

Harmonisation de la transition : développement d'une checklist au sein de la filière FAI²R



Véronique Hentgen
CEREMAIA

CH de Versailles

Contexte

Transition = long processus qui commence tôt dans la vie et se termine au-delà du transfert à proprement parler.

- ▶ Mais : seulement 50% des patients avec maladie chronique discutent de la transition avec leur pédiatre avant le passage effectif

→ Nécessité de définir les jalons

Rutishauser , European journal of pediatrics. 2011

Méthode

1

- Groupe de travail préliminaire (6 experts)
- Elaboration des principaux jalons de la transition

2

- Vote par experts (47) nationaux et internationaux sur les propositions via internet

3

- Conférence de consensus (12 experts) :
- Discussion sur les items avec moins de 70% des votes

4

- Validation définitive par experts (33) pédiatres et adultes via internet

Joint Bone Spine. 2017 Sep 28. pii: S1297-319X(17)30162-8.

Building a transitional care checklist in rheumatology: A Delphi-like survey.

Akre C, Suris JC, Belot A, Couret M, Dang TT, Duquesne A, Fonjallaz B, Georgin-Lavialle S, Larbre JP, Mattar J, Meynard A, Schalm S, Hofer M.

12-14 ans

1. Premières discussions sur la transition
2. Un plan de transition en plusieurs étapes (flexibles) est mis en place (avec le patient et les parents)
3. Le médecin commence à voir le patient sans ses parents

14-16 ans

1. Discuter des effets des substances légales (alcool, tabac) sur la maladie et sur le traitement
2. Discuter des effets des substances illicites (cannabis, drogues) sur la maladie et sur le traitement
3. Discuter de l'impact de la maladie sur la Sexualité/Fertilité/Grossesse et des effets du/des traitement(s) sur la fertilité
4. Le patient sait comment réagir en cas d'urgence
5. Les différences entre les soins pédiatriques et les soins aux adultes sont expliquées

14-16 ans (suite)

6. Le patient est capable de décrire la maladie
7. Le patient est capable de décrire son traitement
8. Le patient est capable de prendre lui-même rendez-vous pour ses consultations
9. Test d'aptitude au transfert

Transfert 17-20 ans

- ▶ Identification du représentant des soins adultes
- ▶ Protocole de transfert
- ▶ Idéalement : 1 consultation commune + 2 consultations sans le pédiatre
 - Un compte rendu standardisé des 2 premières consultations dans le service adultes rempli par le patient (et les parents si nécessaire/souhaité) doit être transmis au responsable transition ou équipe pédiatrique

Phase d'engagement 20–24 ans

- ▶ Aider le patient à gagner en autonomie
- ▶ S'assurer du suivi régulier (programmer au moins 2 visites)
- ▶ Discussions sur l'assurance maladie
- ▶ Finalisation du plan de transition

En guise de conclusion

- ▶ Reste à développer par les équipes en fonction de la pathologie:
 - Test d'aptitude au transfert
 - Compte rendu standardisé des 2 premières consultations dans le service adulte

Merci de votre attention

