

- DIAGNOSTIC TSA DE L'ADULTE - DISPOSITIF DE PREMIERE LIGNE

PROTOCOLE EXPERIMENTAL

- OBJECTIF DU PROJET -

Proposer une stratégie de repérage et d'accompagnement à la pose diagnostique des TSA SDI chez l'adulte, en particulier lorsque le diagnostic est fortement suspecté par les médecins généralistes et psychiatres libéraux, demandeurs d'une évaluation auprès de notre service.

L'enjeu est double :

- désengorger les demandes d'évaluation Makaras, en limitant leur mobilisation aux cas complexes ;
- éviter les errances diagnostiques pour les situations cliniques jugées "évidentes" par les professionnels de première ligne.

L'idée est de s'appuyer sur une méthodologie rigoureuse, fondée sur des outils validés (cf. mesure 37 - HAS), afin que l'accompagnement proposé aboutisse à un diagnostic indirect fiable. Le diagnostic restant de notre responsabilité (notamment pour assurer les orientations post-diagnostic), il est essentiel de minimiser les faux positifs.

- METHODE -

- ÉTAPE 1 -

1. Relecture des questionnaires des patients > si cas manifestement complexe > reste sur liste d'attente d'évaluation spécialisée. On part des dernières demandes et on remonte.

2. Recontacter les professionnels libéraux

- Les mails types :
 - D'abord au patient (avec demande de son accord) ;
 - Puis au praticien ;
 - Si les deux répondent favorablement → passage à l'étape 2.

- À bien préciser aux deux parties, que le dispositif peut aboutir à :
 - un diagnostic confirmé,
 - une réfutation du diagnostic,
 - ou une requalification en cas complexe, avec maintien sur la file active des Makaras.
 - Les évaluations diagnostiques de l'UMAA (Makaras) sont réservées aux cas complexes, repérés selon des critères spécifiques par leur médecin.

- ÉTAPE 2 -

ÉCHANGE EN VISIO OU PAR TELEPHONE

(FORMAT 30 MIN)

L'entretien téléphonique a pour but d'échanger avec le praticien sur les éléments cliniques repérés chez le patient, mais aussi d'**évaluer son niveau de besoin en termes d'accompagnement au diagnostic.**

Cet échange permet de positionner le praticien selon trois profils types :

- **Praticien aguerri** : il maîtrise les critères diagnostiques du TSA SDI, connaît la clinique associée, et souhaite simplement un **regard extérieur ou une validation rapide** avant de poser le diagnostic.
→ L'entretien peut suffire à confirmer la décision, sans recours à des outils complémentaires.
- **Praticien intermédiaire** : il dispose d'une bonne observation clinique, mais se sent **insuffisamment à l'aise pour poser seul le diagnostic.**
→ L'entretien peut être l'occasion d'un échange clinique structuré, appuyé par un support visuel (critères DSM-5, signes d'alerte, etc.) et la co-analyse des points clefs. Des **outils supplémentaires** peuvent lui être proposés (grille d'observation ect...) pour affiner sa réflexion.
- **Praticien débutant ou non formé au repérage du TSA SDI** : il a repéré certains signes évocateurs mais **ne se sent pas en capacité de poser le diagnostic** sans un appui renforcé.
→ L'échange visera alors à identifier les besoins de montée en compétence, proposer une **progressivité dans l'accompagnement.**

- ÉTAPE 3 -

À l'issue de l'entretien :

→ **Cas 1 : le diagnostic est évident**

- Le diagnostic peut être posé.
- Il pose le diagnostic et nous adresse le patient pour l'orientation,
- Si besoin : nous proposons un entretien complémentaire pour aider le praticien à préparer l'annonce → "**gain de temps**" pour ses futurs diagnostics (non systématisé ensuite).

→ **Cas 2 : Non diagnostic évident à la suite du 1^{er} entretien ou à l'issue de plusieurs**

- Le praticien peut informer le patient de la non retenue du diagnostic de TSA.

→ **Cas 3 : informations cliniques incomplètes**

- Un second rendez-vous à distance (visio ou téléphone) est planifié avec le praticien.
- Entre les deux entretiens, nous transmettons au praticien : un outil-guide ergonomique destiné à structurer le prochain entretien clinique et à faciliter l'identification des éléments manquants ;
- Le cas échéant, en fonction du profil du patient, des **auto-questionnaires à transmettre au patient** et nous retourner (RAADS-R, CAT-Q, SQR).

L'utilisation des auto-questionnaires sera privilégiée chez les patients n'ayant pas formulé de demande explicite de diagnostic. En effet, lorsqu'un patient exprime un fort désir d'être diagnostiqué, il existe un risque de surévaluation dans les auto-questionnaires, ce qui en limite la pertinence en tant qu'outil discriminant. Dans ces cas, la priorité reste l'analyse clinique partagée avec le praticien.

→ **Cas 4 : Situation finalement trop complexe ou doute diagnostique persistant**

- Malgré les échanges et les outils transmis, la situation reste cliniquement floue ou trop complexe pour permettre un diagnostic en première ligne.
- Dans ce cas, **le patient est maintenu sur la file active de l'UMAA**, en vue d'une évaluation spécialisée de niveau 2.
- Cette orientation repose sur une décision partagée avec le praticien, motivée par la présence de comorbidités importantes, d'éléments atypiques ou d'un manque de données cliniques robustes malgré les entretiens.