



Mémoire
Sur l'errance diagnostique
En santé mentale

Conçu et rédigé par Emmanuelle Brunet
Avec la collaboration
d'Hamalia Jacques

Dans le cadre du PAISM et du projet de loi no 23

Table des matières

Sommaire exécutif	4
1) Présentation	5
2) But du mémoire	5
3) Méthodologie.....	6
4) Définitions	6
Contexte	7
5) Contexte québécois et canadien	7
PQPTM (Programme québécois pour les troubles mentaux)	8
Mécanisme d'accès (2022)	8
Angles morts qui persistent	8
Errance diagnostique	9
6a) Errance et erreurs : données	9
Trouble bipolaire : retards majeurs	9
Biais d'équité	9
Déterminants de l'errance	9
Solutions	10
6b) Corriger les erreurs : principes et leviers.....	10
Qualité de l'évaluation.....	12
Mesures anticipées comme levier diagnostic	13
6c) Particularités de l'errance diagnostique selon le trouble	15
La dépression récurrente.....	15
Les troubles anxieux et dépressifs courants	15
Le TDAH et l'autisme chez la femme	15
La psychose débutante chez les jeunes	16
Les troubles neurologiques fonctionnels.....	16
Ce qui s'applique à tous les troubles : les recommandations transversales	16
6d) Maladies rares : enseignements.....	16
6e) Politique québécoise sur les maladies rares 2022-2027	17
Une incertitude inscrite au cœur même du diagnostic psychiatrique.....	18
Quand le retard diagnostique aggrave irrémédiablement la trajectoire clinique.....	18
La jurisprudence québécoise comme révélateur d'une architecture systémique défaillante	19
Quand le dossier psychiatrique remplace le parcours de soins : la discontinuité diagnostique comme faille structurelle	20
La contestation diagnostique : un signal d'alerte systématiquement ignoré.....	21
La fragilité institutionnelle de l'évaluation psychiatrique non encadrée.....	22
Un problème d'architecture, non de compétence et six leviers pour y répondre	23
7) Regards comparés internationaux.....	27
8) Recommandations	28
Mesure phare	28

Compléments opérationnels	29
1.Sécurité diagnostique en 1ère ligne	29
2.Soins collaboratifs	29
3.Navigation clinique pour situations complexes	29
4. Mesures stratégiques	30
5. Vigilance clinique.....	30
Dépression récurrente.....	30
Psychose débutante chez les jeunes	30
TDAH et troubles du spectre autistique chez les femmes	30
Troubles fonctionnels neurologiques (FND)	30
Vigilance transversale	30
6. Risques, garde-fous et projet pilote.....	31
Risques	31
Garde-fous	31
Éthique	31
Indicateurs de performance et d'équité	31
Proposition pilote	32
Gouvernance.....	32
Mise en œuvre	33
13) Récapitulatif.....	33
Glossaire	35
BIBLIOGRAPHIE	41
I. MODÈLES DE SOINS ET ACCÈS À LA PSYCHOTHÉRAPIE	41
II. ERRANCE ET ERREUR DIAGNOSTIQUE EN PSYCHIATRIE	42
III. TROUBLES SPÉCIFIQUES ET MÉSDIAGNOSTICS FRÉQUENTS	43
A — Trouble bipolaire	43
B — TDAH, autisme, CPTSD et diagnostics différenciés	44
IV. PSYCHOSE ET DURÉE DE PSYCHOSE NON TRAITÉE (DUP).....	45
V. INÉGALITÉS RACIALES ET BIAIS SYSTÉMIQUES	45
VI. OUTILS CLINIQUES VALIDÉS ET DONNÉES POPULATIONNELLES	46
VII. DROITS, CADRES JURIDIQUES ET JURISPRUDENCE	47
A — Jurisprudence Québécoise clé	47
B — Doctrine et analyses juridiques	47
C — Cadres réglementaires et normes professionnelles	47
VIII. RÉFORME DE LA LOI P-38.001 — TRAVAUX DE L'IQRDJ	48
IX. SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DIRECTIVES ANTICIPÉES PSYCHIATRIQUES	48
A — Cadre mondial — OMS	48
B — Directives anticipées psychiatriques (DAP).....	49
X. RÔLE DES PROCHES AIDANTS	50
XI. ACCÈS CITOYEN, INFORMATION ET RESSOURCES QUÉBÉCOISES	50

Sommaire exécutif

Au Québec, attendre longtemps avant de recevoir le bon diagnostic en santé mentale n'est pas un cas isolé, il s'agit d'une réalité courante qui fragilise les personnes, retarde leurs soins et érode leur confiance envers le système. Cette réalité est aujourd'hui reconnue à l'échelle internationale : poser le bon diagnostic, au bon moment, et le communiquer clairement est désormais un objectif inscrit dans les plans d'action modernes en sécurité des patients.

Pendant ce temps, les besoins ne cessent de croître. En dix ans, les troubles anxieux et dépressifs ont significativement augmenté au Canada, touchant particulièrement les jeunes femmes et allongeant les trajectoires de soins.

Parmi les erreurs les mieux documentées figurent la sous-détection en première ligne, la confusion entre dépression unipolaire et trouble bipolaire, dont l'identification peut prendre plusieurs années, ainsi que le diagnostic overshadowing, soit l'attribution automatique de tout nouveau symptôme physique à un trouble mental déjà connu, parfois avec des conséquences graves.

Des solutions ont pourtant fait leurs preuves ailleurs. L'Ontario, l'Angleterre, l'Australie et la Belgique ont chacun implanté des modèles de soins structurés, accessibles depuis la première ligne et financés publiquement.

C'est dans ce même esprit que ce mémoire propose de permettre dans la foulée aux professionnels de première ligne québécois d'orienter directement une personne vers une psychothérapie remboursée par l'État, sans détours administratifs.

Encadrée par un programme reconnu, cet accès à la psychothérapie comprendrait douze séances avec possibilité d'en obtenir quatre de plus, un suivi des progrès à chaque séance, et un transfert rapide vers les services spécialisés si la situation l'exige.

A blue ink signature, likely of Hamalia Jacques, written in a cursive style.

Hamalia Jacques

Directrice de Vox Québec

1) Présentation

L'association Vox Québec est un organisme communautaire provincial de type « par et pour », constitué majoritairement de personnes, vivant ou ayant vécu un enjeu de santé mentale.

L'association a été créée en 2007, par des militants issus du milieu de la santé mentale, et ce, avec le soutien d'organismes partenaires afin de construire une voix collective à l'échelle du Québec.

Le nom « Vox » signifie voix, ce qui reflète l'importance accordée à l'expérience vécue comme source de savoir et de force collective.

Notre mission est de faire entendre la voix des personnes qui vivent ou ont vécu des enjeux de santé mentale. Nous promouvons le rétablissement et défendons leurs droits auprès des décideurs publics. Nous regroupons, consultons et représentons ces personnes afin que les politiques et les services reflètent mieux leurs besoins réels. De plus, nous contribuons à orienter les actions gouvernementales vers des approches plus humaines et axées sur l'expérience vécue.

2) But du mémoire

Ce mémoire est né d'une réflexion collective. C'est lors de la rencontre mensuelle du 30 janvier 2026, consacrée au pouvoir d'agir, que l'un de nos membres a soulevé la question de l'errance médicale en santé mentale, une réalité qu'il a vécu de près et qui résonnait bien au-delà de son expérience personnelle. Cette interpellation a agi comme un déclencheur, révélant l'urgence du sujet et la nécessité d'y consacrer un travail approfondi.

Le constat de départ est simple mais préoccupant : trop de patients en santé mentale au Québec se perdent dans un système qui peine à les orienter, à les diagnostiquer correctement et à leur offrir des soins adaptés.

Ce mémoire s'adresse aussi bien au grand public qu'aux décideurs, avec une double ambition de rendre lisible ce que l'on sait sur l'errance médicale et d'ouvrir des pistes concrètes pour y remédier. Pour ce faire, il situe le contexte québécois dans un paysage comparatif international, afin d'identifier ce qui fonctionne ailleurs et d'en tirer des enseignements transposables.

Les solutions proposées sont ancrées dans les données disponibles, conformes au cadre juridique en vigueur et orientées vers un objectif central : mieux articuler les soins de première ligne avec les services psychothérapeutiques, en s'appuyant sur des pratiques mesurables et accessibles à tous.

3) Méthodologie

Sur le plan méthodologique, le mémoire a permis de croiser trois sources complémentaires:

Les rapports publics de l'INSPQ, de Statistique Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada qui permettent de saisir l'ampleur du phénomène et d'en suivre l'évolution.

Des synthèses scientifiques par exemple de la HAS et du BMJ Quality & Safety qui éclairent sur la notion d'erreur diagnostique et les leviers reconnus pour la réduire.

Enfin, les programmes opérationnels tels que le PQPTM, le NHS, l'OSP et l'INAMI qui montrent comment des systèmes ont réorganisé leurs services pour fluidifier les parcours de soins et repenser l'accès au financement.

C'est sur l'articulation de ces trois axes (données, science et pratique) que se fonde la cohérence de ce mémoire et la portée de ses recommandations.

4) Définitions

L'errance médicale désigne une trajectoire de soins jalonnée de diagnostics successifs, retardés ou manqués, souvent au carrefour de plusieurs points de service. En santé mentale, elle prend des formes variées (diagnostics absents, erronés, tardifs ou contradictoires) et se définit fondamentalement comme l'incapacité à identifier les problèmes de santé d'une personne dans un délai raisonnable, ce qui inclut la difficulté à communiquer clairement le diagnostic entraînant ainsi des retards dans les soins ainsi que la compromission des suivis. La littérature spécialisée recommande d'ailleurs d'équiper la première ligne pour repérer ces occasions manquées, plutôt que d'en imputer la responsabilité exclusivement au patient ou au système.

La sécurité diagnostique renvoie, pour sa part, à la fiabilité des processus cliniques et organisationnels permettant de poser le bon diagnostic, au bon moment, de le communiquer clairement et d'en tirer des apprentissages continus dans une démarche d'amélioration constante garantissant des soins fiables et de qualité. Le Plan d'action mondial 2021–2030 de l'OMS en a d'ailleurs fait un objectif explicite de politique publique, ce qui témoigne de la portée systémique de cet enjeu.

Le diagnostic overshadowing désigne plutôt la tendance à attribuer automatiquement de nouveaux symptômes physiques à un trouble mental préexistant. Dans une logique de vigilance clinique, toute nouvelle plainte devrait être évaluée de façon rigoureuse et sans raccourcis, car dans les situations complexes, des symptômes physiques réels risquent d'être absorbés par un diagnostic psychiatrique déjà posé et de passer ainsi sous le radar, avec des conséquences potentiellement graves.

La mesure d'issue consiste elle à suivre régulièrement l'évolution des symptômes à l'aide d'outils validés, afin d'adapter les soins au fil du temps. Concrètement, les mêmes questions structurées sont posées à chaque rencontre pour disposer d'un portrait fiable et évolutif de l'état de la personne.

Le PHQ-9 et le GAD-7, recommandés notamment par l'INSPQ, en sont des exemples reconnus, mesurant respectivement les symptômes dépressifs et le niveau d'anxiété.

Les conséquences de l'errance diagnostique sont enfin multiples et souvent cumulatives telles que l'aggravation des symptômes, l'alourdissement des comorbidités, les risques d'iatrogénie médicamenteuse telle que l'exposition d'une personne bipolaire non diagnostiquée à des antidépresseurs, les hospitalisations évitables, les coûts accrus et les atteintes aux droits fondamentaux par l'iniquité d'accès aux soins qu'elle perpétue.

Contexte

5) Contexte québécois et canadien

La santé mentale occupe une place de plus en plus centrale dans le paysage sanitaire canadien et québécois. Sur la seule période allant de 2012 à 2022, les troubles anxieux et dépressifs ont connu une progression marquée : l'anxiété généralisée a littéralement doublé, passant de 2,6 % à 5,2 %, tandis que la dépression majeure grimpait de 4,7 % à 7,6 %. Cette tendance touche particulièrement les jeunes adultes québécois, puisqu'en 2021-2022, environ huit jeunes sur cent âgés de 15 à 29 ans vivaient avec un trouble anxio-dépressif, les jeunes femmes étant proportionnellement plus affectées que les jeunes hommes.

La santé mentale occupe une place croissante dans le paysage sanitaire canadien et québécois. Entre 2012 et 2022, l'anxiété généralisée a doublé, passant de 2,6 % à 5,2 %, tandis que la dépression majeure progressait de 4,7 % à 7,6 %.

Cette tendance touche particulièrement les jeunes adultes : en 2021-2022, environ huit jeunes québécois sur cent âgés de 15 à 29 ans vivaient avec un trouble anxio-dépressif, les jeunes femmes étant proportionnellement plus affectées.

Pourtant, l'accès aux soins demeure inégal. Dans certaines régions, l'attente dépasse quatre mois avant un premier rendez-vous, il s'agit d'un délai considérable lorsque la souffrance est déjà présente. Des améliorations existent néanmoins là où une réorganisation ciblée des services a été menée avec cohérence.

Cette réalité prend une dimension encore plus préoccupante pour certaines populations. Selon Statistique Canada (2015), les personnes vivant avec un problème de santé mentale déclarent davantage de contacts avec la police. Par ailleurs, d'autres analyses de Statistique Canada montrent une surreprésentation des personnes autochtones et noires dans le système judiciaire.

Malheureusement, les données disponibles recueillies ne permettent pas pour l'instant d'établir directement la surreprésentation de ces groupes dans les arrestations liées à des facteurs de santé mentale.

Néanmoins, il ne serait pas complètement absurde d'imaginer un scénario dans lequel leur premier contact des personnes racisées avec le système de soins en santé mentale survienne donc le plus dans un cadre coercitif : sans directive anticipée, sans proche capable de relayer leur histoire clinique, et face à des professionnels insuffisamment formés aux réalités culturelles.

Toutes les conditions de l'errance diagnostique s'y trouveraient simultanément réunies (absence d'information longitudinale, biais d'interprétation, rupture de communication avec des conséquences particulièrement lourdes.)

C'est précisément ce que confirme la recherche internationale : lorsque la directive anticipée psychiatrique est élaborée avec l'accompagnement actif du clinicien référent, les hospitalisations involontaires diminuent. Le diagnostic de crise peut alors être posé avec davantage de nuance, en s'appuyant sur un historique que la personne en état aigu ne serait plus en mesure de restituer elle-même.

[PQPTM \(Programme québécois pour les troubles mentaux\)](#)

Parmi les initiatives mises en place, le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) offre un parcours de soins gradués allant des autosoins à la psychothérapie. Inspiré des guides NICE, ce programme permet une prise en charge continue et adaptée à chaque personne. Il vise à mieux répondre aux besoins en santé mentale et à soutenir efficacement les individus vivant avec des troubles anxieux ou dépressifs.

[Mécanisme d'accès \(2022\)](#)

Depuis 2022, un mécanisme d'accès aide les usagers à trouver les services dont ils ont besoin. Ce mécanisme fonctionne en collaboration avec Info-Social 811 et le GAP numérique pour offrir un premier contact avec les services, évaluer rapidement les besoins et orienter chaque personne vers les ressources les plus adaptées à leur situation.

[Angles morts qui persistent](#)

Malgré les avancées notables dans l'organisation des soins, certains angles morts persistent en première ligne et méritent une attention soutenue. La bipolarité en est l'exemple le plus éloquent : parce qu'elle se manifeste fréquemment d'abord sous forme d'épisodes dépressifs, elle échappe souvent au radar clinique lors des premières consultations. Ce délai d'identification n'est pas anodin, il retarde la mise en place d'un traitement adapté et expose le patient à une trajectoire de soins qui ne correspond pas à sa réalité clinique.

À ce phénomène s'ajoute ce que la littérature désigne sous le terme d'*overshadowing* diagnostique, soit la tendance à attribuer automatiquement tout nouveau symptôme physique au trouble mental déjà connu du patient. Ce réflexe, compréhensible dans un contexte de surcharge clinique, peut néanmoins masquer des problèmes de santé distincts et retarder leur prise en charge. Ces deux dynamiques, bien documentées dans les travaux récents sur la sécurité diagnostique, appellent des réponses qui dépassent le cadre individuel et engagent à la fois les pratiques cliniques et l'organisation systémique des soins.

Ce présent tableau se déploie par ailleurs dans un contexte épidémiologique en mouvement. Plusieurs publications officielles attestent d'une évolution de la demande en santé mentale au Québec, qui rencontre un système d'accès lui-même en pleine transformation. Les guichets d'accès notamment le GASMA et le MASMA, jouent un rôle structurant dans l'orientation des patients, mais la pression sur le réseau reste bien réelle. Elle se fait particulièrement sentir lors des périodes de surcharge à l'urgence et dans les services comme le 811 et le GAP, où la capacité de réponse est mise à l'épreuve de façon récurrente.

Errance diagnostique

6a) Errance et erreurs : données

Dans les soins de première ligne, certains troubles de l'humeur et d'anxiété ne sont pas toujours identifiés ni inscrits dans le dossier médical ce qui contribue à une sous-détection notable. Cette situation signifie que de nombreuses personnes peuvent vivre avec des symptômes importants sans recevoir le suivi nécessaire ou les soins adaptés. Ce retard dans l'identification et dans la prise en charge des problèmes de santé alourdit l'errance diagnostique et retarde l'accès à des traitements efficaces et rapides.

Trouble bipolaire : retards majeurs

Le trouble bipolaire illustre particulièrement ces retards. Il peut s'écouler plusieurs années avant qu'un diagnostic adéquat soit posé après les premiers symptômes. Chez les jeunes canadiens, le délai est d'environ 8 ans et peut se rendre jusqu'à 15 ans lorsque les symptômes débutent durant l'enfance. Ces retards sont associés à des conséquences défavorables sur le plan social, scolaire et professionnel.

Biais d'équité

Des inégalités sont également observées par la littérature scientifique. Les jeunes Noirs sont plus souvent diagnostiqués avec une schizophrénie et ont malheureusement moins accès à la psychothérapie, ces écarts étant attribués à des **biais implicites** et à des facteurs socio-environnementaux. Les femmes, de leur côté, reçoivent tardivement un diagnostic de TDAH ou un trouble du spectre de l'autisme. Les symptômes pouvant être moins visibles ou associés d'abord à l'anxiété ou à la dépression.

Déterminants de l'errance

L'errance diagnostique résulte d'une combinaison de réalités humaines, professionnelles et systémiques qui s'entremêlent et se renforcent mutuellement.

Du côté des personnes qui vivent ces difficultés, la stigmatisation joue un rôle important. Elle pousse parfois à hésiter, à se taire ou à minimiser ce qu'on ressent, rendant la demande d'aide plus difficile. Quand on ne reconnaît pas soi-même les signes d'un problème de santé mentale, le chemin vers une consultation peut être long. À cela s'ajoutent des obstacles concrets comme le manque de temps, les difficultés financières ou un accès restreint aux services.

Certaines personnes présentent aussi des symptômes discrets ou atypiques qui passent facilement inaperçus, ce qui fait que leurs difficultés ne sont identifiées que bien plus tard.

Du côté des professionnels de la santé, la réalité du terrain est également exigeante. Une charge de travail élevée laisse peu de place à une évaluation approfondie. Dans ce contexte, il arrive qu'on s'appuie sur une première impression ou qu'on explore une seule piste sans remettre en question l'hypothèse initiale. Ces raccourcis, bien que compréhensibles, peuvent mener à des diagnostics incomplets ou erronés. Des biais inconscients peuvent aussi teinter le jugement clinique et retarder la reconnaissance du véritable problème.

Du côté du système de santé lui-même, les obstacles sont tout aussi réels. Quand les services ne communiquent pas bien entre eux, les démarches deviennent longues et épuisantes. Les dossiers médicaux informatisés ne permettent pas toujours de retracer l'ensemble du parcours d'une personne. Les transitions entre les différents services sont parfois mal coordonnées, entraînant des pertes d'informations précieuses. L'accès à la psychothérapie reste limité pour beaucoup, et le suivi régulier des symptômes n'est pas encore une pratique systématique, ce qui retarde les ajustements pourtant nécessaires.

Solutions

6b) Corriger les erreurs : principes et leviers

Tout commence par une sécurité diagnostique bien organisée. Les plans d'action internationaux s'accordent sur une même boussole : **cultiver un environnement de travail juste, renforcer la fiabilité des processus cliniques, impliquer les personnes concernées et leurs proches, et mesurer ce qui compte pour apprendre en continu**. Dans la pratique, cela se traduit par des gestes concrets tels que prendre le temps de formuler des hypothèses alternatives, consigner les zones d'incertitude dans le dossier, faciliter l'accès à un deuxième avis et instaurer des revues de cas dès que l'évolution clinique ne correspond pas à ce qui était attendu.

En santé mentale plus particulièrement, corriger une erreur commence par **respecter le cadre professionnel qui balise l'exercice**. La psychothérapie est une activité réservée aux psychologues, médecins et titulaires d'un permis de psychothérapeute, alors que poser un diagnostic de trouble mental relève du champ médical, comme le rappellent les précisions jurisprudentielles documentées par le Blogue SOQUIJ. Clarifier ce cadre n'est pas une question de formalité : c'est ce qui protège le public, évite les glissements de titre et favorise les orientations appropriées quand la complexité d'une situation le commande.

La qualité de l'évaluation elle-même fait toute la différence. Les ordres professionnels sont clairs à ce sujet : **l'entretien clinique reste le cœur du travail**, et les outils psychométriques n'ont de valeur que lorsqu'ils répondent à une question clinique précise tel que le diagnostic différentiel, l'impasse thérapeutique et le contexte psycholégal. Ils ne remplacent pas l'examen clinique, ils doivent le compléter.

Utiliser de manière ciblée des échelles validées pour mesurer l'intensité des symptômes dépressifs ou anxieux devrait aider à ancrer la décision et à suivre l'évolution dans le temps, tout en évitant le piège de l'autodiagnostic, qui brouille souvent bien plus qu'il n'éclaire.

L'organisation de l'accès aux soins doit également soutenir la clinique plutôt que la freiner.

Le Québec dispose à cet égard de dispositifs structurants tels que le GAP numérique, les GASMA, Info-Social 811 et les CLSC dont la vocation est d'orienter les personnes vers la bonne ressource au bon moment. Encore faut-il **optimiser l'arrimage de ces mécanismes à la première ligne en santé mentale**, car c'est précisément là que les délais improductifs s'accumulent, que les informations se perdent entre milieux et que les personnes ressentent l'errance la plus difficile à supporter.

Les modèles de financement, eux aussi, influencent directement la qualité du diagnostic par les incitations qu'ils génèrent.

Les analyses canadiennes plaident pour un meilleur accès aux psychothérapies fondées sur les données probantes, en combinant approches universelles et ciblées, et en limitant la durée des épisodes. L'expérience est concluante ailleurs : la Belgique rembourse depuis 2021 des soins psychologiques de première ligne via des réseaux territoriaux, et l'Angleterre, l'Ontario et l'Australie montrent que lorsque l'accès est financé, gradué et mesuré, les trajectoires de soins deviennent plus lisibles et l'errance recule de manière significative.

Certaines erreurs spécifiques appellent des réponses tout aussi spécifiques. En psychose débutante, par exemple, l'étiquette de schizophrénie peut être apposée à tort lorsque des hallucinations auditives isolées ou une anxiété intense orientent l'interprétation trop rapidement. **Une réévaluation spécialisée et un suivi longitudinal corrigent souvent la trajectoire.** La prudence s'impose également dans la manière d'annoncer un diagnostic qui est le domaine où des outils comme le protocole SPIKES et des formations par simulation ont démontré leur utilité pour réduire les malentendus et limiter la stigmatisation.

La vigilance face aux pseudosciences doit faire partie intégrante de la sécurité diagnostique.

Les instances médicales internationales le rappellent sans ambiguïté : la pratique doit s'appuyer sur des preuves à jour, et les pseudothérapies risquent d'éloigner les personnes de traitements réellement efficaces. Tenir cette ligne, c'est protéger à la fois la qualité des décisions cliniques et le temps précieux de chaque personne qui consulte.

En s'inspirant des mécanismes développés pour les maladies rares, **deux leviers structurants pourraient transformer l'errance diagnostique en santé mentale.** D'un côté, **un plan d'action intégrant une navigation clinique dédiée.** De l'autre, **un observatoire capable de réévaluer périodiquement les dossiers à la lumière de faits nouveaux et de connaissances émergentes.** Le Québec dispose déjà d'un Plan d'action 2023-2027 sur les maladies rares qui priorise la formation, l'accès rapide au diagnostic et la collecte de données. La France, elle, a institué un Observatoire du diagnostic adossé à la Banque nationale de données sur les maladies rares. Adaptés et transposés au contexte de la santé mentale, ces outils rendraient visibles les délais, soutiendraient la réanalyse des évaluations passées et faciliteraient les réorientations dès que l'état des connaissances ou l'état de santé de la personne évolue.

Réduire l'errance diagnostique suppose également une avancée légale trop longtemps reportée : **la reconnaissance officielle des directives anticipées psychiatriques.** Non pas comme une formalité administrative, mais comme un véritable vecteur d'information clinique, à consulter obligatoirement lors de toute intervention de crise. Dans le même mouvement, il faut valoriser et structurer la contribution des proches en les formant à

documenter et à transmettre ce qu'ils observent, ce savoir que la personne concernée ne peut pas toujours porter seule au moment où elle en a le plus besoin.

Ces deux leviers ne sont pas des solutions parallèles ou accessoires : ils forment ensemble la mémoire diagnostique que le système, jusqu'à présent, ne sait pas encore recueillir, ni préserver.

Par ailleurs, il est essentiel d'**inscrire clairement les incertitudes dans le dossier médical**, surtout lorsqu'un diagnostic n'est pas encore confirmé ou que plusieurs hypothèses coexistent. Cette habitude simple mais structurante maintient une ouverture dans l'évaluation et permet d'ajuster les soins au fil de l'évolution de la situation, plutôt que de s'enfermer prématurément dans une lecture unique.

Il convient aussi de **ménager des moments de pause dans le processus diagnostique**, c'est-à-dire des temps de recul délibérés pour revoir la situation, valider ou réviser les hypothèses, et éviter de tirer des conclusions trop hâtivement sous la pression du quotidien clinique. Ces pauses ne sont pas une perte de temps : elles sont une condition de la rigueur.

Documenter le suivi en prévoyant des réévaluations à des moments définis permettrait quant à lui de suivre l'évolution des symptômes, de vérifier la pertinence du diagnostic dans le temps et d'ajuster les interventions si nécessaire plutôt que de laisser une orientation initiale se cristalliser sans jamais être remise en question.

Enfin, lorsqu'une situation est complexe ou incertaine, **solliciter un deuxième avis** n'est pas un aveu de faiblesse : c'est un réflexe de qualité. Il permet de confirmer une piste, d'en envisager d'autres, et de s'assurer que la personne reçoit l'éclairage le plus juste possible au moment où elle en a le plus besoin.

Qualité de l'évaluation

La qualité de l'évaluation repose avant tout sur l'entretien clinique, qui constitue le cœur du processus. C'est dans cet espace d'échange que le clinicien peut recueillir des informations riches et nuancées sur les symptômes vécus, le ressenti profond du patient et le contexte dans lequel s'inscrivent ses difficultés. Grâce à des questions ouvertes, cet entretien permet de saisir concrètement comment les troubles affectent la vie au quotidien, ce qu'aucun outil standardisé ne peut pleinement restituer.

Viennent ensuite les tests psychométriques ciblés, qui jouent un rôle complémentaire essentiel. Plutôt que de se substituer à l'entretien, ils permettent d'approfondir des aspects spécifiques du fonctionnement psychologique, de confirmer ou d'affiner les hypothèses diagnostiques, et d'orienter avec plus de précision les choix d'intervention.

Dans cette même logique de rigueur et de continuité, un suivi régulier à l'aide d'outils comme le PHQ-9 pour la dépression et le GAD-7 pour l'anxiété s'avère particulièrement précieux. Ces échelles permettent d'observer l'évolution des troubles dans le temps, d'ajuster les interventions en conséquence et de détecter rapidement tout changement significatif dans l'état du patient.

Enfin, une évaluation de qualité implique également une vigilance constante à l'égard des biais cognitifs du clinicien lui-même, notamment le phénomène d'overshadowing. Ce biais consiste à rattacher automatiquement tout nouveau symptôme à un trouble déjà identifié, au risque de passer à côté d'une réalité clinique plus complexe. En maintenant un regard ouvert et critique, le clinicien s'assure d'une évaluation véritablement complète et fidèle à l'état de santé global du patient.

Mesures anticipées comme levier diagnostic

Les directives anticipées psychiatriques révèlent ce que les dossiers cliniques habituels tendent à masquer : un fossé entre ce qu'une personne sait d'elle-même en dehors des crises et ce que le système retient comme vérité au moment où elle s'y présente. C'est précisément là que l'errance diagnostique prend racine.

Une personne ayant traversé plusieurs épisodes connaît souvent, avec une finesse que peu de cliniciens peuvent égaler, les signes qui précèdent ses décompensations, les interventions qui ont aggravé sa situation et les traitements qui se sont révélés inefficaces malgré leur usage répété. Consigné dans une directive anticipée, ce savoir devient un outil concret pour corriger des trajectoires diagnostiques autrement condamnées à se reproduire. Le rapport de l'IQRDJ définit précisément ces mesures comme :

« Un ensemble de démarches permettant à une personne vivant avec une problématique de santé mentale d'exprimer à l'avance ses souhaits concernant son accompagnement, ses traitements et les interventions à privilégier en cas de crise. Elles offrent ainsi des outils concrets pour intervenir en respectant la volonté et les valeurs de la personne, même lorsque sa capacité à consentir est temporairement altérée. »

Or au Québec, aucun instrument juridiquement reconnu ne permet à une personne de planifier à l'avance ses préférences de traitement en cas de crise psychiatrique. Ce vide prive le système d'une source d'information longitudinale précieuse au moment même où le risque d'errance est le plus élevé, c'est-à-dire lorsque la personne est le moins en mesure de parler pour elle-même. Comme le souligne expressément le rapport de l'IQRDJ :

« Contrairement aux directives médicales générales, les directives anticipées psychiatriques ne bénéficient pas d'un statut juridique explicite au Québec. Cette absence de reconnaissance officielle limite leur opposabilité devant les tribunaux, rend leur interprétation variable d'un établissement à l'autre et peut freiner l'adhésion des professionnels, inquiets de leurs responsabilités légales. »

Sans mesure anticipée légalement contraignante, le diagnostic repose presque exclusivement sur l'observation d'un état aigu, soit la fenêtre temporelle où la personne est la moins représentative d'elle-même, ce qui crée les conditions structurelles d'un étiquetage prématuré et d'une chronicisation de l'errance.

La littérature internationale confirme pourtant l'efficacité de ces dispositifs. Des études citées dans le rapport de l'IQRDJ montrent que :

« Ces dispositifs peuvent réduire de 25 à 30 % le recours aux hospitalisations sous contrainte, tout en favorisant une utilisation efficiente des ressources cliniques et sociales. »

Sur le plan diagnostique, cette réduction n'est pas seulement statistique : elle traduit une meilleure continuité de l'information clinique entre les épisodes, ce qui permet précisément de corriger les bifurcations que l'urgence produit presque mécaniquement.

À ce savoir individuel s'en ajoute un autre, tout aussi déterminant : celui des proches. Leur connaissance longitudinale des variations subtiles et des signaux faibles que seule une présence quotidienne permet de percevoir constitue une contribution clinique d'une valeur considérable, qui est pourtant systématiquement sous-exploitée dans les parcours de soin québécois, trop souvent réduite à une implication affective à encadrer plutôt qu'à une source d'information à part entière. Les travaux de l'IQRDJ confirment ce constat structurel :

« Bien qu'ils soient souvent les premiers à détecter les signes de détresse d'une personne de leur entourage et à initier les démarches menant à la mise en œuvre de la P-38, les proches expriment fréquemment un sentiment d'exclusion. Plusieurs rapportent ne recevoir que très peu d'information sur l'état de la personne concernée, sur l'évolution de la situation ou sur les décisions prises, même lorsqu'ils sont eux-mêmes à l'origine de ces interventions. »

La revue de la littérature menée par l'IQRDJ complète ce tableau en documentant le vécu des aidants : ceux-ci *« souhaitent désespérément trouver une aide préventive plutôt que de devoir attendre que leur proche soit en état de crise »*, et font état d'un système qui *« n'était pas proactif ou pas suffisamment réactif à leurs besoins et à ceux de leur proche. »* Ce déficit de réactivité a des conséquences directes sur la qualité de l'information disponible au moment du diagnostic.

Des ressources comme L'Appui et Écoute Entraide montrent qu'un accompagnement structuré des proches produits des effets tangibles et mesurables : meilleure documentation des symptômes entre les consultations, entretiens cliniques mieux préparés, récit cohérent maintenu à travers les transitions d'équipes. Le résultat est direct : moins de malentendus, une hypothèse diagnostique ajustée plus rapidement, moins de bifurcations inutiles dans le parcours de soin. Ce sont des effets qui touchent au cœur de la durée et de la profondeur de l'errance.

Cette dynamique est directement renforcée par le recours aux mesures anticipées. Le rapport de l'IQRDJ souligne en effet que :

« En favorisant un dialogue préalable entre la personne, ses proches et les intervenants, ces mesures d'anticipation renforcent notamment la relation de confiance et facilitent la communication en situation de crise. Elles réduisent le sentiment d'exclusion des proches et améliorent la cohérence des décisions cliniques au sein des équipes. »

Un autre outil complémentaire mérite d'être mentionné dans ce contexte : le plan de crise conjoint, défini par l'IQRDJ comme une démarche élaborée *« conjointement par la personne, son entourage et l'équipe de soins afin d'anticiper les signes précurseurs de crise, d'identifier les moyens d'apaisement et de convenir des stratégies d'intervention acceptables pour tous. »* Là où la directive anticipée formalise la volonté individuelle, le plan de crise conjoint opérationnalise le dialogue entre tous les acteurs, y compris les proches, dans une logique de co-construction du soin. Ces deux instruments ne se

substituent pas, mais se complètent de façon déterminante pour enrichir la base informationnelle disponible au moment d'un épisode.

La fragmentation de l'information clinique constitue par ailleurs un facteur aggravant que les mesures anticipées sont précisément conçues pour contrecarrer. Le rapport de l'IQRDJ documente que :

« Les intervenants disposent souvent d'une information fragmentaire, provenant de dossiers locaux ou du Dossier Santé Québec (DSQ), qui ne regroupent ni l'ensemble des notes cliniques ni les renseignements détenus par d'autres établissements. Cette fragmentation complique l'évaluation et, par réflexe préventif, peut mener à des décisions plus contraignantes, notamment par le recours à la garde en établissement. »

La logique des mesures anticipées et celle qui valorise le rôle des proches convergent ainsi vers le même principe : introduire dans le moment diagnostique un savoir construit dans la durée, capable de corriger les biais qu'une lecture de l'urgence produit presque mécaniquement. Ces deux angles ne se remplacent pas, ils se renforcent mutuellement et forment ensemble un levier structurel contre l'errance diagnostique.

6c) Particularités de l'errance diagnostique selon le trouble

Chaque trouble a ses propres pièges diagnostiques, et les corriger demande des réponses adaptées plutôt qu'une approche uniforme. Voici ce que la littérature recommande pour chacun d'eux.

La dépression récurrente

Quand une personne consulte pour une dépression qui revient à plusieurs reprises, la première vigilance est d'écarter un trouble bipolaire qui se cacherait derrière. Avant d'ajouter ou d'intensifier un antidépresseur, il vaut la peine de reconstituer soigneusement l'histoire émotionnelle du patient, de rechercher des épisodes d'hypomanie passés inaperçus, de noter les cycles courts et répétitifs, et de s'informer des antécédents familiaux. Ce travail préventif réduit considérablement le risque de devoir requalifier le diagnostic trop tard. Lorsque le doute persiste, une consultation spécialisée et l'introduction d'un thymorégulateur peuvent s'imposer, avec une orientation rapide vers la deuxième ligne de soins en cas de non-réponse.

Les troubles anxieux et dépressifs courants

Pour ces troubles, qui représentent la majorité des consultations en première ligne, l'organisation des soins par étapes fait toute la différence. Mesurer les résultats à chaque rencontre, proposer des thérapies cognitivo-comportementales brèves, réduire les délais avant la première séance et assurer une continuité fluide entre les différents niveaux de soins sont autant de leviers concrets pour éviter que la personne ne se perde dans un circuit de consultations sans véritable suivi coordonné.

Le TDAH et l'autisme chez la femme

Chez les femmes présentant un TDAH ou des traits autistiques, l'errance est souvent alimentée par des outils diagnostiques qui ont longtemps été calibrés sur des profils masculins. Des entretiens sensibles au genre, une attention portée à l'histoire

développementale dans son ensemble et à la présence de comorbidités permette de poser enfin les bons jalons. Les interventions qui ont fait leurs preuves dans ces situations incluent la psychoéducation, les stratégies d'organisation attentionnelle, la thérapie cognitivo-comportementale et, le cas échéant, un traitement pharmacologique adapté.

La psychose débutante chez les jeunes

Chez les jeunes adultes présentant les premiers signes d'une psychose, la fenêtre d'intervention est précieuse et étroite. Un suivi intensif précoce, combiné à une vigilance accrue contre les biais diagnostiques, constitue la réponse la plus efficace pour éviter que la maladie ne s'installe sans avoir été nommée ni traitée à temps. Chaque semaine de retard dans la prise en charge a un coût réel sur la trajectoire à long terme de la personne.

Les troubles neurologiques fonctionnels

Pour les troubles neurologiques fonctionnels, l'approche doit être radicalement différente de celle habituellement adoptée face à l'incertitude médicale. Plutôt que de multiplier les examens pour exclure ce que ce n'est pas, il s'agit de poser un diagnostic positif appuyé sur des signes cliniques précis et reconnus, comme le signe de Hoover, de l'annoncer clairement au patient, de bâtir avec lui une relation de confiance solide, puis de l'orienter vers des interventions spécialisées. Chaque examen supplémentaire inutile ne fait que renforcer l'incertitude et retarder une prise en charge qui a pourtant démontré son efficacité.

Ce qui s'applique à tous les troubles : les recommandations transversales

Au-delà de ces spécificités, certaines pratiques s'imposent dans tous les contextes et pour tous les profils.

L'incertitude diagnostique doit toujours être documentée, et une réévaluation planifiée avec une date précise doit y être associée. Quand l'évolution d'un patient surprend ou diverge de ce qui était attendu, solliciter un second avis n'est pas un aveu d'échec, c'est une bonne pratique clinique.

Les outils numériques du dossier médical électronique gagneraient à intégrer une colonne dédiée à la sécurité diagnostique et des alertes automatiques pour signaler les situations à risque. Il faut également rester vigilant contre l'effet de masquage, ce phénomène par lequel un diagnostic psychiatrique connu occulte des symptômes physiques qui méritent pourtant une attention médicale rigoureuse.

Enfin, partager systématiquement les résultats cliniques avec la personne concernée n'est pas seulement une question d'éthique, c'est aussi ce qui renforce son adhésion au traitement et rend possible une véritable décision partagée.

6d) Maladies rares : enseignements

Face aux trajectoires diagnostiques longues et fragmentées qui caractérisent les maladies rares, des outils de fiabilisation ont progressivement été mis en place à l'échelle nationale. L'Observatoire du diagnostic, institué dans le cadre du Plan national sur les maladies rares, en constitue l'exemple le plus abouti : il permet de rendre visibles les délais de diagnostic, d'organiser la réanalyse périodique des cas non résolus, d'accélérer l'accès au second

avis et de structurer des concertations pluridisciplinaires autour des situations les plus complexes.

L'ensemble repose sur des registres interopérables et une reddition publique des résultats, garantissant ainsi une transparence systémique rarement atteinte dans d'autres domaines de la santé. Ces approches, conçues pour mettre fin à ce que l'on désigne comme « l'odyssée diagnostique », s'inscrivent en parfaite cohérence avec les principes fondateurs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la sécurité des patients, lequel promeut une culture de sécurité fondée sur l'implication des personnes concernées, la formation des professionnels, la mesure systématique des résultats et l'apprentissage continu.

Or, ces acquis ne sont pas l'apanage exclusif des maladies rares. Leur transposition en santé mentale s'impose avec une logique évidente, tant les défis y sont structurellement comparables. Il s'agirait d'abord de créer un Observatoire du diagnostic en santé mentale calqué sur ce modèle, dont la mission serait de suivre le parcours et les délais vers le diagnostic, de documenter les requalifications, d'identifier les occasions manquées et de mesurer les écarts d'équité selon les populations.

Parallèlement, les dossiers médicaux électroniques gagneraient à être dotés de déclencheurs automatiques et de rappels de réévaluation datée, activés dès lors que l'évolution clinique d'un patient diverge des attentes initiales.

Dans le même esprit, des réunions de concertation pluridisciplinaire et des parcours de second avis à délai garanti devraient être instaurés pour les situations à risque élevé d'erreur diagnostique, qu'il s'agisse de dépressions récurrentes à haut risque bipolaire, de psychoses à leur stade débutant, de phénotypes féminins de TDAH ou d'autisme, ou encore de troubles neurologiques fonctionnels.

Enfin, la coordination clinique des situations complexes devrait s'appuyer sur un registre interopérable, en articulation étroite avec le Programme québécois pour les troubles mentaux et les mécanismes d'accès existants.

Ce qui confère à ces mécanismes toute leur pertinence, c'est leur capacité à s'inscrire dans une logique de redevabilité territoriale et populationnelle. Une reddition de comptes désagrégée par région, groupe d'âge, genre et quintile de défavorisation permettrait d'alimenter une amélioration continue tout en respectant les impératifs de confidentialité.

En définitive, ces outils constituent un levier concret et immédiatement transférable pour réduire les délais diagnostiques, prévenir les requalifications tardives notamment en ce qui concerne le trouble bipolaire, limiter le phénomène d'overshadowing, et renforcer à la fois l'expérience des personnes et la valeur créée par l'ensemble du système de santé mentale.

6e) Politique québécoise sur les maladies rares 2022-2027

Ce qui rend particulièrement urgente la transposition des leviers de la Politique québécoise pour les maladies rares vers le champ de la santé mentale, c'est que l'errance diagnostique n'y est pas une abstraction théorique. Elle est une réalité concrète, documentée à la fois par la recherche scientifique internationale et par la jurisprudence

québécoise elle-même, une réalité aux conséquences cliniques, juridiques et profondément humaines.

Une incertitude inscrite au cœur même du diagnostic psychiatrique

Pour comprendre pourquoi l'errance diagnostique est si répandue en santé mentale, il faut d'abord accepter une vérité épistémologique inconfortable : contrairement à la médecine somatique, où des biomarqueurs objectifs peuvent ancrer un diagnostic, les classifications internationales en psychiatrie reposent exclusivement sur des critères cliniques et descriptifs. Aucun agent causal n'explique à lui seul l'ensemble d'un syndrome psychiatrique. Cette limitation n'est pas provisoire, elle est inhérente à l'état actuel de la science psychiatrique.

Pour poser un diagnostic, il faut que la personne présente des symptômes spécifiques sur une durée de plusieurs semaines, voire plusieurs mois, ce qui explique non seulement pourquoi certains diagnostics ne peuvent être retenus immédiatement, mais aussi pourquoi ils changent fréquemment à mesure que le tableau clinique évolue.

Cette instabilité n'est donc pas un échec clinique ponctuel. Elle constitue le terrain ordinaire dans lequel évoluent les praticiens, un terrain rendu d'autant plus difficile à naviguer que les frontières entre les grandes catégories diagnostiques sont remarquablement poreuses.

Une autre étude révèle qu'une communauté de symptômes entre la schizophrénie, le trouble bipolaire et la dépression majeure génère un taux d'erreur diagnostique vertigineux : jusqu'à 77 % des patients souffrant de troubles bipolaires et 50 % des patients dépressifs auraient reçu un diagnostic erroné à un moment ou un autre de leur parcours.

Une autre étude majeure révèle que 69 % des personnes atteintes de trouble bipolaire sont initialement mal diagnostiquées et que 35 % d'entre elles présentent des symptômes depuis plus de dix ans avant de recevoir le bon diagnostic. La littérature scientifique pointe un délai compris entre huit et dix ans pour ce seul trouble, certains témoignages évoquant jusqu'à vingt ans d'attente. Ces délais ne sont pas des anomalies, ils sont la règle.

La confusion diagnostique n'est par ailleurs pas le seul écueil. Une étude portant sur plus de cinq mille adultes révèle un taux de faux positifs de 62 % pour le diagnostic auto-rapporté de dépression, et une étude britannique montre que 15 % des personnes récemment diagnostiquées avec un trouble dépressif majeur ne répondaient pas aux critères, tandis que 30 % présentaient en réalité un trouble bipolaire non détecté. Ce double mouvement (diagnostics erronés posés et diagnostics corrects omis, parfois simultanément) illustre toute la complexité de l'errance diagnostique en santé mentale.

Quand le retard diagnostique aggrave irrémédiablement la trajectoire clinique

Si cette incertitude n'avait aucun effet sur l'évolution des personnes, on pourrait la tolérer comme une simple imperfection épistémique. Mais la recherche internationale démontre le contraire avec une robustesse croissante. Le concept de duration of untreated psychosis (DUP) (durée de psychose non traitée) est à cet égard l'un des indicateurs pronostiques les mieux documentés en psychiatrie.

Une durée prolongée de psychose non traitée est associée à des symptômes plus sévères, à une dégradation du fonctionnement social et à une qualité de vie diminuée pendant au moins deux ans suivant la première présentation en soins. Plus encore, les effets délétères du retard s'accumulent de manière non linéaire : des recherches danoises démontrent que cinq ans d'intervention spécialisée précoce sont les plus bénéfiques lorsque la durée totale séparant l'apparition des symptômes du traitement est inférieure à six mois, les patients étant particulièrement réceptifs aux traitements dans les premières années de la maladie.

Autrement dit, chaque semaine de retard diagnostique n'est pas simplement une semaine perdue, c'est une semaine pendant laquelle se consolident des trajectoires défavorables que des interventions ultérieures peineront à renverser. Les chiffres concernant les populations les plus vulnérables rendent cette réalité encore plus saisissante. Une étude clinique menée à Copenhague auprès de personnes sans abri atteintes de schizophrénie révèle une DUP moyenne de 15,5 ans, avec un délai de 6,7 ans entre le premier contact psychiatrique et le diagnostic formel de psychose. Ces délais extraordinaires ne s'expliquent ni par le profil symptomatologique, ni par la consommation de substances : ils révèlent des barrières systémiques dans la reconnaissance et la prise en charge de la maladie mentale sévère.

La jurisprudence québécoise comme révélateur d'une architecture systémique défailante

Ce que la jurisprudence québécoise donne à voir, souvent malgré elle, c'est l'image fidèle d'un système de santé mentale qui avance à tâtons. Dans de nombreuses affaires portées devant les tribunaux québécois, les diagnostics psychiatriques n'apparaissent pas comme des certitudes médicales solidement établies, mais comme des impressions cliniques provisoires, révisées au fil du temps ou disputées entre professionnels, des jalons flottants dans des trajectoires de vie qui auraient mérité bien plus d'ancrage.

C'est précisément ce que révèle l'affaire *Institut universitaire en santé mentale de Québec c. G.B.* : après quelques jours d'hospitalisation seulement, le psychiatre libère monsieur B., tout en notant une impression diagnostique évoquant un trouble psychotique non spécifié ainsi qu'une forte suspicion de schizophrénie.

Ces deux formulations « impression diagnostique » et « forte suspicion » tracent avec une précision troublante les contours d'une zone grise clinique dans laquelle évoluent des milliers de personnes. Ni confirmées dans un diagnostic, ni orientées vers une démarche de clarification structurée, elles demeurent dans un entre-deux qui, faute de mécanisme de navigation ou de réévaluation obligatoire, peut se prolonger pendant des années.

Or, monsieur B. avait déjà été hospitalisé en 2007 pour un épisode psychotique et avait fait deux tentatives de suicide. La trajectoire qui s'ensuit, de 2007 à 2013, se caractérise par une absence totale de continuité diagnostique et de suivi structuré, jusqu'à ce que la situation dégénère en crise judiciaire, monsieur B. étant arrêté au domicile familial et accusé de menaces de mort envers son père.

Les tribunaux ont précisé que les rapports psychiatriques recommandant une garde en établissement sur la foi de la dangerosité d'une personne « doivent contenir des

explications précises, c'est-à-dire la description et la démonstration du danger redouté », et que l'on « ne saurait en aucun cas se satisfaire de pétitions de principe ».

C'est exactement ce type d'intervalle non balisé entre une suspicion clinique et une crise judiciaire qu'une navigation clinique structurée, inspirée de la Politique sur les maladies rares transposée en santé mentale, permettrait de combler.

Ce cas illustre en outre un phénomène systémique bien documenté : comme le soulignent les avocats du Bureau d'aide juridique Droit de la Santé du Centre communautaire juridique de Montréal-Laval dans leur mémoire de janvier 2025, la judiciarisation d'un dossier semble souvent être la porte d'entrée dans le système de santé pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, notamment parce que plusieurs d'entre elles avaient auparavant formulé des demandes d'aide demeurées sans réponse en raison de longues listes d'attente.

Quand le dossier psychiatrique remplace le parcours de soins : la discontinuité diagnostique comme faille structurelle

L'errance diagnostique se manifeste aussi sous une autre forme, peut-être encore plus insidieuse : celle des diagnostics accumulés et superposés sans cohérence narrative entre eux.

Les tribunaux ont d'ailleurs signalé des situations où les rapports psychiatriques, produits à l'aide de simples formulaires, « ne sont pas suffisamment informatifs », l'un d'entre eux comportant « une prétendue description, mais aucune démonstration du danger ». En l'absence de centres de référence interdisciplinaires et de mécanismes de second avis à délai garanti, les requalifications diagnostiques surviennent par défaut, au gré des crises plutôt que de manière proactive et planifiée.

Cette dynamique est d'autant plus préoccupante qu'elle s'inscrit dans un contexte où, comme le relève la professeure Emmanuelle Bernheim dans ses études empiriques des pratiques judiciaires québécoises, les rapports psychiatriques soumis aux tribunaux sont parfois très détaillés et clairs quant à leurs méthodologies, mais aussi souvent brefs et incomplets et que les tribunaux les acceptent sans questionner leur fiabilité ni leur méthodologie.

C'est dans ces rapports que le juge, qui doit se convaincre personnellement du danger que présente l'individu en cause, « trouvera la matière lui permettant de former sa propre opinion sur le sujet », ce qui suppose que les rapports soient « suffisamment informatifs » : « il ne suffit pas d'affirmer, il faut plutôt faire comprendre ». Autrement dit, une accumulation de diagnostics contradictoires peut non seulement témoigner d'une errance clinique, mais aussi alimenter une errance judiciaire, les deux se renforçant mutuellement en l'absence de mécanisme de synthèse diagnostique formalisé.

De même, dans l'affaire *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec c. C.M.*, monsieur M. s'est vu attribuer un diagnostic formulé sous la forme d'un « versus » : schizophrénie paranoïde versus trouble psychotique post-traumatique craniocérébral, compliqué d'une inobservance chronique et d'une anosognosie.

Ce simple mot « versus » trahit une ambiguïté persistante. De 1991 à 2003, trois hospitalisations avaient produit successivement les diagnostics d'encéphalopathie post-traumatique, de schizophrénie, puis de schizophrénie paranoïde et de psychose secondaire à un traumatisme craniocérébral comme diagnostic différentiel principal, et enfin de trouble schizophrénique indifférencié à prédominance paranoïde. Sur plus de deux décennies, aucune démarche formelle de synthèse diagnostique ne semble avoir été entreprise, ce qui donne une image concrète et saisissante de ce que signifie errer dans un système sans mécanisme de recalibrage.

Le Curateur public du Québec, dans son mémoire de décembre 2024, confirme cette réalité systémique sous un angle complémentaire : ses propres observations font état de rapports d'examen psychiatrique ne contenant aucune information pour appuyer l'allégation selon laquelle la personne représente un danger, ce qui prive la personne visée des éléments essentiels à sa défense. La loi est pourtant claire : le rapport d'examen psychiatrique doit préciser, notamment, « son diagnostic, même provisoire, sur l'état mental de la personne », « son opinion sur la gravité de son état mental et ses conséquences probables », ainsi que « les motifs et les faits sur lesquels il fonde son opinion et son diagnostic ». L'errance diagnostique et l'insuffisance des rapports psychiatriques constituent ainsi les deux faces d'un même problème d'architecture : l'absence de mécanismes formels de consolidation, de vérification et de communication du savoir clinique accumulé.

La contestation diagnostique : un signal d'alerte systématiquement ignoré

La contestation du diagnostic par le patient lui-même constitue un autre signal d'alerte que le système ne sait pas traiter. Dans l'affaire *Protection de la jeunesse — 2010200*, la situation est particulièrement révélatrice. La mère conteste l'ensemble des diagnostics posés à son endroit par les psychiatres en centre hospitalier. En septembre, elle consulte une psychiatre en clinique privée pour revoir ces diagnostics, une psychiatre qui, n'ayant accès à aucun document ou rapport médical, oriente ses conclusions vers un probable trouble déficitaire de l'attention avec traits narcissiques, tout en précisant que c'est l'évolution du tableau clinique qui confirmera ou infirmera l'hypothèse du trouble bipolaire antérieurement évoqué.

Ce dossier illustre exactement la tension entre anosognosie et contestation légitime d'un diagnostic hâtif. Sans registre de trajectoires, sans indicateurs publics sur les délais et les requalifications, et sans implication des patients partenaires dans la conception des parcours, il devient structurellement impossible de distinguer l'une de l'autre.

Cette tension est d'autant plus périlleuse que les données empiriques de la professeure Bernheim démontrent que les tribunaux traitent régulièrement la contestation diagnostique comme un facteur aggravant de dangerosité : remettre en question les diagnostics psychiatriques, ne pas coopérer avec l'équipe soignante ou ne pas consentir au traitement sont régulièrement considérés comme des faits pertinents dans l'évaluation du danger.

Cette dynamique est visible dans la jurisprudence : dans l'affaire *CISSS de la Côte-Nord c. T.D.*, le défendeur, pourtant capable de témoigner à l'audience et de confirmer en

grande partie les observations des psychiatres, nie néanmoins le diagnostic de schizophrénie posé par sa psychiatre traitante et admet avoir cessé sa médication depuis novembre 2020.

Ainsi, une personne qui conteste légitimement un diagnostic mal posé se retrouve paradoxalement dans une position procédurale aggravée, son exercice du droit à la contestation étant interprété comme preuve d'un manque de jugement ou d'une inobservance thérapeutique. Ce cercle vicieux est une conséquence directe de l'absence de mécanisme institutionnel permettant de traiter la contestation diagnostique comme un signal clinique légitime plutôt que comme un symptôme supplémentaire.

Les avocats du BAJ Droit de la Santé soulignent d'ailleurs que la déférence des tribunaux envers l'opinion médicale crée une inégalité procédurale structurelle : la preuve produite par l'établissement demandeur c'est-à-dire les deux rapports psychiatriques, sera d'emblée considérée comme ayant un poids supérieur à celle du défendeur, souvent fondée sur son seul témoignage.

L'article 30 du Code civil du Québec dispose en effet que la garde en établissement « ne peut être autorisée par le tribunal que si les deux rapports d'examen psychiatriques concluent à la nécessité de cette garde » et que le tribunal ne peut l'autoriser « que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quel que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise ».

En l'absence de mécanismes de second avis garantis et d'une architecture clinique permettant de valider ou d'invalidier les diagnostics de façon transparente, cette asymétrie de preuve est structurellement impossible à corriger.

[La fragilité institutionnelle de l'évaluation psychiatrique non encadrée](#)

La jurisprudence met également en lumière la fragilité institutionnelle de l'évaluation psychiatrique elle-même lorsqu'elle n'est pas soutenue par des mécanismes robustes. Dans l'affaire *Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches c. A.B.*, c'est seulement en mars 2014, lors de sa quatrième hospitalisation en psychiatrie, que le diagnostic franc de schizophrénie paranoïde est posé chez madame B., alors qu'elle avait cessé sa médication depuis un an. Six ans séparent les premières hospitalisations d'un diagnostic stable. Six ans pendant lesquels une femme et son enfant ont vécu dans l'instabilité, sans que le système dispose des mécanismes pour recalibrer proactivement la trajectoire clinique. Des trajectoires répétées d'hospitalisation, sans suivi structuré entre les crises, illustrent ce que signifie concrètement l'absence d'architecture clinique de continuité.

La fragilité institutionnelle est également documentée à une autre échelle par le Curateur public du Québec, qui fait état d'un doublement en moins de dix ans du nombre de demandes de garde en établissement et d'ordonnances judiciaires qui lui sont notifiées avec 210 demandes concernant des personnes sous tutelle publique pour le seul exercice 2023-2024, et plus de 2 400 demandes pour des personnes isolées pour la même période. Cette progression exponentielle ne traduit pas une aggravation soudaine de la dangerosité dans la population ; elle traduit plutôt l'incapacité croissante du système à

offrir, en amont, les ressources de navigation, de suivi et de réévaluation clinique qui permettraient d'éviter la judiciarisation. Comme le conclut le Curateur public : sans un suivi adéquat, la personne concernée risque de se retrouver de nouveau sous garde si les mêmes problèmes surviennent.

Ce constat est renforcé par les travaux empiriques de la professeure Bernheim, qui observe que l'examen du danger et de la menace significative par les tribunaux se concentre plutôt sur le mode de vie, les relations avec les proches ou les voisins, le logement, l'emploi ou les études, la consommation de drogue ou d'alcool, ainsi que l'alimentation, les dettes et la sexualité et que, parmi 100 décisions analysées, seulement quatre étaient basées sur des comportements mettant en danger les individus visés par la garde ou leurs proches. Dans ce contexte, l'absence d'un diagnostic stable et bien documenté ne protège pas la personne : elle la fragilise davantage, car elle prive tant son défenseur que le tribunal des éléments de contexte clinique nécessaires à une décision éclairée.

Un problème d'architecture, non de compétence et six leviers pour y répondre

Ce que la jurisprudence québécoise révèle en filigrane, et que la littérature scientifique internationale confirme de manière directe, pointe vers une même réalité : l'errance diagnostique en santé mentale ne découle pas d'un déficit de compétence chez les cliniciens. Elle découle d'un déficit d'architecture dans le système qui les entoure. Ce n'est pas le savoir qui manque, c'est la structure : les mécanismes de navigation, les protocoles de réévaluation, la concertation pluridisciplinaire et la transparence sur les trajectoires font cruellement défaut.

La doctrine et la jurisprudence s'accordent par ailleurs sur un glissement particulièrement préoccupant, que l'on pourrait qualifier de confusion entre dangerosité et dérangerosité. Des demandes de garde en établissement sont parfois formulées non pas parce qu'une personne représente un danger réel, mais parce qu'elle perturbe son entourage, elle fait du bruit, gêne ses voisins, dérange sa famille, ou simplement se parle à elle-même dans l'espace public. Cette extension informelle de la notion de dangerosité transforme progressivement la garde en instrument de contrôle social, bien au-delà de sa finalité thérapeutique première.

Le Bureau d'aide juridique en droit de la santé et le Curateur public convergent sur un même diagnostic : le problème n'est pas que le critère de dangerosité soit trop étroit, mais que le système manque des ressources et des structures permettant d'intervenir de façon préventive, continue et coordonnée, avant que la crise judiciaire ne devienne inévitable. Le BAJ le formule sans détour : élargir ce critère ne ferait que masquer superficiellement un manque flagrant de ressources, sans s'attaquer au fond du problème.

Le Curateur public va dans le même sens en recommandant une définition plus précise de la notion de danger pour en garantir une application uniforme, ainsi que l'institution de conseillers aux droits indépendants dans les établissements de santé ou de juristes communautaires tels que ceux de *Juristes à domicile* par exemple, chargés d'accompagner les personnes placées sous garde.

C'est précisément à ce niveau architectural que la Politique québécoise pour les maladies rares 2022-2027 offre un cadre opérationnel déjà articulé et directement transposable.

Organisée autour de trois axes : sensibilisation et formation, accès facilité et équitable au diagnostic ainsi qu'aux soins et services, et enfin recherche, innovation et données, elle propose un plan d'action 2023-2027 dont six leviers méritent d'être transposés, un à un, vers le champ de la santé mentale.

Navigation clinique pour les cas complexes

Le premier levier est la navigation clinique provinciale. Dans le champ des maladies rares, ce mécanisme désigne l'accompagnement structuré d'un patient dont le diagnostic demeure incertain ou le parcours fragmenté, par un professionnel dédié qui coordonne les évaluations, assure la liaison entre les spécialistes et maintient une vue d'ensemble de la trajectoire. Transposé en santé mentale, ce levier répondrait directement à ce que révèlent des affaires comme G.B. ou A.B. : des personnes hospitalisées à répétition, libérées avec des impressions diagnostiques provisoires, sans qu'aucun acteur du système ne soit formellement mandaté pour assurer la continuité entre deux crises.

Un navigateur clinique en santé mentale ne se substituerait pas au psychiatre traitant. Son rôle serait plutôt de détecter les situations d'errance (diagnostics en suspens depuis plus d'un an, requalifications répétées, absence de plan de soins structuré entre les hospitalisations), d'orienter vers les ressources de réévaluation appropriées, et de veiller à ce que les informations cliniques accumulées au fil des épisodes ne se dissolvent pas d'une hospitalisation à l'autre. C'est l'intervalle non balisé entre une suspicion clinique et une crise judiciaire que ce mécanisme serait précisément conçu pour combler.

Centres de référence interdisciplinaires et second avis à délai garanti

Le deuxième levier est la création de centres de référence interdisciplinaires dotés de mécanismes de second avis à délai garanti. Dans le champ des maladies rares, ces centres rassemblent des équipes pluridisciplinaires capables d'évaluer des tableaux cliniques complexes que les équipes locales peinent à déchiffrer seules. En santé mentale, leur rôle serait de traiter précisément les situations qu'illustrent les affaires C.M. : des accumulations de diagnostics contradictoires posés lors d'hospitalisations successives, sans qu'aucune synthèse formelle n'ait jamais été entreprise.

Un tel centre ne serait pas saisi pour chaque patient psychiatrique, mais pour ceux dont le tableau clinique présente une complexité diagnostique persistante (comorbidités sévères, diagnostics différentiels non résolus depuis plusieurs années, tension entre une étiologie psychiatrique et une étiologie neurologique ou somatique). Sa saisine déclencherait une évaluation pluridisciplinaire selon un protocole standardisé, débouchant sur un rapport de synthèse opposable intégré au dossier médical. Le délai garanti est ici une condition de crédibilité : sans lui, le mécanisme de second avis reste une promesse sans engagement, précisément inaccessible lorsque la pression judiciaire est la plus forte.

Déclencheurs et rappels de réévaluation dans le dossier médical électronique

Le troisième levier est l'intégration dans le dossier médical électronique de déclencheurs automatiques et de rappels de réévaluation. Ce mécanisme, déjà utilisé pour la surveillance de certaines maladies chroniques, consiste à inscrire dans le DME des alertes conditionnelles : si un diagnostic est posé sous forme provisoire et qu'aucune réévaluation

n'est documentée dans un délai déterminé, le système signale automatiquement la situation au clinicien responsable ou au navigateur clinique.

Les affaires G.B. et C.M. illustrent de façon saisissante ce à quoi ce mécanisme serait censé remédier. Dans les deux cas, des années, voire des décennies se sont écoulées entre les premières hospitalisations et l'établissement d'un diagnostic stable, sans que le système dispose du moindre outil pour détecter proactivement cette dérive. Un DME doté de déclencheurs aurait pu signaler, dès la deuxième ou troisième hospitalisation, que la trajectoire diagnostique de ces patients présentait une instabilité requérant une réévaluation formelle. Ce levier devrait être techniquement accessible dans les systèmes d'information clinique actuellement déployés au Québec : son absence relèverait donc d'un choix d'architecture, non d'une contrainte technique.

Registre interopérable des diagnostics et des trajectoires

Le quatrième levier est la création d'un registre interopérable des diagnostics et des trajectoires en santé mentale. Dans le champ des maladies rares, ce registre remplit une double fonction : assurer le suivi longitudinal des patients et alimenter la recherche sur les délais diagnostiques, les requalifications et les facteurs de risque d'errance. Transposé en santé mentale, il permettrait de transformer en données mesurables et gouvernables, ce que la jurisprudence et la recherche ne donnent aujourd'hui à voir que de façon qualitative et fragmentée.

Sans un tel registre, il est structurellement impossible de savoir combien de personnes au Québec se trouvent actuellement dans une situation d'errance diagnostique, quels établissements présentent les délais les plus élevés, quelles populations sont les plus exposées aux requalifications répétées, ou encore si les ressources de navigation clinique, une fois déployées, produisent les effets attendus. Le registre n'est pas un outil de surveillance, c'est l'infrastructure de preuve sans laquelle toute politique de réduction de l'errance diagnostique reste aveugle à ses propres effets.

Formation continue et communautés de pratique incluant les patients partenaires

Le cinquième levier est le développement de formations continues et de communautés de pratique intégrant formellement des patients partenaires, ciblant explicitement les biais diagnostiques documentés. Dans le champ des maladies rares, cette modalité a démontré son efficacité pour réduire les délais diagnostiques en augmentant la vigilance clinique à l'égard des tableaux atypiques. En santé mentale, son objet serait plus précis encore : réduire les erreurs de classification entre dépression, trouble bipolaire et schizophrénie, former les cliniciens à distinguer l'anosognosie d'une contestation diagnostique légitime, et prévenir le glissement par lequel la non-observance thérapeutique est interprétée comme un facteur de dangerosité plutôt que comme un signal de désajustement du traitement.

L'intégration formelle de patients partenaires dans ces formations et dans la révision des protocoles diagnostiques n'est pas une concession symbolique, il s'agit plutôt d'une correction structurelle à l'asymétrie du savoir que la professeure Bernheim documente auprès des tribunaux québécois.

Une personne qui conteste son diagnostic ne dispose d'aucun canal institutionnel pour faire valoir ce savoir expérientiel, alors que ce même savoir converti en matière de formation pour les cliniciens pourrait contribuer directement à réduire les erreurs de classification que la littérature scientifique quantifie.

Indicateurs transparents sur les délais, les requalifications et les écarts d'équité

Le sixième levier est la définition et la publication d'indicateurs transparents portant sur les délais diagnostiques moyens, les taux de requalification par établissement et par pathologie, et les écarts d'équité selon les groupes de population. Dans le champ des maladies rares, la transparence sur les délais constitue l'un des mécanismes de reddition de comptes les plus efficaces pour maintenir une pression institutionnelle durable.

En santé mentale, ce levier est la condition de crédibilité de tout le reste. Sans indicateurs publics, il est impossible de savoir si la navigation clinique réduit effectivement les délais, si les centres de référence sont saisis pour les bons cas, si les formations modifient réellement les pratiques diagnostiques, ou si les requalifications se concentrent dans certains établissements ou sur certaines populations. L'absence d'indicateurs ne protège pas les institutions, elle les prive des données nécessaires pour s'améliorer, tout en exposant les personnes concernées à des trajectoires dont ni elles, ni leurs proches, ni leurs représentants légaux ne peuvent mesurer l'écart par rapport à ce qui serait attendu.

Ces indicateurs seraient également le seul instrument permettant de détecter, à l'échelle du système, les situations que l'étude sur la DUP des personnes sans abri à Copenhague révèle à l'échelle d'une cohorte clinique : des écarts d'équité massifs, systématiques, et pourtant invisibles faute d'une infrastructure de mesure. Rendre ces écarts visibles, c'est créer la condition minimale d'une politique de santé mentale qui tient véritablement ses promesses d'équité.

Réduire l'errance, c'est rendre aux personnes leur capacité à faire valoir leurs droits

La chercheuse Bernheim observe que l'examen de la dangerosité tend à déborder largement le cadre de la sécurité stricto sensu pour englober l'ensemble du mode de vie de la personne visée, ce qu'elle décrit comme le triomphe du thérapeutique dans les tribunaux québécois, un glissement par lequel les cours de justice s'arrogent progressivement un rôle de régulation du comportement qui excède la simple évaluation du danger. Ce glissement s'alimente directement de l'indétermination diagnostique : faute d'un diagnostic clair, stable et documenté, les évaluations de dangerosité tendent à se substituer à l'évaluation clinique, et les tribunaux à se substituer aux équipes de soins dans la définition du parcours thérapeutique de la personne.

Réduire l'errance diagnostique par les six leviers que la Politique québécoise pour les maladies rares met à disposition, c'est donc aussi réduire la surface sur laquelle ce glissement peut s'exercer et redonner aux personnes concernées la possibilité de faire valoir leurs droits avec les mêmes repères cliniques que ceux dont disposent leurs évaluateurs. Car la garde forcée en établissement n'est indiquée que pour des raisons graves et sérieuses, puisque c'est la liberté même de la personne qui est en cause : la nature du danger doit être précisée, et ce danger doit être important ou potentiellement élevé.

Réduire cette errance, c'est répondre à un véritable problème de santé publique en supprimant des traitements inutiles, en allégeant leurs coûts humains et économiques, et en rendant plus précoce l'accès au traitement adéquat. C'est précisément à ce niveau architectural que les six leviers de la Politique québécoise pour les maladies rares offrent une réponse cohérente, opérationnelle et partiellement viable financièrement, dont l'urgence, au regard de tout ce qui précède, n'est plus à démontrer.

7) Regards comparés internationaux

L'examen des systèmes mis en place dans sept juridictions : l'Angleterre, l'Ontario, l'Australie, la Belgique, les Pays-Bas, les États-Unis et la Nouvelle-Zélande, révèle une convergence remarquable autour de quelques leviers structurants, même si les modalités d'application varient sensiblement d'un contexte à l'autre.

C'est en Angleterre que l'on trouve sans doute l'architecture la plus aboutie à ce jour. Le programme *NHS Talking Therapies* repose sur une combinaison d'auto-référence et d'orientation par les médecins de famille, à laquelle s'ajoute une mesure systématique des résultats à chaque séance. Les délais d'attente y sont contenus et environ la moitié des usagers atteignent un état de rétablissement cliniquement significatif le tout dans un cadre de transparence publique qui demeure sans équivalent à l'échelle internationale. Cette architecture démontre qu'il est possible de conjuguer accessibilité, rigueur de mesure et reddition de comptes à grande échelle.

Dans un registre comparable, l'Ontario a développé le programme *Ontario Structured Psychotherapy*, qui articule auto-aide guidée, thérapie cognitivo-comportementale par internet, bibliothérapie et thérapies brèves structurées en face à face. Ce modèle se distingue par son monitoring continu et par une logique d'escalade graduée qui oriente les usagers vers un niveau d'intensité croissant selon l'évolution de leur état. Il incarne ainsi une approche par étapes, où l'intensité de l'intervention s'ajuste en temps réel aux besoins observés.

En Australie, le programme *Better Access* a constitué une avancée significative en élargissant l'accès aux soins psychologiques via le Medicare. Il n'en demeure pas moins que des inégalités d'accès persistent, et l'évaluation gouvernementale récente du programme formule des propositions d'ajustements structurants qui témoignent d'une volonté de correction active.

La Belgique, quant à elle, illustre la pertinence d'un cadre conventionnel solide : l'INAMI finance depuis 2024 des soins psychologiques de première ligne assortis de cibles d'accès, de barèmes définis et d'exigences de transparence. Leur convention 2024-2026, offre des points d'appui directement transférables pour penser un épisode court et monitoré dans d'autres contextes nationaux.

Aux Pays-Bas, l'intégration du modèle POH-GGZ au sein de la médecine générale apporte une démonstration empirique précieuse : lorsque le recours à ce dispositif est élevé, on observe une réduction des aiguillages vers la psychiatrie spécialisée pour les épisodes dépressifs. La régulation s'appuie sur des indicateurs consolidés produits par la NZa, ce qui

soutient à la fois la logique des parcours gradués et la transparence des volumes de soins dispensés.

Aux États-Unis, le modèle de soins collaboratifs, le *Collaborative Care Model*, dispose d'un niveau de preuve particulièrement robuste. Il s'est progressivement institutionnalisé grâce à des codes de facturation dédiés et à une infrastructure de registre permettant une supervision systématique des patients. Cette opérationnalisation soigneuse a facilité sa diffusion à grande échelle tout en préservant la rigueur de la mesure des résultats cliniques.

Enfin, la Nouvelle-Zélande apporte une dimension supplémentaire avec son programme *Access & Choice*, qui intègre des intervenants en bien-être directement au sein des soins primaires. Ce modèle place l'équité au cœur de sa conception et s'appuie sur un suivi quinquennal publié qui atteste de l'importance d'un accès rapide, de parcours culturellement sécurisants et d'une reddition publique régulière des résultats.

Au fil de ces expériences, une même architecture tripartite se dessine avec constance : un accès financé structuré sous forme d'épisodes ou de paniers de soins définis, un parcours gradué adossé à une mesure systématique des résultats à chaque séance, et une transparence publique des performances qui rend les systèmes « accountability » devant les citoyens et les décideurs.

À ces trois piliers s'ajoute, dans l'ensemble des juridictions examinées, une attention soutenue aux inégalités territoriales et sociodémographiques, rappelant que l'universalité d'accès ne saurait se satisfaire d'une architecture bien conçue si elle ne s'accompagne pas d'une vigilance active quant à ceux qu'elle risque de ne pas atteindre.

8) Recommandations

Mesure phare

La recommandation principale consiste à autoriser et financer en première ligne des parcours de soins psychothérapeutiques courts fondée sur des données probantes. Ces épisodes doivent être en lien avec le PQPTM et respecter intégralement les règles déontologiques et de régulation interprofessionnelle. L'objectif est d'offrir un accès rapide et adapté au bon soin tout en maintenant la flexibilité sur qui peut pratiquer la psychothérapie.

Chaque parcours de soins débute par une référence clinique émise par le médecin de famille ou un IPSPL. Cela garantit que le patient est orienté vers le service le plus approprié à sa situation. Le parcours initial comprend 12 séances avec la possibilité de 4 séances supplémentaires après une évaluation à mi-parcours. Cette évaluation permet d'évaluer l'efficacité du traitement et de décider si un ajustement ou un prolongement est nécessaire.

À chaque séance les symptômes sont évalués à l'aide d'outils standardisés tels que le PHQ-9 pour la dépression et le GAD-7 pour l'anxiété. Ces mesures servent à suivre l'évolution des symptômes et à adapter les soins et à repérer rapidement toute aggravation ou difficulté.

En cas de complexité clinique ou de non-réponse au traitement initial, des passerelles rapides assurent l'orientation du patient vers des services spécialisés ou complémentaires. Elles garantissent la continuité des soins et limitent le risque que le patient se retrouve sans suivi.

Arrimage stratégique

Sur le plan stratégique, la mise en œuvre de ces parcours de soins devra reposer sur une gouvernance centrée sur la sécurité des patients conformément aux recommandations de l'OMS pour 2021-2030. Cette approche comprend la promotion d'une culture juste, l'usage de « diagnostic time-outs », la sollicitation d'un second avis, ainsi que le suivi continu des résultats pour renforcer l'apprentissage et l'efficacité du système.

La navigation clinique aura elle pour assise un registre interopérable qui centralise les informations et qui facilite la collaboration avec différents professionnels. Cette approche s'aligne avec l'esprit promu par la Politique maladies rares 2022-2027, son Plan d'action 2023-2027 et l'Observatoire du diagnostic en France. Elle garantit un suivi cohérent et structuré des patients à chaque étape de leur processus.

Compléments opérationnels

1.Sécurité diagnostique en 1ère ligne

Le renforcement de la sécurité diagnostique en première ligne de son côté sera fondé sur l'intégration dans le DME d'une section spécifiquement dédiée à cet enjeu. Cette section comprend des outils tels que les « diagnostic time-outs », les e-triggers et des mécanismes structurés de communication des résultats. Cette démarche devra s'accompagner également d'une formation sur les biais cognitifs, afin de soutenir une prise de décision clinique plus rigoureuse et sécuritaire.

2.Soins collaboratifs

Nous promouvons aussi le modèle de soins collaboratifs (CoCM) qui repose sur une équipe composée d'un médecin en première ligne, d'un coordinateur de soins et d'un psychiatre. Le suivi associé à ce modèle devra s'appuyer sur un registre de patient, des revues cliniques régulières et des décisions guidées par des mesures standardisées. L'adhésion à un tel modèle permettra aussi de réduire les réorientations répétitives et d'améliorer la coordination entre les différents milieux de soins.

3.Navigation clinique pour situations complexes

Pour les situations complexes, la navigation clinique devra s'appuyer sur une mesure d'issue étendue incluant des échelles spécifiques selon le type de trouble. Les résultats seront alors partagés systématiquement à chaque séance pour assurer un suivi précis. Des protocoles spécifiques permettront le repérage du risque bipolaire et des comorbidités. Des passerelles rapides vers la deuxième ligne garantiront un accès efficace aux spécialisés lorsque nécessaire.

4. Mesures stratégiques

Le plaidoyer pour l'ordonnance de psychothérapie en première ligne se traduit par l'implantation de forfaits épisodiques remboursés par la RAMQ. Le forfait devra couvrir une évaluation initiale, une séquence entre 6 et 12 séances, un bilan à mi-parcours et un suivi. Ces dispositifs intégreront des clauses de qualité et d'équité. Ils incluront également des indicateurs publics visant à suivre l'accès selon le territoire, l'âge, le genre et les facteurs de défavorisation. Un projet pilote devra être mis en place pendant 12 à 24 mois dans des territoires contrastés. Une évaluation indépendante devra être réalisée tous les 12 et 18 mois pour mesurer l'efficacité et l'équité de la démarche. Le dispositif devra être accompagné d'un guide de sécurité diagnostique et de formations sur les biais cognitifs. Ce programme s'appuiera sur la co-conception des parcours avec les pairs aidants et le milieu communautaire afin de garantir la pertinence et l'acceptabilité des services.

5. Vigilance clinique

Dépression récurrente

Avant de prescrire un traitement d'antidépresseur, il est important d'écarter un trouble bipolaire masqué. L'évaluation repose sur l'anamnèse thymique, la recherche d'épisodes hypomaniaques brefs ou récurrents, ainsi la prise en compte de l'historique familiale. Une réévaluation spécialisée et la prescription d'un thymorégulateur peuvent être envisageable.

Psychose débutante chez les jeunes

Il faut tenir compte des biais implicites et éviter les étiquetages hâtifs. L'intervention précoce doit être combinée à un suivi intensif pour sécuriser le parcours et optimiser les résultats.

TDH et troubles du spectre autistique chez les femmes

Les symptômes peuvent être masqués par le camouflage et souvent associés à une comorbidité anxio-dépressive. L'évaluation prend en compte les antécédents développementaux et les interventions doivent s'appuyer sur des pratiques probantes.

Troubles fonctionnels neurologiques (FND)

Le diagnostic se base sur des signes spécifiques confirmant le trouble (ex: le test Hoover). L'essentiel est de communiquer clairement le diagnostic au patient, maintenir une relation de confiance thérapeutique et référer un spécialiste lorsque nécessaire pour le suivi ou le traitement complémentaire.

Vigilance transversale

L'incertitude clinique doit être documentée à chaque étape du suivi. Les réévaluations doivent être datées et un second avis peut être sollicité lorsque l'évolution diffère des attentes cliniques. Le DME doit inclure une colonne dédiée à la sécurité diagnostique. Il est important de prévenir l'overshadowing et de partager systématiquement les résultats entre les professionnels impliqués.

6. Risques, garde-fous et projet pilote

Risques

Les principaux risques identifiés incluent le triage excessif susceptible d'entraîner une utilisation inefficace des ressources et la création de barrières à l'accès aux soins pour certains patients. Les différences dans la qualité des interventions peuvent réduire l'efficacité des traitements. Par ailleurs, les iniquités socio-économiques risquent d'accentuer les écarts d'accès et les résultats clinique plus précisément chez les plus vulnérables.

Garde-fous

Plusieurs mécanismes devront être mis en place afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Tel que l'auto-référence qui est l'accès direct à un service sans passer par un professionnel. Celui-ci devra être encadrée par des règles claires et monitorée afin de garantir un usage approprié. Les pratiques cliniques quant à elles devront être soutenues par la formation continue, la supervision et la réalisation d'audits réguliers visant à vérifier la qualité et l'efficacité des pratiques cliniques et organisationnelles. Dans ce cadre, les soins devront reposer sur des approches fondées sur des données probantes (EBI).

Un second avis documenté pourra être sollicité lorsqu'une situation clinique complexe ou incertaine afin d'assurer un diagnostic fiable et de réduire les risques d'erreur. Par ailleurs, l'utilisation de diagnostic time-outs allouera aux équipes un moment de réflexion pour réévaluer le diagnostic et ajuster la prise en charge si nécessaire.

La navigation clinique adaptée aux situations complexes permettra d'orienter les patients vers les services appropriés, de favoriser la collaboration entre professionnels et d'assurer un suivi cohérent tout au long du parcours de soins. La reddition publique des indicateurs d'équité assurera la transparence sur l'accès et la qualité des soins et renforcera l'amélioration continue du système et le respect des principes d'équité.

Éthique

Les soins doivent être guidés par des principes éthiques solides. Une communication claire et non stigmatisante est essentielle afin de favoriser l'alliance thérapeutique et le respect des patients. La promotion de l'autodétermination et de la prise de décision collaborative permet aux patients de participer activement aux choix liés à leur traitement.

Une vigilance constante face aux biais et aux inégalités structurelles est nécessaire afin de limiter les disparités dans l'accès et la qualité des soins. De plus, la confidentialité des données doit être strictement respectée pour protéger la vie privée et la sécurité des informations.

Indicateurs de performance et d'équité

Les indicateurs devront servir à suivre la qualité, l'efficacité et l'équité des soins. La performance devra être mesurée par le délai moyen d'attente jusqu'à la première séance, la récupération clinique évaluée avec le PHQ-9 (≤ 4) et le GAD-7 (≤ 4) ou par une amélioration fiable, ainsi que par le maintien des gains. Ces données permettront de vérifier l'efficacité des interventions et d'améliorer certains points.

La dimension d'équité devra reposer sur la répartition des données selon l'âge, le genre, le territoire et les quintiles de défavorisation afin de détecter et corriger d'éventuelles inégalités dans l'accès et la qualité des soins.

L'usage des services doit être également suivi pour les situations non planifiées telles que les urgences ou les appels 811 pour le même motif dans le but d'ajuster les ressources aux besoins réels. Ensuite, l'expérience des usagers devra être recueillie et partagée publiquement pour assurer la transparence des informations afin d'améliorer continuellement le système de soins.

Proposition pilote

Toute intervention de plaidoyer doit mener à des résultats concrets, c'est pourquoi nous vous proposons de tester nos recommandations dans le cadre d'un projet pilote qui s'étend sur une période 12 à 18 mois.

La phase de préparation et de configuration (anciennement paramétrage d'une durée de 4 à 8 semaines) devra inclure : la définition des forfaits, l'adaptation du dossier médical électronique (DME), la mise en place des outils de mesure et la formation des équipes.

La phase pilote de 12 à 24 mois se déroulera sur deux territoires contrastés et comprendra des tableaux de bord trimestriels, des bilans mensuels, ainsi qu'une évaluation indépendante elle aussi de 12 à 18 mois.

L'objectif du pilote est d'évaluer la mise en œuvre du parcours de soins, d'identifier les obstacles opérationnels, d'évaluer la qualité et l'efficacité des interventions et de vérifier la capacité du système à maintenir l'équité entre les populations.

Les résultats serviront à adapter les pratiques et à préparer une généralisation et une intégration progressive de nos dites recommandations tout en tenant compte de la faisabilité opérationnelle du parcours, des besoins spécifiques des territoires, ainsi que des retours des usagers et des professionnels impliqués.

Gouvernance

Chaque territoire devra aussi disposer d'un responsable de la sécurité diagnostique chargé de superviser la conformité des pratiques et la fiabilité des diagnostics. Ce rôle est soutenu par un protocole de diagnostic time-out, la possibilité de solliciter un second avis tracé, ainsi que des audits mensuels utilisant des trigger tools afin d'identifier les erreurs et d'améliorer les pratiques diagnostiques et cliniques.

La navigation clinique devra être activée pour les situations complexes afin de mieux orienter les personnes dans leur parcours de soins. Un tel dispositif devra s'appuyer sur des centres de référence et un registre interopérable (Observatoire diagnostique) ce qui contribue à assurer une meilleure coordination et une continuité des soins.

La contractualisation proposée intégrera des clauses de qualité et d'équité (INAMI) encadrant les réseaux territoriaux. Un tel mécanisme prévoira notamment une évaluation fonctionnelle à l'entrée, une concertation interdisciplinaire. Également, cela comprendra une offre de soins modulée selon le niveau d'intensité afin de garantir une prise en charge cohérente et adaptée aux besoins des patients.

Mise en œuvre

En Belgique (INAMI) et aux Pays-Bas (POHGGZ), leurs expériences vécues présentées dans le présent mémoire, démontrent la pertinence de la phase pilote. Cette phase devra comprendre la mise en place des forfaits RAMQ épisodiques, le suivi d'indicateurs transparents tels que les délais, la récupération clinique, l'équité ainsi qu'une évaluation indépendante. La capacité du dispositif à être mis en œuvre efficacement devra aussi reposer sur l'adaptation aux besoins locaux, l'engagement des professionnels et une collecte régulière des retours des usagers aura pour principale retombée le réajustement continu des pratiques.

13) Récapitulatif

Le Québec dispose d'un cadre clinique structuré (PQPTM), de mécanismes d'accès aux soins, d'interventions probantes et d'acteurs engagés dans l'application de ces mesures au sein du système de santé. Ces éléments constituent une base organisationnelle et clinique déjà solide pour soutenir l'offre de soins en santé mentale.

Toutefois, il demeure néanmoins nécessaire de mettre en place un levier financier et opérationnel afin de soutenir l'accès à la psychothérapie de courte durée en première ligne avec un suivi fondé sur des indicateurs mesurables et une accessibilité équitable pour l'ensemble de la population. Une telle structuration permettrait de réduire les délais d'accès, mieux répondre aux besoins des patients et de limiter les inégalités de prise en charge.

Par ailleurs, l'errance diagnostique nuit aux personnes concernées en prolongeant inutilement les trajectoires de soins, augmentant l'incertitude clinique et retardant l'accès aux interventions appropriées. L'errance contribue également à alourdir les parcours de soins, multiplier les consultations et accentuer les iniquités d'accès.

Dans ce contexte, le renforcement de la sécurité diagnostique appuyé par des mécanismes de mesure continue et structurée permet donc d'installer des réflexes systémiques au sein des organisations de soins. Ces dispositifs favorisent aussi une détection plus précoce des incertitudes cliniques, une diminution des erreurs et l'amélioration de la cohérence des diagnostics.

Une solution opérationnelle est aujourd'hui disponible. Telle que la mise en place d'un épisode court de psychothérapie en première ligne financé et monitoré en cohérence avec le PQPTM. Ce dispositif s'appuie aussi sur des garde-fous cliniques tels que les diagnostic time-outs, le second avis tracé et leur intégration au dossier médical électronique (DME) tout en prévoyant des passerelles rapides vers des niveaux de soins spécialisés.

Les expériences internationales démontrent que les systèmes intégrant un accès financé et un parcours de soins gradué améliorent durablement l'accès aux services. Ces expériences permettent également une meilleure récupération clinique et une amélioration globale de la qualité des soins grâce à la mesure systématique des résultats.

L'approche proposée s'inscrit en cohérence avec les orientations des politiques publiques en matière de sécurité diagnostique, en mettant l'accent sur la sensibilisation et la formation, l'accès équitable aux services, ainsi que sur le développement de la recherche, de l'innovation et de l'utilisation des données. Cette orientation se traduit concrètement par plusieurs mécanismes comme : la navigation provinciale, les centres de références, la télésanté, les registres interopérables et l'implication des patients partenaires.

Enfin, la mise en place d'un pont opérationnel entre la première ligne et les psychothérapies fondées sur les données probantes constitue un levier structurant. Elle permet de réduire les délais, mieux arrimer les besoins aux interventions, prévenir les erreurs et de renforcer l'équité. Elle respecte également les rôles professionnels, ainsi que les exigences de protection du public.

En somme, cette approche contribue à améliorer la transparence et la valeur du système de soins en offrant aux personnes une meilleure clarté, un accès plus rapide aux services et une prise en charge dont les résultats font l'objet d'une mesure systématique.

Glossaire

ANAMNÈSE THYMIQUE

L'anamnèse thymique est la partie de l'anamnèse qui vise à explorer l'humeur d'une personne et son évolution dans le temps. Elle permet d'identifier la présence, la durée et l'intensité de variations de l'humeur, ainsi que leur impact sur le fonctionnement global du patient.

ANOSOGNOSIE

L'anosognosie est la difficulté pour une personne à reconnaître ou à être consciente de son trouble ou de sa maladie. Cette altération de la perception peut compliquer l'accès aux soins et le suivi.

CoCM

Le Collaborative Care Model organise le suivi en première ligne avec une équipe composée du médecin de famille, d'un gestionnaire de cas et d'un psychiatre. Il utilise un registre de patients, des revues de cas régulières et des décisions guidées par des mesures standardisées. Ce modèle a montré son efficacité pour la dépression et l'anxiété.

COMORBIDITÉ

La comorbidité est la présence simultanée de deux ou plusieurs troubles ou maladies chez une même personne. Ces conditions peuvent interagir entre elles, compliquer le diagnostic et influencer le choix des traitements.

DIAGNOSTIC TIME-OUT

Le diagnostic time-out est une méthode utilisée par les professionnels de la santé qui consiste en une pause pour réexaminer le diagnostic, réfléchir aux incertitudes et aux autres possibilités et décider des prochaines étapes (tests, deuxième avis, réévaluation) afin de réduire les erreurs de jugement médical.

DME

Le dossier médical électronique est la version numérique du dossier d'un patient, utilisée par un cabinet ou un groupe de pratique. Il contient les informations cliniques, les résultats de tests, les ordonnances et les notes du personnel.

EBI (EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS)

Les interventions fondées sur des preuves scientifiques sont des traitements dont l'efficacité a été démontrée par la recherche. Elles utilisent des méthodes validées, comme la (TCC) **Cognitive Behavioral Therapy** brève ou la (iCBT) **Internet-based Cognitive Behavioral Therapy**, et suivent régulièrement les progrès avec des outils standardisés pour ajuster le traitement si nécessaire.

GAD-7

Le Generalized Anxiety Disorder-7 est un questionnaire auto-rapporté de 7 questions utilisées pour dépister l'anxiété généralisée. Les scores vont de 0 à 21 : 0-4 minimal, 5-9 léger, 10-14 modéré, 15-21 sévère. Un score de 10 ou plus est considéré comme indicatif d'un trouble anxieux généralisé (TAG) avec une bonne sensibilité et spécificité et peut servir au suivi des symptômes.

GAP NUMÉRIQUE

Le GAP numérique est un portail en ligne et par téléphone (811, option 3) qui aide les personnes sans médecin ou infirmière praticienne spécialisée à être orientées vers la ressource de première ligne appropriées.

GMF

Le groupe de médecine de famille est une clinique au Québec où des médecins, des infirmières praticiennes spécialisées et d'autres professionnels travaillent ensemble pour offrir des soins de première ligne à la population.

HAS

La haute autorité de santé est un organisme public indépendant en France qui évalue les médicaments afin d'assurer leur qualité, leur sécurité et leur utilité pour la population.

Hypomanie

L'hypomanie est un état de suractivation de l'humeur et de l'énergie, durable et inhabituel pour la personne, avec diminution du besoin de sommeil et accélération des pensées et des comportements, sans perte majeure de contact avec la réalité, mais avec un risque accru d'impulsivité et de retombées.

L'hypomanie peut précéder **une "chute"** (fatigue, anxiété, dépression), **entraîner des conséquences** (finances, relations, travail), être un élément pertinent dans l'évaluation de certains troubles de l'humeur (ex. spectre bipolaire).

Cette définition aide à comprendre, mais ne remplace pas une évaluation clinique. Des états comme le stress, la privation de sommeil, certains médicaments, substances, ou conditions médicales peuvent imiter une hypomanie.

INAMI

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité est une institution publique de sécurité sociale en Belgique qui finance et facilite l'accès aux soins psychologiques de première ligne grâce à des réseaux locaux de santé mentale.

Info-Social 811

Info-Social 811 est un service téléphonique gratuit disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par des professionnels en intervention psychosociale qui écoutent, conseillent et orientent les personnes vers les ressources appropriées.

INSPQ

L'Institut national de santé publique du Québec est un organisme public qui fournit l'expertise scientifique au gouvernement qui surveille la santé de la population, donne des avis, réalise des analyses de laboratoire et partage les connaissances pour protéger et améliorer la santé.

IPSPL

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est une infirmière qui a une maîtrise ou un diplôme d'études supérieures spécialisées qui peut diagnostiquer, prescrire des examens, des traitements et des médicaments pour soigner les patients directement en première ligne.

Mesure d'issue

La mesure d'issue est une méthode pour suivre régulièrement l'état de la personne et ses capacités à chaque séance. Elle permet de savoir si elle s'améliore de manière fiable et si elle atteint les objectifs ou niveaux requis pour progresser dans le programme.

Mesures anticipées

Les mesures anticipées désignent l'ensemble des actions et interventions délibérément déployées en amont de toute crise ou détérioration, dans le but explicite d'en prévenir l'émergence ou d'en atténuer les effets, tout en ancrant la volonté de la personne au moment où sa capacité décisionnelle est pleine et entière.

Leur fondement est profondément éthique autant que juridique : elles traduisent une logique de respect de l'autonomie individuelle qui exige, pour se concrétiser, un cadre légal habilitant or, comme le soulignent Ambrosini et Crocker, « la législation est à la fois l'obstacle et le levier » (*Revue canadienne de psychiatrie*, 52(6), 2007).

Au Québec, ce levier demeure insuffisamment activé : les directives médicales anticipées sont strictement limitées aux contextes de fin de vie, tandis que le mandat de protection prévu à l'article 2166 du Code civil du Québec, bien qu'il permette théoriquement d'intégrer des volontés psychiatriques, reste peu accessible en raison de l'exigence d'homologation judiciaire laissant ainsi un vide légal patent en matière de directives psychiatriques anticipées.

Les données probantes disponibles confirment pourtant leur pertinence clinique, à condition qu'elles s'inscrivent dans un écosystème favorable conjuguant accompagnement clinique structuré et obligation légale de consultation, sans quoi l'outil, aussi bien conçu soit-il, demeure sans effet réel.

MSSS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est le ministère du Québec responsable d'organiser, planifier et encadrer le système de santé et les services sociaux pour la population

NAVIGATION CLINIQUE

La navigation clinique est un accompagnement des patients pour les orienter vers les bons services comme ; les centres de référence, la télésanté ou les registres afin d'accélérer le diagnostic et éviter les erreurs ou les impasses dans les soins. Cette approche fait partie de la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne

NHS

Le NHS Talking Thérapies est un programme national du Nation Health Service en Angleterre qui offre des thérapies psychologiques en suivant les recommandations de la Nation Institute for Health and Care Excellence, avec un suivi à chaque séance, des objectifs d'accès aux soins et une transparence sur les résultats.

NZa

La **NZa** (Autorité néerlandaise des soins) est le **régulateur** qui protège l'**accessibilité**, l'**abordabilité** et la **qualité** des soins. Elle **fixe les règles** (actes facturables, parfois des **plafonds tarifaires**) et encadre l'information sur prix/qualité. Elle **surveille** assureurs et prestataires, et **intervient** si les intérêts des citoyens sont menacés. Elle **analyse** le système et **recommande** des ajustements au ministère. L'équivalent de la RAMQ au Québec.

OMS

L'Organisation mondiale de la Santé est une agence spécialisée de l'ONU qui agit pour protéger et améliorer la santé publique dans le monde, notamment en créant des plans d'actions pour rendre les soins plus sécuritaires.

ONU

L'Organisation des Nations Unies est une organisation internationale qui rassemble presque tous les pays pour préserver la paix, protéger les droits humains et coordonner la coopération sur les enjeux globaux comme la santé, l'éducation et l'environnement.

OSP

Le Ontario Structured Psychothérapie est un programme gratuit en Ontario qui offre des soutiens en santé mentale comme des exercices guidés, des thérapies brèves et un suivi régulier, afin d'aider les adultes à mieux gérer la dépression, l'anxiété et le stress.

OVERSHADOWING DIAGNOSTIQUE

L'Overshadowing diagnostique se produit quand des symptômes physiques sont incorrectement attribués à un trouble mental déjà connu ce qui peut retarder ou fausser le diagnostic. On peut l'éviter en surveillant attentivement les signes physiques en travaillant en équipe avec différents spécialistes.

PHQ-9

Le Patient Health Questionnaire-9 auto-rapporté de 9 questions basé sur les critères DSM de la dépression. Les scores vont de 0 à 27 : 0-4 minimal, 5-9 léger, 10-14 modérés, 15-19 modérément sévère, 20-27 sévère. Un score de 10 ou plus indique un possible trouble dépressif, et le PHQ-9 peut être utilisé pour suivre l'évolution d'une personne séance après séance.

POH-GGZ

Le POH-GGZ désigne un professionnel de santé mentale intégré au cabinet de médecine générale, dont la mission est d'assurer une articulation fluide entre le médecin généraliste et les structures spécialisées. Sa présence traduit une conviction fondamentale : la santé mentale se prend en charge tôt et au plus près des personnes, là où elles consultent naturellement.

Dans cet espace intermédiaire, il clarifie la demande du patient, évalue la situation via un processus d'intake et de triage, puis détermine le niveau de soins le plus adapté. Lorsque la situation s'y prête, il dispense un soutien bref et ciblé en psychoéducation, en stabilisation, en prévention de la rechute et en suivi sans transfert vers une structure externe. Dans le cas contraire et si nécessaire, il oriente vers l'échelon approprié, qu'il soit spécialisé ou social, en assurant une rétroaction active au médecin référent, lequel conserve en tout état de cause la responsabilité de la continuité des soins.

L'ensemble du dispositif s'inscrit dans une logique de soins gradués et de proximité, encadrée par un profil national de fonction et de compétences définissant les tâches, les modalités de collaboration interprofessionnelle et les exigences de qualité attendues.

PQPTM

Le Programme québécois sur les troubles mentaux est un programme du ministère de la Santé et Services sociaux qui aide les personnes à passer de l'autosoins à la psychothérapie avec des soins organisés par étapes, des suivis réguliers et des intervenants spécialement formés.

RAMQ

La Régie de l'assurance maladie du Québec est un organisme public au Québec qui gère l'assurance maladie, les médicaments pour tous et qui rémunère les professionnels de la santé.

SÉCURITÉ DIAGNOSTIQUE

La sécurité diagnostique vise à éviter les erreurs et les retards de diagnostic, améliorer la communication avec les patients et leur proche, former le personnel à reconnaître les erreurs de jugement et apprendre continuellement pour rendre les soins plus sûrs. (OMS 2021-2030)

SOINS PAR ÉTAPES

Les soins par étapes sont une organisation progressive des services allant des interventions légères aux plus intensives. Un suivi continu des résultats permet de savoir quand augmenter ou réduire les interventions psychologiques comme dans le programme NHS Talking Therapies

SPIKES

Le SPIKES Protocol est un modèle en six étapes qui aide les professionnels de la santé à annoncer un diagnostic ou une nouvelle difficile de façon claire, respectueuse et empathique. Aide à réduire les malentendus, soutenir la personne émotionnellement et favoriser une prise de décision partagée.

- **S – Setting (contexte)**
Préparer la rencontre : choisir un endroit calme et privé, prévoir du temps et s'assurer que la personne se sent à l'aise pour discuter.
- **P – Perception (perception)**
Vérifier ce que la personne comprend déjà de sa situation ou de ses symptômes.
- **I – Invitation (invitation)**
Demander à la personne combien d'informations elle souhaite recevoir et à quel niveau de détail.
- **K – Knowledge (information)**
Expliquer le diagnostic ou la situation de manière claire, simple et progressive.
- **E – Emotions (émotions)**
Reconnaître et accueillir les réactions émotionnelles (choc, tristesse, inquiétude) avec empathie.
- **S – Strategy (stratégie)**
Résumer l'information et discuter des prochaines étapes ou des options possibles avec la personne.

THYMORÉGULATEUR

Un thymorégulateur est un médicament utilisé pour stabiliser l'humeur et prévenir les épisodes de dépression et de manie, notamment dans les troubles bipolaires.

TRIGGER TOOLS

Les Trigger Tools sont une méthode qui repère des indices dans les dossiers médicaux pour cibler des revues et identifier des événements indésirables comme des erreurs de diagnostic. Cette approche peut être utilisée en soins de première ligne, à l'hôpital ou avec des outils informatiques.

BIBLIOGRAPHIE

Québec · Canada · International

I. MODÈLES DE SOINS ET ACCÈS À LA PSYCHOTHÉRAPIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Collaborative Care Model: Toolkit*, 2019, <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/collaborative-care/learn>

BARTRAM, Michael ET CHADOS, Heidi. *Expanding access to psychotherapy: Mapping Lessons from Australia and the UK to the Canadian Context*, Commission de la santé mentale du Canada, 2018, <https://mentalhealthcommission.ca/expanding-access-to-counselling-psychotherapy-and-psychological-services/>

BAUER, Michael S. et al. « Effectiveness of implementing a collaborative chronic care model for clinician teams on patient outcomes », *JAMA Network Open*, 2019, <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2726717>

CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (CAMH) et ONTARIO HEALTH. *Ontario Structured Psychotherapy Program*, 2025, <https://www.ontariohealth.ca/clinical/mental-health-addictions/structured-psychotherapy>

DEPARTMENT OF HEALTH AND AGED CARE (Australia). *Better Access Initiative*, 2024-2025, <https://www.health.gov.au/our-work/better-access-initiative>

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ (INAMI). *Soins psychologiques de première ligne*, 2024-2026, <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-de-sante-mentale/vos-soins-psychologiques-de-1re-ligne-rembourses-via-les-reseaux-de-sante-mentale>

INSITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS). Accès équitable aux services de psychothérapies au Québec, 2015 et 2018, <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/acces-equitable-aux-services-de-psychotherapie-au-quebec.html>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), 2019-2025, <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/>

NHS ENGLAND. *NHS Talking Therapies*, 2024-2025, <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/>

TE HIRINGA MAHARA – MENTAL HEALTH AND WELLBEING COMMISSION. *Access and Choice: Five Year Monitoring Report*, 2025, <https://www.mhwc.govt.nz/assets/Reports/Access-and-Choice-programme/2025/Access-and-Choice-Report-April-2025.pdf>

II. ERRANCE ET ERREUR DIAGNOSTIQUE EN PSYCHIATRIE

ALEGRÌA, Margarita et al. « How missing information in diagnosis can lead to disparities in the clinical encounter », *Journal of Public Health Management and Practice*, vol. 14, suppl., 2008, S26-S35, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2677445/>

AYANO, Getinet et al. « Misdiagnosis, detection rate, and associated factors of severe psychiatric disorders in specialized psychiatry centers in Ethiopia », *Annals of General Psychiatry*, vol. 20, 2021, p. 10, <https://link.springer.com/article/10.1186/s12991-021-00333-7>

BRADFORD, Andrea et al. « Diagnostic error in mental health: A review », *BMJ Quality & Safety*, vol. 33, no 10, 2024, p. 663–672, <https://qualitysafety.bmj.com/content/33/10/663>

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Les erreurs diagnostiques en médecine*, 2024, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3538481/fr/les-erreurs-diagnostiques-en-medecine

KATZMAN, Martin A et al. « Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study », *Primary Care Companion for CNS Disorders*, vol. 13, no 2, 2011, <https://www.psychiatrist.com/pcc/rates-detection-mood-anxiety-disorders-primary-care/>

SHEFER, Guy. et al. « Diagnostic overshadowing and other challenges in emergency departments », *PLoS ONE*, vol. 9, no 11, 2014, e111682. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0111682>

VALLY, Zunaid Ismail et al. « Errors in clinical diagnosis: A narrative review », *Journal of International Medical Research*, vol. 51, no 8, 2023, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37602466>

III. TROUBLES SPÉCIFIQUES ET MÉSDIAGNOSTICS FRÉQUENTS

A — Trouble bipolaire

DINES, Micaela. et al. « Bipolar disorders and schizophrenia: discrete disorders or a continuum? », *Frontiers in Psychiatry*, 2024, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38745778/>

GLANVILLE, Kylie P. et al. « Multiple measures of depression compared to clinician diagnosis in UK Biobank », *BJPsych Open*, vol. 7, no 2, 2021, e44, <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/multiple-measures-of-depression-to-enhance-validity-of-major-depressive-disorder-in-the-uk-biobank/D34B7DCDD744B0C3520C7AEAE6A8E718>

HIRSCHFELD, Robert M.A., VORNIK, Lana A. et LEWIS, Lydia. « Perceptions and impact of bipolar disorder: How far have we really come? », *Journal of clinical psychiatry*, vol. 64, no 2, 2003, p. 161-174, <https://www.psychiatrist.com/jcp/perceptions-impact-bipolar-disorder-far-really-results/>

MIKLOWITZ, David. J., et al. « A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in bipolar disorder », *Journal of clinical psychiatry*, vol. 64, no 2, 2003, p. 182-191, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12963672/>

NIERENBERG, Andrew. A., et al. « Diagnosis and Treatment of bipolar disorder: a review », *JAMA*, vol. 330, no 14, 2023, p. 1370-1380, <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2810502>

PATTEN, Scott B. et al. « Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) », *BMC Psychiatry*, vol. 8, 2008, article 43, <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-8-43>

SCOTT, Jan., et al. « Delayed help-seeking, delayed diagnosis and duration of untreated illness in bipolar disorder (DUB) », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2022, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.13490>

SHEN, Hui., et al. « Analysis of Misdiagnosis of bipolar disorder in an outpatient setting », *Shanghai Archives of Psychiatry*, vol. 30, no 2, 2018, p. 93-101, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29736129/>

SINGH, Tanvir., et RAJPUT, Muhammad. « Misdiagnosis of bipolar disorders », *Psychiatry (Edmont)*, vol. 3, no 10, p. 57–63. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20877548/>

VÁZQUEZ, Gustavo. H., & BALDESSARINI, Ross. J. « Antidepressants in Bipolar Depression », *International Journal of Neuropsychopharmacology*, vol. 28, no 3, 2025, <https://academic.oup.com/ijnp/article/28/3/pyaf013/8020511?login=false>

B — TDAH, autisme, CPTSD et diagnostics différenciés

ATTOE, Darby. E., et CLIMIE, Emma. A. « Missed diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women », *Journal of Attention Disorders*, vol. 27, no 7, 2023, p. 645-657 <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10870547231161533>

KARATZIAS, Thanos., et al. « Distinguishing between ICD-11 complex PTSD and borderline personality disorder: clinical guide and recommendations for future research », *British Journal of Psychiatry*, vol. 223, no 3, 2023, p. 403-406,

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/distinguishing-between-icd11-complex-posttraumatic-stress-disorder-and-borderline-personality-disorder-clinical-guide-and-recommendations-for-future-research/ECE472B009FE51D8D11C315EC0475068>

KENTROU, Vasiliki., et al. « Perceived misdiagnosis in autistic adults », *EClinicalMedicine*, 2024 [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(24\)00165-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(24)00165-2/fulltext)

MORADI VASTEGANI S, et al. Moradi Vastegani, S., et al. « Misdiagnosis of Psychiatric Disorders and the Utility of Diagnostic MicroRNA Biomarkers. *Brain, Behavior & Immunity - Health*, vol. 38, 2024, article 100761,

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2950588724000028?via%3Dihub>

IV. PSYCHOSE ET DURÉE DE PSYCHOSE NON TRAITÉE (DUP)

DRAKE, Richard. J., et al. « Effect of delayed treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes », *The Lancet Psychiatry*, vol. 7, no. 7, 2020, p. 602–610,

[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30147-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30147-4/fulltext)

HANDEST, Rasmus., et al. « Duration of untreated psychosis in homeless individuals », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2025,

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40745027/>

SALAZAR DE PABLO, Gonzalo. et al. « Duration of untreated psychosis and outcomes in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of early detection and intervention strategies », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 50, no 4, 2024, p. 771–783,

<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/50/4/771/7630391>

V. INÉGALITÉS RACIALES ET BIAIS SYSTÉMIQUES

FABER, Sonya. C. et al. « The Weaponization of Medicine: Early Psychosis in the Black Community and the need for racially informed mental healthcare », *Frontiers in*

Psychiatry, vol. 14, 2023, 1098292,

<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.1098292>

MOE, Audrey. M. et al. « Racial and ethnic disparities in First-Episode Psychosis »,

Schizophrenia Bulletin Open, vol. 5, no 1, 2024, sgae019,

<https://academic.oup.com/schizbullopen/article/5/1/sgae019/7734867>

STATISTIQUE CANADA. « La santé mentale et les contacts avec la police au Canada »,

Juristat, vol. 35, no 1, 2015, [https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/85-002-](https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/85-002-X201500114176)

[X201500114176](https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/85-002-X201500114176)

VI. OUTILS CLINIQUES VALIDÉS ET DONNÉES POPULATIONNELLES

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Données et mesures en santé*

mentale, 2024-2025, <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/donnees>

KROENKE, Kurt., et al. « The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, no 9, 2001, p. 606-613.

<https://link.springer.com/article/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

MANUEL MSD. *Schizophrénie - diagnostic*, 2025,

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/psychiatrie/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/schizophr%C3%A9nie?autoredirectid=43933>

SPITZER, Robert L. et al. « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, no 10, 2006, p. 1092-1097,

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326>

VII. DROITS, CADRES JURIDIQUES ET JURISPRUDENCE

A — Jurisprudence Québécoise clé

Institut universitaire de santé mentale de Québec c. G.B., 2013 QCCS 1720

CISSS de Chaudière-Appalaches c. A.B., 2015 QCCS 3628

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec c. C.M., 2019 QCCS 608

CISSS de la Côte-Nord c. T.D., 2021 QCCQ 1791

Protection de la jeunesse — 2020 QCCQ 14934

B — Doctrine et analyses juridiques

BERNHEIM, Emmanuelle et al. « La santé mentale en justice – invisibilité et déni de droits: une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins », *Revue de droit et santé de McGill*, vol. 9, no 2, 2016, p. 337-390,
https://www.canlii.org/fr/doctrine/doc/2016CanLIIDocs142?utm_source=chatgpt.com#!fragment//BQCwhgziBcwMYgK4DsDWszlQewE4BUBTADwBdoByCgSgBplTCIBFRQ3AT0otokLC4EbDtyp8BQkAGU8pAELcASgFEAMioBqAQQByAYRW1SYAEbRS2ONWpA

BERNHEIM, Emmanuelle, « The triumph of the "Therapeutic" in Québec courts », *Windsor Yearbook of Access to Justice*, vol. 38, 2022, p. 125-147,
<https://www.erudit.org/en/journals/wyaj/2022-v38-wyaj07059/1095285ar/>

COLLECTIF, « Responsabilité civile du psychiatre au Canada lors du suicide d'un patient », *Santé mentale au Québec*, vol. 48, no. 2023, <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/>

SOQUIJ, « Le psychiatre, seul expert pour poser un diagnostic de santé mentale ? », *Blogue SOQUIJ*, 28 juin 2012, <https://blogue.soquij.qc.ca/2012/06/28/le-psychiatre-seul-expert-pour-poser-un-diagnostic-de-sante-mentale/>

C — Cadres réglementaires et normes professionnelles

Règlement sur le permis de psychothérapeute, RLRQ, c. C-26, r. 222.1

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC. « L'usage des tests psychométriques dans la démarche évaluative », septembre 2016, <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/l-usage-des-tests-psychometriques-dans-la-demarche-evaluative>

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC. « L'évaluation des troubles mentaux », septembre 2019, <https://www.ordrepsy.qc.ca/evaluation-troubles-mentaux>

VIII. RÉFORME DE LA LOI P-38.001 — TRAVAUX DE L'IQRDJ

BUREAU D'AIDE JURIDIQUE DROIT DE LA SANTÉ - MONTRÉAL-LAVAL. Mémoire concernant la réforme en santé mentale : consultations IQRDJ sur la P-38.001, 19 janvier 2025, <https://iqrj.ca/cpt-posts/consultations-memoires/>

CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC. Mémoire : consultations IQRDJ sur la P-38.001, 3 décembre 2024, <https://iqrj.ca/cpt-posts/consultations-memoires/>

FAU, Valérie. *La Loi sur la protection des personnes – Rapport 1 : portrait général et revue de littérature*, Montréal, Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ), 2024, p. 165, <https://iqrj.ca/cpt-posts/etude-sur-la-p-38/>

FAU, Valérie, BOUCHER-RÉHEL, Mélanie et KARA, Hicham. *La Loi sur la protection des personnes – Rapport 5 : recommandations finales*, Montréal, Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ), 2025, <https://iqrj.ca/cpt-posts/etude-sur-la-p-38/>

IX. SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DIRECTIVES ANTICIPÉES PSYCHIATRIQUES

A — Cadre mondial — OMS

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Global Patient safety Action Plan 2021-2030*, 2021, <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

B — Directives anticipées psychiatriques (DAP)

AMBROSINI, D.-L et CROCKER, A.G. « Psychiatric advance directives and the right to refuse treatment in Canada », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 52, no 6, 2007, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3747558/>

CAMPBELL, L.A. et KISELY, S.R. « Advance treatment directives for people with severe mental illness », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005963.pub2/full/fr?contentLanguage=fr>

HENDERSON, C. et al. « Effect of joint crisis plans on compulsory treatment in psychiatry », *BMJ*, vol. 329, no 7458, p. 136, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15240438/>

NICAISE, P., LORANT, V. et DUBOIS, V. « Psychiatric advance directes as a complex and multifaced intervention », *Health & Social Care in the Community*, vol. 21, no 1, 2013, p. 1-14, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x>

PAPAGEORGIOU, A. et al. « Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 180, 2002, p. 513-519, [Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness | The British Journal of Psychiatry | Cambridge Core](#)

ROA CONTRERAS, A. et al. *Psychiatric advance directives: a review of the evidence*, RAND Corporation, 2025, https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA3464-2.html

SWANSON, J. W. et al. « Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, no 11, 2006, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17074946/>

SWANSON, J.W. et al. « Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions », *Journal of Mental Health*, vol. 17, no 3, 2008, p. 255-267, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2835342/pdf/nihms-126157.pdf>

ZELLE, H., KEMP, K. et BONNIE, R.J. « Advance directives in mental health care: evidence, challenges and promise », *World Psychiatry*, vol. 14, no 3, 2015, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26407773/>

X. RÔLE DES PROCHES AIDANTS

PHILIPS, Rita et al. « The Impact of Caring for Family Members with Mental Illnesses on the Caregiver: A Scoping Review », *Health Promotion International*, vol. 38, no 3, 2023, daac049, <https://doi.org/10.1093/heapro/daac049>

XI. ACCÈS CITOYEN, INFORMATION ET RESSOURCES QUÉBÉCOISES

ÉDUCALOI. « Vos droits en santé mentale », s. d., <https://educaloi.qc.ca/dossier/droit-sante-mentale/>

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. « Guichet d'accès à la première ligne », s. d., <https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/guichet-acces-premiere-ligne>

IRIS — INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES. « Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec », 2023, <https://iris-recherche.qc.ca/publications/crise-sante-mentale/>

MAUDITS FRANÇAIS. « Santé mentale au Québec : comprendre le système pour un meilleur accès aux services », 20 mai 2025, <https://mauditsfrancais.ca/sante-mentale-au-quebec-comprendre-le-systeme-pour-un-meilleur-acces-aux-services>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Mécanisme d'accès en santé mentale : cadre de référence », 2022, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003525/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Politique québécoise pour les maladies rares », 2022, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003397/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Plan d'action québécois sur les maladies rares 2023-2027 », 2023, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003573/>