

QUESTIONNAIRE COMPORTEMENTAL
-
VERSION PARENTS

Ce questionnaire sera repris en entretien individuel et nous permettra d'identifier la fréquence des comportements de votre enfant et leurs conséquences dans la vie de tous les jours (école et maison).

Prenez donc tout le temps de le compléter en pensant de manière globale aux situations que vous vivez avec lui. Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, n'hésitez pas à me contacter :

Tél : 06.10.14.89.24
contact@patrice-gueit.fr

Nom / Prénom de l'enfant :

Nom / prénom de la personne complétant ce questionnaire :

Mail de contact :

Téléphone de contact :

Lien de parenté avec l'enfant :

Père Mère Grand-Père Grand-mère Beau-Père
Belle-mère Oncle Tante Nounou Autre

L'enfant vit-il parfois sous votre toit ? Oui Non

Le voyez-vous ? Tous les jours Plusieurs fois par semaine

Le week-end : Seulement pendant le WE ou les vacances :

Intervenez-vous dans la gestion des devoirs ?

Oui Non Fréquence

Intervenez-vous dans ses routines quotidiennes (préparatifs scolaires, affaires, douche, habillage...)?

Oui Non Fréquence

Intervenez-vous dans le rituel du coucher ?

Oui

Non

Fréquence

Si parents divorcés, précisez le mode de garde :

Alterné

"Classique, 1WE/2"

Autre

LES COMPORTEMENTS

Indiquez si votre enfant présente les comportements suivants :

	Rarement	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
Mon enfant :				
Peine à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderies dans les devoirs ou d'autres activités (travail non précis, oublis de détails)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laisse facilement distraire par des stimuli extérieurs (pour les adolescents, peut passer du coq-à-l'âne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs ou ses tâches domestiques (ex : commence mais perd le fil, facilement distrait)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (difficultés à gérer le temps, ne respecte pas les délais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : esprit ailleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des oublis fréquents dans la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A souvent en aversion, ou fait à contre-coeur les tâches demandant un effort soutenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, livres, crayons, portefeuille, clef, lunettes, téléphone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent a du mal à maintenir son attention au travail ou dans les jeux (lecture, conversation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Rarement	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
Mon enfant :				
Est globalement lent (tant au niveau du corps que des idées et pensées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peine à prendre des initiatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble souvent fatigué (faible niveau d'activité, forme de somnolence, envie de dormir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'intérêt à faire les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble dans sa bulle, regard dans la vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut être confus (mélange ses idées, peine à organiser sa pensée, mettre des mots sur ses pensées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Rarement	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
Mon enfant :				
Agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" (difficulté à se tenir immobile, sans bouger, pendant un long moment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A souvent du mal à attendre son tour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interrompt souvent les autres ou impose sa présence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée (ex : termine la phrase d'un autre, ne peut pas attendre son tour pour parler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parle trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Court ou s'agite dans des situations où cela n'est pas approprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lève souvent dans des situations où il est supposé rester assis (classe, repas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur sa chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Rarement	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
Mon enfant :				
Se met souvent en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Argumente et conteste ce que peuvent dire les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'oppose, refuse de faire ce qui lui est demandé, peut défier les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait délibérément des choses qui contrarient ou embêtent les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut se montrer méchant ou malveillant (souhait de se venger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reproche aux autres ses propres erreurs et / ou mauvaise conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est facilement contrarié par les autres, est susceptible, s'agace facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est souvent fâché, rancunier avec des ressentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est agressif verbalement (gros mots, insultes) envers moi ou un camarade ou un autre membre de la famille (frère, sœur...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est agressif physiquement (mord, frappe, tire les cheveux) envers moi ou un camarade ou un autre membre de la famille (frère, sœur...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ment pour échapper à ses responsabilités (devoirs, rangement, erreurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Détruit le bien (jouets, affaires...) de camarades ou de membres de la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vole de l'argent ou des objets (fratrie, camarades, parents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Rarement	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Presque tous les jours
Mon enfant :				
Est inquiet pour aller à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A peur d'avoir des mauvaises notes ou d'échouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'impose beaucoup de pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'inquiète lors des séparations (aller dormir chez un ami, grands-parents, colonie, le matin au portail de l'école)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A peur du noir, peine à s'endormir seul, prolonge volontairement le rituel du coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'inquiète des maladies (virus, contaminations...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est globalement inquiet face aux nouvelles activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut refuser de faire par peur d'échouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est inquiet de se retrouver dans des lieux publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évite ou n'aime pas les situations sociales (réciter une poésie face à ses camarades, faire une compétition...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A peur d'objets ou de situations spécifiques (feux d'artifice, animal, sang...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit souvent qu'il a mal au ventre ou à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présente des gestes de type obsessionnel (ronge les ongles, mâchouille les vêtements, mordille les stylos, tournicote les cheveux...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se dévalorise (pense qu'il est bête, moins intelligent que les autres...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble ne pas avoir confiance en lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend moins de plaisir à faire des activités qu'il appréciait auparavant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleure facilement sans raison forcément apparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est facilement touché par les remarques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATE D'APPARITION

Diriez-vous que les comportements sont globalement présents ?

- Depuis toujours Ont débuté avec l'entrée à la crèche
- Ont débuté en maternelle Ont débuté avec l'entrée au CP
- Tendent à se majorer avec les années Tendent à se minorer avec les années
- D'autres personnes vous-ont elle alerté sur ces comportements ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

- École Famille Amis Enseignant activité extrascolaire

IMPACT DES COMPORTEMENTS

Ces comportements ont-ils un impact sur la famille ? OUI NON

Vous jugeriez cet impact : modéré : important : Très important :

Quelles en sont les conséquences ?

- Relations au sein de la fratrie conflictuelles
- Caused des tensions entre les parents
- Caused des tensions avec les grands-parents ou autres membres de la famille
- Isolent la famille / Moindre participation aux événements familiaux (repas, fêtes...)
- Empêchent de donner toute l'attention à d'autres membre de la fratrie
- Gâchent des moments de plaisir (repas de famille, jeux..)
- Sentiment d'inefficacité parentale
- Fatigue physique et/ou nerveuse

Ces comportements ont-ils un impact sur les apprentissages ? OUI NON

Vous jugeriez cet impact : modéré : important : Très important :

Quelles en sont les conséquences ?

- Retard dans les apprentissages
- "Notes moins bonnes que la moyenne"

- Difficultés de lecture
- Difficultés en mathématiques
- Difficultés graphiques (lenteur et/ou mauvaise qualité)
- Manque d'autonomie
- Besoin d'aide supplémentaire, d'une plus grande surveillance
- Parents convoqués par l'école

Ces comportements ont-ils un impact sur la vie quotidienne ? OUI NON

Vous jugeriez cet impact : modéré : important : Très important :

Quelles en sont les conséquences ?

- Difficultés à se préparer pour aller à l'école (lenteur, besoin de supervision...)
- Difficultés à gérer les activités domestiques (repas, rangement affaires...)
- Retard pour lui-même ou pour vous
- Difficultés d'hygiène (brossage de dents, douche...)
- Blessures / Chutes fréquentes
- Problème de nutrition (soda, desserts, biscuits, restauration rapide...)

Ces comportements ont-ils un impact sur la vie sociale avec les camarades ?

OUI NON

Vous jugeriez cet impact : modéré : important : Très important :

Quelles en sont les conséquences ?

- Conflits réguliers avec ses camarades
- Se lasse rapidement des relations et peine à conserver le lien social
- Veut imposer son point de vue, non respect des règles du jeu
- Est moqué par ses camarades

- Moins invité aux anniversaires
- Difficulté à se faire des copains
- Plus facilement isolé / rejeté par le groupe
- Subi des gestes violents de la part de ses camarades

ECRANS

Consommation approximative d'écrans incluant téléphone + TV + consoles + ordinateur :

En heure par jour la semaine : En heure par jour le week-end :

Intérêt aux écrans de votre enfant: Faible modéré Fort

Votre enfant pratique le chantage pour jouer aux écrans ?

OUI NON

Votre enfant ment-il pour pouvoir jouer aux écrans ?

OUI NON

La question des écrans génère t-elle des tensions (avec l'enfant et/ou entre les parents) : ?

OUI NON

La consommation d'écrans a-t-elle des impacts sur : ?

L'enfant La famille Les deux

Les règles de consommation sont-elles contrôlées par les parents : ?

OUI NON Partiellement

Si oui, indiquez clairement les règles de consommation ci-dessous :

SPORT

Votre enfant pratique t-il une activité sportive ? OUI NON

Nombre d'heures par semaine environ ?

L'enseignant vous a-t-il déjà alerté sur le comportement de votre enfant (respect des règles, des consignes, difficultés relationnelles avec les camarades...) ?

OUI NON

ANTECEDENTS FAMILIAUX

ATTENTION ! La prochaine section ne concerne pas votre enfant mais

VOTRE PROPRE scolarité et vos PROPRES COMPORTEMENTS !

Etiez-vous un enfant qualifié de remuant, actif, en mouvement un peu systématique, présentant globalement des difficultés à rester assis ?

OUI NON

Etiez-vous un enfant avec des difficultés de concentration (lenteur, distrait, manque d'organisation, oublis, difficulté à gérer le temps) ?

OUI NON

Durant votre enfance, avez-vous passé des bilans (test de QI, orthophonie...) ?

OUI NON

Si oui, vous souvenez en quelques mots des conclusions ? Diagnostic éventuellement posé ?

Un diagnostic de Trouble de l'Attention avec ou / sans Hyperactivité a-t-il été évoqué chez un membre de votre famille (parent, grand-parent, frère / sœur, cousin(e), oncle, tante) ?

OUI NON

Si oui, lequel ?

Si vous avez répondu oui à une des quatre questions ci-dessus, merci de répondre aux questions suivantes (Inspiré Questionnaire ASRS) :

	Jamais ou Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
Une fois que les parties les plus stimulantes d'un projet ont été réalisées, avez vous du mal à finaliser les derniers détails ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez vous globalement du mal à vous organiser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous arrive t-il d'oublier vos rendez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous arrive t-il de remettre à plus tard quelques chose qui demande un effort mental soutenu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous arrive t-il de remuer ou de vous tortiller sur une chaise (mains, pieds, sentiment d'inconfort) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous parfois presque obligé de bouger comme si vous ne pouviez pas faire autrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci

N'oubliez pas d'enregistrer vos réponses

N'oubliez surtout pas d'apporter ce document à notre prochain RDV

