

OUTILS CLINIQUES

PLAN DE TRANSITION  
EN TROUBLES GRAVES  
DU COMPORTEMENT  
OUTIL CLINIQUE





# PLAN DE TRANSITION EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

---

**Mylène Gagné, éducatrice spécialisée, CRDITED de Montréal**

**Véronique Longtin, conseillère experte en TGC, SQETGC**

**André Lapointe, Ph.D., expert-conseil, SQETGC**

**André Soulières, expert-conseil, SQETGC**

---

Novembre 2014



Publié au Québec en novembre 2014.

Par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement, un service de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

ISBN – 2-921627-28-0

© FQCRDITED | SQETGC (2014)

Peut être reproduit, à condition de citer la référence. Peut être modifié uniquement par un établissement associé à la FQCRDITED, et ce, à condition de citer la référence.

Écrit par Mylène Gagné, Véronique Longtin, André Lapointe et André Soulières.

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement  
1001, rue Sherbrooke Est, bureau 510  
Montréal (Québec)  
H2L 1L3

Téléphone : 514 525-2734  
Télécopieur : 514 525-7075

[www.fqcrdited.org/sqetgc](http://www.fqcrdited.org/sqetgc)

Ce document devrait être cité comme suit : Gagné, M., Longtin, V., Lapointe, A. et Soulières, A. (2014). *Plan de transition en troubles graves du comportement* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.

# PLAN DE TRANSITION EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT<sup>1</sup>

MYLÈNE GAGNÉ, VÉRONIQUE LONGTIN, ANDRÉ LAPOINTE ET ANDRÉ SOULIÈRES  
2<sup>e</sup> ÉDITION - NOVEMBRE 2014

|   |   |                 |               |       |      |      |       |                  |       |
|---|---|-----------------|---------------|-------|------|------|-------|------------------|-------|
| <b># DOSSIER :</b>  |   |                 |               |       |      |      |       |                  |       |
| NOM :   | _____   | PRÉNOM :        | _____         |       |      |      |       |                  |       |
| ADRESSE :   | _____   |                 |               |       |      |      |       |                  |       |
| VILLE :   | _____   | (CODE POSTAL) : | _____         |       |      |      |       |                  |       |
| DATE DE NAISSANCE :   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">JOUR</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MOIS</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">ANNÉE</td> </tr> </table> |                 |               |       | JOUR | MOIS | ANNÉE | LANGUE D'USAGE : | _____ |
|   |   |                 |               |       |      |      |       |                  |       |
| JOUR  | MOIS  | ANNÉE           |               |       |      |      |       |                  |       |
| <b>REPRÉSENTANT LÉGAL</b>   | NOM :   | _____           | TÉLÉPHONE :   | _____ |      |      |       |                  |       |
|   | ADRESSE :   | _____           |               |       |      |      |       |                  |       |
|   | VILLE :   | _____           | CODE POSTAL : | _____ |      |      |       |                  |       |
|   | LIEN :  | _____           |               |       |      |      |       |                  |       |
| <b>RESPONSABLE<br/>RÉDACTION DU PLAN</b>  | NOM :   | _____           | FONCTION :    | _____ |      |      |       |                  |       |
|   | ÉTABLISSEMENT :   | _____           | TÉLÉPHONE :   | _____ |      |      |       |                  |       |
|   | SERVICE :   | _____           |               |       |      |      |       |                  |       |
| <table style="margin-left: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">JOUR</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MOIS</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">ANNÉE</td> </tr> </table> |   |                 |               |       |      |      | JOUR  | MOIS             | ANNÉE |
|   |   |                 |               |       |      |      |       |                  |       |
| JOUR  | MOIS  | ANNÉE           |               |       |      |      |       |                  |       |
| DATE DE L'ÉLABORATION DU PLAN : _____   |   |                 |               |       |      |      |       |                  |       |
| DATE DE LA RENCONTRE DE PLANIFICATION DU PLAN : _____   |   |                 |               |       |      |      |       |                  |       |
| DATE(S) DE SUIVI DES INTERVENTIONS DU PLAN (AVANT LE CHANGEMENT) : _____  |   |                 |               |       |      |      |       |                  |       |
| DATE(S) DE SUIVI DES INTERVENTIONS DU PLAN (APRÈS LE CHANGEMENT) : _____  |   |                 |               |       |      |      |       |                  |       |

<sup>1</sup> © SQETGC (2014). Peut être reproduit, à la condition de citer la référence comme suit : Gagné, M., Longtin, V., Lapointe, A. et Soulières A. (2014). *Plan de transition en troubles graves du comportement* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC. Accessible au <http://fqcrdited.org/sqetgc/soutien> au développement de l'expertise/outils/. Par ailleurs, ce document peut être modifié uniquement par un établissement associé à la FQCRDITED, et ce, à la condition de citer la référence.

## TABLE DES MATIÈRES

PAGE

|   |    |
|---|----|
| <b>Contexte de transition</b> .....   | 3  |
| Changement(s) faisant l'objet de ce plan  |    |
| Contexte de transition pour cette personne  |    |
| Personnes à consulter pour élaborer ce plan de transition                                 |    |
| <b>Section I</b> – Profil de la personne et besoins spécifiques liés à la transition..... | 4  |
| Contexte externe.....   | 4  |
| 1. Environnement physique.....  | 4  |
| 2. Environnement social .....   | 6  |
| 3. Habitudes et style de vie.....   | 8  |
| Contexte interne .....  | 13 |
| 4. Caractéristiques psychologiques .....  | 13 |
| 5. Habilités déficitaires .....   | 15 |
| 6. Santé physique .....   | 18 |
| 7. Santé mentale .....  | 19 |
| 8. Caractéristiques des atteintes neurologiques et psychologiques.....                    | 20 |
| <b>Section II</b> – Particularités de la personne en termes de cohabitation .....         | 22 |
| <b>Section III</b> – Stratégies d'adaptation aux changements .....                        | 23 |
| Personne qui vit le changement .....  | 23 |
| Proches .....   | 24 |
| Milieu de départ .....  | 25 |
| Milieu d'accueil .....  | 26 |
| <b>Section IV</b>   |    |
| Tâches connexes .....   | 27 |
| Calendrier de réalisation .....   | 28 |

## CONTEXTE DE TRANSITION

|   |   |
|---|---|
| √ | <b>CHANGEMENT(S) FAISANT L'OBJET DE CE PLAN</b><br>(COCHEZ TOUS LES ÉNONCÉS QUI S'APPLIQUENT) |
|   | CHANGEMENT DE MILIEU RÉSIDENTIEL  |
|   | CHANGEMENT DE MILIEU DE TRAVAIL   |
|   | CHANGEMENT DE MILIEU D'ÉDUCATION OU DE GARDE  |
|   | CHANGEMENT DE MILIEU DE LOISIR/RÉCRÉATIF  |

### CONTEXTE DE TRANSITION POUR CETTE PERSONNE

|  |
|--|
| MOTIF DU CHANGEMENT DE MILIEU :  |
| INFORMATIONS RELATIVES AUX DÉPLACEMENTS ANTÉRIEURS ET MOTIFS DE CES DÉPLACEMENTS : |

### PERSONNES À CONSULTER POUR ÉLABORER CE PLAN DE TRANSITION

COCHEZ LORSQUE RÉALISÉ

|  | COCHEZ LORSQUE RÉALISÉ |
|--|------------------------|
|  |                        |
|  |                        |
|  |                        |
|  |                        |

**Section I** PROFIL DE LA PERSONNE ET BESOINS SPÉCIFIQUES LIÉS À LA TRANSITION

**CONTEXTE EXTERNE**

**1. ENVIRONNEMENT PHYSIQUE**

- CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE (ARCHITECTURAUX)  
 Quelles sont les préférences de la personne quant à son environnement physique? Quels sont ses besoins en fonction de son environnement physique?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |



## CONTEXTE EXTERNE

### 1. ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Quelles sont les réactions de la personne face à un environnement bruyant, lumineux ou chaud? Quel est le meilleur espace de vie (chambre située dans la résidence de façon isolée ou centrale, à l'étage ou au sous-sol)? Quels sont les aménagements préventifs en lien avec l'environnement physique?

**CONSIGNE : MARQUEZ D'UN « X » LES ÉNONCÉS QUI SONT UNE CAUSE DU TGC**

| CAUSE DU TGC | CARACTÉRISTIQUE(S) OU BESOIN DE LA PERSONNE | CARACTÉRISTIQUE(S) DU MILIEU RECHERCHÉ | CORRESPONDANCE DU MILIEU DE DESTINATION TROUVÉ | CONVIENT <sup>1</sup> | ADAPTATIONS NÉCESSAIRES AU MILIEU TROUVÉ | ADAPTATIONS POSSIBLES POUR LA PERSONNE | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>2</sup> |
|--------------|---|--|--|-----------------------|--|--|-------------|----------|--------------------|
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |

**1** Légende de la cotation « **CONVIENT** »

|   |   |
|---|---|
| 1 | Adaptations impossibles                                     |
| 2 | Adaptations nécessaires et possibles – coûteuses/difficiles |
| 3 | Adaptations nécessaires et possibles – économiques/faciles  |
| 4 | Aucune adaptation nécessaire                                |

**2** Légende de la cotation « **SUIVI** »

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| E | Adaptations « En cours »    |
| C | Adaptations « Complétées »  |
| S | Adaptations « Suffisantes » |

**2. ENVIRONNEMENT SOCIAL**

- **SOCIALISATION ET CONTACTS INTERPERSONNELS**

Quels sont ses liens privilégiés, ses relations avec ses pairs, ses amis, sa famille, les adultes en général, les étrangers? Quelles sont les relations significatives pour la personne?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

- **SEXUALITÉ**

Comment la personne vit-elle sa sexualité? Quel est le niveau d'éducation sexuelle de la personne? Quel est son intérêt pour la sexualité et quelle compréhension en a-t-elle?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

## CONTEXTE EXTERNE 2. ENVIRONNEMENT SOCIAL

La personne a-t-elle besoin de poursuivre des liens privilégiés avec certaines personnes? A-t-elle besoin de contacts réguliers avec des proches? Quels sont les besoins d'intimité de la personne, avec qui et comment? Faut-il éviter un contact avec certaines personnes dans le milieu de vie et en transport? La personne a-t-elle des besoins particuliers dans l'expression de sa sexualité?

**CONSIGNE : MARQUEZ D'UN « X » LES ÉNONCÉS QUI SONT UNE CAUSE DU TGC**

| CAUSE DU TGC | CARACTÉRISTIQUE(S) OU BESOIN DE LA PERSONNE | CARACTÉRISTIQUE(S) DU MILIEU RECHERCHÉ | CORRESPONDANCE DU MILIEU DE DESTINATION TROUVÉ | CONVIENT <sup>1</sup> | ADAPTATIONS NÉCESSAIRES AU MILIEU TROUVÉ | ADAPTATIONS POSSIBLES POUR LA PERSONNE | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>2</sup> |
|--------------|---|--|--|-----------------------|--|--|-------------|----------|--------------------|
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |

**1** Légende de la cotation « **CONVIENT** »

|   |   |
|---|---|
| 1 | Adaptations impossibles                                     |
| 2 | Adaptations nécessaires et possibles – coûteuses/difficiles |
| 3 | Adaptations nécessaires et possibles – économiques/faciles  |
| 4 | Aucune adaptation nécessaire                                |

**2** Légende de la cotation « **SUIVI** »

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| E | Adaptations « En cours »    |
| C | Adaptations « Complétées »  |
| S | Adaptations « Suffisantes » |

### 3. HABITUDES ET STYLE DE VIE

- **ACTIVITÉS, RESSOURCES FRÉQUENTÉES ET LOISIRS**

Description des activités de loisir dans le milieu de vie ou dans la communauté, atelier, centre de jour, camps, cours, indiquer le nom et les coordonnées de l'organisme, le lieu, l'horaire de fréquentation et la personne-ressource, horaire de réservation du transport adapté.

|                        |         |                     |
|------------------------|---------|---------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |         |                     |
| NOM ET COORDONNÉES     | HORAIRE | PERSONNES RÉFÉRENCE |
|                        |         |                     |
|                        |         |                     |
|                        |         |                     |

- **UTILISATION DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES**

Comment la personne utilise-t-elle les ressources communautaires, coiffeur, dépanneur, banque, etc.? Comment gère-t-elle son budget, son compte, etc.? Est-ce que la personne sait utiliser l'argent? De quelle façon la personne participe-t-elle au magasinage de ses effets personnels? Quel est le niveau de collaboration de la personne?

|                        |             |                    |
|------------------------|-------------|--------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |             |                    |
| FORCES                 | DIFFICULTÉS | BESOINS DE SOUTIEN |
|                        |             |                    |
|                        |             |                    |
|                        |             |                    |

**3. HABITUDES ET STYLE DE VIE (SUITE)**

- **UTILISATION DU TRANSPORT**

Quelle est l'utilisation du transport en commun et du transport adapté (incluant le type d'admission, le type d'accompagnement)? Quel est le niveau de collaboration de la personne? A-t-elle besoin d'une aide particulière à bord du transport? A-t-elle un moyen de communication à utiliser pour le transport?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

- **ALIMENTATION**

Comment la personne utilise-t-elle les ustensiles, les appareils culinaires? Quelle est son implication dans la préparation des repas et la préparation de son lunch? Quelles sont ses préférences ou ses refus d'aliments?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

**3. HABITUDES ET STYLE DE VIE (SUITE)**

- **HYGIÈNE, HABILLEMENT/DÉSHABILLEMENT**  
 Quel est son niveau d'autonomie personnelle et ses préférences : bain, douche, rasage, menstruations, lavage des cheveux, brossage des dents, utilisation de la toilette, habillement/déshabillage, etc.?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

- **TÂCHES DOMESTIQUES, ENTRETIEN DES VÊTEMENTS**  
 Comment la personne participe-t-elle au ménage, vaisselle, balayage, choix des vêtements, lessive, etc.?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

**3. HABITUDES ET STYLE DE VIE (SUITE)**

- **GOÛTS ET INTÉRÊTS**

Quel est l'horaire quotidien de la personne? Quelles sont ses habitudes de sommeil? Quelles activités religieuses ou culturelles sont valorisées et détestées? Qu'est-ce qui rend les anniversaires ou fêtes agréables? Quels sont ses désirs, goûts, choix, préférences, intérêts, les choses détestées, etc.? Comment la personne actualise-t-elle ses choix? Quel est son niveau d'autodétermination?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

## CONTEXTE EXTERNE

### 3. HABITUDE ET STYLE DE VIE

Quels sont les éléments favorables au maintien de son style de vie, de ses rôles sociaux et de sa valorisation? Quel est le nombre idéal de personnes en présence? Quels sont les aspects privilégiés dans sa vie quotidienne (activité de groupe, repas, hygiène, interaction, utilisation d'objets)? Quel est l'environnement communautaire souhaité par la personne (urbain, banlieue, rural)?

**CONSIGNE : MARQUEZ D'UN « X » LES ÉNONCÉS QUI SONT UNE CAUSE DU TGC**

| CAUSE DU TGC | CARACTÉRISTIQUE(S) OU BESOIN DE LA PERSONNE | CARACTÉRISTIQUE(S) DU MILIEU RECHERCHÉ | CORRESPONDANCE DU MILIEU DE DESTINATION TROUVÉ | CONVIENT <sup>1</sup> | ADAPTATIONS NÉCESSAIRES AU MILIEU TROUVÉ | ADAPTATIONS POSSIBLES POUR LA PERSONNE | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>2</sup> |
|--------------|---|--|--|-----------------------|--|--|-------------|----------|--------------------|
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |

**1** Légende de la cotation « CONVIENT »

|   |   |
|---|---|
| 1 | Adaptations impossibles                                     |
| 2 | Adaptations nécessaires et possibles – coûteuses/difficiles |
| 3 | Adaptations nécessaires et possibles – économiques/faciles  |
| 4 | Aucune adaptation nécessaire                                |

**2** Légende de la cotation « SUIVI »

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| E | Adaptations « En cours »    |
| C | Adaptations « Complétées »  |
| S | Adaptations « Suffisantes » |



## CONTEXTE INTERNE

### 4. CARACTÉRISTIQUES PSYCHOLOGIQUES

- PERSONNALITÉ  
 Quels sont ses traits de caractère? Comment la personne aime-t-elle s'impliquer dans les choix qui la concerne? Quels sont ses souvenirs ou ses éléments d'histoire de vie particuliers? Comment est son estime de soi, son attachement, etc.?

| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |             |                    |
|------------------------|-------------|--------------------|
|                        |             |                    |
| FORCES                 | DIFFICULTÉS | BESOINS DE SOUTIEN |
|                        |             |                    |
|                        |             |                    |
|                        |             |                    |
|                        |             |                    |

## CONTEXTE INTERNE

### 4. CARACTÉRISTIQUES PSYCHOLOGIQUES

La personne a-t-elle des sensibilités particulières découlant de son histoire développementale? A-t-elle des vulnérabilités émotives, des caractéristiques motivationnelles particulières? Présente-t-elle des caractéristiques ou besoins auxquels on répond par des mesures de contrôle? Comment la personne traite-t-elle l'information? Quelles sont les conditions de renforcement du comportement problématique?

**CONSIGNE : MARQUEZ D'UN « X » LES ÉNONCÉS QUI SONT UNE CAUSE DU TGC**

| CAUSE DU TGC | CARACTÉRISTIQUE(S) OU BESOIN DE LA PERSONNE | CARACTÉRISTIQUE(S) DU MILIEU RECHERCHÉ | CORRESPONDANCE DU MILIEU DE DESTINATION TROUVÉ | CONVIENT <sup>1</sup> | ADAPTATIONS NÉCESSAIRES AU MILIEU TROUVÉ | ADAPTATIONS POSSIBLES POUR LA PERSONNE | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>2</sup> |
|--------------|---|--|--|-----------------------|--|--|-------------|----------|--------------------|
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |

**1** Légende de la cotation « CONVIENT »

|   |   |
|---|---|
| 1 | Adaptations impossibles                                     |
| 2 | Adaptations nécessaires et possibles – coûteuses/difficiles |
| 3 | Adaptations nécessaires et possibles – économiques/faciles  |
| 4 | Aucune adaptation nécessaire                                |

**2** Légende de la cotation « SUIVI »

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| E | Adaptations « En cours »    |
| C | Adaptations « Complétées »  |
| S | Adaptations « Suffisantes » |

### 5. HABILITÉS DÉFICITAIRES

- COMMUNICATION

La personne a-t-elle une communication verbale ou non verbale? Quelle est l'ampleur du vocabulaire? Utilise-t-elle un système de communication? Quels sont ses intérêts manifestés envers la lecture, l'écriture, etc.?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

- HABILITÉS SOCIALES

Quels sont les habiletés et comportements qui permettent à la personne de créer des liens, de se faire des amis? Quelles sont les habiletés valorisées par les autres et associées à l'acceptation des pairs? Quelles sont ses habiletés à entrer en contact avec les gens, incluant la capacité d'écouter? Quels sont ses moyens d'entrer en relation?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

**5. HABILITÉS DÉFICITAIRES (SUITE)**

- NOTIONS DE SÉCURITÉ  
 Quelles sont ses habiletés en lien avec la sécurité? Précautions à prendre en rapport à la manipulation d'appareils et de produits dangereux, au respect des règles de sécurité, etc.?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

- CAPACITÉ DE SE SITUER DANS LE TEMPS ET L'ESPACE  
 Quel est son niveau d'orientation, d'autonomie dans ses déplacements extérieurs, d'évaluation/appréciation de temps, etc.?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

## CONTEXTE INTERNE

### 5. HABILITÉS DÉFICITAIRES

La personne présente-t-elle des besoins liés aux lacunes : dans ses capacités de communications, dans les habiletés sociales, dans les habiletés pour moduler ses émotions?

**CONSIGNE : MARQUEZ D'UN « X » LES ÉNONCÉS QUI SONT UNE CAUSE DU TGC**

| CAUSE DU TGC | CARACTÉRISTIQUE(S) OU BESOIN DE LA PERSONNE | CARACTÉRISTIQUE(S) DU MILIEU RECHERCHÉ | CORRESPONDANCE DU MILIEU DE DESTINATION TROUVÉ | CONVIENT <sup>1</sup> | ADAPTATIONS NÉCESSAIRES AU MILIEU TROUVÉ | ADAPTATIONS POSSIBLES POUR LA PERSONNE | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>2</sup> |
|--------------|---|--|--|-----------------------|--|--|-------------|----------|--------------------|
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |

**1** Légende de la cotation « CONVIENT »

|   |   |
|---|---|
| 1 | Adaptations impossibles                                     |
| 2 | Adaptations nécessaires et possibles – coûteuses/difficiles |
| 3 | Adaptations nécessaires et possibles – économiques/faciles  |
| 4 | Aucune adaptation nécessaire                                |

**2** Légende de la cotation « SUIVI »

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| E | Adaptations « En cours »    |
| C | Adaptations « Complétées »  |
| S | Adaptations « Suffisantes » |

**6. SANTÉ PHYSIQUE**

- **SANTÉ**  
 Quel est l'état de santé général de la personne? La personne a-t-elle des limites qui sont causées par son état de santé? Y a-t-il des suivis médicaux en cours?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

- **SOINS DE SANTÉ**  
 Quelle est l'autonomie de la personne en ce qui a trait aux soins de santé, sa collaboration aux examens médicaux, sa compréhension quant à ses besoins médicaux, etc.? Prend-elle de la médication? Quels sont les effets secondaires de la médication?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |

**6. SANTÉ PHYSIQUE (SUITE)**

- CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES, MOTRICES ET SENSORIELLES  
 Quelles sont les capacités de la personne au niveau des déplacements? Est-ce que des aides techniques sont nécessaires à sa mobilité? Quel est l'impact sur le transport? Est-ce que la personne présente des limitations sensorielles, sensori-motrices ou un handicap?

| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |             |                    |
|------------------------|-------------|--------------------|
|                        |             |                    |
| FORCES                 | DIFFICULTÉS | BESOINS DE SOUTIEN |
|                        |             |                    |
|                        |             |                    |
|                        |             |                    |

**7. SANTÉ MENTALE**

La personne présente-t-elle un trouble de santé mentale? A-t-elle des suivis psychologiques, etc.?

| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |             |                    |
|------------------------|-------------|--------------------|
|                        |             |                    |
| FORCES                 | DIFFICULTÉS | BESOINS DE SOUTIEN |
|                        |             |                    |
|                        |             |                    |
|                        |             |                    |

**8. CARACTÉRISTIQUES DES ATTEINTES NEUROLOGIQUES ET NEUROPSYCHOLOGIQUES**

La personne a-t-elle des atteintes neurologiques ou neuropsychologiques dont il faut tenir compte dans son quotidien? Est-ce que la personne présente des hypo ou des hypersensibilités?

|                        |                    |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| DESCRIPTION GÉNÉRALE : |                    |                           |
|                        |                    |                           |
| <b>FORCES</b>          | <b>DIFFICULTÉS</b> | <b>BESOINS DE SOUTIEN</b> |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |
|                        |                    |                           |



## CARACTÉRISTIQUES DE LA SANTÉ PHYSIQUE, MENTALE OU NEUROLOGIQUE

Est-ce que la personne présente des maladies physiques, mentales, neurologiques ou des conditions médicales (intolérance ou allergie) nécessitant un traitement, des soins ou des examens? Quels seront les impacts des besoins sur le milieu? La sectorisation des services en santé mentale est-elle un enjeu? La personne a-t-elle des besoins particuliers (traitement, médication, approche particulière, diète sensorielle) liés à ses diagnostics (TSA, syndrome frontal, syndrome génétique, état épileptique, AVC, TCC, encéphalopathie)? Est-ce que le milieu a besoin d'être adapté à ses conditions physiques, sensorielles, cognitives, comportementales? Nécessite-t-elle des aides techniques?

**CONSIGNE : MARQUEZ D'UN « X » LES ÉNONCÉS QUI SONT UNE CAUSE DU TGC**

| CAUSE DU TGC | CARACTÉRISTIQUE(S) OU BESOIN DE LA PERSONNE | CARACTÉRISTIQUE(S) DU MILIEU RECHERCHÉ | CORRESPONDANCE DU MILIEU DE DESTINATION TROUVÉ | CONVIENT <sup>1</sup> | ADAPTATIONS NÉCESSAIRES AU MILIEU TROUVÉ | ADAPTATIONS POSSIBLES POUR LA PERSONNE | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>2</sup> |
|--------------|---|--|--|-----------------------|--|--|-------------|----------|--------------------|
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |
|              |   |  |  |                       |  |  |             |          |                    |

<sup>1</sup> Légende de la cotation « CONVIENT »

|   |   |
|---|---|
| 1 | Adaptations impossibles                                     |
| 2 | Adaptations nécessaires et possibles – coûteuses/difficiles |
| 3 | Adaptations nécessaires et possibles – économiques/faciles  |
| 4 | Aucune adaptation nécessaire                                |

<sup>2</sup> Légende de la cotation « SUIVI »

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| E | Adaptations « En cours »    |
| C | Adaptations « Complétées »  |
| S | Adaptations « Suffisantes » |

## Section II Particularités de la personne en termes de cohabitation

à compléter lorsqu'un milieu potentiel a été choisi

(des incompatibilités peuvent constituer un obstacle majeur au choix)

À partir des informations des pages précédentes, identifier les particularités de la personne et évaluer la concordance avec les personnes du milieu trouvé. A-t-on des ajustements ou des adaptations à mettre en place pour la personne ou pour un pair en fonction du pairage des caractéristiques relationnelles? Y a-t-il des compatibilités à exploiter ou des incompatibilités à considérer pour réduire l'impact du changement sur la personne et sur les pairs?

**CONSIGNE : MARQUEZ D'UN X LES CARACTÉRISTIQUES QUI SONT UNE CAUSE DU TGC**

| CAUSE DU TGC | COMPATIBILITÉS ET INCOMPATIBILITÉS DONT IL FAUT TENIR COMPTE | CORRESPONDANCE AVEC LES CARACTÉRISTIQUES OU BESOINS DE LA PERSONNE | CONVIENT <sup>1</sup> | ADAPTATIONS NÉCESSAIRES AU MILIEU TROUVÉ | ADAPTATIONS POSSIBLES POUR LA PERSONNE | ADAPTATIONS POSSIBLES POUR LE PAIR | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>2</sup> |
|--------------|--|--|-----------------------|--|--|------------------------------------|-------------|----------|--------------------|
|              |  |  |                       |  |  |                                    |             |          |                    |
|              | Pair 1 :   |  |                       |  |  |                                    |             |          |                    |
|              | Pair 2 :   |  |                       |  |  |                                    |             |          |                    |
|              | Pair 3 :   |  |                       |  |  |                                    |             |          |                    |
|              | Pair 4 :   |  |                       |  |  |                                    |             |          |                    |

**1** Légende de la cotation « CONVIENT »

|   |   |
|---|---|
| 1 | Adaptations impossibles                                     |
| 2 | Adaptations nécessaires et possibles – coûteuses/difficiles |
| 3 | Adaptations nécessaires et possibles – économiques/faciles  |
| 4 | Aucune adaptation nécessaire                                |

**2** Légende de la cotation « SUIVI »

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| E | Adaptations « En cours »    |
| C | Adaptations « Complétées »  |
| S | Adaptations « Suffisantes » |

## Section III

**STRATÉGIES D'ADAPTATION AUX CHANGEMENTS**

### PERSONNE QUI VIT LE CHANGEMENT

Quelles sont les émotions éprouvées face aux changements dans sa vie et quel est le niveau d'intensité (anxiété, panique, détachement, colère, etc.)? Quelles sont les pertes, totales ou partielles, qui n'ont pu être évitées lors de cette transition? Quelles sont les stratégies ou capacités adaptatives de la personne?

| ASPECTS QUI DÉTERMINENT L'IMPACT DU CHANGEMENT POUR LA PERSONNE | STRATÉGIES D'ADAPTATION AU CHANGEMENT                 | ACTIVITÉS EN COURS DE TRANSITION | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>1</sup> |
|---|---|----------------------------------|-------------|----------|--------------------|
| <b>Favorables :</b>   | <b>Prévisibilité (information)</b>                    |                                  |             |          |                    |
|   | <b>Contrôle (implication)</b>                         |                                  |             |          |                    |
|   | <b>Lien affectif (personnes significatives/liens)</b> |                                  |             |          |                    |
| <b>Défavorables :</b>   | <b>Lien affectif (personnes significatives/liens)</b> |                                  |             |          |                    |
|   | <b>Plaisir, valorisation (reconnaissance)</b>         |                                  |             |          |                    |
|   |   |                                  |             |          |                    |

<sup>1</sup> Légende de la cotation « SUIVI »

|   |                            |
|---|----------------------------|
| E | Ajustements « En cours »   |
| C | Ajustements « Complétés »  |
| S | Ajustements « Suffisants » |

## STRATÉGIES D'ADAPTATION AUX CHANGEMENTS PROCHES

Que signifie ce changement pour les proches (victoire, échec personnel, danger pour l'utilisateur)? Quels sont les changements concrets pour eux, les gains et les pertes? Quels sentiments éprouvent-ils face à la transition de la personne (peur, colère, impuissance, incompréhension, etc.)?

| ASPECTS QUI DÉTERMINENT L'IMPACT DU CHANGEMENT POUR LA PERSONNE | STRATÉGIES D'ADAPTATION AU CHANGEMENT                 | ACTIVITÉS EN COURS DE TRANSITION | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>1</sup> |
|---|---|----------------------------------|-------------|----------|--------------------|
| <b>Favorables :</b>   | <b>Prévisibilité (information)</b>                    |                                  |             |          |                    |
|   | <b>Contrôle (implication)</b>                         |                                  |             |          |                    |
|   | <b>Lien affectif (personnes significatives/liens)</b> |                                  |             |          |                    |
| <b>Défavorables :</b>   | <b>Plaisir, valorisation (reconnaissance)</b>         |                                  |             |          |                    |
|   |   |                                  |             |          |                    |
|   |   |                                  |             |          |                    |

<sup>1</sup> Légende de la cotation « SUIVI »

|   |                            |
|---|----------------------------|
| E | Ajustements « En cours »   |
| C | Ajustements « Complétés »  |
| S | Ajustements « Suffisants » |

## STRATÉGIES D'ADAPTATION AUX CHANGEMENTS MILIEU DE DÉPART

Quelle est la perception du milieu de départ sur les gains et les pertes de la personne? Quelle est sa perception de ce que représente la transition pour la personne? Que signifie ce changement pour eux (victoire, échec professionnel)? Quels sont les changements concrets pour eux? Quels sont leurs gains et leurs pertes?

| ASPECTS QUI DÉTERMINENT L'IMPACT DU CHANGEMENT POUR LA PERSONNE | STRATÉGIES D'ADAPTATION AU CHANGEMENT                 | ACTIVITÉS EN COURS DE TRANSITION | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>1</sup> |
|---|---|----------------------------------|-------------|----------|--------------------|
| <b>Favorables :</b>   | <b>Prévisibilité (information)</b>                    |                                  |             |          |                    |
|   | <b>Contrôle (implication)</b>                         |                                  |             |          |                    |
|   | <b>Lien affectif (personnes significatives/liens)</b> |                                  |             |          |                    |
| <b>Défavorables :</b>   | <b>Plaisir, valorisation (reconnaissance)</b>         |                                  |             |          |                    |
|   |   |                                  |             |          |                    |
|   |   |                                  |             |          |                    |

<sup>1</sup> Légende de la cotation « SUIVI »

|   |                            |
|---|----------------------------|
| E | Ajustements « En cours »   |
| C | Ajustements « Complétés »  |
| S | Ajustements « Suffisants » |

## STRATÉGIES D'ADAPTATION AUX CHANGEMENTS MILIEU D'ACCUEIL

Quelle est la perception du milieu d'accueil de la personne en transition? Quels sont les changements concrets pour eux, gains et pertes au plan personnel, au plan professionnel? L'arrivée de la personne a-t-elle une dimension insécurisante (danger d'échec, de blessure, perte de statut, etc.)?

| ASPECTS QUI DÉTERMINENT L'IMPACT<br>DU CHANGEMENT POUR LA PERSONNE | STRATÉGIES D'ADAPTATION<br>AU CHANGEMENT              | ACTIVITÉS EN COURS DE TRANSITION | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>1</sup> |
|--|---|----------------------------------|-------------|----------|--------------------|
| <b>Favorables :</b>  | <b>Prévisibilité (information)</b>                    |                                  |             |          |                    |
|  | <b>Contrôle (implication)</b>                         |                                  |             |          |                    |
|  | <b>Lien affectif (personnes significatives/liens)</b> |                                  |             |          |                    |
| <b>Défavorables :</b>  | <b>Plaisir, valorisation (reconnaissance)</b>         |                                  |             |          |                    |
|  |   |                                  |             |          |                    |
|  |   |                                  |             |          |                    |

<sup>1</sup> Légende de la cotation « SUIVI »

|   |                            |
|---|----------------------------|
| E | Ajustements « En cours »   |
| C | Ajustements « Complétés »  |
| S | Ajustements « Suffisants » |

**Section IV TÂCHES CONNEXES**

Changements d'adresse, autorisations légales, démarches avec : pharmacie, sécurité du revenu, compte en fiducie, transport adapté, etc.

| ACTIVITÉS EN COURS DE TRANSITION | RESPONSABLE | ÉCHÉANCE | SUIVI <sup>1</sup> |
|----------------------------------|-------------|----------|--------------------|
|                                  |             |          |                    |
|                                  |             |          |                    |
|                                  |             |          |                    |
|                                  |             |          |                    |
|                                  |             |          |                    |
|                                  |             |          |                    |

LES PERSONNES SOUSSIGNÉES CONFIRMENT AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ENSEMBLE DE CE PLAN DE TRANSITION.

|  |      |       |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
|--|------|-------|--|------|------|-------|--|--|--|--|------|------|-------|
| <p>_____ DATE DE SIGNATURE : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td></tr></table></p> <p>PERSONNE QUI TRANSITE</p> |      |       |  | JOUR | MOIS | ANNÉE | <p>_____ DATE DE SIGNATURE : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td></tr></table></p> <p>INTERVENANT RESSOURCE</p>               |  |  |  | JOUR | MOIS | ANNÉE |
|  |      |       |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
| JOUR   | MOIS | ANNÉE |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
|  |      |       |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
| JOUR   | MOIS | ANNÉE |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
| <p>_____ DATE DE SIGNATURE : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td></tr></table></p> <p>REPRÉSENTANT LÉGAL</p>    |      |       |  | JOUR | MOIS | ANNÉE | <p>_____ DATE DE SIGNATURE : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td></tr></table></p> <p>PROFESSIONNEL RESPONSABLE RESSOURCE</p> |  |  |  | JOUR | MOIS | ANNÉE |
|  |      |       |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
| JOUR   | MOIS | ANNÉE |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
|  |      |       |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
| JOUR   | MOIS | ANNÉE |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
| <p>_____ DATE DE SIGNATURE : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td></tr></table></p> <p>INTERVENANT PIVOT</p>     |      |       |  | JOUR | MOIS | ANNÉE | <p>_____ DATE DE SIGNATURE : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td></tr></table></p> <p>CHEF DE SERVICE</p>                     |  |  |  | JOUR | MOIS | ANNÉE |
|  |      |       |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
| JOUR   | MOIS | ANNÉE |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
|  |      |       |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |
| JOUR   | MOIS | ANNÉE |  |      |      |       |  |  |  |  |      |      |       |

<sup>1</sup> Légende de la cotation « SUIVI »

|   |                            |
|---|----------------------------|
| E | Ajustements « En cours »   |
| C | Ajustements « Complétés »  |
| S | Ajustements « Suffisants » |

**CALENDRIER DE RÉALISATION :** \_\_\_\_\_

NOM DE L'USAGER

**MOIS :** \_\_\_\_\_ **ANNÉE :** \_\_\_\_\_

| LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI | DIMANCHE |
|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
|       |       |          |       |          |        |          |
|       |       |          |       |          |        |          |
|       |       |          |       |          |        |          |
|       |       |          |       |          |        |          |
|       |       |          |       |          |        |          |











UN SERVICE DE LA



1001, rue Sherbrooke Est  
Bureau 510  
Montréal (Québec)  
H2L 1L3

Téléphone : (514) 525-2734  
[www.fqcrdited.org/sqetgc](http://www.fqcrdited.org/sqetgc)