

Mémoire déposé dans le cadre des consultations nationales sur les prochaines orientations en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance

Mémoire public

Par Léonie Archambault, PhD

Professeure associée à l'Université de Sherbrooke

Chercheure à l'Institut universitaire sur les dépendances

Leonie.Archambault.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

5 juin 2026

Présentation de la personne qui signe le mémoire

Je suis professeure associée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé (Service sur les dépendances) de l'Université de Sherbrooke, et chercheure à l'Institut universitaire sur les dépendances. Je suis aussi chercheure régulière de l'équipe de recherche RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) et membre régulière du Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD).

Je détiens un doctorat de recherche en sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et une maîtrise en travail social de l'UQAM. Au cours des 11 dernières années, mes travaux ont porté principalement sur les thèmes suivants :

- Troubles liés à l'usage d'opioïdes (profils, traitements, services et approches);
- Usage de substances en périnatalité (profils, traitements, services et approches);
- Dispositif de formation croisée comme stratégie d'intégration des services.

Je m'intéresse particulièrement aux comorbidités et composantes biopsychosociales des troubles liés à l'usage de substances ainsi qu'aux modèles de soins et services qui prennent en compte les déterminants sociaux de la santé.

Démarches réalisées pour rédiger le mémoire

Afin de répondre aux questions du gouvernement du Québec concernant une « vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, itinérance et dépendance », je mobilise l'ensemble des connaissances acquises dans le cadre de mes activités de recherche sur cette thématique, au cours des 11 dernières années.

Durant cette période, j'ai mené (ou été impliquée dans) plusieurs dizaines de projets de recherche. J'ai réalisé plus de 150 entrevues qualitatives avec des personnes présentant des problèmes de dépendance, santé mentale et/ou itinérance. J'ai aussi réalisé plus de 100 entrevues qualitatives avec des intervenants et gestionnaires qui travaillent dans ces domaines (secteurs public et communautaire). Dans le cadre de mes travaux quantitatifs, j'ai analysé plusieurs centaines de dossiers de patient.e.s montréalais.e.s présentant des problèmes de dépendance, santé mentale et/ou itinérance. Pendant plus de cinq ans, j'ai coordonné un programme de formation croisée en santé mentale et dépendance, dont l'objectif vise à soutenir l'intégration des services à l'échelle provinciale (sous la direction de Michel Perreault, à l'Institut Douglas). Depuis 2025, je développe un programme de formation croisée en santé mentale, dépendance et itinérance au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal.

Au meilleur de ma connaissance, en me basant principalement sur mes activités de recherche des 11 dernières années, j'ai répondu aux questions portant sur les principaux constats et défis, sur les pistes de solution à envisager et sur l'intégration des services. La majorité des sources citées dans la liste de références sont des publications dont je suis auteure ou co-auteure.

Dépendance, santé mentale et itinérance au Québec : Principaux constats et défis

Au Québec, le réseau public et communautaire de soins et services destinés aux personnes présentant des problèmes de santé mentale, de dépendance et/ou d'itinérance peut compter sur des équipes engagées, des programmes innovants et une mise en commun des savoirs expérimentiels, cliniques et théoriques favorisant des pratiques riches et complémentaires.

Toutefois, mes travaux des 11 dernières années me permettent d'identifier trois principaux défis qui nuisent à l'accès, à la continuité et à la qualité des soins et services, ainsi qu'au rétablissement des personnes concernées.

Défi #1 : La stigmatisation et les préjugés

Les personnes qui présentent des problèmes liés à la dépendance, la santé mentale et/ou l'itinérance sont nombreuses à rapporter qu'elles sont victimes de préjugés et de stigmatisation dans les milieux de soins et services généraux et spécialisés. Par crainte d'être jugées ou maltraitées, elles sont nombreuses à éviter de recourir aux services, car ceux-ci sont encore trop souvent soutenus par des approches punitives, coercitives et paternalistes (1–6).

Défi #2 : La compréhension et l'application hétérogènes de l'éthique de la réduction des méfaits

L'éthique de la réduction des méfaits (ou réduction des risques) s'inscrit dans les principes de l'humanisme, du pragmatisme, de l'individualisme, de l'amélioration progressive et de la responsabilisation, sans mettre fin au soutien ou aux services offerts (7). L'éthique de la réduction des méfaits est cohérente avec les valeurs sociales québécoises, et les stratégies de réduction des méfaits (tel que la distribution de matériel de consommation) sont soutenues par la science. Pourtant, cette éthique et ces stratégies sont encore trop souvent mal comprises. Elles sont utilisées de manière inégale dans les milieux de soins et services généraux et spécialisés (4,8,9).

Défi #3 : La vision réductionniste et compartimentée des problèmes complexes

Le modèle biopsychosocial propose de concevoir la personne dans son ensemble et de prendre en compte les composantes biologiques, psychologiques et sociales des difficultés liées à la dépendance, la santé mentale et/ou l'itinérance (10,11). La nature multifactorielle des problèmes complexes exige une compréhension et une offre de traitement globale qui tient compte de diverses dimensions du bien-être (i.e. physique, relationnel, émotionnel, spirituel, environnemental), qui implique de combiner les soins médicaux et non médicaux, et qui s'inscrit dans une approche individualisée et « centrée sur le patient » (10,12,13). Ainsi, les approches basées sur la santé intégrative impliquent de porter une attention à la globalité des personnes, au mieux-être, à la combinaison des approches thérapeutiques conventionnelles et complémentaires, à la collaboration interprofessionnelle et au respect de la culture et des préférences de la personne concernée (14).

De la même manière, l'aspect multidimensionnel du concept de rétablissement fait généralement consensus (15,16). Le modèle conceptuel du rétablissement « CHIME », développé par Leamy et al. (17) comporte cinq dimensions liées au sentiment d'appartenance, à l'espoir, à l'identité, au sens de la vie et à l'autonomisation.

Pourtant, les approches globales demeurent encore trop souvent délaissées au profit d'une gestion réductionniste et compartimentée de diagnostics ou de symptômes isolés, qui ne favorise ni le soutien de toutes les dimensions du rétablissement, ni la prise en compte des déterminants sociaux de la santé (2,3,5,6,8,18,19).

Recommandations sur les pistes de solution à envisager

Piste #1 : Soutenir la compréhension et la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé

La dépendance ainsi que les difficultés qui y sont couramment associées (tels que la douleur chronique ou les troubles de santé mentale) sont nourris par les inégalités sociales. Ainsi, mes travaux qualitatifs illustrent la manière dont la précarité socioéconomique représente un terrain fertile pour le développement de problèmes liés à la dépendance. En retour, les conséquences de la dépendance amplifient la précarité socioéconomique, à travers des boucles de rétroaction négatives. Ces constats soutiennent l'importance de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans une perspective d'accès aux services pour les personnes qui sont confrontées à de multiples obstacles systémiques (2,3,18). La compréhension et la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé font partie des connaissances de base qui devraient être partagées par tous les acteurs de tous les domaines de la santé et des services sociaux.

Piste #2 : Soutenir une vision commune et une application élargie de la réduction des méfaits

L'élargissement de l'éthique de la réduction des méfaits à tous les domaines de la santé et des services sociaux apparaît comme une nécessité. Les principes de la réduction des méfaits sont ancrés dans l'approche humanisme et dans une vaste littérature scientifique démontrant son efficacité pour favoriser la santé des personnes qui utilisent des substances psychoactives. Les données qualitatives issues de mes recherches illustrent comment l'éthique de la réduction des méfaits contribue à la rétention dans les services et au rétablissement des personnes qui vivent des difficultés liées à l'usage de substances psychoactives. La prise en compte des besoins et des objectifs identifiés par la personne elle-même s'inscrit dans une alliance thérapeutique qui permet d'accompagner les personnes à leur rythme (2,4,9). L'élargissement de l'éthique de la réduction des méfaits à tous les domaines de la santé et des services sociaux apparaît comme une nécessité.

Piste #3 : Soutenir l'adoption d'approches globales pour répondre aux problèmes complexes

La collaboration interdisciplinaire, interétablissement et intersectorielle apparaît nécessaire pour répondre simultanément aux besoins biopsychosociaux et concomitants de façon individualisée et concertée (5,8,9). Afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des expertises, une bonne connaissance des ressources, des rôles et des responsabilités de chacun est nécessaire (5).

En complément au travail collaboratif, chaque membre du personnel des réseaux public et communautaire peut adopter une vision holistique de la santé, du mieux-être et du rétablissement. L'adoption d'une perspective biopsychosociale, tenant compte des déterminants sociaux de la santé, et combinant des approches multimodales permet aussi d'offrir une réponse globale aux problèmes complexes (20,21).

Réflexions sur l'intégration des services en dépendance, santé mentale et itinérance

La réflexion sur l'intégration des services en dépendance, santé mentale et itinérance implique de : a) définir le concept d'intégration des soins et services, b) se pencher sur les dimensions d'intégration qui répondent aux défis identifiés, et c) se questionner sur les stratégies d'intégration qui peuvent réalistement être mises en œuvre dans le réseau actuel.

Le concept d'intégration des soins et services

L'intégration des soins et services vise à éviter la fragmentation des soins et services, en particulier pour les personnes qui présentent des problématiques complexes et des besoins à long-terme (22). Elle peut être décrite comme le processus de création et de maintien de structures de coordination des interdépendances, permettant aux acteurs de travailler ensemble sur un projet collectif (23).

Selon Goodwin (2016), l'intégration des soins et services peut prendre différentes formes (i.e. : organisationnelle, professionnelle, culturelle, technologique), se déployer à différents niveaux (i.e. : macro, méso, micro), se manifester à travers différents processus (i.e. : gestion et administration), et présenter une ampleur et une intensité variables (22). De plus, l'intégration peut être horizontale (entre les professionnels, des équipes et des réseaux), verticale (au sein d'une même structure), sectorielle (entre les soins primaires et spécialisés au sein d'un secteur en particulier, p.ex. en santé mentale), centrée sur la personne (entre les professionnels et les personnes concernées, grâce à la prise de décision partagée, par exemple), ou systémique (dans une perspective de santé publique).

Selon Contandriopoulos (2003), l'intégration des soins et services peut être clinique (i.e., collaboration interdisciplinaire), fonctionnelle (i.e., structures communes de financement, information et gestion), normative (i.e., partage de représentations et de valeurs communes entre les acteurs des soins et services), ou systémique (i.e., cadre normatif favorisant la coopération dans l'ensemble du système) (23).

Les dimensions d'intégration qui répondent aux défis identifiés

Au cours des onze dernières années, dans le cadre de mes travaux de recherche qualitative, j'ai eu le privilège d'interroger plus de 250 personnes concernées par l'organisation des soins et services en dépendance, santé mentale et/ou itinérance. Trois dimensions d'intégration émergent de ces échanges.

- L'intégration normative : L'intégration normative contribue au partage de représentations et de valeurs communes entre les acteurs des soins et services (23). Ainsi, les valeurs liées à la prise en compte des inégalités sociales et à la réduction des méfaits constituent un déterminant central pour l'accès aux soins et services, pour la rétention dans les soins et services, ainsi que pour soutenir le processus de rétablissement. L'adoption de ce cadre normatif vise à promouvoir, à l'ensemble des étapes du continuum de soins et de services, un accueil chaleureux et exempt de jugement, une offre de services flexible, individualisée et non punitive, ainsi que le respect de la dignité et de l'autodétermination des personnes présentant des difficultés liées à la dépendance, à la santé mentale et/ou à l'itinérance. À cet effet, l'intégration normative implique d'assurer que l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services

sociaux ainsi que ses partenaires partagent une vision commune de ce cadre de valeurs, fondé sur des données probantes et sur l'humanisme.

- L'intégration clinique : L'intégration clinique réfère à la collaboration interdisciplinaire (23). L'approche biopsychosociale ou la vision holistique de la personne, de sa santé et de ses besoins est nécessaire pour répondre aux profils complexes de nombreuses personnes qui présentent des difficultés liées à la dépendance, à la santé mentale et/ou à l'itinérance. Dans plusieurs cas, ces profils complexes sont exacerbés par des conditions socioéconomiques (p. ex., revenu, emploi, éducation, soutien social ou familial). Les personnes qui présentent ces profils complexes présentent souvent d'autres problèmes concomitants de santé physique (p. ex., douleur chronique). De plus, les conséquences des manifestations de la dépendance, des troubles de santé mentale ou de l'itinérance peuvent mener les personnes à interagir avec les réseaux de la sécurité publique et de la justice (2–4,9). Afin d'offrir une réponse biopsychosociale, multimodale et holistique aux personnes concernées, l'intégration clinique implique de mettre en place les conditions qui favorisent la collaboration interdisciplinaire, interétablissement et intersectorielle.
- L'intégration systémique : L'intégration systémique réfère à la coopération dans l'ensemble du système (23). La diversité des profils et des besoins des personnes concernées par la dépendance, les problèmes de santé mentale et/ou l'itinérance nécessite une constellation de ressources qui offrent des soins et services plus généraux ou plus spécialisés, des modalités variées de soins et services, ainsi que des soins et services qui s'inscrivent sur l'ensemble du continuum allant de la prévention au traitement spécialisé (2,3,5). Les facteurs qui déstabilisent l'homéostasie de l'écosystème de soins et services (p. ex., changements de structure de gouvernance, roulement de personnel et instabilité du financement de certains services et organismes) sont des obstacles à une offre de service intégrée. Afin d'assurer la complémentarité des soins et services dans une perspective de santé publique, l'intégration systémique implique de mettre en place les conditions qui favorisent la stabilité de l'offre de soins et services.

Une stratégie d'intégration à considérer

Parmi les stratégies visant à soutenir l'intégration des soins et services, le dispositif des formations croisées peut contribuer à l'intégration normative, clinique et systémique. En effet, ce type de formation vise à assurer la continuité des services en facilitant les liens entre les professionnels et en soutenant le développement d'une compréhension commune des problèmes complexes (24,25). Le dispositif des [formations croisées](#) a été développé au Québec par le chercheur Michel Perreault, de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Les composantes de la formation croisée impliquent 1) la tenue d'événements qui rassemblent les acteurs interdisciplinaires et intersectoriels locaux autour d'une problématique complexe, 2) le développement d'un langage commun à partir de présentations magistrales, 3) les discussions de cas autour de vignettes cliniques, et 4) la présentation de ressources locales innovantes ou méconnues (26,27).

Au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, un programme de formation croisée est en développement pour soutenir la continuité et la complémentarité des soins et services en

dépendance, santé mentale et itinérance. Un premier événement de formation croisée a eu lieu à l'automne 2025, rassemblant 170 personnes provenant notamment du CCSMTL, du SPVM, de la Ville de Montréal, du CHUM et des organismes communautaires en dépendance et en itinérance situés dans le centre-ville de Montréal. La grande majorité des participants considèrent avoir acquis de nouvelles connaissances, avoir obtenu de l'information utile pour orienter les personnes auprès desquelles ils travaillent, avoir découvert au moins une nouvelle ressource, et avoir développé de nouveaux liens de collaboration. Les discussions de cas en petits groupes ont mis en relief certains enjeux et défis vécus par les participants (p. ex. : respect de la confidentialité en contexte de collaboration intersectorielle, sentiments d'impuissance, manque de place dans les ressources, respect de l'autonomie des personnes en contexte d'inaptitude) et certaines stratégies d'intervention (p. ex. : miser sur la réduction des méfaits, prioriser l'alliance thérapeutique, répondre aux besoins exprimés par la personne elle-même, collaborer avec les partenaires). Les discussions de cas ont aussi permis de faire émerger des recommandations (p. ex. : rehausser le soutien aux professionnels, réduire les barrières d'accès aux services et combattre la marginalisation systémique) (26).

En résumé

En résumé, les travaux que j'ai menés (ainsi que ceux auxquels j'ai eu le privilège de contribuer) au cours des 11 dernières années mettent en relief trois grands défis transversaux dans le domaine de la dépendance, santé mentale et/ou itinérance :

- La stigmatisation et les préjugés
- La compréhension et l'application hétérogènes de l'éthique de la réduction des méfaits
- La vision réductionniste et compartimentée des problèmes complexes

Parmi les pistes d'action pour faire face à ces défis, trois propositions se dégagent :

- Soutenir la compréhension et la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé
- Soutenir une vision commune et une application élargie de la réduction des méfaits
- Soutenir l'adoption d'approches globales pour répondre aux problèmes complexes

En lien avec les réflexions sur l'intégration des soins et services, trois dimensions d'intégration paraissent indiquées en lien avec pistes d'action :

- L'intégration normative : partage de représentations et de valeurs communes
- L'intégration clinique : collaboration interdisciplinaire
- L'intégration systémique : coopération dans l'ensemble du système

Le dispositif des formations croisées représente une stratégie à considérer pour agir sur ces trois dimensions de l'intégration des soins et services.

Références

1. Archambault, L., Taylor, R., Bertrand, K., Lavoie, S., Grégoire, MC., Perreault, M. À paraître. Experiences of stigma reported by people with an opioid use disorder: A qualitative study informed by the harm reduction paradigm.
2. Archambault L. 2023. Troubles liés à l'usage d'opioïdes : analyse de différents profils pour soutenir une offre de services mieux adaptée [Internet]. 2023 [cité 2 juin 2026]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/11143/20660>
3. Archambault, L., Guillotte, E., Perreault, M. 2024. Douleur chronique et usage d'opioïdes prescrits à long terme. [Internet]. [cité 2 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=0sq4Cddv2D4>
4. Dobischok S, Nader M, Goyer MÈ, Hudon K, L'Espérance N, Wendt DC, et Archambault, L., 2026. Negotiating the tensions of applying a perinatal harm reduction approach: Service providers' perspectives. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*. juin 2026;185:209911. doi:10.1016/j.josat.2026.209911
5. Goyer MÈ, Hudon K, Archambault L, Mazzietti K. Rapport du projet « Révision du mandat des équipes de liaison spécialisées en dépendances à l'urgence » [Internet]. Disponible sur: <https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2024/10/Rapport-LiaisonVF-pour-diffusion.pdf>
6. Lachappelle, E., Archambault, L., Blouin, C., Perreault., M. 2020. Perspectives of people with opioid use disorder on improving addiction treatments and services. *Drugs: Education, Prevention and Policy* [Internet]. [cité 2 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687637.2020.1833837>
7. Hawk M, Coulter RWS, Egan JE, Fisk S, Reuel Friedman M, Tula M, et al. 2017. Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduct J*. déc 2017;14(1):70. doi:10.1186/s12954-017-0196-4
8. Perreault, M., Archambault, L. et al. 2019. Besoins de développement des compétences en matière de traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://formationcroisee.com/wp-content/uploads/2021/12/rapport-besoins-tuo-dpsmd-version-finale.pdf>
9. Archambault, L., Ferguson, Y., Goyer, M.-È., Giguère, N., Hudon, K., Isabel, M., Ouellet, G. et Wagner, V. 2021. Rapport de l'étude sur l'implantation de l'unité d'isolement COVID-19 du Royal Victoria pour les personnes en situation d'itinérance à Montréal [Internet]. Montréal (Québec): Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2021. Disponible sur: 978-2-550-89605-0
10. Skewes MC, Gonzalez VM. 2013. The Biopsychosocial Model of Addiction. In: *Principles of Addiction* [Internet]. Elsevier; 2013 [cité 10 avr 2026]. p. 61-70. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123983367000061> doi:10.1016/B978-0-12-398336-7.00006-1
11. Belfiore CI, Galofaro V, Cotroneo D, Lopis A, Tringali I, Denaro V, et al. 2024. A Multi-Level Analysis of Biological, Social, and Psychological Determinants of Substance Use Disorder and

- Co-Occurring Mental Health Outcomes. *Psychoactives*. 8 avr 2024;3(2):194-214.
doi:10.3390/psychoactives3020013
12. Wangenstein T, Hystad J. 2022. A Comprehensive Approach to Understanding Substance Use Disorder and Recovery: Former Patients' Experiences and Reflections on the Recovery Process Four Years After Discharge from SUD Treatment. *J Psychosoc Rehabil Ment Health*. avr 2022;9(1):45-54. doi:10.1007/s40737-021-00233-9
 13. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. 2014. An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. Wu WCH, éditeur. *PLoS ONE*. 17 sept 2014;9(9):e107828. doi:10.1371/journal.pone.0107828
 14. Levesque C, Blain S. 2019. La santé intégrative en bref. Disponible sur: [SANTÉ INTEGRATIVE.révisé septembre2019.pdf](#)
 15. Iveson-Brown K, Raistrick D. 2016. A brief *Addiction Recovery Questionnaire* derived from the views of service users and concerned others. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2 janv 2016;23(1):41-7. doi:10.3109/09687637.2015.1087968
 16. Neale J, Panebianco D, Finch E, Marsden J, Mitcheson L, Rose D, et al. 2016. Emerging consensus on measuring addiction recovery: Findings from a multi-stakeholder consultation exercise. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2 janv 2016;23(1):31-40. doi:10.3109/09687637.2015.1100587
 17. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. 2011. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. déc 2011;199(6):445-52. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733 PubMed PMID: 22130746.
 18. Archambault, L., Demers, N., Perreault, M. 2025. Troubles concomitants de douleur chronique et usage d'opioïdes: Enjeux cliniques et organisationnels [Internet]. [cité 2 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=OGppm00ITn4>
 19. Archambault L, Bertrand K, Martel MO, Bérubé M, Belhouari S, Perreault M. 2024. The current state of knowledge on care for co-occurring chronic pain and opioid use disorder: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc)*. 1 août 2024;33(8):3056-76. Located at: CINAHL Plus with Full Text; 178297568. doi:10.1111/jocn.17139
 20. Archambault L, Bertrand K, Martel MO, Bérubé M, Belhouari S, Perreault M. 2024. The current state of knowledge on care for co-occurring chronic pain and opioid use disorder: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc)*. 1 août 2024;33(8):3056-76. Located at: CINAHL Plus with Full Text; 178297568. doi:10.1111/jocn.17139
 21. Archambault, L., Bérubé, M., Perreault, M. 2024. Co-occurring opioid use disorder and chronic pain Expert perspectives to support clinical management and research [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://formationcroisee.com/wp-content/uploads/2024/08/affiche-archambault-et-al-2024.pdf>
 22. Goodwin N. 2016. Understanding Integrated Care. *Int J Integr Care*. 16(4):6. doi:10.5334/ijic.2530 PubMed PMID: 28316546; PubMed Central PMCID: PMC5354214.

23. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodríguez C. 2003. The integration of health care: Dimensions and implementation Working Paper. Disponible sur: [Microsoft Word - IntegrationPaper.English. #1 .doc](#)
24. Perreault M, Milton D, Alunni-Menichini K, Archambault L, Perreault N, Bertrand K. 2020. Montreal Cross-Training Program: The contribution of positional clarification activities to help bridge fragmented prevention and treatment services for co-occurring disorders. *Health Soc Care Community*. mai 2020;28(3):1090-8. doi:10.1111/hsc.12942
25. L'Espérance N, Bertrand K, Perreault M. 2017. Cross-training to work better together with women in Quebec who use substances: care providers' perceptions. *Health Soc Care Community*. mars 2017;25(2):505-13. doi:10.1111/hsc.12333
26. La formation croisée en itinérance et usage de substances psychoactives dans l'espace public : nouvelles réalités et évolution des pratiques d'intervention | Institut universitaire sur les dépendances [Internet]. 2026 [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://iud.quebec/fr/actualite/la-formation-croisee-en-itinerance-et-usage-de-substances-psychoactives-dans-lespace-public-nouvelles-realites-et>
27. Itinérance et usage de substances dans l'espace public : Nouvelles réalités et évolution des pratiques d'intervention. Soutien clinique et organisationnel • Dépendance et itinérance [Internet]. [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://dependanceitinerance.ca/ressource/serie-de-webinaires-sur-litinerance-et-lusage-de-substances-dans-lespace-public-nouvelles-realites-et-evolution-des-pratiques-dintervention/>