Pôle Hospitalo-Universitaire
NEUROSCIENCES TÊTE ET COU

Unité des Troubles du Sommeil et de l'Éveil

Département de Neurologie

QUESTIONNAIRE DE SUIVI NARCOLEPSIE

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire mis à votre disposition.

Ce questionnaire est destiné à établir un suivi de vos troubles du sommeil et en améliorer leur prise en charge. En cette période très particulière, nous aimerions avoir de vos nouvelles et si vous le souhaitez, planifier éventuellement une nouvelle visite avec votre médecin du sommeil. Le confinement et la maladie COVID-19 sont susceptibles d'interagir avec votre sommeil et d'influencer le cours de votre pathologie du sommeil et sa prise en charge. Nous aimerions ainsi recueillir des informations sur la manière dont cette situation peut impacter vos troubles. Prenez bien le temps de répondre à ces questions, une par une, sans en oublier. Si vous trouvez que certaines questions sont semblables, ne vous inquiétez pas et répondez sans trop réfléchir. Soyez spontané et répondez ce qui correspond le mieux à votre situation.

Sachant que les informations que vous nous transmettez sont confidentielles et seront anonymisées conformément à la loi Information et Liberté, êtes-vous d'accord pour que les données vous concernant fassent l'objet d'un traitement automatisé ? ❒ **Non** ❒ **Oui**

Nous vous remercions pour votre collaboration et le temps que vous passerez à remplir ce questionnaire.

Date du jour : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Adresse électronique : _____@_____

VOTRE ETAT DE SANTE

- **Quel est votre poids ?** |__|__|__| kg
- **Quelle est votre taille ?** |__|__|__| cm

VOTRE TRAITEMENT

<u>JUSTE AVANT LA PERIODE DE CONFINEMENT</u>, preniez-vous un ou plusieurs médicaments ? ❒ NON ❒ OUI

Si **<u>OUI</u>**, merci d'indiquer les noms des médicaments, leur dosage, le moment de la journée où vous les preniez

TRAITEMENT MEDICAL COMPLET LE MOIS <u>AVANT LA PERIODE DE CONFINEMENT</u>

Nom du médicament	Dosage/ jour	Prise (nombre de comprimés, ou patch ou gouttes le matin, le midi et le soir)	Depuis quelle date le preniez-vous ?
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir |__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir |__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	

VOTRE TRAITEMENT ACTUEL POUR LA SOMNOLENCE

Actuellement, prenez-vous un traitement pour la somnolence ?

1❒ Oui 0❒ Non

Si oui, veuillez noter le nom et la posologie de tous les médicaments que vous avez pris de façon régulière, **depuis le début du confinement**, pour votre somnolence.
Si non, passez à la page suivante.

Médicaments pour votre somnolence			
Nom du médicament	Dosage	Prise (nombre de comprimés, ou patch ou gouttes le matin, le midi et le soir)	Depuis quel âge le prenez-vous ?
……....	…….	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			
……....	…….	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			
……....	…….	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			

- **Quelle est votre opinion globale sur votre traitement actuel pour la somnolence ?**

1❒ Effet marqué (rémission complète ou presque complète des symptômes)	4❒ Pas de changement
2❒ Effet modéré (rémission partielle des symptômes)	5❒ Légère aggravation
3❒ Effet minimal (légère diminution des symptômes)	6❒ Forte aggravation

VOTRE TRAITEMENT ACTUEL POUR LES CATAPLEXIES

Actuellement, prenez-vous un traitement pour les cataplexies ?

1❒ Oui 0❒ Non

Si oui, veuillez noter le nom et la posologie de tous les médicaments que vous avez pris de façon régulière, **depuis le début du confinement**, pour vos cataplexies.

Si non, passez à la page suivante.

Médicaments pour les cataplexies			
Nom du médicament	Dosage	Prise (nombre de comprimés, ou patch ou gouttes le matin, le midi et le soir)	Depuis quel âge le prenez-vous ?
……..	……	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			
……..	……	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			
……..	……	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			

- **Quelle est votre opinion globale sur votre traitement actuel pour les cataplexies ?**

1❒ Effet marqué (rémission complète ou presque complète des symptômes)	4❒ Pas de changement
2❒ Effet modéré (rémission partielle des symptômes)	5❒ Légère aggravation
3❒ Effet minimal (légère diminution des symptômes)	6❒ Forte aggravation

CONFINEMENT ET COVID-19

Habitez-vous dans :

1❒ un appartement 2❒ une maison 3❒ une habitation avec un extérieur

Votre situation professionnelle actuelle :

1❒ Au travail

2 ❒ En télétravail

3 ❒ En arrêt maladie

4 ❒ En chômage partiel / garde d'enfants

5 ❒ A la recherche d'un emploi ou retraité

Infection COVID-19

Avez-vous eu une infection au COVID-19 au cours des 3 derniers mois ? *Le COVID-19 se manifeste la plupart du temps par **un syndrome grippal**, parfois sévère comprenant fatigue, fièvre, courbatures, maux de tête, toux, diarrhée, diminution de l'odorat …*

❒ NON, je n'ai pas eu de syndrome grippal
❒ OUI, J'ai eu un syndrome grippal, mais je n'ai pas été testé(e) pour le COVID-19
❒ OUI, J'ai eu un syndrome grippal, mais j'ai été testé(e) négatif (ve) pour le COVID-19
❒ OUI, J'ai été testé(e) positif (ve) pour le COVID-19

Si vous avez répondu OUI, pensez-vous que l'infection a eu un impact sur votre trouble du sommeil ?

1 ❒ Très fortement amélioré
2 ❒ Fortement amélioré
3 ❒ Légèrement amélioré
4 ❒ Pas de changement
5 ❒ Légèrement aggravé
6 ❒ Fortement aggravé
7 ❒ Très fortement aggravé

CONFINEMENT

Pensez-vous que le confinement a un impact sur votre trouble du sommeil (sur votre narcolepsie) ? ❒ Amélioré ❒ Pas de changement ❒ Aggravé

Depuis le confinement, avez-vous diminué/modifié les doses de votre traitement ?

❒ NON ❒ OUI

Si oui, précisez :

- Arrêt du traitement : ❒ NON ❒ OUI (précisions à apporter page suivante)

- Diminution des doses : ❒ NON ❒ OUI

Précisez de combien et pourquoi :

……

……

- Augmentation des doses : ❒ NON ❒ OUI

Précisez de combien et pourquoi :

……

……

Souhaitez-vous avoir une téléconsultation avec un médecin de l'unité des troubles du sommeil ?

1❒ Oui 0❒ Non

Pour mieux préciser l'impact éventuel du confinement sur vos troubles du sommeil, nous vous proposons de compléter les questionnaires suivants à deux reprises, selon vos impressions durant le mois AVANT le confinement premièrement (le mois précédent le début du confinement), et DEPUIS le confinement dans un second temps.

EVOLUTION DE VOTRE NARCOLEPSIE SANS TRAITEMENT

Merci de compléter cette page uniquement si vous avez bénéficié auparavant d'un traitement pour la narcolepsie ***et que vous ne le prenez plus actuellement.***

Si vous ne prenez pas de traitement actuellement, merci de renseigner les informations suivantes :

- A quelle date avez-vous interrompu votre ou vos traitements pour la narcolepsie ? _____

  Quelle a été la (ou les) raison(s) de cet arrêt ?

1❒ Je n'ai pas pu faire renouveler mon ordonnance	5❒ Le traitement me causait trop d'effets indésirables
2❒ J'ai senti que j'avais moins besoin de mon traitement qu'auparavant	6❒ Grossesse, projet de grossesse
3❒ Je senti que je n'avais plus besoin de mon traitement	7❒ J'ai eu d'autres soucis de santé
4❒ J'ai voulu savoir si mon traitement était toujours utile	8❒ Autre raison, merci de préciser : ……..
……..……..	……..……..…….
……..……..	……..……..…….

Par rapport à la période avant l'arrêt de votre traitement, comment jugez-vous la sévérité de votre narcolepsie actuellement ?

1❒ Disparition complète ou presque complète des symptômes	4❒ Pas de changement
2❒ Disparition partielle des symptômes	5❒ Légère aggravation des symptômes
3❒ Légère diminution des symptômes	6❒ Forte aggravation des symptômes

Avez-vous d'autres précisions/commentaires à apporter à ce sujet ?

……..……..……..……..……..

VOS HABITUDES DE SOMMEIL <u>AVANT LE CONFINEMENT</u>

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil

durant les nuits du dernier mois avant le confinement :

DURANT LES NUITS DU DERNIER MOIS AVANT LE CONFINEMENT	
Pendant la semaine, en moyenne	**Pendant le week-end, en moyenne**
- Je me couchais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me couchais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je me levais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me levais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je dormais I__II__I H I__II__I MIN par nuit	- Je dormais I__II__I H I__II__I MIN par nuit
- Il me fallait habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir	**-** Il me fallait habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir
- Je me réveillais en général I__II__I fois par nuit et il me fallait I__II__I minutes pour me rendormir.	**-** Je me réveillais en général I__II__I fois par nuit et il me fallait I__II__I minutes pour me rendormir.
- Je me réveillais ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)	**-** Je me réveillais ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)
- Je dormais suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui	**-** Je dormais suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil la journée

durant le dernier mois avant le confinement :

DURANT LES JOURNÉES DU DERNIER MOIS AVANT LE CONFINEMENT	
Pendant la semaine	**Pendant le week-end**
1a - Dormiez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui	**1b -** Dormiez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui
*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2a***	*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2b***
2a - Combien de fois dormiez-vous dans la journée en moyenne ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois	**2b -** Combien de fois dormiez-vous dans la journée en moyenne ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois
3a - Quelle était la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes	**3b -** Quelle était la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes

VOS HABITUDES DE SOMMEIL <u>DEPUIS LE DEBUT DU CONFINEMENT</u>

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil

durant les nuits actuelles, depuis la mise en place du confinement :

DURANT LES NUITS DEPUIS LE DEBUT DU CONFINEMENT	
Pendant la semaine, en moyenne	**Pendant le week-end, en moyenne**
- Je me couche habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me couche habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je me lève habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me lève habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je dors I__II__I H I__II__I MIN par nuit	- Je dors I__II__I H I__II__I MIN par nuit
- Il me faut habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir	- Il me faut habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir
- Je me réveille en général I__II__I fois par nuit et il me faut I__II__I minutes pour me rendormir.	- Je me réveille en général I__II__I fois par nuit et il me faut I__II__I minutes pour me rendormir.
- Je me réveille ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)	- Je me réveille ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)
- Je dors suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui	- Je dors suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil

durant la journée actuellement, depuis la mise en place du confinement :

DURANT LES JOURNÉES DEPUIS LE DEBUT DU CONFINEMENT	
Pendant la semaine	**Pendant le week-end**
1a - Dormez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui	**1b -** Dormez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui
*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2a***	*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2b***
2a - Combien de fois dormez-vous dans la journée ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois	**2b -** Combien de fois dormez-vous dans la journée ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois
3a - Quelle est la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes	**3b -** Quelle est la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes

ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Quel risque avez-vous de somnoler ou de vous endormir et non de vous sentir seulement fatigué dans les situations suivantes ? Même si vous ne vous êtes pas récemment trouvé dans de telles situations, essayez d'estimer comment ces situations auraient pu vous affecter.

Utilisez l'échelle suivante pour choisir le nombre le plus approprié à chaque situation

0 = ne somnolerait **jamais**

1 = **faible** chance de somnoler

2 = chance **modérée** de somnoler

3 = **forte** chance de somnoler

Au cours du dernier mois AVANT LE CONFINEMENT :

Situation	**Risque de somnoler (0,1, 2 ou 3)**
Assis en train de lire	|__|
En regardant la télévision	|__|
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion, …)	|__|
Passager dans une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	|__|
Allongé pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	|__|
Assis en train de parler à quelqu'un	|__|
Assis calmement après un déjeuner sans alcool	|__|
Dans une voiture arrêtée quelques instants dans la circulation.	|__|

Depuis la mise en place du confinement, ACTUELLEMENT :

Situation	**Risque de somnoler (0,1, 2 ou 3)**
Assis en train de lire	|__|
En regardant la télévision	|__|
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion, …)	|__|
Passager dans une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	|__|
Allongé pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	|__|
Assis en train de parler à quelqu'un	|__|
Assis calmement après un déjeuner sans alcool	|__|
Dans une voiture arrêtée quelques instants dans la circulation.	|__|

ECHELLE DE SEVERITE DE LA NARCOLEPSIE

Merci de compléter ce questionnaire en tenant compte de vos symptômes
au cours du dernier mois AVANT le confinement

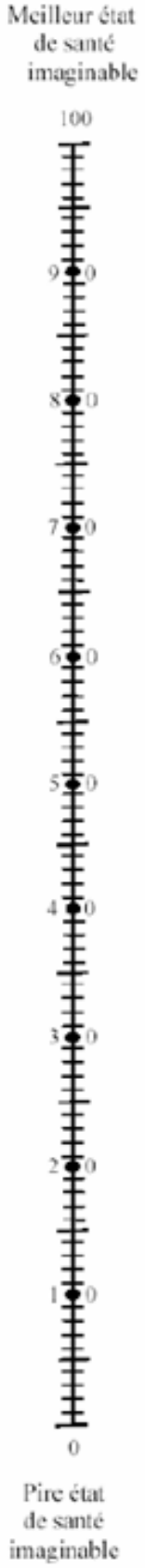
1. Avez-vous des accès de sommeil irrésistibles pendant la journée ? 5❒ Plus d'1 accès/jour 4❒ Plus d'1 accès/semaine 3❒ Plus d'1 accès/mois 2❒ Plus d'1 accès/an 1❒ Moins d'1 accès/an 0❒ jamais	**8. À quelle fréquence avez-vous des cataplexies généralisées c'est-à-dire une perte de tonus musculaire lors des émotions** *(rire, plaisir intense, surprise)* **?** 5❒ Plus d'1 /jour 4❒ Plus d'1 /semaine 3❒ Plus d'1 /mois 2❒ Plus d'1 /an 1❒ Moins d'1 /an 0❒ Jamais
2. Etes- vous inquiet(e) à l'idée de vous endormir brutalement sans vous en apercevoir ? 3❒ Très inquiet(e) 2❒ Inquiet(e) 1❒ Peu inquiet(e) 0❒ Pas inquiet(e) du tout	**9. À quelle fréquence avez-vous des cataplexies partielles (visage, cou, bras, genoux) lors d'émotions ?** 5❒ Plus d'1 /jour 4❒ Plus d'1 /semaine 3❒ Plus d'1 /mois 2❒ Plus d'1 /an 1❒ Moins d'1 /an 0❒ Jamais
3. Vos accès de sommeil sont-ils une gêne pour votre travail ? 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement	**10. Ces cataplexies représentent-elles une gêne dans les domaines professionnels, sociaux et familiaux ?** 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement
4. Vos accès de sommeil représentent-ils une gêne pour votre vie sociale/familiale ? 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement	**11. A quelle fréquence avez-vous des hallucinations au moment de vous endormir** 5❒ Plus d'1 /jour 4❒ Plus d'1 /semaine 3❒ Plus d'1 /mois 2❒ Plus d'1 /an 1❒ Moins d'1 /an 0❒ Jamais
5. Après un accès de sommeil, comment vous sentez vous généralement ? 0❒ Très en forme 1❒ En forme 2❒ Fatigué(e) 3❒ Très fatigué(e)	**12. Ces hallucinations représentent-elles une gêne ?** 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement
6. Après un accès de sommeil irrésistible, quelle est la durée minimum avant un autre accès ? 5❒ Moins d'1 heure 4❒ Entre 1 et 3H 3❒ Entre 3 et 6H 2❒ Entre 6 et 8H 1❒ Plus de 8H 0❒ Pas d'accès irrésistible	**13. À quelle fréquence avez-vous des paralysies du sommeil au moment de vous endormir ou de vous réveiller ?** 5❒ Plus d'1 /jour 4❒ Plus d'1 /semaine 3❒ Plus d'1 /mois 2❒ Plus d'1 /an 1❒ Moins d'1 /an 0❒ Jamais
7. Vos accès de sommeil représentent-ils une gêne pour la conduite de véhicule ? 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement	**14. Ces paralysies représentent-elles une gêne ?** 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement
	15. Votre sommeil de nuit est-il perturbé de façon ? 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement

ECHELLE DE SEVERITE DE LA NARCOLEPSIE

Merci désormais de compléter ce questionnaire en tenant compte de vos symptômes actuellement, ***depuis la mise en place du confinement***

1. Avez-vous des accès de sommeil irrésistibles pendant la journée ? 5❒ Plus d'1 accès/jour 4❒ Plus d'1 accès/semaine 3❒ Plus d'1 accès/mois 2❒ Plus d'1 accès/an 1❒ Moins d'1 accès/an 0❒ jamais	**8. À quelle fréquence avez-vous des cataplexies généralisées c'est-à-dire une perte de tonus musculaire lors des émotions** *(rire, plaisir intense, surprise*) **?** 5❒ Plus d'1 /jour 4❒ Plus d'1 /semaine 3❒ Plus d'1 /mois 2❒ Plus d'1 /an 1❒ Moins d'1 /an 0❒ Jamais
2. Etes- vous inquiet(e) à l'idée de vous endormir brutalement sans vous en apercevoir ? 3❒ Très inquiet(e) 2❒ Inquiet(e) 1❒ Peu inquiet(e) 0❒ Pas inquiet(e) du tout	**9. À quelle fréquence avez-vous des cataplexies partielles (visage, cou, bras, genoux) lors d'émotions ?** 5❒ Plus d'1 /jour 4❒ Plus d'1 /semaine 3❒ Plus d'1 /mois 2❒ Plus d'1 /an 1❒ Moins d'1 /an 0❒ Jamais
3. Vos accès de sommeil sont-ils une gêne pour votre travail ? 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement	**10. Ces cataplexies représentent-elles une gêne dans les domaines professionnels, sociaux et familiaux ?** 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement
4. Vos accès de sommeil représentent-ils une gêne pour votre vie sociale/familiale ? 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement	**11. A quelle fréquence avez-vous des hallucinations au moment de vous endormir** 5❒ Plus d'1 /jour 4❒ Plus d'1 /semaine 3❒ Plus d'1 /mois 2❒ Plus d'1 /an 1❒ Moins d'1 /an 0❒ Jamais
5. Après un accès de sommeil, comment vous sentez vous généralement ? 0❒ Très en forme 1❒ En forme 2❒ Fatigué(e) 3❒ Très fatigué(e)	**12. Ces hallucinations représentent-elles une gêne ?** 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement
6. Après un accès de sommeil irrésistible, quelle est la durée minimum avant un autre accès ? 5❒ Moins d'1 heure 4❒ Entre 1 et 3H 3❒ Entre 3 et 6H 2❒ Entre 6 et 8H 1❒ Plus de 8H 0❒ Pas d'accès irrésistible	**13. À quelle fréquence avez-vous des paralysies du sommeil au moment de vous endormir ou de vous réveiller ?** 5❒ Plus d'1 /jour 4❒ Plus d'1 /semaine 3❒ Plus d'1 /mois 2❒ Plus d'1 /an 1❒ Moins d'1 /an 0❒ Jamais
7. Vos accès de sommeil représentent-ils une gêne pour la conduite de véhicule ? 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement	**14. Ces paralysies représentent-elles une gêne ?** 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement
	15. Votre sommeil de nuit est-il perturbé de façon ? 3❒ Très importante 2❒ Importante 1❒ Peu importante 0❒ Aucune actuellement

ECHELLE DE QUALITE DE VIE



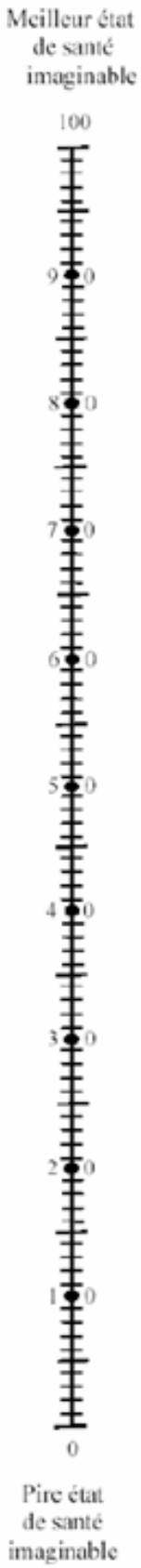
Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

A quelle valeur de cette échelle correspondait votre état de santé ***durant le mois avant le confinement ?***

Votre état de santé avant le confinement = |__|__|__|/100

A quelle valeur de cette échelle correspond votre état de santé ***depuis le confinement, actuellement ?***

Votre état de santé depuis le confinement = |__|__|__|/100



ECHELLE DE DEPRESSION (BDI-II)

AVANT LE CONFINEMENT

Consignes : *Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Pour chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e)* ***au cours des deux dernières semaines, AVANT le confinement****. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe y compris n°16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n°18 (modifications de l'appétit).*

1. Tristesse 0 Je ne me sens pas triste. 1 Je me sens très souvent triste. 2 Je suis tout le temps triste. 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable. **2. Pessimisme** 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir. 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir. 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi. 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer. **3. Echecs dans le passé** 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e). 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû. 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs. 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie. **4. Perte de plaisir** 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent. 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant. 2 J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement. 3 Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.	**5. Sentiments de culpabilité** 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire. 2 Je me sens coupable la plupart du temps. 3 Je me sens tout le temps coupable. **6. Sentiment d'être puni(e)** 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e). 1 Je sens que je pourrais être puni(e). 2 Je m'attends à être puni(e). 3 J'ai le sentiment d'être puni(e). **7. Sentiments négatifs envers soi-même** 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé. 1 J'ai perdu confiance en moi. 2 Je suis déçu(e) par moi-même. 3 Je ne m'aime pas du tout. **8. Attitude critique envers soi** 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude. 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais. 2 Je me reproche tous mes défauts. 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent. **9. Pensées ou désirs de suicide** 0 Je ne pense pas du tout à me suicider. 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas. 2 J'aimerais me suicider. 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
10. Pleurs 0 Je ne pleure pas plus qu'avant. 1 Je pleure plus qu'avant. 2 Je pleure pour la moindre petite chose. 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable. **11. Agitation**	**16. Modifications dans les habitudes** 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé. 1a Je dors un peu plus que d'habitude. 1b Je dors un peu moins que d'habitude. 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude. 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude. 3a Je dors presque toute la journée.

0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12. Perte d'intérêt
0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision
0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation
0 Je pense être quelqu’un de valable.
1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu’avant.
2 Je me sens moins valable que les autres.
3 Je sens que je ne vaux absolument rien.

15. Perte d'énergie
0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17. Irritabilité
0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1 Je suis plus irritable que d'habitude.
2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3 Je suis constamment irritable.

18. Modifications de l'appétit
0 Mon appétit n'a pas changé.

1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
3b J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer
0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue
0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe
0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Merci de votre participation

Pôle Hospitalo-Universitaire
NEUROSCIENCES TÊTE ET COU

Unité des Troubles du Sommeil et de l'Éveil

Département de Neurologie

QUESTIONNAIRE DE SUIVI HYPERSOMNIE IDIOPATHIQUE

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire mis à votre disposition.

Ce questionnaire est destiné à établir un suivi de vos troubles du sommeil et en améliorer leur prise en charge. En cette période très particulière, nous aimerions avoir de vos nouvelles et si vous le souhaitez, planifier éventuellement une nouvelle visite avec votre médecin du sommeil. Le confinement et la maladie COVID-19 sont susceptibles d'interagir avec votre sommeil et d'influencer le cours de votre pathologie du sommeil et sa prise en charge. Nous aimerions ainsi recueillir des informations sur la manière dont cette situation peut impacter vos troubles. Prenez bien le temps de répondre à ces questions, une par une, sans en oublier. Si vous trouvez que certaines questions sont semblables, ne vous inquiétez pas et répondez sans trop réfléchir. Soyez spontané et répondez ce qui correspond le mieux à votre situation.

Sachant que les informations que vous nous transmettez sont confidentielles et seront anonymisées conformément à la loi Information et Liberté, êtes-vous d'accord pour que les données vous concernant fassent l'objet d'un traitement automatisé ? ❒ **Non** ❒ **Oui**

Nous vous remercions pour votre collaboration et le temps que vous passerez à remplir ce questionnaire.

Date du jour : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Adresse électronique : _____@_____

VOTRE ETAT DE SANTE

- **Quel est votre poids ?** |__|__|__| kg
- **Quelle est votre taille ?** |__|__|__| cm

VOTRE TRAITEMENT

<u>JUSTE AVANT LA PERIODE DE CONFINEMENT</u>, preniez-vous un ou plusieurs médicaments ? ❒ NON ❒ OUI

Si **<u>OUI</u>**, merci d'indiquer les noms des médicaments, leur dosage, le moment de la journée où vous les prenez.

TRAITEMENT MEDICAL COMPLET LE MOIS <u>AVANT LA PERIODE DE CONFINEMENT</u>

Nom du médicament	Dosage/ jour	Prise (nombre de comprimés, ou patch ou gouttes le matin, le midi et le soir)	Depuis quelle date le preniez-vous ?
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir |__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir |__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	

VOTRE TRAITEMENT ACTUEL POUR LA SOMNOLENCE

Actuellement, prenez-vous un traitement pour la somnolence ?

1❒ Oui 0❒ Non

Si oui, veuillez noter le nom et la posologie de tous les médicaments que vous avez pris de façon régulière, depuis le début du confinement, pour votre somnolence.

Si non, passez à la page suivante.

Médicaments pour votre somnolence			
Nom du médicament	Dosage	Prise (nombre de comprimés, ou patch ou gouttes le matin, le midi et le soir)	Depuis quel âge le prenez-vous ?
……....	……	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			
……....	……	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			
……....	……	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			

- **Quelle est votre opinion globale sur votre traitement actuel pour la somnolence ?**

1❒ Effet marqué (rémission complète ou presque complète des symptômes)	4❒ Pas de changement
2❒ Effet modéré (rémission partielle des symptômes)	5❒ Légère aggravation
3❒ Effet minimal (légère diminution des symptômes)	6❒ Forte aggravation

CONFINEMENT ET COVID-19

Habitez-vous dans :

1❒ un appartement 2❒ une maison 3❒ une habitation avec un extérieur

Votre situation professionnelle actuelle :

1❒ Au travail

2 ❒ En télétravail

3 ❒ En arrêt maladie

4 ❒ En chômage partiel / garde d'enfants

5 ❒ A la recherche d'un emploi ou retraité

<u>Infection COVID-19</u>

Avez-vous eu une infection au COVID-19 au cours des 3 derniers mois ? *Le COVID-19 se manifeste la plupart du temps par **un syndrome grippal**, parfois sévère comprenant fatigue, fièvre, courbatures, maux de tête, toux, diarrhée, diminution de l'odorat …*

❒ NON, je n'ai pas eu de syndrome grippal
❒ OUI, J'ai eu un syndrome grippal, mais je n'ai pas été testé(e) pour le COVID-19
❒ OUI, J'ai eu un syndrome grippal, mais j'ai été testé(e) négatif (ve) pour le COVID-19
❒ OUI, J'ai été testé(e) positif (ve) pour le COVID-19

Si vous avez répondu OUI, pensez-vous que l'infection a eu un impact sur votre trouble du sommeil ?

1 ❒ Très fortement amélioré
2 ❒ Fortement amélioré
3 ❒ Légèrement amélioré
4 ❒ Pas de changement
5 ❒ Légèrement aggravé
6 ❒ Fortement aggravé
7 ❒ Très fortement aggravé

<u>CONFINEMENT</u>

Pensez-vous que le confinement a un impact sur votre trouble du sommeil (sur votre hypersomnie) ? ❒ Amélioré ❒ Pas de changement ❒ Aggravé

Depuis le confinement, avez-vous diminué/modifié les doses de votre traitement ?
❒ NON ❒ OUI

Si oui, précisez :
- Arrêt du traitement : ❒ NON ❒ OUI (précisions à apporter page suivante)
- Diminution des doses : ❒ NON ❒ OUI
Précisez de combien et pourquoi :
……
……
- Augmentation des doses : ❒ NON ❒ OUI
Précisez de combien et pourquoi :
……
……

Souhaitez-vous avoir une téléconsultation avec un médecin de l'unité des troubles du sommeil ?
1❒ Oui 0❒ Non

Pour mieux préciser l'impact éventuel du confinement sur vos troubles du sommeil, nous vous proposons de compléter les questionnaires suivants à deux reprises, selon vos impressions durant le mois AVANT le confinement premièrement (le mois précédent le début du confinement), et DEPUIS le confinement dans un second temps.

EVOLUTION DE VOTRE SOMNOLENCE SANS TRAITEMENT

Merci de compléter cette page uniquement si vous avez bénéficié auparavant d'un traitement pour l'hypersomnie idiopathique ***et que vous ne le prenez plus actuellement.***

Si vous ne prenez pas de traitement actuellement, merci de renseigner les informations suivantes :

- A quelle date avez-vous interrompu votre ou vos traitements pour la narcolepsie ? _____

  Quelle a été la (ou les) raison(s) de cet arrêt ?

1❒ Je n'ai pas pu faire renouveler mon ordonnance	5❒ Le traitement me causait trop d'effets indésirables
2❒ J'ai senti que j'avais moins besoin de mon traitement qu'auparavant	6❒ Grossesse, projet de grossesse
3❒ Je senti que je n'avais plus besoin de mon traitement	7❒ J'ai eu d'autres soucis de santé
4❒ J'ai voulu savoir si mon traitement était toujours utile	8❒ Autre raison, merci de préciser :
……..……..	……..……..…….
……..……..	……..……..…….

Par rapport à la période avant l'arrêt de votre traitement, comment jugez-vous la sévérité de votre somnolence actuellement ?

1❒ Disparition complète ou presque complète des symptômes	4❒ Pas de changement
2❒ Disparition partielle des symptômes	5❒ Légère aggravation des symptômes
3❒ Légère diminution des symptômes	6❒ Forte aggravation des symptômes

Avez-vous d'autres précisions/commentaires à apporter à ce sujet ?

……..……..……..……..……..

VOS HABITUDES DE SOMMEIL <u>AVANT LE CONFINEMENT</u>

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil

durant les nuits du dernier mois avant le confinement :

DURANT LES NUITS DU DERNIER MOIS AVANT LE CONFINEMENT	
Pendant la semaine, en moyenne	**Pendant le week-end, en moyenne**
- Je me couchais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me couchais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je me levais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me levais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je dormais I__II__I H I__II__I MIN par nuit	- Je dormais I__II__I H I__II__I MIN par nuit
- Il me fallait habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir	**-** Il me fallait habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir
- Je me réveillais en général I__II__I fois par nuit et il me fallait I__II__I minutes pour me rendormir.	**-** Je me réveillais en général I__II__I fois par nuit et il me fallait I__II__I minutes pour me rendormir.
- Je me réveillais ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)	**-** Je me réveillais ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)
- Je dormais suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui	**-** Je dormais suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil la journée

durant le dernier mois avant le confinement :

DURANT LES JOURNÉES DU DERNIER MOIS AVANT LE CONFINEMENT	
Pendant la semaine	**Pendant le week-end**
1a - Dormiez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui	**1b -** Dormiez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui
*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2a***	*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2b***
2a - Combien de fois dormiez-vous dans la journée en moyenne ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois	**2b -** Combien de fois dormiez-vous dans la journée en moyenne ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois
3a - Quelle était la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes	**3b -** Quelle était la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes

VOS HABITUDES DE SOMMEIL <u>DEPUIS LE DEBUT DU CONFINEMENT</u>

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil actuellement,

durant les nuits depuis la mise en place du confinement :

DURANT LES NUITS DEPUIS LE DEBUT DU CONFINEMENT	
Pendant la semaine, en moyenne	**Pendant le week-end, en moyenne**
- Je me couche habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me couche habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je me lève habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me lève habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je dors I__II__I H I__II__I MIN par nuit	- Je dors I__II__I H I__II__I MIN par nuit
- Il me faut habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir	**-** Il me faut habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir
- Je me réveille en général I__II__I fois par nuit et il me faut I__II__I minutes pour me rendormir.	**-** Je me réveille en général I__II__I fois par nuit et il me faut I__II__I minutes pour me rendormir.
- Je me réveille ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)	**-** Je me réveille ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)
- Je dors suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui	**-** Je dors suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil actuellement,

durant la journée depuis la mise en place du confinement :

DURANT LES JOURNÉES DEPUIS LE DEBUT DU CONFINEMENT	
Pendant la semaine	**Pendant le week-end**
1a - Dormez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui	**1b -** Dormez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui
*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2a***	*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2b***
2a - Combien de fois dormez-vous dans la journée ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois	**2b -** Combien de fois dormez-vous dans la journée ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois
3a - Quelle est la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes	**3b -** Quelle est la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes

ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Quel risque avez-vous de somnoler ou de vous endormir et non de vous sentir seulement fatigué dans les situations suivantes ? Même si vous ne vous êtes pas récemment trouvé dans de telles situations, essayez d'estimer comment ces situations auraient pu vous affecter.

Utilisez l'échelle suivante pour choisir le nombre le plus approprié à chaque situation

0 = ne somnolerait **jamais**

1 = **faible** chance de somnoler

2 = chance **modérée** de somnoler

3 = **forte** chance de somnoler

Au cours du dernier mois AVANT LE CONFINEMENT :

Situation	**Risque de somnoler (0,1, 2 ou 3)**
Assis en train de lire	|__|
En regardant la télévision	|__|
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion, …)	|__|
Passager dans une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	|__|
Allongé pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	|__|
Assis en train de parler à quelqu'un	|__|
Assis calmement après un déjeuner sans alcool	|__|
Dans une voiture arrêtée quelques instants dans la circulation.	|__|

Depuis la mise en place du confinement, actuellement :

Situation	**Risque de somnoler (0,1, 2 ou 3)**
Assis en train de lire	|__|
En regardant la télévision	|__|
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion, …)	|__|
Passager dans une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	|__|
Allongé pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	|__|
Assis en train de parler à quelqu'un	|__|
Assis calmement après un déjeuner sans alcool	|__|
Dans une voiture arrêtée quelques instants dans la circulation.	|__|

ECHELLE DE SEVERITE DE L'HYPERSOMNOLENCE

Merci de compléter ce questionnaire en tenant compte de vos symptômes
au cours du dernier mois AVANT le confinement

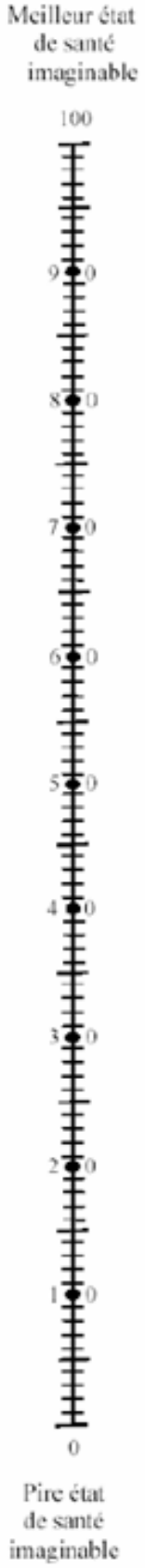
1. Pour vous, quelle est la **durée idéale de votre sommeil de nuit** *(pendant le week-end ou les vacances par exemple) ?* 3❒ 11 H ou plus 2❒ plus de 9 H et moins de 11 H 1❒ entre 7 H et 9 H 0❒ moins de 7 H	**8.** Généralement**, comment vous sentez-vous après une sieste ?** 3❒ très somnolent(e) 2❒ somnolent(e) 1❒ éveillé(e) 0❒ très éveillé(e)
2. Lorsque les circonstances vous imposent un horaire de lever le matin *(par exemple pour le travail ou les études, pour amener les enfants à l'école la semaine),* avez-vous **la sensation de ne pas avoir suffisamment dormi** *?* 3❒ toujours 2❒ souvent 1❒ parfois 0❒ jamais	**9.** Durant la journée, **au cours d'activités peu stimulantes, vous arrive-t-il de lutter** pour ne pas vous endormir ? 4❒ très souvent (au moins 2 fois par jour) 3❒ souvent (4-7 fois par semaine) 2❒ parfois (2-3 fois par semaine) 1❒ rarement (1 fois par semaine ou moins) 0❒ jamais
3. Est – il **extrêmement difficile** pour vous, voire **impossible,** de vous réveiller le matin **sans plusieurs réveils (***« rappels de sonnerie »)* **ou l'aide d'un proche ?** 3❒ toujours 2❒ souvent 1❒ parfois 0❒ jamais	**10.** Jugez-vous que votre hypersomnolence a **un impact sur votre état général (***c'est-à-dire un manque d'énergie, un manque de motivation pour faire les choses, une fatigue physique lors des efforts, une diminution de vos performances physiques »***)** ? 4❒ très important 3❒ important 2❒ moyen 1❒ faible 0❒ aucun impact
4. Après une nuit de sommeil, combien de temps vous faut-il **pour vous sentir opérationnel(le) après le lever** *(c'est-à-dire en pleine possession de vos moyens physiques et intellectuels)* ? 4❒ 2 H ou plus 3❒ plus d'1 H mais moins de 2 H 2❒ entre 30 minutes et 1 H 1❒ moins de 30 minutes 0❒ je me sens opérationnel(le) dès que je me réveille	**11.** Jugez-vous que votre hypersomnolence représente **une gêne pour votre bon fonctionnement intellectuel** *(c'est-à-dire des problèmes de concentration, problèmes de mémoire, diminution de vos performances mentales)* ? 4❒ très importante 3❒ importante 2❒ moyenne 1❒ faible 0❒ aucune gêne
5. Dans les minutes suivant votre réveil, vous arrive-t-il de **faire des choses incohérentes** et/ou **de tenir des propos incohérents, et/ou d'être très maladroit(e)** *(par exemple, trébucher, casser ou faire tomber des objets)*? 3❒ toujours 2❒ souvent 1❒ parfois 0❒ jamais	**12.** Jugez-vous que votre hypersomnolence **affecte votre humeur** *(par exemple de la tristesse, anxiété, hypersensibilité, irritabilité)* ? 4❒ très fortement 3❒ fortement 2❒ moyennement 1❒ faiblement 0❒ aucunement
6. Durant la journée, quand les circonstances le permettent, **vous arrive-t-il de faire une sieste** ? 4❒ très souvent (6-7 fois par semaine) 3❒ souvent (4-5 fois par semaine) 2❒ parfois (2-3 fois par semaine) 1❒ rarement (1 fois par semaine) 0❒ jamais	**13.** Jugez-vous que votre hypersomnolence **vous empêche d'accomplir correctement les tâches quotidiennes** *(des tâches familiales, de ménage, d'école, de loisirs, d'activité professionnelle)***?** 4❒ très fortement 3❒ fortement 2❒ moyennement 1❒ faiblement 0❒ aucunement
7. Pour vous, quelle est la **durée idéale de vos siestes** *(pendant le week-end ou les vacances par exemple) ?* *Remarque : Si vous effectuez plusieurs siestes, additionnez la durée cumulée des siestes* 3❒ 2 heures ou plus 2❒ plus d'1 heure et moins de 2 heures 1❒ moins d'1 heure 0❒ Pas de sieste	**14.** Jugez-vous que votre hypersomnolence représente **une gêne pour la conduite automobile?** 4❒ très importante 3❒ importante 2❒ moyenne 1❒ faible 0❒ aucune gêne X❒ Je ne conduis pas

ECHELLE DE SEVERITE DE L'HYPERSOMNOLENCE

Merci désormais de compléter ce questionnaire en tenant compte de vos symptômes actuellement, ***depuis la mise en place du confinement***

1. Pour vous, quelle est la **durée idéale de votre sommeil de nuit** *(pendant le week-end ou les vacances par exemple) ?* 3❒ 11 H ou plus 2❒ plus de 9 H et moins de 11 H 1❒ entre 7 H et 9 H 0❒ moins de 7 H	**8.** Généralement**, comment vous sentez-vous après une sieste ?** 3❒ très somnolent(e) 2❒ somnolent(e) 1❒ éveillé(e) 0❒ très éveillé(e)
2. Lorsque les circonstances vous imposent un horaire de lever le matin *(par exemple pour le travail ou les études, pour amener les enfants à l'école la semaine),* avez-vous **la sensation de ne pas avoir suffisamment dormi** *?* 3❒ toujours 2❒ souvent 1❒ parfois 0❒ jamais	**9.** Durant la journée, **au cours d'activités peu stimulantes, vous arrive-t-il de lutter** pour ne pas vous endormir ? 4❒ très souvent (au moins 2 fois par jour) 3❒ souvent (4-7 fois par semaine) 2❒ parfois (2-3 fois par semaine) 1❒ rarement (1 fois par semaine ou moins) 0❒ jamais
3. Est – il **extrêmement difficile** pour vous, voire **impossible,** de vous réveiller le matin **sans plusieurs réveils (***« rappels de sonnerie »)* **ou l'aide d'un proche ?** 3❒ toujours 2❒ souvent 1❒ parfois 0❒ jamais	**10.** Jugez-vous que votre hypersomnolence a **un impact sur votre état général (***c'est-à-dire un manque d'énergie, un manque de motivation pour faire les choses, une fatigue physique lors des efforts, une diminution de vos performances physiques »***)** ? 4❒ très important 3❒ important 2❒ moyen 1❒ faible 0❒ aucun impact
4. Après une nuit de sommeil, combien de temps vous faut-il **pour vous sentir opérationnel(le) après le lever** *(c'est-à-dire en pleine possession de vos moyens physiques et intellectuels)* ? 4❒ 2 H ou plus 3❒ plus d'1 H mais moins de 2 H 2❒ entre 30 minutes et 1 H 1❒ moins de 30 minutes 0❒ je me sens opérationnel(le) dès que je me réveille	**11.** Jugez-vous que votre hypersomnolence représente **une gêne pour votre bon fonctionnement intellectuel** *(c'est-à-dire des problèmes de concentration, problèmes de mémoire, diminution de vos performances mentales)* ? 4❒ très importante 3❒ importante 2❒ moyenne 1❒ faible 0❒ aucune gêne
5. Dans les minutes suivant votre réveil, vous arrive-t-il de **faire des choses incohérentes** et/ou **de tenir des propos incohérents, et/ou d'être très maladroit(e)** *(par exemple, trébucher, casser ou faire tomber des objets)*? 3❒ toujours 2❒ souvent 1❒ parfois 0❒ jamais	**12.** Jugez-vous que votre hypersomnolence **affecte votre humeur** *(par exemple de la tristesse, anxiété, hypersensibilité, irritabilité)* ? 4❒ très fortement 3❒ fortement 2❒ moyennement 1❒ faiblement 0❒ aucunement
6. Durant la journée, quand les circonstances le permettent, **vous arrive-t-il de faire une sieste** ? 4❒ très souvent (6-7 fois par semaine) 3❒ souvent (4-5 fois par semaine) 2❒ parfois (2-3 fois par semaine) 1❒ rarement (1 fois par semaine) 0❒ jamais	**13.** Jugez-vous que votre hypersomnolence **vous empêche d'accomplir correctement les tâches quotidiennes** *(des tâches familiales, de ménage, d'école, de loisirs, d'activité professionnelle)***?** 4❒ très fortement 3❒ fortement 2❒ moyennement 1❒ faiblement 0❒ aucunement
7. Pour vous, quelle est la **durée idéale de vos siestes** *(pendant le week-end ou les vacances par exemple) ?* *Remarque : Si vous effectuez plusieurs siestes, additionnez la durée cumulée des siestes* 3❒ 2 heures ou plus 2❒ plus d'1 heure et moins de 2 heures 1❒ moins d'1 heure 0❒ Pas de sieste	**14.** Jugez-vous que votre hypersomnolence représente **une gêne pour la conduite automobile?** 4❒ très importante 3❒ importante 2❒ moyenne 1❒ faible 0❒ aucune gêne X❒ Je ne conduis pas

ECHELLE DE QUALITE DE VIE



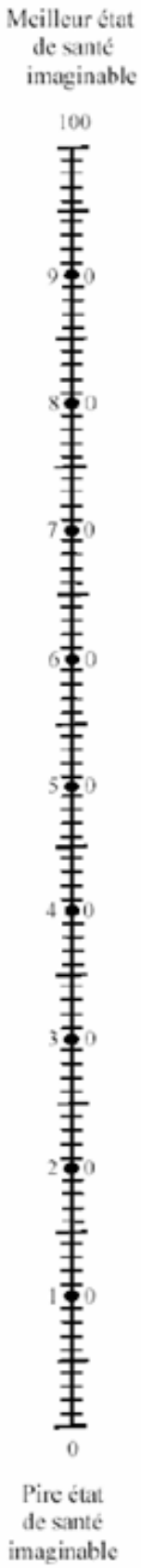
Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

A quelle valeur de cette échelle correspondait votre état de santé ***durant le mois avant le confinement ?***

Votre état de santé avant le confinement = |__|__|__|/100

A quelle valeur de cette échelle correspond votre état de santé ***depuis le confinement, actuellement ?***

Votre état de santé depuis le confinement = |__|__|__|/100



ECHELLE DE DEPRESSION (BDI-II)

AVANT LE CONFINEMENT

Consignes : *Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Pour chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e)* ***au cours des deux dernières semaines, AVANT le confinement****. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe y compris n°16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n°18 (modifications de l'appétit).*

1. Tristesse 0 Je ne me sens pas triste. 1 Je me sens très souvent triste. 2 Je suis tout le temps triste. 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable. **2. Pessimisme** 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir. 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir. 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi. 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer. **3. Echecs dans le passé** 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e). 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû. 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs. 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie. **4. Perte de plaisir** 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent. 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant. 2 J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement. 3 Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.	**5. Sentiments de culpabilité** 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire. 2 Je me sens coupable la plupart du temps. 3 Je me sens tout le temps coupable. **6. Sentiment d'être puni(e)** 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e). 1 Je sens que je pourrais être puni(e). 2 Je m'attends à être puni(e). 3 J'ai le sentiment d'être puni(e). **7. Sentiments négatifs envers soi-même** 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé. 1 J'ai perdu confiance en moi. 2 Je suis déçu(e) par moi-même. 3 Je ne m'aime pas du tout. **8. Attitude critique envers soi** 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude. 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais. 2 Je me reproche tous mes défauts. 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent. **9. Pensées ou désirs de suicide** 0 Je ne pense pas du tout à me suicider. 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas. 2 J'aimerais me suicider. 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
10. Pleurs 0 Je ne pleure pas plus qu'avant. 1 Je pleure plus qu'avant. 2 Je pleure pour la moindre petite chose. 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.	**16. Modifications dans les habitudes** 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé. 1a Je dors un peu plus que d'habitude. 1b Je dors un peu moins que d'habitude. 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude. 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.

11. Agitation
0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12. Perte d'intérêt
0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision
0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation
0 Je pense être quelqu'un de valable.
1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
2 Je me sens moins valable que les autres.
3 Je sens que je ne vaux absolument rien.

15. Perte d'énergie
0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

3a Je dors presque toute la journée.
3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17. Irritabilité
0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1 Je suis plus irritable que d'habitude.
2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3 Je suis constamment irritable.

18. Modifications de l'appétit
0 Mon appétit n'a pas changé.

1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
3b J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer
0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue
0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe
0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Merci de votre participation

Pôle Hospitalo-Universitaire
NEUROSCIENCES TÊTE ET COU

Unité des Troubles du Sommeil et de l'Éveil

Département de Neurologie

QUESTIONNAIRE DE SUIVI
SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire mis à votre disposition.
Ce questionnaire est destiné à établir un suivi de vos troubles du sommeil et en améliorer leur prise en charge. En cette période très particulière, nous aimerions avoir de vos nouvelles et si vous le souhaitez, planifier éventuellement une nouvelle visite avec votre médecin du sommeil. Le confinement et la maladie COVID-19 sont susceptibles d'interagir avec votre sommeil et d'influencer le cours de votre pathologie du sommeil et sa prise en charge. Nous aimerions ainsi recueillir des informations sur la manière dont cette situation peut impacter vos troubles. Prenez bien le temps de répondre à ces questions, une par une, sans en oublier. Si vous trouvez que certaines questions sont semblables, ne vous inquiétez pas et répondez sans trop réfléchir. Soyez spontané et répondez ce qui correspond le mieux à votre situation.

Sachant que les informations que vous nous transmettez sont confidentielles et seront anonymisées conformément à la loi Information et Liberté, êtes-vous d'accord pour que les données vous concernant fassent l'objet d'un traitement automatisé ? ❒ **Non** ❒ **Oui**

Nous vous remercions pour votre collaboration et le temps que vous passerez à remplir ce questionnaire.

Date du jour : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Adresse électronique : _____@_____

VOTRE ETAT DE SANTE

- **Quel est votre poids ?** |__|__|__| kg
- **Quelle est votre taille ?** |__|__|__| cm

VOTRE TRAITEMENT

<u>JUSTE AVANT LA PERIODE DE CONFINEMENT</u>, preniez-vous un ou plusieurs médicaments ? ❒ NON ❒ OUI

Si **<u>OUI</u>**, merci d'indiquer les noms des médicaments, leur dosage, le moment de la journée où vous les preniez.

TRAITEMENT MEDICAL COMPLET LE MOIS <u>AVANT LA PERIODE DE CONFINEMENT</u>

Nom du médicament	Dosage/ jour	Prise (nombre de comprimés, ou patch ou gouttes le matin, le midi et le soir)	Depuis quelle date le preniez-vous ?
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir |__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir |__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	
……		|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir|__|__|Nuit	

VOTRE TRAITEMENT ACTUEL POUR LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Actuellement, prenez-vous un traitement pour votre syndrome des jambes sans repos *(par exemple : Sifrol, Adartrel, Requip, Neupro, Topalgic, Rivotril, Lyrica, Neurontin, Codeine, Oxycontin, etc.)* ? 1❒ Oui 0❒ Non

Si oui, veuillez noter le nom et la posologie de tous les médicaments que vous avez pris de façon régulière, **depuis le début du confinement**, pour votre syndrome des jambes sans repos. **Si non**, passez à la page suivante.

Médicaments pour votre syndrome des jambes sans repos			
Nom du médicament	Dosage	Prise (nombre de comprimés, ou patch ou gouttes le matin, le midi et le soir)	Depuis quel âge le prenez-vous ?
……..	…….	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			
……..	…….	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			
……..	…….mg	|__|__|Matin |__|__|Midi |__|__|Soir	|__|__| ans
Efficacité de ce médicament : quel chiffre correspond le mieux à l'efficacité du traitement ? |__| *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9* *Pas du tout efficace* — *Très efficace* Effets secondaires : ……			

- **Quelle est votre opinion sur votre traitement pour le syndrome des jambes sans repos ?**

1❒ Effet marqué (rémission complète ou presque complète des symptômes)	4❒ Pas de changement
2❒ Effet modéré (rémission partielle des symptômes)	5❒ Légère aggravation
3❒ Effet minimal (légère diminution des symptômes)	6❒ Forte aggravation

- **Questions relatives au syndrome d'augmentation**
- Par rapport à vos symptômes AVANT l'introduction de votre traitement pour le syndrome des jambes sans repos :

Vos symptômes arrivent-ils plus tôt dans la journée qu'avant ? 1❒Oui 0❒Non	L'effet bénéfique de votre traitement est-il plus court qu'avant ? 1❒Oui 0❒Non
L'apparition de vos symptômes est-elle plus rapide dès que vous êtes au repos ? 1❒Oui 0❒Non	Vos symptômes atteignent-ils d'autres parties du corps (comme les bras…) ? 1❒Oui 0❒Non
Vos symptômes sont-ils plus sévères qu'avant ? 1❒Oui 0❒Non	

CONFINEMENT ET COVID-19

Habitez-vous dans :

1❒ un appartement 2❒ une maison 3❒ une habitation avec un extérieur

Votre situation professionnelle actuelle :

1❒ Au travail

2 ❒ En télétravail

3 ❒ En arrêt maladie

4 ❒ En chômage partiel / garde d'enfants

5 ❒ A la recherche d'un emploi ou retraité

Infection COVID-19

Avez-vous eu une infection au COVID-19 au cours des 3 derniers mois ? *Le COVID-19 se manifeste la plupart du temps par **un syndrome grippal**, parfois sévère comprenant fatigue, fièvre, courbatures, maux de tête, toux, diarrhée, diminution de l'odorat …*

❒ NON, je n'ai pas eu de syndrome grippal
❒ OUI, J'ai eu un syndrome grippal, mais je n'ai pas été testé(e) pour le COVID-19
❒ OUI, J'ai eu un syndrome grippal, mais j'ai été testé(e) négatif (ve) pour le COVID-19
❒ OUI, J'ai été testé(e) positif (ve) pour le COVID-19

Si vous avez répondu OUI, pensez-vous que l'infection a eu un impact sur votre trouble du sommeil ?

1 ❒ Très fortement amélioré
2 ❒ Fortement amélioré
3 ❒ Légèrement amélioré
4 ❒ Pas de changement
5 ❒ Légèrement aggravé
6 ❒ Fortement aggravé
7 ❒ Très fortement aggravé

CONFINEMENT

Pensez-vous que le confinement a un impact sur votre trouble du sommeil (sur votre syndrome des jambes sans repos) ? ❒ Amélioré ❒ Pas de changement ❒ Aggravé

Depuis le confinement, avez-vous diminué/modifié les doses de votre traitement ?

❒ NON ❒ OUI

Si oui, précisez :

- Arrêt du traitement : ❒ NON ❒ OUI (précisions à apporter page suivante)

- Diminution des doses : ❒ NON ❒ OUI

Précisez de combien et pourquoi :

……

……

- Augmentation des doses : ❒ NON ❒ OUI

Précisez de combien et pourquoi :

……

……

Souhaitez-vous avoir une téléconsultation avec un médecin de l'unité des troubles du sommeil ?

1❒ Oui 0❒ Non

Pour mieux préciser l'impact éventuel du confinement sur vos troubles du sommeil, nous vous proposons de compléter les questionnaires suivants à deux reprises, selon vos impressions durant le mois AVANT le confinement premièrement (le mois précédent le début du confinement), et DEPUIS le confinement dans un second temps.

EVOLUTION DE VOTRE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS SANS TRAITEMENT

Merci de compléter cette page uniquement si vous avez bénéficié auparavant d'un traitement pour le syndrome des jambes sans repos ***et que vous ne le prenez plus actuellement****.*

Si vous ne prenez pas de traitement actuellement, merci de renseigner les informations suivantes :

- A quelle date avez-vous interrompu votre ou vos traitements pour le syndrome des jambes sans repos? ……..
- Quelle a été la (ou les) raison(s) de cet arrêt ?

1❒ Je n'ai pas pu faire renouveler mon ordonnance	5❒ Le traitement me causait trop d'effets indésirables
2❒ J'ai senti que j'avais moins besoin de mon traitement qu'auparavant	6❒ Grossesse, projet de grossesse
3❒ Je senti que je n'avais plus besoin de mon traitement	7❒ J'ai eu d'autres soucis de santé
4❒ J'ai voulu savoir si mon traitement était toujours utile	8❒ Autre raison, merci de préciser : ……
……..……..	……..……..…….
……..……..	……..……..…….

Par rapport à la période avant l'arrêt de votre traitement, comment jugez-vous la sévérité de votre syndrome des jambes sans repos actuellement ?

1❒ Disparition complète ou presque complète des symptômes	4❒ Pas de changement
2❒ Disparition partielle des symptômes	5❒ Légère aggravation des symptômes
3❒ Légère diminution des symptômes	6❒ Forte aggravation des symptômes

Avez-vous d'autres précisions/commentaires à apporter à ce sujet ?

……..……..……..……..……..

VOS HABITUDES DE SOMMEIL <u>AVANT LE CONFINEMENT</u>

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil

durant les nuits du dernier mois avant le confinement :

DURANT LES NUITS DU DERNIER MOIS AVANT LE CONFINEMENT	
Pendant la semaine, en moyenne	**Pendant le week-end, en moyenne**
- Je me couchais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me couchais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je me levais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me levais habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je dormais I__II__I H I__II__I MIN par nuit	- Je dormais I__II__I H I__II__I MIN par nuit
- Il me fallait habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir	**-** Il me fallait habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir
- Je me réveillais en général I__II__I fois par nuit et il me fallait I__II__I minutes pour me rendormir.	**-** Je me réveillais en général I__II__I fois par nuit et il me fallait I__II__I minutes pour me rendormir.
- Je me réveillais ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)	**-** Je me réveillais ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)
- Je dormais suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui	**-** Je dormais suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil la journée

durant le dernier mois avant le confinement :

DURANT LES JOURNÉES DU DERNIER MOIS AVANT LE CONFINEMENT	
Pendant la semaine	**Pendant le week-end**
1a - Dormiez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui	**1b -** Dormiez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui
*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2a***	*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2b***
2a - Combien de fois dormiez-vous dans la journée en moyenne ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois	**2b -** Combien de fois dormiez-vous dans la journée en moyenne ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois
3a - Quelle était la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes	**3b -** Quelle était la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes

VOS HABITUDES DE SOMMEIL <u>DEPUIS LE DEBUT DU CONFINEMENT</u>

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil actuellement,

durant les nuits depuis la mise en place du confinement :

DURANT LES NUITS DEPUIS LE DEBUT DU CONFINEMENT	
Pendant la semaine, en moyenne	**Pendant le week-end, en moyenne**
- Je me couche habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me couche habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je me lève habituellement à I__II__I H I__II__I MIN	- Je me lève habituellement à I__II__I H I__II__I MIN
- Je dors I__II__I H I__II__I MIN par nuit	- Je dors I__II__I H I__II__I MIN par nuit
- Il me faut habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir	- Il me faut habituellement I__II__II__I minutes pour m'endormir
- Je me réveille en général I__II__I fois par nuit et il me faut I__II__I minutes pour me rendormir.	- Je me réveille en général I__II__I fois par nuit et il me faut I__II__I minutes pour me rendormir.
- Je me réveille ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)	- Je me réveille ❒ en forme ou ❒ fatigué(e)
- Je dors suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui	- Je dors suffisamment la nuit ❒ non ❒ oui

Les questions suivantes concernent vos habitudes de sommeil actuellement,

durant la journée depuis la mise en place du confinement :

DURANT LES JOURNÉES DEPUIS LE DEBUT DU CONFINEMENT	
Pendant la semaine	**Pendant le week-end**
1a - Dormez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui	**1b -** Dormez-vous dans la journée ? ❒ non ❒ oui
*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2a***	*Si vous avez répondu OUI, poursuivez à la question **2b***
2a - Combien de fois dormez-vous dans la journée ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois	**2b -** Combien de fois dormez-vous dans la journée ? I__I fois/jour ou I__I fois/semaine ou I__I fois/mois
3a - Quelle est la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes	**3b -** Quelle est la durée moyenne de vos accès de sommeil ? I__II__II__I minutes

ECHELLE DE SEVERITE DU SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Merci de cochez ce questionnaire en tenant compte de vos symptômes,
au cours du dernier mois avant le confinement

1. Comment qualifieriez-vous l'intensité des symptômes désagréables du syndrome des jambes sans repos au niveau des jambes ou des bras ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune	6. Quel est, dans l'ensemble, votre jugement sur la sévérité de votre syndrome des jambes sans repos ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune
2. A quel point éprouvez-vous le besoin de bouger du fait du syndrome des jambes sans repos ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune	7. Quelle est la fréquence de vos symptômes de syndrome des jambes sans repos ? 4 ❒ 6-7 jours/semaine 3 ❒ 4-5 jours/semaine 2 ❒ 2-3 jours/semaine 1 ❒ moins de 1 jour/semaine 0 ❒ jamais
3. A quel point la sensation désagréable au niveau des jambes ou des bras régresse-t-elle quand vous déplacez ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune	8. Les jours où vous avez des symptômes de syndrome des jambes sans repos, combien de temps ces symptômes durent-ils en moyenne ? 4 ❒ ≥8 heures/jour 3 ❒ 3-8 heures/jour 2 ❒ 1-3 heures/jour 1 ❒ moins de 1 heure/jour 0 ❒ aucun symptôme
4. Dans quelle mesure votre sommeil est-il perturbé par votre syndrome des jambes sans repos ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune	9. Quelle est le retentissement de votre syndrome des jambes sans repos sur l'accomplissement des tâches quotidiennes (famille, ménage, école, activité professionnelle) ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune
5. Eprouvez-vous une forte fatigue ou somnolence en raison de votre syndrome des jambes sans repos ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune	10. Dans quelle mesure votre syndrome des jambes sans repos affecte-il votre humeur (colère, humeur dépressive, tristesse, angoisse, sensibilité) ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune

ECHELLE DE SEVERITE DU SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Merci désormais de compléter ce questionnaire en tenant compte de vos symptômes actuellement, ***depuis la mise en place du confinement***

1. Comment qualifieriez-vous l'intensité des symptômes désagréables du syndrome des jambes sans repos au niveau des jambes ou des bras ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune	6. Quel est, dans l'ensemble, votre jugement sur la sévérité de votre syndrome des jambes sans repos ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune
2. A quel point éprouvez-vous le besoin de bouger du fait du syndrome des jambes sans repos ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune	7. Quelle est la fréquence de vos symptômes de syndrome des jambes sans repos ? 4 ❒ 6-7 jours/semaine 3 ❒ 4-5 jours/semaine 2 ❒ 2-3 jours/semaine 1 ❒ moins de 1 jour/semaine 0 ❒ jamais
3. A quel point la sensation désagréable au niveau des jambes ou des bras régresse-t-elle quand vous déplacez ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune	8. Les jours où vous avez des symptômes de syndrome des jambes sans repos, combien de temps ces symptômes durent-ils en moyenne ? 4 ❒ ≥8 heures/jour 3 ❒ 3-8 heures/jour 2 ❒ 1-3 heures/jour 1 ❒ moins de 1 heure/jour 0 ❒ aucun symptôme
4. Dans quelle mesure votre sommeil est-il perturbé par votre syndrome des jambes sans repos ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune	9. Quelle est le retentissement de votre syndrome des jambes sans repos sur l'accomplissement des tâches quotidiennes (famille, ménage, école, activité professionnelle) ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune
5. Eprouvez-vous une forte fatigue ou somnolence en raison de votre syndrome des jambes sans repos ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune	10. Dans quelle mesure votre syndrome des jambes sans repos affecte-il votre humeur (colère, humeur dépressive, tristesse, angoisse, sensibilité) ? 4 ❒ très forte 3 ❒ forte 2 ❒ moyenne 1 ❒ faible 0 ❒ aucune

- **Si vous pensez que le confinement a aggravé vos impatiences, pour quelle(s) raison(s)?**
  1 ❒ Diminution de l'activité physique (marche, promenade, randonnée ... etc.)
  2 ❒ Augmentation de la sédentarité (télé, films, internet ... etc.)
  3 ❒ Aggravation du stress lié à la peur de l'infection COVID-19
  4 ❒ Autre, précisez : ……

- **Si vous pensez que le confinement a amélioré vos impatiences, pour quelle(s) raison(s)?**
  1 ❒ Possibilité de réaliser de l'activité physique (marche, vélo, ... etc.)
  2 ❒ Diminution du stress lié au travail
  3 ❒ Possibilité de faire la grasse matinée
  4 ❒ Autre, précisez :……

ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Quel risque avez-vous de somnoler ou de vous endormir et non de vous sentir seulement fatigué dans les situations suivantes ? Même si vous ne vous êtes pas récemment trouvé dans de telles situations, essayez d'estimer comment ces situations auraient pu vous affecter.

Utilisez l'échelle suivante pour choisir le nombre le plus approprié à chaque situation

0 = ne somnolerait **jamais**

1 = **faible** chance de somnoler

2 = chance **modérée** de somnoler

3 = **forte** chance de somnoler

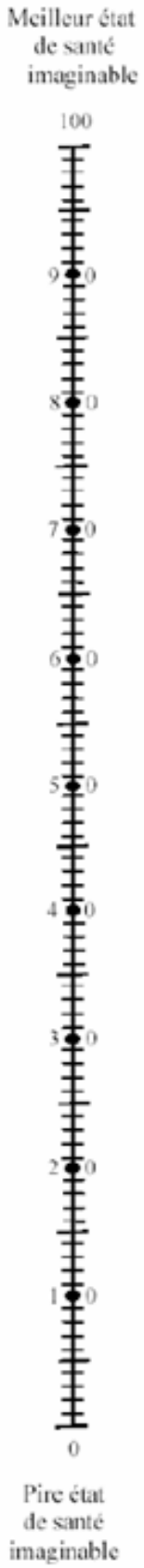
Au cours du dernier mois AVANT LE CONFINEMENT :

Situation	**Risque de somnoler (0,1, 2 ou 3)**
Assis en train de lire	|__|
En regardant la télévision	|__|
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion, …)	|__|
Passager dans une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	|__|
Allongé pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	|__|
Assis en train de parler à quelqu'un	|__|
Assis calmement après un déjeuner sans alcool	|__|
Dans une voiture arrêtée quelques instants dans la circulation.	|__|

Depuis la mise en place du confinement, actuellement :

Situation	**Risque de somnoler (0,1, 2 ou 3)**
Assis en train de lire	|__|
En regardant la télévision	|__|
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion, …)	|__|
Passager dans une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	|__|
Allongé pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	|__|
Assis en train de parler à quelqu'un	|__|
Assis calmement après un déjeuner sans alcool	|__|
Dans une voiture arrêtée quelques instants dans la circulation.	|__|

ECHELLE DE QUALITE DE VIE



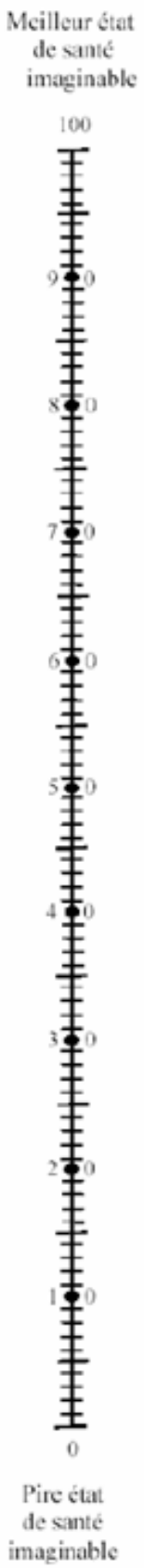
Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

A quelle valeur de cette échelle correspondait votre état de santé ***durant le mois avant le confinement ?***

Votre état de santé avant le confinement = |__|__|__|/100

A quelle valeur de cette échelle correspond votre état de santé ***depuis le confinement, actuellement ?***

Votre état de santé depuis le confinement = |__|__|__|/100



ECHELLE DE SEVERITE DE L'INSOMNIE

Merci de compléter ce questionnaire en tenant compte de vos symptômes
au cours des deux dernières semaines avant le confinement

1. **Veuillez estimer la SEVERITE actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.**

   a. **Difficultés à s'endormir:**

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

   b. **Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés:**

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. **A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont REMARQUEES par les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?**

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

ECHELLE DE SEVERITE DE L'INSOMNIE

Merci désormais de compléter ce questionnaire en tenant compte de vos symptômes actuels, ***depuis la mise en place du confinement***

1.Veuillez estimer la SEVERITE actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

c. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4.A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont REMARQUEES par les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

ECHELLE DE DEPRESSION (BDI-II)

AVANT LE CONFINEMENT

Consignes : *Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Pour chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e)* ***au cours des deux dernières semaines, AVANT le confinement****. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe y compris n°16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n°18 (modifications de l'appétit).*

1. Tristesse 0 Je ne me sens pas triste. 1 Je me sens très souvent triste. 2 Je suis tout le temps triste. 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable. **2. Pessimisme** 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir. 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir. 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi. 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer. **3. Echecs dans le passé** 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e). 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû. 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs. 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie. **4. Perte de plaisir** 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent. 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant. 2 J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement. 3 Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.	**5. Sentiments de culpabilité** 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire. 2 Je me sens coupable la plupart du temps. 3 Je me sens tout le temps coupable. **6. Sentiment d'être puni(e)** 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e). 1 Je sens que je pourrais être puni(e). 2 Je m'attends à être puni(e). 3 J'ai le sentiment d'être puni(e). **7. Sentiments négatifs envers soi-même** 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé. 1 J'ai perdu confiance en moi. 2 Je suis déçu(e) par moi-même. 3 Je ne m'aime pas du tout. **8. Attitude critique envers soi** 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude. 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais. 2 Je me reproche tous mes défauts. 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent. **9. Pensées ou désirs de suicide** 0 Je ne pense pas du tout à me suicider. 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas. 2 J'aimerais me suicider. 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
10. Pleurs 0 Je ne pleure pas plus qu'avant. 1 Je pleure plus qu'avant. 2 Je pleure pour la moindre petite chose. 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.	**16. Modifications dans les habitudes** 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé. 1a Je dors un peu plus que d'habitude. 1b Je dors un peu moins que d'habitude. 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude. 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.

11. Agitation
0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12. Perte d'intérêt
0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision
0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation
0 Je pense être quelqu’un de valable.
1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu’avant.
2 Je me sens moins valable que les autres.
3 Je sens que je ne vaux absolument rien.

15. Perte d'énergie
0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

3a Je dors presque toute la journée.
3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17. Irritabilité
0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1 Je suis plus irritable que d'habitude.
2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3 Je suis constamment irritable.

18. Modifications de l'appétit
0 Mon appétit n'a pas changé.

1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
3b J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer
0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue
0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe
0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Merci de votre participation