

Ce questionnaire a pour objectif d'aider les parents à préparer une consultation longue basée sur une plainte dans différents domaines du développement ou des apprentissages. Il ne remplace pas l'interrogatoire ni l'examen clinique, mais peut attirer l'attention, guider le fil de votre consultation, vous aider à acquérir une vision d'ensemble sur l'enfant sa famille, et de choisir les étapes suivantes : validation de la plainte par des outils spécifiques, prescription de bilans complémentaires.

Les réponses sont groupées, pour une lecture plus rapide en deux colonnes :
Celle de gauche regroupe les signes d'alerte éventuelle, celle de droite, les réponses typiques.



Questionnaire parental préalable à la consultation

Afin de mieux cerner votre demande, et de préparer la consultation, je vous propose une aide pour rassembler des informations utiles pour analyser votre demande, le développement de votre enfant, les étapes de sa scolarité, les difficultés éventuellement rencontrées, et les bilans déjà réalisés.
Bien entendu, nous reprendrons tous ces éléments ensemble et les préciserons.

Nom et prénom de l'enfant :

Classe :

Questionnaire rempli par : le père la mère les deux Autre (préciser) :

Date de la consultation : ___/___/20__

Date de naissance : ___/___/20__

Qui vous adresse ?
Pour quelle raison ?

ANTÉCÉDENTS

Grossesse et naissance (prématurité, faible poids, enfant adopté) :

Age de tenue assis stable sans aide : _____ mois Age de la marche sans aide : _____ mois
Traitements en cours : _____ oui non
Précisez :

Antécédents d'hospitalisations et/ou de problèmes de santé _____ oui non
Si oui détaillez :

Votre enfant a-t-il (eu) des difficultés de langage ? _____ oui non
A-t-il déjà été rééduqué(e) par un (une) orthophoniste ? _____ oui non
Connaissez-vous des antécédents de dyslexie, ou autre problème scolaire dans la famille ? _____ oui non
Précisez :

Avant ou à deux ans :

Votre enfant pouvait-il associer deux mots : « papa pati », « veux gato », « pas dodo »... ? _____ non oui
Pouvait-il vous faire comprendre ce qu'il voulait en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ? _____ non oui
Pouvait-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, à bricoler, faire le ménage... ? _____ non oui
Pouvait-il s'intéresser à ce que vous lui montriez ? _____ non oui
Pouvait-il réagir en comprenant votre mimique de visage ? _____ non oui

CONDITIONS DE VIE

Situation parentale Parents vivant dans le même foyer _____ non oui
 Famille monoparentale _____ oui non
 Famille recomposée _____ oui non
Evénements familiaux _____ oui non
Si oui le(s)quel(s) :

Composition de la famille (nombre d'enfants et adultes présents à la maison) :

Précisez :
Problèmes de santé dans la famille :
Activité des parents :

HABILITÉS ET REPÉRAGE TEMPOREL ET SPATIAL

Vous paraît-il maladroit ? _____ oui non
A-t-il des difficultés pour courir (lourd, pataud, trébuché fréquemment) ? _____ oui non
A-t-il des difficultés dans les activités motrices (marelle, corde à sauter) ? _____ oui non
Sait-il faire du vélo sans petite roue ? _____ non oui Depuis quel âge ? : _____ ans
A-t-il des difficultés pour certains sports (individuels, collectifs) ? _____ oui non
A-t-il des difficultés pour s'habiller ? _____ oui non
A-t-il des problèmes pour organiser ses affaires d'école ? _____ oui non
Est-il à l'aise avec l'utilisation des couverts pour manger ? _____ non oui
Est-il à l'aise dans l'utilisation des outils scolaires (ciseaux, règle, compas) ? _____ non oui
Aime-t-il dessiner ? _____ non oui
Ecrit-il mal ou lentement ? _____ oui non
Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction (Legos, Kaplas) ? _____ non oui
Est-il attiré par les activités manuelles (gommettes, pâte à modeler, bricolage) ? _____ non oui
Est-il lent dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, alimentation, dessin) ? _____ oui non
Connait-il la droite et la gauche sur autrui ? _____ non oui
Se repère-t-il dans les jours de la semaine ? _____ non oui
Les difficultés éventuelles signalées dans les questions précédentes
- retentissent-elles dans la vie quotidienne à la maison ? _____ oui non
- retentissent-elles à l'école ? _____ oui non
De quelle façon :

Questions issues de la M-CHAT à deux ans : intérêt en interrogatoire rétrospectif pour retrouver des anomalies précoces des capacités d'interaction sociales qui n'auraient pas été identifiées à l'époque

Les questions ont été choisies parmi celles ayant une valeur d'alerte plus importante.

<http://www.asperansa.org/m-chat/>

Questions abordant les aptitudes motrices et spatiales, regroupées par catégories. En cas d'alerte, possibilité de compléter par le questionnaire Q-TAC, en cours d'étalonnage en population française : www.dcdq.ca/uploads/pdf/DCDQ_QTACAdminScoring_2013Revised.pdf

Les réponses sont groupées, pour une lecture plus rapide en deux colonnes :
Celle de gauche regroupe les signes d'alerte éventuelle, celle de droite, les réponses typiques.

SOMMEIL, ET CONTRÔLE SPHINCTÉRIEN

A-t-il des problèmes de sommeil (s'endort difficilement, se réveille trop tôt, pendant la nuit) ? oui non
Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ? oui non
Arrive-t-il à votre enfant de salir sa culotte (selles) ? oui non

COMPORTEMENT

Bouge-t-il tout le temps ? oui non
Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés) ? oui non
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oublie, perd ses affaires personnelles) ? oui non
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ? non oui
Peut-il mener jusqu'à son terme une activité prolongée ? oui non
A-t-il des difficultés pour rester assis à table le temps du repas ? oui non
Se met-il en colère à la moindre contrariété ou est-il bagarreur ? oui non
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ? oui non

VIE AFFECTIVE ET ÉMOTIONNELLE

Est-il souvent angoissé ? oui non
Exprime-t-il de la tristesse ? oui non
Si oui à quel moment ou la plupart du temps : _____
Exprime-t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne (sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple) ? oui non
Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ? oui non
Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents ? (Grands-parents, amis, famille ...) oui non
N'a pas envie de jouer (il faut le pousser sans arrêt) ? oui non
Se dévalorise (je n'y arriverai pas je suis nul ...) ? oui non
Si oui à quel moment ou dans quelle circonstance : _____

VIE RELATIONNELLE

A-t-il tendance à s'isoler (en classe et/ou à la maison) ? oui non
A-t-il du mal à se faire des copains et à les garder ? oui non
Peut-il jouer seul dans une pièce ? non oui
Est-il très timide voir renfermé ? oui non
Votre enfant est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu « expert » ? oui non
Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ? oui non
Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ? non oui
Vous semble-t-il comprendre le langage figuré, les expressions au second degré ? non oui
Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne comme des enfants de son âge ? non oui
Peut-il tenir compte des conventions sociales, et ne pas dire par exemple des paroles blessantes pour autrui sans s'en rendre compte ? non oui
En regard à une tristesse exprimée face à lui, votre enfant va-t-il spontanément vouloir consoler la personne ? non oui
Paraît-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ? oui non
Passe-t-il à votre avis trop de temps devant la télé, l'ordinateur ou les jeux vidéo ? oui non

AUDITION ET VISION

Trouble de l'audition déjà détecté ou suivi ORL en cours oui non
Votre enfant parle-t-il fort ? oui non
Fait-il répéter ? oui non
Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télé ? oui non
Est-il inhabituellement gêné par des bruits, des odeurs, des textures d'aliments ou des sensations cutanées banales : lesquelles ? _____ oui non
Trouble de la vision déjà détecté ou suivi ophtalmologique en cours ? oui non

DIFFICULTÉS SIGNALÉES À L'ÉCOLE

Comportement : _____ oui non
Attention : _____ oui non
Apprentissages scolaires _____ oui non
Langage _____ oui non
Lecture/orthographe _____ oui non
Écriture _____ oui non
Mathématiques _____ oui non
Si oui laquelle, lesquelles ? _____
A-t-il une aide dans le cadre de l'école et si oui laquelle ? _____ oui non
A-t-il un suivi par un CMP, un CMPP, un psychiatre ou un psychologue ? _____ oui non
Si oui, préciser : _____
Votre enfant vous met-il en difficulté dans la plupart des activités de la vie quotidienne ? _____ oui non

À partir d'alertes sur le comportement, vous pouvez soit reprendre les critères du TDAH et interroger sur la présence de chaque critère, ou faire remplir des questionnaires de Conners parents (un questionnaire pour chaque parent pour plus de finesse) et enseignants (rempli par un seul enseignant).

À partir d'alertes sur la vie relationnelle, si vous avez des éléments pouvant faire évoquer un trouble du spectre autistique, vous pouvez proposer une évaluation par une équipe spécifique ou au préalable proposer un questionnaire complémentaire : SCQ (Auteurs et adaptateurs : M. Rutter, A. Bailey, et C. Lord. J. Kruck, S. Baduel et B. Rogé), Hogrefe Edition ou l'Échelle australienne : www.aspergerfamily.sitew.fr/fs/.../aumg2-echelle_possible_dusyndrome_d_asperger.p)

Avant de proposer des évaluations cognitives, contrôler ou faire contrôler la vision et l'audition

Pour valider une plainte dans l'un des différents domaines :

Langage oral : module verbal de l'EDA

Langage écrit : lecture en une minute Monsieur Petit, Le géant égoïste (Laboratoire Cogniscience : <http://www.cognisciences.com/accueil/outils/article/e-l-fe-evaluation-de-la-lecture-en-fluence>), ou module langage écrit de l'EDA

Domaine non verbal : évaluation des compétences motrices, module non verbal de l'EDA

Calcul : module calcul de l'EDA