

## | Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom

Date  Âge

### Instructions

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

**Veillez estimer la SÉVÉRITÉ de vos difficultés de sommeil.**

	0	1	2	3	4
	Aucune	Légère	Moyenne	Élevée	Extrême
1 Difficulté à s'endormir					
2 Difficulté à rester endormi(e)					
3 Problème de réveil trop tôt le matin					

4 À quel point êtes-vous **satisfait(e)/insatisfait(e)** de votre sommeil actuel ?

0 Très satisfait(e)

2 Neutre

1 Satisfait(e)

3 Insatisfait(e)

4 Très insatisfait(e)

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

0 Aucunement

2 Moyennement

1 Légèrement

3 Très

4 Extrêmement

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 ?

0 Aucunement

2 Moyennement

1 Légèrement

3 Très

4 Extrêmement

7 À quel point êtes-vous **inquiet(ète)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil actuelles ?

0 Aucunement

2 Moyennement

1 Légèrement

3 Très

4 Extrêmement

## Questions optionnelles

---

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

0 Excellente

2 Acceptable

1 Bonne

3 Pauvre

4 Médiocre

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

0 Très reposé(e)

2 Moyen

1 Reposé(e)

3 Très fatigué(e)

4 Extenué(e)

10 Dans quelle mesure vos difficultés de sommeil diminuent votre qualité de vie ?

0 Aucunement

2 Moyennement

1 Légèrement

3 Beaucoup

4 Extrêmement

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

0 Aucunement

2 Moyennement

1 Légèrement

3 Beaucoup

4 Extrêmement

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

0 Aucunement

2 Moyennement

1 Légèrement

3 Beaucoup

4 Extrêmement

## Questions optionnelles

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

**0** Aucunement

**2** Moyennement

**1** Légèrement

**3** Beaucoup

**4** Extrêmement

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

**0** Aucunement

**2** Moyennement

**1** Légèrement

**3** Beaucoup

**4** Extrêmement

**15** À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil affectent vos **activités sociales** ou de **loisirs**?

**0** Aucunement

**2** Moyennement

**1** Légèrement

**3** Beaucoup

**4** Extrêmement

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

nuits par semaine

### Échelle de correction/interprétation:

Échelle de correction/interprétation:

Score total

### Catégories

0–7 Absence d'insomnie

8–14 Insomnie sub-clinique (légère)

15–21 Insomnie clinique (modérée)

22–28 Insomnie clinique (sévère)