

*Journée d'échanges de pratiques professionnelles,
Marseille, le 3 décembre 2019*



Adolescence et passage à l'âge adulte

*Vers une éducation thérapeutique
au changement de rôles ?*

Maxime MORSA

maxime.morsa@ipcem.org

Introduction

398

Dossier thématique

Regards croisés sur la transition de l'adolescent en diabétologie

L. Kessler

Service d'endocrinologie-diabète-nutrition,
Hôpital Civil, Hôpitaux Universitaires
de Strasbourg, InsERM UMR 1200 -
Nanomédecine Régénérative, Université de
Strasbourg, Strasbourg.

Correspondance

Laurence Kessler

Service d'endocrinologie-diabète-nutrition -
Pôle MRNED
Hôpital Civil
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
1, Place de l'Hôpital
67000 Strasbourg
laurence.kessler@chru-strasbourg.fr

Avant-propos

Regards croisés sur la
transition de l'adolescent
en diabétologie

Foreword

Crossing views on adolescent transition
in diabetes

Mots-clés : Diabète de type 1 – adolescence – transition.

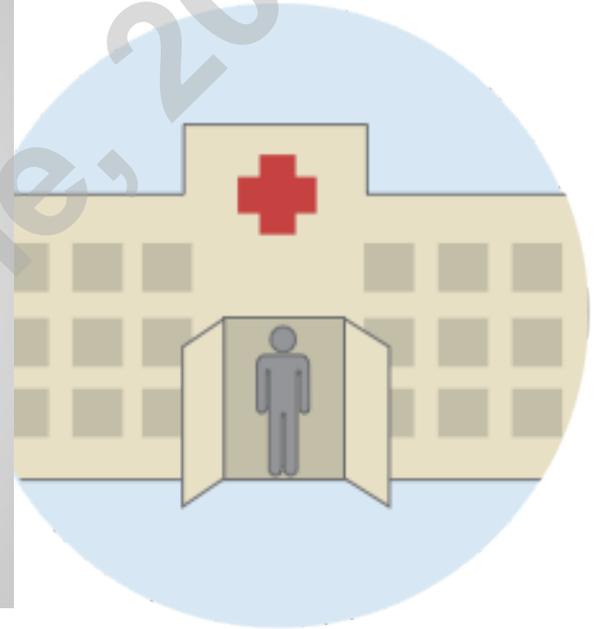
Key-words: Type 1 diabetes – adolescence – transition.

« Il n'existe actuellement pas de structure, ni de personnel, dédiés à la prise en charge de l'adolescent diabétique de type I. D'un côté, **les services de pédiatrie** qui prennent en charge les enfants depuis plusieurs années (...) ont des difficultés à considérer l'adolescent diabétique comme un futur adulte. De l'autre, **les services adultes** de diabétologie adulte orientés vers la prévention et la prise en charge des complications neurodégénératives peuvent renvoyer l'adolescent à une image très négative de la maladie, pouvant être traumatisante »

(Kessler et al., 2019)



Pediatrics



Comment rendre les services pédiatriques et les services adultes mieux adaptés aux adolescents et jeunes adultes ?

Comment favoriser la transition entre les deux services ?

Comment l'ETP peut optimiser ce processus ?

Diabète à l'adolescence : quelques repères

- 1,24-1,55 / 1 000 enfants de moins de 15 ans avec un diabète de type I
- Une tendance à la hausse :
 - Il y a 20 ans : incidence de 7,4 nouveaux cas / 100 000 enfants / an
 - Aujourd'hui : 18 nouveaux cas / 100 000 enfants / an

Kessler, 2019

Current State of Type 1 Diabetes Treatment in the U.S.: Updated Data From the T1D Exchange Clinic Registry

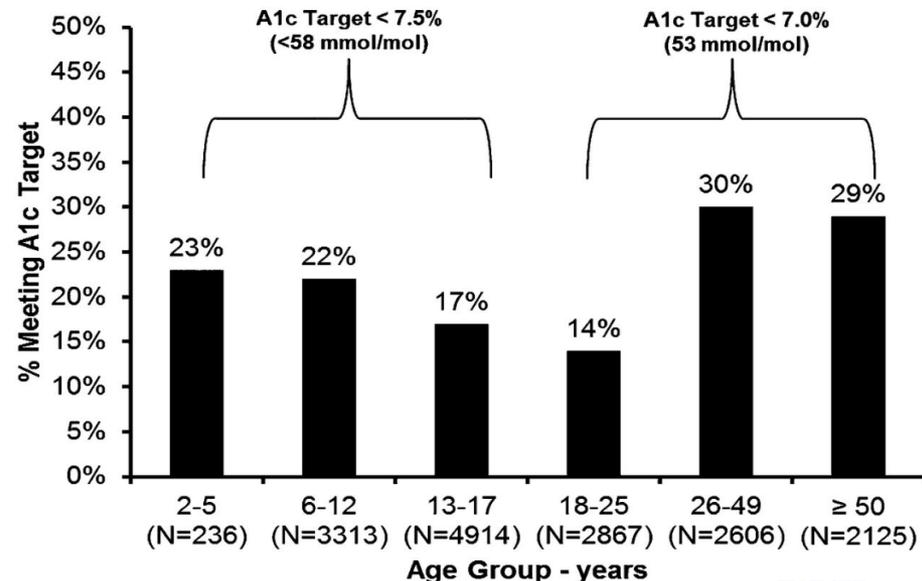
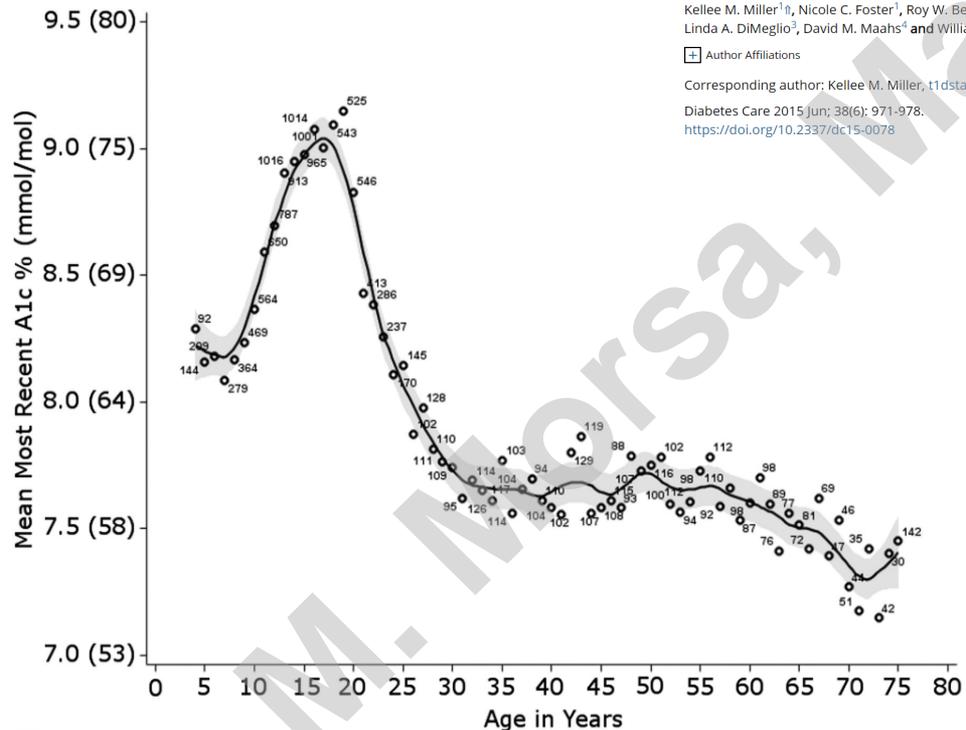
Kellee M. Miller¹*, Nicole C. Foster¹, Roy W. Beck¹, Richard M. Bergenstal², Stephanie N. DuBose¹, Linda A. DiMeglio³, David M. Maahs⁴ and William V. Tamborlane⁵ for the T1D Exchange Clinic Network

Author Affiliations

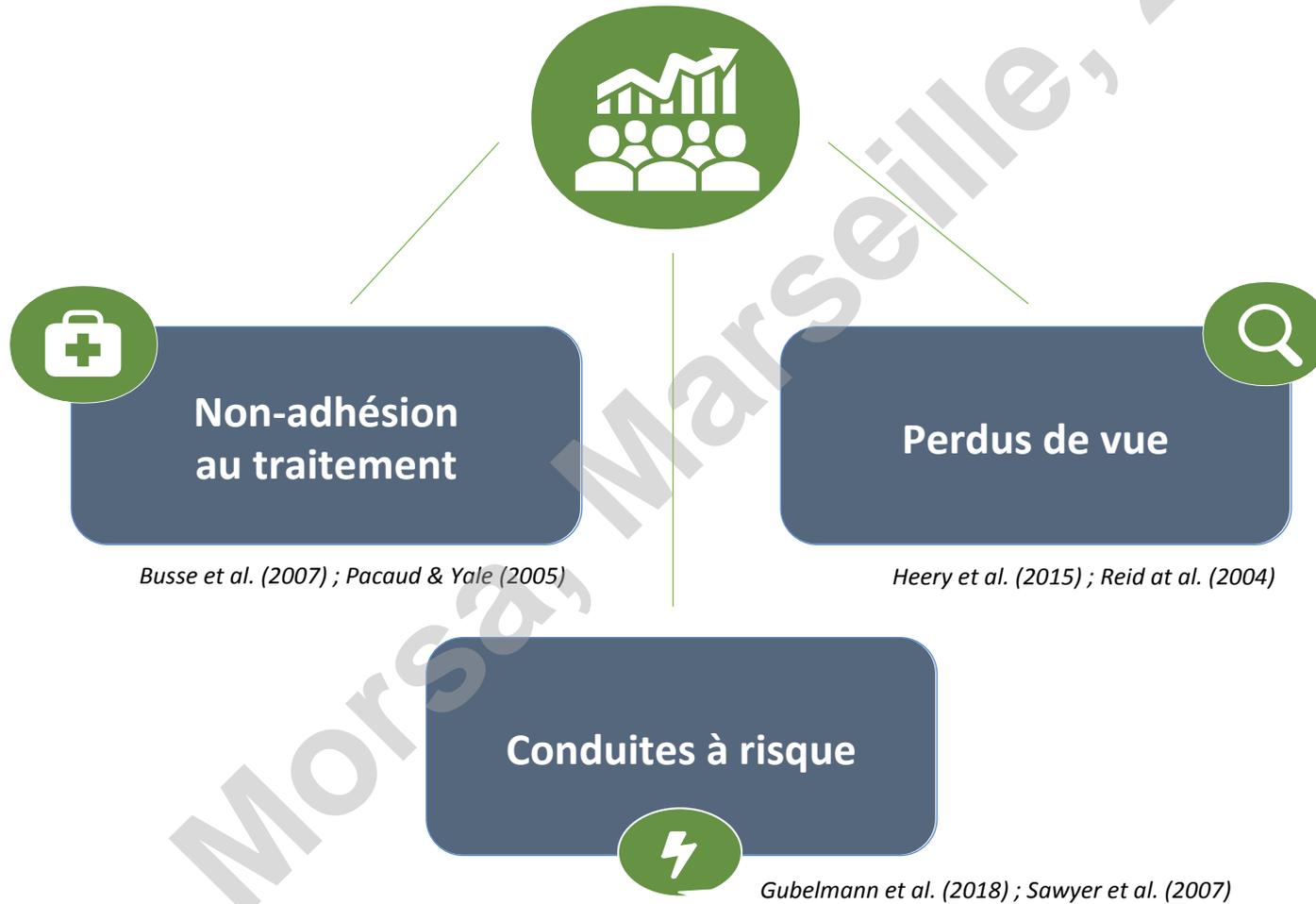
Corresponding author: Kellee M. Miller, t1dstats@jaeb.org.

Diabetes Care 2015;Jun; 38(6): 971-978.
<https://doi.org/10.2337/dc15-0078>

Check for updates

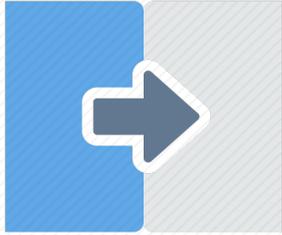


Une période à risque



Une transition... dans les soins

Transition



Un **processus organisé** et coordonné de la pédiatrie vers les soins adultes dont le but est d'optimiser la santé du jeune et faire en sorte qu'il atteigne son **potentiel maximum**



Transfert : simple passage, sans préparation ni interventions d'accompagnement

Tuchman et al. (2010); Blum et al (1993)

Pédiatrie



Soins adultes



Lieu

Murs décorés, dessins, jeux...

Plus froid, affiches de prévention...

Environnement social

Enfants

Adultes, parfois âgés avec stigmates de la maladie

Consultation

Triade

Binôme

Suivi médical

Prévu et initié par les soignants

Initié par le jeune

Relation soignant-

Perçue comme individuelle et informelle

Perçue comme impersonnelle et centrée sur la maladie

soigné

Une transition... développementale

Niveau interne

Changements
physiologiques

Changements
Cognitifs

Changements
psychosociaux



Mode de vie

Scolarité, vie
sociale,
professionnelle,
couple, etc.

Niveau externe

Transition adolescence – âge adulte = constellation de micro-passages

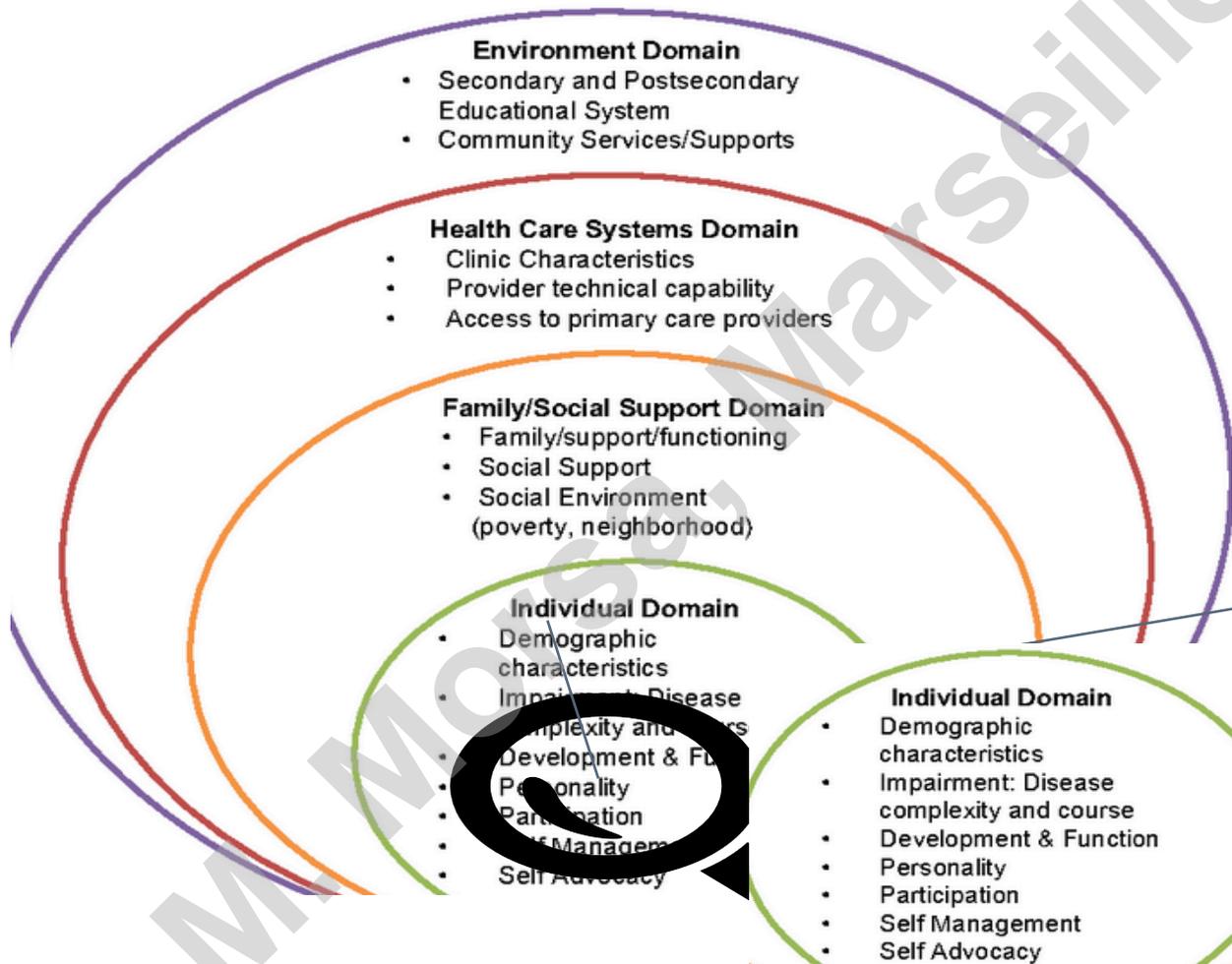
- **Rencontre de plusieurs transitions qui se croisent** : passages scolaires, métamorphoses du corps, transformation de style de vie, vie affective et relationnelle, comportements attendus...
- Ces combinaisons forment des expériences multiples et singulières, et sont collectivement partagée. **La transition ne concerne pas un individu isolé.**
- Les transformations sont **aiguës par le diabète**

Diasio et al., 2019

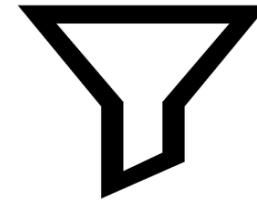
Un processus complexe et multifactoriel

Health Care Transition Theoretical Model

Betz et al., 2014



Un dispositif global...



... comprenant une série d'intervention spécifiques, par domaine

Une proposition de modèle d'intervention agissant sur le domaine individuel

La transition : une période d'apprentissage

10 – 24 ans

Les jeunes avec une maladie chronique :



Deviennent autonomes dans la gestion de la maladie et des traitements

→ Ils **apprennent** à adapter la thérapeutique, effectuer des gestes techniques, interpréter un bilan de santé, etc.

Se développent sur le plan physique, cognitif, psychique et social

→ Ils **apprennent** à se connaître, à penser avec davantage de capacités intellectuelles, à formuler des projets, etc.

Quittent la pédiatrie pour les soins adultes

→ Ils **apprennent** à utiliser le nouveau service (consultation en binôme, plus impersonnelle, etc).

Campbell et al. (2016)

Dans une perspective socio-constructiviste, nous considérons que les jeunes construisent diverses nouvelles connaissances durant la période de transition

Transition et éducation thérapeutique du patient (ETP)

1

Pour aider le jeune dans ses apprentissages de la vie avec la maladie, **l'ETP est recommandée** (Crowley et al., 2011)



- L'ETP doit permettre à la personne d'acquérir **les compétences** qui l'aident à vivre de manière optimale sa vie avec sa maladie (OMS, 1998).

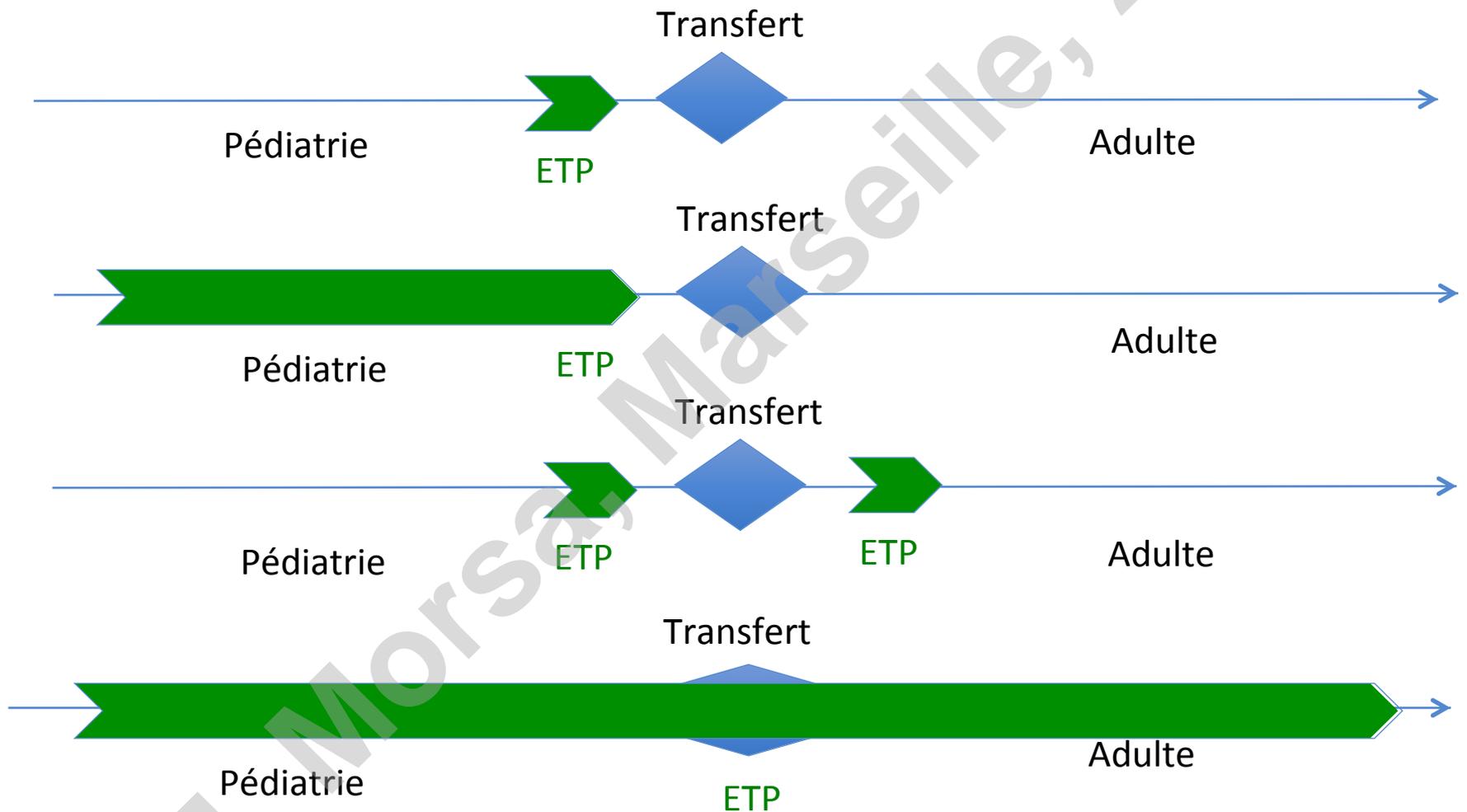
2

Pas de consensus sur un modèle d'ETP au cours de la transition
(par exemple, quels objectifs éducatifs visés ? Sur combien de temps ? Etc.)



- Nous savons pas **quelles compétences** permettent aux jeunes de vivre une transition favorable à leurs projets de vie et de santé (Schmidt et al., 2016)

Quelle ETP au cours de la transition ?



Et pourquoi pas ?



Quels objectifs se donner ?

- Utiliser le système de soins adultes ?
- Maintien du suivi ?
- Etre autonome (observant ?)
- Se détacher des parents ?
- Gérer les nouveaux éléments de la vie quotidienne (fac / travail, logement, couple, alimentation, voyage, etc.)
- Se développer sur le plan humain ?

→ De la réponse vont dépendre les contenus, méthodes, organisations, etc.

Méthode de recherche

La transition

Le point de vue
de la recherche

Etude 1

Le point de vue
des jeunes

Etude 2

Le point de vue
des soignants
et parents

Etude 3



Review article

Factors influencing the transition from pediatric to adult care: A scoping review of the literature to conceptualize a relevant education program

Maxime Morsa^{a,*}, Rémi Gagnayre^a, Carole Deccache^a, Pierre Lombrail^{b,c}

^aLaboratory of Education and Health Practices (EA3412), University Paris 13, Bobigny, France
^bDepartment of Public Health, Paris Seine St-Denis Hospital, AP-HP, France

Patient Preference and Adherence

Dovepress

open access to scientific and medical research

ORIGINAL RESEARCH

A qualitative study on the educational needs of young people with chronic conditions transitioning from pediatric to adult care

This article was published in the following Dove Press journal:
Patient Preference and Adherence

Maxime Morsa¹
Pierre Lombrail^{1,2}
Bernard Boudailliez^{2,4}
Cécile Godot⁵
Vincent Jeantils⁵
Rémi Gagnayre¹

Objectives: Although patient education is recommended to facilitate the transition from pediatric to adult care, a consensus has not been reached for a particular model. The specific skills needed for the transition to help in facilitating the life plans and health of young people are still poorly understood. This study explored the educational needs of young people with diverse chronic conditions during their transition from pediatric to adult care.

Methods: Qualitative semi-structured interviews were conducted with 17 young people with chronic conditions. A thematic analysis was conducted to examine the data.

Original Article

Developmentally appropriate patient education during transition: A study of healthcare providers' and parents' perspective

Maxime Morsa^{a,b}, Rémi Gagnayre^a,
Marie-Pascale Pomey^b, Carole Deccache^a
and Pierre Lombrail^{a,c}

^aLaboratory of Education and Health Practices (EA3412), University Paris 13, Bobigny, France

^bDepartment of Health Management, Evaluation and Policy, School of Public Health, University of Montreal, QC, Canada

^cDepartment of Public Health, Paris Seine St-Denis Hospital, AP-HP, Paris, France

HEJ

Health Education Journal

1-13

© The Author(s) 2019

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/0017896919888559

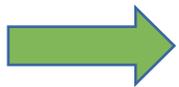
journals.sagepub.com/home/hej



Proposition d'un modèle d'ETP au changement de rôles

La transition consiste à passer d'un état à un autre

- C'est un changement de rôle pour la personne impliquant le développement des compétences nouvelles (Zittoun, 2008)
- Le rôle est *le moyen par lequel la personne oriente et gouverne l'impression qu'elle produit sur autrui et sur elle-même* (Goffman, 1973)



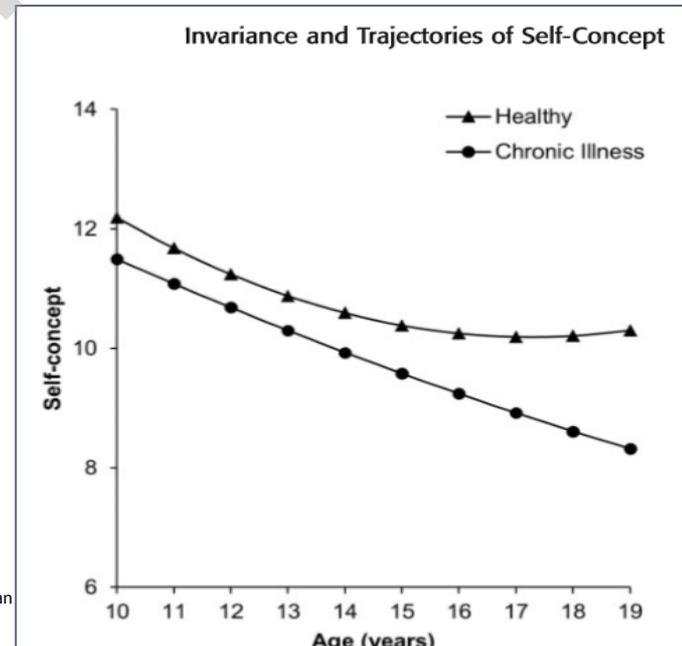
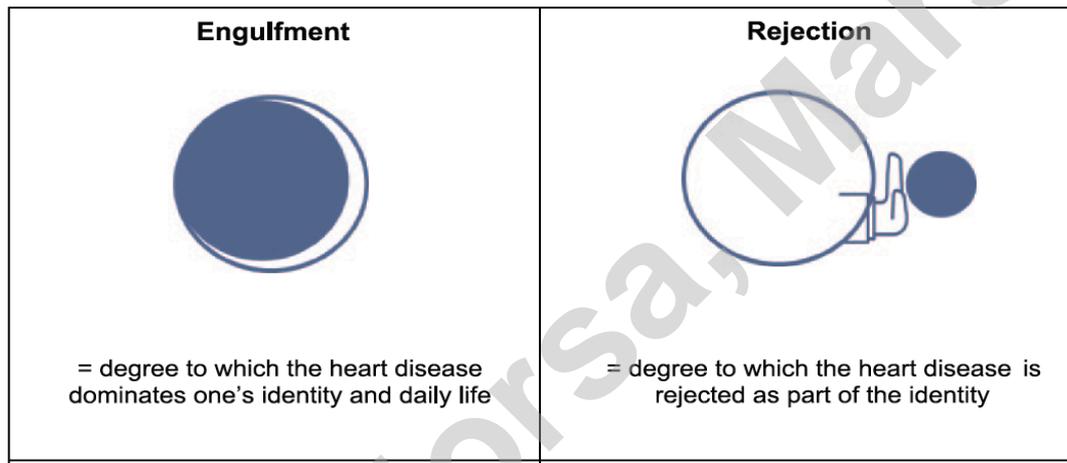
Appelant des compétences nouvelles dont le développement peut être soutenu par le système de soins

1) Rôle social singulier

Les jeunes vivant avec une maladie chronique ont un développement psychosocial spécifique

Le double processus d'exploration et d'engagement dans différents rôles, permettant de construire le *Concept de soi* peut être limité par la maladie

Théorie de la centralité de la maladie (Luyckx et al., 2008; Helegson & Novak, 2007)



➤ Ce que nous ne savons pas :

*Comment les jeunes **apprennent-ils** à intégrer la maladie dans leur concept de soi ?*

L'ETP comme démarche d'apprentissage sur soi-même



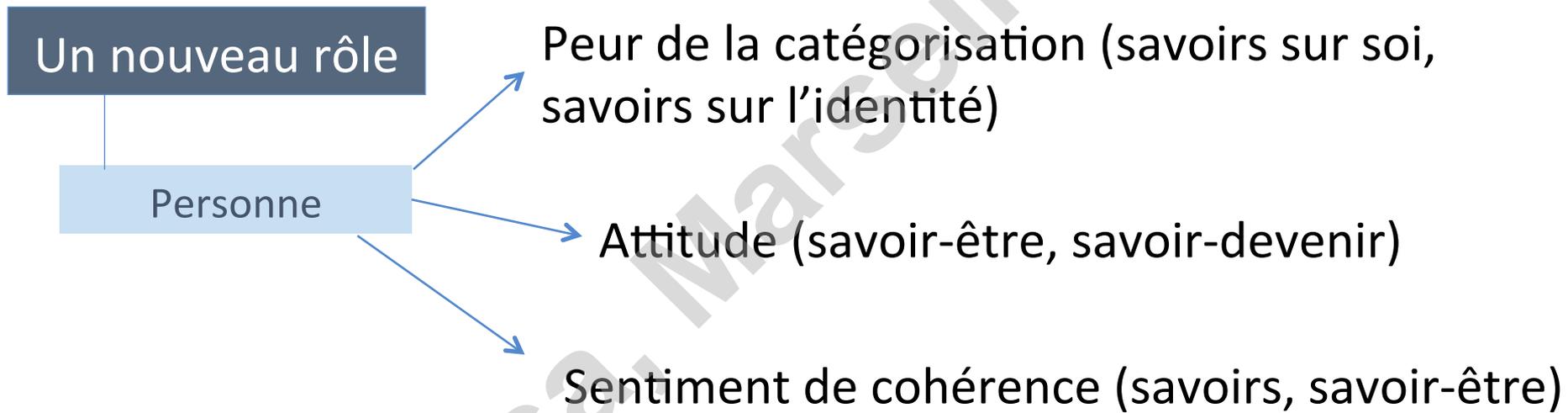
Acquérir des nouvelles connaissances = acquérir des nouveaux savoirs sur soi-même

Vigilance à ce que l'ETP ne se transforme pas en dispositif d'assignation à un rôle non désiré !

Etude auprès de jeunes avec un diabète type I

- Diminution du sentiment d'auto-efficacité après un programme d'ETP
- Concerne les jeunes ayant une représentation négative de l'autogestion des soins
- ETP perçue comme apprentissage à être un adulte non désiré

Comment l'ETP peut soutenir l'apprentissage à devenir soi avec une maladie ?

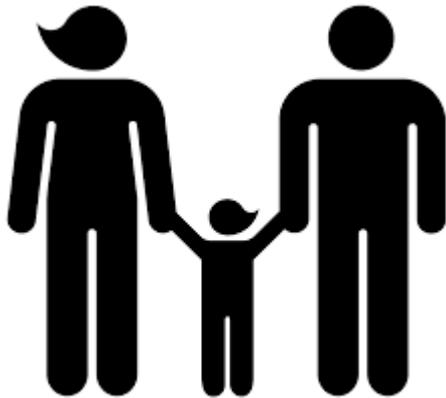


« Quand j'étais petite je ne pensais pas à ma maladie. Mais maintenant que je suis plus grande, je pense au fait que cette maladie va vraiment me gâcher la vie. Car je sais que j'aurai toujours des problèmes, que je ne pourrai pas être comme tout le monde. »

2) Rôle social attendu

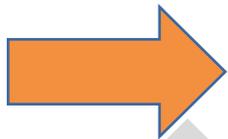
Devenir responsable de sa santé

Parents



Première source
d'apprentissage des auto-soins

Conflits potentiels...
Equilibre entre relâchement
trop rapide et supervision
trop présente /
contraignante



Un nouveau rôle à construire pour les parents également



Un nouveau mode de vie



Thèmes les plus discutés :
Fatigue, stress, tabac,
alcool, sexualité, voyage

Besoin de connaissance

Soignants non identifiés comme des
ressources sur ces questions

Verbatims

« Je ne parle pas de mes difficultés avec les soignants car ils ne peuvent pas m'aider »

« Je suis souvent fatigué, mais je sais pas pourquoi. Je ne sais pas si c'est à cause de ma maladie ou pas »

« On n'a jamais parlé de tout ça (sexualité, alcool, etc.) avec les soignants »

3) Rôle patient

Nouveau service adulte

Pas
automatiquement
une source
d'angoisse

Difficulté de se
projeter

Maintien d'un
contact informel
avec la pédiatrie
quand urgence,
etc.

Fatalité, passivité,
attente

Rapport différent
aux pairs

Nouveaux
codes de
consultations

Les compétences à développer

Interdépendance

Catégories de compétences	Compétences identifiées pour favoriser la transition des jeunes
Psychosocial	<ul style="list-style-type: none">• Développer une attitude non-négative vis-à-vis de la maladie• Accorder une place dynamique à la maladie dans le concept de soi• Formuler un projet• Se comparer non-négativement aux autres
Compréhension et utilisation du système de soins	<ul style="list-style-type: none">• Se projeter dans le service adulte• Gérer les démarches administratives• Maîtriser les codes de consultation en médecine adulte
Gestion du mode de vie	<ul style="list-style-type: none">• Connaître l'impact des modes de vie sur la maladie et vice-versa• Gérer les risques potentiels lors d'activités
Auto-soins	<ul style="list-style-type: none">• (mieux) Comprendre sa maladie• Développer un sentiment d'auto-efficacité pour gérer seul les auto-soins

Autonomie fonctionnelle

Âge	Compétences
10-13 ans	<p>Compétences d'autosoins</p> <ul style="list-style-type: none"> – connaître des signes/symptômes de la maladie – comprendre la maladie à un niveau plus complexe – préparer ses médicaments (sous la supervision des parents) <p>Compétences de gestion du mode de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> – connaître les grands principes d'un mode de vie sain <p>Compétences psychosociales</p> <ul style="list-style-type: none"> – répondre à la pression éventuelle des pairs – développer une attitude non-négative vis-à-vis de la maladie <p>Compétences de compréhension et d'utilisation du système de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> – poser des questions au médecin sur des préoccupations de santé éventuelles
14-16 ans	<p>Compétences d'autosoins</p> <ul style="list-style-type: none"> – exprimer des notions plus abstraites en lien avec les exigences du traitement et la prévention des complications – mettre en place des stratégies de suivi de la routine du traitement – connaître le rôle de chaque médicament, ses effets secondaires et les conséquences d'une prise irrégulière <p>Compétences de gestion du mode de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> – connaître l'impact de la consommation de tabac, alcool ou drogue sur la santé – gérer les inconvénients éventuels liés à la maladie lors des activités (fatigue, stress) <p>Compétences psychosociales</p> <ul style="list-style-type: none"> – se comparer aux autres sans se dévaluer en raison de la maladie – se définir en tant que personne et non seulement en tant que malade – parler de la maladie à ses pairs <p>Compétences de compréhension et d'utilisation du système de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> – dialoguer avec le médecin à propos des préoccupations psychosociales éventuelles – connaître les ressources du système de santé – chercher de l'information en santé
16-19 ans	<p>Compétences d'autosoins</p> <ul style="list-style-type: none"> – comprendre les raisons du développement de la maladie – anticiper les conséquences (positives ou négatives) d'un comportement sur la santé <p>Compétences de gestion du mode de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> – prendre soin de soi <p>Compétences psychosociales</p> <ul style="list-style-type: none"> – avoir plusieurs conceptions de soi, variant en fonction de la situation – intégrer la maladie dans son parcours de vie – formuler des projets à court terme – développer un sentiment d'auto-efficacité pour gérer seul sa santé <p>Compétences de compréhension et d'utilisation du système de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> – gérer les démarches administratives liées à la maladie – se projeter en médecine adulte – comprendre le fonctionnement de la médecine adulte et ses différences avec la pédiatrie.

STRATÉGIES

Mise au point

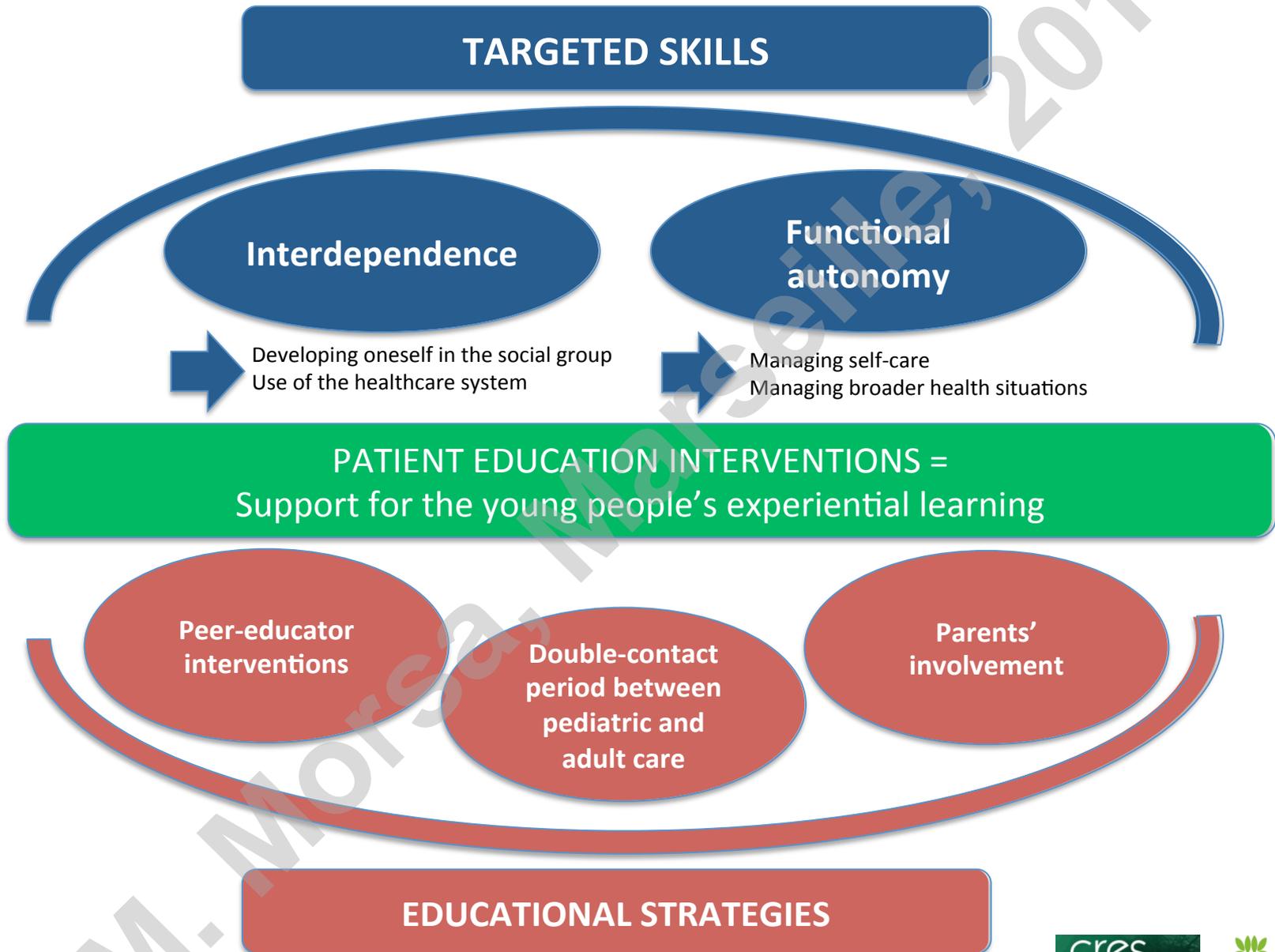
Mazine Mona
 Laboratoire Éducation et Pratiques de
 Santé, UFR EA 3412, Université Paris 13,
 21 rue Marcel Cachin, 93017 bobigny
 Cedex
 mazine.mona@gmail.com
 Télé à part : M. Mona

Résumé
 La transition pédiatrie-médecine
 adulte est une période critique pour le
 jeune vivant avec une maladie chro-

**L'adolescent, sa maladie
 chronique et son
 médecin généraliste**

La transition pédiatrie/médecine adulte

Developmentally Appropriate Patient Education for Transition (DAPET)



Quelques solutions organisationnelles

Tableau I. Étapes pour une transition réussie chez l'adolescent diabétique de type 1 (DT1) : guides de l'*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) 2018* [14].

- Discussion avec le patient et sa famille bien à l'avance, du meilleur **moment pour le passage**, selon leurs préférences et leur perception d'être prêt. Souplesse quant à l'âge de la transition (conditions familiales et maturité psycho-sociale de l'adolescent).
- **Préparation à la transition** et évaluation de la préparation à la transition par les soignants pédiatriques, dès le début de l'adolescence. Cette préparation comprend : conseils sur l'autogestion du diabète – y compris la gestion du consommable, prise des rendez-vous médicaux – les complications du diabète et les différences entre les systèmes de soins pédiatriques et de soins aux adultes.
- Identification d'une structure de suivi **pour adultes** capable de répondre aux **besoins de jeunes adultes atteints de DT1** et/ou **d'une structure de médecine pour adolescents ou jeunes adultes** qui travaille avec des structures pour adultes.
- **Coordination entre les services pédiatriques et adultes**. Idéalement, **identification d'une personne du service pour adultes ou de pédiatrie qui coordonne la transition de l'adolescent vers le service pour adultes (« transiteur.e »)**.
- **Plan écrit de transition du patient et résumé clinique médical** de l'adolescent (selon nous, remise au patient de son « passeport de transition »).
- **Organisation structurée de la transition et communication** entre les équipes de **diabétologie pédiatriques et pour adultes** (par exemple : staffs structurés et réguliers de transition), et **intervenants de soins primaires** (médecin de ville, infirmières libérales/ scolaires).
- **Mise en œuvre de systèmes pour éviter les ruptures dans la continuité des soins** entre le départ du service pédiatrique et l'entrée dans le service pour adultes, **et s'assurer que le patient en transition n'est pas perdu de vue** (par exemple : **une base de données et un professionnel nommé**, pour identifier et localiser tous les jeunes en transit et repérer les jeunes qui ne se rendent pas aux consultations de suivi).

404 Dossier thématique
Regards croisés sur la transition de l'adolescent en diabétologie

La transition de soins chez les jeunes diabétiques : quels programmes et quelle efficacité ?

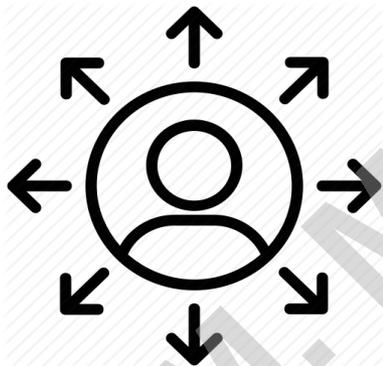
Transition in care in type 1 diabetes young patients. Which programs and how effective?

« Les meilleurs professeurs sont ceux qui savent se transformer en ponts, et qui invitent leurs élèves à les franchir. » Nikos Kazantzakis

Résumé
La transition des soins désigne le passage des adolescents et jeunes adultes porteurs d'un diabète, du système de soins centrés sur le pédiatre à celui des adultes. Cette transition imposée par nos systèmes de soin, remet en question notre organisation des soins. C'est un enjeu majeur et incontournable dans la prise en charge pédiatrique, et de la naissance à l'adulte.

Quelques solutions organisationnelles

- **Une clinique de transition** : une consultation conjointe gérée par des spécialistes pédiatriques et adultes est créée afin d'assurer la liaison entre les deux services.
- **Un coordinateur(trice)** : un professionnel de santé désigné comme responsable de la transition. Il peut être représenté par quelqu'un qui travaille dans les deux services. Il a une fonction de liaison et de coordination et/ou **Un éducateur** : il établit le lien entre les deux services. Son rôle est de créer des groupes de soutien incluant à la fois des jeunes sur le point d'accomplir la transition et des jeunes l'ayant déjà fait.



Augmentation de la participation aux consultations et taux faible (5%) de perdus de vue (Homes-Walker et al., 2007)

Augmentation de la satisfaction des soins et diminution du stress (Spaic et al., 2013)



Ne pas s'enfermer dans un prisme exclusivement organisationnel

Etude de Pyatak et al. (2017)

Reprise de patients perdus de vue
Après un an :

- Paramètres médicaux s'améliorent
- MAIS pas le taux de dépression ni leur satisfaction de leur vie globale

Focus group auprès des soignants



- Pas de politiques institutionnelles
- Besoin de ressources (pédagogiques, guidelines, singulariser les parcours de transition)
- Besoin de formation
- Peu de partages entre les spécialités

Commencer tôt
(12-13 ans)

Formaliser
une
« politique »
de transition

Impliquer le jeune et les
parents dans la
planification de la
transition (et de l'ETP au
cours de la transition)

Coordination des équipes
pédiatriques et adultes
(ne pas transférer sur le jeune
des problèmes
organisationnels !)

Approche
multidisciplinaire

Soignants formés à la
médecine de l'adolescence
(et à la transition)

**Ne pas
effectuer le
transfert
trop tôt**

Suivre le rythme
du jeune

Conclusion

Proposition d'un **modèle articulant la transition dans les soins et la transition développementale des jeunes**

- Pour répondre à l'exigence de réduire la distance entre la philosophie / théorie et la pratique (Farre, 2017)



Actuellement les modèles restent centrés sur le biomédical et le transfert

- L'enjeu est également que les jeunes vivent un développement favorable

Merci pour votre attention

M. Morsa, Marseille, 2019

Bibliographie

- Pacaud D, Yale JF. Exploring a black hole: transition from paediatric to adult care services for youth with diabetes. *Paediatrics & Child Health*. 2005;10:31-34.
- Reid GJ, Irvine MJ, McCrindle BW, Sananes R, Ritvo PG, Siu SC, Webb GD. Prevalence and correlates of successful transfer from pediatric to adult health care among a cohort of young adults with complex congenital heart defects. *Pediatrics*. 2004;113:197-205.
- Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *The Lancet*. 2007;369: 1481-1489.
- Godding V, Argaz M, Lebecque P. Comment susciter l'autonomie chez les enfants atteints de maladie chronique? L'exemple de l'asthme. *Education du Patient et Enjeux de Santé*. 2007;25(4):103-106.
- Blum RW, Garell D, Hodgman CH, Jorissen TW, Okinow NA, Orr DP, Slap GB. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *The Journal of Adolescent Health*. 1993;14:570-576.
- OMS. Education thérapeutique du patient-professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Bureau régional pour l'Europe (Copenhague). 1998. 88p.
- Gubelmann A, Bertchold A, Barrense-Dias Y, Akre C, Newman CJ, Suris JC. Youth with chronic conditions and risky behaviors: an indirect path. *Journal of Adolescent Health*. 2018;63(6):785-791.
- Heery E, Aisling MS, While AE, Coyne I. Experiences and outcomes of transition from pediatric to adult health care services for young people with congenital heart disease: a systematic review. *Congenital Heart Disease*. 2015;10:413-427.
- Ferro MA. Adolescents and young adults with physical illness: a comparative study of psychological distress. *Acta Paediatrica*. 2013;103:32-37.
- Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, While A, Gibson F. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;4. Art. No.: CD009794. DOI: 10.1002/14651858.CD009794.pub2.
- Schmidt S, Herrmann-Garitz C, Bomba F, Thyen U. A multicenter prospective quasi-experimental study on the impact of a transition-oriented generic patient education program on health service participation and quality of life in adolescents and young adults. *Patient Education and Counseling*. 2016;99:421-428. doi:10.1016/j.pec.2015.10.024.
- Crowley R, Wolfe I, Lock K, McKee M. Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2011;96(6): 548-553. doi:10.1136/adc.2010.202473.
- Fegran L, Hall EOC, Uhrenfeldt L, Aagaard H, Ludvigsen MS. Adolescents' and young adults' transition experiences when transferring from paediatric to adult care: a qualitative metasynthesis. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):123-135. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.02.001.
- Michaud PA, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Epidemiology, developmental issues and health care provision. WHO discussion papers on adolescence. 2007. 44p.
- Rich M, Ginsburg KR. The reason and rhyme of qualitative research: why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. *J Adolesc Health*. 1999;25:371-8.
- Suris JC, Dominé F, Akre C. La transition des soins pédiatriques aux soins adultes des adolescents souffrant d'affections chroniques. *Médecine de L'adolescence*. 2008;161: 1441-4.
- Luyckx K, Seiffge-Krenke I, Schwartz SJ, et al. Identity Development, Coping, and Adjustment in Emerging Adults With a Chronic Illness: The Sample Case of Type 1 Diabetes. *Journal of Adolescent Health*. 2008;43(5):451-458. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.04.005.
- Karazivan P, Dumez V, Flora L, Pomey MP, Del Grande C, Ghadiri DP, Fernandez N, Jouet E, Las Vergnas O, Lebel P. The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Academic Medicine*. 2015;90:437-41. doi: 10.1097/ACM.0000000000000603.