

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Nom de l'enfant _____ Date de naissance _____ Age _____

Merci de remplir ce questionnaire en considérant la façon dont votre enfant se comporte habituellement. Essayez de répondre à toutes les questions. Si le comportement est rare (c'est-à-dire si vous avez vu votre enfant agir de cette façon seulement une ou deux fois), répondez comme si votre enfant ne le faisait pas.

1. Est-ce que votre enfant aime être balancé ou qu'on le fasse sauter sur les genoux ?	OUI	NON
2. Est-ce que votre enfant montre de l'intérêt pour les autres enfants ?	OUI	NON
3. Est-ce que votre enfant aime grimper sur les choses, par ex. escalader les escaliers ?	OUI	NON
4. Est-ce que votre enfant aime jouer aux jeux de cache-cache ou à 'coucou me voilà' ?	OUI	NON
5. Est-ce que votre enfant a déjà joué à faire semblant, par ex. faire semblant de parler au téléphone ou jouer à la dînette ou avec des poupées ?	OUI	NON
6. Est-ce que votre enfant a déjà pointé avec son index pour demander quelque chose ?	OUI	NON
7. Est-ce que votre enfant a déjà pointé avec son index pour montrer quelque chose qui l'intéresse ?	OUI	NON
8. Est-ce que votre enfant joue de façon adaptée avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans se contenter de les mettre à la bouche, les tripoter ou les laisser tomber ?	OUI	NON
9. Est-ce que votre enfant vous apporte parfois des objets pour vous les montrer ?	OUI	NON
10. Est-ce que votre enfant peut soutenir votre regard plus d'une ou deux secondes ?	OUI	NON
11. Est-ce que votre enfant vous a déjà paru excessivement sensible à certains bruits (par ex., se bouche les oreilles en réponse à certains bruits) ?	OUI	NON
12. Est-ce que votre enfant sourit en réponse à vos sourires ?	OUI	NON
13. Est-ce que votre enfant vous imite (par ex., si vous faites une grimace) ?	OUI	NON
14. Est-ce que votre enfant répond quand vous l'appellez par son prénom ?	OUI	NON
15. Si vous pointez vers un jouet à l'autre bout de la pièce, votre enfant regarde-t-il dans la direction ?	OUI	NON
16. Est-ce que votre enfant marche sans aide ?	OUI	NON
17. Est-ce que votre enfant regarde des objets que vous regardez ?	OUI	NON
18. Est-ce que votre enfant fait des mouvements bizarres des doigts devant son visage ?	OUI	NON
19. Est-ce que votre enfant essaie d'attirer votre attention sur ce qu'il est en train de faire ?	OUI	NON
20. Vous êtes vous déjà demandé si votre enfant était sourd ?	OUI	NON
21. Est-ce que votre enfant comprend ce que disent les gens ?	OUI	NON
22. Est-ce que parfois votre enfant regarde dans le vide ou déambule sans but ?	OUI	NON
23. Est-ce que votre enfant observe votre visage pour vérifier votre réaction lorsqu'il est confronté à une situation nouvelle ?	OUI	NON

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton

Traduction libre par Nelly Labruyère, neuropsychologue

Source : Robins, D. et al. (2001). *The Modified Check-List for Autism in Toddlers : An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders. 31(2), 131-144.*

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Grille de réponse

La grille des réponses oui/non ci-dessous correspond aux échecs aux questions. Si la réponse obtenue est celle indiquée dans le tableau, l'item est échoué.

En gras et grisé, les items critiques : 2, 7, 9, 13, 14 et 15.

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

Interprétation

Le test est significatif si échec à 2 items critiques ou à 3 items qu'ils soient critiques ou non.

Tous les enfants qui sont en échec dans ce questionnaire n'auront pas un diagnostic d'autisme. Cependant, ces enfants devraient être référés à une unité spécialisée dans le diagnostic pour une évaluation plus approfondie.