

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Consultation publique — Vers une vision renouvelée, intégrée et cohérente
en matière de santé mentale, itinérance et dépendance

Pour un écosystème québécois de systèmes de soins apprenants en psychiatrie et en santé mentale

Mémoire soumis dans le cadre de la consultation publique du
MSSS

Juin 2026

Présenté par

Groupe d'intérêt en systèmes de santé apprenants appliqués à la santé mentale réunissant plusieurs acteurs en santé mentale notamment des gestionnaires, chefs de département, cliniciens, chercheurs, experts cliniciens.

François Lespérance, MD, M.Sc.

Psychiatre, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Professeur titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Amal Abdel-Baki, M.Sc., MD

Psychiatre et chef, Service de santé mentale jeunesse, CHUM

Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal
Chercheuse régulière, CRCHUM

En collaboration avec (par ordre alphabétique)

Patrick Archambault, MD, MSc

Directeur scientifique

Unité SSA-Québec

Université de Sherbrooke

Bastian Bertulies-Esposito, MD, MSc

Psychiatre, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Professeur adjoint de clinique et directeur adjoint du programme de résidence en
psychiatrie
Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Marie-Eve Blain-Juste MD

Psychiatre, Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Membre associée, CHU Sainte-Justine
Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université
de Montréal

Sandra D'Auteuil

Directrice. Direction des Programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal

Lionel Cailhol, MD, PhD

Psychiatre, Institut universitaire de santé mentale de Montréal
Directeur et professeure titulaire de clinique
Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Virginie Doré-Gauthier, M.D., M.Sc. MSc (A)

Psychiatre et cheffe, Département de psychiatrie adulte – CIUSSS NIM
Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie
Université de Montréal
Responsable du DPC, AMPQ

Beaudoin Forgeot D'arc, MD, PhD

Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, chef du département de psychiatrie, CHU Ste-
Justine
Professeur titulaire de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie
Université de Montréal
Chercheur, Centre de recherche Azrieli du CHU Ste-Justine

Marianne Genest, MD

Psychiatre et chef du département de psychiatrie et chef de la psychiatrie urbaine
CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie
Université de Montréal

Alexandre Hudon, B.ing, M.D., M.Sc (éd), PhD

Psychiatre. Institut universitaire de santé mentale de Montréal,
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Professeur adjoint, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal
Chercheur régulier à l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal
Professeur IVADO

Olivier Farmer, MD

Psychiatre, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de
Montréal

Manuela Ferrari, PhD

Chercheuse, Centre de recherche Douglas
Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université McGill

Claire Gamache, MD

Psychiatre, CISSS de Laval
Présidente de l'Association des psychiatres du Québec.
Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie,
Université de Montréal

Srividya Iyer, PhD

Chaire de recherche du Canada sur les jeunes, la santé mentale et les systèmes de santé
apprenants
Professeure titulaire, département de psychiatrie, Université McGill
Chercheuse, Centre de recherche Douglas

Didier Jutras-Aswad. M.D., M. Sc.

Chef de Département de psychiatrie, CHUM
Psychiatre. Service de psychiatrie des toxicomanies, CHUM
Professeur titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et Président du Centre
d'expertise et de collaboration en troubles concomitants du RUISSS, Université de Montréal

Delphine Roussel, MD

Psychiatre, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Professeure adjointe de clinique. Département de psychiatrie et d'addictologie, Université
de Montréal

Marc-André Roy, MD

Psychiatre et Directeur médical, PPEP Capitale-nationale, Clinique Notre-Dame des Victoires
Professeur titulaire de Psychiatrie et Neurosciences, Faculté de Médecine, Université Laval

1. Résumé exécutif

Message central

Le Québec doit planifier le déploiement de systèmes de soins apprenants (SSA) dans le développement même de son système de santé mentale et y consacrer les budgets nécessaires. Les SSA ne sont pas un projet de recherche ponctuel : ils sont une composante structurelle d'un système de santé moderne, capable de mesurer en continu la qualité des soins (tant l'efficacité, la sécurité, l'équité d'accès aux soins (en portant une attention particulière aux populations vulnérables ou minoritaires) que l'expérience des patients et des proches), le bien-être de ses ressources humaines et de s'améliorer sur la base de données réelles.

Le projet SARPEP — premier système apprenant rapide en santé mentale au Canada — a prouvé la faisabilité et l'impact de cette approche dans 20 des 33 programmes de premiers épisodes psychotiques du Québec. Le projet SARAH étend ce modèle aux alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie dans le cadre des projets vitrines de l'axe 6 PAISM - IPAM et le projet SAR-AO à la santé mentale jeunesse dans le cadre de Aire ouverte. Fort de ces preuves de concept, nous proposons le déploiement progressif de nouveaux SSA dans des domaines prioritaires, en commençant par la santé mentale et l'itinérance, le trouble de personnalité limite et la psychiatrie légale.

Une gouvernance incluant des représentants du MSSS, Santé Québec et l'Unité de soutien SSA Québec devrait contribuer, avec une équipe scientifique de chercheurs et d'experts, à déterminer les priorités de déploiement selon les besoins populationnels et les orientations du Plan d'action en santé mentale. Les initiatives proposées dans ce mémoire sont des exemples illustratifs de domaines à fort impact; d'autres domaines — p. ex. périnatalité, neurodéveloppement, — pourraient s'y ajouter selon les priorités définies par cette gouvernance. L'expertise en pratiques transversales, pertinentes à tous les SAR (p. ex. prévention du suicide, approche intégrée en troubles concomitants, etc.) peut être intégrée avec les partenaires socialisés du RSSS (ex CECTC).

Malgré l'existence de plans d'action, de cadres de référence et de guides d'implantation, il existe un écart majeur entre ces connaissances et leur mise en œuvre réelle dans les services. Les systèmes apprenants peuvent contribuer à combler cet écart en assurant que les bonnes pratiques identifiées se concrétisent de façon soutenue et équitable dans l'ensemble du réseau.

2. Introduction

Le présent mémoire est soumis dans le cadre de la consultation publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec portant sur une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance. Il est présenté par l'équipe de recherche du Centre d'expertise en partenariat et système de santé apprenant rapide en santé mentale (CEPSAR-SM) responsable des projets SARPEP, SARAH et SAR-AO, rattachée au Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal et au Centre de recherche du CHUM (CRCHUM) en collaboration avec plusieurs partenaires, dont l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), de divers centres de recherche et de divers établissements du RSSS (ex. CR-IUSMD; CERVO, IUSMM, CIUSSS-CSM, etc.).

2.1 Les plans d'action en santé mentale : une progression structurante

Le Québec a la chance de disposer de plans d'action en santé mentale qui ont eu un impact structurant majeur sur l'organisation des soins et des services. Depuis deux décennies, trois plans successifs ont tracé une trajectoire d'amélioration continue :

Le Plan d'action 2005-2010 — La force des liens a posé les fondations d'une organisation hiérarchisée des services en santé mentale, en établissant le rôle central de la première ligne, en structurant les mécanismes de référence et en affirmant l'importance du partenariat avec les organismes communautaires et les personnes utilisatrices de services.

Le Plan d'action 2015-2020 — Faire ensemble et autrement a approfondi cette vision en misant sur l'intégration des services, le rétablissement et l'accès équitable. Il a déployé les programmes de premiers épisodes psychotiques (PPEP), le suivi dans la communauté (services intégrés pour les jeunes - SIM/SIV) et a porté attention à la psychiatrie légale et au milieu carcéral. Le plan a également renforcé l'amélioration continue de la performance (section 7.2).

Le Plan d'action interministériel 2022-2026 — S'unir pour un mieux-être collectif a élargi la portée en intégrant formellement la santé mentale, l'itinérance et la dépendance dans une vision commune, tout en renforçant la collaboration intersectorielle et en investissant dans la prévention et l'intervention précoce.

Ces plans d'action ont produit des avancées significatives : déploiement d'un cadre de référence provincial pour les programmes pour premiers épisodes psychotiques (PPEP), d'un cadre conceptuel et guides d'application pour les alternatives à l'hospitalisation, de guides d'implantation pour l'intégration des familles dans les soins et le soutien aux proches aidants. Cependant, un constat persiste : la qualité d'implantation de ces orientations demeure hétérogène d'une région et d'un établissement à l'autre, malgré l'existence de ces guides, et ce, ici au Québec comme ailleurs dans le monde

2.2 Les SSA : un levier d'implantation pour les plans d'action

C'est précisément ici qu'interviennent les systèmes de santé apprenants : ils peuvent contribuer à la mise en œuvre plus rapide des plans d'action et à l'implantation de modèles

de soins. L'exemple des projets SARPEP, SARAH et SAR-AO est probant. Ils s'appuient directement sur les priorités définies dans les plans d'action précédents concernant les PPEP, les alternatives à l'hospitalisation et Aire ouverte. Il offre une méthode scientifique pour s'assurer que le déploiement de ces services répond aux objectifs visés en évaluant les résultats et en offrant un soutien à l'ajustement des pratiques, assurant ainsi une équité et une standardisation des services offerts tout en permettant les adaptations locales nécessaires.

Le Québec arrive aujourd'hui à un niveau de maturité — tant dans ses orientations stratégiques que dans son infrastructure de recherche — qui permet de créer une méthode mettant en collaboration et en action les experts et chercheurs universitaires, les cliniciens, les communautés, les gestionnaires du RSSS, Santé Québec et le MSSS autour d'une ambition commune. Les systèmes de soins apprenants constituent ce levier d'implantation et de mobilisation, avec une méthode qui a plus de chances de succès parce qu'elle est fondée sur les données réelles de la pratique clinique et maximise la motivation au changement des parties concernées en travaillant sur des cibles, des mesures et outils communs.

En mettant en commun des stratégies pour appliquer les bonnes pratiques recommandées par les cadres de référence, les guides d'implantation et les outils cliniques déjà développés dans un écosystème apprenant, on s'assure que les avancées réalisées dans certains milieux de pointe — que ce soit en matière d'implication des familles, de pratiques de rétablissement ou de traitements intégrés pour les comorbidités troubles mentaux et troubles d'utilisation de substances— deviennent accessibles à tous les citoyens, peu importe l'endroit où ils se trouvent au Québec, visant à assurer une équité d'accès aux soins dans les régions éloignées ou rurales ainsi qu'aux populations plus vulnérables ou minoritaires (ex. personnes immigrantes, racisées, les personnes issues de groupes ethnoculturels ou linguistiques minoritaires, les jeunes, les personnes autochtones, les personnes de la diversité sexuelle et de genres, les personnes en situation d'itinérance, etc.) ayant souvent des problèmes d'accès et d'engagement dans les soins. Les SSA permettent ainsi de faire bénéficier l'ensemble de la population, plus rapidement, des avancées de la recherche en santé mentale.

3. Mise en contexte

3.1 Un fardeau considérable

Les troubles mentaux représentent la première cause de morbidité chez les Canadiens de moins de 40 ans et touchent environ 20 % de la population au cours de la vie. Au Québec, les demandes d'accès aux services ont explosé dans la foulée de la pandémie, révélant et exacerbant des lacunes structurelles préexistantes. La complexité de ces troubles est amplifiée par leur présentation fréquemment concomitante : santé mentale et dépendance, santé mentale et itinérance, troubles de personnalité et recours récurrent aux urgences, et judiciarisation des conséquences comportementales des troubles mentaux non-traités. Cette réalité appelle des réponses intégrées et de haute qualité.

3.2 L'hétérogénéité de l'implantation

Malgré l'existence de programmes structurés et d'investissements significatifs, la qualité de l'implantation des services demeure souvent inégale à travers le Québec. Cette hétérogénéité résulte d'une absence de mécanismes systématiques permettant aux équipes de mesurer leurs pratiques, de se comparer à leurs pairs et de s'ajuster en continu en s'inspirant des pratiques innovantes ou des stratégies d'implantation des collègues. C'est en mettant en commun les forces, initiatives, etc. que les systèmes de soins apprenants viennent combler ces lacunes.

3.3 La nécessité d'une réponse systémique

Les guides de pratique, les formations ponctuelles et les audits périodiques ont montré leur capacité à soutenir les bonnes pratiques mais aussi leurs limites. Le paradigme des systèmes de soins apprenants — en intégrant la collecte continue de données réelles, l'analyse et la rétroaction en temps quasi réel, et le renforcement des capacités (transfert de connaissances à partir d'échanges cliniques avec des experts, de formation continue et d'outils cliniques et clinico-administratifs) — offre une réponse systémique à l'hétérogénéité. Il transforme l'amélioration de la qualité d'une activité exceptionnelle en un processus continu, intégré au fonctionnement normal du système.

Les SSA constituent également un levier de pertinence clinique et d'efficience organisationnelle. En permettant l'identification rapide des pratiques à faible valeur ajoutée, la réduction des variations injustifiées de pratique et l'amélioration de la fidélité d'implantation des interventions probantes, les SSA peuvent contribuer à réduire les hospitalisations évitables, les visites répétées à l'urgence et les délais d'accès aux services spécialisés. Les SSA devraient inclure des indicateurs d'équité permettant de documenter les écarts d'accès, de qualité et de résultats selon le territoire, le statut socioéconomique, l'origine ethnoculturelle, le genre, la langue ou l'appartenance à des populations marginalisées. L'objectif ultime des SAR n'est pas seulement l'amélioration des processus de soins, mais également l'amélioration mesurable des résultats populationnels : soit la réduction des hospitalisations psychiatriques, l'amélioration de l'accès aux soins, la diminution des ruptures de services, l'amélioration de la qualité de vie et la réduction de la mortalité prématurée associée aux troubles mentaux.

4. Les systèmes de soins apprenants : cadre conceptuel

4.1 Définition

Un système de santé apprenant (SSA) est un système dans lequel la science, les technologies de l'information et la culture organisationnelle s'alignent pour permettre l'amélioration continue. Les connaissances émergentes y sont un sous-produit naturel du processus de soins (National Academy of Medicine, 2006). Le système apprenant rapide (SAR), illustré par la figure 1, est une variante optimisée pour la rapidité des cycles d'apprentissage grâce à des technologies numériques permettant une collecte, une analyse et une rétroaction quasi en

temps réel. Les personnes avec expérience vécue participent concrètement à la gouvernance des SAR à toutes les étapes du processus de la conception du SAR à sa mise en œuvre, par exemple : sélection des indicateurs, interprétation des résultats, priorisation des actions d'amélioration et co-construction des interventions et échange de connaissances.

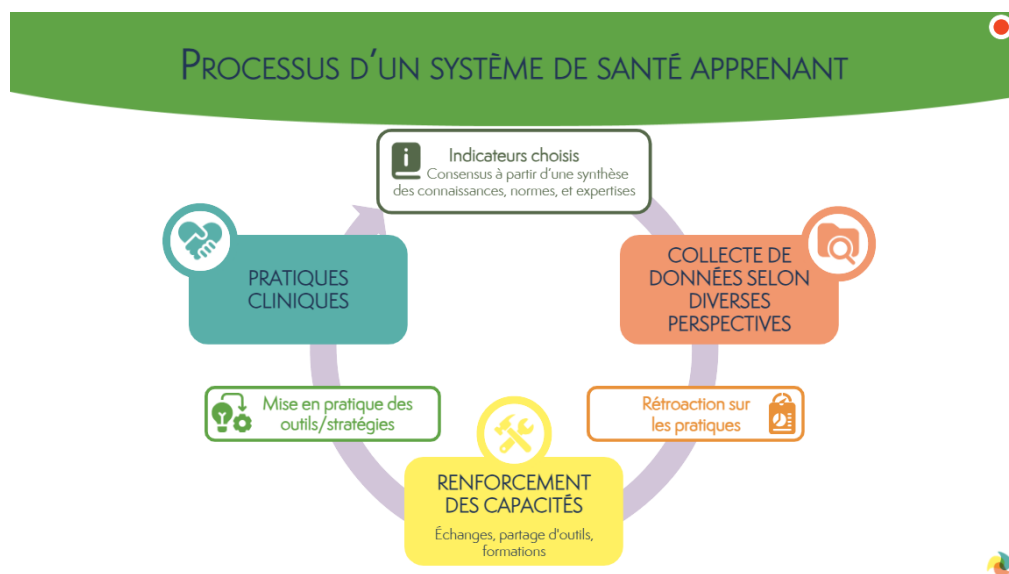


Figure 1. Processus cyclique d'un système de santé apprenant

4.2 Les quatre composantes d'un SAR

| | |
|-----------------------------------|--|
| Indicateurs et normes | Sélection par consensus multipartite d'indicateurs de qualité cliniquement pertinents, ancrés dans les cadres de référence. |
| Technologies de la santé | Des infrastructures numériques sont nécessaires au déploiement provincial des SAR. Les enjeux d'interopérabilité entre les systèmes d'information cliniques, les dossiers médicaux électroniques, les plateformes de collecte de données et les bases clinico-administratives représentent un facteur critique de succès. Il faudra à terme déployer une infrastructure numérique conviviale intégrée à la routine clinique : plateformes numériques de collecte de données (REDCAP), extraction à partir des dossiers et base de données numériques, outils de collecte en temps réel auprès des usagers, rapports automatisés. |
| Rétroaction et mesure | Diffusion régulière à chaque équipe de rapports personnalisés sur sa performance par rapport aux normes provinciales et aux pairs accompagnés de conseils sur les stratégies d'amélioration. |
| Renforcement des capacités | Communauté de pratique, mentorat entre pairs, co-création d'outils et formations adaptées aux besoins identifiés par les données. |

4.3 L'Unité de soutien SSA Québec et le CEPSAR-SM

Le Québec bénéficie d'une infrastructure provinciale unique : l'Unité de soutien SSA Québec (ssaquebec.ca), composante du programme SRAP des Instituts de recherche en santé du Canada. Cette unité soutient l'amélioration continue du système de santé québécois en mobilisant les communautés de recherche, de soins et de services sociaux. Elle dispose d'expertise en co-conception, sélection d'indicateurs, analyse et rétroaction, et collabore avec les quatre réseaux universitaires. La figure 2 présente le quintuple objectif des systèmes de santé apprenants proposé par l'unité SSA Québec. Le SARPEP et le SARAQ ont déjà établi des liens de collaboration avec l'Unité, notamment à travers la publication conjointe du guide « Comment mettre en place un SSA » (Abdel-Baki, Lussier et al., 2024).



Figure 2. Quintuple objectif vers un système de santé efficient (source : ssaquebec.ca)

En complémentarité, le CEPSAR-SM (Centre d'expertise et de partenariat en système apprenant rapide pour les services en santé mentale), vise à mettre au profit du réseau de la santé et des services sociaux, les expertises de ses chercheurs et experts cliniques en santé mentale pour soutenir la recherche, la formation et l'innovation en matière de soins en santé mentale en soutenant le développement de SAR. Le CEPSAR-SM réunit des chercheurs de l'Université de Montréal, de Université McGill et de l'Université Laval, et a pour mission de soutenir le déploiement de nouveaux SAR, de former la relève scientifique interdisciplinaire et de stimuler la recherche appliquée sur l'implantation des systèmes apprenants. Il constitue, avec l'Unité de soutien SSA Québec, le socle méthodologique et scientifique sur lequel l'écosystème québécois de SAR en santé mentale peut s'appuyer. À travers différents projets, des co-chercheurs de plusieurs universités sont impliqués (Université de Sherbrooke, Université du Québec à Rimouski, etc.)

5. Preuve de concept : SARPEP, SARAH, SAR-AO

5.1 SARPEP

Contexte du SARPEP

Environ 3 % des Québécois présenteront un trouble psychotique au cours de leur vie. Le Québec dispose depuis 2017 d'un réseau de 33 programmes de premiers épisodes psychotiques (PPEP) structuré par un cadre de référence provincial. Cependant, des études ont documenté une hétérogénéité significative dans la qualité d'implantation du modèle de soins. Le SARPEP (Système Apprenant Rapide pour les Programmes de Premiers Épisodes Psychotiques) a été développé à partir de 2019 pour répondre à ce défi — premier SAR en santé mentale au Canada et l'un des plus avancés au monde pour les programmes d'intervention précoce pour la psychose.

Le SARPEP offre une plateforme technologique permettant aux patients et familles d'exprimer leur satisfaction quant aux services reçus, d'évaluer les résultats des interventions sur leur rétablissement et aux cliniciens de saisir des données pour suivre leurs pratiques en lien avec les composantes essentielles des PPEP. Des rapports de rétroaction sont envoyés en continu aux programmes, incluant la satisfaction des patients et des familles à l'égard des services, ainsi que l'adhésion aux composantes essentielles des PPEP. Le SARPEP anime une communauté de pratique, qui propose des activités de partage des connaissances sur des aspects clés des PPEP, crée des outils cliniques et administratifs, et contribue à un changement de culture visant à améliorer les soins fondés sur la mesure et à mobiliser divers acteurs du système de santé. La figure 3 présente la trajectoire de soins en PPEP et les indicateurs de qualité convenus par consensus entre toutes les parties prenantes et inclus dans le SARPEP.

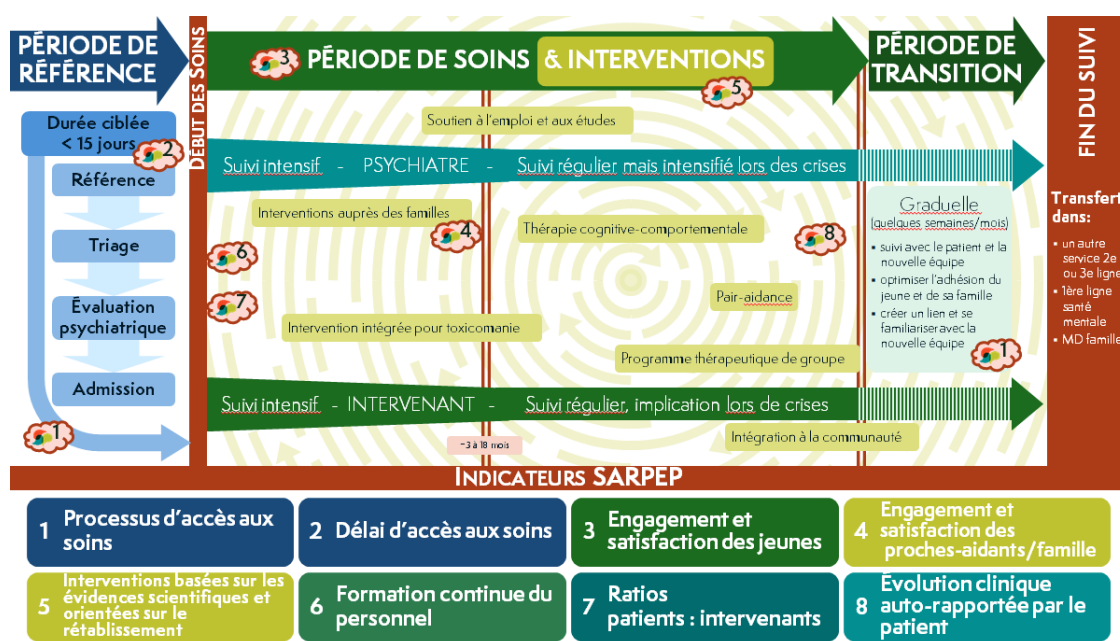


Figure 3. Trajectoire de soins en PPEP et catégories d'indicateurs sélectionnés par la communauté du SARPEP

Résultats du SARPEP

L'évaluation guidée par le cadre RE-AIM (Portée, Efficacité, Adoption, Implantation, Maintien/Pérennisation), publiée dans des revues internationales révisées par les pairs, a produit des résultats probants. Les 11 PPEP du projet pilote financé par le FRQS (2019-2022) ont tous participé, couvrant les deux tiers des patients vivant un PEP au Québec. Les données ont documenté des tendances d'amélioration sur plusieurs indicateurs, environ 80 % des jeunes se déclarant satisfaits/très satisfaits des services. L'évaluation qualitative confirme que le SARPEP a promu des pratiques fondées sur les données probantes et favorisé l'apprentissage mutuel et l'implication des usagers et leurs proches dans l'amélioration de services répondant ainsi mieux à leurs besoins. Le SARPEP a mis en évidence la faible proportion de cliniques ayant intégré un pair-aidant et/ou un pair-aidant famille dans leur équipe, un aspect qui fait partie du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026. Cette problématique, rapportée par le système apprenant, a contribué au déploiement subséquent de la pair-aidance dans 12 programmes PEP grâce à un programme de soutien déployé au sein du SARPEP appelé PAIRPEP, soutenu par un financement philanthropique.

Depuis 2023, le SARPEP a été étendu à 20 des 33 PPEP québécois avec un financement conjoint MSSS/MEDTEQ+/philanthropie. L'ensemble des programmes ont maintenu leur engagement au-delà du financement initial, démontrant la faisabilité du déploiement à grande échelle et amélioré leur capacité à collecter des données en continu et leurs pratiques.

| | |
|---|---|
| Portée actuelle | 20 des 33 PPEP (objectif d'implantation à l'échelle provinciale complète : 33/33) |
| Patients desservis | Plus de 2 700 patients actifs /an 1300 nouveaux patients annuellement |
| Professionnels de la santé mentale/psychiatres | 170 + / 70+ |

5.2 SARAH : extension vers les alternatives à l'hospitalisation

Contexte du SARAH

Fort des enseignements du SARPEP, notre équipe a développé SARAH — système apprenant rapide dédié aux équipes d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie. SARAH cible les équipes ABC (Accompagnement Bref dans la Communauté), les équipes TIBD (Traitement Intensif Bref à Domicile) et les équipes d'unités d'hospitalisations brèves en psychiatrie (UIBP), 3 modèles de soins innovants interreliés qui visent à éviter les portes tournantes aux urgences de personnes ayant besoin d'aide au niveau psychosocial et offrir une alternative à l'hospitalisation aux personnes dont l'état clinique permet la collaboration à un traitement intensif de proximité dans le milieu de l'individu. Ces ressources jouent un rôle central dans la continuité des soins psychiatriques. À travers 8 établissements vitrines visant à documenter l'implantation des modèles de soins dans le cadre d'un SAR, c'est un total de 24 équipes,

regroupant plus de 230 professionnels de la santé, une vingtaine de psychiatres et 25 gestionnaires, qui sont mobilisées pour être parties prenantes du SARA. Un événement de lancement du SARA a eu lieu le 24 mars 2026 avec plus de 150 participants des différentes équipes du SARA pendant lequel des activités de consensus ont été menées visant l'identification et la priorisation des domaines d'indicateurs et le renforcement des composantes du SAR (ex. communauté apprenante, implication des personnes avec expérience vécue).

Étapes à venir

Nos systèmes apprenants mettent l'utilisateur au cœur de la démarche. Ainsi les premières mesures déployées par le SARA au printemps 2026 sont des questionnaires pour documenter l'expérience des usagers (patient et familles). Les premiers résultats devraient être disponibles au cours de l'année 2026. La mesure de l'expérience des cliniciens (bien-être au travail) et des partenaires de soins du RSSS et du réseau d'organismes communautaires sera la prochaine étape de co-construction du SARA avec toutes les parties concernées.

5.3 SAR-AO : Système apprenant rapide pour les services Aire ouverte

Contexte du SAR-AO

Aire ouverte est un réseau provincial de services destinés aux jeunes de 12 à 25 ans, déployé dans l'ensemble des régions du Québec. Cette initiative comprend 33 hubs principaux et 49 sites incluant des satellites, et a rejoint plus de 15 000 jeunes différents au cours de l'année 2025–2026. SAR-Aire ouverte (SAR-AO) regroupe également plus de 250 membres du personnel impliqués dans la prestation et le soutien des services à travers le réseau. Dans un contexte où les besoins des jeunes en matière de santé et de bien-être sont diversifiés, évolutifs et souvent interreliés, l'implantation des services varie d'un territoire à l'autre, notamment en fonction des ressources disponibles et des contextes locaux. Aire ouverte repose sur des équipes multidisciplinaires offrant une gamme étendue de services, incluant notamment la santé physique (souvent assurée par du personnel infirmier), la santé sexuelle, la santé mentale ainsi que des services de soutien psychosocial. Afin de soutenir l'harmonisation, l'amélioration continue et la prise de décision basée sur les données, un système de santé apprenant rapide (SAR-AO) est actuellement déployé à l'échelle provinciale. Ce SAR repose sur l'utilisation des données clinico-administratives et données de suivi du MSSS et de Santé Québec, complétées par des collectes additionnelles (notamment des mesures de l'expérience des jeunes, des familles et des intervenants), permettant une compréhension plus fine des services, de leur implantation et de leurs impacts.

Étapes à venir

Un événement en présentiel du SAR-AO tenu le 2 et 3 juin 2026 a rassemblé plus de 150 participants provenant de l'ensemble des régions du Québec. Cet événement visait à soutenir la co-construction et le déploiement du SAR, ainsi qu'à renforcer l'appropriation des outils et des indicateurs par les équipes cliniques et partenaires. Les premières rétroactions structurées aux équipes SAR-AO seront transmises à la fin de l'été 2026. Ces retours reposeront sur une combinaison de données clinico-administratives et de données issues des

activités de recherche et celles tenues avec la communauté apprenante, afin de soutenir l'amélioration continue des pratiques cliniques et organisationnelles. La collecte de nouvelles mesures est prévue pour l'automne 2026, incluant un questionnaire sociodémographique auprès des jeunes usagers ainsi que des questionnaires visant à documenter l'expérience des jeunes et de leurs proches. Ces données viendront enrichir les analyses existantes et soutenir une compréhension plus fine des parcours et des besoins.

5.4 Continuité entre SAR

La complémentarité entre SARPEP, SARA et SAR-AO illustre un principe fondamental de l'écosystème proposé : la continuité des soins entre les SAR. SARA, SARPEP et SAR-AO partagent la même architecture de base (infrastructure REDCap, rétroaction régulière, communauté de pratique) tout en étant adaptés aux spécificités de chaque contexte clinique. Les enjeux d'interopérabilité entre les systèmes d'information cliniques, les dossiers médicaux électroniques, les plateformes de collecte de données et les bases clinico-administratives représentent un facteur critique de succès. L'arrivée du DSN constitue une belle opportunité en ce sens. Cette complémentarité permet des économies d'échelle sur les plans technologique, méthodologique et organisationnel et permettra à terme de contribuer à une meilleure continuité dans l'expérience de soins.

Par exemple, un jeune dont les premiers symptômes de psychose ont été détectés à AO (SAR-AO), rapidement référé et suivi en PPEP (qui fait partie du SARPEP) qui traverse une crise peut être orienté vers les services d'alternatives à l'hospitalisation couverts par SARA. La coordination entre ces trois systèmes apprenants permet d'assurer une fluidité dans le parcours de soins et d'éviter les ruptures qui caractérisent trop souvent le système actuel. Cette logique de continuité s'applique à l'ensemble des SAR proposés : une personne en situation d'itinérance avec un trouble psychotique bénéficierait potentiellement de données partagées entre plusieurs systèmes apprenants. C'est cette vision de fluidité et d'intégration qui distingue un véritable écosystème de SAR d'une simple juxtaposition de projets isolés qui perpétueraient les pratiques en silo, responsables de plusieurs écueils dans les trajectoires / parcours de soins des personnes aux prises avec des problématiques complexes.

6. Vers un écosystème provincial : domaines prioritaires proposés

Les expériences du CEPSAR-SM, par exemple les projets SARPEP, SARAH et SAR-AO, démontrent que les systèmes apprenants rapides fonctionnent en santé mentale au Québec. Il est maintenant possible d'étendre cette approche à d'autres domaines prioritaires. Les quatre domaines présentés ci-dessous sont des exemples illustratifs de champs à fort impact, sélectionnés en raison des besoins non comblés qu'ils représentent, de la qualité des services qui peut être améliorée, des cibles d'accès en relation avec les coûts, et de la pertinence d'une recherche intégrée aux questions réelles du système de santé. Une gouvernance (section 8) déterminerait les priorités de déploiement selon les orientations du Plan d'action en santé mentale et les données populationnelles disponibles.

6.1. SAR en santé mentale et itinérance

Lacunes et besoins actuels

On estime que près de 10 000 personnes vivent en situation d'itinérance au Québec (MSSS, 2023), sans compter l'itinérance cachée, fréquente chez les jeunes et les femmes. Selon une méta-analyse récente (Barry, U. Calgary, 2024), 67 % des personnes en situation d'itinérance présentent un trouble mental; au Canada, ce sont 74 % qui souffriraient d'un trouble mental, dont 47 % d'un trouble concomitant santé mentale et usage de substances (Ministère du Logement, de l'Infrastructure et des Collectivités, 2024). La relation entre itinérance et troubles mentaux est bidirectionnelle (Padgett, 2020): les troubles psychiatriques ont un impact sur la survenue, la durée et la sortie de l'itinérance, tandis que l'instabilité résidentielle perpétue et exacerbe les troubles de santé mentale. L'espérance de vie est dramatiquement réduite, avec un âge moyen de décès de 64 ans (Brown et al., 2022). L'itinérance coûte environ 70 000 \$/personne/an au système. Comme le souligne la position de l'AMPQ (Doré-Gauthier, Abdel-Baki, Farmer et al., 2026), les solutions existent — approches Logement d'abord (Housing First), programmes PRISM, RIPAJ-EQIIP SOL, — mais elles ne sont pas déployées à l'échelle. L'intégration santé-logement-soutien communautaire est la clé, et l'absence de mécanismes de monitoring systématique rend difficile l'identification des pratiques efficaces et la mesure de l'impact réel des interventions.

Apport d'un système apprenant

Un SAR en santé mentale et itinérance permettrait de monitorer la qualité de l'implantation des équipes de réaffiliation et des modèles intégrés (ex. PRISM), de mesurer les trajectoires résidentielles et de soins, de générer des données provinciales comparatives sur les facteurs associés à la réaffiliation réussie et de soutenir les décisions d'allocation des ressources. L'itinérance naît souvent de ruptures prévisibles — fin de

placement jeunesse, congé d'hospitalisation, sortie de détention — et un SAR pourrait monitorer systématiquement le repérage du risque à ces transitions critiques. La continuité avec les SAR existants (SARPEP, SARA, SAR-AO) permettrait un suivi intégré des personnes en situation d'itinérance vivant également avec un trouble psychotique ou nécessitant des alternatives à l'hospitalisation.

6.2. SAR en psychiatrie légale

Lacunes et besoins actuels. Le Plan d'action 2015-2020 a déjà identifié la psychiatrie légale comme priorité et d'importants travaux de réflexion sur la hiérarchisation des soins en psychiatrie légale amènent des changements dans l'organisation des soins dans le but d'assurer les meilleures pratiques. Par ailleurs, on observe une augmentation des ordonnances d'évaluation, de traitement, de garde en établissement. Une population importante de personnes judiciairisées avec troubles mentaux fait l'objet de suivi par le CETM du Tribunal administratif du Québec (TAQ). Il existe une grande hétérogénéité dans l'application des contraintes légales à travers le Québec. Le système reste fragmenté entre justice, psychiatrie et services sociaux, sans coordination intégrée. Il y a un manque de données systématiques sur les trajectoires des patients judiciairisés et sur les résultats des ordonnances légales de soins. Il y a nécessité d'uniformiser les pratiques d'évaluation et de suivi des mesures légales. De plus, le contexte de la révision de la loi P-38 amènera des questions sur l'impact du changement de cette loi sur l'accès aux soins et les diverses parties prenantes.

Apport d'un système apprenant

Un SAR en psychiatrie légale permettrait de monitorer la qualité des services de psychiatrie légale dans les différentes régions. Il mesurerait les trajectoires de soins des personnes suivies par le TAQ. Il pourrait documenter et évaluer l'application et l'impact des contraintes légales (gardes, ordonnances de traitement) sur les issues cliniques incluant les comportements dangereux et la réinsertion sociale et l'utilisation des services. Il créerait une communauté de pratique pour uniformiser les pratiques entre établissements. Il assurerait la continuité avec SARPEP et SARA et éventuellement avec le SAR pour les personnes avec troubles mentaux en situation d'itinérance, pour le devenir des personnes avec troubles mentaux judiciairisées.

6.3. SAR en trouble de personnalité limite (TPL)

Lacunes et besoins actuels

Le trouble de personnalité limite touche 2 à 6 % de la population et représente jusqu'à 20 % des patients hospitalisés en psychiatrie. Il génère un recours très intensif aux urgences et aux hospitalisations répétées — les « portes tournantes » du système — avec un coût humain et financier considérable. Le traitement de référence, la thérapie comportementale dialectique (TCD), réduit significativement les comportements suicidaires et les hospitalisations, mais sa disponibilité est inégale au Québec et sa fidélité d'implantation est peu monitorée. La stigmatisation de cette clientèle dans les milieux de soins contribue à une qualité de soins sous-optimale.

Apport d'un système apprenant

Un SAR en TPL monitorerait la disponibilité et la fidélité de la TCD à travers le Québec, mesurerait son impact sur les comportements automutilatoires, le recours aux urgences et la qualité de vie, et identifierait les régions où les besoins non comblés sont les plus importants. En réduisant les hospitalisations répétées et les visites à l'urgence par une meilleure implantation de la TCD, ce SAR aurait un effet direct sur la consommation de services et contribuerait à la réorganisation des soins pour cette clientèle à haute utilisation. La communauté de pratique soutiendrait les équipes dans les milieux où l'expertise est limitée. Il assurerait la continuité avec le SARA et éventuellement avec le SAR pour les personnes avec troubles concomitants et celui pour les personnes avec troubles mentaux en situation d'itinérance.

6.4 Autres domaines potentiels

L'approche des systèmes apprenants est applicable à de nombreux autres domaines de la santé mentale et de la psychiatrie. Parmi les champs qui pourraient bénéficier d'un SAR à terme, mentionnons la santé mentale périnatale (dépistage et suivi des troubles dépressifs et anxieux pendant la grossesse et le post-partum), les troubles du neurodéveloppement (TSA, TDAH — réduction des délais d'évaluation et amélioration de la fidélité des interventions), les suivis par les équipes SIM et SIV, la dépression et les troubles anxieux (optimisation des traitements en première ligne). À titre d'exemple, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pour les tics et le syndrome de Tourette, les familles rapportent fréquemment une navigation complexe, une variabilité des pratiques (évaluation, psychoéducation, choix des interventions), et une capacité limitée à offrir des interventions structurées basées sur les données probantes (p. ex. CBIT) ainsi qu'un soutien cohérent aux milieux scolaires. Les outils éducatifs et de formation existent mais sont inégalement diffusés, rarement améliorés de façon continue, et peu arrimés à des mesures standardisées permettant de suivre l'impact et d'ajuster les soins. Un projet de SAR, le SARTIC pourrait permettre d'améliorer un accès plus équitable à des soins de qualité pour les jeunes atteints de tics et du Syndrome de Tourette qui touchent beaucoup de jeunes et nuisent à leur intégration scolaire et sociale.

6.5 Thèmes transversaux sujets à collaboration

La prévention du suicide et les troubles concomitants - la cooccurrence de troubles de santé mentale et de troubles liés à l'usage de substances - représentent des enjeux transversaux majeurs qui touchent plusieurs des domaines présentés dans ce mémoire, notamment l'itinérance, les alternatives à l'hospitalisation, la psychiatrie légale et les trajectoires de soins complexes. Ainsi, des collaborations avec des centres partenaires experts dans ces domaines permettraient d'améliorer la qualité des interventions à travers le RSSS. Par exemple, en complémentarité au développement de systèmes apprenants dans certains secteurs prioritaires, une collaboration structurée pourrait être développée entre le CEPSAR-SM et le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC), dont le mandat provincial inclut le soutien-conseil aux établissements, le développement des pratiques et le transfert de connaissances en matière de troubles concomitants.

Une telle collaboration permettrait d'intégrer davantage de façon transversale, les accompagnements offerts aux établissements par le CECTC dans une démarche d'amélioration continue basée sur la mesure des besoins en termes d'amélioration des pratiques, et d'en mesurer l'efficacité par des mesures continues post-accompagnement avec les cadres conceptuels et domaines de bonnes pratiques en troubles concomitants mis de l'avant et évalués dans les activités de soutien-conseil du CECTC. Cette approche favoriserait le maintien d'une culture commune d'amélioration continue de la qualité, fondée sur les données et les besoins réels du terrain, tout en évitant la multiplication de structures parallèles et en intégrant les forces de l'écosystème comme le veut la philosophie des SSA. Elle permettrait également de soutenir une meilleure harmonisation des pratiques à travers les modèles de soins cliniques et les établissements du Québec, en cohérence avec les orientations ministérielles et le mandat provincial du CECTC.

7. Architecture de gouvernance

Le déploiement d'un écosystème de SSA en santé mentale appelle une architecture institutionnelle claire, cohérente avec la Loi 15 sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. La gouvernance identifierait les domaines où les SAR devraient être déployés en priorité, en fonction des données populationnelles, des orientations ministérielles et des ressources disponibles.

7.1 Trois piliers institutionnels

Le MSSS assume le rôle stratégique : définir les priorités SSA à travers le Plan d'action en santé mentale, itinérance et dépendance; fixer les objectifs de déploiement.

Santé Québec assume le rôle opérationnel : coordonner le déploiement des SAR dans les CISSS/CIUSSS; intégrer les données SAR dans la gestion de la performance; soutenir les équipes de direction clinique; recevoir les données agrégées pour guider l'allocation des ressources et assurer la durabilité des innovations.

L'Unité de soutien SSA Québec (ssaquebec.ca) et le **CEPSAR-SM** (Centre d'expertise et de partenariat en système apprenant rapide pour les services en santé mentale) assument le rôle soutien méthodologique et conseil scientifique : fournir l'expertise en co-conception, sélection d'indicateurs, établir les normes de qualité, analyse des données et développement de la rétroaction aux équipes; soutenir le déploiement de nouveaux SAR et la recherche sur leur implantation; former la relève scientifique interdisciplinaire; offrir formation, outils et réseautage partagés entre les initiatives; et assurer la cohérence méthodologique et éthique de l'écosystème.

7.2 Comité de gouvernance et détermination des priorités

Un comité stratégique réunissant le MSSS, Santé Québec, l'Unité de soutien SSA Québec et le CEPSAR-SM (incluant des chercheurs, experts cliniques et patients et proches partenaires) aurait pour mandat de déterminer les priorités de déploiement des nouveaux SAR. Ce comité s'appuierait sur les orientations du Plan d'action en santé mentale, les données épidémiologiques et populationnelles, et les signaux provenant des SAR existants pour orienter les investissements de manière cohérente et fondée sur les données, de même que les nouvelles priorités du plan d'action.

Les trois domaines proposés dans ce mémoire (itinérance, psychiatrie légale, TPL) sont des exemples de champs à fort impact, illustrant la logique de déploiement. C'est au comité de gouvernance qu'il reviendrait de confirmer, modifier ou réordonner ces priorités selon l'évolution des besoins et des ressources.

8. Recommandations

Sur la base de l'expérience terrain accumulée, nous formulons cinq recommandations au MSSS.

Recommandation 1 : Planifier les SSA dans le développement du système de santé mentale comme composante structurelle

Inscrire les systèmes de soins apprenants comme composante structurelle du système de santé mentale québécois — et non comme des projets ponctuels. Prévoir dans les prochains plans d'action en santé mentale un budget récurrent dédié au déploiement et au maintien des SAR, au même titre que le financement des services cliniques eux-mêmes. Un comité de gouvernance tripartite (MSSS, Santé Québec, Unité SSA Québec/CEPSAR-SM) déterminerait les priorités de déploiement.

Recommandation 2 : Compléter le déploiement provincial du SARPEP

Assurer un financement récurrent pour étendre le SARPEP aux 13 PPEP restants, garantissant une couverture provinciale complète des 33 PPEP et comme exemple pour les autres SAR. Reconnaître le SARPEP comme infrastructure permanente d'amélioration de la qualité des services aux jeunes vivant un premier épisode psychotique.

Recommandation 3 : Soutenir le déploiement de SARA

Allouer un financement récurrent dédié au déploiement complet de SARA auprès de l'ensemble des équipes d'alternatives à l'hospitalisation du Québec et non seulement aux établissements vitrines actuels. Reconnaître SARA comme composante structurante du système de soins en psychiatrie adulte, complémentaire au SARPEP, et intégrer ses données dans les mécanismes de pilotage provinciaux.

Recommandation 4 : Financer le développement de nouveaux SAR dans les domaines prioritaires

Créer un programme de financement de démarrage pour le développement de SAR dans les domaines identifiés comme prioritaires par le comité de gouvernance. Les 3 domaines proposés dans ce mémoire — santé mentale et itinérance, psychiatrie légale, trouble de personnalité limite — constituent des exemples de champs à fort impact,

mais la priorisation finale relèverait du comité de gouvernance selon les orientations du Plan d'action.

D'autres domaines pourraient être ajoutés progressivement : santé mentale périnatale, troubles du neurodéveloppement, dépression et troubles anxieux. Un financement récurrent structurel doit être prévu pour assurer la pérennité de chaque initiative au-delà de la phase de démarrage.

Recommandation 5 : Mettre en place l'architecture de gouvernance

Établir l'architecture de gouvernance à trois piliers (MSSS stratégique / Santé Québec opérationnel / Unité SSA Québec-CEPSAR-SM méthodologique). Garantir la participation significative des personnes avec expérience vécue (usagers, proches aidants) comme condition de reconnaissance d'un SSA.

9. Conclusion

Le Québec se trouve à un tournant dans le déploiement des services en santé mentale alors que les besoins en santé mentale et psychiatrie sont de plus en plus criants. La consultation publique du MSSS offre l'occasion de poser les jalons d'une stratégie provinciale d'amélioration continue de la qualité des soins, fondée sur les systèmes de soins apprenants.

Les projets SARPEP puis SARA H ont prouvé que cette approche est déployable, appréciée, qu'elle fonctionne — avec une adhésion impressionnante des équipes cliniques qui se disent motivées par cette approche qui valorise la qualité des soins. Ces projets pionniers sont la démonstration vivante d'une approche que le Québec peut maintenant étendre à l'ensemble de son système de soins psychiatriques.

Le message central de ce mémoire est clair : les systèmes de soins apprenants doivent être planifiés dans le développement du système de santé et budgétés en conséquence. Ils ne sont pas un supplément de recherche; ils sont la condition pour que le Québec offre, de façon durable et équitable, des soins de haute qualité à toutes les personnes vivant avec un trouble mental, peu importe leur profil clinique ou l'endroit où elles vivent.

La fluidité et la continuité entre les SAR — celui concernant les programmes de premiers épisodes psychotiques à celui dédié aux alternatives à l'hospitalisation, puis un éventuel SAR pour les services d'itinérance-santé mentale, et un autre en psychiatrie légale — permettront de dépasser les silos qui fragmentent actuellement le parcours de soins. L'équipe du CEPSAR-SM est entièrement disponible pour contribuer à la conception et à la mise en œuvre de cette vision.

Vers un Québec où chaque personne vivant avec un trouble mental,
peu importe son profil clinique ou l'endroit où elle vit,
a accès à des soins de haute qualité adaptés aux besoins des clientèles spécifiques,
mesurés et continuellement améliorés.

Références

- Abdel-Baki, A., Ferrari, M., Leblanc, A., Arbaud, C., Rabouin, D., Roy, M.-A., & Iyer, S. N. (2025). SARPEP, a rapid-learning healthcare system of early intervention services for psychosis in Quebec, Canada: Feasibility, acceptability and early impacts. *Schizophrenia Research*, 277, 20-30.
- Abdel-Baki, A., Lussier, M.-T., MacDonald, K., & Tran, V. (2024). Comment mettre en place un Système de Santé Apprenant (SSA) : Principes généraux, processus et l'exemple concret du SARPEP. CRCHUM / Unité de soutien SSA Québec / Université de Montréal.
- Ferrari, M., Iyer, S. N., LeBlanc, A., Roy, M.-A., & Abdel-Baki, A. (2022). A Rapid-Learning Health System to Support Implementation of Early Intervention Services for Psychosis in Quebec, Canada: Protocol. *JMIR Research Protocols*, 11(7), e37346.
- Ferrari, M., Saulnier, M.-S., Iyer, S. N., Roy, M.-A., & Abdel-Baki, A. (2025). Implementing a rapid-learning health system in early intervention services for psychosis: qualitative evaluation. *Health Research Policy and Systems*, 23, 34.
- Brown, R. T., et al. (2022). Mortality among people experiencing homelessness. *The Lancet Public Health*, 7(4), e334-e341.
- Doré-Gauthier, V., Abdel-Baki, A., Farmer, O., et al. (2026). Position de l'AMPQ sur l'itinérance et les troubles mentaux : Un devoir collectif, un rôle-clé pour la psychiatrie. Association des médecins psychiatres du Québec.
- Glasgow, R. E., et al. (2019). RE-AIM Planning and Evaluation Framework. *Frontiers in Public Health*, 7, 64.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Cadre de référence — PPEP. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026. Gouvernement du Québec.
- Ministère du Logement, de l'Infrastructure et des Collectivités. (2024). Santé mentale et consommation de substances chez les personnes en situation d'itinérance au Canada. Gouvernement du Canada.
- National Academy of Medicine. (2006). *Crossing the Quality Chasm*. National Academies Press.
- Padgett, D. K. (2020). Homelessness, housing instability and mental health: Making the connections. *BJPsych Bulletin*, 44(5), 197-201.