CHI MONT-DE-MARSAN ET DU PAYS DES SOURCES

FSEF Agir ensemble pour la santé et l'avenir des jeunes !

Clinique Aire-sur-l'Adour

Madame, Monsieur,

Vous venez de faire une demande d'évaluation au sein de l'Unité Montoise de Psycho-traumatisme Enfants et Adolescents (UMPEA). Vous trouverez ci-joint, les documents nécessaires à remplir par vos soins pour l'ouverture du dossier :

- Dossier de demande d'évaluation à remplir dans la mesure du possible par les représentants légaux
- Volet médical à faire remplir par un médecin

Si votre enfant/adolescent bénéficie d'un suivi :

- Volet complémentaire à renseigner par le ou les professionnels de santé ou éducatif

Annexes à remplir dans la mesure du possible par les représentants légaux :

- Echelle d'Evaluation du Trouble de Stress Post-Traumatique de l'enfant (CPC), permettant de recueillir les observations sur les symptômes présents chez l'enfant.
- Echelle de Stress Post-Traumatique (PCL-5), permettant d'évaluer le retentissement du trouble de stress post-traumatique chez les parents.

Le stress post-traumatique chez l'enfant peut avoir un retentissement significatif au sein du fonctionnement de la cellule familiale. La passation de ces deux échelles, nous permettra d'appréhender au mieux la situation familiale dans son ensemble que vous vivez, afin d'adapter au plus près notre accompagnement.

Si vous rencontrez des difficultés face à la passation de ces échelles, vous pouvez solliciter tout professionnel de santé connaissant la situation de votre enfant.

Sauf opposition de votre part, vos données de santé peuvent être réutilisées de manière confidentielle pour faire avancer la recherche. Pour exercer votre droit d'opposition, contacter le secrétariat du service.

Pour le **dépôt du dossier complet** auprès de notre assistante sociale, merci de **contacter le secrétariat** :

Lundi au Vendredi 9h à 16h30
05 58 05 14 01 / umpea@ch-mdm.fr
CHI Mont de Marsan & Pays des Sources
Bâtiment polyvalent - Site de Layné
Boulevard Saint-Médard - Mont de Marsan

DOSSIER DE DEMANDE D'EVALUATION UMPEA

CHI MONT-DE-MARSAN ET DU PAYS DES SOURCES

FSEF Agir ensemble pour la santé et l'avenir des jeunes !

Clinique Aire-sur-l'Adour

Date de la demande : ...../...../.....

A remplir par les parents ou les représentants légaux.
Le dossier complet sera à remettre sur rendez vous à l'Assistante sociale.

COORDONNÉES ET INFORMATIONS PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-Mail : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Situation scolaire : Scolarisé ☐ Descolarisé ☐ CNED ☐ IEF ☐

Etablissement : .....

Niveau/Formation : .....

.....

.....

COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL 1

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

SUIVI EN COURS

Médecin traitant : .....

Pédopsychiatre ☐ Psychologue ☐ Psychomotricien ☐ Orthophoniste ☐ Ergothérapeute ☐

Autre : .....

Votre enfant est-il suivi par une institution (IME, Ditep, CMP, Sessad) : oui ☐ non ☐

Si oui précisez : .....

.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'une mesure d'accompagnement social : oui ☐ non ☐

Si oui précisez : .....

.....

.....

.....

Signatures :

VOLET MÉDICAL

Date de la demande : ...../...../.....

A compléter par le médecin et à joindre au dossier.
Le dossier complet sera à remettre sur rendez vous à l'Assistante sociale.

COORDONNÉES ET INFORMATIONS PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

MOTIF DE LA DEMANDE

Nature et ancienneté de l'événement potentiellement traumatique si connu :

.....

.....

.....

.....

.....

Symptomatologie observée :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents personnels :

Psychiatriques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Somatiques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Histoire de la maladie :

Traitement en cours :

NOM	Dose journalière	Depuis le

Vos attentes et celles de votre patient concernant cette demande :

COORDONNÉES ET SIGNATURE

Demande remplie par :

Docteur : Suivi par vos soins depuis le :

Médecin pédopsychiatre ☐ Médecin Généraliste ☐ Autre spécialiste ☐

Identifiant RPPS :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

Signature et cachet :

VOLET COMPLEMENTAIRE

Date de la demande : ...../...../.....

A compléter par le professionnel de santé ou éducatif si l'enfant bénéficie d'un accompagnement.
Le dossier complet sera à remettre sur rendez vous à l'Assistante sociale.

COORDONNÉES ET INFORMATIONS PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

NATURE DU SUIVI QUE VOUS EFFECTUEZ AUPRÈS DU PATIENT :

.....

.....

.....

.....

.....

MOTIF DE LA DEMANDE

Nature et ancienneté de l'événement potentiellement traumatique si connu :

.....

.....

.....

.....

.....

Synthèse actuelle des symptômes observés :

.....

.....

.....

.....

.....

COORDONNÉES ET SIGNATURE

Demande remplie par : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

E-Mail : .....

Signature et cachet :

Échelle d'évaluation du trouble de stress post-traumatique de l'enfant (CPC) - version parents (CPC-P)

Scheeringa (2010) ©2010

Version française validée par Gindt et al. (2021)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de passation : _____

Liste d'items relatifs aux événements traumatiques

Dans la liste suivante d'événements graves, entourez 0 si ce n'est jamais arrivé à votre enfant et 1 si c'est arrivé. Sont considérés comme « événements graves » ceux qui ont eu sur l'enfant les effets suivants :

1) impression qu'il va mourir ou

2) blessure grave ou

3) peur d'être grièvement blessé.

Votre enfant a pu être impliqué dans la scène ou en avoir été témoin.	*Ce n'est jamais arrivé à votre enfant*	*C'est arrivé à votre enfant*	*Âge auquel c'est arrivé pour la première fois*	*Âge auquel c'est arrivé pour la dernière fois*	*Combien de fois ? Si c'est arrivé très souvent, donnez un nombre approximatif*
1. Accident de voiture, d'avion ou de bateau.	0	1			
2. Agression par un animal.	0	1			
3. Catastrophe d'origine humaine (incendies, guerres, etc.)	0	1			
4. Catastrophe d'origine naturelle (ouragan, tornade, inondation).	0	1			
5. Hospitalisation ou procédure médicale invasive.	0	1			
6. Sévices physiques.	0	1			
7. Sévices sexuels, agression sexuelle ou viol	0	1			
8. Brûlure accidentelle	0	1			
9. Noyade.	0	1			
10. Voir quelqu'un d'autre être battu, violé, menacé de sévices graves, victime d'un coup de feu, gravement blessé ou tué.	0	1			
11. Kidnapping	0	1			
12. Autre :	0	1			

13. Si plus d'un évènement est arrivé à votre enfant, notez le numéro de celui qui l'a le plus bouleversé : _____

SI AUCUN ÉVÈNEMENT TRAUMATIQUE N'EST SIGNALÉ CI-DESSUS, ARRÊTER ICI.

SINON POURSUIVRE SUR LA PAGE SUIVANTE…

Voici une liste des difficultés que peut présenter un enfant traumatisé.
Par rapport à TOUS les événements traumatisants de la première page, entourez le numéro correspondant au nombre de fois où le symptôme vous a perturbé AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES.

0 : Pas du tout
1 : Une fois par semaine ou moins /de temps en temps
2 : 2 à 4 fois par semaine/la moitié du temps
3 : 5 fois ou plus par semaine /presque tout le temps
4 : Tous les jours

14.	Votre enfant a-t-il des souvenirs de l'événement qui ressurgissent ? En parle-t-il de lui-même ?	0	1	2	3	4
15.	Votre enfant fait-il plus de cauchemars depuis l'événement ?	0	1	2	3	4
16.	Votre enfant se conduit-il comme si l'événement recommençait, même quand ce n'est pas le cas ? Comme s'il était replongé dans l'événement qui l'a traumatisé et qu'il perdait le contact avec la réalité.	0	1	2	3	4
17.	Depuis l'événement, votre enfant semble-t-il parfois se figer et ne pas répondre lorsque vous essayez de le faire réagir ?	0	1	2	3	4
18.	Votre enfant est-il troublé par ce qui lui rappelle l'événement ? Ainsi, un enfant victime d'un accident de la route pourrait aujourd'hui être nerveux en voiture. Ou un enfant ayant survécu à un ouragan pourrait être nerveux par la pluie. Ou un enfant témoin de violences conjugales pourrait être nerveux en entendant d'autres personnes se disputer. Ou une fille victime d'abus sexuels pourrait être anxieuse quand quelqu'un la touche.	0	1	2	3	4
19.	Votre enfant a-t-il des troubles physiques lorsque quelque chose lui rappelle l'événement ? Par exemple, a-t-il le cœur qui bat très vite, les mains qui tremblent, est-il essoufflé, se sent-il barbouillé ? Repensez aux exemples de la question n°18.	0	1	2	3	4
20.	Votre enfant manifeste-t-il des émotions négatives persistantes (peur, culpabilité, tristesse, honte, confusion) non déclenchées par des choses rappelant l'événement comme dans la question n° 18 ?	0	1	2	3	4
21.	Est-ce que votre enfant évite les conversations qui pourraient lui rappeler l'événement ? Par exemple, si les gens se mettent à parler de ce qui s'est passé, est-ce qu'il s'écarte ou change de sujet ?	0	1	2	3	4

POURSUIVRE SUR LA PAGE SUIVANTE…

0 : Pas du tout
1 : Une fois par semaine ou moins /de temps en temps
2 : 2 à 4 fois par semaine/la moitié du temps
3 : 5 fois ou plus par semaine /presque tout le temps
4 : Tous les jours

22.	Est-ce que votre enfant évite les choses ou les lieux qui lui rappellent l'événement ? Par exemple, un enfant victime d'un accident de la route pourrait chercher à éviter de se retrouver dans une voiture. Ou un enfant victime d'une inondation pourrait vous demander de ne pas aller sur un pont. Ou un enfant témoin de violences conjugales pourrait ne pas vouloir pénétrer dans la maison où cela s'est passé. Ou une victime d'abus sexuels pourrait être anxieuse à l'idée de se coucher car c'est dans son lit qu'elle a été abusée.	0	1	2	3	4
23.	Votre enfant a-t-il du mal à se souvenir de tout ce qui s'est passé ce(s) jour(s)-là ? Avez- vous l'impression qu'il a oublié tout l'événement ?	0	1	2	3	4
24.	Votre enfant pense-t-il souvent à lui-même, aux autres ou au monde de façon trop négative ?	0	1	2	3	4
25.	Votre enfant a-t-il des pensées fausses ou déformées quant à la cause ou aux conséquences de l'événement ?	0	1	2	3	4
26.	Votre enfant a-t-il cessé d'avoir envie de faire des choses qu'il aimait pourtant faire avant l'événement ?	0	1	2	3	4
27.	Depuis l'événement, votre enfant est-il plus distant, plus détaché par rapport aux membres de sa famille, ses proches ou ses amis ?	0	1	2	3	4
28.	Depuis l'événement, le visage de votre enfant est-il moins expressif qu'avant ?	0	1	2	3	4
29.	Votre enfant est-il devenu plus irritable, ou fait-il des crises de colère depuis l'événement ?	0	1	2	3	4
30.	Votre enfant se conduit-il de façon imprudente ou autodestructrice depuis l'événement ?	0	1	2	3	4
31.	Votre enfant est-il plus sur le qui-vive qu'auparavant ? Par exemple, regarde-t-il partout autour de lui à la recherche d'un éventuel danger ?	0	1	2	3	4
32.	Est-ce que votre enfant sursaute plus facilement qu'avant l'événement ? Par exemple, est-ce qu'un bruit soudain ou une personne qui s'approchent en douce derrière lui le font sursauter ou avoir l'air surpris ?	0	1	2	3	4
33.	Votre enfant a-t-il plus de mal à se concentrer depuis l'événement ?	0	1	2	3	4
34.	Votre enfant a-t-il du mal à s'endormir ou à rester endormi depuis l'événement ?	0	1	2	3	4

POURSUIVRE SUR LA PAGE SUIVANTE…

GÊNE FONCTIONNELLE

Les difficultés que vous venez de cocher gênent-elles le fonctionnement de votre enfant dans les domaines suivants ?
0 : Quasiment jamais / Pas du tout
1 : De temps en temps
2 : La moitié du temps
3 : Plus de la moitié du temps
4 : Tous les jours

35.	Les difficultés de votre enfant gênent-elles beaucoup ses rapports avec vous ? Est-ce qu'elles vous perturbent ou vous ennuient ?	0	1	2	3	4
36.	Ces difficultés gênent-elles beaucoup les rapports de votre enfant avec ses frères et sœurs ? Semblent-ils perturbés ou ennuyés ?	0	1	2	3	4
37.	Ces difficultés perturbent-elles les relations de votre enfant avec ses professeurs ou ses camarades de classe ?	0	1	2	3	4
38.	Ces difficultés gênent-elles les relations de votre enfant avec ses amis, que ce soit à la crèche, à l'école ou dans le voisinage ?	0	1	2	3	4
39.	Ces difficultés compliquent-elles les sorties de votre enfant en public, plus que pour un autre enfant ? Par exemple, est-il plus difficile d'aller faire des courses avec votre enfant ? Ou d'aller au restaurant ?	0	1	2	3	4
40.	Pensez-vous que ces comportements rendent votre enfant malheureux ?	0	1	2	3	4

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois.**

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	*Pas du tout*	*Un peu*	*Modérément*	*Beaucoup*	*Extrêmement*
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					