

INDEX DE SEVERITÉ DE L'INSOMNIE

Nom(s), prénom(s) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ . Date du jour : ____ / ____ / ____

INSTRUCTION DU TEST : Pour chacune des questions, veuillez encrer le chiffre correspondant à votre réponse.

QUESTIONS DU TEST

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) des difficultés de sommeil suivantes.

1.a. Difficultés à s'endormir

Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Très sévère
0	1	2	3	4

1.b. Difficultés à rester endormi[e] (réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés)

Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Très sévère
0	1	2	3	4

1.c. Réveil trop précoce le matin

Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Très sévère
0	1	2	3	4

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

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

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4