

# **ANNEXES**

## **DU MEMOIRE**

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

**Mathilde JOURNÉE**

**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

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

OUTIL D'AIDE À L'IDENTIFICATION

## IMMATURITÉ PSYCHO-AFFECTIVE 6-10 ANS

DATE:

NOM PRÉNOM:

ÂGE :

CLASSE :

### ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF :

#### Facteurs environnementaux

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...)

III) Comment votre enfant a-t-il l'habitude de s'occuper à la maison ? Joue-t-il beaucoup ? À quels types de jeux ? (jeux de construction, jeux symboliques, jeux de société) ? Sait-il jouer seul ? 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 ?

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 ? (fréquence?). Si oui, à l'initiative de qui ? 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 ? Viennent-ils de temps en temps chez vous ? 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 ?

### **Développement global**

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

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

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

**Autres remarques :**

**QUESTIONNAIRE PARENTAL :****Autonomie**

Jamais

Parfois

Souvent

Très  
souvent

Toujours

1) L'endormissement de votre enfant implique-t-il votre présence? (Besoin de l'accompagner dans le lit? Besoin d'un rituel du coucher pour s'endormir? Dort-il seul dans la chambre?)

--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--

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? Va-t-il à la cantine?)

--	--	--	--	--

4) Votre enfant a-t-il besoin de vous pour s'habiller? (Choisit-il ses vêtements seul? Le choix est-il adapté? 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 ?)

--	--	--	--	--

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 ?)

--	--	--	--	--

**QUESTIONNAIRE PARENTAL :****Autonomie (suite)**

Jamais

Parfois

Souvent

Très  
souvent

Toujours

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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 ou ne fait pas l'effort pour les devoirs, ranger sa chambre...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Totaux**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Anxiété**

Jamais

Parfois

Souvent

Très  
souvent

Toujours

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## Anxiété (suite)

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

Jamais

Parfois

Souvent

Très souvent

Toujours

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?

Totaux

## Comportement

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, fait le contraire de ce qui est demandé, se montre insolent)  
Quels sont-ils ?  
À quelles occasions apparaissent-ils?

Jamais

Parfois

Souvent

Très souvent

Toujours

## Comportement (suite)

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Votre enfant a-t-il besoin d'un objet transitionnel pour dormir ou lors de déplacements? (doudou, tétine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Remarquez-vous que votre enfant a une intonation de voix plutôt enfantine? (utilise des mots simples, avec intonation enfantine, voix plus aiguë)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Votre enfant a-t-il des difficultés à se concentrer? (inattention)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Votre enfant a-t-il des difficultés à se canaliser? (agitation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Votre enfant présente-t-il des tics? (clignement de paupières, rictus, toussotement, bruits de bouche...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Votre enfant présente-t-il tocs? (des rituels, des obsessions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Totaux</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Totaux globaux (domaines confondus)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



