

CONTRAT D'ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE

Suivi psychologique

Entre les soussignés :

Madame Magalhaes Liza

Psychologue,

Exerçant au 8 rue Maurice Astier, 83440 Fayence

Ci-après dénommée *la Psychologue*,

Et :

Madame / Monsieur _____

Né(e) le : _____

Adresse : _____

Ci-après dénommé(e) *le/la Patient(e)*,

Il est convenu ce qui suit :

1. Cadre général de l'accompagnement thérapeutique

L'accompagnement proposé s'inscrit dans un cadre thérapeutique fondé sur l'écoute, la bienveillance, le respect et la confidentialité.

Les entretiens ont une **durée comprise entre 45 minutes et 1 heure**, selon les modalités définies conjointement entre la Psychologue et le/la Patient(e).

La Psychologue s'engage à maintenir et développer ses compétences professionnelles par une **formation continue régulière** et par un **travail de supervision**, afin de garantir la meilleure qualité d'accompagnement possible, dans le respect du code de déontologie des psychologues.

2. Tarifs applicables pour l'année 2026

Pour les patients débutant un suivi en 2026, les tarifs sont les suivants :

- **Consultation individuelle : 70 €**
- **Thérapie de couple et familiale : 85 €**

Le règlement s'effectue à l'issue de chaque séance, selon les modalités précisées par la Psychologue.

3. Annulations et reports de rendez-vous

Tout rendez-vous fixé engage le patient.

Les **annulations ou reports de rendez-vous à moins de 48 heures** ne sont **pas permis** et donneront lieu à un dédommagement d'un montant de 30 euros.

Une **tolérance peut être accordée en cas de motif impérieux**. Dans ce cas, le patient est tenu de **me contacter directement par SMS**, afin que nous puissions en échanger et en comprendre les raisons. Toute annulation ou tout report de moins de 48 heures doit impérativement passer par ce canal.

Cependant, des **annulations ou reports tardifs répétés**, même pour des motifs jugés recevables individuellement, peuvent **compromettre le cadre et l'alliance thérapeutique**. Dans ce cas, et après échange avec le patient, cela pourra **entraîner une remise en question, voire un arrêt du suivi thérapeutique**.

Ce cadre vise à garantir :

- le **respect du travail clinique** que je réalise pour chaque patient en amont et en aval des séances,
- le **respect du patient lui-même**, dans la continuité et l'engagement nécessaires à son avancée thérapeutique,
- le **respect des autres patients**, qui pourraient bénéficier d'un créneau resté inutilisable en raison d'une annulation tardive.

Le respect de ces règles fait partie intégrante du cadre thérapeutique et contribue à la qualité et à l'efficacité du suivi.

4. Confidentialité et limites légales

La Psychologue est tenue au **secret professionnel**, conformément à la législation en vigueur et au code de déontologie des psychologues.

Toutefois, cette confidentialité peut être levée dans des **situations prévues par la loi**, notamment lorsque :

- Une personne est en danger grave et imminent,
- Une personne vulnérable (enfant, adolescent, adulte dépendant) est victime ou susceptible de subir des violences, des maltraitances ou des abus.

Dans ces situations, la Psychologue pourra être amenée à effectuer un signalement auprès des autorités compétentes, dans un objectif de protection.

5. Suivi des mineurs et accord parental

Lorsqu'un suivi concerne un mineur et que l'autorité parentale est exercée conjointement, **l'accord des deux parents est requis** pour la mise en place de l'accompagnement thérapeutique.

Je soussigné(e) :

- **Parent 1 :**
Nom et prénom : _____
Signature : _____
Date : _____
- **Parent 2 :**
Nom et prénom : _____
Signature : _____
Date : _____

déclarent être informés et **donner leur accord pour le suivi thérapeutique de leur enfant**.

6. Acceptation du cadre thérapeutique

Le/la Patient(e) reconnaît avoir pris connaissance du présent contrat, en comprendre les termes et **accepter le cadre, les tarifs et les modalités d'engagement** définis ci-dessus.

Signatures :

Fait à : _____

Le : _____

La Psychologue :

Le/La patient(e) :