



Phase de préparation

Période 12-14 ans

1 Première discussion sur la transition

1.1 Discuter avec le patient et les parents du concept de la transition et de son importance

2 Un plan de transition en plusieurs étapes est mis en place

2.1 Se mettre d'accord avec le patient et les parents sur le processus de transition et les étapes spécifiques (bien que flexibles et personnalisées) permettant d'atteindre l'autonomie et le transfert vers les services adultes

3 Le médecin commence à voir le patient sans ses parents

3.1 Les raisons qui amènent le médecin à proposer que l'adolescent soit vu seul pendant au moins une partie de la consultation sont expliquées de manière raisonnée au patient et à ses parents

3.2 Le patient est vu sans ses parents pendant une partie de la consultation, principalement pour discuter du questionnaire HEEADSSS et recueillir ses impressions au sujet de la maladie, du traitement et de la douleur

3.3 Le médecin discute avec les parents de leur nouveau rôle au fur et à mesure que la transition progresse

4 Définir les attentes (éducatives/professionnelles) du patient et de ses parents

4.1 Définir les attentes éducatives du patient

4.2 Commencer à discuter avec le patient de ses choix d'orientation professionnelle

Période 14-16 ans

5 Discuter des effets des substances légales sur la maladie et son traitement

5.1 Discuter des effets du tabac sur la maladie et son traitement

5.2 Discuter des effets de la consommation et de l'abus d'alcool sur la maladie et son traitement

6 Discuter des effets des substances illégales sur la maladie et son traitement

6.1 Discuter des effets de la consommation de cannabis sur la maladie et son traitement

6.2 Discuter des effets de la consommation d'autres substances illégales sur la maladie et son traitement

7 Discuter de l'impact de la maladie sur la sexualité/fertilité/grossesse et des effets du/des traitement(s) sur la fertilité

7.1 Les professionnels de la santé fournissent des informations au patient et aux parents au sujet de l'impact de la maladie et de son traitement sur la sexualité, la fertilité et la grossesse

7.2 Discussion avec le patient, mais sans les parents, sur les aspects/comportements à caractère personnel liés à l'information au sujet de la sexualité, la fertilité et la grossesse. Idéalement à l'occasion d'une seconde consultation

8 Le patient sait comment réagir en cas d'urgence

8.1 Les signes et symptômes motivant une visite aux urgences sont expliqués au patient afin qu'il sache comment réagir

8.2 Les signes et symptômes motivant une consultation (en dehors du service d'urgences) sont expliqués au patient afin qu'il sache comment réagir

9 Les différences entre les soins pédiatriques et les soins aux adultes sont expliquées

9.1 Expliquer les différentes approches observées globalement entre les soins pédiatriques et les soins adultes

9.2 Le cas échéant, expliquer les différences observées entre les soins pédiatriques et les soins adultes vers lesquels le patient sera adressé

10 Le patient est capable de décrire sa maladie

10.1 Le patient peut décrire correctement sa maladie en quelques phrases

11 Le patient est capable de décrire son traitement

11.1 Le patient peut décrire ses médicaments et ce pour quoi ils sont utilisés

12 Le patient est capable de prendre lui-même rendez-vous pour ses consultations

12.1 Autonomiser le patient pour qu'il soit capable de contacter le responsable de transition en cas de besoin

13 Toutes les étapes précédentes ont été complétées

13.1 Le médecin s'assure que tous les éléments ci-dessus sont acquis (ou dresse une liste de ceux qui doivent être acquis plus tard pour en informer le médecin pour adultes)

14 Test d'aptitude au transfert

14.1 Une évaluation standardisée d'aptitude au transfert est remise au patient et aux parents afin d'évaluer s'ils sont prêts au transfert vers les soins adultes



Phase de transfert

Période 16-18 ans

15 Identification du représentant des soins adultes

15.1 Le soignant pédiatrique identifie un soignant pour adultes en fonction des préférences/caractéristiques du patient (et de sa famille)

16 Mettre en place le protocole de transfert

16.1 Un protocole de transfert est établi entre le service pédiatrique et le service pour adultes (ou adapté aux besoins du patient si le protocole existe déjà)

17 Premier contact avec l'équipe du service pour adultes

17.1 Un premier contact est établi avec l'équipe du service pour adulte (cela peut être par téléphone et peut ne pas être nécessaire si une consultation commune est possible)

17.2 Si possible, au moins une consultation commune pédiatrie/service pour adultes est effectuée

Période 17-22 ans

18 Première consultation dans le service pour adultes

18.1 Une première consultation avec l'équipe du service pour adultes est effectuée (autre que la consultation commune avec le service pédiatrique)

19 Retour sur la première consultation

19.1 Un compte rendu standardisé de la première consultation dans le service pour adultes (qui n'est pas une consultation commune), rempli par le patient (et les parents si nécessaire/souhaité) doit être remis au coordinateur de transition (possible en ligne)

20 Seconde/dernière* consultation en soins pour adultes

20.1 Une seconde consultation dans le service pour adultes est effectuée (* dans le cadre du processus de transition)

21 Retour sur la seconde consultation

21.1 Un retour sur la deuxième consultation est donné par le patient et ses parents à l'équipe pédiatrique pour s'assurer que l'adhésion du patient et de sa famille à la consultation pour adultes est satisfaisante



Phase d'engagement

Période 20-24 ans

22 Aider le patient à gagner en autonomie

22.1 Discussion avec le patient sur ses besoins pour devenir plus autonome au quotidien

22.2 Trouver des moyens qui permettent au patient de gagner en autonomie en fonction de ses besoins

23 Suivi régulier au service pour adultes (prévoir au moins deux visites de contrôle)

23.1 S'assurer de programmer des visites de contrôle régulières

23.2 S'assurer de la participation du patient aux visites de contrôle (en particulier lorsqu'elles n'ont pas été reprogrammées)

24 Discuter assurance maladie

24.1 Discuter des choix liés à l'assurance maladie (si nécessaire)

25 Finalisation du plan de transition

25.1 Le patient dispose d'un projet éducatif/professionnel précis

25.2 Le patient est capable de se prendre en charge

25.3 Le patient est suffisamment autonome pour gérer ses besoins quotidiens

Akre C. et Al. Building a transitional care checklist in rheumatology: A Delphi-like survey. *Joint Bone Spine*. 2018 Jul;85(4):435-440

