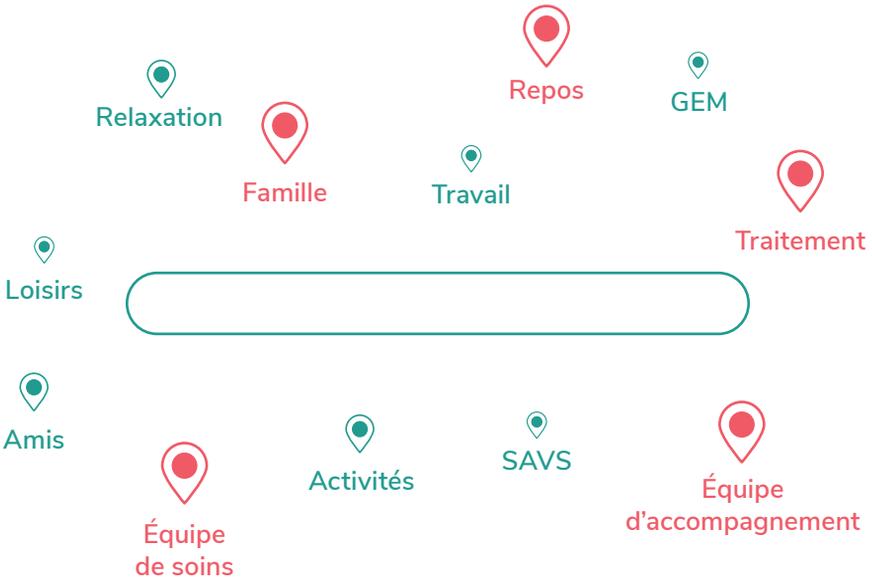


mon

# GPS

Guide Prévention et Soins  
en santé mentale



# ● Me connaître

## Comment suis-je quand je vais bien ?

Comment je me sens .....

Ce que je fais .....

Ce que je pense .....

Ce que mon entourage me dit .....

## Qu'est-ce qui peut m'amener à être en difficulté ?

## Comment suis-je quand je vais mal ?

Comment je me sens .....

Ce que je fais ou ne fais plus .....

Ce que je pense .....

Ce que mon entourage me dit .....

Ce qui change dans mes relations avec eux .....

Ce qui change dans mon lieu de vie .....



## Ce qui me perturbe

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Envie de ne rien faire              | <input type="checkbox"/> Agacement/tension                  |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à dormir                | <input type="checkbox"/> Sensation de vide                  |
| <input type="checkbox"/> Angoisses                           | <input type="checkbox"/> Idées bizarres                     |
| <input type="checkbox"/> Idées noires/tristesse              | <input type="checkbox"/> Impression que l'on me veut du mal |
| <input type="checkbox"/> Voix méchantes et/ou insupportables | <input type="checkbox"/> .....                              |
| <input type="checkbox"/> .....                               | <input type="checkbox"/> .....                              |
| <input type="checkbox"/> .....                               | <input type="checkbox"/> .....                              |

## ● Mes personnes de soutien

### Les personnes\* sur lesquelles je peux compter

Qui ?	Téléphone	Prévenir en cas d'urgence	
		Oui	Non
1			
2			
3			
4			

\*Je les ai informées de l'existence de « mon GPS »

J'ai confiance en .....

Si jamais je vais mal, il ou elle pourrait me soutenir, en aidant à la prise de décision, en assurant mes droits et en suivant mes soins. Je pourrais le ou la nommer **ma personne de confiance**.

Si elle est d'accord  
ma personne de confiance  
peut signer ici

## Mon équipe référente

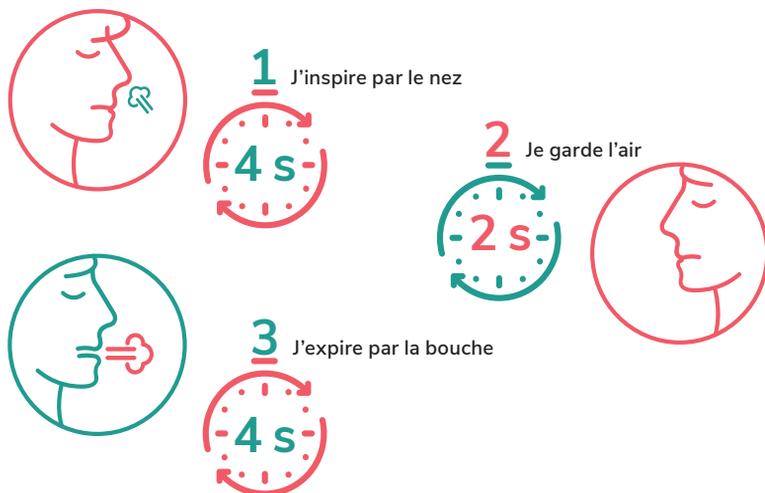
Fonction	Nom	Téléphone
Psychiatre référent		
Médecin généraliste		
Curateur/tuteur		
Mon référent		

## Les personnes que je ne veux pas voir quand je ne vais pas bien

- .....
- .....
- .....

## ● Ce qui m'aide quand je ne vais pas bien

### La respiration pour me détendre



Oser appeler mes personnes de soutien !

- Ce qui m'aide quand je ne vais pas bien

.....

.....

.....

- Ce qui ne m'aide pas quand je ne vais pas bien

.....

.....

.....

- Les endroits où je peux trouver de l'apaisement

.....

.....

.....

- Si cela ne s'arrange pas, qu'est-ce que je peux faire de plus ?

.....

.....

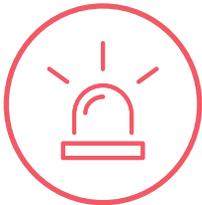
.....

- Quelles peuvent être les alternatives à l'hospitalisation ?

.....

.....

.....



## SI CELA NE VA VRAIMENT PAS !

Le CMP en urgence du lundi au vendredi 

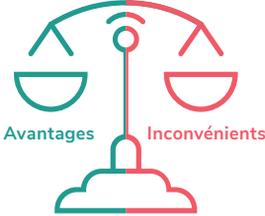
Les urgences d'un hôpital 

 le **112**

# ● Traitements et interventions

## Mon traitement médicamenteux actuel

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....



- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Médicaments ou interventions qui m'ont aidé-e par le passé

Exemples d'interventions : psychothérapie, ergothérapie, activités...

.....

.....

Pourquoi ?

.....

.....

.....

## Médicaments ou interventions qui ne m'ont pas aidé-e par le passé

.....

.....

Pourquoi ?

.....

.....

.....

Autre médicament ou intervention à envisager ?

.....

.....

.....

## Effets indésirables de mon traitement médicamenteux

- Cochez les effets indésirables que vous rencontrez
- Entourez les deux effets indésirables les plus gênants pour vous

Fatigue

Prise de poids

Tremblements

.....

Constipation

Troubles de la libido

.....

.....

Médicaments que je souhaite éviter si possible

## Mes autres problèmes de santé

## Mes douleurs physiques

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

aucune

faibles

moyennes

fortes

intolérables



# ● Et si je suis hospitalisé·e...

## Ce que mes personnes de soutien pourraient faire pour m'aider

(ex. : valise, ordonnances, cigarettes, animaux, travail et/ou formation, frigo, factures...)

- .....
- .....
- .....
- .....

## Ce que j'aimerais avoir avec moi pendant l'hospitalisation

- .....
- .....
- .....
- .....

### Ma contraception



## Ce qui m'agace quand je suis hospitalisé·e

(ex. : être tutoyé·e, ne pas voir mes proches, devoir porter un pyjama, ne pas pouvoir sortir fumer...)

- .....
- .....
- .....
- .....

## Ce qui pourrait me calmer quand ça ne va vraiment pas

- .....
- .....
- .....
- .....

## Ce qui pourrait rendre mon hospitalisation plus facile

(ex. : pratique religieuse, alimentation, chambre seule, choisir mes vêtements...)

- .....
- .....
- .....
- .....

## Et si une hospitalisation est vraiment nécessaire mais que je m'y oppose

Qui pourrait faire la demande d'hospitalisation à ma place ? .....

.....

Personne que je préférerais que l'on ne sollicite pas .....

.....

Personne de mon entourage qui préférerait ne pas être sollicitée pour une demande d'hospitalisation .....

.....

## Ce que je veux que l'on respecte si je suis hospitalisé·e

.....

.....

.....

.....





## Mémo\*

Rester entouré-e, m'appuyer sur mes soutiens.



Bien dormir.



Rester loin de l'alcool, du cannabis et des autres drogues.



Respecter la prise de mon traitement.



Réfléchir avant de prendre des décisions importantes.  
Vaudrait-il mieux, peut-être, les reporter ?



Comprendre qu'aller moins bien n'est pas un retour en arrière.



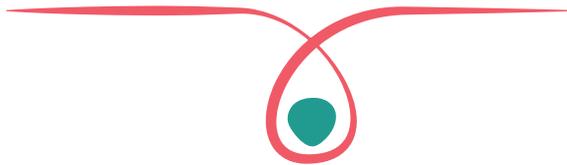
Me rappeler que des aides efficaces existent et sont disponibles.  
Ne pas attendre que les choses s'arrangent d'elles-mêmes.



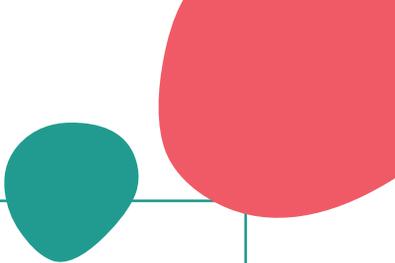
Si l'aide est rapide, je me rétablirai plus facilement.



Garder espoir.



\*Propositions faites par des personnes vivant avec des troubles psychiques, lors des focus groupes de construction de « mon GPS ».



## Mes notes personnelles

### J'ai construit « mon GPS » en échangeant avec

---

---

### J'ai choisi d'en remettre une copie à

---

---

Ils ou elles veilleront à ce que ce guide soit bien utilisé le cas échéant.

Je suis d'accord pour que « mon GPS » soit intégré à mon dossier patient

Non  Oui

Mon ou ma médecin psychiatre en a été informé-e

Non  Oui

Signature du médecin

J'ai actualisé « mon GPS » le     /     /

Ma signature

« mon GPS - Guide Prévention et Soins » vise à faciliter l'expression et le respect des souhaits des personnes, dans l'hypothèse où elles ne seraient plus en mesure de consentir.

Le kit pédagogique « mon GPS » comprend ce livret et des notices explicatives, téléchargeables sur le site [www.psycom.org](http://www.psycom.org)

« mon GPS » a été élaboré par Marie Condemine et Ofelia Lopez Hernandez (psychologues, Association PRISM), en partenariat avec Psycom.

Il a été construit selon une démarche participative, avec des personnes vivant avec des troubles psychiques, des proches et des professionnels de la santé et du social.



Label Droits des usagers de la santé 2020

Prix du jury du Concours « Droits des usagers de la santé »  
Édition 2020/Ministère des Solidarités et de la Santé

Soutien à la diffusion :



« mon GPS » est placé sous licence Creative Commons  
Attribution-Pas d'utilisation commerciale  
Pas de modifications (CC BY-NC-ND 3.0 FR)  
[creativecommons.org](http://creativecommons.org)