

M-CHAT: Version française

Remplissez les questions en fonction du **comportement habituel de votre enfant**. Si le comportement se manifeste de façon irrégulière (par exemple si vous ne l'avez vu qu'une seule fois ou deux), ignorez-le dans vos réponses.

Nom, Prénom : Date :

Médecin référent :

Oui

Non



1. Votre enfant aime t-il être balancé sur vos genoux? ☐ Oui ☐ Non
2. Votre enfant s'intéresse t-il à d'autres enfants? ☐ Oui ☐ Non
3. Votre enfant aime t-il monter sur des meubles ou des escaliers? ☐ Oui ☐ Non
4. Votre enfant aime t-il jouer aux jeux de cache-cache ou 'coucou me voilà'? ☐ Oui ☐ Non
5. Votre enfant joue t-il à des jeux de faire semblant, par exemple, fait-il semblant de parler au téléphone ou joue t-il avec des peluches ou des poupées ou à d'autres jeux? ☐ Oui ☐ Non
6. Votre enfant utilise t-il son index pour pointer en demandant quelque chose? ☐ Oui ☐ Non
7. Votre enfant utilise t-il son index en pointant pour vous montrer des choses qui l'intéressent? ☐ Oui ☐ Non
8. Votre enfant joue t-il correctement avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans les porter à la bouche, tripoter ou les faire tomber? ☐ Oui ☐ Non
9. Votre enfant amène t-il de objets pour vous les montrer? ☐ Oui ☐ Non
10. Votre enfant regarde t-il dans vos yeux plus d'une seconde ou deux? ☐ Oui ☐ Non
11. Arrive t-il que votre enfant semble excessivement sensible à des bruits? (jusqu'à se boucher les oreilles) ☐ Oui ☐ Non
12. Votre enfant vous sourit-il en réponse à votre sourire? Oui Non ☐ Oui ☐ Non
13. Votre enfant vous imite t-il? (par exemple, si vous faites une grimace, le ferait-il en imitation?) ☐ Oui ☐ Non
14. Votre enfant répond-il à son nom quand vous l'appellez? ☐ Oui ☐ Non
15. Si vous pointez vers un jouet de l'autre côté de la pièce, votre enfant suivra t-il des yeux? ☐ Oui ☐ Non
16. Votre enfant marche t-il sans aide? ☐ Oui ☐ Non
17. Votre enfant regarde t-il des objets que vous regardez? ☐ Oui ☐ Non
18. Votre enfant fait-il des gestes inhabituels avec ses mains près du visage? ☐ Oui ☐ Non
19. Votre enfant essaie t-il d'attirer votre attention vers son activité? ☐ Oui ☐ Non
20. Vous êtes vous demandé si votre enfant était sourd? ☐ Oui ☐ Non
21. Votre enfant comprend-il ce que les gens disent? ☐ Oui ☐ Non
22. Arrive t-il que votre enfant regarde dans le vide ou qu'il se promène sans but? ☐ Oui ☐ Non
23. Votre enfant regarde t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est face à une situation inhabituelle? ☐ Oui ☐ Non

1999 Robins, D., Fein, D., Barton, M., & Green, J. (2001). The Modified Checklist for Autism on Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31(2), 131-144.

M-CHAT: Version française

Manuel de cotation :

Il faut suspecter un diagnostic d'autisme quand l'enfant n'obtient pas les mêmes réponses que sur la grille de cotation à soit **deux des items considérés comme critiques**, soit quand il n'obtient pas les mêmes réponses à **trois items**.

Les réponses oui/non sont traduites en réponses normale/à risque autistique. Ci-dessous sont les réponses à risque autistique. Les items en **GRAS MAJUSCULES** sont les items critiques.

Il n'est pas dit que tous les enfants à risque autistique à ce questionnaire auront un diagnostic d'autisme. Cependant, ces enfants devraient avoir une évaluation plus approfondie par des spécialistes.

1. Non / **2. Non** / 3. Non / 4. Non / 5. Non / 6. Non / **7. Non** / 8. Non / **9. Non** / 10. Non /
11. Non / 12. Non / **13. Non** / **14. Non** / **15. Non** / 16. Non / 17. Non / 18. Oui / 19. Non /
20. Oui / 21. Non / 22. Oui / 23. Non