SommeilZen

CADEAU GRATUIT · À IMPRIMER

Mon journal de sommeil
14 jours



Deux minutes par jour pour observer vos nuits, repérer ce qui les aide ou les abîme, et en parler clairement à votre médecin si besoin.

GRATUIT · IMPRIMABLE

Édition novembre 2026
sommeilzen.fr

Avant de commencer

Ce guide ne remplace pas l'avis d'un professionnel de santé.

Il donne des repères généraux sur le sommeil, issus de sources publiques (INSV, Santé publique France, HAS, Assurance maladie…). Il ne pose aucun diagnostic et ne propose aucun traitement. Si vos troubles du sommeil durent, s'aggravent, ou s'accompagnent de somnolence dans la journée, de ronflements avec pauses respiratoires, de douleurs ou d'un mal-être, parlez-en à votre médecin. En cas d'urgence, appelez le 15 ou le 112.

Les informations ont été vérifiées sur les sources listées en fin de guide (consultées le 08/11/2026). Les recommandations peuvent évoluer : en cas de doute, la parole de votre médecin prime. Aucun résultat n'est garanti : chaque dormeur est différent.

Édition novembre 2026 · Éditeur : Vistaro · L'équipe SommeilZen · sommeilzen.fr

Sommaire

1 **Le mode d'emploi** 3
Pourquoi tenir un journal de sommeil ? 3
Les 6 règles pour qu'il soit utile 3
Les mots du journal 4
Les calculs (à faire à la fin, pas la nuit) 5
2 **Le journal : jours 1 à 14** 6
3 **Mon bilan des 14 jours** 13
4 **Après les 14 jours** 14
Sources, liens utiles et licence 15

CHAPITRE 1

Le mode d'emploi

1

Deux semaines, deux minutes par jour. Un journal de sommeil ne sert pas à « bien faire » : il sert à voir clair. C'est l'outil de base utilisé en consultation pour comprendre une plainte de sommeil.

Pourquoi tenir un journal de sommeil ?

Nos souvenirs de nuits sont trompeurs : une seule mauvaise nuit marque plus que cinq nuits correctes, et l'on surestime souvent la durée des réveils nocturnes. Noter ses nuits pendant une à deux semaines permet de remplacer l'impression par des repères : à quelle heure je me couche vraiment, combien de temps je passe au lit sans dormir, ce qui précède mes « mauvaises » nuits.

La recommandation française sur la prise en charge de l'insomnie en médecine générale (SFTG/HAS, 2006) décrit cet **agenda du sommeil** comme un outil d'auto-évaluation à tenir sur **une à deux semaines**, idéalement sur une période de travail suivie d'une période de repos. Il permet d'estimer le délai d'endormissement, le temps de sommeil total et l'efficacité du sommeil. Il ne renseigne pas sur les cycles ou les stades du sommeil : seuls des examens réalisés à la demande d'un médecin le peuvent.

14 jours
La durée de ce journal : assez pour voir des tendances, semaine et week-end compris.

2 min
Le temps de remplissage par jour : 1 minute le soir, 1 minute le matin.

0
Calcul à faire la nuit. Ne regardez pas l'heure : notez au réveil, de mémoire.

Les 6 règles pour qu'il soit utile

1. **Remplissez le matin, de mémoire.** Une estimation suffit (« environ 30 min pour m'endormir »). Ne vérifiez pas l'heure pendant la nuit : regarder le réveil entretient l'éveil.
2. **Complétez le soir la partie « journée ».** Caféine, sieste, sport, écrans : notez juste la dernière heure, pas les quantités au gramme près.
3. **Ne changez rien la première semaine.** Le but est d'abord d'observer vos habitudes réelles, pas celles que vous aimeriez avoir.
4. **Notez aussi les jours « sans ».** Un week-end, une soirée, une nuit chez des amis : ce sont souvent eux qui expliquent le reste.
5. **Soyez factuel, pas sévère.** Il n'y a ni bonne ni mauvaise note. Un journal honnête vaut mieux qu'un journal parfait.

6 **Gardez-le près du lit, avec un stylo.** Version papier (pages suivantes) ou version tableur (fichier .xlsx fourni) : choisissez celle que vous tiendrez vraiment.

> **! Ce journal n'est pas un diagnostic**
>
> Il vous aide à décrire vos nuits, à vous et à votre médecin. Si vous constatez des difficultés de sommeil au moins 3 nuits par semaine depuis plusieurs semaines, une somnolence dangereuse (au volant notamment), ou si votre entourage remarque des pauses respiratoires pendant votre sommeil, consultez sans attendre la fin des 14 jours.

Les mots du journal

Terme	Ce que vous notez	Pourquoi c'est utile
Couché(e) à	L'heure où vous vous mettez au lit, même pour lire.	Point de départ du « temps passé au lit ».
Lumière éteinte à	L'heure où vous essayez vraiment de dormir.	Point de départ de l'endormissement.
Endormi(e) en	Une estimation, en minutes.	Repère du délai d'endormissement (latence).
Réveils	Nombre et durée totale approximative.	Les éveils de quelques secondes passent souvent inaperçus : notez ceux dont vous vous souvenez.
Réveil définitif	Le moment où la nuit est finie pour vous.	Distingue un réveil précoce d'une grasse matinée.
Levé(e) à	L'heure où vous sortez du lit.	Fin du temps passé au lit.
Qualité / forme	Une note de 1 à 10.	Votre ressenti compte autant que les heures.

Les calculs (à faire à la fin, pas la nuit)

À la fin de chaque semaine, ou à la fin des 14 jours, vous pouvez calculer trois repères. Le tableur fourni les calcule automatiquement.

Repère	Calcul	Exemple
Temps passé au lit	Heure de lever − heure de coucher	Couché 23 h 00, levé 7 h 00 → **8 h**
Temps de sommeil estimé	(Réveil définitif − extinction) − temps pour s'endormir − durée des réveils	Extinction 23 h 15, réveil 6 h 45 = 7 h 30 ; − 25 min − 20 min → **6 h 45**
Efficacité du sommeil	Temps de sommeil ÷ temps passé au lit × 100	6 h 45 ÷ 8 h × 100 → **84 %**

Comment lire l'efficacité ?

C'est la part du temps passé au lit pendant laquelle vous dormez. Les thérapies comportementales de l'insomnie s'appuient sur ce repère : la recommandation SFTG/HAS de 2006 cite par exemple un objectif d'au moins 85 % dans la technique dite de « restriction du temps passé au lit ». **Cette technique ne s'improvise pas** : elle se pratique avec un professionnel (elle peut augmenter la somnolence au début). Ici, le chiffre sert seulement à observer une tendance et à en parler.

Exemple de journée remplie (exemple fictif)

Le soir
Couchée à 22 h 50 · lumière éteinte à 23 h 15
Dernier écran : 23 h 10 (téléphone au lit)
Dernière caféine : 16 h 30 (thé) · alcool : non
Sport : marche le midi · sieste : non

Le matin
Endormie en ~ 40 min · 2 réveils, ~ 25 min au total
Réveil définitif 6 h 30 · levée 7 h 05
Qualité de la nuit : 5/10 · forme : 6/10
Note : réunion stressante le lendemain, pensées qui tournent.

Lecture : 8 h 15 au lit, environ 6 h 10 de sommeil estimé, efficacité ≈ 75 %. Ce qui ressort : écran au lit juste avant l'extinction et ruminations. Une seule nuit ne dit rien ; c'est la répétition sur 14 jours qui compte.

Astuce

Surlignez dans une couleur les nuits notées 7/10 ou plus, dans une autre celles à 4/10 ou moins. En fin de période, comparez ce qui s'est passé la veille de chaque groupe : heure de coucher, écrans, sport, caféine, stress.

Mon journal de sommeil

Jour 1

Date : _____ / _____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Jour 2

Date : _____ / _____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Mon journal de sommeil

Jour 3

Date : ____ / ____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Jour 4

Date : ____ / ____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Mon journal de sommeil

Jour 5

Date : ____ / ____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Jour 6

Date : ____ / ____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Mon journal de sommeil

Jour 7

Date : ____ / ____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Jour 8

Date : ____ / ____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Mon journal de sommeil

Jour 9

Date : ____ / ____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Jour 10

Date : ____ / ____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Mon journal de sommeil

Jour 11

Date : _____ / _____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Jour 12

Date : _____ / _____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forme dans la journée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Mon journal de sommeil

Jour 13

Date : ____ / ____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Forme dans la journée (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

Jour 14

Date : ____ / ____ / _____ Jour travaillé ☐ Repos ☐

LE SOIR (AVANT DE DORMIR)

Couché(e) à _____

Lumière éteinte à _____

Dernier écran à _____

Dernière caféine à _____

Alcool non ☐ oui ☐

Sport matin ☐ après-midi ☐ soir ☐

Sieste (heure et durée) _____

LE MATIN (DE MÉMOIRE, SANS CALCUL)

Endormi(e) en (min environ) _____

Réveils : nombre / durée totale _____

Réveil définitif à _____

Levé(e) à _____

Qualité de la nuit (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Forme dans la journée (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Notes (stress, douleur, bruit, chaleur, médicament pris sur prescription, règles…) _____

SommeilZen

Mon bilan des 14 jours

À remplir à la fin
ou avec le tableur fourni

Jour	Temps au lit	Endormi en	Éveils (durée)	Sommeil estimé	Efficacité %	Qualité /10	Forme /10
J1							
J2							
J3							
J4							
J5							
J6							
J7							
J8							
J9							
J10							
J11							
J12							
J13							
J14							
Moy.							

CE QUI PRÉCÈDE MES MEILLEURES NUITS

CE QUI PRÉCÈDE MES NUITS DIFFICILES

MES QUESTIONS POUR MON MÉDECIN (SI BESOIN)

CHAPITRE 4

Après les 14 jours

4

Vous avez maintenant une photo de vos nuits. Trois cas de figure.

TOUT VA PLUTÔT BIEN

Nuits globalement réparatrices, forme correcte : gardez vos horaires réguliers et refaites un journal en cas de changement (nouveau travail, naissance, déménagement).

DES HABITUDES À REVOIR

Écrans tardifs, horaires irréguliers, caféine l'après-midi, chambre trop chaude : ce sont des leviers que vous pouvez travailler vous-même, pas à pas.

DES SIGNES À MONTRER

Apportez ce journal à votre médecin : il lui fera gagner du temps et vous aidera à décrire précisément ce que vous vivez.

! Consultez votre médecin si…

- les difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e) reviennent au moins 3 nuits par semaine depuis plus de 3 mois (c'est la définition de l'insomnie chronique donnée par le portail public Santé.fr) — ou plus tôt si elles vous pèsent ;
- vous luttez contre le sommeil dans la journée, surtout au volant ;
- on vous signale des ronflements forts avec des pauses respiratoires, ou vous vous réveillez avec des maux de tête, la bouche sèche ;
- vous ressentez des impatiences ou des besoins de bouger les jambes le soir ;
- votre moral, votre anxiété ou une douleur vous empêchent de dormir.

Ne prenez pas de somnifère ni de complément « pour dormir » sans avis médical ou pharmaceutique.

Pour la suite, notre programme **« 21 jours pour mieux dormir »** reprend ce journal et vous guide jour après jour sur la régularité, la lumière, les écrans, la routine du soir et la chambre. Le calculateur de cycles du site et nos guides gratuits sont aussi là pour vous aider.

POUR FINIR

Sources, liens utiles et licence

Sources consultées le 08/11/2026

1. SFTG / HAS — Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale (recommandations, décembre 2006) — https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf
2. Santé.fr — Insomnie — https://www.sante.fr/insomnie
3. VIDAL — Insomnie de l'adulte : prise en charge (mise à jour avril 2025) — https://www.vidal.fr/recommandations/1619/insomnie_de_l_adulte/prise_en_charge
4. Santé publique France — Sommeil : données — https://www.santepubliquefrance.fr/sommeil/donnees
5. HAS — Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? (juillet 2024) — https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/bum_bzd_insomnie_11_07_24_vf.pdf

Pour aller plus loin sur sommeilzen.fr

- Calculateur de cycles de sommeil
  sommeilzen.fr/outils/calculateur-cycles-sommeil
- Trackers, applications et journal de sommeil
  sommeilzen.fr/guides-sommeil/trackers-applications-et-journal-de-sommeil
- Insomnie : comprendre et se faire aider
  sommeilzen.fr/guides-sommeil/insomnie-comprendre-et-se-faire-aider
- Fatigue, somnolence : quand consulter
  sommeilzen.fr/guides-sommeil/fatigue-somnolence-quand-consulter
- Routine du soir et régularité
  sommeilzen.fr/guides-sommeil/routine-du-soir-et-regularite

Les autres guides SommeilZen

Chaque guide approfondit un aspect du sommeil, avec fiches à imprimer et checklists. Retrouvez-les sur sommeilzen.fr.

21 jours pour mieux dormir
Routine du soir, chambre, lumière, écrans, rythme, journal
14 €

Choisir son matelas et son oreiller
Selon sa position et sa morphologie
9 €

La chambre idéale
Lumière, bruit, température, literie + checklist
9 €

Dormir avec un bébé, un ronfleur ou en décalage horaire
Trois situations, des solutions concrètes
7 €

Pack Sommeil
Les 4 guides réunis
29 €

Licence d'utilisation. Ce guide est réservé à l'usage personnel de son acheteur. Vous pouvez l'imprimer pour vous-même et votre foyer. Toute revente, diffusion, mise en ligne, copie ou partage, même gratuit, est interdite. Les marques citées appartiennent à leurs propriétaires respectifs ; aucune n'a financé ce guide.
Édition : novembre 2026 · **Éditeur** : Vistaro · **Contact** : vistarofr@gmail.com · © 2026 SommeilZen — L'équipe SommeilZen.