

DISPOSITIF "MON PSY": Patient mineur

VOLET A: A REMPLIR PAR LE DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ LÉGALE DU PATIENT

⇒ Cochez chaque case appropriée à votre situation après avoir lu l'intégralité du texte. Si une case n'est pas cochée, vous pouvez être amené à faire compléter un autre document.

☐ 1/ Je sollicite un suivi psychologique pour mon enfant ou adolescent de 3 à 17 ans (inclus) qui présente une situation de mal-être ou de souffrance psychique d'intensité légère à modérée, suscitant l'inquiétude de l'entourage (famille, milieu scolaire, médecin, etc.)

ET

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).

⇒ **Case non cochée: Non inclus dans le dispositif: Consultez votre médecin.**

☐ 2/ J'atteste détenir les éléments suffisants pour garantir 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...).

ET

3/ J'atteste que mon enfant ne prend actuellement pas une médication parmi les suivantes: antidépresseurs, hypnotiques ou benzodiazépine, autre psychotrope, antiépileptique.

⇒ **Case non cochée: VOLET B (Médecin) ou VOLET C (Psychiatre) obligatoire**

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

→ **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 m'engage à prévenir le médecin et le psychologue de tout changement de la situation pouvant remettre en question l'éligibilité du patient mineur au dispositif.

Date:/...../.....

Mention manuscrite "lu et approuvé":

Mention manuscrite "lu et approuvé":

.....

.....

Signature titulaire de l'autorité 1

Signature titulaire de l'autorité 2

VOLET B: A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

1/ Objet du dispositif:

→ Ce dispositif s'adresse aux enfants et adolescents de 3 à 17 ans inclus qui présentent une situation de mal-être ou souffrance psychique d'intensité légère à modérée, pouvant susciter l'inquiétude de l'entourage (famille, milieu scolaire, médecin, etc.).

2/ Facteur d'exclusion: (si c'est le cas, ne complétez pas la suite)

→ Le mineur est actuellement 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).

3/ Signes indiquant que l'enfant ou l'adolescent nécessite d'emblée un avis spécialisé (psychiatre ou pédopsychiatre) :

- Risque suicidaire;
- Une forme sévère de troubles anxieux ou dépressifs ;
- Des troubles du comportement alimentaire avec des signes de gravité¹
- Une situation de retrait et d'inhibition majeures ;
- Des troubles neurodéveloppementaux²;
- 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...).
- Un traitement par psychotrope; par antiépileptique dans le cadre d'un trouble bipolaire ou borderline, un traitement de plus de trois mois par antidépresseurs ; un traitement de plus d'un mois par hypnotique ou benzodiazépines

4/ Situation du patient :

<input type="checkbox"/> Le patient <u>n'est pas</u> dans une des situations reprises au point 3 ⇒ Vous pouvez ignorer le VOLET C	<input type="checkbox"/> Le patient est dans l'une des situations décrites dans la colonne de gauche ET <u>L'avis d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre a été sollicité</u> ⇒ VOLET C OBLIGATOIRE
---	--

Date, cachet et signature du médecin:

¹ **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.

² Les troubles neurodéveloppementaux regroupent les Troubles: -du développement intellectuel, -du spectre autistique, -du langage oral (compréhension/expression), de la coordination (dyspraxie, dysgraphie), d'apprentissage (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie), les "tics" et le syndrome de Gilles de la Tourette.

VOLET C: A REMPLIR PAR LE PSYCHIATRE OU LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

1/ L'objet du dispositif est le suivant:

→ Ce dispositif s'adresse aux enfants et adolescents de 3 à 17 ans inclus qui présentent une situation de mal-être ou souffrance psychique d'intensité légère à modérée, pouvant susciter l'inquiétude de l'entourage (famille, milieu scolaire, médecin, etc.).

2/ Signes indiquant que l'enfant ou l'adolescent nécessite d'emblée un avis spécialisé (psychiatre ou pédopsychiatre) :

- Risque suicidaire;
- Une formes sévère de troubles anxieux ou dépressifs ;
- Des troubles du comportement alimentaire avec des signes de gravité³
- Une situations de retrait et d'inhibition majeures ;
- Des troubles neurodéveloppementaux⁴;
- 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...).
- Un traitement par psychotrope; par antiépileptique dans le cadre d'un trouble bipolaire ou borderline, un traitement de plus de trois mois par antidépresseurs ; un traitement de plus d'un mois par hypnotique ou benzodiazépines

⇒ AVIS DU PSYCHIATRE OU DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR:

- ☐ En vertu, ou malgré les critères préalablement énoncés, la prise en charge par un psychologue est nécessaire et appropriée.
- ☐ Le patient est dans un état stable compatible avec le dispositif "Mon Psy".
- ☐ La médication actuellement prise par le patient est compatible avec une prise en charge psychologique.

FACULTATIF:

- Les séances d'hypnose sont-elles contre-indiquées? **oui-non**
- L'EMDR est-il contre-indiqué? **oui-non**

Date:

Signature et cachet du médecin :

³ **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 (< 3e 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 un risque suicidaire ;
- Des complications somatiques du surpoids.

⁴ Troubles: -du développement intellectuel, -du spectre autistique, -du langage oral (compréhension/expression), de la coordination (dyspraxie, dysgraphie), d'apprentissage (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie), les "tics" et le syndrome de Gilles de la Tourette.

VOLET D: DROIT À LA VIE PRIVÉE ET 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 (dos du patient).

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.

Mention manuscrite "lu et approuvé":

.....

Mention manuscrite "lu et approuvé":

.....

Signature titulaire de l'autorité 1

Signature titulaire de l'autorité 2*

☐ J'atteste que l'accord du second parent n'a pu être obtenu pour cause d'impossibilité manifeste pour ce dernier d'être informé et je prends l'entière responsabilité d'accorder seul cette autorisation.

VOLET E: 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" peut donc être différent d'un dispositif de soin "traditionnel".

Je ne peux pas garantir systématiquement l'accès à certaines techniques telles que:

- Séance d'hypnose;
- Séance d'EMDR;
- Arrêt du tabac;
- Déplacement à domicile ou sur le lieu de vie; (sauf exception)
- Passation de tests;

-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.

- Pour ces mêmes raisons, je me réserve le droit de signifier une fin de prise en charge 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". Je m'engage cependant à toujours vous avertir préalablement de toute information que je serais amené à devoir transmettre à un tiers.

-Si j'estime la problématique incompatible avec le dispositif tel qu'il existe. Par exemple, je traite les troubles liés à un Syndrome Post Traumatique (PTSD) uniquement à l'aide de l'EMDR, qui a fait ses preuves de façon scientifique dans le domaine, mais qui n'est pas systématiquement praticable dans le cadre de séances courtes.

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