

Transition des services de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes



Ce document est une ressource pour les fournisseurs de soins de santé et résume le contenu de [la norme de qualité sur la Transition des services de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes](#).

Préparation à la transition

Énoncé de qualité (ÉQ)* 1 : Identification précoce et préparation à la transition

- Identifiez les jeunes qui vont passer des services de santé pour les enfants et les jeunes dès que possible. Gardez une trace de la date de transition.
- Examinez régulièrement les besoins permanents du jeune en matière de préparation à la transition (et ceux de ses aidants). Commencez ces examens dès que possible, et mettez-les à jour régulièrement (c.-à-d. au moins une fois par an); *consultez les Ressources d'exemples d'outils d'évaluation*.

* Les énoncés de qualité sont fournis dans leur intégralité à la page 2.

ÉQ 2 : Échange de renseignements et soutien

- Apportez de l'aide et des renseignements adaptés au développement pour répondre aux besoins du jeune tout au long du processus de transition. Si nécessaire, apportez de l'aide et des renseignements personnalisés pour répondre aux besoins des aidants; [consultez ressources pour les jeunes et leurs aidants](#).
- Le jeune (et ses aidants, le cas échéant) a des compétences à offrir. Assurez un flux collaboratif des renseignements entre tous les membres de l'équipe afin que chacun ait accès aux renseignements et au soutien dont il a besoin et envie pour faciliter une transition réussie.

Documentation et coordination de la transition

ÉQ 3 : Plan de transition

- Préparez un plan de transition documenté et individuel pour les jeunes qui vont passer des services de santé pour les jeunes à ceux pour adultes; *consultez les Exemples de ressources relatives aux plans de transition*.
- Élaborez le plan de transition conjointement avec le jeune (et ses aidants, le cas échéant) et les équipes de soins de santé impliquées dans la prise en charge de la personne.
- Préparez un ensemble de transfert comportant les renseignements figurant sur les pages 21 à 22 de la norme de qualité.
- Donnez au jeune (et à ses aidants, le cas échéant) une copie écrite (imprimée ou, idéalement, numérique) de son plan de transition avant qu'il ne quitte les services de santé pour les jeunes.

ÉQ 4 : Transition coordonnée

- Travaillez avec le jeune (et ses aidants, le cas échéant) tôt dans le processus de transition afin d'identifier un

fournisseur désigné comme responsable. Ce dernier coordonnera ses soins et lui apportera de l'aide tout au long du processus de transition.

- Le fournisseur désigné comme responsable peut être une infirmière, un travailleur social, un travailleur des services à la jeunesse, un fournisseur de soins primaires, un navigateur de transition, un gestionnaire de cas, etc. Ce fournisseur peut changer au fil du temps.
- Coordonnez les soins et apportez de l'aide tout au long du processus de transition jusqu'à ce que le jeune (et ses aidants, le cas échéant) estime que la transition est complète. Servez de lien principal entre le jeune et les autres fournisseurs, fixez des rendez-vous, servez de personne de soutien et de défenseur, guidez le jeune vers d'autres services et sources de soutien, apportez de l'aide aux aidants du jeune, le cas échéant, et assurez-vous qu'il n'y a pas de lacunes dans le processus de transition.

Achèvement du transfert

ÉQ 5 : Introduction aux services pour adultes

- Participez à des rencontres de transition collaboratives avec les principaux services pour adultes et fournisseurs afin de faciliter la continuité des soins.
- Il peut s'agir d'une seule rencontre (avec les principaux fournisseurs et le jeune) ou plusieurs rencontres qui couplent les fournisseurs de soins pour les jeunes et ceux des services pour adultes. Le fournisseur désigné comme

responsable ou le fournisseur de soins primaires peut être présent lors de ces rencontres. Ces dernières peuvent s'effectuer en personne ou virtuellement. Elles peuvent être informelles. Le jeune et les fournisseurs de services pour les jeunes peuvent convenir de la nécessité d'une rencontre.

ÉQ 6 : Achèvement du transfert

Si vous êtes le fournisseur désigné comme responsable de la transition :

- Surveillez la transition du jeune vers chaque service pour adultes ou un autre fournisseur en prenant des nouvelles de lui (et de ses aidants, le cas échéant) régulièrement (p. ex., par téléphone, messages sécurisés, courriel) jusqu'à ce qu'il ait son premier rendez-vous.
- Apportez de l'aide, si nécessaire, pendant que le jeune attend d'être reçu par chaque service pour adultes ou un autre fournisseur.
- Si le jeune a des besoins médicaux, orientez-le (et ses aidants, le cas échéant) vers la personne ou l'établissement le mieux adapté possédant les compétences médicales pour répondre à ses besoins.
- Confirmez que le jeune est bien allé à son premier rendez-vous avec chaque service pour adultes ou un autre fournisseur et qu'il (et ses aidants, le cas échéant) convient que sa transition vers les services de soins de santé est terminée.

Remarque : Cette ressource peut être utilisée pour appuyer les fournisseurs de soins dans la prestation des soins. Elle n'outrepasse pas la responsabilité des fournisseurs de soins de prendre des décisions avec des patients, après avoir tenu compte des circonstances uniques de chaque patient. Le regroupement / l'orientation des énoncés n'est peut-être pas applicable pour chaque patient, et il faut faire preuve de jugement clinique.

Ressources

- [La norme de qualité sur la transition des services de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes, le guide des jeunes](#), et [le guide des aidants](#)
bit.ly/3PtEbpl

Exemples d'outils d'évaluation de l'aptitude à la transition validés :

- [Questionnaire sur l'évaluation de l'aptitude à la transition \(TRAQ\)](#)
bit.ly/3ytfR0l
- [Transition Questionnaire \(TRANSITION-Q\)](#) (en anglais uniquement) en collaboration avec [MyTransitionApp](#) (en anglais uniquement)
bit.ly/3uzTWUo, bit.ly/3uD6rOC
- Questionnaire sur les soins destinés aux adultes pour les [jeunes](#) (en anglais uniquement) et pour les [parents](#) (en anglais uniquement)
bit.ly/3Rq6Xcr, bit.ly/3OZar4h

Exemples de ressources pour le partage de renseignements et d'aide :

- [Passer des services de santé pour jeunes à ceux pour adultes : ressources](#)
bit.ly/3Q6SAsQ

Exemples de ressources relatives au plan de transition pour de nombreuses populations cliniques :

- [Transition Tracker](#) d'Alberta Health Services (toutes les populations cliniques)
bit.ly/3IsodGY
- [Youth Transitions to Adult Health Services: Transition Discharge Planning Tool](#) (toutes les populations cliniques) (en anglais uniquement)
bit.ly/3uE0m2O
- [Complex Care for Kids Ontario: Youth Transition to Adult Care Toolkit—Healthcare Provider Checklist](#)
bit.ly/3Pg5nYX
- [mindyourmind Service Transition Plan: Moving to Adult Mental Health and Addiction Services](#) (en anglais uniquement) bit.ly/3v1IMl7
- [SHARE Transition Plan: Talking About Transition With Young People With Developmental Disabilities and Their Families](#) (en anglais uniquement)
bit.ly/3NUjphL

Énoncé de qualité 1 : Identification précoce et préparation à la transition

Les jeunes qui quitteront les services destinés aux enfants et aux jeunes sont identifiés le plus tôt possible et font l'objet d'examen collaboratifs réguliers de leur état de préparation à la transition afin de répondre à leurs besoins de préparation à la transition (et aux besoins de leurs parents et/ou aidants).

Énoncé de qualité 2 : Échange de renseignements et soutien

Les jeunes (et leurs parents et aidants, le cas échéant) se voient offrir des renseignements et un soutien adaptés à leur développement pour répondre à leurs besoins tout au long du processus de transition. L'échange de renseignements se fait en collaboration, et les fournisseurs de soins de santé recherchent activement l'expérience et l'expertise du jeune (et de ses parents et aidants, le cas échéant) et les intègrent dans la planification de la transition et l'établissement d'objectifs communs.

Énoncé de qualité 3 : Plan de transition

Les jeunes ont un plan de transition personnalisé qui est créé conjointement, documenté et partagé au sein de leur cercle de soins.

Énoncé de qualité 4 : Transition coordonnée

Les jeunes ont un fournisseur désigné le plus responsable du processus de transition. Ce fournisseur travaille avec le jeune (et ses parents et aidants, le cas échéant) pour coordonner ses soins et lui fournir un soutien tout au long du processus de transition et jusqu'à ce qu'il (et ses parents et aidants, le cas échéant) confirme que le processus est terminé.

Énoncé de qualité 5 : Introduction aux services pour adultes

Les jeunes (et leurs parents et aidants, le cas échéant) ont une réunion avec les services clés pour adultes ou autres fournisseurs avant le transfert, afin de faciliter et de maintenir la continuité des soins.

Énoncé de qualité 6 : Achèvement du transfert

Les jeunes restent en contact avec leur fournisseur désigné le plus responsable de leur transition et sont soutenus jusqu'à ce que les transitions des services de soins de santé soient terminées ou confirmées par le jeune (et ses parents ou aidants, le cas échéant).