

## Dossier de pré-consultation

### Parcours psychotrauma

# La Grangéa



Madame, Monsieur,

Vous avez pris contact avec La Grangéa à la suite d'un événement potentiellement traumatique qui peut encore aujourd'hui provoquer une souffrance. Cette notice d'information vous est destinée afin de vous aider à constituer votre dossier de pré-consultation.

## ÉLÉMENTS À FOURNIR



- ☐ **PARTIE 1 : Dossier Médical de pré-admission, à faire remplir par votre professionnel de santé adresseur**
  
- ☐ **PARTIE 2 : Dossier Administratif de pré-admission (2 pages), à remplir par le patient**
- ☐ **Photocopie d'une pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour)**
  
- ☐ **PARTIE 3 : Dossier psychologique de pré-consultation à remplir par le patient**
- ☐ **Demande de soin remplie**
- ☐ **Liste des événements traumatiques (IET) remplie**
- ☐ **Global Psychotrauma Screen (GPS) rempli**

**La Grangéa – Clinique en Santé Mentale**  
707 avenue de la Borde 06250 Mougins  
Tél./Fax : 04.93.75.79.00 / 04.92.28.51.90  
Email : [sec.psychotrauma@lagrangea.fr](mailto:sec.psychotrauma@lagrangea.fr)  
Site : [www.lagrangea.fr](http://www.lagrangea.fr)

**La Grangéa**  
CLINIQUE SPECIALISÉE EN SANTÉ MENTALE

# **PARTIE 1**

## **DEMANDE DE PRISE EN SOIN**

**A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE**

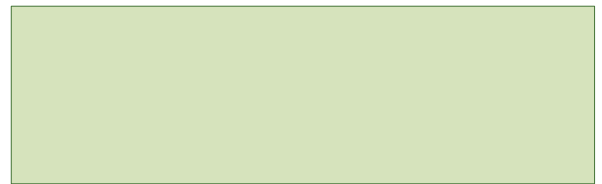
### **Identité du patient**

Nom : ..... Prénoms : .....  
Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

### **Professionnel de santé adresseur**

Nom / Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Fax : .....  
Email MS Santé : .....  
Le patient a-t-il déjà bénéficié d'un suivi à La Grangéa ?  
☐ Oui  
☐ Non  
Date de début de prise en soin souhaitée : .....

Date, signature et cachet:



## Éléments psychiatriques

Évènement(s) à potentiel traumatique motivant la demande, daté(s) : .....

.....

En cas de suspicion d'amnésie dissociative, le préciser ici : .....

.....

Questionnement diagnostique :

- ☐ Psychotraumatisme simple
- ☐ Psychotraumatisme complexe
- ☐ Trouble dissociatif
- ☐ Intrication somatique-traumatique
- ☐ Autre(s), précisez : .....

Consommation de toxiques / addictions : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Cannabis  
☐ Cocaïne ☐ TCA ☐ Autre(s): .....

Patient sevré : ☐ Oui depuis le : ..... ☐ Non

Risque suicidaire : ☐ Oui ☐ Non

Antécédent de tentative de suicide : ☐ Oui le : ..... par : ..... ☐ Non

Risque de passage à l'acte hétéro agressif : ☐ Oui ☐ Non



## Liste de professionnels de santé référents

Médecin traitant : .....  
 Médecin psychiatre : .....  
 Assistante sociale : .....  
 Autre (Psychologue, HDJ, CMP) : .....

## Prise en charge

Caisse de sécurité sociale ou organisme obligatoire : .....  
 .....  
 Numéro de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../...../...../.....  
 Mutuelle ou Organisme complémentaire (nom et adresse) : .....  
 .....  
 Numéro d'adhérent ou de contrat : .....  
 Téléphone de l'organisme : ..... Fax : .....

Demande reçue le : .....

Date .....	Date .....	Date .....
Validation Psychologue	Validation Médecin Psychiatre	Validation Direction

## PARTIE 3

# DOSSIER PSYCHOLOGIQUE DE PRÉ-CONSULTATION

À REMPLIR PAR LE PATIENT (2 pages)

### Préambule

Madame, Monsieur,

Vous avez pris contact avec La Grangéa à la suite d'un événement potentiellement traumatique qui peut encore aujourd'hui provoquer une souffrance.

Afin de mieux comprendre votre situation et de pouvoir vous proposer l'accompagnement le plus adapté, nous vous invitons à compléter tous les documents joints à ce dossier psychologique de pré-consultation.

Ces documents peuvent paraître longs ou parfois difficiles à remplir. Prenez tout le temps nécessaire et n'hésitez pas à faire des pauses si vous en ressentez le besoin.

*Si le remplissage seul(e) de ces documents vous semble trop difficile et que vous ressentez le besoin d'être étayé(e), vous pouvez contacter notre secrétariat. Un professionnel de l'équipe pourra vous accompagner pour les compléter.*

Une fois votre dossier complété et retourné, notre équipe prendra le temps d'étudier votre situation avec attention. Vous serez ensuite recontacté(e) pour vous informer de la suite donnée à votre demande.

Le délai de prise en soin peut parfois être long, en raison du nombre de demandes que nous recevons. Nous vous remercions par avance pour votre patience et votre compréhension durant cette période.

En attendant notre retour, si vous ressentez le besoin d'un soutien, n'hésitez pas à échanger avec votre professionnel de santé adresseur.

Nous vous remercions pour votre confiance et le temps consacré à cette étape importante de votre parcours de soin.

L'équipe du parcours psychotrauma de la Grangéa.

### **Documents à transmettre :**

Document : Demande de soin

Document : Liste des événements traumatiques (IET)

Document : Global Psychotrauma Screen (GPS)

## DEMANDE DE SOIN

Évènement(s) à potentiel traumatique motivant la demande, daté(s) : .....

.....

.....

.....

.....

Décrivez ci-dessous ce qui vous fait souffrir le plus actuellement et qui vous amène à faire cette demande de prise en soin :

.....

.....

.....

.....

.....

Qu'attendez-vous d'un éventuel accompagnement au parcours psychotrauma de La Grangéa ?

.....

.....

.....

.....

Ressentez-vous le besoin de travailler spécifiquement sur votre ou vos traumatismes ?

.....

.....

.....

Vous sentez-vous prêt à travailler, spécifiquement, dès à présent, sur votre ou vos traumatismes ?

.....

.....

.....

Qu'est-ce que vous aimerez voir changer au cours de cet accompagnement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## INVENTAIRE DES EVENEMENTS TRAUMATOGENES (IET)

Vous trouverez ci-après une liste d'évènements traumatiques, si vous avez été confrontés à certains, indiquez comment vous les avez vécus, le nombre de fois et les dates correspondantes. Évaluez ensuite l'intensité actuelle de votre détresse ressentie pour l'évènement de 0 (aucune détresse) à 10 (détresse maximale).

	Type d'évènement	Comment l'avez-vous vécu ?						Intensité de détresse actuelle	
		Je l'ai vécu personnellement		J'en ai été témoin		Un proche qui l'a vécu me l'a raconté			
		Nombre	Date	Nombre	Date	Nombre	Date		
Catastrophe	Inondation								
	Tempête, tornade								
	Tremblement de terre								
	Explosion								
	Incendie								
	Autre catastrophe : .....								
Accident	Accident de voiture								
	Accident de deux-roues								
	Autre accident de transport								
	Accident grave au travail								
	Accident grave au domicile								
	Autre accident : .....								
Violence volontaire	Agression sexuelle avec pénétration (viol)								
	Agression sexuelle sans pénétration (attouchement)								
	Autre expérience sexuelle non désirée/non consentie : .....								
	Agression physique grave								
	Agression avec une arme								
	Agression verbale (menace de mort)								
	Guerre, torture, acte terroriste								
	Agression du domicile								
	Autre agression : .....								
Décès	Homicide (meurtre, assassinat)								
	Suicide ou tentative de suicide								
	Décès brutal d'un proche								
	Maladie grave apprise brusquement								
	Blessure grave ou homicide que vous avez causé à quelqu'un d'autre								
	Autre évènement : .....								



# French version of the Global Psychotrauma Screen

Examen Psychotraumatique Global (VF-GPS)

\_\_\_\_\_

Numéro d'identification du participant

Genre

☐ Féminin

☐ Masculin

☐ Autre

Age (années)

\_\_\_\_

**Parfois, des situations inhabituelles, effrayantes, horribles, ou traumatiques peuvent survenir.**

**Décrivez brièvement l'événement ou l'expérience qui vous affecte le plus actuellement :**

.....  
.....

**Cet événement s'est produit :** ☐ le mois dernier ☐ il y a 6 mois ☐ l'année dernière ☐ il y a plus longtemps

**Cet événement :**

☐ était un événement unique survenu, à l'âge de \_\_\_\_

☐ s'est produit pendant une période plus longue/plusieurs fois, entre les âges \_\_\_\_ et \_\_\_\_

**Lesquels des éléments ci-dessous caractérisent l'événement (plusieurs réponses possibles) :**

Violence physique : ☐ à vous-même ☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

Violence sexuelle : ☐ à vous-même ☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

Abus émotionnel : ☐ à vous-même ☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

Blessure grave : ☐ à vous-même ☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

Menace de mort : ☐ à vous-même ☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

☐ Décès brutal d'un être cher

☐ Vous avez causé un dommage à quelqu'un d'autre

☐ Corona virus (COVID-19)

**En considérant l'événement ci-dessus, au cours du dernier mois, ....**

1. ... avez-vous eu des cauchemars à propos de l'événement traumatique que vous avez vécu, ou avez-vous pensé à cet événement alors que vous ne le vouliez pas ? ☐ Non ☐ Oui

2. ... avez-vous essayé de ne pas penser à cet événement traumatique, ou avez-vous fait des efforts pour éviter des situations qui vous ont rappelé cet événement ? ☐ Non ☐ Oui

3. ... avez-vous été constamment sur vos gardes, ou vigilant(e), ou encore avez-vous facilement sursauté ? ☐ Non ☐ Oui

4. ... vous êtes-vous senti(e) engourdi(e) ou détaché(e) des autres, des activités ou de ce qui vous entoure ? ☐ Non ☐ Oui

5. ... vous êtes-vous senti(e) coupable ou étiez-vous incapable d'arrêter de vous reprocher, ou de reprocher aux autres ce qui s'est passé pendant cet événement traumatique, ou à propos des problèmes causés par cet événement ? ☐ Non ☐ Oui

6. ... avez-vous tendance à vous sentir inutile ? ☐ Non ☐ Oui

7. ... avez-vous manifesté des réactions de colère que vous ne pouviez pas contrôler ? ☐ Non ☐ Oui

8. ... avez-vous le sentiment d'être nerveux(se), anxieux(se) ou d'avoir les nerfs à vif ? ☐ Non ☐ Oui

9. ... avez-vous été incapable d'arrêter d'être inquiet(e) ou de contrôler votre inquiétude ? ☐ Non ☐ Oui

10. ... avez-vous eu le sentiment d'être découragé(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ? ☐ Non ☐ Oui

11. ... avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ? ☐ Non ☐ Oui

12.	... avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
13.	... avez-vous essayé de vous blesser intentionnellement ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
14.	... avez-vous perçu ou ressenti différemment le monde ou les autres personnes, de sorte que les choses paraissent étranges ou irréelles, ou ressemblent à des rêves ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
15.	... vous êtes-vous senti(e) comme si vous étiez détaché(e) ou séparé(e) de votre corps (par exemple, vous sentir comme si vous vous regardiez d'en haut, ou comme si vous étiez un observateur extérieur à votre propre corps) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
16.	... avez-vous eu d'autres difficultés physiques, émotionnelles ou sociales qui vous ont dérangé(e) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
17.	... avez-vous vécu d'autres événements stressants (comme des problèmes financiers, un changement d'emploi, un déménagement, ou un conflit relationnel dans votre vie professionnelle ou personnelle) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
18.	... avez-vous essayé de réduire les tensions ressenties en consommant de l'alcool, du tabac, des drogues, ou des médicaments ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
19.	... avez-vous manqué de soutien de la part des personnes sur qui vous pouvez habituellement compter dans les moments difficiles (pour avoir un soutien émotionnel, pour faire garder vos enfants ou vos animaux, pour vous conduire à l'hôpital ou faire des courses, pour vous aider quand vous êtes malade) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
20.	Avez-vous vécu des événements de vie traumatiques <b>pendant votre enfance</b> (entre 0 et 18 ans) (par exemple, un accident sérieux ou un incendie ; une agression ou abus, physique ou sexuel ; une catastrophe ; observer quelqu'un se faire tuer ou subir une blessure sérieuse ou perdre un proche) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
21.	Avez-vous <b>déjà</b> reçu un diagnostic psychologique ou avez-vous déjà reçu un traitement pour des problèmes psychologiques (par exemple, une dépression, de l'anxiété, ou un trouble de la personnalité) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
22.	Vous considérez-vous comme une personne <b>généralement</b> résiliente ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
23.	Comment évaluez-vous votre fonctionnement actuel (au travail/à la maison) ?		
	Mauvais    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    Excellent		