

Index de sévérité de l'insomnie

Consignes de passation :

Pour chacune des questions, veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse.

| 1. Veuillez estimer la SÉVÉRITÉ actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil : | | | | | |
|--|-------------|-------------|--------------|-----------|------------------|
| a. Difficultés à s'endormir : | Aucune 0 | Légère 1 | Moyenne 2 | Très 3 | Extrêmement 4 |
| b. Difficultés à rester endormi(e) | Aucune 0 | Légère 1 | Moyenne 2 | Très 3 | Extrêmement 4 |
| c. Problèmes de réveils trop tôt le matin : | Aucune 0 | Légère 1 | Moyenne 2 | Très 3 | Extrêmement 4 |

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

| | |
|---|---------------------|
| 0 | Très Satisfait(e) |
| 1 | Satisfait(e) |
| 2 | Plutôt Neutre |
| 3 | Insatisfait(e) |
| 4 | Très Insatisfait(e) |

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

| | |
|---|-------------|
| 0 | Aucunement |
| 1 | Légèrement |
| 2 | Moyennement |
| 3 | Très |
| 4 | Extrêmement |

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

| | |
|---|-------------|
| 0 | Aucunement |
| 1 | Légèrement |
| 2 | Moyennement |
| 3 | Très |
| 4 | Extrêmement |

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

| | |
|---|-------------|
| 0 | Aucunement |
| 1 | Légèrement |
| 2 | Moyennement |
| 3 | Très |
| 4 | Extrêmement |

TOTAL =/28