

- 1 - Partie 1
- 2 - Partie 2
- 3 - Partie 3
- 4 - Partie 4
- 5 - Partie 5
- 6 - Commentaires

Partie 1

Veuillez remplir tous les champs (minutes ET heures) même si c'est zéro

En moyenne, de combien d'heures de sommeil considérez-vous avoir besoin généralement pour être en forme le lendemain ?

H min

En semaine ou en période de travail, le plus souvent :

A quelle heure vous mettez-vous au lit ?

Heures min 00 15 30 45

A quelle heure éteignez-vous la lumière ?

Heures min 00 15 30 45

Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?

H min

Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?

- Oui
 Non

Si oui, répondre aux 2 prochaines questions.

En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ?

Si vous vous réveillez la nuit, quelle est la durée moyenne des périodes où vous êtes éveillé(e) ?
(Par exemple, s'il s'agit de 1 heure et demie, mettez 90 min)

min
 Je ne me souviens pas Je ne sais pas 

En général, à quelle heure vous réveillez-vous ?

Heures min 00 15 30 45

En général, à quelle heure vous levez-vous ?

Heures min 00 15 30 45

... Et les jours de repos ou de vacances...

A quelle heure vous mettez-vous au lit ?

Heures min 00 15 30 45

A quelle heure éteignez-vous la lumière ?

Heures min 00 15 30 45

Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?

H min

Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?

- Oui
 Non

Si oui, répondez aux 2 prochaines questions.

En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ?

Si vous vous réveillez la nuit, quelle est la durée moyenne des périodes où vous êtes éveillé(e) ?
(Par exemple, s'il s'agit de 1 heure et demie, mettez 90 min)

min
 Je ne me souviens pas Je ne sais pas

En général, à quelle heure vous réveillez-vous ?

Heures min 00 15 30 45

En général, à quelle heure vous levez-vous ?

Heures min 00 15 30 45

Suite 

SI vous considérez, NE PAS avoir de problèmes de sommeil.

1 - Partie 1
2 - **Partie 2**
3 - Partie 3
4 - Partie 4
5 - Partie 5
6 - Commentaires

Partie 2

Pensez-vous être une personne... :

Tout à fait du matin
 Plutôt du matin
 Tout à fait du soir
 Plutôt du soir
 Ni du matin ni du soir
 Les deux
 Je ne sais pas

Avez-vous eu des problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours ?

Pas du tout
 Un peu
 Beaucoup
 Je ne sais pas

D'une façon générale, considérez-vous avoir, dans les derniers mois ou les dernières années, des problèmes de sommeil ?

Oui Non

◀ Précédent | Suite ▶

SI vous considérez avoir des problèmes de sommeil.

D'une façon générale, considérez-vous avoir, dans les derniers mois ou les dernières années, des problèmes de sommeil ?

	Oui	Non
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des difficultés à vous endormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des réveils nocturnes fréquents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un réveil trop précoce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un sommeil non récupérateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un sommeil non satisfaisant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Au total, avez-vous ces problèmes de sommeil... ?

Moins de 3 nuits par semaine
 Au moins 3 nuits par semaine
 Je ne sais pas

Depuis quand avez-vous ces problèmes de sommeil ?

Depuis moins de 3 mois
 Depuis plus de 3 mois
 Je ne sais pas

SI vous avez des problèmes de sommeil depuis moins de 3 mois

Spécifiez depuis combien de temps ?

- Moins de 15 jours
- De 15 jours à 1 mois
- D'1 à 2 mois
- De 2 à 3 mois

SI vous avez des problèmes de sommeil depuis plus de 3 mois

Spécifiez depuis combien de temps ?

- De 3 à 6 mois
- De 6 mois à 1 an
- D'1 à 3 ans
- De 3 à 5 ans
- De 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

Ces troubles du sommeil ont-ils un impact positif, négatif, ou pas spécialement d'impact sur chacun des éléments suivants ?

	Impact positif	Impact négatif	Pas d'impact
Vos activités quotidiennes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vos relations avec les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vos loisirs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre capacité de mémoire ou de concentration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre caractère (irritabilité)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre humeur (tristesse, idées noires)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez des problèmes de sommeil, est-ce que ces problèmes sont plus importants :

- En hiver
- En automne
- En été
- Au printemps
- Je ne sais pas

Veillez estimer la sévérité actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.
Difficultés à s'endormir :

- Aucune
- Légère
- Moyenne
- Très
- Extrêmement

Difficultés à rester endormi(e) :

- Aucune
- Légère
- Moyenne
- Très
- Extrêmement

Problèmes de réveils trop tôt le matin :

- Aucun
- Légère
- Moyenne
- Très
- Extrêmement

Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e)/ insatisfait(e) de votre sommeil actuel ?

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Plutôt neutre
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil perturbent votre fonctionnement quotidien (fatigue, concentration, mémoire, humeur) ?

- Aucunement
- Légère
- Moyenne
- Très
- Extrêmement

À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont apparentes pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?

- Aucunement
- Légère
- Moyenne
- Très
- Extrêmement

Jusqu'à quel point êtes-vous inquiet(ète)/préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil ?

- Aucunement
- Légère
- Moyenne
- Très
- Extrêmement

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

SI au cours des douze derniers mois, vous N'AVEZ PAS pris des produits pour vous aider à dormir.

- 1 - Partie 1
- 2 - Partie 2
- 3 - Partie 3
- 4 - Partie 4
- 5 - Partie 5
- 6 - Commentaires

Partie 3

Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des produits quels qu'ils soient pour vous aider à dormir ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Vous arrive-t-il de lutter contre le sommeil pendant la journée, même lorsque vous avez bien dormi la nuit précédente ?

- Souvent
- Régulièrement
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas

Quel est votre poids actuel ?

Kg

Quelle est votre taille actuelle ?

cm

Est-ce que votre poids a changé de plus de 5 kilos au cours des 5 dernières années ?

- Oui
- Non

Mon poids a

- Augmenté
- Diminué

De combien de kilos ?

Kg

◀ Précédent | Suite ▶

SI au cours des douze derniers mois, vous avez pris des produits pour vous aider à dormir.

- 1 - Partie 1
- 2 - Partie 2
- 3 - **Partie 3**
- 4 - Partie 4
- 5 - Partie 5
- 6 - Commentaires

Partie 3

Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des produits quels qu'ils soient pour vous aider à dormir ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Attention, cochez les substances ci-dessous UNIQUEMENT si vous les avez prises DANS LE BUT de vous aider à dormir.

Précisez lesquels dans le tableau ci-dessous

Somnifères ou hypnotiques (exemple : les barbituriques) Oui Non

Antidouleurs (exemple : les anti-inflammatoires non stéroïdiens) Oui Non

Antidépresseurs (exemple : les inhibiteurs de la monoamine oxydase) Oui Non

Anxiolytiques (exemple : les agonistes GABA) Oui Non

Calmants ou tranquillisants (exemple : les benzodiazépines) Oui Non

Aspirine Oui Non

Homéopathie Oui Non

Tisanes/ infusions à base de plantes Oui Non

Phytothérapie (exemples : la valériane, le kava, la mandragore) Oui Non

Cigarettes/tabac Oui Non

Alcool Oui Non

Cannabis Oui Non

Café (exemple : diminution de la caféine) Oui Non

Autres produits Oui Non

Précisez :

Vous arrive-t-il de lutter contre le sommeil pendant la journée, même lorsque vous avez bien dormi la nuit précédente ?

- Souvent
- Régulièrement
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas

Au total, il vous arrive de lutter contre le sommeil dans la journée ?

- Moins de 3 jours par semaine
- Au moins 3 jours par semaine
- Je ne sais pas

Depuis quand vous arrive-t-il de lutter contre le sommeil dans la journée ?

- Depuis moins de 3 mois
- Depuis plus de 3 mois
- Je ne sais pas

SI vous luttez contre le sommeil depuis moins de 3 mois

Spécifiez depuis combien de temps ?

- Moins de 15 jours
- De 15 jours à 1 mois
- D'1 à 2 mois
- De 2 à 3 mois

SI vous luttez contre le sommeil depuis plus de 3 mois

Spécifiez depuis combien de temps ?

- De 3 à 6 mois
- De 6 mois à 1 an
- D'1 à 3 ans
- De 3 à 5 ans
- De 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

Quel est votre poids actuel ?

Kg

Quelle est votre taille actuelle ?

cm

Est-ce que votre poids a changé de plus de 5 kilos au cours des 5 dernières années ?

- Oui
- Non

Mon poids a

- Augmenté
- Diminué

De combien de kilos ?

Kg

[← Précédent](#) | [Suite →](#)

- 1 - Partie 1
- 2 - Partie 2
- 3 - Partie 3
- 4 - Partie 4**
- 5 - Partie 5
- 6 - Commentaires

Partie 4

Est-ce que vous ronflez ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Quel est le niveau sonore de vos ronflements ? Si besoin, demandez à votre entourage.

- Légèrement plus fort que la respiration
- Comparable au bruit d'une conversation normale
- Plus fort qu'une conversation normale
- Très fort, s'entend d'une pièce voisine
- Je ne sais pas

Quelle est la fréquence de vos ronflements ?

- Toutes les nuits ou presque
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- Jamais ou presque jamais
- Je ne sais pas

Est-ce que vos ronflements gênent les autres ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Quelqu'un a-t-il remarqué que vous vous arrêtez de respirer pendant votre sommeil ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

A quelle fréquence ?

- Toutes les nuits ou presque
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- Jamais ou presque jamais
- Je ne sais pas

Vous sentez-vous souvent fatigué(e) ou épuisé(e) après avoir dormi (à votre réveil) ?

- Tous les jours ou presque
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- 1 à 2 fois par mois
- Jamais ou presque jamais

A l'état éveillé, vous sentez-vous fatigué(e), épuisé(e) ou pas en forme ?

- Tous les jours ou presque
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- 1 à 2 fois par mois
- Jamais ou presque jamais

Si vous avez été suivi par un médecin, c'était pour quels(s) diagnostics

- 1 - Partie 1
- 2 - Partie 2
- 3 - Partie 3
- 4 - Partie 4
- 5 - Partie 5**
- 6 - Commentaires

Partie 5

Êtes-vous suivi(e) par un médecin pour un trouble du sommeil ?

- Oui
- Non

Pour quel(s) diagnostics :
(Plusieurs réponses possibles)

- Insomnie
- Narcolepsie (sommeil excessif, maladie de Gélineau)
- Syndrome d'apnées du sommeil
- Syndrome des jambes sans repos
- Troubles du rythme du sommeil (avance, retard, irrégulier)
- Autres problèmes de sommeil

Précisez :

Pour chacune des circonstances suivantes, pouvez-vous préciser dans quelle mesure vous avez une chance de somnolence (ou de vous endormir).

Risque de s'assoupir	
Assis(e) en lisant	<input type="radio"/> Aucune chance <input type="radio"/> Une faible chance <input type="radio"/> Une chance moyenne <input type="radio"/> Une forte chance <input type="radio"/> Je ne sais pas
En train de regarder la télévision	<input type="radio"/> Aucune chance <input type="radio"/> Une faible chance <input type="radio"/> Une chance moyenne <input type="radio"/> Une forte chance <input type="radio"/> Je ne sais pas
Assis(e), inactif dans un lieu public (cinéma, réunion)	<input type="radio"/> Aucune chance <input type="radio"/> Une faible chance <input type="radio"/> Une chance moyenne <input type="radio"/> Une forte chance <input type="radio"/> Je ne sais pas
Comme passager d'une voiture roulant depuis 1h	<input type="radio"/> Aucune chance <input type="radio"/> Une faible chance <input type="radio"/> Une chance moyenne <input type="radio"/> Une forte chance <input type="radio"/> Je ne sais pas
Allongé(e) après le déjeuner, pour se reposer lorsque les circonstances le permettent	<input type="radio"/> Aucune chance <input type="radio"/> Une faible chance <input type="radio"/> Une chance moyenne <input type="radio"/> Une forte chance <input type="radio"/> Je ne sais pas
Assis(e) en parlant avec quelqu'un	<input type="radio"/> Aucune chance <input type="radio"/> Une faible chance <input type="radio"/> Une chance moyenne <input type="radio"/> Une forte chance <input type="radio"/> Je ne sais pas
Assis(e) calmement après un déjeuner sans alcool	<input type="radio"/> Aucune chance <input type="radio"/> Une faible chance <input type="radio"/> Une chance moyenne <input type="radio"/> Une forte chance <input type="radio"/> Je ne sais pas
Dans une voiture, immobilisée quelques minutes dans un encombrement	<input type="radio"/> Aucune chance <input type="radio"/> Une faible chance <input type="radio"/> Une chance moyenne <input type="radio"/> Une forte chance <input type="radio"/> Je ne sais pas

Avez-vous du mal à être tout à fait réveillé (en pleine forme) le matin au réveil ?

- Souvent
 Régulièrement
 Rarement
 Jamais
 Je ne sais pas

Faites-vous la sieste pendant la semaine ?

- Oui
 Non

Nombre de siestes par semaine :

En moyenne quelle est la durée de la sieste les jours de semaine ?

(Veuillez remplir tous les champs (minutes ET heures) même si c'est zéro)

<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	min
----------------------	---	----------------------	-----

Faites-vous la sieste régulièrement pendant les jours de repos ou le week-end ?

- Oui
 Non

Nombre de siestes le week-end :

En moyenne quelle est la durée de votre sieste les jours de repos ou le week-end ?

(Veuillez remplir tous les champs (minutes ET heures) même si c'est zéro)

<input type="text"/>	H	<input type="text"/>	min
----------------------	---	----------------------	-----

Parmi les facteurs suivants pouvez vous classer de 1 à 10 ceux qui vous empêchent parfois ou souvent de dormir (1 celui qui vous gêne le moins, 10 celui qui vous gêne le plus) ?

Attention chaque facteur doit avoir un classement différent.

Le bruit des transports

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le bruit des voisins

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le téléphone au cours de la nuit

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La lumière venant de l'extérieur (pollution lumineuse)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le stress au travail

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Les horaires de travail

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Des soucis familiaux

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Des difficultés relationnelles

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Des problèmes d'argent

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Des problèmes de santé

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 1 - Partie 1
- 2 - Partie 2
- 3 - Partie 3
- 4 - Partie 4
- 5 - Partie 5
- 6 - Commentaires**

Commentaires

Si vous n'avez pas de commentaires, merci de valider définitivement votre questionnaire.

En revanche, si vous pensez que votre situation n'est prise en compte que partiellement dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous préciser ci-dessous les informations supplémentaires qui nous permettront de mieux traiter vos réponses :

500 Caractères restants

Si vous avez besoin d'une aide pour remplir ce questionnaire, merci de cliquer sur la rubrique **NOUS CONTACTER** et de nous préciser vos difficultés : nous vous enverrons une réponse dans les plus brefs délais vous permettant de terminer et de valider votre questionnaire.

MERCI.

[← Précédent](#) | [📄 Enregistrer en brouillon](#) | [📄 Valider définitivement](#)