

## PLAN DE « RÉTABLISSEMENT »

<b>Nom :</b>	<b>Date :</b>
Mon coffre d'outils (ce que je peux faire pour me sentir mieux)	Plan de maintien des acquis (ce que je dois faire pour me sentir bien)
<b>Déclencheurs d'une rechute</b> (événements ou circonstances qui peuvent contribuer à me faire sentir moins bien)	<b>Signes précurseurs d'une rechute</b> (changements subtiles dans mes pensées, mon attitude et mes comportements)
<b>Quand je vais moins bien</b> (je peux encore gérer mes activités quotidiennes mais j'ai besoin de plus de soutien)	<b>Situation de crise</b> (je suis incapable de gérer adéquatement mes activités quotidiennes & j'ai besoin que d'autres personnes prennent la responsabilité de mon bien-être)
<b>Voici les personnes avec qui je peux communiquer si j'ai besoin de parler ou besoin d'aide et de soutien (incluant les numéros de téléphones)</b>	
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

**Traduction libre de «Mini-Wrap-Plan»**

Materials adapted, with permission, by The University of Kansas School of Social Welfare

© 1995-2005—Mary Ellen Copeland, MS,MA-All Rights Reserved-P.O. Box 301, West Dummerston, VT 05357-  
www.mentalhealthrecovery.com, Copeland Center for Wellness & Recovery-P.O. Box 6464, Chandler, AZ 85246-(866)436-  
9727 (toll-free)-(480)855-3282-(480)855-5118(fax)-copelandcenter.com/The «Action Plan» is adapted from the evidence-  
based implementation resource kit developed from SAMHSA's Center for Mental Health Services (no.280-00-8049)  
www.samhsa.gov

# PLAN D'ACTION

Décrire un évènement ou une circonstance que vous anticipé ou craignez :

---

---

Quand est-ce que cet évènement ou circonstance peut se produire?

---

---

Quels sont les actions que je peux prendre à l'avance pour apaiser les situations plus difficile et quand puis-je me servir de ces actions?

---

---

*Mettre le focus sur un item à la fois pour les prochaines questions. Utiliser d'autres copies de ce formulaire si besoin.*

Avec qui vais-je communiquer pour m'aider dans tel type de situation?

---

---

Comment vais-je procéder, qu'est-ce que je dois faire?

---

---

Comment procéder de cette façon m'aideras?

---

---

Quels seront les coûts (\$) associés à ce plan? (Si je n'ai pas d'argent disponible, comment faire pour me permettre d'actualiser ce plan?)

---

---

## Traduction libre de «Mini-Wrap-Plan»

Materials adapted, with permission, by The University of Kansas School of Social Welfare

© 1995-2005—Mary Ellen Copeland, MS,MA-All Rights Reserved-P.O. Box 301, West Dummerston, VT 05357-  
www.mentalhealthrecovery.com, Copeland Center for Wellness & Recovery-P.O. Box 6464, Chandler, AZ 85246-(866)436-  
9727 (toll-free)-(480)855-3282-(480)855-5118(fax)-copelandcenter.com/The «Action Plan» is adapted from the evidence-  
based implementation resource kit developed from SAMHSA's Center for Mental Health Services (no.280-00-8049)  
www.samhsa.gov