

Sur une nouvelle voie

Rapport du superviseur de l'Hôpital général de Kingston

présenté par

Graham W. S. Scott, C.M., c.r.,

à l'honorable Deb Matthews,

ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Le 15 décembre 2009

Remerciements

C'est avec une profonde gratitude que je tiens à souligner les efforts particuliers des personnes suivantes, qui m'ont épaulé dans ma fonction de superviseur. Chacune d'elles a aidé à reconstruire et à relancer l'Hôpital général de Kingston et à l'orienter dans une nouvelle direction :

- le président du conseil d'administration : Bill Richard;
- le conseil d'administration;
- le comité de sélection du président du conseil d'administration : Toby Abramsky, Linda Ann Daly, John Hudson et Chris McIlwain;
- le comité de nomination des directeurs : Toby Abramsky, John Hudson, Chris McIlwain et Bill Richard;
- les chefs des différents services, les directeurs médicaux des programmes et les directeurs de l'exploitation des programmes;
- l'association du personnel médical : le Dr Sen Gupta et le Dr Paul Beliveau
- l'équipe de travail intérimaire : Janet Davidson, John McGarry, Maureen Quigley, Eleanor Rivoire et David Zelt;
- le corps professoral pour le programme d'orientation du conseil d'administration :
 - M. David Brown, vice-président du Réseau universitaire de santé et président du Ontario Hospital Association Governance Leadership Council;
 - M. John MacNaughton, président du comité d'assurance de la qualité, conseil d'administration du Réseau universitaire de santé;
 - le Dr Michael Baker, responsable provincial de la sécurité des patients et chef de clinique du Réseau universitaire de santé;
 - M^{me} Ruthe-Anne Conyngham, administratrice du London Health Sciences Centre et présidente de l'Association canadienne des soins de santé;
 - M. Kevin Empey, président-directeur général, Lakeridge Health Corporation;
 - M. David Leslie, président du conseil d'administration, Centre Sunnybrook des sciences de la santé;
 - M. David Jackson, vice-président du conseil d'administration et président du Business and Human Resources Committee, Centre Sunnybrook des sciences de la santé;
 - le Dr Barry McLellan, président-directeur général, Centre Sunnybrook des sciences de la santé;
 - le Dr Keith Rose, vice-président directeur, premier directeur médical, Centre Sunnybrook des sciences de la santé;
 - Michael Young, vice-président directeur, Centre Sunnybrook des sciences de la santé;
 - le Dr Tom Williams, recteur, Université Queen's;
 - le Dr Vivek Goel, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, ancien vice-recteur de l'Université de Toronto;
 - M^{me} Georgina Thompson, présidente du conseil d'administration, RLISS du Sud-Est;
 - M. Paul Huras, directeur général, RLISS du Sud-Est;
- le recteur de l'Université Queen's : le Dr Tom Williams;
- le doyen de la faculté des sciences de la santé : le Dr David Walker;
- les conseillers de la région de Kingston : l'honorable John Gerretsen, député provincial; le sénateur Hugh Segal; le Dr John Marshall; et le Dr Duncan Sinclair.

Enfin, je remercie l'ensemble du personnel et des employés de l'Hôpital général de Kingston, qui ont maintenu leur attention sur la qualité des soins durant toute cette période d'incertitude.

Liste d'acronymes

Voici, en bref, les acronymes employés dans le présent rapport :

ANS	autre niveau de soins
MSSLD	ministère de la Santé et des Soins de longue durée
SEAMO	Southeastern Ontario Academic Medical Organization
RLISS	réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

Remerciements	2
Liste d'acronymes	3
Points saillants du rapport	5
Renseignements généraux et contexte	5
Survol chronologique des étapes et évènements phares.....	8
Observations finales.....	11
Section 1 : Mandat du superviseur	14
Section 2 : Création du conseil consultatif et lancement d'un processus de renouvellement de la gouvernance	15
Conseil consultatif.....	15
Renouvellement de la gouvernance	18
Section 3 : Loi sur l'administration de l'hôpital et règlements administratifs internes	22
Section 4 : Processus de recrutement de la directrice générale	24
Section 5 : Mise en place de nouveaux cadres dirigeants	28
Section 6 : Nomination d'un médecin-chef intérimaire	32
Section 7 : Résolution en priorité du flux des patients.....	35
Section 8 : Conception d'un plan d'amélioration du rendement	37
Section 9 : Redressement et soutien financiers.....	41
Section 10 : L'Université Queen's et la SEAMO	43
Observations finales.....	44
Annexe A : Résumé des recommandations figurant dans le Rapport de l'enquêteur (16 juin 2008)	48
Annexe B : Attributions du superviseur pour le conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston	52

Points saillants du rapport

Renseignements généraux et contexte

Le 17 juin 2008, j'ai présenté le Rapport de l'enquêteur au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque, l'honorable George Smitherman¹. J'y recommandais la nomination d'un superviseur pour l'Hôpital général de Kingston². Cette recommandation faisait suite aux graves inquiétudes, nées pendant mon enquête, sur l'incapacité du conseil d'administration et de l'équipe dirigeante de l'hôpital à résoudre les problèmes de plus en plus nombreux concernant l'accès aux soins (en particulier aux services des urgences et de chirurgie), tout en essayant de gérer les vastes déficits annuels de fonctionnement, qui ne faisaient que se creuser. Ces problèmes menaçaient de compromettre les soins aux habitants de la région et de créer une dette ingérable, tant vis-à-vis des banques que du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Sud-Est.

Ayant approuvé les recommandations formulées dans ce rapport, le ministre m'a nommé au poste de superviseur par décret le 9 juillet 2008. Mon mandat³ consistait essentiellement à surveiller la mise en œuvre des recommandations sur la gouvernance et la gestion de l'hôpital, telles qu'énoncées dans le Rapport de l'enquêteur.

Il a été évident, dès le début, que pour remettre l'hôpital sur la voie lui permettant d'atteindre son potentiel et de maîtriser sa dette grandissante, on devrait réaliser d'importants changements, à de nombreux niveaux : gouvernance, finances, gestion, fonctionnement et culture. Par conséquent, mon rôle de superviseur consistait essentiellement à doter l'Hôpital général de Kingston d'un conseil d'administration et d'une équipe dirigeante solides afin d'élaborer la vision de l'hôpital et de renforcer sa contribution à la santé des habitants de la région du Sud-Est, en améliorant son rôle d'excellent fournisseur de soins actifs en milieu

¹ *Investigation into the Governance and Management of Kingston General Hospital*, rapport soumis le 16 juin 2008 par l'enquêteur Graham Scott à l'honorable George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

² Voir l'annexe A pour les recommandations figurant dans le Rapport de l'enquêteur.

³ Voir l'annexe B pour le mandat guidant l'examen mené par le superviseur.

universitaire tertiaire. Pour mener à bien cette tâche, l'une des grandes difficultés consistait à résoudre le problème du faible moral du personnel dans toute l'organisation. La résolution de ce problème nécessitait une série de mesures axées sur le remaniement de toute la structure de gestion, le renforcement de l'esprit d'équipe au sein de l'organisation et l'accroissement de l'autonomie des cadres moyens afin de favoriser la créativité et de promouvoir les possibilités de leadership. Sans un changement fondamental de culture au sein de l'organisation, il était pratiquement impossible d'assurer son redressement financier et de donner à cette glorieuse institution de nouvelles occasions d'exceller.

En ce qui concerne le renouvellement de la structure de gouvernance, les principales priorités étaient les suivantes :

- Remplacer le directeur général et élaborer un processus de sélection pour le recrutement d'un nouveau directeur général.
- Modifier le statut et le rôle du conseil d'administration pour faire de celui-ci un conseil consultatif et utiliser ce groupe pour surveiller et encourager un processus majeur de renouvellement de la gouvernance.
- Mettre à jour les règlements administratifs et l'entente d'affiliation avec l'Université Queen's.
- Examiner la loi sur l'administration de l'hôpital (*Governors of the Kingston Hospital Act*) dans le cadre de la modification des attentes concernant la reddition de comptes.
- Créer un comité chargé de sélectionner un nouveau président pour le conseil consultatif (et par la suite pour le conseil de l'hôpital).
- Intégrer le président du conseil au comité de nomination chargé de pourvoir les sièges du conseil consultatif.
- Faire participer les nouveaux membres du conseil au processus d'orientation et de renouvellement de la gouvernance. Il s'agit d'une condition préalable essentielle pour rendre au conseil consultatif le pouvoir de gouvernance.
- Instaurer des relations constructives entre l'hôpital et le RLISS du Sud-Est.
- Rechercher un médecin-chef intérimaire afin de faire face au départ à la retraite de l'ancien titulaire du poste.

En ce qui concerne la résolution des lacunes au niveau de la gestion, du fonctionnement et de la culture, les priorités étaient les suivantes :

- Nommer une équipe de cadres dirigeants intérimaire.
- Lancer immédiatement un processus visant à instaurer une stabilité financière au sein de l'organisation.
- Chercher des solutions rapides pour résoudre les problèmes liés à l'accès urgent aux soins, résultant de l'engorgement du service des urgences, du réaiguillage des cas critiques, du grand nombre d'annulations des interventions chirurgicales non urgentes, de la durée de séjour supérieure à la moyenne pour les soins actifs et du nombre excessivement élevé de journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soins.
- Charger un cabinet de recrutement de trouver un nouveau directeur général et un premier vice-président des services aux personnes et de l'efficacité organisationnelle.
- Créer une équipe chargée d'entreprendre la conception d'un plan d'amélioration du rendement et de la structure de gestion appuyant ce plan.
- Concevoir un plan d'amélioration du rendement permettant à l'Hôpital général de Kingston d'équilibrer son budget.
- Résoudre les problèmes de rendement clinique ayant des répercussions sur le service des urgences, la durée des séjours, les autres niveaux de soins et d'autres enjeux cliniques.
- Instaurer des relations constructives entre l'hôpital et le RLISS du Sud-Est.

Survol chronologique des étapes et événements phares

Le présent rapport compte 10 sections. La section 1 passe en revue le mandat guidant les fonctions du superviseur. Les sections 2 à 10 décrivent les tâches essentielles du superviseur et présentent un aperçu de haut niveau des événements phares liés à ces tâches et, en bref, les défis rencontrés et les leçons apprises.

Parties du rapport (tâches clés)	Étapes et événements phares
2 – Création du conseil consultatif et lancement d’un processus de renouvellement de la gouvernance	<p>CONSEIL CONSULTATIF</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Réunion avec le conseil d’administration de l’Hôpital général de Kingston afin d’informer ses membres que le superviseur assumera les fonctions du conseil (9 juillet 2008).▪ Confirmation que les membres du conseil d’administration de l’hôpital sont résolus à continuer à servir au sein d’un conseil consultatif du superviseur et à participer au processus de renouvellement de la gouvernance.▪ Création d’un comité de sélection conformément à la formule recommandée dans le Rapport de l’enquêteur afin de nommer un président du conseil consultatif (août 2008).▪ Sélection par le conseil consultatif d’un facilitateur de la gouvernance pour coordonner le processus d’orientation du conseil et le processus de renouvellement de la gouvernance (août 2008). <p>RENOUVELLEMENT DE LA GOUVERNANCE</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Entrevues avec les membres du conseil consultatif (août 2008).▪ Création d’un comité des nominations (par reconstitution du comité de sélection du président du conseil) et lancement d’un processus public de recrutement annoncé à vaste échelle pour la nomination de cinq nouveaux administrateurs (mi-septembre 2008).▪ Renouvellement de la gouvernance (volet 1) – nomination par le superviseur de cinq nouveaux administrateurs (9 octobre 2008).▪ Renouvellement de la gouvernance (volet 2) – mise en œuvre d’un programme d’orientation pour tous les membres du conseil d’administration.

Parties du rapport (tâches clés)	Étapes et évènements phares
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renouveau de la gouvernance (volet 3) – création d’un groupe de travail sur le renouvellement de la gouvernance (octobre 2008). ▪ Élaboration post-supervision des politiques et des procédures du conseil. ▪ Nomination par le superviseur des membres du conseil consultatif aux postes d’administrateurs de l’hôpital avec pleine responsabilité en matière de gouvernance (février 2009).
3 – Loi sur l’administration de l’Hôpital général de Kingston et règlements administratifs internes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Harmonisation du statut juridique de l’hôpital avec les obligations redditionnelles du conseil (janvier 2009). ▪ Approbation par le conseil consultatif des règlements administratifs et professionnels, et clarification du droit de vote des membres selon une structure de direction à deux paliers (février 2009).
4 – Processus de recrutement du directeur général	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sélection d’un cabinet de recrutement de cadres (septembre 2008). ▪ Création d’un comité de recrutement (octobre 2008). ▪ Examen de la possibilité de recruter un directeur général commun pour l’Hôpital général de Kingston et l’Hôpital Hôtel Dieu (novembre 2008). ▪ Nomination du nouveau directeur général (janvier 2009).
5 – Mise en place de nouveaux cadres dirigeants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nomination d’une directrice générale intérimaire (9 juillet 2008). ▪ Maintien en place de l’équipe dirigeante sur base du rendement. ▪ Prise de mesures immédiates par la directrice générale intérimaire pour maîtriser les coûts et entreprendre la conception d’un plan d’amélioration du rendement (juillet 2008). ▪ Prise de mesures pour remonter le moral du personnel. ▪ Examen des services et de l’efficacité cliniques. ▪ Nomination d’un directeur de l’exploitation intérimaire.

Parties du rapport (tâches clés)	Étapes et événements phares
6 – Nomination d’un médecin-chef intérimaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation du personnel médical au processus de recrutement d’un médecin-chef intérimaire. ▪ Lancement du processus de recrutement d’un médecin-chef intérimaire (début octobre 2008). ▪ Compréhension du rôle bivalent que doit tenir le médecin-chef intérimaire. ▪ Participation du médecin-chef intérimaire et des chefs de services médicaux au processus du plan d’amélioration du rendement.
7 – Résolution en priorité du flux des patients	Renforcement de la gestion de l'utilisation des ressources.
8 – Conception d’un plan d’amélioration du rendement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrictions des dépenses et des embauches discrétionnaires. ▪ Élaboration d’un plan de restriction budgétaire. ▪ Appel à une partie extérieure pour aider l’équipe dirigeante à concevoir le plan d’amélioration du rendement. ▪ Conception et approbation du plan d’amélioration du rendement (novembre 2008). ▪ Approbation de principe par le RLISS du Sud-Est en ce qui concerne le plan d’amélioration du rendement (décembre 2008). ▪ Intégration, dans le plan d’amélioration du rendement, d’un objectif visant l’équilibre budgétaire pour l’exercice 2012-2013.
9 – Redressement et soutien financiers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation d’économies grâce à l’efficacité des opérations. ▪ Fourniture à l’Hôpital général de Kingston par le MSSLD et le RLISS du Sud-Est d’un financement supplémentaire pour ses activités de base sur plusieurs exercices (conformément au Rapport de l’enquêteur).
10 – L’Université Queen’s et la SEAMO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarification, grâce au processus de renouvellement du conseil, des attentes à l’égard du représentant d’office du doyen au conseil en ce qui concerne les relations de gouvernance. ▪ Modification de l’entente d’affiliation entre l’Université Queen’s et l’Hôpital général de Kingston pour renforcer les obligations redditionnelles du conseil de l’hôpital en ce qui concerne la surveillance des activités de ce dernier

Parties du rapport (tâches clés)

Étapes et évènements phares

(décembre 2008).

- Recommandation d'un report de l'examen et de l'harmonisation des intérêts de l'hôpital avec ceux de la SEAMO.

Observations finales

L'Hôpital général de Kingston s'est repris en main pour faire face aux changements, saisir les possibilités de fournir aux patients des soins de meilleure qualité et devenir un lieu où il fait bon travailler. Un nouveau leadership et une nouvelle culture du travail en équipe commencent à créer de nouvelles possibilités qui permettront à l'organisation d'exceller à l'avenir. Des changements sont certes apportés, mais il est important de savoir que l'hôpital restera confronté à des difficultés considérables.

Bien qu'il soit impossible de résoudre en un temps aussi bref tous les problèmes accumulés par l'Hôpital général de Kingston au fil des années, certains problèmes essentiels doivent être résolus et étroitement surveillés afin que l'on puisse réaliser des progrès continus en vertu du plan d'amélioration du rendement. Ces problèmes sont les suivants :

- résorber la dette de l'organisation, ce qui exigera une surveillance étroite de la part de l'hôpital, du RLISS du Sud-Est et du MSSLD;
- reconstruire l'infrastructure de la direction;
- améliorer les pratiques générales de gestion ainsi que l'autonomie de gestion au sein de l'organisation;
- apporter le changement culturel requis afin que les dirigeants et le personnel collaborent à l'élaboration de pratiques modernes d'utilisation des ressources cliniques et à l'amélioration de la reddition de comptes dans la présentation de rapports et les structures de responsabilisation;
- favoriser l'instauration entre le conseil et le directeur général du respect mutuel qui leur sera nécessaire à tous deux pour s'acquitter efficacement de leurs obligations redditionnelles.

De toute évidence, l'Hôpital général de Kingston est bien placé pour réussir à surmonter ces difficultés. Néanmoins, pour développer son potentiel de réussite, il devra compter sur les efforts continus et l'engagement des personnes suivantes :

- le président du conseil, qui a accompli un long et dur labeur pour bâtir une équipe de gouvernance efficace au sein du conseil et pour garantir des relations fortes et synergiques entre le conseil, le nouveau directeur général et l'équipe dirigeante;
- les membres du conseil, qui après avoir consacré de longues heures à leur orientation et au renouvellement de la gouvernance pendant toute la période de supervision doivent continuer à remplir avec assiduité leurs obligations redditionnelles en matière de gouvernance et s'acquitter de leurs responsabilités à l'égard du fonctionnement et de la durabilité future de l'hôpital;
- la directrice générale et l'équipe dirigeante, qui doivent exercer un leadership solide et fournir des orientations pour surmonter les difficultés à court et à long terme rencontrées par l'hôpital, tout en respectant le rôle essentiel de surveillance du conseil d'administration;
- le médecin-chef et les chefs de services médicaux de l'hôpital, qui ont collaboré à la résolution des problèmes ayant des répercussions sur le flux des patients;
- les membres de l'équipe dirigeante, qui se sont ressaisis pour satisfaire aux nouvelles exigences;
- les gestionnaires, qui ont accueilli favorablement le changement et ont contribué à son processus;
- les membres du personnel de première ligne, qui, malgré les incertitudes soulevées par la supervision et le plan d'amélioration du rendement, ont continué à assurer des soins de qualité à leurs patients.

Il est important de reconnaître que même si le conseil formulé dans le Rapport de l'enquêteur sur la nécessité de ressources financières supplémentaires est juste, on peut difficilement établir si les recommandations sont tout à fait complètes. En l'absence de paramètres connus ou fiables pour évaluer les problèmes liés à l'efficacité et à l'efficacite au sein de l'organisation, il a fallu se fonder sur les « pratiques exemplaires » appliquées dans d'autres établissements universitaires comparables. Les indicateurs de rendement de ces organisations ont servi de base à l'élaboration du plan d'amélioration du rendement. Par conséquent, il est essentiel que le RLISS

du Sud-Est collabore étroitement avec le conseil et l'équipe dirigeante afin de surveiller les progrès accomplis, d'aider l'Hôpital général de Kingston à développer et à conserver les technologies importantes dont il a besoin en tant que grand hôpital universitaire, de résoudre les principales difficultés apparaissant pendant le processus de renouvellement et de surveiller et (si nécessaire) d'aider à alléger le lourd fardeau de la dette substantielle qui pèse sur l'hôpital.

Il faut espérer que l'expérience de l'Hôpital général de Kingston enverra un signal fort à tous les dirigeants d'hôpitaux qui croient pouvoir alléger leur dette grâce à la nomination d'un superviseur. Le travail du superviseur est de veiller à ce que l'hôpital puisse continuer à répondre à ses obligations envers la collectivité et non de résoudre tous les problèmes et de guérir toutes les blessures que l'hôpital s'est lui-même infligées.

Les conseils et la direction de l'hôpital se doivent de faire ce pour quoi ils ont été nommés : diriger et administrer. Leur travail consiste notamment à gérer les problèmes liés aux risques financiers, en respectant les principes d'une saine gouvernance et d'une solide reddition de comptes et en utilisant ces principes pour préserver l'intégrité financière de l'hôpital.

Même si d'importants obstacles financiers subsistent et qu'un changement continu de culture est requis pour assurer la reddition de comptes aux niveaux administratif et clinique, il est de plus en plus certain que l'Hôpital général de Kingston et l'Université Queen's collaboreront à la création d'une vision solide et exceptionnelle pour l'avenir.

Section 1 : Mandat du superviseur

Mon rôle de superviseur consistait essentiellement à résoudre les problèmes soulevés dans le Rapport de l'enquêteur pour doter l'Hôpital général de Kingston d'un conseil d'administration et d'une équipe dirigeante solides afin de définir la vision de l'hôpital et de renforcer sa contribution à la santé des habitants de la région du Sud-Est, en améliorant son rôle d'excellent fournisseur de soins actifs en milieu universitaire tertiaire.

Pour atteindre cet objectif, il a fallu :

- remplacer le directeur général et établir un processus de sélection pour le recrutement d'un nouveau directeur général;
- remplacer le rôle du conseil d'administration par celui d'un organisme consultatif dans le cadre de la première étape de l'instauration d'un important processus de renouvellement de la gouvernance;
- examiner la loi sur l'administration de l'hôpital (*Governors of the Kingston Hospital Act*) dans le cadre de la reddition de comptes;
- mettre à jour les règlements administratifs et l'entente d'affiliation avec l'Université Queen's;
- concevoir un plan d'amélioration du rendement pour équilibrer le budget de l'hôpital;
- lancer un processus visant à instaurer une stabilité financière au sein de l'organisation
- résoudre les problèmes de rendement clinique ayant des répercussions sur le service des urgences, la durée des séjours, les autres niveaux de soins et d'autres enjeux cliniques;
- instaurer des relations constructives entre l'hôpital et le RLISS du Sud-Est.

Pour réaliser chacune de ces tâches, il a été essentiel de refaire les bases d'une gouvernance et d'une gestion saines. Le processus de « reconstruction » comportait deux étapes clés :

1. Renforcer les fondements d'une bonne gouvernance pour jeter les assises d'un nouveau conseil d'administration et bien gouverner l'hôpital. Les étapes clés comportaient :

- la sélection d'un nouveau président pour le conseil d'administration;
- le recrutement de nouveaux membres, en fonction des compétences, afin de pourvoir les postes vacants au conseil d'administration;

- puis l'établissement, au sein du conseil d'administration, d'un processus visant à susciter un sens partagé des fonctions et responsabilités en matière de gouvernance.

2. Amorcer le changement culturel nécessaire pour restaurer la culture du leadership et cultiver un environnement qui valorise le travail en équipe et qui suscite un sentiment partagé de responsabilité à l'égard de la qualité et des coûts dans la prestation des soins aux patients. Les étapes clés comportaient :

- la mise en place d'un leadership provisoire, mais averti;
- l'évaluation des forces et des lacunes actuelles dans la gestion et l'exploitation de l'hôpital;
- la conception d'un plan réaliste d'amélioration du rendement afin d'aider l'hôpital à parvenir à une plus grande stabilité financière pour l'avenir;
- différentes initiatives pour stimuler la confiance et le moral du personnel et des employés de l'hôpital.

Section 2 : Création du conseil consultatif et lancement d'un processus de renouvellement de la gouvernance

Conseil consultatif

OBJECTIF ET JUSTIFICATION

Le *Rapport de l'enquêteur* abordait un certain nombre de problèmes de gouvernance au sein du conseil d'administration de l'hôpital. Il proposait aussi une série de recommandations pour un processus de renouvellement qui aiderait le conseil d'administration à s'acquitter de ses responsabilités et à consolider ses structures et ses méthodes de gouvernance de manière à améliorer son rendement pour l'avenir.

Transformer le rôle du conseil d'administration pour en faire un conseil consultatif a été une première étape importante du processus de renouvellement de la gouvernance. Il fallait que ce conseil consultatif soit positionné de façon à fonctionner comme le conseil officiel sous la surveillance du superviseur. Son rôle consistait à :

- considérer les grands enjeux en sa qualité de conseil d'entreprise, prendre des décisions sur ces enjeux et soumettre des recommandations au superviseur;
- assurer une supervision de la gestion interne et, selon le cas, remettre en question les actions du superviseur.

ÉTAPES CLÉS DU PROCESSUS

- **Réunion avec le conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston afin d'informer ses membres que le superviseur assumera les fonctions du conseil (9 juillet 2008).**
- **Confirmation que les membres du conseil d'administration de l'hôpital sont résolus à continuer à servir au sein d'un conseil consultatif du superviseur et à participer au processus de renouvellement de la gouvernance.** Les administrateurs restants au moment de la supervision ont accepté de servir au sein du conseil consultatif et se sont engagés à participer à un processus de renouvellement de la gouvernance et à assumer les responsabilités du nouveau conseil à la fin de la supervision.
- **Création d'un comité de sélection conformément à la formule recommandée dans le Rapport de l'enquêteur afin de nommer un président du conseil consultatif (août 2008)⁴.** Ce processus a été présidé par le superviseur. Le comité se composait de cinq membres, dont : le superviseur (président), un membre du conseil (la présidente sortante, Linda Ann Daly), le président actuel du comité de nomination du conseil d'administration de l'hôpital (John Hudson) et deux membres de la collectivité (Toby Abramsky et Chris McIlwain). Le comité a pris en considération un certain nombre de candidats et, au début d'août, a sélectionné Bill Richard, membre du conseil consultatif. Bill Richard possédait de grandes compétences et un dossier solide en matière de leadership.
- **Sélection par le conseil consultatif d'un facilitateur de la gouvernance pour coordonner le processus d'orientation du conseil et le processus de renouvellement de la gouvernance (août 2008).** Cette démarche s'inscrit en parallèle de la sélection d'un président et a été dirigée par l'ex-présidente du conseil de l'hôpital (Linda Ann Daly), qui a tenu un processus de diligence raisonnable au nom du conseil consultatif. Le conseil consultatif a choisi Maureen Quigley, Maureen Quigley & Associates Inc., pour mener le processus de renouvellement de l'orientation et de la gouvernance du conseil.

⁴ Le mandat de l'ancienne présidente du conseil, Linda Ann Daly, avait expiré.

Renouvellement de la gouvernance

OBJECTIF ET JUSTIFICATION

Lancer un processus de renouvellement de la gouvernance et y faire participer les membres du conseil consultatif.

ÉTAPES CLÉS DU PROCESSUS

Le processus de renouvellement de la gouvernance s'est déroulé entre août 2008 et février 2009 et comportait notamment les éléments suivants :

- **Entretiens avec les membres du conseil consultatif (août 2008).** Le président du conseil et le facilitateur de la gouvernance ont réalisé des entretiens avec tous les membres élus du conseil consultatif pour confirmer qu'ils souhaitaient continuer à siéger au conseil d'administration, obtenir leur avis sur les ensembles de compétences prioritaires dans la sélection de nouveaux administrateurs pour combler les postes vacants au sein du conseil, et solliciter leur opinion sur les priorités dans le processus de renouvellement de la gouvernance.
- **Création d'un comité des nominations (par reconstitution du comité de sélection du président du conseil) et lancement d'un processus de recrutement public et largement annoncé de cinq nouveaux administrateurs (mi-septembre 2008).**
- **Implication des nouveaux membres du conseil dans le processus d'orientation et de renouvellement de la gouvernance, condition préalable essentielle pour rendre au conseil consultatif le pouvoir de gouvernance.** Le processus de renouvellement de la gouvernance prévoyait, entre autres, les volets suivants.

Volet 1 - Nomination par le superviseur de cinq nouveaux administrateurs

(9 octobre 2008). En raison des postes restés vacants au sein du conseil en juin 2008 après la nomination d'un superviseur, le comité de sélection du président du conseil, conformément à la recommandation du conseil consultatif, a été reconstitué en comité des nominations pour lancer un processus de recrutement public annoncé à vaste échelle pour la nomination de cinq nouveaux administrateurs (mi-septembre 2008). Ce processus était basé sur les nouvelles directives de sélection des administrateurs

approuvées par le conseil consultatif. Les résidants de toute la région desservie par le RLISS du Sud-Est ont été encouragés à poser leur candidature, compte tenu de l'importance de l'Hôpital général de Kingston en tant que centre tertiaire d'aiguillage et centre hospitalier universitaire pour ce secteur. Le comité des nominations était composé des mêmes personnes que le comité qui a sélectionné le président, à cette exception près que, cette fois, le conseil consultatif était représenté par le nouveau président.

Volet 2 - Mise en œuvre d'un programme d'orientation pour tous les membres du conseil d'administration (les 24 et 25 octobre et les 21 et 22 novembre 2008). Le programme d'orientation a été organisé en deux modules et conçu pour aborder les questions de gouvernance prioritaires découlant du Rapport de l'enquêteur, ainsi que les rôles et responsabilités essentiels du conseil d'administration. Le programme a été conçu et mis en œuvre par le facilitateur de la gouvernance et abordait chacune des responsabilités du conseil. Le corps professoral affecté au programme réunissait des responsables du conseil et de hauts dirigeants d'autres centres hospitaliers universitaires de l'Ontario ainsi qu'un hôpital communautaire important. Le corps professoral comprenait également le président du conseil et le directeur général du RLISS du Sud-Est ainsi que le recteur de l'Université Queen's et l'ancien vice-recteur de l'Université de Toronto.

Les conseils d'administration de l'Hôpital Hôtel Dieu et de Providence Continuing Care ont été invités à participer au second module (21-22 novembre) pour partager leur expérience d'apprentissage et amorcer un dialogue sur les possibilités d'interaction plus intensive entre les trois organismes. La rétroaction fournie par l'ensemble des participants au programme d'orientation a été très positive.

Volet 3 - Création d'un groupe de travail sur le renouvellement de la gouvernance (octobre 2008). À la recommandation du conseil consultatif, le superviseur a nommé un groupe de travail sur le renouvellement de la gouvernance. Les membres du groupe de travail comprenaient le président du conseil et quatre autres administrateurs. Le groupe de travail avait pour mandat d'établir un nouveau cadre de gouvernance stratégique et un nouveau règlement administratif. Il était appuyé par le facilitateur de la gouvernance et le secrétaire du conseil. D'octobre 2008 à février 2009, le groupe de travail a formulé

des recommandations pour approbation par le conseil consultatif et le superviseur dans les domaines suivants :

- principes de gouvernance et reddition de comptes par le conseil;
- rôles et responsabilités du conseil ainsi que des administrateurs élus et des administrateurs d'office;
- taille et composition du conseil d'administration;
- durée du mandat des administrateurs élus;
- description de poste des agents du conseil et des présidents du comité;
- situation du conseil et comités spéciaux;
- composition de la direction.

À la suite des recommandations du groupe de travail sur le renouvellement de la gouvernance, le règlement administratif de l'Hôpital général de Kingston a subi d'importantes modifications. Citons, entre autres :

- l'établissement de principes de gouvernance et de reddition de comptes du conseil s'harmonisant avec l'évolution des attentes en matière de reddition de comptes des conseils d'hôpitaux et les meilleures pratiques de gouvernance des établissements hospitaliers et à but non lucratif;
 - la réduction de la taille du conseil, qui ne compte plus que 19 administrateurs, dont 12 élus et sept d'office;
 - la restructuration de la direction, en vertu de laquelle le conseil d'administration réunit des membres avec droit de vote et le conseil consultatif réunit des membres sans droit de vote.
- **Élaboration post-supervision des politiques et des procédures du conseil.** Au terme du processus de supervision, le 19 février 2009, le groupe de travail sur le renouvellement de la gouvernance est devenu le comité de gouvernance du conseil d'administration. Ce comité de gouvernance supervise actuellement la préparation et la révision du guide des politiques du conseil d'administration ainsi que la mise en oeuvre du nouveau programme du conseil, de sa nouvelle structure et de sa nouvelle procédure de production de rapports.

- **Nomination par le superviseur des membres du conseil consultatif aux postes d'administrateurs de l'hôpital avec pleine responsabilité en matière de gouvernance (février 2009).** Ces nominations ont été faites conformément aux recommandations formulées dans le Rapport de l'enquêteur après la nomination du nouveau directeur général, la mise en place du cadre de gouvernance stratégique et les modifications apportées à la loi provinciale et au nouveau règlement administratif régissant l'hôpital.

DÉFIS ET LEÇONS APPRISES

- **Nomination du conseil consultatif.** Pendant les sept mois sur lesquels s'est étalé le processus de supervision, en sa nouvelle qualité de conseil consultatif, le conseil d'administration a été mis au défi de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance et de supervision de l'hôpital (dans un rôle consultatif auprès du superviseur) tout en s'immergeant simultanément dans un processus de renouvellement de la gouvernance.
- **Engagement du conseil consultatif.** Le conseil d'administration de l'hôpital était clairement en présence d'une difficulté, si l'on songe aux recommandations en matière de gouvernance formulées dans le Rapport de l'enquêteur et au processus mis en place par le superviseur pour le renouvellement de cette gouvernance. Malgré cela, il a réagi de façon extrêmement positive et consacré passablement de temps et d'efforts, sur une période de six mois, à assurer le succès du processus de renouvellement de la gouvernance et le rétablissement de ses pleines responsabilités à titre de conseil d'administration en février 2009.
- **Recrutement de nouveaux administrateurs.** Le recrutement de cinq nouveaux administrateurs a été une belle occasion de renouveler le conseil d'administration lui-même et de trouver un équilibre entre l'ensemble de compétences et d'expertise établi et celui qui viendra le supplanter, avec ses nouvelles perspectives et une attention plus particulière au rôle régional élargi de l'hôpital au sein du RLISS du Sud-Est.
- **Programme d'orientation du conseil d'administration.** L'un des points saillants du processus de renouvellement de la gouvernance a été le programme d'orientation du conseil d'administration. La principale force de ce programme résidait dans la possibilité offerte aux membres du conseil d'apprendre et d'interagir avec leurs pairs qui, en leur qualité de responsables du conseil et de hauts dirigeants d'autres centres hospitaliers universitaires,

avaient été confrontés maintes fois aux mêmes difficultés que celles auxquelles se heurtaient le conseil de l'Hôpital général de Kingston et l'équipe formant son leadership. Ce qui a été fort apprécié également est la relation qui a été établie avec les membres du corps professoral et qui a jeté les assises d'un dialogue permanent et d'un soutien occasionnel des pairs.

- **Restructuration de la direction.** Harmoniser la composition de la direction avec les nouvelles attentes en matière de gouvernance et de reddition de comptes est un défi pour de nombreux hôpitaux de l'Ontario. Comme dans le cas d'autres supervisions récentes, le processus de renouvellement de la gouvernance de l'Hôpital général de Kingston a été l'occasion de restructurer l'organisation de façon à mettre en place les dispositifs nécessaires pour engager la collectivité dans la planification et l'établissement des priorités, tout en veillant à ce que le conseil d'administration ait le pouvoir légitime et la stabilité nécessaire pour s'acquitter de ses responsabilités générales et administratives de plus en plus lourdes.
- **Attention particulière au renouvellement de la gouvernance.** La supervision favorise une concentration des ressources et de l'attention sur le renouvellement de la gouvernance qui souvent n'est pas une priorité pour les hôpitaux de l'Ontario compte tenu des multiples besoins qui absorbent le temps du conseil et les ressources hospitalières. Cependant, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Ontario Hospital Association ont une formidable occasion de partager de manière proactive les leçons apprises et les nouvelles structures et méthodes de gouvernance qui découlent de la supervision de l'Hôpital général de Kingston et d'autres établissements hospitaliers pour favoriser et appuyer l'excellence en matière de gouvernance dans les hôpitaux de l'Ontario.

Section 3 : Loi sur l'administration de l'hôpital et règlements administratifs internes

OBJECTIF ET JUSTIFICATION

L'Hôpital général de Kingston a été constitué en personne morale et exploité en vertu d'une loi, la *Governors of the Kingston Hospital Act*, adoptée il y a plus d'un siècle et aujourd'hui

incompatible avec les attentes actuelles en matière de gouvernance et de reddition de comptes⁵. Si la loi de l'époque et la construction d'origine, datant de 1837, avaient une importance historique et inspiraient une grande fierté, tout cela n'a pas empêché la confusion, particulièrement en termes de gouvernance et de reddition de comptes. L'Hôpital général de Kingston était régi par des administrateurs qui déterminaient la composition de l'hôpital, élisaient ses directeurs et possédaient une autorité qui influençait le pouvoir de gouvernance du conseil. Au sein de l'Hôpital général de Kingston, le rôle des administrateurs et celui des membres du conseil étaient plus étroitement reliés que dans les hôpitaux régis par la *Loi sur les personnes morales* et la *Loi sur les hôpitaux publics*.

L'expérience ontarienne des dernières années en est la preuve : souvent, lorsqu'un conseil entreprend des changements dans les structures formant la direction de son hôpital pour limiter le pouvoir des membres de la direction et ainsi mieux gérer les nouvelles attentes en matière de reddition de comptes par le conseil, ces changements sont extrêmement controversés et difficiles à instaurer. Comme il est précisé précédemment, il faut savoir qu'en l'absence d'une loi provinciale habilitante ou d'une orientation stratégique, le changement par lequel a été mise en place une structure de direction à deux paliers constituée de membres votants et de membres consultatifs (sans droit de vote) – un peu comme le dispositif mis en oeuvre à l'hôpital Stevenson Memorial et à l'hôpital général de Scarborough – n'a été rendu possible qu'en vertu d'un pouvoir de supervision.

ÉTAPES CLÉS DU PROCESSUS

- **Harmonisation du statut juridique de l'hôpital avec les obligations redditionnelles du conseil (janvier 2009).** En janvier 2009, le superviseur a demandé des lettres patentes de continuation autorisant l'Hôpital général de Kingston à combler le besoin d'harmoniser comme il se doit le statut juridique de la personne morale et les obligations redditionnelles du conseil. Des lettres patentes de continuation délivrées en février ont permis de maintenir l'Hôpital général de Kingston en vertu de la *Loi sur les personnes morales*, adaptant les

⁵ L'Hôpital général de Kingston était exploité aux termes de la *Governors of the Kingston Hospital Act*, désuète et non conforme aux obligations redditionnelles actuelles.

objectifs et rebaptisant l'hôpital, autrefois appelé Governors of the Kingston Hospital, pour lui donner, en anglais, le nom de Kingston General Hospital.

- **Approbation par le conseil consultatif des règlements administratifs et professionnels, et clarification du droit de vote des membres selon une structure à deux paliers (février 2009).** À la suite du processus de renouvellement de la gouvernance, les règlements administratifs ont été mis à jour selon les normes contemporaines en fonction du cadre de gouvernance stratégique approuvé par le conseil consultatif. En parallèle, les règlements professionnels ont été mis à jour pour tenir compte des récents changements recommandés par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et l'Ontario Medical Association et pour illustrer les obligations redditionnelles du conseil. De plus, à la suite des recommandations du groupe de travail sur le renouvellement de la gouvernance concernant une nouvelle structure de direction à deux paliers avec pour seuls membres votants ceux du conseil d'administration, les administrateurs ont été maintenus en fonction en tant que conseil consultatif représentant désormais les membres non votants de l'Hôpital général de Kingston. Bien qu'ils ne soient pas autorisés à voter pour le conseil d'administration ou pour les modifications touchant le règlement administratif ou les lettres patentes, ils bénéficient des autres droits dévolus aux membres en vertu de la *Loi sur les personnes morales*. En outre, en tant que membres consultatifs, ils ont droit à des rapports plus détaillés de la part du conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston et sont autorisés à poser leur candidature à des postes au sein du comité des nominations et de plusieurs autres comités permanents du conseil d'administration.

Section 4 : Processus de recrutement de la directrice générale

OBJECTIF ET JUSTIFICATION

La nomination d'une directrice générale intérimaire possédant des compétences et une crédibilité adéquates a été essentielle pour rétablir la confiance de la communauté desservie par l'hôpital. Le rendement des hauts responsables avait été décrié dans le Rapport de l'enquêteur. Il était important que le personnel et les médecins comprennent qu'il n'y aurait pas de mal à mettre en place un solide leadership pour orienter l'hôpital dans une nouvelle direction afin de combler ses lacunes et d'améliorer ses opérations internes.

ÉTAPES CLÉS DU PROCESSUS

- **Sélection d'un cabinet de recrutement de cadres.** Avant la sélection du président du conseil consultatif, une demande de propositions a été diffusée vers la fin de juillet pour trouver un cabinet de recrutement de cadres qui puisse aider à recruter un nouveau directeur général. Promeus a été sélectionnée et les travaux pour l'ébauche d'un profil d'emploi ont commencé aussitôt.
- **Établissement d'un comité de recrutement.** Une fois le président du conseil consultatif en place, le superviseur a créé un comité de recrutement (août 2008). Peu après l'amorce des travaux du comité, le superviseur a demandé au président du conseil consultatif de le remplacer au poste de président du comité de recrutement. Le superviseur a continué à participer en tant que membre du comité. Le comité, en collaboration avec les consultants en recrutement et avec des mises à jour régulières présentées au conseil consultatif, a finalisé le profil de l'emploi et commencé à examiner la longue liste de candidats avant d'effectuer une présélection. En parallèle des activités de recrutement de base, un sous-comité a été créé pour étudier l'expérience du marché dans l'établissement du régime salarial pour les directeurs généraux d'hôpitaux comparables, en taille et en complexité, à l'Hôpital général de Kingston.
- **Étude de la possibilité de recruter un seul directeur général pour l'Hôpital général de Kingston et l'Hôpital Hôtel Dieu.** Quand le comité a été près d'achever le processus de présélection des candidats, l'Hôtel Dieu a annoncé le départ à la retraite de son directeur général, resté longtemps à son service. En raison du degré d'intégration des hôpitaux, du désir de minimiser certains problèmes d'exploitation des deux établissements et du potentiel de renforcer le service à la région, le comité a vu l'occasion d'étudier conjointement la possibilité de nommer un directeur général commun. Si l'on savait que la décision d'engager l'Hôtel Dieu comme partenaire retarderait le processus puisqu'il faudrait alors modifier la composition du comité et la description de poste du directeur général (à tout le moins), ce retard était jugé utile compte tenu de la possibilité qu'il en résulte une coordination et une collaboration supérieures entre les deux organisations dans leur désir d'offrir un meilleur service aux patients. Même s'il existait déjà une intégration médicale considérable et un partage limité de certaines activités administratives entre les deux

organisations, il subsistait de nombreux problèmes d'exploitation dont le comité pensait qu'ils seraient mieux résolus par le recrutement d'un seul directeur général pour ces deux hôpitaux indépendants. Cette perspective était partagée par le personnel médical conjoint comme en témoigne une résolution du comité médical consultatif enjoignant aux deux hôpitaux de sélectionner un seul directeur général. Le président du conseil consultatif a écrit au président de l'Hôtel Dieu pour inviter son conseil d'administration à discuter de la possibilité de nommer un directeur général commun. Le président du conseil d'administration de l'Hôtel Dieu a immédiatement réagi en confirmant que l'hôpital n'était pas prêt à entamer de pourparlers sur cette question. En conséquence, il a été impossible d'envisager la nomination d'un seul directeur général pour les deux hôpitaux et le comité a repris ses travaux pour le recrutement d'un directeur général pour l'Hôpital général de Kingston.

- **Nomination d'une directrice générale.** Le comité a accordé des entrevues à un certain nombre de candidats (décembre 2008) et présenté une recommandation au conseil consultatif au début de janvier 2009. La recommandation du comité a été approuvée ultérieurement. Leslee Thompson a été nommée présidente-directrice générale et est entrée en fonction le 16 février 2009.

DÉFIS ET LEÇONS APPRISES

- **Démission du directeur général de l'Hôpital Hôtel Dieu.** La décision d'inviter l'Hôtel Dieu à participer à un processus conjoint de recrutement d'un directeur général commun aux deux hôpitaux a fait naître une difficulté de taille. Elle a retardé le processus, englouti beaucoup de temps et d'énergie et soulevé l'émotion parmi les membres du conseil consultatif, au sein de la direction et chez les employés qui ont participé au processus de renouvellement. Étant donné la position historique de l'Hôtel Dieu, on pourrait dire que l'offre avait peu de chances de réussir. Néanmoins, cette idée a été retenue, car l'Hôpital général de Kingston la considérait comme une occasion d'améliorer les soins et les services aux patients.
- **Création d'un sous-comité pour la réalisation d'une étude de marché sur les salaires et les avantages sociaux.** Souvent, le régime salarial et d'avantages sociaux pour les directeurs

généralistes d'hôpitaux soulève à l'échelon local une controverse qui peut être dommageable pour un nouveau conseil d'administration. Il était donc essentiel que le conseil entreprenne une étude de marché détaillée sur les salaires et les avantages sociaux dans des hôpitaux comparables pour justifier la rémunération établie aux fins du recrutement du nouveau président-directeur général.

Section 5 : Mise en place de nouveaux cadres dirigeants

OBJECTIF ET JUSTIFICATION

Les problèmes d'administration étaient d'une importance primordiale. La nécessité d'évaluer plus à fond les difficultés auxquelles se heurtait l'hôpital et de concevoir un plan d'amélioration du rendement pour guider le changement à venir montrait bien qu'il était souhaitable de mettre en place une structure de direction efficace. La volonté de l'équipe dirigeante en poste de fournir une collaboration dynamique et enthousiaste était cruciale. La nomination d'une directrice générale intérimaire dynamique était essentielle si l'on voulait évaluer ou appuyer l'équipe dirigeante ou en créer une pour entreprendre les modifications nécessaires à la résolution de ces problèmes urgents tout en mettant rapidement à profit le désir d'opérer un changement.

ÉTAPES CLÉS DU PROCESSUS

- **Nomination d'une directrice générale intérimaire.** Le 9 juillet 2008, le superviseur a informé le conseil d'administration de la nomination de Janet Davidson, directrice générale du Centre de santé Trillium (Mississauga), au poste de directrice générale intérimaire de l'Hôpital général de Kingston à compter du 23 juillet 2008. La nomination d'une responsable chevronnée au poste de directrice générale intérimaire pour l'Hôpital général de Kingston annonçait clairement un changement. L'hôpital devait voir la directrice générale intérimaire comme une responsable qui non seulement représentait un changement, mais stimulait la confiance dans sa capacité à tracer pour l'hôpital une nouvelle orientation ferme, claire et engageante. M^{me} Davidson avait un dossier solide en ce qui concerne la direction d'un hôpital, notamment une expérience appréciable au sein de centres hospitaliers universitaires. Elle connaissait l'hôpital pour y avoir tenu un rôle consultatif auprès de l'enquêteur, comprenait les rouages d'un centre hospitalier universitaire et, grâce à la générosité du conseil d'administration du Centre de santé Trillium (Mississauga), pouvait se consacrer à temps partiel à la mise en place de la nouvelle direction.
- **Maintien en place de l'équipe dirigeante sur base du rendement.** Le style de gestion ouvert et inclusif de M^{me} Davidson, conjugué à sa décision de traiter tous les membres de la

direction actuelle en fonction du rendement fourni, a produit un effet immédiat et positif qui a eu une action stabilisatrice et énergisante sur l'environnement administratif.

- **Prise de mesures immédiates par la directrice générale intérimaire pour maîtriser les coûts et entreprendre l'élaboration d'un plan d'amélioration du rendement (juillet 2008).** Ensemble, la directrice générale intérimaire et le superviseur ont immédiatement commencé à organiser des réunions avec les plus hauts responsables de la bonne exploitation de l'hôpital – les chefs des différents services, les directeurs médicaux des programmes et les directeurs de l'exploitation des programmes – et, en parallèle, commencé à tenir des séances de discussion ouverte pour l'ensemble du personnel afin d'assurer une compréhension générale des objectifs et des résultats escomptés en ce qui concerne les travaux du superviseur et de donner à tous l'occasion de poser des questions. Ce processus confirmait le désir enthousiaste de l'ensemble de l'organisation d'accueillir le changement, à condition que celui-ci ouvre la voie à une plus grande participation des employés et du personnel et qu'il ait des répercussions favorables sur le travail de l'hôpital. La mobilisation précoce du personnel a largement contribué à lever le doute qui voilait la détermination du superviseur, du conseil consultatif et de l'équipe dirigeante à opérer un changement véritable et utile.
- **Mesures prises pour remonter le moral du personnel.** La capacité d'un hôpital à s'acquitter de sa mission gravite autour des personnes et la preuve est faite que les personnes qui se sentent valorisées fournissent un service de meilleure qualité. La plus grande difficulté a été le faible moral des employés et du personnel et les moyens à mettre en oeuvre pour l'améliorer. À titre de mesure initiale, l'hôpital a annoncé la création d'un nouveau poste de premier vice-président des services aux personnes et de l'efficacité organisationnelle. Dans le même temps, un groupe consultatif réunissant du personnel de l'ensemble de l'organisation a été établi pour donner des conseils sur les mesures immédiates à mettre en oeuvre pour améliorer la satisfaction professionnelle et le moral des employés. Ce comité a fait quatre recommandations, dont chacune a été mise en oeuvre. De plus, la directrice générale intérimaire a tenu de nombreuses rencontres avec le personnel, tantôt en groupe, tantôt individuellement, pour être à l'écoute de ses préoccupations et lui faire mieux comprendre que la direction tenait à lui et qu'il appréciait sa contribution.

- **Examen des services et de l'efficacité cliniques.** La première vice-présidente des soins aux patients et chef de direction des soins infirmiers (Eleanor Rivoire) a été priée d'entreprendre un examen de l'organisation des services cliniques inspiré de concepts de contrôle et d'examen employés avec succès dans d'autres hôpitaux comparables. Elle s'est associée plus tard à David Zelt, le médecin-chef intérimaire, pour exploiter les occasions d'améliorer l'organisation clinique. Un soutien consultatif a été fourni par Corpus Sanchez International (CSI) pour faciliter ces activités.

- **Nomination d'un directeur de l'exploitation intérimaire.** Après la mise au point réussie du plan d'amélioration du rendement et sa présentation au RLISS du Sud-Est, le premier vice-président des services organisationnels a fait connaître son intention de donner sa démission. Après mûre réflexion, la directrice générale intérimaire a recommandé la nomination d'un directeur de l'exploitation intérimaire possédant suffisamment d'expérience en gestion hospitalière et financière pour assurer la supervision générale des services organisationnels et financiers et pour veiller particulièrement à ce que le plan d'amélioration du rendement progresse comme prévu. La nomination d'une personne à ce poste à titre intérimaire laissera également à la nouvelle directrice générale, après son entrée en fonction, le temps de constituer sa propre équipe. La décision de nommer un directeur de l'exploitation intérimaire s'est concrétisée rapidement et c'est ainsi qu'a été nommé à ce poste John McGarry, comptable agréé et ancien directeur général de la River Valley Health Authority, au Nouveau-Brunswick. M. McGarry a intégré ses fonctions le 5 janvier 2009. Il a par la suite rempli la fonction de directeur général intérimaire jusqu'à l'arrivée de la nouvelle directrice générale en février. Pendant le mandat de la directrice générale intérimaire et jusqu'à la nomination du directeur de l'exploitation intérimaire, Eleanor Rivoire a habilement rempli la fonction de directrice générale suppléante en l'absence de la directrice générale intérimaire.

DÉFIS ET LEÇONS APPRISES

- **Accélération du changement au sein de l'équipe dirigeante.** Si la directrice générale intérimaire pouvait donner le ton et assurer le leadership et l'orientation nécessaires, la mobilisation de l'équipe dirigeante était d'une importance cruciale pour instaurer une stabilité et amorcer le processus de transformation.

- **Absence d'un cadre redditionnel intégré et efficace.** Le fait que la direction n'ait pas eu à sa disposition un cadre redditionnel définissant clairement l'obligation d'assurer une surveillance et une amélioration continues du rendement en termes de qualité et de rentabilité présentait un défi de taille. L'incapacité à faire une utilisation efficace du système actuel de gestion de l'information et l'absence d'une chaîne redditionnelle valable dans la structure de direction de l'hôpital étaient les grandes faiblesses de la réforme du système. Cette lacune a forcé l'utilisation des indicateurs de rendement généraux d'hôpitaux comparables pour évaluer le potentiel inexploité dans la gestion de l'Hôpital général de Kingston. Renforcer la chaîne de gestion au sein de l'hôpital a été essentiel pour appuyer la prise de décisions, fournir une rétroaction et une orientation sur les défis et les débouchés financiers et créer les repères susceptibles d'encourager et d'inciter la direction à mettre en oeuvre les changements propices à l'amélioration de l'efficacité et du rendement.

Section 6 : Nomination d'un médecin-chef intérimaire

OBJECTIF ET JUSTIFICATION

En septembre 2008, après de nombreuses années de loyaux services, le Dr Munt, médecin-chef, a fait connaître son intention de quitter la direction et de retourner à la pratique clinique. Le Dr Munt a été médecin-chef pendant sept années au cours desquelles son dévouement pour l'hôpital lui a valu beaucoup de respect. Étant donné que le poste de médecin-chef était d'une importance cruciale dans la résolution des nombreuses problématiques de l'Hôpital général de Kingston, son remplacement immédiat était prioritaire. Cependant, la nomination d'un médecin-chef intérimaire était nécessaire, car la nomination d'un médecin-chef permanent devait attendre que soit d'abord nommé un directeur général permanent.

ÉTAPES CLÉS DU PROCESSUS

- **Engagement du personnel médical dans le processus de recrutement d'un médecin-chef intérimaire.** Le superviseur a rencontré les chefs des différents services et les directeurs médicaux des programmes pour discuter de la situation et leur faire part de ses principales attentes. Ceux-ci ont fourni des conseils extrêmement utiles et exprimé leur détermination à appuyer le comité de sélection du médecin-chef intérimaire dans sa décision d'exécuter cette tâche, compte tenu surtout de la nature intérimaire du poste et des tensions qui s'exerceraient sur la personne nommée à ce poste si elle devait s'occuper des questions d'utilisation des ressources et de gestion clinique tout en poursuivant l'exercice de sa profession.
- **Lancement d'un processus pour le recrutement d'un médecin-chef intérimaire (début d'octobre 2008).** Un processus de recrutement a été établi aussitôt et, parmi un certain nombre de candidats très compétents, c'est le Dr David Zelt, chirurgien vasculaire, qui a été sélectionné. L'une des priorités immédiates a été le rétablissement du comité de gestion de l'utilisation des ressources et la prise de mesures pour améliorer le flux des patients. L'hôpital avait souffert d'énormes retards au service des urgences, de taux inacceptables d'annulation d'interventions chirurgicales non urgentes et d'un taux élevé d'occupation de lits par des patients admissibles à un autre niveau de soins. Cette situation a soumis à une tension inadmissible le personnel du service des urgences, les chirurgiens et autres membres

du personnel du bloc opératoire et s'est manifestement répercutée sur la qualité et la progression des soins aux patients. Si ces problèmes ne sont pas uniques dans le système, particulièrement les répercussions d'un trop grand nombre de lits occupés par des patients admissibles à un autre niveau de soins, on avait bon espoir que des méthodes améliorées puissent atténuer considérablement ces problèmes à l'Hôpital général de Kingston. Le Dr Zelt, avec la collaboration de ses collègues, a réalisé d'immenses progrès qui non seulement ont commencé à alléger les problèmes majeurs d'accès aux soins, mais ont montré également qu'un leadership et un travail d'équipe bien dirigés permettraient d'opérer un changement concret et d'améliorer la qualité de vie des cliniciens et des patients.

- **Compréhension du double rôle du médecin-chef.** Il importait d'établir le fait que le médecin-chef intérimaire tenait un double rôle. Il devait rendre des comptes au conseil d'administration conformément aux fonctions habituelles définies dans la *Loi sur les hôpitaux publics* et avait aussi l'obligation formelle de rendre des comptes au directeur général sur les questions liées au rendement des médecins. Ce double rôle établissait pour le médecin-chef une responsabilité claire en matière de gestion globale des soins aux patients qui allait au-delà de la vérification des titres de compétences des médecins et de la qualité des soins.
- **Participation du médecin-chef intérimaire et des chefs de services médicaux au processus du plan d'amélioration du rendement.** Le Dr Zelt a tôt fait de s'engager dans le processus du plan d'amélioration du rendement et d'assurer un leadership dans la conception du plan pour veiller à ce que les services aux patients n'en pâtissent pas. Il a travaillé en tandem avec Eleanor Rivoire pour exploiter les occasions de mieux gérer le flux des patients dans l'hôpital et contribué à favoriser l'esprit de corps au sein de l'équipe dirigeante.

DÉFIS ET LEÇONS APPRISES

- **Mobilisation du leadership médical.** La mobilisation effective des chefs des différents services, des directeurs cliniques et des directeurs de programmes a accéléré le renouvellement nécessaire pour résoudre sans tarder les problèmes cliniques de l'hôpital.

- **Recrutement d'un médecin-chef intérimaire dynamique.** Le recrutement d'une personne capable d'imposer le respect et le soutien des chefs des services médicaux de l'hôpital était fondamental pour résoudre les problèmes liés au flux des patients.
- **Reconnaissance du double rôle du médecin-chef** (décrit précédemment).

Section 7 : Résolution en priorité du flux des patients

OBJECTIF ET JUSTIFICATION

Le Rapport de l'enquêteur comportait une analyse détaillée du rendement de l'Hôpital général de Kingston, notamment un examen approfondi des indicateurs de rendement clinique. Les conclusions issues de cet examen suggèrent que les problèmes auxquels l'hôpital fait face étaient plutôt liés à des pratiques inefficaces de gestion de l'utilisation des ressources (y compris des problèmes liés à la gestion des lits et au flux des patients) qu'à une pénurie proprement dite de lits de soins actifs⁶. En particulier, ce rapport identifiait un nombre élevé de jours conservables en termes de lits de soins actifs et de lits destinés à un autre niveau de soins.

ÉTAPES CLÉS DU PROCESSUS

- **Gestion mieux coordonnée de l'utilisation des ressources.** Le médecin-chef intérimaire, les chefs des différents services médicaux, les responsables cliniques et le premier vice-président des services cliniques se sont chargés de résoudre en priorité les problèmes d'utilisation des ressources et de gestion des lits. Le résultat de cette initiative a eu des répercussions profondes sur le flux des patients et atténué considérablement les problèmes qui avaient entraîné un grave retard au service des urgences, l'annulation d'interventions chirurgicales non urgentes et le réacheminement d'ambulances. Cette attention particulière au « rendement » a été un aspect extrêmement important du redressement de l'hôpital. En travaillant en équipe et en examinant le rendement comparatif, le problème d'accès qui, à l'hôpital, avait été sous les feux de la rampe a été largement atténué et cela, sans grandes conséquences en termes de coûts (voir la Section 7 pour plus de détails sur ce sujet). Lorsque

⁶ L'une des principales explications données par la direction précédente pour justifier le déficit d'exploitation de l'hôpital était sa conviction qu'il y avait dans l'hôpital une pénurie importante de lits de soins actifs qui a contribué à d'importants retards au service des urgences ainsi qu'à des taux élevés d'annulation des interventions chirurgicales prévues. Les retards au service des urgences ont souvent entraîné le réacheminement de patients gravement malades vers d'autres hôpitaux – des patients qui auraient dû être admis à l'Hôpital général de Kingston, non seulement parce que cet hôpital était le mieux indiqué pour les soigner, mais aussi parce que ces patients étaient d'une importance capitale pour l'avancement du mandat d'enseignement et de recherche de l'établissement. La présomption d'un financement insuffisant était attribuable à l'utilisation de statistiques de rendement incomplètes qui semblaient conforter l'Hôpital général de Kingston dans son impression d'efficacité.

l'Hôpital général de Kingston a entamé le processus visant à renforcer la gestion de l'utilisation des ressources et à employer plus efficacement les mesures de rendement pour gérer ses opérations, il a pu réduire le nombre de jours d'hospitalisation sans nuire à l'accès ou à la qualité des soins aux patients.

DÉFIS ET LEÇONS APPRISES

- **Instauration d'un changement rapide.** Mettre en oeuvre des processus d'amélioration accélérés et adopter une attitude positive pour résoudre les problèmes immédiats et urgents, renouveler l'occasion pour les chefs des différents services médicaux de faire cesser les retards au service des urgences, l'annulation d'interventions chirurgicales, etc., obtenir la pleine participation des chefs de services médicaux et des membres de l'équipe dirigeante pour résoudre les problèmes d'utilisation des ressources cliniques (flux des patients, utilisation et gestion des lits, etc.), voilà autant de démarches qui ont été essentielles pour instaurer un changement rapide.

Section 8 : Conception d'un plan d'amélioration du rendement

OBJECTIF ET JUSTIFICATION

L'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan détaillé d'amélioration du rendement n'ont pas été une mince affaire. Cependant, il était clair qu'un certain niveau d'intervention immédiate était nécessaire pour régler les problèmes liés à la progression du déficit d'exploitation, à l'accroissement de la dette à long terme et à la dégradation de la confiance et du moral du personnel.

ÉTAPES CLÉS DU PROCESSUS

- **Restrictions des dépenses et des embauches discrétionnaires.** Des contraintes budgétaires s'appliquant à toutes les dépenses discrétionnaires et des critères stricts d'embauche ont été immédiatement mis en oeuvre.
- **Élaboration d'un plan de restriction budgétaire.** L'Hôpital général de Kingston a clos l'exercice 2007-2008 avec un déficit d'exploitation de 10,8 millions de dollars et un endettement à court terme de 5,2 millions de dollars, dont une subvention non renouvelable de 10,1 millions de dollars non reportée sur l'exercice 2008-2009. Au terme de l'exercice 2008-2009, l'hôpital avait un déficit global de 31,5 millions de dollars et prévoyait un endettement à court terme de 60 millions de dollars. À la fin de septembre 2008, l'hôpital avait un déficit d'exploitation de 10,1 millions de dollars et un endettement à court terme de 1,6 million de dollars et prévoyait un déficit de fin d'exercice de 22,3 millions de dollars, une

réduction de 4,8 millions de dollars attribuable à des économies et à des augmentations de l'efficacité réalisées à la suite de mesures prises en cours d'exercice. Concevoir un plan de restrictions budgétaires tout en remontant le moral du personnel et en lui redonnant confiance en l'avenir n'est pas un objectif simple à atteindre. La responsabilité budgétaire était essentielle, mais la considérer comme l'unique objectif n'aurait pas eu de valeur à long terme puisqu'elle n'aurait pas suscité l'enthousiasme qu'il fallait pour opérer le changement nécessaire pour offrir à l'hôpital un avenir prometteur. L'étude réalisée a permis de croire qu'il était possible de remplir les exigences requises pour équilibrer le budget dans un délai raisonnable et en même temps éviter des compressions dans les soins aux patients. Janet Davidson a donc établi l'objectif de l'équipe chargée du plan d'amélioration du rendement : placer l'hôpital en situation d'équilibre budgétaire sans réduire les services cliniques.

- **Mobilisation d'une aide extérieure pour appuyer l'équipe dirigeante dans la conception d'un plan d'amélioration du rendement : l'équipe dirigeante a été encouragée à mettre à profit l'expérience des responsables d'autres hôpitaux.** L'entière mobilisation de la capacité de gestion et d'analyse de l'information, jusque-là utilisée de manière inadéquate au sein de l'Hôpital général de Kingston, a joué un rôle important dans la conception du plan d'amélioration du rendement. Par contre, l'Hôpital général de Kingston ne disposait pas de la structure de gestion budgétaire qui était indispensable pour concevoir un plan détaillé d'amélioration du rendement. Il a donc dû faire appel à une aide extérieure pour constituer une équipe chevronnée capable d'aider le personnel à réaliser des examens et des évaluations de ses programmes et de ses finances et de produire un plan crédible. Le premier vice-président des services organisationnels (Bill Hart) a été aidé de deux intervenants externes clés possédant une excellente connaissance de la gestion budgétaire et des centres hospitaliers universitaires. Narendra Shah, du RLISS de Mississauga Halton, et Ralph Fernando, du Toronto East General Hospital, ont apporté un éclairage et une aide valables dans l'élaboration du plan d'amélioration du rendement. Ce plan a nécessité des examens en profondeur des rapports d'experts-conseils précédents, des opérations actuelles et antérieures, ainsi que des études de rendement clinique et financier et des analyses comparatives.

- **Conception et approbation du plan d'amélioration du rendement (novembre 2008).** Sous la direction de la directrice générale intérimaire et du premier vice-président des services organisationnels et directeur général des finances (Bill Hart) et avec l'aide de deux conseillers externes, une petite équipe a été créée pour travailler à la conception du plan d'amélioration du rendement. Cette équipe a été élargie par l'adjonction du médecin-chef intérimaire (David Zelt) après sa nomination. La directrice générale intérimaire a assuré la direction et la supervision de la conception du plan et établi quelques paramètres clés pour en orienter le développement, dont le plus important voulait que le plan voie le jour sans que des réductions s'imposent dans les services cliniques offerts au public. Ce principe était jugé essentiel si l'on voulait que le plan d'amélioration du rendement reçoive l'appui du personnel, des médecins et du public. Le plan a été présenté au comité de gestion des ressources du conseil consultatif et, par la suite, au conseil consultatif pour approbation. Le plan a été approuvé et ultérieurement soumis au RLISS comme prévu à la fin de novembre.
- **Plan d'amélioration du rendement approuvé en principe par le RLISS du Sud-Est (décembre 2008).** Le plan d'amélioration du rendement établit une nouvelle orientation et un délai de trois ans pour porter l'hôpital vers l'équilibre budgétaire qu'il doit atteindre d'ici la fin de l'exercice 2012-2013, tout en veillant à ce qu'il n'y ait pas de réductions dans les services cliniques offerts au public. Ce plan appelait une réduction de 27,3 millions de dollars par rapport au plan d'exploitation précédent et une diminution de 2,6 millions de dollars de l'endettement à court terme, ceci à travers un certain nombre de mesures, notamment de nouveaux revenus, la réduction des congés de maladie et des heures supplémentaires, une meilleure utilisation des ressources (y compris durée des séjours, fermetures de lits et analyses comparatives des services administratifs et de soutien). Le plan d'amélioration du rendement a atteint son objectif, qui était de planifier en vue de l'équilibre budgétaire sans toucher à la qualité et à l'accès des soins aux patients⁷.
- **Intégration, dans le plan d'amélioration du rendement, d'un objectif visant l'équilibre budgétaire pour l'exercice 2012-2013.** Avec le soutien financier provisoire du MSSLD, le plan d'amélioration du rendement devrait fournir à l'hôpital les aides fondamentales pour édifier un établissement aux reins solides et lui permettre d'aller de l'avant. Le calendrier

⁷ Le plan d'amélioration du rendement a été présenté au RLISS du Sud-Est.

prévu pour placer l'Hôpital général de Kingston en position d'équilibre budgétaire au cours de l'exercice 2012-2013 est raisonnable, mais le déroulement précis du processus dépendra du rythme auquel les changements pourront être apportés à la structure opérationnelle et à l'utilisation des ressources cliniques. Il importe de noter également que l'hôpital est soumis à d'autres sources de tension financière qu'il devra gérer adroitement. En particulier, il lui faudra :

- réduire sa marge de crédit bancaire à 20 millions de dollars;
- résoudre les problèmes liés au mauvais état de l'infrastructure qui continue à se dégrader et qui exige une trop grande part de son budget d'exploitation (sans possibilité d'amortir les investissements dans ce secteur);
- combler les besoins en équipement (difficulté exacerbée par l'accès limité au financement de la fondation);
- composer avec une souplesse financière insuffisante pour absorber les coûts directs de nombreuses améliorations requises pour améliorer le rendement de l'hôpital.

Bien que ces tensions aient été allégées par le soutien financier supplémentaire du RLISS du Sud-Est et du MSSLD, le RLISS devra travailler avec l'Hôpital général de Kingston tout au long du processus d'équilibrage du budget de l'établissement.

DÉFIS ET LEÇONS APPRISSES

- **Manque d'expertise interne en gestion financière et opérationnelle.** Le manque d'expertise cruciale, approfondie et impartiale en gestion financière et opérationnelle entraînant le besoin de solliciter une expertise externe pour appuyer la conception du plan d'amélioration du rendement.
- **Absence d'un cadre redditionnel robuste** définissant clairement les attentes en termes de rendement et les délais qui y sont associés.
- **Utilisation intensive d'indicateurs de rendement généraux et d'indicateurs de rendement d'hôpitaux analogues pour définir les possibilités de réaliser des économies supérieures.**
- **Reconstruction de la structure de direction interne pour appuyer adéquatement la mise en oeuvre du plan d'amélioration du rendement.**

Section 9 : Redressement et soutien financiers

OBJECTIF ET JUSTIFICATION

Beaucoup d'intéressés du réseau de santé (hospitalier) de l'Ontario pensent que la nomination d'un enquêteur ou d'un superviseur ou le lancement d'un examen opérationnel entraînera inévitablement l'injection de nouvelles ressources financières. Bien que l'expérience vienne en partie corroborer ceci, il est peu probable que ce soit envisagé comme la « solution » de l'avenir. Autrement dit, dans le climat économique actuel, il n'y a pas l'argent (ni la motivation) qu'il faudrait pour renflouer les hôpitaux dont le rendement n'est pas à la hauteur.

ÉTAPES CLÉS DU PROCESSUS

- **Réalisation d'économies grâce à l'efficacité des opérations.** Les problèmes immédiats d'accès des patients à l'Hôpital général de Kingston ont été résolus sans engager d'autres dépenses. Le fait qu'il ait été possible d'atteindre certains objectifs énoncés dans le plan d'amélioration du rendement montre bien que l'efficacité des opérations de l'hôpital recelait un immense potentiel d'économies qui aurait pu être employé de façon plus originale pour consolider l'hôpital et ses services au public sans engager de dette substantielle. Ainsi, en rétrospective, il est clair que l'hôpital aurait pu faire plus pour résoudre ses problèmes

d'accès et, ce faisant, éviter certains facteurs d'accroissement des dépenses qui ont contribué à sa lourde dette – un fardeau qui pour l'Hôpital général de Kingston restera longtemps difficile à gérer.

- **Octroi à l'Hôpital général de Kingston, par le MSSLD et le RLISS du Sud-Est, d'un financement supplémentaire pour ses activités de base sur plusieurs exercices (conformément au Rapport de l'enquêteur).** La recommandation faite par l'enquêteur au MSSLD et au RLISS du Sud-Est d'accorder à l'Hôpital général de Kingston cinq millions de dollars de plus pour son budget de base et un paiement unique de 15 millions de dollars était une mesure nécessaire pour assurer la stabilité financière et opérationnelle de l'établissement pendant qu'il tentait de mettre à exécution son plan d'amélioration du rendement et de restructurer ses pratiques administratives et cliniques pour l'avenir en présence d'une énorme dette. L'infrastructure des immobilisations de l'Hôpital général de Kingston avait été négligée. Cette négligence s'expliquait en partie par le retard pris à décider de l'avenir de l'hôpital. En l'état actuel des finances de l'hôpital, se rattraper n'était simplement pas réaliste sans une aide provisoire. Pour un centre hospitalier universitaire, il était crucial également que le matériel et la technologie nécessaires soient remplacés et modernisés pour que l'hôpital puisse tenir ses engagements en termes de services de base et de formation et avoir une certaine souplesse pour s'acquitter de ses responsabilités élémentaires. L'état de ses finances empêchait l'hôpital de remplir ses obligations sans l'injection de fonds supplémentaires par le MSSLD et le RLISS. L'arrivée de nouvelles sommes d'argent donnait à l'hôpital la marge de manoeuvre qui lui permettait de progresser, mais ne soulageait en rien du fardeau de sa dette, qui pour la majeure partie aurait pu être évitée.

DÉFIS ET LEÇONS APPRISES

- **Aide financière supplémentaire du MSSLD.** Depuis longtemps dans le secteur hospitalier, on pense que la nomination d'un superviseur n'est pas cher payée pour bénéficier d'un financement supplémentaire. Bien que les recommandations de l'enquêteur aient entraîné l'injection d'un nouveau financement qui était crucial pour que l'hôpital puisse se redresser de façon durable, aucun autre soutien financier n'a été fourni en dehors de celui-là, ce qui a laissé l'hôpital dans l'obligation de gérer une lourde dette (qu'il s'était lui-même imposée).

La nomination d'un superviseur aurait pu être l'occasion de redonner un air de jeunesse à l'Hôpital général de Kingston, mais l'hôpital a été soumis en cours de route à un grave bouleversement sur le plan de la gouvernance et de la direction et a hérité d'une dette substantielle.

- **Fardeau de la dette.** La dette accumulée est ce qui menace le plus la stabilité à long terme de l'Hôpital général de Kingston. La dette est impressionnante et, bien qu'elle puisse être gérable tant que les taux d'intérêt restent extrêmement bas (et à condition que le prêteur soit prêt à l'assumer), on ne saurait présumer que l'hôpital sera en mesure de la gérer aisément en utilisant les économies dérivées du seul plan d'amélioration du rendement.

Section 10 : L'Université Queen's et la SEAMO

OBJECTIF ET JUSTIFICATION

Résoudre les problèmes définis dans le Rapport de l'enquêteur à l'égard de la relation qui met l'Hôpital général de Kingston en rapport avec l'Université Queen's et la SEAMO. La relation entre un centre hospitalier universitaire et son université affiliée comporte presque toujours un défi. Leurs rôles sont forcément interdépendants et, bien qu'ils aient besoin l'un de l'autre pour leur bien mutuel, ils sont exploités à même des budgets distincts, mais exercent une forte influence sur leurs coûts réciproques. Ceci est particulièrement vrai de l'Hôpital général de Kingston et de l'Université Queen's.

ÉTAPES CLÉS DU PROCESSUS

- Clarification, grâce au processus de renouvellement du conseil, des attentes à l'égard du représentant d'office du doyen au conseil en ce qui concerne les relations de gouvernance.
- **Modification de l'entente d'affiliation entre l'Université Queen's et l'Hôpital général de Kingston pour renforcer les obligations redditionnelles du conseil de l'hôpital en ce qui concerne la surveillance des activités de ce dernier (décembre 2008).** Entente élémentaire de principe conclue sur la nature des changements requis pour l'entente d'affiliation avec l'Université Queen's. Ces changements ont également eu des répercussions sur les partenaires de l'Hôpital général de Kingston – l'Hôpital Hôtel Dieu et Providence

Continuing Care. La décision du recteur Williams d'accorder la priorité à l'achèvement de ce processus a été particulièrement appréciée compte tenu des nombreux défis que l'Université devait affronter.

- **Recommandation d'un report de l'examen et de l'harmonisation des intérêts de l'hôpital avec ceux de la SEAMO.** La SEAMO a été citée dans le Rapport de l'enquêteur en raison de son importance dans le succès et la stabilité des chefs de services médicaux qui fournissent des services aux centres hospitaliers universitaires et à la faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's. Bien qu'il n'importe pas moins que les politiques de la SEAMO soient dans une large mesure adaptées à l'Hôpital général de Kingston, ceci ne constituait pas une priorité absolue du processus de supervision. Les chefs des services médicaux et cliniques ont bien travaillé main dans la main pour résoudre les problèmes immédiats de l'hôpital. Vu l'importance d'harmoniser leurs intérêts, l'hôpital et la SEAMO devraient tous deux poursuivre sur leur lancée pour faire avancer leur relation permanente.

Observations finales

L'Hôpital général de Kingston s'est repris en main pour faire face aux changements, saisir les possibilités de fournir aux patients des soins de meilleure qualité et devenir un lieu où il fait bon travailler. Un nouveau leadership et une nouvelle culture du travail en équipe commencent à créer de nouvelles possibilités qui permettront à l'organisation d'exceller à l'avenir. Des changements sont certes apportés, mais il est important de savoir que l'Hôpital général de Kingston restera confronté à des difficultés considérables qui mettront du temps à se résorber.

Bien qu'il soit impossible de résoudre en un temps aussi bref tous les problèmes accumulés par l'Hôpital général de Kingston au fil des années, certains problèmes essentiels doivent être résolus et étroitement surveillés afin que l'on puisse réaliser des progrès continus en vertu du plan d'amélioration du rendement, par exemple :

- résorber la dette de l'organisation, ce qui exigera une surveillance étroite de la part de l'hôpital, du RLISS du Sud-Est et du MSSLD;
- reconstruire l'infrastructure de la direction;
- améliorer les pratiques générales de gestion ainsi que l'autonomie de gestion au sein de l'organisation;

- apporter le changement culturel requis afin que les dirigeants et le personnel collaborent à l'élaboration de pratiques modernes d'utilisation des ressources cliniques et à l'amélioration de la reddition de comptes dans la présentation de rapports et les structures de responsabilisation;
- favoriser l'instauration entre le conseil et le directeur général du respect mutuel qui leur sera nécessaire à tous deux pour s'acquitter adéquatement de leurs obligations redditionnelles.

De toute évidence, l'Hôpital général de Kingston est bien placé pour réussir à surmonter ces difficultés. Néanmoins, pour développer son potentiel de réussite, il devra compter sur les efforts continus et l'engagement des personnes suivantes :

- le président du conseil, qui a accompli un long et dur labeur pour bâtir une équipe de gouvernance efficace au sein du conseil et pour garantir des relations fortes et synergiques entre le conseil, la nouvelle directrice générale et l'équipe dirigeante;
- les membres du conseil, qui après avoir consacré de longues heures à leur orientation et au renouvellement de la gouvernance pendant toute la période de supervision doivent continuer à remplir avec assiduité leurs obligations redditionnelles en matière de gouvernance et s'acquitter de leurs responsabilités à l'égard du fonctionnement et de la durabilité future de l'hôpital;
- la directrice générale et l'équipe dirigeante, qui doivent exercer un leadership solide et fournir des orientations pour surmonter les difficultés à court et à long terme rencontrées par l'hôpital, tout en respectant le rôle essentiel de surveillance du conseil d'administration;
- le médecin-chef et les chefs de services médicaux de l'hôpital, qui ont collaboré à la résolution des problèmes ayant des répercussions sur le flux des patients;
- les membres de l'équipe dirigeante, qui se sont ressaisis pour satisfaire aux nouvelles exigences;
- les gestionnaires, qui ont accueilli favorablement le changement et ont contribué à son processus;
- les membres du personnel de première ligne, qui malgré les incertitudes soulevées par la supervision et le plan d'amélioration du rendement ont continué à assurer des soins de qualité à leurs patients.

Il est important de reconnaître que même si le conseil formulé dans le Rapport de l'enquêteur sur la nécessité de ressources financières supplémentaires est juste, on peut difficilement établir si les recommandations sont tout à fait complètes. En l'absence de paramètres connus ou fiables pour évaluer les problèmes liés à l'efficacité et à l'efficacite au sein de l'organisation, il a fallu se fonder sur les « pratiques exemplaires » appliquées dans d'autres établissements universitaires comparables. Les indicateurs de rendement de ces organisations ont servi de base à l'élaboration du plan d'amélioration du rendement. Par conséquent, il est essentiel que le RLISS du Sud-Est collabore étroitement avec le conseil et l'équipe dirigeante afin de surveiller les progrès accomplis, d'aider l'Hôpital général de Kingston à développer et à conserver les technologies importantes dont il a besoin en tant que grand hôpital universitaire, de résoudre les principales difficultés apparaissant pendant le processus de renouvellement et de surveiller et (si nécessaire) d'aider à alléger le lourd fardeau de la dette substantielle qui pèse sur l'hôpital.

Il faut espérer que l'expérience de l'Hôpital général de Kingston enverra un signal fort à tous les dirigeants d'hôpitaux qui croient pouvoir alléger leur dette grâce à la nomination d'un superviseur. Le travail du superviseur est de veiller à ce que l'hôpital puisse continuer à répondre à ses obligations envers la collectivité et non de résoudre tous les problèmes et de guérir toutes les blessures que l'hôpital s'est lui-même infligées.

Les conseils et la direction de l'hôpital se doivent de faire ce pour quoi ils ont été nommés : diriger et administrer. Leur travail consiste notamment à gérer les problèmes liés aux risques financiers, en respectant les principes d'une saine gouvernance et d'une solide reddition de comptes et en utilisant ces principes pour préserver l'intégrité financière de l'hôpital.

En termes simples, les hôpitaux doivent adhérer à un modèle de gouvernance conforme aux principes de gouvernance et de reddition de comptes des conseils énoncés dans leurs règlements administratifs. Ces principes exigent que les conseils fournissent un leadership et une orientation stratégiques à leur organisation en établissant des politiques, en prenant des décisions en matière de gouvernance et en assurant la supervision du rendement lié à la mission

et au mandat de l'organisation dans les soins aux patients, l'éducation, la recherche et l'efficacité du conseil⁸.

Même si d'importants obstacles financiers subsistent et qu'un changement continu de culture est requis pour assurer la reddition de comptes aux niveaux administratif et clinique, il est de plus en plus certain que l'Hôpital général de Kingston et l'Université Queen's collaboreront à la création d'une vision solide et exceptionnelle pour l'avenir.

⁸ Règlements administratifs de l'Hôpital général de Kingston, février 2008, Section 5.08 (principes de gouvernance et de reddition de comptes des conseils).

Annexe A : Résumé des recommandations figurant dans le Rapport de l'enquêteur (16 juin 2008)

Gouvernance

Recommandation 1 : Le lieutenant-gouverneur en conseil devrait immédiatement nommer un superviseur pour l'Hôpital général de Kingston en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*. Le superviseur devra :

- assumer temporairement les responsabilités du conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston pendant que le conseil d'administration en place est maintenu et tient un rôle consultatif auprès du superviseur, ceci jusqu'au terme du mandat du superviseur, jour où le conseil d'administration réintégrera son plein pouvoir de gouvernance;
- diriger le processus de sélection d'un nouveau président du conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston;
- nommer un directeur général temporaire pour l'Hôpital général de Kingston (en attendant la sélection d'un directeur général permanent) qui devra amorcer la mise en oeuvre des changements nécessaires pour favoriser des opérations plus efficaces et efficientes;
- nommer, en consultation avec le nouveau président du conseil et le conseil d'administration, un directeur général permanent possédant de l'expérience en tant que directeur général d'un centre hospitalier universitaire et un dossier solide en matière de leadership, de constitution d'équipe et d'orientation d'un système;
- superviser le processus de renouvellement de la gouvernance du conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston.

Le superviseur se retirera lorsque se terminera le processus de renouvellement de la gouvernance et que sera nommé le directeur général permanent.

Recommandation 2 : En tant que priorité immédiate du renouvellement de la gouvernance, le superviseur devrait établir un comité des nominations pour aider le superviseur à sélectionner un nouveau président du conseil. Le comité des nominations devrait réunir les personnes suivantes :

- le superviseur (en qualité de président);
- au moins deux dirigeants communautaires (nommés par le superviseur);
- un membre nommé par le conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston;
- l'actuel président du comité des nominations du conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston.

Recommandation 3 : Après la nomination du nouveau président du conseil par le superviseur, un programme de renouvellement de la gouvernance devrait être mis en oeuvre pour aider le conseil à s'acquitter de ses obligations redditionnelles et renforcer ses structures et méthodes de gouvernance pour qu'à l'avenir il puisse fournir un meilleur rendement. Les priorités en termes de renouvellement de la gouvernance consistent à :

- réviser le titre et les responsabilités du conseil d'administration (qui réunit les membres de l'organisation) pour distinguer clairement ses rôles et responsabilités de ceux du conseil d'administration de l'hôpital;
- redéfinir le champ du poste de président du conseil et confier certaines responsabilités actuelles du président aux membres du conseil d'administration;

- réviser les principes de gouvernance de façon à y inclure un énoncé clair des obligations redditionnelles du conseil;
- harmoniser l'énoncé des responsabilités du conseil d'administration avec les nouvelles attentes aux termes de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et définir la relation entre le conseil d'administration et le conseil d'administration du RLISS du Sud-Est;
- établir pour le conseil des politiques qui correspondent aux responsabilités du conseil d'administration;
- appuyer le conseil d'administration aux échelons appropriés pour resserrer sa supervision du rendement de l'Hôpital général de Kingston;
- terminer le processus amorcé par le conseil en 2008 pour veiller à ce que la taille et la composition du conseil correspondent aux meilleures pratiques, minimisent le risque de conflit d'intérêts et tiennent compte du rôle régional de l'Hôpital général de Kingston;
- clarifier le rapport de gouvernance entre le conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston, l'Université Queen's et sa faculté de médecine;
- renouveler le processus de nomination des administrateurs pour obtenir une plus grande transparence;
- revoir la composition actuelle du conseil d'administration et nommer des administrateurs au besoin afin de pourvoir les postes vacants, veiller à ce que le conseil représente une diversité de perspectives régionales ainsi que des compétences et une expertise appropriées;
- revoir l'étendue des responsabilités et la taille des comités permanents du conseil ainsi que les processus liés aux affaires se déroulant à huis clos;
- réduire et rationaliser la documentation fournie au conseil d'administration et aux comités permanents du conseil;
- réduire le temps que les administrateurs doivent s'engager à consacrer à l'hôpital.

Recommandation 4 : Au terme du processus de renouvellement de la gouvernance et de recrutement d'un directeur général permanent, le nouveau président du conseil et le directeur général devraient aider le conseil d'administration à établir une nouvelle vision qui propose un point de mire et une perspective d'avenir pour l'Hôpital général de Kingston.

Gestion

Analyse et rapport

Recommandation 5 : Le directeur général devrait entreprendre un examen de tous les indicateurs de rendement et faire meilleur usage de l'analyse de rendement interne pour veiller à ce que l'hôpital puisse maintenir les plus hautes normes de rendement dans les services offerts au public. Cette démarche devrait comprendre :

- un examen externe immédiat de la durée des séjours avec une attention particulière au grand nombre de cas particuliers;
- un examen externe des patients admissibles à un autre niveau de soins en coopération avec Providence Continuing Care et le centre d'accès aux soins communautaires pour évaluer les pratiques d'admission et de mise en congé et le grand nombre de cas particuliers, examen qui devrait faire intervenir le RLISS et être coordonné avec l'initiative provinciale d'accès à un autre niveau de soins;
- un examen externe des systèmes de gestion des lits et de la salle d'opération et la mise en oeuvre d'ajustements en fonction des meilleures pratiques employées dans d'autres hôpitaux analogues;
- la participation des directeurs de programmes à un examen détaillé des politiques de l'hôpital pour assurer une plus grande clarté et leur engagement effectif dans le fonctionnement de l'hôpital.

Recommandation 6 : Le directeur général devrait entreprendre un examen de toutes les pratiques de présentation de rapports pour veiller à ce qu’une représentation fidèle du rendement de l’Hôpital général de Kingston soit donnée aux organismes provinciaux et fédéraux chargés des rapports de rendement. Cette tâche devrait inclure la mise en oeuvre d’un système complet de calcul des coûts.

Leadership et ressources humaines

Recommandation 7 : Le directeur général devrait constituer une équipe dirigeante efficace et responsable qui puisse :

- démontrer la responsabilité financière dans les services à la collectivité,
- établir des cibles et surveiller la productivité et le rendement de l’hôpital;
- engager effectivement les responsables de programmes dans le fonctionnement de l’hôpital et encourager le travail en équipe et la créativité à l’échelon de la direction des programmes.

Recommandation 8 : Le directeur général devrait entreprendre un examen détaillé du problème qui mine le moral du personnel, avec une attention particulière au maintien en poste des infirmières, et préparer un plan d’action immédiate en réponse à ces problèmes.

Financement

Recommandation 9 : Le directeur général devrait concevoir un plan de redressement visant l’équilibre budgétaire et le soumettre à l’approbation du conseil dans le cadre du plan d’amélioration du rendement à présenter au RLISS du Sud-Est.

Recommandation 10 : En attendant la présentation du plan d’amélioration du rendement, y compris les ressources supplémentaires dont l’hôpital a besoin, le RLISS du Sud-Est (appuyé par le MSSLD) devrait continuer à fournir un financement de transition à l’Hôpital général de Kingston pour lui permettre de remplir ses obligations envers les fournisseurs et le personnel.

Recommandation 11 : Après la mise au point du plan d’amélioration du rendement et son approbation par le RLISS du Sud-Est, le MSSLD devrait octroyer des fonds supplémentaires au RLISS pour combler toute insuffisance du financement de base de l’Hôpital général de Kingston.

Recommandation 12 : Le MSSLD devrait verser au RLISS du Sud-Est une somme additionnelle de cinq millions de dollars à ajouter immédiatement au financement de base de l’Hôpital général de Kingston pour compenser pour les répercussions des coûts d’entretien permanent sur le budget d’exploitation et couvrir les coûts associés à la tenue des examens exigés et de leur mise en oeuvre.

Recommandation 13 : Le MSSLD devrait fournir à l’Hôpital général de Kingston une subvention unique de 15 millions de dollars pour l’aider à effectuer les réparations urgentes des installations qu’il doit payer lui-même.

Recommandation 14 : Le MSSLD devrait traiter en priorité le projet de renouvellement des immobilisations de l’Hôpital général de Kingston pour minimiser le montant des dépenses provisoires à engager pour entretenir les bâtiments qui vieillissent et se dégradent.

Relations externes

Recommandation 15 : L’Hôpital général de Kingston et l’Hôpital Hôtel Dieu devraient continuer à faire le nécessaire pour intégrer leur administration et leurs opérations de façon à proposer un modèle

progressif d'intégration qui favorise la prestation de services sans interruption aux patients du Sud-Est de l'Ontario.

Recommandation 16 : Le MSSLD devrait fournir les ressources requises pour appuyer une étude indépendante de la SEAMO afin de définir la structure la plus appropriée pour la présentation de rapports de rendement.

Recommandation 17 : La SEAMO devrait adopter à l'égard des signataires le même processus que celui prévu dans les plans de diversification des modes de financement des autres centres hospitaliers universitaires.

Annexe B : Attributions du superviseur pour le conseil d'administration de l'Hôpital général de Kingston

1. Le superviseur s'acquittera de toutes les responsabilités du conseil, de l'organisation, de ses dirigeants et de ses membres dans le cadre de la gouvernance de l'hôpital conformément à la *Loi sur les hôpitaux publics*, à ses règlements et à toute autre loi pertinente.
2. Le superviseur surveillera, au besoin, la mise en oeuvre des recommandations se rapportant à la gouvernance et à la gestion de l'hôpital formulées dans le Rapport de l'enquêteur du 17 juin 2008, intitulé *Investigation into the Governance and Management of Kingston General Hospital*.
3. Le superviseur se penchera sur les questions de gouvernance, notamment le fonctionnement, la composition du conseil et de l'organisation, et prendra les mesures appropriées et nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital, y compris l'étude des répercussions de l'éventuelle abrogation de la loi spéciale qui régit l'hôpital et qui s'intitule *An Act to Amend and Consolidate the Act relating to the Kingston Hospital, 1897*.
4. Le superviseur fournira une orientation à l'équipe dirigeante, au besoin, pendant la durée de son mandat.
5. Le superviseur créera un organe consultatif approprié et réclamera des ressources externes, au besoin.
6. Le superviseur informera régulièrement de ses activités le sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée ou son délégué, ainsi que le directeur général du RLISS du Sud-Est.
7. Le superviseur présentera au ministre de la Santé et des Soins de longue durée les comptes rendus que ce dernier exigera, ainsi qu'un rapport écrit au terme de son mandat.