

COMMENT METTRE EN PLACE UN SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT (SSA) :

PRINCIPES GÉNÉRAUX, PROCESSUS ET L'EXEMPLE CONCRET DU SARPEP



**Dre Amal Abdel-Baki
Dre Marie-Thérèse Lussier
Kevin MacDonald
Viviane Tran**



SOMMAIRE

Mise en contexte	1
<hr/>	
1. Système de santé apprenant (SSA)	2
1.1 Définition d'un SSA	
1.2 Composantes d'un SSA	
1.3 Système apprenant rapide (SAR)	
1.4 Quintuple objectif	
1.5 Étapes pour développer un SSA	
1.6 Éléments essentiels à la réussite d'un SSA, barrières et défis	
1.6.1 Éléments essentiels	
1.6.2 Défis, obstacles, écueils à éviter	
<hr/>	
2. Exemples d'un SSA mis en oeuvre dans les programmes d'intervention précoce pour la psychose du Québec	10
2.1 Description sommaire du projet	
2.2 Déploiement du projet SARPEP	
2.2.1 Étapes de déploiement	
2.2.2 Exemples concrets des éléments essentiels du projet SARPEP	
2.3 Offre concrète de SARPEP pour soutenir le RSSS	
2.4 Constats sur le projet SARPEP	
<hr/>	
3. Ressources pour en savoir plus	16

CONTEXTE



Ce document a été développé en réponse à une demande du précédent président-directeur général du CHUM et du RUISSS de l'Université de Montréal (UdeM), M. Frédéric Abergel. Dans un souci d'améliorer continuellement le système de santé et plus particulièrement les établissements du RUISSS UdeM, M. Abergel a manifesté un intérêt de mieux comprendre le concept du système de santé apprenant (SSA) et comment en faciliter le déploiement dans divers secteurs de notre réseau de la santé.

Ainsi, en toute collaboration, l'équipe de Dre Abdel-Baki, psychiatre, professeure titulaire de clinique du département de psychiatrie de l'UdeM, chef service de santé mentale jeunesse au CHUM et chercheuse régulier du CRCHUM et l'équipe de Dre Lussier, médecin de famille, professeure titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'UdeM, chercheuse régulier du CRCHUM et co-directrice scientifique SSA-RUISSS UdeM, ont écrit ce document qui définit sommairement ce qu'est un SSA ainsi que ses composantes. S'appuyant sur l'expérience concrète de chacune des équipes en ce qui concerne la mise en place d'un SSA dans un milieu spécifique, nous suggérons une cartographie des étapes et les éléments clés pour développer un SSA. Finalement, afin de bien comprendre l'implication et les résultats de l'implantation d'un SSA sur le terrain, le projet SARPEP mené par l'équipe de Dre Abdel-Baki est présenté à titre d'exemple.

Des ressources pour en apprendre davantage sur un SSA sont disponibles à la fin du document.

LE SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT (SSA)

1.1 DÉFINITION D'UN SSA

Le système de santé apprenant (SSA) est un système où « la science, l'informatique, les normes et la culture du milieu s'alignent dans un objectif d'amélioration continue et d'innovation, incluant l'intégration des meilleures pratiques dans le processus de soins et où les connaissances émergentes sont un sous- produit de ce processus. »

- The National Academy of Medicine, 2006

Ainsi, dans un tel système, toutes les forces s'unissent afin que les patientes et patients reçoivent les bons services au bon moment et au bon endroit, par la bonne équipe et le bon professionnel de la santé. Les silos sont brisés pour donner place au travail en partenariat et ce, tout en se basant sur les données scientifiques pour améliorer la gestion, les soins et les services.

1.2 COMPOSANTES D'UN SSA

Pour qu'un SSA soit efficace, ce dernier doit s'améliorer en continu et doit donc passer par de nombreux cycles (Figure 1). Ainsi, le système est continuellement analysé et mesuré, engendrant simultanément de nouvelles connaissances qui permettront de l'améliorer efficacement.

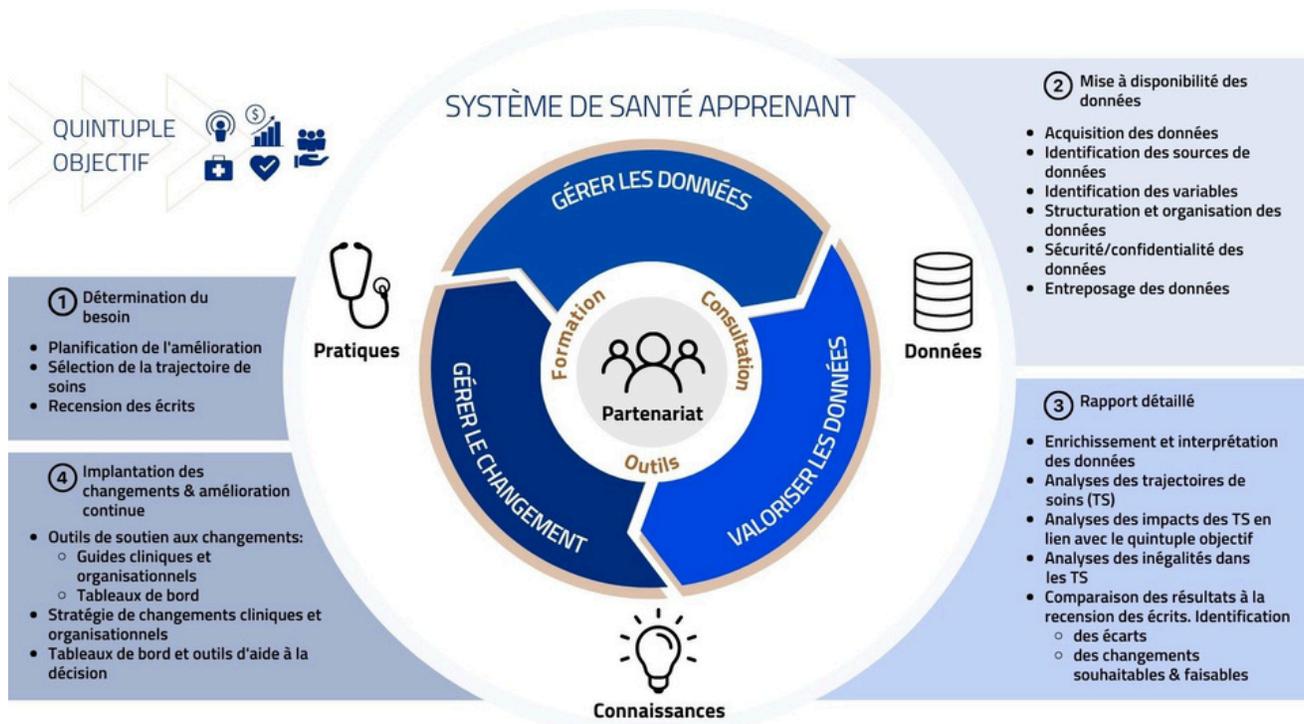


Figure 1. Le cycle d'apprentissage d'un système de santé apprenant (source : ssaquebec.ca).

LE SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT (SSA)

1.3 SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT RAPIDE (SAR)

Le SSA est un concept de base et plusieurs variantes existent à ce jour. Dans le présent document, l'exemple présenté à la section 3 porte sur le développement et la mise en place d'un système de santé apprenant rapide (SAR). Comme son nom l'indique, le SAR permet de passer à travers les cycles d'apprentissage de manière plus rapide. La figure 2 présente les avantages d'un SAR tel que développé dans le cadre du projet SARPEP.

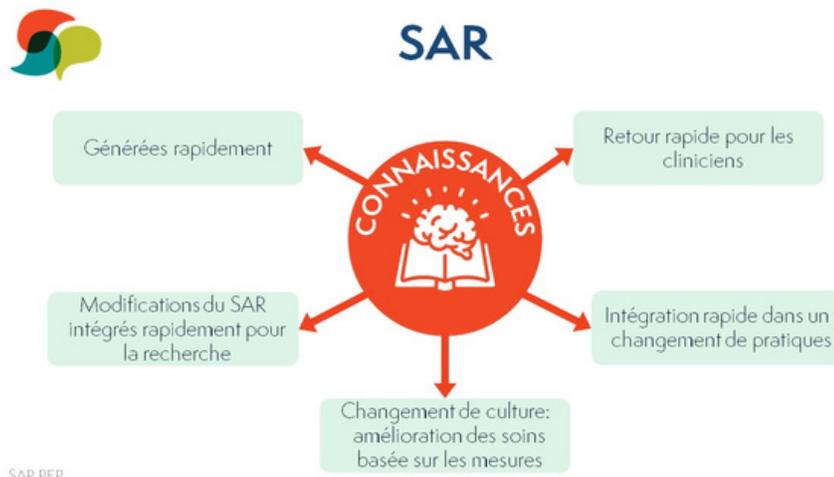


Figure 2. Avantages d'un SAR, un type de SSA où les connaissances sont générées et intégrées rapidement en pratique clinique.

Afin de développer un SAR, la composante technologique est essentielle afin de permettre l'instauration de cycles rapides de collectes et analyses de données et de rétroaction aux patientes et patients, praticiennes et praticiens et des gestionnaires. Les technologies utilisées doivent être adaptées à l'environnement à améliorer et s'intégrer facilement dans la routine/trajectoire de soins, voire la faciliter et être le plus simple possible. Elles doivent être performantes, faciles d'utilisation et compatibles avec les environnements technologiques disponibles dans tous les milieux participants sans trop nécessiter d'adaptations locales.

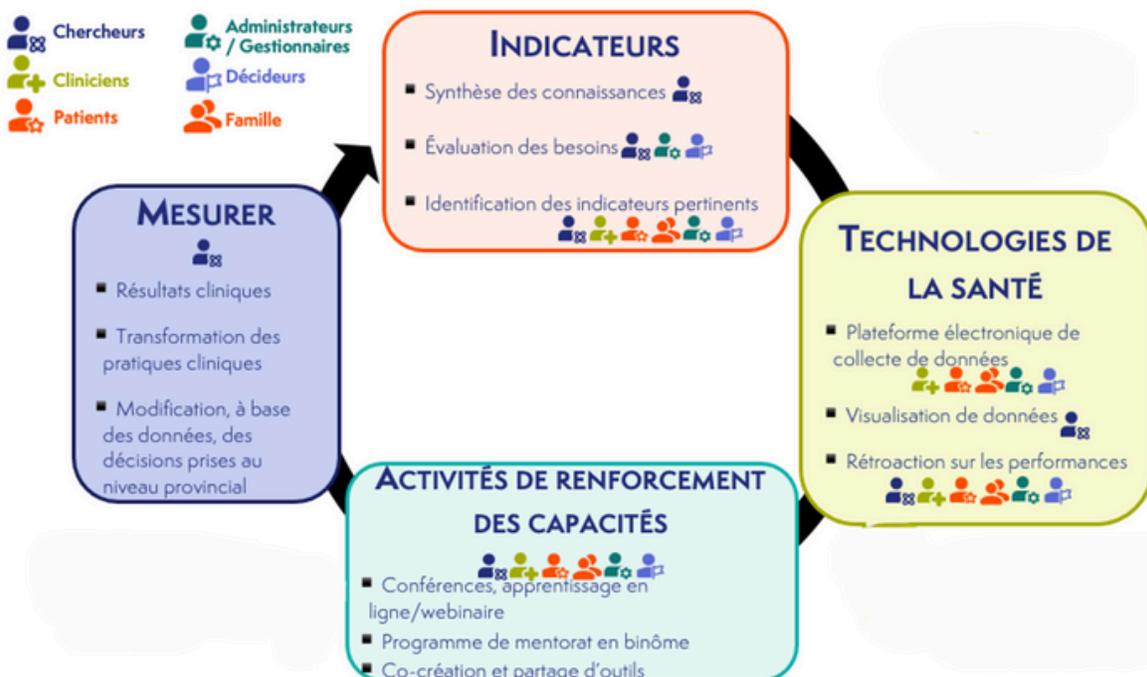


Figure 3. Schématisation des composantes du cycle d'un Système apprenant rapide (SAR).

LE SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT (SSA)

1.4 QUINTUPLE OBJECTIF

Le SSA a pour mission principale d'introduire une amélioration constante du système de santé afin que ce dernier soit le plus efficace possible et que les patientes et patients reçoivent les meilleurs soins. Pour ce faire, cinq objectifs ont été mis en place (Figure 4) et devraient guider le choix d'indicateurs pour mesurer les changements dans le système.



Figure 4. Quintuple objectif vers un système de santé efficace (source : ssaquebec.ca).

1.5 LES ÉTAPES POUR DÉVELOPPER UN SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT (SSA)

01. Constituer la communauté du SSA

- Définir un énoncé commun des valeurs, des objectifs, des principes directeurs du SSA.
- Déterminer toutes les parties prenantes impliquées dans la trajectoire de soins (le patient ou la patiente et ses proches aidantes ou aidants, différents types de cliniciennes et cliniciens qui offrent les services, des gestionnaires, des décisionnaires, des chercheuses et chercheurs, des expertes et experts).

02. Cartographier les forces sur le terrain

- Quelles sont ses forces? Qui sont les membres qui ont de l'influence sur la communauté? Il peut s'agir d'individus (issus de la recherche, du milieu clinique ou de l'administration), d'associations, de structures de leadership, d'événements, de congrès ou de rencontres entre membres, etc.
- Y a-t-il une communauté de pratique déjà établie?
- Quelles sont les ressources déjà en place (Exemples : Plateformes d'échange ou de partage, infrastructures numériques, plateformes de données centralisées, collecte de données existantes, outils clinico-administratifs, etc.).

03. Identifier les indicateurs pour le SSA au moyen d'une analyse externe et interne

A) Analyse externe

- Synthèse des connaissances de la littérature pertinente évaluée par les pairs
- Revue des recommandations d'expertes et experts/lignes directrices/normes
- Cadre de référence dans le domaine

B) Analyse interne

- Analyse de l'environnement des sites sélectionnés pour le SSA: pratiques en place, défis, données collectées existantes, méthodes/outils de collectes de données utilisés, ressources humaines disponibles (incluant nombre, formation, expérience et compétence en lien avec les requis d'un SSA), ressources matérielles (ex. pour outils de collectes de données comme des tablettes, des ordinateurs, etc.), disponibilité/intérêt des équipes pour collecter des données, autres projets et priorités de développement des équipes, ressources nécessaires pour SSA, etc.

04. Définir la trajectoire de soins ciblée et les équipes/parties prenantes impliquées



Figure 5. Exemple de schématisation de trajectoire de soins et interventions intégrées à compléter pour y intégrer l'identification des indicateurs.

05. Sélection des indicateurs par consensus

- Activités de consensus avec toutes les parties prenantes concernées (sondages, groupes de discussion, étude Delphi). Les critères de sélection des indicateurs doivent tenir compte des valeurs du SSA, du quintuple objectif, des priorités identifiées par les parties prenantes, être atteignables avec les ressources disponibles sur le terrain, dans des délais réalistes incluant plusieurs cycles (Exemple : 2 ans).
- Sélection finale d'indicateurs significatifs pour le domaine en fonction des activités précédentes.

06. Concevoir et mettre en place une infrastructure numérique

Afin de collecter et conserver les données de manière sécuritaire, régulière et itérative concernant les indicateurs sélectionnés.

07. Mettre en oeuvre les plateformes de saisie de données via les technologies numériques

Pour le SSA en situation réelle, pour collecter des données, effectuer des analyses, offrir une visualisation des données adaptée à la personne qui les utilise tout en proposant systématiquement et continuellement des recommandations adaptées pour les soins cliniques afin de générer de nouvelles connaissances et des recommandations pour l'amélioration du SSA.

08. Activités de renforcement des capacités

Adaptées à l'évolution des besoins des membres qui participent au SSA, tels qu'identifiés par les données collectées.

09. Évaluer les résultats liés à la qualité des soins, aux changements des pratiques au niveau du programme et du réseau de la santé.

10. Évaluer les résultats globaux du SSA et diffuser les conclusions aux principales parties prenantes.

LE SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT (SSA)

1.6 ÉLÉMENTS ESSENTIELS À LA RÉUSSITE D'UN SSA, BARRIÈRES ET DÉFIS

1.6.1 ÉLÉMENTS ESSENTIELS

01. Miser sur les forces de sa communauté

- Communauté de pratique existante ou tout autre réseau avec intérêts communs (à explorer avec toutes les parties prenantes).
 - Infrastructures déjà en place (systèmes de collecte de données, types de données déjà collectées et disponibles, visualisation de données).
 - Leadership et champions du domaine peuvent parrainer le projet et participer à l'animation de la communauté de pratique.
-

02. Avoir des cadres de références, normes et lignes directrices dans le domaine

- Facilite le choix des indicateurs, les comparaisons, l'évaluation.
-

03. Engager toutes les parties prenantes

- Expertes cliniciennes et experts cliniciens
- Chercheuses et chercheurs
- Personnes ayant de l'expérience vécue à tous les stades (pas seulement au moment du design)
 - Usagères et usagers et membres de la famille et/ou
 - Pairs-aidantes et pairs-aidants/ pairs-aidantes et pairs-aidants famille
 - Un membre de l'équipe du SAR, responsable de coordonner la participation des usagères et usagers.
- Cliniciennes et cliniciens, chefs d'équipe
- Gestionnaires/Administration

04. Prioriser les changements de pratique à instaurer et y aller une étape à la fois

- Les changements proposés doivent être utiles au quotidien et ne pas trop « bousculer » les pratiques courantes des parties prenantes. Ils doivent respecter un rapport coûts/ bénéfices maximal et prendre un temps/ effort minimal à être implanté pour les équipes terrain.
- Il est préférable de ne faire qu'un ou peu de changements à la fois qui impliquent les différentes parties prenantes, particulièrement les cliniciennes et cliniciens (Exemple : En intégrant un nouveau type de collecte de données à la fois; par exemple une collecte de données auprès des usagères et usagers; puis à un autre moment, procéder à la collecte de données auprès des cliniciennes et cliniciens).
- Laisser un temps d'adaptation entre les changements et consulter les parties prenantes sur le rythme et la nature des changements.

05. Collecter et partager avec les parties prenantes données provenant de multiples sources (patients eux-mêmes, proches, équipes, questionnaires, etc.).

- Définition claire des indicateurs mesurés.
- Mesure des mêmes indicateurs à partir de différentes perspectives.
- Mesure d'indicateurs plus spécifiques à différentes parties prenantes.

06. Créer et maintenir une culture d'apprentissage et d'amélioration

- Mise en oeuvre réfléchie et centrée sur les valeurs.
- Création d'un sentiment d'appartenance à une communauté qui vise à apprendre et à s'améliorer.
- SSA ressenti comme utile: tâches plus efficaces/logiques.
- Rétroactions personnalisées rapides : réduction du délai entre la recherche et le transfert des connaissances.
- Partage d'outils clinico-administratifs et cliniques intégrés dans les milieux.
- Réunions régulières pour discuter des adaptations requises & séances de partage des connaissances.
- Vérification régulière de la satisfaction des différentes parties prenantes et patients partenaires.

07. Avoir une équipe SSA disponible, en soutien, pour régler les problèmes

- Soutien rapide et facilement accessible pour l'utilisation des plateformes électroniques.
- Pour intégrer la collecte de données aux routines cliniques.
- Information et soutien disponible via site web, contact direct, téléphonique, visioconférence, etc.

08. Connaître les possibilités de financement pour ce type d'intervention

- Financement du MSSS et organismes liés;
- Initiatives de développement des systèmes de santé apprenant;
- Fonds de recherche peuvent aider à étudier la mise en oeuvre du SSA ou certaines composantes mesurées par le SSA;
- Philanthropie.

1.6.2. DÉFIS, OBSTACLES, ÉCUEILS À ÉVITER

- Manque/roulement de personnel (personnel de recherche , gestionnaires, administratifs et cliniciens et cliniciens).
- Collecte des données perçue comme un poids dans la pratique clinique et sans utilité/ signification pour les personnes qui donnent les services et doivent mettre en place les changements.
- Engagement de patientes et patients partenaires représentatifs et adaptation à leurs horaires et leur rythme, leurs réalités, prendre le temps nécessaire pour les préparer et rendre leur participation possible et pertinente pour elles et eux.
- Quoique le SSA doit tenir compte des orientations ministérielles etc., les instances hiérarchiques (ex. décisionnaires, MSSS, gestionnaires) doivent éviter d'être à la direction du SSA. Elles en font partie, au même titre qu'une autre partie prenante, sans quoi la participation du terrain peut être mise en péril. Une structure « top down » risque de se mettre en place de façon insidieuse avec le désengagement de certaines parties prenantes.

EXEMPLE D'UN SSA MIS EN OEUVRE DANS LES PROGRAMMES D'INTERVENTION PRÉCOCE POUR LA PSYCHOSE DU QUÉBEC : LE PROJET SARPEP

ÉVALUER POUR MIEUX SOUTENIR : MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME APPRENANT RAPIDE POUR MONITORER ET GUIDER EN TEMPS RÉEL L'IMPLANTATION DES PROGRAMMES D'INTERVENTION PRÉCOCE POUR LA PSYCHOSE



2.1 DESCRIPTION SOMMAIRE DU PROJET SARPEP

Le projet SARPEP a été financé initialement par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) (2 ans) et déployé pleinement depuis le début 2020, après avoir fait l'objet d'une préparation d'un an.

3 % des québécois présenteront un trouble psychotique, qui émerge habituellement entre 15-35 ans (1). Ce trouble peut entraîner des conséquences importantes sur la santé, la qualité de vie, l'intégration sociale et le fonctionnement scolaire et professionnel.



Une intervention spécialisée et intensive instaurée rapidement, lors du premier épisode psychotique (PEP), améliore les chances de rétablissement (2, 3, 4). Ainsi, des programmes d'intervention pour PEP (PPEP) sont déployés à large échelle au Québec et ailleurs dans le monde; toutefois la qualité de l'implantation demeure hétérogène ce qui met en péril son efficacité (5,6). Les Systèmes apprenants peuvent contribuer à relever le défi d'une implantation fidèle de modèle de soins complexes interdisciplinaires démontrés efficaces (7-11).

Le projet pilote avait pour objectif global d'améliorer la qualité des soins pour les personnes atteintes d'un PEP, et a démontré la faisabilité d'implanter un système apprenant rapide (SAR) dans 11 PPEP (programmes d'intervention pour PEP du Québec) et son acceptabilité. Depuis, avec le financement du MSSS, nous avons déployé le SARPEP dans 20 PPEP du Québec faisant partie de 14 CISSS/CIUSSS et nous avons complété plusieurs cycles de collecte de données, démontrant la faisabilité de son implantation à plus large échelle. Ces PPEP compte plus 60 psychiatres, plus de 170 autres professionnels de la santé et services sociaux et desservent plus de 2700 patients en suivi actifs d'une durée moyenne de 3 ans, dont environ 1200 nouveaux patients par année.

La conception, la mise en œuvre et l'évaluation du SARPEP a impliqué, à toutes les étapes, tous les acteurs-clés (cliniciennes et cliniciens, utilisatrices et utilisateurs de services et leurs proches, chercheuses et chercheurs, décisionnaires, MSSS et l'Association québécoise des programmes de premier épisode (AQPPEP). Le projet mené par une équipe de cochercheuses et cochercheurs principaux de 3 centres de recherche et universités différentes (Dr Amal Abdel-Baki, CRCHUM, Université de Montréal; Dr Marc-André Roy, CERVO, Université Laval; Annie Leblanc, Université Laval; Srividya Iyer et Manuela Ferrari, CRIUSMD, Université McGill) vise secondairement à évaluer l'impact du SARPEP sur la satisfaction des utilisatrices et utilisateurs et les différentes dimensions de leur rétablissement selon leur perspective, le respect des composantes essentielles des PPEP et les prises de décisions au plan local et provincial.

2.2 DÉPLOIEMENT DU PROJET SARPEP

Le SARPEP a été déployé selon les étapes suivantes, depuis 2019-2020 :

1) **Une sélection d'indicateurs significatifs de la qualité des PPEP**, par consensus (sondage et groupes de discussions incluant les diverses parties impliquées) établi avec toutes les parties prenantes du projet, à partir d'une revue de la littérature et du cadre de référence PPEP (MSSS, 2017). Ces indicateurs peuvent être ajustés en cours de route selon l'évolution de l'implantation des PPEP.

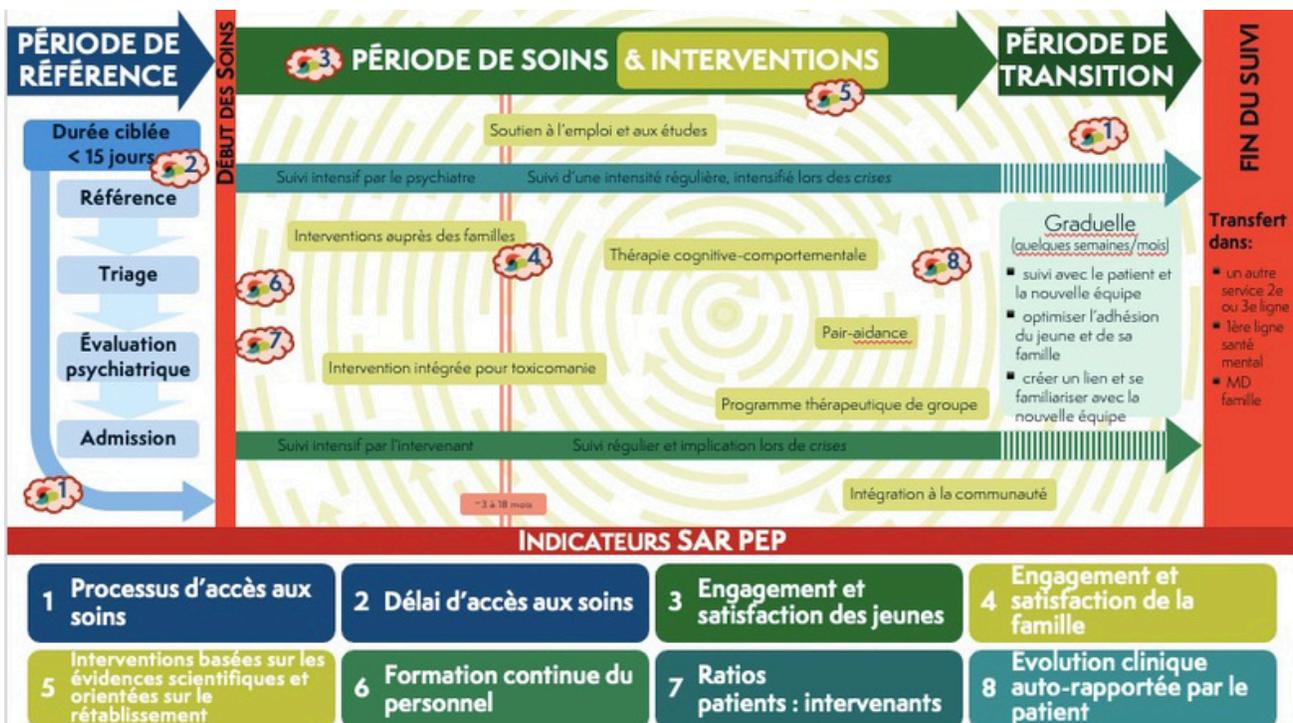
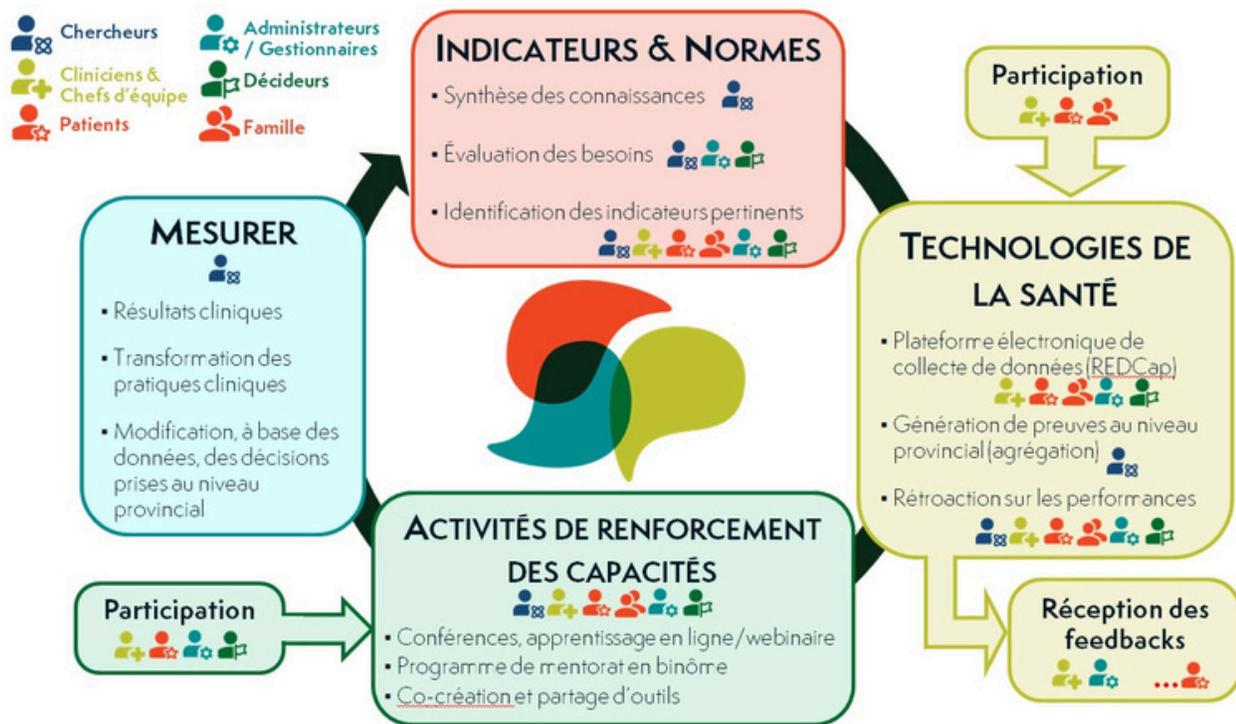


Figure 6. Trajectoire de soins en PPEP et catégories d'indicateurs sélectionnés par la communauté du SARPEP.

2) **Mise en place d'une infrastructure numérique** permettant de collecter des données en continu de manière intégrée à la routine de la pratique clinique. Cette plateforme numérique, qui se veut conviviale, est accessible en ligne; elle permet aux cliniciens, aux patients et leurs proches de contribuer à la collecte des données depuis début 2020.

3) **Analyse des données** pour générer **en temps réel (soit immédiatement, soit en quelques jours)** des résultats personnalisés et les **diffuser (en continu)** aux utilisatrices et utilisateurs du SARPEP sous forme de rétroactions vulgarisées, afin d'offrir des recommandations (quant aux composantes cliniques et d'organisation clinico-administrative du PPEP) pour l'amélioration des PPEP et également du SARPEP lui-même.

4) **Offre d'activités de renforcement des capacités adaptées à l'évolution des besoins** de chaque PPEP, développement d'outils clinico-administratifs, développement des activités de la communauté de pratique SARPEP animée par des expertes et experts); Le SARPEP utilise aussi les forces déjà en place dans l'environnement naturel (ex. conseiller PPEP du MSSS et AQPPEP) en plus de l'équipe centrale du SSA.



5) **Le cycle recommence à l'étape 2 et continue de manière itérative.** Le SARPEP permet de mesurer l'impact des décisions administratives locales et provinciales ou des activités de renforcement des capacités.

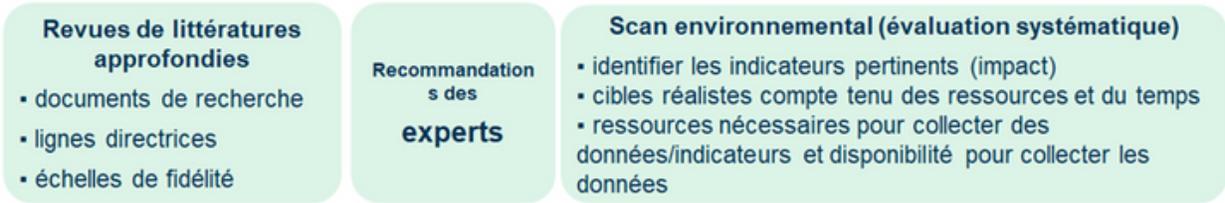
6) **Diffusion des conclusions** sur le SARPEP aux principales parties prenantes.

7) **Déploiement du SAR** à 20 PPEP au Québec à partir de 2023 a eu lieu avec le financement octroyé par le MSSS.

À terme, le SARPEP permettrait d'accroître la capacité des 33 PPEP du Québec à fournir des soins fondés sur les données probantes, monitorer leur performance, fixer des objectifs d'amélioration, prendre des décisions au plan local et provincial et à développer l'apprentissage collaboratif et les interactions multipartites et entre cliniques.

2.2.2 EXEMPLES CONCRETS DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS DU PROJET SARPEP

Le **choix des indicateurs** basés sur :



Des **activités de consensus** avec toutes les parties utilisant :



Figure 8. Exemple des activités menées pour le choix des indicateurs et normes pour SARPEP

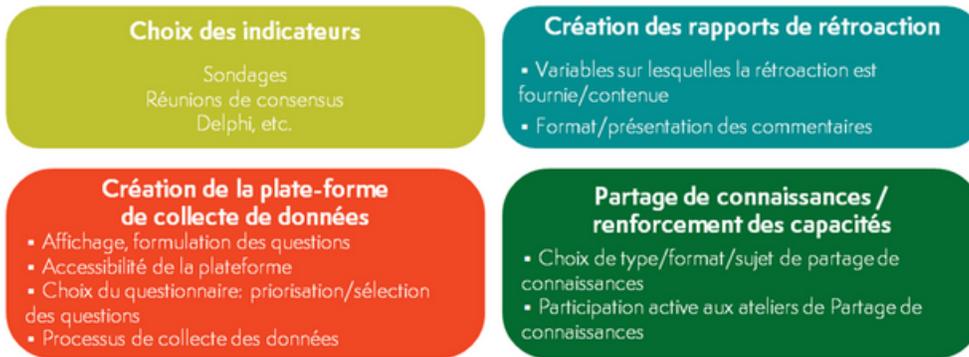


Figure 9. Exemple des activités d'engagement actif des parties prenantes dans les principales composantes des cycles du système apprenant SARPEP

EXEMPLES DE SONDAGE

Patients

Sondage court 2min

- Es-tu satisfait des services reçus aujourd'hui?
- Parmi les items suivants, le quel as-tu apprécié le plus?
- Parmi les items suivants, le quel as-tu apprécié le moins?

Sondage long 10min

Quel type d'impact les services ont-ils eu sur ta gestion de:

	😊	🙂	😐	😞	Non applicable/Je ne sais pas
Ta santé mentale	<input type="radio"/>				
Ta santé physique	<input type="radio"/>				
Ta situation d'emploi ou d'étude	<input type="radio"/>				
Ton milieu de vie (l'endroit où tu vis, ton hébergement)	<input type="radio"/>				

Chefs d'équipe (tous les 4 mois)

Les intervenants de votre clinique accompagnent les patients à l'extérieur des lieux physiques de la clinique pour...

1 * ...des visites dans leur milieu (ex: domicile, etc.)? Oui Non % d'intervenants

2 * ...des démarches de soutien aux études? Oui Non % d'intervenants

Quel pourcentage des intervenants font ces visites?

Famille & Proches

SVP lire les déclarations suivantes et choisir l'option qui reflète le mieux votre opinion.

	Fortement en accord	En accord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable/Je ne sais pas
Je suis satisfait du soutien (ex.: conseils, information, temps) que j'ai reçu de ou des intervenant(s) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis satisfait du soutien (ex.: conseils, information, temps) que j'ai reçu de ou des intervenant(s) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis satisfait des autres services (ex.: éducation psychologique, thérapie familiale) que j'ai reçus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figure 10. Exemple des plateformes de sondages complétés par les chefs d'équipe (tous les 4 mois) et les patients, familles et proches (complétés de façon continue) dans le SARPEP

ÉLÉMENTS ESSENTIELS DE LA PLATEFORME TECHNOLOGIQUE DU SARPEP

- Système électronique de collecte des données;
- Système électronique de stockage des données;
- Rétroactions en temps réel aux utilisateurs.



Figure 11. Composantes des rapports de rétroactions envoyés aux programmes tous les 4 mois

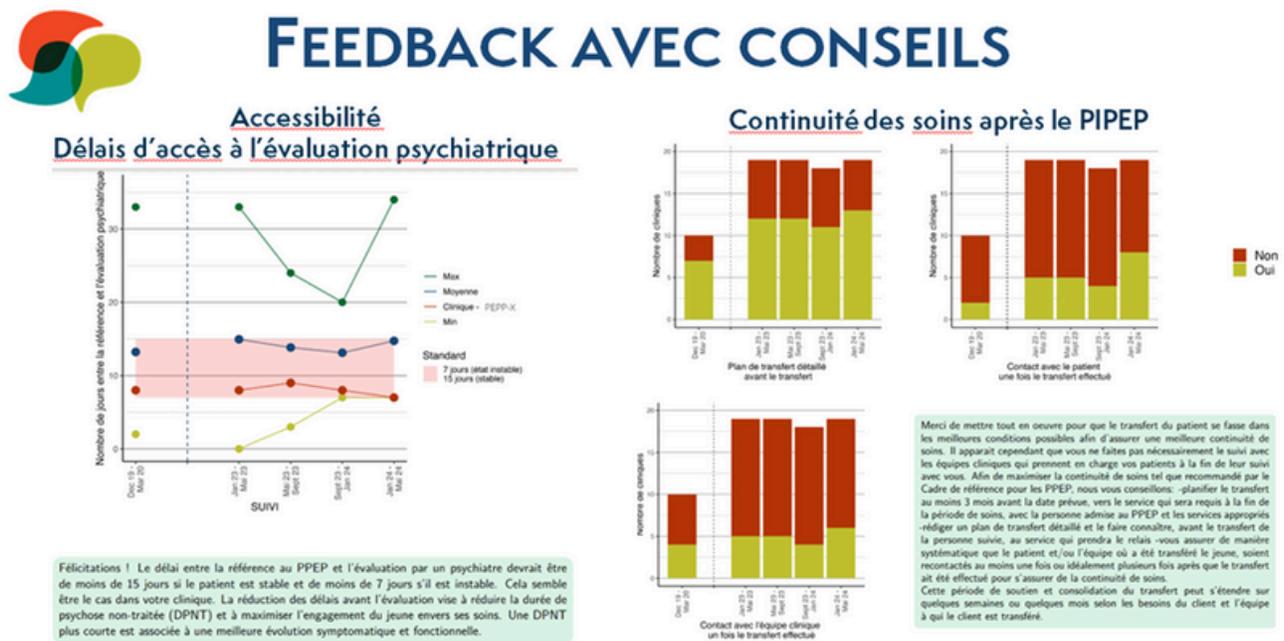


Figure 12. Exemple des rétroactions envoyées aux programmes pour premiers épisodes psychotiques participant au système apprenant SARPEP

SARPEP aide les programmes à utiliser efficacement les données pour améliorer la qualité des pratiques cliniques, en visant les normes et l'amélioration continue au fil du temps. Plusieurs activités de renforcement des capacités peuvent être employées :



Figure 13. Activités de renforcement des capacités offertes par le système apprenant SARPEP

2.3 CE QU'OFFRE CONCRÈTEMENT LE SARPEP POUR SOUTENIR LE RSSS

- **Une plateforme** utilisant diverses technologies permettant aux patientes et patients et à leur famille d'exprimer leur degré de satisfaction quant aux services reçus, aux patientes et patients de procéder à une auto-évaluation de leur rétablissement et aux cliniciennes et cliniciens d'entrer des données pour suivre l'évolution de leurs pratiques en lien avec les composantes essentielles des PPEP.
- **Des rapports de rétroactions, produits en continu et aux 4 mois**, sur la satisfaction des patients et leurs proches et sur les composantes essentielles des PPEP.

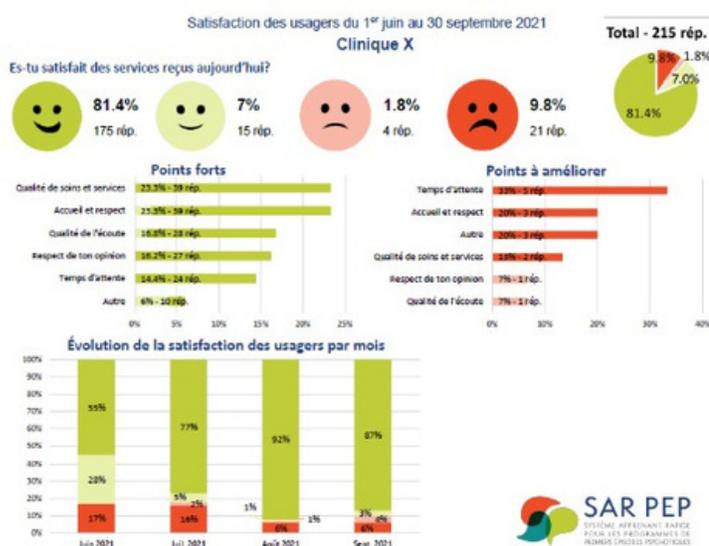


Figure 14. Exemple de rapport de rétroaction sur la satisfaction des usagers

- **Une communauté de pratique animée par les expertes et experts nationaux** offrant des activités de partage de connaissances (ex. sur la réduction des délais d'accès aux PPEP, la continuité des soins, le processus de transfert à la fin du suivi PPEP).
- **Cocréation et partage d'outils clinico-administratifs**, notamment une base de données pour soutenir la cueillette de données pour chaque programme et une médiathèque en ligne, regroupant nos formations et nos outils créés en lien avec les besoins exprimés par la communauté de pratique et combinant divers efforts des milieux.

2.4 CONSTATS SUR LE PROJET SARPEP

De début 2020 à ce jour: l'implantation du SARPEP s'est réalisée avec succès et satisfaction.

- Les PPEP des divers milieux (rural, urbain, académique, etc.) rapportent être très engagés dans le projet.
- Les cliniciennes et cliniciens, les usagères et usagers et les gestionnaires sont satisfaits.
- Les connaissances générées sont rapidement intégrées en changement des pratiques au fil des mois du projet.
- Les modifications apportées au SAR sont intégrées de façon rapide dans les prochaines étapes de recherche.
- Il survient un changement de culture : on note une amélioration des soins basés sur la mesure et centrée sur la patiente et le patient et ses proches et une mobilisation des diverses parties prenantes.

Site web :

- Site web Unité SSA (<https://ssaquebec.ca/lunite/systeme-de-sante-apprenant/>)
- Site web SARPEP (<https://sarpep.ca/>)

Publications du projet SAR PEP :

a. Ferrari M, Iyer S, LeBlanc A, Roy MA, Abdel-Baki A. A Rapid-Learning Health System to Support Implementation of Early Intervention Services for Psychosis in Quebec, Canada: Protocol. JMIR Res Protoc. 2022 Jul 19;11(7):e37346. doi: 10.2196/37346. PMID: 35852849; PMCID: PMC9346564.

b. Ferrari, M., Saulnier, M-S., Iyer, SN., Roy, M-A., Abdel-Baki, A. (preprint). Implementing a rapidlearning health system in early intervention services for psychosis: Qualitative evaluation of its feasibility and acceptability. Health Research Policy and Systems

Références :

1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(1):19-28
2. Bertelsen, M., et al., Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: The OPUS trial. Archives of General Psychiatry, 2008.
3. Harvey, P.-O., M. Lepage, and A. Malla, Benefits of enriched intervention compared with standard care for patients with recent-onset psychosis: a metaanalytic approach. The Canadian Journal of Psychiatry, 2007. 52(7): p. 464-472.
4. Craig, T.K.J., et al., The Lambeth Early Onset (LEO) Team: Randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. British Medical Journal, 2004.
5. Bertulies Esposito, B., et al., Implementation of Early Intervention Services for Psychosis in Québec: A Cross-Sectional Study. Canadian Journal of Psychiatry. 2021.
6. Nolin, M., et al., Early intervention for psychosis in Canada: what is the state of affairs? The Canadian Journal of Psychiatry, 2016. 61(3): p. 186-194.
7. Abernethy, A.P., et al., Rapid-learning system for cancer care. Journal of Clinical Oncology, 2010. 28(27): p. 4268.
8. Oncology, A.S.o.C., CancerLinQ: Building a transformation in cancer care. 2013. Page 19/24
9. Platt, R., et al., The new Sentinel Network—improving the evidence of medical-product safety. New England Journal of Medicine, 2009. 361(7): p. 645-647.
10. Wallace, P.J., Reshaping cancer learning through the use of health information technology. Health Affairs, 2007. 26(2): p. w169-w177.
11. Delaney, B.C., et al., Translational medicine and patient safety in Europe: TRANSFoRm— architecture for the learning health system in Europe. BioMed research international, 2015. 2015.

Remerciements

Les figures graphiques 2,3,5 à 14 ont été conçues par Camille Arbaud, coordonatrice du SARPEP.