

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

Soins pour les jeunes de 15 à 24 ans

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité concerne les soins dispensés aux jeunes âgés de 15 à 24 ans^{1,2} qui passent des services de soins de santé pour jeunes aux services de soins de santé pour adultes. Une *transition* est définie comme le déplacement volontaire et planifié d'adolescents et de jeunes adultes nécessitant le passage de services destinés aux enfants et aux jeunes à des services destinés aux adultes, avec ou sans transfert vers un nouveau fournisseur.^{3,4} Un *transfert* de soins est un événement ponctuel qui se produit lorsqu'un jeune est transféré hors du système de santé pour enfants. Il est important de noter que la préparation de la transition doit commencer le plus tôt possible, comme l'indique l'énoncé de qualité 1.

Les jeunes passent d'un service ou d'un fournisseur de soins de santé pédiatrique à un autre selon différents modèles, et certains peuvent passer à une combinaison de ces modèles. Au minimum, tous les jeunes auront besoin d'un fournisseur de soins primaires. Les jeunes qui consultent un fournisseur de soins pédiatriques pour leurs soins primaires devront passer à un fournisseur de soins primaires qui propose une approche de soins pour adultes. En outre, certains jeunes peuvent également être en transition :

- Vers un (des) service(s) de soins (spécialisés) pour adultes et/ou
- Par l'entremise de services pour les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) qui font le lien entre les soins pédiatriques et les soins pour adultes, communément appelés « cliniques pour adolescents et jeunes adultes », « cliniques de transition vers l'âge adulte » ou « services pour jeunes en transition ».

Dans l'ensemble de la norme de qualité, nous utilisons les termes *service pour adultes ou autre fournisseur* pour désigner tout nouveau service ou fournisseur de soins de santé qui jouera un rôle dans les soins futurs du jeune ou qui assurera sa transition vers une approche des soins pour adultes. Bien que nous utilisions le terme de *transition vers les services pour adultes* dans l'ensemble de la norme de qualité, ce terme inclut tout transfert hors des services destinés aux jeunes à l'âge de 18 ans^{5,*} et vers une approche des soins pour adultes.

Le champ d'application de cette norme de qualité englobe toutes les populations cliniques, y compris les jeunes personnes handicapées ou ayant des besoins particuliers en matière de soins de santé, comme celles souffrant de troubles physiques, intellectuels ou de développement chroniques et/ou complexes

* Il peut y avoir des exceptions à cet âge de transfert, tant pour des populations de patients spécifiques que pour des jeunes gens individuels.

et/ou souffrant de maladies mentales et de toxicomanie. S'il y a lieu, il inclut également les parents et les aidants ou d'autres décideurs suppléants (voir l'Annexe 3, Glossaire). Le champ d'application de cette norme de qualité comprend tous les établissements de soins pédiatriques et pour adultes et les fournisseurs concernés par la transition vers les services de soins pour adultes.

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les aidants à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les professionnels de la santé à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les professionnels de la santé, les patients et les aidants de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec Qualité des services de santé Ontario à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent ce à quoi ressemblent des soins de haute qualité pour les jeunes de 15 à 24 ans qui passent des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes.

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'examens 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).

Table des matières

Portée de cette norme de qualité.....	1
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?.....	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé.....	3
Justification de la nécessité de cette norme.....	6
Mesurer le succès de cette norme de qualité.....	9
Énoncés de qualité pour améliorer les soins.....	12
Énoncé de qualité 1 : Identification précoce et préparation à la transition.....	13
Énoncé de qualité 2 : Échange de renseignements et soutien.....	18
Énoncé de qualité 3 : Plan de transition.....	23
Énoncé de qualité 4 : Transition coordonnée.....	29
Énoncé de qualité 5 : Introduction aux services pour adultes.....	32
Énoncé de qualité 6 : Achèvement du transfert.....	35
Appendices.....	38
Appendice 1. À propos de cette norme de qualité.....	39
Appendice 2. Mesure pour soutenir l'amélioration.....	42
Appendice 3. Glossaire.....	53
Appendice 4. Valeurs et principes directeurs.....	55
Remerciements.....	59
Références.....	61
À propos de nous.....	67
À propos du Conseil provincial de la santé maternelle et infantile.....	67

Justification de la nécessité de cette norme

Environ 15 % à 18 % des jeunes en Amérique du Nord souffrent d'une maladie chronique.^{6,7} La quasi-totalité de ces jeunes (plus de 98 %) devraient atteindre l'âge de 20 ans. Par conséquent, ils passeront des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes. La maladie mentale et la toxicomanie sont également communs chez les enfants et les jeunes. Environ 20 % d'entre eux ont au moins un défi avant l'âge de 18 ans,⁸⁻¹⁰ et jusqu'à 70 % de ces jeunes ont besoin de services pour adultes pour des problèmes qui persistent après cet âge.¹¹ En outre, grâce aux progrès de la technologie et des traitements médicaux, plus de 90 % des jeunes présentant des handicaps complexes vivent à l'âge adulte et passent de services pour les enfants et les jeunes à des services pour adultes.¹²

Le passage aux soins pour adultes est un moment critique et vulnérable pour les jeunes, ainsi que pour leurs parents et aidants. Tout en apprenant à gérer leurs propres soins de santé, de nombreux jeunes doivent également changer de fournisseur de soins de santé et s'adapter à de nouveaux services, personnes et processus. En outre, cette période coïncide avec leur passage à l'âge adulte, une période difficile de changements physiques, psychologiques et sociaux, au cours de laquelle ils peuvent quitter le domicile familial pour suivre des études postsecondaires ou commencer à travailler.^{13,14} Certains jeunes peuvent ressentir des difficultés psychosociales telles que des troubles de l'anxiété et des dépressions pendant cette période,¹⁵ et les parents et les aidants peuvent éprouver de la détresse et de l'incertitude du fait de l'évolution de leur rôle dans la vie de leur enfant.¹⁶

Trop souvent, la planification de la transition est axée sur les systèmes et les fournisseurs, plutôt que sur le jeune. Les jeunes (ainsi que leurs parents et les aidants, le cas échéant) apportent une expertise importante à la discussion, et leur participation à la conception conjointe du plan de transition est essentielle.¹⁷

Le processus de transition est d'autant plus compliqué par les obstacles du système de santé, notamment une mauvaise communication et coordination entre les fournisseurs de soins de santé pour les jeunes et les adultes, un manque de soutien et de ressources sociales axés sur la personne et la famille, et des lacunes dans le financement à l'âge de la transition.^{18,19} Par conséquent, les passages aux services de soins de santé pour adultes sont souvent désorganisés et peuvent perturber la continuité des soins. Cela peut donner lieu à des résultats médiocres sur le plan sanitaire en raison de l'absence évitable d'adhésion à des soins appropriés et du manque de suivi après des soins manqués ou retardés.^{3,20}

L'un ou l'autre peut entraîner des admissions à l'hôpital évitables, des visites aux services d'urgence et une augmentation des coûts du système de santé.²¹

Les jeunes souffrant de maladies complexes, de troubles du développement ou de déficiences intellectuelles⁴ sont particulièrement vulnérables et courent un risque accru de voir leur santé se détériorer. Ils connaissent souvent de multiples transitions dans les services, ont de la difficulté à accéder à des fournisseurs de soins de santé pour adultes bien formés qui disposent de renseignements et de ressources limités pour les soutenir, eux et leurs aidants.^{12,18} Des entrevues menées dans six centres de traitement pour enfants en Ontario ont révélé que les jeunes souffrant d'incapacités physiques complexes, ainsi que leurs parents et aidants, ont fait état de difficultés permanentes et d'effets négatifs de la transition vers les services pour adultes.¹² Parmi ceux-ci figuraient le manque d'accès aux services de soins de santé (médecins spécialistes et autres professionnels de la santé), le manque de connaissances des professionnels de la santé, le manque de renseignements fournis et l'incertitude quant au processus de transition.^{12,18} Les répondants ont suggéré que des renseignements, un soutien et une collaboration plus étendus étaient nécessaires tout au long du processus de transition.¹²

De nombreux jeunes ayant des besoins en matière de santé mentale ou de toxicomanie, ainsi que leurs aidants, ont également fait état d'expériences négatives lors de la transition entre les services de santé mentale pour enfants et adolescents et les services de santé mentale et de toxicomanie communautaires ou pour adultes. Parmi ces difficultés, citons le manque d'informations sur les soins dans la communauté ou sur le système de santé mentale et de toxicomanie pour adultes, le fait d'être exclu des discussions sur la transition, de ne pas se sentir préparé à la transition et de recevoir des soins mal planifiés et exécutés.²²⁻²⁴ De plus, les lacunes dans les services sont un problème courant pour les jeunes qui font la transition vers les services de santé mentale pour adultes.^{25,†} Actuellement, les centres communautaires de traitement de la santé mentale des enfants et des jeunes en Ontario ne sont financés que pour fournir des services aux jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans.[†] Les systèmes de santé mentale pour adultes fonctionnent souvent séparément des services pour enfants et adolescents, avec des différences marquées dans leur financement et leur approche des soins.²⁶ Par conséquent, jusqu'à 50 % des jeunes renoncent à des soins de santé mentale et de toxicomanie pendant la transition vers les soins pour adultes,²⁴ ce qui entraîne des conséquences négatives potentiellement évitables sur la santé et la société, une mauvaise utilisation des ressources de soins de santé et des coûts inutiles pour le système.^{22,24,26}

† Consensus du comité consultatif.

Les jeunes vivant dans des communautés rurales, éloignées et nordiques peuvent être confrontés à des difficultés supplémentaires pour accéder à des soins appropriés lors de la transition vers les services de santé pour adultes, par rapport à leurs pairs urbains.^{25,†} Ces obstacles géographiques – qui comprennent la nécessité de se rendre dans les grands centres de soins et hôpitaux urbains, le temps et les ressources financières nécessaires pour le faire, et le manque de services adaptés à la culture – peuvent encore nuire à la continuité des soins.

Vivre dans des conditions sociales et économiques stressantes peut également avoir un impact sur la santé et le bien-être général d'un jeune lors de la transition entre les services destinés aux jeunes et ceux destinés aux adultes.²⁷ Ces stress comprennent la stigmatisation sociale, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation post-secondaire, à l'emploi, au revenu et au logement.²⁸ Cela est particulièrement important pour les enfants et les jeunes autochtones, noirs, racisés et nouveaux arrivants, qui peuvent avoir subi des traumatismes intergénérationnels ou actuels et continuer à être victimes de racisme systémique.²⁹ Le manque de pratiques tenant compte des traumatismes (voir l'annexe 4, Principes directeurs) a été identifié comme un obstacle majeur pour les jeunes dans l'établissement de relations de soutien à long terme avec les aidants et les fournisseurs de services de première ligne.³⁰

Les jeunes pris en charge par le système de protection de l'enfance qui ont atteint l'âge de la majorité (18 ou 19 ans, selon l'endroit où ils vivent) sont confrontés à des obstacles supplémentaires pour accéder aux aides et services de transition dont ils ont besoin.³¹ Ces jeunes connaissent des taux plus élevés d'itinérance, de chômage, de pauvreté, de maladies mentales, de stress post-traumatique et de toxicomanie, ainsi que des niveaux d'éducation plus faibles, par rapport à leurs pairs qui n'ont pas été pris en charge.³⁰⁻³² Ces inégalités systémiques causent du tort aux jeunes et entraînent des résultats négatifs. Certains groupes – notamment les jeunes autochtones, noirs, racisés, membres de la communauté 2SLGBTQ+ et les jeunes personnes handicapées – sont surreprésentés dans le système de protection de l'enfance et courent donc un risque plus élevé de rencontrer des difficultés en matière de santé lors de leur passage à l'âge adulte.^{31,33}

En consultant des jeunes ayant vécu une expérience de prise en charge, afin de contribuer à la stratégie de [Reconception des services de bien-être de l'enfance](#) de l'Ontario, le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires a été mis au courant des nombreux défis à relever pour naviguer dans le système de santé lors de la transition vers l'âge adulte. Pour ces jeunes, il était important d'avoir accès à un fournisseur de soins primaires et à des soins de santé mentale, ainsi qu'à de bonnes compétences en matière de représentation pour demander de l'aide et du soutien.³³ Les jeunes qui quittent les

structures d'accueil ont également indiqué que le développement et le maintien de relations de soutien à long terme significatives, y compris avec des fournisseurs de services tels que des travailleurs sociaux, peuvent servir de passerelle pendant ces périodes difficiles de transition.^{30,32}

Des transitions réussies en matière de soins de santé pour les jeunes sont essentielles pour leur bien-être tout au long de leur vie. L'amélioration du processus de transition des services pour les enfants et les jeunes aux services pour adultes peut avoir un impact positif sur⁵ :

- Les résultats pour la santé et la qualité de vie;
- L'expérience des jeunes, de leurs parents et de leurs aidants;
- La qualité des soins de santé fournis;
- Les coûts financiers et les autres coûts pour les jeunes, les parents et les personnes qui s'occupent d'eux, ainsi que pour le système de soins de santé.

Cette norme de qualité comprend six énoncés de qualité qui traitent des domaines identifiés par le Comité consultatif sur la norme de qualité « Transition des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes » comme ayant un fort potentiel d'amélioration des transitions des soins pour les jeunes en Ontario.

Mesurer le succès de cette norme de qualité

Le Comité consultatif sur la norme de qualité « Transition des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes » a cerné sept indicateurs généraux pour mesurer la réussite de cette norme de qualité. Ces indicateurs seront considérés comme un ensemble pour mesurer la réussite globale. La mesure de certains indicateurs peut être appuyée par les sources de données provinciales existantes. Toutefois, la collecte des données et la mesure de ce domaine sont actuellement limitées. La mesure exigera donc l'utilisation de données d'origine locale.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes et qui obtiennent leur première visite dans un service pour adultes ou un autre fournisseur après le transfert de soins
 - Remarques :
 - Cet indicateur s'applique aux jeunes ayant des besoins en matière de soins de santé qui nécessitent un suivi régulier avec un fournisseur.
 - À des fins de mesure, il pourrait s'agir d'une visite dans les 12 mois suivant le transfert. Toutefois, la période peut être adaptée en fonction des besoins en matière de soins de santé.
 - Les sources de données provinciales comprennent les visites des médecins. La collecte de données locales peut être nécessaire, selon le besoin de soins de santé et pour effectuer le suivi des visites pour services non médicaux.
 - Cet indicateur ne tient pas compte de la continuité des soins dans les services pour adultes au-delà de la première visite.
- Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes et qui ont effectué une visite non prévue dans un service d'urgence au cours de la première année suivant le transfert des soins

Indicateurs pouvant être mesurés à l'échelle locale

- Pourcentage de jeunes ayant quitté les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui déclarent avoir participé autant qu'ils le souhaitent à la création commune du plan de transition
 - Données recueillies et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Jeunes
 - Parents ou aidants
- Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes et qui ont obtenu un fournisseur désigné responsable de la transition
- Pourcentage de jeunes ayant quitté les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui ont effectué une évaluation de préparation à la transition avant le transfert des soins
 - Données recueillies et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Jeunes
 - Parents ou aidants

- Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) et qui se disent satisfaits de cette transition
 - Données recueillies et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Jeunes
 - Parents ou aidants
- Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes et qui déclarent avoir conservé leur qualité de vie pendant la période de transfert des soins

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

01

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'examens 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).

Sources : Association canadienne des centres de santé pédiatriques, 2016³⁴ | CanChild Centre for Childhood Disability Research, 2009³⁵ | National Institute for Health and Care Excellence, 2016¹⁶

Définitions

Identification : Il s'agit du processus d'identification et de suivi des personnes qui quitteront les services destinés aux enfants et aux jeunes et d'établissement du moment où le transfert aura lieu.

Le plus tôt possible : Aucun âge précis n'est recommandé, car le meilleur moment pour commencer à planifier la transition dépendra de la situation du jeune. La planification de la transition peut commencer dès la petite enfance, 10 ans ou plus avant l'âge de 18 ans. Elle peut commencer dès que le jeune, son fournisseur et/ou ses parents ou ses aidants établissent qu'une transition vers des soins pour adultes sera probablement nécessaire en raison de la nature de son état de santé ou de son handicap.

Examens collaboratifs réguliers de la préparation à la transition : Cela implique des évaluations distinctes pour le jeune, ses parents et aidants, et comprend ce qui suit³⁴ :

- Évaluations régulières des compétences et des connaissances en matière de soins auto-administrés nécessaires pour fonctionner dans le système de soins de santé pour adultes;
- Des évaluations régulières pour déterminer si le jeune risque d'éprouver des difficultés et s'il a besoin d'un soutien supplémentaire;

- Détermination des besoins, des tâches et des objectifs du jeune (et de ceux de ses parents et aidants).

Ces examens sont menés en collaboration, avec la participation du jeune, de ses parents, de ses aidants et des fournisseurs. Dans certains cas, les jeunes peuvent vouloir ou avoir besoin que leur évaluation soit faite séparément de leurs parents et de leurs aidants. Ces examens commencent le plus tôt possible et sont mis à jour régulièrement (c.-à-d. une fois par an au minimum, ou plus fréquemment au besoin).^{16,34,36,37}

Exemples d'outils validés d'évaluation de la préparation à la transition :

- [Transition Readiness Assessment Questionnaire \(TRAQ\)](#)³⁸
- [Questionnaire de transition \(TRANSITION-Q\)](#),^{39,40} conjointement avec [MyTransitionApp](#)⁴¹
- Am I ON TRAC? for Adult Care Questionnaire pour [les jeunes](#) et pour [les parents](#)⁴²

Exemples d'autres ressources de préparation à la transition couramment utilisées :

- Got Transition pour [les jeunes](#) et pour [les parents et aidants](#)³⁷
- Well On Your Way listes de contrôle pour la préparation pour [les jeunes](#),⁴³ [les parents de jeunes indépendants](#)⁴⁴ et [les parents de jeunes à charge](#)⁴⁵

Besoins continus de préparation à la transition : Ce processus commence le plus tôt possible, implique le jeune, ses parents et aidants, est adapté au développement et évolue au fil du temps.^{5,16,46} Les composants comprennent, sans toutefois s'y limiter^{5,16,36,37} :

- Répondre aux besoins, et accomplir les tâches et les objectifs déterminés lors des *examens collaboratifs réguliers de la préparation à la transition* (voir la définition).
- Discuter des besoins en matière de soins auto-administrés et de la manière d'utiliser les services de soins de santé.
- Mettre le jeune en contact avec d'autres services et sources de soutien, y compris le soutien par les pairs et, le cas échéant, le soutien des parents et des aidants (voir l'énoncé de qualité 2).
- Repérer un service pour adultes approprié ou un autre fournisseur, et commencer à planifier leur mise en relation.

- Confirmer quels services pour adultes sont financés par l'État par rapport à ceux qui nécessitent une assurance privée ou des frais personnels (p. ex. assurance-médicaments, soins dentaires, services de santé non médicaux).
- Recherche de tout changement dans le financement et l'admissibilité aux aides ou programmes de financement.
- Examiner et mettre à jour son résumé médical, son plan de soins d'urgence et, au besoin, ses documents juridiques.
- Préparer le jeune (et ses parents et aidants, le cas échéant) à une approche des soins pour adultes, y compris l'autonomie sociale, l'accès à l'information et les changements juridiques en ce qui concerne le processus décisionnel, la vie privée et le consentement.
- Organiser une réunion annuelle ou un examen régulier de la planification de la transition, si cela est approprié et nécessaire, afin de s'assurer que les besoins changeants du jeune (et les besoins des parents et des aidants) sont pris en compte.¹⁶ La fréquence et le calendrier sont basés sur leurs besoins individuels.

Justification

La transition des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes peut être accablante et difficile pour les jeunes, leurs parents et leurs aidants, et elle est souvent entreprise trop tard. Le processus doit être lancé le plus tôt possible, en adoptant une approche du développement et de la transition fondée sur le parcours de vie (voir l'appendice 4, Principes directeurs, *Approche fondée sur le parcours de vie*). Il doit reconnaître la nature chronique des maladies et des handicaps de l'enfance et préparer le jeune à une approche des soins pour adultes.⁵ Pour les jeunes, cela consiste à acquérir de nouvelles compétences et à assumer davantage de responsabilités en matière de soins de santé. Tous les fournisseurs de soins de santé doivent appuyer la préparation de la transition et faire participer pleinement le jeune et, le cas échéant, ses parents et aidants.

L'identification et la préparation précoces des jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes permettent un processus de transition plus progressif. Les jeunes (ainsi que leurs parents et les aidants) ont besoin de temps pour participer aux décisions et s'adapter aux changements concernant leurs soins futurs.¹⁶ Sans cette préparation, les jeunes perdent parfois confiance et se désengagent des services de soins de santé.¹⁶ Une évaluation régulière de l'état de préparation à la transition peut aider à identifier les besoins permanents à mesure que les personnes se préparent à la transition et à voir qui risque d'avoir des difficultés et peut avoir besoin d'un soutien supplémentaire.³⁴

Il existe également des étapes critiques liées à l'âge d'un jeune, qui influencent son admissibilité à des services et des aides précises. Souvent, les jeunes, leurs parents et leurs aidants découvrent ces programmes tardivement dans le processus de transition, ce qui peut entraîner des retards dans les services.[‡]

Pour les jeunes qui sortent du système de protection de l'enfance, la transition vers les services de santé pour adultes signifie souvent qu'ils doivent quitter les fournisseurs et les services qui les ont soutenus pendant toute la durée de leur prise en charge (consultation des intervenants). Les fournisseurs de soins de santé doivent être conscients des défis supplémentaires auxquels les membres de ce groupe sont confrontés et travailler avec eux, avant qu'ils n'atteignent l'âge de 18 ans, pour les mettre en contact avec des fournisseurs de soins primaires et de santé mentale qui les suivront à l'âge adulte.³³ Par exemple, les centres de santé communautaires et les équipes de santé familiale offrent des services de travail social et d'autres formes de soutien qui ne comportent pas de limite d'âge.[‡] Les fournisseurs de soins de santé doivent également être conscients que les déménagements fréquents sont un autre défi auquel sont confrontés les jeunes pris en charge, car ces déplacements peuvent perturber la planification de la transition et la continuité des soins.[‡]

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les jeunes, les parents et les aidants

Vos fournisseurs de soins de santé doivent travailler avec vous pour vous aider à vous préparer à passer éventuellement aux soins pour adultes. Si vous le souhaitez, vos parents et vos aidants peuvent également être impliqués. Vos fournisseurs de soins de santé devraient commencer à vous aider à vous préparer le plus tôt possible, et ils devraient vous soutenir tout au long de cette transition.

Pour les cliniciens

Identifiez le plus tôt possible les jeunes qui quitteront les services destinés aux enfants et aux jeunes et gardez la trace de la date de leur départ.

Procédez à des examens collaboratifs réguliers de la préparation à la transition afin de soutenir les besoins continus de préparation à la transition du jeune (et les besoins de ses parents et aidants). Commencez ces examens le plus tôt possible et mettez-les à jour régulièrement (c.-à-d. une fois par an au minimum, ou plus fréquemment au besoin).

[‡] Consensus du comité consultatif.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour identifier et suivre les jeunes qui quitteront les services destinés aux enfants et aux jeunes, et à quel moment.

Veillez à ce que les services destinés aux enfants et aux jeunes disposent de systèmes, de processus et de ressources pour effectuer des examens collaboratifs réguliers de l'état de préparation à la transition, qui commencent le plus tôt possible et sont mis à jour régulièrement. Ces examens doivent permettre de répondre aux besoins continus de préparation à la transition du jeune (et aux besoins de ses parents et aidants).

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux enfants et aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui ont discuté de leurs besoins de préparation à la transition
- Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux enfants et aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui bénéficient d'un examen régulier de l'état de préparation à la transition au moins une fois dans les 12 mois précédant la transition

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 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.

Sources : Association canadienne des centres de santé pédiatriques, 2016³⁴ | CanChild Centre for Childhood Disability Research, 2009³⁵ | National Institute for Health and Care Excellence, 2016¹⁶

Définitions

Échange de renseignements et soutien : Les informations et le soutien appropriés des fournisseurs de soins de santé sont établis et fournis par l'entremise d'examens collaboratifs réguliers de la préparation à la transition. (Voir la définition des *examens collaboratifs réguliers de la préparation à la transition* dans l'énoncé de qualité 1.) Il s'agit notamment de renseignements et d'un soutien adaptés au développement et adaptés aux besoins, aux tâches et aux objectifs individuels du jeune (et de ses parents et aidants, le cas échéant), afin de l'aider à prendre des décisions éclairées concernant ses soins. Voici quelques exemples^{16,34,35} :

- Expliquer aux jeunes ce que le processus de transition implique, pourquoi il est important de commencer à se préparer tôt, et ce que l'on peut attendre des services destinés aux enfants et aux jeunes et des services pour adultes.
- Les aider à comprendre leurs besoins en matière de soins de santé, leur plan de traitement et leurs besoins en matière de soins personnels.

- Acquisition de compétences en matière de représentation, d'autogestion et autres dans le cadre de la transition.
- Les informer des services et des soutiens disponibles (avant, pendant et après la transition) et de la différence entre les services et les soutiens destinés aux enfants et aux jeunes et ceux destinés aux adultes.
- Faciliter les connexions avec le soutien des pairs, si le jeune le souhaite. Il peut s'agir d'un soutien individuel ou collectif par les pairs, d'un encadrement et d'un mentorat ou d'un plaidoyer pour aider le jeune à planifier sa transition et à s'orienter dans les systèmes et les ressources disponibles.³⁵ Cela peut se faire par le biais d'organisations bénévoles et communautaires, telles que des groupes de soutien spécifiques ou des associations caritatives.
- Faciliter les connexions avec le soutien des aidants (p. ex. services ou groupes de soutien aux familles et aux aidants), si les parents et les aidants le souhaitent.
- Les informer de la façon dont ils peuvent obtenir des renseignements sur le soutien et les services auxquels ils peuvent être admissibles ou auxquels ils ont droit et sur le moment où ils doivent en faire la demande (p. ex. les services aux adultes ayant une déficience intellectuelle accessibles par l'entremise des [Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle](#) et les prestations financières comme le [Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées](#)).

Les renseignements et le soutien peuvent être fournis sous diverses formes, notamment verbales (réunions en personne ou par vidéo ou appels téléphoniques), écrites, électroniques, programmes de lecture sur ordinateur, audio ou braille.¹⁶ Idéalement, ces supports sont conçus conjointement avec les jeunes et leurs aidants.

Les informations et le soutien fournis sont adaptés à la culture, tiennent compte des traumatismes et sont accessibles pour toutes les personnes concernées, par exemple en aidant les personnes souffrant de handicaps physiques, sensoriels, de développement ou d'apprentissage ou en fournissant des traductions. S'il y a lieu, un interprète ou un intervenant est fourni.

Adapté au développement : Il est question de considérer le jeune dans son ensemble, en abordant son développement biologique, psychologique et social au sens large.¹⁶ Cette approche garantit que le jeune est informé de ses soins et de son soutien, et qu'on l'aide à jouer un rôle actif dans ces derniers, dans toute la mesure de leurs capacités.

Tout au long du processus de transition : Il s'agit de toutes les phases de la transition du jeune – avant, pendant et après la transition – des services destinés aux jeunes à une approche des soins pour adultes, avec ou sans transfert vers un service pour adultes ou un autre fournisseur.

Partage collaboratif des renseignements : Cela comprend le partage et l'échange mutuels de renseignements entre le jeune (et ses parents et aidants, le cas échéant) et les fournisseurs de soins de santé, et laisse au jeune le temps de réfléchir à ces informations et d'en discuter.³⁵ Il peut s'agir, par exemple, de demander au jeune (et à ses parents et aidants, le cas échéant) quels renseignements et quel soutien il souhaite recevoir.

Recherchez activement l'expérience et l'expertise du jeune (et de ses parents et aidants, le cas échéant) et intégrez-les dans la planification de la transition et l'établissement d'objectifs communs : Il s'agit notamment de reconnaître et de respecter les connaissances uniques et l'expérience précieuse que les parents, les aidants et les jeunes eux-mêmes possèdent et apportent à la conversation.¹⁷ Par exemple, ils sont susceptibles d'avoir acquis au fil du temps une connaissance approfondie de leur santé (ou de celle de leur enfant), ce qui peut contribuer à orienter leurs soins; ils comprennent leurs besoins et leurs préoccupations (ou ceux de leur enfant); ils jouent déjà un rôle actif dans la gestion de leurs soins de santé (ou de ceux de leur enfant); et ils savent quand une consultation d'urgence ou spécialisée ou d'autres soutiens s'imposent.

Justification

Lorsque les jeunes, leurs parents et aidants ne disposent pas de renseignements et de connaissances suffisants sur les soutiens et les services disponibles, la transition peut s'avérer plus difficile et moins réussie.¹⁶ Ils doivent se sentir impliqués, respectés et habilités à prendre des décisions éclairées. En leur fournissant des renseignements et un soutien tout au long du processus de transition, on peut améliorer leur expérience de la transition et faire en sorte que leurs besoins et leurs objectifs soient satisfaits.⁴⁷

Les parents, les aidants et les jeunes eux-mêmes possèdent des connaissances uniques et une expérience précieuse (voir les définitions dans cet énoncé de qualité). Il est important que les fournisseurs de soins de santé sollicitent leur expertise et leur avis dans toutes les décisions concernant leurs soins.¹⁷

Il est également important de reconnaître que certains jeunes peuvent manquer de soutien et d'implication de la part de leurs parents et de leurs aidants. Les jeunes qui vivent dans des structures d'accueil (foyers de groupe, foyers d'accueil ou établissements de justice pour mineurs) peuvent être séparés de leur famille

ou de leur communauté.²⁹ Avec des réseaux de soutien limités, ces jeunes peuvent avoir besoin de soutien et de ressources supplémentaires pour répondre à leurs besoins uniques.^{29,30,48}

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les jeunes, les parents et les aidants

Vos fournisseurs de soins de santé devraient vous offrir des renseignements et un soutien pour répondre à vos besoins tout au long du processus de transition. Cela peut inclure des renseignements et un soutien sur :

- Ce qui se passera au cours de ce processus et pourquoi il est important de commencer à se préparer tôt;
- Votre santé et votre plan de traitement;
- La manière dont vous pouvez gérer vos soins;
- Les services et les soutiens à votre disposition;
- Comment les services et les soutiens diffèrent entre les services destinés aux jeunes et les services pour adultes;
- Où trouver un soutien par les pairs et un mentorat, au besoin;
- Où les parents et aidants peuvent aller pour obtenir du soutien, au besoin;
- Toutes les prestations et tous les soutiens financiers auxquels vous pouvez prétendre et comment les demander;
- Où trouver plus de renseignements ou de ressources pour vous aider.

Votre équipe de soins peut discuter avec vous de ces renseignements et les écrire pour vous.

Votre équipe de soins devrait vous poser des questions sur votre état de santé et vos expériences. Ils doivent apprendre de vous et de vos parents, tout comme vous apprenez d'eux, et ils doivent intégrer les informations de toutes les personnes concernées dans votre plan de transition (voir l'énoncé de qualité 3).

Pour les cliniciens

Offrez des renseignements et un soutien adaptés au développement du jeune afin de répondre à ses besoins identifiés tout au long du processus de transition. Adaptez les renseignements et le soutien à la perception qu'a le jeune de sa santé et à son degré de préparation à la transition. Le cas échéant, proposez également des renseignements et un soutien adaptés aux besoins des parents et des aidants du jeune.

Veillez à ce que les renseignements et le soutien soient adaptés à la culture, tiennent compte des traumatismes et soient accessibles à toutes les personnes

concernées, par exemple en tenant compte des handicaps physiques, sensoriels, de développement ou d'apprentissage ou en fournissant des traductions. S'il y a lieu, assurez-vous qu'un interprète ou un intervenant est fourni.

N'oubliez pas que le jeune (ainsi que ses parents et aidants, le cas échéant) est un membre précieux de l'équipe et qu'il a une expertise à offrir. Veillez à ce qu'il y ait un flux de renseignements collaboratif entre le jeune (et ses parents et les personnes qui s'occupent de lui, le cas échéant) et tous les membres de l'équipe de soins de santé, afin que chacun dispose des renseignements et du soutien dont ils ont besoin et qu'ils souhaitent pour faciliter une transition réussie vers les services pour adultes.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que les services destinés aux jeunes et les services pour adultes disposent de systèmes, de processus et de ressources permettant d'offrir des renseignements et un soutien pour répondre aux besoins des jeunes (et de leurs parents et aidants, le cas échéant) tout au long du processus de transition.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) et qui reçoivent des renseignements adaptés à leur développement pour répondre à leurs besoins
- Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui estiment qu'on leur a posé des questions sur leur expérience et leur expertise lors de la planification de la transition et de l'établissement d'objectifs communs

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

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.

Sources : Association canadienne des centres de santé pédiatriques, 2016³⁴ | National Institute for Health and Care Excellence, 2016¹⁶

Définitions

Plan de transition : Un document écrit (imprimé ou idéalement numérique) résumant les décisions relatives à la transition du jeune, décrivant en détail son plan de soins, les délais et les personnes qui le soutiendront (ainsi que ses parents et aidants, le cas échéant) lorsqu'il quittera les services destinés aux jeunes.¹⁶ Le plan est personnalisé, basé sur les besoins de développement et de soins continus du jeune, culturellement approprié et lié à d'autres plans de soins et de soutien, tels que l'éducation, l'emploi et le logement.^{16,23,34}

Le plan de transition est un document de travail pour les équipes de soins de santé impliquées dans les soins du jeune, et inclut les détails suivants, lorsqu'ils sont disponibles et pertinents^{5,37} :

- Trousse de transfert vers un service pour adultes ou un autre fournisseur, y compris :
 - Évaluation finale de la préparation à la transition;
 - Plan de soins, comprenant les besoins, les tâches, les objectifs et les mesures prioritaires du jeune;
 - Résumé médical et plan de soins d'urgence;
 - Documents juridiques (p. ex. directive de ne pas réanimer; les changements juridiques concernant le processus décisionnel, la vie privée et le consentement);
 - Fiche d'information sur l'état de santé, au besoin;
 - Dossiers cliniques supplémentaires;

- Date d'envoi du dossier de transfert et toute communication avec le service pour adultes ou un autre fournisseur (y compris l'acceptation du transfert et la date du premier rendez-vous/de la première visite).
- Documentation des conseils anticipés sur le plan de transition (p. ex., le moment du premier rendez-vous/de la première visite avec un service pour adultes ou un autre fournisseur, la fréquence du suivi, l'histoire naturelle de l'état de la jeune personne, la manière dont elle gèrera ses soins lorsqu'elle sera loin de chez elle pour suivre des études postsecondaires, la manière dont ses besoins et ses difficultés peuvent évoluer au fil du temps).
- Coordonnées et langue de communication pour :
 - Parents et aidants;
 - Fournisseurs de soins pour les jeunes et les adultes, fournisseurs de soins primaires et fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire.

Le plan de transition comprend également un dossier personnel, créé et tenu par le jeune (et ses parents et aidant sui, le cas échéant) et partagé avec les services pour adultes.⁴⁹ Il peut comprendre, sans toutefois s'y limiter^{16,50} :

- Un profil d'une page ou un passeport de communication (enregistrement écrit des compétences et de la personnalité du jeune, de ce qui est important pour lui et de comment soutenir au mieux leur participation aux soins).
- Des renseignements sur leur santé, ses études, ses besoins en matière de services communautaires et sociaux, et leurs besoins en matière de communication.
- Informations sur d'autres plans (p. ex., plan de service pour personnes ayant une déficience intellectuelle, plan individuel d'éducation).
- Autres informations de santé pertinentes (p. ex., protocoles de sécurité, directives médicales, dispositifs d'assistance, comme un fauteuil roulant ou une aide à la communication).
- Antécédents des admissions non prévues.
- Préférences concernant la participation des parents et des aidants, en tenant compte des capacités du jeune.
- Plans de soins d'urgence.
- Points forts, réalisations, objectifs et espoirs pour l'avenir.
- Nom de tout décideur remplaçant nommé en vertu d'une « procuration relative au soin de la personne ».

Exemples de ressources de planification de la transition :

- [Transitions des jeunes vers les services de santé pour adultes : Outil de planification de la transition](#)⁵¹
- [Soins complexes pour les enfants : Trousse d'outils pour la transition des jeunes ontariens vers les soins aux adultes](#) – Liste de contrôle et guide de ressources pour les aidants et liste de contrôle pour les fournisseurs de soins de santé⁵²
- [Plan de transition des services **mindyourmind** : Passage aux services de santé mentale et de toxicomanie pour adultes](#)⁵³
- [Youth Transitioning in KFL&A: Protocol for Youth Transitioning into Adult Mental Health and Addictions Services](#)⁵⁴
- [MyTransitionApp](#)⁴¹
- [SHARE Transition Plan: Talking about transition with young people with developmental disabilities and their families](#)⁵⁵
- [Suivi de la transition](#)⁵⁶

Le plan de transition doit être partagé lors d'une réunion de transition collaborative (voir la définition de *réunion* dans l'énoncé de qualité 5) ou dans un délai d'un mois avant la dernière visite avec les services orientés vers les jeunes.⁵ Le plan doit être partagé avec le jeune (ou les décideurs suppléants) et chaque service pour adultes ou autre fournisseur vers lesquels il effectue la transition. Si le jeune consent, le plan doit également être partagé avec les parents et les aidants.

Cocréé : Les jeunes (et leurs parents et aidants, le cas échéant) travaillent en collaboration avec leurs fournisseurs de soins de santé pour élaborer ensemble le plan de transition.

Cercle de soins : Terme couramment utilisé pour désigner le groupe de fournisseurs de soins de santé impliqués dans les soins d'une personne et qui doivent échanger des renseignements pour fournir ces soins. Le consentement à l'échange de renseignements au sein du cercle de soins est généralement implicite, p. ex. lorsqu'un patient accepte d'être orienté vers un autre fournisseur de soins de santé.^{57,58} Toutefois, il est important de demander explicitement au jeune (s'il en est capable) avec qui il consent partager ses renseignements. Si le jeune consent à ce que le plan de transition soit communiqué à ses parents et aidants, ou si les parents et les personnes qui s'occupent de lui sont les mandataires spéciaux désignés en vertu d'une « procuration relative au soin de la personne », le plan de transition leur est également communiqué.⁵⁸

Justification

Les jeunes, les parents et les aidants ont décrit la transition vers les soins pour adultes comme « tomber d'une falaise »⁵⁹ ou « être au bord d'un canyon ».⁶⁰ Un

plan de transition qui documente les soins qui seront poursuivis, par qui, et une discussion claire sur les éventuelles lacunes dans les soins et la manière de les combler, peuvent aider les jeunes, leurs parents et leurs aidants à savoir à quoi s'attendre et à se sentir à l'aise dans le processus.⁵ Le plan de transition du jeune permet de s'assurer que le passage des services pour jeunes aux services pour adultes est bien coordonné et qu'il répond à ses besoins.

Trop souvent, les plans de transition tournent autour des fournisseurs et des services, plutôt que de la jeune personne (et de ses parents et aidants, le cas échéant), et souvent les fournisseurs de soins primaires ne sont pas inclus.⁵ La planification de la transition qui s'articule autour des besoins du jeune (et de ses parents et aidants, le cas échéant) – et qui implique le fournisseur de soins primaires – est essentielle pour éviter les lacunes problématiques dans ses soins.⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les jeunes, les parents et les aidants

Vos fournisseurs de soins de santé doivent vous faire participer à la planification de votre départ des services destinés aux jeunes. Si vous voulez, vos parents et les personnes qui s'occupent de vous peuvent aussi participer. Votre équipe de soins (qui comprend vos fournisseurs de soins pour jeunes *et* pour adultes) doit rédiger un plan de transition avec vous. Le plan devrait décrire vos soins et les personnes qui vous soutiendront lorsque vous passerez aux services pour adultes. Ce plan doit être facile à lire et à comprendre.

Vos fournisseurs de soins de santé doivent travailler avec vous (et vos parents et aidants, si vous le souhaitez) pour créer un dossier personnel. Vous pouvez le revoir et le mettre à jour au fil du temps. Les informations contenues dans ce dossier vous aideront à comprendre vos soins et à partager des informations avec un service de soins pour adultes ou un autre fournisseur. Il peut s'agir, par exemple, de :

- Une page qui parle de vos compétences et de votre personnalité, de ce qui est important pour vous et de la façon dont vous aimeriez être soutenu;
- Vos points forts, vos réalisations, vos objectifs et vos espoirs pour l'avenir;
- Des renseignements sur vos études, votre santé, vos besoins en matière de services d'aide communautaire et sociale, ainsi que tous les appareils que vous utilisez pour vous aider à communiquer;

⁵ Consensus du comité consultatif.

- Autres détails que vous souhaitez transmettre (tels que les détails d'un traumatisme passé, d'une maladie mentale, d'une consommation de substances, d'un placement en famille d'accueil);
- Plans de soins d'urgence.

Pour les cliniciens

Si vous êtes un fournisseur de services pour les jeunes qui transfère des soins à un service pour adultes ou à un autre fournisseur, préparez un plan de transition documenté et individualisé pour les jeunes qui vont quitter les services destinés aux jeunes. Élaborez ce plan avec le jeune (et ses parents et aidants, le cas échéant) et les équipes de soins de santé impliquées dans ses soins (y compris les services pour jeunes et adultes, les soins primaires et les fournisseurs de soins à domicile et communautaires). Remettez au jeune (ainsi qu'à ses parents et qu'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 destinés aux jeunes.

Préparez un dossier de transfert qui comprend les informations énumérées sous la définition du *plan de transition* dans le présent énoncé de qualité. Obtenez le consentement du jeune ou de ses décideurs suppléants pour partager ces informations (p. ex., dans un portail électronique, sous forme imprimée) au sein de son cercle de soins.

Dans le dossier de transfert, incluez une lettre adressée au fournisseur de services pour adultes pour le même type de service ou un type similaire, lui demandant de confirmer qu'il a reçu le dossier de transfert, s'il accepte le transfert et la date du premier rendez-vous ou de la première visite. Communiquez avec le fournisseur pour aborder l'éventuel transfert de soins dès que possible. Les deux fournisseurs (ou plus) doivent avoir la possibilité de discuter du transfert si la complexité des soins de santé du jeune justifie plus de détails outre ce qui peut être facilement partagé dans un dossier de transfert. Le jeune fournisseur reste responsable jusqu'à ce que le fournisseur de services pour adultes prenne la relève.

Veillez à ce que le fournisseur de soins primaires du jeune soit mis au courant et reçoive une copie du plan de transition. Si les soins primaires font également l'objet d'une transition, les deux fournisseurs de soins primaires doivent collaborer.

Utilisez des outils de documentation normalisés pour garantir un échange succinct, clair et opportun du plan de transition lors d'une réunion de transition collaborative (voir la définition de *réunion* dans l'énoncé de qualité 5) ou dans le mois avant que la ou les dernières visites avec les services destinés aux jeunes.⁵

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que les services destinés aux jeunes et aux adultes disposent de systèmes, de processus et de ressources pour :

- Remettre au jeune qui passe des services destinés aux jeunes aux services pour adultes (ainsi qu'à ses parents et qu'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 destinés aux jeunes.
- Mettre en place des stratégies de documentation et de communication normalisées (p. ex. un portail électronique) pour permettre une communication claire et opportune du plan de transition avec un service pour adultes ou un autre fournisseur, ainsi qu'avec les fournisseurs de soins primaires et de soins à domicile et en milieu communautaire (*opportune* signifie lors d'une réunion de transition collaborative [voir l'énoncé de qualité 5] ou dans le mois avant que la ou les dernières visites avec les services destinés aux jeunes).

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes et qui disposent d'un plan de transition documenté
- Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui déclarent avoir participé autant qu'ils le souhaitaient dans la création commune du plan de transition

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

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.

Sources : Association canadienne des centres de santé pédiatriques, 2016³⁴ | CanChild Centre for Childhood Disability Research, 2009³⁵ | National Institute for Health and Care Excellence, 2016¹⁶

Définitions

Fournisseur désigné le plus responsable : Il s'agit d'une personne, de l'équipe de soins de santé qui fournit des soins et un soutien au jeune (et à ses parents et aidants, le cas échéant), qui accepte de jouer le rôle de coordinateur du passage aux services pour adultes.¹⁶ Ce fournisseur est identifié dès le début et peut changer au fil du temps, étant donné que le processus de transition est souvent prolongé. Le jeune (ainsi que ses parents et ses aidants, le cas échéant) participe au choix de ce fournisseur. Dans certains cas, il peut s'agir d'une infirmière, d'un travailleur social, d'un travailleur auprès des jeunes ou d'un fournisseur de soins primaires. Dans d'autres cas, ce fournisseur peut avoir un titre de poste tel que « navigateur de la transition », « responsable de la transition », « coordinateur de la transition », « travailleur de la transition » ou « gestionnaire de cas ».

Bien que l'équipe de soins de santé ait une responsabilité partagée pour la transition (voir la définition d'*équipe de soins de santé* dans l'appendice 3, Glossaire), le fournisseur désigné le plus responsable supervise, coordonne et fournit un soutien à la transition.¹⁶ Il est le principal lien avec les autres fournisseurs, en particulier si un jeune reçoit des soins de plus d'un service ou fournisseur. Ils organisent des rendez-vous pour le jeune, agissent en tant que personne de soutien et intervenant, et l'orientent vers d'autres services et sources

de soutien. Ils apportent également un soutien aux parents et aux aidants du jeune, le cas échéant. Globalement, ils veillent à ce qu'il n'y ait pas de lacunes dans le processus de transition.

Le fournisseur désigné le plus responsable est impliqué tout au long de la transition et soutient le jeune jusqu'à une date convenue avec lui (et ses parents et aidants, le cas échéant). Lorsque le jeune (et ses parents et aidants le cas échéant) convient que la transition est terminée, ce fournisseur (s'il s'agit de services destinés aux jeunes) transfère ses responsabilités à un service pour adultes ou à un autre fournisseur.¹⁶

Tout au long du processus de transition : Il s'agit de toutes les phases de la transition du jeune – avant, pendant et après la transition – des services destinés aux jeunes à une approche des soins pour adultes, avec ou sans transfert vers un service pour adultes ou un autre fournisseur.

Justification

Le passage aux services pour adultes peut être une période stressante pour les jeunes et leurs aidants, car il s'agit d'un processus long qui peut impliquer différents fournisseurs et services.⁴⁶ Le fait d'avoir un fournisseur désigné le plus responsable, que le jeune (et ses parents et les personnes qui s'occupent de lui, le cas échéant) connaît et en qui il a confiance pour superviser la planification et la coordination de la transition, peut conduire à une expérience plus positive, à une meilleure fréquentation des services pour adultes et à de meilleurs résultats.^{16,46}

Pour les jeunes ayant des besoins complexes, l'établissement d'un fournisseur principal est particulièrement important, car, sans ce soutien, la responsabilité de finaliser le processus de transition peut souvent incomber à un parent ou à un aidant (consensus du comité consultatif).

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les jeunes, les parents et les aidants

Si vous quittez les services destinés aux jeunes, vous participerez au choix d'un seul fournisseur qui sera le « fournisseur désigné le plus responsable » de votre transition. Cette personne sera quelqu'un que vous connaissez et en qui vous avez confiance. Cette personne travaillera avec vous (et, si vous le souhaitez, avec vos parents et vos aidants) pour coordonner vos soins. Il vous aidera à prendre des rendez-vous et vous apportera un soutien jusqu'à ce que vous estimiez que votre transition est terminée. Votre fournisseur principal sera désigné au début de votre processus de transition, et la personne qui occupe cette fonction peut changer au fil du temps.

Pour les cliniciens

Travaillez avec le jeune (et ses parents et aidants, le cas échéant) pour déterminer un fournisseur désigné le plus responsable. Agissez ensuite comme ce fournisseur ou travaillez avec lui pour coordonner les soins et fournir un soutien tout au long du processus de transition et jusqu'à ce que le jeune (et ses parents et aidants, le cas échéant) considère que la transition est terminée.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour que les jeunes qui quittent les services destinés aux jeunes aient un fournisseur désigné le plus responsable pour coordonner les soins et fournir un soutien tout au long du processus de transition et jusqu'à ce que la transition soit terminée.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de jeunes qui quittent les services destinés aux jeunes qui ont désigné le fournisseur le plus responsable de la transition
- Pourcentage de jeunes qui quittent les services axés sur les jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui se sentent soutenus dans la coordination des soins par le fournisseur désigné le plus responsable

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Introduction aux services pour adultes

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

Source : National Institute for Health and Care Excellence, 2016¹⁶

Définitions

Réunion : Une réunion de transition collaborative (parfois appelée réunion de travail conjointe de sortie ou réunion conjointe de sortie/transfert) comprend le jeune, ses fournisseurs de soins de santé pour jeunes et les fournisseurs clés de soins de santé pour les adultes. Les parents et les aidants peuvent assister à une partie ou à la totalité de la réunion, le cas échéant.

Il peut s'agir d'une seule réunion (avec les fournisseurs clés et le jeune) ou de plusieurs réunions qui associent des fournisseurs de services destinés aux jeunes et aux adultes (p. ex. médecin et médecin, travailleur social et travailleur social). Ces réunions peuvent également impliquer le fournisseur désigné le plus responsable de la transition (voir la définition de *fournisseur désigné le plus responsable* dans l'énoncé de qualité 4).

Parfois, le transfert de soins se fait vers le fournisseur de soins primaires actuel du jeune. Si ce n'est pas le cas, le fournisseur de soins primaires est également inclus en tant que source de soutien collaboratif et cohérent pour le jeune, ses parents et ses aidants.

La ou les réunions peuvent être en personne ou virtuelles (téléconférence, vidéoconférence). Dans certaines situations, une réunion de transition officielle peut ne pas être nécessaire, et le jeune et ses fournisseurs de services orientés vers les jeunes peuvent décider si une réunion de transition collaborative est nécessaire. Le fournisseur de services pour adultes peut demander une rencontre

s'il estime avoir besoin de plus d'informations que celles fournies dans le plan de transition (voir la définition du *plan de transition* dans le troisième énoncé de qualité) pour favoriser une transition réussie.

Services pour adultes ou autres fournisseurs : Cela comprend tout nouveau fournisseur de services ou de soins de santé qui jouera un rôle dans les soins futurs du jeune (ou lors de son transfert vers une prise en charge pour adultes).

Transfert : Le moment où la responsabilité des soins et du soutien d'une personne passe des services destinés aux jeunes aux services pour adultes ou à un autre fournisseur.¹⁶

Justification

Les jeunes et leurs aidants peuvent se sentir anxieux à l'idée de passer à des services pour adultes ou à un autre fournisseur, surtout s'ils ont bénéficié pendant longtemps de services axés sur les enfants et les jeunes.^{16,47} Rencontrer et échanger avec chaque fournisseur qui jouera un rôle dans leurs soins futurs peut contribuer à réduire les préoccupations concernant le transfert et à accroître leur confiance dans le passage à un service pour adultes ou à un autre fournisseur.^{16,47} Le fait de participer à la communication entre les fournisseurs de soins actuels et futurs crée une transition collaborative (un transfert de soins où le patient est présent et participe à la conversation).⁶¹

La réunion facilite et maintient également la continuité des soins, et fournit une occasion importante pour le jeune (et ses parents et aidants, le cas échéant) de poser des questions sur le transfert, de partager ses besoins et préférences, et de clarifier les prochaines étapes ou les détails de sa première visite (p. ex. l'heure du rendez-vous, le lieu). Cela peut conduire à une meilleure expérience pour le jeune, ses parents et ses aidants, à une meilleure fréquentation des services pour adultes et à de meilleurs résultats.¹⁶

Il est important d'inclure le fournisseur de soins primaires dans ces réunions, surtout pour un jeune ayant des besoins de soins complexes, car le fournisseur de soins primaires peut jouer un rôle crucial en tant que source constante de soutien et de ressources pour lui (et ses parents et aidants, le cas échéant) en naviguant dans un système de soins de santé complexe.¹⁷

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les jeunes, les parents et les aidants

Avant de passer des services destinés aux jeunes aux services pour adultes, vous rencontrerez les fournisseurs clés de soins de santé des services vers lesquels

vous allez passer. Si vous le souhaitez, vos parents ou vos aidants peuvent se joindre à vous pour ces réunions. Dans le cadre de ces réunions, vous pourriez rencontrer vos fournisseurs pour jeunes et adultes ensemble, ou peut-être que votre « fournisseur désigné le plus responsable » vous accompagnera pour rencontrer votre fournisseur de services pour adultes. Ces réunions peuvent avoir lieu en personne, par vidéo ou par téléphone.

Pour les cliniciens

Si vous êtes un nouveau fournisseur assumant un rôle dans les soins d'un jeune, rencontrez ce dernier (ainsi que ses parents et les personnes qui s'occupent de lui, le cas échéant) avant son transfert. Ce processus peut impliquer la participation à une réunion de transition collaborative avec le jeune et ses fournisseurs de services destinés aux jeunes. Cela peut également impliquer le fournisseur désigné le plus responsable de la transition. Ces réunions peuvent être en personne ou virtuelles (téléconférence, vidéoconférence).

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que les services destinés aux jeunes et aux adultes disposent de systèmes, de processus et de ressources permettant aux jeunes (et à leurs parents et aidants, le cas échéant) de rencontrer les services clés pour adultes ou autres fournisseurs de soins de santé vers lesquels ils se dirigeront avant leur passage des services destinés aux jeunes aux services pour adultes. Il peut s'agir d'une seule réunion (avec les fournisseurs clés ensemble) ou de plusieurs réunions regroupant des fournisseurs de services destinés aux jeunes et aux adultes. Ces réunions peuvent impliquer le fournisseur désigné le plus responsable de la transition. Les réunions peuvent être en personne ou virtuelles (téléconférence, vidéoconférence).

INDICATEUR DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui ont une réunion avec le service clé pour adultes ou un autre fournisseur avant le transfert des soins
 - Si plusieurs fournisseurs participent à la prise en charge, recueillez et mesurez les données séparément pour chaque service clé ou autre fournisseur vers lequel la jeune personne effectuera la transition.

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

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).

Sources : Association canadienne des centres de santé pédiatriques, 2016³⁴ | National Institute for Health and Care Excellence, 2016¹⁶

Définitions

Établir un lien : Cela implique que le fournisseur principal continue de suivre le jeune en prenant des nouvelles de lui (p. ex., par téléphone, par des messages texte sécurisés, par courriel) et de ses parents et aidants, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il ait eu sa première visite avec chaque service pour adultes ou autre fournisseur vers lequel il effectue la transition. Dans certains cas, cela peut nécessiter un appel ou une rencontre avec un fournisseur de soins de santé pour jeunes (qui est responsable jusqu'à ce que le transfert soit terminé) afin d'aider le jeune (et ses parents et aidants, le cas échéant) à répondre aux besoins qui se présentent (p. ex., la gestion des médicaments, un changement de l'état de santé) pendant qu'ils attendent que les soins pour adultes soient mis en place et/ou de clore la transition.

Fournisseur désigné le plus responsable : Voir la définition dans l'énoncé de qualité 4.

Supporté jusqu'à ce que les transitions des services de soins de santé soient terminées et confirmées : Le fournisseur désigné le plus responsable surveille la transition et apporte tout le soutien nécessaire pendant que le jeune (et ses parents et aidants, le cas échéant) attend d'être consulté par chaque service pour adultes ou autre fournisseur. Ce soutien se poursuit jusqu'à ce que le jeune reçoive des soins de chaque service pour adultes ou autre fournisseur et que le jeune (et ses parents et aidants, le cas échéant) ait confirmé que les transitions

des services de soins de santé sont terminées. S'il n'existe pas de service pour adultes ou d'autre fournisseur équivalent, ou si l'attente est longue pour établir une prise en charge avec le service pour adultes, un fournisseur de soins approprié doit être ciblé pour répondre à tout besoin de soins de santé. Dans la plupart des cas, c'est le fournisseur de soins primaires qui assume ce rôle.

Justification

Il y a parfois un décalage entre la sortie des services destinés aux jeunes et le premier rendez-vous avec un service pour adultes ou un autre fournisseur. Pendant cette période, il est important que les jeunes (ainsi que leurs parents et aidants, le cas échéant) restent en contact avec le fournisseur le plus responsable désigné, qui peut leur offrir un soutien pendant qu'ils attendent d'être consultés par leurs nouveaux fournisseurs.⁴⁶

Fermer la boucle entre les services destinés aux jeunes et les services pour adultes est également un élément essentiel de l'achèvement du transfert. Cela signifie qu'il faut confirmer que le jeune a établi une prise en charge avec chaque service pour adultes ou autre fournisseur.³⁷ De nombreux services pour adultes et autres fournisseurs n'ont pas mis en place des processus de suivi lorsque les personnes ne se présentent pas à leurs rendez-vous et ne comprennent pas toujours pourquoi il est important de le faire (consensus du comité consultatif). Pour les jeunes qui passent aux services pour adultes, les premiers rendez-vous manqués et la perte de contact peuvent signifier qu'ils ne s'engagent pas dans les services pour adultes et se perdent dans le système.¹⁶ Cela peut à son tour affecter leur santé physique, leur santé mentale et leurs besoins en matière de soins sociaux.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les jeunes, les parents et les aidants

Après votre dernière visite aux services destinés aux jeunes, le fournisseur le plus responsable désigné restera en contact avec vous. Il suivra votre transition. Il vous apportera tout le soutien nécessaire pendant que vous attendez votre premier rendez-vous avec chaque service pour adultes ou autre fournisseur qui joue un rôle dans votre prise en charge. Ce soutien doit se poursuivre jusqu'à ce qu'à votre premier rendez-vous avec chaque service pour adultes ou autre fournisseur et jusqu'à ce que vous ayez confirmé que vos transitions de services de soins de santé sont terminées.

Pour les cliniciens

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

- Suivez le passage du jeune à chaque service pour adultes ou autre fournisseur en prenant régulièrement de ses nouvelles (et de ses parents et aidants, le cas échéant).
- Offrez un soutien, au besoin, pendant que le jeune attend d'être consulté par chaque service pour adultes ou autre fournisseur.
- Si le jeune a des besoins médicaux, orientez-le (ainsi que ses parents et aidants, le cas échéant) vers la personne ou le lieu le plus approprié ayant une expertise médicale pour répondre à ses besoins.
- Confirmez que le jeune s'est rendu à son premier rendez-vous avec chaque service pour adultes ou autre fournisseur et qu'il (et ses parents et aidants, le cas échéant) est d'accord pour que la transition vers les services de soins de santé soit terminée.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que les services destinés aux jeunes et aux adultes disposent de systèmes, de processus et de ressources permettant au fournisseur principal de mener à bien la transition.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui estiment que le fournisseur principal les a soutenus jusqu'à ce qu'ils confirment que leur transition vers les services de soins de santé était terminée
- Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes et qui obtiennent leur première visite dans un service pour adultes ou un autre fournisseur après le transfert de soins
 - Si plusieurs fournisseurs participent à la prise en charge, recueillez et mesurez les données séparément pour chaque service ou autre fournisseur vers lequel la jeune personne effectuera la transition.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 2.

Appendices

Appendice 1. À propos de cette norme de qualité

Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les jeunes qui passent des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les jeunes qui passent des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient, et pour vos parents et aidants, si vous souhaitez qu'ils soient impliqués.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger ce [guide du patient](#) sur le passage des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos fournisseurs de soins de santé. À l'intérieur, vous y trouverez des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et pour les organisations

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les jeunes de 15 à 24 ans qui passent des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes. Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins

peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions (appendice 2). La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre [guide du patient](#) sur les transition des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres fournisseurs de soins de santé. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), qui comprennent notre guide de mesure des spécifications techniques pour les indicateurs dans cette norme, et notre diaporama « dossier d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la soutiennent;
- Notre [napperon](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les fournisseurs de soins de santé peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme;
- [L'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé](#), qui peut aider votre organisation à examiner comment les programmes et les politiques ont un impact différent sur les groupes de population. Cet outil peut aider à maximiser les effets positifs et à réduire les effets négatifs, dans le but de réduire les inégalités en matière de santé entre les groupes de population.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de professionnels de la santé et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Appendice 2. Mesure pour soutenir l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité « Transition des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes » a cerné sept indicateurs pour cette norme de qualité. Ces indicateurs peuvent être utilisés pour surveiller les progrès réalisés en vue d'améliorer les soins aux jeunes âgés de 15 à 24 ans en Ontario. La mesure de certains indicateurs peut être appuyée par les sources de données provinciales existantes. Toutefois, la collecte des données et la mesure de ce domaine sont actuellement limitées. La mesure exigera donc l'utilisation de données d'origine locale.

L'utilisation des données de ces indicateurs vous aidera à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité. Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs spécifiques aux énoncés. Ces indicateurs sont fournis à titre d'exemple; vous pouvez également créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité en fonction des besoins de votre population. Nous vous recommandons de déterminer les domaines à considérer comme des priorités dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Envisagez de recueillir des données et de mesurer les indicateurs en fonction de diverses stratifications d'équité qui sont pertinentes et appropriées pour votre population, telles que les caractéristiques socioéconomiques et démographiques. Il peut s'agir de l'âge, du revenu familial, de la région, de la géographie, de l'éducation, de la langue, de la race et du sexe. Veuillez vous référer à l'appendice 4, Principes directeurs, *Déterminants sociaux de la santé*, pour des considérations supplémentaires sur l'équité.

Notre [guide de mesure](#) fournit de plus amples renseignements et des étapes concrètes sur la manière d'intégrer la mesure dans votre travail de planification et d'amélioration de la qualité.

Mesurer le succès de cette norme de qualité

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes et qui obtiennent leur première visite dans un service pour adultes ou un autre fournisseur après le transfert de soins

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui sont sortis des services destinés aux jeunes.
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont leur première visite avec un service pour adultes ou un autre fournisseur après le transfert des soins.
- Remarques :
 - Cet indicateur s'applique aux jeunes ayant des besoins en matière de soins de santé qui nécessitent un suivi régulier avec un fournisseur.
 - À des fins de mesure, il pourrait s'agir d'une visite dans les 12 mois suivant le transfert (à 18 ans, comme approximation de l'âge du transfert). Toutefois, la période peut être adaptée en fonction des besoins en matière de soins de santé.
 - Les sources de données provinciales comprennent les visites des médecins. La collecte de données locales peut être nécessaire, selon le besoin de soins de santé et pour effectuer le suivi des visites pour services non médicaux.
 - Si plusieurs fournisseurs participent à la prise en charge, recueillez et mesurez les données séparément pour chaque service ou autre fournisseur vers lequel la jeune personne effectuera la transition.
 - Cet indicateur ne tient pas compte de la continuité des soins dans les services pour adultes au-delà de la première visite.
 - Cet indicateur est également inclus dans l'énoncé de qualité 6.
 - Veuillez consulter le [guide de mesure](#) pour de plus amples renseignements.
- Sources des données :
 - Bases de données administratives (p. ex., la Base de données sur les congés des patients [BDGP] ou l'utilisation d'un algorithme validé, si disponible) pour identifier les jeunes ayant certains besoins en matière de soins de santé.
 - Base de données des demandes de règlement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) pour déterminer les visites de médecins avec un service pour adultes ou un autre fournisseur après le transfert des soins.
 - Remarque : La collecte de données locales peut être nécessaire, selon le besoin de soins de santé et pour effectuer le suivi des visites pour services non médicaux.

Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes et qui ont effectué une visite non prévue dans un service d'urgence au cours de la première année suivant le transfert des soins

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui sont sortis des services destinés aux jeunes.
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont effectué une visite non programmée au service d'urgence dans la première année après le transfert des soins.
- Remarques :
 - L'âge du transfert peut dépendre des besoins en matière de soins de santé et/ou du cadre du jeune.
 - Une visite au service d'urgence peut être attribuable à l'absence de suivi d'un service pour adultes ou d'un autre fournisseur, ou à une aggravation de l'état de santé. L'ajustement des risques peut être envisagé.
- Sources des données :
 - Bases de données administratives (p. ex., la BBDCP ou l'utilisation d'un algorithme validé, si disponible) pour identifier les jeunes ayant certains besoins en matière de soins de santé.
 - Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) pour déterminer les visites au service d'urgence.
 - Remarque : La collecte de données locales peut être nécessaire en fonction du besoin de soins de santé.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'échelle locale

Pourcentage de jeunes ayant quitté les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui déclarent avoir participé autant qu'ils le souhaitent à la création commune du plan de transition

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui sont sortis des services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant).
 - Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent être impliquées autant qu'elles le souhaitent dans la création conjointe du plan de transition.
- Remarques :
 - Veuillez consulter l'énoncé de qualité 3 pour les définitions de *création collective* et de *plan de transition*.
 - Cette question est adaptée du sondage sur l'expérience en matière de soins de santé (ministère de la Santé),⁶² qui comporte une question de

sondage validée qui peut être utilisée pour contribuer à votre collecte de données locale : « Lorsque vous voyez votre fournisseur ou quelqu'un d'autre dans son cabinet, à quelle fréquence vous implique-t-il autant que vous le souhaitez dans les décisions concernant vos soins et votre traitement? » (Options de réponse : toujours, souvent, parfois, rarement, jamais, ne sait pas, refus).

- Cet indicateur est également inclus dans l'énoncé de qualité 3.
- Sources des données : collecte de données locales par un sondage auprès des patients et/ou des parents/aidants.

Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes et qui ont obtenu un fournisseur désigné responsable de la transition

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui sont sortis des services destinés aux jeunes.
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui avaient un fournisseur désigné le plus responsable de la transition.
- Remarques :
 - Veuillez vous reporter à l'énoncé de qualité 4 pour voir la définition de *fournisseur désigné le plus responsable*.
 - Cet indicateur est également inclus dans l'énoncé de qualité 4.
- Source des données : collecte de données locales.

Pourcentage de jeunes ayant quitté les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui ont effectué une évaluation de préparation à la transition avant le transfert des soins

- Dénominateur : nombre total de jeunes ayant quitté les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant).
 - Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont effectué une évaluation de préparation à la transition avant le transfert de soins.
- Remarque : Veuillez vous référer au [guide de mesure](#) pour des exemples d'outils de préparation à la transition qui peuvent être utilisés pour mesurer cet indicateur pour les jeunes et les parents/aidants.
- Sources des données : collecte de données locales par un sondage auprès des patients et/ou des parents/aidants.

Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) et qui se disent satisfaits de cette transition

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui sont sortis des services destinés aux jeunes.
 - Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui déclarent être satisfaites de la transition.
- Remarque : Veuillez vous référer au [guide de mesure](#) pour obtenir des exemples d'outils qui peuvent être utilisés pour mesurer cet indicateur pour les jeunes et les parents ou les aidants.
- Sources des données : collecte de données locales par un sondage auprès des patients et/ou des parents/aidants.

Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes et qui déclarent avoir conservé leur qualité de vie pendant la période de transfert des soins

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui sont sortis des services destinés aux jeunes.
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui déclarent avoir maintenu leur qualité de vie pendant la période de transfert des soins.
- Remarques :
 - Veuillez vous référer au [guide de mesure](#) pour obtenir des exemples de sondages qui peuvent être utilisés pour mesurer cet indicateur pour les jeunes.
 - Envisagez d'utiliser la période de temps pour mesurer le maintien de la qualité de vie comme étant le temps écoulé entre la sortie des services destinés aux jeunes et le suivi avec un service pour adultes ou un autre fournisseur.
- Source des données : collecte de données locales au moyen d'un sondage auprès des patients.

Comment mesurer l'amélioration pour des énoncés spécifiques

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

Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux enfants et aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui ont discuté de leurs besoins de préparation à la transition

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui quitteront les services destinés aux enfants et aux jeunes (ainsi que leurs parents ou aidants, le cas échéant).
 - Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont discuté de leurs besoins continus de préparation à la transition.
- Remarques :
 - Veuillez vous reporter à l'énoncé de qualité 1 pour voir la définition de *besoins continus de préparation à la transition*.
 - Envisagez de définir l'âge auquel cet indicateur est mesuré en fonction des besoins de votre population ou d'effectuer un suivi à plusieurs moments avant le transfert des soins. Consultez l'énoncé de qualité 1 pour la définition de l'expression « *le plus tôt possible* » afin d'obtenir des conseils sur le moment de la planification de la transition.
- Source des données : collecte de données locales.

Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux enfants et aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui bénéficient d'un examen régulier de l'état de préparation à la transition au moins une fois dans les 12 mois précédant la transition

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui quitteront les services destinés aux enfants et aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant).
 - Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent des examens réguliers de la préparation à la transition au moins une fois dans les 12 mois.
- Remarques :
 - Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour la définition des *examens collaboratifs réguliers de la préparation à la transition* et pour des

- exemples d'outils de préparation à la transition qui peuvent être utilisés pour mesurer cet indicateur pour les jeunes et les parents/aidants.
- o Envisagez de vérifier si l'examen de la préparation à la transition était un processus de collaboration (comme le décrit le premier énoncé de qualité).
- Source des données : collecte de données locales.

Énoncé de qualité 2 : Échange de renseignements et soutien

Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) et qui reçoivent des renseignements adaptés à leur développement pour répondre à leurs besoins

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant).
 - o Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoit des renseignements adaptés à leur développement pour répondre à leurs besoins.
- Remarques :
 - o Veuillez vous reporter à l'énoncé de qualité 2 pour voir les définitions *d'échange de renseignements et soutien* et de *l'approche adaptée au développement*.
 - o L'énoncé de qualité 2 note que l'échange de renseignements et le soutien doivent se faire tout au long de la transition – avant, pendant et après la transition. Envisagez de suivre cet indicateur à un ou plusieurs des moments suivants à des fins de mesure.
- Source des données : collecte de données locales.

Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui estiment qu'on leur a posé des questions sur leur expérience et leur expertise lors de la planification de la transition et de l'établissement d'objectifs communs

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant).
 - o Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants

- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui estiment qu'on leur a demandé leur expérience et leur expertise lors de la planification de la transition et de la fixation d'objectifs communs.
- Remarque : Veuillez consulter l'énoncé de qualité 2 pour la définition de *s'informer activement l'expérience et l'expertise du jeune (et de ses parents et aidants, le cas échéant) et de les intégrer dans la planification de la transition et la définition d'objectifs communs*.
- Sources des données : collecte de données locales par un sondage auprès des patients et/ou des parents/aidants.

Énoncé de qualité 3 : Plan de transition

Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes et qui disposent d'un plan de transition documenté

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes.
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont un plan de transition documenté et personnalisé.
- Remarque : Veuillez vous reporter à l'énoncé de qualité 3 pour voir la définition de *plan de transition*.
- Source des données : collecte de données locales.

Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui déclarent avoir participé autant qu'ils le souhaitaient dans la création commune du plan de transition

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant).
 - Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent être impliquées autant qu'elles le souhaitent dans la création conjointe du plan de transition.
- Remarques :
 - Veuillez consulter l'énoncé de qualité 3 pour les définitions de *création collective* et de *plan de transition*.
 - Cette question est adaptée du sondage sur l'expérience en matière de soins de santé (ministère de la Santé),⁶² qui comporte une question de sondage validée qui peut être utilisée pour contribuer à votre collecte de données locale : « Lorsque vous voyez votre fournisseur ou quelqu'un d'autre dans son cabinet, à quelle fréquence vous implique-t-il autant que vous le souhaitez dans les décisions concernant vos soins

- et votre traitement? » (Options de réponse : toujours, souvent, parfois, rarement, jamais, ne sait pas, refus).
- o Exclusion : les personnes qui répondent « ne sait pas » ou « refus ».
- o Cet indicateur est également inclus dans la section « Mesurer le succès de cette norme de qualité ».
- Source des données : collecte de données locales au moyen d'un sondage auprès des patients.

Énoncé de qualité 4 : Transition coordonnée

Pourcentage de jeunes qui quittent les services destinés aux jeunes qui ont désigné le fournisseur le plus responsable de la transition

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui quittent les services destinés aux jeunes.
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont un fournisseur désigné le plus responsable de la transition.
- Remarques :
 - o Veuillez vous reporter à l'énoncé de qualité 4 pour voir la définition de *fournisseur désigné le plus responsable*.
 - o Cet indicateur est également inclus dans la section « Mesurer le succès de cette norme de qualité ».
- Source des données : collecte de données locales.

Pourcentage de jeunes qui quittent les services axés sur les jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui se sentent soutenus dans la coordination des soins par le fournisseur désigné le plus responsable

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui quittent les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant).
 - o Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui se sentent soutenues dans la coordination des soins par leur fournisseur désigné le plus responsable.
- Remarques :
 - o Veuillez vous reporter à l'énoncé de qualité 4 pour voir la définition de *fournisseur désigné le plus responsable*.
 - o L'énoncé de qualité 4 fait remarquer que le fournisseur désigné le plus responsable doit coordonner les soins et fournir un soutien tout au long du processus de transition – avant, pendant et après la transition – et jusqu'à ce que la transition soit terminée. Envisagez de suivre cet indicateur à un ou plusieurs des moments suivants à des fins de mesure.

- Sources des données : collecte de données locales par un sondage auprès des patients et/ou des parents/aidants.

Énoncé de qualité 5 : Introduction aux services pour adultes

Pourcentage de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui ont une réunion avec le service clé pour adultes ou un autre fournisseur avant le transfert des soins

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui quitteront les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant).
 - Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont une réunion avec le service clé pour adultes ou un autre fournisseur avant le transfert des soins.
- Remarques :
 - Veuillez consulter l'énoncé de qualité 5 pour voir la définition de *réunion*, *services pour adultes ou autres fournisseurs*, et de *transfert*.
 - Si plusieurs fournisseurs participent à la prise en charge, recueillez et mesurez les données séparément pour chaque service clé ou autre fournisseur vers lequel la jeune personne effectuera la transition.
- Sources des données : Base de données des demandes de règlement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (pour déterminer si une conférence de cas a eu lieu) ou collecte de données locales.

Énoncé de qualité 6 : Achèvement du transfert

Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant) qui estiment que le fournisseur principal les a soutenus jusqu'à ce qu'ils confirment que leur transition vers les services de soins de santé était terminée

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes (et leurs parents ou aidants, le cas échéant).
 - Données collectées et mesurées séparément pour chaque sous-groupe :
 - Les jeunes
 - Les parents ou les aidants
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui estiment que leur fournisseur principal les a soutenus jusqu'à ce que leurs transitions de services de soins de santé soient complètes et confirmées.

- Remarque : Veuillez consulter l'énoncé de qualité 6 pour les définitions de *fournisseur principal* et de *soutien jusqu'à ce que les transitions des services de soins de santé soient complètes et confirmées*.
- Sources des données : collecte de données locales par un sondage auprès des patients et/ou des parents/aidants.

Pourcentage de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes et qui obtiennent leur première visite dans un service pour adultes ou un autre fournisseur après le transfert de soins

- Dénominateur : nombre total de jeunes qui ont quitté les services destinés aux jeunes.
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont leur première visite avec le service pour adultes ou un autre fournisseur après le transfert de soins.
- Remarques :
 - Cet indicateur s'applique aux jeunes ayant des besoins en matière de soins de santé qui nécessitent un suivi régulier avec un fournisseur.
 - À des fins de mesure, il pourrait s'agir d'une visite dans les 12 mois suivant le transfert. Toutefois, la période peut être adaptée en fonction des besoins en matière de soins de santé.
 - Si plusieurs fournisseurs participent à la prise en charge, recueillez et mesurez les données séparément pour chaque service ou autre fournisseur vers lequel la jeune personne effectuera la transition.
 - Cet indicateur ne tient pas compte de la continuité des soins dans les services pour adultes au-delà de la première visite.
 - Cet indicateur est également inclus dans la section « Mesurer le succès de cette norme de qualité ».
 - Veuillez consulter le [guide de mesure](#) pour de plus amples renseignements.
- Sources des données :
 - Bases de données administratives (p. ex., la BBDCP ou l'utilisation d'un algorithme validé, si disponible) pour identifier les jeunes ayant certains besoins en matière de soins de santé.
 - Base de données des demandes de règlement du RASO pour déterminer les visites de médecins avec un service pour adultes ou un autre fournisseur après le transfert des soins.
 - Remarque : La collecte de données locales peut être nécessaire, selon le besoin de soins de santé et pour effectuer le suivi des visites pour services non médicaux.

Appendice 3. Glossaire

Équipe de soins de santé : Tous les fournisseurs de soins aux jeunes et aux adultes, les fournisseurs de soins primaires, les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que tout autre fournisseur de soins de santé qui apporte des soins et un soutien au jeune (et à ses parents et aidants, le cas échéant).

Fournisseur de soins primaires : Un médecin de famille (également appelé médecin de soins primaires) ou une infirmière praticienne ou un pédiatre communautaire.

Fournisseurs de soins de santé : Les professionnels réglementés et aussi les personnes exerçant des professions non réglementées, telles que le personnel administratif, les travailleurs d'assistance comportementale, les travailleurs d'assistance personnelle, spécialistes de la vie de l'enfant, le personnel de loisirs, le personnel d'assistance spirituelle et les bénévoles.

Jeune personne : Une personne de 15 à 24 ans.^{1,2} Certains préfèrent qu'on les appelle « jeunes » ou « jeunes adultes » (consensus du comité consultatif).

Mandataire spécial : Personne désignée pour prendre des décisions au nom d'une autre personne en vertu d'une « procuration relative au soin de la personne ».

Parents et aidants, le cas échéant : Les personnes qui fournissent des soins, qui assurent une tutelle légale ou que le jeune juge importantes pour soutenir sa santé.³⁴ Dans certains cas, il peut s'agir d'un mandataire spécial (voir la définition ci-dessous). Il existe différents degrés d'implication des parents et des aidants tout au long de la transition, y compris lorsqu'un jeune est passé aux services pour adultes ou à un autre fournisseur. Il faut demander régulièrement aux jeunes comment ils souhaitent que leurs parents et aidants soient impliqués. La participation des parents et des aidants variera en fonction de l'âge du jeune et de sa capacité à participer.

Professionnels de la santé : Les professionnels réglementés, tels que les infirmières, les infirmières praticiennes, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins (médecins de famille, spécialistes), les physiothérapeutes, les psychologues, les inhalothérapeutes, les travailleurs sociaux et les orthophonistes.

Soins culturellement adaptés : Des soins qui intègrent les traditions, les valeurs et les croyances culturelles ou religieuses, qui sont dispensés dans la langue préférée de la personne, qui adaptent les conseils spécifiques à la culture et qui tiennent compte du souhait de la personne de faire participer les membres de sa famille ou de sa communauté.⁶³

Appendice 4. Valeurs et principes directeurs

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

Reconnaître l'impact de la colonisation

Les professionnels de la santé devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada et s'efforcer d'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les communautés autochtones, ainsi qu'à reconnaître leur force et leur résilience. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes élaborées par des groupes qui n'incluent pas nécessairement de soins culturellement pertinents ou qui ne reconnaissent pas les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels autochtones.

Soins et soutien adaptés au développement

Les soins et le soutien adaptés au développement considèrent le jeune dans son ensemble, en abordant son développement biologique, psychologique et social au sens large.¹⁶ Cette approche garantit que le jeune est informé de ses soins et de son soutien et qu'on l'aide à jouer un rôle actif dans ces derniers.

Services en français

En Ontario, la *Loi sur les services en français* garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [26 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement.⁶⁴

Soins intégrés

Les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs de services communautaires et de soutien dans les services destinés aux jeunes et aux adultes, ainsi que les fournisseurs de soins primaires, travaillent ensemble de manière intégrée pour promouvoir une responsabilité partagée, une communication efficace et une coordination des soins afin de faciliter une transition sans heurts et progressive pour les jeunes (et leurs parents et aidants, le cas échéant).¹⁶ Cela peut impliquer une vision ou une déclaration commune pour les transitions, ainsi que des protocoles ou politiques de transition, des protocoles d'échange renseignements et des approches de la pratique mutuellement acceptés et partagés.

Approche fondée sur le parcours de vie

L'approche des soins fondée sur le parcours de vie considère la personne dans le temps et tient compte de son environnement général. Pour les jeunes handicapés ou ayant des besoins en matière de soins de santé, cela peut inclure différentes situations, comme le contexte social (p. ex., les possibilités de participer à des activités significatives), le contexte physique (p. ex., l'accessibilité) et la politique publique (p. ex., le financement de soutiens, comme des soins auxiliaires ou un accompagnement professionnel, pour aider à renforcer la capacité à participer aux communautés d'adultes). Il est important de reconnaître l'interaction entre les personnes et leur environnement : l'environnement peut avoir un effet sur la personne et la personne peut également avoir une influence sur l'environnement.³⁵

Reconnaissance et soutien du rôle des parents, de la famille et des aidants

Reconnaître et soutenir le rôle des parents, de la famille et des aidants signifie créer les conditions et la culture dans lesquelles leur expertise est respectés et ils sont considérés comme partenaires dans la prise en charge du jeune.^{65,66} Cela commence par la reconnaissance de l'impact positif qu'ils ont sur les résultats de santé au niveau individuel et systémique. D'autres éléments clés du développement de relations de collaboration entre le jeune, sa famille ou ses aidants et les fournisseurs de soins de santé comprennent une implication constante, une confiance mutuelle et l'importance de répondre aux besoins des parents, de la famille et des aidants.¹⁷

Déterminants sociaux de la santé

La pauvreté et l'isolement social sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes, appelées « déterminants sociaux de la santé ». Parmi les autres déterminants sociaux de la santé figurent le statut professionnel et les conditions de travail, l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigré, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une zone rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des personnes et des populations; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes de la dégradation de la santé. Les jeunes ayant des besoins de services de santé qui doivent passer des services destinés aux jeunes aux services pour adultes vivent souvent dans des conditions sociales et économiques stressantes qui peuvent aggraver leur santé et leur bien-être général,²⁷ notamment la stigmatisation sociale, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à l'emploi, aux revenus et au logement.²⁸

Pratique fondée sur les forces

La pratique fondée sur les forces implique activement le jeune et les fournisseurs de soins qui l'aident en travaillant ensemble pour atteindre les résultats escomptés par le jeune, d'une manière qui s'appuie sur ses forces.¹⁶ Le jeune est reconnu comme l'expert de sa propre expérience vécue, tandis que le clinicien est reconnu comme un expert dans sa discipline et pour faciliter une conversation qui renforce les forces et les ressources du jeune.

Soins tenant compte des traumatismes

Soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui incluent une compréhension des traumatismes et de l'impact que les expériences traumatiques peuvent avoir sur les êtres humains.^{29,32} Dans cette approche, il n'est pas nécessaire que la jeune personne révèle son traumatisme; au contraire,

l'approche reconnaît la fréquence des traumatismes chez les enfants et les jeunes adultes défavorisés, en particulier ceux qui sont impliqués dans le système de protection de l'enfance, et cherche à mettre en relation les personnes intéressées par un traitement avec les services appropriés en matière de traumatismes.^{30,32}

Soins centrés sur les jeunes (centrés sur la personne)

Centré sur les jeunes (ou sur la personne) signifie que l'on reconnaît le jeune comme l'expert de sa propre expérience vécue et comme un partenaire égal dans le processus de transition, et que l'on tient compte de ses points de vue et de ses besoins concernant ses propres soins et son soutien.¹⁶ Tous les besoins d'un jeune sont pris en charge au fur et à mesure de leur apparition et de leur évolution dans le temps, y compris ceux liés à son contexte plus large (p. ex. l'éducation et l'emploi, une participation significative, la santé et le bien-être, y compris la santé mentale, et l'intégration dans la communauté).

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario et le Conseil provincial de la santé maternelle et infantile remercient les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

Kristin Cleverley (coprésidente)

Infirmière autorisée
Professeure adjointe, Facultés de sciences infirmières et de médecine, Université de Toronto
Scientifique principale, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Alene Toulany (coprésidente)

Médecin et chercheure, Hospital for Sick Children, Université de Toronto

Tracy Akitt

Chef d'équipe clinique de la vie infantine et responsable de l'engagement familial, Hamilton Health Sciences, McMaster Children's Hospital

Katie Anderson

Psychiatre
Responsable de la psychiatrie, Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Lysa Boisse Lomax

Neurologue et professeure associée, Centre des sciences de la santé de Kingston, Université Queen's

Lucy Coppola

Directrice des services aux clients, John McGivney Children's Centre

Kim Corace

Vice-président, Innovation et transformation, Services de santé Royal Ottawa
Professeure associée, Psychiatrie, Université d'Ottawa

Marilyn Crabtree

Responsable des soins primaires des services en ligne de l'Ontario (intérimaire)
Responsable des soins primaires, Équipe Santé Ontario du Haut-Canada, Cornwall et la région (intérimaire)

C.J. Curran

Directrice, Stratégie des transitions, Hôpital de réadaptation pour enfants Holland Bloorview

Scarlett Davidson

Conseillère en expérience vécue
Responsable de l'engagement communautaire et des partenariats, mindyourmind

Crystal Edwards

Directrice, Programme pour femmes et enfants, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay

Navreet Gill

Infirmière autorisée, Programme de transition cardiaque, The Hospital for Sick Children

Tasha Hamilton

Diététiste professionnelle, coordonnatrice de la transition, Children's Hospital, London Health Sciences Centre

Megan Henze

Animatrice des services de transition, Surrey Place

Natalie Kennedy

Directrice administrative, Programme Enfants NEO et Familles et pratique interprofessionnelle, Horizon Santé-Nord

Afsana Lallani

Conseillère en expérience vécue
Étudiante infirmière autorisée, Université Ryerson

Yona Lunsky

Directrice, Centre Azrieli sur les troubles du développement du cerveau pour adultes, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto

Laura MacGregor

Conseillère en expérience vécue
Professionnelle associée à la faculté, Collège universitaire Martin Luther/Université Wilfrid Laurier et directrice du Luther Centre for Spirituality, Disability, and Care

Robert More

Conseillère en expérience vécue
Aidant du Rural FASD [Fetal Alcohol Spectrum Disorder] Support Network

Zubin Punthakee

Professeure associée de médecine et de pédiatrie, Division de l'endocrinologie et du métabolisme, Université McMaster

Sterling Renzoni

Conseillère en expérience vécue

Julia Vanderheul

Directrice, Services de transition pour les jeunes, Services communautaires LOFT [Leap of Faith Together]

Amanda Woo

Responsable de site et gestionnaire clinique, service de transition LIFEspan, Institut de réadaptation de Toronto, Réseau universitaire de santé

Références

- (1) Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223-8.
- (2) Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence ... and young adulthood. Authors' reply. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(4):e7.
- (3) Blum RWM, Garell D, Hodgman CH, Jorissen TW, Okinow NA, Orr DP, et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions: a position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1993;14(7):570-6.
- (4) White PH, Cooley WC, Transitions Clinical Report Authoring Group, American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2018;142(5):e20182587.
- (5) Provincial Council for Maternal and Child Health Advisory Committee. Report of the transition to adult healthcare services work group. 2013. 99 p. Located at: The Council, Toronto, ON.
- (6) Pinzon J, Harvey J, Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. Care of adolescents with chronic conditions. *Paediatr Child Health*. 2006;11(1):43-8.
- (7) Blum RW. Overview of transition issues for youth with disabilities. *Pediatrician*. 1991;18(2):101-4.
- (8) Georgiades K, Boylan K, Duncan L, Wang L, Colman I, Rhodes AE, et al. Prevalence and correlates of youth suicidal ideation and attempts: evidence from the 2014 Ontario Child Health Study. *Can J Psychiatry*. 2019;64(4):265-74.
- (9) Sadler K, Vizard T, Ford T, Marcheselli F, Pearce N, Mandalia D, et al. Mental health of children and young people in England, 2017: summary of key findings [Internet]. Leeds (UK): NHS Digital; 2018 [cited 2021 Sep]. Available from: <https://files.digital.nhs.uk/F6/A5706C/MHCYP%202017%20Summary.pdf>
- (10) Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-65.
- (11) Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-64.
- (12) Young NL, Barden WS, Mills WA, Burke TA, Law M, Boydell K. Transition to adult-oriented health care: perspectives of youth and adults with complex physical disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2009;29(4):345-61.
- (13) Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, et al. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:Cd009794.
- (14) Bhawra J, Toulany A, Cohen E, Moore Hepburn C, Guttman A. Primary care interventions to improve transition of youth with chronic health conditions from paediatric to adult healthcare: a systematic review. *BMJ Open*. 2016;6(5):e011871.

- (15) Levy BB, Song JZ, Luong D, Perrier L, Bayley MT, Andrew G, et al. Transitional care interventions for youth with disabilities: a systematic review. *Pediatrics*. 2020;146(5):e20200187.
- (16) National Institute for Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services [Internet]. London (UK): The Institute; 2016 [cited 2021 July 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
- (17) MacGregor L, Martin J. Hello from the other side: parental reflections on the patient-parent-family physician triadic relationship. *Can Fam Physician*. 2018;64(Suppl 2):S76-8.
- (18) Li L, Polanski A, Lim A, Strachan PH. Transition to adult care for youth with medical complexity: assessing needs and setting priorities for a health care improvement initiative. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2021 Aug 14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.08.006>
- (19) Sharma N, O'Hare K, Antonelli RC, Sawicki GS. Transition care: future directions in education, health policy, and outcomes research. *Acad Pediatr*. 2014;14(2):120-7.
- (20) Prior M, McManus M, White P, Davidson L. Measuring the "triple aim" in transition care: a systematic review. *Pediatrics*. 2014;134(6):e1648-61.
- (21) Cohen E, Gandhi S, Toulany A, Moore C, Fu L, Orkin J, et al. Health care use during transfer to adult care among youth with chronic conditions. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20152734.
- (22) Cleverley K, Stevens K, Davies J, McCann E, Ashley T, Brathwaite D, et al. Mixed-methods study protocol for an evaluation of the mental health transition navigator model in child and adolescent mental health services: the Navigator Evaluation Advancing Transitions (NEAT) study. *BMJ Open*. 2021;11(6):e051190.
- (23) Cleverley K, Lenters L, McCann E. "Objectively terrifying": a qualitative study of youth's experiences of transitions out of child and adolescent mental health services at age 18. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):147.
- (24) Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S, et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry*. 2018;197(4):305-12.
- (25) Youth Action Committee, The New Mentality, Children's Mental Health Ontario. From crisis to quality: bridging gaps in child and youth mental health services [Internet]. Toronto (ON): Children's Mental Health Ontario; 2018 [cited 2021 Dec]. Available from: https://cmho.org/wp-content/uploads/From-Crisis-to-Quality-English_-min.pdf
- (26) Toulany A, Stukel TA, Kurdyak P, Fu L, Guttman A. Association of primary care continuity with outcomes following transition to adult care for adolescents with severe mental illness. *JAMA Network Open*. 2019;2(8):e198415-e.
- (27) Keleher F, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource [Internet]. Melbourne (Australia): State of Victoria, Department of Human Services; 2006 [cited 2021 October]. Available from: <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/Evidence-based%20mental%20health%20pro>

- [motion%20resource%20-%20entire%20resource](#)
- (28) Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015.
- (29) Ministry of Children, Community and Social Services. Ontario's quality standards framework: a resource guide to improve the quality of care for children and young persons in licensed residential settings [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2021 Dec]. Available from: http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/childrens_aid/MCCSS-Residential-Resource-Guide.pdf
- (30) Doucet M. Relationships matter: examining the pathways to long-term supportive relationships for youth "aging out" of care [dissertation]. Montreal (QC): McGill University School of Social Work; 2020.
- (31) Doucet M, National Council of Youth in Care Advocates. Equitable standards for transitions to adulthood for youth in care [Internet]. Ottawa (ON): Child Welfare League of Canada; 2021 [cited 2021 Dec]. Available from: https://www.cwlc.ca/_files/ugd/f54667_45d7b4d41270453e8d720296d22edc6c.pdf
- (32) Doucet M, Pratt H, Read J, Emmanuel K, Jules R, Merrill-Parkin R, et al. Relationships matter for youth "aging out" of care: research report [Internet]. Victoria (BC): BC Representative for Children and Youth; 2018 [cited 2021 Dec]. Available from: <https://rcybc.ca/reports-and-publications/editorials-and-submissions/relationships-matter-for-youth-aging-out-of-care/>
- (33) Ministry of Children, Community and Social Services. Child welfare redesign [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2021 Dec]. Available from: <https://www.ontario.ca/page/child-welfare-redesign>
- (34) Canadian Association of Pediatric Health Centres, National Transitions Community of Practice. A guideline for transition from paediatric to adult care for youth with special health care needs: a national approach [Internet]. Ottawa (ON): Children's Healthcare Canada; 2016 [cited 2021 Jul 28]. Available from: <https://ken.childrenshealthcarecanada.ca/xwiki/bin/view/Transitioning+from+Paediatric+to+Adult+Care/A+Guideline+for+Transition+from+Paediatric+to+Adult+Care>
- (35) CanChild Centre for Childhood Disability Research. "The best journey to adult life" for youth with disabilities [Internet]. Hamilton (ON): McMaster University; 2009 [cited 2021 Jul 28]. Available from: <https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/688/original/BJAmodelandbestpracticeguidelinespdf2009.pdf>
- (36) Cleverley K, McCann E, O'Brien D, Davies J, Bennett K, Brennenstuhl S, et al. Prioritizing core components of successful transitions from child to adult mental health care: a national Delphi survey with youth, caregivers, and health professionals. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jun 6:s00787-021-1806-6.
- (37) Got Transition. Six core elements of health care transition [Internet]. Washington (DC): National Alliance to Advance Adolescent Health; c2014-2021 [cited 2021 Oct]. Available from: <https://www.gottransition.org/six-core-elements/>

- (38) East Tennessee State University. Transition Readiness Assessment Questionnaire [Internet]. Johnson City (TN): East Tennessee State University; no date [cited 2021 Oct]. Available from: <https://www.etsu.edu/com/pediatrics/traq/default.php>
- (39) CanChild Centre for Childhood Disability Research. Transition-Q [Internet]. Hamilton (ON): McMaster University; 2021 [cited 2021 October]. Available from: <https://www.canchild.ca/en/shop/6-transition-q>
- (40) Klassen AF, Grant C, Barr R, Brill H, Kraus de Camargo O, Ronen GM, et al. Development and validation of a generic scale for use in transition programmes to measure self-management skills in adolescents with chronic health conditions: the TRANSITION-Q. *Child Care Health Dev.* 2015;41(4):547-58.
- (41) CanChild. MyTransition app: version 2.0 [Internet]. Hamilton (ON): McMaster University; 2021 [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://www.canchild.ca/en/research-in-practice/current-studies/apply-the-mytransition-app-in-transition-apply-it-study/mytransition-app>
- (42) Moynihan M, Saewyc E, Whitehouse S, Paone M, McPherson G. Assessing readiness for transition from paediatric to adult health care: revision and psychometric evaluation of the Am I ON TRAC for Adult Care questionnaire. *J Adv Nurs.* 2015;71(6):1324-35.
- (43) Alberta Health Services. Well on your way: helping youth transition to adult healthcare. Transition readiness checklist for youth [Internet]. Edmonton (AB): Alberta Health Services; 2020 [cited 2021 Dec]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/trt/if-trt-readiness-checklist-youth.pdf>
- (44) Alberta Health Services. Well on your way: helping youth transition to adult healthcare. Transition readiness checklist for parents of independent youth [Internet]. Edmonton (AB): Alberta Health Services; 2020 [cited 2021 Dec]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/trt/if-trt-readiness-checklist-parents-independent-youth.pdf>
- (45) Alberta Health Services. Well on your way: helping youth transition to adult healthcare. Transition readiness checklist for parents of dependent youth [Internet]. Edmonton (AB): Alberta Health Services; 2020 [cited 2021 Dec]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/trt/if-trt-readiness-checklist-parents-dependent-youth.pdf>
- (46) National Institute for Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services quality standard [Internet]. London (UK): The Institute; 2016 [cited 2021 Aug 4]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs140>
- (47) Beresford B, Stuttard L. Young adults as users of adult healthcare: experiences of young adults with complex or life-limiting conditions. *Clin Med (Lond).* 2014;14(4):404-8.
- (48) Gray C. The "I Do Care" project [Internet]. Toronto (ON): Legal Aid Ontario; 2021 [cited 2021 Dec]. Available from: <https://www.legalaid.on.ca/2019/10/16/the-i-do-care-project/>
- (49) Singh SP, Anderson B, Liabo K, Ganeshamoorthy T. Supporting young people in their transition to adults' services: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2016;353:i2225.

- (50) National Institute for Health and Care Excellence, Social Care Institute for Excellence. Building independence through planning for transition: a quick guide for practitioners supporting young people [Internet]. London (UK): The Institutes; 2018 [cited 2021 Oct]. Available from: https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/NICE-Communities/Social-care/quick-guides/3312_SCIE_Planning%20for%20transition%20quick%20guide-09.pdf
- (51) Provincial Council for Maternal and Child Health Advisory Committee. Youth transitions to adult health services: transition discharge planning tool [Internet]. Toronto (ON): The Council; 2015 [cited 2021 Dec]. Available from: <https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2022/02/Youth-Transitions-to-Adult-Health-Services-Transition-Discharge-Planning-Tool-1.pdf>
- (52) Provincial Council for Maternal and Child Health. Complex Care for Kids Ontario Youth Transition to Adult Care Toolkit [Internet]. 2022 [Available from: <https://www.pcmch.on.ca/ccko-transition-toolkit/>
- (53) mindyourmind. Service transition plan: moving to adult mental health and addiction services [Internet]. London (ON): ConnexOntario; 2021 [cited 2021 Dec]. Available from: <https://mindyourmind.ca/tools/service-transition-plan>
- (54) Kingston, Frontenac, Lennox & Addington Children, Youth & Family Services Collaborative. Youth transitioning in KFL&A: protocol for youth transitioning into adult mental health and addictions services [Internet]. Kingston (ON): Centre for Addiction and Mental Health; 2015 [cited 2021 Dec]. Available from: <http://improvingystems.ca/projects/youth-transition-protocol-in-kingston-frontenac-lennox-addington>
- (55) Henze M, Abells D, Boyd K, Bryce A, Chaves Y, Hamdani B, et al. SHARE transition plan: talking about transition with young people with developmental disabilities and their families [Internet]. Toronto (ON): Developmental Disabilities Primary Care Program of Surrey Place; 2019 [cited 2021 Dec]. Available from: <https://ddprimarycare.surreyplace.ca/wp-content/uploads/2019/09/2.6-TAY-Transition-Transition-Plan.pdf>
- (56) Alberta Health Services. Transition tracker [Internet]. Edmonton (AB): Alberta Health Services; no date [cited 2021 Dec]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/trt/if-trt-transition-tracker.pdf>
- (57) Information and Privacy Commissioner of Ontario. Circle of care: sharing personal health information for health-care purposes [Internet]. Toronto (ON): The Commissioner; 2015 [cited 2021 Oct]. Available from: <https://www.ipc.on.ca/wp-content/uploads/resources/circle-of-care.pdf>
- (58) Canadian Medical Protective Association. Privacy and confidentiality: protecting your patient's personal health information [Internet]. Ottawa (ON): The Association; 2021 [cited 2021 Oct]. Available from: <https://www.cmpa-acpm.ca/en/education-events/good-practices/professionalism-ethics-and-wellness/privacy-and-confidentiality?panel=goodpractices-accordion>

- (59) Gorter JW, Stewart D, Cohen E, Hlyva O, Morrison A, Galuppi B, et al. Are two youth-focused interventions sufficient to empower youth with chronic health conditions in their transition to adult healthcare: a mixed-methods longitudinal prospective cohort study. *BMJ Open*. 2015;5(5):e007553.
- (60) BC Children's Hospital. Mike's story: transitioning from pediatric to adult health care [Internet]. Vancouver (BC): Provincial Health Services Authority; 2016 [cited 2021 Oct]. Available from: <http://www.bcchildrens.ca/our-services/support-services/transition-to-adult-care>
- (61) White P, Greenberg A. Telehealth toolkit for a joint visit with pediatric and adult health care clinicians and transferring young adults [Internet]. Washington (DC): Got Transition, National Alliance to Advance Adolescent Health; c2014-2021 [cited 2021 Aug]. Available from: <https://www.gottransition.org/resource/?telehealth-toolkit-joint-visit-pediatric-adult-clinicians>
- (62) Ministry of Health and Ministry of Long-Term Care. The Health Care Experience Survey [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2019 [cited 2021 Dec]. Available from: <https://www.health.gov.on.ca/en/common/healthcareexperiencesurvey.aspx>
- (63) Diabetes Canada. Clinical practice guidelines [Internet]. Toronto (ON): Diabetes Canada; 2018 [cited 2021 October]. Available from: <https://guidelines.diabetes.ca/docs/CPG-2018-full-EN.pdf>
- (64) Ministry of Health and Ministry of Long-Term Care. French Language Health Services: The *French Language Services Act*, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2022 Jan]. Available from: <https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- (65) The Ontario Caregiver Organization. Caregiver ID: formal recognition of the caregiving role [Internet]. Toronto: The Organization; c2021 [cited 2021 Aug]. Available from: <https://ontariocaregiver.ca/caregiver-id-formal-recognition-of-the-caregiving-role/>
- (66) Legislative Assembly of Ontario. Bill 59, Caregiver Recognition Act, 2018 [Internet]. 2018 [updated 2018 Dec, referred to Standing Committee on Social Policy; cited 2021 Aug]. Available from: <https://www.ola.org/en/legislative-business/bills/parliament-42/session-1/bill-59>

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario chargé de coordonner le système de soins de santé de notre province et de mettre en relation ses diverses composantes d'une manière qui n'a jamais été réalisée auparavant, et ce afin de permettre à la population ontarienne de recevoir les meilleurs soins possibles. Nous nous employons à améliorer les résultats en matière de santé, l'expérience des patients et des fournisseurs et à soutenir l'optimisation des ressources allouées aux soins de santé.

Équité, inclusion, diversité et lutte contre le racisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité, et à lutter contre le racisme dans le système de soins de santé. Dans le cadre de ce travail, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#) qui s'appuie sur les engagements et les relations prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société.

Pour plus d'informations, visitez : ontariohealth.ca/fr/notre-equipe

À propos du Conseil provincial de la santé maternelle et infantile

Le Conseil provincial de la santé maternelle et infantile (CPSIM) a pour mandat d'assurer un leadership stratégique et fondé sur des données probantes pour les services de santé reproductive, néonatale et pédiatrique en Ontario. Le PCMCH remplit ce mandat en collaborant avec les organismes et organisations gouvernementaux provinciaux, les réseaux régionaux de santé maternelle et infantile, les fournisseurs de soins, les patients et les familles. Notre objectif est de favoriser un système de soins de santé qui fournit des soins opportuns, accessibles, équitables et de haute qualité pour les patients en périnatalité, les

patients, les enfants, les jeunes et leurs familles, et qui favorise la santé de tous les Ontariennes et les Ontariens tout au long de leur vie.

Pour plus de renseignements : pcmch.on.ca/.

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hqontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse qualitystandards@ontariohealth.ca pour toute question ou rétroaction sur ce guide.

Santé Ontario
130 rue Bloor Ouest, 10^e étage
Toronto, Ontario
M5S 1N5

Tél. sans frais : 1-877-280-8538
Télétype: 1-800-855-0511
Courriel :
qualitystandards@ontariohealth.ca
Site Web : hqontario.ca

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer après la consultation publique.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022