CAFÉ CITOYEN -
Quand les enjeux de santé sont masqués par un diagnostic en santé mentale

PAR L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Animation de la présentation

Marie-Claude Jacques
Mélanie Marceau
Gabrielle Dufresne Vallerand

15 octobre 2026

Québec

L'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux

L'**IUPLSSS** est une infrastructure de recherche qui vise à améliorer les services de première ligne et la santé des populations.

Elle soutient :

- la **coconstruction de connaissances** ;
- le **développement des compétences** en pratique de première ligne ;
- les **transformations organisationnelles** nécessaires à ces changements.

Qu'est-ce que la première ligne ?

La **première ligne** en santé et services sociaux regroupe l'ensemble des soins et services offerts tout au long de la vie, dans des milieux variés.



Animation de la présentation



Marie-Claude
Jacques



Mélanie
Marceau



Gabrielle
Dufresne Vallerand

PRO DEF
Estrie

Déroulement



9 h 00 – 9 h 10	Introduction
9 h 10 – 9 h 35	Présentation d'une étude sur le masquage diagnostique chez les personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique – Marie-Claude Jacques
9 h 35 – 9 h 55	Période d'échange
9 h 55 – 10 h 15	Regard des infirmières de triage
10 h 15 – 10 h 25	Période d'échange
10 h 25 – 10 h 35	Pause
10 h 35 – 11 h 05	Atelier 1 : Comprendre la situation
11 h 05 – 11 h 30	Atelier 2 : Dégager les apprentissages
11 h 30 – 11 h 50	Retour des ateliers
11 h 50 – 12 h 00	Conclusion

Nos objectifs

- Permettre aux personnes participantes de **valider et de reconnaître leur vécu** ;
- Renforcer la **compréhension mutuelle** entre les personnes premières concernées et les personnes professionnelles de la santé et des services sociaux ;
- Contribuer à l'**élaboration d'un outil** visant à soutenir les personnes vivant avec le masquage diagnostique.

Pour prendre soin de nos échanges

Accueillir avec bienveillance et compassion

Le sujet abordé peut faire émerger des émotions plus vives.

Veiller collectivement à la circulation de la parole

Afin que chaque personne qui le souhaite puisse s'exprimer.



Le masquage diagnostique chez les personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique

Marie-Claude Jacques, inf., Ph. D.

Notre recherche

« J’ai mal et on ne me croit pas » :
co-production et mobilisation des connaissances sur le phénomène d’ombrage diagnostique en santé mentale.

Objectifs :

1) Analyse et développement du concept d’ombrage diagnostique
2) Coproduction de matériel de sensibilisation et de formation s’adressant au personnel soignant

ÉQUIPE DE RECHERCHE

- **Collectif** *La santé sans préjugés*
- **Marie-Claude Jacques**, inf., Ph. D., Université de Sherbrooke
- **Pierre Pariseau-Legault**, inf., Ph. D., Université du Québec en Outaouais
- **Magaly Brodeur**, MD, Ph. D., Université de Sherbrooke
- **Aziza Driouch**, étudiante au doctorat, Université de Sherbrooke

LE MASQUAGE DIAGNOSTIQUE : DEUX conceptions

Phénomène par lequel des symptômes physiques sont **attribués** à tort au **trouble mental** d'une personne, ce qui retarde :

- Le diagnostic
- Les options de traitement

The Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health (2022)

Situation où, en raison du **diagnostic psychiatrique**, certaines personnes ne sont **ni écoutées ni crues** lorsqu'elles :

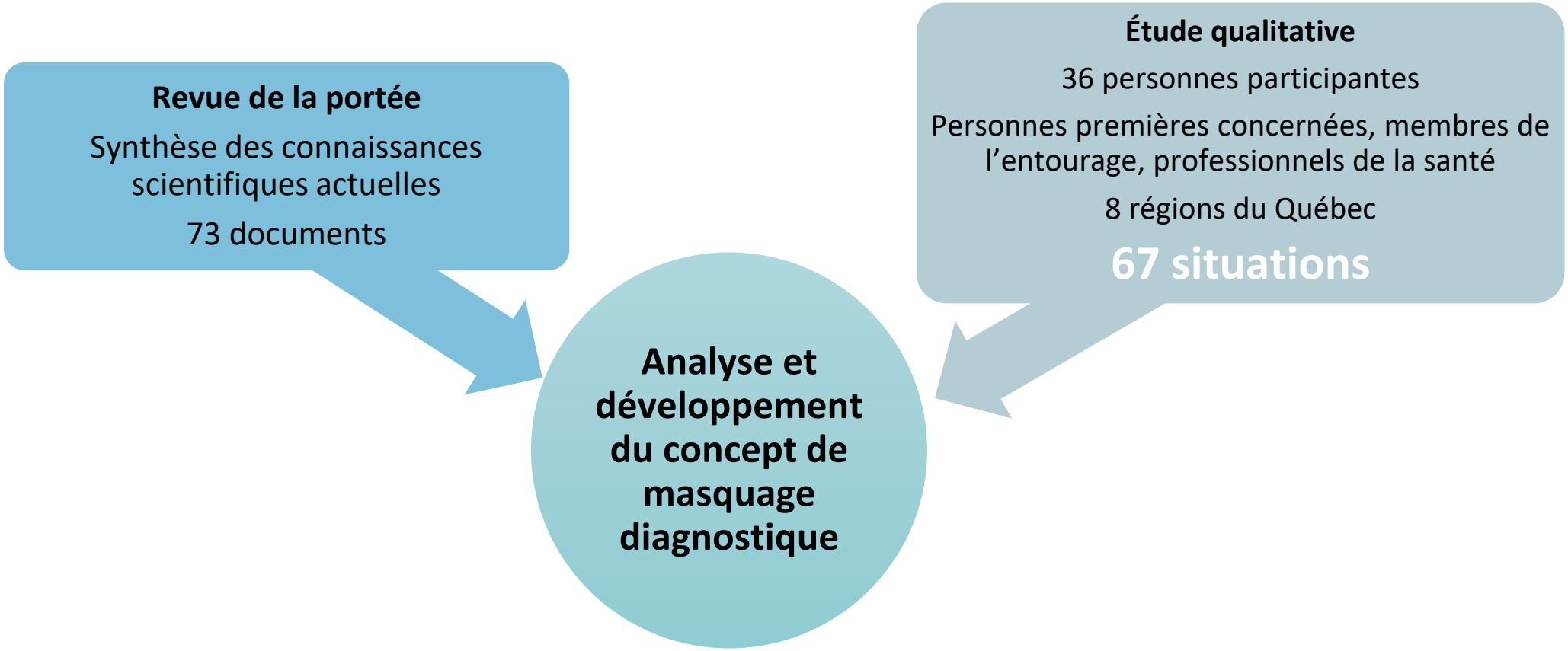
- Souffrent de maux physiques
- Parlent d'agressions qu'elles ont subies
- Parlent d'effets secondaires de médicaments

Le Collectif La santé sans préjugés

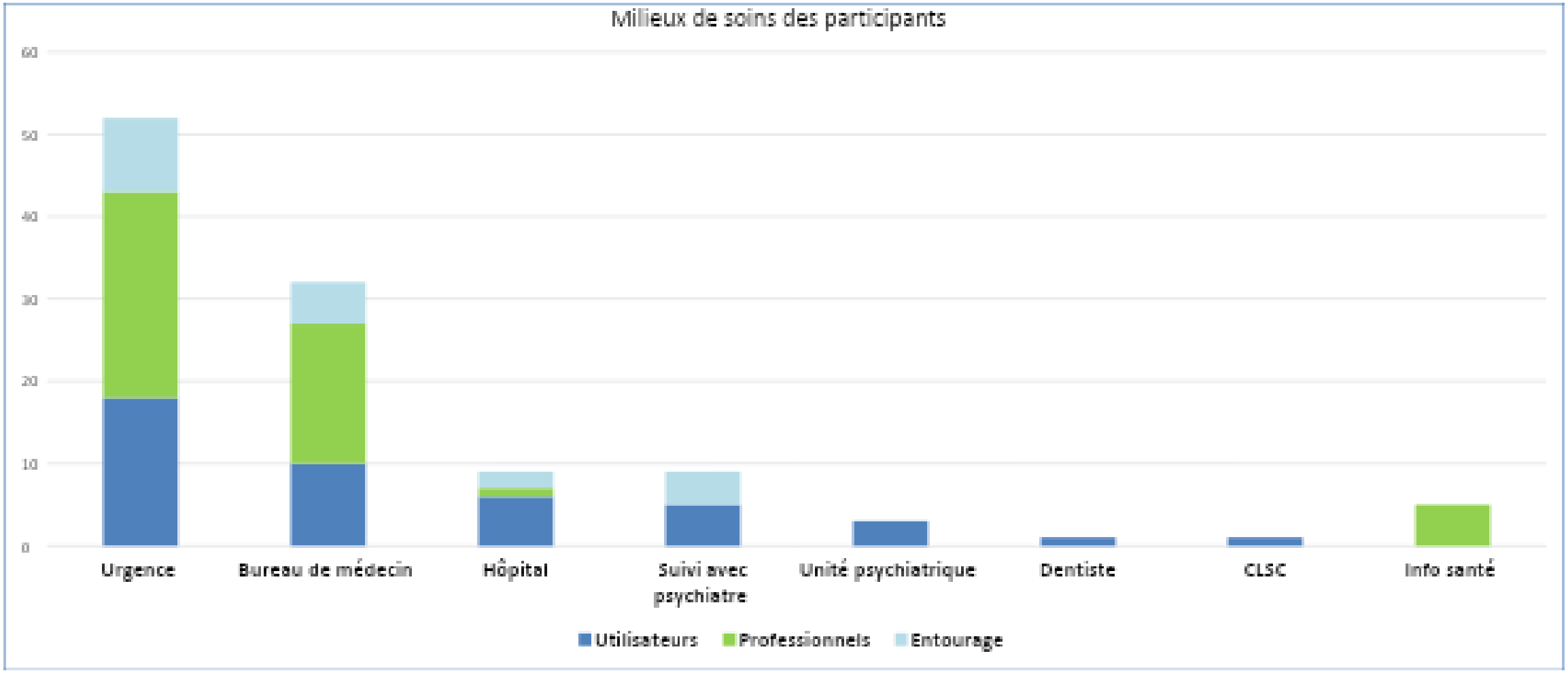
Méthode

Recherche-action participative

Avec méthode hybride de développement de concept



Milieux de soins



Qu’est-ce que le masquage diagnostique?

Comment reconnaître le masquage diagnostique ?

- Disqualification du savoir expérientiel
- Expérience d’irrespect
- Attribution à l’étiquette psychiatrique
- Décision clinique sans fondement adéquat
- Raison de consultation initiale non résolue
- Ressenti douloureux



1) Disqualification du savoir expérientiel

- Disposition initiale adoptée par le personnel de la santé en raison de la stigmatisation et d'autres conditions propices au masquage diagnostique.
- On ne croit pas la personne.
- Ou on minimise son vécu.
- On ignore ce qu'elle dit.

BRIGITTE :
J'y dis : « Tu comprends pas. J'ai un problème de vessie. » A disait : **« Non, dans ton dossier psychiatrique, c'est pas écrit. »**

2) Expérience d’irrespect

Par ses propos, le personnel de la santé manifeste un manque de respect envers la personne.

Cela inclut :

- le manque d’empathie ;
- la sous-estimation de la capacité de la personne à comprendre ou à prendre ses propres décisions.

ILIANE :
J'ai déjà entendu un infirmier dire à une autre infirmière, à l'urgence **« Écoute-la pas, elle. Elle veut juste de l'attention, faut pas... faut pas y en donner »**.

3) Attribution à l'étiquette psychiatrique

ALEXANDRE :
Et la 3e fois, elle m'a répété... À chaque fois, a me répétait la même chose, **« c'est juste nerveux. »** Pis j'y disais, mais moi... mais j'avais déjà de la misère à parler tellement que ma langue était épaisse. Mes lèvres étaient épaisses.

Ce n'est pas l'attribution des symptômes au trouble psychiatrique qui est problématique, mais **l'attribution aux préjugés** entretenus à l'égard des personnes qui ont des diagnostics psychiatriques.

Cela va même jusqu'à **ignorer des signes cliniques évidents**, par exemple des signes de pneumonie ou de réaction allergique grave.

3) Attribution à l'étiquette psychiatrique

Il va à l'hôpital, il rentre en ambulance. Les ambulanciers marquent « douleur intense au ventre, puis glaucome », […]. Alors, à l'hôpital, il s'en va à l'urgence physique.

La fille, l'urgente... L'infirmière a dit... a dit à [mon fils]: « est-ce que t'as un problème psychiatrique ? » Il dit non. Il dit, j'avais un diagnostic, mais il a été enlevé, puis j'en ai plus, ça fait... ça faisait 6 mois qu'il y avait plus de diagnostic.

Mais elle, puis là [mon fils] dit « mais je viens pas ici pour ça. Je viens ici pour mes douleurs physiques là. » Elle, elle voit [au dossier] « schizophrène ». […].

Elle ne l'a pas cru. Alors de son propre chef, sans... sans demander, elle voit... **Elle marque [au dossier] raison de la consultation : trouble du comportement »**.

4) Décision clinique sans fondement adéquat

Le professionnel prend sa décision et la communique à la personne pour mettre un terme à la consultation.

La personne perçoit que le raisonnement évoqué n'est pas très solide, parce que la décision ne résout pas le problème ou n'est pas pertinente pour son problème.

Cela inclut :

- la délégation [ex.: référer la personne en psychiatrie]
- modifier la médication psychiatrique
- absence d'explications suffisantes.

LISANNE
Il m'a évalué. Puis, il m'a dit... y a juste regardé mon dossier puis la médication que je prenais.
Puis, il m'a dit qu'il allait m'hospitaliser en santé mentale pour sevrage d'alcool.

5) Raison de consultation initiale non résolue

JOSÉE :
Je me sentais comme un enfant qu'on croit pas, il y avait aussi le fait que c'est très difficile de penser que je suis à l'hôpital, on devrait m'aider et de me rendre compte que, ben **non, on m'aide pas.**

La personne se retrouve sans réponse ou sans réponse pertinente, ou encore des alternatives non pertinentes.

Elle demeure avec son problème initial.

6) Ressenti douloureux

Le ressenti douloureux n'est pas qu'une conséquence. Il fait partie intégrante de l'expérience.

C'est un ressenti anormal dans une démarche de recherche d'aide pour un problème de santé.

UNE PERSONNE PEUT SE FIER À SON RESSENTI, SI ELLE MANQUE DE MOTS, POUR COMPRENDRE QUE QUELQUE CHOSE NE VA PAS DANS LA SITUATION.

ILIANE :
Ce que j'ai ressenti est de l'impuissance lorsque j'ai dû retourner dans la salle d'attente après le triage et, l'incompréhension : Qu'est-ce que j'ai fait pour avoir ce traitement plus qu'ordinaire ?

Enjeux et impacts

Conséquences sur la santé et la vie de la personne

- Délai d’accès aux examens, au diagnostic, au traitement
- Augmentation de la médication psychiatrique ou recevoir un nouveau diagnostic psychiatrique
- Aggravation de l’état de santé physique et mental, risque suicidaire
- Traumatisme
- Décès, incluant le décès par suicide

Autres conséquences pour la personne

- Douter de soi
- Perte de confiance, méfiance envers les professionnels, le système
- Impasse face au système
- Se sentir en danger dans le système de santé
- Non-recours aux services
- Se tourner vers des solutions alternatives
- Conséquences psychosociales



Conséquence

Devoir utiliser des stratégies exceptionnelles

- Devoir être accompagné
- Insistance, visites multiples
- Consulter ailleurs ou au privé
- Faire ses propres recherches
- Sur-préparation aux consultations médicales
- Enregistrer la consultation à l’insu du professionnel
- Ne rien faire pour ne pas se mettre le professionnel à dos
- Attendre que ce soit grave avant d'aller consulter
- Porter plainte

Nos projets en cours ou à venir

- Mémoire pour la consultation sur le prochain PASM-D-It
- Codéveloppement et diffusion de connaissances :
  - Café citoyen (Sherbrooke, septembre ou octobre 2026)
  - Infographies et tournage vidéo
  - Tournée des CIUSSS et CISSS
- Recherche sur la détection et la cartographie des situations de masquage diagnostique dans les systèmes de signalement
- Recherche sur les dilemmes cliniques, éthiques et organisationnels des professionnels
- Trousse pédagogique pour la formation des futurs professionnels de la santé
- **Guide d'autodéfense pour les personnes utilisatrices de services et les membres de leur entourage (automne-hiver 2026)**

Pour nous joindre :

marie-claude.jacques@usherbrooke.ca

COLLECTIF LA SANTÉ SANS PRÉJUGÉS

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

Canada

UDS Université de Sherbrooke

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Québec

Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux

Période de questions

Qu'est-ce qui vous interpelle dans ce que vous venez d'entendre ?

Mieux comprendre le triage

Par Mélanie Marceau et Gabrielle Dufresne Vallerand



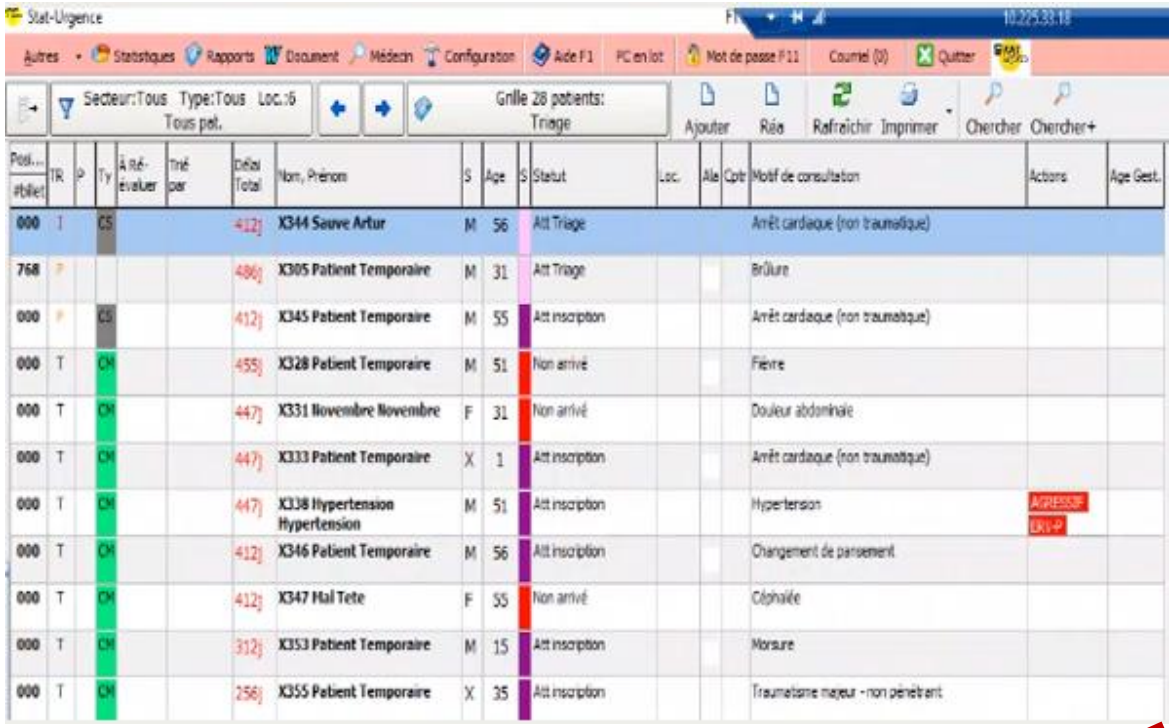
Qu’est-ce que le triage ?

Arrivée au triage

- Plusieurs façons d’arriver à l’urgence : 
- Triage en moins de 10 minutes 
- Si cela est impossible en raison de l’achalandage = prétriage
- Durée moyenne d’un triage : de 5 à 7 minutes par personne

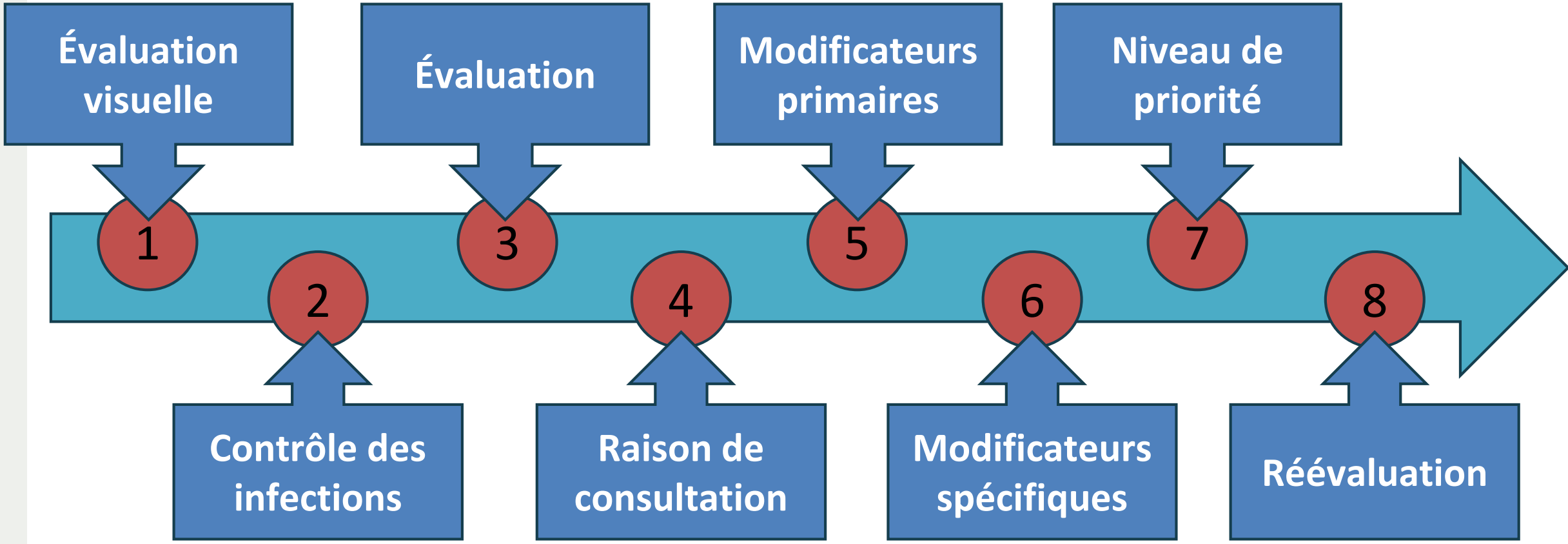
« En deux mots, pourquoi vous venez à l'urgence ? »

Prétriage



Le niveau de priorité au triage est déterminé par la gravité de l'état de la personne, et non par l'ordre d'arrivée, l'âge ou le mode de transport par ambulance.

Processus de triage



CTAS (2025)

Évaluation visuelle

1



https://fr.vecteezy.com/art-vectoriel/17587627-infarctus-du-myocarde-illustration-vectorielle-d-icone-de-couleur-de-crise-cardiaque

« Quick look ! »

- Durée de quelques secondes
- Évaluation de ce qui est dangereux pour la vie

CTAS (2025)

Contrôle des infections

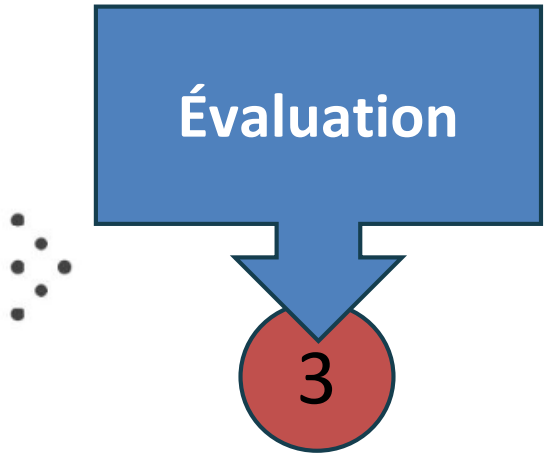
2

Selon les réponses :

- Port du masque
- Lavage des mains
- Isolement

Exemple de questions

- Avez-vous voyagé récemment ?
- Avez-vous de la fièvre ou des frissons ?
- Avez-vous été hospitalisé(e) récemment ?
- Êtes-vous une personne immunodéprimée ?



Ce que la personne infirmière évalue

Ce que vous dites

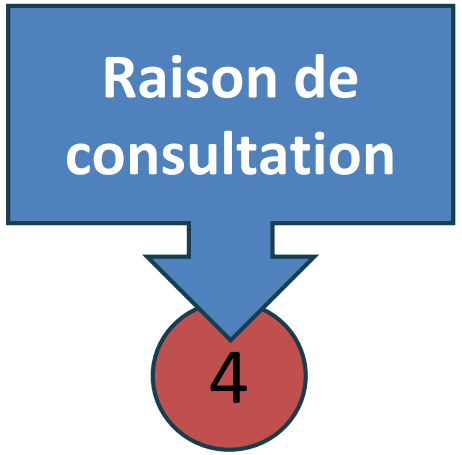
Évaluation objective

- Signes vitaux
- Glycémie
- Examen physique
- Autres observations (p. ex. : toux, expectorations, saignement, signe de douleur)

Évaluation subjective

- Raison de la visite
- Décrire ce qui se passe
  - Ce qui aggrave ou soulage le symptôme ?
  - À quoi ça ressemble (p. ex. : la douleur) ?
  - À quel endroit ?
  - Intensité ?
  - Depuis combien de temps ? Progression ?
  - Quelles sont vos inquiétudes ?
- Allergies, médicaments, antécédents

CTAS (2025)



- Raison de consultation = standardisée partout au Canada
- Choix de la raison de consultation :
  - Exprimée par la personne vs observée par le personnel infirmier
  - Priorité la plus élevée

CTAS (2025)

Modificateurs primaires

5

1. État respiratoire
2. État hémodynamique
3. Niveau de conscience
4. Température
5. Douleur
6. Trouble de la coagulation
7. Mécanisme de blessure
8. Fragilité

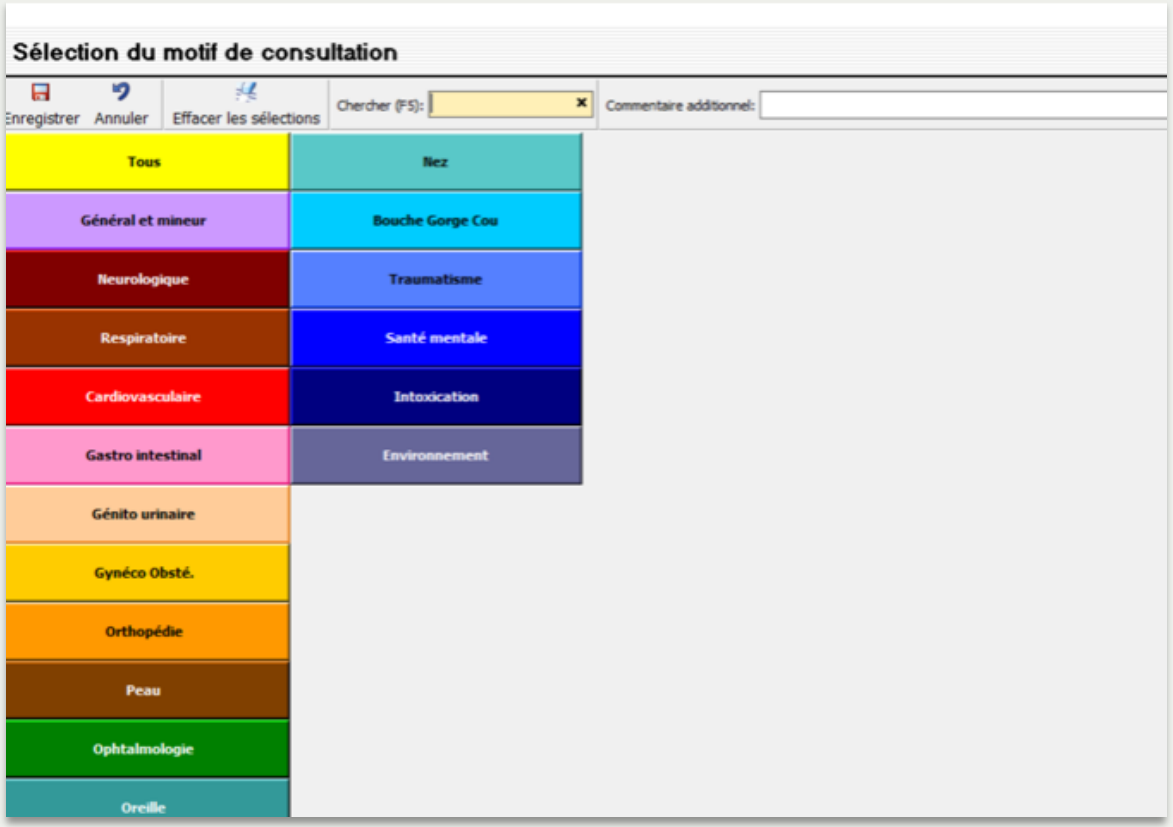
Modificateurs spécifiques

6

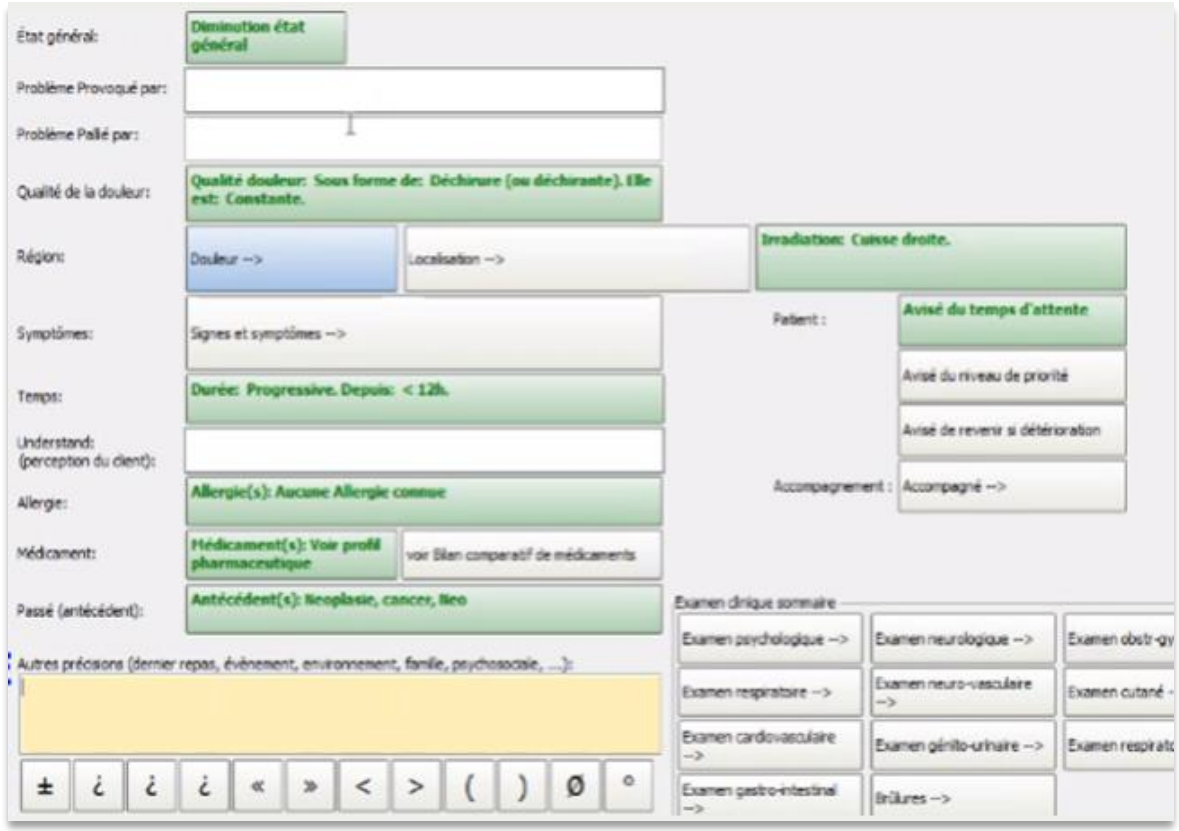
Exemple :

- Glycémie
- Déshydratation
- Hypertension
- Grossesse et période post-partum
- Usage de substances et de drogue
- Santé mentale

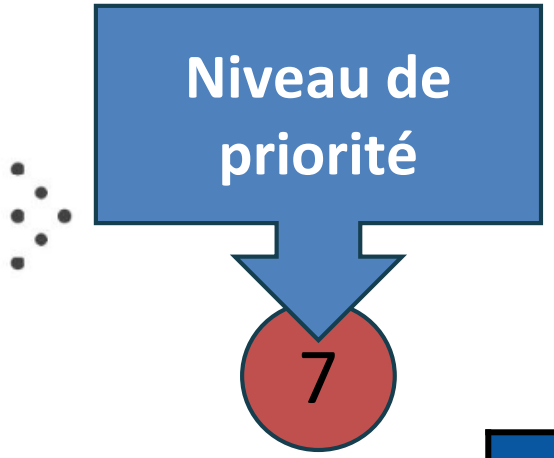
CTAS (2025)



Motif de la consultation

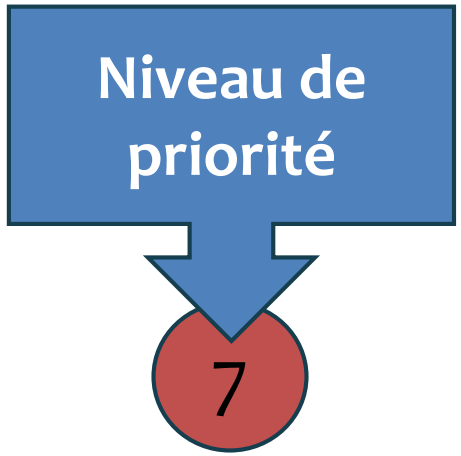


Évaluation de la douleur



Niveau 1 - Réanimation	Immédiat
Niveau 2 – Très urgent	15 minutes
Niveau 3 – Urgent	30 minutes
Niveau 4 – Moins urgent	60 minutes
Niveau 5 – Non urgent	120 minutes

CTAS (2025)



Exemples d'interventions*

- ECG
- B-HCG
- Radiographie (ex. : genou, poignet, etc.)
- Analyse d'urine

- Acétaminophène (Tylenol)
- Nitrospray
- Dimenhydrinate (Gravol)
- Ondansetron (Zofran)
- Tx hypoglycémie
- Lavage oculaire

**varient selon les milieux cliniques*

Niveau de priorité

7

Aires de traitement



Réorientation clinique médicale ou domicile selon protocole en vigueur dans votre milieu



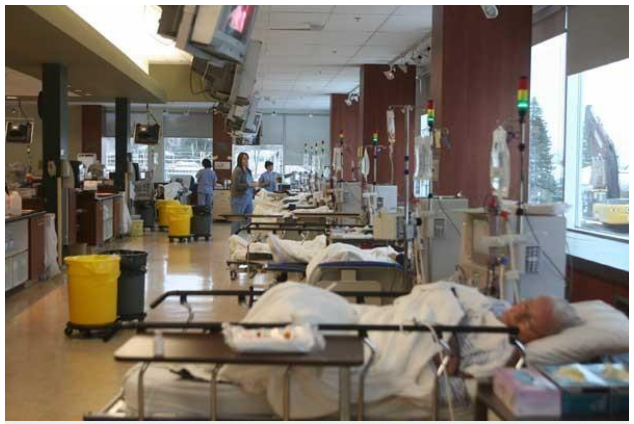
Salle d'attente
Secteur ambulatoire



Rapid Assessment Zone (RAZ) ou
Zone d'évaluation verticale (ZEV)



Salle de réanimation
Salle de traumatologie



Évaluation AVEC ou SANS monitoring cardiaque

Réévaluation

8

- Délai de réévaluation selon la priorité de l’ETG
- Évaluation visuelle vs évaluation ciblée vs évaluation complète
- Toutes les personnes (salle d’attente et sur civière)
- Changement de priorité possible
- Documentation essentielle

Combien de temps cette personne peut-elle attendre de façon **sécuritaire** ?

CTAS (2025)

Période de questions

Pause

Retour prévu à 10 h 40

Fonctionnement des ateliers



Nous vous présenterons d’abord une vignette clinique. Vous serez ensuite invités à échanger en groupe selon deux angles complémentaires :

1. **Comprendre la situation**
2. **Dégager les apprentissages**

Robert B., 58 ans

Vignette clinique fictive

Café citoyen : le masquage diagnostique

Qui est Robert?

- Robert est connu pour une schizophrénie paranoïde diagnostiquée à l'âge de 25 ans.
- Il est stable depuis plus de 15 ans et n'a pas consulté à l'urgence pour un épisode psychotique depuis ce temps.
- Il vit seul en appartement, gère ses finances.
- Il prend sa médication, qu'il tolère bien, de façon volontaire et autonome.
- Ses médicaments servent à stabiliser l'humeur et la pensée, tout en protégeant le cœur et en régulant le sucre sanguin.
- Sa sœur Josée le décrit comme une personne fonctionnelle.

18 h 15 – Au restaurant

Sur l'heure du souper, à 18 h 15, Robert est au restaurant avec sa sœur Josée.

Soudainement, il a de la difficulté à s'exprimer, cherche ses mots et semble ralenti. À plusieurs reprises, il est incapable d'identifier les objets devant lui.

Préoccupée, Josée décide de l'amener à l'urgence la plus proche, où il est connu en raison de ses séjours en psychiatrie.

19 h 00 – Arrivée à l'urgence

Robert arrive à l'urgence accompagné de sa sœur. À l'accueil, Josée explique :

« Depuis tantôt, il n'est plus comme d'habitude. Il répond bizarrement. Il cherche ses mots. Il semble confus. »

À l'accueil (1)

L'infirmier consulte le dossier et remarque le diagnostic de schizophrénie ainsi que la médication habituelle. Il s'adresse à Robert :

« Est-ce que vous entendez des voix en ce moment ? »

Robert tarde à répondre. Josée intervient :

« Non, il n'entend pas de voix. Il n'est juste pas capable de parler comme d'habitude. »

À l'accueil (2)

L'infirmier poursuit, en levant la voix comme si Robert était sourd :

« Est-ce que vous prenez encore vos médicaments comme prescrit ? »

Avant que Robert puisse répondre, Josée réagit, irritée par ces questions qui selon elle n'ont pas de lien avec l'état de son frère :

« Oui, oui, il prend ses médicaments! Depuis tantôt il ne parle plus normalement. »

Les signes vitaux de Robert


Cette photo par Auteur inconnu est soumise à la licence CC BY

Tension artérielle	**172/96 mmHg**	**élevée**
Fréquence cardiaque	88/min	normal
Fréquence respiratoire	18/min	normal
Saturation en oxygène (SpO_2)	97 %	normal
Température	36,8 °C	normal
Glycémie capillaire (taux de sucre dans le sang)	7,4 mmol/L	normal

Au triage

Aucune évaluation neurologique n'est effectuée.

Par exemple, ce serait de vérifier si la personne parle normalement, si son visage est symétrique, ou si sa force musculaire est normale.

Robert reçoit une cote **P3** et est dirigé vers la salle d'attente.

20 h 45 – Josée retourne au triage

Vers 20 h 45, Josée remarque que son frère est pire qu'à son arrivée. Il parle très peu, semble ne plus comprendre certaines questions et échappe sa bouteille d'eau lorsqu'il tente de la prendre avec sa main droite. Elle retourne au triage, angoissée :

« Il va vraiment moins bien. Est-ce que quelqu'un peut le revoir ? »

On lui répond :

« Je comprends madame, mais il y a énormément d'achalandage ce soir. Je ne peux pas vous dire le temps d'attente. SVP dites-lui de rester calme en attendant. »

22 h 15 – L'état se détériore

L'état de Robert s'est davantage détérioré. Il ne s'exprime presque plus et sa sœur remarque que le côté droit de son visage semble affaissé.

Elle retourne une deuxième fois au poste de triage. On lui répète qu'il y a un important volume de patients à voir.

Josée est anéantie, elle se sent impuissante, elle ne comprend pas pourquoi on ne la prend pas au sérieux.

23 h 10 – Réévaluation

Ce n'est qu'à 23 h 10 que Robert est finalement réévalué.

Cette fois, l'infirmière voit tout de suite que Robert a de grandes difficultés à parler, que sa joue et sa bouche tombent du côté droit, et qu'il n'arrive presque plus à bouger le bras droit.

Un code AVC (accident vasculaire cérébral) est déclenché.

Le résultat

Un test d'imagerie **confirme un AVC** causé par un blocage d'une grosse artère du cerveau.

Plus de 5 heures se sont écoulées depuis le début des symptômes, **il est maintenant trop tard** pour lui donner le médicament qui pourrait dissoudre les caillots, et les chances de rétablir la circulation sanguine sont très faibles.

Chronologie de la soirée



Avez-vous des questions?

Comprendre la situation | 20 minutes

À partir de la vignette clinique, échangez en groupe afin de :

- Préciser ce qui vous interpelle ou retient votre attention ;
- Identifier les facteurs qui ont menés à cette situation.



Dégager les apprentissages | 25 minutes

À partir de la vignette clinique, échangez en groupe afin de :

- Déterminer ce qui aurait pu être fait différemment dans cette situation ;
- Dégager les conseils à transmettre aux personnes utilisatrices de services et à leur entourage ;
- Identifier les messages à transmettre aux professionnel(le)s



Retour collectif

- Chaque table présente ses principaux constats.



Conclusion

- Quelles sont les prochaines étapes du projet ?

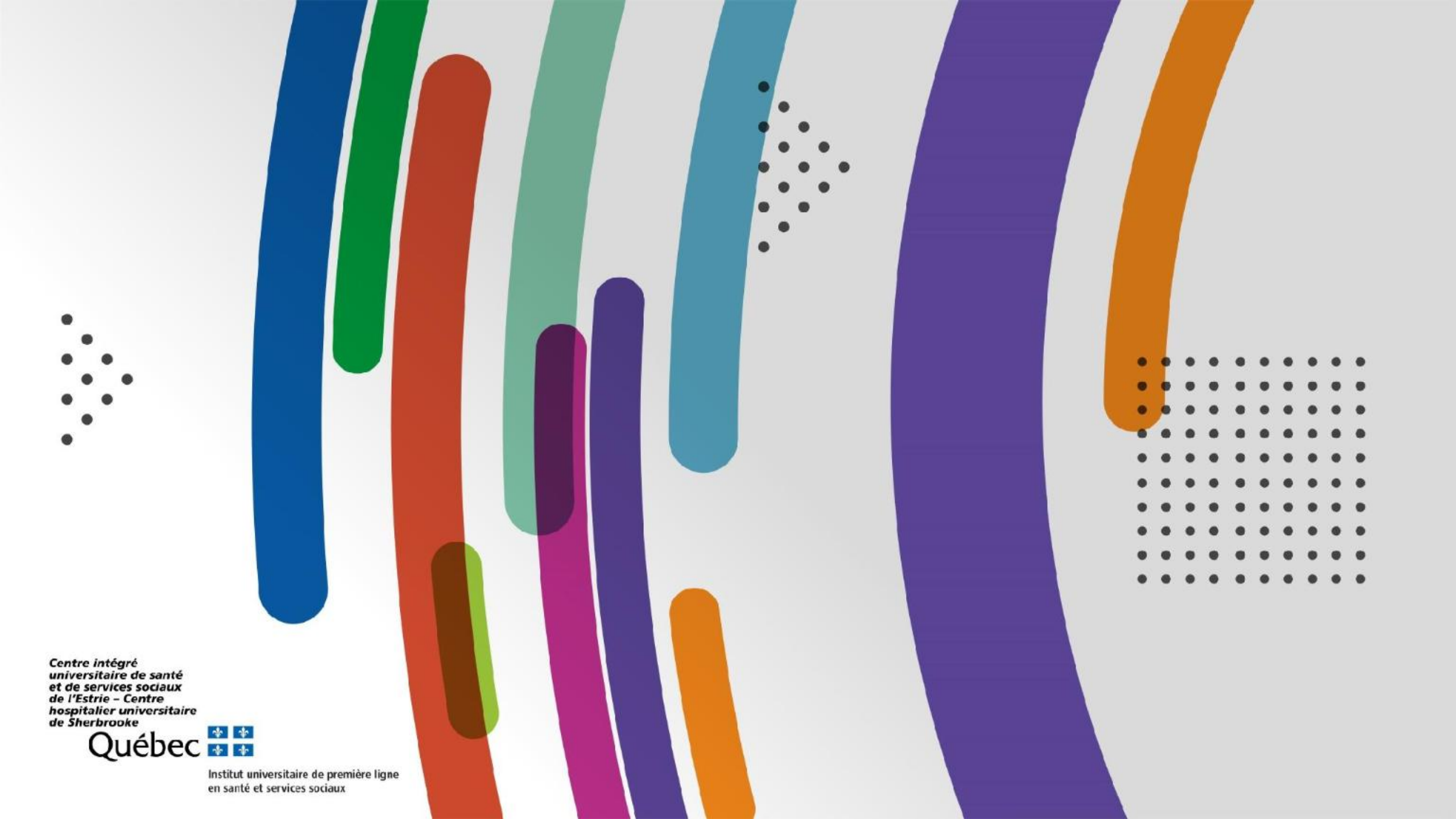
Avant de nous quitter



- Avec quoi repartez-vous aujourd'hui ?
- Quel message essentiel retenez-vous ?
- Quel apprentissage vous semble le plus important ?

Merci de votre participation !





Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Québec

Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux