



# Index de sévérité de l'insomnie (ISI)

NOM : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre qui correspond le plus fidèlement à votre sommeil au cours du dernier mois.

Pour les trois premières questions, veuillez estimer la SÉVÉRITÉ de vos difficultés de sommeil.

1. Difficulté à s'endormir :

AUCUNE	LÉGÈRE	MOYENNE	ÉLEVÉE	EXTRÊME
0	1	2	3	4

2. Difficulté à rester endormi(e) :

AUCUNE	LÉGÈRE	MOYENNE	ÉLEVÉE	EXTRÊME
0	1	2	3	4

3. Problème de réveil trop tôt le matin :

AUCUNE	LÉGER	MOYEN	ÉLEVÉ	EXTRÊME
0	1	2	3	4

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

TRÈS SATISFAIT(E)	SATISFAIT(E)	NEUTRE	INSATISFAIT(E)	TRÈS INSATISFAIT(E)
0	1	2	3	4

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

AUCUNEMENT	LÉGÈREMENT	MOYENNEMENT	TRÈS	EXTRÊMEMENT
0	1	2	3	4

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

AUCUNEMENT	LÉGÈREMENT	MOYENNEMENT	TRÈS	EXTRÊMEMENT
0	1	2	3	4

7. À quel point êtes-vous INQUIET(ÈTE) / PRÉOCCUPÉ(E) à propos de vos difficultés de sommeil actuelles ?

AUCUNEMENT	LÉGÈREMENT	MOYENNEMENT	TRÈS	EXTRÊMEMENT
0	1	2	3	4

## Index de sévérité de l'insomnie - QUESTIONS OPTIONNELLES

8. De manière générale, comment évaluez-vous la **QUALITÉ** de votre sommeil ?

EXCELLENTE	BONNE	ACCEPTABLE	PAUVRE	MÉDIOCRE
0	1	2	3	4

9. De manière générale, comment vous sentez-vous au lever le matin ?

TRÈS REPOSÉ(E)	REPOSÉ(E)	MOYEN	TRÈS FATIGUÉ(E)	EXTÉNUÉ(E)
0	1	2	3	4

10. Dans quelle mesure vos difficultés de sommeil diminuent votre **QUALITÉ DE VIE** ?

AUCUNEMENT	LÉGÈREMENT	MOYENNEMENT	TRÈS	EXTRÊMEMENT
0	1	2	3	4

11. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil causent de la **FATIGUE** le jour ?

AUCUNEMENT	LÉGÈREMENT	MOYENNEMENT	BEAUCOUP	EXTRÊMEMENT
0	1	2	3	4

12. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil affectent vos capacités mentales comme votre **CONCENTRATION** ou votre **MÉMOIRE** ?

AUCUNEMENT	LÉGÈREMENT	MOYENNEMENT	BEAUCOUP	EXTRÊMEMENT
0	1	2	3	4

13. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil affectent vos **RELATIONS** interpersonnelles (famille, collègues, amis) ?

AUCUNEMENT	LÉGÈREMENT	MOYENNEMENT	BEAUCOUP	EXTRÊMEMENT
0	1	2	3	4

14. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil affectent votre **HUMEUR** le jour (tension, irritabilité, anxiété, dépression) ?

AUCUNEMENT	LÉGÈREMENT	MOYENNEMENT	BEAUCOUP	EXTRÊMEMENT
0	1	2	3	4

15. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil affectent vos **ACTIVITÉS SOCIALES** ou de **LOISIRS** ?

AUCUNEMENT	LÉGÈREMENT	MOYENNEMENT	BEAUCOUP	EXTRÊMEMENT
0	1	2	3	4

16. Combien de nuits par semaine (moyenne du dernier mois) avez-vous eu des difficultés de sommeil ? \_\_\_\_\_ nuits par semaine