

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

POLYCLINIQUE de Grande-Synthe

Avenue de la POLYCLINIQUE

59792 GRANDE-SYNTHÉ

I. La polysomnographie

1. En quoi consiste la vidéo polysomnographie ?

Cet examen consiste en l'enregistrement simultané des activités cérébrales, musculaires et des paramètres respiratoires, circulatoires durant le sommeil dans le but de vérifier la qualité du sommeil avec un contrôle vidéo en complément.

2. Indications de la vidéo polysomnographie

Cet examen est réalisé devant certains symptômes :

- Apnées et hypopnées du sommeil ; arrêts momentanés de la respiration
- Ronflement excessif
- Réveils nocturnes fréquents, mauvais sommeil, insomnie
- Grande fatigue permanente
- Somnolence en journée excessive
- Endormissements impérieux au volant, au travail...
- Difficultés de concentration, de mémorisation
- Impression d'étouffement de courte durée pendant la nuit
- Maux de tête le matin...

3. Comment se déroule la vidéo polysomnographie ?

L'activité cérébrale est captée au moyen d'électrodes placées sur le cuir chevelu, sur les jambes, près des yeux, sur le menton.

Les variations respiratoires sont enregistrées à l'aide de capteurs installés au nez, à la bouche, au thorax ainsi qu'à l'abdomen.

Un ECG nocturne est effectué... L'ensemble des capteurs est collé, la pose nécessite une heure L'examen est totalement indolore. Une fois l'appareillage effectué, vous gardez une entière mobilité de vos mouvements.

L'ensemble de l'examen est surveillé par caméra infrarouge.

Dans un certain nombre de cas, sur prescription du médecin, qui vous en informe au préalable, vous resterez la journée entière après votre nuit de sommeil, afin de pratiquer une exploration de votre vigilance

4. Conseils pratiques

N'oubliez pas de prendre votre nécessaire de toilette (pyjama, shampoing ...) et votre traitement habituel. Les repas et boissons sont prévus.

Votre dossier « sommeil » est indispensable, il doit être rempli en totalité. Votre consentement éclairé doit être signé. L'hospitalisation se fera en chambre individuelle.

Merci, Docteur ARON

II. Consentement

Madame, Monsieur,

Vous serez filmé pendant l'enregistrement de la vidéopolysomnographie.

L'examen analyse votre sommeil et peut enregistrer :

- un électroencéphalogramme, qui détermine la qualité de votre sommeil, avec 4 électrodes posées sur votre crâne pour l'électroencéphalogramme, 2 près des yeux pour l'électro-oculogramme, 2 au niveau du menton pour l'électro-myogramme.
- Le flux bucco-nasal à l'aide de thermistances et/ou d'une pression nasale.
- Les mouvements respiratoires à l'aide de sangles thoraciques et abdominales
- La saturation en oxygène du sang artériel à l'aide d'un capteur fixé sur votre doigt.

A ces 4 enregistrements principaux l'examen peut associer : un électrocardiogramme, un microphone pour enregistrer les ronflements, un capteur de position corporelle et 2 électrodes sur les jambes, pour enregistrer d'éventuels mouvements des membres inférieurs.

Les incidents :

Dans l'immense majorité des cas, la polysomnographie se déroule sans problème.

- Il faut citer néanmoins les irritations de la peau exceptionnelles consécutives au décapage nécessaire avec le mélange utilisé pour assurer un bon contact des électrodes d'électroencéphalogramme, qui disparaissent rapidement sans séquelles ;
- Les brûlures cutanées exceptionnelles à l'emplacement des électrodes.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à vos questions.

Déclaration de consentement ou de refus :

Des informations détaillées concernant la polysomnographie m'ont été données par le Docteur ARON lors de ma consultation. Il m'a été précisé les risques particuliers et les complications possibles.

☐ J'estime avoir été **suffisamment informé(e)** et **donne** par la présente **mon consentement** à la polysomnographie prévue.

☐ Je refuse l'examen bien que j'ai été informé des conséquences possibles de mon refus.

Date :	Date :
Signature du patient :	Signature du Docteur ARON :

III. Information : syndrome d'apnée du sommeil et conduite automobile

Comme beaucoup d'autres pathologies, le syndrome d'apnée du sommeil 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 ».

Le syndrome d'apnée du sommeil étant dans un certain nombre de cas responsable de somnolence, le patient apnéique somnolent non traité se trouve alors dans l'incapacité de respecter l'article :

R412-6 du Code de la Route : « 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 ».

Arrêté du 21 /12/ 2005 modifié le 18/12/2015, modifié le 28 /03 2022.

Situation	Conduite à tenir
Patient déjà titulaire d'un permis de conduire non professionnel (permis groupes A, A1, B, B1, E)	Il n'est soumis à aucun contrôle d'aptitude au cours de sa vie de conducteur sauf exceptionnellement.
Patient candidat au permis de conduire	Déclarer sa pathologie dans le dossier de demande pour la Commission Départementale des permis de conduire. (Article 1.1.1 arrêté du 8 février 1999). Toute fausse déclaration, l'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.
Patient titulaire d'un permis B affecté à des activités particulières (véhicules commerciaux, taxis, ambulances, ramassages scolaires, véhicules affectés aux transports publics des personnes...), ou est conducteur professionnel d'un permis véhicule lourd (permis C, D, E)	Soumis à un examen médical pour la délivrance et le renouvellement du permis qui est à durée limitée. - 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. - Conducteurs du groupe léger exerçant des activités particulières ou titulaire d'un permis groupe lourd : 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. Sans 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**

▲ Concernant toutes les catégories de permis de conduite

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 <i>*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.</i>	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 effectuée le : _____

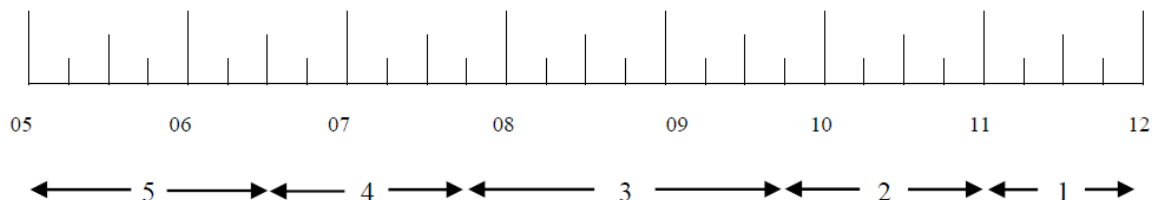
IV. Questionnaire de typologie circadienne de Horne & Ostberg

Bibliographie : Horne J.A., Ostberg O. – A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *Int. J. Chronobiol.*, 1976, 4, 97-110.

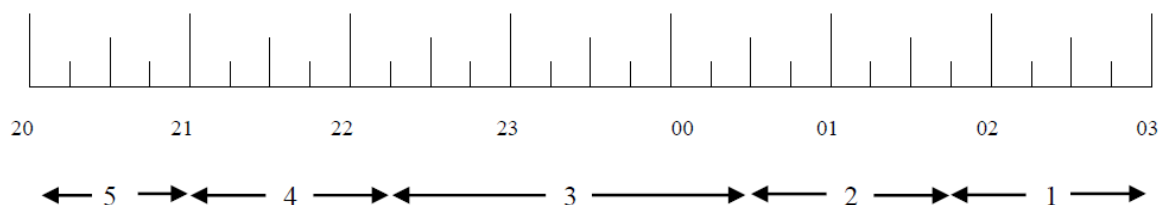
Instructions :

- Lisez attentivement chaque question avant d'y répondre.
- Répondez à toutes les questions.
- Répondez aux questions dans l'ordre.
- Vous pouvez répondre aux questions les unes indépendamment des autres. Ne revenez pas en arrière pour vérifier votre réponse.
- Pour les questions à choix multiples, mettez une croix devant une seule réponse. Pour les échelles, placez une croix au point approprié.
- Répondez à chaque question aussi sincèrement que possible. Vos réponses et les résultats de ce questionnaire resteront confidentiels.
- Faites les commentaires que vous jugerez nécessaires dans la partie prévue sous chaque question.

1. Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous plaît le plus), à quelle heure vous lèveriez-vous étant entièrement libre d'organiser votre journée ?



2. Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous plaît le plus), à quelle heure vous mettriez-vous au lit étant entièrement libre d'organiser votre journée ?



3. Si vous deviez vous lever à une heure précise, le réveil vous est-il indispensable ?

- | | |
|-------------|----------------------------|
| Pas du tout | ☐ 4 |
| Peu | ☐ 3 |
| Assez | ☐ 2 |
| Beaucoup | ☐ 1 |

4. Dans des conditions adéquates (environnement favorable, sans contraintes particulières, etc...) comment éprouvez-vous le lever du matin ?

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| Pas facile du tout | ☐ 1 |
| Pas très facile | ☐ 2 |
| Assez facile | ☐ 3 |
| Très facile | ☐ 4 |

5. Comment vous sentez-vous durant la demi-heure qui suit votre réveil du matin ?

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| Pas du tout éveillé | ☐ 1 |
| Peu éveillé | ☐ 2 |
| Relativement éveillé | ☐ 3 |
| Très éveillé | ☐ 4 |

6. Quel est votre appétit durant la demi-heure qui suit votre réveil du matin ?

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Pas bon du tout | ☐ 1 |
| Pas bon | ☐ 2 |
| Assez bon | ☐ 3 |
| Très bon | ☐ 4 |

7. Comment vous sentez-vous durant la demi-heure qui suit votre réveil du matin ?

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| Très fatigué | ☐ 1 |
| Relativement fatigué | ☐ 2 |
| Relativement en forme | ☐ 3 |
| Très en forme | ☐ 4 |

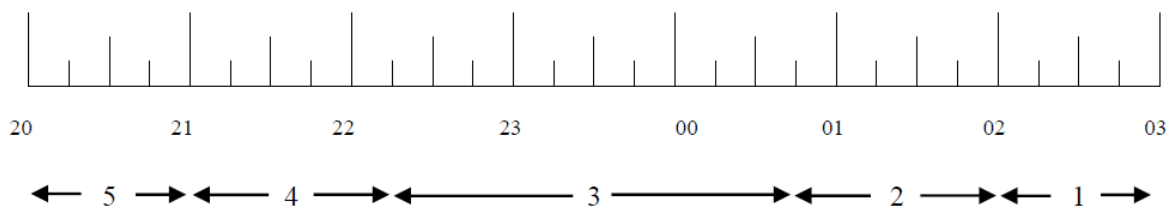
8. Quand vous n'avez pas d'obligations le lendemain, à quelle heure vous couchez-vous par rapport à votre heure habituelle de coucher ?

- Rarement ou jamais plus tard ☐ 4
 Moins d'1 heure plus tard ☐ 3
 1 à 2 heures plus tard ☐ 2
 Plus de 2 heures plus tard ☐ 1

9. Vous avez décidé de faire un sport. Un ami vous suggère de faire des séances d'une heure et ceci deux fois par semaine. Le meilleur moment pour lui est de 7 à 8 heures du matin. Ne considérant que le rythme qu vous convient le mieux, dans quelle forme penseriez-vous être ?

- Bonne forme ☐ 4
 Forme raisonnable ☐ 3
 Vous trouvez cela difficile ☐ 2
 Vous trouvez cela très difficile ☐ 1

10. A quel moment de la soirée vous sentez-vous fatigué au point de vous endormir ?



11. Vous souhaitez être au meilleur de votre forme pour un examen qui vous demande un effort intellectuel considérable durant deux heures. Vous êtes entièrement libre de le passer quand vous le souhaitez, quelle est l'heure que vous choisirez ?

- De 8 à 10 heures ☐ 6
 De 11 à 13 heures ☐ 4
 De 15 à 17 heures ☐ 2
 De 19 à 21 heures ☐ 0

12. Si vous alliez au lit à 23 heures, à quel niveau de fatigue en êtes-vous ?

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| Pas du tout fatigué | ☐ 0 |
| Un peu fatigué | ☐ 2 |
| Relativement fatigué | ☐ 3 |
| Très fatigué | ☐ 5 |

13. Pour une raison quelconque, vous vous couchez quelques heures plus tard que d'habitude, mais vous n'êtes pas obligé de vous lever à une heure précise le lendemain. Laquelle des propositions suivantes choisirez-vous ?

- | | |
|--|----------------------------|
| Vous vous réveillez comme d'habitude et vous ne vous rendormez plus | ☐ 4 |
| Vous vous levez comme d'habitude mais vous vous recouchez par la suite | ☐ 3 |
| Vous vous réveillez comme d'habitude mais vous vous rendormez | ☐ 2 |
| Vous vous réveillez plus tard que d'habitude | ☐ 1 |

14. Pour effectuer une garde de nuit, vous êtes obligé d'être éveillé entre 4 et 6 heures du matin. Vous n'avez pas d'obligations le lendemain. Laquelle des propositions suivantes vous convient le mieux ?

- | | |
|--|----------------------------|
| Vous n'irez au lit qu'une fois la garde terminée | ☐ 1 |
| Vous faites une sieste avant et vous couchez après la garde | ☐ 2 |
| Vous vous couchez avant et faites une sieste après la garde | ☐ 3 |
| Vous dormez ce qu'il vous faut avant d'effectuer la garde et ne vous recouchez pas après | ☐ 4 |

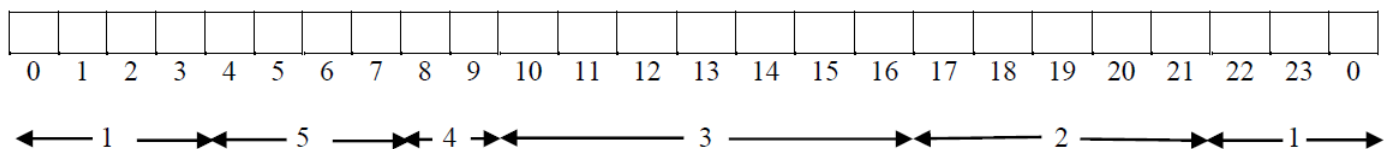
15. Vous devez faire deux heures de travail physique intense, mais vous êtes entièrement libre d'organiser votre journée. Laquelle des périodes suivantes choisirez-vous ?

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| De 8 à 10 heures | ☐ 4 |
| De 11 à 13 heures | ☐ 3 |
| De 15 à 17 heures | ☐ 2 |
| De 19 à 21 heures | ☐ 1 |

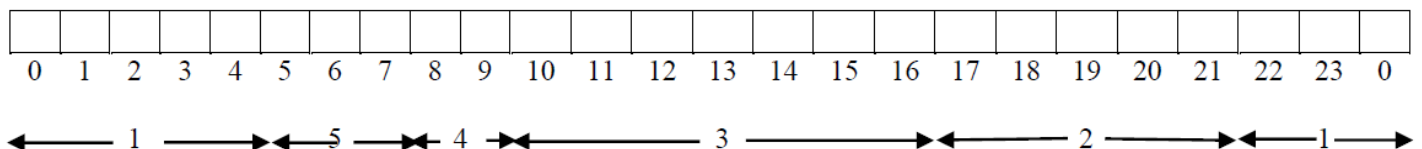
16. Vous avez décidé de faire un sport. Un ami vous suggère de faire des séances d'une heure et ceci deux fois par semaine. Le meilleur moment pour lui est de 22 à 23 heures. Ne considérant que le rythme qui vous convient le mieux, dans quelle forme penseriez-vous être ?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| Bonne forme | ☐ 1 |
| Forme raisonnable | ☐ 2 |
| Vous trouvez cela difficile | ☐ 3 |
| Vous trouvez cela très difficile | ☐ 4 |

17. Supposez que vous pouvez choisir les horaires de votre travail. Admettons que vous travaillez 5 heures par jour et que votre travail est intéressant et bien payé. Quelle séquence de 5 heures consécutives choisirez-vous ?



18. A quelle heure de la journée vous sentez-vous dans votre meilleure forme ?



19. On dit parfois que quelqu'un est un "sujet du matin" ou un "sujet du soir". Vous considérez-vous comme celui du matin ou du soir ?

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Tout à fait un sujet du matin | ☐ 6 |
| Plutôt un sujet du matin | ☐ 4 |
| Plutôt un sujet du soir | ☐ 2 |
| Tout à fait un sujet du soir | ☐ 0 |

Score :

Le score est la somme des chiffres portés à côté ou au-dessus des cases.

70-86 : Nettement du matin

59-69 : Modérément du matin

42-58 : Ni du matin, ni du soir

31-41 : Modérément du soir

16-30 : Nettement du soir

V. 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

Nom :

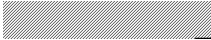
Prénom :

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

VI. Agenda sommeil

	Indiquer par ↓ <u> votre heure de coucher </u> et par ↑ <u> votre heure de lever </u>
	Indiquer par une zone hachurée votre temps de sommeil ou de sieste
	Indiquer par une zone vide un long réveil
	Indiquer votre sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R) Indiquer les épisodes de somnolence par un S dans la zone de séjour (S)
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	

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

VI. Agenda sommeil

R R S

Indiquer par ↓ votre heure de coucher et par ↑ votre heure de lever

Indiquer par une **zone hachurée votre temps de sommeil** ou de sieste

Indiquer par une **zone vide un long réveil**

Indiquer votre **sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R)**

Indiquer les épisodes de somnolence par un S dans la zone de séjour (S)

		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																											

VII. Indice ISI

1. Veuillez estimer la sévérité actuelle (le dernier mois) de vos problèmes de sommeil, en commençant par le tableau. (1 seule réponse 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

Puis, additionnez chaque réponse pour déterminer le score :

0 à 7 : Pas d'insomnie

8 à 14 : Insomnie légère (subclinique)

15 à 21 : Insomnie clinique modérée

22 à 28 : insomnie clinique sévère

Une baisse de 8 points est significative d'une amélioration

VIII. Evaluation de l'humeur (Questionnaire Hospital Anxiety and Depression scale)

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
10) Je me fais souvent du souci :	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Occasionnellement	1
	Très occasionnellement	0
11) Je me sens heureux :	Jamais	3
	Pas souvent	2
	Quelquefois	1
	La plupart du temps	0

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

Interprétation

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

Si total A > 12 = troubles anxieux

Additionner les scores obtenus aux questions D (2, 3, 5, 7, 9, 11, 13) :

Si total D > 7 = symptômes dépressifs

IX. 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.

0 = Ne somnolerait jamais	1 = Faible chance de s'endormir	2 = Chance moyenne de s'endormir	3 = 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 =

X. 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 =

1) Ronflement : ☐ Non ☐ Oui, dans ce cas, veuillez quantifier :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Très faible

Très gênant

2) Fatigue matinale : ☐ Non ☐ Oui, dans ce cas, veuillez quantifier :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Très faible

Très gênante

3) Maux de tête le matin : ☐ Non ☐ Oui, dans ce cas, veuillez quantifier :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Très faible

Très gênant

4) Nycturie (uriner plusieurs fois la nuit) :

☐ Oui, combien de fois ? :

☐ Non

XI. Syndrome des jambes sans repos – les critères 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

Nombre de oui :

Merci
Docteur Aron