

# L'alliance pluriprofessionnelle dans la démarche diagnostique

CATHERINE FERCHAUD

Médecin

AMÉLIE LARTAUD\*

Psychomotricienne/  
Coordinatrice

AUDREY VETTES

Psychologue

Accueil de jour "Les Balkans",

1 allée Alquier-Debrousse,  
75020 Paris, France

■ L'accompagnement professionnel de personnes âgées fragilisées par des troubles cognitifs se doit d'être global et repose sur de multiples intervenants dont la mise en lien active est indispensable. ■ Deux cas cliniques montrent comment l'accompagnement d'un centre d'accueil de jour thérapeutique conjugué à celui des médecins spécialistes permet d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille en contribuant à affiner le diagnostic ou à ajuster le traitement.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – accueil de jour ; diagnostic ; pluridisciplinarité ; traitement ; trouble cognitif

**The multi-professional alliance in the diagnostic process.** Professional support for elderly people suffering from cognitive impairment needs to be comprehensive, and requires the active involvement of a wide range of professionals. Two clinical cases show how the combined support of a therapeutic day-care center and medical specialists can improve the quality of life of patients and their families, by helping to refine diagnoses or adjust treatment.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – cognitive disorder; day care; diagnosis; multidisciplinarity; treatment

Le parcours de soins et de vie d'une personne âgée souffrant de troubles neuro-évolutifs est jalonné de multiples rencontres. Cette multiplicité peut être contraignante, avec des rendez-vous, une répétition des discours et des examens, une obligation réitérée de lister ses difficultés et incapacités, etc. Elle est également source de richesse dans le croisement des regards et des approches. Chaque professionnel, avec les spécificités de sa discipline et de son lieu d'exercice, sa sensibilité clinique et sa relation au patient et à ses proches, va aborder la situation d'un point de vue particulier. Le croisement de ces différents abords, par le biais d'une bonne connaissance du réseau de soins et d'échanges productifs, va favoriser la prise en compte globale de la personne et une adaptation fine de son accompagnement.

\*Autrice correspondante.

Adresse e-mail :  
amelie.lartaud@paris.fr  
(A. Lartaud).

## LE CONTEXTE

■ **Les centres d'accueil de jour (ADJ) thérapeutiques**, destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans souffrant de troubles neuro-évolutifs, sont des structures régies par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et par le décret du 17 mars 2004. Portés par des établissements publics, privés ou associatifs, ils se sont développés à partir des années 2000.

■ **Un centre d'ADJ est une structure pluridisciplinaire** regroupant médecin, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, aide-soignant, accompagnant éducatif et social, etc., selon son projet d'établissement.

■ **Il a pour objectifs** de rompre l'isolement des patients fragilisés par l'âge et la maladie, de stimuler les capacités restantes afin

de ralentir l'évolution des troubles et de soulager et accompagner les aidants. Il peut également être une première expérience de collectivité et précéder une entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Il ne nécessite pas de prescription médicale, mais s'inscrit dans les réseaux et filières gériatriques de son territoire.

Organisé et orienté par des projets thérapeutiques individuels, sa prise en soins est cependant groupale et s'articule autour d'activités thérapeutiques. Celles-ci visent à stimuler les sphères cognitives, motrices, sensorielles, relationnelles, etc., en s'appuyant sur les capacités et centres d'intérêt de chacun. Mémoire, orientation temporo-spatiale, langage, mobilité, gestes de la vie quotidienne sont ainsi mobilisés

à travers des activités ludiques où le soin relationnel reste au premier plan.

**Les accueils de jour** se situent dans un réseau pluri-professionnel sans lequel ils ne peuvent mener à bien leurs missions. Un travail de partenariat est indispensable avec tous les acteurs du territoire : consultations mémoire, DAC<sup>1</sup> (dispositif d'appui à la coordination), ESA<sup>2</sup> (équipe spécialisée Alzheimer), PFR<sup>3</sup> (plateforme d'accompagnement et de répit), SSIAD<sup>4</sup> (service de soins infirmiers à domicile), services d'aide à domicile, intervenants libéraux (infirmiers, kinés, orthophonistes, etc.), structures d'hospitalisation, travailleurs sociaux, EMS APA<sup>5</sup> (équipe médico-sociale de l'allocation personnalisée d'autonomie), sociétés de transport, etc. [6]. Le lien avec les médecins traitants et spécialistes, gériatres et neurologues essentiellement,

est indispensable pour un accompagnement de qualité : le croisement des regards (*figure 1*) et des connaissances permet une complémentarité des observations diagnostiques [1].

**L'ADJ "Les Balkans" est porté par un centre d'action sociale** et dispose de 15 places par jour, soit une file active hebdomadaire d'une cinquantaine de patients. Son équipe est composée de deux accompagnantes éducatives et sociales (2 ETP [équivalents temps plein]), une aide-soignante (1 ETP), une ergothérapeute (1 ETP), une psychologue (0,5 ETP), un médecin (0,2 ETP) et une coordinatrice, psychomotricienne de formation (0,8 ETP). Implanté en milieu urbain, il dispose néanmoins d'un jardin privatif et de la présence d'animaux. Ouvert en 2004, il est bien intégré dans un réseau gériatrique dense et structuré.

## LES SPÉCIFICITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT EN CENTRE D'ADJ

Les patients adressés en centre d'ADJ sont en moyenne diagnostiqués depuis dix-huit mois. Ils fréquentent la structure entre un et trois jours par semaine, souvent pendant plusieurs années (2,6 ans de durée moyenne de séjour).

**À la différence des consultations médicales** où les patients sont vus sur un court laps de temps ou des séjours d'hospitalisation intervenant dans un contexte de crise, la prise en soins en ADJ donne l'occasion d'une connaissance approfondie du patient, de ses spécificités et de ses fluctuations. L'accompagnement sur du long terme permet des observations fines et précises sur l'évolution des symptômes et leurs possibles variations.

**La complémentarité des regards de l'équipe pluridisciplinaire** ou les échanges parfois quotidiens avec les aidants favorisent l'émergence d'une vision globale et dynamique du patient et de ses troubles [5]. Ces observations, croisées et discutées lors des réunions d'équipe, mettent parfois en évidence des interrogations quant au diagnostic initial de certains patients. Le recoupement de plusieurs constats réalisés par différents professionnels, l'apparition de nouveaux symptômes, les échanges avec les familles, l'actualisation des connaissances sont autant d'éléments qui nous conduisent à nous interroger régulièrement [3]. Il est alors nécessaire de repartir en arrière dans l'histoire médicale du patient : date du diagnostic, examens complémentaires réalisés ou non

## NOTES

<sup>1</sup> Point d'entrée unique et gratuit pour les professionnels et structures qui font face à des personnes en situations de santé et de vie complexes pour favoriser le maintien à domicile.

<sup>2</sup> Les ESA accompagnent des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et leurs proches afin de favoriser le maintien à domicile, sur prescription médicale.

<sup>3</sup> Les PFR offrent soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie et de personnes atteintes d'une maladie chronique invalidante ou en situation de handicap.

<sup>4</sup> Les SSIAD interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, sur prescription médicale.

<sup>5</sup> Les ESM APA sont en charge de l'évaluation des besoins et de la situation d'une personne âgée vivant à domicile ayant demandé l'APA.



Figure 1. Le croisement des regards dans la démarche diagnostique.

(imagerie par résonance magnétique, ponction lombaire, etc.), antécédents familiaux. Si le doute persiste, si le diagnostic différentiel n'a jamais été évoqué ou exploré, cette interrogation est soumise à l'aidant principal afin d'obtenir son accord pour solliciter le spécialiste. Cette étape est toujours délicate tant il est important de n'émettre que des suppositions sans heurter l'éventuelle susceptibilité du "poseur" de diagnostic. C'est ici que la connaissance approfondie du réseau ainsi que le lien de confiance tissé entre professionnels ont toute leur importance pour pouvoir, si nécessaire, réorienter vers le service le plus spécialisé [2].

**I Deux cas cliniques peuvent illustrer la nécessité d'une collaboration entre services** permettant d'améliorer la prise en soins et la qualité de vie des patients.

### CAS CLINIQUES

#### Cas de M. B.

M. B., 74 ans, est reçu à l'ADJ depuis septembre 2022 avec un diagnostic hospitalier de maladie de Parkinson posé en 2018. À son arrivée, son MMS (*Mini-Mental State*) est à 19/30, son test de Dubois à 10/10 et son test de l'horloge à 2/7. Des épisodes d'hallucinations sont évoqués, ils ont été jugulés par l'introduction de clozapine. Le père de M. B. a présenté une maladie de type Alzheimer. À son arrivée, M. B. présente des troubles importants de la mémoire à court terme ainsi qu'une désorientation temporo-spatiale modérée. Il a des troubles massifs

du langage (manque du mot, hypophonie, trouble de l'articulation) et un trouble dysexécutif important (attention, inhibition, planification). Il est conscient de ses difficultés. En plus de ces symptômes, que nous retrouvons fréquemment chez les patients atteints de maladie de Parkinson, nous constatons au premier plan de très importants mouvements des membres supérieurs,

#### La prise en soins en ADJ permet une connaissance approfondie du patient

d'allure choréique. Ces mouvements impérieux entravent toute la mobilité de M. B., majorent le risque de chute par une tendance au déséquilibre, et créent d'importants troubles praxiques.

Nous avons interrogé M. B. et son épouse afin de savoir si le neurologue avait été averti de ces mouvements, les avait constatés, et les avait pris en compte dans une recherche potentielle de syndrome surajouté. Il était en effet possible que ce symptôme ait été moins visible précédemment, ou fluctuant, et soit passé inaperçu en consultation. M. et Mme B. nous ont précisé que ces mouvements étaient bien présents lors de la précédente consultation mais qu'ils n'avaient pas été spécifiquement évoqués. Les observations cliniques des différentes professionnelles de l'ADJ, qui nous semblaient détonner par rapport au tableau habituel

de la maladie de Parkinson, sont restées constantes au fil des semaines. La décision a été prise, en accord avec M. B. et son épouse, de contacter le neurologue afin de lui faire part de nos interrogations sur un éventuel diagnostic différentiel. Nous avons profité de l'envoi habituel du compte rendu suivant la visite de pré-admission dans notre structure aux partenaires pour évoquer nos doutes, directement au neurologue. Cette communication par mail nominatif a permis un retour très rapide du spécialiste, confirmant l'existence de tels mouvements dans la maladie de Parkinson, appelés dyskinésies *peak dose*. Il a alors proposé de revoir le traitement et a pu envoyer par e-mail une nouvelle proposition de posologie, traduite en ordonnance par le médecin de l'ADJ et transmise immédiatement à la famille.

Dans cette situation nos observations cliniques n'ont pas mis en évidence une pathologie surajoutée ou un diagnostic différentiel mais ont permis une adaptation rapide du traitement entre deux consultations. Cette adaptation posologique a conduit à une diminution très rapide (dans les jours qui ont suivi) des mouvements anormaux des membres supérieurs et amélioré la qualité de vie de M. B.

#### Cas de M. F.

M. F. est un homme de 83 ans, reçu à l'ADJ entre 2020 et 2022. Il est suivi en neurologie pour une maladie d'Alzheimer à un stade sévère, diagnostiquée en

2020 mais dont les premiers troubles seraient apparus en 2015 et se seraient majorés en 2019. La ponction lombaire n'a pas été réalisée, faute d'accord de sa famille. À son arrivée, son MMS est à 13/30 et son test de Dubois à 2/5, arrêté en milieu de passation du fait d'une trop grande mise en échec.

Au fil des six premiers mois de sa prise en soins à l'ADJ, différents éléments nous ont amenées à nous interroger sur un possible diagnostic différentiel :

- un ralentissement psychomoteur massif et une importante rigidité avec amimie et fixité oculaire (sans limitation nette dans le regard vertical) ;
- des chutes récurrentes au domicile ;
- des hallucinations visuelles ;
- des troubles du sommeil ;
- une perte du goût ;
- des fluctuations relatives de ses difficultés (notamment entre le domicile et notre lieu de soins ou la présence de tiers).

Par ailleurs, différents traitements avaient été introduits afin de niveler une certaine agressivité à domicile : oxazépam, halopéridol, gabapentine. Or, nous avions connaissance des possibles effets délétères de certains de ces traitements dans le cas de la maladie à corps de Lewy, pathologie que nous évoquait grandement la symptomatologie de M. F. [4].

Nous avons fait part de nos interrogations à son épouse et à son fils, qui se sont montrés disposés à approfondir la démarche diagnostique. Nous avons alors contacté l'une des unités parisiennes

spécialisée dans la maladie à corps de Lewy, là encore par e-mail, en précisant les symptômes nous semblant les plus pathognomoniques de cette pathologie. Un mois plus tard, M. F. et sa famille étaient reçus en consultation et recevaient confirmation de ce diagnostic ainsi qu'une nouvelle prescription médicamenteuse. La modification symptomatique de M. F. a alors été très rapide : arrêt des chutes, mobilité plus harmonieuse, sommeil stabilisé par le traitement, nouveau dynamisme idéo-moteur. Son épouse a également pu être accompagnée, retrouver une meilleure qualité de sommeil et mieux comprendre les troubles de M. F., notamment le syndrome de Capgras. Dans cette situation nous avons directement orienté M. F. et sa famille vers un nouveau spécialiste, sans les renvoyer vers le premier avec lequel les liens n'étaient pas particulièrement solides. C'est cependant une question centrale dans cette articulation entre différents professionnels et différents regards.

#### **LA DÉLICATE QUESTION DE LA REMISE EN CAUSE DIAGNOSTIQUE**

La crainte de heurter des susceptibilités, de soulever des questions qui n'ont peut-être pas lieu d'être, de créer un doute dans des suivis et des histoires médicales déjà complexes, nous font parfois mettre de côté des observations cliniques concordantes. Il est alors indispensable, dans la pluri-disciplinarité que permet le travail en ADJ, de remettre

le patient au centre de nos préoccupations : ces remises en question peuvent-elles conduire à une meilleure qualité de vie ? À une meilleure prise en soins ? À un meilleur accompagnement du patient et de ses aidants ? En règle générale, la réponse est affirmative et conduit à l'expression du questionnement. De plus, la majorité de ces hésitations est levée d'emblée par la bonne collaboration au sein du réseau et par la connaissance fine des différents interlocuteurs.

#### **CONCLUSION**

Ces deux exemples cliniques illustrent la nécessaire complémentarité des regards dans l'accompagnement des patients souffrant de troubles neuro-évolutifs. La connaissance des différents professionnels du territoire, non seulement en termes d'institutions mais aussi de

façon plus personnalisée, permet des échanges facilités, au bénéfice du patient.

C'est par un maillage étroit des différents soignants, au sein des structures mais aussi entre structures différentes, que la notion de parcours des patients prend son sens : parcours médical, parcours de soins, parcours de vie. Ces liens, mis à mal par la période de crise sanitaire et par l'important turn-over dans les structures médico-sociales, sont cependant soutenus par différentes instances (filières gériatriques, communautés professionnelles territoriales de santé, DAC) et rendus possibles par une confiance réciproque indispensable. ■

#### **RÉFÉRENCES**

- [1] Manière D, Aubert M, Mourey F, Outata S. Interprofessionnalité en gérontologie. Travail ensemble : des théories aux pratiques. Toulouse: Érès; 2005.
- [2] Tison F. Les maladies neurodégénératives et maladies apparentées en pratique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2022.
- [3] Lithfous S, Després O, Dufour A. Le vieillissement neurodégénératif : méthodes de diagnostic différentiel. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018.
- [4] Segers K. La démence oubliée. Comprendre la maladie à corps de Lewy. Bruxelles (Belgique): Politeia; 2020.
- [5] Gaborit D. Éléments pour une pratique du soin relationnel en accueil de jour gérontique. Empan 2017;(106):116-21.
- [6] Agence régionale de santé Île-de-France. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac.

*Déclaration de liens d'intérêts  
Les autrices déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.*