

## Souffrez-vous d'une insomnie ?

Évaluez maintenant la sévérité de votre insomnie :

**1. Veuillez estimer la sévérité actuelle (au cours du dernier mois) de vos difficultés de sommeil.**

a. Difficultés à s'endormir :

- Aucune ..... (0)
- Légères ..... (1)
- Moyennes ..... (2)
- Très ..... (3)
- Extrêmement ..... (4)

b. Difficultés à rester endormi :

- Aucune ..... (0)
- Légères ..... (1)
- Moyennes ..... (2)
- Très ..... (3)
- Extrêmement ..... (4)

c. Problème de réveil trop tôt le matin :

- Aucune ..... (0)
- Légères ..... (1)
- Moyennes ..... (2)
- Très ..... (3)
- Extrêmement ..... (4)

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

- Très satisfait ..... (0)
- Satisfait ..... (1)
- Plutôt neutre ..... (2)
- Insatisfait ..... (3)
- Très insatisfait ..... (4)

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

- Aucunement ..... (0)
- Légèrement ..... (1)
- Moyennement ..... (2)
- Très ..... (3)
- Extrêmement ..... (4)

**4. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont APPARENTES pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?**

- Aucunement ..... (0)
- Légèrement ..... (1)
- Moyennement ..... (2)
- Très ..... (3)
- Extrêmement ..... (4)

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

- Aucunement ..... (0)
- Légèrement ..... (1)
- Moyennement ..... (2)
- Très ..... (3)
- Extrêmement ..... (4)

**Calculez le total des 7 questions :**

0-7 = pas d'insomnie significative

8-14 = insomnie

15-21 = insomnie clinique moyennement sévère

22-28 = insomnie clinique sévère

