# Évaluer les risques dans le cas de troubles mentaux indifférenciés

José Silveira MD FRCPC DipABAM Patricia Rockman MD CCFP FCFP Casey Fulford Jon Hunter MD FRCPC


## Résumé

***Objectif*** Proposer aux médecins de soins primaires une approche novatrice pour la détermination des risques et la prise de décisions cliniques connexes dans la prise en charge de troubles mentaux indifférenciés.

***Sources de l'information*** Nous avons procédé à une recherche documentaire dans PubMed, CINAHL, PsycINFO et Google Scholar à l'aide des expressions de recherche suivantes, en anglais : *diagnostic uncertainty, diagnosis, risk identification, risk assessment/methods, risk, risk factors, risk management/methods, cognitive biases and psychiatry, decision making, mental disorders/diagnosis, clinical competence, evidence-based medicine, interviews as topic, psychiatry/education, psychiatry/methods, documentation/methods, forensic psychiatry/education, forensic psychiatry/methods, mental disorders/classification, mental disorders/psychology, violence/prevention and control* et *violence/psychology.*

***Message principal*** Les troubles mentaux constituent une grande part de la pratique en soins primaires; ils se présentent souvent de manière indifférenciée et ce, pendant de longues périodes. La difficile quête d'un diagnostic peut détourner l'attention de la détermination des risques, parce que nous présumons souvent qu'il faut un diagnostic avant d'amorcer un traitement. Cette situation peut avoir contribué par inadvertance à des événements indésirables. Il faudrait en priorité se concentrer sur les points saillants relatifs aux risques que présente le patient. Cet article propose une approche novatrice pour organiser les renseignements sur le patient afin d'aider à la détermination des risques et à la prise de décisions relativement à la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux indifférenciés.

***Conclusion*** Une approche structurée peut aider les médecins à gérer l'incertitude clinique fréquente dans la détermination des risques chez des patients souffrant de troubles mentaux, et à composer avec l'anxiété et les biais cognitifs courants qui influencent la prise de décisions en matière de risques. En se concentrant sur les risques, les déficiences fonctionnelles et les symptômes connexes à l'aide d'un cadre novateur, les médecins peuvent répondre aux besoins immédiats de leurs patients tout en continuant à rechercher un diagnostic précis et à établir un traitement à long terme.


### POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Les médecins de soins primaires sont souvent le premier et seul point de contact pour les patients souffrant de troubles mentaux. Il faut d'abord se concentrer, en particulier dans le cas des patients dont le trouble mental est indifférencié, sur la détermination des risques, car il faut souvent du temps pour poser un diagnostic. Il importe aussi de se préoccuper immédiatement de la sécurité des patients et de leur entourage.

- Le degré d'ambiguïté et de complexité dans l'éventail des troubles mentaux fait en sorte qu'il faut la participation de multiples professionnels et organisations, qui évaluent le même patient pendant des mois, voire des années. Les auteurs présentent un cadre structuré et une approche novatrice selon laquelle l'information est qualifiée d'*observation*, de *signalement* ou de *soupçon*, ce qui peut aider les cliniciens à identifier les risques et à prendre des décisions cliniques. Ces outils peuvent servir à d'autres professionnels dans l'évaluation du dossier clinique pour comprendre le degré de certitude.

- Le recours à une approche structurée de l'évaluation peut atténuer la probabilité que les inquiétudes entourant les causes et le diagnostic distraient de la reconnaissance des risques et de leur prise en charge. Ce cadre offre une façon d'organiser la réflexion du clinicien qui décortique l'ensemble des renseignements recueillis en composantes pouvant éclairer la prise de décisions médicales.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur **www.cfp.ca** et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
*Can Fam Physician* 2016;62:983-90

This article is also in English on **page 972**.

On désigne par troubles mentaux indifférenciés ceux dont le diagnostic est incertain, dont les symptômes évoluent ou chevauchent de nombreux autres problèmes. C'est une situation à laquelle font souvent face les médecins de soins primaires, et ces patients posent les plus grands défis, comme en témoigne le cas suivant.

## Description du cas

Jean, un homme de 30 ans, a un rendez-vous prévu de 10 minutes et se plaint qu'il se sent tendu et ne dort que de 4 à 5 heures par nuit depuis 2 semaines. Il est marié et a 2 jeunes enfants de 3 et 5 ans. Sa conjointe travaille le jour dans un poste stressant. Il se sent extrêmement irritable et, durant l'une de leurs disputes, il a défoncé de son poing un mur de la maison. Il dit qu'il boit de l'alcool et renifle de la cocaïne depuis quelques semaines pour gérer sa détresse et l'aider à rester réveillé pour travailler son quart de l'après-midi comme opérateur de chariot élévateur. De fait, il a pris de la cocaïne avant son rendez-vous. Il se sent maintenant si mal en point qu'il vous avoue vouloir mourir. Il manifeste une agitation psychomotrice et un discours précipité, mais il est cohérent, est vêtu correctement et garde le contact oculaire.

Dans ce cas, de nombreuses préoccupations attirent simultanément l'attention du médecin, ce qui complique la priorisation des risques et des autres aspects des soins à ce patient. Les contraintes de temps, la complexité des problèmes de Jean et l'anxiété qu'ils engendrent chez le médecin peuvent faire passer inaperçus des risques importants pour Jean et pour d'autres. Les décisions cliniques en matière de risques devraient être la priorité dans le cheminement vers la clarification du diagnostic et du traitement. Nous suggérons l'approche suivante pour organiser les renseignements cliniques :

- Que faut-il faire maintenant? (Fait référence aux risques imminents.)
- Que faut-il faire bientôt? (Fait référence aux risques en évolution, aux déficiences fonctionnelles et aux symptômes qui pourraient progresser en risques immédiats.)
- À quoi faut-il porter attention au fil du temps? (Fait référence aux éléments comme les risques à long terme, la clarification du diagnostic, les symptômes constants, les déficiences fonctionnelles et les problèmes chroniques.)

## Sources de l'information

Nous avons procédé à une recherche documentaire dans PubMed, CINAHL, PsycINFO et Google Scholar à l'aide des expressions clés de recherche suivantes, en anglais : *diagnostic uncertainty, diagnosis, risk identification, risk assessment/methods, risk, risk factors, risk management/methods, cognitive biases and psychiatry, decision making, mental disorders/diagnosis, clinical competence, evidence-based medicine, interviews as topic, psychiatry/education, psychiatry/methods, documentation/methods, forensic psychiatry/education, forensic psychiatry/methods, mental disorders/classification, mental disorders/psychology, violence/prevention and control* et *violence/psychology.* Tous les articles pertinents qui contenaient des renseignements ou des données probantes concernant l'incertitude, la clarification du diagnostic, la prise de décisions médicales, la détermination des risques et l'évaluation des risques en soins psychiatriques ont été retenus pour inclusion. La détermination des risques possibles par rapport à l'évaluation des risques spécifiques, en particulier en ce qui a trait aux troubles mentaux indifférenciés, n'a pas été examinée[1-8]. Ce manque d'attention à l'égard de la détermination des risques possibles dans les troubles mentaux indifférenciés constitue une grande lacune dans les ouvrages spécialisés et la pratique clinique.

## Message principal

L'évaluation psychiatrique est particulièrement vulnérable aux variations dans l'approche au diagnostic et la prise en charge, ce qui peut entraîner des retards dans le traitement, un traitement sous-optimal et des résultats indésirables[8-10]. Cette réalité se reflète dans le fait que les troubles dépressifs sont la deuxième cause d'incapacité dans le monde, même s'ils sont possibles à traiter, et que les troubles mentaux dans leur ensemble représentent la plus grande proportion de la charge mondiale de morbidité[11]. Les diagnostics sont une question de probabilité et la clarification du diagnostic en psychiatrie peut prendre du temps. Toutefois, dans les milieux de soins primaires ou de courte durée, les cas indifférenciés exigent souvent de l'attention et une prise en charge malgré l'absence d'un diagnostic précis. Notre prémisse est que la détermination des risques potentiels devrait se faire avant que puisse commencer l'évaluation des risques spécifiques. Sans reconnaître ces risques, le clinicien est susceptible de rétrécir son champ d'attention et d'omettre d'autres risques qui sont présents, mais qui passent inaperçus.

***Le problème de l'incertitude.*** La détermination des risques liés aux troubles mentaux peut être difficile en raison de l'incertitude inhérente aux présentations psychiatriques indifférenciées et du manque de spécificité entre le diagnostic et les risques. La gestion des risques possibles en pratique clinique exige des médecins qu'ils prennent des décisions malgré l'incertitude. Trois domaines d'incertitude influençant la prise de décisions médicales et le raisonnement justifient le recours à une approche structurée dans la détermination des risques chez de tels patients, soit : la complexité et l'ambiguïté inhérentes aux problèmes que nous traitons; les limites des outils utilisés pour l'évaluation; et la vulnérabilité de notre processus cognitif dans la collecte de données[12-16].

*Les problèmes :* Parmi les facteurs qui contribuent à la complexité inhérente aux troubles mentaux, nous pouvons mentionner un manque d'indicateurs pathognomoniques, des problèmes qui se chevauchent et une fréquente comorbidité. Certains phénomènes sont évidemment

anormaux, mais rarement vus. Les signes et les symptômes varient selon le contexte et le stade de la maladie, et se déclarent souvent eux-mêmes avec le temps[17]. Par exemple, dans le cas de Jean, sommes-nous devant une dépression agitée, un trouble bipolaire, une anxiété sévère, une dépendance à la drogue ou une maladie qui touche de nombreux organes? L'ambiguïté du phénomène et les difficultés de reconnaître les symptômes subjectifs créent un contexte difficile dans lequel obtenir une clarté clinique ou déterminer les priorités thérapeutiques.

*Les outils :* Pour les troubles mentaux, les instruments standardisés sont rarement utilisés cliniquement et fournissent peu de renseignements concernant les risques ou la déficience fonctionnelle[18]. Il n'y a pas suffisamment de critères standards ni de mesures objectives, ce qui réduit la fiabilité de l'évaluation. Les listes validées existantes se limitent à des questions de dépistage aux fins de diagnostic, mais sont insuffisantes pour une détermination complète des risques. Nous nous fions au signalement subjectif pour établir le diagnostic et orienter les soins. Le désir de comprendre « l'histoire » du patient peut détourner l'attention des aspects reliés aux risques du problème du patient. Même les spécialistes en santé mentale manquent de formation dans d'importants domaines liés aux risques[19].

*Le processus cognitif du médecin :* La pénurie d'outils d'évaluation utiles exacerbe la vulnérabilité du médecin à commettre une erreur dans l'évaluation[20]. Nous insistons ici sur la réponse cognitive du médecin devant l'incertitude, l'anxiété exacerbée dans des situations d'urgence et les erreurs cognitives auxquelles les médecins sont vulnérables. Il s'agit, entre autres, des défis cognitifs multiples et heuristiques comme la fixation, le raisonnement causal, l'épistémologie profane et le biais de disponibilité. De tels processus qui contribuent à la faillibilité du clinicien ont été bien décrits dans d'autres ouvrages[13,14,21-25].

***Élaborer une approche en matière de risques.*** Étant donné les variables qui influencent l'évaluation et la prise en charge des troubles mentaux, il faudrait en priorité attirer l'attention du médecin sur les points saillants des risques. L'approche idéale devrait réduire la susceptibilité du médecin à se concentrer prématurément sur les risques spécifiques et à en manquer d'autres. Elle devrait commencer par de larges catégories de risques pour le patient et les autres, suivies d'une attention à l'endroit des déficiences fonctionnelles et ensuite, des symptômes qui pointent pour le médecin des risques qui n'auraient autrement pas été cernés. L'omission de voir des aspects importants du problème du patient peut avoir des conséquences catastrophiques. Par exemple, dans le cas de Jean, il est essentiel de déterminer le degré de son risque de suicide, de dérégulation et d'impulsivité. Il faut évaluer s'il présente un risque pour autrui au travail ou sur la route, ou pour sa femme et ses enfants. Des outils d'évaluation ciblant des risques spécifiques, comme le suicide et la violence, sont utilisés, mais aucun ne fournit de cadre cognitif pour envisager tous les risques possibles ou pour aider à recueillir des renseignements et à prendre des décisions dans des cas indifférenciés en soins primaires. Nous proposons un tel cadre.

***Le cadre.*** Le cadre proposé est conçu pour aider le médecin dans sa réflexion et son utilisation de l'information disponible pour optimiser la détermination des risques possibles en soins primaires, en soins urgents ou lorsqu'un problème chronique a changé. La détermination des risques facilite l'élaboration d'un plan de prise en charge axé sur les risques qui optimise la réduction des préjudices pendant la recherche d'un diagnostic.

Nous avons organisé un certain nombre de catégories en grilles qui fournissent des aides cognitives à utiliser durant l'entrevue clinique pour mieux recueillir des données et prendre des décisions (**Tableaux 1** à **3**). Ce schéma est conçu pour limiter la tâche cognitive et amplifier l'information pertinente afin de produire une approche inclusive à l'égard des risques.

Les données devraient être structurées en 3 catégories – les observations, les signalements et les soupçons – selon qu'elles concernent les déficiences fonctionnelles, et les signes et les symptômes. Ces catégories mettent en lumière les phénomènes dans l'intention de faire passer l'évaluation d'une approche principalement intuitive (réflexion de type 1) à une approche cognitive analytique optimisée (réflexion de type 2)[24].

L'intuition est un soupçon fondé sur un amalgame constitué de connaissances, d'expérience et de contexte. Les phénomènes soupçonnés dans les troubles mentaux sont courants, puisque les expériences intérieures du patient ne sont pas facilement accessibles et exigent une inférence éclairée fondée sur ce qui est signalé et observé. L'inclusion d'une catégorie *soupçon* dans le cadre met en évidence l'importance des risques indirectement suggérés par la présentation du patient (p. ex. hallucinations auditives) et qui exigent une plus grande clarification. Le but est de réduire l'erreur que constitue la confusion entre l'intuition et les faits.

L'approche est structurée en 3 grandes catégories : les risques, le fonctionnement, et les signes et les symptômes. Les *risques* désignent les préjudices ou les pertes sur les plans matériels et concrets, pour le patient et autrui. Le *fonctionnement*, axé sur les déficiences, concerne la capacité réduite de répondre de manière appropriée aux exigences de la vie, qui pourrait contribuer aux risques. Les *signes et symptômes* relatifs aux risques sont déterminés et classés selon leur priorité.

*Les risques :* Les risques reliés aux troubles mentaux peuvent être classés selon l'objet du risque (p. ex. soi ou autrui) et la nature du risque (p. ex. intentionnelle,

**Tableau 1. Grille des risques**

| | POUR SOI | | POUR AUTRUI | |
|---|---|---|---|---|
| RISQUES | DÉFINITION | EXEMPLE | DÉFINITION | EXEMPLE |
| Intentionnels | L'effet du comportement est délibéré et volontaire | Le patient saute devant un wagon de métro dans l'intention de se faire tuer | Les préjudices matériels aux autres sont délibérés et volontaires | Le patient poignarde le médecin de famille en raison d'une illusion délirante selon laquelle ce dernier lui aurait implanté un dispositif de surveillance dans le corps |
| Non intentionnels | L'effet du comportement du patient sur lui-même n'est pas prévu ni souhaité | Une patiente délirante arrête de boire des liquides parce qu'elle croit qu'on l'empoisonne | Les préjudices matériels aux autres causés par le comportement du patient ne sont pas prévus ni souhaités | Un parent intoxiqué ne se rend pas compte que son bambin saute dans la piscine familiale |
| Iatrogènes | Les conséquences indésirables de l'intervention médicale ne sont pas prévues ni souhaitées | Une patiente âgée à qui on a prescrit une benzodiazépine tombe en allant à la salle de bain pendant la nuit et souffre d'un hématome sous-dural | Les conséquences indésirables de l'intervention médicale ne sont pas prévues ni souhaitées | Un patient qui a commencé à prendre de la quétiapine frappe un piéton en conduisant le lendemain matin |

non intentionnelle ou iatrogène) (**Tableau 1**). Voici des domaines de risques à prendre en compte : sécurité des enfants, capacité du parent de conduire un véhicule motorisé, pensées suicidaires ou meurtrières, situation précaire au travail, blessures, problèmes financiers, maladie aiguë non identifiée, logement inadéquat et préjudices commis par d'autres, déclenchés par le comportement du patient.

*Le fonctionnement :* Les domaines de fonctionnement suivants sont mis en évidence pour les risques connexes, et les renseignements associés sont classés comme étant des *observations*, des *signalements* ou des *soupçons* (**Tableau 2**) : soins personnels – activités de base et instrumentales de la vie quotidienne; personnes à charge – enfants, adultes handicapés, personnes âgées et animaux domestiques; permis – la capacité de maintenir des permis personnels et professionnels (p. ex. véhicules, machinerie) et de se conformer aux critères réglementaires; relations – la capacité de maintenir des modèles normatifs intacts d'interaction sociale : travail – assiduité appropriée et capacité d'effectuer les tâches définies par le rôle; et éducation – la capacité de répondre aux exigences (p. ex. assiduité, rendement, accomplissement des tâches).

*Les signes et les symptômes :* Les signes et les symptômes relatifs aux risques sont présentés à l'**Encadré 1**. Les variables cognitives, émotionnelles, sensorielles et comportementales sont les principales sources de renseignements cliniques. Les signes et les symptômes sont classés comme étant des *observations, des signalements ou des soupçons* (**Tableau 3**).

## Règlement du cas

Vous évaluez le risque de suicide de Jean et décidez qu'il n'a pas besoin d'être admis immédiatement à l'hôpital ou en désintoxication médicale. Il dit qu'il n'est pas responsable de ses enfants durant la journée, lorsque son épouse est au travail ou avant son quart de l'après-midi. Il n'a jamais été violent envers un membre de sa famille. Il ne ressent pas de symptômes de sevrage de l'alcool, mais il a remarqué une baisse de son humeur lorsque la cocaïne ne fait plus effet.

La sécurité de Jean comme opérateur de chariot élévateur est discutable et il a conduit sa voiture sous l'influence de la cocaïne. Vous le prévenez que vous avez une obligation légale d'avertir le ministère des Transports concernant ses permis.

À la suite de vos questions, Jean vous révèle qu'il dépense environ 200$ par semaine pour la cocaïne et l'alcool à l'insu de sa conjointe. En ce qui a trait à sa consommation de drogues, vous l'examinez et sa tension artérielle est de 160/100 mm Hg. Vous l'informez de ses risques à court et à long termes sur les plans psychologique et physique, et vous prescrivez des analyses sanguines appropriées.

Vous demandez à Jean s'il souhaite se faire soigner et s'il veut arrêter sa consommation d'alcool et de drogues. Jean est d'accord, surtout en raison de ses permis. De plus, vous suggérez à Jean de parler à sa conjointe de ses problèmes et de ses dépenses, et de venir avec elle à un rendez-vous au cours de la semaine suivante. Vous dites à Jean que son risque de suicide sera surveillé pour voir s'il s'aggrave avec le temps, en attendant que les problèmes sous-jacents soient clarifiés.

## Conclusion

Les médecins de soins primaires sont souvent le premier

**Tableau 2. Grille du fonctionnement**

| | OBSERVATION | | SIGNALEMENT | | SOUPÇON | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FONCTIONNEMENT | DÉFINITION | EXEMPLE | DÉFINITION | EXEMPLE | DÉFINITION | EXEMPLE |
| Soins personnels | Les AVQ de base dont est témoin le médecin. La démarche, le maintien de la continence et la gestion de l'argent sont les 3 qui pouvaient être observées ou évaluées directement | Lorsque le patient quitte la salle d'examen, la chaise est mouillée et malodorante | Les AVQ et les AIVQ communiquées par le patient ou d'autres personnes | Le conjoint de la patiente rapporte qu'il l'aide à s'habiller | Le médecin déduit une déficience dans les soins personnels en se fondant sur une information indirecte ou absente ou sur la manière de répondre | Le patient n'est pas propre et sent mauvais |
| Personnes à charge | Le médecin est témoin de négligence ou de mauvais traitements envers des personnes à charge | Durant l'évaluation, la patiente ne réagit pas aux pleurs de son nourrisson | L'incapacité de prendre soin de personnes à charge est communiquée par le patient ou d'autres personnes | Le patient rapporte qu'il a oublié d'aller chercher son fils à l'école plusieurs fois | Le médecin déduit une incapacité de s'occuper des personnes à charge en se fondant sur des phénomènes observés ou signalés | La patiente dit qu'elle commence à boire de l'alcool à 16 h et qu'à 20 h, elle a de la difficulté à «contrôler» les enfants |
| Permis | Un comportement en violation directe des conditions de détention du permis dont le médecin est témoin | Le patient arrive à la clinique en conduisant son auto alors qu'il est intoxiqué | Une infraction au code régissant le permis, ou des capacités affaiblies communiquées au médecin par le patient ou d'autres personnes | Le patient rapporte qu'il a commis de nombreuses erreurs en opérant sa grue en raison de sa distraction | Une déduction à partir de preuves indirectes | Le degré de vivacité et d'attention du patient est sérieusement déficient selon l'examen de l'état mental et le médecin soupçonne que le patient est incapable de remplir son rôle de chauffeur d'autobus |
| Relations | Des interactions sociales inappropriées ou déficientes avec les professionnels ou d'autres personnes | Le patient vient au rendez-vous avec sa sœur. Il crie et la menace lorsqu'elle commence à décrire les inquiétudes de la famille | Des interactions sociales inappropriées ou déficientes communiquées par le patient ou d'autres personnes | Le personnel rapporte que le patient était assis très près d'un autre patient et le dévisageait intensément dans la salle d'attente | Des interactions sociales inappropriées ou déficientes déduites à partir de preuves indirectes. Une information surtout obtenue par des récits ou les signes et symptômes | La patiente dit qu'elle n'a pas d'amis, que les gens la haïssent et qu'elle se sent seule alors que le médecin sait qu'elle avait avant une vie sociale très active |
| Travail | Une déficience démontrée dans l'assiduité, le rendement ou le comportement | Le médecin en médecine du travail reçoit le dossier sur le rendement du travailleur | Une déficience démontrée dans l'assiduité, le rendement ou le comportement, signalée par le patient ou d'autres personnes | Le patient donne au médecin un formulaire de son employeur pour justifier médicalement une absence de 9 jours de maladie au cours des 2 derniers mois | Une déficience démontrée dans l'assiduité, le rendement ou le comportement, déduite à partir de preuves indirectes | Le patient rapporte que ses collègues sont paresseux et bruyants, et qu'il est fatigué de leur dire de rester tranquilles |
| Éducation | Une déficience démontrée dans l'assiduité, le rendement ou le comportement | Le médecin d'une université reçoit le dossier scolaire d'un étudiant | Une déficience démontrée dans l'assiduité, le rendement ou le comportement, signalée par le patient ou par d'autres personnes | Le patient rapporte qu'il n'est pas allé en classe depuis 2 semaines | Une déficience démontrée dans l'assiduité, le rendement ou le comportement, déduite à partir de preuves indirectes | Un patient vous demande une lettre pour reporter la date de remise d'un travail |

AVQ—activités de la vie quotidienne, AIVQ—activités instrumentales de la vie quotidienne.

**Tableau 3. Grille des symptômes**

| | OBSERVATION | | SIGNALEMENT | | SOUPÇON | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SYMPTÔMES | DÉFINITION | EXEMPLE | DÉFINITION | EXEMPLE | DÉFINITION | EXEMPLE |
| Cognitifs | Des phénomènes observés ou évalués directement qui ont trait aux processus mentaux des connaissances, des perceptions, de la mémoire, du jugement et du raisonnement | Le patient demande fréquemment au médecin de répéter sa question et est incapable de décider quand prendre son prochain rendez-vous | L'expérience des processus mentaux est décrite par le patient ou des signes concernant les processus mentaux sont décrits par d'autres personnes | Le patient décrit ses inquiétudes à propos de ses oublis, dit se sentir anxieux et incapable de prendre des décisions. La mère du patient décrit des observations qui reflètent une pensée illogique | La déficience des processus cognitifs est déduite en se fondant sur la description de comportements, d'événements ou d'expériences | La patiente raconte qu'elle a répondu au téléphone pendant que son bambin était dans le bain et ne s'en est rappelée que lorsque le bébé a pleuré |
| Émotionnels | La patiente affiche des manifestations comportementales de sentiments et d'humeur observées par le médecin* | La patiente sourit et rit pendant tout le rendez-vous | La description précise par le patient de sentiments ou d'humeur, ou d'expériences somatiques ou physiologiques connexes | La patiente décrit qu'elle se sent très heureuse et contente, et qu'elle n'a plus de préoccupations | Les sentiments ou l'humeur sont déduits à partir des déclarations de la patiente ou de ses comportements | La patiente n'est pas spontanée dans son discours, parle doucement et croit qu'il n'y a pas de solution à sa situation actuelle |
| Sensoriels | Les expériences sensorielles d'un patient ne peuvent pas être observées. Au-delà des sens habituels de la vision, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, du toucher, de la température et de la douleur, il ne faut pas oublier d'autres sens comme la proprioception, la kinesthésie, l'accélération, la vélocité, l'orientation en fonction de la gravité, etc. Il est possible d'observer les conséquences de l'expérience sensorielle (p. ex. cécité ou surdité) par le comportement, mais il s'agira souvent de déductions | La patiente fait tomber des objets et se frappe contre les meubles en entrant dans la pièce | La patiente ou d'autres personnes rapportent des expériences sensorielles ou décrivent explicitement des expériences qui sont confirmées par le médecin comme étant des sensations | La patiente rapporte entendre des voix | Des expériences qui sont décrites ou mentionnées par la patiente, ou des observations par d'autres, ou encore des observations directes par le médecin qui pourraient être interprétées comme des phénomènes sensoriels. Il faut traiter le soupçon comme étant une hypothèse à confirmer avec le temps | La patiente arrête souvent de parler au milieu d'une phrase et regarde autour d'elle. Le médecin déduit qu'elle entend des voix |
| Comportementaux | Des actions observées chez le patient | Le patient parle extrêmement fort et son débit de paroles est rapide | Un comportement rapporté par le patient ou d'autres personnes | La patiente dit ne pas s'être couchée de la nuit et qu'elle a dépensé des sommes d'argent excessives en magasinage | Un comportement soupçonné à partir de renseignements reçus par le médecin | Le patient nie qu'il boit, mais son VCM est élevé et il a récemment eu un accident de la route |

VCM—volume corpusculaire moyen.
*Les émotions sont déduites.

**Encadré 1. Signes et symptômes chez les patients à risque élevé**

Cognitifs
- Pensées suicidaires : Leur détermination fixe souvent l'attention des cliniciens sur elles, empêchant par inadvertance une recherche de risques additionnels. Les pensées suicidaires sont souvent observées en pratique clinique
- Pensées meurtrières : Même si on ne pose pas souvent de questions à leur propos, elles sont potentiellement catastrophiques, car elles peuvent viser des cibles multiples. Elles se produisent relativement peu souvent
- Idées délirantes : Il faut se concentrer sur les convictions qui ont trait aux risques et obligent le patient à agir
- Mégalomanie : Des croyances exagérées selon lesquelles le patient n'aurait pas de limites physiques, mentales ou financières
- Déficits de l'attention : Ils sont souvent associés à des risques non intentionnels
- Jugement déficient : La faculté cognitive concernant le discernement des conséquences. Le patient peut-il prendre des décisions sages ou rationnelles, surtout lorsqu'il faut agir? Le patient peut-il évaluer et tirer des conclusions raisonnables?
- Conscience de soi déficiente : Dans quelle mesure le patient croit-il qu'il a un problème, des difficultés ou une maladie?

Émotionnels
- Sentiment d'impuissance : Un symptôme de dépression qui se produit souvent avec des pensées suicidaires et meurtrières

Sensoriels
- Hallucinations de commandes : Elles posent des risques, ne sont pas souvent observées et passent souvent inaperçues. Il faut se concentrer sur le contenu de la commande. Les hallucinations de commandes ont trait à des risques associés qui peuvent ne pas concorder avec les souhaits ou les intentions du patient. Les hallucinations de commandes ne sont pas évidentes.
- Autres hallucinations : Il faut se concentrer sur leur contenu, car il révèle les risques le plus clairement

Comportementaux
- Consommation d'alcool*
- Toxicomanie : Inclut à la fois les médicaments prescrits et les autres drogues
- Impulsivité

*Distincte des autres toxicomanies en raison de son acceptation légale et sociale.

et seul point de contact pour les patients souffrant de troubles mentaux. Il faut initialement se concentrer, en particulier dans le cas des patients dont le trouble mental est indifférencié, sur la détermination des risques. Le recours à une approche structurée pour l'évaluation peut atténuer la probabilité que d'autres inquiétudes entourant les causes et le diagnostic distraient de la reconnaissance des risques et de leur prise en charge. Ce cadre offre une façon d'organiser la réflexion du clinicien qui décortique l'ensemble des renseignements recueillis en composantes pouvant éclairer la prise de décisions médicales. Il est particulièrement utile en présence d'incertitude, lorsque la prédisposition aux erreurs cognitives est élevée.

En se concentrant sur les risques, les déficiences fonctionnelles et les symptômes de détresse dans les unités de soins aigus, les médecins peuvent réduire leur propre incertitude et répondre aux besoins immédiats de leurs patients, tout en continuant à rechercher un diagnostic précis et un traitement à long terme.

La mise en application de cette approche a été bien accueillie par des résidents et des médecins de soins primaires en pratique active, y compris ceux des milieux universitaires et communautaires. La difficulté et l'anxiété évoquées face à des patients souffrant de troubles psychiatriques indifférenciés ont été reconnues de manière informelle et par des évaluations. Une telle approche a le potentiel d'être utile et pratique.

Le concept de ce cadre doit encore être éprouvé, et sa validité interne et externe doit faire l'objet de mises à l'essai. Il faut en évaluer la valeur, y compris son utilité clinique, les contextes où il s'applique le mieux et les populations de patients les mieux desservies. Nous avons pour but d'élaborer un modèle standardisé pouvant être transmis et servir à tous les professionnels qui travaillent avec des personnes ayant des problèmes psychiatriques, leur permettant d'identifier les risques de manière fiable et de communiquer efficacement entre eux. Nous reconnaissons que cette approche dans son ensemble pourrait être fastidieuse dans le contexte d'une visite unique limitée par le temps. Par conséquent, elle pourrait être mieux décrite comme une approche pour catégoriser et organiser des cas complexes de santé mentale et de toxicomanie dans les soins primaires.

Nous croyons aussi que cette approche novatrice qu'est le classement des sources d'information en *observations*, *signalements* ou *soupçons* peut être utilisée par d'autres dans la production d'autres aides cognitives, de listes de vérification ou de gabarits de dossiers médicaux électroniques. Le degré d'ambiguïté et de complexité parmi les troubles mentaux exige souvent l'implication de multiples professionnels et organisations qui évaluent le même patient pendant des mois, voire des années. Il est souvent difficile de vérifier l'information dans les dossiers cliniques, et les symptômes changent avec le temps. Les 3 catégories peuvent aider les utilisateurs du dossier clinique à savoir quelle était la source de l'information et à stratifier le degré de certitude dans chaque entrée de données.

Le **Dr Silveira** est professeur agrégé au Département de psychiatrie de l'Université de Toronto, en Ontario, psychiatre en chef au St Joseph's Health Centre, et coprésident du Réseau de collaboration en santé mentale du Collège des médecins de famille de l'Ontario. La **Dre Rockman** est professeure agrégée au Département de médecine familiale et communautaire, nommée conjointement

au Département de psychiatrie de l'Université de Toronto, directrice principale de l'Éducation et des services cliniques au Centre for Mindfulness Studies, et fondatrice du Réseau de collaboration en santé mentale. **Mme Fulford** est candidate au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa, en Ontario. Le **Dr Hunter** est professeur agrégé à la Division de consultation-liaison en psychiatrie à l'Université de Toronto et membre fondateur du Réseau de collaboration en santé mentale.

**Remerciements**
Nous remercions le **Dr Jamie Meuser** d'avoir revu plusieurs ébauches de ce document et d'en avoir fait la critique. Le soutien financier qui a servi à l'élaboration de cet outil a été fourni en partie par une Subvention de recherche Janus du Collège des médecins de famille du Canada. L'entente de financement a assuré l'indépendance des auteurs dans la recherche et l'élaboration du cadre, et dans la rédaction et la publication du rapport.

**Collaborateurs**
Tous les auteurs ont contribué à la révision et à l'interprétation des ouvrages, de même qu'à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

**Intérêts concurrents**
Aucun déclaré

**Correspondance**
**Dr José Silveira**; courriel **JSilveira@stjoestoronto.ca**

**Références**

1. Lindhiem O, Kolko DJ, Yu L. Quantifying diagnostic uncertainty using item response therapy: the Posterior Probability of Diagnosis Index. *Psychol Assess* 2013;25(2):456-66. Publ. en ligne du 28 janv. 2013.
2. Malhi G, Adams D, Moss B, Walter G. To medicate or not to medicate, when diagnosis is in question: decision-making in first episode psychosis. *Australas Psychiatry* 2010;18(3):230-7.
3. Nierenberg AA. Uncertainty and practical reasoning in clinical psychiatry and neurology. *CNS Spectr* 2009;14(6):284-5.
4. Rafalovich A. Exploring clinician uncertainty in the diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Sociol Health Illn* 2005;27(3):305-23.
5. Lunt A. Risk and uncertainty: the unknown and psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J* 2001;25(1):89-92.
6. Geddes J, Goodwin G. Bipolar disorder: clinical uncertainty, evidence-based medicine and large-scale randomised trials. *Br J Psychiatry Suppl* 2001;41:s191-4.
7. Zarin DA, Earls F. Diagnostic decision making in psychiatry. *Am J Psychiatry* 1993;150(2):197-206.
8. Reichenfeld HF. Certainty versus uncertainty in psychiatric diagnosis. *Psychiatr J Univ Ott* 1990;15(4):189-93.
9. Lyman JA, Cohn WF, Bloomrosen M, Detmer DE. Clinical decision support: progress and opportunities. *J Am Med Inform Assoc* 2010;17(5):487-92.
10. Alberdi E, Strigini L, Povyakalo A, Ayton P. Why are people's decisions sometimes worse with computer support? Dans: Buth B, Rabe G, Seyfarth T, rédacteurs. *Computer safety, reliability, and security. 28th International Conference, SAFECOMP 2009, Hamburg, Germany, September 15-18, 2009. Proceedings.* Berlin, Allemagne: Springer; 2009. p. 18-31.
11. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ et coll. Burden of depressive disorders by country, sex, age and year: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med* 2013;10(11):1001547. Publ. en ligne du 5 nov. 2013.
12. Dean CE. The death of specificity in psychiatry: cheers or tears? *Perspect Biol Med* 2012;55(3):443-60.
13. Hammond KR. *Human judgment and social policy. Irreducible uncertainty, inevitable error, unavoidable injustice.* Londres, RU: Oxford University Press; 1996.
14. Galanter CA, Patel VL. Medical decision making: a selective review for child psychiatrists and psychologists. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46(7):675-89.
15. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011;31(6):828-38.
16. Croskerry P. From mindless to mindful practice—cognitive bias and clinical decision making. *N Engl J Med* 2013;368(26):2445-8.
17. Maier T. Evidence-based psychiatry: understanding the limitations of a method. *J Eval Clin Pract* 2006;12(3):325-9.
18. Duffy FF, Chung H, Trivedi M, Rae DS, Regier DA, Katzelnick DJ. Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: is it helpful and feasible in clinical psychiatry? *Psychiatr Serv* 2008;59(10):1148-54.
19. McNiel DE, Chamberlain JR, Weaver CM, Hall SE, Fordwood SR, Binder RL. Impact of clinical training on violence risk assessment. *Am J Psychiatry* 2008;165(2):195-200.
20. Meyer F, Meyer TD. The misdiagnosis of bipolar disorder as a psychotic disorder: some of its causes and their influence on therapy. *J Affect Disord* 2009;112(1-3):174-83. Publ. en ligne du 13 juin 2008.
21. Blumenthal-Barby JS, Krieger H. Cognitive biases and heuristics in medical decision making: a critical review using a systematic search strategy. *Med Decis Making* 2015;35(4):539-57. Publ. en ligne du 21 août 2014.
22. Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Qual Saf* 2013;22(Suppl 2):ii58-64. Publ. en ligne du 23 juill. 2013
23. Croskerry P. Diagnostic failure: a cognitive and affective approach. Dans: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, rédacteurs. *Advances in patient safety: from research to implementation. Vol 2. Concepts and methodology.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
24. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
25. Morewedge CK, Kahneman D. Associative processes in intuitive judgment. *Trends Cogn Sci* 2010;14(10):434-40. Publ. en ligne du 7 août 2010.

* * *