

**INDEX DE SÉVÉRITÉ DE L'INSOMNIE
ADAPTÉ À L'ENFANT**

Nom: _____

Date: _____

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

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (**dernier mois**) des difficultés de sommeil de votre enfant.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi:

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 **VOTRE ENFANT** est-il **SATISFAIT/INSATISFAIT** de son sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que les difficultés de sommeil de votre enfant sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de **SA** qualité de vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point **VOTRE ENFANT** est-il **INQUIET**/préoccupé à propos de ses difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

6. Jusqu'à quel point **ÊTES-VOUS SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** du sommeil actuel de votre enfant?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

7. Jusqu'à quel point considérez-vous que les difficultés de sommeil de votre enfant **PERTURBENT VOTRE** fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

8. À quel point considérez-vous que les difficultés de sommeil de votre enfant sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de **VOTRE** qualité de vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

9. Jusqu'à quel point **ÊTES-VOUS INQUIET(ÈTE)**/préoccupé(e) à propos des difficultés de sommeil de votre enfant?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

Échelle de correction/interprétation:

ISI-Enfant : Additionner le score des sept items suivants : 1a+1b+1c+2+3+4+5. Le score total varie entre 0 et 28

ISI-Parent : Additionner le score des sept items suivants : 1a+1b+1c+6+7+8+9. Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sous-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)