



Questionnaire 24 mois

De 21 mois 0 jour à 26 mois 30 jours



Ages & Stages
Questionnaires®

Social-Emotional

SECOND EDITION

Date à laquelle l'ASQ:SE-2 est rempli : _____

Information sur l'enfant

Prénom de l'enfant : _____

Initiales du 2^e
prénom de l'enfant : _____

Nom de famille
de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : _____

Sexe de l'enfant : Garçon Fille

Personne qui remplit le questionnaire

Prénom : _____

Initiales du
2^e prénom : _____

Nom de famille : _____

Adresse civique : _____

Ville : _____

Province/
région/état : _____

Code postal : _____

Pays : _____

Numéro de
téléphone à
la maison : _____

Autre
numéro de
téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Lien avec l'enfant : Parent Tuteur Enseignant Autre : _____
 Grand-parent ou autre parent Famille d'accueil Milieu éducatif d'accueil _____

Nom des personnes qui vous aident à remplir le questionnaire : _____

Information sur l'organisation ou service

(Pour les responsables du programme seulement.)

Numéro d'identification
de l'enfant : _____

Âge au moment de remplir le questionnaire
(en mois et en jours) : _____

Numéro de l'organisation
ou service : _____

Nom de l'organisation
ou service : _____

Vous trouverez dans les pages suivantes des questions portant sur les comportements que peuvent avoir les enfants. Veuillez lire attentivement chaque question et cochez la case qui décrit le mieux le comportement de votre enfant. Cochez également le cercle si le comportement vous préoccupe.

Points importants à se rappeler :

- Répondez aux questions en vous basant sur ce que vous savez du comportement de votre enfant.
- Répondez aux questions en vous basant sur le comportement *habituel* de votre enfant et non sur son comportement lorsqu'il est malade, très fatigué ou a faim.
- Les personnes prenant soin de l'enfant qui le connaissent bien et qui passent plus de 15 à 20 heures par semaine avec lui peuvent remplir un ASQ:SE-2.
- Retournez ce questionnaire le : _____
- Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant votre enfant ou ce questionnaire, contactez : _____
- Merci à vous. Il est recommandé de remplir un autre ASQ:SE-2 dans _____ mois.

	SOUVENT OU TOUJOURS	PARFOIS	RAREMENT OU JAMAIS	COCHEZ SI CECI VOUS PRÉOCCUPE	
1. Est-ce que votre enfant vous regarde lorsque vous lui parlez ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
2. Est-ce que votre enfant semble trop amical envers les étrangers ?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
3. Est-ce que votre enfant rit ou sourit lorsque vous jouez avec lui ?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
4. Est-ce que votre enfant est détendu ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
5. Lorsque vous partez, est-ce que votre enfant reste contrarié ou fâché et pleure pendant plus d'une heure ?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
6. Est-ce que votre enfant salue ou dit bonjour aux adultes qui lui sont familiers ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
7. Est-ce que votre enfant aime être serré dans les bras ou recevoir des câlins ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
8. Lorsqu'il est contrarié ou fâché, est-ce que votre enfant peut se calmer en moins de 15 minutes ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____

TOTAL DES POINTS SUR CETTE PAGE _____

Questionnaire 24 mois



Cochez la case qui décrit le mieux le comportement de votre enfant. Cochez également le cercle si le comportement vous préoccupe.

	SOUVENT OU TOUJOURS	PARFOIS	RAREMENT OU JAMAIS	COCHEZ SI CECI VOUS PRÉOCCUPE	
9. Est-ce que votre enfant se raidit et se courbe légèrement vers l'arrière lorsqu'il est pris dans les bras ?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	___
10. Est-ce que votre enfant s'intéresse aux choses qui l'entourent telles que les personnes, les jouets et la nourriture ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	___
11. Est-ce que votre enfant pleure, crie ou a des crises de colère pendant de longues périodes ?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	___
12. Est-ce que vous et votre enfant aimez les heures de repas ensemble ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	___
13. Est-ce que votre enfant a des problèmes alimentaires ? Par exemple, est-ce qu'il se bourre de nourriture, vomit, mange des choses non comestibles ou _____ ? (Veuillez décrire.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	___



14. Est-ce que votre enfant dort au moins 10 heures sur une période de 24 heures ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	___
15. Lorsque vous pointez quelque chose, est-ce que votre enfant regarde dans la direction que vous pointez ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	___
16. Est-ce que votre enfant a de la difficulté à s'endormir au moment de la sieste ou à l'heure du coucher ?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	___
17. Est-ce que votre enfant est constipé ou a la diarrhée ?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	___

TOTAL DES POINTS SUR CETTE PAGE _____

Questionnaire 24 mois



Cochez la case qui décrit le mieux le comportement de votre enfant. Cochez également le cercle si le comportement vous préoccupe.

	SOUVENT OU TOUJOURS	PARFOIS	RAREMENT OU JAMAIS	COCHEZ SI CECI VOUS PRÉOCCUPE	
18. Est-ce que votre enfant suit des consignes simples ? Par exemple, est-ce qu'il s'assoit lorsqu'on lui demande ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
19. Est-ce que votre enfant vous fait savoir comment il se sent avec des gestes ou des mots ? Par exemple, est-ce qu'il vous fait savoir s'il a faim, a mal ou est fatigué ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
20. Est-ce que votre enfant s'assure que vous êtes proche lorsqu'il explore de nouveaux endroits tels qu'un parc ou la maison d'un ami ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
21. Est-ce que votre enfant fait des gestes répétitifs et est contrarié ou se fâche lorsque vous tentez de l'arrêter ? Par exemple, il se balance, bat des mains, fait la toupie (tourne sur lui-même) ou _____. (Veuillez décrire.) _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
22. Est-ce que votre enfant aime écouter des histoires ou chanter des chansons ? 	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
23. Est-ce que votre enfant se blesse intentionnellement ?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
24. Est-ce que votre enfant aime être avec d'autres enfants ? Par exemple, est-ce qu'il se rapproche d'eux ou regarde dans leur direction ? 	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
25. Est-ce que votre enfant essaie de blesser d'autres enfants, adultes ou animaux (par exemple, en donnant des coups de pieds ou en mordant) ?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
26. Est-ce que votre enfant essaie de vous montrer des choses en les pointant et en vous regardant ensuite ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____

TOTAL DES POINTS SUR CETTE PAGE _____

Questionnaire 24 mois



Cochez la case qui décrit le mieux le comportement de votre enfant. Cochez également le cercle si le comportement vous préoccupe.

	SOUVENT OU TOUJOURS	PARFOIS	RAREMENT OU JAMAIS	COCHEZ SI CECI VOUS PRÉOCCUPE	
27. Est-ce que votre enfant joue avec des objets en faisant semblant ? Par exemple, est-ce que votre enfant fait semblant de parler au téléphone, nourrir une poupée ou faire voler un avion jouet ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
28. Est-ce que votre enfant se réveille trois fois ou plus pendant la nuit ?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
29. Est-ce que votre enfant répond à son prénom lorsque vous l'appellez ? Par exemple, est-ce qu'il tourne la tête et vous regarde ?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
30. Votre enfant est-il trop inquiet ou craintif ? Si vous cochez « parfois » ou « souvent ou toujours », veuillez décrire : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
31. Est-ce que quelqu'un vous a déjà parlé de ses préoccupations à propos des comportements de votre enfant ? Si vous cochez « parfois » ou « souvent ou toujours », veuillez expliquer : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

TOTAL DES POINTS SUR CETTE PAGE _____

ÉVALUATION GLOBALE Utilisez l'espace ci-dessous pour vos commentaires supplémentaires.

32. Avez-vous des préoccupations concernant les comportements alimentaires ou le sommeil de votre enfant ? Si oui, veuillez expliquer :

OUI NON

33. Est-ce qu'il y a quoi que ce soit qui vous inquiète concernant votre enfant ? Si oui, veuillez expliquer :

OUI NON

34. Qu'est-ce que vous aimez le plus de votre enfant ?

SAMPLE

Nom de l'enfant : _____ Date à laquelle l'ASQ:SE-2 est rempli : _____

Numéro d'identification de l'enfant : _____ Date de naissance de l'enfant : _____

Personne qui remplit le questionnaire : _____ Âge de l'enfant en mois et en jours : _____

Organisation ou service : _____ Sexe de l'enfant : Garçon Fille

1. TABLEAU DE CALCUL POUR L'ASQ:SE-2 :

- Valeur des questions (Z = 0, V = 5, X = 10, Préoccupations = 5).
- Reporter le total de chaque page et les additionner pour obtenir le résultat total.
- Noter le résultat total à côté du point de coupure.

TOTAL DES POINTS DE LA PAGE 1		Point de coupure	Résultat total
TOTAL DES POINTS DE LA PAGE 2			
TOTAL DES POINTS DE LA PAGE 3			
TOTAL DES POINTS DE LA PAGE 4			
Résultat total		65	

2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS À L'ASQ:SE-2 :

Identifier l'emplacement approximatif du résultat total obtenu de l'enfant sur le graphique des résultats. Ensuite, cocher ci-dessous la zone (blanche, grise ou noire) où se situe son résultat total.



- ___ Le résultat de l'enfant est dans la zone . C'est au-dessous du point de coupure. Le développement socio-émotionnel semble être sur la bonne voie.
- ___ Le résultat de l'enfant est dans la zone . C'est près du point de coupure. Vérifier les comportements préoccupants et les surveiller.
- ___ Le résultat de l'enfant est dans la zone . C'est au-dessus du point de coupure. Une évaluation plus approfondie par un professionnel peut être nécessaire.

3. PRÉOCCUPATIONS ET RÉPONSES À L'ÉVALUATION GLOBALE :

Noter les réponses et reporter les commentaires du répondant. Les réponses OUI nécessitent un suivi.

- 1-31. Des préoccupations identifiées pour ces questions ? OUI non Commentaires : _____
32. Des préoccupations qui concernent les comportements alimentaires ou le sommeil ? OUI non Commentaires : _____
33. D'autres préoccupations ? OUI non Commentaires : _____

4. POINTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION AVANT DE DIRIGER L'ENFANT VERS UN PROFESSIONNEL :

Indiquer Oui, Non, ou Incertain (O, N, I). Voir pages 98-103 de l'ASQ:SE-2 User's Guide (disponible en anglais seulement).

- ___ Facteurs contexte/temps (p. ex., est-ce que le comportement de l'enfant est le même au service de garde/garderie à l'école et à la maison ?)
- ___ Facteurs développementaux (p. ex., est-ce que le comportement de l'enfant correspond à un stade de développement ou suggère-t-il un retard développemental ?)
- ___ Facteurs de santé (p. ex., est-ce que le comportement de l'enfant est lié à des facteurs de santé ou biologiques ?)
- ___ Facteurs familiaux/culturels (p. ex., considérant le contexte culturel ou familial, est-ce que le comportement de l'enfant est acceptable ? A-t-il vécu des événements stressants dernièrement ?)
- ___ Préoccupations parentales (p. ex., est-ce que le parent/proche exprime des préoccupations concernant les comportements de l'enfant ?)

5. MESURES À PRENDRE :

Cocher celles qui s'appliquent.

- ___ Fournir des activités et dépister à nouveau dans _____ mois.
- ___ Partager les résultats avec des professionnels des services de santé.
- ___ Fournir du matériel éducatif aux parents.
- ___ Proposer des informations sur les groupes de parents ou groupes de soutien disponibles.
- ___ Demander à un autre répondant de remplir un ASQ:SE-2. Indiquer son lien avec l'enfant (p. ex., grand-parent, enseignant) : _____
-
- ___ Utiliser un outil de dépistage du développement (p. ex., ASQ-3).
- ___ Diriger l'enfant vers des services d'intervention précoce.
- ___ Diriger l'enfant vers des services d'évaluation socio-émotionnelle, comportementale ou psychologique.
- ___ Autre (préciser) : _____