

Mon plan personnel de GESTION DE CRISE



Nom :

.....

Date :

.....



Tout plan de gestion de crise avec une date ultérieure remplace celui-ci

Informations importantes

Ce plan de crise est **CONFIDENTIEL**.

Merci de contacter les personnes mentionnées ci-joint par ordre de priorité et de ne **PAS** diffuser ce document aux personnes qui ne sont pas mentionnées sans mon accord.

Informations de santé importantes à savoir :

.....

.....

.....

.....

.....

Personne de confiance :

Un document officiel est prévu et doit être complété pour valider ce statut. Ce document se trouve au milieu de ce carnet et peut être téléchargé sur notre site www.reseau107bw.be dans l'onglet *OUTILS*.

Personnes à contacter lorsqu'on trouve mon plan
personnel de gestion de crise (*personne de confiance,
médecin traitant, psychiatre, autre spécialiste, ...*)

Personne 1

Fonction :

Nom :

Numéro :

Personne 2

Fonction :

Nom :

Numéro :

Personne 3

Fonction :

Nom :

Numéro :

Personne 4

Fonction :

Nom :

Numéro :

Personne 5

Fonction :

Nom :

Numéro :

Petits conseils pour compléter ce

plan personnel de gestion de crise

Nous recommandons de compléter ce plan lorsque vous ne vous sentez pas en état de crise.

Il n'est pas obligatoire de remplir toutes les questions si vous ne vous sentez pas concernées par certaines d'entre elles.

N'hésitez pas à proposer à vos amis, vos proches ou certains professionnels que vous connaissez de compléter de plan de crise ensemble *si vous en ressentez le besoin*. Vous pouvez bien sûr le compléter seul.e.

Le représentant :

Lorsque je suis dans l'incapacité de faire exercer mes droits, il est possible de faire appel à un représentant

Vous pouvez trouver le formulaire de désignation sur notre site www.reseau107bw.be via l'onglet OUTILS - Plan de crise

En cas de doute sur un point à compléter, n'hésitez pas à en parler à un professionnel qui vous entoure.

Une fois complété, nous conseillons de partager ce document avec vos proches ou les professionnels qui vous entourent. C'est l'opportunité de créer un moment d'échanges !

Personne de confiance :

Un membre de la famille, un ami, un autre patient ou toute autre personne désignée par le patient pour l'aider à obtenir des informations sur son état de santé, à consulter ou à obtenir une copie de son dossier ainsi qu'à porter plainte. La Commission fédérale « Droits du patient » a émis un formulaire de désignation de la personne de confiance.

Source : Loi « Droits du patients », SPF Santé public, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Vous souhaitez en savoir plus sur les *droits du patient* ? Découvrez le dossier sur notre site www.reseau107bw.be via l'onglet OUTILS - Plan de crise

Pour toute suggestion, n'hésitez pas à contacter le Réseau 107 BW via le site www.reseau107bw.be



Comme suis-je lorsque je me sens en équilibre ? **P. 7**



Quels sont les signes avant-coureurs de la crise ? P. 8



Les comportements qui indiquent que je suis en crise/en rupture **P. 9**

Personnes ressources **P. 10**Affaires d'ordre personnel **P. 12**

Mes ressources **P. 14**

Mieux me connaître **P. 16**



Là où je souhaite me trouver en cas de crise **P. 18**



Lorsque je suis en danger **P. 20**

Médicaments et traitements **P. 22**

1

Comment suis-je lorsque je me sens en équilibre ?

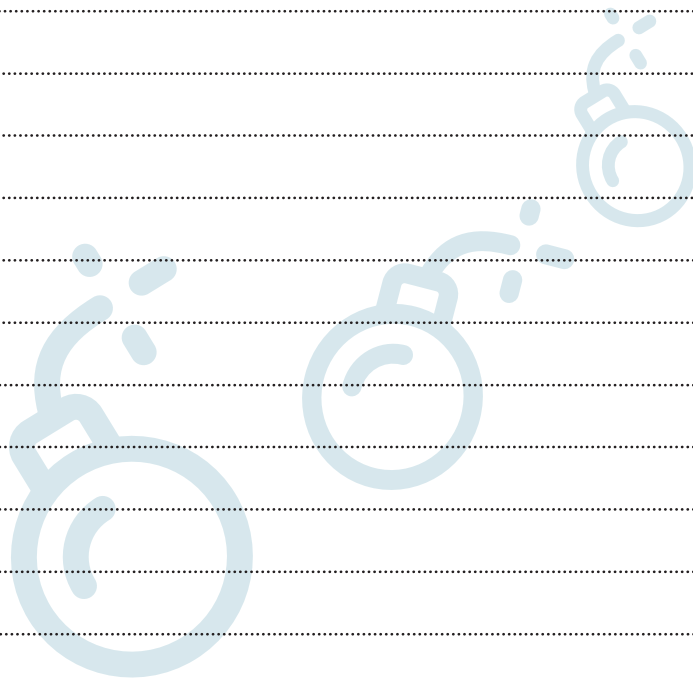


2 Quels sont les signes avant-coureurs de la crise ?

Au niveau physique, mental, émotionnel et spirituel



3 Les comportements qui indiquent que je suis en crise/en rupture



4 Personnes ressources

Personne désignée pour coordonner le contact avec les personnes ressources :

Nom	Relation
.....	

Mes personnes ressources :

(Préciser la personne suppléante pour coordonner les personnes ressources)

Nom	Relation
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Je ne souhaite pas être en contact avec :

Nom	Relation
.....	
.....	



Coordonnées
.....

Une personne ressource est une personne référente désignée comme **soutien** dans un ou plusieurs domaines.

Coordonnées	En quoi cette personne peut m'aider
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Nom	Relation
.....	
.....	

5

(Ex : s'occuper de mes animaux, gérer des questions d'argent, informer mon entourage que je ne vais pas bien, ...)

Nom et coordonnées de la personne

Ce dont la personne doit s'occuper pendant que je suis en période de crise

(Ex: Assistante sociale, soins à domicile, aides familiales, repas à domicile, groupes d'entraide...)

Nom

Coordonnées



6 Mes ressources

Mes stratégies déjà utilisées qui m'aident et m'apaisent en cas de crise :

	Activités
 Crise modérée	
 Crise sévère	

Je définis moi-même ces différents degrés de crise

Y a-t-il des activités qui m'apaisent lorsque je suis en crise ?
(puzzle, livre, prière, jardinage, sudoku, mandala, crier, marcher, courir, ...)

Lieux	Ressources

Me trouver dans certains lieux peut-il m'apaiser ?

Il peut s'agir de musiques, photos, vidéos, sites Internet, applications, citations, mantras, ...

7 Mieux me connaître

*Objets que j'aimerais avoir avec moi
et sujets de discussions que j'apprécie :*



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

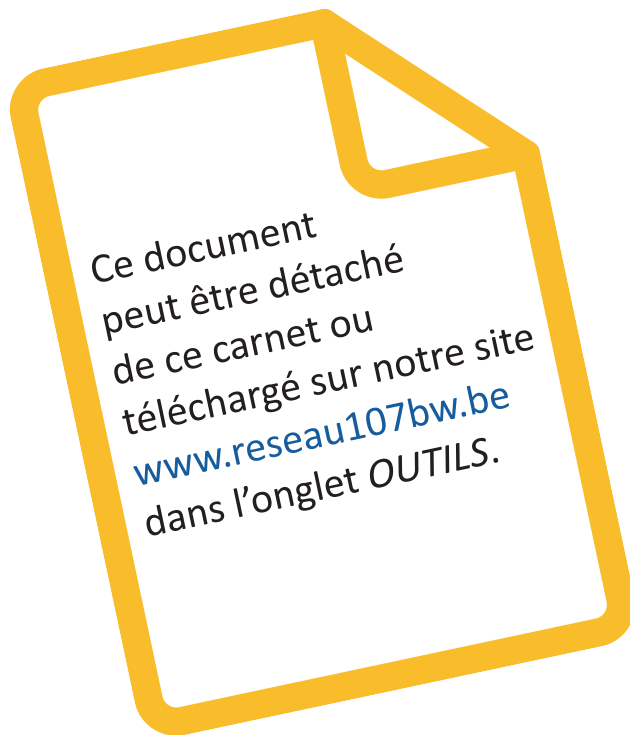
.....

.....

.....

Document

Désignation d'une personne de confiance





Désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art 7§2, art 9§2, art9§3)

Je soussigné (e), (nom et prénom du patient), désigne ci-après la personne suivante comme ma personne de confiance qui peut également, en dehors de ma présence, exercer les droits suivants :

o s'informer sur mon état de santé et son évolution probable

Période:

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

o consulter mon dossier patient

Période:

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

o demander une copie de mon dossier patient

Période:

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

▪ Identité du patient :

- adresse :

- numéro de tél. : date de naissance :

▪ Identité de la personne de confiance

- Nom et prénom.....

- adresse :

- numéro de tél. : date de naissance :

Fait àle date

Signature du patient

Recommandation : Il est recommandé de rédiger ce formulaire en trois exemplaires. Un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un par le praticien chez qui la personne de confiance, sans la présence du patient, reçoit l'information, consulte le dossier ou peut faire une copie du dossier.

Information : Le patient peut à tout moment faire savoir au praticien que la personne de confiance ne peut plus agir comme repris ci-dessus.

Ce qui ne m'aide pas en temps de crise :

Action	Remarques(s)
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Choses qui m'agacent ou qu'il serait bon de connaître sur moi :

(Ex : qu'on m'appelle «mon cher/ma chère», je ne suis pas du matin, ...)

Action	Remarques(s)
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

8 Là où je souhaite me trouver en cas de crise

Les endroits où je préfère être :

Lieu(x)	Remarque(s)



Si je dois être hospitalisé(e) ...



Je préfère aller :

Service/Hôpital	Remarque(s)



Je ne souhaite pas aller :

Service/Hôpital	Remarque(s)

9

Quand mon comportement risque de me mettre en danger moi-même ou autrui, merci d'agir comme suit :



À domicile :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

À l'hôpital :

[illegible]

10 Médicaments et traitements

Points de santé à savoir :

.....

.....

.....

Médicaments :

Médicaments que je prends :

Nom du médicament	Quantité & Fréquence
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Médicaments que je prends/veux bien prendre habituellement en cas de crise :

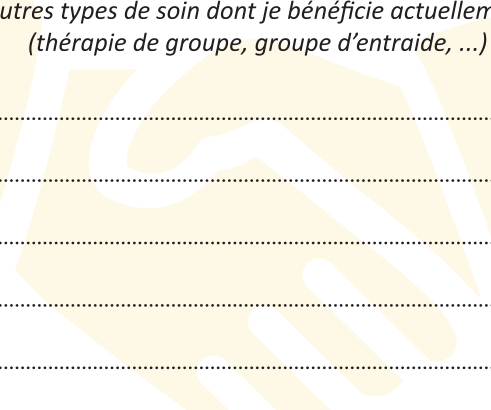
Nom du médicament	Quantité & Fréquence	
	Acceptée	Refusée
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Médicaments que je ne veux/peux pas prendre :
(allergies, refus, mauvaise expérience, ...)

Nom du médicament	Quantité & Fréquence
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Autres types de soin :

*Autres types de soin dont je bénéficie actuellement
(thérapie de groupe, groupe d'entraide, ...)*



.....

.....

.....

.....

.....

*Autres traitements et aides dont je souhaiterais pouvoir bénéficier
en cas de crise :*

Type de soin	Circonstance(s)
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Autres traitements et aides que je refuse :

Type de soin	Remarque(s) éventuelle(s)
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Points d'attention supplémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A propos de ce document

J'ai rédigé ce plan le (date)



Avec le soutien de :
(énoncer le nom des personnes)

Signature :

Notes :

Notes :

Notes :

Notes :

Ce plan personnel de gestion de crise a été conçu par
le **Conseil d'usagers** du **Réseau 107 BW**,
réseau intersectoriel de santé mentale pour adultes du
Brabant wallon.

Plus d'infos :

www.reseau107bw.be/initiative/conseil-d-usagers

Editeur :

Réseau 107 BW

Chemin Jean Lanneau, 39
1420 Braine l'Alleud (Belgique)
www.reseau107bw.be

Conception graphique :

Be PEPS

www.be-peps.be

Impression :

Printdeal.be bvba, situé à Ankerrui 11-13, 2000 Anvers
Imprimé en Belgique, dans un papier naturel ECO durable
@2021

*Document inspiré du plan de crise de Réseau Santé Namur
(www.reseausantenamur.be) ainsi que de «Mon plan personnel de gestion de
crise» faisant partie du kit : «Reprendre sa vie en main : Un guide pour planifier son
rétablissement», adaptation de «Taking Back Control», d'origine britannique.*

*Traduction et adaptation: Gabrielle Sturm et Caroline Suter, sous la direction d'Andrea
Ehretsmann (Re-Pairs), en collaboration avec Julien Dubouchet (Pro Mente Sana,
Association romande) et Pascale Ferrari (Haute École de santé La Source & Section de
psychiatrie sociale du DP-CHUV).*

Editeur responsable :

Geneviève Loots - genevieve.loots@reseau107bw.be

Numéros utiles

Police	101
Ambulances & Pompiers	112
Télé-accueil	107
Médecin de garde	1733
Centre anti-poison	070 245 245
Centre de prévention du suicide et d'accompagnement (<i>Un pass dans l'Impasse</i>)	081 77 71 50
Centre de prévention du suicide	0800 32 123
Infor Drogues asbl	02 227 52 52



RÉSEAU107BW

Réseau intersectoriel de santé mentale
pour adultes du Brabant wallon

Ce document peut être téléchargé et complété
sur notre site www.reseau107bw.be
via l'onglet **OUTILS**
ou directement via ce QR Code



www.reseau107bw.be

Ne pas jeter sur la voie publique