

MÉMOIRE PRÉSENTÉ DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION NATIONALE
Vers une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale,
itinérance et dépendance

**Le masquage diagnostique :
un obstacle invisible à des soins et services de qualité et sécuritaires pour les personnes
aux prises avec des problématiques de santé mentale, itinérance et/ou dépendances.**

Marie-Claude Jacques, inf., PhD
Professeure titulaire, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
Chercheuse, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
(IUPLSSS), CIUSSS Estrie-CHUS

Pierre-Pariseau Legault, inf., PhD
Professeur titulaire et co-directeur scientifique, Centre de recherche de Montréal sur les
inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté
(CREMIS)

Magaly Brodeur, MD, PhD
Professeure agrégée, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de
Sherbrooke
Titulaire de la Chaire de recherche sur les dépendances comportementales et la
réduction des méfaits
Chercheuse à l'IUPLSS au Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke (CRCHUS) et chercheuse à l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD)

et

Le Collectif La Santé sans préjugés

MÉMOIRE PUBLIC

5 mai 2026

POUR NOUS JOINDRE

Pour joindre l'Équipe de recherche :

Marie-Claude Jacques, inf., PhD
Professeure titulaire, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
Chercheuse, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
(IUPLSSS), CIUSSS Estrie-CHUS
Tél : (450) 463-1835 poste 61512
Cell. : (819) 620-3466
Courriel : marie-claude.jacques@usherbrooke.ca

Pour joindre le Collectif la santé sans préjugés :

Lisa Benisty
Co-directrice de Prise II
Ressource alternative en santé mentale
Tél : (514) 858-0111
Courriel : lisabenisty@prise2sm.ca

Pour citer ce document :

Jacques, M.-C., Pariseau Legault, P., Brodeur, M., et Le Collectif La Santé sans préjugés. (2026). *Le masquage diagnostique : un obstacle invisible à des soins et services de qualité et sécuritaires pour les personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale, itinérance et/ou dépendances*. Mémoire déposé dans le cadre de la consultation nationale du Gouvernement du Québec : « Vers une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, itinérance et dépendance ».



Document conçu avec l'appui de Claude (Anthropic 2026, version Opus 4.7) comme assistant de rédaction.

Validation et responsabilité du contenu : M.-C. Jacques.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	4
1. Présentation du collectif et de l'équipe de recherche	5
2. Le masquage diagnostique : Constats.....	6
Inégalités de santé.....	6
Le masquage diagnostique.....	6
Des soins retardés, refusés, ou manqués	12
Une expérience de déshumanisation aux conséquences durables.....	13
3. Enjeux et défis	14
Au niveau individuel et clinique	14
Au niveau organisationnel :.....	16
Au niveau systémique :.....	18
4. Recommandations.....	19
Recommandation 1 : Reconnaître officiellement le masquage diagnostique dans les politiques québécoises de santé	19
Recommandation 2 : Associer le Collectif La Santé sans préjugés à une campagne nationale de sensibilisation destinée aux personnes professionnelles de la santé	20
Recommandation 3 : Développer des outils de documentation des cas de masquage diagnostique	20
Recommandation 4 : Intégrer le masquage diagnostique dans le mandat des commissaires aux plaintes.....	20
Recommandation 5 : Prioriser la formation sur la stigmatisation, avec des approches pédagogiques fondées sur la stratégie de contact avec des personnes ayant une expérience vécue des troubles psychiatriques.....	21
Recommandation 6 : Garantir un accès réel à la première ligne pour toute personne ayant un diagnostic psychiatrique.....	21
Recommandation 7 : Encadrer le déploiement du dossier de santé numérique pour prévenir l'amplification du masquage diagnostique.....	21
Recommandation 8 : Soutenir et financer la recherche sur le masquage diagnostique au Québec.....	22
5. Réflexions sur l'intégration des services santé mentale/itinérance/dépendances ...	24
Une intégration incomplète qui risque de déplacer le problème	24
Les conditions de travail nécessaires pour humaniser les soins et services, au-delà de l'organisation des services.....	24
Une organisation des services à la hauteur de l'exigence	25
6. Références	26

RÉSUMÉ

Les personnes vivant avec un trouble de santé mentale meurent en moyenne 10 à 20 ans plus tôt que le reste de la population, des décès largement attribuables à des maladies physiques qui progressent sans être soignées. Ce mémoire soutient qu'un mécanisme bien encore peu reconnu au Québec contribue significativement à cette inégalité : le masquage diagnostique. Le masquage diagnostique survient lorsque le diagnostic psychiatrique inscrit au dossier d'une personne active des préjugés qui court-circuitent le raisonnement clinique, renvoient les symptômes à l'étiquette psychiatrique et laissent le problème sans prise en charge adéquate, compromettant la rigueur clinique, blessant la personne dans sa dignité et constituant un enjeu important à l'accès, à la qualité, et à la sécurité des soins et des services.

Ce mémoire s'appuie sur un projet de recherche-action participative financé par le CRSH, mené conjointement par l'équipe de recherche et Le Collectif La Santé sans préjugés. Une revue de la portée portant sur 52 écrits scientifiques et 36 entretiens réalisés dans huit régions du Québec ont permis de documenter une soixantaine de situations de masquage diagnostique et d'en dégager six caractéristiques : disqualification du savoir expérientiel, expérience d'irrespect, attribution des symptômes à l'étiquette psychiatrique, décision clinique sans fondement adéquat, raison de consultation non résolue et ressenti douloureux. Le mémoire formule huit recommandations à l'intention du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Si une priorisation s'impose, deux actions fondatrices sont proposées : la reconnaissance officielle du masquage diagnostique comme problème de sécurité des soins dans les politiques québécoises, et l'association formelle du Collectif La Santé sans préjugés à une campagne nationale de sensibilisation destinée aux professionnels de la santé. Enfin, ce mémoire soulève une préoccupation centrale quant à la proposition d'intégration des services : l'absence des soins physiques de cette intégration risque de ghettoïser davantage des personnes déjà stigmatisées, et de déplacer le problème plutôt que de le résoudre.

1. PRÉSENTATION DU COLLECTIF ET DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

Le Collectif *La santé sans préjugés* (ci-après, le Collectif) est un groupe de réflexion et d'action montréalais composé d'une trentaine de personnes militantes en santé mentale, soit des personnes premières concernées et personnes intervenantes ou coordonnatrices issues d'organismes membres du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec [RRASMQ]. Depuis 2020, ce Collectif travaille à mettre en lumière la moindre qualité des soins et services reçus par les personnes qui ont un diagnostic psychiatrique et qui consultent dans le réseau de la santé pour des symptômes physiques, en s'intéressant particulièrement aux préjugés à leur endroit. Un corpus de connaissances scientifiques croissant suggère que ces préjugés contribuent au phénomène du masquage diagnostique. Ancré dans l'expression «J'ai mal et on ne me croit pas», le masquage diagnostique est décrit par le Collectif comme le fait que des personnes, en raison d'un diagnostic psychiatrique, ne sont ni crues ni écoutées lorsqu'elles parlent : 1) de maux physiques; 2) d'agressions subies ou encore, 3) des effets secondaires des médicaments (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale et al., n.d.).

À la suite de travaux menés conjointement par l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec et avec les regroupements régionaux de personnes utilisatrices de services en santé mentale (ReprésentACTION Santé Mentale Québec), le Collectif a interpellé notre équipe de recherche (Jacques, Pariseau-Legault et Brodeur) afin d'en savoir plus l'état des connaissances à l'égard du phénomène du masquage diagnostique. L'objectif était de fournir au Collectif des connaissances scientifiques sur cette problématique. Nous avons donc conçu, conjointement avec le Collectif, un projet de recherche-action participative, qui a été financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (numéro de subvention : 892-2022-3072).

Ce projet de recherche a permis d'approfondir notre compréhension de la problématique du masquage diagnostique, tant en ce qui concerne ses causes, ses caractéristiques et conséquences sur le bien-être, la santé et l'affiliation des personnes concernées aux

services. Le présent mémoire vise à éclairer le gouvernement du Québec sur cette problématique qui constitue un obstacle invisible, mais majeur, à l'accès aux services de santé et des soins de qualité et sécuritaires pour les personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale, itinérance et/ou dépendances.

2. LE MASQUAGE DIAGNOSTIQUE : CONSTATS

Inégalités de santé

Les personnes vivant avec un trouble de santé mentale meurent en moyenne 10 à 20 ans plus tôt que le reste de la population — on estime que jusqu'à 15 années de vie sont perdues pour celles atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires (Chan et al., 2023; Chen et al., 2024). Ces décès prématurés ne s'expliquent pas uniquement par les comportements à risque souvent associés aux troubles mentaux : tabagisme, sédentarité, insécurité alimentaire. Ils résultent surtout de maladies physiques qui progressent sans être soignées : maladies cardiovasculaires, cancers, infections. Le risque de mourir d'une maladie infectieuse est deux fois plus élevé chez ces personnes, et trois fois plus élevé pour une infection respiratoire, comme la pneumonie (Pardamean et al., 2022; Ronaldson et al., 2024). Des maladies qui sont traitables, dans la plupart des cas. Il s'agit donc de décès évitables.

La question centrale n'est donc pas seulement de déterminer *pourquoi ces personnes tombent-elles malades*, mais plutôt *d'étudier ce qui explique les enjeux d'accès et de prise en charge des maladies physiques*. La réponse tient en partie à des obstacles structurels bien connus, tels que l'accès limité aux soins et à la pauvreté (Knaak et al., 2020). Mais elle tient aussi à un mécanisme clinique moins visible, qualifié de manière variable par les soignants, et pourtant bien documenté dans la littérature scientifique : le masquage diagnostique (Firth et al., 2019).

Le masquage diagnostique

Dans une récente revue systématique sur l'expérience des personnes concernées et des personnes soignantes, Molloy et al. (2021), décrivent le masquage diagnostique comme un «phénomène complexe et potentiellement mortel qui se produit lorsque les symptômes physiques signalés par les personnes utilisatrices de services de santé mentale sont attribués à tort à la maladie mentale par le personnel soignant» [p. 1, traduction libre]. Ce phénomène a été documenté par de nombreuses études réalisées dans plusieurs pays (Hallyburton & Allison-Jones, 2023; Thornicroft et al., 2022), ainsi que chez les personnes en situation d'itinérance et aux prises avec des dépendances (Elmquist et al., 2024; Martínez-Martínez et al., 2025; Preston et al., 2024).

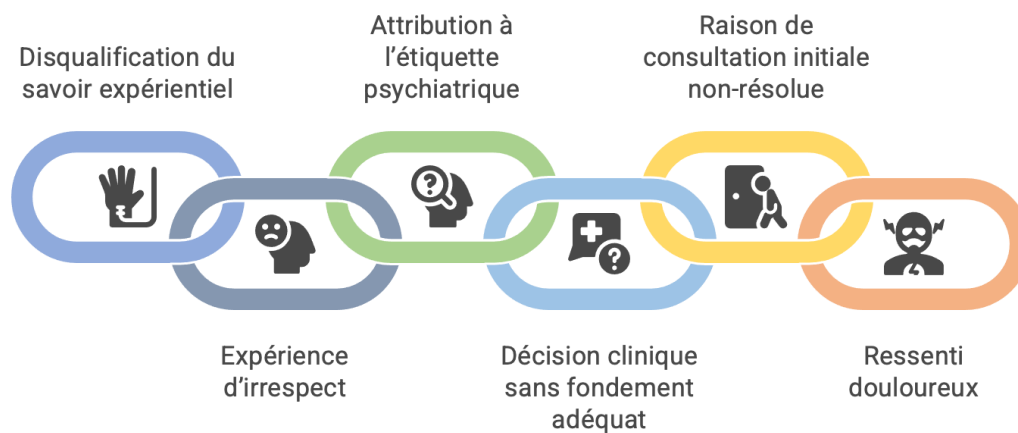
Nos travaux de recherche avec le Collectif visaient à approfondir la compréhension du phénomène de masquage diagnostique à partir des connaissances existantes et des données recueillies en sol québécois. Nous avons donc réalisé une recension des écrits internationaux sur le sujet sous forme d'une revue de la portée et réalisé des entretiens semi-dirigés auprès des principaux acteurs concernés. Nous avons ainsi recensé un total de 52 écrits scientifiques et théoriques sur le sujet, en recueillant parallèlement les témoignages et le point de vue de 36 personnes provenant de 8 différentes régions du Québec. Les participants à cette phase de la recherche représentaient dix-sept (n = 17) personnes avec un diagnostic psychiatrique qui ont vécu au moins une situation de masquage diagnostique, neuf (n = 9) membres de l'entourage (mères, fille, sœur, intervenante proche de la personne) et dix (n = 10) personnes professionnelles de la santé : médecins de famille (n=2), urgentologues (n=2), ainsi des infirmières d'urgence (n=2), de liaison (n=1), d'Info-Santé (n=1) et praticiennes spécialisées de première ligne (n=2).

Les citations en encadré dans le texte qui suit proviennent de ces personnes participantes du Québec.

Une soixantaine de situations de masquage diagnostique ont été documentées dans le cadre de cette recherche. Un constat important est que ce phénomène, dans sa construction, dépasse largement la simple erreur d'attribution de symptômes. En effet, il

s'agit en fait de situations où le diagnostic psychiatrique inscrit au dossier (indépendamment de la condition mentale de la personne au moment de la consultation) active des préjugés qui court-circuitent le raisonnement clinique, renvoient les symptômes à l'étiquette psychiatrique et laissent le problème sans prise en charge adéquate, compromettant la rigueur clinique, blessant la personne dans sa dignité et constituant un enjeu important à l'accès, à la qualité, et à la sécurité des soins et des services. Nous avons dégagé de ce phénomène six caractéristiques, illustrés dans la figure 1.

Figure 1 : Caractéristiques du masquage diagnostique



- 1) **Disqualification du savoir expérientiel.** Disposition de départ qu'adopte la personne professionnelle de la santé en raison des préjugés envers les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. On ne croira pas la personne au sujet des douleurs ou autres symptômes qu'elle rapporte, son vécu peut être minimisé et ses paroles ignorées. Par exemple, dans notre recherche, Brigitte¹ nous a rapporté avoir vécu beaucoup de stress, car elle était en attente pour une chirurgie de la vessie alors qu'elle était hospitalisée en psychiatrie. Elle en a avisé le personnel, car elle craignait de ne

¹ Afin de préserver la confidentialité, les noms des personnes participantes à la recherche ont été remplacés par des pseudonymes.

pas être joignable pendant cette hospitalisation et manquer son rendez-vous de chirurgie. Le personnel a mentionné ne pas la croire, car cette information n'était pas indiquée dans son dossier médical. Brigitte, qui était hospitalisée de façon volontaire, a décidé de quitter l'hôpital pour ne pas manquer sa chirurgie.

- 2) **Expérience d'irrespect.** Le masquage diagnostique inclut un manque de considération pour la personne. Notre recherche documente de nombreuses situations où la personne est infantilisée, où son jugement est systématiquement mis en doute, et où l'empathie est manifestement absente.

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 ».

Iliane, personne ayant vécu le masquage diagnostique

- 3) **Attribution des symptômes à l'étiquette psychiatrique.** Ce qui est au cœur de la problématique du masquage diagnostique, c'est l'attribution des symptômes aux étiquettes et préjugés entretenus à l'égard des personnes qui ont des diagnostics psychiatriques. Les diagnostics inscrits au dossier de la personne vont l'étiqueter et ce, pour toujours, même si la personne est rétablie ou que le diagnostic a été retiré (ce qui est très rare). Les diagnostics les plus dommageables pour la personne sur le plan des préjugés sont, entre autres, le trouble de la personnalité limite, les troubles psychotiques, les troubles anxieux et les troubles d'usage de substances. Un préjugé répandu est que les personnes qui ont des troubles de santé mentale sont moins intelligentes (Alexa et al. (2026). Les préjugés les plus courants selon des diagnostics spécifiques sont mentionnés dans le tableau 1.

Tableau 1
Perceptions et préjugés courants au sujet des personnes qui ont des diagnostics psychiatriques

Diagnostic psychiatrique	Perceptions et préjugés courants au sujet des personnes qui ont ce diagnostic
Trouble de la personnalité limite	Recherche d'attention. Exagération de leurs symptômes.
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	Peuvent être imprévisibles, dangereuses. Il ne faut pas trop les questionner, cela peut les rendre agressives. Inaptes à juger de leur propre état de santé.
Troubles anxieux	Les symptômes, comme la douleur ou les palpitations cardiaques, sont imaginaires.
SOURCES : Alexa et al., 2026; Landry, 2022; MSSS, 2021	

Ces préjugés s'appuient sur des biais cognitifs plutôt que sur la condition mentale de la personne au moment de la consultation. Cela va même jusqu'à ignorer des signes cliniques évidents, par exemple, des signes de pneumonie ou de réaction allergique grave, comme dans le cas d'Alexandre, qui a développé des signes et symptômes de choc anaphylactique à la suite de l'administration d'halopéridol lors d'une hospitalisation en psychiatrie. Alexandre connaissait ces symptômes, car il avait déjà eu une telle réaction en raison d'une allergie alimentaire.

Et la troisième fois, elle [l'infirmière auxiliaire] 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.

Alexandre, personne ayant vécu le masquage diagnostique

Dans cet autre exemple, rapporté par une mère, même si la personne arrive en ambulance, et qu'elle rapporte ses symptômes de façon claire, incluant un problème connu (glaucome), l'étiquette « schizophrénie » prend quand même le dessus sur l'évaluation clinique :

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 tes douleurs physiques là. » Elle, elle voit [au dossier] « schizophrène ». [...].

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

Carla, mère d'une personne ayant vécu le masquage diagnostique

- 4) **Décision clinique sans fondement adéquat.** La personne professionnelle de la santé doit prendre sa décision et la communiquer à la personne pour mettre un terme à la consultation. La personne perçoit que le raisonnement évoqué s'écarte de la réalité vécue. La décision peut ainsi s'éloigner des soins requis par l'état de santé sur plan clinique, entraîner une non-résolution du problème à l'origine de la consultation et entraîner une remise en question de la pertinence des soins. Ceci inclut la délégation (ex. : référer la personne en psychiatrie), modifier la médication psychiatrique et l'absence d'explications suffisantes.

Il [le médecin de l'urgence] 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.

Lisanne, personne ayant vécu le masquage diagnostique

Lisanne avait mentionné avoir cessé de consommer de l'alcool depuis quelques années. Elle n'a pas été écoutée, ni avoir été examinée. Pourtant, elle se présentait à l'urgence pour de la fièvre et de la difficulté à respirer. On lui a finalement diagnostiqué une pneumonie, après deux jours d'hospitalisation en psychiatrie. Délai de soins évitable total : 72 heures. Durée de l'hospitalisation pour pneumonie : 9 jours.

- 5) **Raison de consultation initiale non résolue.** Ce volet du masquage diagnostique est tout aussi préoccupant. La personne se retrouve sans réponse ou sans réponse pertinente.

Elle reste avec son problème initial, ceci impliquant dans plusieurs cas des délais d'accès aux services requis pour sa condition (diagnostics et traitements).

- 6) **Ressenti douloureux.** Le ressenti douloureux n'est pas qu'une conséquence. Il fait partie intégrante de l'expérience du masquage diagnostique. C'est un ressenti difficile dans une démarche de recherche d'aide pour un problème de santé, vécu par des personnes qui vivent souvent dans un contexte d'isolement social qui s'ajoute aux défis déjà posés par leur état de santé. Les émotions difficiles les plus rapportées étaient la colère, l'impuissance et la détresse psychologique pouvant mener au désespoir et aux pensées suicidaires.

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 ?

Iliane, personne ayant vécu le masquage diagnostique

Vraiment enragé. La colère. J'avais pas... J'étais trop peur de utiliser mon voix. To... Je vais dire ça en anglais. To advocate for myself. Pour dire : « Non, c'est sérieux. Ça me fait sentir suicidaire. Je peux pas fonctionner. »

Benoît, personne [anglophone] ayant vécu le masquage diagnostique

Des soins retardés, refusés, ou manqués

Les conséquences du masquage diagnostique ne sont pas abstraites : elles se mesurent en diagnostics manqués, en hospitalisations évitables, et parfois en décès prématurés (Shefer et al., 2014). Trop souvent, la personne qui se présente à l'urgence avec des symptômes physiques quitte l'hôpital avec une simple modification de sa médication psychiatrique, sans investigation complémentaire, sans réponse à ce qui l'a amenée à consulter. Elle a été orientée vers la psychiatrie alors qu'elle avait besoin de services de cardiologie, de pneumologie, ou simplement d'une écoute clinique dégagée des préjugés liés à son dossier (Happell et al., 2016). Des témoignages documentent des détériorations évitables, des séquelles permanentes, des occasions thérapeutiques définitivement perdues (Shefer et al., 2014).

Quand elle est revenue, elle était comme totalement ébranlée. Là, elle... elle venait d'apprendre qu'elle avait un trou quand même assez important au niveau de l'os iliaque qui... qui était le cancer des os. Finalement. Puis, même avec ce qu'ils voyaient juste à la radiographie, il savait qu'il y avait peu de chances qu'elle réponde bien à un traitement.

Isis, intervenante qui a accompagné une personne qui a vécu le masquage diagnostique

Le médecin a fini après 3, au moins 3 fois, que [mon fils] est allé le voir pour dire « j'ai encore mal, ça, ça saigne [hémorroïdes]. Je peux rien faire, je peux pas faire d'activité, je peux pas faire de bénévolat, je peux rien faire parce que ça saigne, puis ça... ça... ça dépasse mes pantalons, tu sais ça... ça paraît là. Fait que je peux pas sortir de chez moi. » Fait que le médecin, à ce moment-là, l'a référé à un gastroentérologue. Et le gastroentérologue lui a fait un examen puis lui a dit « Ah ben, t'as bien fait de venir. » Puis, il lui a dit qu'il était pour lui faire une opération.

Gina, mère d'une personne qui a vécu le masquage diagnostique

Une expérience de déshumanisation aux conséquences durables

Au-delà des complications médicales, ce que vivent ces est une déshumanisation. Lorsqu'une demande d'aide légitime n'est pas prise au sérieux, lorsque les propos du personnel soignant sont désobligeants ou lorsque les questions restent sans réponse (Cunningham et al., 2023), le message reçu est clair : *votre souffrance physique compte moins que votre diagnostic psychiatrique*. Pour des personnes déjà fragilisées, cela se traduit souvent par un profond sentiment d'impuissance et une perte de confiance en leur propre perception de leur corps (Molloy et al., 2021).

Je suis sortie. Je pleurais puis je me sentais, tu sais, encore invalidée.

Iliane, personne ayant vécu le masquage diagnostique

Pas écouté. Comme une craque dans le système, une autre personne qui est juste perdue dans le système.

Benoît, personne ayant vécu le masquage diagnostique

Mais j'ai jamais compris pourquoi qu'ils ont... Pourquoi qu'ils ont réagi comme ça. C'est aussi soudainement comme, tu sais, sans venir me voir, sans me poser de questions. Moi, j'ai pas été considéré comme un être humain là.

Alexandre, personne ayant vécu le masquage diagnostique

Dans le cadre de notre recherche, nous avons recueilli les expériences de deux mères dont les fils sont décédés par suicide. Si notre recherche ne permet pas de faire un lien de cause à effet entre le masquage diagnostique et le suicide de ces deux jeunes hommes, il était cependant manifeste que les expériences de masquage diagnostique qu'ils ont subi ont causé une très grande souffrance psychique.

Ce que la littérature et nos entretiens menés en contexte québécois révèlent ensuite est particulièrement préoccupant : pour contourner ces obstacles, certaines personnes développent des stratégies de survie qui les exposent à des risques supplémentaires. Elles cachent leur diagnostic psychiatrique lors des consultations pour être prises au sérieux. Elles attendent trop longtemps avant de consulter, laissant une condition s'aggraver. Elles apprennent à ne jamais se présenter seules chez le médecin, non par choix, mais parce que l'expérience leur a appris qu'elles ne seront crues que si quelqu'un d'autre est là pour les valider (Clarke et al., 2007 ; Molloy et al., 2021). Ce faisant, elles renforcent malgré elles l'image d'une incapacité à gérer leur propre santé, ce qui est exactement un des stéréotypes qui alimentent le masquage diagnostique. Enfin, dans notre étude, trois personnes se sont résolues à consulter au privé.

3. ENJEUX ET DÉFIS

Au niveau individuel et clinique

Les préjugés et la stigmatisation des personnes qui ont un diagnostic ou un parcours psychiatrique constituent un enjeu central de la problématique du masquage diagnostique et ils sont encore malheureusement répandus dans les milieux de soins. Un second aspect, plus difficile à adresser, est la question des biais cognitifs inhérents au raisonnement

clinique. Ces raccourcis mentaux, que tout être humain utilise pour traiter rapidement l'information, deviennent problématiques lorsqu'ils orientent l'évaluation clinique avant même que celle-ci ait commencé (Hallyburton, 2022).

Tous les types de professionnels de la santé sont concernés et susceptibles d'avoir des pratiques marquées par la stigmatisation et le masquage diagnostique. Nous avons recensé des situations impliquant des médecins de famille, d'urgence ou spécialiste, des psychiatres, des paramédics, des infirmières ou des nutritionnistes. De plus, les personnes professionnelles de la santé débutantes auraient moins tendance à avoir des pratiques stigmatisantes.

J'étais CEPI [statut temporaire l'obtention d'un diplôme en soins infirmiers et la réussite de l'examen professionnel de l'OIIQ], puis j'étais dans les aires d'observation, puis la patiente, elle avait... oui, des troubles de santé mentale, mais moi, je trouvais que son comportement était vraiment étrange. [Elle] était vraiment agitée. Madame qui venait souvent, qui était amputée au niveau des jambes, son mari était là. Puis là, [...] moi, j'allais chercher de l'aide, puis j'allais voir le médecin. Puis, je disais «la madame, moi, personnellement, je trouve qu'elle va pas bien. Y'a quelque chose qui fonctionne pas.» Mon intuition, en tout cas, ce que j'ai vu dans ma vie me fait croire qu'il y a quelque chose de pire. J'ai l'impression qu'il y a quelque chose au niveau de l'oxygénation. Je sais que quand ça survient... je sais que tout à l'air sur papier correct, mais la madame est agitée. Tout le monde me disait «ouais, mais, tu sais, elle est tout le temps de même. Ouais, mais, tu sais, elle est tout le temps comme ça, fait que arrête de t'en faire.».

Alexandra, Infirmière d'urgence
La patiente est finalement décédée d'un arrêt cardiaque secondaire à un choc septique

Le manque de formation des personnes professionnelles de la santé peut être un facteur contributif, quoique l'objet des formations nécessaires de fait pas consensus tant dans la littérature scientifique que du point de vue des personnes participantes à notre recherche. Un dernier élément important à souligner est qu'un état émotionnel négatif ou d'épuisement chez la personne professionnelle de la santé peuvent contribuer à un

manque d'empathie ou à la prise de raccourcis décisionnels au moment de la rencontre clinique.

Puis, on pourra parler peut-être de la santé mentale, du personnel aussi. Mais, tu sais, des fois, tu viens d'avoir un arrêt cardiaque, d'annoncer un décès, puis là t'as quelqu'un qui arrive, qui t'envoies promener au triage. Probablement que ton jugement clinique, est pas bon là. C'est pas toi qui devrait être assis là en train de faire du triage avec une salle d'attente remplie, puis tout le monde qui t'envoie promener, mais c'est toi qui est assis là pareil, tu sais

Alexandra, Infirmière d'urgence

Au niveau organisationnel :

Le masquage diagnostique peut se produire partout : à l'urgence, sur une unité de chirurgie ou lors d'une consultation par un spécialiste. **La compartimentation des services**, où la santé mentale, la médecine générale, les services en dépendance et les ressources en itinérance fonctionnent en silos peu communicants, crée des angles morts dans lesquels les besoins physiques des personnes ayant un parcours psychiatrique tombent facilement.

Mais c'est qui est un peu nono chez nous, c'est que le travailleur social a pas le droit de voir le patient avant que le médecin le demande. Tu sais, t'es comme ben me semble que ça pourrait être le contraire. Tu sais, le patient est dans la salle d'attente depuis huit heures ce matin, moi il est 23 heures, il a passé huit heures, tu sais, comme il y avait plusieurs heures là que le travailleur social aurait passé un petit vingt minutes après pour éclaircir le dossier.

Gemma, urgentologue.

Cette fragmentation est aggravée par un **manque criant de services de première ligne (autres que l'urgence)** accessibles à ces populations, qui se retrouvent alors à consulter dans des contextes d'urgence où la pression temporelle et la surcharge des équipes favorisent précisément les raccourcis cognitifs décrits précédemment. Nous avons observé que les personnes qui avaient accès à un médecin de famille ou une infirmière praticienne spécialisée de première ligne [IPSPL] étaient mieux protégées contre le masquage

diagnostique. Ces personnes professionnelles connaissent bien la personne, développent un lien avec celle, la croient et remarquent si leurs symptômes sont inhabituels. Ils peuvent aussi servir de référents en autorité si la personne a besoin de consulter à l'urgence.

Dans un autre angle, **les ressources limitées** imposent des priorités organisationnelles qui relèguent souvent la santé physique des personnes vivant avec un trouble mental au second plan, et la formation des équipes soignantes à la reconnaissance du masquage diagnostique demeure insuffisante, voire absente. S'ajoute à cela la complexité inhérente du phénomène : identifier des indicateurs de suivi pertinents pour le détecter et le documenter dans les trajectoires de soins, les événements sentinelles ou les plaintes des usagers représente un défi que peu d'organisations ont jusqu'ici relevé. Enfin, l'étiquette de « grand utilisateur de services » ou utilisateurs fréquents », apposée pour les personnes qui consultent fréquemment, constitue un facteur de risque supplémentaire : loin d'alerter les équipes sur la possibilité de besoins non comblés, elle tend à renforcer la banalisation des plaintes et à légitimer une réponse clinique minimale, perpétuant ainsi le cycle du masquage.

Les **infirmières de liaison** sont fréquemment impliquées dans l'évaluation des personnes ayant des diagnostics psychiatriques qui se présentent à l'urgence avec des besoins médicaux, afin de les orienter au bon service. Nous avons observé dans nos entretiens et dans la littérature (Noblett, 2017) que cette approche d'organisation des soins peut en fait déplacer la problématique sous la responsabilité de ces infirmières de liaison, qui doivent parfois dépenser beaucoup d'énergie pour que la personne ait accès à l'urgence physique plutôt que psychiatrique.

Le déploiement du **dossier de santé numérique (DNS)** est présenté comme une avancée majeure pour la continuité des soins. Pouvoir accéder instantanément à l'historique clinique complet d'une personne devrait améliorer la coordination et réduire les erreurs. Mais pour les personnes vivant avec un diagnostic psychiatrique, cette même accessibilité soulève une préoccupation sérieuse : la visibilité immédiate et permanente de l'étiquette

diagnostique, qui risque d'amplifier précisément les biais cognitifs qui alimentent le masquage diagnostique. Il en est de même pour les listes de médicaments associés aux traitements des troubles psychiatriques. Des recherches ont documenté que certains cliniciens, en ayant accès au dossier avant même la rencontre, cessent d'écouter activement les symptômes rapportés par la personne — le diagnostic préexistant ayant déjà orienté leur lecture clinique (Stablein et al., 2015). Par ailleurs, des personnes concernées rapportent adapter leurs comportements de santé en conséquence : dissimuler leur diagnostic, consulter auprès de personnes professionnelles qui ne les connaissent pas, ou éviter carrément les soins — des stratégies qui aggravent leur vulnérabilité (Stablein et al., 2015). Le dossier de santé numérique n'est donc pas neutre : mal encadré, il peut institutionnaliser le masquage diagnostique à une échelle sans précédent. Sa conception et son déploiement doivent impérativement intégrer cette réalité.

Au niveau systémique :

Le masquage diagnostique ne peut être combattu efficacement tant qu'il demeure invisible aux yeux du système qui devrait le prévenir. **Au Québec, le phénomène n'est reconnu dans aucune politique de santé, aucun cadre de référence, aucun programme de surveillance.** Il n'existe pas de données provinciales permettant d'en mesurer l'ampleur, d'en suivre l'évolution ou d'en identifier les contextes à risque. En toile de fond, la stigmatisation institutionnalisée des personnes vivant avec un trouble de santé mentale ou de dépendance, ancrée dans les cultures organisationnelles, les pratiques documentaires et les attitudes soignantes, continue d'opérer sans être nommée ni contestée (Knaak et al., 2020). Cette non-reconnaissance contribue à perpétuer cette problématique.

Il importe également de souligner que le risque de masquage diagnostique n'est pas distribué également dans la population. **Les personnes qui cumulent plusieurs appartenances** à des groupes historiquement marginalisés, par exemple en raison de leur

origine ethnoculturelle, de leur genre, de leur orientation sexuelle, de leur condition socioéconomique, de leur statut d'itinérance ou de leur usage de substances, sont exposées à un risque plus élevé de stigmatisation (Oexle et Corrigan, 2018). L'intersectionnalité de ces marqueurs d'identité et d'expérience amplifie les biais déjà à l'œuvre dans la rencontre clinique, rendant certaines personnes encore moins susceptibles d'être entendues, crues et soignées adéquatement.

Tu sais, ça faisait un an que j'avais pu mes menstruations et j'avais pris 100 livres en un an. Puis, j'avais consulté plusieurs fois et mon médecin me disait : « Ah Ben, c'est parce que tu manges tes émotions. » Mais y me posait pas de questions. Il dit : « Parce que, avec ton anxiété », il dit, « Tu sais, c'est psychologique », y dit, « tu manges tes émotions »,

Katia, personne ayant vécu le masquage diagnostique

Euh là-bas [milieu autochtone nordique], ils ont pas d'hôpitaux, y a un hôpital de référence à peu près 4 ou 5 heures de route en brousse. Là, c'est des... des... terres, juste des chemins de terre. Puis, c'est une jeune 18 ans que j'avais qui déjà la morphologie ne correspondait pas du tout à ses pairs. Elle était extrêmement mince comparativement aux jeunes qui sont plus ronds en général dans cette communauté-là et elle venait pour vomissements, déshydratation et quand je regardais son dossier, ça faisait vraiment des années qu'elle venait pour vomissements, diminution état général, malnutrition, déshydratation et c'était souvent marqué des allusions à la consommation d'alcool, de drogue.

Isabelle, infirmière à Info-Santé, qui a aussi travaillé en milieu autochtone.

4. RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 : Reconnaître officiellement le masquage diagnostique dans les politiques québécoises de santé

Le masquage diagnostique ne peut être prévenu, documenté, ni contré tant qu'il n'est pas nommé dans les cadres de référence et les politiques de santé du Québec. Or, compte tenu des éléments précités, ce phénomène est distinct d'enjeux analogues, dont les diagnostics manqués ou l'erreur de diagnostic. Nous recommandons que les prochaines orientations en santé mentale, itinérance et dépendance reconnaissent explicitement ce phénomène comme un problème de sécurité des soins, au même titre que d'autres biais

cliniques documentés. Cette reconnaissance est la condition préalable à toutes les actions qui suivent.

Recommandation 2 : Associer le Collectif La Santé sans préjugés à une campagne nationale de sensibilisation destinée aux personnes professionnelles de la santé

La sensibilisation au masquage diagnostique ne peut reposer uniquement sur des initiatives locales et isolées. Nous recommandons le déploiement d'une campagne nationale ciblant les personnes professionnelles de la santé, et interpellons le gouvernement pour que Le Collectif La Santé sans préjugés soit formellement associé à sa conception et à sa mise en œuvre. Fort de son expertise en recherche participative et de ses liens avec les personnes concernées, le Collectif est positionné de manière unique pour garantir que cette campagne soit ancrée dans les réalités vécues et non dans des représentations stéréotypées.

Recommandation 3 : Développer des outils de documentation des cas de masquage diagnostique

Pour mesurer l'ampleur du phénomène et orienter les interventions, il est essentiel de le rendre visible dans les données. Nous recommandons l'intégration d'indicateurs spécifiques dans les outils existants de collecte de données, par exemple par l'ajout de questions ciblées dans les sondages de satisfaction des usagers. Ces données permettraient pour la première fois de documenter la prévalence du masquage diagnostique au Québec et d'en suivre l'évolution dans le temps.

Recommandation 4 : Intégrer le masquage diagnostique dans le mandat des commissaires aux plaintes

Les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services représentent un levier sous-exploité dans la lutte contre le masquage diagnostique. Nous recommandons que leur mandat intègre explicitement l'analyse de ce phénomène, et que les plaintes impliquant des personnes ayant un diagnostic psychiatrique fassent l'objet d'une attention spécifique quant à la qualité de l'évaluation physique reçue. Cela permettrait d'identifier des « patterns » institutionnels et d'engager des démarches d'amélioration ciblées.

Recommandation 5 : Prioriser la formation sur la stigmatisation, avec des approches pédagogiques fondées sur la stratégie de contact avec des personnes ayant une expérience vécue des troubles psychiatriques

La formation des personnes professionnelles de la santé visant à prévenir le masquage diagnostique devrait porter prioritairement sur les préjugés et la stigmatisation. Le développement des compétences en santé mentale ou psychiatrie, sans une déconstruction préalable des préjugés, peut risquer de renforcer le masquage diagnostique. Nous recommandons des formations en présentiel intégrant la stratégie de contact, soit des interactions directes et structurées avec des personnes ayant une expérience vécue des troubles psychiatriques, approche dont l'efficacité pour réduire la stigmatisation est bien documentée (Zhamaliyeva et al., 2025). Les formations en ligne asynchrones, sans interaction humaine, demeurent moins efficaces pour atteindre cet objectif. Elles pourraient toutefois constituer une modalité acceptable (en mode synchrone) pour rejoindre les professionnels exerçant en régions éloignées, là où le présentiel n'est pas accessible.

Recommandation 6 : Garantir un accès réel à la première ligne pour toute personne ayant un diagnostic psychiatrique

L'inscription à un groupe de médecine de famille ne garantit pas un accès effectif aux soins si aucun médecin ou infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) n'est réellement attribué à la personne, comme on le voit actuellement avec les inscriptions massives de patients aux GMF. Sans personne professionnelle de première ligne qui connaît la personne dans sa globalité, chaque consultation devient une rencontre avec un inconnu qui risque de ne voir que l'étiquette psychiatrique. Nous recommandons que toute personne qui a un diagnostic psychiatrique ait accès à un médecin de famille ou à une IPSPL attribué, et que cet accès soit considéré comme une mesure de sécurité des soins à part entière.

Recommandation 7 : Encadrer le déploiement du dossier de santé numérique pour prévenir l'amplification du masquage diagnostique

Le dossier de santé numérique représente une avancée importante pour la continuité des soins, mais il soulève une préoccupation légitime dans le contexte du masquage diagnostique : la visibilité accrue et immédiate du diagnostic psychiatrique dans un dossier partagé risque d'amplifier les biais cognitifs avant même que la rencontre clinique n'ait lieu. Nous recommandons que le déploiement du dossier de santé numérique s'accompagne d'une réflexion approfondie sur la présentation de l'information diagnostique, et que des balises claires soient établies pour prévenir toute utilisation de ce dossier qui contribuerait à réduire une personne à son étiquette psychiatrique.

Recommandation 8 : Soutenir et financer la recherche sur le masquage diagnostique au Québec

Les données québécoises sur le masquage diagnostique sont quasi inexistantes. Des travaux sont amorcés, notamment par l'équipe signataire de ce mémoire, mais ils demeurent insuffisants pour éclairer des décisions de politiques à l'échelle provinciale. Nous recommandons que le gouvernement soutienne financièrement la recherche sur ce phénomène, en privilégiant des approches qui incluent activement les personnes concernées dans la production des savoirs.

Si une priorisation s'impose : deux recommandations fondatrices

Nous reconnaissons que les ressources sont limitées et que toutes les recommandations ne peuvent être mises en œuvre simultanément. Si le Ministère devait identifier un point de départ, nous proposons de prioriser les recommandations 1 et 2, pour les raisons suivantes.

La **recommandation 1**, la reconnaissance officielle du masquage diagnostique est la condition sine qua non de toutes les autres. Elle ne requiert pas de financement supplémentaire : elle nécessite une décision politique. Nommer explicitement le phénomène dans les orientations gouvernementales envoie un signal clair à l'ensemble du réseau, légitime les initiatives locales déjà en cours, et crée l'environnement nécessaire à l'implantation des recommandations subséquentes. Sans cette reconnaissance, chaque action demeure fragmentée, vulnérable et dépendante de la

volonté individuelle de quelques acteurs. Avec elle, le masquage diagnostique devient un problème collectif que le système a l'obligation d'adresser.

La **recommandation 2**, l'association du Collectif La Santé sans préjugés à une campagne nationale de sensibilisation, est la revendication centrale de ce mémoire. La sensibilisation des personnes professionnelles de la santé au masquage diagnostique ne peut être efficace si elle est conçue sans les personnes qui en ont fait l'expérience. Une campagne nationale ancrée dans les réalités vécues, co-construite avec le Collectif, aurait une portée et une crédibilité qu'aucune initiative descendante ne peut atteindre. C'est précisément le mandat du Collectif La Santé sans préjugés que de porter cette voix, celle des personnes concernées, au cœur des pratiques cliniques et des cultures organisationnelles. Confier ce rôle à des experts du milieu universitaire ou institutionnel sans inclure le Collectif reproduirait exactement la logique que nous cherchons à dénoncer : décider pour les personnes concernées plutôt qu'avec elles.

Ensemble, ces deux recommandations forment un tandem indissociable : l'une nomme le problème officiellement, l'autre mobilise les acteurs les mieux placés pour le combattre. L'une crée la légitimité politique, l'autre crée le levier d'action. C'est à cette intersection que le changement devient possible.

5. RÉFLEXIONS SUR L'INTÉGRATION DES SERVICES SANTÉ MENTALE/ITINÉRANCE/DÉPENDANCES

Une intégration incomplète qui risque de déplacer le problème

La volonté d'intégrer les soins et services en santé mentale, itinérance et dépendances est bienvenue et nécessaire. Mais cette proposition soulève une question fondamentale que ce mémoire ne peut passer sous silence : pourquoi les soins et services de santé physique sont-ils absents de cette intégration? Regrouper ces trois thématiques sans arrimer explicitement l'offre de soins et services physiques/médicaux risque de reconduire précisément le problème que l'on prétend résoudre. En créant un secteur spécialisé pour une population déjà stigmatisée, on risque de la ghettoïser davantage, de consolider une catégorie de patients considérés comme relevant d'un système parallèle, distinct du reste du réseau. Ce faisant, on amplifie la logique du *eux* et *nous* qui alimente le masquage diagnostique : ces personnes seraient prises en charge *là-bas*, par *ces gens-là*, pour *leurs problèmes à eux*. La tendance à référer vers la psychiatrie sans évaluation physique préalable ne ferait que s'institutionnaliser dans une telle structure. L'intégration souhaitée ne doit pas être un déplacement du problème, mais une véritable ouverture vers une vision globale et décroïsonnée de la personne et de ses besoins, ce qui implique nécessairement d'y inclure la santé physique.

Les conditions de travail nécessaires pour humaniser les soins et services, au-delà de l'organisation des services

Une meilleure organisation des soins et services est une condition nécessaire, mais insuffisante. La qualité des soins et services offerts aux personnes vivant avec des enjeux de santé mentale, d'itinérance ou de dépendance dépend aussi des conditions dans lesquelles travaillent les personnes professionnelles qui les soignent. La littérature sur la déshumanisation en milieu de soins est éloquent : les personnes professionnelles soumises à une surcharge de travail, à un manque de soutien et à des environnements dégradés développent des mécanismes de distanciation émotionnelle qui se manifestent précisément comme les comportements que nous cherchons à prévenir : indifférence,

banalisation, réduction de la personne à son étiquette diagnostique (Fontesse et al., 2021 ; Lorenzo et al., 2025). On ne peut pas demander aux personnes professionnelles de la santé de soigner avec humanisme dans des conditions qui les déshumanisent elles-mêmes.

Une organisation des services à la hauteur de l'exigence

Les personnes qui ont des enjeux de santé mentale, d'itinérance et/ou de dépendance vivent des situations parmi les plus complexes que le réseau de la santé et des services sociaux est appelé à accompagner. Cette complexité devrait appeler l'excellence. Organiser les services pour ces personnes devrait signifier y concentrer les meilleures conditions de pratique : des équipes formées, soutenues, reconnues et bien traitées, capables de consacrer toute leur compétence et tout leur humanisme à une pratique qui en exige énormément. Ces personnes méritent d'être soignées par des champions, soit des personnes professionnelles de la santé pour qui la rencontre avec l'autre, dans toute sa complexité, est une pratique choisie et valorisée, et non une source d'épuisement.

6. RÉFÉRENCES

- Alexa, L. M., Rusu, A., & Marian, O. (2026). Mapping Generation Z Stereotypes on Mental Disorders: Insights From Psychological Network Analysis. *Collabra: Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.1525/collabra.155848>
- Chan, J. K. N., Correll, C. U., Wong, C. S. M., Chu, R. S. T., Fung, V. S. C., Wong, G. H. S., et al. (2023). Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 65, 102294. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102294>
- Chen, D., Ejlskov, L., Laustsen, L. M., Weye, N., Sørensen, C. L. B., & Momen, N. C. (2024). The role of socioeconomic position in the association between mental disorders and mortality: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 81(2), 125–134. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.4587>
- Clarke, D. E., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126–131. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x>
- Cunningham, R., Imlach, F., Lockett, H., Lacey, C., Haitana, T., & Every-Palmer, S. (2023). 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*, 15(2), 112-121. <https://doi.org/10.1071/HC22143>
- Elmqvist, L., Henriksen, M. G., Handest, R., & Nordgaard, J. (2024). Characterization of substance use in homeless patients with mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(6), 477-481. <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2349116>
- Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., Allan, S., Caneo, C., Carney, R., Carvalho, A. F., Chatterton, M. L., Correll, C. U., Curtis, J., Gaughran, F., Heald, A., Hoare, E., Jackson, S. E., Kisely, S., Lovell, K., ... Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet. Psychiatry*, 6(8), 675-712. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
- Fontesse, S., Rimez, X., & Maurage, P. (2021). Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses: A path-analysis approach. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.12.005>
- Hallyburton, A., & Allison-Jones, L. (2023). Mental health bias in physical care: An integrative review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 30(4), 649-662. <https://doi.org/10.1111/jpm.12911>

Happell, B., Ewart, S. B., Bocking, J., Platania-Phung, C., & Stanton, R. (2016). 'That red flag on your file': Misinterpreting physical symptoms as mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (19–20), 2933–2942. <https://doi.org/10.1111/jocn.13355>

Knaak, S., Livingston, J., Stuart, H., Ungar, T., & Ed, M. (2020). *Combating Mental Illness- and Substance Use-Related Structural Stigma in Health Care* (p. 15). Mental Health Commission of Canada. <https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/Combating-Mental-Illness-and-Substance-Use-Related-Structural-Stigma-in-Health-Care.pdf>

Landry, A. (2022). « C'est dans ta tête » : Quand l'étiquette en santé mentale nuit à la santé physique. Radio-Canada.ca. Radio-Canada INFO. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1930446/prejuges-sante-mentale-trouble-personnalite-limite>

Lorenzo, E., Morera, D., Callejas, E., Montesdeoca, H., Bosch, E., & Delgado, N. (2025). Moral distress in healthcare professionals: Links with organizational dehumanization, interprofessional team coordination, and empathy. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 0(0), 1-19. <https://doi.org/10.1080/15555240.2025.2593432>

Martínez-Martínez, C., Olave, L., Gea-Caballero, V., & Villanueva-Blasco, V. J. (2025). Stigma and Diagnostic Overshadowing in People with Mental Disorder and Substance Addiction. Dans T. Mota Ronzani (Éd.), *Social Stigma and Drug Use: Gender Perspectives, Family Contexts and Intersections* (p. 59-70). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-94813-8_5

Molloy, R., Brand, G., Munro, I., & Pope, N. (2021). Seeing the complete picture: A systematic review of mental health consumer and health professional experiences of diagnostic overshadowing. *Journal of Clinical Nursing*, 31 (1–2), 38–52. <https://doi.org/10.1111/jocn.16151>

MSSS. (2021). *Combattre les préjugés sur les troubles mentaux*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/combattre-prejuges-troubles-mentaux>

Noblett, J., Caffrey, A., Deb, T., Khan, A., Lagunes-Cordoba, E., Gale-Grant, O., & Henderson, C. (2017). Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 95, 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.004>

Oexle, N., & Corrigan, P. W. (2018). Understanding mental illness stigma toward persons with multiple stigmatized conditions: Implications of intersectionality theory. *Psychiatric Services*, 69(5), 587-589. Scopus. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700312>

Pardamean, E., Roan, W., Iskandar, K. T. A., Prayangga, R., & Hariyanto, T. I. (2022). Mortality from coronavirus disease 2019 (Covid-19) in patients with schizophrenia: A

systematic review, meta-analysis and meta-regression. *General Hospital Psychiatry*, 75, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.01.010>

Preston, R., Christmass, M., Lim, E., McGough, S., & Heslop, K. (2024). Diagnostic Overshadowing of Chronic Hepatitis C in People With Mental Health Conditions Who Inject Drugs: A Scoping Review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 1840-1873. <https://doi.org/10.1111/inm.13396>

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, Action autonomie, Prise II, Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel, & ReprésentAction santé mentale Québec. (n.d.). *Collectif la santé sans préjugés*.

Ronaldson, A., Santana, I. N., Carlisle, S., Atmore, K. H., Chilman, N., & Heslin, M. (2024). Severe mental illness and infectious disease mortality: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 77, 102299. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102299>

Shefer, G., Henderson, C., Howard, L. M., Murray, J., & Thornicroft, G. (2014). 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*, 9(11), e111682. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111682>

Stablein, T., Hall, J. L., Pervis, C., & Anthony, D. L. (2015). Negotiating stigma in health care: Disclosure and the role of electronic health records. *Health Sociology Review*, 24(3), 227-241. <https://doi.org/10.1080/14461242.2015.1078218>

Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., Chammay, R. el, Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)

Zhamaliyeva, L., Ablakimova, N., Batyrova, A., Veklenko, G., Grjibovski, A. M., Kudaibergenova, S., & Seksenbayev, N. (2025). Interventions to Reduce Mental Health Stigma Among Health Care Professionals in Primary Health Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 22(9), 1441. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.3390/ijerph22091441>