

Santé physique et diagnostic psychiatrique : quand le masquage diagnostique compromet l'accès aux soins requis par la condition de la personne

Marie-Claude Jacques¹, Pierre Pariseau-Legault², Magaly Brodeur¹, Aziza Driouch¹

¹ Université de Sherbrooke

² Université du Québec en Outaouais

FAITS SAILLANTS

- Le masquage diagnostique est un phénomène par lequel des symptômes physiques sont attribués à tort au trouble mental d'une personne.
- Ce phénomène est rapporté par de nombreuses personnes qui ont un diagnostic psychiatrique, dont les problèmes de santé physique en viennent à être ignorés.
- Il peut entraîner des délais de traitement importants, pouvant dans certains cas mener à des décès, faute de soins au moment opportun.
- Les causes de ce phénomène sont complexes, mais la stigmatisation envers les personnes psychiatisées en est un facteur central.
- Pour réduire le masquage diagnostique, les professionnel(le)s de la santé de première ligne devraient bénéficier d'activités de sensibilisation, de formations pertinentes et d'un meilleur soutien dans leur pratique.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Les données épidémiologiques révèlent une réduction significative de l'espérance de vie de 10 à 20 ans chez les personnes vivant avec un trouble de santé mentale par rapport à la population générale, atteignant jusqu'à 15,4 années de vie perdues pour certains troubles, tels que la schizophrénie et les troubles bipolaires (1,2). Ce phénomène est également aggravé par des maladies cardiovasculaires, les cancers et le suicide (3). De plus, le risque de décès est doublé pour les maladies infectieuses et est triplé pour les infections respiratoires telles que la pneumonie (3).

En plus des comportements de santé à risque comme le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité, qui ne sont pas uniques aux personnes ayant un problème de santé mentale, la surmortalité résulte de multiples facteurs. Pour ces personnes, les comorbidités physiques mal prises en charge et un accès limité aux soins (1) sont des facteurs importants expliquant cette situation. L'un des facteurs expliquant ce manque de soins en temps opportun est **le phénomène du masquage diagnostique**. Ce phénomène survient lorsque les symptômes physiques d'une personne sont erronément attribués à un trouble mental (4). Il est rapporté par de nombreuses personnes ayant à leur dossier un diagnostic de trouble mental ou un trouble lié à l'usage de substances

(TUS) (5–7), indépendamment de leur condition mentale. Au Québec, le Collectif *La santé sans préjugés*, composé de personnes qui ont subi le masquage diagnostique, le définit comme le fait de ne pas être reconnu, écouté et cru lorsqu'elles rapportent des maux physiques, des agressions subies ou des effets secondaires de leur médication psychiatrique (8).

Le diagnostic de trouble mental ou de TUS devient un objet de stigmatisation permanent dans le dossier médical de la personne. Même si son état mental est stable depuis des années, ses plaintes physiques seront interprétées comme des symptômes psychiatriques; on lui dira que « c'est dans sa tête », on mettra en doute son adhésion à sa médication psychiatrique et souvent, elle sera orientée vers une unité de soins psychiatrique, sans investigation sur l'origine réelle de ses symptômes (5,6).

Par exemple, nous avons documenté dans une étude antérieure l'expérience de Bastien [pseudonyme], survenue dans le système de santé québécois. Pendant des mois, Bastien a souffert de vomissements persistants et d'une soif intense, mais ses symptômes ont été systématiquement attribués à une schizophrénie récemment diagnostiquée. Plutôt que d'être pris au sérieux et d'obtenir des examens appropriés, il était interrogé sur son niveau de stress et sur son adhésion à la médication antipsychotique. Ce n'est qu'après avoir consulté dans une clinique où il était inconnu, sans mentionner sa schizophrénie, qu'un diabète sévère a été diagnostiqué, avec une glycémie atteignant des niveaux critiques. Il a dû être hospitalisé plusieurs jours pour que son diabète soit stabilisé (9). Pourtant, l'hyperglycémie est une conséquence relativement courante de la prise d'antipsychotiques. Ce cas illustre d'une manière frappante les conséquences du phénomène du masquage diagnostique sur l'accès aux soins, et soulève les risques de détérioration évitables de la santé et une augmentation des coûts pour le système de santé.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Stigmatisation. La stigmatisation en santé mentale est un phénomène largement documenté et reconnu comme une barrière à l'accès aux soins de santé physique (4). Ainsi, 20 % des Canadiens diagnostiqués d'un trouble mental et 50 % de ceux en rétablissement d'un TUS déclarent avoir subi des préjugés, de la stigmatisation ou de la discrimination dans le système de santé canadien (10). Parmi les mécanismes en cause, les biais cognitifs influencent la prise de décision des professionnels, les amenant à se fier seulement à leur première impression, à tirer des conclusions hâtives et à fonder leur jugement sur des préconceptions concernant des catégories de personnes (p. ex. genre, ascendance culturelle, état psychiatrique). Les préjugés les plus courants envers les personnes psychiatisées suggèrent qu'elles sont incapables d'évaluer leur propre état de santé, peu crédibles ou incompetentes dans la gestion de leurs soins (11). Plus préoccupant encore, soulignons que les personnes aux prises avec des troubles mentaux sont souvent perçues comme une clientèle impopulaire dans les milieux de soins de première ligne, particulièrement à l'urgence. Plusieurs professionnels œuvrant en première ligne ne sont pas désireux de les soigner et des cas de refus de prise en charge médicale ont été clairement documentés (12).

Présentations cliniques complexes. Les comorbidités physiques et psychiatriques constituent des défis diagnostiques complexes en contexte de première ligne, rendant leur investigation plus difficile. Par exemple, les symptômes psychiatriques peuvent compliquer l'évaluation, notamment si la personne est désorientée, agitée ou peu coopérative. Il peut également être difficile pour la personne elle-même de distinguer si ses symptômes sont d'origine physique ou psychologique. Plus encore, par crainte de stigmatisation, certaines personnes dissimulent leurs diagnostics psychiatriques ou leurs traitements pharmacologiques associés, rendant l'évaluation plus difficile pour les professionnel(le)s et augmentant ainsi le risque d'interactions médicamenteuses indésirables (5).

Enjeux structurels. L'organisation fragmentée des services, la formation des professionnel(le)s de la santé, la pratique en silo et l'absence de consensus sur la répartition des responsabilités entre professionnel(le)s et spécialistes peuvent compliquer la prise en charge des personnes atteintes de comorbidités complexes. De plus, des cultures profondément ancrées dans certains milieux de soins perpétuent des attitudes stigmatisantes envers les personnes vivant avec un trouble de santé mentale (11). Les contraintes de temps, la pression pour réduire les listes d'attente ou encore les systèmes de facturation médicale (p. ex. une visite = un seul diagnostic) sont également identifiés comme éléments défavorables aux soins médicaux de qualité pour cette population (4,5). Enfin, les étiquettes de « grand(e) utilisateur(trice) de services » dans le dossier médical (physique ou informatisé) sont particulièrement dommageables et contribuent à la stigmatisation (13).

Délais ou non-accès aux soins. Le masquage diagnostique entraîne des délais de soins pouvant être fatals (6). Les personnes peuvent se retrouver indûment orientées vers la psychiatrie, privées des investigations requises et exposées à des délais de diagnostic et de prise en charge. Certaines quittent l'urgence avec une simple modification ou augmentation de leur médication psychiatrique, sans intervention complémentaire. Des témoignages rapportent une détérioration de l'état de santé et des dommages irréversibles (14).

Sentiment de déshumanisation et stratégies de survie. Il est essentiel de ne pas sous-estimer la détresse profonde et la colère ressentie lorsqu'une demande d'aide pour un problème de santé légitime n'est pas prise au sérieux. Ces personnes se heurtent à un manque de réponse à leurs questions tandis que les propos du personnel soignant à leur égard peuvent être désobligeants (7). Cette situation fragilise davantage des personnes déjà vulnérables sur le plan mental, les amenant à douter d'elles-mêmes et de leurs capacités, ce qui engendre un profond sentiment de perte de pouvoir (5). Pour contourner ces obstacles, certaines adoptent des stratégies risquées pour recevoir des soins, comme cacher leur diagnostic psychiatrique lors d'une visite à l'urgence ou attendre trop longtemps avant de consulter, augmentant ainsi le risque de complications (13). Enfin, pour être prises au sérieux, des personnes choisissent de toujours se présenter aux consultations médicales accompagnées d'une personne proche ou d'un(e) intervenant(e), renforçant ainsi l'image d'incapacité à gérer sa propre santé (13).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Bien que le phénomène du masquage diagnostique ait été identifié par la recherche il y a une quarantaine d'années, il demeure courant, toléré dans certains milieux et rarement dénoncé. Les personnes aux prises avec des troubles mentaux hésitent à porter plainte à la suite de tels événements, ce qui contribue à minimiser l'ampleur réelle du phénomène et de ses conséquences. La recherche actuelle repose principalement sur des enquêtes et des témoignages, offrant ainsi une vision partielle du problème. En effet, bien que le phénomène et ses conséquences sur les personnes soient bien décrits, les mécanismes sous-jacents liés à la culture organisationnelle et à la gestion de ces situations dans les milieux de soins restent peu connus.

Néanmoins, il est impératif d'agir sans attendre. Les professionnel(le)s de santé de première ligne, incluant ceux et celles œuvrant à l'urgence, devraient bénéficier de formations et d'activités de sensibilisation basées sur les meilleures pratiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes ayant un trouble mental ou liés à l'usage de substances, principalement des activités impliquant des personnes ayant vécu le masquage diagnostique. Par ailleurs, les directions d'établissements devraient prendre position pour dénoncer ce phénomène et s'engager à mettre en place des mesures concrètes pour le combattre, accompagnées d'une évaluation continue de leur efficacité (15).

RÉFÉRENCES

1. Chan JKN, Correll CU, Wong CSM, Chu RST, Fung VSC, Wong GHS, et al. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. 2023 Nov 1; 65:102294.
2. Chen D, Ejlskov L, Laustsen LM, Weye N, Sørensen CLB, Momen NC, et al. The Role of Socioeconomic Position in the Association Between Mental Disorders and Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*. 2024 Feb 1;81(2):125–34.
3. Ronaldson A, Santana IN, Carlisle S, Atmore KH, Chilman N, Heslin M, et al. Severe mental illness and infectious disease mortality: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine* [Internet]. 2024 Nov 1 [cited 2025 Feb 2];77. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(24\)00446-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(24)00446-2/fulltext)
4. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, Baker S, Brohan E, Chammay R el, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*. 2022 Oct 22;400(10361):1438–80.
5. Molloy R, Brand G, Munro I, Pope N. Seeing the complete picture: A systematic review of mental health consumer and health professional experiences of diagnostic overshadowing. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 1];n/a(n/a). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.16151>
6. Happell B, Ewart SB, Bocking J, Platania-Phung C, Stanton R. 'That red flag on your file': Misinterpreting physical symptoms as mental illness. *Journal of Clinical Nursing*. 2016 Oct;25(19–20):2933–42.

7. Cunningham R, Imlach F, Lockett H, Lacey C, Haitana T, Every-Palmer S, et al. Do patients with mental health and substance use conditions experience discrimination and diagnostic overshadowing in primary care in Aotearoa New Zealand? Results from a national online survey. *Journal of Primary Health Care*. 2023;15(2):112–21.
8. Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, Action autonomie, Prise II, ReprésentAction santé mentale Québec. Collectif la santé sans préjugés. n.d.
9. Jacques, M., St-Cyr Tribble, D. et Bonin, J. (2016). Le dévoilement de soi chez les hommes vivant avec la schizophrénie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 126(3), 80-92. <https://doi.org/10.3917/rsi.126.0080>.
10. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2019). « Lutte contre la stigmatisation, vers un système de santé plus inclusif. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019 ». Ottawa, ON: ASPC. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
11. Nash M. Diagnostic overshadowing: a potential barrier to physical health care for mental health service users. *Mental Health Practice*. 2013 Dec;17(4):22–6.
12. Ozenne J. La stigmatisation en santé mentale dans le contexte de pandémie. *Observations cliniques et premières interrogations*. *L'information psychiatrique*. 2021;97(1):19–26.
13. Clarke DE, Dusome D, Hughes L. Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007 Apr;16(2):126–131.
14. Shefer G, Henderson C, Howard LM, Murray J, Thornicroft G. Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. *PLOS ONE*. 2014 Nov 4;9(11):e111682.
15. Commission de la santé mentale du Canada. Combattre la stigmatisation structurelle dans les soins de santé. Un guide de mise en œuvre pour susciter un véritable changement pour et avec les personnes vivant avec la maladie mentale et/ou des problèmes d'usage de substances [Internet]. Ottawa, canada; 2023. Available from: <https://commissionsantementale.ca/stigmatisation-structurelle/eliminer-stigmatisation-structurelle-dans-les-soins-de-sante/>

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*.

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.