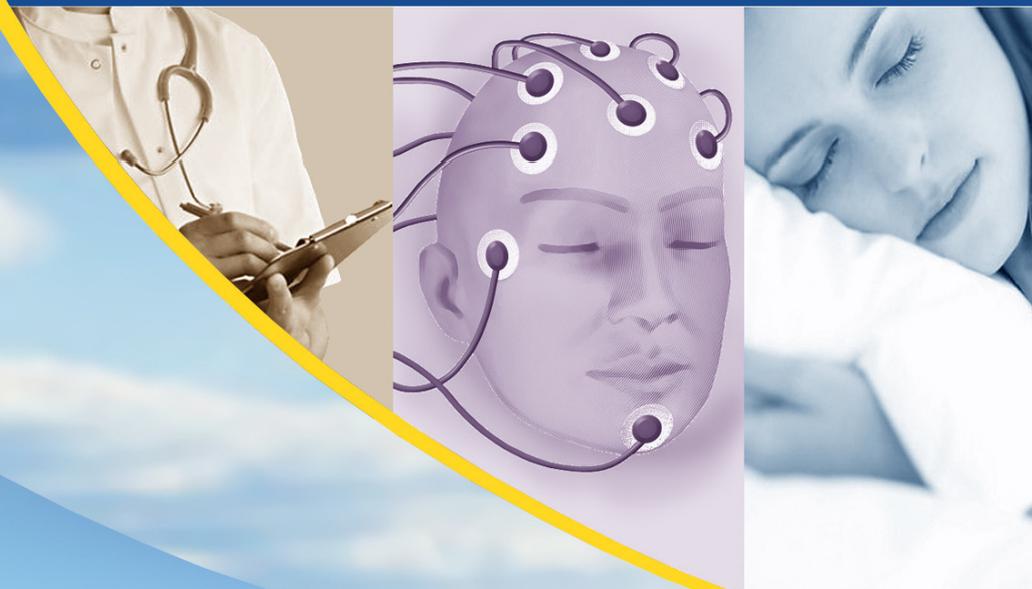




*Outils de Dépistage
et de Suivi de la*
Narcolepsie



Centre de Référence
Hypersomnies Rares

■ Dépistage et Suivi de la Narcolepsie ■

La narcolepsie est un **trouble de l'éveil** sévère, caractérisé essentiellement par des accès brutaux et invincibles de sommeil qui surviennent plusieurs fois au cours de la journée. C'est une **maladie rare** qui touche en France **0,05 à 0,1% de la population**, soit environ 27 500 à 55 000 narcoleptiques. Elle persiste tout au long de la vie et va retentir sur tous les aspects de la vie personnelle, professionnelle, sociale et familiale du patient.

Le diagnostic de la narcolepsie est avant tout clinique mais un bilan et des examens dans un centre de sommeil sont souvent nécessaires. Voici, présentés dans cette brochure les différents tests et examens utiles au diagnostic de la narcolepsie, accompagnés de témoignages de patients narcoleptiques.

Quelques rappels

Les principaux signes cliniques sont l'hypermotilité (les "attaques de sommeil") et les cataplexies.

► **L'hypermotilité ou la somnolence diurne excessive, récurrente** et les **accès de sommeil irrésistibles**, caractéristiques d'un bon niveau d'éveil, sont les premiers signes de la maladie. Ces accès de sommeil peuvent survenir brutalement, même en pleine activité (en mangeant, en conduisant, en travaillant...) et en pleine journée, souvent aux mêmes heures pour un même patient.



► **Les cataplexies** sont de brusques pertes du tonus musculaire, allant d'un simple affaissement de la mâchoire, du cou et de la tête, ou des épaules, à la chute de tout le corps. Elles se produisent électivement lors des émotions, et notamment lorsque le patient rit et éprouve des émotions agréables. Elles sont brèves, d'une seconde à quelques minutes, et ne s'accompagnent jamais de perte de conscience. Ce signe est présent dans 75% des formes de narcolepsie mais il existe des narcolepsies sans cataplexie.

A ces deux symptômes principaux peuvent s'associer des **hallucinations** (auditives, visuelles, sensitives) désagréables voire terrifiantes lors de l'endormissement ou du réveil, et des **paralysies** à l'endormissement et plus souvent au réveil, le sujet étant conscient mais incapable de bouger pendant quelques minutes.



Enfin, le **sommeil de nuit** est souvent de mauvaise qualité, fragmenté, avec de fréquents éveils et cauchemars. Les patients n'ont pas toujours conscience de leur mauvais sommeil.

Actuellement, il existe dans chaque région de France des centres du sommeil spécialisés dans la prise en charge de la narcolepsie. Les traitements éveillants et la bonne gestion des siestes au cours de la journée permettent de réduire considérablement la somnolence diurne. Les accès de cataplexie sont généralement traités par les antidépresseurs, ou, plus récemment par le gamma OH.

● Les outils simples d'évaluation disponibles

Quels outils simples puis-je utiliser pour une première évaluation de ma vigilance et de mon sommeil ?

Il existe différents tests simples qui permettent d'apprécier une plainte de somnolence et d'orienter le diagnostic en vue d'un traitement. De façon subjective, 2 outils peuvent être utilisés, l'échelle d'Epworth et l'agenda du sommeil. De manière plus objective, l'actimétrie pourra également donner des informations intéressantes.

► **L'échelle de somnolence d'Epworth** est l'un des autoquestionnaires les plus reconnus qui permet de quantifier la somnolence de façon subjective. On vous demande d'évaluer votre risque de somnoler au cours de 8 situations courantes de la vie quotidienne, avec un score allant de 0 (si le risque de s'endormir est inexistant) à 3 (si ce risque est élevé). Le score final au test varie donc de 0 à 24 pour ces 8 situations. On considère qu'un score supérieur à 10 indique une somnolence anormale qu'il faudra explorer. Vous trouverez à la fin de cette brochure un questionnaire d'Epworth à remplir pour évaluer votre somnolence.



► **L'agenda du sommeil** permet d'analyser les habitudes du sommeil sur une période de plusieurs jours, en général sur une durée d'au moins 3 semaines. Les informations ne peuvent être utilisables que si elles sont notées quotidiennement et avec soin. Cependant, l'agenda n'est pas un outil de haute précision. Il est donc inutile, par exemple, de regarder sa montre au cours de la nuit pour le remplir. On demande plutôt une estimation la plus proche possible de la réalité et la plus représentative de vos habitudes de sommeil.

Sur une échelle de temps de 24 heures, il faut indiquer les heures de coucher et d'endormissement, les heures de réveil et de lever, ainsi que les éventuelles périodes de somnolence et de sieste. L'espace correspondant aux moments où l'on a dormi sera hachuré. Il est également demandé de donner une appréciation subjective et personnelle de la qualité de son sommeil et de son éveil, soit en mettant une note de 0 à 10, soit à l'aide d'échelles visuelles analogiques, selon les modèles d'agenda.

► L'**actimétrie** permet l'enregistrement sur de longues périodes de l'activité d'un sujet. L'actimètre est un appareil miniature de la taille d'une montre qui se porte au poignet. Il enregistre de façon continue l'activité globale de la personne et ses mouvements, y compris ceux de très faible intensité, notamment la nuit. Il contient un capteur formé d'une cellule piézo-électrique sensible à l'accélération des mouvements, et un microprocesseur qui permet de stocker les données. Il se porte de jour comme de nuit, 24h/24h, pendant toute la période de l'étude. Généralement, on fait remplir en parallèle un agenda de sommeil.



Cet appareil permet de repérer, de façon plus objective que l'agenda, les horaires d'endormissement et de réveil, et d'apprécier les siestes et les périodes de somnolence ainsi que l'existence d'éveils pendant la nuit. Il donne une idée sur la qualité de la nuit : "nuit tranquille ou agitée". Il permet de suivre les périodes de repos et d'activité et donc d'apprécier votre rythme veille-sommeil. Dans la pratique, pour éviter les mouvements parasites liés à l'activité, on porte l'actimètre au poignet non dominant, c'est-à-dire au poignet gauche pour un droitier et au poignet droit pour un gaucher. On peut le porter à côté de sa montre, il n'y a pas d'interférence. Il n'existe pas non plus de contre-indication si l'on est porteur d'un pacemaker. La plupart du temps, l'actimètre n'est pas résistant à l'eau. Il faut donc l'enlever pendant la douche, le bain et à la piscine. Si vous retirez l'actimètre sur une longue période ou que vous oubliez de le remettre, il faut le préciser sur l'agenda.

Une patiente (Laurence)

“ **C'est très intéressant de découvrir la courbe de son profil d'activité et de repos grâce à l'actimétrie. Effectivement les périodes de creux correspondent bien aux "coups de pompe" et les pics aux moments où l'on est plus actif. J'ai ainsi pu repérer mes heures de meilleure forme entre 17h et 20h, et j'en profite pour régler ce que j'ai à faire à ce moment-là.** ”

● Somnolence = narcolepsie ? Les autres causes de somnolence

Je suis somnolent la journée, suis-je forcément narcoleptique ?



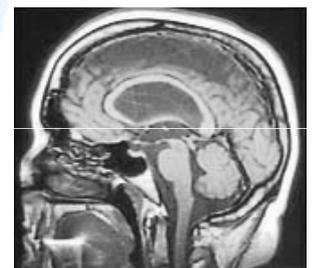
L'actimétrie et l'agenda sont des outils qui vous aideront à mieux connaître vos rythmes et habitudes de sommeil mais qui ne permettent pas de poser un diagnostic de narcolepsie. Pour cela, il faut prendre un rendez-vous de consultation dans un centre du sommeil. Le médecin spécialiste commencera par un interrogatoire précis de vos troubles et un examen clinique. En fonction de cette consultation, il prévoira si nécessaire des examens pour rechercher la cause de cette somnolence et choisir le traitement le plus adapté. En effet, il existe de nombreuses causes de somnolence.

La somnolence peut être spontanée, soit secondaire à une autre maladie, soit en relation avec un trouble de notre horloge biologique (origine circadienne). Elle peut aussi être induite par nos comportements.

■ Voici un tableau qui présente les origines possibles d'une somnolence diurne excessive :

Origine induite	Origine spontanée		
	Origine primaire (pathologies propres au sommeil)	Origine secondaire (autres pathologies)	Origine circadienne
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de sommeil ▪ Alcool ▪ Hypnotiques ▪ Stimulants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Syndrome d'apnées du sommeil ▪ Narcolepsie ▪ Hypersomnie idiopathique ▪ Hypersomnie récurrente (syndrome de Kleine-Levin) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Origine neurologique (accident vasculaire, tumeur cérébrale, maladie de Parkinson ou d'Alzheimer, sclérose en plaques...) ▪ Origine psychiatrique (trouble bipolaire, trouble schizo-affectif, trouble de la personnalité, psychose, troubles anxieux...) ▪ Origine infectieuse (mononucléose infectieuse, encéphalite...) ▪ Origine métabolique (diabète, hypoglycémie, encéphalopathie hépatique, insuffisance rénale...) ▪ Origine endocrinienne (hypothyroïdie, acromégalie, syndrome de Prader-Willi...) ▪ Origine traumatique (traumatisme crânien) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail posté et Travail de nuit ▪ Décalage horaire ▪ Syndrome d'avance ou de retard de phase

Les formes secondaires neurologiques de somnolence excessive sont exceptionnelles. Dans ces cas-là, la somnolence diurne excessive est de gravité variable mais elle n'est pas, la plupart du temps, le symptôme le plus préoccupant. Ainsi, afin d'éliminer une autre pathologie responsable de somnolence, votre médecin pourra demander un scanner ou une IRM cérébrale.



Un patient (Michel)

“ Mes accès de somnolence ont débuté après un traumatisme crânien. J'ai donc fait un bilan sanguin et une IRM en plus du bilan de sommeil pour la narcolepsie (polysomnographie et tests de latence d'endormissement). D'après les médecins, il existe une relation de cause à effet entre les deux, et mon hypersomnie serait secondaire au traumatisme crânien. ”

● Les outils disponibles pour diagnostiquer et/ou suivre un patient narcoleptique

Comment peut-on étudier mon sommeil de façon objective ?

L'examen complémentaire le plus utilisé pour poser un diagnostic de narcolepsie est la **polysomnographie (PSG)** qui permet d'analyser objectivement votre sommeil. Il s'agit d'enregistrer au cours d'une nuit ou sur 24 heures, dans un laboratoire de sommeil ou en ambulatoire (à domicile), différents paramètres du sommeil. Cet enregistrement complet du sommeil est indolore, non invasif et ne nécessite pas de piqûre. Les électrodes d'enregistrement sont fixées grâce à une pâte collante.



La PSG comprend :

- Tout d'abord, l'**électroencéphalogramme (EEG)**, qui est l'enregistrement électrique de l'activité du cerveau grâce à des électrodes collées sur le cuir chevelu. Il permet de déterminer la structure du sommeil et d'en identifier les différents stades.
- L'**électro-oculogramme (EOG)**, qui enregistre les mouvements des yeux avec des électrodes positionnées près des yeux. Ce paramètre aide également à déterminer les stades de sommeil, et notamment celui du sommeil paradoxal pendant lequel les yeux ont une activité importante et très caractéristique : les mouvements oculaires rapides.
- L'**électromyogramme (EMG)**, qui mesure l'activité musculaire. On enregistre préférentiellement cette activité musculaire à 2 endroits différents : au niveau du menton, car la disparition du tonus musculaire du menton est également caractéristique du sommeil paradoxal, et au niveau des jambes afin de dépister l'existence éventuelle de mouvements des jambes répétés régulièrement durant le sommeil.

Ensuite, d'autres paramètres sont fréquemment enregistrés comme :

- La **respiration** : elle se fait sans électrode mais avec divers capteurs qui enregistrent :
 - le flux nasal à l'aide d'une canule nasale qui mesure la respiration des voies aériennes supérieures,
 - les sons émis lors du sommeil (ronflements) grâce à un microphone collé au niveau du cou,
 - les efforts respiratoires au niveau de la cage thoracique et du muscle du diaphragme, à l'aide de sangles extensibles placées autour du thorax et de l'abdomen,
 - l'oxygénation du sang grâce à un oxymètre placé au bout de l'index sur l'ongle.
- La **fonction cardiaque** par l'intermédiaire d'électrodes d'électrocardiogramme collées sur le thorax, ce qui permet de détecter des variations du rythme cardiaque.





Comme conseils pratiques pour cet examen, il est recommandé : de faire un dîner léger sans alcool, d'apporter vos médicaments habituels, y compris les somnifères, ainsi que vos affaires de toilette, de vous munir d'une tenue de nuit pratique et ample (en particulier un tee-shirt et un pantalon, pour faciliter la pose du capteur jambier, ainsi qu'un vêtement s'ouvrant sur le devant type gilet, chemise...), et d'éviter d'utiliser des produits capillaires (laque, gel...) et des corps gras sur le corps (crème, gel de douche...) le jour de votre examen pour ne pas gêner la pose des électrodes d'enregistrement.

Le lendemain, après l'enregistrement, les électrodes seront décollées par le technicien à l'aide d'eau chaude et de compresses.

Si le médecin décide que l'enregistrement se fera à la maison, vous devrez quand même venir au laboratoire du sommeil pour que les techniciens posent tous les capteurs pour enregistrer la nuit suivante. Il est conseillé d'apporter un chapeau (casquette, bonnet ou foulard) pour "camoufler" les différentes électrodes le temps de rentrer chez soi. Vous repartirez avec le boîtier d'enregistrement et vous rapporterez le tout le lendemain matin au laboratoire. Ces nombreux capteurs sur votre corps peuvent limiter un peu vos mouvements mais ils ne doivent pas vous empêcher de dormir.



Une patiente (Sylviane)

“ J'étais très inquiète de faire ces tests. Je craignais de ne pas arriver à dormir avec tous ces fils d'enregistrement et ce matériel électrique, mais en fait l'examen s'est très bien passé. ”

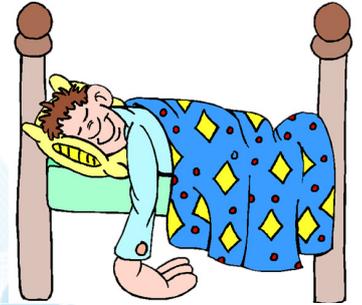
Un patient (Mathieu)

“ J'étais très heureux de pouvoir enfin faire une analyse de mon sommeil et tout s'est très bien déroulé. Je suis passé au laboratoire du sommeil pour qu'on me pose les électrodes et j'ai fait l'enregistrement à domicile, ce qui est bien pratique. En plus, c'est un examen totalement indolore et sans risque ! ”

Quel moyen objectif peut-on utiliser pour tester ma somnolence ?

Une fois que le sommeil a été exploré grâce à une polysomnographie (PSG), il faut également évaluer la somnolence diurne. Celle-ci peut être appréciée en réalisant un **Test Itératif de Latence d'Endormissement (TILE)**.

Le TILE a pour objectif de mesurer la tendance à s'endormir en journée et en condition de laboratoire de sommeil, c'est-à-dire allongé dans un lit, au calme, dans l'obscurité, comme pour faire la sieste. Ces "siestes" sont réalisées de jour, à horaires fixes, et l'on recherchera la présence d'endormissements rapides et anormaux en sommeil paradoxal. Ce test est basé sur le principe selon lequel plus une personne est somnolente, plus elle s'endort rapidement. On utilise les mêmes capteurs d'enregistrement que pour la polysomnographie.



L'examen a lieu au cours d'une journée, dans un laboratoire de sommeil, en principe après l'enregistrement polysomnographique de nuit. Au total, 4 à 5 tests de 20 minutes chacun seront pratiqués dans la même journée, à raison d'un toutes les 2 heures. La consigne donnée au patient est de s'allonger calmement, de fermer les yeux et d'essayer de dormir, sans lutter contre le sommeil. Parmi les recommandations pour le bon déroulement de l'examen, il est conseillé : d'emporter de la lecture que vous pourrez faire entre les tests et vos traitements usuels, de vous munir d'une tenue pratique et ample et d'éviter d'utiliser des produits capillaires et des corps gras sur le corps le jour de votre examen comme pour la PSG.

Le premier test est réalisé le matin, au moins 1h30 après le réveil spontané. Il faut arrêter de fumer 30 minutes avant le début du test. Une fois la lumière éteinte, on laissera s'écouler 20 minutes avant de terminer le test si le sujet ne s'endort pas. En revanche, s'il s'endort, on le laisse dormir 15 minutes puis on le réveille. Au total, la durée du test varie de 20 minutes (si pas d'endormissement) à un maximum de 34 minutes (en cas d'endormissement à la 19^{ème} minute du test).



Le technicien assure le bon déroulement des tests et note le début du test. Puis, seront pris en compte le moment de l'endormissement éventuel et le stade de sommeil. En cas d'endormissement, on notera le temps mis à s'endormir, c'est-à-dire la latence d'endormissement. Si le sujet ne s'endort pas lors d'une session, une latence arbitraire de 20 minutes sera retenue pour cette session. Puis, on fera la moyenne des latences des 4 ou 5 "siestes" de la journée pour avoir une latence moyenne d'endormissement. Entre 2 tests, le sujet ne doit pas dormir mais des activités telles que lecture, promenade et conversations sont possibles.

Un sujet normal peut s'endormir en 15 à 20 minutes au cours des sessions ce qui signifie qu'un endormissement n'est pas forcément la preuve irréfutable d'une pathologie. On admet généralement qu'une latence moyenne d'endormissement comprise entre 10 et 20 minutes est normale. En revanche, si elle est inférieure à 8 minutes, elle indique l'existence d'une somnolence diurne pathologique. Si la latence est inférieure à 5 minutes, la somnolence est sévère.

On cherche également au cours de ces tests la survenue de sommeil paradoxal. La présence de sommeil paradoxal à plus d'1 test au cours de la journée est anormale.

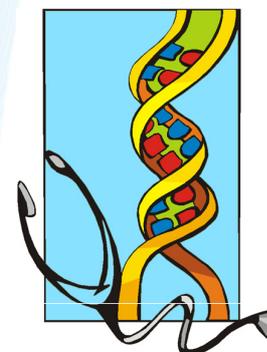
Une patiente (Ariane)

“ **Avant de faire mes examens de sommeil, j'avais fait beaucoup de recherches sur Internet sur la narcolepsie et l'hypersomnie et j'étais persuadée que les examens ne confirmeraient pas ces maladies. Lorsqu'on m'a annoncé que les résultats des examens étaient en faveur d'une narcolepsie, j'étais plutôt soulagée de pouvoir mettre un nom sur mes symptômes.** ”

Existe-t-il des tests génétiques pour le diagnostic de la narcolepsie ?

Pour confirmer un diagnostic de narcolepsie, le médecin peut demander un **typage HLA II** par biologie moléculaire.

On a remarqué que la majorité (98%) des personnes atteintes de narcolepsie-cataplexie sont de groupe **HLA DR15 DQB1*0602**. Ce système HLA (pour l'anglais *Human Leukocyte Antigen*) est le principal système de groupe tissulaire chez l'homme, situé sur le chromosome 6. Ces groupes jouent un rôle essentiel dans la défense de l'organisme en contrôlant le système immunitaire. Ils sont impliqués dans la compatibilité entre tissus.



Le fait de posséder certaines particularités génétiques comme le typage HLA DR15 DQB1 0602 augmente la probabilité de la maladie (prédisposition génétique). Mais la présence de ce facteur ne permet en aucun cas d'affirmer le diagnostic. En effet, ce test est spécifique mais non sensible puisque plus de 20% de la population française possède ce typage sans toutefois être atteinte de cette pathologie.

Pour réaliser ce test coûteux, le médecin prescrira une prise de sang. Cet examen n'est pas indispensable au diagnostic de la narcolepsie et ne figure pas dans les critères internationaux de ce diagnostic. Néanmoins, il est utile, notamment dans les formes atypiques de narcolepsie, lorsque les critères cliniques ne sont pas évidents (somnolence sans accès de sommeil, cataplexies peu évidentes ou absentes) ou lorsque les critères objectifs de la PSG et du TILE ne sont pas présents.

Dans certains centres, le groupage HLA est systématiquement demandé pour les patients narcoleptiques, dans un but de recherche. En l'absence de ce typage particulier, il faudra alors la présence de critères cliniques incontestables pour retenir le diagnostic de narcolepsie.

Une patiente (Marie-Claire)

“ Lorsque le médecin m'a annoncé que mon groupe était celui des narcoleptiques, je lui ai demandé s'il y avait un risque pour mes enfants. Mais il m'a répondu que ce groupe était un signe mais en aucun cas une anomalie génétique. ”

Peut-on réaliser d'autres dosages biologiques ?

Dans certains cas, soit de doute diagnostique soit dans le cadre de protocoles de recherche clinique, il est possible de réaliser un **dosage de l'hypocrétine ou orexine**. Il consiste en une analyse du liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire (prélèvement à l'aide d'une ponction entre 2 vertèbres du liquide entourant la moelle). Ce n'est donc pas un examen courant. Ce dosage coûteux n'est pas réalisé en pratique clinique mais plutôt dans le cadre de protocoles de recherche.

Ce test est hautement spécifique chez les narcoleptiques avec cataplexie chez qui le taux d'hypocrétine est fortement diminué. L'orexine est un neurotransmetteur fabriqué par notre cerveau. Grâce à des études sur des chiens narcoleptiques, on a montré qu'il existait chez ceux-ci une raréfaction des neurones cérébraux qui produisent cette molécule, ce qui entraîne une baisse de sa fabrication. On remarque que le taux d'hypocrétine est diminué voire effondré chez les sujets atteints de narcolepsie avec cataplexie alors que cette baisse est relativement rare si les patients n'ont pas de cataplexie.



Comment savoir si mon traitement contre la somnolence est assez efficace ?



Le Test de Maintien d'Éveil (TME) est utilisé lorsque l'on veut tester l'aptitude à rester éveillé. Cet examen ressemble au TILE mais au lieu de chercher à s'endormir, le sujet doit garder les yeux ouverts et rester éveillé, malgré des conditions propices au sommeil. Cet examen ne sert pas à faire le diagnostic de narcolepsie mais à tester l'efficacité du traitement contre la somnolence diurne excessive et à apprécier la capacité à lutter contre cette somnolence. Ce test présente des applications en médecine du travail pour aider le médecin à évaluer la vigilance de personnes occupant un poste de sécurité. Il est aussi utilisé dans l'évaluation de la vigilance pour l'aptitude à la conduite automobile.

Comme pour le TILE, il s'agit d'un enregistrement polysomnographique qui s'effectue de jour au centre du sommeil. Au lieu d'être allongé sur un lit comme lors d'un TILE, le sujet est assis confortablement dans un lit, au calme, dos et tête appuyés sur des oreillers, ou bien dans un fauteuil à haut dossier ou avec un appui-tête, de sorte que la tête puisse être appuyée confortablement. Une lumière de faible intensité éclaire la pièce où se déroule le test. Les recommandations pratiques sont les mêmes que pour le TILE : emporter de la lecture et les traitements usuels, se munir d'une tenue pratique et ample, éviter d'utiliser des produits capillaires et des corps gras sur le corps le jour de l'examen.

Le test consiste en 4 à 5 sessions de 40 minutes chacune, toutes les 2 heures. La consigne est de tout faire pour "rester éveillé" et résister au sommeil. On doit cependant rester assis, calmement, pendant toute la durée du test, sans procéder à des manœuvres particulières pour se maintenir éveillé. Tout comme pour le TILE, il ne faut pas dormir entre 2 tests, et des activités telles que lecture ou promenades sont autorisées. Il est recommandé de limiter au maximum la prise d'excitants (café, thé, colas, tabac...) pendant la journée.



Si le sujet ne s'endort pas, le test est arrêté au bout de 40 minutes. Si le sujet s'endort, le test est arrêté. On fera aussi la moyenne des latences d'endormissement des différents tests sur la journée et on surveillera le stade de sommeil présent en cas d'endormissement.

Dans de telles conditions, les personnes qui sont somnolentes s'endorment rapidement en quelques minutes tandis que les sujets normalement vigilants n'ont pas de problème majeur à rester éveillés. La latence moyenne d'endormissement chez ces sujets est de $35,2 \pm 7,9$ minutes, avec une limite inférieure de 19,4 minutes.



Dans le cadre d'une aptitude à la conduite automobile, des tests "parfaits" avec l'absence d'endormissement à chacun des tests sont nécessaires. Il est donc demandé d'avoir une latence moyenne d'endormissement de 40 minutes (qui correspond en fait à l'absence d'endormissement au cours des 40 minutes de test).

Une patiente (Brigitte)

“ Depuis que ma narcolepsie a été diagnostiquée, j'ai pratiquement arrêté de conduire. Je voudrais organiser ma vie pour ne plus avoir besoin de voiture. Toutefois, les rares fois où je dois conduire, je fais très attention, ne fais que de petits trajets et m'arrête régulièrement pour me reposer. ”

Un patient (Philippe)

“ Je suis commercial et je me déplace souvent en voiture pour mon travail. Lorsque j'ai été traité pour ma narcolepsie, j'ai ensuite fait un test d'éveil pour passer devant la Commission des permis de conduire. Mon permis m'a été renouvelé pour 1 an. ”

● Echelle de somnolence d'Epworth à remplir

Situation	Probabilité de s'endormir			
	Aucune = (0)	Faible = (1)	Moyenne = (2)	Forte = (3)
▶ Assis en train de lire	0	1	2	3
▶ En train de regarder la télévision	0	1	2	3
▶ Assis, inactif dans un endroit public (au théâtre, en réunion...)	0	1	2	3
▶ Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
▶ Allongé l'après-midi pour se reposer quand les circonstances le permettent	0	1	2	3
▶ Assis en train de parler avec quelqu'un	0	1	2	3
▶ Assis calmement après un repas sans alcool	0	1	2	3
▶ Dans une voiture immobilisée quelques minutes dans un embouteillage	0	1	2	3
			Votre score	

(0) = ne somnolerait jamais

(2) = chance moyenne de s'endormir

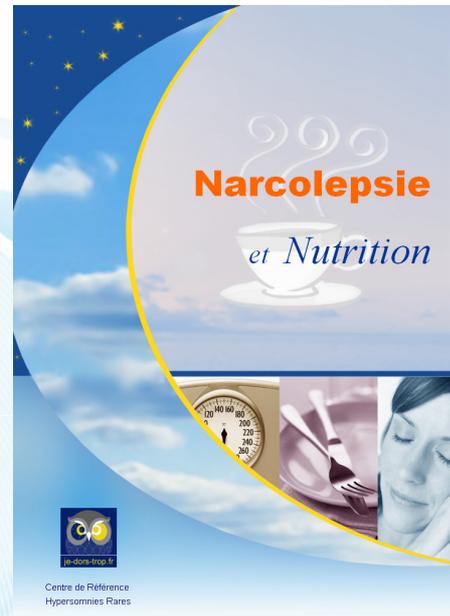
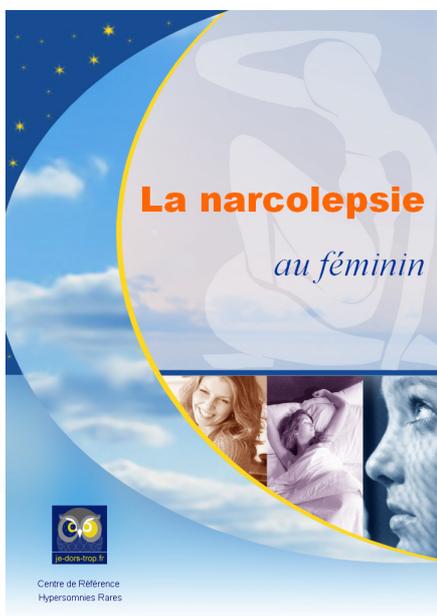
(1) = faible chance de s'endormir

(3) = forte chance de s'endormir

- Si vous avez un score compris entre 0 et 10 , vous êtes dans les limites de la normale.
- Si vous avez un score compris entre 11 et 16 , vous êtes anormalement somnolent. Vous devez consulter votre médecin.
- Si vous avez un score compris entre 17 et 24 , vous êtes très somnolent. Vous devriez rapidement consulter votre médecin et ne pas conduire.



Dans la même collection :



Pour commander ces brochures, merci de contacter le secrétariat du
Centre du Sommeil et de la Vigilance de l'Hôtel-Dieu de Paris
au 01 42 34 82 43

Pour toute information concernant la maladie, consultez :

- Le site "Orphanet" : www.orpha.net
 - Rubrique "**Narcolepsie et cataplexie**"
 - Rubrique "**Urgence et maladie rare**"
- Le site destiné aux patients et aux professionnels de santé : www.je-dors-trop.fr
- Le site de l'Association Narcolepsie-Cataplexie et de l'hypersomnie (ANC) :
www.anc-narcolepsie.com



Centre de Référence
Hypersomnies Rares