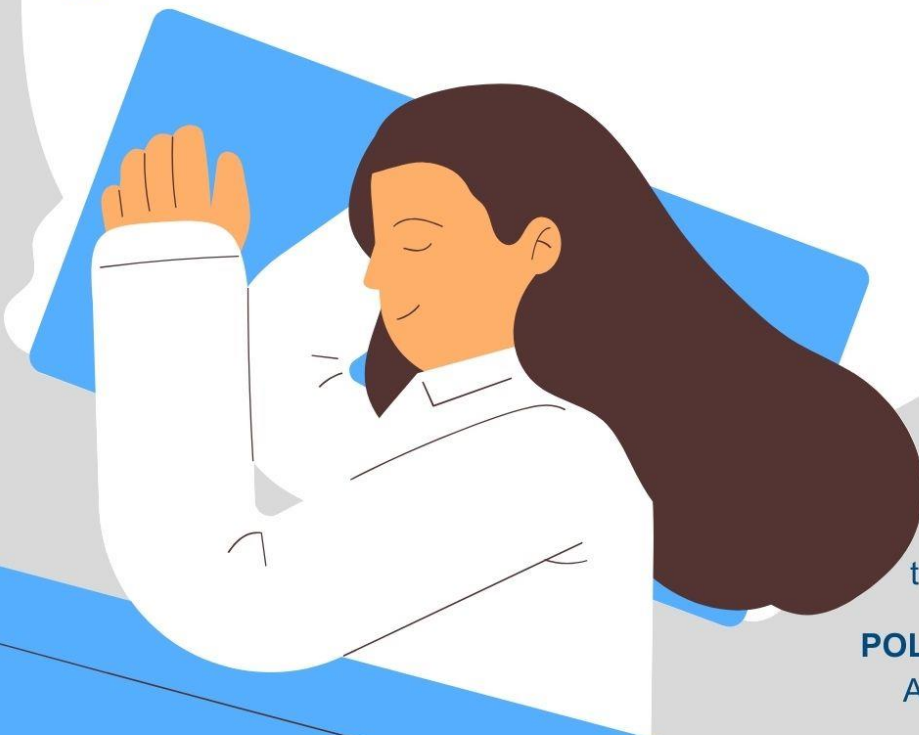


# Livret Sommeil

## Centre Sommeil Littoral "Morphée"

Morphée en grec ancien « forme » est dans la mythologie grecque, une divinité des rêves fils d'Hypnos (le Sommeil) et de Nyx (la Nuit).

Il a pour vocation d'endormir les mortels.



**Secrétariat :**  
03 28 58 60 00

**Technicienne sommeil :**  
03 28 58 61 69  
[technicien.sommeil@pg-s.com](mailto:technicien.sommeil@pg-s.com)

**POLYCLINIQUE de Grande-Synthe**  
Avenue de la POLYCLINIQUE  
59792 GRANDE-SYNTHÉ



Nom :

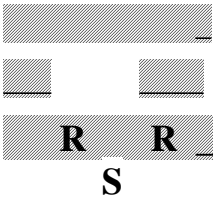
Prénom :

**Vous devez compléter ce calendrier sommeil tous les jours. Cependant, vous ne devez pas surveiller l'heure précise (sur un téléphone ou un réveil) les heures de « courts réveils » (R) et les périodes (zones blanches) de longs éveils. Vous devez les estimer (les heures précises ne nous intéressent pas).**

▲ 1 grille = 15 jours

Merci de remplir au minimum 15 jours.  
Idéalement remplir 1 mois avant l'examen

## 1. CALENDRIER DE SOMMEIL





	Indiquer par ↓ <i> votre heure de coucher </i> et par ↑ <i> votre heure de lever </i>																												
	Indiquer par une <b>zone hachurée</b> <i> votre temps de sommeil </i> ou de sieste																												
	Indiquer par une <b>zone vide</b> <i> un long réveil </i>																												
	Indiquer votre <i> sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R) </i> <i> Indiquer les épisodes de somnolence par un S dans la zone de séjour (S) </i>																												
		<b>Horaire de la journée et de la nuit</b>																											
	Jour	Date	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
<b>Exemple</b>	Lundi	01/09/202...		S										↓	R	R							↑						
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													

Nom :

Prénom :

**Vous devez compléter ce calendrier sommeil tous les jours. Cependant, vous ne devez pas surveiller l'heure précise (sur un téléphone ou un réveil) les heures de « courts réveils » (R) et les périodes (zones blanches) de longs éveils. Vous devez les estimer (les heures précises ne nous intéressent pas).**

## 1.1. CALENDRIER DE SOMMEIL

   	<p>Indiquer par ↓ <u> votre heure de coucher </u> et par ↑ <u> votre heure de lever </u></p> <p>Indiquer par une <u> zone hachurée votre temps de sommeil </u> ou de sieste</p> <p>Indiquer par une <u> zone vide un long réveil </u></p> <p>Indiquer votre <i> sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R) </i></p> <p><i> Indiquer les épisodes de somnolence par un S dans la zone de séjour (S) </i></p>																											
	Horaire de la journée et de la nuit																											
	Jour	Date	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Exemple	Lundi	01/09/202...	S										↓	R	R							↑					
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												

## 2. QUESTIONNAIRE DE CHRONOTYPE

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Pour chacune des questions, encerclez le nombre qui correspond à la réponse la plus appropriée. (1 seule réponse par question)**

**Répondez en vous basant sur ce que vous avez ressenti au cours des dernières semaines. Puis, additionnez les points de chaque réponse pour déterminer un total.**

---

**1 – Si vous étiez entièrement libre de planifier votre journée, à quelle heure environ vous lèveriez-vous ?**

- 5 05h00 / 6h30
- 4 06h30 / 7h45
- 3 07h45 / 09h45
- 2 09h45 / 11h00
- 1 11h00 / 12h00

**2 – Si vous étiez entièrement libre de planifier votre soirée, à quelle heure environ vous coucheriez-vous ?**

- 5 20h00 / 21h00
- 4 21h00 / 22h15
- 3 22h15 / 00h30
- 2 00h30 / 01h45
- 1 01h45 / 03h00

**3 – Lorsque vous devez vous lever à une heure spécifique le matin, à quel point dépendez-vous d'un réveille-matin pour vous réveiller ?**

- 4 Pas du tout dépendant (e)
- 3 Un peu dépendant (e)
- 2 Assez dépendant (e)
- 1 Très dépendant (e)

**4 – Comment trouvez-vous le fait de vous lever le matin (quand vous n'êtes pas réveillé(e) subitement) ?**

- 1 Très difficile
- 2 Assez difficile
- 3 Assez facile
- 4 Très facile

**5 – Comment vous sentez-vous durant la première demi-heure suivant votre réveil le matin ?**

- 1 Pas du tout alerte
- 2 Pas très alerte
- 3 Assez alerte
- 4 Très alerte

**6 – Comment est votre appétit durant la première demi-heure suivant votre réveil ?**

- 1** Très pauvre
- 2** Plutôt pauvre
- 3** Plutôt bon
- 4** Très bon

**7 – Durant la première demi-heure suivant votre réveil le matin, comment vous sentez-vous ?**

- 1** Très fatigué(e)
- 2** Plutôt fatigué(e)
- 3** Plutôt reposé(e)
- 4** Très repose(e)

**8 – Lorsque vous n’avez aucun engagement le lendemain, à quelle heure vous couchez vous par rapport à votre heure habituelle de coucher ?**

- 4** Rarement ou jamais plus tard
- 3** Moins d’une heure plus tard
- 2** 1 à 2 heures plus tard
- 1** Plus de 2 heures plus tard

**9 – Vous avez décidé de faire du sport 2 fois par semaine avec un(e) ami(e) qui est disponible uniquement entre 7h00 et 8h00 le matin. En ne tenant compte que de la façon dont vous vous sentez à cette heure de la journée, comment seront vos performances ?**

- 4** Je serai en bonne forme
- 3** Je serai raisonnablement en forme
- 2** Je trouverai cela difficile
- 1** Je trouverai cela très difficile

**10 – Dans la soirée, à quelle heure environ sentez-vous fatigué et éprouvez-vous le besoin de dormir ?**

- 5** 20h00 / 21h00
- 4** 21h00 / 22h15
- 3** 22h15 / 00h45
- 2** 00h45 / 02h00
- 1** 02h00 / 03h00

**11 – Vous voulez atteindre votre meilleure performance dans un test qui, vous le savez, sera mentalement très exigeant et durera 2 heures. Vous êtes entièrement libre de planifier votre journée. En ne tenant compte que de la façon dont vous vous sentez à cette heure de la journée, à quelle heure choisirez-vous de faire le test ?**

- 6** 08h00 / 10h00
- 4** 11h00 / 13h00
- 2** 15h00 / 17h00
- 0** 19h00 / 21h00

**12 – Si vous allez vous coucher à 23h00, à quel point vous sentirez-vous fatigué(e) ?**

- 0** Pas du tout fatigué(e)
- 2** Un peu fatigué(e)
- 3** Assez fatigué(e)
- 5** Très fatigué(e)

**13 – Si vous vous couchez quelques heures plus tard que d’habitude et que vous n’avez aucune obligation le lendemain matin, quel scénario vous semble le plus probable ?**

- 4** Je me réveillerai à l’heure habituelle mais je ne me rendormirai pas
- 3** Je me réveillerai à l’heure habituelle et je somnolerai légèrement par la suite
- 2** Je me réveillerai à l’heure habituelle mais je me rendormirai ensuite
- 1** Je me réveillerai plus tard que d’habitude

**14 – Vous devez rester réveillé(e) entre 4h00 et 6h00 du matin pour une garde de nuit et vous n’avez aucun engagement pour le lendemain. Lequel choix suivants vous conviendrait le plus ?**

- 1** Je n’irais pas me coucher avant que la garde soit terminée
- 2** Je ferais une sieste avant la garde et dormirai après
- 3** Je dormirais principalement avant la garde et je ferai une sieste après
- 4** Je dormirais seulement avant la garde

**15 – Vous devez faire 2 heures de travail physique intense et vous êtes entièrement libre de planifier votre journée. En ne tenant compte que de la façon dont vous vous sentez à cette heure de la journée, laquelle des périodes suivantes choisiriez-vous pour le faire ?**

- 4** 08h00 / 10h00
- 3** 11h00 / 13h00
- 2** 15h00 / 17h00
- 1** 19h00 / 20h00

**16 – Vous avez décidé de faire du sport 2 fois par semaine avec un(e) ami(e) qui est disponible uniquement entre 22h00 et 23h00 le soir. En ne tenant compte que de la façon dont vous vous sentez à cette heure de la journée, comment seront vos performances ?**

- 1** Je serai en bonne forme
- 2** Je serai raisonnablement en forme
- 3** Je trouverai cela difficile
- 4** Je trouverai cela très difficile

**17 – Supposons que vous puissiez choisir vos propres heures de travail, que vous travailliez cinq heures par jour (en incluant les pauses) et que votre travail est intéressant et payé en fonction de votre rendement. Vers quelle heure environ choisiriez-vous de commencer à travailler ?**

- 5** 5 heures commençant entre 04h00 et 08h00
- 4** 5 heures commençant entre 08h00 et 09h00
- 3** 5 heures commençant entre 09h00 et 14h00
- 2** 5 heures commençant entre 14h00 et 17h00
- 1** 5 heures commençant entre 17h00 et 04h00

**18 – A quelle heure environ vous sentez-vous dans votre meilleure forme ?**

- 5** 05H00 et 08H00
- 4** 08h00 et 10h00
- 3** 10h00 et 17h00
- 2** 17h00 et 22h00
- 1** 22h00 et 05h00

**19 – On parle de gens « du matin » (ou « lève-tôt ») et de gens « du soir » (ou « couche-tard »). Dans quelle catégorie vous situez-vous ?**

- 6** Nettement parmi les gens « du matin »
- 4** Plutôt parmi les « gens du matin » que parmi les « gens du soir »
- 2** Plutôt parmi les « gens du soir » que parmi les « gens du matin »
- 0** Nettement parmi les « gens du soir »

<b>____ : Total des points des 19 questions</b>
---

## INTERPRETATION ET UTILISATION DES RESULTATS DE VOTRE CHRONOTYPE

Ce questionnaire contient 19 questions cotées. D'abord, additionnez les points que vous avez encadrés et indiquez ensuite le résultat obtenu dans le carré ci-dessous :

Les résultats peuvent varier entre 16 et 86. Les résultats inférieurs à 41 correspondent à des « couche - tard ». Les résultats supérieurs à 59 correspondent aux « lève-tôt ». Les résultats entre 42 et 58 correspondent à des types « intermédiaires ».

16-30	31-41	42-58	59-69	70-86
Nettement « couche-tard »	Modérément « couche-tard »	Intermédiaire	Modérément « lève-tôt »	Nettement « lève-tôt »

Parfois, les gens éprouvent des difficultés pour remplir le questionnaire. Par exemple, il est difficile de répondre à certaines questions lorsqu'on travaille selon des horaires en rotation, lorsqu'on ne travaille pas ou si l'on se couche à des heures inhabituelles.

Les réponses peuvent être influencées par la maladie ou la prise de médicaments.

Si vous n'êtes pas sûr(e) de vos réponses, vous ne devriez pas non plus vous fier aux conseils ci-dessous.

Afin de faire une vérification, demandez-vous si votre résultat de chronotype correspond à peu près aux heures d'endormissement et de réveil détaillées ci-dessous :

Résultats	16-30	31-41	42-58	59-69	70-86
Endormissement	02h00-03h00	00h45-02h00	22h45-00h45	21h30-22h45	21h00-21h30
Réveil	10h00-11h30	08h30-10h00	06h30-08h30	05h00-06h30	04h00-05h00

Si vous vous couchez habituellement avant 21h00 ou après 3h00 du matin, ou si vous vous réveillez avant 04h00 ou après 11h30, vous devriez consulter un professionnel en luminothérapie pour entreprendre un traitement de manière efficace.

Nous utilisons le résultat du chronotype pour améliorer l'effet antidépresseur de la luminothérapie. Même si la plupart des gens ressent une bonne réponse antidépressive grâce à la luminothérapie quand ils s'exposent à une session quotidienne de 30 minutes à 10 000 lux (voir les recommandations sur le site [www.cet.org](http://www.cet.org)) la plupart du temps, ce traitement ne donnera pas la meilleure réponse possible. Si votre horloge interne est décalée par rapport à l'heure réelle (décalage mesuré indirectement par votre résultat de chronotype), le moment de la luminothérapie a besoin d'être adapté.

Le tableau ci-dessous présente les heures recommandées pour débiter la luminothérapie selon un large intervalle de résultats pour le chronotype. Si votre résultat se situe en dehors de cette fourchette (que ce soit très bas ou très haut), nous vous recommandons de consulter un professionnel en luminothérapie pour entreprendre un traitement de manière efficace.

Résultats chronotype	Début du traitement de luminothérapie (le traitement doit durer 30 minutes)
23-26	8h15
27-30	08h00
31-34	07h45
35-38	07h30
39-41	07H15
42-45	07H00
46-49	06H45
50-53	06H30
54-57	06H15
58-61	06H00
62-65	05H45
66-68	05H30
69-72	05H15
73-76	05H00

**Si vous dormez habituellement plus de 7 heures par nuit**, vous devrez vous réveiller plus tôt que d'habitude afin de vous permettre d'atteindre l'effet recherché (mais vous devriez vous sentir mieux en agissant ainsi). Certaines personnes compensent ce manque de sommeil en se couchant plus tôt, alors que d'autres se sentent bien, même si elles dorment moins.

**Si vous dormez habituellement moins de 7 heures par nuit**, vous pourrez continuer de vous réveiller à la même heure. Si vous vous réveillez systématiquement 30 minutes avant le début de votre session, vous devriez la reporter à plus tard. Nous vous conseillons d'éviter de recevoir le traitement plus tôt que ce qui est recommandé. Cependant, s'il vous arrive de ne pas vous réveiller à temps, il vaut mieux recevoir le traitement plus tard que de le manquer.

Notre recommandation peut-être un inconvénient pour arriver à temps au travail pour les « couche-tard » - par exemple 08h00 pour un chronotype 30. Toutefois, le fait de recevoir le traitement plus tôt ne les aidera pas. Cependant, une fois qu'ils auront noté une amélioration à l'heure recommandée, ils pourront avancer leur traitement de 15 minutes, chaque jour, petit à petit, pour permettre à leur horloge biologique de se synchroniser avec leur cycle sommeil-veille recherché et leurs horaires de travail.

Les conseils personnalisés que nous donnons ici sont basés sur une importante étude clinique menée au Centre Médical de l'Université Columbia de New York, impliquant des patients souffrant de dépression saisonnière. Les patients ayant reçu leur traitement trop tard le matin n'ont bénéficié que de la moitié des avantages ressentis par les patients qui, eux, ont à peu près suivi l'horaire conseillé. Ces directives ne s'appliquent pas que dans la dépression saisonnière, mais aussi dans les dépressions non saisonnières, la réduction de l'insomnie d'endormissement et de l'envie de trop dormir le matin. Nos conseils sont d'ordre général pour les nouveaux utilisateurs de la luminothérapie. Plusieurs facteurs individuels peuvent nécessiter différents horaires ou différentes administrations de luminothérapie (durée, intensité). Toute personne souffrant de dépression devrait utiliser la luminothérapie seulement sous la surveillance et les conseils d'un professionnel.

Référence : Terman M, Terman JS. Light therapy for seasonal and nonseasonal depression : efficacy, protocol, safety, and side effects. CNS Spectrums, 2005;10:647-663 (Téléchargeable à [www.cet.org](http://www.cet.org)) – Copyright © 2008, Center for Environmental Therapeutics

### 3. COURT OU LONG DORMEUR ?

Calculez le total de vos points pour avoir une estimation de la **durée de votre sommeil** (par rapport à celle de vos contemporains).

**1) Pensez-vous avoir le sommeil *très léger* ou *très lourd* ?**

- ☐ Très léger (vous pouvez vous réveiller facilement) (1 point)
- ☐ Pas d'opinion (2 points)
- ☐ Très lourd (quand vous dormez, vous n'entendez rien) (3 points)

**2) Que disait-on de vous à l'âge où vous étiez un *nourrisson* ?**

- ☐ Vous ne dormiez "jamais", ou très peu (1 point)
- ☐ Pas de souvenir (2 points)
- ☐ Vous avez "fait" vos nuits très tôt (3 points)

**3) À l'école *maternelle*, on fait faire la sieste à tous les enfants. Essayez de vous rappeler si :**

- ☐ Vous étiez pénalisé(e) de ne pas parvenir à dormir (1 point)
- ☐ Pas de souvenir (2 points)
- ☐ Vous aimiez bien dormir (3 points)

**4) Lorsque vous étiez *enfant* (6/10 ans), vous rappelez-vous si ?**

- ☐ Vous mettiez souvent longtemps à vous endormir ? (1 point)
- ☐ Vous dormiez assez facilement ? (2 points)
- ☐ Vous aimiez parfois faire la sieste durant les vacances (3 points)

**5) Lorsque vous étiez *adolescent(e)*, vous rappelez-vous si ?**

- ☐ Vous n'aviez pas toujours besoin d'un réveil-matin (1 point)
- ☐ Vous faisiez la grasse matinée ou la sieste le dimanche (2 points)
- ☐ Vous dormiez souvent davantage que les autres (3 points)

**Calculez votre total entre 5 et 15...**

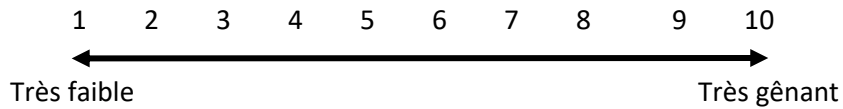
- 5 à 10 : court dormeur
- 10 à 15 : long dormeur

## 4. EVALUATION DES SIGNES CLINIQUES DES TROUBLES DU SOMMEIL

Entourez les réponses en fonction de votre situation. Si oui, veuillez quantifier à l'aide de l'échelle.

**1) Ronflement : NON / OUI**

*Si oui, veuillez quantifier :*



**2) Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrive d'arrêter de respirer pendant votre sommeil ?**

☐ Oui ☐ Non

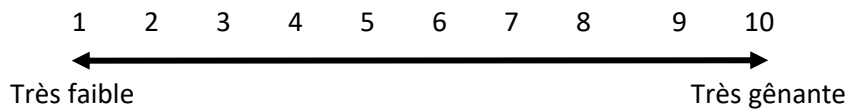
⇒ Si vous vous réveillez à ce moment-là, avez-vous :

Une sensation désagréable : ☐ Oui ☐ Non

Une reprise respiratoire bruyante ? ☐ Oui ☐ Non

**3) Envie de dormir durant la journée : NON / OUI**

*Si oui, veuillez quantifier :*



### ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

**Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir et pas seulement de vous sentir fatigué dans les situations suivantes ?**

Choisissez dans l'échelle ci-dessous et entourez le nombre le plus approprié à chaque situation.

*Puis, additionnez chaque réponse pour déterminer le score.*

<b>0</b> = Ne somnolerait jamais	<b>1</b> = Faible chance de s'endormir	<b>2</b> = Chance moyenne de s'endormir	<b>3</b> = Forte chance de s'endormir
----------------------------------	--	---	---------------------------------------

### Situations :

- a) Assis en train de lire :

0      1      2      3

- b) En train de regarder la télévision :**

0      1      2      3

- c) Assis, inactif, dans un endroit public (cinéma, théâtre, réunions) :**

0      1      2      3

- d) Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant 1 heure :**

0      1      2      3

- e) Allongé l'après-midi pour se reposer quand les circonstances le permettent :

0          1          2          3

- f) Assis en train de parler à quelqu'un :**

0      1      2      3

- g) Assis calmement après un repas sans alcool :**

0      1      2      3

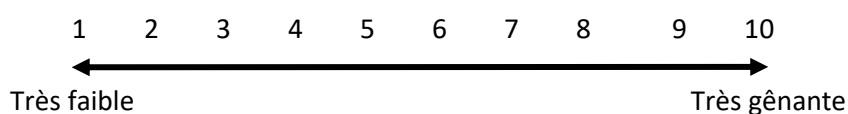
- h) Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement :**

0      1      **2**      3

**SCORE =**

- 4) Somnolence en conduite automobile : NON / OUI

*Si oui, veuillez quantifier :*



# BOSS

## (Bordeaux Sleepiness Scale)

### 1. Genre

- ☐ 0 Femme
- ☐ 1 Homme

### 2. Nombre de kilomètres parcourus par an : \_\_\_\_\_ km/an

- ☐ 0 Moins de 20 000 km/an
- ☐ 1 Egal à ou plus de 20 000 km/an

### 3. Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir, et pas seulement de vous sentir fatigué, dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes ?

- ☐ 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

### 4. Au cours de l'année passée, avez-vous eu au moins un épisode de somnolence au volant qui a rendu la conduite difficile ou qui vous a forcé à vous arrêter ?

- ☐ 0 Non, jamais
- ☐ 1 Oui, mais moins d'une fois par mois
- ☐ 2 Oui, au moins une fois par mois
- ☐ 3 Oui, au moins une fois par semaine

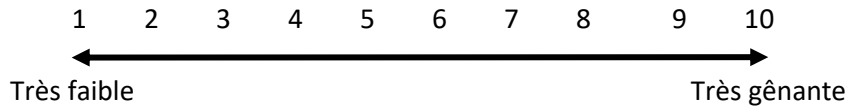
BOSS score total

5) Avez-vous eu ou évité un accident de voiture lié à l'endormissement ?

☐ Oui ☐ Non

6) Fatigue matinale : NON / OUI

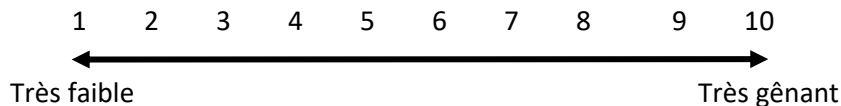
Si oui, veuillez quantifier :



7) Nycturie (uriner plusieurs fois la nuit) : Combien de fois..... ☐ Non

8) Maux de tête le matin : NON / OUI

Si oui, veuillez quantifier :



9) Prenez-vous des médicaments pour dormir (tranquillisants ou somnifères) ?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Souvent ☐ Toujours

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

.....  
.....

#### ECHELLE DE FATIGUE DE PICHOT

Entourez le nombre qui correspond le mieux à votre état durant la semaine dernière et jusqu'à ce jour.  
Puis, additionnez chaque réponse pour déterminer le score.

0 = Pas du tout	1 = Un petit peu	2 = Moyennement	3 = Beaucoup	4 = Extrêmement
-----------------	------------------	-----------------	--------------	-----------------

a) Je manque d'énergie	0	1	2	3	4
b) Tout demande effort	0	1	2	3	4
c) Je me sens faible à certains endroits du corps	0	1	2	3	4
d) J'ai les bras ou les jambes lourdes	0	1	2	3	4
e) Je me sens fatigué sans raison	0	1	2	3	4
f) J'ai envie de m'allonger pour me reposer	0	1	2	3	4
g) J'ai du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
h) Je me sens fatigué, lourd, raide	0	1	2	3	4

SCORE =

## 5. TEST DE DÉPRESSION DE BECK (COGNITIVISTE)

Voici un test de dépression, l'Inventaire de dépression de Beck<sup>1</sup>, couramment utilisé en recherche et en pratique clinique. Ce test est présenté à titre informatif et non pas dans un but d'autodiagnostic. Certains symptômes de dépression peuvent être reliés à d'autres diagnostics. Si vous croyez être en dépression ou si vous avez des symptômes sévères, nous vous conseillons de consulter un médecin. Le test comporte 21 items. Pour chaque item, choisissez l'affirmation qui décrit le mieux la façon dont vous vous sentez aujourd'hui. Si plusieurs affirmations s'appliquent aussi bien, choisissez la dernière (dont le pointage est le plus élevé).

### 1 - Tristesse

- ☐ Je ne me sens pas triste.
- ☐ Je me sens triste la plupart du temps.
- ☐ Je me sens constamment triste.
- ☐ Je suis si triste ou malheureux(se) que je ne peux le supporter.

### 2 - Pessimisme

- ☐ Je ne me sens pas découragé(e) concernant l'avenir.
- ☐ Je me sens plus découragé(e) concernant l'avenir que d'habitude.
- ☐ Je ne m'attends pas à ce que les choses fonctionnent pour moi.
- ☐ Je sens que l'avenir est sans espoir et ne fera qu'empirer.

### 3 - Sentiment d'échec

- ☐ Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).
- ☐ J'ai échoué plus que j'aurais dû.
- ☐ Lorsque je pense à ma vie passée, je vois beaucoup d'échecs.
- ☐ Je sens que je suis un(e) raté(e).

### 4 - Perte de plaisir

- ☐ Je retire autant de plaisir que d'habitude des choses que j'aime.
- ☐ Je ne ressens pas autant de plaisir que d'habitude.
- ☐ Je retire très peu de plaisir des choses que j'aimais.
- ☐ Je ne retire aucun plaisir des choses que j'aimais.

### 5 - Sentiments de culpabilité

- ☐ Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- ☐ Je me sens coupable de plusieurs choses que j'ai fait ou aurais dû faire.
- ☐ Je me sens vraiment très coupable la plupart du temps.
- ☐ Je me sens constamment coupable.

### 6 - Sentiments de punition

- ☐ Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- ☐ J'ai sens que je peux être puni(e).
- ☐ Je m'attends à être puni(e).
- ☐ Je sens que je suis puni(e).

### 7 - Baisse d'estime de soi

- ☐ J'ai les mêmes sentiments vis-à-vis moi-même que d'habitude.
- ☐ Je perdu confiance en moi.
- ☐ Je suis déçu(e) de moi-même.
- ☐ Je ne m'aime pas.

## 8 - Auto-critique

- ☐ Je ne me critique ou blâme pas plus que d'habitude.
- ☐ Je suis plus critique à l'égard de moi-même que d'habitude.
- ☐ Je me critique pour toutes mes fautes.
- ☐ Je me blâme pour tout ce qui arrive de mauvais.

## 9 - Pensées suicidaires

- ☐ Je n'ai aucune pensée suicidaire.
- ☐ Je pense parfois à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- ☐ J'aimerais me suicider.
- ☐ Je me suiciderais si j'en avais la possibilité.

## 10 - Pleurs

- ☐ Je ne pleure pas plus que d'habitude.
- ☐ Je pleure plus que d'habitude.
- ☐ Je pleure pour la moindre des choses.
- ☐ J'ai le goût de pleurer mais je ne peux pas.

## 11 - Agitation

- ☐ Je ne suis pas plus agité ou activé que d'habitude.
- ☐ Je suis plus agité ou activé que d'habitude.
- ☐ Je suis si agité qu'il est difficile de rester tranquille.
- ☐ Je suis si agité que je ne dois pas arrêter de bouger ou de faire quelque chose.

## 12 - Perte d'intérêt

- ☐ Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres ou pour les activités.
- ☐ Je suis moins intéressé(e) par les autres ou quoi que ce soit qu'avant.
- ☐ J'ai perdu une grande part de mon intérêt pour les autres ou quoi que ce soit.
- ☐ Il m'est difficile de m'intéresser à quoique ce soit.

## 13 - Indécision

- ☐ Je prends mes décisions aussi bien qu'avant.
- ☐ Je trouve qu'il est plus difficile de prendre des décisions qu'avant.
- ☐ J'ai beaucoup plus de difficultés à prendre des décisions qu'avant.
- ☐ J'ai de la difficulté à prendre des décisions.

## 14 - Auto-dépréciation

- ☐ Je ne sens pas que je n'ai pas de valeur.
- ☐ Je ne me considère pas comme ayant autant de valeur et aussi utile qu'avant.
- ☐ Je me sens comme ayant moins de valeur comparativement aux autres personnes.
- ☐ Je me sens sans valeur.

## 15 - Perte d'énergie

- ☐ J'ai autant d'énergie qu'avant.
- ☐ J'ai moins d'énergie que j'ai l'habitude d'avoir.
- ☐ Je n'ai pas d'énergie pour faire grand chose.
- ☐ Je n'ai pas assez d'énergie pour faire quoique ce soit.

## 16 - Changements dans le sommeil

- ☐ Mon sommeil n'a pas changé.
- ☐ Je dors un peu plus ou un peu moins que d'habitude.
- ☐ Je dors beaucoup plus ou beaucoup moins que d'habitude.
- ☐ Je dors la plus grande partie de la journée ou je me réveille 1 ou 2 heures plus tôt et je ne peux me rendormir.

### 17 - Irritabilité

- ☐ Je ne me sens pas irritable que d'habitude.
- ☐ Je suis plus irritable que d'habitude.
- ☐ Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- ☐ Je suis toujours irritable.

### 18 - Changements dans l'appétit

- ☐ Mon appétit n'a pas changé.
- ☐ Mon appétit est moins grand ou plus grand que d'habitude.
- ☐ Mon appétit est beaucoup moins grand ou beaucoup plus grand que d'habitude.
- ☐ Je n'ai plus d'appétit du tout ou je pense toujours à manger.

### 19 - Difficulté de concentration

- ☐ Je peux me concentrer aussi bien qu'auparavant.
- ☐ Je ne peux me concentrer aussi bien qu'auparavant.
- ☐ Je ne peux me concentrer sur quoique ce soit très longtemps.
- ☐ Je trouve que je ne peux me concentrer sur quoique ce soit.

### 20 - Fatigue

- ☐ Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- ☐ Je deviens plus fatigué(e) plus facilement que d'habitude.
- ☐ Je suis trop fatigué(e) pour faire plusieurs choses que j'avais l'habitude de faire.
- ☐ Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que j'avais l'habitude de faire.

### 21 - Perte de libido

- ☐ Je n'ai pas remarqué de changements récents dans mon intérêt pour la sexualité.
- ☐ Je m'intéresse moins à la sexualité qu'avant.
- ☐ Je m'intéresse beaucoup moins à la sexualité.
- ☐ J'ai perdu tout intérêt pour la sexualité.

0 à 10	Hauts et bas considérés comme normaux
11 à 16	Troubles bénins de l'humeur (mais correction à apporter)
17 à 20	Seuil de la dépression clinique
21 à 30	Dépression modérée
31 à 40	Dépression sévère
40 à 63	Dépression extrême

*\* Traduit du Beck Depression Inventory version II (BDI-II) dont la version originale a été publiée pour la première fois en 1961 par le psychiatre Aaron T. Beck. La version II est une révision publiée en 1996 pour tenir compte notamment des critères diagnostiques actuels de la dépression.*

## 6. QUESTIONNAIRE HAD

*Comment vous vous sentez actuellement ? ; Avez-vous bon ou mauvais moral ? ; Êtes-vous détendu ou anxieux ? ; Êtes-vous plutôt gai ou plutôt triste ?.....*

Voici donc une liste de propositions qui devraient vous aider à faire le point.

**Merci d'entourer les réponses qui correspondent le mieux à ce que vous ressentez actuellement.**

		A	D
1) Je me sens tendu, énervé :	La plupart du temps	3	
	Souvent	2	
	De temps en temps	1	
	Jamais	0	
2) J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent :	Oui, toujours		0
	Le plus souvent		1
	De plus en plus rarement		2
	Tout est plus difficile		3
3) Je me sens ralenti :	Pratiquement tout le temps		3
	Très souvent		2
	Quelquefois		1
	Pas du tout		0
4) J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué :	Très souvent	3	
	Assez souvent	2	
	Parfois	1	
	Jamais	0	

5) J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence	Totalement	3
	Je n'y fais plus attention	2
	Je n'y fais plus assez attention	1
	J'y fais attention comme d'habitude	0
6) J'ai la bougeotte et n'arrive pas tenir en place :	Oui, c'est tout à fait le cas	3
	Un peu	2
	Pas tellement	1
	Pas du tout	0
7) J'envisage l'avenir avec optimisme	Comme d'habitude	0
	Plutôt moins qu'avant	1
	Beaucoup moins qu'avant	2
	Pas du tout	3
8) 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'importe pas	1
	Pas du tout	0
9) Je sais rire et voir le bon côté des choses :	Toujours autant	0
	Plutôt moins	1
	Nettement moins	2
	Plus du tout	3

<b>10) Je me fais souvent du souci :</b>	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Occasionnellement	1
	Très occasionnellement	0
<b>11) Je me sens heureux :</b>	Jamais	3
	Pas souvent	2
	Quelquefois	1
	La plupart du temps	0
<b>12) Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux :</b>	Jamais	3
	Rarement	2
	Quelquefois	1
	La plupart du temps	0
<b>13) Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou un programme de radio ou de télé :</b>	Souvent	0
	Assez souvent	1
	Rarement	2
	Pratiquement jamais	3
<b>14) J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b>	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Rarement	1
	Jamais	0

### Interprétation questionnaire HAD

#### 1<sup>er</sup> interprétation

Additionner les scores obtenus aux questions A (1, 4, 6, 8, 10, 12, 14)

Additionner les scores obtenus aux questions D (2, 3, 5, 7, 9, 1, 13)

#### 2<sup>ème</sup> interprétation :

Pour chacun des scores A et D :

- < 8 absence de symptômes

- 8 à 10 ; symptomatologie légère (sub clinique)

- > 10 ; symptomatologie cliniquement significative devant conduire à une évaluation diagnostique psychiatrique

## 7. ECHELLE DE DEPRESSION

*Entourez la proposition qui correspond le mieux à votre état durant la semaine dernière et jusqu'à ce jour. Additionnez le nombre de « vrai » pour déterminer le score.*

- |  |             |             |
|--|-------------|-------------|
| 1) J'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 2) Je suis sans énergie  | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 3) J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent       | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 4) Je suis déçu et dégoûté par moi-même  | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 5) Je me sens bloqué ou empêché devant la moindre chose à faire                  | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 6) En ce moment, je suis moins heureux que la plupart des gens                   | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 7) J'ai le cafard  | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 8) Je suis obligé de me forcer pour faire quoi que ce soit                       | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 9) J'ai l'esprit moins clair que d'habitude                                      | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 10) Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume              | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 11) En ce moment, je suis triste   | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 12) J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire               | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 13) En ce moment, ma vie me semble vide  | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |

**SCORE =**

## 8. Test : définir son niveau de stress

La PSS (Perceived Stress Scale) est une échelle de mesure du stress perçu adaptée de Cohen et Williamson (3). Elle se base sur l'approche transactionnelle du stress afin d'appréhender les mécanismes psychocognitifs de ce dernier. Cette technique est la plus employée pour mesurer notre perception du stress. À travers dix étapes, il est facile d'évaluer rapidement les situations qui sont perçues comme menaçantes, c'est-à-dire non prévisibles, incontrôlables et pénibles.

Je vous propose de vous lister ci-après les dix questions clés afin de vous aider à déterminer et à interpréter votre niveau de stress actuel.

**1) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?**

☐ 1 : Jamais      ☐ 2 : Presque jamais      ☐ 3 : Parfois      ☐ 4 : Assez souvent      ☐ 5 : Souvent

**2) Au cours du dernier mois, combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?**

☐ 1 : Jamais      ☐ 2 : Presque jamais      ☐ 3 : Parfois      ☐ 4 : Assez souvent      ☐ 5 : Souvent

**3) Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti nerveux ou stressé ?**

☐ 1 : Jamais      ☐ 2 : Presque jamais      ☐ 3 : Parfois      ☐ 4 : Assez souvent      ☐ 5 : Souvent

**4) Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti assez confiant pour prendre en main vos problèmes personnels ?**

☐ 5 : Jamais      ☐ 4 : Presque jamais      ☐ 3 : Parfois      ☐ 2 : Assez souvent      ☐ 1 : Souvent

**5) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?**

☐ 5 : Jamais      ☐ 4 : Presque jamais      ☐ 3 : Parfois      ☐ 2 : Assez souvent      ☐ 1 : Souvent

**6) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?**

☐ 1 : Jamais      ☐ 2 : Presque jamais      ☐ 3 : Parfois      ☐ 4 : Assez souvent      ☐ 5 : Souvent

**7) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?**

☐ 5 : Jamais      ☐ 4 : Presque jamais      ☐ 3 : Parfois      ☐ 2 : Assez souvent      ☐ 1 : Souvent

**8) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?**

☐ 5 : Jamais      ☐ 4 : Presque jamais      ☐ 3 : Parfois      ☐ 2 : Assez souvent      ☐ 1 : Souvent

**9) Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?**

☐ 1 : Jamais      ☐ 2 : Presque jamais      ☐ 3 : Parfois      ☐ 4 : Assez souvent      ☐ 5 : Souvent

**10) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un point tel que vous ne pouviez les contrôler ?**

☐ 1 : Jamais      ☐ 2 : Presque jamais      ☐ 3 : Parfois      ☐ 4 : Assez souvent      ☐ 5 : Souvent

**Comment calculer et ensuite interpréter le score pour le stress perçu ? Il suffit d'ajouter les chiffres qui figurent au niveau de chaque réponse.**

**Si votre score est inférieur à 21 :** vous savez gérer votre stress et vous adapter. Vous trouverez toujours des solutions.

**Si votre score est compris entre 21 et 26 :** en général, vous réussissez à faire face au stress. Mais, dans certaines situations, vous ne savez pas le gérer. Vous êtes parfois animé d'un sentiment d'impuissance qui entraîne des perturbations émotionnelles. Pour en sortir, apprenez des méthodes de stratégies de changement (par exemple, la stratégie de coping qui consiste en l'analyse, l'évaluation des ressources et l'ajustement face à une situation donnée).

**Si votre score est supérieur à 27 :** pour vous, la vie est une menace perpétuelle. Vous avez le sentiment de subir la plupart des situations sans pouvoir rien faire d'autre. Un travail sur votre schéma de pensée est souhaitable ainsi qu'un changement dans votre manière de réagir. Cet ouvrage vous sera donc d'une très grande aide. Je vous recommande également, pour une action synergique, d'envisager un travail de fond avec l'aide d'un thérapeute (sophrologue, art thérapeute, psychothérapeute, naturopathe...).

## 9. INDICE ISI

1. Veuillez estimer la SEVERITE actuelle (le dernier mois) de vos problèmes de sommeil, en commençant par le tableau. (1SEULE REPONSE POSSIBLE par question)

	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Très sévère
Difficulté d'endormissement	0	1	2	3	4
Difficulté à rester endormi	0	1	2	3	4
Réveil trop précoce le matin	0	1	2	3	4

2. Etes-vous actuellement satisfait de votre sommeil ?

- 0. Très satisfait
- 1. Satisfait
- 2. Modérément satisfait
- 3. Insatisfait
- 4. Pas du tout satisfait

3. A quel point considérez-vous que vos problèmes de sommeil INTERFERENT avec votre vie quotidienne (fatigue, travail, concentration, mémoire, humeur, etc.) ?

- 0. Aucunement
- 1. Légèrement
- 2. Moyennement
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

4. A quel point considérez-vous que vos problèmes de sommeil sont PERCEPTIBLES par votre entourage en terme de retentissement sur votre qualité de vie ?

- 0. Non perceptibles
- 1. Légèrement perceptibles
- 2. Moyennement perceptibles
- 3. Très perceptibles
- 4. Extrêmement perceptibles

5. A quel point êtes-vous INQUIET/perturbé par votre problème actuel de sommeil ?

- 0. Pas du tout
- 1. Un peu
- 2. Moyennement
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

## 10. QUESTIONNAIRE SOMMEIL

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil. Répondez, s'il vous plaît, selon vos observations des six derniers mois, en commençant par le tableau.

1) Quels sont vos problèmes de sommeil parmi les propositions suivantes ?

Difficultés à s'endormir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réveils nocturnes fréquents ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réveil trop précoce ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sommeil de mauvaise qualité ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sensation de manque de sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

2) Quand vos problèmes de sommeil ont-ils commencé ?

Il y a.....mois/années (rayer la mention inutile).

3) Aviez-vous déjà des troubles du sommeil dans l'enfance ou l'adolescence ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quels troubles : .....

4) Je n'arrive pas à m'endormir, une fois réveillé ?

☐ Chaque nuit ☐ Chaque semaine ☐ Rarement ☐ Jamais

5) Faites-vous quelques fois la sieste ?

☐ Oui ☐ Non

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

6) Après une sieste, je me sens :

☐ Rafraîchi ☐ Bien reposé ☐ Un peu fatigué ☐ Très fatigué

7) Pendant mon sommeil, il semble que je donne des coups de pied et que je sursaute :

☐ Chaque nuit ☐ Chaque semaine ☐ Rarement ☐ Jamais

8) Je vois ou j'entends des choses qui ne sont pas réelles quand je m'allonge dans mon lit alors que je suis encore réveillé :

☐ Oui ☐ Non

9) Après m'être allongé, avant de m'endormir, j'ai la sensation de ne plus pouvoir bouger :

☐ Oui ☐ Non

**10) Je suis somnambule :**

☐ Chaque nuit      ☐ Chaque semaine      ☐ Rarement      ☐ Jamais

**11) Je suis souvent dérangé par des cauchemars :**

☐ Oui      ☐ Non

**12) Je parle pendant le sommeil :**

☐ Oui      ☐ Non

**13) Je grince des dents quand je dors :**

☐ Oui      ☐ Non

**14) Avant de vous endormir ou au réveil avez-vous l'impression d'être totalement paralysé ?**

☐ Oui   ☐ Non

**15) Lors d'une émotion, d'un rire, d'une surprise, sentez-vous :**

Vos jambes se dérober ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre tête tomber ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une faiblesse d'une partie de votre corps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**16) Avez-vous été opéré :**

Des amygdales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Du voile du palais	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
D'une déviation de cloison nasale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**17) Autres antécédents :**

Présentez-vous ou avez-vous présenté :

Une hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un angor ou un infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un épisode de dépression	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une hypothyroïdie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des gouttières pour des grincements de dents	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## 11. SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS – LES CRITERES DE DIAGNOSTIQUES

### Qu'est-ce que le syndrome des jambes sans repos ?

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.

### Entourez la réponse qui correspond le mieux à vos sensations pour les 4 questions :

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

Merci  
Dr Aron

## 12. INFORMATION : SYNDROME D'APNEE DU SOMMEIL ET CONDUITE AUTOMOBILE

Le syndrome d'apnée du sommeil, comme beaucoup d'autres pathologies, est une « affection susceptible d'être incompatible avec l'obtention et le maintien du permis de conduire, ou susceptible de donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire de durée de validité limitée » (**arrêté du 21 décembre 2005 modifié 18/12/2015 et le 28/03/2022**).

Le patient apnéique non traité se trouve dans l'incapacité de respecter l'article **R412-6 du Code de la Route** selon lequel : « tout conducteur de véhicule doit se tenir constamment en état et en position d'effectuer commodément et sans délai toutes les manœuvres qui lui incombent ».

- **Si le patient est déjà titulaire d'un permis de conduire non professionnel** (permis groupe A, A1, B, B1, E). Il n'est soumis à aucun contrôle d'aptitude au cours de sa vie de conducteur sauf exceptionnellement après une suspension, une annulation de son permis de conduire, etc..
- **Si le patient est candidat au permis de conduire** : il y a nécessité de déclarer sa pathologie dans le dossier de demande à remplir pour la Commission Départementale des permis de conduire. Si le patient fait une fausse déclaration, il s'expose à une invalidation de son permis et il engage sa responsabilité pénale sur le fondement des articles **223-1 et 221-6 du Code Pénal**.
- **Si le patient est titulaire d'un permis B** affecté à des activités particulières (véhicules commerciaux, taxis, ambulances, véhicules affectés aux ramassages scolaires, véhicules affectés aux transports publics des personnes...), ou est conducteur **professionnel d'un permis véhicule lourd (permis C, D, E)**, il est soumis à un examen médical pour la délivrance et le renouvellement du permis qui est à durée limitée (visites médicales régulières).

Pour les conducteurs du groupe lourd, l'évaluation d'efficacité du traitement doit être systématiquement objectivée et mesurée par un test encéphalographique de maintien d'éveil de 40 minutes ; 4 tests dans une journée (TME). L'ensemble des tests devant être négatif, sans somnolence objective.

Pour reprendre la conduite, le patient titulaire d'un **permis B** groupe léger exerçant des activités particulières ou titulaire d'un **permis groupe lourd**, doit impérativement saisir la Commission Départementale des permis de conduire qui peut, seule, se prononcer sur son aptitude à la conduite et décider de la durée du permis accordé ; **un an** pour le conducteur titulaire d'un permis léger, **six mois** pour le conducteur titulaire d'un permis lourd.

Tant qu'ils n'ont pas obtenu l'autorisation de reprendre la conduite, les patients sont assimilés à des conducteurs sans permis.

## DERNIERE MODIFICATION (28/03/2022) DE L'ARRETE AU JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE

### 4.3 Troubles du sommeil

**4.3.1 Somnolence excessive, d'origine comportementale, organique** (dont le syndrome d'apnée obstructive du sommeil\* modéré ou sévère), **psychiatrique ou iatrogène**  
*\*Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil modéré correspond à un nombre d'apnées et d'hypopnées par heure (index d'apnées et hypopnées) compris entre 15 et 29. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère correspond à un index d'apnées et hypopnées supérieur ou égal à 30. Les deux syndromes sont obligatoirement associés à une somnolence diurne excessive.*

**Incompatibilité :** tant que persiste la somnolence malgré le traitement. L'avis du médecin spécialisé, selon l'étiologie de la somnolence, est requis ;

**Puis,**

**Compatibilité de trois ans maximum :** la reprise de la conduite peut avoir lieu après 4 semaines de traitement avec la confirmation de l'efficacité thérapeutique, avec l'avis du médecin spécialiste, qui réalise un bilan avec un test de maintien de l'éveil qui indique que la vigilance est devenue normale et que le risque de somnolence diurne dans les actes de la vie courante est négligeable. Cet avis médical spécialisé avec bilan est renouvelé au minimum tous les trois ans.

Les risques additionnels éventuels liés aux conditions et aux horaires de travail sont envisagés, systématiquement, avec une grande attention.

### INFORMATION EFFECTUEE LE

Signature du patient


## 13. CONSEILS D'HYGIENE DU SOMMEIL

**Le sommeil n'est pas un acte volontaire et ne nécessite pas d'effort particulier !**  
**Respectez autant que possible son rythme biologique.**


- ⇒ **Evitez tous les excitants** (*café, thé, coca, vitamine c, chocolat...*) à partir de 14h.
- ⇒ **Le repas doit-être pris 2 à 3 h avant le coucher** en essayant de respecter des règles :
  - Ne pas aller au lit en ayant faim ;
  - Ne pas manger un repas trop copieux le soir ;
  - Eviter l'alimentation trop riche en graisses (difficulté de digestion) ou en protides (car éveillant).
  - Eviter l'alcool car même s'il aide à s'endormir plus facilement, il donne de nombreux éveils nocturnes, surtout en 2ème partie de nuit ;
  - Ne pas boire en trop grande quantité, ni trop proche du coucher car cela favorise les mictions et les reflux gastriques.
  - Eviter les épices, le vinaigre, les boissons gazeuses... si vous souffrez de reflux.
  - Par contre, une alimentation riche en sucres lents (pain, pomme de terre, pâtes...) favorise le sommeil
- ⇒ **Evitez de fumer** avant le coucher ou pendant les réveils nocturnes, car la nicotine est stimulante.
- ⇒ **Favorisez les activités relaxantes le soir** (*lecture, musique, télé..., mais pas dans la chambre*) pour instituer un moment de détente avant le coucher (sas de décompression = transition entre la veille et le sommeil) ; instaurer des rituels avant le coucher pour signaler au corps qu'il est bientôt l'heure de s'endormir sont également les bienvenus.
- ⇒ **Evitez le travail en soirée** (*surtout devant l'écran d'ordinateur*). Eventuellement prévoyez un temps, en début de soirée, pour « travailler » sur vos problèmes, planifier vos activités du lendemain, voir poser par écrit vos points éventuels de préoccupation, pour ne pas les emmener au lit avec vous.
- ⇒ **Pratiquez régulièrement une activité physique**, surtout le matin ou en début d'après-midi, mais évitez l'activité ou le travail physique en soirée car celui-ci augmentera la chaleur du corps et pourra être éveillant.
- ⇒ **Un bain chaud ou une douche chaude 2h avant le coucher** peut-être relaxant chez certaines personnes ; sinon préférez la douche tiède pour ne pas augmenter trop la température corporelle.
- ⇒ **Aérez votre chambre avant de vous coucher** et assurez-vous d'avoir une température confortable durant toute la nuit, aux alentours de 18-19° : le froid ou la chaleur excessive peuvent gêner le sommeil.

- ⇒ **Le réchauffement des extrémités**, tels que porter des chaussettes, permet de dégager de la chaleur et de baisser sa température corporelle et ainsi améliorer le sommeil.
- ⇒ **Assurez-vous du confort de votre chambre, de votre lit** (matelas, oreiller) et de l'absence de lumière ou de bruit. (*couper le téléphone, absence d'animaux dans la chambre...*)
- ⇒ **Ne pas faire d'activités éveillantes dans la chambre ou dans le lit**, tel que manger, travailler (ordinateur), regarder la télé... Et éviter également de rester au lit trop longtemps éveillé. Tous ces conseils permettent d'éviter que votre corps associe la chambre et le lit à l'éveil.
- ⇒ **Placez votre réveil de manière à ne pas le voir.**
- ⇒ **Avoir des heures de coucher** mais surtout de lever régulières, même le week-end et en vacances. Si à un moment, l'heure d'endormissement a été plus tardive (suite à une sortie par exemple), l'heure de lever doit quand même rester la même que d'habitude, quelque soit le nombre d'heure de sommeil réalisé au cours de la nuit, car cette heure de lever sert de repère à notre horloge interne.
- ⇒ **Lors du lever, éveillez vos sens** : visuels avec la lumière qui est éveillante (*ouvrez les volets, allumez...*) ; auditifs en mettant de la musique, la radio ; tactiles en prenant une douche ; gustatifs et olfactifs avec le petit-déjeuner ; éveillez vos muscles et votre corps en faisant de l'exercice physique, dans une ambiance lumineuse forte ou à l'extérieur : votre corps comprendra que c'est l'heure de se lever
- ⇒ **Les Siestes** : elles baissent la pression du sommeil de nuit (*endormissement moins facile et sommeil nocturne moins profond*). Mais la sieste peut rester possible dans certains cas mais devra être inférieure à 30min, ne pas se faire après 15h, et si possible être effectuée dans le lit pour renforcer le lien « lit-sommeil ».

Dr Aron



Cette dernière partie de ce livret « conseils d'hygiène du sommeil » est à **détacher** et à **conserver par vos soins**.



Pour plus de renseignements, retrouvez-nous sur notre site internet dans la rubrique Nos unités > Centre Sommeil Morphée

<https://www.polyclinique-grande-synthe.com/>

## 14. EVALUATION DE L'HYGIENE DE SOMMEIL

CE DOCUMENT A POUR BUT DE VOUS AUTOEVALUER SUR VOTRE HYGIENE DE SOMMEIL ET NOUS PERMETTRA DE VOUS AIDER AU MIEUX.

• Cochez 😊 quand vous le faites déjà

• Cochez ☹️ quand vous ne le faites pas

### L'ENVIRONNEMENT

	😊	☹️
Garder une température proche de 18/19°C maximum		
Adopter une literie confortable et personnalisée (sommier, matelas, oreiller, couette)		
Supprimer toute source de bruit		
Éteindre les lumières ou toute LED de veilleuse (couper le téléphone, retirer la montre, tourner ou cacher le réveil, occulter toute lumière du jour par des rideaux ou volets)		
Ne pas laisser l'accès aux animaux domestiques dans votre chambre		

### L'HYGIENE ALIMENTAIRE

	😊	☹️
Prendre le repas 2 (à 3 heures) avant le coucher		
Aller au lit sans avoir faim		
Éviter l'alcool		
Ne pas boire en trop grande quantité		
Éviter les épices, le vinaigre, les boissons gazeuses		
Favoriser un repas riche en sucre lent et en tryptophane		
Limiter la caféine, la théine, le chocolat		

## L'ACTIVITE

	😊	☹️
Pratiquer régulièrement une activité physique		
Éviter les siestes longues (plus de 30 minutes) et tardives (après 15 heures)		
Eviter de prendre une douche ou un bain chaud moins de 3heures avant de dormir		
Favoriser les activités relaxantes le soir pour instituer un moment de détente avant le coucher (yoga, cohérence cardiaque, méditation, autohypnose, lecture)		
Ne pas fumer en soirée et/ou la nuit		

## LES ACTIVITES INTELLECTUELLES

	😊	☹️
Dédier sa chambre et son lit uniquement au sommeil		
Éviter le travail et les cogitations liées au travail en soirée		
Eviter les écrans à luminosité intense (Ordinateur, tablette, téléphone portable, TV à faible distance des yeux) au moins 1h30 (voire 2 h) avant la mise au lit		