Échelle d'ISI

(**I**nsomnia **S**everity **I**ndex)

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

1. Veuillez estimer la SEVERITE actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir :

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés :

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

c. Problèmes de réveils trop tôt le matin :

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

****

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

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

****

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre situation, il n'établit pas de diagnostic. Apportez-le à votre médecin pour en discuter.

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

****

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	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

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre situation, il n'établit pas de diagnostic. Apportez-le à votre médecin pour en discuter.

Échelle de sévérité de l’insomnie

- Chaque item est évalué par le patient de 0 à 4.
- Le score total s'obtient en additionnant le score à chaque item.
- Le score total est compris entre 0 à 28.
  - Un score entre 0-7 indique une **absence de plainte d'insomnie cliniquement significative,**
  - Un score entre 8-14 indique des plaintes d'insomnie sub-clinique (**légère**),
  - Un score entre 15-21 indique des plaintes d'insomnie cliniquement significative (**modérée**),
  - Un score entre 22-28 indique des plaintes d'insomnie **sévère.**

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre situation, il n'établit pas de diagnostic. Apportez-le à votre médecin pour en discuter.

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre situation, il n'établit pas de diagnostic. Apportez-le à votre médecin pour en discuter.