

PRIÈRE DE RÉPONDRE À **TOUTES** LES QUESTIONS QUI CONCERNENT LES PERSONNES AUTISTES ET DE RENVOYER LE QUESTIONNAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE:

IRLEN Center Schweiz - Fritz Steiner, Bahnhofstr. 34, CH-4143 Dornach

NOM DU CLIENT _____ AGE _____

ADRESSE _____

TELEPHONE _____

Questionnaire rempli par _____

Prière d'entourer d'un cercle la bonne réponse!

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI / NON

Si OUI: est-il myope / hypermétrope ? Dioptries: _____

Votre enfant porte-t-il des lunettes à soleil ? OUI / NON

PARTIE A

Prière de donner des précisions à toutes les questions auxquelles vous répondez par OUI. Si nécessaire ajouter une feuille supplémentaire au questionnaire.

1. Problèmes pendant la grossesse ? OUI / NON
Précisions :

2. Problèmes lors de la naissance : OUI / NON
Précisions :

3. Maladies : OUI / NON
Précisions :

4. Quels médicaments l'enfant prend-il en ce moment ?

5. Allergies ? OUI / NON
Précisions :

6. Sensibilité particulière à certains aliments ? OUI / NON

Aliments qui ont des répercussions sur la pensée, la parole ou le fait de rester tranquillement assis :

Aliments qui provoquent un état de fatigue ou d'indifférence :

Aliments qui provoquent des maux de ventre :

Aliments qui provoquent des maux de tête :

Autres problèmes :

Votre enfant se nourrit-il de manière trop sélective ? OUI / NON

Quels sont les produits (ou les groupes d'aliments, par ex. les produits laitiers) qu'il mange ou boit de préférence ou exclusivement ?

7. Sensibilité à certaines odeurs, par ex. laques à cheveux, parfums, produits de nettoyage ? OUI / NON

Précisions :

8. Problèmes qui se posent lorsqu'un repas est sauté:

Maux de tête _____ Vertige _____ Sautes d'humeur _____

Suractivité _____ Fatigue _____ Tremblements _____

Nervosité _____

Autres : _____

9. Difficultés à s'endormir ? OUI / NON

Difficultés à dormir d'un trait ? OUI / NON

Précisions :

10. Sensibilité à l'égard de certains vêtements, tissus, textures ? OUI / NON

Lesquelles ?

11. Problèmes dûs à des habits trop ajustés ? Refus de porter des habits trop serrés ? OUI / NON

Précisions :

a

12. Sensibilité ou réactions négatives à certains bruits ? OUI / NON

Précisions :

13. Le fait de toucher votre enfant lui est-il désagréable ou douloureux ? OUI / NON

Précisions :

14. Entourer d'un cercle les excitations sensorielles suivantes, qui semblent lui être désagréables, douloureuses ou insupportables :

odeurs bruits contact corporel lumière motifs textures
autres _____

15. Entourer d'un cercle les excitations sensorielles suivantes, qui ont sur lui un effet "hypnotisant" :

lumière couleurs dessins scintillements textures objets rotatifs mouvements
autres _____

16. Y-a-t-il (ou y-a-t-il eu) d'autres membres de la famille/parenté atteints (ou soupçonnés) d'autisme ? OUI / NON

Degré de parenté :

17. Y-a-t-il un membre de la famille/parenté qui est particulièrement sensible à la lumière? Y-a-t-il un membre de la famille/parenté qui ressent de manière désagréable la lumière du soleil, une lumière intense, les projecteurs, l'éclairage de la voie publique ? OUI / NON

Est-ce que cette personne porte souvent des lunettes à soleil ? OUI / NON

Degré de parenté ?

18. Est-ce qu'un membre de la famille/parenté n'arrive pas à lire plus d'une heure sans interruption, ou ne lit que des journaux ou des revues ? OUI / NON

Degré de parenté ?

19. Y-a-t-il un membre de la famille/parenté qui est vite fatigué, épuisé ou énervé par le fait de lire ? OUI / NON

Degré de parenté ?

20. Y-a-t-il un membre de la famille/parenté qui a des problèmes de lecture, des problèmes de concentration ou de dyslexie ? OUI / NON

Degré de parenté ?

21. Y-a-t-il un membre de la famille/parenté qui a des maux de tête ou des migraines liées à la lumière ou la lecture? OUI / NON

Ou par le stress ? OUI / NON

Degré de parenté ?

PARTIE B

Si nécessaire, prière de joindre des explications supplémentaires sur une autre feuille.

1. Y- a-t-il des problèmes lorsque l'enfant colorie ?	Oui	Non	?
2. Y- a-t-il des problèmes lorsque l'enfant découpe avec les ciseaux une feuille en suivant une ligne droite ?	Oui	Non	?
3. Difficultés à suivre une ligne droite en marchant ?	Oui	Non	?
4. Difficultés / peur faddce à des portes tournantes ?	Oui	Non	?
5. Difficultés ou hésitations devant des escaliers roulants ?	Oui	Non	?
6. A-t-il de la peine à soulever quelque chose de manière ciblée ou de le poser sur une table ?	Oui	Non	?
7. Hésitations ou peur de monter ou descendre des escaliers ?	Oui	Non	?

8. A-t-il de la peine à attraper une balle ?	Oui	Non	?
9. A-t-il de la peine à aller à vélo ?	Oui	Non	?
10. Trébuche-t-il sur le bord du trottoir ?	Oui	Non	?
11. Faut-il particulièrement insister pour lui faire descendre des escaliers ?	Oui	Non	?
12. Evite-t-il les portes qui se ferment automatiquement ?	Oui	Non	?
13. Votre enfant se comporte-t-il de manière plus tranquille avec un faible éclairage ou/et préfère-t-il un faible éclairage ?	Oui	Non	?
14. Modifie-t-il la luminosité du poste de télévision ?	Oui	Non	?
15. Joue-t-il avec le bouton de réglage des couleurs du poste de télévision ?	Oui	Non	?
16. Votre enfant devient-il hyperactif ou désagréablement agité dans un espace éclairé par une source de lumière au néon/ une lampe halogène ?	Oui	Non	?
17. Son comportement se modifie-t-il avec une source de lumière au néon ou une lampe halogène ?	Oui	Non	?
18. Certaines couleurs sont-elles désagréables ou volontairement refusées ?	Oui	Non	?
19. Votre enfant cligne-t-il des yeux ou ferme-t-il un oeil lorsque la lumière est vive ?	Oui	Non	?
20. Observe-t-il volontiers des portes automatiques ?	Oui	Non	?
21. Son regard semble-t-il se figer sur certains motifs réguliers ou certaines rayures ?	Oui	Non	?

PARTIE C

	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
1. Problème à établir un contact visuel	0	1	2
2. Difficultés à commencer un travail ou à se concentrer sur la tâche	0	1	2
3. Difficultés à examiner un jouet ou des objets	0	1	2
4. A le regard fixé dans le vide	0	1	2
5. Regarde à travers les personnes ou les objets	0	1	2
6. Regarde fixement ses propres doigts ou ses mains	0	1	2
7. Regarde fixement des sources de lumière, des reflets ou des changements d'éclairage	0	1	2
8. Fixe le second-plan et non la personne	0	1	2
9. Est irrité par des sources de lumière ou de couleurs se trouvant autour de lui	0	1	2
10. Est occupé la plupart du temps à tourner et retourner des objets ou agiter ses mains, ou passe son temps à des actions similaires	0	1	2
11. Maladroit ou gauche dans ses mouvements	0	1	2
12. Maladroit aux engins (place de jeux, salle	0	1	2

de gymnastique)			
13. Tombe ou trébuche facilement	0	1	2
14. S'appuie à des personnes, aux rampes ou à la paroi	0	1	2
15. Trébuche contre des objets/meubles	0	1	2
16. Votre enfant a-t-il de la peine à franchir les seuils de porte ?	0	1	2
17. Monte-t-il ou descend-il les escaliers en ramenant toujours le même pied vers l'autre ?	0	1	2
18. Hésite-t-il devant des escaliers ou des rampes ?	0	1	2
19. Votre enfant montre-t-il des réactions inhabituelles à des excitations visuelles d'un autre type que celles décrites ci-dessus ? Lesquelles ? (Prière de les décrire)	0	1	2

PARTIE D

	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
1. Votre enfant louche-t-il (ou dirige-t-il son regard de côté) lorsqu'il doit regarder quelque chose ?	0	1	2
2. Cligne-t-il des yeux ou ferme-t-il les yeux périodiquement ou continuellement ?	0	1	2
3. Votre enfant regarde-t-il des objets en leur jetant plusieurs fois de brefs coups d'œil ?	0	1	2
4. Nomme-t-il un objet sans le regarder ?	0	1	2
5. Se cache-t-il un oeil (en regardant) ?	0	1	2
6. Se frotte-t-il/se presse-t-il les yeux ?	0	1	2
7. Votre enfant regarde-t-il une scène en détournant la tête et en donnant l'impression d'immobiliser son regard ?	0	1	2
8. En marchant, regarde-t-il le sol ou le plafond ?	0	1	2
9. Regarde-t-il à travers ses propres doigts?	0	1	2
10. Détourne-t-il son regard d'objets qui retiennent pourtant son attention (vision latérale) ?	0	1	2
11. Semble-t-il surpris lorsqu'on s'approche de lui ?	0	1	2
12. Semble-t-il effrayé sans raison apparente ?	0	1	2
13. Observe-t-il des objets en ayant les yeux écarquillés ou en les fixant longuement ?	0	1	2
14. Votre enfant devient-il hyperactif ou désagréablement agité dans un espace éclairé par une vive lumière ?	0	1	2
15. Se tient-il de préférence à l'ombre?	0	1	2
16. Préfère-t-il une luminosité faible ou éteint-il souvent les lampes ?	0	1	2
17. Choisit-il des couleurs de fond inhabituelles pour l'écran de son ordinateur ou modifie-t-il sa luminosité ?	0	1	2

PARTIE E

	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	
1. Votre enfant perd-il son point de fixation en lisant ?	0	1	2	?
2. A-t-il des problèmes à copier le texte d'un livre ?	0	1	2	?
3. A-t-il des problèmes à copier un texte du tableau?	0	1	2	?

4. Arrive-t-il mieux à copier à partir des <u>cartes</u> (du cours de soutien) ?	0	1	2	?
5. En lisant, se frotte-t-il les yeux, ferme-t-il un oeil ou se rapproche-t-il du texte ?	0	1	2	?
6. Peut-il mieux lire des textes écrits en gros caractères ?	0	1	2	?
7. Répète-t-il ou saute-t-il des lignes en lisant ?	0	1	2	?
8. Utilise-t-il son doigt (ou un crayon/ une règle) comme aide en lisant ?	0	1	2	?
9. Laisse-t-il en écrivant des espaces irréguliers entre les mots ?	0	1	2	?

PARTIE F

Prière de poser les questions suivantes à votre enfant. Ajouter si nécessaire une feuille supplémentaire pour vos précisions.

Les réponses ont été obtenues par les moyens suivants (encercler la bonne réponse) :
langage communication facilitée cartes Oui/Non gestes

Autre méthode:.....

1. Est-ce que certains types de lumière te gênent ? Oui/Non
Précisions :

2. Des sources de lumière sont-elles parfois entourées d'un halo lumineux, de petites étoiles ou de couleurs ? Oui/Non
Précisions :

3. Quand tu regardes quelque chose, est-ce que des taches lumineuses ou colorées apparaissent parfois ? Oui/Non
Précisions :

4. As-tu de la peine à regarder un visage ? Oui/Non
Précisions :

5. Est-ce que des choses peuvent se colorer ou changer de couleurs pendant que tu les observes ? Oui/Non
Précisions :

6. Est-ce qu'une page blanche t'apparaît brillante, trop blanche ou trop claire?
Oui/Non
Précisions :

7. Est-ce que cela te fait mal de regarder une page blanche? Oui/Non
Précisions :
8. Est-ce que des choses semblent se diriger vers toi ? Oui/Non
Précisions :
9. Est-il difficile pour toi de regarder des motifs réguliers ou des rayures ? Oui/Non
Précisions :
- Aimes-tu regarder particulièrement des motifs réguliers ou des rayures ? Oui/Non
Précisions :
10. Y-a-t-il certaines couleurs que tu n'aimes pas ou qui te dérangent ? Oui/Non
Précisions :
11. Est-ce pour toi plus facile de regarder quelque chose en plissant les yeux ou en regardant de côté ? Oui/Non
Précisions :
12. Est-ce difficile pour toi de regarder les gens ? Oui/Non
Précisions :
13. Est-ce difficile pour toi de regarder des objets ? Oui/Non
Précisions :
14. Est-ce que des choses autour de toi bougent ou changent, par ex. des parois, des escaliers, des tapisseries, des motifs sur un tapis, des meubles ?
Oui/Non
Précisions :
15. Des choses te semblent-elles surgir ou disparaître ? Oui/Non
Précisions :
16. Des choses semblent-elles s'évaporer ? Oui/Non
Précisions :

17. As-tu davantage de peine à comprendre ce que tu vois ou ce que tu entends lorsque tu te trouves dans un lieu éclairé au néon ? Oui/Non
Précisions :
18. As-tu parfois peur en voiture ? Oui/Non
Précisions :
Aimes-tu rouler volontiers en auto/ en bus / en train ? Oui/Non
Précisions :
19. As-tu de la peine à jouer à la balle ? Oui/Non
Précisions :
20. Te sens tu parfois peu bien en montant des escaliers, en roulant en voiture, en étant dans un ascenseur ? Oui/Non
Précisions :
21. Est-ce que tes yeux se fatiguent quand tu lis ou regardes une image ? Oui/Non
Précisions :
22. Quand cela devient difficile de regarder quelque chose, as-tu simultanément des problèmes à écouter ? Oui/Non
Précisions :

PARTIE G

Prière d'entourer d'un cercle les phrases adéquates.

Comportement d'autostimulation

Balance son corps

Agite sa main devant les yeux

Bouge la tête

Fait claquer ses doigts

Tourne sur lui-même

Marche continuellement et régulièrement



Court en tenant la main contre le mur/la paroi

Façons de communiquer

Chanter : Phrases simples à plusieurs mots

Phrases d'un mot/geste Phrases complexes

Phrases à deux ou trois mots/gestes Communication facilitée : Quels moyens ?
Quelles aides ?

Phrases rudimentaires

PARTIE H

Prière de décrire les problèmes dont vous attendez une amélioration ou une aide avec les filtres IRLÉN:

La méthode IRLÉN ne peut guérir de l'autisme!

Prière de renvoyer le questionnaire à l'adresse suivante:

Irlen Center Schweiz
Fritz Steiner
Bahnhofstr. 34
CH-4143 Dornach
Schweiz

IRLEN Institute
5380 Village Road
Long Beach CA 90808
USA