

Passage d'un suivi pluridisciplinaire pédiatrique à un suivi adulte

**RECOMMANDATIONS
POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

TRANSITION

**14 > 16
ans**

Période de préparation

- **Expliquer** au jeune et à ses parents le **processus de transition**
- Définir les **attentes du patient et de sa famille**
- Pour le **préparer à son autonomie**, commencer à proposer au jeune de le voir seul une partie de la consultation pendant que ses parents l'attendent à l'extérieur
- Vérifier les **connaissances minimales** du jeune concernant sa maladie (nom de la maladie et des traitements)
- **Évaluer les capacités d'autonomie** du jeune en sollicitant la famille ainsi que les éventuelles structures de prise en charge
- Évoquer le **projet d'études et l'orientation professionnelle**
- Vérifier qu'une **carte d'urgence** a été remise
- Discuter des **conduites à risques** (tabac, alcool, drogue), leur effet sur la santé, la maladie et les traitements.

La transition est un processus intentionnel, progressif et coordonné dont l'objectif est de transférer le suivi médical d'une équipe de pédiatrie **vers une équipe de médecine adulte**. Cette étape comporte plusieurs phases de préparation et de planification qui sont nécessaires pour le jeune et tous ceux qui sont impliqués dans ses soins, afin de préparer au mieux à ce transfert en toute confiance.

L'équipe du service de pédiatrie a pour mission de donner au jeune **toutes les informations nécessaires** au bon déroulement de ce processus en lui apportant les connaissances sur sa maladie et son état de santé, ses traitements et les effets secondaires possibles, en s'assurant qu'il sache programmer et honorer les rendez-vous de suivi nécessaires, et en l'aidant à gérer les situations d'urgence.

Il n'y a pas de moment défini de façon précise pour réaliser le transfert. En général ce **processus intervient entre 16 et 22 ans** environ. Les différentes phases seront **adaptées à la situation de chaque jeune en fonction de ses souhaits**.

16 > 18
ans

Période de transition

- Évaluer la **capacité du jeune à expliquer sa maladie**
- Déterminer ses **connaissances** concernant l'action de ses traitements
- Évaluer l'**autonomie** du jeune ainsi que son **observance** pour la prise des traitements
- Vérifier sa capacité à faire face aux **situations d'urgence**
- Proposer un programme **ETP** s'il existe
- Expliquer au jeune les **résultats de son analyse génétique** en lui remettant le document en mains propres, les risques de transmission, et proposer une consultation avec une conseillère en génétique
- Expliquer les **différences** de prise en charge et de fonctionnement pour la prise des rendez-vous et le suivi entre les **services d'adultes et de pédiatrie**
- Évoquer les changements administratifs relatifs à l'âge et **si besoin solliciter une assistante sociale** (carte vitale personnelle, déclaration d'un médecin traitant, mutuelle, nécessité de vérifier la date de renouvellement de l'ALD afin de solliciter son médecin, mise à jour du dossier MDPH)
- En cas d'altération de l'autonomie, évoquer l'orientation vers un **lieu de vie adulte** et les **mesures de protection juridique si besoin. Présenter le ou les services adultes** vers lesquels il pourra être orienté
- Identifier le **réfèrent adulte** qui coordonnera les soins, accompagner le jeune et sa famille dans leur choix, préparer le courrier d'accompagnement du transfert
- Discuter des **conduites à risques** (tabac, alcool, drogue), leur effet sur sa santé
- Discuter de sexualité, fertilité, grossesse, diagnostic anténatal si pathologie concernée.

www.filiere-oscar.fr/



Préparer la transition en toute confiance

18^{et+}
ans

Période de transfert

- Organiser une **consultation conjointe pédiatre/spécialiste adulte** au sein d'un des deux services
- Proposer un rythme de consultations régulier au patient, anticiper les dates pour son organisation et le **préparer à son autonomie**
- Organiser la **première consultation dans le service adulte** en présence des parents, en établissant un compte rendu à destination du pédiatre
- Laisser la possibilité au jeune de recontacter son pédiatre en cas de doute
- Proposer des **téléconsultations** si cela facilite le suivi
- Pour les patients avec une déficience intellectuelle, l'accompagnement parental ou d'un aidant est indispensable pour les consultations et les hospitalisations.