

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

<b>1. Veuillez estimer la SÉVÉRITÉ actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.</b>	<b>Aucune</b>	<b>Légère</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Très</b>	<b>Extrêmement</b>
a. Difficultés à s'endormir:	0	1	2	3	4
b. Difficultés à rester endormi(e):	0	1	2	3	4
c. Problèmes de réveils trop tôt le matin:	0	1	2	3	4
<b>2. Jusqu'à quel point êtes-vous SATIS- FAIT(E)/INSATISFAIT(E) de votre som- meil actuel?</b>	<b>Très Satisfait</b>	<b>Satisfait</b>	<b>Plutôt Neutre</b>	<b>Insatisfait</b>	<b>Très Insatisfait</b>
	0	1	2	3	4
<b>3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil PERTURBENT votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?</b>	<b>Aucunement</b>	<b>Légèrement</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Très</b>	<b>Extrêmement</b>
	0	1	2	3	4
<b>4. 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?</b>	<b>Aucunement</b>	<b>Légèrement</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Très</b>	<b>Extrêmement</b>
	0	1	2	3	4
<b>5. Jusqu'à quel point êtes-vous INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil?</b>	<b>Aucunement</b>	<b>Légèrement</b>	<b>Moyennement</b>	<b>Très</b>	<b>Extrêmement</b>
	0	1	2	3	4

## Score

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie subclinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

Morin CM. *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press; 1993.

### Nous contacter :

fmc-ActionN - 3 rue La Fayette, 67100 STRASBOURG

[www.fmcaction.org](http://www.fmcaction.org)

Mail : [info@fmcaction.org](mailto:info@fmcaction.org)

Tél : 03 88 37 25 25 du lundi au vendredi de 9h à 17h