

Index de sévérité de l'insomnie (ISI)

Instructions

Vos réponses doivent correspondre aux expériences que vous avez eues au cours des derniers mois. Répondez s'il vous plaît à toutes les questions.

Antécédents personnels de difficultés de sommeil :

1. Combien d'heures de sommeil dormez-vous lors d'une nuit habituelle? _____ heures
2. Considérez-vous que vous avez un problème de sommeil actuellement? OUI NON
3. Utilisez-vous actuellement des médicaments ou autres substances pour vous aider à dormir? OUI NON
Si votre réponse est NON aux deux questions précédentes (n° 2 et 3), passez directement à la question n° 14.
4. Veuillez estimer la SÉVÉRITÉ actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.
 - a. Difficultés d'endormissement :

Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Très sévère
0	1	2	3	4

- b. Difficulté de maintien du sommeil:

Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Très sévère
0	1	2	3	4

- c. Réveil trop précoce le matin :

Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Très sévère
0	1	2	3	4

5. Êtes-vous actuellement SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E) de votre sommeil?

Très Satisfait	Satisfait	Modérément Satisfait	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Galland-Decker C, et al. BMJ Open 2019; 9:e027070. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027070

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

8. À quel point êtes-vous INQUIET(E)/PRÉOCCUPÉ(E) par vos difficultés actuelles de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

Annexes

9. Depuis combien de temps ressentez-vous des difficultés de sommeil?

En mois : _____ (nombre)
En années : _____ (nombre)

10. Combien de nuits par semaine pensez-vous avoir des (nombre) difficultés de sommeil?

Par semaine _____ (nombre)

11. Avez-vous de la difficulté à rester éveillé le jour?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

12. Avez-vous d'autres difficultés de sommeil? Si oui, veuillez en préciser la nature :

_____ cauchemars, _____ difficultés à respirer, _____ ronflement, _____ parler dans votre sommeil, _____ marcher dans votre sommeil, _____ mouvements des membres inférieurs.

13. À quel âge, vos difficultés de sommeil ont-elles débuté? _____ ans

Veillez passer à la question n° 15.

14. **Histoire :**

Avez-vous eu dans le passé des difficultés de sommeil ayant persisté pour plus d'un mois?

OUI NON

Si non, veuillez passer à la question n° 15.

Si oui, pour quelle durée? _____ mois _____ années

Quel âge aviez-vous à ce moment? _____ ans

Quelle était la nature de ces difficultés? _____

(voir question n° 12).

15. Souffrez-vous actuellement d'un trouble anxieux ou dépressif?

16. Prenez-vous actuellement un traitement à visée psychologique?

Score

Pour analyser et interpréter ce questionnaire, additionnez les notes données aux questions 4a, 4b, 4c, 5, 6, 7 et 8.

Le score total s'établit entre 0 et 28.

0-7	Pas d'insomnie
8-14	Insomnie légère
15-21	Insomnie modérée
22-28	Insomnie sévère

Référence

Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001; 2 : 297-307.