

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Questionnaires sur les étapes du développement : Évaluation de l'enfant par les parents\***  
**Deuxième édition**

par Diane Bricker et Jane Squires

avec la collaboration de Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly et Jane Farrell

Traduction et adaptation par Marthe Bonin, Philippe Robaey, Sylvie Vandaele, Georges L. Bastin et Véronique Lacroix

avec le soutien de la Fondation Invest in Kids

Copyright © 2000 par Paul H. Brookes Publishing Co.

# Questionnaire

## ♦ 18 mois ♦



Vous trouverez dans les pages suivantes des questions portant sur les activités des enfants. Votre petite fille ou votre petit garçon est en mesure d'en exécuter un certain nombre ; par contre, il y en a d'autres que votre enfant n'a pas encore réalisées. À chaque question, veuillez cocher la case appropriée, selon que votre enfant fait l'activité souvent, parfois ou pas encore.

### **Voici quelques points importants à retenir :**

- Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant avant de cocher la case appropriée.
- Essayez de faire du questionnaire un jeu amusant pour vous et pour votre enfant.
- Assurez-vous que votre enfant est reposé, nourri et prêt à jouer.
- Veuillez retourner le questionnaire pour le \_\_\_\_\_.
- Si vous avez des questions au sujet de votre enfant ou du questionnaire veuillez appeler : \_\_\_\_\_.
- Prévoyez de remplir un nouveau questionnaire dans \_\_\_\_\_ mois.

*Le masculin est utilisé pour désigner les deux sexes, sans discrimination, et dans le seul but d'alléger le texte.*

\*Translated from the English :  
*Ages & Stages Questionnaires : A Parent-Completed,  
Child-Monitoring System, Second Edition, Bricker et al.  
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.*



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Les enfants de cet âge ne se montrent pas toujours coopératifs quand on leur demande de faire quelque chose. Il est possible que vous deviez vous y reprendre à plusieurs fois pour savoir si votre enfant est capable ou non de réaliser les activités suivantes. S'il est capable de faire une activité mais qu'il s'y refuse, répondez « oui » à la question.

OUI      PARFOIS      PAS ENCORE

**COMMUNICATION**      *Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.*

- |  |                          |                          |                          |     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Quand votre enfant veut quelque chose, vous le dit-il <i>en montrant</i> l'objet du doigt ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Quand vous le lui demandez, votre enfant va-t-il dans une autre pièce pour chercher un jouet ou un objet familier ? (Par exemple, vous pouvez lui demander, « Où est ta balle ? », « Apporte-moi ton manteau ! » ou « Va chercher ta couverture ! ».)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. Votre enfant imite-il une phrase formée de deux mots ? Par exemple, si vous dites, « Maman mange », « Papa joue » ou « Chat parti ! », votre enfant répète-t-il après vous ces deux mêmes mots ? (Cochez « oui » même si le langage de votre enfant est difficile à comprendre.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Votre enfant dit-il huit mots ou davantage en plus de « maman » et de « papa » ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Sans que vous lui montriez, votre enfant <i>indique-t-il</i> la bonne image quand vous lui dites, « Montre-moi le petit chat ! » ou « Où est le chien ? ». (Il suffit qu'une seule image soit correctement identifiée.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. Votre enfant dit-il à la suite deux ou trois mots qui représentent différentes idées liées les unes aux autres, par exemple, « Regarde chien ! », « Maman maison ! » ou « Chat parti ! » ? (Ne comptez pas les combinaisons de mots qui correspondent à une seule idée comme « Bye-bye ! », « Plus là ! », « Très bien ! » et « Qu'est-ce que c'est ? ».) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
- Donnez un exemple des combinaisons de mots que fait votre enfant :
- \_\_\_\_\_

TOTAL POUR LA COMMUNICATION      \_\_\_

**MOTRICITÉ GLOBALE**      *Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.*

- |  |                          |                          |                          |     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Votre enfant se penche-t-il ou s'accroupit-il pour ramasser un objet sur le sol, puis se relève-t-il sans soutien ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Votre enfant se déplace-t-il en marchant plutôt qu'à quatre pattes ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. Votre enfant marche-t-il correctement, ne tombant que rarement ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Votre enfant grimpe-t-il sur des objets, une chaise par exemple, pour attraper ce qu'il désire ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Votre enfant sait-il descendre les escaliers si vous le tenez par une main ? Vous pouvez essayer cette activité dans un magasin, au terrain de jeux ou à la maison. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OUI      PARFOIS      PAS ENCORE

**MOTRICITÉ GLOBALE**      *(suite)*

6. Si vous lui montrez comment donner un coup de pied dans un gros ballon, votre enfant essaie-t-il d'en faire autant en lançant la jambe en avant ou en frappant le ballon tout en marchant ? (Si votre enfant sait déjà donner un coup de pied dans un ballon, cochez « oui ».)



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

TOTAL POUR LA MOTRICITÉ GLOBALE      \_\_\_

**MOTRICITÉ FINE**

*Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.*

1. Votre enfant lance-t-il une petite balle en levant le bras ? (S'il laisse simplement tomber la balle, cochez « pas encore ».)



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

2. Votre enfant met-il un petit cube ou un petit jouet sur un autre ? (Vous pouvez utiliser aussi des bobines de fil, des petites boîtes ou des jouets mesurant environ 2,5 cm.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

3. Votre enfant fait-il une marque sur une feuille de papier avec l'extrémité d'un crayon en essayant de dessiner ?



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

4. Votre enfant empile-t-il tout seul trois petits cubes ou trois petits jouets ? (Vous pouvez utiliser aussi des bobines de fil, des petites boîtes ou des jouets mesurant environ 2,5 cm.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

5. Votre enfant tourne-t-il les pages d'un livre par lui-même ? (Il est possible qu'il tourne plus d'une page à la fois.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

6. Votre enfant porte-t-il une cuillère à la bouche, du bon côté et, généralement, sans renverser de nourriture ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

TOTAL POUR LA MOTRICITÉ FINE      \_\_\_

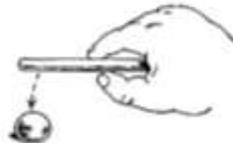
**RÉSOLUTION DE PROBLÈMES**

*Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.*

1. Votre enfant laisse-t-il tomber six petits jouets ou plus dans un contenant comme une boîte ou un bol ? (Vous pouvez lui montrer comment faire.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

2. Une fois que vous lui avez montré comment faire, votre enfant cherche-t-il à attraper un petit jouet qui est légèrement hors de sa portée en utilisant une cuillère, un bâton ou un objet similaire ?



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

3. Une fois que vous avez mis un petit morceau de biscuit ou un Cheerio dans une bouteille, votre enfant renverse-t-il intentionnellement la bouteille pour l'en faire sortir ? Vous pouvez utiliser un flacon à comprimés, une bouteille en plastique ou un biberon et lui montrer comment faire.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OUI    PARFOIS    PAS ENCORE

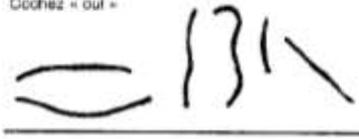
**RÉSOLUTION DE PROBLÈMES**    *(suite)*

4. Sans que vous lui montriez comment faire, votre enfant gribouille-t-il sur une feuille de papier lorsque vous lui donnez un crayon ?

           \_\_\_\_\_

5. Une fois que vous avez tracé devant lui une ligne de haut en bas sur une feuille de papier avec un crayon, votre enfant vous imite-t-il en traçant à son tour une ligne sur la feuille (*peu importe la direction de cette ligne*) ? Le fait de gribouiller dans tous les sens ne compte pas pour un « oui ».

Cochez « oui »



Cochez « pas encore »



           \_\_\_\_\_

6. Une fois que vous avez mis un petit morceau de biscuit ou un Cheerio dans une petite bouteille transparente, votre enfant renverse-t-il la bouteille pour l'en faire sortir ? (Ne lui montrez pas comment faire.)

           \_\_\_\_\_\*

**TOTAL POUR LA RÉSOLUTION DE PROBLÈMES**    \_\_\_\_\_

*\*Si la réponse à la question 6 de cette série portant sur la résolution de problèmes est « oui » ou « parfois », cochez « oui » à la question 3 de cette série.*

**APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES**

*Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.*

1. Lorsque votre enfant se regarde dans le miroir, offre-t-il un jouet à sa propre image ?

           \_\_\_\_\_

2. Votre enfant joue-t-il avec une poupée ou avec un animal en peluche en le serrant dans ses bras ?

           \_\_\_\_\_

3. Votre enfant cherche-t-il à attirer votre attention ou essaie-t-il de vous montrer quelque chose en vous tirant par la main ou par vos vêtements ?

           \_\_\_\_\_

4. Votre enfant vient-il vous trouver quand il a besoin d'aide comme, par exemple, pour remonter le mécanisme d'un jouet ?

           \_\_\_\_\_

5. Votre enfant boit-il à l'aide d'une tasse ou d'un verre et le pose-t-il sans presque rien renverser ?

           \_\_\_\_\_

6. Votre enfant vous imite-t-il, par exemple, d'essuyer un liquide renversé, de balayer ou de faire semblant de se raser ou de se peigner ?

           \_\_\_\_\_

**TOTAL POUR LES APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES**    \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ÉVALUATION GLOBALE**

*Les parents et les responsables du programme peuvent ajouter des commentaires en utilisant l'espace qui se trouve ci-dessous ou le verso de cette feuille.*

1. Pensez-vous que votre enfant entend normalement ? OUI  NON   
Sinon, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_
2. Pensez-vous que votre enfant parle comme les enfants de son âge ? OUI  NON   
Sinon, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_
3. Comprenez-vous, la plupart du temps, ce que dit votre enfant ? OUI  NON   
Sinon, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_
4. Pensez-vous que votre enfant marche, court et grimpe comme les enfants de son âge ? OUI  NON   
Sinon, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_
5. L'un des parents a-t-il des antécédents familiaux de surdité infantile, partielle ou totale ? OUI  NON   
Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_
6. Pensez-vous que votre enfant voit normalement ? OUI  NON   
Sinon, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_
7. Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé au cours des derniers mois ? OUI  NON   
Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_
8. Quelque chose chez votre enfant vous inquiète-t-il ? OUI  NON   
Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_