

# VOLET A DISPOSITIF "MON PSY":

## Patient mineur

1/ J'atteste que mon enfant ne présente aucun des symptômes ou des problématiques suivantes:

- Risque suicidaire;
- Une formes sévère de troubles anxieux ou dépressifs ;
- Des troubles du comportement alimentaire avec des signes de gravité\*
- Une situations de retrait et d'inhibition majeures ;
- Des troubles neurodéveloppementaux ;
- Toute situation de dépendance à des substances psychoactives ;
- Des troubles externalisés sévères :
- Des exclusions scolaires à répétition ;
- Un retentissement majeur sur la scolarité et les apprentissages ou sur la vie familiale ;
- Un trouble des conduites avec acte légal ou médico-légal (arrestation, condamnation, acte hétéro-agressif...).

2/ Mon enfant n'est actuellement pas en cours de prise en charge en pédopsychiatrie, psychiatrie ou en affection de longue durée (ALD) pour motif psychiatrique (ou ayant été dans ces situations dans les 2 ans) ;

⇒ **Dans ces cas de figure, le patient ne peut être inclus dans ce dispositif qui considère qu'il nécessite d'emblée un avis spécialisé (psychiatre ou pédopsychiatre).**

**IMPORTANT: En signant le présent document, j'atteste que :**

- Le patient a plus de 3 ans
- Le consentement des deux parents est acquis.** Si un seul des titulaires de l'autorité parentale est présent, en signant, il atteste avoir obtenu l'accord de l'autre titulaire de l'autorité parentale. A défaut, le parent signataire prend l'entière responsabilité d'accorder seul cette autorisation.
- Je suis conscient que tout ce qui est confié au psychologue dans le cadre du dispositif "mon psy" est susceptible d'être communiqué au médecin.
- Je m'engage à prévenir le médecin et le psychologue de tout changement de ma situation pouvant remettre en question l'éligibilité du patient mineur au dispositif.

Mention manuscrite "lu et approuvé":

Mention manuscrite "lu et approuvé":

.....

.....

Signature titulaire de l'autorité 1

Signature titulaire de l'autorité 2

**\*Les signes impliquant une prise en charge spécialisée d'emblée sont les suivants :**

- une variation du poids de plus de 1 kg par semaine depuis quelques semaines ;
- un indice de masse corporelle (IMC) bas : enfant ou adolescent < 3e percentile ; adulte < 17e percentile) ;
- des crises de boulimie ou d'hyperphagie ne permettant pas le maintien de l'activité scolaire ou professionnelle ou avec un retentissement somatique important ;
- une comorbidité psychiatrique sévère ou risque suicidaire ;
- des complications somatiques du surpoids.

# Volet B: DROIT À LA VIE PRIVÉE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné:

Nom et prénom: .....

Père    Mère    Responsable légal

De ..... né le .....

Demeurant (adresse): .....

Autorise DEJARDIN THIBAUD, psychologue exerçant en libéral dont le siège social et le lieu d'exercice est situé au 181 Rue du Fort à 59330 Hautmont à filmer mon fils ou ma fille et moi-même lors des séances de psychologie clinique se déroulant au 181 Rue du Fort, à 59330 Hautmont et dans la salle d'attente.

Les locaux de l'entreprise "Zenpsy" (la salle d'entretien, et la salle d'attente) située au 181 Rue du Fort à 59330 Hautmont sont placés sous vidéosurveillance afin d'éviter toute intrusion étrangère et afin de garantir les bonnes pratiques professionnelles du psychologue.

Les caméras sont disposées de la façon suivante:

Une caméra dans la salle d'attente filmant la porte d'entrée.

Une caméra dans la salle d'entretien sur l'étagère du fond. Elle filme la porte d'accès et l'intégralité de la salle.

La durée maximale de conservation des images a été fixée à maximum 10 ans. Ces images sont conservées sur un support physique (ex: disque dur) sécurisé. Celles-ci peuvent être visionnées exclusivement par Dejardin Thibaud seul. En cas d'incident (vol, agression...) ou de plainte par ou contre Dejardin Thibaud, elles peuvent être consultées par les forces de l'ordre et être produites en justice.

Aucune exploitation à visée commerciale, publicitaire ou personnelle de ces images ne sera faite. L'installation de caméras n'a pas pour but de restreindre ou d'attenter au droit à la vie privée des clients

Je garantis n'être lié par aucun accord avec un tiers, de quelque nature que ce soit, ayant pour objet ou pour effet de limiter ou empêcher la mise en œuvre de la présente autorisation.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit.

J'atteste avoir obtenu l'accord des autres détenteurs de l'autorité parentale sur le patient.

Mention manuscrite "lu et approuvé":

Mention manuscrite "lu et approuvé":

.....

.....

## Volet C: INFORMATIONS

-Le législateur a fixé de manière arbitraire le tarif du psychologue, il revient à ce dernier d'adapter sa technique et son temps de prise en charge en conséquence. Le processus thérapeutique proposé dans le cadre du dispositif "Mon Psy" diffère donc fondamentalement du dispositif classique. Le timing est extrêmement serré (8 séances par an de 20-30 minutes, rédaction de documents incluse).

-En raison de cette durée réduite, sauf exception, sont notamment exclues les prestations suivantes:

- Séance d'hypnose;**
- Séance d'EMDR;**
- Arrêt du tabac (adultes);**
- Déplacement à domicile ou sur le lieu de vie;**
- Passation de tests;**
- Des rapports écrits autres que ceux entrant dans le cadre du dispositif.**

-Le dispositif, tel qu'il existe actuellement, exclut un nombre important de patients. Je ne peux donc réserver qu'un **nombre limité de créneaux horaires** à celui-ci. Si mon agenda est complet, il peut vous être proposé de vous inscrire sur une *liste d'attente*. Il n'est donc malheureusement pas envisageable de recevoir des situations d'urgence.

-Huit séances de moins de trente minutes chacune, cela représente un réel challenge, même dans le cadre de la "thérapie brève" et des T.C.C. que je pratique. En conséquence, votre investissement personnel en tant que parent est indispensable pour pouvoir déboucher sur un changement significatif et durable de la situation, et maintenir ceux-ci au-delà du terme du dispositif. En conséquence, votre présence lors du premier entretien est indispensable. Nous y fixerons ensemble les modalités de la prise en charge (périodes en individuel avec le mineur, entretiens avec les parents...).

- Pour ces mêmes raisons, je me réserve le droit de signifier une fin de prise en charge notamment dans les cas suivants:

-Un rendez-vous non honoré et non annulé dans les 48 heures au moyen d'un SMS (0780.47.68.27) ou d'un e-mail (zenpsy@hotmail.com)

-Si une problématique d'exclusion émerge lors de la prise en charge. Si cela était le cas, le dispositif impose que votre médecin en soit averti. Il ne m'est pas autorisé de me soustraire à cette disposition pourtant contraire à la notion de "secret professionnel".

-Pour des raisons déontologiques, il n'est pas possible de compléter ou de cumuler la prise en charge "Mon Psy" avec des séances externes à ce dispositif. Soyez certain que le dispositif que je vous propose est le plus complet possible et qu'il ne nécessite aucun "complément".

-Rappel: Les éléments de votre dossier médical sont détenus par votre médecin. Je ne conserve que des notes personnelles temporaires et non transmissibles.