

## Questionnaire et observation pour l'identification précoce d'enfants et jeunes réfugiés avec stress psychologique

### 1. Quel est l'objectif du questionnaire ?

- Le questionnaire vise à l'identification précoce d'expériences traumatiques et de stress psychologique chez les enfants et jeunes réfugiés sur la base des estimations des parents ou de personnes de référence.
- Enfants et jeunes avec stress psychologique doivent être identifiés le plus rapidement possible et envoyés chez des spécialistes adéquats.e.s du système de santé pour éviter une aggravation des problèmes de santé ou pour éviter que ces problèmes deviennent chroniques.
- Les besoins particuliers doivent être reconnus de manière plus systématique dans les normes d'accueil et dans le processus d'asile.

### 2. Quand utiliser le questionnaire ?

- Le plus rapidement possible après l'arrivée en Allemagne. Dans l'idéal suite à une certaine phase de repos après l'arrivée.
- Si une phase de repos n'est pas possible, il est préférable de remplir le questionnaire quand-même. Ceci est mieux que de ne pas faire le questionnaire du tout.
- Le questionnaire peut aussi être effectué plus tard si une clarification du stress psychologique est utile.

### 3. Comment remplir le questionnaire ?

- Le questionnaire doit être rempli dans un espace protégé avec médiation linguistique adéquate.
- Veuillez lire la courte introduction au questionnaire ci-après aux parents ou aux personnes de référence. Cette introduction sert à expliquer le but des questions et à créer une base confidentielle pour remplir le questionnaire.
- Le questionnaire permet une **première évaluation** du stress psychologique dans les catégories « basse », « moyenne », ou « haute probabilité ».
- Le questionnaire rempli doit être donné aux parents/personnes de référence. Ils/Elles doivent être informé.e.s que la présentation de ce questionnaire peut être utile pendant la consultation de personnes du système de santé, un avocat ou une avocate ou pour les démarches administratives.

- Demandez aux parents/personnes de référence qui doit recevoir une copie du questionnaire

### Texte à lire en introduction à et en préparation pour le questionnaire :

*Madame, Monsieur,*

*Beaucoup de personnes que nous rencontrons ici ont subi de la violence ou autres expériences terribles. Les répercussions se manifestent de façon différente chez les enfants et chez les jeunes. Dans certains cas l'aide thérapeutique ou médicale est indispensable.*

*Ensuite, des questions différentes sur la santé de votre enfant vous seront posées. Les questions ont été développées par des expert.e.s. L'objectif de ce questionnaire est de clarifier les besoins spécifiques de votre enfant pour vous proposer un soutien approprié.*

*Il n'y a pas de réponses justes ou fausses (bonnes ou mauvaises) aux questions. Il est important, que vous y répondiez de façon aussi libre et naturelle que possible.*

## Questionnaire et observation pour l'identification précoce d'enfants et jeunes réfugiés avec stress psychologique

		Oui	Non	
1.	Votre enfant a-t-il des difficultés à s'endormir ou à dormir tout la nuit ?			
2.	Votre enfant est-il souvent malade ou a-t-il souvent des douleurs ? (p.ex. maux de ventre, de tête)			
3.	Votre enfant a-t-il perdu ou pris beaucoup de poids ?			
4.	Votre enfant vous semble-t-il avoir souvent des émotions négatives (p.ex. peur, tristesse, colère) ?			
5.	Avez-vous l'impression que votre enfant souffre de mauvais souvenirs ou pense souvent à des mauvaises expériences ?			
6.	Votre enfant a-t-il souvent des difficultés à se concentrer par rapport à la moyenne de son âge ?			
7.	Votre enfant vous semble-t-il avoir un manque d'entrain ? (p.ex. votre enfant a-t-il perdu le plaisir de faire certaines choses qu'il aimait faire avant ?)			
8.	Avez-vous l'impression que votre enfant prend peur facilement ou souvent ?			
9.	Votre enfant montre-t-il des régressions dans ses compétences ? (p.ex. incontinence urinaire ou fécale, perte de compétences linguistiques)			
10.	Il y a-t-il trois choses qui font plaisir à votre enfant ? (p.ex. rencontres/d'autres enfants, folâtrer, jouer, grignoter)			
<b>Depuis combien de temps les maux sont présents ? (cocher, s'il s'agit de mois noter le nombre)</b>		Moins de quatre semaines	Depuis plusieurs mois	Depuis plus d'un an
<b>Nombre total de cases grises cochées</b>		Total		

### Classement

Veuillez cocher la catégorie correspondante pour indiquer la probabilité d'un stress psychologique



1-3	4-7	8-10
Basse probabilité	Moyenne probabilité	Haute probabilité

Date \_\_\_\_\_ Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

Nom de la personne de référence interrogée \_\_\_\_\_

Relation avec l'enfant \_\_\_\_\_ Âge de l'enfant \_\_\_\_\_

Pays d'origine \_\_\_\_\_ Langue \_\_\_\_\_

**Autres observations** (Il y a-t-il encore autre chose que vous avez remarqué ?)

### Notes explicatives:

- Un examen diagnostique est recommandé pour les probabilités moyennes ou hautes.
- Si certains stress sont très prononcés, une „probabilité basse“ peut aussi indiquer qu'une clarification urgente est nécessaire.
- Il est utile que la famille concernée présente ce document lors de visites chez des docteur.e.s, psychologue.e.s ou lors de démarches administratives.

Organisation (tampon/adresse/interlocuteur.trice)

Signature \_\_\_\_\_

## Questionnaire et observation pour l'identification précoce d'enfants et jeunes réfugiés avec stress psychologique

*Vous trouvez ci-dessous des questions plus approfondies qui correspondent aux 10 questions de dépistage. Dans certains cas il peut être utile de poser ces questions en plus pour obtenir une image plus précise et pour mieux répondre aux questions de dépistage.*

- 1. Votre enfant a-t-il des difficultés à s'endormir ou à dormir toute la nuit ?**  
Votre enfant fait-il souvent des cauchemars ?  
Ses habitudes de sommeil ont-elles changées ?  
Votre enfant a-t-il besoin d'un certain environnement pour s'endormir ? par ex. a-t-il besoin d'une veilleuse pour s'endormir ?
- 2. Votre enfant est-il souvent malade ou a-t-il souvent des douleurs ? (p.ex. maux de ventre, de tête)**  
Votre enfant a-t-il d'autres douleurs ?
- 3. Votre enfant a-t-il perdu ou pris beaucoup de poids ?**  
Le comportement de votre enfant envers la nourriture a-t-il changé de façon problématique ?  
Votre enfant mange-t-il particulièrement peu ou beaucoup ?
- 4. Votre enfant vous semble-t-il avoir souvent des émotions négatives (p.ex. peur, tristesse, colère) ?**  
Votre enfant se fait-il du mal à lui-même ou aux autres ?  
Votre enfant réagit-il davantage avec colère ?  
Votre enfant se dispute-t-il particulièrement souvent et ou insulte-t-il les autres ?  
Votre enfant pleure-t-il beaucoup ?  
Votre enfant se replie souvent sur lui-même ?  
Votre enfant a-t-il souvent peur ?
- 5. Avez-vous l'impression que votre enfant souffre de mauvais souvenirs ou pense souvent à des mauvaises expériences ?**  
Joue-t-il ou dessine-t-il des situations terrifiantes ?

- 6. Votre enfant a-t-il souvent des difficultés à se concentrer par rapport à la moyenne de son âge ?**  
Votre enfant oublie-t-il souvent des choses ?  
Votre enfant a-t-il des problèmes d'apprentissage ?  
Votre enfant est-il souvent absent, a-t-il souvent l'esprit ailleurs ou est-il souvent dans ses pensées ?
- 7. Votre enfant vous semble-t-il avoir un manque d'entrain ? (p.ex. votre enfant a-t-il perdu le plaisir de faire certaines choses qu'il aimait faire avant ?)**
- 8. Avez-vous l'impression que votre enfant prend peur facilement ou souvent ?**  
Sursaute-t-il facilement par ex. en réaction à de gros bruits ?
- 9. Votre enfant montre-t-il des régressions dans ses compétences ? (p.ex. incontinence urinaire ou fécale, perte de compétences linguistiques)**  
Fait-il par ex. à nouveau pipi au lit alors qu'il était déjà propre ?  
L'enfant a-t-il perdu des compétences linguistiques qu'il maîtrisait auparavant ?
- 10. Il y a-t-il trois choses qui font plaisir à votre enfant ? (p.ex. rencontres/d'autres enfants, folâtrer, jouer, grignoter)**