



LE DISPOSITIF NATIONAL DU PSYCHO TRAUMA DE L'ENFANT (DNPTE)

OBSERVATOIRE NATIONAL DES DROITS DE L'ENFANT
(ONDE)

NOVEMBRE 2023

Préface:

La Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) garantit le droit de chaque enfant de ne pas être soumis à la violence et de jouir du meilleur état de santé mentale possible.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 engage également les États membres à mettre fin à toutes les formes de violence et à promouvoir la santé mentale et le bien-être. Par le biais des objectifs de développement durable, les États ont manifesté leur intention d'investir dans les enfants et de faire en sorte que les enfants puissent être libérés de la violence. Leurs objectifs sont :

- d'éliminer toutes les formes de violence à l'égard de toutes les femmes et les filles (cible 5.2)
- de prendre des mesures immédiates et efficaces pour assurer l'interdiction et l'élimination des pires formes de travail des enfants, y compris le recrutement et l'utilisation d'enfants soldats, et d'ici à 2025 mettre fin au travail des enfants sous toutes ses formes (cible 8.7) et de la maltraitance, l'exploitation, la traite et toutes les formes de violence et de torture à l'égard des enfants (cible 16.2).

En dépit de ces obligations et engagements, la violence à l'égard des enfants continue de peser lourdement sur leur santé mentale dans le monde entier.

Les données provenant des pays à revenu élevé, intermédiaire et faible indiquent clairement que les expériences violentes augmentent le risque de conséquences négatives sur la santé mentale (dépression, du trouble de stress post-traumatique (TSPT), du trouble de la personnalité limite, de l'anxiété, des troubles du sommeil et de l'alimentation et du suicide.

L'exposition à la violence infantile augmente un large éventail de psychopathologies adultes, y compris les troubles de l'humeur, de l'anxiété, du comportement et de la toxicomanie. L'enfant présente un psycho traumatisme lorsqu'il a subi, de plusieurs manières et sous diverses formes, de la violence. Le psycho traumatisme dû à la négligence, les mauvais traitements et les privations durant l'enfance sont d'importants facteurs de risque de problèmes de santé mentale et physique futurs. La violence a en effet une incidence sur la santé mentale de l'enfant tout au long de la vie.

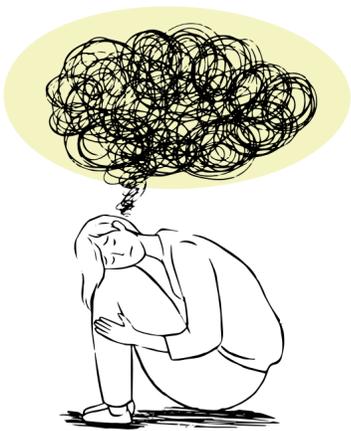
Les traumatismes et violences à l'encontre des enfants est associée à l'anxiété, la dépression et le suicide, l'état de stress Post traumatique, l'abus de substances à l'âge adulte, les comportements agressifs ou antisociaux et les déficiences du fonctionnement cognitif avec mauvais résultats scolaires et effets cognitifs négatifs.

Les différences développementales dans les effets de la violence à l'encontre des enfants:

La violence à l'encontre des enfants et tous les traumatismes générés par les catastrophes naturelles et humaines génèrent des symptômes de psychotrauma qui s'expriment différemment selon l'âge :

Chez les **Bébés et tout-petits**, on remarque :

- troubles de l'attachement
- troubles du sommeil et de l'alimentation
- altération du développement du cerveau



Chez les **Enfants d'âge scolaire**, on retrouve :

- sentiment de culpabilité et de honte
- anxiété et trouble de stress post-traumatique
- dépression
- comportements agressifs



Chez les **Adolescents** :

- dépression et idées suicidaires
- violence, délinquance, toxicomanie
- utilisation de la violence comme moyen de défense

On estime que le fardeau des problèmes de santé mentale et des handicaps mentaux représente 14 % de la charge générale de morbidité. Par rapport à la santé physique, la santé mentale n'est pas suffisamment prioritaire et les ressources humaines et financières sont insuffisantes.

Dans de nombreux pays et régions du monde, les soins de santé mentale modernes ne sont toujours pas disponibles. Dans les pays qui peuvent se permettre de consacrer des ressources aux services de santé mentale, ces ressources ne sont souvent pas consacrées à la prévention et sont utilisées pour fournir des services stigmatisants qui compromettent plutôt qu'ils ne soutiennent la réalisation des droits de l'enfant.

A l'échelle mondiale, les services de santé mentale pour les enfants et les jeunes et le financement de ces services font défaut. Les jeunes accèdent moins fréquemment aux services de santé mentale que tout autre groupe d'âge en raison de la sous-détection, du manque de sensibilisation et de recherche d'aide, et de la priorité insuffisante dans les cadres politiques. La santé mentale des enfants et des jeunes est une priorité : Les changements neurologiques pendant les périodes sensibles de l'enfance et de l'adolescence offrent des occasions d'affecter positivement le cerveau en développement.

Résumé:

Les catastrophes naturelles ou humaines et les violences à l'encontre des enfants occasionnent non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques chez les enfants de moins de 18 ans. Les enfants victimes de ces blessures psychiques doivent recevoir des soins d'urgence au même titre que les blessés physiques.

L'intervention rapide de médecins pédopsychiatres, de psychologues et d'infirmiers volontaires préalablement formés composant Le Dispositif d'Urgence de Psycho Trauma de l'Enfant et intégrés aux équipes d'aide médicale urgente doit permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate optimale.

À cet effet, Le Dispositif d'Urgence de Psycho Trauma de l'Enfant constitué de plusieurs cellules du psycho trauma de l'enfant (CPTÉ) est constitué par l'Observatoire National des Droits de l'Enfant (ONDE) présidé par son **Altesse Royale La Princesse Lalla Meryem**. Des pédopsychiatres référents ou le cas échéant des psychologues cliniciens référents ou des infirmiers en psychiatrie référents sont chargés de coordonner l'activité et les moyens des CPTÉ avec les aides médicales d'urgence territorialement compétentes. La mobilisation des cellules du psycho trauma de l'enfant (CPTÉ) permet de répondre aux enjeux de prise en charge psychologique de l'enfant victime dans le cadre d'une réponse graduée et adaptée aux besoins.

Le dispositif national comprend en plus de ce dispositif d'urgence psycho trauma un dispositif de **prévention** reposant sur deux volets:

- Un volet **formation ou renforcement des compétences** en santé mentale destiné aux professionnels en interaction avec l'enfant (enseignants, éducateurs, assistantes sociales, juges, magistrats, avocats, policiers, gendarmes, etc.)



- Un volet **prévention** centré sur l'enfant, sur la famille et sur la communauté et l'école.

Chapitre I

Mode d'organisation

Introduction :

Le dispositif national de prise en charge de l'urgence psychologique suite à un traumatisme est institué par l'Observatoire National des Droits de l'Enfant (ONDE) présidé par son **Altesse Royale La Princesse Lalla Meryem**.

Ce dispositif est au profit des moins de 18 ans victimes de catastrophes naturelles ou humaines ou d'évènements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques.

Les catastrophes naturelles ou humaines occasionnent chez l'enfant non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques. Il convient de prévenir, réduire et traiter ces blessures rapidement à proximité du lieu de la catastrophe ou de l'accident sous peine de voir s'installer des pathologies psychiatriques chroniques à l'âge adulte.

L'intervention rapide de personnels et de professionnels de l'urgence psychologique va permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate adaptée aux enfants, ainsi qu'une préparation et mise en place de relais thérapeutiques ultérieurs.

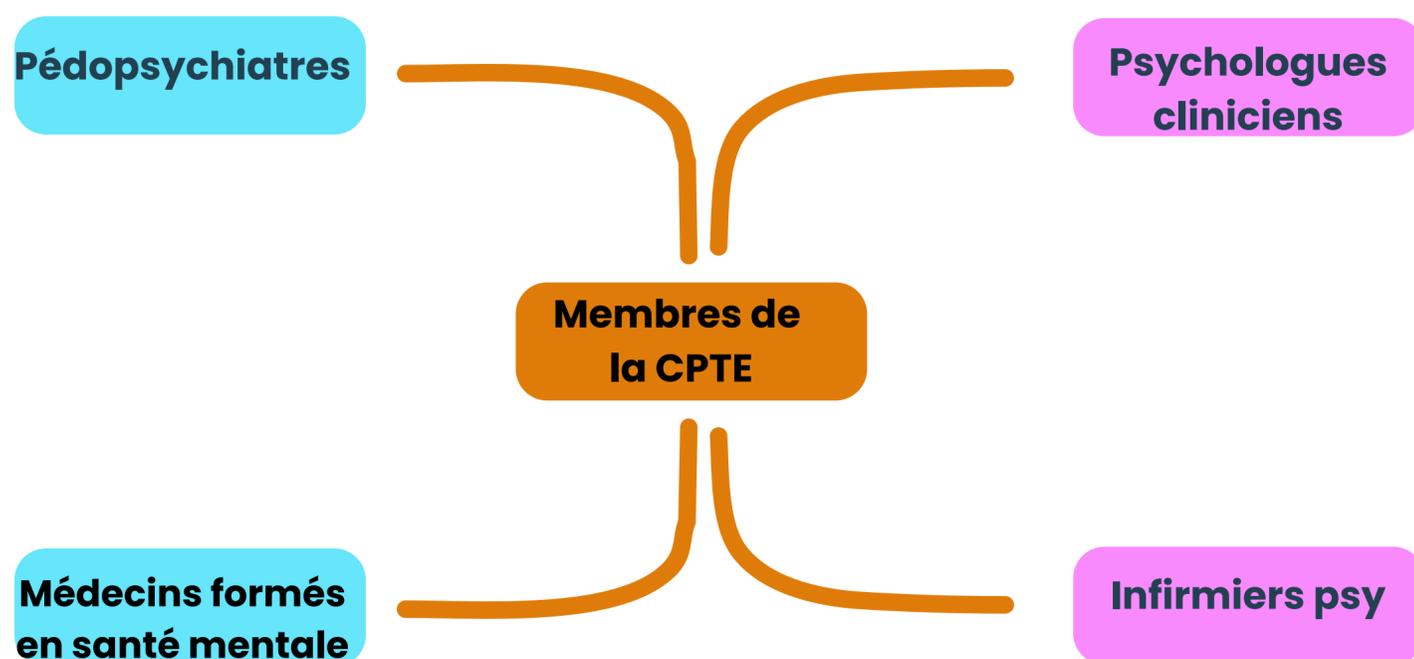
La présente note a pour objet de:

- **préciser les modalités d'organisation du Dispositif National de l'Urgence Psychologique,**
- **décrire le dispositif de l'urgence psychologique et notamment le fonctionnement des cellules d'urgence psycho trauma de l'enfant (CPTE),**
- **décrire l'organisation et le fonctionnement de ce dispositif en situation de catastrophe.**

L'Observatoire National des Droits de l'Enfant (ONDE) met en place des cellules d'urgences psycho trauma et organise la prise en charge des urgences psychologiques de l'enfant. À ce titre, le Dispositif de l'Urgence Psycho Trauma de l'Enfant est organisé au niveau national.

La Cellule de Psycho trauma de l'Enfant (CPTe) est une unité fonctionnelle du DUPTE, qui est un dispositif de gestion des crises psychologiques dédiée aux moins de 18 ans ayant subi un traumatisme.

La CPTe est composée de professionnels de la santé mentale. Ces professionnels sont composés de personnels permanents et de volontaires.



Au-delà des compétences en santé mentale initialement requises, tous les personnels permanents et volontaires bénéficient d'une formation centrée sur le psycho trauma chez l'enfant et sa prise en charge en urgence.

La participation de ces personnels et professionnels volontaires fait l'objet d'une convention passée entre l'établissement ou l'association de rattachement de ces personnels et l'ONDE. D'autres catégories de personnels (assistants sociaux-éducatifs, assistants administratifs, juristes, secrétaires, ...) peuvent en cas de besoin, et dans le cadre de leur compétence assister les membres du dispositif lors de ses interventions.

a- Organisation du DUPTE

L'Observatoire National des Droits de l'Enfant (ONDE) met en place des cellules d'urgences psycho trauma et organise la prise en charge des urgences psychologiques de l'enfant. À ce titre, le Dispositif de l'Urgence Psycho Trauma de l'Enfant est organisé au niveau national.

La Cellule de Psycho trauma de l'Enfant (CPTÉ) est une unité fonctionnelle du DUPTE, qui est un dispositif de gestion des crises psychologiques dédiée aux moins de 18 ans ayant subi un traumatisme.

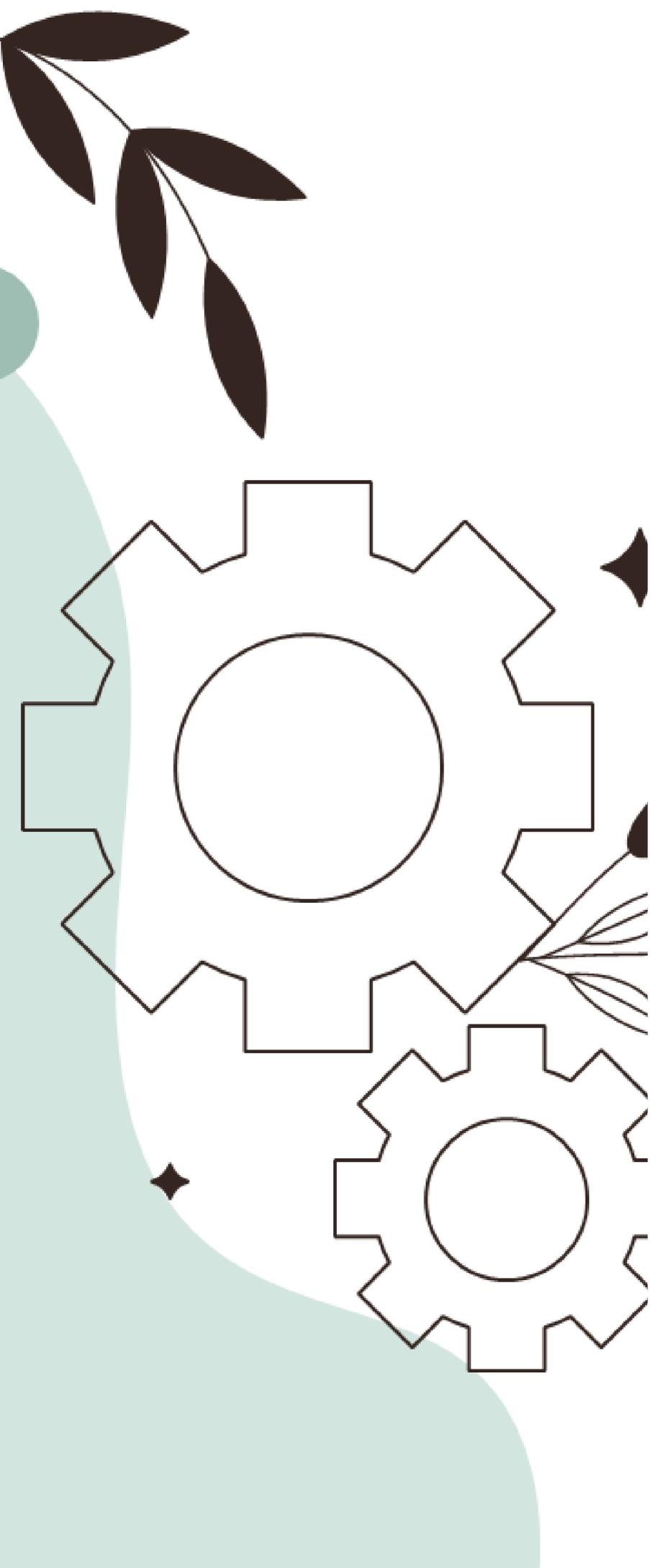
La CPTÉ est composée de professionnels de la santé mentale :

- *des pédopsychiatres,*
- *des psychologues cliniciens,*
- *des infirmiers psy.*

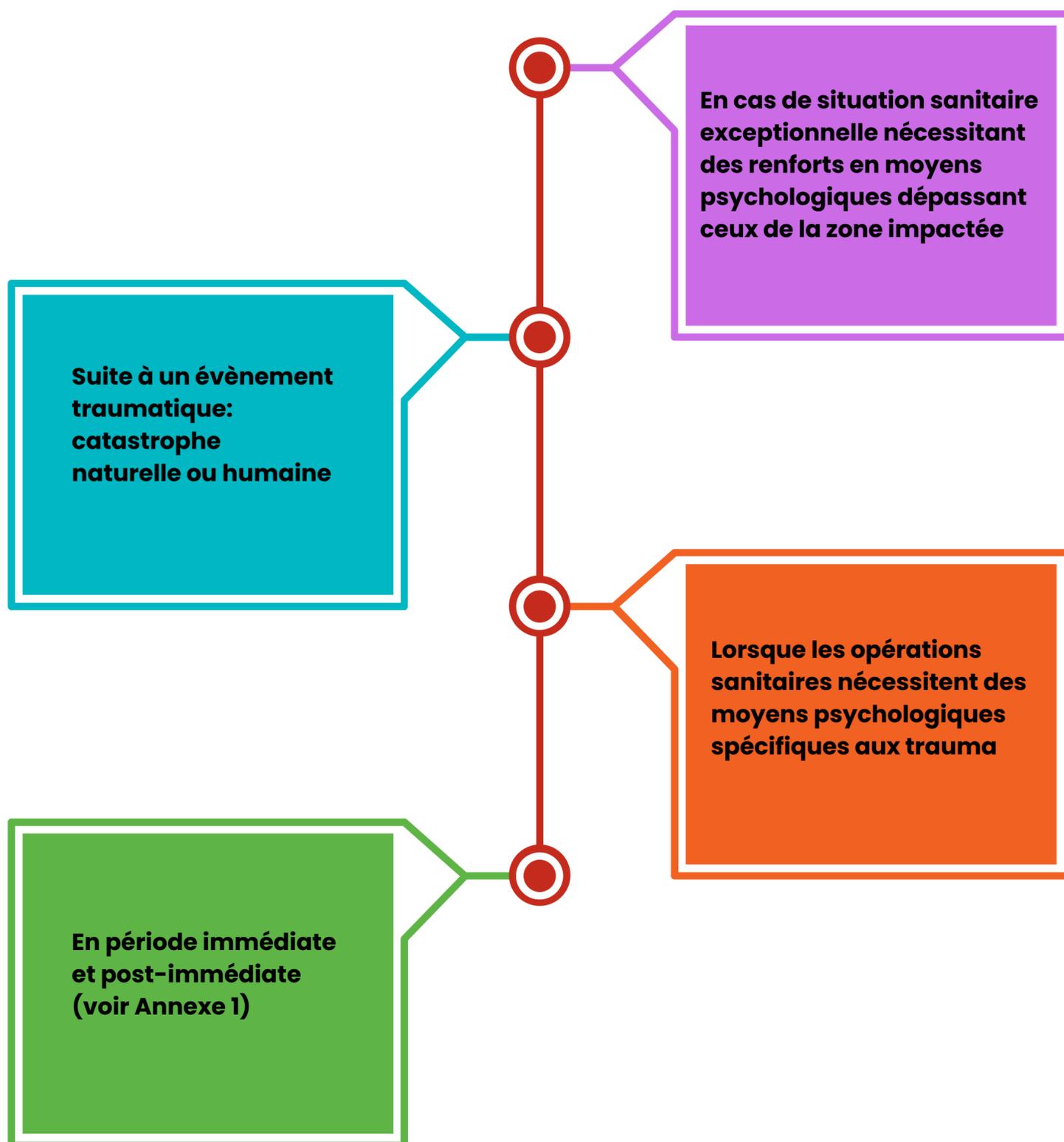
Ces professionnels sont composés de personnels permanents et de volontaires.

Au-delà des compétences en santé mentale initialement requises, tous les personnels permanents et volontaires bénéficient d'une formation centrée sur le psycho trauma chez l'enfant et sa prise en charge en urgence.

La participation de ces personnels et professionnels volontaires fait l'objet d'une convention passée entre l'établissement ou l'association de rattachement de ces personnels et l'ONDE. D'autres catégories de personnels (assistants sociaux-éducatifs, assistants administratifs, juristes, secrétaires, ...) peuvent en cas de besoin, et dans le cadre de leur compétence assister les membres du dispositif lors de ses interventions.



Quand ?



Le DNUPT est mobilisé par **Son Altesse Royale la Princesse Lalla Meryem** ou sur sollicitation du Ministre de la Santé et de la protection sociale.

Comment ?

En période immédiate

Mise en place d'un Poste d'Urgence (PU) installé à proximité de l'évènement pour effectuer les premiers soins psychologiques (camionnette) (voir Annexe 1).

En période post-immédiate

Proposition de prises en charge groupales ou individuelles les quelques jours à semaines suivant l'évènement et orientation vers les consultations spécialisées de proximité (voir Annexe 1).

Situations d'interventions de la CUPTE

La CUPTE peut intervenir dans les situations pouvant avoir des répercussions psychologiques graves dans une dimension collective ou communautaire, et nécessitant une action d'urgence auprès des enfants et/ou de leurs tuteurs.

La liste ci-dessous est non-exhaustive et toute situation sera soumise à une évaluation de son ampleur et de sa gravité :

Catastrophes naturelles

- Tremblement de terre
- Tsunami
- Inondations
- Tempêtes/Ouragan/tornade
- Incendies de forêt
- Canicules
- Sécheresse
- Eruption volcanique
- Avalanches
- Glissement de terrain

Catastrophes provoquées

- Attentats avec ou sans armes (dans une école, colonie de vacances);
- Acte terroriste;
- Ségrégation d'une communauté;
- Guerre;
- Pandémie/épidémie;
- Incendies;
- Empoisonnement collectif (fleuve, aire de jeu)
- Violentes émeutes

Accidents impactant la communauté

- Accident de transport en commun (crash d'avion, accident de train, bus scolaire);
- Accident domestique collectif (explosion, empoisonnement)
- Accident dû aux infrastructures (chute dans un puit);
- Effondrement des habitations du à leur insalubrité

Accidents de violence affectant la communauté

- Violences sexuelles sur un groupe d'enfants;
- Pédophilie sur un groupe d'enfants
- Réseau d'exploitation d'enfants;
- Traite des mineurs;
- Suicide dans un établissement scolaire;
- Meurtres multiples au sein d'une structure familiale ou d'une communauté

Composition



Le Dispositif d'Urgence Psycho Trauma de l'Enfant est constitué de:

- médecins spécialistes en pédopsychiatrie;
- psychologues cliniciens partenaires de la cellule d'urgence;
- Infirmiers;
- Infirmiers psy



Le pédopsychiatre référent national est chargé d'animer le dispositif des référents territoriaux. Il est notamment chargé de coordonner l'élaboration et l'actualisation des procédures et référentiels de l'urgence psychologique et d'élaborer le rapport annuel d'activité de l'urgence psychologique.

Le pédopsychiatre référent national préside le groupe de travail permanent des professionnels de l'urgence psychologique constitué associant les référents des CPTÉ dans un objectif de pluridisciplinarité.



Le dispositif assure le relais du suivi psychiatrique et/ou psychologique des enfants et parfois de leurs parents au sein des structures de proximité.

Les personnels et professionnels de santé qui se sont portés volontaires pour intégrer une CPTÉ sont inscrits sur une liste arrêtée recensant les équipes susceptibles d'intervenir.

Ils peuvent exercer dans un établissement de santé ou à titre libéral et doivent pouvoir se rendre rapidement disponibles pour intervenir dès lors qu'une prise en charge immédiate de victimes est nécessaire.

Convention



La participation des personnels et professionnels salariés ou exerçant à titre libéral à la CPTe est subordonnée à la signature d'une convention avec l'établissement ou l'association de rattachement.

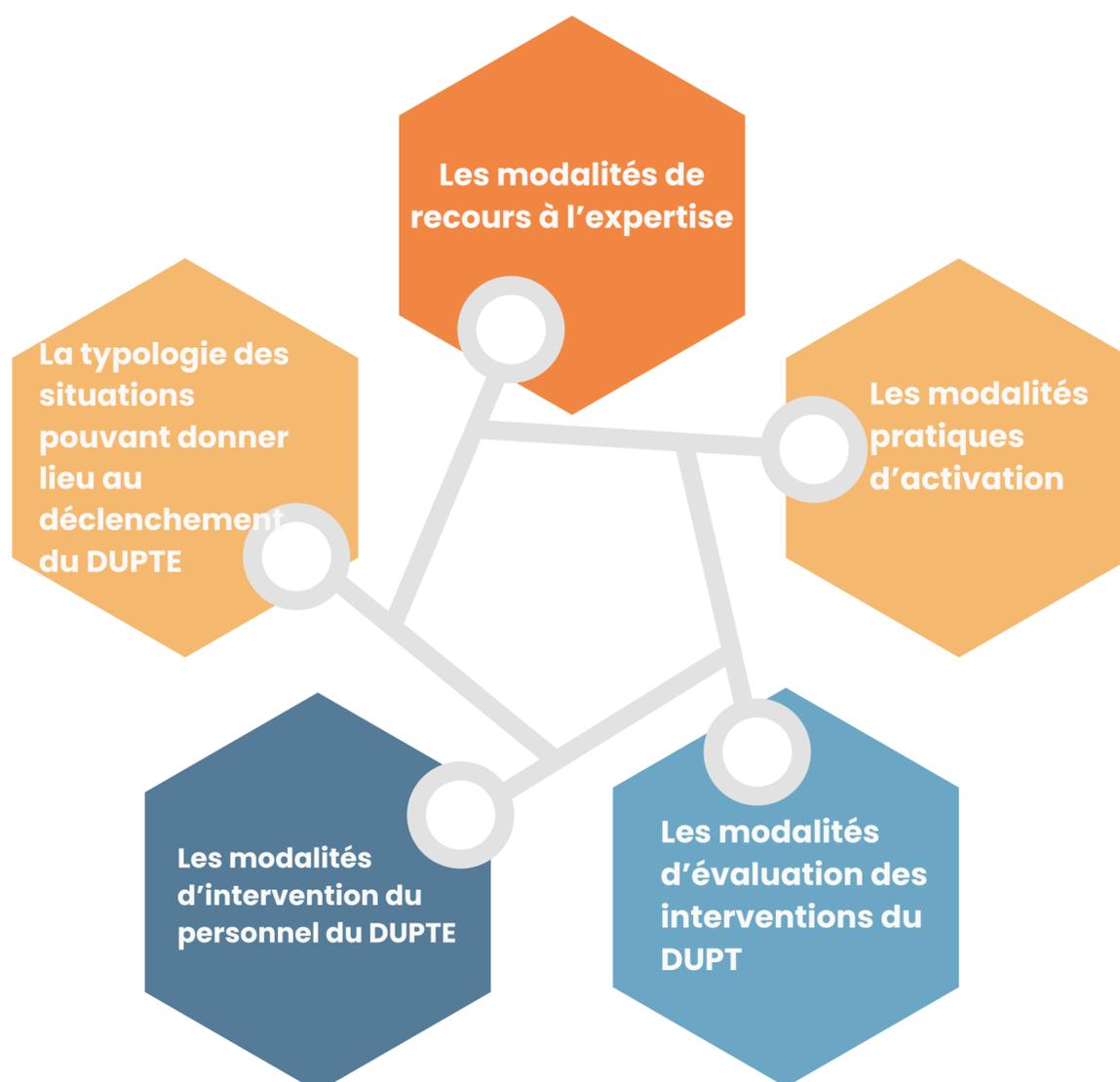
La convention intègre les modalités de mise à disposition des personnels et professionnels de santé affectés pour tout ou partie de leur activité à une CPTe. En outre, elle prévoit les modalités d'indemnisation des personnels et professionnels mobilisés (déplacements, hébergements, per diem..).

Pour les personnels et professionnels salariés, la convention est conclue entre leurs établissements de rattachement respectifs. Dans ce cadre, ces personnels bénéficient d'une autorisation d'intervention permanente délivrée par le directeur de leur établissement de rattachement.

S'agissant des personnels et professionnels libéraux participant à la CPTe, la convention est conclue entre le professionnel, l'établissement de santé et les instances des organisations nationales représentatives des praticiens qui en font la demandes.

b- Modalités d'intervention du Dispositif d'urgence

L'urgence psycho trauma fait partie du dispositif de l'aide médicale urgente. Les modalités d'intervention du dispositif sont définies dans un schéma type d'intervention établi par le responsable référent:



L'intervention du DUPTE constitue une activité médicale dont l'indication doit être posée en fonction d'une analyse de la situation et des référentiels de bonnes pratiques de l'urgence psycho trauma de l'enfant.

Cette intervention est déclenchée après évaluation de la situation et indication d'intervention posée par le référent du DUPTE. Dans ce cas, cette intervention est mise en œuvre. Le nombre et la qualité des personnels et des professionnels à mobiliser sont adaptés à chaque intervention par le référent. Le ministère de la santé est systématiquement informé de la mobilisation du DUPTE. Lorsque l'intervention du DUPTE a été déclenchée, les personnels et professionnels sont mobilisés.

Le DUPTE est intégré aux éléments d'intervention déjà mis en place et bénéficie de moyens logistiques pour son équipement afin de réaliser ses interventions. Le personnel du DUPTE mobilisé portent une identification spécifique visible. Il dispose des produits de santé et des équipements mentionnés en annexe, nécessaires à ses missions en particulier pour assurer la prise en charge des victimes au poste d'urgence (PU) et pour permettre de joindre, en permanence, le référent.



c- Missions:

Le dispositif via les cellules de psycho-trauma(CPTE) a notamment pour missions de:

- mettre en place un ou plusieurs PU installés dans la mesure du possible en tout lieu approprié,
- assurer la traçabilité des victimes prises en charge dans le ou les PU ;
- prodiguer des soins psychologiques immédiats aux victimes mineurs et éventuellement à leur parents;
- délivrer un certificat médical descriptif de l'impact psychologique aux tuteurs des victimes prises en charge au PU et de leur remettre la note d'information conformément au modèle figurant en annexe ; en cas de besoin, organiser une écoute psychologique téléphonique(PU téléphonique) afin d'apporter une réponse adaptée aux victimes;
- dispenser des soins post-immédiats aux patients le nécessitant et de les orienter le cas échéant, vers un dispositif de suivi adapté.

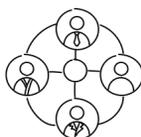
La CPTE coordonne, dans le domaine qui la concerne, l'action des autres acteurs contribuant à l'aide et au soutien des victimes. Les interventions des pédopsychiatres, psychologues et infirmiers de la CPTE sont consignés dans un dossier de soins pour chaque patient pris en charge dont le modèle national figure en annexe. La prise en charge psychologique des blessés physiques nécessitant une hospitalisation fera l'objet d'une attention particulière de la CPTE en lien avec les équipes dédiées des établissements de santé concernés.

Chaque intervention de la CPTE est coordonnée par le référent ou par un membre du dispositif désigné par ce dernier et fait l'objet d'une évaluation ; Une attention particulière sera portée à la présence de pédopsychiatres dans l'équipe d'intervention afin notamment d'être en mesure de délivrer des certificats médicaux aux personnes prises en charge.



Le dispositif via les cellules de psycho-trauma(CPTE) a notamment pour missions de:

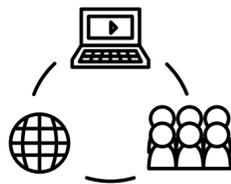
- mettre en place un ou plusieurs PU installés dans la mesure du possible en tout lieu approprié,
- assurer la traçabilité des victimes prises en charge dans le ou les PU ;
- prodiguer des soins psychologiques immédiats aux victimes mineurs et éventuellement à leur parents;
- délivrer un certificat médical descriptif de l'impact psychologique aux tuteurs des victimes prises en charge au PU et de leur remettre la note d'information conformément au modèle figurant en annexe ; en cas de besoin, organiser une écoute psychologique téléphonique(PU téléphonique) afin d'apporter une réponse adaptée aux victimes;
- dispenser des soins post-immédiats aux patients le nécessitant et de les orienter le cas échéant, vers un dispositif de suivi adapté.



La CPTE coordonne, dans le domaine qui la concerne, l'action des autres acteurs contribuant à l'aide et au soutien des victimes. Les interventions des pédopsychiatres, psychologues et infirmiers de la CPTE sont consignés dans un dossier de soins pour chaque patient pris en charge dont le modèle national figure en annexe . La prise en charge psychologique des blessés physiques nécessitant une hospitalisation fera l'objet d'une attention particulière de la CPTE en lien avec les équipes dédiées des établissements de santé concernés.

Chaque intervention de la CPTE est coordonnée par le référent ou par un membre du dispositif désigné par ce dernier et fait l'objet d'une évaluation ; Une attention particulière sera portée à la présence de pédopsychiatres dans l'équipe d'intervention afin notamment d'être en mesure de délivrer des certificats médicaux aux personnes prises en charge.

d- Formation des personnels et des professionnels des CPTÉ



La formation initiale et continue des personnels et professionnels de santé de l'urgence psycho trauma de l'enfant s'appuie sur un référentiel pédagogique international des professionnels de l'urgence psychologique (voir programme de formation dans les annexes).

e- Organisation des Postes d'Urgences (PU)



Chaque PU est placé sous la responsabilité d'un responsable de PU (pédopsychiatre, psychologue clinicien ou infirmier psy) qui en organise le fonctionnement, assure la supervision de la prise en charge des victimes et établit un rapport d'activité quotidien transmis au pédopsychiatre coordinateur du dispositif d'urgence psycho trauma. Chaque responsable de PU organise les transmissions à son successeur en fonction de la rotation des équipes.

Les PU doivent être sécurisés et disposer d'espaces et d'un mobilier appropriés pour assurer la prise en charge des victimes en toute confidentialité. Ils bénéficient, en tant que de besoin, du concours des associations agréées ou de tous personnels affectés par la préfecture ou les autorités pour assurer l'accueil et l'enregistrement des victimes sous la responsabilité du coordinateur de PU.

Un PU téléphonique peut être mis en place en cas de besoin et en lien avec les instances territorialement compétentes afin d'assurer l'accueil et l'orientation des victimes.

En résumé, le Dispositif d'Urgence Psycho Trauma de l'Enfant (DUPTE) est composée de plusieurs Cellules de Psycho Trauma de l'Enfant (CPTÉ) composées de personnel référents fixe (pédopsychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers psy) et de volontaires. En cas de besoin, les CPTÉ installent des Postes d'Urgence (PU) sur les lieux des catastrophes. Le Dispositif D'Urgence Psycho Trauma de l'Enfant (DUPTE) est composée aussi de programmes de prévention (voir ci-dessous).

Chapitre II

Les axes d'intervention du Dispositif

Le Dispositif de Prévention du Psycho Trauma de l'Enfant (DPPTTE) comprend deux volets:

- un volet formation ou renforcement des compétences en santé mentale destiné aux professionnels en interaction avec l'enfant (enseignants, éducateurs, assistantes sociales, juges, magistrats, avocats, policiers, gendarmes, etc.)
- un volet prévention centré sur l'enfant, sur la famille et sur la communauté et l'école

A. Volet Formation ou renforcement des compétences en santé mentale des professionnels

La santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être . Elle a une incidence sur les accomplissements académiques, sociaux et économiques tout au long de la vie.

La santé mentale constitue un droit humain fondamental, elle couvre un continuum complexe, qui va d'un état optimal de bien-être à des troubles sévères.

L'ONDE via le dispositif a, dans ce domaine, pour mission :

- d'intégrer la formation en santé mentale aux intervenants auprès des enfants (enseignants, juges, magistrats, avocats, éducateurs, assistantes sociales, etc.)
- de former les intervenants des cellules d'écoute
- de renforcer les ressources en santé mentale

Les deux premières décennies de la vie constituent une période critique pour l'acquisition de compétences fondamentales et peuvent avoir une influence très marquée sur le parcours en matière de santé mentale d'un apprenant. À ce stade spécifique, caractérisé par la rapidité du développement et de l'apprentissage, les enfants et les adolescents sont très sensibles aux influences de leur environnement. Les expériences tout autant que l'environnement sont susceptibles de nuire à la santé mentale ou, au contraire, de la promouvoir et de la protéger.

Les écoles et les autres milieux éducatifs, y compris dans des situations d'urgence, doivent se doter des moyens de répondre aux besoins en matière de santé mentale et de bien-être psychosocial des enfants et des adolescents. Un environnement d'apprentissage bienveillant, qui préserve la santé mentale, dans lequel tous les apprenants et les membres du personnel pédagogique se sentent inclus, soutenus et valorisés, doit être créé.

L'intégration effective de la santé mentale à l'école peut :

- Améliorer les résultats éducatifs;
- Renforcer les connaissances en matière de santé mentale des apprenants;
- Promouvoir l'apprentissage social et émotionnel des apprenants;
- Contribuer à l'identification des apprenants à risque et permettre de proposer un soutien, y compris par l'intermédiaire des systèmes d'orientation vers les secteurs de la santé et de l'assistance sociale;
- Réduire la probabilité que des soucis de santé mentale ne deviennent des troubles de la santé mentale et des comportements à risque plus graves.

De plus, les programmes de santé mentale en milieu scolaire doivent être inclusifs et prendre en compte les besoins spécifiques des enfants et adolescents, tout en accordant une attention particulière aux enfants et adolescents atteints de troubles de la santé mentale.

Plus globalement, un certain nombre de professionnels sont en contact constant avec l'enfant et jouent un rôle essentiel dans la promotion et la protection de leur santé mentale et de leur bien-être psychosocial. Ainsi, chaque intervenant auprès de l'enfant devrait avoir accès à des opportunités d'apprentissage et à des formations pour renforcer ses connaissances et ses capacités de promouvoir la santé mentale et le bien-être des enfants d'une manière systématique, à la fois dans leur formation initiale et dans la formation continue.

B. Volet intervention de prévention

La prévention de la violence est associée à un risque plus faible de dépression, suicidalité et d'agressivité à l'âge adulte, une réduction des comportements à risque comme le tabagisme et l'abus de substances une amélioration de l'éducation et le potentiel d'emploi et un arrêt de la transmission d'une génération à l'autre.

B.1: Prévention auprès des enfants et des adolescents

La prévention en santé mentale est une des voies d'accès à l'équilibre psychologique, social et émotionnel de l'enfant. En effet, pour un développement harmonieux et une bonne santé mentale, les enfants et les adolescents ont besoin d'être en mesure de nouer des relations stables et saines, de s'adapter aux changements, de renforcer leur capacité de résilience et de jouir d'une bonne confiance en soi. Parmi les actions de prévention auprès des enfants et des adolescents, on trouve :

- Programme de sensibilisation au bien-être;
- Psychoéducation autour de la violence;
- Programme de sensibilisation au harcèlement sous toutes ses formes;
- Programme de prévention pour les enfants présentant des handicaps les exposant à l'isolement et la violence.

B.2 : Prévention auprès des parents

Les interventions préventives auprès des parents ou tuteurs peuvent améliorer les résultats cognitifs chez les enfants et réduire l'incidence sur la santé mentale à l'âge adulte.

B.3 : Les interventions axées sur la santé mentale maternelle et l'interaction mère-enfant

· Les programmes axés sur l'interaction précoce entre les nouveau-nés et les personnes qui s'en occupent pouvant réduire le risque de maltraitance des enfants.

· Les interventions qui favorisent l'initiation précoce de l'allaitement et le contact physique étroit avec la mère (p. ex., soins maternels kangourou). Ces programmes d'intervention améliorent la réceptivité maternelle et contribuent à sécuriser l'attachement. Ils sont également associés à une augmentation des indicateurs tels que l'attachement nourrisson-mère à 3 mois et la croissance du nourrisson.

Les interventions auprès des parents et de protection de l'enfance sont des investissements clés pour briser les cycles toxiques de transmission transgénérationnelle de la violence, de la pauvreté et de la maladie mentale.

Ainsi, l'éducation des parents, le soutien familial, l'éducation préscolaire, le renforcement des compétences parentales et les interventions à composantes multiples montrent une efficacité prometteuse pour prévenir la maltraitance des enfants et réduire les problèmes de santé mentale chez les enfants exposés à l'adversité. Par ailleurs, il est toujours possible tout au long de l'adolescence d'atténuer les effets des maltraitements précoces, de renforcer la résilience.

B.4: Programmes de prévention du psycho trauma auprès des enfants victimes ou exposés à la violence et aux catastrophes naturelles et humaines

Ces programmes ont pour objectifs de prévenir le développement de troubles psychiques chez une population d'enfants et d'adolescents ayant vécu un traumatisme ou ayant été témoin d'une situation traumatique. La prévention de la violence et des situations traumatiques est associée entre autres à :

- Risque plus faible de dépression.
- Diminution des risques de suicide et d'agressivité à l'âge adulte.
- Réduction des comportements à risque comme le tabagisme et l'abus de substances.
- Amélioration de l'éducation et le potentiel d'emploi.
- Arrêt de la transmission pathogène d'une génération à l'autre.

Par ailleurs, ce qui est considéré comme de la prévention du psycho trauma des enfants devrait être élargi pour inclure les bases d'une enfance saine. Cela comprend l'accès entre autres à :

- La Santé
- Les services de santé mentale (tant pour l'enfant que pour la famille)
- Les services sociaux
- L'éducation
- La formation professionnelle
- Le soutien financier, etc.

B.5: Prévention auprès des enfants et des adolescents

Approche Multidimensionnelle : Les programmes de prévention intégrant des actions multidimensionnelles semblent être les plus efficaces pour transformer des attitudes et des comportements profondément enracinés.

Ces programmes prennent en compte les facteurs de risque sous-jacents, y compris les normes sociales concernant la dynamique entre les sexes et l'acceptabilité de la violence, la dépendance économique des femmes à l'égard des hommes. L'approche multidimensionnelle de ces programmes permet également le développement de nouvelles compétences, y compris en communication et en résolution de conflits.

Réponses multidimensionnelles

- **Modifier les facteurs économiques, sociaux et culturels plus large**
 - Assurer un accès équitable aux biens, aux services et aux possibilités
 - Combler les fossés entre les riches et les pauvres
- **Surveiller les lieux publics**
 - Ecole
 - Lieux de travail
 - Autres institutions
- **Action sur les attitudes et les pratiques culturelles néfastes**
 - Remédier aux inégalités entre les sexes
- **Relations interpersonnelles**
 - Environnement familial sain
 - Soutien professionnel
- **Mesures prises à l'égard des facteurs de risque individuelle**
 - Modifier les comportements individuels

B.5: Prévention auprès des enfants et des adolescents

Approche intégrative : Cette approche se base sur les meilleures données disponibles pour prévenir et répondre à la violence à l'égard des enfants.

Parmi les actions mise en place au sein des programmes de prévention inergatifs, on trouve :

1. Formation parentale : Cette formation accroit les liens et les interactions positives parent-enfant, et réduit les pratiques parentales dysfonctionnelles et violentes.

2. Renforcement économique des ménages : Réduire la violence en utilisant des transferts monétaires et des programmes d'épargne/prêt ainsi que des normes de genre et/ou une formation sur l'équité.

3. Politiques de protection : La promotion de lois et/ou de règlements visant à réduire la violence (ex: interdire les abus, l'exploitation ou les châtiments violents sexuels).

4. Amélioration des services de soins : Soutenir les services de soins en sante mentales.

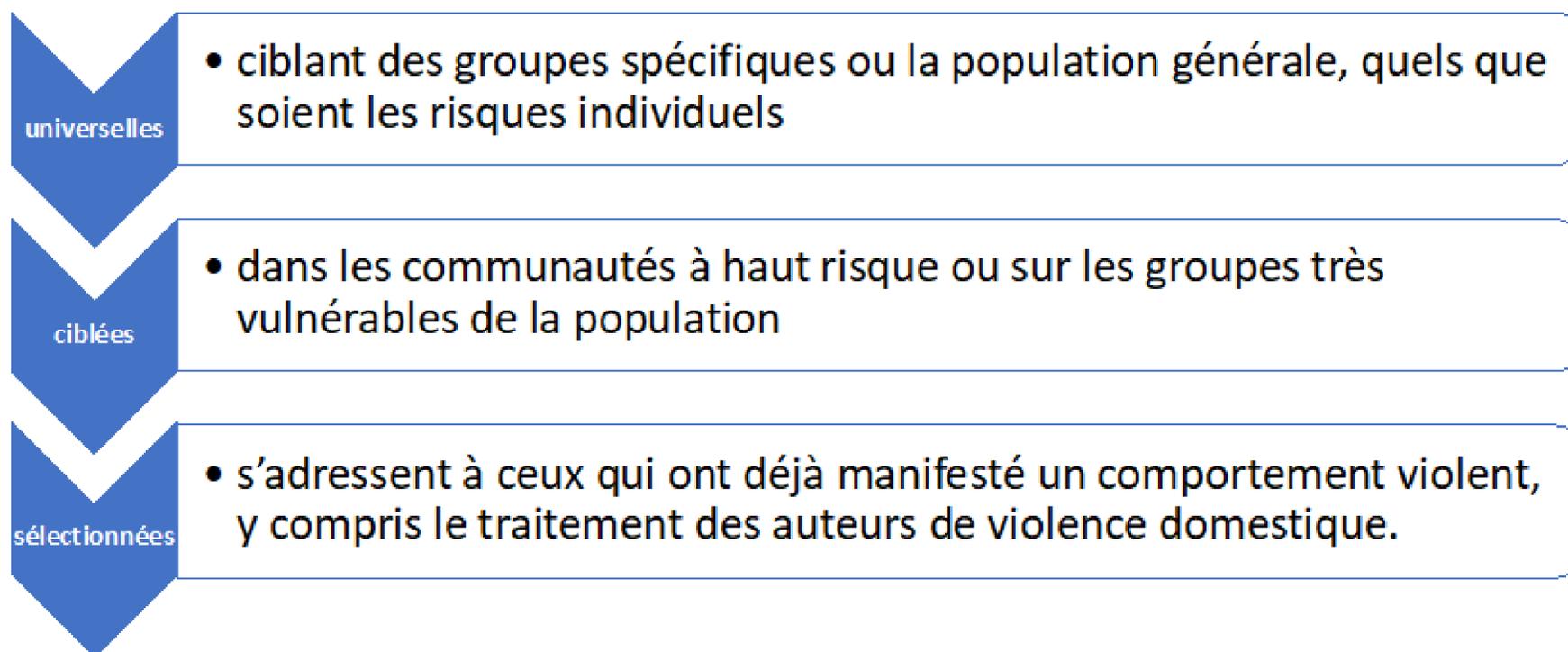
5. Valeurs et normes protégeant les enfants : Changer les attitudes et les croyances nuisibles par des programmes adaptés (ex: programmes pour les témoins, campagnes, programmes de mobilisation en petits groupes ou communautaires).

6. Éducation et aptitudes à la vie quotidienne : Augmenter le taux de scolarisation et de fréquentation scolaire ; développer des programmes d'autonomisation des filles, ainsi que des programmes de prévention de la violence et notamment le viol.

7. Surveillance et évaluation : Surveiller et évaluer périodiquement pour gérer et améliorer les programmes et les politiques après leur mise en œuvre.

Types d'interventions Universelles / ciblées /selectionnées :

Quelles interventions de prévention ?



Autres modes de prévention efficaces : Les programmes les plus pertinents sont les programmes intégratifs qui, en plus d'un programme universel, ont des programmes ciblés sur les enfants, les familles et les milieux à risque :

- Centrer les actions sur l'enfant, qu'il soit victime ou exposé.
- Actions auprès des parents portant sur le soutien parental, mais aussi économique.
- Actions sur l'environnement : la communauté et l'école.

Ces actions doivent mettre l'accent sur :

- Les droits de l'enfant;
- Le rôle de la loi;
- Les compétences et facteurs de résilience pour les enfants et les parents;
- Les attitudes sociales favorables et positives à l'égard de la violence;
- La prise en charge et la protection des enfants.

**Environnement**

- Ecole
- Changer les attitudes sociales
- Programme de lutte contre l'intimidation
- Communauté

Programme d'éducation parentale

- Universel
- Sélectif
- Indiqué

Programme centré sur l'enfant

- Victime
- Exposé

a : Centrer les actions sur l'enfant qu'il soit victime ou exposé

1. Programmes de développement de la petite enfance (DPE)

Les programmes de développement de la petite enfance (DPE), combinés à la prévention de la violence (VP), contribuent à prévenir et diminuer la maltraitance des enfants, à améliorer le développement de l'enfant, et réduire les niveaux de violence ultérieure.

2. Programmes d'autonomisation

L'autonomisation n'est pas un point d'arrivée ni un état permanent, mais un processus de changement. C'est un parcours individuel par lequel les pré-adolescents et les adolescents, filles ou garçons, acquièrent une compréhension claire et évolutive d'eux-mêmes dans le monde, tout en développant leur capacité d'agir (aptitude à faire des choix qui auront un impact sur leur vie) et leurs atouts (atouts physiques et mentaux). C'est à travers les programmes de prévention accés sur l'autonomisation qu'il est possible d'accompagner et de renforcer ce processus.

3. Programmes de renforcement de la résilience

Afin d'assurer un développement psychologique et social optimal des enfants et des adolescents victimes ou exposés, et de les outiller au mieux pour faire face au trauma, il est essentiel d'intégrer le travail de renforcement de la résilience, qui est l'aptitude d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit de circonstances traumatiques.

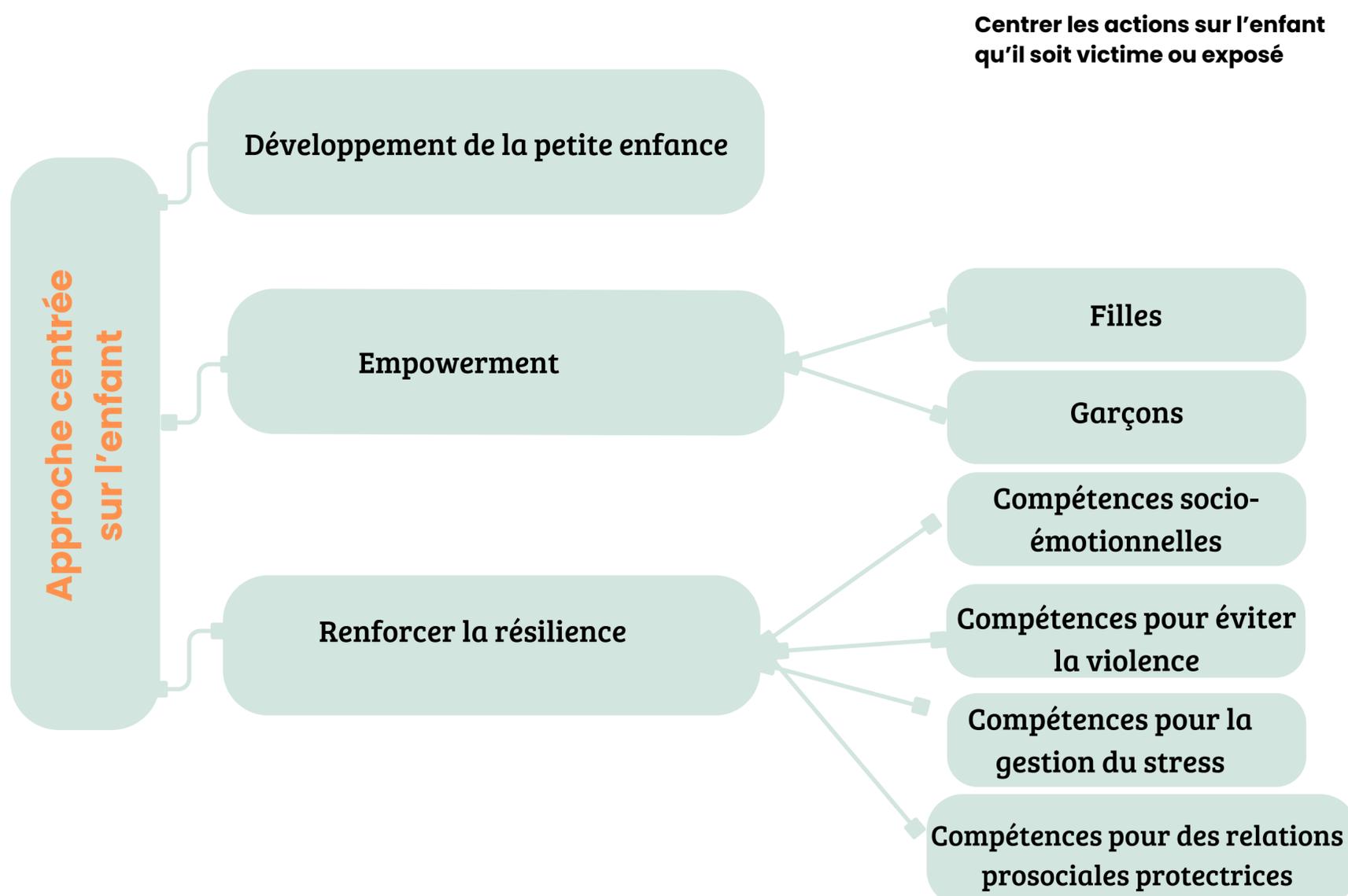
4. Programmes de développement des compétences socio-émotionnelles

Mise en place d'actions afin de lutter contre l'évitement chez les adolescentes vivant dans des contextes sociaux à haut risque, et réduire le risque d'avoir recours à des comportements agressifs et violents.

5. Programmes de renforcement des compétences de gestion du stress et d'évitement de la violence

Ces programmes sont élaborés en tenant compte des processus de développement neurologiques, biologiques, cognitifs et sociaux spécifiques à l'adolescence.

6. Programme de développement et de renforcement des compétences pour des relations protectrices et prosociales



b : Actions auprès des parents (soutien parental et soutien économique)

Les interventions auprès des parents et de protection de l'enfance sont des investissements clés pour briser les cycles toxiques de transmission transgénérationnelle de la violence, de la pauvreté et de la maladie mentale. Elles visent à modifier les aspects de la parentalité qui sont des facteurs de risque de maltraitance des enfants (par exemple, réduire les pratiques parentales sévères et abusives; améliorer les connaissances des parents sur l'effet potentiel de la violence sur le développement des enfants). Par ailleurs, l'intégration des approches économiques et psychosociales dans ces interventions intervient dans l'amélioration des résultats en matière de protection de l'enfance dans le contexte de la pauvreté familiale.

1. Programme parental :

Programmes universels vs programmes ciblés

2. Programme d'éducation parentale pour les familles à risque :

Ce programme peut être offert dans de nombreux milieux différents (ex. soins de santé primaires, hôpitaux, centres de la petite enfance, écoles..). Plusieurs formats d'intervention sont possibles (en groupe ou individuellement; visites à domicile; Médias, etc.). Les stratégies de renforcement économique peuvent permettre des environnements parentaux favorables, et réduire la violence familiale envers les enfants vivant dans une pauvreté extrême.

3. Différents programmes d'interventions préventives auprès des parents

Ces programmes peuvent être axés sur :

- La santé mentale de la mère.
- L'interaction mère-enfant.
- Le jeu et la stimulation.
- L'interaction précoce entre les nouveau-nés et les personnes qui s'en occupent.

Les améliorations de l'environnement parental et la réduction de la violence envers les enfants sont source de bien-être émotionnel, de réduction des symptômes dépressifs ainsi que des symptômes de traumatisme, et d'amélioration de l'estime de soi.

Comment ?

- Visites à domicile
- Centres enfants-parents
- Éducation parentale

Comment?

Les programmes universels

- Ils s'adressent au grand public et ne font pas de discrimination fondée sur le risque

Les programmes sélectifs

- Ils s'adressent aux groupes à risque -par ex: les familles vivant dans la pauvreté, les mères adolescentes

Les programmes indiqués

- Ils s'adressent à des groupes ou à des individus qui présentent des signes de comportements problématiques et peuvent inclure un traitement

c : Actions sur l'environnement : La communauté et l'école

Les programmes de soutien communautaire ont pour objectif de transformer le discours, les pratiques et les normes publiques en matière de genre et de violences. Les interventions qui favorisent l'égalité des sexes sont plus efficaces à la réduction de la violence. Aussi les groupes psychoéducatifs sur l'égalité des genres ciblant les hommes et les garçons peuvent favoriser une meilleure inclusion sociale.

Par ailleurs, les programmes de soutien communautaire incluent les interventions de groupe en milieu scolaire renforçant ainsi le rôle des écoles en tant que ressources communautaires de soutien :

- universel (niveau 1 : pour tous les enfants)
- sélectif (niveau 2: ciblé)
- indiqué (niveau 3 : axé sur les besoins)

Les programmes en milieu scolaires constituent un élément important de la prévention primaire. Ils permettent de prévenir :

- La violence à l'égard des enfants par les enseignants.
- L'agressivité chez les enfants entre eux.
- Le développement précoce d'un comportement antisocial.

1. Programmes de prévention de la violence en milieu scolaire (primaire):

- Les programmes sont axés sur la régulation émotionnelle, l'activation comportementale, le recadrage cognitif, l'entraînement à la relaxation, l'expression créative de soi par le jeu et les activités artistiques expressives, le traitement des expériences traumatiques, l'amélioration des compétences sociales et les activités visant à favoriser une plus grande estime de soi.
- Les concepts clés introduits sont des règles et routines d'enseignement (p. ex. utiliser les éloges en classe ; valoriser les comportements positifs ; être proactif pour prévenir les problèmes de comportement des enfants ; promouvoir les compétences socio-affectives des enfants ; lecture interactive de livres et de contes ; promouvoir la participation active des enfants aux activités d'enseignement et d'apprentissage...etc.).

2. Prévention de la cyberintimidation :

- La cyberintimidation peut être évitée en changeant les normes et les valeurs. Dans les programmes de prévention de la cyberintimidation, le travail de sensibilisation amène les étudiants à transmettre à leurs tours des valeurs telles que l'empathie pour la victime d'intimidation et soulignent les conséquences négatives de la cyberintimidation.
- Développer la culture numérique: Les parents et les fournisseurs de soins sont encouragés à se renseigner sur Internet et les médias sociaux.

Résumé :

Les études mettent en évidence la nécessité d'élaborer des interventions de prévention primaire et secondaire en santé mentale qui renforcent la résilience émotionnelle et les mécanismes d'adaptation des enfants.

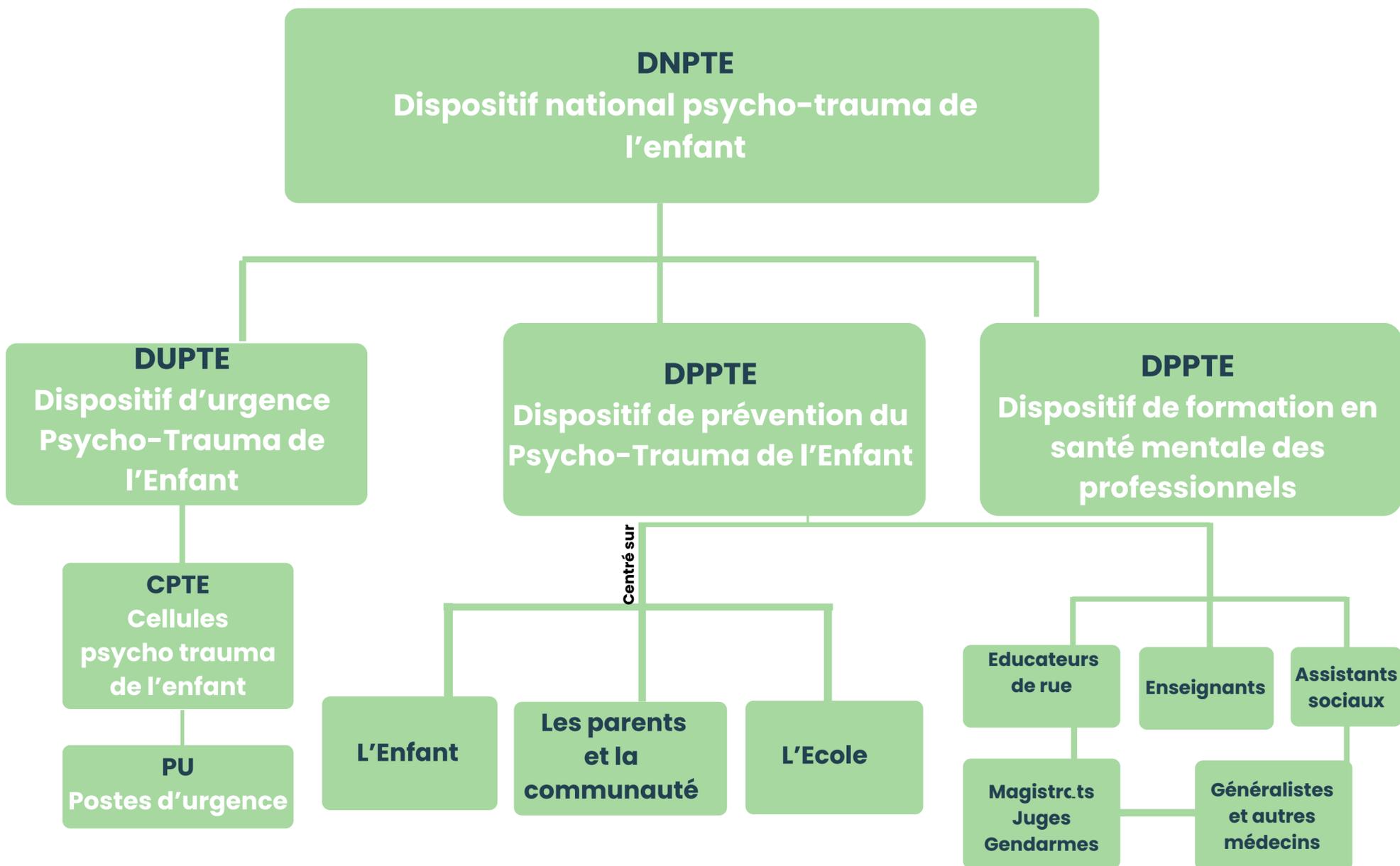
La collaboration des professionnels de la santé mentale est essentielle à la conception de programmes psychosociaux intégrés qui adoptent une approche pluridisciplinaire et mettent l'accent sur la santé mentale aux niveaux individuel, familial et sociétal.

L'inclusion des interventions psychosociales dans les programmes scolaires par la mise en place de modules tel que la gestion du stress et le développement de stratégies d'adaptation constitue aussi un élément important de la prévention en milieu scolaire.

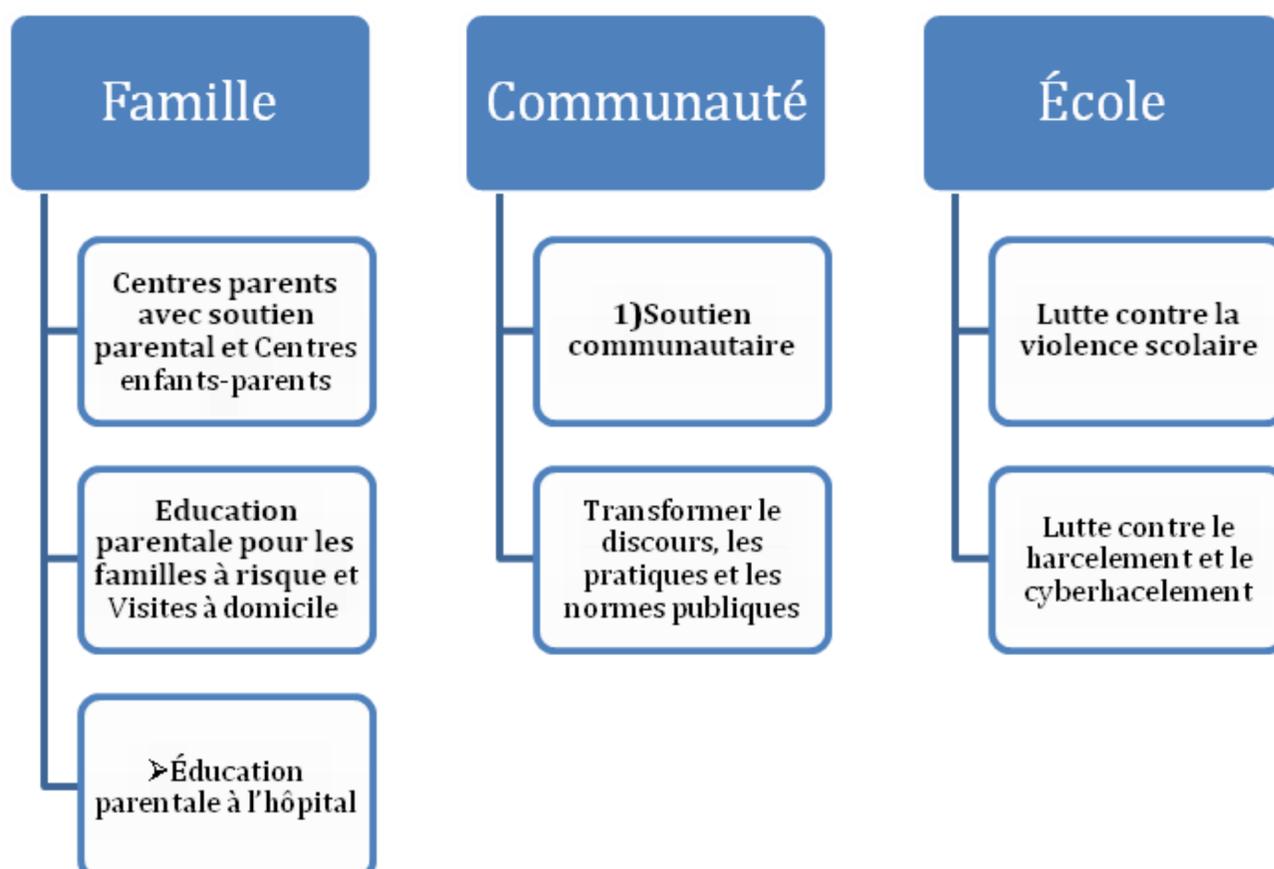
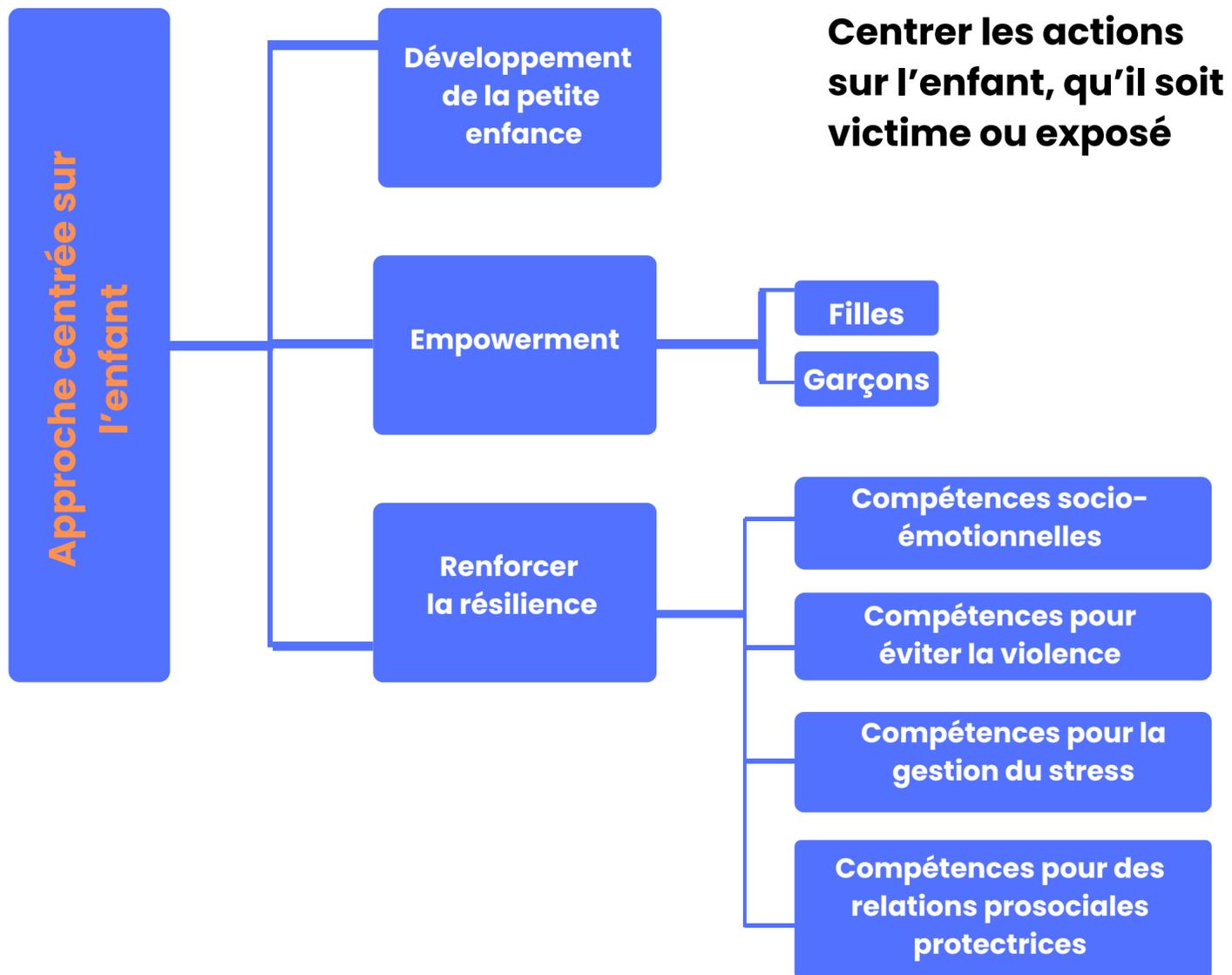
Par ailleurs, un autre axe important de la prévention est la mise en place d'interventions contre les violences à l'égard des enfants et ses effets sur la santé mentale. Ces programmes permettent de :

- Prévoir et reconnaître le risque actuel de violence chez les enfants et les antécédents chez les adultes.
- Reconnaître les défis auxquels les familles sont confrontées et d'offrir du soutien pour réduire le stress.
- Soutenir les programmes et les politiques communautaires qui offrent des conditions sûres et saines à tous les enfants et à toutes les familles.
- La prévention de la violence à l'égard des enfants pourrait réduire le nombre d'adultes souffrant de dépression et du suicide jusqu'à 44 %.

Mode de fonctionnement du DNPTE

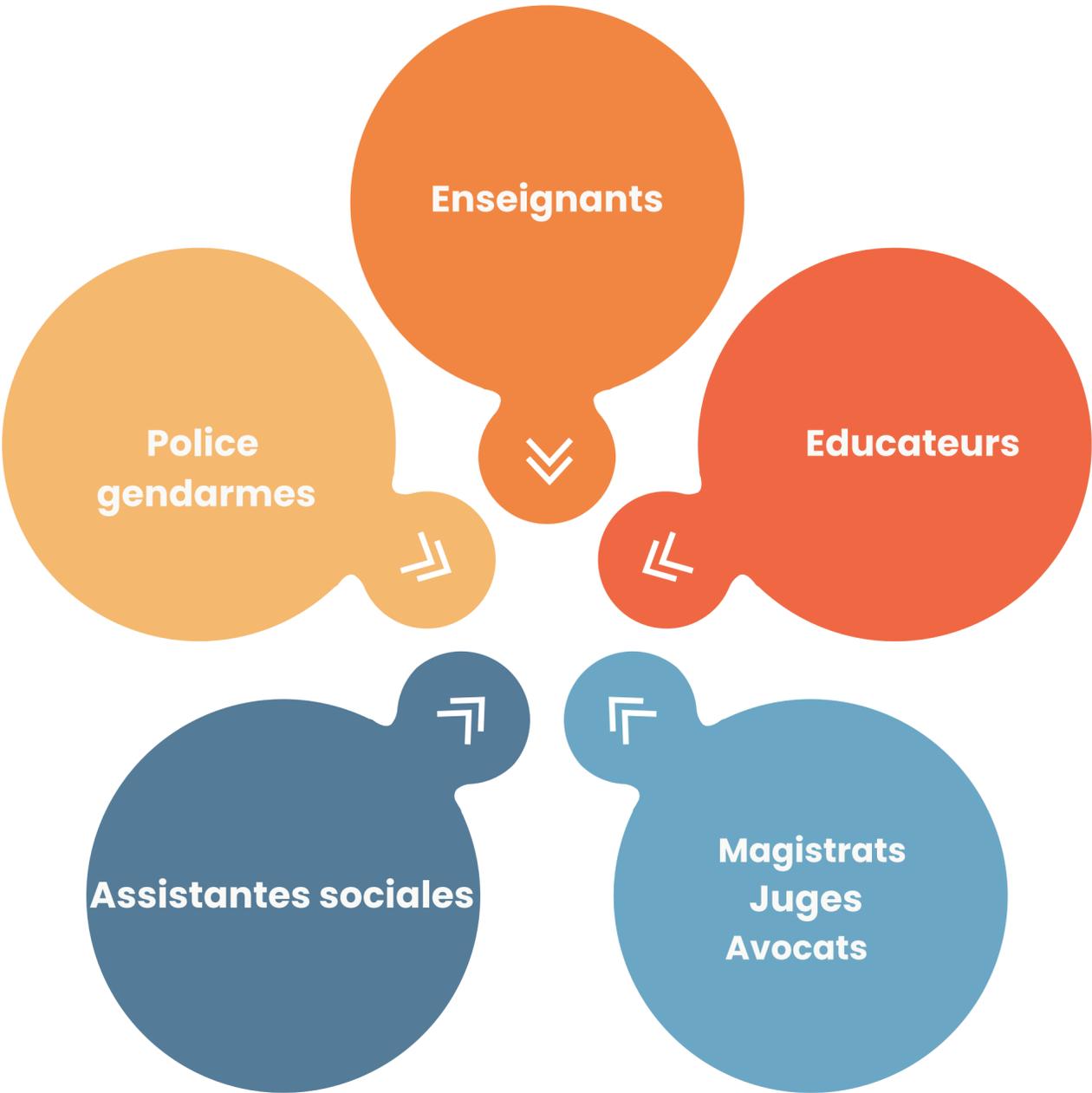


Volet interventions de prévention du DNPTE



Volet formation des professionnels en santé mentale du DNPTE

Les professionnels concernés



Annexe 1: Les Temps d'Interventions

J1- Interventions immédiates

Ces interventions représentent une première action thérapeutique sur le terrain, le premier jour de la catastrophe ou de l'accident. Cette première intervention immédiate vise à prévenir et/ou à atténuer l'apparition d'un syndrome de stress post traumatique.

Les personnels et les professionnels des CPTe se rendent sur le lieu de la catastrophe ou de l'accident, pour la mise en place d'un Poste d'Urgence (PU), auprès des enfants concernés et de leurs parents afin de leur apporter une assistance psychologique immédiate. En ce moment de grande vulnérabilité psychique, l'enfant peut ne plus être en mesure de se protéger des stimuli extérieurs. Cette intervention va alors permettre de désamorcer l'impact du trauma et de réactiver ses capacités fonctionnelles.

Selon la littérature scientifique récente autour des interventions d'urgence en psycho trauma, l'assistance psychologique immédiate correspond à un moment d'accueil, d'assistance, et de réactivation des capacités fonctionnelles et des ressources psychologiques.

Les premiers secours psychologiques constituent l'outil de gestion initiale le plus approprié dans les suites immédiates d'une situation d'urgence. Certains des principes psychologiques qui s'appliquent aux interventions de santé mentale en général et aux premiers secours psychologiques en particulier sont les suivants :

- Réactiver un sentiment de sécurité.
- Réactiver l'apaisement.
- Réactiver le sentiment d'efficacité personnelle et collective/communautaire.
- Réactiver les liens sociaux et familiaux.

J2 à J30 – Interventions post-immédiates

La période post-immédiate s'étend plus au moins du deuxième au trentième jour suivant l'événement. L'assistance psychologique va constituer la première et/ou une partie de l'assistance immédiate. Il peut s'agir d'entretiens collectifs et/ou individuels pour les enfants et leurs parents.

Cette période d'intervention post-immédiate nécessite un suivi attentif des enfants par les équipes des PU. Durant cette période, l'accompagnement de l'enfant et ses parents peut inclure entre autres:

- Un espace d'écoute et d'expression,
- Un espace d'échange en groupe,
- Un espace de prévention et de psychoéducation axé sur la protection de l'enfant,
- La promotion d'activités positives,
- La gestion des émotions,
- Le renforcement des liens sociaux et familiaux,
- La promotion de stratégies de coping.

J+30 – Interventions post-catastrophe

A ce stade, tous les enfants qui ont été accompagnés par les équipes des PU et qui nécessitent une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique sont adressés vers les structures relais adaptées.

Annexe 2 : Liste des produits de santé et matériels équipant à minima une cellule d'urgence psychologique

Médicaments, dispositifs médicaux et matériels de soins:

- **Voie orale :** Alprazolam 0.50 mg ; Diazépam 2 mg ; Hydroxyzine 25 mg ; Zolpidem 10 mg
- Cyamémazine 25 mg ; - Paracétamol 500mg.
- **Voie parentérale : Diazépam 10 mg/2 ml.**
- **Divers**
- Antiseptique local 40 ml ; Compresse stériles ; Seringues 10 ml ; Aiguilles (IV, IM) ; Stéthoscope et tensiomètre ; Couvertures

Matériels:

1. Équipement d'identification : Pancartes et affiche de signalisation du PU, gilet PU
2. Équipement de communication (téléphone portable dédié, dispositif de radiocommunication) ;
3. Internet ;
4. Ordinateur portable ou tablette ;
5. Imprimante portative ;
6. Bouteilles d'eau, mouchoirs en papier ;
7. Lampe de poche avec piles.
8. Des outils spécifiques à la prise en charge des enfants : outils de médiation adaptés aux différentes tranches d'âges (jouets, poupées, jeux de cartes histoires, matériel de dessin, matériel de peinture, pattes à modeler, marionnettes, ballon...etc), lettre aux enfants,
9. Ordonnancier, tampon

Documents:

- Note d'information destinée aux victimes
- Des documents d'informations à destination des victimes directes et indirectes sur la prise en charge psychologique suite à un événement traumatique : quand consulter ? Où consulter ? Etc.
- Dossier de soins- fiche patient : Une fiche patient remplie par le soignant pour chaque patient et à remettre au permanent CPTe responsable de l'intervention après chaque entretien.
- Modèles de certificat médical et attestation clinique (Certificats d'arrêt de scolarité, Attestation de retentissement psychologique initiale).
- Autorisation de soins par le tuteur,
- Livret
- Brochure
- Kit audio destiné aux enfants
- Annuaire des professionnels psychologues et pédopsychiatres.

**Annexe 2 : Liste des
produits de santé et
matériels équipant à
minima une cellule
d'urgence
psychologique**

Dossier de soins - Fiche patient

DATE ET LIEU DE L'ÉVÉNEMENT

IDENTITE du PATIENT:

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Date de naissance :

Age :

Sexe (M/F) :

Adresse :

Code Postal :

Ville:

Pays :

Téléphone:.....

E-mail :

INTERVENANT :

Nom :

Prénom :

Pédopsychiatre/ Psychologue /Infirmier

PRISE EN CHARGE :

Date: Heure:

Lieu:

Individuelle / en groupe

IMPLICATION DANS L'ÉVÉNEMENT:

Présence sur le lieu (O/N) :

Proche blessé (O/N) :

Proche impacté (O/N) :

Proche décédé (O/N) :

OBSERVATION CLINIQUE:

Qualité du contact avec l'intervenant :
Antécédents et suivi (pédopsychiatriques et/ou psycho-traumatiques) : Symptômes : voir ci-dessous*

.....
.....
.....

DECISION ET ORIENTATION THERAPEUTIQUE

Hospitalisation ou soins en
CMP:.....
Retour à domicile (O/N):

.....

Traitement(s) médicamenteux ou autres
:.....

Certificat médical initial (O/N) :
.....

***Symptômes immédiats :**

Angoisse - Pleurs - Tristesse Sidération - Stupeur
Agitation - Panique - Confusion Déréalisation - Dissociation - Activité automatique

***Symptômes ultérieurs :**

Troubles du sommeil - Difficultés de concentration Conduites d'évitement
- Phobie (transport)Hyper vigilance - Reviviscences
Sentiment de culpabilité



Certificat médical initial de retentissement psychologique

Je soussigné(e), (Nom Prénom)

-----, **Docteur en Médecine,**

Certifie avoir examiné le

-----, **à** -----

Mme/M (Nom

Prénom): -----, **Né(e) le**

----- **Demeurant** -----

: ----- Qui me

dit avoir été exposé à : Type d'événement (attentat, accident, ...) :

Lieu : -----

Date, heure et durée de l'exposition :

Niveau d'implication :

Présent sur les lieux : **oui** **non Blessures physiques :** **oui**

non Proche blessé : **oui** **non**

Proche impacté : **oui** **non Proche décédé :** **oui** **non Données de l'examen : voir ci-dessous ***

Arrêt de travail éventuel depuis les faits :

Au total, ce jour, il existe un retentissement psychologique :

◆ sévère ◆ modéré **léger**

Certificat remis en main propre au tuteur du patient

Signature

Programme de formation à l'urgence psycho trauma psychologique

Objectifs

- Connaître l'organisation des secours dans les différents types d'évènements (catastrophe, évènements à fort retentissement psychologique collectif, etc.) ;
- Connaître le stress et la pathologie psychotraumatique ;
- Savoir intervenir en immédiat et en post-immédiat en tant que professionnel des CPTÉ ;
- Savoir prendre en charge les victimes, les familles et les proches dès la survenue de l'évènement ;
- Savoir les orienter et être en lien avec d'autres professionnels concernés, y compris hors intervention CPTÉ.

Programme

• La catastrophe et les plans de secours

- Plans d'organisation des secours en cas de catastrophe et d'évènement à fort retentissement psychologique ;
- Les acteurs de terrain

• L'organisation des Cellules d'Urgence

- Le soin médico-psychologique ;
- Indications, limites et champ de compétence de la CPTÉ ;

• Le stress et le psychotraumatisme : épidémiologie, psychopathologie et neurobiologie

- Historique et évolution des concepts : de la névrose traumatique à l'état de stress post traumatique ou syndrome psychotraumatique ;
- Épidémiologie, facteurs de risque ;
- Psychopathologie et neurobiologie du stress et du trauma ; Le concept de dissociation ;
- Réactions immédiates, réactions différées, réactions à long terme.

• Formes cliniques spécifiques

- Les troubles psychotraumatiques chez l'enfant ;
- Les réactions collectives ;
- Les familles impliquées ou endeuillées ;
- Le stress des soignants et des sauveteurs.

• Les techniques d'écoute de l'enfant victime

• Les prises en charge CPTÉ

- L'intervention CPTÉ : aspects logistiques et organisationnels ;
- Gestion de crise, organisation sur le terrain, tri des victimes, conseils, gestion des médias ;
- Prises en charge Immédiate : « defusing » individuel, groupal ;
- Prises en charge post immédiate : IPPI, débriefing psychologique et groupe de parole ; prise en charge pharmacologique
- La consultation spécialisée du psychotraumatisme ;
- Les outils CPTÉ harmonisés au plan national (Kit d'intervention, dossier de soin, certificat médical initial, fiche d'information victime).

Document d'engagement des volontaires dans le dispositif urgence psycho trauma

Je soussigné, Nom : _____

Prénom : _____

CIN: _____

Qualité : _____

Je m'engage à intégrer le dispositif d'urgence psychotrauma de l'enfant déployé par l'ONDE et à y exercer sous l'autorité du responsable du poste d'urgence psycho trauma de l'enfant (PU) ou de toute personne désignée comme coordinateur de la mission et à suivre les consignes qui me seront données.

Je m'engage à respecter le fonctionnement interdisciplinaire au sein du PU, à partager avec les membres de l'équipe constituée toutes les informations utiles et pertinentes à la prise en charge des patients et à discuter avec eux pour définir les modalités de prise en charge les plus appropriées.

Je m'engage à respecter les obligations de discrétion et de réserve incombant à l'exercice de ma profession et à m'interdire, au titre du secret professionnel, toute divulgation d'informations recueillies auprès des patients.

Je m'engage à agir en toute circonstance avec respect dans les relations avec les patients, les familles et les professionnels œuvrant au décours de l'événement.

Fait à _____ , **le** _____

Signature:

CELLULE PSYCHO-TRAUMA DE L'ENFANT (CPTE)

psychologique

Note d'information

Votre enfant peut être reçu(e) par un intervenant de la Cellule Psycho Trauma de l'Enfant (CPTE). Vous pouvez nous contacter au "**2511**". Nous pourrions vous orienter vers une consultation à proximité de votre domicile.

Pour un entretien téléphonique ou une consultation, vous pouvez joindre le secrétariat de la CPTE à l'ONDE.

La CPTE est une équipe de soignants, qui travaille en lien étroit avec les hôpitaux publics. Son rôle est de prendre en charge le plus précocement possible la souffrance psychique et psychologique des enfants exposés à un événement exceptionnel comme celui que vous venez de vivre.

Les enfants éprouvent des symptômes liés au trauma qui s'expriment différemment en fonction de leur âge. S'ils persistent, ils peuvent nécessiter une prise en charge auprès de spécialistes (voir livret).

Étant donné ce que vous venez de vivre et afin de vous protéger et protéger vos enfants, nous vous conseillons la plus grande prudence à l'égard de tout ce qui peut réactiver le vécu de l'évènement, comme par exemple les sollicitations des médias et des réseaux sociaux.

Accord préalable de soins psy et éventuelle médication

J'atteste par la suivante,

En ma qualité de (parenté avec l'enfant) de l'enfant
(Nom/prénom).....

autoriser le soignant de la cellule d'urgence psycho trauma à recevoir
mon enfant en consultation.

Je vous signale que mon enfant présente
.....
.....
.....
.....

A signer par le tuteur

Accord préalable de soins psy et éventuelle médication

Annexe 2 : liste des professionnels de santé et matériels
équipant à minima une cellule d'urgence
psychologique

Liste des référents fixes

KHALOUI GHIZLAINE	PR EN PEDOPSYCHIATRE	0639652228	drghyzlane@gmail.com
MAAROUFI MAHA	RESIDENTE EN PEDOPSYCHIATRIE	0699882550	mahamrf@gmail.com
EL HORMI SOUMAYA	RESIDENTE EN PEDOPSYCHIATRIE	0649903898	souelhormi@gmail.com
KADIRI HASSANI KENZA	PSYCHOLOGUE CLINICIENNE	0666140660	kenza.kadiri@yahoo.fr
KENZA NAJI	PSYCHOLOGUE CLINICIENNE	0661552152	kenza.naji@gmail.com
OUMAYA BELAKBIL	PSYCHOLOGUE CLINICIENNE	0671513447	drbelakbil@gmail.com
BENBRAHIM ROKIA	PSYCHOLOGUE CLINICIENNE	0663474425	rokiab@hotmail.com
LASLAMI ZINEB	RESIDENTE	0662195250	zineblaslami1@gmail.com
Loukili najwa	IDE		

Liste des volontaires

Nom et prénom	Fonction	N° de téléphone	e-mail
BENKIRANE SALMA	RESIDENTE	0675656217	salmabenkirane@gmail.com
NEMRANY HASNAA	RESIDENTE	0605828583	nemranyhasnaa848@gmail.com
BANNIT WAFAA	RESIDENTE	0664625889	wafaa.bannit@gmail.com
SKALLI HOUSSAINI SOUKAINA	RESIDENTE	0614366737	skallisoukaina777@gmail.com
ELOUALIDI HASNAA	RESIDENTE	0647349304	elhasnaa94@gmail.com
SERHANI HALIMA	RESIDENTE	0666887428	halimahani2019@gmail.com
TALAL DACH	IDE	0633239327	d.talal@hotmail.com
MAJDA OUALLOUCH	IDE	0662122337	majda.ouallouche@gmail.com
OTHMANI FZ	RESIDENTE	0608505991	fz.othmani25@gmail.com
DAOUF HAJAR	RESIDENTE	0662106261	---
ZBITOU HAJAR	PEDOPSYCHIATRE	0644800547	hajarzbitou@gmail.com
BAALI OUMAYMA	PEDOPSYCHIATRE	0618398144	oumaymabaali@gmail.com
IMANE LEMSOURI	PEDOPSYCHIATRE	06211064169	lemsouri1995@gmail.com
MEFTAH ALI	PEDOPSYCHIATRE	0680806938	dr.alimeftah@gmail.com
EL BARDAI HIND	PSYCHOLOGUE	0655268118	bardaipsy@gmail.com
ASBAI YOUSRA	RESIDENTE	0666734062	yusra.asbai.md@gmail.com
Bouchra ABBASSI	Professeur en pédopsychiatrie	0691448864	aabbassi40@gmail.com
<u>Oumaima Khairouni</u>	PSYCHOLOGUE CLINICIENNE	0624800983	oumkhairouni@hotmail.com

