

PDF GRATUIT - 7 JOURS

Journal du sommeil

Observez vos habitudes sans vous juger, puis choisissez une seule amélioration réaliste.

Avant de commencer

Remplissez le journal au réveil. Une estimation suffit : l'objectif est de repérer des tendances, pas de mesurer chaque minute.

1

Le matin

Notez la nuit passée en 2 à 3 minutes.

2

Pendant 7 jours

Gardez le même niveau de détail, week-end compris.

3

À la fin

Repérez un motif et choisissez une seule action à tester.

Le bon réflexe

Évitez de regarder l'heure à chaque réveil nocturne : notez vos estimations le lendemain matin.

Prénom (facultatif) _____

Semaine du _____

Outil d'observation uniquement. Il ne remplace pas un avis médical.

Jours 1 à 4

Écrivez des estimations simples. 1 = très mauvais/faible, 5 = excellent/élevé.

JOUR 1

Date _____

Couché(e) à _____

Essai de sommeil à _____

Réveil final à _____

Levé(e) à _____

Endormissement estimé (min) _____

Éveil nocturne total (min) _____

Sommeil total estimé _____

Sieste (heure + durée) _____

Qualité ① ② ③ ④ ⑤

Énergie ① ② ③ ④ ⑤

Facteurs possibles

☐ Caféine

☐ Alcool

☐ Écrans

☐ Sport

☐ Stress

☐ Douleur

Note _____

JOUR 2

Date _____

Couché(e) à _____

Essai de sommeil à _____

Réveil final à _____

Levé(e) à _____

Endormissement estimé (min) _____

Éveil nocturne total (min) _____

Sommeil total estimé _____

Sieste (heure + durée) _____

Qualité ① ② ③ ④ ⑤

Énergie ① ② ③ ④ ⑤

Facteurs possibles

☐ Caféine

☐ Alcool

☐ Écrans

☐ Sport

☐ Stress

☐ Douleur

Note _____

JOUR 3

Date _____

Couché(e) à _____

Essai de sommeil à _____

Réveil final à _____

Levé(e) à _____

Endormissement estimé (min) _____

Éveil nocturne total (min) _____

Sommeil total estimé _____

Sieste (heure + durée) _____

Qualité ① ② ③ ④ ⑤

Énergie ① ② ③ ④ ⑤

Facteurs possibles

☐ Caféine

☐ Alcool

☐ Écrans

☐ Sport

☐ Stress

☐ Douleur

Note _____

JOUR 4

Date _____

Couché(e) à _____

Essai de sommeil à _____

Réveil final à _____

Levé(e) à _____

Endormissement estimé (min) _____

Éveil nocturne total (min) _____

Sommeil total estimé _____

Sieste (heure + durée) _____

Qualité ① ② ③ ④ ⑤

Énergie ① ② ③ ④ ⑤

Facteurs possibles

☐ Caféine

☐ Alcool

☐ Écrans

☐ Sport

☐ Stress

☐ Douleur

Note _____

Jours 5 à 7

Qualité/énergie : 1 faible, 5 élevée. Somnolence : 1 faible, 5 forte.

JOUR 5

Date _____

Couché(e) à _____ Essai de sommeil à _____ Réveil final à _____

Levé(e) à _____ Endormissement (min) _____ Éveil nocturne total _____

Sommeil estimé _____ Sieste (heure + durée) _____ Nombre de réveils _____

Qualité ① ② ③ ④ ⑤

Énergie ① ② ③ ④ ⑤

Somnolence ① ② ③ ④ ⑤

Facteurs ☐ Caféine ☐ Alcool ☐ Écrans ☐ Sport ☐ Stress ☐ Douleur ☐ Bruit ☐ Chaleur

Note _____

JOUR 6

Date _____

Couché(e) à _____ Essai de sommeil à _____ Réveil final à _____

Levé(e) à _____ Endormissement (min) _____ Éveil nocturne total _____

Sommeil estimé _____ Sieste (heure + durée) _____ Nombre de réveils _____

Qualité ① ② ③ ④ ⑤

Énergie ① ② ③ ④ ⑤

Somnolence ① ② ③ ④ ⑤

Facteurs ☐ Caféine ☐ Alcool ☐ Écrans ☐ Sport ☐ Stress ☐ Douleur ☐ Bruit ☐ Chaleur

Note _____

JOUR 7

Date _____

Couché(e) à _____ Essai de sommeil à _____ Réveil final à _____

Levé(e) à _____ Endormissement (min) _____ Éveil nocturne total _____

Sommeil estimé _____ Sieste (heure + durée) _____ Nombre de réveils _____

Qualité ① ② ③ ④ ⑤

Énergie ① ② ③ ④ ⑤

Somnolence ① ② ③ ④ ⑤

Facteurs ☐ Caféine ☐ Alcool ☐ Écrans ☐ Sport ☐ Stress ☐ Douleur ☐ Bruit ☐ Chaleur

Note _____

Votre bilan de semaine

Cherchez une tendance utile, pas une explication parfaite. Comparez surtout les jours entre eux.

COUCHER MOYEN

 heure

LEVER MOYEN

 heure

SOMMEIL MOYEN

 h / nuit

QUALITÉ MOYENNE

 sur 5

Repérez vos tendances

Mes horaires étaient assez réguliers.	☐ Oui	☐ Non
Mes nuits difficiles partageaient un facteur commun.	☐ Oui	☐ Non
Une sieste tardive ou longue a précédé une nuit difficile.	☐ Oui	☐ Non
Les réveils nocturnes se répètent à des heures proches.	☐ Oui	☐ Non
Mon énergie suit globalement ma qualité de sommeil.	☐ Oui	☐ Non

Une seule action à tester la semaine prochaine

Choisissez la plus simple à tenir pendant 7 jours.

☐ Heure de lever stable
 ☐ Caféine plus tôt
 ☐ Écrans réduits le soir
 ☐ Sieste ajustée

Mon action

Quand en parler à un professionnel de santé ?

Si les difficultés durent plusieurs semaines, perturbent nettement vos journées, ou s'accompagnent de ronflements forts, de pauses respiratoires observées ou d'une somnolence marquée.

En cas de somnolence au volant : ne conduisez pas et demandez un avis médical.

Sources

Assurance Maladie, Insomnie de l'adulte : consultation et bilan médical, 14 janvier 2026.

ameli.fr/assure/sante/themes/insomnie-adulte/diagnostic-evolution

Oxford University Hospitals, Sleep Diary. ouh.nhs.uk/media/dqpr4p4/sleepdiary.pdf

Haute Autorité de santé, Agenda sommeil-éveil - fiche mémo. has-sante.fr/jcms/c_2038617/fr/agenda-sommeil-eveil-fiche-memo

Ce document aide à observer des habitudes. Il ne permet pas de diagnostiquer un trouble du sommeil.