

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Mathilde JOURNÉE

qui sera présenté au jury en juin 2020

L'immaturité psycho-affective chez
l'enfant de 6 à 10 ans :
Création d'un outil d'aide à l'identification de l'immaturité
psycho-affective à destination des orthophonistes.

MEMOIRE dirigé par

Loïc GAMOT, Orthophoniste, Département d'Orthophonie & CRDTA, Lille

Valérie LEHEMBRE, Psychologue, Département d'Orthophonie de Lille & CAMSP, Villeneuve
d'Ascq

Remerciements

Je tiens à remercier mes directeurs de mémoire, Valérie Lehembre et Loïc Gamot, pour leur disponibilité, leur écoute, leur expertise et leur accompagnement lors de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie les maîtres de stage qui m'ont accueillie pendant ces cinq années pour leur bienveillance et les savoirs qu'elles m'ont transmis.

Je remercie Fanny Bouvier pour la relecture de mon travail, sa disponibilité, son écoute et ses précieux conseils durant cette dernière année.

Je remercie Laura, Marianne, Marie, et Jean-Marie d'avoir été mes piliers durant ces cinq années d'études et de les avoir rendues inoubliables.

Je remercie ma famille, mes grands-parents, Mathieu et mon frère de m'avoir soutenue dans mes projets.

Je remercie particulièrement ma maman pour sa présence et pour m'avoir offert toutes les chances de réussir et d'exercer le métier de mes rêves.

Enfin, je remercie Hugo pour sa patience, son écoute et son soutien au quotidien.
Le meilleur reste à venir.

Résumé :

L'orthophoniste est amené à rencontrer en bilan orthophonique des enfants présentant des signes d'immaturité psycho-affective associés aux troubles du langage, de l'apprentissage et de l'oralité. Il est nécessaire de pouvoir repérer les signes d'une immaturité psycho-affective pour les prendre en considération dans les choix d'orientation thérapeutique. En effet, l'immaturité psycho-affective peut se révéler comme étant à l'origine des troubles ou secondaire à ceux-ci. Notre objectif est donc de créer un outil d'aide à l'identification de l'immaturité psycho-affective chez les enfants de 6 à 10 ans à destination des orthophonistes. Nous avons répertorié, à partir de la littérature scientifique, des facteurs environnementaux, des signes et des comportements révélateurs d'une immaturité psycho-affective. Nous avons voulu créer un support pratique, rapide et simple d'utilisation. Cet outil, qui comporte six pages, prend la forme d'un entretien semi-directif et d'un questionnaire parental avec un choix de réponses par échelle de Likert. L'utilisation de l'outil lors de l'anamnèse orthophonique permettra de mettre en évidence la présence de signes révélateurs d'une immaturité psycho-affective. L'orthophoniste pourra alors proposer un accompagnement parental et préconiser un suivi psychologique qui sera complémentaire voire préalable à l'intervention orthophonique. L'outil n'est pas normé, sa normalisation pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur.

Mots-clés :

Orthophonie, psychologie, immaturité psycho-affective, développement psycho-affectif, anamnèse.

Abstract :

Speech therapists meet children who may have signs of emotional immaturity associated to language disorders, learning disorders and orality disorders during a speech and language assessment. It is therefore necessary to identify emotional immaturity signs in order to considerate them in therapeutic orientation's choices. Indeed, emotional immaturity may be as the trouble's origin or secondary to them. Our objective is to create an assessment tool to help speech therapist to identify signs of emotional immaturity for children from 6 to 10. We have listed, from literature, environmental factors, signs and behaviors revealing emotional immaturity. We wanted our assessment tool convenient, prompt and easy to use. This tool, which has 6 pages, takes the form of a semi-directive interview and of a parental questionnaire with a Likert scale to answer. The tool's use during speech and language anamnesis will bring to light emotional immaturity telltale signs. The speech therapist will propose parental support and recommend a psychological monitoring which could be complementary if not prior to speech therapy. Tool is not standardized but its standardization could be the subject of later work.

Keywords :

Speech therapy, psychology, emotional immaturity, emotional development,

anamnesis

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique et buts.....	2
1.La maturité affective	2
1.1.Définition.....	2
1.2.Développement typique de la maturité affective	2
1.3.Le rôle de la maturité affective pour entrer dans les apprentissages.....	3
2.L'immaturité psycho-affective chez l'enfant	4
2.1.Définition.....	4
2.2.Identifier l'immaturité psycho-affective.....	5
2.2.1.Facteurs externes et environnementaux	5
2.2.2.Développement global de l'enfant.....	5
2.2.3. Facteurs à prendre en compte dans le profil psychologique de l'enfant	6
2.2.4.Comportement de l'enfant qui « refuse de grandir »	7
2.3.Conséquences de l'immaturité psycho-affective sur les apprentissages.....	8
2.4.Outils psychologiques existant pour la tranche d'âge 6-10 ans.....	8
3.Les orthophonistes face à l'immaturité psycho-affective.....	9
3.1. État des connaissances	9
3.2. Attitude professionnelle durant le bilan	10
3.3. Intérêt porté au sujet	10
4.Buts	10
Méthode.....	11
1.Objectifs	11
2.Choix méthodologiques.....	11
2.1. Choix du format de l'outil	11
2.1.1.Première partie : entretien semi-directif.....	11
2.1.2.Seconde partie : questionnaire parental.....	12
2.2.Population ciblée.....	12
3.Recherche des facteurs d'immaturité psycho-affective	12
3.1.Mots clés utilisés pour la recherche de facteurs d'immaturité psycho-affective	12
3.2.Banque de données	13
3.3.Critères de sélection et critères d'exclusion	13
Résultats	14
1.Présentation de l'outil	14
1.1. Entretien semi-directif.....	14
1.2.Questionnaire parental	16
2.Consignes de passation	20
2.1.Contexte d'anamnèse	20
2.2.Déroulé de l'évaluation	20
3. Cotation	21
3.1. Première partie	21
3.2. Seconde partie	21
4. Présentation des résultats et interprétation.....	21
Discussion	22
1.Critique de l'outil.....	22
2.Difficultés rencontrées.....	23
3.Validité apparente de l'outil et suggestion d'étude future.....	24
4.Apport pour ma future pratique.....	24
Conclusion	25

<u>Bibliographie.....</u>	<u>26</u>
<u>Liste des annexes.....</u>	<u>31</u>
<u>Annexe n°1 : Outil d'aide à l'identification de l'immaturité psycho-affective chez l'enfant de 6 à 10 ans à destination des orthophonistes.....</u>	<u>31</u>

Introduction

L'orthophoniste est souvent confronté à des enfants présentant des signes d'immaturité psycho-affective associés aux troubles du langage, de l'apprentissage et de l'oralité. Il est nécessaire de pouvoir repérer les signes d'une immaturité psycho-affective et de les prendre en considération dans les choix d'orientation thérapeutique.

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité de celui de Strack (2018) qui s'intitule « identification de l'immaturité psycho-affective chez l'enfant lors du bilan orthophonique (4-10 ans) ». Strack (2018) a réalisé une revue de littérature pour préciser le concept d'immaturité psycho-affective ainsi qu'une enquête auprès d'orthophonistes à propos des connaissances et des pratiques professionnelles autour de ce sujet. Il en est ressorti un désir voire un besoin d'avoir à disposition des outils permettant de mieux identifier un retard affectif chez leurs jeunes patients ayant des troubles du langage ou des apprentissages. En effet, l'utilisation de cet outil d'investigation lors du bilan orthophonique permettra de replacer les dysfonctionnements observés dans le cadre du développement neuromoteur, cognitif, affectif et langagier de l'enfant. Cet outil permettra également de mettre en évidence une éventuelle origine psycho-affective des troubles, auquel cas, un accompagnement psychologique ou parental sera complémentaire à la prise en charge orthophonique.

Notre objectif est donc de construire un outil cohérent, pratique et rapide de passation, afin de repérer les signes d'une immaturité psycho-affective qui entrave le développement du langage et des apprentissages chez un enfant de 6 à 10 ans.

Dans un premier temps nous aborderons la notion de maturité affective dans le cadre du développement affectif typique de l'enfant puis nous étudierons les relations étroites entre un bon développement psycho-affectif et l'accès aux apprentissages.

Notre deuxième partie sera consacrée à l'immaturité psycho-affective, ses manifestations et ses conséquences sur le développement des acquisitions de l'enfant ainsi que les outils existants pour évaluer et détecter des troubles affectifs, émotionnels ou comportementaux chez les enfants de 6 à 10 ans.

Nous évoquerons dans la troisième partie les liens entre la prise en soin orthophonique et l'immaturité psycho-affective, puis nous ferons une synthèse des résultats de l'étude menée par Strack (2018) auprès d'orthophonistes au sujet de l'immaturité psycho-affective.

Enfin, nous exposerons le but de notre travail ainsi que la méthodologie utilisée pour la construction de notre outil d'aide à l'identification de l'immaturité psycho-affective chez les enfants de 6 à 10 ans.

Contexte théorique et buts

1. La maturité affective

Nous cherchons dans un premier temps à définir la maturité.

1.1. Définition

Pour définir la maturité, nous expliciterons d'abord ce qu'est la maturation, processus par lequel nous parvenons à l'état de maturité. Dans le Dictionnaire de psychologie (Doron et Parot, 2001, p. 439), le terme de « maturation » est défini comme un « Processus par lequel un organisme atteint la maturité ou par lequel une fonction biologique ou psychologique se trouve actualisée. La notion de maturation implique toujours, sinon exclusivement, une évolution interne de l'organisme correspondant à un programme de développement caractéristique de l'espèce. (...) Entendu au sens large, le concept de maturation, où la modulation par le milieu tient une place plus ou moins importante, conduit au concept dérivé de maturité-immaturité pour apprécier les systèmes d'autorégulation mentale dans le domaine de la personnalité ». Par opposition à l'immaturité, la maturité est définie implicitement comme l'accès à l'autonomie, à la liberté d'action et au détachement par rapport aux images parentales.

La maturité indique l'état d'aboutissement et de relative stabilité qu'a atteint, à travers ce développement, un organisme ou une structure particulière. Il y a donc derrière cette notion l'idée d'un modèle de développement accompli qui tend à constituer une norme idéale. On retrouve cette notion chez Piaget ainsi que chez Freud. Pour Piaget (1954), l'intelligence de l'enfant passe par des stades d'évolution chronologiques aboutissant à l'adolescence au « stade des opérations formelles ». Pour Freud (1905), l'individu parcourt au long de sa vie des stades successifs de développement libidinal aboutissant à un stade final de développement des processus.

L'affectivité est l'aspect fondamental de la vie psychique, qui recouvre l'ensemble du vécu éprouvé par l'individu sur le plan de l'humeur (thymie), des émotions, des sentiments et des motivations. L'affectivité est donc indispensable à la maturation du psychisme. Le développement affectif repose fondamentalement sur l'interaction entre l'enfant et les adultes qui l'entourent, particulièrement ses parents, et il représente la base de toutes les relations futures de cet enfant.

Les auteurs de Phonolec (Gatignol, Oudry, et Robert-Jahier, 2008) ont dégagé plusieurs facteurs prédisposant à une maturité émotionnelle, affective, relationnelle, comportementale et cognitive, qui sont les suivants : le maintien de l'interaction visuelle, de meilleures régulations émotionnelles et un meilleur contrôle des impulsions, une exploration de l'environnement permise par un modèle interne stable des relations humaines, une appétence à l'interaction favorisant les liens sociaux et donc l'intégration sociale, un meilleur développement des capacités ludiques et de l'imaginaire, la diminution de l'agressivité, une meilleure intégration des fonctions de pensée (espace-temps) ainsi qu'un degré suffisant d'autonomie dans l'activité.

1.2. Développement typique de la maturité affective

Perls (1972) conçoit la croissance psychologique comme l'affranchissement de l'individu à la dépendance aux autres et à l'environnement, être capable de s'appuyer sur soi-même et être autonome : « Le processus de maturation est la transformation du support de l'environnement à celui venant de soi et le but de la thérapie est de rendre le patient capable de ne pas dépendre des

autres » (Perls, 1972, p. 30). Le terme de processus est alors davantage adapté à la notion de maturité, plutôt qu'un état final stable.

Afin de décrire de manière globale le développement typique de la maturité psycho-affective chez un enfant, nous nous inscrirons dans l'approche de la psychologie développementale qui étudie les différents domaines du développement humain dont le développement psycho-affectif.

Wallon (1941) a étudié le développement affectif de l'enfant, qu'il a décomposé en plusieurs stades dont celui du « stade catégoriel » qui concerne la tranche d'âge qui nous intéresse ici c'est-à-dire entre six et douze ans. Ce stade de développement est caractérisé par une ouverture sur l'extérieur et les autres. En effet, c'est souvent une période de la vie durant laquelle l'espace de l'enfant s'agrandit. La famille, les lieux de vie et les multiples partenaires que l'enfant côtoie lui permettent de se construire en tant que « personne stable » et d'avoir conscience de son identité propre.

L'entrée à l'école primaire opère un chamboulement dans la vie de l'enfant et lui demande de nombreux efforts notamment par rapport au travail demandé mais aussi par rapport à l'adaptation à la vie de groupe et de la classe. Cependant, on observe parfois un contraste à la maison, l'enfant ne fait plus beaucoup d'effort pour grandir : il redevient capricieux, exigeant, tyrannique, cherche à se faire servir, manifeste son mécontentement par des cris, des colères et des larmes. L'enfant qui évolue et grandit malgré lui considérerait à ce moment là le foyer familial comme un refuge, un havre lui rappelant l'enfance, où il pouvait encore il n'y a pas si longtemps se laisser vivre. Cette période de six à sept ans est difficile pour l'enfant, il vit une crise affective qui peut exacerber des comportements inadaptés. Mais c'est finalement l'affirmation de soi qui peu à peu va l'emporter chez l'enfant, le retour à un âge antérieur paraissant finalement impossible et bientôt indésirable. Vers huit ans, l'enfant se sera adapté à sa nouvelle vie scolaire et pourra s'épanouir dans de bonnes conditions. Les expériences sociales répétées vont rendre l'enfant capable de renoncer à un plaisir, de collaborer, d'échanger et de construire son identité parmi des pairs (Galimard, 1998, p. 49).

Pour stimuler le développement affectif de l'enfant, il est nécessaire de lui proposer des activités lui permettant de s'exprimer et de communiquer ses émotions et ses sentiments telles que le mime, le théâtre, les jeux de rôles. Au-delà de ce type d'activités, c'est avant tout le comportement des parents qui contribue le plus au développement affectif de l'enfant. En effet, établir avec lui une relation chaleureuse, lui témoigner un réel intérêt, lui reconnaître le droit de s'exprimer, tout en lui laissant la possibilité de décider, de choisir permettent à l'enfant de construire les bases qui lui engendreront le développement de sa confiance en soi, son estime de soi, son sentiment de compétence ainsi que son autonomie (Ferland, 2014).

La qualité de l'attachement est un facteur prédictif du bon développement psycho-affectif de l'enfant. La théorie de l'attachement a permis de mettre en lien les sphères affective et cognitive. Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978) ont montré que l'enfant entreprend d'explorer son environnement physique quand il sent qu'il éprouve sécurité et confort auprès d'un des parents. En effet, « une bonne base de sécurité permet de développer les fonctions cognitives » (Benony, 1998). Les auteurs (Bacro et Florin, 2008) considèrent que l'attachement précoce sécurisant est essentiel dans l'adaptation psychique future de l'enfant et dans son développement cognitif et affectif. L'enfant a besoin de construire une sécurité interne (Bowlby, 1988) afin d'accéder à l'exploration de son environnement et à la capacité de penser. La sécurité interne implique le recours à une figure d'attachement sécurisante dont l'enfant s'éloignera progressivement à mesure qu'il aura expérimenté qu'il peut compter sur elle (Ainsworth et al., 1978). Cette sécurité interne est fondamentale pour soutenir la croissance psychique ainsi que le développement psycho-affectif de la pensée de l'enfant et ainsi lui offrir la possibilité d'agir, de comprendre, et d'apprendre.

1.3. Le rôle de la maturité affective pour entrer dans les apprentissages

Deux perspectives théoriques différentes se rejoignent sur une idée commune : l'affectivité joue un rôle majeur dans le développement des apprentissages.

En effet, selon une perspective socio-cognitive des apprentissages, la motivation de l'enfant nécessaire aux apprentissages est influencée par les perceptions qu'il a de lui-même ainsi que de son environnement. Bandura (1997) a mis en avant l'importance du développement de ses perceptions car elles influent sur les émotions, la motivation, la pensée et le comportement qui à leur tour sont influencés par des scénarios d'anticipation d'échec ou de réussite par rapport à la perception de ses capacités. Ces scénarios d'anticipation engendrent des émotions, positives ou négatives qui augmenteront ou diminueront la motivation. Ainsi, les perceptions de compétence participent aussi bien dans les processus cognitifs que dans les processus motivationnels et affectifs.

La perspective constructiviste quant à elle conçoit que les perceptions de compétences de l'enfant ne sont pas innées : elles s'acquièrent et se construisent en fonction des expériences et des interactions que lui offrent son environnement et son entourage (Bandura, 1997). Les feedbacks de l'environnement ainsi que ceux de l'entourage proche, parents et enseignants, lui permettent d'interpréter et de construire une représentation mentale de ses compétences.

L'approche des systèmes dynamiques complexes de la cognition appréhende le processus de développement comme l'interaction des différents éléments à l'origine des comportements. Cette approche permet de rendre compte des transitions développementales (Demetriou et Raftopoulos, 2004). Elle permet également de comprendre la dynamique du système cognitif : son état d'équilibre, d'instabilité et de réorganisation pour rendre possible l'arrivée à un nouvel état d'équilibre. On étudie alors la cognition comme une activité qui s'adapte à un contexte et dans laquelle la variabilité intra-individuelle joue un rôle (Lautrey, Mazoyer et Geert, 2002).

La période de six à douze ans est importante pour le développement neurologique de l'enfant, avec la maturation du cortex préfrontal et des fonctions cognitives supérieures. « Le cerveau de l'enfant est une structure en constante évolution qui doit s'adapter en permanence » (Bjorklund, 1997). Cette stimulation particulière du cerveau s'explique par les apprentissages scolaires effectués durant cette période, mais aussi par les activités extra-scolaires sportives ou artistiques que l'enfant pratique. De plus, l'enfant va vivre de nombreuses et nouvelles expériences sociales et affectives, tant avec ses pairs qu'avec les adultes de son entourage. Il va développer sa personnalité, construire des liens socio-affectifs et découvrir des émotions. (Bouchard et Fréchette, 2011).

L'entrée à l'école primaire correspond à un tournant du développement de l'enfant : à la fois intellectuel et affectif (Galimard, 1998, p. 44). En effet, on parle de tournant affectif puisque les premières expériences scolaires amènent l'enfant dans une situation de sevrage affectif qui peut parfois être vécue difficilement. Si cette opposition est durable, il devient important de rechercher les troubles profonds dont elle est le signe.

2. L'immaturité psycho-affective chez l'enfant

Après avoir défini l'immaturité psycho-affective chez l'enfant, nous évoquerons un ensemble de facteurs permettant d'identifier une immaturité psycho-affective chez un enfant de six à dix ans.

2.1. Définition

Dans le dictionnaire de psychologie (Doron et Parot, 2001, p.367), nous retrouvons la définition suivante de l'immatunité : « Terme habituellement utilisé pour caractériser l'affectivité d'un enfant, d'un adolescent, d'un adulte marquée du manque d'autonomie, du besoin de protection, d'une fixation exagérée aux images parentales ». L'immatunité psycho-affective de l'enfant n'est pas reconnue comme une entité nosographique pathologique. L'enfant a par définition un appareil psychique immature. Diatkine (2004) a décrit l'existence d'une différence maturative entre les individus, dont certains accusent un retard affectif délétère aux acquisitions chez l'enfant. Dans le développement affectif, des retours à des stades antérieurs sont possibles et notamment à des stades de développement psycho-affectif davantage investis par l'enfant. Ces oscillations entre des stades psycho-affectifs antérieurs et actuels sont fréquentes. Si le développement cognitif répond à une succession progressive et linéaire des stades, certains enfants névrotiques peuvent rester bloqués à certains conflits et donc vivre la succession des différents stades de manière anarchique.

2.2. Identifier l'immatunité psycho-affective

La scolarisation de l'enfant peut parfois mettre en évidence de manière précoce des manifestations psychopathologiques qui passaient jusqu'alors inaperçues : retard de langage, retard des habiletés motrices, retard dans la propreté, troubles du comportement, troubles de l'adaptation etc. (Voyazopoulos, 2003, p. 319). Ces difficultés scolaires peuvent traduire d'éventuels souffrances ou troubles psychologiques, et notamment des troubles psycho-affectifs.

2.2.1. Facteurs externes et environnementaux

Il convient de tenir compte du contexte familial, de la place de l'enfant dans la fratrie, des relations entre les membres de la famille, des différents conflits potentiels au sein du foyer, des « sevrages affectifs insuffisants ou trop forts » auxquels l'enfant a été soumis (Galimard, 1998). Pour Galimard (1998), « une étude attentive du contexte affectif et familial est alors toujours nécessaire pour déceler quel est le secteur de la vie psychique de l'enfant, où se situent les craintes ou les frustrations dont le poids paraît trop lourd à supporter et devant lesquels l'enfant préfère fuir ». L'enfant peut être amené à vivre des événements difficiles susceptibles de bloquer son développement psycho-affectif. Parmi ces événements nous pouvons citer « les deuils, les maladies, les pertes, les séparations, les rejets, l'abandon et les exclusions » (Julien, 2004, p. 63). Il s'agit la plupart du temps d'événements inattendus, il est donc important que l'enfant soit accompagné et aidé pour surmonter ces périodes de vie difficiles. Il est nécessaire que les figures d'attachement de l'enfant soient disponibles et que les liens soient suffisamment solides pour que l'enfant ne vive pas avec des séquelles de ces événements.

Pour développer son psychisme, l'enfant a un besoin « vital » de ses figures d'attachement pour jouer le rôle de « guide » et « montrer le chemin » (Halmos, 2018, p. 156). Dans le cas où les parents ou substituts parentaux ne sont pas présents pour assurer ce rôle d'accompagnateur, l'enfant est livré à lui-même et ne peut se développer dans de bonnes conditions.

La parentalité a elle aussi évolué : on observe une diminution de l'autorité parentale, une éducation fondée sur le consensus et la démocratie, des repas et des écrans en libre accès, un recours à la séduction dans l'éducation, des parents souvent désorientés pour transmettre à leur

enfant (Lazartigues, 2016). Halmos (2006) qualifie l'éducation de « grande oubliée de notre époque ». Elle évoque en effet une « nouvelle population de petits patients » qui ne ressemblent plus à ceux d'autrefois bien qu'ils présentent toujours les mêmes symptômes : retards de parole, de développement ou d'apprentissages, troubles du caractère, difficultés relationnelles. Halmos (2018) constate que ces enfants sont « malades de leur éducation ou plutôt de leur absence d'éducation ». On parle alors de « manques éducatifs ».

Il faut donc tenir compte des facteurs : socio-culturel, socio-économique et socio-familial pendant l'anamnèse orthophonique car ils peuvent entraver le développement psycho-affectif de l'enfant.

2.2.2. Développement global de l'enfant

Il est nécessaire d'envisager le développement de l'enfant dans sa globalité, c'est-à-dire connaître son développement psycho-affectif mais également son développement moteur, son acquisition de la propreté, son accès à la théorie de l'esprit, son rapport à l'alimentation.

Halmos (2009) distingue deux étapes dans l'acquisition de l'autonomie motrice. La première est l'acquisition de la marche, la seconde est considérée comme l'étape du « tout seul », elle consiste à acquérir une autonomie motrice au quotidien. En effet, une fois qu'il sait marcher, l'enfant se retrouve debout comme les adultes, il est capable de se déplacer seul comme eux. L'enfant s'identifie alors à l'adulte et son désir de faire comme l'adulte s'accroît. Les parents ont alors le rôle de les accompagner dans l'autonomie, de les encourager à faire seul notamment pour satisfaire ses besoins et réaliser ses désirs. Il faut alors que l'enfant puisse renoncer au fur et à mesure à leur assistance et puisse être capable de se laver, s'habiller, manger, aller aux toilettes et se coucher seul.

Dans son parcours vers l'autonomie, aidé et accompagné par ses parents, l'enfant va développer le désir de devenir propre. Faire comme les grands devient un véritable plaisir et la fierté des parents l'encourage et le motive à faire comme eux notamment pour l'acquisition de la propreté. Dolto (1998) estime que la continence survient généralement vers 25-27 mois. Elle déclare également que « l'enfant est apte à être propre lorsqu'il peut monter et descendre seul, sans aide, quelques marches d'un escalier et y prendre du plaisir ». Dolto insiste sur le plaisir de l'enfant qu'il ressent sur ses possibilités réelles. Il ne suffit pas d'avoir les capacités pour faire une activité, il faut aussi en avoir envie et avoir du plaisir à la réaliser. La propreté est le résultat d'une décision prise librement par l'enfant. Il devient propre « non parce qu'il en est capable ou parce que ses parents l'y contraignent, mais parce qu'il le désire en lui » (Halmos, 2009, p. 95).

L'enfant accède à la loi et à la théorie de l'esprit seulement s'il a accès à l'autonomie. En effet, à partir du moment où l'enfant devient autonome, il devient capable de se mettre à la place d'autrui, d'adopter son point de vue, de se rendre compte que l'autre peut ressentir des choses que lui même ressent (Halmos, 2009, p. 99).

2.2.3. Facteurs à prendre en compte dans le profil psychologique de l'enfant

Nous allons dans un premier temps aborder la notion d'autonomie dans le profil psychologique de l'enfant. Les parents et l'enfant doivent avancer ensemble dans le travail vers l'autonomie. Tout enfant que l'on assaille ou que l'on étouffe par une présence incessante ou par un processus fusionnel ne pourra jamais atteindre l'autonomie nécessaire à son épanouissement. En effet, si les parents ne sont pas prêts à ce que leur enfant soit autonome, ce dernier le ressentira et en

profitera. En revanche, si l'enfant prend conscience que grandir n'est pas dangereux et qu'il est capable d'autonomie, il y trouvera un certain plaisir et pourra progresser dans son autonomie. (Lemoine, 2000, p. 44)

Un manque d'autonomie peut être un signe révélateur des séquelles d'une angoisse de séparation non dépassée par l'enfant. Selon Lemoine (2000), l'enfant qui n'est pas autonome est « un enfant remorque », ou un « enfant-wagon », c'est-à-dire qu'il se laisse tirer ou pousser par son ou ses parent(s). Le parent représente alors un tracteur auquel l'enfant s'attache pour avancer dans la vie. Il ne fait rien par lui-même et pourra même manifester son mécontentement si cette « locomotive le pousse là où il ne voudrait pas ». Ces « enfants-wagon », même après sept ou huit ans se feront habiller ou bien réveiller le matin par leur parent, alors qu'ils devraient être capables d'autonomie.

À quel âge doit s'effectuer cet accès à l'autonomie nécessaire au développement de l'enfant ? À 24-28 mois, si depuis l'acquisition de la marche l'enfant a pu s'exercer à faire comme l'adulte, il est capable d'autonomie, notamment pour manger seul proprement, prendre ce dont il a besoin, utiliser les couverts à table, se servir dans le plat, à l'instar des adultes. La liberté de faire seul doit lui être donnée au jour le jour. De manière progressive, il pourra alors « se laver, se vêtir et dévêtir seul. Se coucher seul quand il a sommeil et laisser dormir les autres quand il ne dort pas. Jouer avec tout ce qu'il rencontre, écouter chansons et histoires, poser constamment des questions, certain qu'on va lui répondre et devenir ainsi très rapidement confiant en lui et dans son autonomie. ». À 28 mois soit moins de deux ans et demi, l'enfant « parce qu'il en est capable, devrait donc, y ayant été encouragé et aidé par ses parents, avoir accéder au « tout seul » qu'il revendique et à la fierté qui l'accompagne toujours. » (Halmos, 2009, p. 86)

L'autonomie est avant tout considérée comme une condition déterminante du développement intellectuel. En effet, un parent faisant tout à la place de l'enfant empêche celui-ci d'apprendre à réfléchir par lui-même parce qu'on ne lui donne pas l'occasion de le faire. Lorsqu'il se retrouve à l'école, et donc sans le parent, l'enfant se retrouve handicapé, car confronté à lui-même et ne pouvant plus se tourner vers le parent pour résoudre un problème. Ces enfants peuvent alors se retrouver en échec scolaire (Halmos, 2009, p. 88).

L'autonomie est également indispensable pour que l'enfant puisse réaliser qu'il est un être à part entière. L'autonomie accordée à l'enfant par les parents joue un rôle important dans la construction du narcissisme de celui-ci. Elle lui permet de sentir qu'il n'est pas pour ses parents un objet, « mais un être à part entière qu'ils respectent et inscrivent dans un avenir qui leur importe » (Halmos, 2009, p. 90). À partir du moment où les parents poussent et accompagnent leur enfant à devenir autonome, ce dernier comprend qu'ils ont pour lui un « projet de vie » sur lequel il va pouvoir se reposer pour qu'il puisse lui-même donner un sens à son existence. Enfin, l'autonomie est synonyme de sécurité quand elle est approuvée et encouragée par les parents de l'enfant dans son désir de grandir.

L'anxiété est également un facteur à prendre en compte dans le profil psychologique de l'enfant. En effet, l'anxiété de l'enfant peut avoir de lourdes répercussions dans les apprentissages scolaires et peut notamment provoquer de véritables blocages dans l'acquisition de ceux-ci. L'angoisse peut alors totalement paralyser l'intelligence de l'enfant. Il se retrouve alors dans une importante bulle d'angoisse l'empêchant d'être disponible psychologiquement pour suivre les cours (Lemoine, 2000, p. 52).

L'enfant immature, en bloquant sa confiance en lui, va avoir peur de tout et va rechercher la sécurité auprès d'un parent qui fera les choses à sa place. Si l'enfant n'apprend pas par lui-même, il ne peut pas tirer de leçons des expériences vécues. Quand l'enfant aura la possibilité d'explorer et de faire ses apprentissages librement, il va construire une estime de lui-même lui permettant d'avoir

confiance en lui et d'apprivoiser ses peurs.

Le sommeil et l'endormissement peuvent également se trouver perturbés chez ces enfants. En effet, « l'incapacité à dormir seul » (Hauté, 2018), les nuits agitées, les insomnies, problèmes d'endormissement peuvent être des symptômes d'immaturité psycho-affective. Freud (2015) constate « combien insécurité, absence de limites et carences affectives étaient à l'origine de la plupart des troubles du sommeil ».

L'angoisse de séparation est un trouble anxieux de l'enfance et de l'adolescence qui se caractérise par une angoisse excessive concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles l'enfant est attaché (DSM-V). Les signes de l'angoisse de séparation sont les suivants (Lemoine, 2000) : des troubles du sommeil ou de nourriture, l'énurésie, les troubles du caractère, les difficultés relationnelles, le refus de l'autonomie, les phobies et échecs scolaires. Ces symptômes peuvent se retrouver aussi bien à la maison qu'à l'extérieur, comme à l'école par exemple. Les symptômes de l'angoisse de séparation ressemblent étroitement à ceux de l'immaturité psycho-affective, c'est pourquoi il est nécessaire de l'envisager lorsqu'on cherche à déterminer si un enfant est immature.

2.2.4. Comportement de l'enfant qui « refuse de grandir »

Hauté (2018) a décrit des signes et des comportements de l'enfant immature dont la croissance psychique est perturbée. L'enfant va manifester son désir de rester bébé en étant « collé à sa mère », en continuant de sucer son pouce, d'avoir un doudou et également en développant une dépendance totale à l'adulte. C'est un enfant qui coupera souvent la parole de tous et plus particulièrement de sa mère pour attirer l'attention. Le jeu sera au centre de ses préoccupations, refusant le moindre effort au quotidien comme faire ses devoirs par exemple. Les enfants immatures ont souvent peu d'amis et se font rejeter car ils veulent dominer et ne supportent pas de perdre. Les règles sont également difficiles à accepter, l'enfant voulant imposer sa volonté en manipulant ou en abusant du chantage. L'enfant va lui-même bloquer son potentiel et ses « forces naturelles » qui vont alors créer des symptômes comme l'anxiété, la dépression, des troubles des apprentissages, des troubles du langage, etc.

L'hyperactivité chez l'enfant comporte deux dimensions : l'une en lien avec l'angoisse de séparation et l'autre en rapport aux troubles anxieux et obsessionnels. (Courtois, Champion, Lamy et Bréchon, 2007, p. 425). De plus, l'hyperactivité d'un enfant peut faire écho des événements passés stressants ou des traumatismes psychiques comme un divorce ou le décès d'un parent (Taïeb et al., 2004). L'approche européenne, différente de celle anglo-saxonne qui envisage l'hyperactivité comme « une entité syndromique à part entière », considère l'hyperactivité de son contexte environnemental et accorde une place importante aux troubles de l'affectivité, à la structuration de la personnalité et aux relations intrafamiliales (Courtois et al., 2007, p. 421).

2.3. Conséquences de l'immaturité psycho-affective sur les apprentissages

Un diagnostic de trouble de l'apprentissage est indissociable d'un diagnostic différentiel d'un trouble psychologique. De plus, lorsque un trouble spécifique a été repéré il ne faut jamais en occulter les répercussions psychologiques. Toute difficulté psychologique, et plus particulièrement ici psycho-affective, va avoir des répercussions sur les capacités d'apprentissage de l'enfant et sur l'investissement de sa scolarité (Siaud-Fauchin, 2005, p.9). De Ajuriaguerra (1980) considère les troubles affectifs comme une des étiologies éventuelles des troubles d'apprentissage de la lecture, avec des comportements de passivité, d'instabilité, d'opposition ou d'apathie.

En effet, la sphère cognitive est étroitement enchevêtrée à la sphère affective et réciproquement (Demogeot et Lighezzolo-Alnot, 2014, p.149). Les situations d'apprentissage entraînent une importante mobilisation affective pouvant interférer avec les processus cognitifs. Une problématique affective peut littéralement bloquer toute possibilité de penser et d'activer ses compétences.

Les variables psychoaffectives telles que le désir d'apprendre, la tranquillité affective et la qualité harmonieuse du développement sont aussi primordiales pour tous les apprentissages. Le sentiment d'être compétent, une image de soi positive et la capacité à se projeter dans l'avenir avec confiance, la motivation intrinsèque sont des prérequis indispensables pour la réussite scolaire (Giannitelli et al., 2011, p. 494).

Les troubles des apprentissages et les troubles émotionnels sont associés dans 14 % et 30 % des cas (Giannitelli et al., 2011, p. 494) . Le désir est le moteur des apprentissages : désir de savoir, désir de faire plaisir à l'adulte, désir de pouvoir, désir de connaître ce que font les parents. L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) estime que, dans 50 % des cas, les troubles des apprentissages sont associés à des troubles psychopathologiques, notamment des difficultés émotionnelles et comportementales. La lecture et l'orthographe, bien avant les mathématiques, sont les apprentissages pâtissant le plus de la présence d'une psychopathologie.

2.4. Outils psychologiques existant pour la tranche d'âge 6-10 ans

Nous avons souhaité faire un inventaire le plus exhaustif possible des outils utilisés en psychologie permettant d'évaluer l'attachement, les émotions ainsi que les comportements d'enfants de six à dix ans. Nous décrirons succinctement ces outils d'évaluation intéressants pour notre étude car certains de leurs items peuvent référer à la notion d'immaturité psycho-affective ou mettre en exergue des symptômes d'immaturité.

Le Disturbance of Attachment interview (DAI, Smyke et Zeanah, 1999) est un entretien semi-structuré administrable aux caregivers à propos du jeune enfant qui permet de rechercher un trouble réactionnel de l'attachement mais aussi d'autres catégories de troubles de l'attachement décrites par Zeanah (1999).

Le Parental Development Interview (Aber et al., 1985; PDI-R: Slade et al., 2003) est un entretien semi-structuré destiné aux parents qui évalue les représentations parentales des parents de leur enfant, d'eux-mêmes en tant que parents et de la relation avec leur enfant.

Experience of Caregiving Interview (George et Salomon, 1996) est un entretien clinique avec la mère composé d'échelles de Likert ainsi que d'un auto-questionnaire qui permet de mesurer les représentations maternelles de mère de jeune enfant en début de scolarité primaire.

Manchester Child Attachment Story Task, (Green et al., 2000) destiné aux enfants de cinq à sept ans, consiste également à compléter des histoires à l'aide de deux figurines (l'enfant et sa figure d'attachement principale) afin de déterminer le type d'attachement de l'enfant.

Le Secure Base Script Test (2014) permet d'évaluer les représentations d'attachement de l'adulte chez l'enfant de sept à douze ans à partir de narratifs produits à l'aide de mots « amorce ».

Le Children Attachment Interview (Target et al., 2003) est un entretien semi-structuré pour les enfants de sept à douze ans composé de dix-sept questions portant sur des événements de vie récents avec les figures d'attachement.

Le Child Behaviour Checklist (Achenbach, T.M., 2001) est un questionnaire parental évaluant le comportement de l'enfant de sept à douze ans sur plus de vingt compétences incluant entre autres les activités de l'enfant, ses relations sociales et sa performance scolaire.

L'inventaire hiérarchique de la personnalité de l'enfant de six à douze ans (HiPIC) (I. Mervielde et F. de Fruyt, 2011) permet d'obtenir une évaluation du style émotionnel, interpersonnel, motivationnel et comportemental de l'enfant.

Parents Rating Scales (Conners, 1982) est un questionnaire parental permettant l'évaluation des comportements de leur enfant (de trois à dix-sept ans) dans un contexte d'hyperactivité. Cinq facteurs prédominants sont évalués : les troubles des conduites, les problèmes d'apprentissage, les manifestations psychosomatiques, l'impulsivité-hyperactivité, l'anxiété.

À ce jour et après de nombreuses recherches, nous n'avons pas trouvé d'outil existant à destination des orthophonistes permettant d'analyser et observer les différents aspects de l'affectivité, de l'attachement, des émotions et du comportement de l'enfant pour la tranche d'âge de six à dix ans.

3. Les orthophonistes face à l'immaturité psycho-affective

L'orthophoniste se trouve souvent dans la difficulté de distinguer les causes réelles des troubles de langage rencontrés, ainsi que la part à accorder à diverses étiologies à l'intérieur d'un même tableau clinique. Le rôle de l'orthophoniste est d'identifier exactement les causes des troubles du langage qui sont souvent la conséquence de diverses étiologies. Witko et Mollat (2009) ont montré la complexité à identifier ce qui relève de troubles psychopathologiques qui s'expriment au niveau comportemental et ce qui se rapporte aux difficultés inhérentes et spécifiques aux troubles du langage développemental. Le langage doit être appréhendé sous une dimension cognitive mais également affective car il se développe en fonction des affects et l'environnement de l'enfant (Thibault, L., 2011). Les auteurs Boimare (2004) et Pirard-Le Poupon (2006) insistent sur l'importance de tenir compte du psychisme de l'enfant dans les rééducations du langage et des apprentissages.

Dans son mémoire intitulé « Identification de l'immaturité psycho-affective chez l'enfant, lors du bilan orthophonique (4-10 ans) », Strack (2018) a recensé au moyen d'un questionnaire diverses données qualitatives et quantitatives quant à la représentation actuelle de l'immaturité psycho-affective chez les orthophonistes. Les résultats évoqués ci-dessous sont issus du mémoire de Strack (2018).

3.1. État des connaissances

À l'issue de leur formation initiale 75,3% des orthophonistes interrogés déclarent avoir reçu un enseignement sur l'immaturité psycho-affective. L'immaturité psycho-affective tend à être enseignée de manière croissante, et majoritairement au cours d'un enseignement de psychopathologie en durant le cursus de formation en orthophonie. 72% des participants disent s'être renseignés sur l'immaturité psycho-affective lors de leur exercice professionnel. Une majorité des répondants n'a pas une conception claire du concept clinique de l'immaturité psycho-affective.

3.2. Attitude professionnelle durant le bilan

Grâce au questionnaire de Strack (2018), un état des lieux des pratiques professionnelles par rapport à l'immaturité psycho-affective a pu être dressé.

Il s'agissait alors pour les orthophonistes de choisir des grands domaines de questionnement permettant de déceler une immaturité psycho-affective lors de l'anamnèse. Ces domaines sont les suivants, du plus fréquemment au moins fréquemment évoqué : le comportement, l'observation

directe de l'enfant, l'histoire de vie de l'enfant, l'oralité et la succion, le développement global, le sommeil, la vie familiale, l'alimentation, le dessin, les antécédents médicaux, les éventuelles comorbidités.

Une question ouverte sur les éléments d'observation retenus pour détecter une immaturité psycho-affective a été proposée, 307 réponses ont été obtenues. Ces critères, du plus fréquemment au moins fréquemment observés sont les suivants : le positionnement vis-à-vis des parents, le positionnement vis-à-vis de l'orthophoniste, la pragmatique et la qualité des interactions, la qualité du langage verbal, la réaction à la séparation, l'observation du jeu, l'autonomie, la qualité du langage non verbal, l'intolérance à la frustration, l'attitude des parents pendant l'entretien, l'agitation psychomotrice, le respect des règles et des consignes, la construction de la pensée et le raisonnement, l'égocentrisme.

Suite à ces éléments d'observation retenus pour détecter une immaturité psycho-affective, des questions d'anamnèse ont été créées, notamment par rapport aux angoisses de séparation, à l'endormissement de l'enfant et son sommeil, aux relations fusionnelles de l'enfant avec ses parents, aux habitudes de succion, à l'intolérance à la frustration, aux relations extérieures au foyer familial, au plaisir dans des activités extra-familiales, aux troubles du sommeil, aux comportements d'opposition, à l'alliance parentale, aux problèmes médicaux et épisodes de dépression, à la durée de l'allaitement, à la grossesse. Certaines questions ont été jugées intrusives ou inadaptées dans le cadre de l'anamnèse du bilan orthophonique, et plus particulièrement (au moins 15% des répondants) les questions relatives à l'alliance parentale, aux problèmes médicaux et dépression, à la question de la relation fusionnelle avec les parents, à l'allaitement, et au sommeil.

3.3. Intérêt porté au sujet

Il ressort de l'étude de Strack (2018) que 80,7 % des orthophonistes interrogés estiment voir dans leur exercice professionnel un grand nombre d'enfants présentant des signes d'immaturité psycho-affective. Parmi les répondants, 73,6% jugent important d'identifier rapidement une immaturité psycho-affective chez l'enfant afin d'adapter la prise en charge et de l'élargir à d'autres prises en charge complémentaires, notamment psychologiques. De plus, une majorité d'entre eux disent être amenés à modifier le cadre de leurs séances après l'identification d'une immaturité psycho-affective. 88,8% des participants au questionnaire disent s'être informés sur l'immaturité psycho-affective de leur propre chef, 10,4% lors de conférences et 9% par des sessions organisées de formation continue. Enfin, 95,2 % des orthophonistes interrogés se déclarent intéressés par un outil les aidant à identifier l'immaturité psycho-affective.

4. Buts

L'objectif de ce mémoire est de créer un outil à destination des orthophonistes permettant d'identifier dès l'anamnèse des signes d'immaturité psycho-affective chez l'enfant de 6 à 10 ans pouvant perturber son développement intellectuel et psychique qui se manifestent par des troubles des apprentissages. Ce sont alors des enfants pouvant bénéficier d'une rééducation orthophonique pour des troubles du langage oral, des troubles du langage écrit, des troubles de la cognition mathématiques, ou des troubles de l'oralité. Nous dégagerons à partir de la littérature des facteurs ainsi que des manifestations comportementales pouvant traduire une immaturité psycho-affective. Suite aux résultats obtenus et à l'analyse clinique du profil de l'enfant, l'orthophoniste pourra alors proposer une prise en charge complémentaire et notamment psychologique.

Méthode

Nous allons, dans cette partie, exposer les objectifs de notre travail, les choix méthodologiques qui ont été faits lors de la création de l'outil, et enfin quels facteurs nous avons sélectionnés pour construire notre questionnaire.

1. Objectifs

Notre questionnaire a pour but de proposer un support aux orthophonistes lors de l'anamnèse. Cet outil permettra de détecter plus ou moins rapidement une immaturité psycho-affective chez un enfant ayant des troubles des apprentissages, du langage ou de l'oralité. Les informations récoltées pourront aider à identifier l'immaturité psycho-affective comme étant primaire ou secondaire aux troubles de l'enfant, c'est-à-dire si l'immaturité psycho-affective est à l'origine des troubles ou si elle en est la conséquence. Les résultats au questionnaire parental pourront donner des résultats quantitatifs en fonction des domaines évalués mais les résultats obtenus permettront d'avoir une vision globale du profil psychologique de l'enfant, et leur interprétation par l'orthophoniste sera clinique et subjective.

2. Choix méthodologiques

Nos différents choix vont concerner le format de l'outil ainsi que la population cible.

2.1. Choix du format de l'outil

Pour choisir le format de notre outil, nous avons étudié les outils psychologiques qui évaluent l'attachement, les émotions ainsi que les comportements d'enfants de six à dix ans. La majorité de ces outils prennent la forme d'entretiens semi-dirigés, de questionnaires ou d'inventaires. Nous avons imaginé que le format d'entretien semi-dirigé couplé à un questionnaire serait l'outil le plus adapté pour plusieurs raisons : il peut être présenté sous forme de questionnaire au(x) parent(s) pendant l'anamnèse du bilan orthophonique, il dresse un inventaire de critères regroupés dans des grands domaines d'observation, il permet l'utilisation d'une échelle de Likert, et enfin il permet de dresser un profil suite aux résultats obtenus.

2.1.1. Première partie : entretien semi-directif

Nous avons choisi de proposer un entretien dans la première partie de notre outil car cela permet de mettre en place un contact direct avec les parents pour obtenir les informations attendues lors de l'anamnèse. On privilégie ici l'interaction. L'entretien semi-directif n'est ni totalement ouvert ni totalement fermé. Les thèmes et questions abordés sont préparés à l'avance mais l'ordre de présentation et leur forme sont libres d'être adaptés (Vilatte, 2007). L'entretien semi-directif va donc concerner les domaines d'exploration suivant : facteurs environnementaux et développement global. Les réponses attendues seront des réponses ouvertes puisqu'elles relèvent d'éléments anamnestiques nécessitant d'être développés de manière suffisante par les parents.

2.1.2. Seconde partie : questionnaire parental

Pour construire notre questionnaire parental, nous avons choisi d'utiliser des questions fermées ainsi qu'une échelle de Likert pour y répondre. Dans l'article de Fernandez et al. (2005) nous avons vu que les échelles de type Likert doivent proposer au moins cinq niveaux de gradation pour la cotation et les échelles à choix dichotomiques sont à éviter. De plus, nous devons assurer un niveau de gradation adapté au phénomène mesuré afin d'obtenir une bonne sensibilité (Guillevic et Vautier, 1998). Enfin, l'échelle de Likert permet de nuancer les réponses, d'uniformiser la cotation, de faciliter l'interprétation en établissant un profil. Les questions porteront sur la fréquence d'un comportement, les cinq choix de réponses possibles seront les suivants : « jamais », « parfois », « souvent », « très souvent », et « toujours ».

Les facteurs d'immaturité psycho-affective seront classés en trois domaines : autonomie, anxiété et comportement de l'enfant. Pour chaque question, nous proposerons un exemple de situation de la vie quotidienne pour une meilleure compréhension.

2.2. Population ciblée

Notre outil concerne les enfants d'âge scolaire correspondant aux cycles 2 et 3, c'est-à-dire âgés de 6 à 10 ans.

Nous avons vu précédemment que, pour différentes raisons, tous les enfants sont susceptibles d'être immatures psycho-affectivement. Les orthophonistes sont amenés à rencontrer des enfants présentant : des troubles du langage oral (retard de langage, de parole, trouble spécifique du langage oral), des troubles des apprentissages (retard d'acquisition du langage écrit, retard d'acquisition de la cognition mathématique, trouble spécifique du langage écrit, trouble spécifique de la cognition mathématique). Ces enfants présentant des troubles, des difficultés d'apprentissage ou de langage sont susceptibles d'être immatures sur le plan psycho-affectif, le rôle de l'orthophoniste sera d'essayer de déterminer si l'immaturité psycho-affective est à l'origine des difficultés ou si elle est secondaire aux difficultés de l'enfant.

3. Recherche des facteurs d'immaturité psycho-affective

3.1. Mots clés utilisés pour la recherche de facteurs d'immaturité psycho-affective

Pour rechercher nos critères d'immaturité psycho-affective, nous avons dressé une liste de mots-clés en français et en anglais. Ces mots clés sont les suivants :

- immaturité / maturité / enfant / psycho-affectif(ve) / socio-affectif / développement / psychique / cognitif / autonomie / anxiété / questionnaire / évaluation / tests / échelles / attachement / affectivité / comportement / tempérament / troubles / apprentissage / contexte éducatif / contexte familial / parentalité
- immaturity / maturity / child(ren) / psycho-affective / development / psychic / cognitive / autonomy / anxiety / questionnaire / assessment / tests / scales / attachment / affectivity / behavior / temperament / disorders / learning / educational context / family context / parentality

Nous avons par la suite établi des combinaisons entre ces mots clés afin de cibler nos recherches :

- immaturité psycho-affective / immaturité affective / immaturité psychique / troubles psycho-affectifs / maturité affective / maturité psycho-affective / développement psycho-affectif / développement cognitif ET affectif / développement autonomie / immaturité affective ET autonomie / immaturité affective ET anxiété / immaturité psycho-affective ET facteurs environnementaux / immaturité psycho-affective ET apprentissages / immaturité psycho-affective ET troubles apprentissage / apprentissages ET maturité / évaluation psychologique enfant / évaluation affectivité / évaluation attachement ET comportement /
- emotional immaturity / emotional immaturity / psychic immaturity / emotional disorders / emotional maturity / psycho-affective development / cognitive AND emotional development / autonomy development / emotionnal immaturity AND autonomy / emotional immaturity AND anxiety / psycho immaturity affective AND environmental factors / emotional immaturity AND learning / emotional immaturity AND learning disorders / learning AND maturity / child psychological assessment / emotional assessment / attachment AND behavior assessment /

3.2. Banque de données

Nous avons interrogé différentes banques de données numériques à l'aide des mots clés ci-dessus qui sont les suivantes : GOOGLE SCHOLAR, CAIRN, SCIENCE DIRECT, PERSEE.

Nous avons également trouvé de nombreuses ressources bibliographiques au sein des bibliothèques universitaires de Lille (santé et sciences humaines et sociales).

3.3. Critères de sélection et critères d'exclusion

Les critères de sélection des références bibliographiques sont les suivants :

- langue française
- langue anglaise
- parution postérieure à 1980
- appartenance au courant de la psychologie du développement

Les critères d'exclusion des références bibliographiques sont les suivants :

- langues autres que le français et l'anglais
- parution antérieure à 1980
- appartenance au courant psychanalytique

Résultats

1. Présentation de l'outil

Pour construire notre outil, nous avons recensé à partir de la littérature des facteurs d'immaturité psycho-affective ainsi que des comportements pouvant être la manifestation de celle-ci.

Pour définir les facteurs d'immaturité psycho-affective et dresser leur inventaire, nous utiliserons ceux retrouvés dans la littérature. Ces critères seront regroupés dans cinq grandes catégories : les facteurs environnementaux, le développement de l'enfant, l'autonomie, l'anxiété, et enfin le comportement de l'enfant.

Nous avons été attentifs à la formulation de chaque question afin que celles-ci soient compréhensibles de tous. Nous avons également veillé à ce que les questions soient posées de manière positive pour éviter tout jugement que pourrait ressentir le parent au cours du questionnaire. De plus, afin de lever d'éventuelles ambiguïtés lors du questionnement, nous proposons d'autres questions en guise d'étayage dans l'objectif d'amener les parents à développer ou compléter leur réponse en cas de besoin. Cet étayage pourra également prendre la forme d'exemples dans le cas où la question serait mal comprise ou mal interprétée.

1.1. Entretien semi-directif

L'entretien semi-directif constitue la première partie de l'outil. Il est composé de questions ouvertes portant sur deux domaines principaux : les facteurs environnementaux et le développement global de l'enfant. En effet, nous avons vu précédemment l'influence de l'environnement psycho-social et familial dans lequel évolue l'enfant sur le développement de ses compétences et de ses apprentissages. De plus, il est nécessaire de connaître le développement global, moteur et psychologique de l'enfant afin d'orienter nos hypothèses quant à l'origine des troubles.

L'objectif de cet entretien est donc de poser des questions anamnestiques dans le but d'avoir le maximum d'éléments concernant les facteurs bio-socio-environnementaux de l'enfant.

Nous avons vu dans la littérature qu'un événement important ou un changement de vie pourrait être vécu difficilement par l'enfant et ainsi perturber son développement psycho-affectif. En effet, Julien (2004) a identifié des événements comme « les deuils, les maladies, les pertes, les séparations, les rejets, l'abandon, et les exclusions » susceptibles de bloquer le développement psycho-affectif si l'enfant n'est pas suffisamment accompagné et aidé par ses figures d'attachement pour surmonter ces événements difficiles. Nous avons donc choisi de poser les deux questions suivantes afin d'identifier un événement ou un changement dans la vie de l'enfant :

I) Votre enfant a-t-il récemment été confronté à un ou des événements douloureux touchant votre famille ou votre entourage ? (deuil, séparation, divorce, maladie)

II) Votre enfant a-t-il récemment subi des changements particuliers dans sa vie ? (changement d'école, de classe, déménagement)

Nous cherchons ensuite à obtenir des éléments sur le quotidien de l'enfant à la maison, ses loisirs, et plus généralement sur le cadre de vie dans lequel celui-ci évolue. En effet, il est important

d'avoir une idée en tant qu'orthophoniste de la manière dont les parents envisagent l'éducation, notamment si des règles existent, si elles sont appliquées, respectées et acceptées par l'enfant. Ces questions donneront des informations quant à la place de chacun au sein de la famille, si l'autorité parentale est respectée ou si l'enfant occupe une place d'enfant-roi. Il est nécessaire d'interroger les parents sur leur manière d'envisager leur parentalité et leurs relations avec leur enfant. En effet, pour Martin (2004), il faut connaître les conditions concrètes d'exercice de la parentalité en tenant compte des différentes contraintes quotidiennes auxquelles sont confrontés les parents (conciliation avec la vie professionnelle, conditions socio-économiques, structures familiales, exercice de l'autorité parentale, répartition des tâches quotidiennes...). Dans ses travaux portant essentiellement sur la parentalité, Lamboy (2009) synthétise les résultats de la manière suivante : des études ont prouvé l'impact des pratiques parentales sur le développement de l'enfant et plusieurs auteurs considèrent la parentalité comme un des principaux déterminants de la santé physique et mentale. De plus, nous savons que les mécanismes physiologiques, comportementaux et psychologiques qui se construisent durant les premières années de vie sont dépendants de la qualité des soins parentaux et des interactions parent-enfant. «Les attitudes et pratiques parentales positives (accordage affectif et chaleur (Teti et Gelfand, 1991), empathie et capacité à répondre adéquatement (Stifter et Bono, 1998), instructions maternelles de qualité (Supplee, et al., 2004), supervision, fréquentes activités en commun, organisation du temps de l'enfant et discipline constructive (Gardner, et al., 2003) » sont considérés comme des facteurs protecteurs des troubles de comportements chez l'enfant et l'adolescent et sont « corrélées à une meilleure estime de soi, de meilleurs résultats scolaires, de plus grandes compétences sociales et un plus faible niveau d'anxiété et de dépression (Holmbeck, et al., 1995) ». Il s'agit alors de pouvoir appréhender globalement les attitudes et pratiques parentales pour pouvoir identifier d'éventuels facteurs favorisant des troubles du comportements qui seraient corrélés à une immaturité psycho-affective.

Les questions suivantes nous permettront d'appréhender globalement les attitudes et pratiques parentales pour pouvoir identifier d'éventuels facteurs favorisant des troubles du comportements qui seraient corrélés à une immaturité psycho-affective :

II)Comment votre enfant a-t-il l'habitude de s'occuper à la maison ? Joue-t-il beaucoup ? Si oui, à quel type de jeux (jeux de construction, jeux symboliques, jeux de société) ? Comment réagit-il quand il perd ?

IV)Passe-t-il du temps sur les écrans (télévision, ordinateur, tablette)? Ce temps est-il contrôlé ? Si oui, comment ?

V)Existe-t-il des règles de vie à la maison ? Si oui, comment sont-elles vécues (acceptées, refusées) par votre enfant ?

VI)Considérez-vous votre enfant comme obéissant ? Comment réagissez-vous en cas d'opposition de sa part ?

Nous cherchons également à recueillir des informations à propos de la vie de l'enfant en dehors de chez lui et de sa famille. On s'intéresse notamment à l'évolution de l'enfant dans son milieu scolaire ou au sein d'un club de sport par exemple. L'objectif est d'avoir une vision globale du niveau de sociabilisation et des relations sociales qu'entretient l'enfant avec ses pairs mais aussi

avec les adultes qu'il est amené à fréquenter. On interrogera également son ouverture aux autres en général et son intérêt pour le monde qui l'entoure. En effet, nous avons vu précédemment dans la littérature que durant la période de six à douze ans, le développement cérébral de l'enfant est stimulé par les apprentissages scolaires mais également par ses activités extra-scolaires ainsi que par les nouvelles expériences sociales et affectives qu'il va vivre avec ses pairs ou des adultes de son entourage. Ces expériences sociales vont développer des liens socio-affectifs ainsi que sa personnalité (Bouchard & Fréchette, 2011). Les questions suivantes nous permettront d'obtenir des éléments de réponse :

VII) Comment se déroule la scolarité de votre enfant ? (intégration, résultats, remarques et observations de l'enseignant(e))

VIII) Votre enfant pratique-t-il des activités extra-scolaires ? (sport individuel/collectif, activités manuelles, fréquence). Si oui, à l'initiative de qui (enfant ou parents) ? Avez-vous des retours de l'encadrant(e) sur l'activité ? Considérez-vous votre enfant investi dans l'activité ?

IX) Votre enfant a-t-il des copains/copines ? Est-ce que les copains viennent à la maison ? Est-ce que votre enfant va chez ses copains (passer l'après-midi, dormir une nuit) ?

X) Votre enfant est-il amené à être gardé par d'autres personnes ? (Baby-sitter, grands-parents, amis, à quelle fréquence) A-t-il souvent changé de mode de garde ?

Nous cherchons maintenant à connaître le développement global de l'enfant, en commençant par l'acquisition de la propreté. En effet, l'acquisition de la propreté diurne précède l'acquisition de la propreté nocturne : 98% des enfants ont acquis la propreté diurne à trois ans et 80 à 90% ont acquis la propreté nocturne à cinq ans (Robson, 1997). Les enfants concernés par notre évaluation ont normalement acquis la propreté diurne depuis l'âge de trois ans et la propreté nocturne depuis l'âge de cinq ans. Ceci nous amène à poser la question suivante :

XI) La propreté est-elle acquise ? (jour et nuit) (si non, comment cela est-il géré par l'enfant et par les parents ?)

Il est également intéressant d'aborder l'alimentation et les comportements alimentaires lorsque l'on évoque une immaturité psycho-affective. En effet, des troubles alimentaires peuvent être d'origine psycho-comportementale et donc étroitement liés à une immaturité psycho-affective. Un enfant âgé de six ans qui refuse les morceaux au profit d'une alimentation liquide, qui refuse de manger, qui a une alimentation sélective doit faire l'objet d'un bilan d'oralité afin de déterminer l'origine oro-motrice, sensorielle ou psycho-comportementale du trouble (Deluchey, 2014). Ceci nous amène à poser la question suivante :

XII) Comment se passe l'alimentation ? (quantité, sélectivité)

Enfin, identifier la capacité de l'enfant à se mettre à la place d'autrui, permet d'avoir des informations sur le niveau d'autonomie de l'enfant. En effet, pour Halmos (2009) l'accès à la théorie de l'esprit dépend de l'accès à l'autonomie de l'enfant.

Ceci nous amène à poser la question suivante :

XIII) Votre enfant est-il capable de se mettre à la place des autres ? (Comprend-il que l'autre puisse ressentir des émotions?)

Ces treize questions nous permettent d'identifier l'existence de facteurs environnementaux pouvant être à l'origine de l'immaturité psycho-affective de l'enfant ainsi que d'éventuelles anomalies ou complications lors du développement global de l'enfant.

1.2. Questionnaire parental

Dans ce questionnaire nous aborderons trois domaines : autonomie, anxiété et comportement de l'enfant. Les questions sont posées de manière à ce que les réponses données soient en faveur ou en défaveur d'une immaturité psycho-affective.

Nous devons interroger les parents quant au niveau d'autonomie de leur enfant lors de la réalisation de ses besoins primaires c'est-à-dire dormir, manger, et éliminer.

L'objectif de ce questionnaire est de rechercher des facteurs d'immaturité psycho-affective dans les trois grands domaines qui constituent le profil psychologique de l'enfant de six à dix ans, c'est-à-dire son autonomie, son niveau d'anxiété, et son comportement.

Dans un premier temps, nous nous intéressons à la capacité de l'enfant à s'endormir seul. En effet, nous avons relevé dans la littérature qu'un conditionnement anormal à l'endormissement depuis que le plus jeune âge de l'enfant peut engendrer des difficultés d'endormissement puisque l'enfant ne s'est jamais endormi seul ou ne sait plus s'endormir seul. Ce conditionnement anormal à l'endormissement peut avoir pour conséquences un endormissement de l'enfant dans la chambre de ses parents ou une incapacité à s'endormir seul sans la présence d'un parent. Chez les enfants de cinq à dix ans, la difficulté d'endormissement la plus fréquente est l'endormissement retardé mais une fois endormi l'enfant a un sommeil normal. Plusieurs causes peuvent être à l'origine de ces difficultés d'endormissement : l'enfant a du mal à s'endormir à l'heure imposée, l'enfant a besoin de peu d'heures de sommeil et est donc couché trop tôt par rapport à son heure normale d'endormissement, l'enfant est anxieux il a peur du noir ou peur de faire des cauchemars, l'enfant est sur-stimulé avant le coucher, ou enfin, il s'agit d'un enfant incapable de s'endormir seul et qui a besoin de la présence de l'adulte au moment de l'endormissement (Challamela et Francob, 2012). Voici la question concernant le facteur « endormissement » :

1) L'endormissement de votre enfant implique-t-il votre présence ? (besoin d'être accompagné dans son lit ? Besoin d'un rituel du coucher ? Besoin de la présence d'un adulte pour s'endormir ?)

Dans un deuxième temps, nous nous intéressons à la capacité de l'enfant à se rendre aux toilettes seul. Concernant le contrôle sphinctérien, nous savons que vers trois ans et demi, l'enfant va seul au pot ou aux toilettes et il acquiert la propreté nocturne bien que des accidents puissent encore survenir. Pour rappel, à partir de trois ans, l'enfant a une maîtrise des sphincters anal et vésical. À l'âge de cinq ans, l'enfant est indépendant pour aller aux toilettes (Carric, 2000). Nous avons donc formulé la question suivante :

2) Votre enfant a-t-il besoin de vous pour aller aux toilettes ?

Nous nous intéressons maintenant à la prise des repas. Dès 18 mois un enfant est capable de manger seul à la cuillère plus ou moins proprement. À 36 mois, il se nourrit seul et commence à utiliser une fourchette vers quatre ans. Vers cinq ans, l'enfant apprend à couper lui-même une tranche de jambon, et à six ans, il est capable de couper seul sa viande (Carric, 2000). Nous partons donc du principe que les enfants qui entrent dans notre tranche d'âge de six à dix ans sont capables de manger seuls, de se servir de leurs couverts ainsi que de couper la viande. Voici la question concernant le facteur « prise des repas » :

3) Votre enfant a-t-il besoin de vous pour manger? (Sait-il se servir d'un couteau et d'une fourchette? Coupe-t-il sa viande seul?)

À présent nous allons nous intéresser au niveau d'autonomie de l'enfant dans des tâches quotidiennes et répétitives que sont l'habillage et la toilette. En ce qui concerne l'habillage, à partir de 3 ans, l'enfant peut s'habiller seul et sait utiliser boutons et fermetures éclair. Il peut également mettre ses chaussures seul, il saura faire ses lacets vers l'âge de 4 ans. À 4 ans il saura boutonner ses vêtements complètement. Enfin, à 5 ans, l'enfant est capable de lacer ses chaussures, s'habiller et se déshabiller totalement (Thomas, 2004). Les enfants concernés par notre tranche d'âge, c'est-à-dire de 6 à 10 ans, ne présentant pas de handicap moteur ou intellectuel sont donc en âge de pouvoir réaliser ces gestes du quotidien en autonomie. Le cas échéant pourrait correspondre avec un état d'immaturité où l'enfant a besoin de son parent et n'est donc pas autonome. Voici les questions concernant ces facteurs :

4) Votre enfant a-t-il besoin de vous pour s'habiller? (choisit-il ses vêtements seul ? Sait-il mettre ses chaussures seul?)

5) Votre enfant a-t-il besoin de vous pour se laver? (Êtes vous présent lors de la toilette ? Votre enfant se lave-t-il lui-même ?)

De plus, il est important de connaître la capacité ou non de l'enfant à réaliser de manière autonome des tâches quotidiennes qui lui sont demandées. Nous avons vu précédemment que l'autonomie accordée à l'enfant par les parents joue un rôle important dans la construction du narcissisme de celui-ci. En encourageant l'enfant à devenir autonome, ce dernier prend conscience d'être un être à part entière, et pourra ainsi donner du sens à son existence. L'autonomie au quotidien peut s'observer lors de la réalisation des devoirs, dans la capacité à travailler sans l'aide du maître à l'école, à jouer seul, à ranger ses affaires personnelles, à participer aux tâches ménagères, etc. Voici les questions concernant ces facteurs :

6) Votre enfant fait-il ses devoirs avec vous ? (En classe, a-t-il régulièrement besoin de l'aide de l'adulte ? Vous sollicite-t-il pour les devoirs?)

7) Votre enfant est-il physiquement à proximité de vous au cours de la journée ?

8) Votre enfant a-t-il besoin de vous pour des activités qu'il pourrait réaliser seul ? (pour jouer par exemple ?)

9) Votre enfant vous demande-t-il de faire à sa place alors qu'il en est capable ? (n'ose pas faire de lui même, ne fait pas l'effort pour les devoirs, ranger sa chambre...)

10) Dans la vie de la maison, votre enfant doit-il être sollicité pour réaliser des tâches ménagères ou quotidiennes ?

Nous allons à présent nous concentrer sur le facteur « anxiété ». Nous avons vu dans la littérature que Lemoine (2000) considère l'anxiété comme un facteur pouvant avoir de lourdes répercussions dans l'acquisition des apprentissages scolaires, pouvant « paralyser » l'intelligence de l'enfant en le rendant indisponible psychologiquement. L'enfant souffrant d'anxiété ou présentant une angoisse de séparation peut présenter des symptômes identiques à ceux d'un enfant immature psycho-affectivement : des troubles du sommeil ou alimentaires, de l'énurésie, des troubles du caractère, des difficultés relationnelles, un refus de l'autonomie, des phobies et échecs scolaires (Lemoine, 2000). Il est donc important de déterminer si l'anxiété est secondaire à l'immaturité psycho-affective ou inversement et également en cas de diagnostic différentiel, déterminer si l'enfant est anxieux sans être immature psycho-affectivement et inversement. Les questions suivantes permettront d'identifier l'existence de symptômes d'anxiété ou d'angoisse de séparation ainsi que leur contexte d'apparition :

11) Votre enfant manifeste-t-il du stress par rapport à l'école ? (Pleure-t-il avant d'aller à l'école ? Pleure-t-il le soir en rentrant de l'école ? Exprime-t-il des peurs par rapport à l'école ? Peur de l'échec, anxiété de performance?)

12) Votre enfant rencontre-t-il des perturbations du sommeil ou de l'endormissement ? (retour dans le lit des parents la nuit)

13) Votre enfant est-il inquiet à l'idée d'être séparé de vous ? (ne veut pas dormir ailleurs que chez vous, craint de ne pas vous revoir)

14) Votre enfant a-t-il l'habitude de ronger ses ongles, mâchouiller les manches de ses vêtements?

Nous nous intéressons maintenant au comportement de l'enfant, à son caractère et à ses habitudes. Nous cherchons à savoir si l'enfant présente des comportements que l'on pourrait qualifier de « tyranniques » ou d'« enfant roi ». En effet, pour Hauté (2018), l'émergence d'un comportement tyrannique serait une conséquence du refus de grandir et donc d'une immaturité psycho-affective qui se traduirait par différents signes qui sont les suivants : un désir tout-puissant de jouer, refuse le moindre effort, fait des bêtises pour attirer l'attention de l'autre, utilise le chantage affectif et émotionnel, rejette la fratrie pour bénéficier de manière exclusive de la mère, fait de grosses colères quand on s'oppose à ses désirs, coupe la parole pour attirer l'attention, ne pas supporter pas le non et la frustration (Hauté, 2018). Voici les questions concernant ces facteurs :

15) Considérez-vous votre enfant comme étant colérique? À quelles occasions apparaissent ces colères ?

16) Votre enfant a-t-il des comportements d'opposition ? (refuse ou fait le contraire de ce qui est demandé, se montre insolent) Quels sont-ils ? À quelles occasions apparaissent-ils ?

17) Votre enfant a-t-il besoin d'être le centre de l'attention? (fait des bêtises pour rechercher l'attention, parle fort pour que vous l'écoutez, coupe souvent la parole)

Nous souhaitons rechercher des comportements que l'on pourrait qualifier de comportements régressifs ou immatures. Il s'agit d'identifier des comportements pouvant traduire une croissance psychique perturbée. L'enfant manifeste alors son désir de rester bébé en se comportant comme tel notamment en étant « collé à sa mère », en ayant un « parler-bébé », en continuant de sucer son pouce, d'avoir un doudou etc. (Hauté, 2018). Voici les questions concernant ces facteurs :

18) Votre enfant a-t-il besoin d'un objet transitionnel pour dormir ou lors de déplacements ? (doudou, tétine)?

19) Avez-vous remarqué que votre enfant a une intonation de voix plutôt enfantine? (utilise des mots simples, avec intonation enfantine, voix plus aiguë)

Nous souhaitons interroger les parents sur la présence de signes pouvant évoquer une hyperactivité sans évoquer la notion d'hyperactivité ou de trouble de l'attention avec le parent. En effet, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA(H)) est un trouble qui nécessite un diagnostic, nous nous contenterons d'évoquer des symptômes pouvant correspondre à un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Pour ce faire, nous demanderons au parent si l'enfant a des difficultés à se concentrer et à rester attentif pendant un laps de temps plus ou moins important. Nous avons vu dans la littérature que la présence de signes d'hyperactivité chez l'enfant peuvent être en lien avec une angoisse de séparation ou des troubles anxieux (Courtois, Champion, Lamy et Bréchon, 2007, p. 425). Nous avons évoqué précédemment que des événements stressants et/ou traumatiques peuvent engendrer une hyperactivité (Taïeb et al., 2004). Nous avons également vu plus tôt l'hyperactivité peut être corrélée à des troubles de l'affectivité, à la structuration de la personnalité ainsi qu'aux relations intrafamiliales (Courtois et al., 2007, p. 421). Voici la question concernant ces facteurs :

20) Votre enfant a-t-il des difficultés à se concentrer ? (inattention)

21) Votre enfant a-t-il des difficultés à se canaliser ? (agitation)

Enfin, nous cherchons à savoir si l'enfant a mis en place des tics (tousotement, rictus, clignement paupières) ou des troubles obsessionnels compulsifs (rituels, obsessions). En effet, ils sont considérés comme des « mécanismes de défense » en réponse à de l'anxiété. L'anxiété pouvant être considérée comme un facteur à l'origine d'un refus de grandir. Quand l'enfant aura gagné en maturité et en confiance en lui, il sera capable d'abandonner ces mécanismes inconscients dont il n'a plus besoin pour se défendre (Hauté, 2018, 128). Voici la question concernant ces facteurs :

22) Votre enfant présente-t-il des tics ? (clignement de paupières, rictus, tousotement, bruits de bouche...)

23) Votre enfant présente-t-il tocs ? (des rituels, des obsessions)

Notre questionnaire est donc composé de deux parties : une première qui prend la forme d'un

entretien semi-directif et qui comporte 13 questions, et une seconde partie qui prend la forme d'un questionnaire avec une échelle de Likert qui comporte 23 questions (Annexe 1).

2. Consignes de passation

2.1. Contexte d'anamnèse

Le Dictionnaire d'Orthophonie (Brin, Courier, Lederlé et Masy, 2011) définit l'anamnèse de la façon suivante : « Ensemble des renseignements recueillis sur le patient et son trouble, généralement au moyen d'entretiens menés avec la personne qui vient consulter et/ou son entourage proche. L'anamnèse représente donc une part non négligeable du bilan orthophonique en permettant d'établir des liens entre des difficultés actuelles du patient et d'éventuelles difficultés antérieures (étiologie des troubles) (...) ».

De plus, il est « indispensable pour le clinicien, (...) de recueillir les représentations que la personne fournit (ainsi que celles de son entourage) par ses dires et ses conduites pour être en mesure d'apprécier l'impact des troubles dans la vie quotidienne, aux plans personnel, scolaire et social. C'est en croisant toutes ces données que l'orthophoniste sera à même de poser son diagnostic en prenant en compte les représentations que la personne et son entourage se sont construites de ses troubles. » (Lederlé, Kremer et Ferrand, 2016).

L'anamnèse semble donc être le moment propice pour utiliser notre outil pour disposer du maximum d'informations en faveur ou non d'une immaturité psycho-affective afin de formuler des hypothèses diagnostiques.

2.2. Déroulé de l'évaluation

Le déroulé de l'évaluation est fidèle à la trame de l'outil. L'évaluation de l'immaturité psycho-affective débute par la première partie de l'outil qui est un entretien-semi directif permettant d'approfondir l'anamnèse et d'axer celle-ci sur l'environnement de l'enfant et son développement.

La seconde partie de l'évaluation correspond au questionnaire parental. L'orthophoniste pose les questions dans l'ordre établi, il retranscrit en même temps les réponses des parents dans l'encart prévu à cet effet et remplit la grille de cotation à l'aide de l'échelle de Likert.

Les questions sont formulées afin que la réponse « toujours » corresponde à un facteur en faveur d'une immaturité psycho-affective et que la réponse « jamais » corresponde à un facteur en défaveur d'une immaturité psycho-affective.

Le contenu des parenthèses suivant les questions sert d'exemples, ou de pistes intéressantes à explorer en fonction de la réponse obtenue à la question initiale.

L'orthophoniste laisse à disposition du parent un aide-mémoire représentant l'échelle de Likert (Annexe 1), ce procédé permet au parent de garder sous les yeux les différentes propositions de réponses.

3. Cotation

Dans la première partie intitulée « entretien semi-directif », un encadré à la suite de chaque question est prévu afin de pouvoir retranscrire les réponses des parents.

Dans la seconde partie intitulée « questionnaire parental », un encadré est également prévu pour chaque question pour recueillir les réponses qualitatives ; de plus, l'orthophoniste doit

interroger le parents sur la fréquence du comportement pour pouvoir reporter sa réponse sur l'échelle de Likert proposée.

3.1. Première partie

L'entretien semi-directif doit permettre à l'orthophoniste d'envisager de manière globale le profil bio-socio-environnemental de l'enfant. Il s'agit donc pour l'orthophoniste de reprendre les éléments qui lui paraissent importants à prendre en considération dans l'anamnèse de l'enfant.

3.2. Seconde partie

Une fois le questionnaire parental terminé et la grille de réponses remplie, des cases « total » sont prévues pour chaque domaine. L'orthophoniste doit donc calculer le nombre de réponses pour chaque fréquence dans chaque grand domaine, et inscrire le score dans la case prévue à cet effet. Cela permet de calculer le total des fréquences de facteurs d'immaturité psycho-affective par domaine.

4. Présentation des résultats et interprétation

Concernant les résultats, nous cherchons à obtenir un profil global de l'enfant qui serait soit en faveur soit en défaveur d'une immaturité psycho-affective.

En effet, l'immaturité psycho-affective n'est pas un état pathologique, irréversible et stable. Chaque enfant se développant à son propre rythme, la comparaison entre individus du même âge n'est pas envisageable. Notre but est d'avoir un aperçu global du stade dans lequel se trouve l'enfant par rapport à son développement psycho-affectif. Nos résultats nous permettront également d'analyser de manière qualitative quels domaines sont les plus perturbés.

À la suite de l'entretien semi-dirigé, il s'agira de faire une synthèse des informations récoltées et de mettre en évidence s'ils existent des facteurs bio-socio-environnementaux favorisant l'immaturité psycho-affective.

Pour la partie « questionnaire parental », il s'agira de comptabiliser le nombre de réponses pour chaque fréquence et de comparer les scores obtenus pour chaque fréquence. Plus la fréquence « toujours » aura un score élevé, plus le profil de l'enfant sera en faveur d'une immaturité psycho-affective. Inversement, plus la fréquence « jamais » sera élevée, moins le profil de l'enfant sera en faveur d'une immaturité psycho-affective.

Discussion

Nous avons conçu notre outil en le souhaitant adapté aux problématiques des patients susceptibles de présenter une immaturité psycho-affective lors du bilan orthophonique. Nous avons également souhaité que cet outil soit pratique, écologique, et simple pour l'orthophoniste lors de la passation. Bien que nous ayons rempli l'objectif de départ, notre outil est critiquable sur plusieurs points que nous exposerons ci-après.

1. Critique de l'outil

Nous avons jugé que l'anamnèse du bilan orthophonique représente le moment le plus adapté pour utiliser notre outil d'aide à l'identification de l'immaturité psycho-affective chez l'enfant de 6 à 10 ans. Lederlé, Kremer et Ferrand (2016) rappellent que l'anamnèse orthophonique permet à l'orthophoniste de recueillir les renseignements anamnestiques relatifs « à la personne qui pourra être concernée par l'intervention orthophonique ». Ils précisent également qu'il est « indispensable pour le clinicien, non seulement de procéder à une évaluation des compétences et des déficiences de la personne concernée (enfant, adolescent ou adulte) au moyen de tests, d'épreuves et/ou d'échelles, mais aussi de recueillir les représentations que la personne fournit (ainsi que celles de son entourage) par ses dires et ses conduites pour être en mesure d'apprécier l'impact des troubles dans la vie quotidienne, aux plans personnel, scolaire et social. » En effet, nous devons prendre en compte lors de l'anamnèse le contexte bio-psycho-socio-environnemental du patient car même si les retards, troubles, et handicaps de manière plus générale soient partie intégrante de l'individu, ce dernier fait avant tout, lui-même partie d'un groupe familial et/ou social que nous devons prendre en compte. L'utilisation de notre outil durant le temps de l'anamnèse permet donc de récolter les informations nécessaires concernant le patient pour identifier des facteurs en faveur d'une immaturité psycho-affective.

Cependant, il nous a semblé également adapté de proposer ce questionnaire aux parents une fois la relation thérapeutique établie et la prise en charge débutée. En effet, après avoir réalisé un bilan orthophonique, proposé si besoin un projet thérapeutique, et après avoir rencontré l'enfant et ses parents à plusieurs reprises, l'orthophoniste dispose alors de plusieurs éléments d'observation clinique pour pouvoir juger de la pertinence d'étudier de manière approfondie l'aspect psycho-affectif de l'enfant. De plus, le parent peut se sentir davantage en confiance que lors du rendez-vous initial, et par conséquent communiquer des informations qu'il n'aurait pas osé livrer la première fois. Il se peut également que lors du bilan, aucun facteur d'immaturité psycho-affective ne soit relevé par les parents ou par l'orthophoniste et donc ne nécessite pas, a priori, l'utilisation de notre outil et que ces facteurs soient relevés par la suite lors de la prise en charge orthophonique.

Il nous paraît néanmoins indispensable de faire un « re-test » c'est-à-dire de réutiliser notre questionnaire parental quelques mois suivant la première passation pour plusieurs raisons. La première passation aura eu un impact sur le parent et sa subjectivité. En effet, le fait d'avoir posé une question au parent va lui offrir la possibilité de réflexion voire une prise de conscience sur un comportement précis de son enfant. C'est donc une manière pour le parent de se questionner lui-même sur sa façon d'être, sa façon d'agir vis-à-vis de son enfant. La question peut alors avoir une visée « rééducative » en terme de guidance parentale, le fait de verbaliser certains comportements peut déclencher une prise de conscience chez le parent. De plus, le « re-test » va permettre

d'objectiver une évolution du profil psycho-affectif de l'enfant en le comparant à la première passation. Durant la période de 6 à 10 ans, le psychisme de l'enfant est en constante évolution, l'état psycho-affectif peut alors évoluer également très rapidement. Il suffit parfois d'un rendez-vous pour engendrer un déclic et provoquer des changements sur les comportements qui peuvent faire penser à un état d'immaturité psycho-affective. Il est également nécessaire de souligner l'importance de l'alliance thérapeutique et du partenariat entre le parent et l'orthophoniste. L'orthophoniste doit se garder de tout jugement, car l'éducation et la culture sont propres à chaque famille. L'entretien effectué avec le parent, expert de son enfant, peut être une base dans nos objectifs pour une évolution positive. L'orthophoniste doit considérer cette relation en partenariat comme un bénéfice pour sa relation thérapeutique.

Nous avons donc choisi d'utiliser notre outil dans un contexte d'anamnèse orthophonique, mais nous savons qu'il sera opportun voire indispensable de l'utiliser quelques mois plus tard pour mettre en évidence une évolution.

Bien que nous ayons choisi le format de l'entretien semi-directif pour la première partie de notre outil pour des raisons exposées précédemment, c'est un format qui peut être critiqué pour plusieurs raisons. En effet, nous pouvons reprocher le manque d'objectivité de la part des deux parties prenant part à l'entretien ainsi que la valeur accordée à la fiabilité des propos rapportés par le parent. L'entretien est également critiqué pour son analyse des productions, considérée comme subjectives, tributaire d'interprétations. Une des difficultés de l'analyse est donc d'interpréter le discours de l'interviewé, de lui donner une signification, de faire des inférences. Il est donc nécessaire de déceler lors de l'entretien la signification du message pour éviter de fausses interprétations (Vilatte, 2007).

L'interprétation et la compréhension des questions par le parents peuvent être une limite de l'entretien. Il en est de même sur la capacité à prendre du recul sur ses propres comportements et ceux de son enfant sans compter le biais de désirabilité sociale. Celui-ci peut se justifier par le fait que le parent craigne d'être jugé par l'orthophoniste, ou simplement pour se protéger ou par le fait qu'il veuille « protéger leur «soi» et les images de soi qu'ils présentent » (Fiske, 2004), il souhaite alors donner une bonne image. Ceci aurait donc pour conséquence de diminuer la validité des résultats obtenus grâce aux réponses des parents.

Concernant le mode de passation, nous avons décidé que l'outil serait rempli par l'orthophoniste à partir des informations communiquées par le parent. Ce format qui consiste en un entretien semi-directif permet à l'orthophoniste d'apporter un étayage au parent en demandant des exemples de la vie quotidienne si la réponse initiale donnée par le parent ne semble pas suffisante. Le fait que l'outil soit rempli lors du bilan par l'orthophoniste représente également un gain de temps pour la passation ainsi que l'interprétation qui peut être réalisée d'un la fin de l'entretien. Une version de l'outil remplie par les parents, sur le même principe que l'Inventaire du Développement de l'Enfant (Duyme et Capron, 2010) aurait pu être envisagée. Certains parents communiquent plus facilement par écrit des informations pour lesquelles ils auraient plus de difficultés à exprimer à l'oral.

2. Difficultés rencontrées

Lors de la recherche de facteurs d'immaturité psycho-affective dans la littérature nous avons rencontré plusieurs difficultés. L'immaturité psycho-affective est rarement décrite en terme de manifestations précises mais plutôt comme un état global de l'enfant. Peu d'auteurs ont décrit comment l'immaturité psycho-affective se manifeste et s'observe chez un enfant de six à dix ans. Une autre difficulté a été de trouver des facteurs d'immaturité psycho-affective pour la tranche d'âge de six à dix ans c'est à dire pour les enfants d'âge scolaire. En effet, la tranche d'âge est large. On peut observer des facteurs d'immaturité psycho-affective qui puissent paraître acceptables à l'âge de six ans mais pouvant être considérés comme immatures chez un enfant de dix ans. C'est donc à l'orthophoniste et en fonction de l'âge de l'enfant d'investiguer plus ou moins en profondeur des critères. Par exemple, chez un enfant de six ans, on s'intéressera plus particulièrement à sa capacité à aller aux toilettes seul, à manger seul, à se laver seul plutôt qu'à sa capacité à faire ses devoirs à la maison seul qui sera davantage attendue chez un enfant de 10 ans.

Nous n'avons pas disposé du temps nécessaire pour pouvoir tester l'utilisation de notre outil dans des conditions réelles auprès d'orthophonistes volontaires. De ce fait, nous ne pouvons qu'estimer la durée de la passation (entre une dizaine et une vingtaine de minutes), tout en sachant que la durée reste tributaire des problématiques qui concernent le patient, de la coopération et de l'aptitude des parents à répondre aux questions. Des réponses concises et peu précises ne pourront pas permettre une exploitation optimale de l'outil, tandis que des réponses prolixes contraindront l'orthophoniste d'abrèger l'entretien afin de se concentrer sur les informations essentielles à la compréhension du profil psycho-affectif de l'enfant.

3. Validité apparente de l'outil et suggestion d'étude future

Notre outil ne nécessite pas de matériel supplémentaire ni de formation particulière en psycho-pathologie de l'enfant pour pouvoir l'utiliser. C'est un format généralement connu des orthophonistes et largement utilisé lors du bilan orthophonique. Notre outil d'aide à l'identification de l'immaturité psycho-affective, employé de la manière dont nous l'avons envisagé, semble mesurer la présence ou l'absence de facteurs d'immaturité psycho-affective afin de pouvoir enrichir les hypothèses diagnostiques et en cas de nécessité, orienter le patient vers un suivi psychologique complémentaire à l'intervention orthophonique.

La fidélité ne pourra pas être un critère de qualité pour notre outil, puisque par définition l'immaturité psycho-affective est un état instable et donc il se peut que l'enfant évolue de manière positive ou régressive. De ce fait notre outil ne donnera pas les mêmes résultats à différents moments d'évaluation.

Il serait intéressant de poursuivre le travail autour de l'outil que nous avons créé. Notre outil n'a pas fait l'objet d'un étalonnage et d'analyses statistiques permettant une normalisation ainsi qu'une validation. Sa validité, sa sensibilité, sa spécificité restent donc à prouver. En effet, il serait envisageable de tester notre outil auprès d'une population ainsi que de procéder à un étalonnage en se basant sur la fréquence des comportements observés dans la partie « questionnaire parental ».

4. Apports pour ma future pratique

La réalisation de ce mémoire m'a permis de comprendre l'importance d'effectuer une anamnèse la plus exhaustive possible lors du bilan orthophonique ainsi que de tenir compte de l'état psycho-affectif de l'enfant que l'on rencontre au cabinet d'orthophonie. Ces deux éléments importants nous permettent en tant qu'orthophoniste d'avoir le maximum d'informations en notre possession pour poser un diagnostic et accompagner l'enfant dans sa prise en charge de la meilleure façon possible. J'ai également pu compléter mes connaissances en psychologie du développement, en approfondissant mes recherches sur l'immaturité psycho-affective qui reste encore aujourd'hui une notion assez abstraite, la majorité des orthophonistes n'ayant pas une conception claire du concept clinique (Strack, 2018).

Conclusion

Ce travail a été conçu en réponse au besoin des orthophonistes (Strack, 2018) de disposer d'un outil d'aide à l'identification de l'immaturité psycho-affective lors du bilan orthophonique pour des enfants de six à dix ans. En effet, nous savons que le diagnostic de trouble de l'apprentissage est indissociable d'un diagnostic différentiel de trouble psychologique. De plus, toute difficulté psychologique, et plus particulièrement ici psycho-affective, va avoir des répercussions sur les capacités d'apprentissage de l'enfant et sur l'investissement de sa scolarité (Siaud-Fauchin, 2005, p.9).

Nous avons donc créé un outil ayant pour but d'identifier des facteurs d'immaturité psycho-affective chez l'enfant de six à dix ans ayant des troubles du langage oral, des troubles du langage écrit, des troubles de la cognition mathématiques, ou des troubles de l'oralité. L'identification de l'immaturité psycho-affective permet à l'orthophoniste de comprendre si le trouble est une conséquence de l'immaturité psycho-affective ou dans le cas inverse, si l'immaturité psycho-affective est une conséquence du trouble. Identifier l'immaturité psycho-affective chez le patient permet également à l'orthophoniste de pouvoir orienter si besoin son patient vers un psychologue et ainsi de lui proposer une prise en charge complémentaire voire préalable à la prise en charge orthophonique.

La conception de l'outil a nécessité de rechercher des facteurs d'immaturité psycho-affective chez les enfants de six à dix ans dans la littérature pour ensuite créer un ensemble de questions destinées aux parents du patient. L'outil que nous avons créé prend la forme d'un entretien constitué d'une première partie « entretien-semi dirigé » ainsi que d'une seconde partie « questionnaire parental ». Il revient à l'orthophoniste de poser les questions ainsi que de remplir le fichier de passation à partir des réponses obtenues de la part des parents. Les réponses recueillies sont soumises à l'interprétation clinique de l'orthophoniste qui déterminera au vu du profil global et des différents facteurs bio-socio-environnementaux récoltés, une hypothèse diagnostique en faveur ou en défaveur d'une immaturité psycho-affective. Nous avons conscience que notre outil comporte des limites et nécessiterait des améliorations. Toutefois, il consiste en un support qui peut servir de base anamnestique à l'orthophoniste afin d'investiguer l'aspect psycho-affectif lors du bilan, si besoin est.

Nous espérons que le travail sur notre outil sera poursuivi afin de le perfectionner. L'accès libre à notre outil permet aux orthophonistes de pouvoir l'utiliser en cas de besoin. Il serait intéressant de recueillir auprès des orthophonistes l'ayant utilisé leur avis critique quant à son

utilisation, son mode de passation ainsi que son contenu. De plus, il serait intéressant de pouvoir tester cet outil auprès d'un panel de patients de six à dix ans se présentant pour un bilan orthophonique pour vérifier ainsi sa sensibilité et sa validité. Par la suite, une normalisation de l'outil pourrait également être envisagée.

Bibliographie

- Achenbach, T-M. & Rescorla, L-A. (2001). Child Behaviour Checklist.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment, a psychological study of the strange situation*. Classic Editions.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Bacro, F. & Florin, A. (2008). Spécificité des Modèles internes opérants : les représentations d'attachement au père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans. *Enfance*, vol. 60(2), 108-119.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of controle*. New York: Freeman.
- Bénony, H. (1998). *Le développement de l'enfant et ses psychopathologies*. Paris : Nathan.
- Bjorklund, D. (1997). In Search of a Metatheory for Cognitive Development. *Child Development*, 68(1),144-148.
- Boimare, S. (2004). *L'enfant et la peur d'apprendre*. Paris: Dunod.
- Bouchard, C., & Fréchette, N. (2011). *Le développement de l'enfant de 6 à 12 ans en contextes éducatifs*. Presses de l'Université du Québec.
- Bouffard, T., & Bordeleau, L. (2002). Le rôle des parents dans l'ontogénèse des ressources motivationnelles du jeune élève. Dans L. Lafortune et P. Mongeau, *L'affectivité dans les apprentissages*. Presses de l'Université du Québec.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E. & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. OrthoEdition.
- Carric, J-C. (2000). *Développement psycho-moteur de l'enfant normal*. Paris :Editions Vernazobres-Greco.
- Challamela, M-J., & Francob, P. (2012). Insomnies et troubles de l'installation du rythme jour/nuit du jeune enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 25(2), 106-113.
- Conners, C-K. (1982). Parents Rating Scales.
- Courtois, R., Champion, M., Lamy, C. & Bréchon, G. (2007). Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. *Annales Medico-psychologiques*, 165(6), 420-427.
- De Ajuriaguerra, J. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'Enfant (2^e éd.)*. Paris : Masson.
- Demetriou, A., et Raftopoulos, A., (2004) The Shape and Direction of Development: Teleologically but Erratically Lifted Up or Timely Harmonious? *Journal of Cognition and Development* 5(1), 89-95.
- Demogeot, N., & Lighezzolo-Alnot, J. (2014). L'attachement sécurisé : un facteur de résilience au service de la capacité de penser. Étude clinique comparative chez des enfants de 6 à 12 ans. *Bulletin de psychologie*, 530(2), 149.
- Deluchey, A. (2014). *Quand l'alimentation pose problème, que faire ? Etat des lieux et mise en place d'un outil de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant tout-venant*.

- Dolto, F. (1998). *Les étapes majeures de l'enfance*. Paris : Gallimard.
- Doron, R., & Parot, F. (2011). *Dictionnaire de psychologie*. Presses Universitaires de France.
- Duyme, M. & Capron, C. (2010). L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE). Normes et validation françaises du Child Development Inventory (CDI). *Devenir*, vol. 22(1), 13-26.
- Ecalte, J., & Magnan, A. (2005). L'apport des sciences cognitives aux théories du développement cognitif : quel impact pour l'étude des apprentissages et leurs troubles ? *Revue française de pédagogie*, 152(1), 5-10.
- Ferland, F. (2014). *Développement de l'enfant de 6 à 12 ans au quotidien*. Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Fernandez, L., Bonnet, M-A, Guinard, A., Pedinielli, A., & Préau, M. (2005). *Modules VI. Outils psychométriques*, 201-204.
- Fiske, S. T. (2004). What's in a category ? Responsibility, intent, and the avoidability of bias against outgroups. *The social psychology of good and evil*. New York: The Guilford Press. 127-140
- Freud, M. (2015). *Enfants, ados... les aider à dormir enfin*. Paris : Albin Michel.
- Galimard, P. (1998). *6 à 11 ans, développement de l'intelligence, maturation affective et découverte de la vie sociale*. Paris : Dunod.
- Gardner, F., Ward, S., Burton, J. & Wilson, C. (2003). The role of mother-child joint play in the early development of children's conduct problems : a longitudinal observational study, *Soc Dev.* ; 12 : 361-379.
- Gatignol, P., Oudry, M. & Robert-Jahier, A-M. (2008). Phonolec. Adeprio.
- George C. & Solomo J. (1996). Representational models of relationships : Links between caregiving and attachment». *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 198-216.
- Giannitelli, M., Plaza, M., Guillemont, F., Hingant, A., Bodeau, N., Chauvin, D., ... Cohen, D. (2011). Troubles du langage oral et écrit chez des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et bénéficiant de soins hospitaliers. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(8), 492-500.
- Golse, B. (2015). Intelligence et affectivité. In *Médecine et psychothérapie. Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (5ème, p. 223). Paris : Elsevier Masson.
- Green, J., Goldwyn R., Stanley, C. & Smith, V. (2000). The Manchester Child Attachment Story Task: relationship with parental AAI, SAT and child behaviour. *Attachment & Human Development*. 2(1), 71-84.
- Guédeney, N., & Guédeney, A. (2016). *L'attachement : approche théorique (4ème)*. Paris : Elsevier Masson.
- Guillevic, C., & Vautier S. (1998). *Diagnostic et tests psychologiques*. Paris : Nathan.
- Halmos, C. (2006). *Pourquoi l'amour ne suffit pas, aider l'enfant à se construire*. Paris : Nil éditions.

- Halmos, C. (2009). *Grandir : les étapes de la construction de l'enfant, le rôle des parents*. Paris : Éditions Fayard.
- Hauté, D. (2018). *Le refus de grandir : Le syndrome de Peter Pan chez l'enfant*. Paris : Grancher Éditions.
- Holmbeck, G., Paikoff, R. & Brooks-Gunn, J. (1995). Parenting adolescents. *Handbook of Parenting*, 1, 91-118.
- Julien, G. (2004). *Aide-moi à te parler : La communication parent-enfant*. Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Lederlé, E., Kremer, J-M., & Ferrand, P. (2016). *Guide de l'orthophoniste : Intervention dans les troubles du langage oral et de la fluence*. Paris: Lavoisier-Médecine sciences
- Lafortune, L., & Mongeau, P. (2002). *L'affectivité dans les d'apprentissages*. Presses de l'Université du Québec.
- Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité : Pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. *Médecine & Hygiène*, 21, 31- 60.
- Lautrey, J., Mazoyer, B., & Geert, P. (2002). *Invariants et variabilité dans les sciences cognitives*. Paris : Édition de la maison des sciences de l'homme.
- Lazartigues, A. (2016). *Fabriquons-nous de nouveaux enfants ?* Paris : Dunod.
- Lemoine, B. (2000). *Maman ne me quitte pas : accompagner l'enfant dans les séparations de la vie*. Paris : Saint Paul éditions.
- Maillet, P., Meljac, C., Baudier, A., & Cuisinier, F. (2003). Le développement affectif et social de trois à onze ans. *Psychologie du développement, enfance et adolescence* (Belin).
- Marc, E. (2010). *Le mythe de la maturité*. *Gestalt*, 2(38), 33-46. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2010-2-page-33.htm>
- Martin, C. (2004). La parentalité en question. Perspectives sociologiques, Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille, Rennes.
- Mervielde, I., de Fruyt, F., adaptation française : Quartier, V., Rossier J., & Bouvard, M. (2011). *L'inventaire hiérarchique de la personnalité de l'enfant (HiPIC)*, Hogrefe Netherlands.
- Perls, F. (1972). *Rêves et existence en Gestalt-thérapie*. Paris : Epi.
- Pirard-Le Poupon, J. (2006). L'apprentissage aujourd'hui : une objectivation de l'enfant. *La clinique lacanienne*, 10(1), 11-20.
- Psouni, E. & Apetroaian A. (2014). Measuring scripted attachment-related knowledge in middle childhood : The secure Base Script Test. *Attachment & Human Development*. 16, 22-41.
- Robson, W-L. (1997). Diurnal enuresis. *Pediatrics in Review*, 18(12), 407–12.
- Siaud-Fauchin, J. (2005). Trouble des apprentissages scolaires? Enfants surdoués? Quels liens? *ANAE*, 81(9), 7-15.

- Slade, A., Aber, J.L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan. (2004). The parent development interview, revised. The City University of New York.
- Smyke, A., & Zeanah, C., (1999), Disturbances of Attachment Interview.
- Soulé, M., Diatkine, R. & Lebovici, S. (2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Presses universitaires de France.
- Stifter, C. & Bono, M.A. (1998). The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mothers-infant attachment. *Child Care, Health and Development*, 24, 339-351.
- Strack, A.-G. (2018). *Identification de l'immaturité psycho-affective chez l'enfant, lors du bilan orthophonique (4-10 ans)*.
- Supplee, L., Shaw, D., Haistones, K. & Hartman, K. (2004). Families and child influences on early academic and emotion regulatory behaviors. *Journal of School Psychology*, 42(3), 221-242.
- Taïeb, O., Baubet, T., Pradère, J., Lévy, K., Revah-Lévy, A., Serre G, et al. (2004). Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. *EMC-Psychiatrie*, 1(1),23-32.
- Target, M., Fonagy, P. & Shmueli-Goetz Y. (2003). Attachment representations in school-age children: the development of the child attachment interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 171-186.
- Teti, D. & Gelfand, D., (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year : the mediational role of maternal self-efficacy. *Child development* ; 62 : 918-929.
- Thibault, L. (2011). Troubles sémantiques et pragmatiques du langage : intérêt de l'analyse linguistique en psychiatrie et cadres pathologiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(5), 260-265.
- Thomas, N. (2004). *Psychomotricité : Développement psychomoteur de l'enfant*.
- Vilatte, J. (2007). *L'entretien comme outil d'évaluation*. Repéré sur le site http://www.reseau-lmac.fr/images/imagesFCK/file/outils/jcvilatte/jcvilatte_lentretien.pdf
- Voyazopoulos, R. (2003). À propos de l'école et des apprentissages entre 5 et 8 ans : quelle clinique pour demain ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51(6), 316-323.
- Witko, A., Mollat, A. (2009). Des images aux mots : une approche des troubles spécifiques du langage à partir d'un partenariat orthophoniste/psychologue du développement. *Développements*, 2(2), 35-47.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Outil d'aide à l'identification de l'immaturité psycho-affective chez l'enfant de 6 à 10 ans à destination des orthophonistes