

# 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

---

<b>Mise en contexte</b>	<b>1</b>
-------------------------	----------

---

<b>1. Système de santé apprenant (SSA)</b>	<b>2</b>
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	

---

<b>2. Exemple d'un SSA mis en œuvre dans les programmes d'intervention précoce pour la psychose du Québec</b>	<b>10</b>
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	

---

<b>3. Ressources pour en savoir plus</b>	<b>16</b>
--	-----------

# CONTEXTE



Ce document a été développé en réponse à une demande du précédent président-directeur général du CHUM et président 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 son intérêt à mieux comprendre le concept du système de santé apprenant (SSA) et sa volonté d'en faciliter le déploiement dans divers secteurs de notre réseau de la santé.

Ainsi, en toute collaboration, l'équipe de la Dre Abdel-Baki, psychiatre, professeure titulaire de clinique au Département de psychiatrie de l'UdeM, chef du Service de santé mentale jeunesse au CHUM et chercheuse régulière au CRCHUM, et l'équipe de la Dre Lussier, médecin de famille, professeure titulaire au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'UdeM, chercheuse régulière au CRCHUM et codirectrice scientifique du 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, elles suggèrent 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 Système apprenant rapide pour les programmes de premiers épisodes psychotiques (SARPEP) mené par l'équipe de la 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 les 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 faire 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.

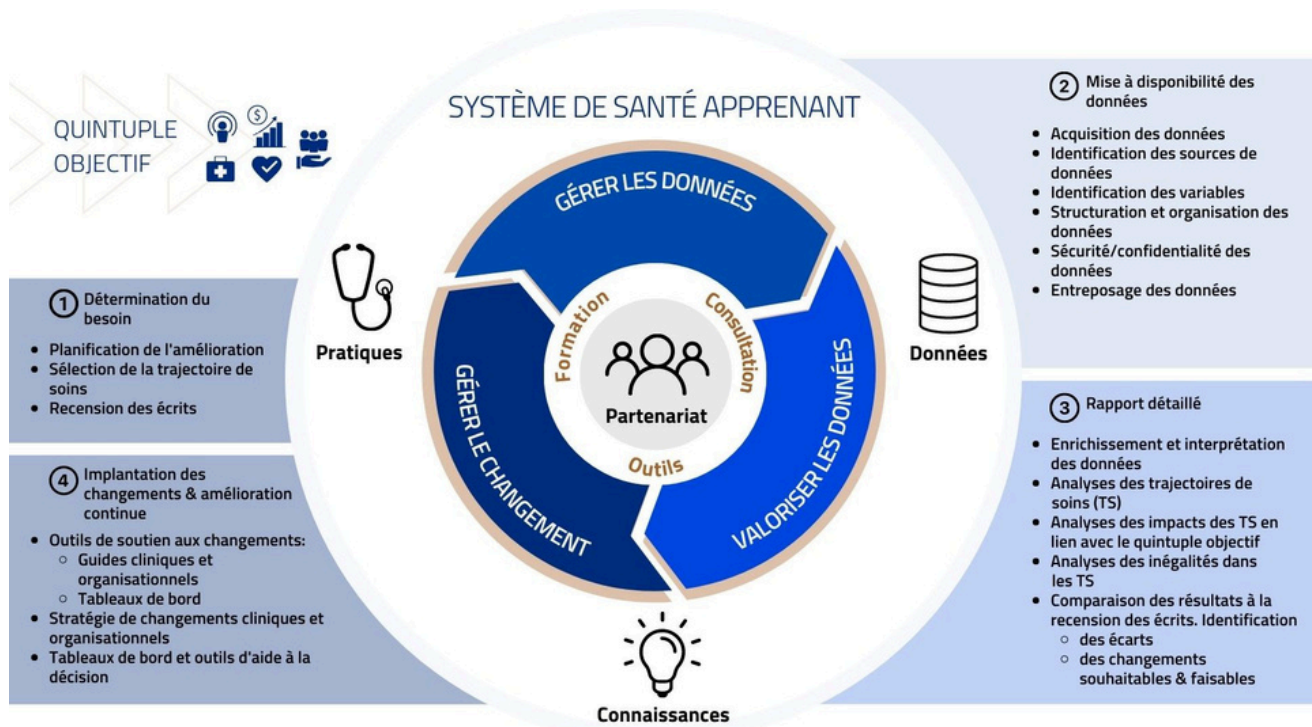


Figure 1. Le cycle d'apprentissage d'un système de santé apprenant (source : ssaquebec.ca).

# LE SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT (SSA)

## 1.3 SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT RAPIDE (SAR)

Le SSA est un concept de base pour lequel 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.



SAR PEP

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

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

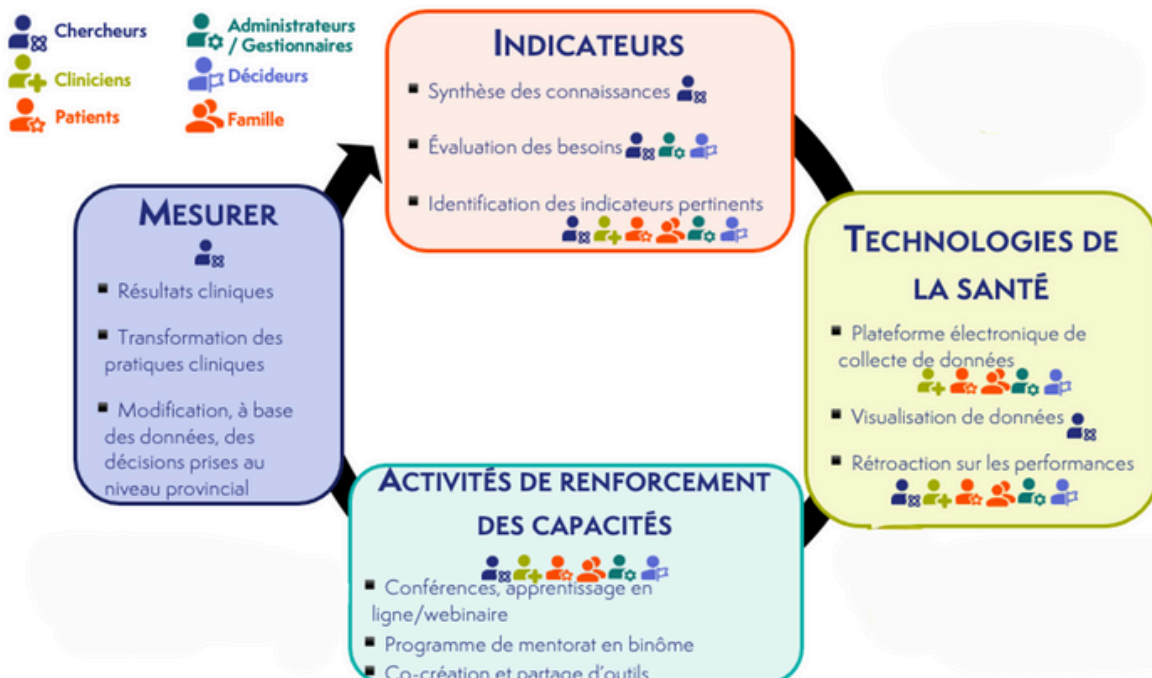


Figure 3. Schématisation des composantes du cycle d'un Système apprenant rapide (SAR).

# 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 efficient 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 efficient (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, et 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, les différents types de cliniciennes et cliniciens qui offrent les services, les gestionnaires, les décisionnaires, les chercheuses et chercheurs, et les spécialistes.

### 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 et 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. 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

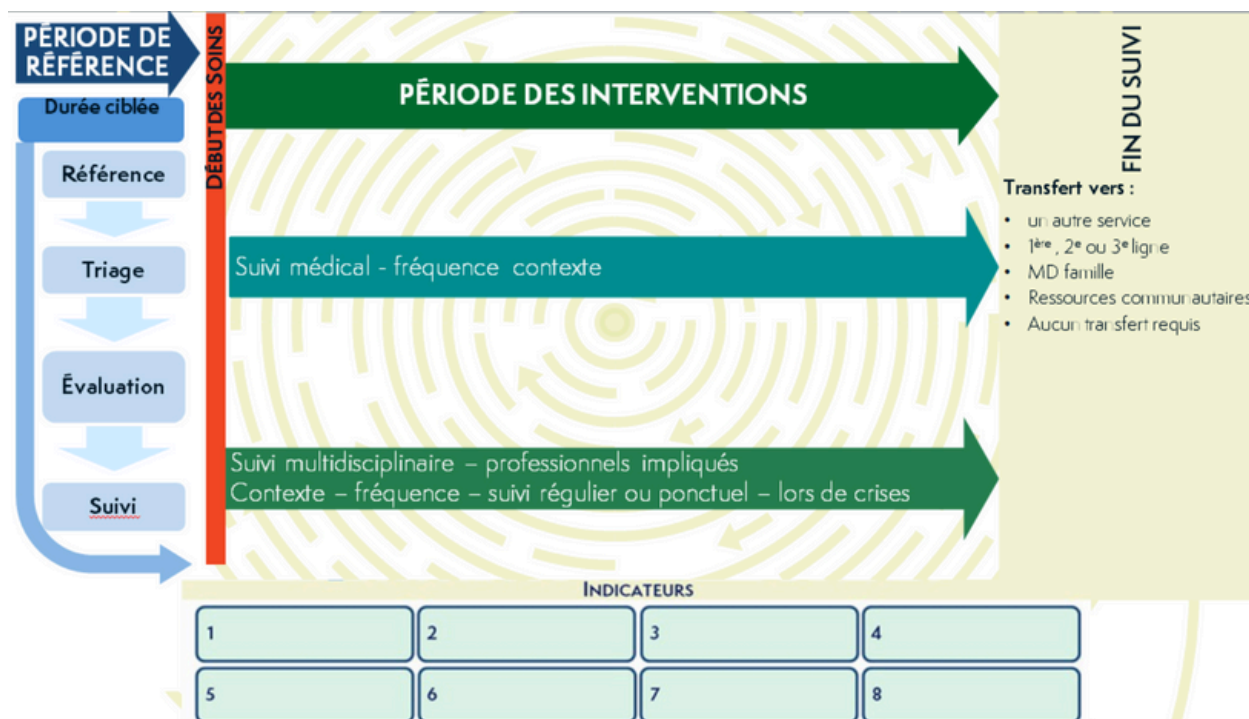


Figure 5. Exemple de schématisation de trajectoire de soins et interventions intégrées à compléter pour y intégrer l'identification des indicateurs.

---

## **05. Sélection des indicateurs par consensus**

- Activités de consensus avec toutes les parties prenantes concernées (sondages, groupes de discussion et 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 et 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 de conserver les données de manière sécuritaire, régulière et itérative concernant les indicateurs sélectionnés.

---

## **07. Mettre en œuvre les plateformes de saisie de données via les technologies numériques**

Pour le SSA en situation réelle, en vue de collecter des données, d'effectuer des analyses, d'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 et visualisation de données).
  - Leadership et champions du domaine pouvant 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 et 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
  - 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 leur implantation doit prendre un temps et des efforts minimaux pour les équipes terrain.
- Il est préférable de ne faire pas plus d'un ou de quelques 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; comme une collecte de données auprès des usagères et usagers; suivi à un autre moment de 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 des données provenant de multiples sources (patients, 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 œuvre 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 et séances de partage des connaissances.
- Vérification régulière de la satisfaction des différentes parties prenantes et des 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 disponibles via site Web, contact direct, téléphonie, visioconférence, etc.

---

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

- Financement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et organismes liés
- Initiatives de développement des systèmes de santé apprenants
- Fonds de recherche pouvant aider à étudier la mise en œuvre du SSA ou de certaines composantes mesurées par le SSA
- Philanthropie

### 1.6.2. DÉFIS, OBSTACLES ET ÉCUEILS À ÉVITER

- Manque/roulement de personnel (personnel de recherche, gestionnaires, personnel administratif et cliniciennes 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 des patients partenaires représentatifs et adaptation à leur horaire, leur rythme et leurs réalités. Suffisamment de temps est pris pour les préparer et rendre leur participation possible et pertinente pour elles-mêmes et eux-mêmes.
- Quoique le SSA doit tenir compte des orientations ministérielles, entre autres, les instances hiérarchiques (ex. décisionnaires, MSSS et 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 ŒUVRE 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) (deux ans) et déployé pleinement depuis le début de 2020, après avoir fait l'objet d'une préparation d'un an.

3 % des Québécois et Québécoises présenteront un trouble psychotique, qui émergera habituellement entre 15 et 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 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 des services sociaux et desservent plus de 2 700 patients en suivi actifs d'une durée moyenne de 3 ans, dont environ 1 200 nouveaux patients par année.

La conception, la mise en œuvre et l'évaluation du SARPEP ont 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 trois centres de recherche et universités différentes (Dre 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 discussion incluant les diverses parties impliquées) établie 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.

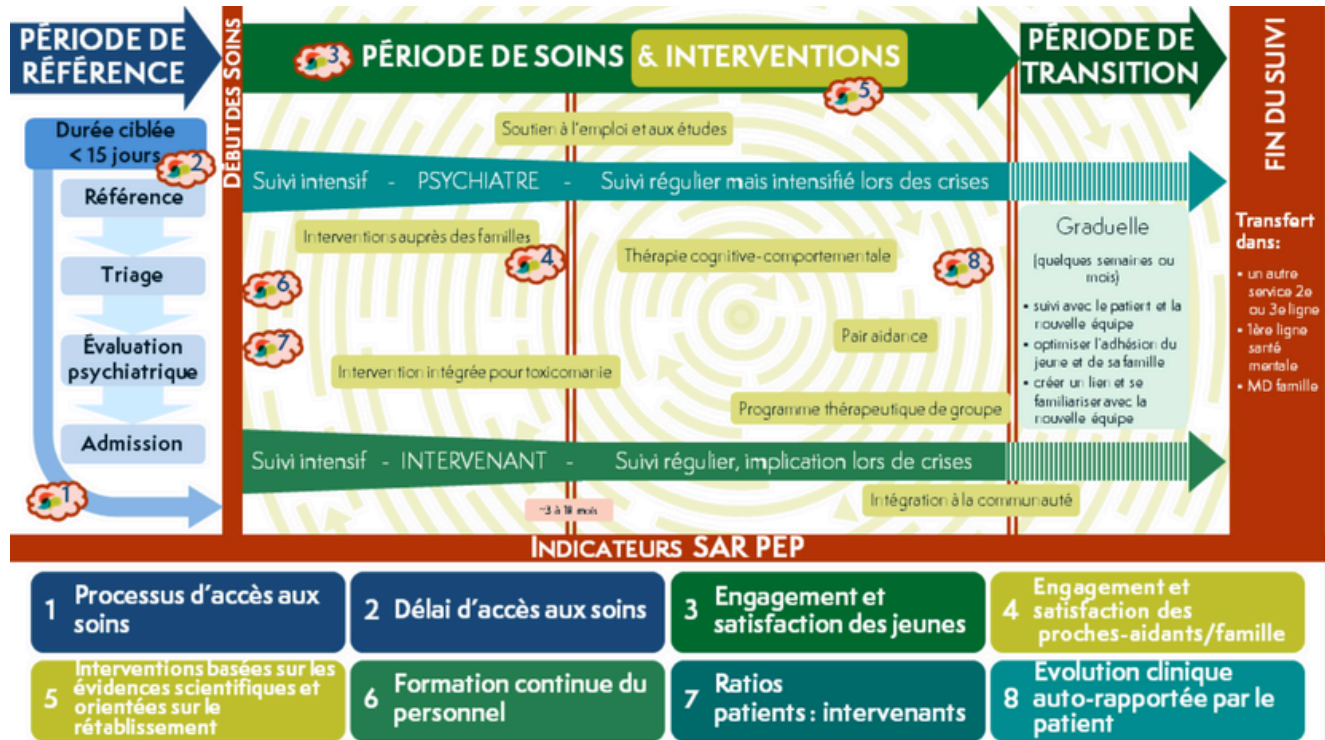
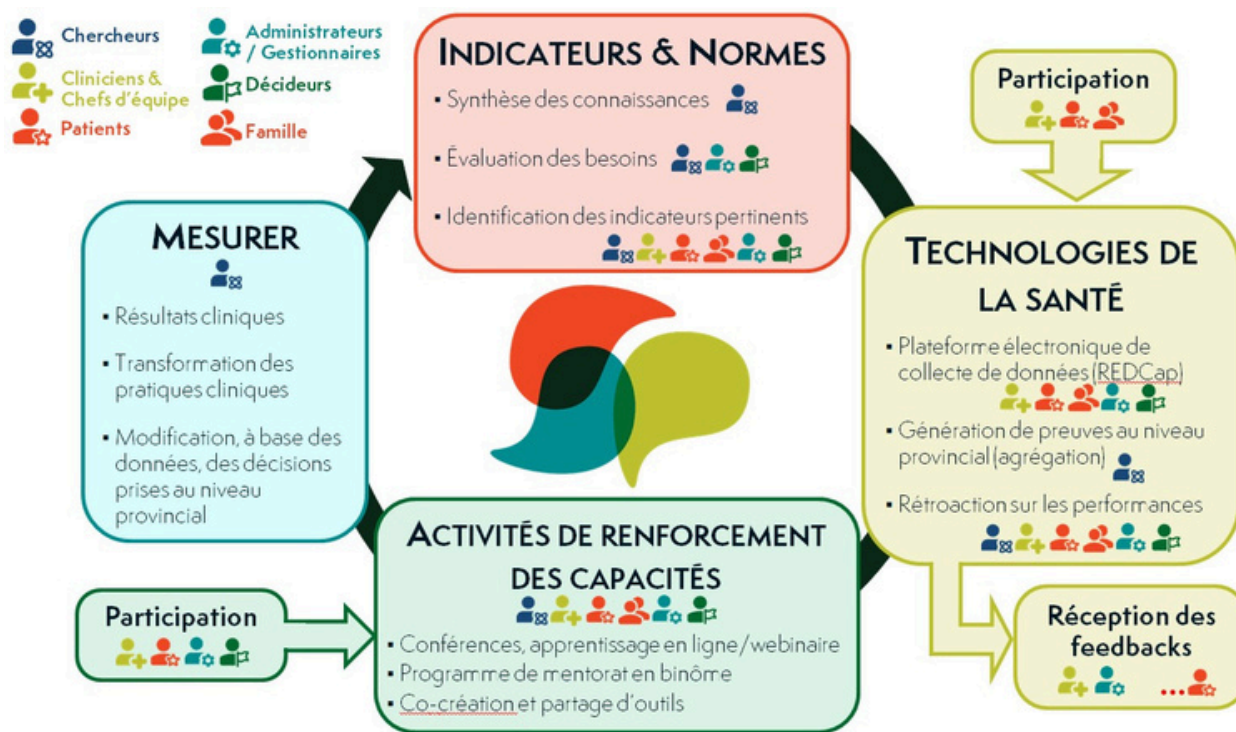


Figure 6. Trajectoire de soins en PPEP et catégories d'indicateurs sélectionnés par la communauté du SARPEP.

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 cliniciennes et cliniciens, aux patientes et patients et à leurs proches de contribuer à la collecte des données depuis le début de 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

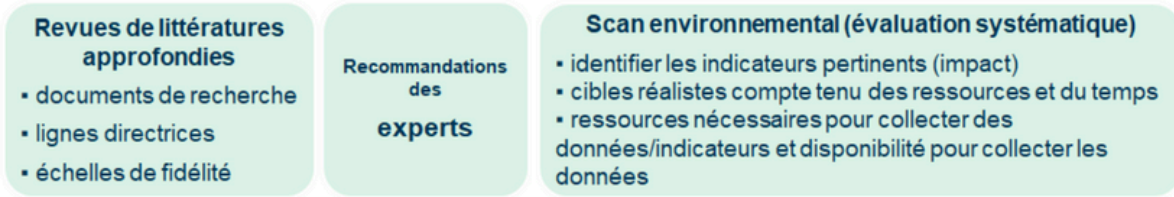
6) **Diffusion des conclusions** sur le SARPEP aux principales parties prenantes

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 :

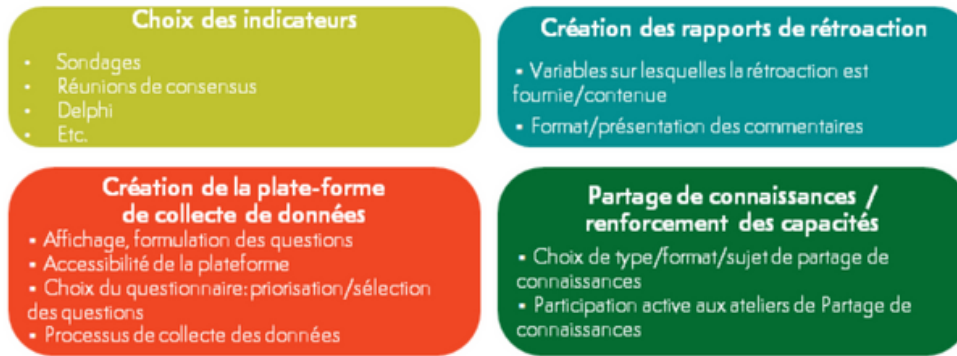


Des **activités de consensus** avec toutes les parties utilisant :



SAR PEP

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



SAR PEP

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

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ta santé physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ta situation d'emploi ou d'étude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ton milieu de vie (l'endroit où tu vis, ton hébergement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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... Quel pourcentage des intervenants font ces visites?

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

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

**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 psychiatres *	<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

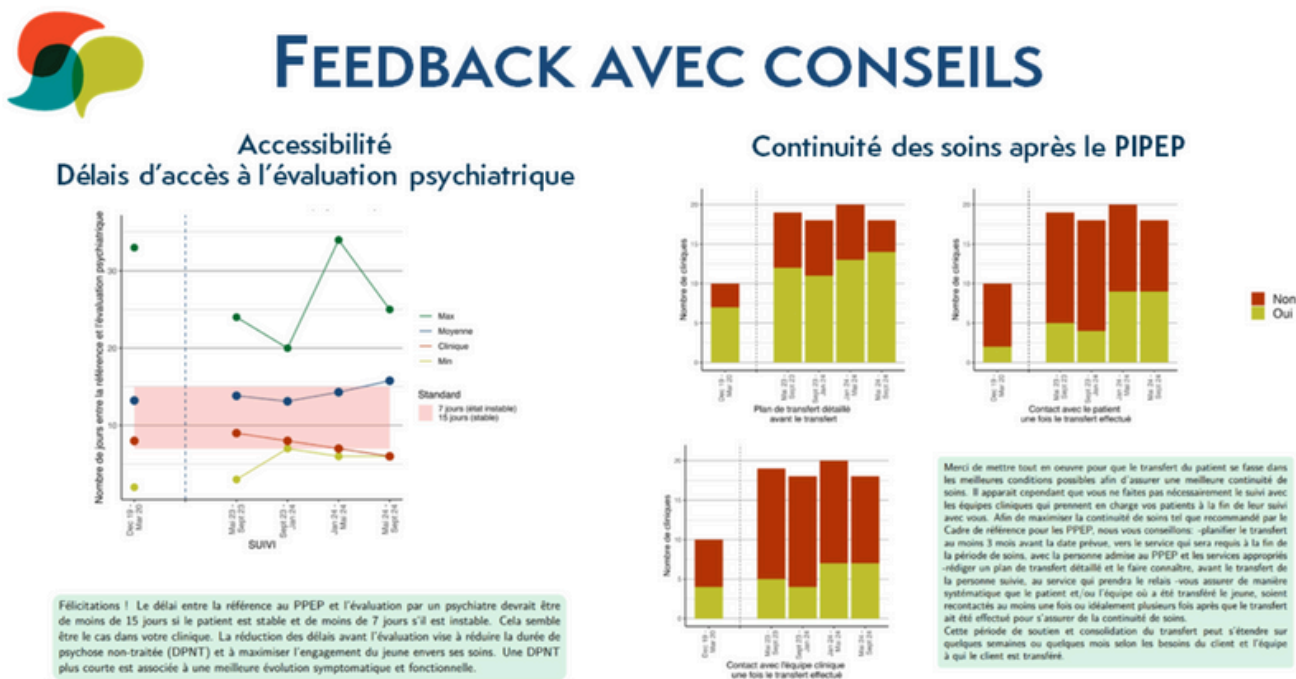


Figure 12. Exemple des rétroactions envoyées aux programmes pour premiers épisodes psychotiques participant au système apprenant SARPEP



Le 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, aux patients et à leur famille d'exprimer leur degré de satisfaction quant aux services reçus, aux patientes et aux 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 quatre mois**, sur la satisfaction des patients et leurs proches et sur les composantes essentielles des PPEP.

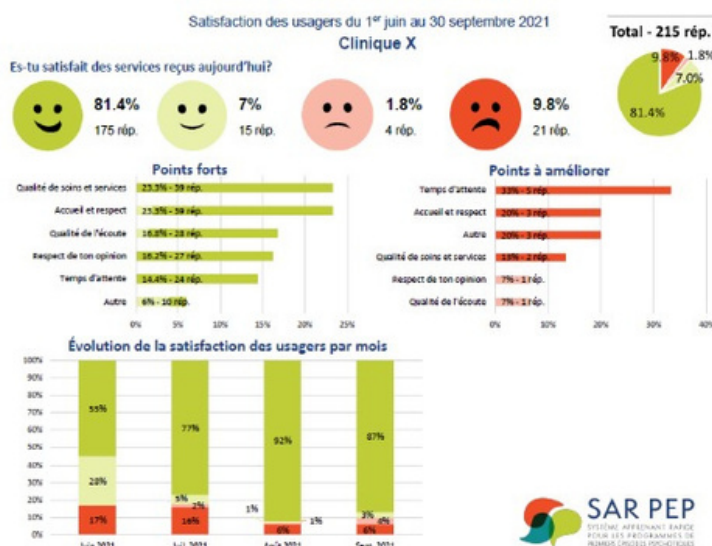


Figure 14. Exemple de rapport de rétroaction sur la satisfaction des usagers

- **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, et 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

Du début de l'année 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 centrés 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, coordonnatrice du SARPEP.