



Institut des services et des politiques de la santé

Pleins feux

Sécurité des patients

Dr Peter Norton

Au printemps 2002, une équipe de 15 chercheurs de sept universités canadiennes ont obtenu des fonds pour l'*Étude canadienne sur les événements indésirables*, première étude nationale consacrée au problème des événements indésirables dans les hôpitaux canadiens. Pour les besoins de l'étude, les événements indésirables signifient des blessures ou des complications involontaires entraînant l'hospitalisation prolongée, l'invalidité ou le décès, et dont la cause est attribuable aux soins reçus et non pas à une maladie ou une affection pré-existante. Le Dr Ross Baker de l'Université de Toronto et moi-même



donc élevé à 7,5 %. Évidemment, ces conclusions ont soulevé un intérêt marqué parmi les chercheurs, les décideurs, les médias et les citoyens de tout le pays. Le document a été téléchargé plus de 25 000 fois à partir du site du journal au cours des quatre premiers jours de sa publication; durant l'année qui a suivi, les auteurs de l'étude ont présenté une cinquantaine d'exposés à des membres du milieu des soins de santé.

Un des facteurs ayant mené à cette étude est notre conviction que la publication des taux d'événement indésirable stimulerait la recherche sur la sécurité des patients et des soins de santé au Canada. Grâce au soutien financier des IRSC à notre toute première étude sur la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens, je pense que nous avons atteint notre but.

L'Institut canadien de la sécurité du patient exerce un leadership au niveau national dans ce domaine. Toutes les provinces se sont engagées, en se dotant d'au moins un organisme chargé d'améliorer la sécurité des soins. En avril 2005, l'initiative « Soins de santé sécuritaires, Maintenant! », qui représente peut-être le progrès le plus important du point de vue de la pratique a été lancée. Cette campagne, inspirée du projet « 100,000 Lives » aux États-Unis et soutenue par des organismes nationaux et

Continue sur la page 2

Dans ce numéro

<i>Peter Norton examine des questions de recherche importantes pour la sécurité des patients</i>	1
Entrevue	
<i>Discussion au sujet de l'avenir de la recherche sur la sécurité des patients</i>	3
Articles sur la recherche	
<i>La sécurité des soins grâce aux champions de la prévention des infections</i>	6
<i>La continuité des pharmacothérapies à l'hôpital et en dehors de l'hôpital</i>	7
<i>Soins à domicile, soins sécuritaires</i>	8
<i>Recherche étudiante : Si vous n'en savez rien, vous ne pouvez rien y faire</i>	9
Plus	
<i>Colleen Flood à propos du régime d'indemnisation sans égard à la faute dans les cas d'erreur médicale</i>	10

avons agi comme chercheurs principaux dans cette étude, qui a bénéficié du financement conjoint de l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) et de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC, ainsi que de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Les résultats, publiés dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* en mai 2004, ont révélé que sur un total de 2,5 millions de cas d'hospitalisation de patients adultes en 2000 (excluant les patients en pédiatrie, en obstétrique et en psychiatrie), environ 185 000 cas ont pu être reliés à des événements indésirables. Le taux général d'événement indésirable dans les hôpitaux canadiens en 2000 s'est

provinciaux clés, a été conçue pour aider les praticiens à rehausser la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients au moyen de six interventions ciblées. Il s'agit d'un effort concerté visant à réduire le nombre de blessures et de décès causés par des événements indésirables, comme les infections et les erreurs de médication. L'initiative peut dorénavant compter sur l'appui de 600 équipes de première ligne partout au pays. Bon nombre d'entre elles ont déjà apporté des améliorations importantes à la prestation des soins, et certaines travaillent à la diffusion de leurs stratégies d'amélioration à la grandeur de leurs organisations.

Bon nombre de nos organismes nationaux de santé travaillent également à la promotion de la sécurité. Notons par exemple le Conseil canadien d'agrément des services de santé, qui a fait de la sécurité du patient une condition essentielle d'agrément et qui, à cette fin, a établi et mis en œuvre 21 objectifs et règles de pratique organisationnelles en matière de sécurité des patients. Il y a aussi l'ICIS, qui a publié les indicateurs nationaux de sécurité du patient en 2004 et qui fournit maintenant aux organismes leurs propres ratios standardisés de mortalité à l'hôpital¹. On espère que ces indicateurs aideront les organismes participants à évaluer leur rendement général au regard de la sécurité et à en cerner les points faibles.

Le volet recherche a également connu une croissance réelle. Selon la base de données sur le financement des IRSC, au moins 56 initiatives liées à la sécurité des patients ont vu le jour entre 1999 et 2007, soit un investissement total de plus de 6,4 millions de dollars. La vaste majorité ont reçu leur

financement après 2002. Dernièrement, en début 2007, les IRSC se sont associés à l'Institut canadien de la sécurité du patient pour une annonce de priorité liée à des subventions de fonctionnement et pour le lancement de la bourse de recherche Dr David Rippey en sécurité du patient. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, un des partenaires clés des IRSC, a fait de la gestion de la qualité et de la sécurité un de ses thèmes de recherche prioritaires et y a investi des sommes considérables.

Ces initiatives produisent de l'information utile aux efforts en matière de sécurité du patient au Canada et soulèvent de nouvelles questions par rapport aux objectifs de la recherche matière de sécurité du patient. En voici quelques-unes qui ont attiré mon attention et qui méritent qu'on s'y attarde plus longuement :

- Comment intégrer davantage la sécurité du patient à la culture organisationnelle? Les interventions suggérées sont-elles efficaces? Quelles leçons peut-on tirer de l'étranger?
- Est-il préférable de se concentrer sur l'amélioration générale de la fiabilité des organisations ou de se limiter aux seules questions de sécurité?
- Existe-t-il des études de rentabilité sur la sécurité des patients? Combien le Canada devrait-il investir dans la sécurité des patients?
- Quel lien peut-on faire entre les événements indésirables et les accidents évités de justesse? Ces derniers peuvent-ils éclairer le choix des changements à apporter au système pour améliorer la sécurité?
- Que faudrait-il intégrer à la formation

des futurs professionnels pour réduire au maximum les risques d'erreur dans le système de santé?

- Comment peut-on enrichir les connaissances actuelles sur la sécurité et l'efficacité des médicaments pris à long terme dans un environnement naturel?

Les IRSC et notre milieu de la recherche sur les services et les politiques de la santé apportent une contribution appréciable à la poursuite des objectifs de la recherche sur la sécurité des patients, comme en témoigne la diversité de la recherche présentée dans ce numéro de Pleins feux. Nous avons l'occasion de participer à l'établissement de pratiques exemplaires en sécurité du patient et de promouvoir le souci de la sécurité du patient dans la culture des organismes de santé. Cependant, cela ne représente qu'un bref aperçu de nos priorités de recherche, et nous avons encore beaucoup de travail à faire. Le moment est parfait pour accomplir ce travail – alors retrouvons-nous les manches.

¹ Les ratios standardisés de mortalité à l'hôpital ont été conçus au milieu des années 90 par Sir Brian Jarman du Imperial College au R.-U. La version canadienne des RSMH a été produite par l'ICIS conjointement avec l'initiative « Soins de santé sécuritaires, Maintenant! »

Peter Norton
Professeur et chef
Médecine familiale
Université de Calgary

Discussion sur l'avenir de la recherche sur la sécurité des patients



Le **Dr Ross Baker** est professeur au Département de politique, de gestion et d'évaluation de la santé à l'Université de Toronto, où il enseigne et effectue de la recherche sur l'amélioration de la qualité, la sécurité des patients et le changement organisationnel. Ross

copréside, pour l'Organisation mondiale de la santé, un groupe de travail sur les méthodes et les mesures visant à assurer la sécurité des patients. Il préside le groupe de travail sur la mesure et le comité consultatif sur la recherche et l'évaluation de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Il fait également partie des conseils du Health Quality Council de la Saskatchewan, de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada), et du comité sur les normes cliniques, les lignes directrices et la qualité d'Action Cancer Ontario. Ross a été le premier Canadien à coprésider le Forum national de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) des États-Unis, la plus importante tribune consacrée à la qualité et à la sécurité. Il a également aidé à fonder le réseau pour des soins de santé de qualité en Ontario, et il est membre du comité directeur de la campagne « Soins de santé plus sécuritaires – maintenant » (l'adaptation canadienne de l'initiative américaine « 100,000 Lives ») organisée pour améliorer la santé des patients. Ross était le chercheur principal du projet « Effets indésirables dans les hôpitaux canadiens » et, avec Peter Norton et une équipe de chercheurs de partout au Canada, il a publié les résultats de l'étude dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* en 2004. Sa recherche actuelle vise à analyser plus à fond les données de l'étude « Effets indésirables dans les hôpitaux canadiens » et à examiner les activités centrées sur la sécurité des patients en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Angleterre et aux États-Unis.



Le **Dr David Bates** est directeur d'un des trois centres nationaux de recherche sur la sécurité des patients soutenus par la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) des États-Unis, dont le mandat consiste à améliorer la sécurité des médicaments d'un bout à l'autre du continuum et parmi tous les groupes de patients. Chef de la Division de médecine générale du Brigham and Women's Hospital, il travaille également pour

Partners Healthcare à titre de directeur médical de l'analyse clinique et de la qualité. Il est professeur au Département de la politique et de la gestion de la santé de la Harvard School of Public Health, où il codirige le programme d'efficacité clinique, et professeur de médecine à la Harvard Medical School. Il participe à la Global Alliance for Patient Safety de l'Organisation mondiale de la santé en tant que directeur des

programmes de recherche à l'externe. Le Dr Bates vient d'être nommé président du conseil d'administration de l'American Medical Informatics Association. Il est titulaire d'un baccalauréat en chimie de la Stanford University, d'un diplôme de médecine de la Johns Hopkins School of Medicine et d'une maîtrise ès sciences en politique et gestion de la santé de la Harvard School of Public Health.



Steven Lewis, leader bien connu dans le domaine des soins de santé au Canada, est président de Access Consulting Ltd. Établi à Saskatoon comme consultant dans le domaine de la recherche et des politiques sur la santé, il assume également une charge de professeur auxiliaire en politiques de santé à l'Université de Calgary. Avant de redevenir consultant à temps plein, il a présidé un organisme de financement de la recherche en santé et a passé sept

ans aux commandes de la Health Services Utilization and Research Commission de la Saskatchewan. Il a siégé à divers conseils et comités, notamment au conseil d'administration des IRSC, au Health Quality Council de la Saskatchewan et au Conseil canadien de la santé. Il est co-auteur des cinq premiers rapports annuels sur les soins de santé au Canada de l'ICIS, et il a écrit abondamment sur les moyens de renforcer le système de santé. Corédacteur du *Journal of Health Services Research & Policy*, il siège également au comité de rédaction du nouveau journal *Open Medicine*.

Steven Lewis : En 2002, Ross Baker et Peter Norton ont soumis à Santé Canada un rapport intitulé *La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien*. L'une des recommandations du rapport consistait à prioriser la recherche sur la sécurité et la modernisation du système à la fois aux Instituts de recherche en santé du Canada et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Cette recommandation est-elle encore applicable et entrevoyez-vous des progrès dans cette direction?

Ross Baker : Je pense que cela demeure une bonne recommandation. La réalité est que nous n'avons pas encore atteint une masse critique de chercheurs spécialisés dans ce domaine. Ceci étant dit, nous avons beaucoup progressé et nous constatons l'intérêt pour la recherche sur la sécurité se développer parmi un nombre beaucoup plus grand de chercheurs pourvus des connaissances nécessaires à ce genre de travail.

Cela est donc très encourageant. Mais le véritable enjeu à mon avis est que les objectifs de la recherche en sécurité des patients sont encore trop vastes et recourent ceux de nombreux secteurs de recherche. Il sera donc

Continue sur la page 4

primordial de trouver des moyens de faire appel à des chercheurs dont les intérêts et l'expérience se situent dans d'autres secteurs de recherche et de les encourager à mettre leur expérience de recherche clinique au service de la sécurité et de l'amélioration de la sécurité des patients.

SL : Dr Bates, comment perçoit-on aux États-Unis le rendement du Canada dans la poursuite de ses objectifs de recherche et d'analyse sur la sécurité des patients et la gestion des erreurs?

David Bates : Comme Ross, je crois que le Canada a fait beaucoup de progrès mais qu'il y a encore place à amélioration. Aux États-Unis, la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) a mis 50 millions de dollars par année sur plusieurs années à la disposition de la recherche sur la sécurité des patients, et cela a énormément contribué à attirer des chercheurs de diverses spécialités en recherche sur la sécurité des patients. Ainsi, cette recherche intéresse aujourd'hui plus de gens que jamais auparavant. Malgré tout, je dirais qu'il existe encore beaucoup de lacunes à combler aux États-Unis, mais moins qu'au Canada.

SL : Dans les deux pays, les premiers rapports qui ont fait date ont envisagé la sécurité d'un point de vue systémique et national. Or nous savons que l'amélioration de la qualité et la réduction des erreurs sont des activités somme toute locales. Pensez-vous que les données systémiques ont été prises au sérieux au niveau local et organisationnel? Entrevoyez-vous le jour où nous pourrions obtenir des données en temps réel sur lesquelles nous pourrions agir, ou pensez-vous plutôt que nous en sommes encore très loin?

DB : Je pense que les données ont largement contribué à sensibiliser les gens au niveau des établissements et des unités, mais que les établissements se demandent encore à quel niveau intervenir. La recherche sur des outils puissants de détection des événements indésirables est selon moi nécessaire. Notre groupe s'est livré à des travaux sur le texte d'une décharge et sur des techniques de décodage du langage naturel permettant de reconnaître les signes d'un événement indésirable. Cette approche connaît un certain succès, mais n'est appliquée nulle part de façon courante.

RB : Les études nationales ont surtout été bénéfiques sur le plan de la sensibilisation. Il faut maintenant développer des sources d'information locales, ce qui représente un défi de taille. Une fois l'information en main, un défi immense cette fois nous attend, car il sera nécessaire de déterminer comment concevoir et évaluer des interventions pour améliorer la sécurité. Je pense que nous sommes encore très loin de comprendre comment réussir cela dans la plupart des environnements.

Bien que les organisations et les systèmes qui disposent de dossiers électroniques en matière de santé bien conçus possèdent un atout indéniable, il semble y avoir des limites à leur capacité de générer des données applicables en temps réel sans recourir à des démarches en haut lieu comme le Dr Bates et ses collègues au Brigham and Women's Hospital à Boston et dans quelques autres hôpitaux ont été en mesure de le faire.

SL : Cela nous amène à nous demander où accentuer les efforts. Où pensez-vous que se situent les nouvelles frontières de la recherche sur la sécurité des patients? De quel genre d'étude et de progrès méthodologique avons-nous besoin pour continuer d'avancer?

DB : Je pense que la surveillance, à la fois à l'hôpital et en dehors de celui-ci, constitue clairement un secteur à développer. On devrait pouvoir repérer les patients dont l'état est sur le point de se dégrader et intervenir avant que cela ne se produise. Les transitions constituent un autre aspect qui mérite une grande attention. Il est devenu évident que les patients sont particulièrement vulnérables après les transitions, et nous devons mettre au point des outils pour les rendre moins risqués.

Il serait très utile aux organisations d'avoir de l'information sur la rentabilité des interventions, pour les guider dans l'établissement de leurs priorités. La mise au point d'outils de détection permettant de savoir constamment où nous en sommes constitue une autre frontière de la recherche. Nous ne pouvons dire actuellement si les choses changent ou s'améliorent, et de meilleurs outils de détection pourraient nous être d'une grande utilité à cet égard.

RB : David a soulevé des points très importants et je me contenterai de développer certains d'entre eux. Je pense que nous devons beaucoup mieux comprendre les stratégies de communication et l'échange d'information, à la fois à l'hôpital et ailleurs. Nous devons commencer à examiner les problèmes découlant des communications inadéquates et des malentendus durant les transferts, à la fois entre les disciplines et à l'intérieur de chacune d'entre elles.

Nous avons eu tendance à croire que la solution résidait dans des stratégies de communication fondées sur des moyens technologiques, comme l'ordinateur tablette. Mais nous devons aussi réfléchir à de meilleures stratégies de travail d'équipe pour améliorer l'échange d'information et nous entendre sur un plan commun de prestation de soins adéquats en temps opportun et par des mécanismes appropriés. Cela représente un autre défi de taille.

Je suis d'accord avec David pour ce qui est d'essayer de comprendre les interventions de manière plus efficace, mais je crois que nous devons mettre la barre plus haute à certains égards, parce que nous intervenons dans des systèmes qui sont parfois fondamentalement mal conçus. Bon nombre de systèmes et de procédures du système de santé semblent avoir peu évolué depuis 100 ans. Je crois que nous devons repenser l'aménagement des soins de santé et le rôle des personnes dans le système, tout en faisant appel à des gens pourvus de compétences en génie et en création d'esprit de corps pour remettre en question la nature des soins de santé.

Cela n'est pas notre façon typique de fonctionner, mais le travail sur les objectifs de sécurité et de qualité nous donne l'occasion de repenser l'aménagement des soins de santé et le rôle des personnes au sein de ce système.

SL : On dirait qu'à votre avis, la prochaine génération de chercheurs dans ce domaine sera plus préoccupée par le changement et la gestion du changement que par la description de la nature du problème. Reprenons maintenant un exemple

Continue sur la page 5

américain. Lorsque les principaux auteurs et collaborateurs du rapport du Institute of Medicine (IOM) se sont réunis cinq ans plus tard pour déterminer l'ampleur des changements survenus depuis la révélation de la quantité de décès évitables dans les hôpitaux américains, le consensus a semblé être que les choses avaient peu bougé. Cela fait entrevoir l'utilité d'une priorité de recherche consacrée à la mécanique du changement et aux facteurs qui lui sont favorables ou défavorables.

Quelques années plus tard, avez-vous toujours la même opinion? À votre avis, quels seront les prochains types de recherche à développer?

DB : En fait, je pense que nous avançons. Nous en savons beaucoup plus aujourd'hui aux É.-U. sur l'épidémiologie et la prévalence des problèmes de sécurité qu'au moment de la publication du rapport du IOM. Je pense que nous devons faire de la recherche à orientation opérationnelle réunissant divers groupes et disciplines aux perspectives différentes (p. ex., les facteurs humains, l'informatique, la sociologie) pour nous aider à cerner ce qui fonctionne. Je pense aussi qu'il y a du travail de recherche essentiel à faire sur les vecteurs du changement.

Mais je crois également qu'il reste encore beaucoup à faire pour comprendre ce qui fonctionne. Et nous n'avons pas encore examiné tous les facteurs épidémiologiques, particulièrement en dehors de l'hôpital. La vaste majorité de nos connaissances nous viennent du milieu hospitalier. Or à mon avis, les problèmes et les solutions risquent d'être fort différents en dehors de l'hôpital.

SL : Les campagnes « 100,000 Lives » aux États-Unis et « Soins de santé sécuritaires, Maintenant! » au Canada ont produit des premiers résultats très prometteurs. Que devons-nous faire ensuite pour faire durer ces succès et les surpasser?

RB : Ces deux initiatives ont démontré qu'il est possible de réaliser des interventions sur des lieux particuliers en relativement peu de temps. Cela dit, il subsiste encore des questions importantes sur la durabilité de tels gains et sur la possibilité de mobiliser les efforts de manière systématique et coordonnée.

SL : Nous n'avons pas encore parlé du rôle du public et des patients au regard des objectifs de recherche et de la sécurité des patients en général. Peut-on s'attendre à ce que le public devienne un moteur d'amélioration indépendant, ou pensez-vous qu'il joue encore un rôle de figurant dans le domaine?

DB : Je pense que les patients peuvent et devraient jouer un rôle clé dans l'établissement des objectifs de recherche. Ils possèdent une perspective unique. Ils se préoccupent profondément de cette question. Le fait de parler aux patients peut révéler beaucoup plus de problèmes que la simple consultation des dossiers médicaux. Et cela est en soi important.

RB : L'inclusion des patients, tant ceux qui ont subi des torts que les autres, est une condition essentielle, mais très difficile à remplir. Jusqu'à maintenant, les patients ont surtout été utilisés pour faire de la sensibilisation et donner une impulsion au mouvement de changement. Mais il faut les faire participer de sorte qu'ils puissent éclairer le travail

d'amélioration de la sécurité. Nous avons encore beaucoup à apprendre à ce sujet.

Le Canada tire de l'arrière sur le R.-U., et probablement les É.-U., dans la connaissance des moyens à prendre pour établir cette dynamique. Nous semblons beaucoup plus hésitants à demander aux patients de commenter les événements et de contribuer à la création de stratégies visant à réduire les risques de répétition de tels événements. Mais cela peut être réellement utile. Les pays qui ont réussi à intégrer les patients comme participants authentiques sont les mêmes pays qui ont réussi à accélérer leurs travaux, ce qui témoigne de la valeur de cette approche.

SL : Quelle est l'ampleur des investissements à faire par le Canada au cours des trois prochaines années pour accélérer la poursuite des objectifs de recherche, couvrir les bons aspects, étendre nos efforts à l'extérieur du cadre hospitalier, développer les capacités et mettre au point de nouvelles techniques pour assurer la durabilité des connaissances et des améliorations?

RB : Il est impossible de donner une estimation monétaire. Cependant, le but fondamental devrait être de fixer des objectifs de recherche nous permettant d'établir des équipes de recherche mettant véritablement à contribution ces nouvelles compétences et disciplines dans la recherche sur la sécurité des patients, par la mise en contact des chercheurs cliniques avec les chercheurs sur les services de santé, de sorte à pouvoir créer de nouveaux outils, de nouvelles mesures et de nouvelles interventions. Le vrai défi est de trouver les bons modèles pour ce genre de travail, dont une partie devra consister en des projets d'évaluation et de mise en œuvre à petite échelle, qui ne sont habituellement pas financés par les IRSC.

Nous devons être très prudents dans la répartition de nos investissements actuels et nous devons nous doter d'un plan à long terme pour la recherche d'un nouveau genre, qui aidera à définir, à introduire et à préserver des soins plus sécuritaires.

DB : Peut-être devrait-il y avoir plusieurs centres d'excellence en recherche sur la sécurité des patients financés sur une base longitudinale et réunissant une grande diversité de chercheurs. Il nous faut aussi obtenir du soutien pour les vastes études pouvant répondre à des questions impossibles à élucider sans investissement majeur.

SL : David, nous entendons souvent dire que la recherche soi-disant appliquée n'est pas valable dans de nombreux contextes car ceux-ci diffèrent d'un endroit à l'autre. Cela est-il vrai de la recherche sur la sécurité des soins? Les leçons tirées de travaux internationaux ne devraient-elles pas s'appliquer à peu près partout?

DB : Je pense que de nombreuses conclusions de la recherche seront de nature générique et pourront s'appliquer à plusieurs milieux. Je suis tout à fait d'accord avec Ross quant à la possibilité de tirer des leçons d'autres pays. La recherche est beaucoup plus internationale que par le passé. Et je pense que nous avons aujourd'hui, et aurons encore plus à l'avenir, la possibilité de faire les choses une fois et de partager certains résultats. Cela réduira de façon spectaculaire les coûts d'apprentissage des changements à faire pour améliorer la sécurité.

La sécurité des soins grâce aux champions de la prévention des infections

Chercheur principal : Dr Marc Romney, Providence Health Care (Vancouver)
Co-chercheuse : Gayle Shimokura

« Jadis », la plupart des hôpitaux étaient pourvus d'une « infirmière en chef ». Cette personne était notamment responsable de veiller au respect des règles d'hygiène et de prévention des infections. Marc Romney veut nous ramener à cette époque par le recrutement de champions locaux de la prévention des infections dans les hôpitaux, dont le rôle serait d'éduquer le personnel hospitalier aux règles de prévention des infections et d'hygiène en général, et de les motiver à suivre ces règles.

Selon le Dr Romney, le problème est que les équipes de prévention des infections de nombreux hôpitaux canadiens, malgré leurs efforts d'efficacité, sont trop petites et mal pourvues en ressources pour le nombre de patients à surveiller. Il croit que la mise en place « d'experts locaux » (champions de la prévention des infections) dans les hôpitaux pourrait réduire la contamination croisée et protéger la santé des patients, tout en abaissant les coûts associés aux infections propagées en milieu hospitalier. Le champion de la prévention des infections serait une infirmière de première ligne d'une unité clinique dont le rôle, outre ses fonctions normales, serait de faire du travail de promotion, d'éducation, de surveillance et de motivation auprès des autres travailleurs de la santé aux fins de l'implantation de pratiques exemplaires en prévention des infections.

À l'aide d'une subvention du programme des Partenariats pour l'amélioration des services de santé (PASS) des IRSC obtenue en 2006, le Dr Romney se livre à des essais cliniques randomisés visant à comparer des unités de soins pourvues et non pourvues de champions de la prévention des infections aux hôpitaux St. Paul's et Mt. St. Joseph (Providence Health Care) de Vancouver. Il s'attend à constater, dans les unités pourvues d'un champion, un meilleur respect des principes de base en prévention des infections, comme l'hygiène des mains et l'isolement des patients en présence d'un agent infectieux. Il s'intéressera à d'autres résultats, comme la sensibilisation à la prévention des infections, la réduction de la transmission des micro-organismes résistant aux antibiotiques et la compétence accrue du personnel dans la détection et la rectification des pratiques

incorrectes. En définitive, le but consiste à réduire le nombre d'infections propagées en milieu hospitalier.

Il cite un exemple lié aux procédures d'identification et de rangement adéquat des appareils récemment nettoyés, englobant l'information sur le moment du nettoyage. Ses collègues et lui ont conçu des processus simples à cette fin – mais encore faut-il les faire adopter au niveau local, dans les unités. Selon lui, c'est exactement ce dont pourrait se charger le champion de la prévention des infections.

Même si ses efforts initiaux ont ciblé les unités de soins des hôpitaux, il aimerait que le système de champions de la prévention des infections, s'il s'avère efficace, soit appliqué dans d'autres contextes, comme les soins à domicile.

Des innovations de ce genre ont présentement lieu au Royaume-Uni, où les champions s'appellent des « link nurses ». Mais le Dr Romney souligne qu'il existe seulement quelques articles publiés décrivant l'ampleur des améliorations attribuables à ces experts locaux. Providence Health Care est un des rares organismes cherchant à combler cette lacune à l'aide de méthodes épidémiologiques.

Selon lui, « il s'agit d'une expérience très utile, innovatrice et digne d'intérêt pour les chercheurs. »

Le programme des Partenariats pour l'amélioration des services de santé a pour but d'appuyer des équipes de chercheurs et de décideurs intéressés à effectuer des travaux de recherche appliquée utile aux gestionnaires et/ou aux décideurs du système de santé. Plus précisément, les équipes choisies comprendront au moins un candidat décideur et mèneront des projets de recherche d'une durée d'au plus trois ans sur les services de santé ainsi que sur les systèmes de santé et les politiques dans des secteurs jugés hautement prioritaires dans le cadre de consultations nationales menées par l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Fonds de recherche en sciences infirmières (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)) et ses partenaires. **Info : Cette possibilité de financement sera publiée dans le site Web des IRSC en mi-juillet. Pour en savoir plus, consultez la page des Partenariats pour l'amélioration des services de santé, à <http://www.cih-irsc.gc.ca/f/32476.html>.**

La continuité des pharmacothérapies à l'hôpital et en dehors de l'hôpital

Chercheur principal : Chaim Bell, Hôpital St. Michael's (Toronto)

En tant qu'interniste général basé à l'Hôpital St. Michael's de Toronto, Chaim Bell voit les patients à leur arrivée à l'hôpital. Bon nombre des personnes âgées qu'il examine prennent une variété de médicaments pour des maladies chroniques, qui ont souvent peu ou rien à voir avec la raison qui les amène à l'hôpital.

« Les médicaments que prennent les personnes âgées pour des maladies chroniques font partie de pharmacothérapies permanentes destinées à limiter leurs risques. Or si elles cessent de prendre les médicaments, leurs risques d'événement indésirable augmentent, » d'expliquer le Dr Bell.

Mais, ajoute-t-il, il arrive trop souvent que les personnes âgées abandonnent leurs médicaments une fois sorties de l'hôpital.

« C'est une honte », déplore le Dr Bell. « C'est déjà un exploit de mettre en marche une pharmacothérapie avec les bons médicaments. Les personnes âgées ont démontré leur capacité d'y adhérer. Mais c'est le système qui crée alors le problème. » En effet, la mauvaise coordination des soins entre l'hôpital et les soins ambulatoires, et entre l'hôpital et les soins communautaires, peut conduire à des situations malheureuses comme l'arrêt de médicaments contre une maladie chronique. Cela engendre une menace à la sécurité des patients en augmentant leurs risques d'événement indésirable potentiellement évitable.

C'est à ce problème systémique que se consacre le Dr Bell dans son « autre » rôle de professeur auxiliaire au Institute for Clinical Evaluative Sciences, avec l'aide d'une subvention de nouveau chercheur de l'Institut du vieillissement des IRSC.

Dans des études antérieures, le Dr Bell a comparé des personnes âgées admises à l'hôpital pour une chirurgie non urgente avec d'autres admises pour une chirurgie d'un jour. Dans le cas de la chirurgie non urgente, tout changement à une pharmacothérapie à long terme après le congé de l'hôpital risquait fort d'être involontaire. Il a également examiné des données de trois unités de soins intensifs (USI) de la région de Toronto, qui ont révélé que 20-25 % des médicaments prescrits n'étaient pas renouvelés après le départ des patients de l'USI ou de l'hôpital.

Il tente actuellement de savoir si les patients recommencent à prendre leurs médicaments à leur retour à la maison, au moyen d'une étude comparative sur des patients admis aux soins

intensifs, admis à l'hôpital ailleurs qu'aux soins intensifs et non admis à l'hôpital. Il étudie également six différents groupes de médicaments courants contre les maladies chroniques à risque élevé.

Il veut savoir si certains de ces patients arrêtent de prendre leurs médicaments dans les six mois suivant leur congé de l'hôpital (ou durant la période de l'étude dans le cas des patients non admis à l'hôpital). Il peut trouver cette réponse par l'analyse des bases de données des programmes d'aide provinciaux en matière de médicaments.

L'étape suivante consistera à analyser cette information pour déterminer quels patients (parmi ceux admis aux soins intensifs/à l'hôpital ailleurs qu'aux soins intensifs/non admis à l'hôpital) et/ou quel type de médicaments sont les plus associés aux interruptions de thérapie. Ces patients et/ou médicaments pourront alors être soumis à un contrôle appelé par le Dr Bell « medication reconciliation », qui vise à s'assurer que les personnes âgées prennent les mêmes médicaments à leur sortie de l'hôpital qu'à leur entrée. Il aimerait éventuellement formuler des stratégies pour ce genre de contrôle, afin de prévenir les « gaffes ».

La bourse de nouveau chercheur des IRSC soutiendra le Dr Bell dans sa recherche visant à améliorer la sécurité des médicaments pour les personnes âgées. « Mes idées de recherche me viennent de la pratique clinique », explique le Dr Bell. « Je cherche à améliorer la situation de mes patients. »

Les bourses de nouveau chercheur des IRSC visent à promouvoir la recherche et la carrière de nouveaux chercheurs exceptionnels en leur offrant l'occasion de développer et de démontrer leur autonomie par le lancement et la conduite de projets de recherche en santé. Les IRSC ont offert une variété de possibilités de financement aux nouveaux chercheurs au fil des ans, y compris des subventions de partenariat/partenariat avec l'industrie et d'autre aide ciblant les nouveaux chercheurs. Un nouveau chercheur se définit comme quelqu'un ayant été affecté à la recherche à temps plein (p. ex. nomination professorale rendant admissible à une demande de subvention et/ou à la supervision de stagiaires) pendant une période de 0 à 60 mois avant la date limite du concours. **Info :** Cette possibilité de financement sera publiée dans le site Web des IRSC en mi-juillet. Pour plus de renseignements sur la bourse de nouveau chercheur, consultez la page Web sur les possibilités de financement des IRSC à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/22372.html>.

Soins à domicile, soins sécuritaires

Chercheuse principale : Dre Ariella Lang, Université d'Ottawa

La plupart des recherches sur la sécurité des patients se concentrent sur le milieu hospitalier. Cependant, avec le déplacement rapide des soins de l'hôpital au domicile, Ariella Lang se consacre plutôt à étendre les objectifs de sécurité aux soins à domicile.

La Dre Lang, qui est déjà boursière postdoctorale des IRSC sous la supervision de la Dre Nancy Edwards à l'Université d'Ottawa, de même que chercheuse principale dans un projet soutenu par une subvention de fonctionnement des IRSC en 2007, se livre à une étude innovatrice sur la sécurité des soins palliatifs à domicile.

La sécurité des patients est un problème différent à domicile, et ce pour plusieurs raisons, explique la Dre Lang. En particulier, la notion de sécurité du patient ne couvre pas la sécurité des membres de la famille ou des soignants, rémunérés ou non. Avec les soignants rémunérés, qui ne visitent parfois les patients que quelques heures par jour à leur domicile, les soins et la sécurité du patient sont laissés entre les mains d'un réseau de parents, d'amis et de voisins.

Selon la Dre Lang, les soins à domicile obligent à aborder la sécurité dans une perspective plus large. « Il faut inclure non seulement le patient, mais aussi les gens qui l'entourent, et non seulement tenir compte de la sécurité physique, mais aussi de la sécurité émotionnelle, sociale et fonctionnelle. » Et plutôt que se concentrer sur les événements indésirables, il est préférable d'envisager le problème sous l'angle de la réduction des risques et des dangers potentiels.

En fait, la Dre Lang fait appel à une approche unique pour sa recherche. En plus des entrevues de fond et des groupes de discussion, elle se livrera à ce qu'on appelle « l'exploration du milieu », qui consiste littéralement à se promener dans le domicile du patient, en compagnie de celui-ci ou du soignant, à prendre des photos et à discuter des menaces perçues à la sécurité.

Durant les visites, la Dre Lang interroge les patients sur ce qu'ils considèrent comme des menaces à leur sécurité et à leur bien-être, comme les obstacles et les dangers potentiels dans leur domicile. Les questions abordées peuvent couvrir l'usage accru

de technologies non conçues pour les soins à domicile par des parents ou des amis non formés, ou encore les séquelles psychologiques du fardeau de soignant. « Nous ne voulons pas seulement qu'ils nous disent des choses, mais aussi qu'ils nous les montrent, » de préciser la Dre Lang.

Les photos ont un autre avantage. Un des cochercheurs dans le projet de la Dre Lang est le Dr Tony Easty, directeur du génie médical au Réseau de santé universitaire de Toronto. Le Dr Easty est un spécialiste dans ce qu'on appelle les principes des facteurs humains – c'est-à-dire dans la compréhension et la prévention des erreurs humaines par des changements systémiques, par exemple en rendant impossible l'insertion d'un tube rond dans un trou carré. Les principes des facteurs humains ont depuis longtemps été adoptés par l'industrie aéronautique, et ils commencent à l'être par le système de santé, où ils sont surtout appliqués aux soins hospitaliers. Personne n'avait transposé ces principes au contexte des soins à domicile – avant aujourd'hui.

Cette approche unique pourrait contribuer à la santé, à la sécurité et au bien-être des personnes qui reçoivent et prodiguent des soins à domicile, y compris dans le contexte et hors du contexte des soins palliatifs. Les travaux de la Dre Lang et de ses collègues influenceront aussi la recherche sur les soins à domicile ainsi que la pratique, l'éducation et les politiques générales dans ce domaine.

Info : L'ISPS des IRSC publiera une annonce de priorité pour des bourses de recherche sur les services et les politiques de la santé en mi-juillet 2007. Cette annonce de priorité a été conçue pour augmenter le bassin et le niveau d'excellence en recherche au Canada, avec des chercheurs engagés dans des activités fructueuses de direction, de soutien et d'application de la recherche exceptionnelle sur les services et les politiques de la santé dans des secteurs thématiques jugés importants au terme de consultations nationales. Pour des renseignements généraux sur les bourses de recherche sur les services et les politiques de la santé, consultez la page suivante : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/32800.html>. Et jetez un coup d'œil à la page Web de l'ISPS sur les nouvelles possibilités de financement, à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/26877.html>, où paraîtra l'annonce de priorité de mi-juillet 2007 pour des bourses de recherche.

Recherche étudiante : « Si vous n'en savez rien, vous ne pouvez rien y faire »

Détermination, compréhension et élimination des obstacles à la déclaration des erreurs et des quasi-erreurs de médication dans les hôpitaux de la Nouvelle-Écosse

Chercheuse principale : Nicole Hartnell, Université Dalhousie

Les erreurs de médication dans les hôpitaux peuvent aller du simple oubli d'une dose d'antidouleur jusqu'à une faute aussi grave que l'administration d'un mauvais médicament. Bien que le terme couvre une grande variété de situations, celles-ci ont en commun que 50 à 96 % des événements indésirables, y compris les erreurs de médication, ne sont jamais déclarés.

« Si les erreurs ne sont pas déclarées ou si vous ignorez leur existence et leur cause, vous ne pouvez pas les prévenir », fait valoir Mme Hartnell.

Mme Hartnell poursuit des études de doctorat interdisciplinaire à l'Université Dalhousie sous la supervision du Dr Neil MacKinnon du Collège de pharmacie. Les IRSC lui ont décerné une bourse d'études supérieures du Canada pour l'aider à mieux comprendre pourquoi les erreurs de médication ne sont souvent pas déclarées. Elle espère que sa recherche lui permettra de recommander des améliorations à la sécurité des médicaments pour les patients.

Il s'agit d'un domaine où les connaissances manquent de profondeur. Le peu d'information qui existe provient généralement des États-Unis et d'Europe, et mêmes les statistiques sur la non-déclaration ne sont souvent que des projections faites à partir d'études plus générales sur les événements indésirables dans les hôpitaux.

Bien que Mme Hartnell ne se soit pas encore livrée à une analyse méthodique des données, certaines des raisons expliquant la non-déclaration des erreurs de médication sont clairement ressorties des groupes de discussion qu'elle a organisés avec différents professionnels de la santé des hôpitaux de la Nouvelle-Écosse.

Premièrement, d'après elle, il y a la peur. Non pas nécessairement la peur d'une poursuite, même si cela a été soulevé, mais aussi la peur d'être réprimandé par un organisme d'agrément ou l'administration de l'hôpital. Les participants ont aussi parlé de la crainte des répercussions possibles d'une erreur de médication sur la réputation des soignants fautifs auprès de leurs pairs et des patients.

L'incertitude est également ressortie parmi les principales raisons de la non-déclaration. Les professionnels de la santé hésitent parfois sur la définition d'une erreur de médication : doit-on parler d'erreur lorsqu'on oublie une dose d'un médicament non essentiel ou qu'on repère un mauvais médicament avant de l'administrer? Les participants ont aussi parlé de l'incertitude par rapport à la logistique de la déclaration. Par exemple, faut-il soumettre un rapport officiel sur une erreur dont on est simplement témoin? Ils se sont aussi demandés s'il ne serait pas possible de simplifier le processus de déclaration pour raccourcir le temps nécessaire à la présentation d'un rapport officiel (plus de 30 minutes dans certains hôpitaux)? Enfin, certains professionnels de la santé ont avoué douter de l'importance de déclarer les erreurs. Selon eux, il pourrait y avoir des progrès en matière de déclaration si on leur faisait valoir pourquoi cela est nécessaire et comment cela pourrait contribuer positivement à la santé de leurs patients.

Et cela amène Mme Hartnell à conclure provisoirement que l'éducation est la clé d'une déclaration plus assidue des erreurs – il est important d'apprendre aux professionnels de la santé quoi déclarer, comment et pourquoi.

Les erreurs, soutient-elle, sont rarement le résultat des actes d'une seule personne. Les causes ont plutôt tendance à résider dans l'organisation des systèmes – de dosage, d'administration des médicaments aux patients, etc. Elle ajoute que la déclaration des erreurs permet aux hôpitaux de tirer des leçons des expériences négatives et de corriger les systèmes pour empêcher les erreurs de se reproduire. Selon elle, cela pourrait avoir un impact majeur sur la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

Par les bourses d'études supérieures du Canada, les IRSC désirent accorder une reconnaissance et une aide spéciales aux étudiants au début de leur carrière de chercheur universitaire, en leur offrant la possibilité d'acquérir de l'expérience de recherche dans un secteur lié à la santé au Canada. Les candidats au doctorat doivent afficher un potentiel extrêmement élevé de succès et de productivité futurs en recherche. Ces bourses sont décernées sur une base annuelle. Pour en savoir plus, consultez *Bourse de formation supérieure - Doctorat : Études supérieures du Canada* à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/24189.html>.

Devrions-nous faire l'essai du modèle néo-zélandais d'indemnisation sans égard à la faute?

Colleen M. Flood, chaire de recherche du Canada, directrice scientifique de l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC et professeure de droit à l'Université de Toronto
Lorian Hardcastle, candidate au doctorat, Faculté de droit, Université de Toronto



Nous entendons, via les médias américains, de nombreuses histoires d'horreur concernant des médecins incompetents prescrivant des tests et des traitements inutiles, l'attribution de dommages et intérêts records ou encore les primes d'assurance astronomiques réclamées aux médecins oeuvrant dans des spécialités à haut risque.

Au Canada, nous n'en sommes pas encore là, mais il existe de nombreuses préoccupations : le système de responsabilité civile délictuelle², le coût et la durée des poursuites, la non-déclaration des erreurs médicales par les médecins de crainte de devoir en porter la responsabilité; la « loterie » des poursuites pour erreur médicale, qui peut punir l'innocent et laisser filer le coupable.

Nous avons maintenant une bien meilleure idée des risques courus par les patients dans le système de santé et de la quantité d'erreurs qui se produisent - erreurs qui ne sont souvent pas attribuables à une personne mais à l'ensemble du système.

La vigueur renouvelée du mouvement en faveur de la sécurité au niveau des systèmes fait contraste avec la nature individuelle des poursuites.

Dans une poursuite pour erreur médicale, un patient peut gagner, mais cela ne semble pas beaucoup influencer la sécurité générale du système. Ces problèmes ont mené à un débat sur la réforme du système de responsabilité civile délictuelle, où certains ont recommandé l'adoption du système

d'indemnisation sans égard à la faute de la Nouvelle-Zélande.

En Nouvelle-Zélande, on ne peut entamer de poursuite pour dommage personnel imputé à la négligence d'un médecin, d'un hôpital, d'une infirmière, etc. Les victimes d'erreur médicale reçoivent plutôt une indemnité pour leur perte de revenus ainsi que des services de réadaptation dans des cliniques et des hôpitaux privés ou à domicile, des médicaments d'ordonnance et des services de physiothérapie : tous des avantages non couverts par le système de santé néo-zélandais.

La bonne nouvelle pour les victimes et leurs médecins est qu'aucune preuve de négligence n'est requise.

Le système d'indemnisation sans égard à la faute de Nouvelle-Zélande possède de nombreux attraits. D'abord, beaucoup plus de victimes peuvent recevoir de l'aide, y compris du soutien au revenu et des services de réadaptation, au moment où ils sont les plus utiles. Les réclamations sont traitées dans un délai moyen de 15 jours comparativement à cinq ans ou plus dans le système de responsabilité civile délictuelle. De plus, le processus de réclamation est si simple que les victimes peuvent soumettre leur demande sans l'aide d'un avocat, ce qui fait contraste avec les coûts et la

Continue sur la page 11

complexité d'une poursuite. Le système néo-zélandais semble aussi rentable; il couvre 4 millions de personnes pour moins de 30 millions de dollars par année, soit un peu plus de 7 \$ par personne.

Les défenseurs du système sans égard à la faute font aussi valoir que celui-ci représente un pas important dans le rehaussement de la sécurité générale du système de santé et dans la création d'un climat où les médecins et les autres professionnels de la santé ne craignent pas d'admettre leurs erreurs.

Cela pourrait être l'argument décisif en faveur du système sans égard à la faute mais il reste à en faire la preuve (de la sécurité accrue des soins de santé amenée par ce système).

Par ailleurs, un des arguments classiques en faveur du système de responsabilité civile est son pouvoir dissuasif; c'est-à-dire que la perspective d'une poursuite rendrait les médecins moins sujets à l'erreur. Cependant, rien en Nouvelle-Zélande n'indique une hausse des taux d'erreurs depuis que les patients n'ont plus le droit de poursuivre.

Malgré tous ses avantages, le modèle néo-zélandais soulève certaines craintes. Premièrement, l'indemnité que reçoivent même les victimes de dommages catastrophiques est modeste et sa valeur diminue avec le temps. Par exemple, les patients recevaient autrefois un montant global pour la perte d'un membre, mais ils n'y ont plus droit aujourd'hui. De plus, les victimes sans revenus au moment de l'erreur, comme les mères au foyer ou les personnes âgées, ne reçoivent aucune aide au revenu.

Deuxièmement, certains critiquent la taille du système et le fait que les victimes d'erreurs thérapeutiques sont indemnisées et que les victimes de maladie n'ont droit à aucune compensation financière.

La troisième préoccupation concerne les améliorations à la sécurité des patients. Étant tellement habitués au système de responsabilité civile, les médecins peuvent être lents à développer une culture d'ouverture à l'erreur médicale. Même si la Nouvelle-Zélande possède un système d'indemnisation sans égard à la faute, on entend encore des histoires de médecins réticents à avouer leurs erreurs. Cette attitude s'explique peut-être par la crainte des mesures disciplinaires ou d'une atteinte à leur réputation.

De plus, le contexte canadien possède des particularités uniques qui l'empêchent peut-être de simplement copier l'approche néo-zélandaise. Il pourrait être plus difficile au Canada qu'en Nouvelle-Zélande, où le système d'indemnisation sans égard à la faute a recueilli un large consensus, d'implanter ce changement culturel majeur en limitant les réformes aux erreurs médicales. En outre, cela créerait une situation anormale où les victimes d'erreurs médicales seraient indemnisées et les victimes d'autres erreurs professionnelles, par exemple d'ingénierie, seraient forcées de recourir aux tribunaux.

Et certaines des protections offertes par le régime néo-zélandais, comme la couverture au premier dollar des soins primaires ou l'accès à une clinique privée pour éviter les longs délais d'attente, sont déjà fournies par le système canadien ou contredisent ses valeurs.

Finalement, la question à se poser est si, dans l'ensemble, le système néo-zélandais est meilleur que le système canadien de responsabilité civile délictuelle dans les cas d'erreur médicale.

Le système de responsabilité civile cause tellement de problèmes dans les cas d'erreur médicale que l'on serait porté à croire que n'importe quoi serait mieux. La vraie question, à notre avis, est si le système d'indemnisation sans égard à la

faute permettrait de rehausser la sécurité ou la qualité du système.

Il n'y a pas de réponse claire à cette question, car le système sans égard à la faute n'est en place que depuis quelques années en Nouvelle-Zélande. Cela découle du fait que les vieux critères d'indemnisation utilisés dans le système faisaient porter le fardeau de la preuve sur les victimes d'erreur médicale! Cela a maintenant changé, mais le pays a vraiment adopté le système sans égard à la faute depuis les dernières années seulement.

Nous devrions examiner attentivement les résultats de l'expérience néo-zélandaise. En même temps, nous devrions expérimenter ce modèle à une petite échelle au Canada, pour voir comment il se prête au contexte canadien.

Par exemple, nous devrions songer à recourir au système sans égard à la faute pour les équipes de soins primaires, lorsque nous voulons que les médecins, les infirmières et les pharmaciens travaillent ensemble sans dispute sur les questions de responsabilité.

Devrions-nous donc adopter ce système? Dans l'ensemble, les bons côtés semblent gagner du terrain sur les mauvais, mais nous devons faire plus de recherche et recueillir de meilleures données sur les implications profondes du système sans égard à la faute pour la sécurité et la qualité des soins.

Le texte de cet article a été légèrement modifié par rapport à sa version originale parue dans le Toronto Star le 16 octobre 2006.

² La responsabilité civile délictuelle, terme juridique qui désigne un délit civil, se rapporte à la branche du droit qui permet à une victime d'un délit civil de chercher réparation auprès de l'auteur.

Visitez notre site Web à
<http://www.cihr-irsc.gc.ca/ihspr.html>

Mandat de l'ISPS

L'ISPS s'engage à appuyer des initiatives en matière de recherche innovatrice, de renforcement des capacités et d'application des connaissances conçues pour améliorer l'organisation, la réglementation, la gestion, le financement, le paiement, l'utilisation et la prestation des services de soins de santé, dans le but d'améliorer la santé et la qualité de vie de toute la population canadienne.



Comme l'ISPS procède actuellement à une mise à jour de ses bases de données sur les chercheurs et les utilisateurs, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir porter cette information à l'attention de vos collègues qui pourraient être intéressés par une de ces possibilités. Veuillez envoyer un courriel à info.ihspr@utoronto.ca. Merci.

Personnel de l'ISPS

Toronto

Colleen M. Flood

Directrice scientifique

Tél. : 416-978-5158

Télé. : 416-978-5171

colleen.flood@utoronto.ca

Bernadette Mount

Adjointe exécutive

Tél. : 416-978-5158

Télé. : 416-978-5171

bernadette.mount@utoronto.ca

Tony Chin

Agent principal de projets

Tél. : 416-978-5174

Télé. : 416-978-5171

tony.chin@utoronto.ca

Meghan McMahon

Agente principale de projets,
Communications et application
des connaissances

Tél. : 416-978-5172

Télé. : 416-978-5171

meghan.mcmahon@utoronto.ca

Ottawa

Ellen Melis

Directrice adjointe

Tél. : 613-941-4439

Télé. : 613-954-1800

emelis@cihr-irsc.gc.ca

Michèle O'Rourke (en congé)

Associée, Initiatives
stratégiques

Danièle St-Jean

Agente de projets / Analyste

Tél. : 613-952-4539

Télé. : 613-954-1800

dst-jean@cihr-irsc.gc.ca