

INDEX DE SEVERITE DE L'INSOMNIE

Nom :

Date :

Merci d'utiliser l'échelle ci-dessous pour répondre aux questions suivantes.
Encerclez le chiffre correspondant à chacune des questions.

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

1- Merci d'estimer la **SEVERITE** actuelle de vos difficultés de sommeil :

- a. Difficultés à s'endormir :
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- b. Réveils nocturnes fréquents ou prolongés :
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
- c. Problème de réveils trop tôt le matin
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

2- Jusqu'à quel point êtes-vous **INSATISFAIT/ SATISFAIT** de votre sommeil actuel

Très satisfait	Modérément satisfait	Très insatisfait		
0	1	2	3	4

3- Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **INTERFERENT** avec votre fonctionnement quotidien (par exemple fatigue, concentration, mémoire, humeur...)

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4- A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en terme de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

6- Jusqu'à quel point croyez-vous que les facteurs suivants contribuent à vos difficultés de sommeil ?

	Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
Perturbations cognitives (Pensées qui tournent dans la tête pendant la nuit)	0	1	2	3	4
Perturbations somatiques (tension musculaire, douleur)	0	1	2	3	4
Mauvaises habitudes de sommeil	0	1	2	3	4
Processus naturel de vieillissement	0	1	2	3	4
Stress	0	1	2	3	4

7- Après une MAUVAISE NUIT DE SOMMEIL, quelles difficultés suivantes éprouvez-vous le lendemain ? Veuillez indiquer à quelle intensité vous éprouvez ces difficultés

	Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
Fatigue pendant le jour (fatigué(e), épuisé(e), exténué(e), endormi(e), etc...)	0	1	2	3	4
Difficultés à fonctionner (diminution de la performance au travail/ routine quotidienne, difficultés à se concentrer, problèmes de mémoire, etc..)	0	1	2	3	4
Problème d'humeur (irritable tendu (e), nerveux, déprimé(e), anxieux(se), maussade, hostile, en colère, confus(e), etc...)	0	1	2	3	4
Autres (spécifiez, svp)	0	1	2	3	4

Note : assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions