

## Questionnaire pour les enfants qui bégaient

Voici un formulaire qui peut vous sembler long à remplir, mais qui vous permettra d'économiser du temps d'évaluation avec l'orthophoniste. L'information que vous y inscrirez est essentielle à la démarche d'évaluation et permet à l'orthophoniste de comprendre la nature des difficultés de l'enfant.

IDENTIFICATION		
Nom de l'enfant :		Lieu de naissance :
Date de naissance :		Âge :
Nom et prénom de la mère :		
Nom et prénom du père :		
Adresse complète (avec code postal):		
# Tél. à la maison :	# Tél. au travail :	# Cell. :
Courriel :		
Comment avez-vous obtenu les coordonnées de notre bureau :		
<input type="checkbox"/> par le biais de l'Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec <input type="checkbox"/> par le biais d'un médecin <input type="checkbox"/> par le biais d'une orthophoniste <input type="checkbox"/> par le biais d'un CPE ou d'une garderie <input type="checkbox"/> par le biais d'une connaissance <input type="checkbox"/> autre _____		
Personne ayant fourni les informations du présent questionnaire :		
GARDERIE		
Nom de la garderie :		Depuis quand?
# Tél. :	Éducatrice :	
Combien de jours par semaine :		
Comment cela se passe-t-il au niveau de la communication?		
Comment cela se passe-t-il au niveau des apprentissages?		
Comment cela se passe-t-il au niveau du comportement et des relations avec les autres?		

<b>ÉCOLE</b>	
Nom de l'école :	Professeur :
# Tél. :	Niveau :
Comment cela se passe-t-il au niveau de la communication?	
Comment cela se passe-t-il au niveau des apprentissages?	
Comment cela se passe-t-il au niveau du comportement et des relations avec les autres?	
<b>HISTOIRE MÉDICALE</b>	
Comment s'est déroulée la grossesse?	
Comment s'est déroulé l'accouchement?	
APGAR : ____/____/____	
Votre enfant a-t-il déjà été malade, hospitalisé ou opéré? Si oui, quand? Pour quelle(s) raison(s)? Quels ont été les résultats?	
Quel est son état de santé actuel?	
A-t-il déjà passé un test d'audition?	Quand?
Résultats?	Où?
Sa vue est-elle bonne?	
Prend-il des médicaments?	Lesquels et pourquoi?
Comment se passe l'heure du coucher?	
Comment se passe la nuit?	
Heure du coucher : _____ Heure du réveil : _____ Heures moyennes de sommeil par nuit : _____	
Veuillez décrire son niveau d'attention/concentration :	
Avez-vous autre chose à ajouter sur sa condition physique? (alimentation, hyperactivité, etc.)	
<b>DÉVELOPPEMENT MOTEUR</b>	
Le développement moteur (marche, équilibre, habiletés, coordination, etc.) a-t-il été :	
<input type="checkbox"/> normal?	<input type="checkbox"/> rapide? <input type="checkbox"/> lent? <input type="checkbox"/> en retard?
A quel âge votre enfant a-t-il marché?	
Votre enfant est-il droitier, gaucher ou sans préférence manuelle?	
Commentez la coordination motrice de votre enfant :	

## HISTOIRE FAMILIALE ET SOCIALE

Avec qui l'enfant demeure-t-il?

Décrivez le climat de la relation entre les parents :

Origine de la mère :

Origine du père :

Depuis combien de temps demeurez-vous au Québec? Mère : Père :

Quel est l'emploi de la mère?

Quel est l'emploi du père?

Décrivez la relation du jeune avec les parents :

Frères et sœurs :

Nom	Âge	Genre	Même parents d'origine
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Décrivez la relation du jeune avec ses frères et sœurs :

Y a-t-il présence de compétition entre certains membres de la famille?

Y a-t-il d'autres personnes significatives dans la vie du jeune?

Quelles sont les langues parlées à la maison?

Quelle langue est prédominante?

Quelles sont les langues parlées à la garderie ou l'école?

L'horaire de l'enfant est-il :  Libre?  Chargé?

L'horaire des parents est-il :  Libre?  Chargé?

Le climat à la maison est-il :  le plus souvent sous pression?  le plus souvent détendu?  variable?

Quel est le tempérament de votre enfant?

<input type="checkbox"/> solitaire	<input type="checkbox"/> timide	<input type="checkbox"/> sociable	<input type="checkbox"/> intellectuel	<input type="checkbox"/> actif
<input type="checkbox"/> hyperactif	<input type="checkbox"/> calme	<input type="checkbox"/> confiant	<input type="checkbox"/> agressif	<input type="checkbox"/> impulsif
<input type="checkbox"/> entêté	<input type="checkbox"/> facilement frustré	<input type="checkbox"/> persévérant	<input type="checkbox"/> distrait	<input type="checkbox"/> inattentif
<input type="checkbox"/> sensible	<input type="checkbox"/> enjoué	<input type="checkbox"/> se fatigue vite	<input type="checkbox"/> faible estime	<input type="checkbox"/> difficulté avec changements
<input type="checkbox"/> hypersensible	<input type="checkbox"/> exigeant envers lui-même	<input type="checkbox"/> anxieux/inquiet	<input type="checkbox"/> _____	

Quels sont ses activités et jeux préférés?

Qu'est-ce qui l'intéresse peu ou pas du tout?

Pour votre enfant, attendre son tour (jeu, parole, etc.) est :  facile  difficile?

Commentez :

Comment décririez-vous le comportement de votre enfant?

Comment gérez-vous les comportements problématiques?  facilement  difficilement

Commentez :

Jusqu'à quel point vous et votre conjoint gérez-vous le comportement de la même manière?

\_\_\_\_\_

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

(pas du tout) (parfaitement)

Commentez :

Des routines familiales (heure du coucher, repas, etc.) sont-elles en place?

Autres informations pertinentes?

## LANGAGE

### ÉMERGENCE DU LANGAGE

Le développement du langage de votre enfant a-t-il été :

normal?  rapide?  en retard?

Précisez s'il y a lieu :

Veillez indiquer l'âge où votre enfant a dit:

Ses premiers mots :

Ses premières combinaisons de mots :

A-t-il déjà été suivi pour un problème de langage autre que celui du bégaiement?  oui  non

Quel problème? Quand? Par qui?

Résultats :

### ACTUELLEMENT

Votre enfant peut-il établir un contact visuel?  oui  non

Votre enfant parle :  peu  normalement  beaucoup

► Actuellement votre enfant prononce-t-il clairement les sons et les mots?  oui  non

Sinon, précisez :

Son vocabulaire vous paraît:  normal ?  pauvre?  riche?

Précisez :

La construction de ses phrases vous semble-t-elle :  normale?  lacunaire?

Précisez

Est-ce que votre enfant semble chercher ses mots et /ou ses idées?  oui  non

Est-ce que votre enfant organise bien les idées de son discours?  oui  non

Votre enfant est compris par :

sa mère?  son père?  les personnes familières?  les étrangers?

Votre enfant peut comprendre :

des mots isolés?  des phrases courtes?  des phrases complexes?  une conversation?

## LA FLUIDITÉ

### ÉMERGENCE DU BÉGAIEMENT

► Depuis quand le bégaiement est-il présent?  moins de 6 mois  6 mois à 12 mois  plus de 12 mois

Qui l' a remarqué pour la première fois?

Donnez des exemples de la façon dont il bégayait au début :

- Il répétait des mots, ex. : mais-mais-mais  
 Il répétait des parties de mots, ex. : m-m-mais  
 Il allongeait des sons, ex. : mmmmmmais  
 Il bloquait sur un son et rien ne sortait, ex. : .....papa

Est-ce que votre enfant a commencé à bégayer :  de façon graduelle?  de façon soudaine?

Pour quelle(s) raison(s) croyez-vous que votre enfant a commencé à bégayer? Y a-t-il un événement particulier associé?

### ACTUELLEMENT

► Veuillez décrire l'évolution de la fluidité depuis l'apparition :  mieux  stable  pire

Expliquez:

Que fait votre enfant lorsqu'il bégaye :

- Il répète des mots, ex. : mais-mais-mais  
 Il répète des parties de mots, ex. : m-m-mais  
 Il allonge des sons, ex. : mmmmmmais  
 Il bloque sur un son et rien ne sort, ex. : .....papa

Est-ce que le bégaiement de votre enfant est:

- constant?  variable? (bonnes et mauvaises périodes)

Si votre enfant est exposé à plus d'une langue, bégaye-t-il de la même façon dans chacune des langues?

- oui  non Commentaires :

Est-ce que votre enfant bégaye :

- Au début des phrases seulement?  
 Un peu partout dans la phrase et dans la conversation?

Votre enfant semble-t-il "forcer" ou "pousser" en parlant?  oui  non

Lorsqu'il bégaye, remarquez-vous des grimaces, des mouvements du corps, de la tête, des yeux, des changements dans sa voix ou autres?  oui  non

Si oui, précisez:

Présentement, votre enfant arrive-t-il à :

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dire son nom?           | <input type="checkbox"/> Répondre à une question? | <input type="checkbox"/> Expliquer?  |
| <input type="checkbox"/> Demander quelque chose? | <input type="checkbox"/> Faire une blague?        | <input type="checkbox"/> Téléphoner? |
| <input type="checkbox"/> Poser une question?     | <input type="checkbox"/> Raconter ?               | <input type="checkbox"/> Converser?  |

Votre enfant évite-t-il de parler dans certaines situations?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non																				
Si oui, précisez:																						
Change-t-il ses mots à cause de son bégaiement?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non																				
Si oui, précisez:																						
Votre enfant se fait-il taquiner parce qu'il bégaié?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non																				
► Votre enfant est-il conscient de son problème de fluidité?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non																				
Comment réagit-il quand il bégaié? Pensez-vous que cela le dérange ou l'inquiète?																						
► Pensez-vous que cela le dérange ou l'inquiète?																						
Qu'est-ce que le fait de ne plus bégayer changerait pour votre enfant?																						
Comment vous sentez-vous quand votre enfant hésite ou bégaié? ( anxieux ?, frustré ?, surpris ?, coupable ?, autres, etc.)																						
Sur une échelle de 1 à 10, où situez-vous votre niveau d'inquiétude?																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">(pas inquiet du tout)</td> <td colspan="5">(très inquiet)</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(pas inquiet du tout)					(très inquiet)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
(pas inquiet du tout)					(très inquiet)																	
Comment considérez-vous la sévérité du bégaiement de votre jeune sur une échelle de 1 à 10?																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">(fluidité normale)</td> <td colspan="5">(bégaiement très sévère)</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(fluidité normale)					(bégaiement très sévère)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
(fluidité normale)					(bégaiement très sévère)																	
Avez-vous déjà parlé du bégaiement avec votre enfant?																						
<b>INTERVENTIONS ANTÉRIEURES</b>																						
Avez-vous essayé d'aider vous-même votre enfant?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non																				
Si oui, qu'avez-vous fait et quels en ont été les résultats?																						
Votre enfant a-t-il déjà été suivi pour son bégaiement?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non																				
Si oui, précisez :																						
Quand?																						
Intervenant :																						
Type de traitement :																						
Résultats :																						
<b>FACTEURS PERSONNELS ET ENVIRONNEMENTAUX</b>																						
► ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX																						
Y a-t-il d'autres membres de la famille, proche ou plus éloignée:																						
qui ont déjà bégayé mais qui ne bégaient plus?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non																				
Si oui, lesquels:																						
qui bégaient encore?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non																				
Si oui, lesquels:																						

Y a-t-il d'autres membres de la famille qui ont eu d'autres sortes de problèmes de communication?  oui  non  
Si oui, lesquels et quel est le lien de parenté avec l'enfant?

### ATTITUDES COMMUNICATIVES

Décrivez la vitesse de parole des parents en général?  lente  modérée  rapide

Celle de votre jeune?  lente  modérée  rapide

Et celle des frères et soeurs?  lente  modérée  rapide

Dans la famille et dans l'entourage de l'enfant, est-ce que chacun parle à son tour ou est-ce qu'on se coupe souvent la parole?

### AUTRES FACTEURS D'INFLUENCE

Quels sont les autres facteurs qui semblent augmenter ou diminuer le bégaiement de votre jeune?

Concernant le comportement ainsi que les résultats scolaires de votre enfant, vous considérez-vous comme un parent:  très exigeant?  moyennement exigeant?  peu ou pas exigeant?

Précisez :

En est-il de même pour votre conjoint(e)?

Considérez-vous que votre enfant est envers lui-même:

très exigeant?  moyennement exigeant?  peu exigeant?

Précisez :

## LA MOTIVATION

À la demande de qui avez-vous fait des démarches pour une consultation en orthophonie

Vous-même  Votre jeune  Autre :

Comment coteriez-vous votre niveau de motivation à vous investir dans une thérapie en bégaiement, à participer, à vous impliquer?

intense  moyen  faible  nul

Comment coteriez-vous le niveau de motivation de votre enfant à suivre une thérapie en bégaiement?

intense  moyen  faible  nul

\_\_\_\_\_, orthophoniste #

Date : \_\_\_\_\_