

Rapport d'enquête

Brant Community Healthcare System

Présenté à :

L'honorable D^r Eric Hoskins
Ministre de la Santé et des Soins de
longue durée

Le 28 juin 2017

Présenté par :

D^r Tim Rutledge
Enquêteur
Brant Community Healthcare System

Équipe d'enquête :
Dale Clement
D^r Keith Greenway
Ingrid Suurmann
Michael Watts
Ben Deignan

Table des matières

Sommaire	4
Introduction	9
L'équipe d'enquête	10
Processus d'examen	10
Contexte	12
Gouvernance	15
Structure et composition du conseil d'administration	15
Mobilisation des Autochtones	17
Processus du conseil d'administration	19
Efficacité du conseil d'administration	24
Indépendance du conseil d'administration	26
Surveillance et évaluation du rendement du président et chef de la direction	27
Surveillance et évaluation du rendement du médecin-chef	28
Dirigeants et gestion	31
Gestion du changement	33
Culture	35
Qualité et sécurité	31
La priorité aux patients	32
Perceptions de la qualité dans la collectivité	33
Capacité de satisfaire aux besoins des Autochtones	33
Modèles de soins	35
Environnements de soins	37
Collaboration avec les partenaires du système	38
Intégration de la qualité aux facteurs clés d'efficacité organisationnelle	39
Rendement opérationnel et financier	41
Leadership en matière de finances	41

Stratégie financière.....	44
Établissement du budget.....	46
Production de rapports financiers et surveillance financière.....	48
Relations avec les médecins et leadership médical.....	50
Relations avec les médecins.....	50
Recommandations.....	54
Direction médicale.....	55
Le programme d'hospitalistes.....	58
Questions financières et administratives.....	61
Le centre Willett.....	51
Annexes.....	52
Annexe A – Mandat.....	53
Annexe B – Biographies des membres de l'équipe d'enquête.....	54
Annexe C – Entrevues et discussions de groupe menées.....	56
Annexe D – Documents examinés.....	58
Annexe E – Résultats du sondage en ligne de 2017 auprès du personnel et des médecins du BCHS.....	59

Sommaire

Depuis quelques années, le Brant Community Healthcare System (BCHS) est aux prises avec des problèmes de rendement ainsi qu'avec d'importantes difficultés financières, et le moral de son personnel et de ses médecins est en chute. Préoccupé par le rendement opérationnel et financier du BCHS, le conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant) a tenu une réunion avec celui du BCHS en janvier 2017. Dans son évaluation du conseil d'administration du BCHS, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a dit estimer que bien que ce conseil soit composé d'un groupe impressionnant de personnes dévouées, ces personnes ne disposent pas encore de la bonne combinaison de compétences, de connaissances et d'expérience pour donner suite aux questions complexes touchant le BCHS. En réponse à une recommandation du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a nommé le Dr Tim Rutledge comme enquêteur pour le BCHS; il l'a chargé d'examiner les questions liées à la gestion et à la gouvernance du BCHS et de présenter un rapport à ce sujet.

Le BCHS a connu de grands changements au cours des cinq dernières années. L'environnement des soins de santé a certes fait l'objet de modifications notables, mais la plupart des changements concernant le BCHS ont été internes, notamment une nouvelle orientation stratégique, un remaniement majeur de la structure organisationnelle qui a touché de multiples postes de direction ainsi que des modifications du modèle de soins dans bon nombre des unités des malades hospitalisés. En raison de la baisse considérable de son rendement opérationnel et financier, le BCHS a également été visé par deux importants examens externes, et ceux-ci ont donné lieu à un grand nombre de recommandations. Malheureusement, la mise en œuvre des changements à grande échelle requis n'a pas été bien dirigée. Ainsi, de nombreux travailleurs compétents et chevronnés ont quitté l'organisation, et la culture et le moral au BCHS se sont détériorés de manière significative.

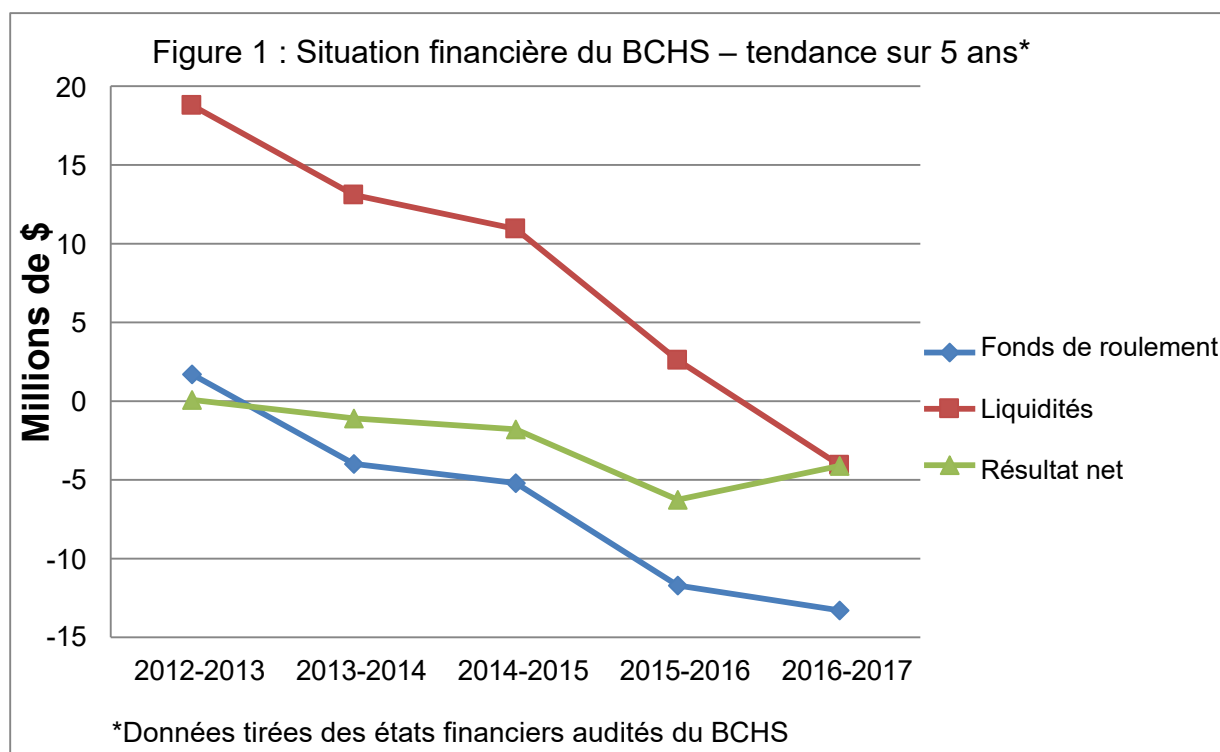
L'engagement envers la qualité et la sécurité est évident dans l'ensemble de l'organisation. L'équipe d'enquête a été impressionnée par la passion, les aptitudes et l'engagement du personnel de première ligne et des médecins pour ce qui est d'offrir des soins sécuritaires et de grande qualité. Beaucoup des personnes interrogées demeurent très dévouées à l'égard du BCHS. On remarque également la force des gestionnaires intérimaires dans la plupart des secteurs de l'organisation.

Malheureusement, étant donné le style de leadership exercé au BCHS, le personnel et les médecins sont devenus de plus en plus contrariés et désintéressés. Les sondages sur la culture en milieu de travail réalisés par un tiers en 2013 et 2016 montrent clairement le désengagement croissant chez les membres du personnel et les médecins au BCHS. Parmi les expressions et mots utilisés pour décrire la culture qui

prévalait au BCHS, on retrouvait les suivants : peur, intimidation, manque de confiance, absence de transparence, incertitude, instabilité et toxique.

Le BCHS offre un rendement insuffisant en ce qui touche tous les indicateurs de rendement clés de l'Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) qu'il a conclue avec le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant. Les temps d'attente sont particulièrement longs pour certains services.

La situation financière du BCHS a commencé à prendre du recul en 2013-2014. Cet exercice a été le premier de quatre exercices consécutifs pendant lesquels le BCHS n'a pas réussi à équilibrer ses finances et a marqué le début d'une diminution constante en ce qui a trait aux indicateurs financiers clés. Parmi les facteurs ayant causé la diminution des réserves d'argent figurent quatre années de déficit et des dépenses en équipement surpassant le financement disponible. L'organisation n'a pas atteint les cibles associées aux indicateurs de rendement sur le plan financier établis dans son ERS-H. La figure 1 illustre le déclin continu de la situation financière du BCHS.



Malgré l'importante diminution dans des aspects clés du rendement du BCHS, l'on a constaté en examinant les procès-verbaux des réunions du conseil d'administration et de celles de ses comités que le conseil ne surveillait pas correctement le déclin au chapitre du rendement ni les risques connexes. Le conseil d'administration a ainsi omis de prendre les mesures qui s'imposaient pour lutter contre cette baisse ou pour atténuer celle-ci.

Compte tenu des constatations ci-dessus, l'équipe d'enquête a conclu qu'au cours des dernières années, les responsabilités au chapitre de la gouvernance et du leadership des cadres supérieurs n'ont pas été assumées comme il se doit au BCHS, et ce, dans une mesure inacceptable. En effet, les constatations tirées de cette enquête, prises ensemble, indiquent que le conseil d'administration du BCHS n'a pas su s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance, notamment pour ce qui est de l'exercice de la rigueur, de la diligence et de la compétence requises, à un niveau auquel, selon l'enquêteur, les intervenants du BCHS peuvent raisonnablement s'attendre de la part du conseil d'administration d'un grand service hospitalier public de portée communautaire de l'Ontario. Le défaut, par le conseil d'administration, de s'acquitter de ses responsabilités en matière de surveillance a été accentué par l'incapacité du conseil de voir à ce que la haute direction du BCHS établisse un « ton » harmonisé à la culture de responsabilisation et de transparence qui est nécessaire aujourd'hui dans les hôpitaux publics de l'Ontario.

Sommaire des principales recommandations

- Le lieutenant-gouverneur en conseil doit nommer, pour le BCHS, un superviseur ayant tous les pouvoirs prévus par la *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario en ce qui a trait à ce poste.
- Le superviseur doit surveiller la mise en œuvre d'un processus de renouvellement du conseil d'administration du BCHS fondé sur des pratiques exemplaires en matière de gouvernance.
- Le superviseur doit entreprendre un examen de la haute direction et de la structure organisationnelle du BCHS.
- Le superviseur doit définir un processus de renouvellement de l'équipe de direction des médecins du BCHS et élaborer des processus pour la sélection, la nomination et l'évaluation des chefs de secteur du BCHS, qui jouent un rôle essentiel en ce qui a trait à la capacité du conseil d'administration d'effectuer la surveillance des professionnels du BCHS comme l'exige la *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario.
- Une fois en place un mécanisme renouvelé de gouvernance et de leadership, l'organisation devra faire l'objet d'un exercice complet de planification stratégique. Cet exercice devra comprendre la mobilisation rapide et significative des intervenants internes et externes, et mener à l'élaboration d'une vision d'ensemble renouvelée en ce qui touche l'avenir du BCHS.
- Le conseil d'administration et l'équipe de direction remaniés doivent élaborer un plan organisationnel visant l'amélioration du moral et de la culture au BCHS.
- Un plan de communication solide doit être élaboré pour transmettre régulièrement aux intervenants internes et externes des comptes rendus sur l'état d'avancement

des démarches en vue de l'élaboration d'une nouvelle orientation qui permettra de répondre aux besoins des collectivités desservies par le BCHS et de l'adoption de cette orientation.

- Le BCHS doit continuer de préciser le rôle du conseil consultatif des patients et des familles pour ce qui est de contribuer à l'apport d'améliorations au chapitre de l'expérience des patients et de la mise de l'avant des soins axés sur les patients et les familles. Il faut voir à ce que le Conseil participe à l'amélioration des processus, à la mise au point des politiques, à la conception des environnements de soin et à la planification des activités hospitalières.
- Le BCHS doit immédiatement examiner et remanier le processus de dotation s'appliquant aux unités où le modèle de soins multidisciplinaires a été mis en œuvre. Les qualifications du personnel et les ratios personnel/patients doivent respecter les normes de pratique reconnues en fonction du niveau d'acuité de chaque unité.
- Un plan pluriannuel pour l'installation existante du BCHS doit être élaboré et mis de l'avant. Le ministère doit examiner la soumission préimmobilisations pour le remaniement du service des urgences et établir les priorités à cet égard, et tenir dûment compte du besoin urgent de restructurer l'unité d'hospitalisation en santé mentale du BCHS, selon une proposition complète de la part du BCHS même.
- Le conseil d'administration du BCHS doit accroître la supervision générale qu'il exerce en ce qui touche l'établissement et le suivi des priorités en matière de qualité et de sécurité. Les démarches en ce sens doivent englober les indicateurs axés sur le patient et la famille, ainsi que les indicateurs figurant dans l'ERS-H et le plan d'amélioration de la qualité du BCHS.
- Le BCHS doit lancer un plan de rétablissement exhaustif et pluriannuel, et élaborer une stratégie financière. Ces travaux doivent être dirigés par l'équipe de direction et supervisés par le conseil d'administration.
- Le BCHS doit revoir ses processus actuels de planification opérationnelle et financière en vue de créer un plan de fonctionnement intégré et transparent. Cela doit comprendre le renforcement des équipes de soutien au chapitre des finances et de la prise de décisions.
- Le BCHS doit adopter des processus et des pratiques de production de rapports financiers plus rigoureux. Le conseil d'administration doit recevoir des rapports financiers et opérationnels beaucoup plus détaillés et complets pour pouvoir s'acquitter de ses obligations fiduciaires.

- Il est urgent que l'on revoie ce qui est établi en ce qui touche les rôles et responsabilités, le champ d'activité, les processus de recrutement et de maintien en poste ainsi que la rémunération des hospitalistes et que l'on mène les interventions requises. Des recommandations détaillées à ces égards figurent à la section Relations avec les médecins et leadership médical.
- Il faut examiner et clarifier les rôles des médecins spécialistes dans le contexte de la notion de médecin traitant responsable pour ce qui est des soins donnés aux patients hospitalisés. Des recommandations détaillées à cet égard sont présentées à la section Relations avec les médecins et leadership médical.
- Il faut élaborer des contrats pour tous les médecins qui sont rémunérés par l'hôpital concerné.

Introduction

L'association hospitalière Brant Community Healthcare System (BCHS) englobe l'Hôpital général de Brantford, qui est un hôpital communautaire polyvalent, et le centre de soins ambulatoires Willett (anciennement l'Hôpital Willett), qui comporte un centre de soins d'urgence et un service d'imagerie médicale pour les patients externes; en outre, l'association loue des locaux à d'autres organisations, y compris à une équipe de médecine familiale.

Le BCHS exploite 262 lits et dessert une population d'environ 120 000 personnes dans les villes de Brantford et de Paris de même que dans les environs au sein du comté de Brant. Plus de 2 300 membres du personnel, médecins et bénévoles travaillent au BCHS. La prestation de soins de santé de qualité dans cette région remonte à de nombreuses années. En 2010, l'hôpital général de Brantford a célébré 125 ans de service à la collectivité.

Au cours des dernières années, le BCHS a connu d'importantes difficultés financières : il a affiché un déficit de fonctionnement pour chacune des quatre dernières années et son déficit du côté du fonds de roulement continue de croître. De plus, le BCHS offre un rendement insuffisant en ce qui touche tous les indicateurs de rendement clés de l'Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) qu'il a conclue avec le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant).

Le BCHS a connu de grands changements au cours des cinq dernières années, notamment une nouvelle orientation stratégique, un remaniement majeur de la structure organisationnelle qui a touché de multiples postes de direction ainsi que des modifications du modèle de soins dans bon nombre des unités des malades hospitalisés. Le personnel infirmier, le personnel paramédical et les médecins de l'hôpital ont soulevé des préoccupations concernant le nouveau modèle de soins. Ces préoccupations ont mené à un examen externe du modèle en 2014-2015; cet examen a donné lieu à d'autres changements.

Étant donné les difficultés financières du BCHS, on a mené, en 2016, un examen opérationnel externe dans le cadre duquel on a établi une liste de possibilités d'amélioration des opérations et de la gestion. Toutefois, la mise en œuvre des initiatives recommandées s'est révélée être difficile et, dans certains cas, a provoqué des perturbations.

Malgré les examens externes effectués, le BCHS a toujours du mal à réaliser ses objectifs de rendement et n'a pas atteint la stabilité financière. De plus, la baisse notable du moral du personnel et des médecins de l'hôpital est de plus en plus préoccupante.

Le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant s'inquiète du rendement du BCHS depuis un certain temps. En janvier 2017, son conseil d'administration a décidé de mettre en application un protocole d'examen et a rencontré le conseil d'administration

du BCHS pour vérifier sa capacité à gérer la situation. Après cette réunion, le conseil d'administration du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a recommandé au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de nommer un enquêteur pour le BCHS.

L'équipe d'enquête

Le 15 février 2017, le Cabinet a nommé le Dr Tim Rutledge en tant qu'enquêteur et l'a chargé d'examiner les questions liées à la gouvernance et à la gestion du BCHS et de produire des rapports à ce sujet. Les modalités s'appliquant au rôle de l'enquêteur sont énoncées à l'annexe A.

En raison de la vaste portée de l'enquête, le Dr Rutledge a fait appel à une équipe de spécialistes (l'équipe d'enquête) pour l'aider dans le cadre de volets particuliers de cette démarche. Une courte biographie de chacun des membres de l'équipe d'enquête est présentée à l'annexe B.

Processus d'examen

L'équipe d'enquête a mis en œuvre une stratégie d'engagement exhaustive pour recueillir des commentaires de la part de divers groupes d'intervenants du BCHS, notamment le conseil d'administration et la direction de l'hôpital, le personnel, les médecins, les intervenants clés et des membres de la collectivité, dont des membres des communautés autochtones de la région. En tout, l'équipe d'enquête a interrogé 64 personnes et dirigé 10 discussions de groupe (71 participants); ainsi, 135 particuliers ont fait part de leurs commentaires en personne.

Suivant les conseils de spécialistes locaux de l'engagement communautaire, deux sondages en ligne ont été élaborés et présentés. L'un était destiné au personnel, aux bénévoles et aux médecins de l'hôpital, et l'autre, à des membres de la collectivité qui font appel aux services de l'hôpital. Au total, 296 personnes ont répondu au sondage auprès du personnel hospitalier du BCHS et 423 personnes ont répondu au sondage auprès de la collectivité. De plus, 36 personnes ont fait parvenir des commentaires par l'intermédiaire d'une adresse de courriel confidentielle. L'annexe C présente de plus amples détails au sujet de la stratégie d'engagement.

Les membres de l'équipe d'enquête ont assisté à plusieurs réunions en tant qu'invités, y compris à des réunions de la direction du bureau de gestion de projet et de comités associés à divers conseils, ainsi qu'à une réunion du conseil d'administration. L'équipe d'enquête a également visité les établissements du BCHS (l'Hôpital général de Brantford et le centre de soins ambulatoires Willett), à la fois de façon officielle (accompagnée par des membres du personnel ou des médecins) et non officielle.

L'équipe d'enquête a réalisé un examen approfondi de la documentation pertinente qui a été fournie par le BCHS et le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant. Une liste des documents qui ont été examinés dans le cadre de cette enquête est fournie à l'annexe D.

Les membres de l'équipe d'enquête se sont rencontrés régulièrement pour discuter des principales constatations tirées de l'examen, formuler des recommandations et rédiger le rapport final. Les principales constatations et les recommandations sont regroupées en cinq grandes catégories : gouvernance; dirigeants et gestion; qualité et sécurité; rendement opérationnel et financier; relations avec les médecins et leadership médical.

Contexte

Un changement important s'est produit au sein de la direction du BCHS en 2010 lorsque le président et chef de la direction, qui était en poste depuis 1982, a quitté ses fonctions. Le nouveau (et actuel) président et chef de la direction a adopté un style très différent de celui de son prédécesseur au chapitre du leadership et de la gestion. Pendant plus de 25 ans, l'hôpital avait été dirigé selon une approche dite traditionnelle et hiérarchique par nombre des personnes interrogées. En revanche, le président et chef de la direction actuel décrit le style de leadership qu'il privilégie comme étant ascendant et axé sur l'équipe.

En 2010, l'équipe de direction était formée du nouveau président et chef de la direction et de quatre vice-présidents (VP), à savoir le VP médical/médecin-chef, le VP, Services aux patients/chef de direction des soins infirmiers, le VP, Services généraux/directeur général des finances/directeur de l'information/directeur général de la prévention et le VP, Ressources et perfectionnement. Puisqu'il arrivait de la Saskatchewan, où le système de santé faisait l'objet d'une transformation à grande échelle selon le principe de la gestion allégée, le nouveau président et chef de la direction était résolu à mettre en œuvre, au BCHS, des méthodologies, des structures et des processus de ce type.

Ainsi, au cours des premières années d'exercice de la nouvelle équipe de direction, des méthodologies de gestion allégée ont été mises en place et quelques employés possédant une expertise en la matière ont été recrutés. En 2013, l'organisation a été complètement restructurée; l'on est passé d'une structure comportant des rôles et des rapports hiérarchiques traditionnels à une structure de « flux de valeurs », qui a été décrite comme étant plus « linéaire » et caractérisée par un leadership davantage distribué. Les programmes cliniques étaient regroupés dans des « flux de valeurs » visant à rassembler les activités qu'il fallait mener à l'intention des patients à mesure que ceux-ci recevaient les services offerts par l'hôpital, tout en veillant à ce que tous les aspects des soins ajoutent de la valeur du point de vue des patients. Parmi les divers flux de valeurs, il y avait les services de soutien et les services généraux. De même, les titres des postes ont été modifiés : les directeurs et les gestionnaires sont devenus des responsables de flux de valeurs, des chefs de groupe et des chefs d'équipe. Les descriptions de tous les postes et les responsabilités s'y rattachant ont également été modifiées.

Selon de nombreux employés faisant toujours partie de l'organisation, la restructuration ayant eu lieu en 2013 a été une expérience très perturbante, et à ce jour, la structure des flux de valeurs est encore mal comprise par la plupart des membres du personnel à l'interne. Quelques dirigeants d'expérience ont quitté l'organisation depuis ce temps, certains par choix, et d'autres, ayant perdu leur emploi en raison de la restructuration. Dans l'année suivant la restructuration, le VP, Services généraux/directeur général des finances/directeur de l'information/directeur général de la prévention et le VP, Ressources et perfectionnement ont quitté l'organisation et n'ont pas été remplacés. Le VP, Services aux patients/chef de direction des soins infirmiers s'est vu confier le rôle

supplémentaire de directeur général des opérations. L'équipe de direction est actuellement composée de trois personnes : le président et chef de la direction, le VP, Services aux patients/chef de direction des soins infirmiers/directeur général des opérations et le médecin-chef.

Il y a eu un autre changement majeur au BCHS, soit une initiative sur les soins interdisciplinaires, qui a été mise en œuvre par étapes à partir de 2012. Cette initiative consistait en un changement dans le modèle de soins de l'hôpital visant à améliorer la qualité des soins, la satisfaction des patients et des fournisseurs de soins ainsi que la durabilité du système. Le modèle de soins multidisciplinaires nécessitait une importante diminution du nombre d'infirmiers autorisés dans les unités des patients hospitalisés et une augmentation du nombre d'infirmiers auxiliaires autorisés et de préposés aux services de soutien à la personne. Des changements touchant les modèles de soins avaient bien été mis en œuvre dans de nombreux hôpitaux de l'Ontario; toutefois, l'ampleur de la réduction du nombre de professionnels de la santé réglementés au BCHS était tout à fait hors du commun et a amené le personnel infirmier et les médecins à faire part d'importantes préoccupations concernant la qualité et la sécurité. Cette situation a donné lieu à la réalisation d'un examen externe officiel, en 2014-2015, duquel sont découlées diverses recommandations en vue de l'amélioration du modèle.

La restructuration organisationnelle et le passage au modèle de soins multidisciplinaires étaient tous deux liés à la mise en place, en 2012-2013, d'un nouveau plan stratégique pour le BCHS, intitulé « True North ». La stratégie True North compte trois piliers : 1) un milieu de travail de choix; 2) la priorité aux patients; 3) l'utilisation judicieuse des ressources. Cette stratégie encadre toujours la planification annuelle au BCHS. Selon la stratégie, la restructuration visait à simplifier la structure organisationnelle et à permettre l'accroissement des ressources affectées pour soutenir les soins de première ligne; de même, le modèle de soins multidisciplinaires faisait partie du processus d'amélioration des soins offerts aux patients.

En 2013-2014, le BCHS a commencé à éprouver d'importantes difficultés financières. Cet exercice a été le premier de quatre exercices consécutifs pendant lesquels le BCHS n'a pas réussi à équilibrer ses finances, affichant des déficits de 1,1 M\$ en 2013-2014, de 1,8 M\$ en 2014-2015, de 6,3 M\$ en 2015-2016 et de 4,1 M\$ en 2016-2017. Les fonds à la disposition du BCHS ont chuté et sont ainsi passés de 18,9 M\$ en 2012-2013 à une dette bancaire de 4 M\$ en 2016-2017; de même, son ratio de liquidité générale a connu une diminution continue, depuis 1,14 en 2012-2013 à 0,4 en 2016-2017. En réponse à cette situation, le BCHS a fait appel à un consultant externe en 2016 pour effectuer un examen opérationnel de l'ensemble de l'organisation.

Ernst & Young (EY) a effectué l'examen opérationnel de janvier à avril 2016. L'examen avait pour objectif de relever des occasions d'amélioration de l'efficacité opérationnelle qui aideraient le BCHS à se redresser, tandis que l'on prévoyait alors un déficit de 3,8 M\$ en 2015-2016, de 6 M\$ en 2016-2017 et de 9 M\$ en 2017-2018. Dans son

rapport d'examen de mai 2016, EY a relevé des occasions susceptibles de donner lieu à des économies de plus de 22,8 M\$, dont la plupart étaient fondées sur la gestion des places pour hospitalisation et de la durée des hospitalisations (11,2 M\$) ainsi que sur les facteurs habilitants de l'organisation (7,2 M\$). Dans le rapport, EY a recommandé l'établissement d'un bureau de gestion de projet pour appuyer la mise en œuvre des améliorations opérationnelles.

Ainsi, tel qu'il avait été recommandé dans le rapport d'EY, un bureau de gestion de projet a été établi en juin 2016 pour remplacer la structure de « programme d'amélioration des coûts » qui avait été en place de mars à juin 2016. Le bureau de gestion de projet était doté d'un comité directeur qui devait être présidé par le directeur général des finances et qui relevait de l'équipe de direction et du conseil d'administration. On a fait appel à nouveau à un consultant d'EY, cette fois pour appuyer l'équipe de direction et le bureau de gestion de projet dans la mise en œuvre des recommandations. Un comité consultatif des médecins (CCM) a également été formé, en juillet 2016, pour conseiller le bureau de gestion de projet du point de vue des médecins. En raison d'un engagement insuffisant, le CCM a été dissous en novembre 2016. Par ailleurs, étant donné l'absence prolongée du directeur général des finances, le bureau de gestion de projet a été dirigé par deux médecins au cours des derniers mois. Ce bureau est le seul groupe du BCHS qui exécute actuellement des initiatives d'économies de coûts; ces initiatives sont axées sur les possibilités relevées par EY. En 2016-2017, l'on n'a obtenu que des résultats modérés pour ce qui est de réduire le déficit : ce déficit est de 2,9 M\$ en ce qui concerne la marge de crédit et de 4,1 M\$ en ce qui a trait au résultat net.

Gouvernance

Dans le cadre de cette enquête, le processus d'examen de la gouvernance comprenait l'étude du règlement organisationnel établi le 1^{er} juin 2016, des politiques et des processus du conseil d'administration, des procès-verbaux des réunions de ce conseil, des résultats des sondages menés par celui-ci, des résultats des examens du rendement du président et chef de la direction et du médecin-chef, des lettres adressées au conseil d'administration ainsi que des réponses de ce dernier. L'enquêteur principal a également interrogé chacun des 13 membres élus du conseil d'administration et a observé une réunion de celui-ci, y compris les parties de cette réunion qui avaient été tenues à huis clos et qui étaient destinées uniquement aux membres du conseil.

Structure et composition du conseil d'administration

Le conseil d'administration du BCHS est un conseil axé sur les compétences formé de 13 directeurs indépendants et de 7 directeurs siégeant à titre de membres d'office et n'ayant pas le droit de vote, tel qu'on peut le voir ci-après.

Composition du conseil d'administration du Brant Community Healthcare System

13 directeurs élus, indépendants et ayant le droit de vote

Membres d'office sans droit de vote :

Président et chef de la direction de l'hôpital

Président de l'association du personnel médical

Vice-président de l'association du personnel médical

Médecin-chef

Chef de direction des soins infirmiers et directeur général des opérations

Président de l'association des bénévoles

Président de la fondation du BCHS

Le conseil d'administration est doté de huit sous-comités, qui sont énoncés ci-dessous et accompagnés d'une brève description de leurs principales fonctions.

Sous-comités du conseil d'administration du Brant Community Healthcare System

Comité de gouvernance : Gère les objectifs et les plans du conseil d'administration et met en œuvre les pratiques d'évaluation du rendement de celui-ci, en plus de formuler des recommandations à l'intention du conseil d'administration en ce qui a trait à son efficacité, au recrutement de ses membres, à son orientation, à l'information et aux nominations au sein des divers comités.

Comité de vérification : Supervise le processus de vérification externe annuel.

Comité des ressources organisationnelles : Surveille les ressources humaines, financières et matérielles.

Comité responsable de la rémunération et du perfectionnement des cadres : Supervise les activités d'évaluation du rendement, de planification de la relève et de perfectionnement qui concernent le président et chef de la direction et le médecin-chef, ainsi que la rémunération des cadres.

Comité responsable de la qualité : Supervise les programmes de qualité de l'hôpital ainsi que son plan d'amélioration de la qualité.

Comité consultatif médical : Conseille le conseil d'administration au sujet des titres de compétence et de la qualité des soins offerts par le personnel des soins médicaux et dentaires, les sages-femmes et le personnel infirmier de la catégorie spécialisée, le tout en fonction des exigences de la *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario.

Comité consultatif financier : Transmet des recommandations au conseil d'administration en ce qui a trait au fonctionnement et à l'utilisation de l'hôpital de même qu'à la dotation en personnel au sein de celui-ci – y compris en ce qui touche le personnel médical et infirmier –, le tout en fonction des exigences de la *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario.

Comité conjoint : Tribune pour discuter de questions qui intéressent à la fois le conseil d'administration et le personnel médical.

L'association hospitalière BCHS, qui applique des pratiques exemplaires, a un nombre limité de membres; elle est composée des membres votants et non-votants du conseil d'administration.

La durée du mandat des membres élus du conseil d'administration du BCHS est de trois ans, et ceux-ci peuvent être réélus deux fois; ainsi, un mandat peut s'étendre, au total, sur neuf ans au maximum. Il y a trois exceptions à ce mandat maximal dans le contexte du règlement établi le 1^{er} juin 2016 :

- 1) la durée maximale du mandat d'un directeur peut être prolongée si ce dernier devient président ou s'il est le président sortant;
- 2) une personne qui avait réalisé un mandat de 9 ans a été élue à nouveau au conseil d'administration après un an d'absence. Selon le règlement, la durée maximale s'applique à partir du moment où cette personne est à nouveau élue. Cette personne pourrait donc siéger au conseil pendant 18 ans. Depuis le renouvellement du mandat de cette personne, le règlement a été modifié de manière à ce qu'un membre ne puisse pas siéger pendant plus de 9 ans au total;
- 3) aux termes du règlement, il y a une personne dont le mandat peut être renouvelé chaque année, sans limite. Il s'agit de l'arrière-petit-neveu du fondateur de l'Hôpital général de Brantford, lequel ouvert ses portes en 1885.

Divers membres de cette famille ont siégé au comité au fil du temps, et certains l'ont présidé. La personne dont il est question en est à sa 18^e année au conseil d'administration du BCHS.

Tous les membres estiment que les deux personnes nommées dans le règlement parce qu'elles sont visées par des exceptions à la limite de neuf ans en ce qui touche le mandat (aux points 2 et 3 ci-dessus) apportent une contribution précieuse au conseil d'administration. Cela dit, la plupart des membres s'entendaient pour dire qu'il est important de voir au renouvellement continu du conseil. Une pratique exemplaire en matière de gouvernance consiste à établir un nombre maximal d'années de service, habituellement entre six et neuf ans. La durée maximale du mandat devrait s'appliquer à tous les élus, sans exception. Il faut établir un équilibre entre la continuité et l'apport de nouvelles idées. Le roulement obligatoire aide à éviter l'inertie à long terme et donne des occasions régulières de recruter de nouveaux membres.

En 2017, la matrice des compétences du conseil d'administration consiste en 21 domaines d'expertise qui correspondent au contexte de la gouvernance du BCHS et qui sont fondés sur ce qui est suggéré dans le document intitulé *Guide to Good Governance* du Governance Centre of Excellence. Chaque année, les membres du conseil d'administration doivent indiquer leur niveau de connaissance, de compétence et d'expérience au moyen d'une échelle de 3 points pour chacun des 21 domaines. Cette information permet de relever les domaines dans lesquels il y a un besoin, ce qui éclaire le processus de recrutement de nouveaux membres du conseil d'administration. Le processus annuel de recrutement du conseil d'administration est exécuté par le comité de gouvernance. Des avis concernant les postes disponibles sont publiés dans les journaux locaux, sur le site Web de l'hôpital et sur les médias sociaux (Facebook et Twitter). Selon plusieurs membres du conseil d'administration, bien que ces avis fassent connaître les possibilités offertes, la communication directe avec des candidats potentiels a toujours été la manière la plus efficace de recruter des personnes possédant l'expertise requise. Jusqu'à présent cette année, cinq personnes ont postulé les trois postes disponibles.

La diversité fait partie de la matrice des compétences; cela est certainement approprié compte tenu de la diversité croissante des collectivités desservies par le BCHS. En tout, 5 des 13 directeurs indépendants sont des femmes. Toutefois, aucun des directeurs actuels ne fait partie d'une minorité visible ou n'est de descendance autochtone.

Mobilisation des Autochtones

Le BCHS dessert une population autochtone vaste et diversifiée; ainsi, il serait utile que le conseil d'administration puisse bénéficier de perspectives de la communauté autochtone. Des efforts ont été déployés par le passé pour recruter des Autochtones; toutefois, ces tentatives n'ont pas porté fruit. Les membres de l'équipe d'enquête ont mené deux discussions de groupe avec des représentants de la bande Six Nations of the Grand River et de la Mississaugas of the New Credit First Nation. À la lumière de

ces discussions, il est évident que des membres de ces collectivités voudraient siéger au conseil d'administration du BCHS et pourraient apporter diverses compétences parmi celles se trouvant dans la matrice des compétences. Toutefois, en raison des expériences difficiles vécues par ces collectivités ainsi que des difficultés auxquelles elles sont toujours confrontées, le recrutement d'un directeur provenant de la communauté autochtone nécessitera probablement des efforts ciblés supplémentaires. Il faudrait indiquer clairement que la participation d'une telle personne serait précieuse et significative, et un travail préparatoire pourrait être nécessaire; par exemple, on pourrait mener des initiatives visant l'établissement de relations et faire montre d'un engagement envers des soins axés sur le patient et la famille qui correspondent aux besoins et aux préférences des Autochtones.

Il serait utile d'offrir aux membres du conseil d'administration des séances d'information occasionnelles pour les aider à mieux comprendre les besoins et les préférences en matière de soins de santé des Autochtones de la région. L'organisation d'une visite de l'Institut Mohawk, Pensionnat indien, l'un des plus anciens pensionnats du Canada, pourrait permettre aux membres du conseil de bénéficier de nouvelles perspectives et connaissances.

Dans le cadre de son mandat visant à mobiliser les Autochtones, le conseil d'administration du BCHS ne doit pas tenter uniquement de recruter une personne autochtone. Il doit en effet s'employer à recruter une personne qui saura bien représenter des collectivités diverses ayant de nombreux intérêts et points de vue différents. L'atteinte de l'objectif au chapitre de la mobilisation des Autochtones doit reposer sur diverses stratégies; il pourrait s'agir, par exemple, de l'élaboration d'un processus de communication officiel entre le BCHS et les conseils de la bande Six Nations of the Grand River et de la Mississauga of New Credit First Nation, et ce, pour :

- cerner les besoins uniques des Autochtones en matière de soins de santé de même que les lacunes touchant les services actuellement offerts;
- améliorer les services que le BCHS peut offrir aux populations autochtones qu'il dessert;
- offrir des services de soins de santé mieux adaptés à la culture;
- établir une collaboration afin de relever et d'éliminer les obstacles systémiques à la prestation de services de soins de santé qui correspondent aux réalités culturelles des populations autochtones visées.

L'objectif consisterait à établir des communications officielles et continues entre le BCHS et les conseils autochtones pour s'assurer que les services offerts aux Autochtones par le BCHS s'améliorent sans cesse.

Processus du conseil d'administration

Le conseil d'administration du BCHS tient normalement une réunion tous les mois, sauf en juillet et en août. Chaque réunion consiste en une séance ouverte au public, suivie d'une séance à huis clos. Les directeurs indépendants, le président et chef de la direction, le médecin-chef de même que le président et le vice-président de l'association du personnel médical participent à la séance à huis clos; sont exclus de cette séance le public, le chef de direction des soins infirmiers et directeur général des opérations, les autres membres du personnel ainsi que les représentants de la fondation du BCHS et de l'association des bénévoles.

Il n'y a pas de réunion des directeurs indépendants immédiatement après chaque réunion du conseil d'administration. L'on tentait habituellement de tenir des réunions des directeurs indépendants environ deux semaines après les réunions du conseil; jusqu'à tout récemment cependant, de telles réunions destinées uniquement aux membres du conseil d'administration même n'avaient pas lieu régulièrement. Ces réunions permettent aux directeurs indépendants de poser des questions difficiles, de discuter de l'efficacité de la haute direction et d'examiner le rôle du conseil d'administration dans le contexte de divers problèmes auxquels l'hôpital est confronté. Elles permettent également de réfléchir à la mesure dans laquelle les diverses réunions contribuent à l'exécution du rôle du conseil d'administration. Idéalement, une réunion à huis clos à laquelle seuls les directeurs indépendants prennent part devrait être tenue après chaque réunion du conseil d'administration, puisque les participants sont déjà présents et qu'ils ont encore à l'esprit les points de discussion.

L'on a discuté de l'efficacité des réunions du conseil d'administration avec chacun des membres de celui-ci. La plupart des directeurs indépendants ont fait part de leur contrariété à l'égard de ces réunions. Beaucoup d'entre eux ont indiqué que les réunions consistent principalement en des présentations qui ne sont pas interactives. Si l'information fournie est habituellement intéressante et utile, ils estimaient qu'elle pourrait souvent être transmise avec les documents du conseil et lue avant la réunion. Par ailleurs, les comptes rendus de la direction et du personnel sont dominés par les bonnes nouvelles et les récits de réussite; de même, lorsque des problèmes de rendement se présentent, on indique que des mesures correctives sont en cours de planification ou de mise en œuvre. La plupart des directeurs indépendants ont indiqué, dans leurs entrevues, qu'ils sont d'avis qu'il n'y a pas suffisamment de discussions productives pendant les réunions du conseil d'administration, particulièrement en ce qui concerne les questions les plus importantes auxquelles le BCHS doit donner suite.

Les directeurs ont cité en exemple quelques situations dans lesquelles ils estimaient que le conseil d'administration n'avait pas été informé de la façon dont les choses se déroulaient à l'hôpital. Entre autres, le conseil d'administration avait l'impression au départ que la mise en œuvre du modèle de soins multidisciplinaires lancé en 2012-2013 se passait plutôt bien. Le conseil a donc été très étonné de recevoir, en mai 2014, une lettre de l'association du personnel médical qui soulevait d'importantes préoccupations

au chapitre de la qualité et de la sécurité se rattachant à ce modèle. Cette situation a provoqué un examen externe officiel, en 2014-2015, lequel a donné lieu à des recommandations visant à améliorer le modèle.

Le 3 janvier 2017, le conseil d'administration du BCHS a rencontré celui du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant pour discuter des difficultés financières et opérationnelles auxquelles le BCHS était confronté. Lors de cette réunion, les membres du conseil d'administration du BCHS ont été étonnés d'apprendre à quel point les résultats de l'hôpital étaient faibles en ce qui a trait aux indicateurs de rendement clés de l'ERS-H du BCHS. De plus, ils estimaient ne pas être suffisamment informés au sujet de la situation financière de l'hôpital pour répondre aux questions du conseil d'administration du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant.

On a recours à un ordre du jour approuvé dans le cadre de la séance ouverte de chaque réunion du conseil d'administration du BCHS afin d'améliorer l'efficacité en accélérant l'approbation de questions de routine ou de motions pour lesquelles aucun débat n'est anticipé. Toutefois, l'équipe d'enquête s'interroge quant à l'exhaustivité de l'information accompagnant certains des points à l'ordre du jour approuvé. Par exemple, la Présentation de planification de la responsabilisation hospitalière (PPRH) du BCHS faisait simplement partie du rapport du comité des ressources organisationnelles figurant à l'ordre du jour approuvé de la réunion de février 2017 du conseil d'administration. Le procès-verbal de la rencontre correspondante du comité des ressources organisationnelles avait été joint aux documents du conseil d'administration et comprenait une indication selon laquelle on entendait recommander l'approbation du budget de la PPRH par le conseil. Les points à l'ordre du jour approuvé doivent être accompagnés de suffisamment de documentation à l'appui pour permettre aux membres du conseil d'administration de respecter leurs obligations fiduciaires. Dans le cas dont il est question, le seul document d'accompagnement était le procès-verbal de la rencontre correspondante du comité des ressources organisationnelles, qui comportait une très brève description (deux paragraphes) de ce qu'est la PPRH et des facteurs pris en considération lors de sa préparation. Le plan de la PPRH ne figurait pas parmi les documents du conseil d'administration et n'a pas été expressément mentionné dans le procès-verbal de la réunion du conseil de février 2017.

Puisque la PPRH est le plan opérationnel annuel détaillé de l'hôpital et qu'elle comprend donc des budgets financiers et statistiques ainsi que les indicateurs de rendement qui sous-tendent l'ERS-H de l'hôpital, elle ne devrait pas être traitée comme une question de routine. Avant de l'approuver, le conseil d'administration doit en discuter et procéder, entre autres choses, à un examen des détails du plan, des risques connexes et des stratégies d'atténuation.

L'ERS-H, un document public, est une entente juridique entre l'hôpital et le RLISS dans le cadre de laquelle l'hôpital s'engage à assumer la responsabilité du rendement sur les plans des finances et des services. Cette entente doit également faire l'objet d'une discussion de la part du conseil d'administration avant d'être approuvée. L'examen des

procès-verbaux des réunions du conseil d'administration des trois dernières années a révélé que l'ERS-H avait été mentionnée seulement pendant les examens des indicateurs. Ainsi, au cours de cette période, il semblerait que le conseil d'administration du BCHS n'a jamais discuté de l'ERS-H dans son ensemble ni approuvé celle-ci. L'entente de modification de l'ERS-H a été signée par le président du conseil d'administration en 2015, et par le vice-président en 2016 et 2017.

L'équipe d'enquête a tout de même noté une amélioration dans les documents financiers transmis au conseil d'administration au cours des derniers mois, notamment en ce qui touche les descriptions et les indicateurs. En effet, depuis mars 2017, les indicateurs de rendement de l'ERS-H sont compris dans ces documents. Étant donné que les cibles de rendement n'ont pas été atteintes depuis un certain nombre d'années, ces indicateurs auraient dû être examinés régulièrement.

La *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* exige que les hôpitaux de l'Ontario élaborent des plans d'amélioration de la qualité annuels et les mettent à la disposition du public. Parmi ses responsabilités premières, le comité responsable de la qualité doit superviser la préparation du plan d'amélioration de la qualité annuel du BCHS. Compte tenu de l'importance de ce plan ainsi que du rôle du conseil d'administration dans la surveillance de la qualité, la formulation du plan d'amélioration de la qualité requiert de tous les membres du conseil qu'ils comprennent les facteurs en cause et prennent part au processus. L'approbation du plan d'amélioration de la qualité annuel n'a pas fait partie des points à l'ordre du jour des réunions de l'ensemble du conseil d'administration au cours des dernières années. On a plutôt recommandé au conseil des cibles relatives à ce plan dans le cadre du rapport du comité responsable de la qualité faisant partie de l'ordre du jour approuvé.

Le conseil d'administration du BCHS évalue le rendement de l'hôpital en fonction de divers indicateurs à l'occasion de chaque réunion, pendant une séance intitulée « Huddle – Mission, Vision, Values and Corporate Priorities » (discussion – mission, vision, valeurs et priorités organisationnelles). Parmi les mesures surveillées figurent les indicateurs de l'ERS-H et du plan d'amélioration de la qualité. Toutefois, des membres du conseil d'administration se sont dits préoccupés par le manque de suivi de l'efficacité des plans d'action mis en œuvre à l'égard des volets dans lesquels le rendement est inférieur à la cible ou se détériore.

L'un des rôles clés du conseil d'administration consiste à surveiller la formulation de la stratégie de l'organisation. Le dernier exercice complet de planification stratégique réalisé par le BCHS a eu lieu en 2012-2013 et a eu pour résultat la stratégie True North et ses trois piliers : la priorité aux patients; un milieu de travail de choix; l'utilisation judicieuse des ressources. Chaque année depuis, dans le cadre de la planification stratégique, l'on s'est entendu sur les domaines d'intérêt, l'on a déterminé les mesures à utiliser et l'on a établi des objectifs se rapportant à chacun des trois piliers. Les membres du personnel, les médecins et les membres du conseil d'administration participent à ce processus. Malgré cette démarche, ces personnes ne connaissent que vaguement la stratégie de l'hôpital. L'examen détaillé des procès-verbaux des réunions

du conseil d'administration tenues au cours des trois dernières années a révélé qu'aucun point à l'ordre du jour n'avait été consacré expressément à l'examen ou au renouvellement de la stratégie de l'organisation. Cette dernière a été mentionnée seulement lors de l'examen d'indicateurs liés aux piliers. Le conseil d'administration doit participer de façon très active à la planification stratégique et doit confier à la direction la responsabilité d'exécuter la stratégie en vue de l'atteinte des objectifs fixés, le tout dans les délais prescrits.

Les ordres du jour des réunions du conseil d'administration devraient, selon ce qui avait été établi au départ, être planifiés par le président en consultation avec le chef de la direction; toutefois, dans les faits, le chef de la direction les prépare généralement seul. Le conseil d'administration du BCHS et ses comités n'ont pas pris l'habitude d'élaborer des plans de travail annuels, bien que l'on envisage actuellement cette façon de faire. Il est fortement recommandé de recourir à des plans de travail pour s'assurer que les tâches sont effectuées de manière coordonnée et dans les délais établis; en outre, de tels plans contribueraient à maximiser l'efficacité du conseil d'administration. Les plans de travail permettraient d'établir une connexion continue entre les sous-comités et le conseil en ce qui touche l'information, les produits livrables et la prise de décisions.

Il y a divers éléments importants, comme le plan relatif à la PPRH, l'ERS-H, le plan d'amélioration de la qualité, les évaluations du président et chef de la direction et du médecin-chef de l'hôpital ainsi que l'évaluation du conseil d'administration, qui doivent figurer dans le plan de travail annuel du conseil d'administration; de même, il faut allouer suffisamment de temps pour que le conseil d'administration discute de chacun de ces éléments. Parmi les autres éléments à incorporer dans les plans du conseil et de ses comités, il y a les bilans périodiques sur la stratégie générale qui est suivie, sur le rendement en matière de qualité, sur la gestion des risques, sur les ressources humaines, sur les projets d'immobilisations, sur le rendement financier et sur les relations avec les intervenants.

Les procès-verbaux des réunions des comités permanents consistent habituellement en des résumés des discussions tenues; le contenu est souvent trop peu détaillé. En examinant les documents de ces comités, l'on a constaté que la direction y demandait de nombreuses approbations de niveau opérationnel qui ne sont pas nécessaires et qui détournent l'attention des questions clés. Certains volets essentiels, comme les avances de fonds, font l'objet d'une surveillance insuffisante, tandis que d'autres sont surveillés dans une trop grande mesure, notamment le nouveau formulaire pour les ressources humaines. Cela donne à penser que les rôles du conseil d'administration et de la direction ne sont pas définis assez clairement.

L'on a remarqué que les états financiers internes sont présentés au comité des ressources organisationnelles, mais qu'ils ne sont pas approuvés par ce comité ni transmis au conseil d'administration. Compte tenu des préoccupations financières actuelles, il est surprenant que les états financiers, ainsi que les prévisions et documents sur les flux de trésorerie connexe, ne soient pas examinés régulièrement

par le conseil d'administration. Il conviendrait que l'on élabore, sous la supervision du comité des ressources opérationnelles et aux fins de présentation au conseil d'administration, un plan d'action de relance budgétaire comprenant des évaluations des risques se rattachant aux diverses stratégies proposées.

L'élaboration des plans de travail, des ordres du jour, des documents de réunion et des procès-verbaux des rencontres du conseil d'administration et de ses comités doit se faire dans le cadre d'un effort de collaboration entre les présidents et les responsables de la gestion pour s'assurer que les directeurs et les gestionnaires comprennent les priorités clés de la même manière. Ultimement, les plans de travail, ordres du jour et autres documents, dont ceux sur les résultats des comités, doivent relever de la responsabilité des présidents, qui doivent à cet égard bénéficier de l'appui nécessaire de la part de la direction et du personnel.

Il a été noté que dans le cas de plusieurs volets de son travail, le conseil d'administration suit des politiques périmées ou n'a pas de politique du tout. L'examen des politiques du conseil d'administration doit porter sur les plans de travail des comités concernés, par exemple dans le cadre d'un cycle de trois ans visant à s'assurer que les politiques demeurent à jour et pertinentes.

Souvent, le conseil d'administration reçoit de la part des comités permanents des procès-verbaux non approuvés de leurs réunions plutôt que des comptes rendus sur leurs activités. Ces procès-verbaux peuvent en effet être transmis aux membres du conseil d'administration à titre de référence; toutefois, pour informer plus efficacement tous les membres du conseil au sujet de ses activités, chaque comité pourrait distribuer à l'avance une note d'information présentant les questions les plus importantes abordées lors de chacune de ses réunions. Là où il y a lieu, le président du comité concerné pourrait donner davantage de détails sur ces notes en présentant un compte rendu de vive voix pendant la réunion du conseil d'administration. Les points importants présentés par les comités en vue de l'approbation du conseil d'administration doivent être considérés comme de véritables points à l'ordre du jour afin de stimuler, avant toute approbation, une discussion au sujet des facteurs clés à prendre en compte. De telles discussions pourraient être tenues dans le cadre d'un segment sur les « points à approuver », lequel ferait partie des séances ouvertes ou à huis clos des réunions du conseil d'administration.

L'adoption d'une telle pratique est importante pour les approbations clés, notamment en ce qui touche le plan relatif à la PPRH, l'ERS-H, le plan d'amélioration de la qualité et les mises à jour annuelles du plan stratégique de l'hôpital.

Le BCHS n'a pas de programme solide de gestion des risques d'entreprise qui vise l'ensemble des risques touchant l'hôpital et qui permettrait de consigner rapidement ceux-ci dans un seul tableau de bord. La capacité de faire part sans délai des risques pour la sécurité des patients et la qualité des soins est un volet important des efforts déployés dans ce domaine. De plus, pour être complet, le programme de gestion des

risques d'entreprise doit englober les autres risques au chapitre des opérations et des activités.

Comme le démontrent les procès-verbaux des réunions du conseil d'administration et de ses comités, les processus du conseil dont il est question ci-dessus ne permettent pas de consigner correctement l'exercice, par le conseil, de son jugement opérationnel en ce qui a trait à la prise de décisions de bonne foi qui sont dans le meilleur intérêt du BCHS, conformément à ce qu'exige le paragraphe 4.09a) du règlement du BCHS.

Efficacité du conseil d'administration

Le règlement exige que le conseil évalue sa propre efficacité ainsi que celle de ses comités, de ses directeurs et de ses autres cadres supérieurs. Cette responsabilité et celle relative au processus de nomination de même qu'au programme continu d'orientation et d'information du conseil, sont déléguées au comité de gouvernance.

Les réunions du conseil et de ses comités ne sont pas évaluées de façon régulière. Certaines des situations contrariantes et des préoccupations exprimées par les élus au cours de cette enquête auraient pu être réglées au moyen d'une rétroaction régulière au sujet de l'efficacité des réunions du conseil d'administration. En plus d'examiner l'efficacité des réunions pendant les séances à huis clos auxquelles prennent part les membres du conseil seulement, il est utile de recueillir des commentaires anonymes au moyen de sondages en ligne immédiatement après chaque réunion.

Pour évaluer chaque membre du conseil d'administration, l'on envoie un sondage à quatre autres membres. L'on rassemble ensuite les résultats dans le but de faire part des commentaires reçus dans le cadre d'entrevues individuelles entre chacun des membres et le président. Toutefois, le processus de sélection des évaluateurs n'est pas transparent et peu de membres ont reçu une rétroaction concernant ces évaluations de la part du président. De même, il n'y a pas eu de processus d'évaluation officiel concernant le président du conseil d'administration. Il faut améliorer le processus d'évaluation du conseil pour atténuer les préoccupations ci-dessus; tout particulièrement, il faut transmettre les résultats des évaluations du rendement là où il y a lieu afin de faciliter l'établissement d'une culture de gouvernance dans le cadre de laquelle l'on s'efforce continuellement de s'améliorer et de suivre des pratiques exemplaires.

Dans son évaluation du conseil d'administration du BCHS, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a dit estimer que bien que ce conseil soit composé d'un groupe impressionnant de personnes dévouées, ces personnes ne disposent pas encore de la bonne combinaison de compétences, de connaissances et d'expérience pour donner suite aux facteurs complexes accompagnant les questions qui touchent le BCHS. C'est en raison de ces lacunes, qui ont été confirmées par l'équipe d'enquête, de même que de la faiblesse des structures et des processus de gouvernance que le conseil d'administration du BCHS n'a su exercer une surveillance indépendante efficace des opérations du BCHS. Ainsi, l'on constate que le conseil

n'est pas parvenu à s'acquitter, envers ses intervenants, de ses responsabilités de gouvernance à l'égard d'une telle surveillance, puisque le rendement du BCHS a grandement diminué dans le contexte des indicateurs de rendement clés qui avaient été établis à l'échelle provinciale au chapitre de la qualité et des finances.

Les difficultés du BCHS ont commencé après que le conseil d'administration eut approuvé le nouveau plan stratégique True North, la transformation connexe selon le principe de la gestion allégée mise de l'avant par le président et chef de la direction et le nouveau modèle de soins multidisciplinaires en 2012-2013. La combinaison de ces changements importants a provoqué ce qu'ÉY a décrit dans son rapport comme un « conflit culturel ». Ce conflit, conjugué à l'absence des compétences requises au sein de l'équipe de direction pour bien orienter la transformation, a donné lieu à une organisation en déclin dotée d'une culture dite « toxique » par les personnes à qui s'est adressée l'équipe d'enquête.

Ainsi, depuis 2012-2013, les résultats associés aux indicateurs de rendement clés du BCHS au moyen desquels l'on mesure la qualité de ses activités et son rendement financier chutent de manière notable comparativement à ceux des entités analogues responsables d'autres hôpitaux de l'Ontario. Ce sont de ces indicateurs dont se servent le conseil d'administration, le RLISS et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour surveiller le rendement du BCHS. Ce qui est inquiétant est que bon nombre des résultats liés à ces indicateurs ont poursuivi leur tendance dans la mauvaise direction malgré la surveillance étroite exercée par le RLISS et l'embauche de consultants externes par le BCHS. La diminution du rendement dans les divers volets en cause est présentée en détail dans des sections distinctes du présent rapport et exposée en grandes lignes dans le sommaire.

Malgré l'importante diminution dans des aspects clés du rendement du BCHS, l'on a constaté en examinant les procès-verbaux des réunions du conseil d'administration et de celles de ses comités que le conseil ne surveillait pas correctement le déclin au chapitre du rendement ni les risques connexes. Le conseil d'administration a ainsi omis de prendre les mesures qui s'imposaient pour lutter contre cette baisse ou pour atténuer celle-ci.

L'incapacité de l'équipe de direction du BCHS d'apporter des améliorations malgré le soutien des consultants ainsi que la participation insuffisante du personnel et des médecins en ce qui touche la planification et la mise en œuvre d'initiatives a causé d'importants problèmes sur les plans du moral et de la culture à l'hôpital concerné. Étant donné la perte généralisée de confiance envers le président et chef de la direction et le conseil d'administration, le président de l'association du personnel médical a rédigé, en décembre 2016, une lettre à l'intention du ministre de la Santé et des Soins de longue durée dans laquelle il soulevait des préoccupations sérieuses concernant l'important recul de la qualité des soins, de la sécurité des patients, du moral du personnel, de l'engagement du personnel et des valeurs du milieu de travail au BCHS.

Indépendance du conseil d'administration

Le BCHS avait la responsabilité d'établir des politiques et des procédures appropriées de manière à permettre au conseil d'administration, à ses comités et aux directeurs de mener leurs activités indépendamment de la direction, c'est-à-dire dans la mesure nécessaire pour pouvoir exercer une surveillance indépendante des opérations du président et chef de la direction et de l'hôpital. Pour qu'une telle indépendance soit possible, le conseil d'administration doit recevoir de l'information pertinente au moyen de laquelle il peut surveiller les indicateurs de rendement du BCHS; de même, les membres du conseil d'administration doivent posséder les compétences et l'expertise nécessaires à l'exercice de leurs fonctions, en plus d'être enclins à l'analyse critique et suffisamment confiants, lorsqu'ils ont des préoccupations, pour demander au président et chef de la direction et à l'équipe de direction d'assumer dûment leurs responsabilités.

Les membres du conseil d'administration ont indiqué, dans les sondages à leur intention et les entrevues avec l'équipe d'enquête, que le conseil permettait au président et chef de la direction d'établir presque intégralement les ordres du jour de ses réunions et de celles de ses comités, ainsi que l'information qui y est présentée. L'information ainsi fournie s'est révélée insuffisante pour permettre aux membres du conseil d'administration d'exercer leurs fonctions et de s'acquitter de leurs responsabilités envers les intervenants, y compris leur responsabilité à l'égard du RLISS établie dans l'ERS-H.

Le conseil d'administration doit veiller à l'établissement du « ton » requis. L'intégrité du président et chef de la direction est essentielle non seulement à cette fin, mais également pour permettre au conseil d'administration d'exercer la surveillance nécessaire des opérations du BCHS. Le président et chef de la direction doit, de manière proactive et consciencieuse, voir à ce que les membres du conseil d'administration bénéficient d'un contexte qui leur permet de réaliser une surveillance indépendante et significative de son rendement et des opérations du BCHS. Pour ce faire, le président et chef de la direction doit travailler avec le président du conseil d'administration, les présidents des comités et l'équipe de direction afin d'élaborer des ordres du jour, des rapports et des mesures du rendement qui permettent au conseil de surveiller objectivement les opérations du BCHS et de comparer son rendement avec celui d'entités analogues responsables d'autres hôpitaux. Toutefois, puisque le président et chef de la direction a omis de prendre les mesures proactives nécessaires pour permettre au conseil de surveiller de manière indépendante les opérations du BCHS, celui-ci s'est retrouvé dans une situation fort difficile, ses membres n'étant pas en mesure de combler l'écart entre leurs connaissances sur les opérations complexes du BCHS et celles du président et chef de la direction, de l'équipe de direction et des médecins dirigeants.

À notre avis, ce qui suit illustre l'omission, de la part du conseil d'administration, de s'assurer que les procédures appropriées étaient en place pour garantir une surveillance indépendante des activités du président et chef de la direction, plus

particulièrement en ce qui touche : la gestion, par le président et chef de la direction, des ordres du jour et des rapports du conseil d'administration; les lacunes dans ces ordres du jour et rapports; la reconnaissance, par le président et chef de la direction même, de ses faibles compétences en matière de finances, ce qui a également été reconnu par le conseil d'administration, et la recommandation de celui-ci de ne pas remplacer le VP, directeur général des finances en 2014; les signaux d'alerte concernant le style de gestion du président et chef de la direction figurant dans ses examens du rendement. Collectivement, ces faits montrent l'incapacité du conseil d'administration de s'acquitter de sa responsabilité de veiller à ce que la direction du BCHS établisse un ton qui s'harmonise avec la culture de responsabilisation et de transparence requise aujourd'hui dans les hôpitaux publics de l'Ontario.

Surveillance et évaluation du rendement du président et chef de la direction

L'équipe d'enquête est d'avis que l'échec le plus important du conseil d'administration se rapportait à sa surveillance du président et chef de la direction. Le conseil n'a pas su exercer la surveillance indépendante requise ni faire preuve du scepticisme nécessaire à l'égard du rendement et des recommandations du président et chef de la direction.

Le règlement du BCHS exige que le conseil d'administration évalue le rendement du président et chef de la direction chaque année pour s'assurer, entre autres, que cette personne prend les mesures les plus susceptibles de permettre à l'organisation d'atteindre les cibles associées aux mesures du rendement. Le conseil d'administration a créé un comité responsable de la rémunération et du perfectionnement des cadres pour l'aider à s'acquitter de ses responsabilités, notamment en ce qui touche l'évaluation annuelle de ce qui suit dans le contexte du travail du président et chef de la direction :

- (A) le rendement au cours de l'année précédente par rapport aux objectifs à cet égard de même qu'aux primes de rendement proposées, s'il y a lieu;
- (B) les objectifs de rendement et les critères d'évaluation pour l'année à venir;
- (C) la rémunération proposée pour l'année à venir.

Le processus d'évaluation mené par le conseil d'administration comprend un sondage tous azimuts. Les résultats du sondage sont compilés par l'intermédiaire du site Web Survey Monkey et sont confidentiels; seuls le président et chef de la direction, le président du conseil d'administration et l'administrateur des ressources humaines peuvent les consulter. Dans les sondages annuels d'évaluation du rendement de 2015 et de 2016, des préoccupations notables ont été clairement exprimées en ce qui concerne le rendement du président et chef de la direction; selon nous, ces préoccupations sont étroitement liées au déclin important du rendement du BCHS. Toutefois, il semblerait que les résultats de l'évaluation du président et chef de la direction n'aient pas été transmis au comité responsable de la rémunération et du

perfectionnement des cadres; cela signifie donc que, selon toute vraisemblance, ce comité n'a pu donner suite à ces résultats. La durée du mandat du président du conseil d'administration, qui est le seul directeur ayant pu prendre connaissance des conclusions tirées des évaluations du rendement du président et chef de la direction, pourrait avoir nui à la capacité de ce dernier de faire preuve de l'indépendance requise pour donner suite aux constatations défavorables.

Enfin, mentionnons qu'en dépit du faible rendement du BCHS, l'on a tout de même approuvé le versement au président et chef de la direction d'un pourcentage de sa rémunération conditionnelle pour chacune des années visées par les évaluations.

Surveillance et évaluation du rendement du médecin-chef

La surveillance du personnel professionnel par le conseil d'administration commence par la nomination et l'évaluation du médecin-chef et des chefs de secteur, conformément à la *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario et au règlement du BCHS.

C'est également le comité responsable de la rémunération et du perfectionnement des cadres du conseil d'administration qui procède à l'évaluation du rendement du médecin-chef. Nos commentaires concernant la pleine participation du conseil d'administration au processus d'évaluation du président et chef de la direction s'appliquent aussi au rôle du conseil dans l'évaluation du rendement du médecin-chef.

Il n'y a aucun document faisant état de toute évaluation du rendement du médecin-chef actuel depuis qu'il a été nommé à ce poste en 2015.

Les membres de l'équipe d'enquête ont tiré de l'examen des rapports du comité consultatif médical une constatation semblable à celle découlant du sondage à l'intention du conseil d'administration et des entrevues qu'ils ont réalisées auprès des membres du conseil, à savoir que ce comité semble présenter très peu de recommandations ou encore d'idées stratégiques ou liées à la qualité des soins au conseil d'administration.

En s'appuyant sur les faits ci-dessus, et plus particulièrement sur les procès-verbaux des réunions du conseil d'administration et de ses comités, l'équipe d'enquête a conclu que les membres du conseil n'ont pas su faire preuve de la diligence raisonnable qui est attendue de la part du conseil d'administration d'un hôpital public de l'Ontario.

Recommandations en matière de gouvernance

1. Le lieutenant-gouverneur en conseil doit nommer, pour le BCHS, un superviseur ayant tous les pouvoirs prévus par la *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario en ce qui a trait à ce poste.
2. Le superviseur doit surveiller la mise en œuvre d'un processus de renouvellement du conseil d'administration du BCHS fondé sur des pratiques exemplaires en matière de gouvernance et, à cet égard, accorder toute l'attention due à ce qui suit :

a. les structures et processus du conseil d'administration et de ses comités, y compris en ce qui touche l'établissement des plans de travail et des ordres du jour en fonction des rôles et des fonctions clés du conseil;

b. la taille et la composition du conseil d'administration;

c. le processus de recrutement des nouveaux directeurs;

ce processus doit être plus solide, compte tenu de son importance ainsi que de la mesure dans laquelle il est difficile de recruter, pour les besoins du conseil d'administration, des membres provenant de divers milieux et possédant les compétences et l'expérience requises. Parmi les stratégies possibles, l'on pourrait notamment afficher les postes à doter à plus grande échelle, par exemple sur LinkedIn et sur le site Web de l'Institut des administrateurs de sociétés, de même qu'au sein des collectivités visées. L'on pourrait également faire appel aux services d'une agence de recrutement;

d. les mandats des directeurs et le renouvellement de ceux-ci;

l'on devrait établir, quant à la durée du mandat, une limite qui s'applique à tous les directeurs, le tout assorti d'une seule exception possible, soit permettre que l'on prolonge le mandat d'un membre qui devient président lorsque cela est nécessaire pour mener à terme le mandat du président;

e. le processus d'évaluation du rendement du conseil d'administration et des directeurs;

f. l'orientation du conseil d'administration et la communication continue d'information à ses membres;

g. la qualité des troupes et des documents de réunion;

h. le processus d'évaluation du rendement du président et chef de la direction et du médecin-chef, dans le cadre duquel l'on doit s'assurer que le conseil d'administration dans son ensemble est responsable de l'approbation des résultats des évaluations annuelles du rendement, et ce, avant que celles-ci soient terminées.

3. Le superviseur doit définir un processus de renouvellement de l'équipe de direction des médecins du BCHS et élaborer des processus pour la sélection, la nomination et l'évaluation des chefs de secteur du BCHS, qui jouent un rôle essentiel en ce qui a trait à la capacité du conseil d'administration d'effectuer la surveillance des professionnels du BCHS comme l'exige la *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario.

4. Le superviseur doit mettre en place un processus permettant au comité consultatif médical du BCHS d'examiner et d'adopter des pratiques exemplaires, notamment en ce qui touche l'orientation et la communication continue d'information.

5. Le superviseur doit établir un processus d'examen, d'analyse comparative et de mise à jour du règlement, des chartes de gouvernance et des politiques du BCHS.
6. Le superviseur doit mettre en place une politique et un processus de dénonciation qui s'appuie sur des pratiques exemplaires du secteur public pour veiller à ce qu'on reçoive les plaintes déposées, à ce qu'on les vérifie et à ce qu'on achemine comme il se doit celles qui sont fondées.
7. Il faut élaborer un programme solide de gestion des risques d'entreprise qui vise l'ensemble des risques touchant l'hôpital. Ce programme doit comprendre des stratégies d'atténuation des risques, être résumé par l'équipe de direction et être présenté au conseil d'administration de façon régulière dans le cadre du plan de travail annuel du conseil.
8. Une fois en place un mécanisme renouvelé de gouvernance et de leadership, l'organisation devra faire l'objet d'un exercice complet de planification stratégique. Cet exercice devra comprendre la mobilisation rapide et significative des intervenants internes et externes, et mener à l'élaboration d'une vision d'ensemble renouvelée en ce qui touche l'avenir du BCHS.

Dirigeants et gestion

Les dirigeants et l'approche de gestion du BCHS ont changé considérablement depuis la nomination du nouveau président et chef de la direction en 2010. L'ancien président et chef de la direction occupait ce poste depuis plus de 25 ans et il avait établi une structure organisationnelle conventionnelle comprenant quatre vice-présidents : le VP, Services aux patients/chef de direction des soins infirmiers; le VP médical/médecin-chef; le VP, Services généraux/directeur général des finances/directeur de l'information/directeur général de la prévention; le VP, Ressources et perfectionnement. Le niveau de gestion inférieur était composé d'un groupe stable de directeurs et de gestionnaires et l'on comptait, à ce moment, de nombreux employés de longue date dévoués et très fiers de l'organisation. Au cours du mandat de l'ancien président et chef de la direction, le BCHS était reconnu comme une organisation saine sur le plan financier qui affichait rarement un déficit en fin d'exercice.

Le nouveau président et chef de la direction est un adepte de la gestion allégée des soins de santé et il a procédé à une transformation du BCHS visant à mieux répartir les dirigeants dans l'ensemble de l'organisation. En 2013, l'organisation avait été complètement restructurée; les programmes cliniques avaient été répartis horizontalement dans trois flux de valeurs et les fonctions de soutien avaient été regroupées dans cinq flux de valeurs orientés verticalement à l'appui de chacun des flux de valeurs cliniques.

Le processus de restructuration a entraîné d'importantes perturbations. Malgré le fait qu'une formation sur les méthodologies de gestion allégée ait été donnée avant le début de la transformation, le processus de restructuration a été soudain et contrariant pour de nombreuses personnes. Des postes de directeurs et de gestionnaires ont été abolis et les personnes concernées ont dû postuler pour les nouvelles fonctions de la structure renouvelée. L'on a offert à certains un poste qui ne correspondait pas à leur domaine d'expertise et l'on ne leur a accordé que quelques minutes pour accepter ce nouveau rôle, à défaut de quoi ils devaient quitter l'organisation. De nombreuses personnes interrogées estiment que ce processus de restructuration a affaibli l'organisation parce que de nombreux gestionnaires compétents et expérimentés sont partis ou ont été remerciés.

Quatre ans plus tard, la structure des flux de valeurs est toujours mal comprise dans l'ensemble de l'organisation. Les flux de valeurs cliniques devaient refléter le cheminement des patients. Cependant, en pratique, ils constituent des regroupements de services cliniques ayant des caractéristiques communes (p. ex. services ambulatoires, hospitalisation en soins de courte durée). Les titulaires des rôles traditionnels de directeurs, de gestionnaires et de coordonnateurs sont devenus des responsables de flux de valeurs, des chefs de groupe et des chefs d'équipe. Malgré les ajustements apportés aux rôles et aux responsabilités depuis la transformation, les responsabilités associées aux nouveaux rôles sont encore mal définies et ambiguës. En mai 2016, dans le rapport final de l'examen opérationnel réalisé par EY, l'on

préconisait un réaménagement structurel pour clarifier les responsabilités et les relations hiérarchiques. La version préliminaire d'une nouvelle structure de flux de valeurs est en cours d'examen (en juin 2017).

Un an après la mise en œuvre de la structure de flux de valeurs, le VP, Services généraux/directeur général des finances/directeur de l'information/directeur général de la prévention et le VP, Ressources et perfectionnement ont quitté l'organisation et ils n'ont pas été remplacés. Le VP, Services aux patients/chef de direction des soins infirmiers, lequel a été directeur d'un programme clinique avant de se joindre au BCHS en 2009, a été promu au poste de directeur général des opérations. Depuis, les responsables des flux de valeurs relèvent tous de l'équipe de direction, qui compte trois membres : le président et chef de la direction, le VP, Chef de direction des soins infirmiers et directeur général des opérations, et le médecin-chef. Le groupe des dirigeants composé de l'équipe de direction, des responsables des flux de valeurs et des responsables médicaux des flux de valeurs est appelé « équipe de la haute direction ». À l'origine, l'équipe de la haute direction comptait 18 membres, ce qui a été réduit à 12 membres.

La transformation était liée à la nouvelle stratégie de gestion allégée de l'hôpital, appelée « True North », qui a été lancée en 2012-2013. Depuis, la planification stratégique et opérationnelle consiste à établir chaque année des cibles et des buts pour les trois piliers de la stratégie, soit 1) un milieu de travail de choix, 2) la priorité aux patients et 3) l'utilisation judicieuse des ressources. L'on a constaté que les nombreux employés et médecins interrogés ne comprennent pas bien la stratégie et que leur niveau d'engagement à l'égard de celle-ci est faible. Ils sont préoccupés par le rythme du changement ainsi que par la modification fréquente des priorités et l'absence d'orientation claire.

Un autre changement important était en cours lors du processus de restructuration du BCHS. La phase 1 du modèle de soins multidisciplinaires a été mise en œuvre dans trois unités des malades hospitalisés en 2012. Des infirmiers, des professionnels paramédicaux et des médecins ont soulevé des préoccupations relatives à la qualité en raison de la réduction du nombre d'infirmiers et de quarts de travail au profit du recours de plus en plus fréquent à des fournisseurs de soins non réglementés. Ces inquiétudes se sont intensifiées en 2013 alors que le modèle était adopté dans d'autres unités. L'examen externe réalisé par Corpus Sanchez International en avril 2015 s'est conclu par diverses recommandations, y compris l'augmentation du nombre d'infirmiers dans toutes les unités et durant tous les quarts ainsi que l'amélioration de la planification et de la mise en œuvre d'un modèle de soins multidisciplinaires révisé.

À la suite du départ du directeur général des finances en 2014, un responsable de flux de valeurs sans titre professionnel comptable a été promu à ce poste. Même si le conseil d'administration avait alors soulevé certaines préoccupations concernant la capacité de gestion financière de l'organisation, le président et chef de la direction était persuadé que le directeur général des finances était en mesure d'administrer le portefeuille financier de l'hôpital. Le BCHS présente des déficits budgétaires consécutifs

depuis 2013-2014. Un directeur général des finances expérimenté a été recruté et est entré en fonctions à titre intérimaire en décembre 2016; de même, un poste permanent de vice-président, Affaires générales/directeur général des finances a été créé en juin 2017.

Prévoyant un déficit important en 2015-2016, le BCHS a fait appel à EY pour réaliser un examen opérationnel en janvier 2016. Dans son rapport final de mai 2016, EY a relevé des mesures susceptibles de permettre des économies de 22,8 millions de dollars. Depuis le dépôt de ce rapport, l'on a retenu les services d'un consultant d'EY pour soutenir le bureau de gestion de projet, soit le groupe responsable de la planification et de la mise en œuvre des améliorations proposées par EY pour assurer la viabilité et la stabilité financière de l'organisation, ainsi que de l'établissement des priorités en cette matière. Deux médecins ont été embauchés pour participer aux activités du bureau de gestion de projet; ils assurent une liaison avec les cadres supérieurs et les médecins dirigeants à mesure que des initiatives de réduction des coûts sont planifiées et mises en œuvre. Différents changements opérationnels importants ont été apportés depuis la création du bureau de gestion de projet. Toutefois, la santé financière du BCHS demeure très préoccupante.

Gestion du changement

Compte tenu de la transformation vers une gestion allégée, de l'évolution des modèles de soins et de l'apport de changements opérationnels au bureau de gestion de projet, la portée, l'ampleur et le rythme du changement au sein du BCHS ont été extraordinaires au cours des cinq dernières années. Diriger un processus de changement dans une organisation aussi complexe qu'un hôpital représente un défi, et ce, même dans les meilleures conditions. Un changement organisationnel de cette ampleur nécessite une planification rigoureuse et la prise en considération de principes de gestion du changement bien établis. La mise en œuvre de tous ces changements peut se révéler une entreprise énorme et cela peut même causer un traumatisme pour l'organisation. Si la planification et l'exécution ne sont pas excellentes, il y a un risque d'échec et d'angoisse.

Puisqu'il est si difficile d'apporter un grand changement, il faut une masse critique de personnes influentes parmi celles qui sont touchées par le changement pour orienter et appuyer le processus. La participation significative des principaux intervenants, dès le départ, est un facteur de réussite essentiel. Cela permet de définir une vision commune qui peut être communiquée à grande échelle et, ainsi, d'établir un plan plus solide et de déterminer les obstacles, les risques et les stratégies d'atténuation. De même, la participation significative des intervenants dès le début du processus permet d'établir un climat de confiance, d'avoir des objectifs communs et d'intégrer le changement dans la culture de l'organisation. L'on a tendance à se dévouer à ce que l'on a créé.

L'équipe d'enquête a été frappée parce que l'ensemble des membres du BCHS ont décrit d'une façon similaire la participation des intervenants à la planification et à la mise en œuvre de changements organisationnels au cours des dernières années. Même si l'on disait privilégier une approche ascendante, la plupart des personnes interrogées ont indiqué que les changements émanaient des échelons supérieurs. Dans pratiquement tous les cas, elles ont précisé que les initiatives étaient menées par l'équipe de direction ou qu'elles étaient requises en raison d'un rapport d'une société d'experts-conseils externe. Le président et chef de la direction ainsi que le VP, Chef de direction des soins infirmiers/directeur général des opérations ont indiqué qu'ils se fiaient beaucoup aux rapports externes et qu'ils évaluaient leur réussite en fonction de leur capacité de mettre en œuvre les recommandations formulées. Cette description des priorités est préoccupante parce qu'elle reflète un manque de prise en charge organisationnelle. Par conséquent, le travail à accomplir pour obtenir les résultats attendus ne suscite souvent ni passion ni dévouement.

La participation des intervenants est souvent décrite comme de la « frime ». Ils sont réunis pour discuter d'un changement et on leur demande de faire des commentaires, mais les personnes interrogées ont l'impression que leurs commentaires ne sont pas pris en compte et que la décision de mettre en œuvre le changement avait déjà été prise. Des changements ont été apportés sans que l'on tienne compte des préoccupations soulevées concernant des conséquences cliniques ou financières indésirables qui nécessiteraient d'autres changements. Comme de nombreux membres de l'organisation estiment maintenant que la contribution des intervenants est futile, certains ont décidé de ne plus participer.

De nombreux membres du personnel ont rapporté à l'équipe d'enquête que les changements opérationnels ou structurels qu'ils avaient recommandés conjointement en vue de réaliser les priorités établies n'ont pas été pris en compte et que la haute direction a pris des décisions différentes. Le personnel et les médecins sont préoccupés parce que les problèmes cliniques signalés n'ont pas été pris en considération dans certaines décisions et que quelques-uns des changements apportés se sont traduits pas des risques pour la sécurité ou la qualité.

Un thème très préoccupant a été évoqué lors de multiples entrevues avec des membres du personnel et des médecins, à savoir qu'une culture de peur et d'intimidation s'est développée au BCHS. Le personnel, les médecins et les gestionnaires évitent de parler de certains problèmes parce qu'ils craignent de subir des représailles ou de perdre leur emploi. Pour la majorité des employés, il est évident que la loyauté est très importante pour l'équipe de direction, qui a indiqué directement ou indirectement, selon le cas, qu'il faut suivre la parade ou partir.

Ces caractéristiques chez les dirigeants ne contribueront pas à la mise en œuvre d'un changement durable et fructueux. De plus, elles ne sont pas conformes aux valeurs fondamentales du BCHS comme la qualité, le respect et la responsabilisation. Malgré ses bonnes intentions, l'équipe de direction actuelle s'est montrée inefficace dans la

conduite du changement. L'ampleur et le rythme du changement ont été accablants et les principes fondamentaux de gestion du changement n'ont pas été respectés. Ainsi, l'on a constaté des lacunes dans les activités liées à l'établissement de la portée, à la planification, à la mise en œuvre et à l'analyse; de même, et peut-être avant tout, l'on n'est pas parvenu à mobiliser suffisamment le personnel interne possédant l'expertise requise.

Culture

Selon Peter Drucker, la culture aurait toujours préséance sur la stratégie, ce qui donne à penser que le succès d'une stratégie repose sur une culture favorable et adaptée au contexte. Bien que la culture puisse être difficile à évaluer, elle se révèle, habituellement, lorsque l'on passe suffisamment de temps dans une organisation. L'interaction directe avec les subalternes des cadres supérieurs peut donner un excellent aperçu des normes comportementales et de l'opinion qu'ont les employés de l'organisation. Les sondages sur l'engagement permettent de comprendre la culture d'une organisation en évaluant l'adhésion des employés à l'organisation et leur dévouement envers celle-ci, ainsi que la mesure dans laquelle ils se sentent valorisés. Les entrevues de fin d'emploi et un processus de dénonciation efficace permettent également d'obtenir des points de vue non censurés sur l'organisation.

Le « ton » de la direction a une incidence directe sur la culture. Celui-ci est déterminé principalement par le style de leadership du président et chef de la direction et il peut également être influencé par d'autres membres de l'équipe de direction et du conseil d'administration. Lorsqu'un nouveau président et chef de la direction est nommé dans une organisation fonctionnelle, il est judicieux qu'il prenne le temps de comprendre la culture et qu'il mise sur ce qui fonctionne bien. Par ailleurs, il est important de faire évoluer la culture d'une organisation qui a besoin d'améliorations majeures sur le plan du rendement.

Lors de nombreuses entrevues menées par l'équipe d'enquête, l'on a demandé aux membres du personnel et aux médecins de décrire l'évolution de la culture du BCHS au cours des dernières années. Bon nombre d'entre eux ont indiqué que la culture de l'hôpital en 2010 était positive, collaborative et sûre et ils étaient fiers de l'organisation dans l'ensemble. En revanche, voici les expressions et mots les plus souvent utilisés pour décrire la culture actuelle du BCHS : culture de peur, intimidation, manque de confiance, environnement non sécuritaire, absence de transparence, incertitude et instabilité. Plusieurs personnes interrogées ont même utilisé le mot « toxique ».

De plus en plus d'employés et de médecins se sentent abandonnés et contrariés en raison du style de leadership au BCHS. La hausse du niveau de désengagement du personnel du BCHS a été clairement illustrée par les sondages sur la culture en milieu de travail réalisés par Metrics@Work en 2013 et en 2016. Le tableau 1 présente des résultats liés aux principaux facteurs de l'analyse de Metrics@Work. Remarque : Les données sur l'engagement des médecins sont présentées dans le tableau 2, à la section Relations avec les médecins et leadership médical.

Tableau 1 : Échantillon de résultats obtenus auprès du personnel tirés de l'analyse menée par Metrics@Work en 2016

Facteur*	2016 Moyenne	2013 Moyenne	Écart 2013 > 2016	Niveau de référence externe**	
				Moyenne	% le plus élevé
Charge de travail raisonnable	48,6 %	53,4 %	-4,8 %	57,7 %	71,5 %
Communication dans l'organisation (satisfaction par rapport aux communications au sein du BCHS)	47,4 %	55,1 %	-7,7 %	56 %	70,2 %
Apprentissage et perfectionnement	53,4 %	62,0 %	-8,6 %	Données non disponibles	
Satisfaction à l'égard des cadres supérieurs	35,5 %	45,0 %	-9,5 %	48,3 %	69,1 %
Ressources et fournitures (satisfaction relativement à la disponibilité des ressources)	50,8 %	61,0 %	-10,2 %	64,1 %	78,8 %
Harmonisation à la stratégie « True North »	46,7 %	57,3 %	-10,6 %	Données non disponibles	
Amélioration continue	47,1 %	58,0 %	-10,9 %	Données non disponibles	
Compréhension de l'évaluation du rendement	56,8 %	68,5 %	-11,7 %	60,5 %	67,4 %

* Un facteur est un élément du sondage qui est étroitement lié à l'engagement global et qui permet de prédire le niveau d'engagement; il peut correspondre à une question ou à un groupe de questions sur un sujet similaire.

** Les données sur le niveau de référence externe sont tirées de la base de données du secteur hospitalier de Metrics@Work; les moyennes et les pourcentages les plus élevés des organisations externes sont présentés.

Le sondage mené auprès du personnel du BCHS reposait sur 24 facteurs. La comparaison des données de 2013 et de 2016 révèle que les pourcentages associés à 22 des 24 facteurs sont inférieurs pour 2016. Le facteur relatif à la compréhension de l'évaluation du rendement présente la diminution la plus importante. La moyenne de l'ensemble des facteurs est passée de 61,8 % en 2013 à 56,2 % en 2016, ce qui représente une baisse générale de 5,6 %. Il s'agit d'une baisse importante qui requiert une intervention efficace de l'équipe de direction et du conseil d'administration.

Les thèmes récurrents du désengagement et de la détérioration de la culture relevés lors des entrevues et des discussions de groupe ont incité l'équipe d'enquête à mener un bref sondage en ligne pour recueillir des données qualitatives

supplémentaires sur la culture du BCHS et le moral du personnel et des médecins. Au total, 296 personnes ont répondu au sondage, principalement des membres du personnel infirmier (104), des membres du personnel de soutien, y compris des commis d'unité et du personnel du domaine de la nutrition (76), des professionnels paramédicaux (56) et des médecins (34). De plus, 55,6 % des répondants ont indiqué qu'ils travaillaient au BCHS depuis plus de 10 ans. Pour obtenir des détails sur les questions du sondage et les réponses données par le personnel et les médecins, consulter l'annexe E.

Plusieurs thèmes dominants ont été dégagés des réponses du personnel et des médecins dans le cadre du sondage en ligne. L'on a mentionné qu'il y avait un bon esprit d'équipe et de camaraderie au sein des équipes, mais qu'ils étaient parfois minés par des facteurs de stress liés au travail. Dans l'ensemble, le moral des membres de l'organisation est bas et il a diminué progressivement en raison, entre autres, de la lassitude face aux changements et d'une perte de confiance envers la haute direction. Il existe une forte perception selon laquelle les niveaux de dotation sont trop bas compte tenu du nombre de patients et de la complexité des cas. Les membres du personnel et les médecins veulent faire partie de la solution, mais ils ont l'impression de ne pas pouvoir participer pleinement.

Certains membres de l'organisation sont très préoccupés par le degré de dysfonction de l'équipe de direction. Compte tenu de la façon dont la culture a évolué et du manque de confiance envers les dirigeants actuels de l'hôpital, il faudra procéder à un changement majeur de l'équipe de direction pour qu'il soit possible d'apporter les améliorations fonctionnelles et opérationnelles requises au sein du BCHS.

Recommandations

9. Le superviseur doit entreprendre un examen de la haute direction et de la structure organisationnelle du BCHS.
10. Le conseil d'administration et l'équipe de direction remaniés doivent élaborer un plan organisationnel visant l'amélioration du moral et de la culture au BCHS.
11. Les valeurs du BCHS doivent être examinées et renouvelées et elles doivent favoriser un engagement profond chez les membres du personnel, les médecins et les bénévoles de l'hôpital. Ces valeurs communes, ainsi que les valeurs associées aux patients, doivent être communiquées à grande échelle. Des efforts concertés doivent être déployés par les membres du personnel, les médecins, les bénévoles et les dirigeants de l'organisation pour veiller à ce que chacun respecte ces valeurs partagées.
12. Un plan de communication solide doit être élaboré pour transmettre régulièrement aux intervenants internes et externes des comptes rendus sur l'état d'avancement des démarches en vue de l'élaboration d'une nouvelle orientation

qui permettra de répondre aux besoins des collectivités desservies par le BCHS et de l'adoption de cette orientation.

Qualité et sécurité

La prestation de services hospitaliers de qualité requiert la coopération entre tous les fournisseurs du continuum des soins et la coordination des activités de ceux-ci. Les attentes difficiles à concilier en ce qui touche la qualité des soins, l'efficacité, la prestation de services adaptés, l'accès rapide aux services, l'équité et la justesse ainsi que le moral des fournisseurs sont une réalité dans tous les hôpitaux. Ces attentes représentent de grands défis pour les fournisseurs de soins de santé et les conseils d'administration des hôpitaux, qui ont besoin de structures, de politiques, de processus et de responsabilités claires pour réussir à offrir une expérience de grande qualité aux patients.

Lors de l'évaluation de la qualité et de la sécurité au sein du BCHS, l'équipe d'enquête a examiné une panoplie de documents liés à la planification et au contrôle de la qualité des soins et de la sécurité. Les aspects prioritaires comprenaient les soins axés sur la famille et les patients, les perceptions dans la collectivité, la capacité de satisfaire aux besoins des Autochtones, les modèles de soins, les environnements de soins et la collaboration avec des partenaires communautaires.

L'on constate un engagement clair à l'égard de la qualité et de la sécurité dans l'ensemble de l'organisation. L'équipe d'enquête a relevé des forces au niveau des cadres intermédiaires et des responsables des flux de valeurs dans la majorité des secteurs de l'organisation. La passion des médecins et du personnel de première ligne ainsi que leur volonté de fournir des soins sûrs et de grande qualité sont très évidents.

Diverses mesures d'amélioration de la qualité et de la sécurité ont été prises au sein du BCHS avec le soutien de l'équipe responsable de la qualité et de l'expérience des patients. Voici quelques exemples :

- le BCHS a mis en œuvre avec grand succès des initiatives promues dans le cadre de la campagne *Choisir avec soin*. L'on a réduit considérablement la réalisation de tests non nécessaires à la clinique préopératoire, tout en maintenant la qualité des soins à un niveau élevé;
- un programme de sécurité des patients lancé en 2015 comprend une formation pour le personnel, des visites informelles des cadres supérieurs et des présentations sur la sécurité des patients à l'intention des équipes de l'hôpital;
- l'initiative du bilan comparatif des médicaments a permis d'améliorer le taux d'établissement de ces bilans au moment de l'admission (ce qui correspond à l'un indicateur des plans d'amélioration de la qualité), lequel est passé de 48,6 % en 2015-2016 à 80 % en 2016-2017; l'objectif pour 2017-2018 consiste à maintenir ou dépasser le taux de 80 %. Les bilans comparatifs des médicaments sont tous établis par des pharmaciens pour qu'ils soient de grande qualité, permettant ainsi de garantir la sécurité des patients.

La priorité aux patients

Il est de plus en plus reconnu que les soins axés sur les patients et les familles, soit des soins qui correspondent à leurs besoins et à leurs priorités, constituent un facteur clé de la qualité des soins de santé. Il s'agit de l'un des trois piliers de la stratégie « True North » du BCHS. Pour atteindre l'objectif d'ensemble à cet égard, des indicateurs et des buts axés sur les patients sont établis chaque année. En 2016-2017, les objectifs de la stratégie consistaient à réduire le nombre d'événements négatifs, à accroître le degré de satisfaction des patients, à réduire les temps d'attente et à adopter des pratiques exemplaires.

Les responsables de nombreux hôpitaux de l'Ontario ont formé des comités consultatifs sur les patients et les familles pour promouvoir la prestation de soins axés sur les patients et leur famille dans leurs organisations. Les comités et les conseillers offrent des points de vue pertinents sur les patients et les familles, ce qui peut donner lieu à des améliorations considérables de l'expérience des patients dans les hôpitaux et dans d'autres contextes où l'on fournit des soins de santé. Les commentaires des patients et des membres de leur famille peuvent servir à enrichir de nombreux processus hospitaliers, y compris en ce qui touche le recrutement des dirigeants, la planification stratégique, les initiatives d'amélioration de la qualité et de la sécurité de même que la conception des milieux où sont prodigués des soins de santé.

Le BCHS n'a entrepris que récemment de former un conseil consultatif des patients et des familles. À ce jour, 18 conseillers bénévoles sur les patients et les familles ont été recrutés, l'objectif étant de 30 au total. Le mandat du conseil consultatif des patients et des familles a été établi en juin 2017 et la première réunion a eu lieu récemment. Aux termes du mandat actuel, il ne doit pas y avoir plus de 4 conseillers sur les patients et les familles parmi les 19 membres du conseil. Cette proportion devrait être beaucoup plus élevée. Finalement, il est important de privilégier la diversité lors du recrutement des conseillers, et ce, pour pouvoir bénéficier des points de vue de l'ensemble des populations desservies.

Recommandations

13. Le BCHS doit poursuivre sur cette voie et, ainsi, recruter des conseillers sur les patients et les familles et préciser le rôle du nouveau conseil consultatif des patients et des familles pour ce qui est de contribuer à l'amélioration de l'expérience des patients et à la promotion des soins axés sur les patients et les familles. Ce conseil doit participer à l'amélioration des processus, à l'élaboration des politiques, à la conception des environnements de soins et à la planification des activités de l'hôpital.
14. La diversité doit faire partie des principaux critères de recrutement des conseillers sur les patients et les familles.

Perceptions de la qualité dans la collectivité

L'équipe d'enquête a recueilli les commentaires des membres de la collectivité à l'aide d'un sondage en ligne et d'une adresse électronique confidentielle. Le sondage en ligne avait pour but de rendre compte des perceptions de la qualité des soins dans la collectivité ainsi que de la satisfaction à l'égard des services fournis à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points allant de « Très mauvaise » à « Excellente ». Les participants pouvaient également donner des réponses ouvertes. Au total, 423 personnes ont répondu au sondage. Plus de 70 % des répondants habitaient à Brantford, 82 % vivaient dans la région depuis plus de 10 ans et, au cours des 2 dernières années, 19 % s'étaient rendus à au moins 2 reprises au centre de soins ambulatoires Willett (salle d'urgence) et 51,5 % s'étaient rendus au moins 2 fois à l'Hôpital général de Brantford.

Les répondants ont indiqué dans une proportion de 50 % que la qualité des soins qu'ils ont reçus lors de leur dernière visite à l'hôpital ou à la salle d'urgence était excellente ou bonne. Dans l'ensemble, 248 personnes ont fait des commentaires sur la qualité des soins et il y avait beaucoup plus de commentaires négatifs (69,4 %) que positifs (16,5 %) ou neutres (13,7 %). Les commentaires les plus récurrents portaient sur l'accès aux services ou les longs temps d'attente (101 répondants, soit 40,7 %), suivis des commentaires sur le personnel qui semblait trop occupé et surchargé de travail (18,5 %). En outre, 53,8 % des répondants étaient très satisfaits ou satisfaits de leur plus récente visite à l'hôpital ou à la salle d'urgence. Les commentaires relatifs à la satisfaction des patients correspondaient dans une grande mesure aux commentaires formulés sur la qualité des soins.

Enfin, 195 participants ont répondu à une question ouverte permettant de faire part de préoccupations ou de commentaires additionnels. Les lacunes touchant l'accès aux soins et les longs temps d'attente ainsi que le manque de personnel clinique ont été mentionnés par 16,8 % et 14,6 % des répondants, respectivement. De plus, 12,4 % des répondants ont critiqué l'administration (trop hiérarchisée, manque de confiance et mauvaises décisions) et 11,4 % ont formulé des commentaires négatifs sur l'environnement (espace physique, propreté, etc.).

Les résultats de ces sondages réalisés par l'équipe d'enquête doivent être interprétés avec précaution puisqu'ils peuvent être faussés par plusieurs idées préconçues. Ces résultats ne peuvent pas être comparés avec les résultats des sondages sur la satisfaction des patients du BCHS en raison des différentes méthodologies utilisées. Par contre, ces résultats montrent clairement que de nombreux membres de la collectivité sont insatisfaits et qu'ils souhaitent faire des commentaires.

Capacité de satisfaire aux besoins des Autochtones

Le BCHS se trouve dans une région où la population autochtone est vaste et diversifiée; de nombreux Autochtones vivent dans les réserves de la bande Six Nations of the Grand River ou de la Mississaugas of the New Credit First Nation. Il

y a également de nombreux Autochtones qui vivent hors réserve dans des collectivités desservies par le BCHS, en particulier dans la ville de Brantford. Le BCHS dispose donc d'une excellente occasion de devenir un chef de file dans la prodigation de soins axés sur les patients adaptés aux Autochtones.

L'équipe d'enquête a recueilli de précieux commentaires dans le cadre de rencontres avec des intervenants autochtones du BCHS. Voici les principaux thèmes abordés lors de ces discussions :

- l'on constate qu'il y a un racisme systémique envers les Autochtones au niveau sociétal, ce qui peut avoir une incidence sur leur expérience dans l'ensemble du système de soins de santé;
- la médecine traditionnelle est importante et il faut réserver un espace dans l'hôpital pour en permettre la pratique;
- la communauté autochtone compte de nombreuses personnes talentueuses et passionnées qui pourraient être embauchées pour doter des postes de médecins, de conseillers sur les patients et les familles ou encore de membres du personnel hospitalier ou du conseil d'administration du BCHS. Toutefois, ces personnes ont tendance à éviter ces postes parce qu'elles ont l'impression que la culture est intimidante et peu accueillante et qu'elles ne joueront qu'un rôle symbolique sans que leur opinion soit prise en considération;
- il existe certains services utiles, notamment les intervenants-pivots autochtones, mais ils ne sont pas offerts en tout temps à l'hôpital et ils ne répondent pas pleinement à la demande.

Le BCHS a établi des processus pour recevoir et traiter les plaintes de tous les patients, et l'on a rapporté à l'équipe d'enquête que l'hôpital a pris différentes mesures pour répondre aux besoins des Autochtones. Cependant, l'on a également signalé certaines expériences négatives au BCHS. L'une des possibilités mentionnées consisterait à améliorer le processus de planification de la continuité des soins et à s'assurer que des services d'aide adéquats sont offerts dans la collectivité avant de renvoyer les patients chez eux.

Une formation sur le savoir-faire culturel pourrait permettre de changer la culture du BCHS afin qu'elle réponde mieux aux besoins des Autochtones. Le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant offre une telle formation.

Recommandations

15. Le BCHS doit collaborer avec la communauté autochtone, y compris la bande Six Nations of the Grand River et la Mississaugas of the New Credit First Nation, pour élaborer des stratégies de recrutement de personnel, de médecins, de conseillers sur les patients et les familles ainsi que de membres du conseil d'administration appartenant à des groupes autochtones.

16. La communauté autochtone doit être représentée au sein du conseil consultatif des patients et des familles.

Modèles de soins

Le modèle de soins multidisciplinaires lancé en 2012 s'inspirait des discussions sur les soins continus complexes qui avaient lieu entre les partenaires du RLISS. Un modèle qui avait été proposé pour les soins continus complexes a été adopté et mis en œuvre dans des unités de soins de courte durée. Cela constitue un changement radical par rapport au modèle existant puisque des préposés aux services de soutien à la personne remplacent les infirmiers autorisés dans le modèle de dotation de base. De nombreux infirmiers, professionnels paramédicaux, médecins et gestionnaires (y compris des responsables de flux de valeurs) ont soulevé des préoccupations relatives à la qualité et à la sécurité au cours de la planification et de la mise en œuvre du modèle de soins multidisciplinaires.

Le changement de modèle a entraîné un roulement important du personnel infirmier expérimenté dans l'ensemble de l'organisation. Parallèlement, l'équipe de spécialistes de la formation clinique a été dissoute alors que de nouveaux employés moins expérimentés ainsi que des préposés aux services de soutien à la personne se joignaient à l'organisation. Selon de nombreuses personnes interrogées, les médecins, les professionnels paramédicaux, les professionnels de la médecine de laboratoire et de l'imagerie diagnostique ainsi que les pharmaciens n'ont pas participé à la planification ni à la mise en œuvre du modèle de soins multidisciplinaires, et ce, malgré le fait qu'il ait eu des répercussions importantes sur eux. La haute direction a répondu aux préoccupations soulevées en indiquant que le changement était requis pour gérer les dépenses.

Les membres du personnel ont rapporté qu'il n'y avait pas d'équipe de conception, qu'on ne leur a pas donné la possibilité de contribuer à l'élaboration du modèle et qu'aucune analyse comparative ou évaluation des modèles de soins en vigueur dans les unités de soins de courte durée n'a été effectuée. Le VP, Services aux patients, a pris la décision et il a dirigé la mise en œuvre du modèle.

Au cours de la première phase réalisée en 2012, le modèle de soins multidisciplinaires a été mis en œuvre dans trois unités des malades hospitalisés, soit l'unité du programme intégré sur les soins complexes, de même que les unités B7 et B5. L'ensemble de compétences du personnel de ces unités a considérablement changé. L'on a modifié les rotations des équipes composées presque exclusivement d'infirmiers autorisés et de quelques infirmiers auxiliaires autorisés de sorte qu'il y ait un infirmier autorisé par quart pour des unités de 24 à 26 patients et que des patients soient assignés au reste des membres du personnel, des infirmiers auxiliaires autorisés et des préposés aux services de soutien à la personne. L'une des unités ne comptait aucun infirmier autorisé.

En 2013, un comité directeur multidisciplinaire sur le modèle de soins multidisciplinaires a été formé pour donner suite aux préoccupations soulevées. Toutefois, les différents membres du personnel qui ont participé aux activités de ce comité ont indiqué que leurs conseils et leurs recommandations n'avaient visiblement pas été pris en considération par la haute direction.

Voici certains commentaires des personnes interrogées :

« Mon commentaire n'a pas été bien reçu. Le personnel n'est pas content. Je n'ai constaté aucune amélioration. Les contraintes financières ont nui au comité. Nous recommandons de fixer des ratios de personnel infirmier adéquats et de ne pas confier des tâches d'infirmier auxiliaire autorisé à des préposés aux services de soutien à la personne; cela s'est bel et bien produit. » [traduction]

« La majorité des infirmiers auxiliaires autorisés venaient d'obtenir leur diplôme. Les préposés aux services de soutien à la personne ont été très mal intégrés. On leur a confié des quarts de travail, mais on ne leur a donné aucune directive et aucun encadrement. On ne leur a pas assigné d'infirmier en chef. Les infirmiers ne pouvaient pas leur dire ce qu'il y avait à faire. » [traduction]

En 2014, le modèle de soins multidisciplinaires avait été mis en œuvre dans 9 unités. Compte tenu des commentaires formulés par des membres du personnel et des médecins, ainsi que d'une lettre adressée au conseil d'administration qui avait été signée par 80 médecins, un examen externe de ce modèle a été réalisé par Corpus Sanchez International (CSI). Le rapport final de CSI présenté en avril 2015 comprenait différentes recommandations pour améliorer le modèle. Depuis, l'on a ajouté un infirmier autorisé à chaque unité. Toutefois, le personnel demeure très préoccupé par les ratios de patients et le niveau d'acuité des unités. Les infirmiers autorisés doivent souvent composer avec des ratios d'un infirmier pour huit patients dans les unités de soins de courte durée, ce qui est considéré comme supérieur à la norme généralement reconnue pour ce type d'unité.

L'on n'a toujours pas donné suite à plusieurs recommandations pertinentes de CSI sur le modèle de soins multidisciplinaires. Un forum de rétroaction concernant les soins axés sur les patients et les familles a été créé. Cependant, la rétroaction des participants révèle que les suggestions n'ont pas été prises en considération. L'intégration d'équipes de professionnels paramédicaux n'a pas été démontrée. De même, la création du poste d'infirmier auxiliaire autorisé n'a pas permis de donner suite aux recommandations visant à offrir un niveau de soutien adéquat aux équipes. Il est mentionné dans le rapport que le niveau de dotation des infirmiers autorisés est inférieur aux normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario dans six des neuf unités et qu'il devrait y avoir un infirmier autorisé lors de chaque quart de travail pour la réadaptation et les soins continus complexes. L'on n'a satisfait que partiellement aux exigences à cet égard. Des membres du personnel d'autres unités ont rapporté que

le seul changement apporté concerne le rôle d'infirmier auxiliaire autorisé. En outre, les pénuries de personnel chroniques ont entraîné d'autres difficultés.

Les entrevues menées auprès du personnel et des gestionnaires ont révélé que ces personnes sont très préoccupées par la qualité depuis un certain temps et que la haute direction ne fait rien pour régler le problème.

Voici des commentaires liés aux thèmes récurrents relevés par l'équipe d'enquête :

« Le manque de personnel est maintenant la norme. » [traduction]

« Les infirmiers sont consternés que nous soyons incapables de respecter les normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario parce que nous n'avons pas le temps. C'est inacceptable. » [traduction]

Recommandation

17. Le BCHS doit immédiatement examiner et remanier le processus de dotation s'appliquant aux unités où le modèle de soins multidisciplinaires a été mis en œuvre. Les qualifications du personnel et les ratios personnel/patients doivent respecter les normes de pratique reconnues en fonction du niveau d'acuité de chaque unité.

Environnements de soins

L'infrastructure du BCHS présentent certaines lacunes importantes. Les environnements de soins physiques de certains services ne sont pas adaptés au volume ou au type de soins requis. Pour combler ces lacunes, le BCHS a préparé quatre soumissions préimmobilisations depuis 2014.

Un plan directeur pour le réaménagement du site de Brantford a été soumis au RLISS, qui l'a approuvé en 2014. Certaines modifications mineures ont été apportées à ce plan préimmobilisations en 2017. Le BCHS et le RLISS attendent qu'on leur confirme que les propositions ont été examinées par le ministère.

Puisque le plan directeur a été élaboré sur une longue période, le BCHS a préparé une soumission préimmobilisations de réaménagement du service des urgences, à la suggestion du ministère. Le volume de patients a considérablement augmenté au service des urgences par rapport à l'espace disponible. L'on compte actuellement plus de 50 000 visites par année dans des locaux qui ont été agrandis pour la dernière fois en 1980 afin de traiter un volume de patients environ 2 fois moindre. Il est donc très difficile de maintenir la qualité des soins, d'assurer la sécurité des patients et de respecter leur intimité. Le volume ciblé pour la soumission préimmobilisations est de 52 000 visites par année. Le RLISS a reçu et approuvé la soumission préimmobilisations pour le service des urgences en 2016. Dans ce cas également, le BCHS et le RLISS attendent la confirmation de l'examen ministériel.

Le réaménagement de l'unité d'hospitalisation en santé mentale est également urgent. Située dans l'aile la plus ancienne de l'hôpital, cette unité offre un environnement

physique inadéquat pour fournir des soins aux patients, en particulier ceux qui sont atteints de troubles de santé mentale graves. Aucune soumission préimmobilisations n'a encore été préparée pour cette unité des malades hospitalisés.

Recommandations

18. Le ministère doit examiner la soumission préimmobilisations pour le remaniement du service des urgences du BCHS et établir les priorités à cet égard.
19. Le BCHS doit établir l'ordre de priorité pour l'élaboration de plans visant à répondre aux besoins immédiats et à long terme de son unité d'hospitalisation en santé mentale. Cette démarche doit être facilitée et soutenue par le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant et le Ministère.
20. Le BCHS doit poursuivre l'élaboration et la mise en œuvre de son plan directeur. Le ministère doit achever l'examen préimmobilisations de la proposition existante de réaménagement du site de Brantford et, en collaboration avec le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant, il doit soutenir l'élaboration d'un plan pluriannuel de revitalisation de l'infrastructure vieillissante du BCHS.

Collaboration avec les partenaires du système

Le plan d'action « Priorité aux patients » du gouvernement de l'Ontario a pour objectif d'améliorer la prestation des soins de santé dans la province en privilégiant le patient, en améliorant l'accès aux soins et en fournissant des soins de façon coordonnée et intégrée avec l'ensemble des fournisseurs. Une collaboration étroite et des relations solides avec les partenaires de la collectivité et du système n'ont jamais été aussi importantes qu'aujourd'hui pour les hôpitaux dans le système de santé. Par conséquent, l'on intègre aux cadres de gestion de la qualité des paramètres qui permettent de surveiller les transitions touchant les soins de santé.

Les hôpitaux sont de plus en plus contraints de réduire la durée des hospitalisations pour optimiser leur capacité et répondre à la demande croissante pour les soins de courte durée. Il faut donc établir des liens étroits avec des partenaires de la collectivité et du système pour faire en sorte que les patients reçoivent le soutien dont ils ont besoin dans la collectivité lorsqu'ils peuvent quitter l'hôpital sans risque. La prestation de soins appropriés dans la collectivité peut permettre d'éviter les réadmissions, ce qui réduit les pressions sur les ressources en soins de courte durée.

Le BCHS a mis en œuvre différentes initiatives dans le RLISS afin d'améliorer la situation en ce qui concerne la durée des hospitalisations et de réduire les réadmissions à l'hôpital. Toutefois, en raison de ses difficultés financières courantes, le BCHS cible de plus en plus les processus internes pour atteindre ses objectifs de réduction des coûts. Par conséquent, dans certains cas, le BCHS a réduit le soutien et la collaboration avec des partenaires du système. Par exemple, l'équipe d'enquête a relevé des cas problématiques découlant d'une planification des sorties ou d'un aiguillage des patients

inapproprié ou incomplet. Les patients les plus vulnérables qui sont touchés par un manque de collaboration entre l'hôpital et la collectivité sont les aînés et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

L'amélioration de la qualité des soins et la viabilité financière du BCHS nécessiteront une collaboration avec les partenaires du système et de la collectivité.

Recommandations

21. Le BCHS doit renouveler ses relations avec les partenaires du système et de la collectivité pour faire en sorte que les patients soient bien soutenus lors de leur transition de l'hôpital à la collectivité.
22. Le BCHS doit travailler en étroite collaboration avec le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant et d'autres partenaires du système en vue d'élaborer et de mettre en œuvre la stratégie de la sous-région de Brant.

Intégration de la qualité aux facteurs clés d'efficacité organisationnelle

Les différents services et programmes cliniques de l'organisation produisent des rapports sur une multitude de mesures de la qualité. Bien que les équipes assurent le suivi de mesures de la qualité appropriées, la haute direction semble s'intéresser principalement au plan d'amélioration de la qualité annuel de l'hôpital, lequel représente un sous-ensemble relativement limité de l'ensemble des mesures de la qualité faisant l'objet d'un suivi. L'ordre de priorité des objectifs relatifs à la qualité de l'organisation n'est pas défini clairement.

L'on a peu mis l'accent sur les indicateurs de qualité établis dans l'ERS-H du BCHS. Le RLISS surveille ces indicateurs pour faire en sorte que le BCHS fournisse des soins de qualité, ce qui est important pour le système. Au troisième trimestre de 2016-2017, 10 des 11 indicateurs de l'ERS-H du BCHS étaient dans la catégorie « rouge » (niveau inférieur de 10 % à la cible provinciale). En outre, 7 des 11 indicateurs étaient en baisse par rapport au trimestre précédent.

La qualité doit faire partie des processus opérationnels et de la planification stratégique du BCHS. Cette approche doit être à la base du renouvellement du plan stratégique; de même, l'on doit s'efforcer de créer une culture de qualité et de sécurité dans l'ensemble du BCHS. La transition vers une gestion allégée devait permettre d'établir un cadre d'amélioration de l'efficacité et de la qualité; toutefois, cela n'a pas mené à la création d'une culture de qualité et de sécurité au BCHS. Un nouveau cadre qui mettrait l'accent sur les besoins et les priorités des patients favoriserait l'établissement d'une telle culture.

Selon l'Institute for Healthcare Improvement, il existe six aspects de la qualité des soins qui ont de l'importance pour les patients : les soins doivent être efficaces, sûrs, fournis rapidement, axés sur les patients et les familles, équitables et efficaces. Établir

des mesures de la qualité qui correspondent à ces aspects est utile lors de la création d'un cadre de gestion de la qualité qui accorde la priorité aux patients.

Établir la qualité comme un enjeu stratégique majeur a un effet positif sur la culture et permet de clarifier les priorités. Les décisions relatives à l'allocation des ressources, à l'achat d'équipement et aux projets de réaménagement des immobilisations devraient être prises en tenant compte de la qualité des soins offerts aux patients.

Recommandations

23. Le BCHS doit réviser l'ensemble de ses paramètres de mesure de la qualité et de la sécurité pour faire en sorte qu'ils soient axés sur les besoins et les priorités des patients.
24. Le conseil d'administration du BCHS doit accroître la supervision générale qu'il exerce en ce qui touche l'établissement et le suivi des priorités en matière de qualité et de sécurité. Les démarches en ce sens doivent englober les indicateurs axés sur le patient et la famille, ainsi que les indicateurs figurant dans l'ERS-H et le plan d'amélioration de la qualité du BCHS.

Rendement opérationnel et financier

En tant qu'organisations publiques, tous les hôpitaux de l'Ontario doivent s'acquitter de la responsabilité fiduciaire consistant à maintenir l'équilibre budgétaire. Les hôpitaux sont tenus financièrement responsables par le RLISS au moyen d'ERS-H, lesquelles sont révisées, négociées et renouvelées chaque année. Les ERS-H contiennent des cibles de rendement financier liées à l'équilibre budgétaire, au ratio de liquidité générale et à la marge d'exploitation. La situation financière du BCHS s'est considérablement détériorée depuis 2013-2014, ce qui se traduit par des déficits d'exploitation consécutifs et une baisse du ratio de liquidité générale et de la marge d'exploitation. Le BCHS a donc demandé au RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant un prêt sans intérêt de 2 M\$ pour l'aider à s'acquitter de ses obligations à court terme.

Les organisations publiques de cette envergure surveillent étroitement leurs données financières; le BCHS doit s'acquitter de nombreuses obligations liées à la reddition de comptes mensuelle et annuelle. L'équipe d'enquête a effectué un examen des états financiers vérifiés, des rapports soumis au RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant, des rapports internes, des budgets, des documents sur les flux de trésorerie, des contrats et de nombreux autres documents financiers s'étendant sur plusieurs années. Cet examen, combiné aux nombreuses entrevues menées auprès de l'équipe de gestion financière, de membres choisis du conseil d'administration, de cadres supérieurs, de gestionnaires des finances et des responsables d'autres services de l'hôpital dont les responsabilités sont liées aux finances, a permis à l'équipe d'enquête de relever d'importants problèmes de gestion financière. Ces problèmes peuvent être classés dans les catégories du leadership en matière de finances, de la stratégie financière, de la production de rapports financiers et des dépenses cliniques.

Leadership en matière de finances

Comme il est mentionné dans la section Contexte, l'on a constaté que le BCHS présente d'importantes lacunes sur le plan du leadership et des compétences en gestion financière depuis 2014. Le BCHS apportait alors des changements importants à sa structure organisationnelle et à ses modèles de soins. Le directeur général des finances joue un rôle crucial dans les hôpitaux de l'Ontario, puisqu'il assure leur saine gestion financière. Le BCHS ne bénéficie d'aucun leadership de ce type dans ce domaine depuis 2014.

Avant l'apport de changements à la structure organisationnelle, le poste de directeur général des finances était confié à une personne expérimentée. Après une brève période sans titulaire pour ce poste, un autre dirigeant interne sans expérience préalable et sans titre professionnel comptable y a été promu. À partir de 2014, la gestion financière, les politiques internes, les contrôles internes, les procédures et les prévisions du BCHS ont été sous-optimaux et il y a eu des lacunes quant à la communication des problèmes financiers à l'équipe de direction et au conseil d'administration. Malgré les demandes du conseil d'administration, il a fallu attendre

jusqu'en décembre 2016 pour qu'un directeur général des finances accrédité soit nommé provisoirement. En outre, ce n'est qu'en février 2017 que l'on a commencé à chercher un directeur général des finances permanent; la personne nommée à ce poste à titre permanent est entrée en fonctions en juin 2017.

La santé financière peut être évaluée d'après le fonds de roulement (excédent de l'actif à court terme sur le passif à court terme), la position de trésorerie et la marge d'exploitation. Depuis 2013, l'on observe un déclin continu de tous ces indicateurs financiers. Les quatre exercices déficitaires et les dépenses en biens d'équipement qui ont dépassé le financement disponible font partie des facteurs qui ont contribué à la baisse de la réserve-encaisse. L'organisation n'a pas atteint les cibles associées aux indicateurs de rendement financier établis dans l'ERS-H. La figure 1 dans la section Sommaire illustre bien l'érosion continue de la situation financière de l'organisation.

Les lacunes observées sur le plan de la gérance et du leadership financiers au sein du BCHS ont également eu des répercussions sur la planification et la budgétisation des immobilisations. Une partie du rôle des gestionnaires d'hôpital consiste à garantir l'intégrité de l'installation à l'appui de la prodigation de soins de grande qualité, dans l'immédiat et à l'avenir. Ce n'est que récemment que le BCHS a présenté une soumission préimmobilisations pour la construction d'un nouveau service des urgences et entrepris la préparation d'un plan directeur. Ces activités sont importantes, mais elles auraient dû commencer il y a plusieurs années. Le BCHS doit améliorer ses immobilisations, en particulier l'unité d'hospitalisation en santé mentale, qui est située dans des locaux désuets qui ne sont pas adaptés aux besoins des patients atteints de troubles de la santé mentale. Il faudrait entreprendre immédiatement le réaménagement, la réinstallation ou l'agrandissement de cette partie de l'hôpital. Les risques auxquels les patients et le personnel pourraient être exposés représentent une question prioritaire pour l'équipe de direction; cependant, il n'y a aucune stratégie provisoire pour remédier aux problèmes majeurs touchant les installations du BCHS.

Outre la planification des immobilisations de l'installation, les contraintes financières ont eu une incidence sur l'achat ou l'entretien de l'équipement nécessaire. Le plan d'immobilisations de 2016-2017 a été décrit par de nombreuses personnes interrogées comme un programme ne prévoyant aucune dépense en immobilisations approuvée pour l'exercice et dans le cadre duquel l'on ne prévoyait le remplacement de l'équipement important du BCHS que lorsqu'il était complètement hors d'usage. Cette réduction des dépenses en immobilisations était le résultat des contraintes budgétaires attribuables à l'érosion du capital, qui est passé de 18 M\$ en espèces à une dette bancaire de 4,1 M\$ (comme il est indiqué dans les états financiers vérifiés de 2012-2013 et de 2016-2017). Les dépenses en biens d'équipement pour 2016-2017 s'élevaient à 2,8 M\$, ce qui a été financé en grande partie par des dons à la fondation. Il y a toujours un besoin latent d'immobilisations, comme l'illustrent les récentes demandes liées à la budgétisation des immobilisations, qui visent à ce que l'on fournisse dès la première année toute l'aide demandée pour cinq ans. Les lacunes au

chapitre de l'équipement nécessaire représentent un risque pour les activités et les soins des patients, et il s'agit d'une importante source de contrariété pour les médecins et le personnel hospitalier dans l'ensemble de l'organisation.

Récemment, les dépenses en biens d'équipement ont de nouveau été financées par le fonds d'amortissement de l'équipement et le soutien financier de la fondation. Cependant, les dépenses en immobilisations effectuées sur trois ans représentaient plus du double du financement prévu, ce qui a entraîné une diminution de la réserve-encaisse ainsi qu'un accroissement des attentes du personnel et des médecins. Près de 75 % de l'érosion de la réserve-encaisse est attribuable au dépassement des niveaux de financement prévus pour les dépenses en biens d'équipement; les 25 % restants sont liés aux déficits d'exploitation. La direction doit faire preuve de transparence sur les plans de l'établissement des priorités et de la communication et travailler avec les responsables des programmes en vue de répondre aux besoins en biens d'équipement de façon proactive et contrôlée, et ce, sans accroître l'endettement bancaire.

L'enquête a également révélé que les besoins en technologie de l'information (TI) ne sont pas bien reflétés dans le plan financier. Cela peut être attribuable au fait que l'on ait laissé partir le directeur de l'information l'an dernier, laissant ainsi l'équipe responsable de la TI sans leadership véritable. Cela a retardé les renouvellements et accru les coûts. Par exemple, les licences logicielles et les serveurs requièrent un investissement important; toutefois, il n'a pas été possible de les optimiser afin de réduire les coûts parce que cet investissement a été reporté. De même, l'on a acheté un système informatisé d'entrée d'ordonnances au coût de 400 000 \$, mais celui-ci n'a pas pu être installé en raison de contraintes financières. Un directeur de l'information à temps partiel a été embauché il y a quelques mois.

Il incombe aux gestionnaires des finances de préserver la réputation de l'organisation. Il semble que les gestionnaires des finances du BCHS ont compromis les relations avec les intervenants externes, notamment des institutions bancaires. Par exemple, l'enquête a révélé que la direction a demandé à l'une de ces institutions, sans faire preuve de diligence raisonnable, de ne pas augmenter la marge de crédit d'exploitation, et ce, afin d'obtenir une avance de fonds pour le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (sans intérêt). Par la suite, la direction a demandé un autre prêt à plus long terme pour financer ses immobilisations; l'examen de la demande a été retardé, puis celle-ci a été rejetée. Ce manque de professionnalisme a nui à l'organisation, qui était déjà instable sur le plan financier.

Au cours des derniers mois, le directeur général des finances intérimaire a lancé différentes initiatives qui auraient dû être déjà en place et qui auraient pu empêcher la détérioration de la situation financière de l'organisation. L'équipe responsable des finances bénéficie maintenant d'une aide à la décision et des changements de personnel ont été effectués pour renforcer l'équipe. La reddition de comptes s'améliore toujours. Grâce aux efforts d'amélioration déployés depuis l'embauche d'un VP,

Affaires générales/directeur général des finances qualifié et expérimenté, la situation financière devrait se stabiliser.

Recommandations

25. Un directeur général des finances qualifié et expérimenté est un membre essentiel de l'équipe de direction d'une organisation de la taille du BCHS. Le directeur général des finances doit relever directement du président et chef de la direction. De même, le directeur général des finances permanent doit poursuivre la restructuration et le renforcement des équipes de gestion des finances et d'aide à la décision et donner suite au travail entrepris par le directeur général des finances intérimaire.
26. Le BCHS doit avoir un plan pour les équipes de soutien, notamment l'équipe responsable de la TI, avant de supprimer des postes de direction. Le BCHS doit rétablir un leadership au sein de l'équipe responsable de la TI, ce qui pourrait nécessiter une collaboration avec le RLISS et d'autres organisations partenaires.
27. Le BCHS doit intégrer les biens d'équipement et les projets d'immobilisations à la planification des flux de trésorerie et au budget annuel de l'hôpital. Il doit voir à ce que cela englobe les améliorations des installations et les systèmes de TI et établir un budget d'urgence pour l'équipement. Des plans d'immobilisations pluriannuels doivent être élaborés avec les responsables des programmes et ils doivent être liés aux projections des flux de trésorerie.
28. La direction doit élaborer une stratégie proactive pour financer le volet local des projets de réaménagement planifiés, notamment l'agrandissement du service des urgences.
29. La direction doit présenter régulièrement au conseil d'administration des rapports sur le rendement financier, les flux de trésorerie et les stratégies pour remédier aux écarts défavorables.

Stratégie financière

Plutôt que de mobiliser des ressources internes pour cerner les problèmes et élaborer et mettre en œuvre des plans d'amélioration, le BCHS a eu recours presque exclusivement aux rapports de consultants pour définir sa stratégie financière au cours des dernières années. Il semble que l'on retienne les services de consultants plutôt que de confier les analyses à la haute direction et au personnel interne; en outre, il n'a pas été possible de déterminer si les membres de la haute direction effectuent ou dirigent des validations internes des recommandations proposées. Ainsi, il n'est pas clair si les changements proposés et leurs conséquences imprévues possibles sont bien compris. Par ailleurs, il n'est pas certain que la capacité interne soit suffisante pour diriger l'apport de ces changements.

Compte tenu de la détérioration de la situation financière du BCHS au cours des dernières années, l'équipe d'enquête s'attendait à ce que l'organisation ait un plan de rétablissement complet ainsi qu'une stratégie financière à long terme. Toutefois, rien n'indique qu'un plan ou une stratégie de ce type aient été établis. Au cours des 4 dernières années, le BCHS a affiché des déficits qui ont entraîné une détérioration des fonds de roulement s'élevant à 13,3 M\$. La baisse de la réserve-encaisse et l'érosion du fonds de roulement et des actifs nets sont le résultat des déficits accumulés et des dépenses en immobilisations excédentaires. Avant 2013-2014, les dépenses liées aux biens d'équipement correspondaient à l'amortissement de l'équipement. Dans le cadre de la comptabilité effectuée, l'on alloue couramment les fonds consacrés à l'amortissement de l'équipement à l'équipement de remplacement et aux nouvelles technologies. Souvent, les dépenses totales sont accrues grâce aux dons de la fondation. Depuis que la nouvelle équipe de direction est en place, il semble que les dépenses en biens d'équipement ait représenté plus du double de ce qu'elles étaient auparavant au cours de quelques exercices. Le BCHS a réduit ses dépenses en immobilisations pour satisfaire à des exigences relatives à l'exploitation. La haute direction et le conseil d'administration sont responsables du budget d'immobilisations et de la gestion des fonds. Le conseil d'administration a constaté la détérioration de la réserve-encaisse ainsi que la hausse des dépenses en immobilisations et des déficits d'exploitation et il aurait dû intervenir et exiger que la direction procède à la refonte des budgets et atténue les pertes grâce à un plan de rétablissement pluriannuel. Il n'y a aucun document qui prouve que le conseil d'administration aurait explicitement approuvé ou désapprouvé des plans financiers.

L'examen opérationnel effectué par EY sert de plan de rétablissement alors qu'il n'a pas été validé par une équipe interne et qu'il ne traite pas de tous les problèmes liés au rendement et aux finances. À la suite de l'examen d'EY, un bureau de gestion de projet a été créé et chargé d'élaborer un plan de travail d'après les recommandations figurant dans le rapport.

Sur le plan structurel, le bureau de gestion de projet devait être dirigé par l'équipe de direction et appuyé par un groupe de membres du personnel, avec la collaboration continue d'un groupe consultatif de médecins. Sur le plan fonctionnel, cette structure a évolué et la direction est maintenant assurée par deux médecins qui reçoivent un encadrement continu d'un consultant d'EY. Le bureau de gestion de projet est parvenu à mettre en œuvre certaines approches de réduction des coûts au sein du BCHS et on lui attribue en grande partie la réduction du déficit d'exploitation de quelque 2,9 M\$ en 2016-2017. Toutefois, la structure existante n'est pas appropriée ni durable. Elle crée un écart entre les médecins bien intentionnés et leurs pairs, ce qui accroît les tensions dans les relations entre l'équipe de direction, les médecins et le personnel hospitalier, et elle ne prévoit aucune reddition de comptes appropriée à l'équipe de direction et, par le fait même, au conseil d'administration.

L'on s'est trop fié au rapport d'EY, ce qui a mené à la prise de nombreuses décisions financières sous-optimales et sans vision à long terme. Le rapport d'EY devrait être intégré à un plan de rétablissement plus complet pour l'ensemble de l'organisation.

Recommandations

30. Le BCHS doit lancer un plan de rétablissement exhaustif et pluriannuel, et élaborer une stratégie financière. Ces travaux doivent être dirigés par l'équipe de direction et supervisés par le conseil d'administration.
31. Le bureau de gestion de projet doit être restructuré et renouvelé sous la direction du nouveau directeur général des finances. L'équipe du bureau de gestion de projet doit être réévaluée et il faut nommer des membres possédant des capacités d'analyse et d'administration.
32. Tous les plans de travail des projets actuels doivent être examinés pour en confirmer le degré de priorité, les répercussions, les risques connexes et les stratégies d'atténuation ainsi que la conformité avec la stratégie de l'hôpital. Les éléments livrables et les jalons clés des projets doivent être établis.
33. Il est essentiel que les dirigeants de l'organisation participent à la planification financière de leurs portefeuilles avec le soutien du personnel responsable des finances et qu'ils soient habilités à gérer les projets subséquents avec le soutien approprié. Il sera alors raisonnable de tenir les dirigeants responsables de l'atteinte des résultats escomptés. Toute modification de la portée, des échéances ou des résultats escomptés doit être examinée et des mesures correctives doivent être prises lorsque c'est possible.

Établissement du budget

La budgétisation est un élément essentiel d'une solide gestion financière qui est particulièrement important dans un contexte financier difficile. Le BCHS ne dispose pas, actuellement, de la capacité d'aide à la décision requise pour prévoir son financement avec un degré de précision acceptable; de même, il n'a mis en œuvre aucune stratégie pour atténuer les baisses du financement total consacré aux services au cours des deux dernières années. Par exemple, la Réforme du financement du système de santé (RFSS) a instauré un environnement compétitif entre les hôpitaux ontariens pour réaliser des gains d'efficacité. Depuis l'annonce de la RFSS, de nombreux hôpitaux ont mobilisé des ressources pour interpréter les formules de financement et élaborer des plans opérationnels visant à optimiser leur efficacité. Le BCHS ne s'est pas encore adapté aux nouvelles normes d'efficacité.

Au cours des dernières années, le financement du BCHS a diminué en raison d'une baisse des sources de revenus ministérielles, y compris en ce qui touche le Plan d'exploitation après la construction, les actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ) et Action Cancer Ontario. Ces fluctuations des sources de revenus et l'incapacité de les prévoir ont eu des répercussions négatives sur la planification financière au BCHS.

Le moment de la présentation du budget et les hypothèses formulées constituent d'autres lacunes liées à la planification budgétaire. L'établissement du budget a été réalisé trop tard au cours de l'exercice et il a été fortement influencé par les recommandations d'EY et par le bureau de gestion de projet. Compte tenu de leur date de mise en œuvre, certains projets ne permettront pas de réaliser des économies pour l'ensemble de l'exercice. Aucun budget pluriannuel n'a été établi.

Certaines hypothèses formulées dans les budgets récents étaient irréalistes. Par exemple, l'on prévoyait pour 2017-2018 que les coûts des fournitures et les autres dépenses n'augmenteraient pas et que les dépenses salariales, y compris la rémunération du personnel médical et les coûts de dotation, diminueraient. L'on estime qu'il ne sera pas possible de réduire les coûts liés à la rémunération des médecins et à la gestion des lits en raison des problèmes de moral, de recrutement et de maintien en poste.

En plus des rapports trimestriels présentés au RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant, des réunions mensuelles entre la direction générale du RLISS et le président et chef de la direction de l'hôpital sont tenues depuis quelque temps afin d'aider le BCHS à améliorer son rendement pour ce qui est de la situation financière et des délais d'attente dans les cliniques. Le BCHS a demandé des dérogations au cours des deux dernières années et il devra le faire de nouveau cette année puisque les cibles relatives au ratio de liquidité générale et à la marge d'exploitation n'ont pas été atteintes. Le RLISS a demandé au BCHS d'élaborer un plan d'amélioration du rendement qui englobe le rendement financier. Un plan de rétablissement pluriannuel complet répondrait à ce besoin. Une fois le plan élaboré, l'état de préparation opérationnelle requis en vue de l'apport des changements planifiés devra être évalué avec précaution et l'exécution devra être excellente pour que le rétablissement soit réussi et durable.

Recommandations

34. Parallèlement à l'élaboration d'un plan de rétablissement exhaustif et pluriannuel, il faut établir des indicateurs de rendement comprenant des paramètres liés aux finances et à la qualité. Il faut rendre compte du rendement au moyen d'un résumé transparent sur les gains d'efficience et d'efficacité de l'organisation. Les progrès réalisés pourront ainsi être communiqués au personnel, aux médecins, au conseil d'administration, au RLISS et à d'autres intervenants.
35. Un processus interne de validation des rapports des consultants doit être établi. Il faut aussi veiller à ce que les médecins et le personnel hospitalier participent de façon significative dès les premières étapes de la planification de changements.
36. Le BCHS doit revoir ses processus actuels de planification opérationnelle et financière en vue de créer un plan de fonctionnement intégré et transparent. Cela

doit comprendre le renforcement des équipes de soutien au chapitre des finances et de la prise de décisions.

Production de rapports financiers et surveillance financière

Compte tenu des multiples exigences relatives à la production de rapports financiers auxquelles doivent satisfaire les hôpitaux de l'Ontario, il faut établir un ensemble de processus de reddition de comptes clairs et cohérents. Les lacunes relatives à la production de rapports peuvent avoir une incidence sur les stratégies et la prise de décisions. Voici les différents problèmes liés à la production de rapports financiers cernés dans le cadre de la présente enquête :

- les états financiers internes ne sont pas approuvés par l'équipe de direction, le comité des ressources organisationnelles ou le conseil d'administration;
- les rapports sur les flux de trésorerie ne sont pas soumis régulièrement à la haute direction, à l'équipe de direction ou au conseil d'administration et ils sont envoyés au RLISS avant que le conseil d'administration les reçoive et qu'il puisse les approuver;
- il est fréquent que les documents financiers présentés au conseil d'administration et à ses comités soient incomplets et qu'ils ne contiennent pas les détails requis pour clarifier les répercussions des décisions;
- les états financiers ne sont pas inclus dans les dossiers du conseil d'administration. L'on ne distribue que de brefs procès-verbaux des réunions du comité des ressources organisationnelles;
- les politiques financières fondamentales du conseil d'administration et les politiques financières internes de l'hôpital sont désuètes – et certaines sont manquantes dans certains cas – ce qui accroît les lacunes au chapitre de la responsabilisation au sein du cadre de gestion fondé sur les flux de valeurs. Voici quelques éléments à l'égard desquels le conseil d'administration a omis d'établir des politiques : plan d'exploitation; plan d'immobilisations; protection des actifs; emprunts; investissements; situation financière. Une politique sur les pouvoirs de signer des documents financiers pour des montants minimaux et maximaux a été adoptée il y a quelques mois seulement. De nombreux secteurs sont régis superficiellement par des règlements qui doivent être améliorés au moyen de politiques formelles et applicables;
- les indicateurs de rendement financier mesurés par le RLISS conformément à l'ERS-H ne font pas l'objet de rapports réguliers à l'intention du conseil d'administration.

L'analyse comparative est un processus qui consiste à comparer le rendement de différents hôpitaux à l'aide de divers indicateurs. La direction utilise l'information ainsi obtenue pour élaborer des stratégies d'amélioration de la qualité et de l'efficacité. Il n'y a pas eu d'analyses comparatives régulières au BCHS au cours des dernières années.

Certains des résultats découlant d'une analyse comparative pourraient donner lieu à un examen interne plus approfondi, notamment à l'égard de ce qui suit :

- les coûts d'administration et de gestion du BCHS ont été inférieurs aux moyennes de la province, des grandes collectivités et des hôpitaux du RLISS au cours des cinq dernières années;
- les dépenses totales liées à la rémunération des infirmiers praticiens et du personnel médical ont été supérieures aux moyennes de la province, des grandes collectivités et des hôpitaux du RLISS au cours des cinq dernières années. L'écart est considérable puisque les dépenses du BCHS dans ce domaine représentent plus du double de la moyenne du RLISS;
- les revenus ne provenant pas du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont été inférieurs aux moyennes de la province, des grandes collectivités et des hôpitaux du RLISS au cours des cinq dernières années. La génération de revenus est une stratégie clé de la planification budgétaire qui peut atténuer les pressions exercées en vue d'une réduction des services.

Recommandations

37. Le BCHS doit adopter des processus et des pratiques de production de rapports financiers plus rigoureux. Le conseil d'administration doit recevoir des rapports financiers et opérationnels beaucoup plus détaillés et complets pour pouvoir s'acquitter de ses obligations fiduciaires.
38. Il faut faire en sorte que le personnel possède l'expertise requise pour comprendre les méthodologies de réforme du financement des hôpitaux de manière à optimiser la planification opérationnelle.
39. Il faut effectuer des analyses comparatives pour cerner les possibilités au chapitre de la planification budgétaire et appuyer l'établissement d'un plan de rétablissement exhaustif.

Relations avec les médecins et leadership médical

L'équipe d'enquête a eu l'occasion d'échanger avec de nombreux médecins dirigeants actuels et anciens et avec des médecins de première ligne de presque chaque secteur de l'hôpital. Il ne fait aucun doute que le BCHS compte sur une masse critique de médecins dévoués, passionnés et hautement qualifiés qui sont très attachés à l'organisation et à ses patients. L'équipe d'enquête a néanmoins relevé un certain nombre d'améliorations qui pourraient être apportées sur les plans du personnel médical, de la culture et de la direction; si ces améliorations ne sont pas apportées, elles pourraient poser d'importants risques pour le fonctionnement de l'hôpital.

Relations avec les médecins

La relation entre le personnel médical et les responsables de la gestion et de la gouvernance du BCHS s'est malheureusement détériorée depuis le recrutement du président et chef de la direction actuel. La majorité des médecins interrogés ont exprimé les mêmes préoccupations.

Selon eux, d'importants changements structuraux et organisationnels ont été apportés au BCHS sans une véritable participation des médecins. Bon nombre d'entre eux ont indiqué que lorsqu'ils étaient invités à des réunions sur des changements importants, on ne tenait essentiellement pas compte de leur avis. Des dirigeants non cliniques ont été autorisés à apporter des changements sans prendre en considération les préoccupations cliniques soulevées. Il semblait évident que les décisions avaient déjà été prises et que le processus de consultation n'était que mascarade. Dans plusieurs cas, d'importantes préoccupations cliniques ont été soulevées concernant les changements proposés (p. ex. modèles de dotation, changements qui ont une incidence sur la prévention et le contrôle des infections), et malgré ces préoccupations, la direction est allée de l'avant et a mis en œuvre de son plan original. Dans certains cas, des modifications ont dû être apportées aux initiatives afin de régler les problèmes de qualité qui sont survenus et qui avaient été prévus par les spécialistes cliniques.

Beaucoup de médecins interrogés et d'autres membres du personnel estiment que la culture du BCHS est de plus en plus négative. Nombre des personnes interrogées ont mentionné qu'elles étaient réticentes à soulever des préoccupations puisque les personnes qui l'avaient fait avaient été rabaissées ou intimidées. Plusieurs personnes interrogées ont déclaré qu'elles estimaient avoir été victimes d'intimidation. Les dirigeants auraient déclaré que ceux qui ne voulaient pas suivre le groupe n'avaient qu'à se retirer, et l'équipe d'enquête a entendu au cours de plus d'une entrevue que certains dirigeants avaient prononcé des remarques désobligeantes au sujet de membres du personnel et de médecins qui ne partageaient pas leurs points de vue.

La culture qui régnait au BCHS sous le régime précédent était considérée comme hiérarchisée et généralement positive. Les gens comprenaient leurs responsabilités et

s'estimaient, dans l'ensemble, protégés et valorisés. Lorsqu'elles ont été invitées à décrire la culture actuelle du BCHS, la plupart des personnes interrogées ont parlé d'une culture de la peur, de l'intimidation et de la méfiance, dans laquelle la loyauté est récompensée et la dissidence est écrasée. Bien qu'il s'agisse de descriptions subjectives, la constance des témoignages des personnes interrogées s'est révélée remarquable; en effet, peu de divergences ont été constatées dans les témoignages recueillis au sujet de la culture en place.

Le mécontentement des médecins a atteint un tel degré que le 23 mai 2014, un groupe de médecins a signé une lettre envoyée au conseil d'administration du BCHS pour exprimer des préoccupations concernant trois aspects : la sécurité des patients et la qualité des soins; l'engagement et le moral du personnel; le respect en milieu de travail. La lettre a été envoyée au nom des médecins par le Dr McNeil, qui était alors président du personnel médical. Cette lettre a été signée par 80 médecins; toutefois, les signatures n'ont pas été soumises par crainte de représailles. L'équipe d'enquête confirme que cette lettre a reçu un appui massif.

Dans le contexte des préoccupations en matière de qualité et de sécurité, l'on mentionnait le modèle de soins multidisciplinaires, qui a apparemment été conçu et mis en œuvre « *sans consultation significative des intervenants cliniques clés* » [traduction]. Les lacunes dans la couverture clinique au sein des unités des malades hospitalisés devenaient « *de plus en plus flagrantes* » [traduction]. Le comité consultatif médical a soumis une motion au conseil d'administration afin d'interrompre la mise en œuvre du modèle de soins multidisciplinaires, puisque les médecins n'étaient pas du tout convaincus qu'il soit sécuritaire de mettre en œuvre le modèle au sein d'une unité dans laquelle les patients ont des besoins plus aigus. La lettre de mai 2014, du moins en partie, a mené à un examen indépendant en bonne et due forme du modèle de soins multidisciplinaires, ce qui s'est traduit par des améliorations dans la couverture clinique des unités.

Voici d'autres extraits de la lettre de mai 2014 :

« L'engagement et le moral du personnel n'ont jamais été aussi bas. Des médecins qui travaillent au BCHS depuis 25 ans et plus n'ont jamais constaté un tel degré d'insatisfaction et de désengagement. »

« Les communications de la direction manquent souvent de professionnalisme et de respect. L'administration supérieure n'a rien fait pour mettre fin à ces communications. Une culture de l'intimidation règne maintenant au BCHS. » [traduction]

À la fin de la lettre, les signataires demandent que le conseil d'administration, avec ou sans l'administration supérieure, rencontre des représentants du personnel médical pour discuter de leurs préoccupations et explorer des solutions possibles. Le conseil d'administration a reçu la lettre et a communiqué avec les cadres de l'association du personnel médical. Le conseil d'administration a interprété la lettre comme un ultimatum des médecins visant à saper l'autorité de la direction. Bien que le président

du conseil d'administration en poste à ce moment ait déclaré que le conseil souhaitait favoriser la participation des médecins, il a mentionné très clairement que le conseil soutenait l'équipe de direction et sa démarche de gestion.

Un indice récent de la rupture des relations entre le personnel médical et la direction ainsi que les administrateurs du BCHS est une lettre que le président actuel de l'association du personnel médical a adressée au ministre de la Santé et des Soins de longue durée, au nom de l'association, en décembre 2016. La lettre a été rédigée pour soulever des « *préoccupations sérieuses concernant l'important recul de la qualité des soins, de la sécurité des patients, du moral du personnel, de l'engagement du personnel et des valeurs du milieu de travail à l'Hôpital général de Brantford* » [traduction]. Un certain nombre de préoccupations précises sont soulevées dans la lettre, notamment en ce qui touche le manque de clarté des rôles et des responsabilités, la gestion financière, le taux élevé d'attrition du personnel qualifié et l'inefficacité du leadership.

Cette lettre a été le point culminant de plusieurs tentatives infructueuses des membres de l'association du personnel médical pour communiquer leurs préoccupations et les préoccupations de leurs collègues à la direction et au conseil d'administration du BCHS. Notre enquête a permis de découvrir plusieurs lettres faisant état de préoccupations semblables qui avaient été rédigées par l'association du personnel médical ou des services en particulier et qui étaient adressées à la direction et/ou au conseil d'administration du BCHS. Au cours des nombreuses entrevues menées dans le cadre de la présente enquête, il est devenu évident que les préoccupations exprimées dans la lettre de décembre 2016 au ministre avaient fait l'objet d'une réflexion minutieuse et qu'en général, elles exprimaient les opinions de nombreux médecins et employés du BCHS et étaient compatibles avec bon nombre des constatations de l'équipe d'enquête et des consultants.

Les sondages sur la culture en milieu de travail menés au BCHS par Metrics@Work en 2013 et en 2016 ont fourni des données quantitatives sur la baisse du moral et sur le désengagement des médecins du BCHS. Le tableau 2 est un sommaire des résultats obtenus auprès des médecins provenant d'un échantillon de questions sur l'engagement tirées du plus récent sondage mené en 2016, comparés avec les résultats de 2013 et les niveaux de référence.

Tableau 2 : Échantillon de résultats obtenus auprès des médecins tirés de l'analyse menée par Metrics@Work en 2016

Facteur*	2016 Moyenne	2013 Moyenne	Écart 2013 > 2016	Niveau de référence externe**	
				Moyenne	% le plus élevé
Respect de la stratégie du BCHS (p. ex. « Je comprends clairement la mission et les valeurs du BCHS et de la stratégie True North »)	47,6 %	55,2 %	-7,6 %	69,1 %	74,9 %
Satisfaction à l'égard du conseil d'administration (p. ex. « le conseil d'administration peut s'acquitter de son rôle de façon compétente »)	38,3 %	51,6 %	-13,3 %	Données non disponibles	
Amélioration de la qualité au BCHS	39,3 %	64,4 %	-25,1 %	55,3 %	70,0 %
Je recommanderais à d'autres médecins d'exercer la médecine au BCHS	58,9 %	83,3 %	-24,4 %	71,4 %	83,9 %
Participation à la prise de décisions organisationnelles	39,3 %	64,0 %	-24,7 %	53,9 %	65,0 %
Satisfaction à l'égard de l'équipe de direction (p. ex. « Les médecins font confiance à l'équipe de direction »)	30,3 %	57,5 %	-27,2 %	53,1 %	70,1 %

* Un facteur est un élément du sondage qui est étroitement lié à l'engagement organisationnel et qui permet de prédire le niveau d'engagement; il peut correspondre à une question ou à un groupe de questions sur un sujet similaire.

** Les données sur le niveau de référence externe sont tirées de la base de données sur les médecins de Metrics@Work; les moyennes et les pourcentages les plus élevés des organisations externes sont présentés.

En tout, le sondage auprès des médecins du BCHS comportait 14 facteurs. La comparaison des données de 2013 et de 2016 révèle qu'en 2016, des diminutions de 7,8 % à 27,2 % ont été constatées dans les 14 facteurs. La plus importante diminution absolue a été enregistrée au chapitre de la satisfaction à l'égard de l'équipe de direction. La moyenne globale (moyenne obtenue dans l'ensemble des facteurs) est passée de 64,4 % en 2013 à 46,9 % en 2016, ce qui représente une diminution de 17,5 %. Une diminution de cette ampleur sur une période de 3 ans est très inquiétante.

Une autre préoccupation soulevée par un certain nombre de médecins porte sur la façon dont le système Risk Pro est utilisé. Risk Pro est un logiciel utilisé au BCHS pour signaler les incidents et en effectuer le suivi dans le cadre du programme de gestion de la qualité et des risques de l'organisation. Parmi les événements qui font l'objet d'un suivi, mentionnons les effets indésirables de médicaments, les chutes, les erreurs médicales et les infections du site opératoires. Ce logiciel sert également à décrire et à suivre les manques de respect en milieu de travail, les manquements au code de conduite ou les comportements qui représentent un risque pour soi et les autres. Malheureusement, le système est parfois utilisé de façon abusive, à un point tel que l'expression « Risk Pro » est devenue un verbe au BCHS et que lorsque des différends surviennent, les gens sont « Risk-Pro-isés » (« Risk Proed » en anglais), c'est-à-dire que leur comportement est décrit dans le système et désigné comme inadéquat ou perturbateur. Ce système est maintenant perçu par certains comme un outil d'intimidation à l'endroit des personnes qui expriment leur opinion.

Il faut manifestement rétablir les liens entre la direction et les médecins du BCHS. Il faudra des efforts soutenus et concertés pour favoriser la collaboration et la confiance entre les intervenants. Une étape de ce processus pourrait consister à revoir les valeurs de l'organisme et peut-être à énoncer des normes de comportement fondées sur ces valeurs. Il y a bien une politique sur le code de conduite (professionnelle) que les médecins doivent signer chaque année dans le cadre de leur processus d'accréditation; toutefois, le code en question est axé davantage sur des normes éthiques, juridiques et professionnelles que sur des comportements favorables à la collaboration au quotidien.

L'élaboration de valeurs communes et la création conjointe d'un énoncé de normes comportementales permettraient d'amener les intervenants à adopter un ensemble commun de principes de comportement, ce qui devrait être réalisé dans un cadre multidisciplinaire de manière à ce que les attentes en matière de comportement concernent toute l'organisation. Une fois ces normes élaborées, il serait important que tous les intervenants se tiennent mutuellement responsables de les respecter et mettent en pratique les valeurs communes de l'organisation.

Pour permettre à ces relations de sortir de leur impasse, la direction a tenté de mettre en place une entente (une charte ou un pacte) entre les médecins et l'administration qui décrirait les attentes et les responsabilités de chaque partie. Plusieurs modèles ont été proposés. Toutefois, les médecins n'ont pas participé aux discussions. Il est évident que cette entente ne pourra voir le jour sans un retour à la base permettant l'établissement d'un lien de confiance entre les parties.

Recommandations

40. Des mesures de base doivent être prises pour réparer les relations rompues entre la direction du BCHS et le personnel médical. Il est possible que ces mesures nécessitent une intervention extérieure.

41. L'organisation doit entreprendre une mise à jour de ses valeurs en collaborant avec ses intervenants. Les mots-clés des valeurs actuelles, soit *respect*, *qualité* et *responsabilisation*, ne semblent pas trouver un écho important au sein de l'organisation. Le processus de définition de nouvelles valeurs communes favorise la participation, ce qui devrait contribuer à établir des normes de comportement plus positives et axées sur la collaboration.
42. La culture du BCHS nécessite une attention immédiate, et il faudra déployer des efforts soutenus pour mettre en place un environnement de travail plus positif et axé sur la collaboration. Un aspect important de ce travail consistera à produire un énoncé qui définira un ensemble de principes de comportement. Il peut s'agir d'un pacte avec les médecins ou d'un énoncé qui englobe tous les intervenants de l'organisation. Le processus d'élaboration de cet énoncé serait très important, et une fois cet énoncé formulé, il serait primordial que tous les intervenants observent les principes adoptés.
43. À l'avenir, les principes fondamentaux de l'engagement des médecins devront toujours être mis en œuvre dans la planification de tous les processus pertinents pour les médecins et les soins cliniques. Ces principes sont bien décrits dans les ouvrages sur la gestion du changement et sont conformes aux stratégies d'engagement de tout groupe d'intervenants. Les stratégies clés comprennent une participation pertinente dès le début de la planification, l'établissement d'une relation de confiance dans chaque initiative, une communication franche et fréquente, la description claire des principes de prise de décisions (préciser que les suggestions seront toutes examinées, mais ne seront pas toutes mises en œuvre) de même que la reconnaissance des contributions et des réussites.

Direction médicale

Les médecins du BCHS ont clairement leur part de responsabilité dans le différend qui les oppose à la haute direction. À de nombreuses reprises, des représentants des médecins ont été invités à participer à des initiatives de planification ou d'amélioration de la qualité et ont refusé de le faire. Différentes raisons ont été invoquées pour justifier ces refus : manque de temps, mauvaise planification, impression que les suggestions ne seront pas prises au sérieux, impression qu'il ne s'agit tout simplement pas du travail d'un médecin. En plus des problèmes dans les relations entre le personnel médical et l'administration, des difficultés sont présentes entre les groupes de médecins et les services, de même qu'à l'intérieur de ceux-ci.

Selon le règlement du BCHS (1^{er} juin 2016), la surveillance de la qualité des soins fournis par le personnel médical, le personnel dentaire, les sages-femmes et le personnel infirmier de catégorie spécialisée relève des chefs, qui sont nommés par le conseil d'administration et qui ont la responsabilité de superviser les soins cliniques dans leur secteur, leur division ou leur service clinique. Le processus de nomination des chefs est défini comme suit : le conseil d'administration examine la recommandation du médecin-chef qui, à son tour, consulte les membres du secteur ou

de la division. Aux termes du règlement du BCHS, le mandat des chefs de secteur et de division est d'une durée de deux ans et peut être renouvelé une fois.

Les chefs exercent donc une responsabilité primordiale pour ce qui est de la qualité et de la sécurité des soins prodigués par le personnel professionnel qui relève d'eux. Le règlement du BCHS définit d'autres fonctions importantes des chefs, notamment l'orientation des nouveaux membres du personnel, la supervision de l'utilisation adéquate des ressources, la formulation de recommandations sur les besoins en ressources humaines médicales, la réalisation d'évaluations annuelles du rendement à l'égard des membres de leur secteur, l'établissement et le maintien de relations de travail efficaces et la participation aux activités de comités à la demande du conseil d'administration ou du médecin-chef.

Le BCHS compte dix chefs de secteur et neuf chefs de service, et la plupart d'entre eux ont été interrogés par l'équipe d'enquête. Il est frappant de constater qu'ils ont tous décrit de la même façon le processus de nomination au poste de chef; ils ont tous mentionné que c'était « leur tour » dans la rotation ou qu'ils avaient « tiré la plus courte paille ». En effet, dans certains secteurs, il y aurait en place une rotation selon laquelle les membres occupent à tour de rôle le poste de chef pendant deux ans. Ailleurs, certaines personnes occupent ce poste parce que personne d'autre n'accepte de le faire. Étant donné la disposition du règlement selon laquelle le chef de chaque secteur ou division doit demeurer en poste jusqu'à ce que son successeur soit nommé, certains chefs demeurent en poste bien au-delà de la fin de leur mandat de deux ans renouvelable à une reprise. Lorsque personne d'autre n'accepte de poser sa candidature au poste de chef, le titulaire demeure en poste indéfiniment.

Bien que le règlement du BCHS prévoie que le médecin-chef mène une évaluation annuelle du rendement de chaque chef de secteur, il ne semble y avoir aucun processus d'évaluation périodique en place.

L'exercice de la médecine se fait à l'intérieur d'équipes multidisciplinaires. Le rendement des chefs à titre de chefs multidisciplinaires de services et de programmes est très variable. Tandis que certains chefs sont très actifs, d'autres assistent rarement aux réunions de leurs équipes multidisciplinaires. Lorsqu'il est question de séances qui portent sur des processus importants ou sur la planification financière, certains chefs affirment qu'ils ne sont pas invités à participer. Dans d'autres situations, les chefs sont bel et bien invités, mais ne se présentent pas.

Il est intéressant de constater que certains chefs semblent se considérer comme des défenseurs des membres de leur secteur, et non comme les détenteurs d'une responsabilité fiduciaire fondamentale qui consiste à voir à ce que les services fournis par leur secteur répondent aux besoins des patients et des collectivités desservis par l'hôpital. Il s'agit en fait du rôle de l'association du personnel médical de défendre les intérêts et de soutenir les droits et les privilèges du personnel médical. Pourtant, c'est l'association du personnel médical qui soulève des préoccupations concernant la qualité des soins donnés à l'hôpital. Il peut s'agir d'un résultat de l'inefficacité du

comité consultatif médical et du conseil d'administration pour ce qui est d'exiger des chefs qu'ils s'acquittent de leurs responsabilités.

En échange de leurs services, les chefs de secteur reçoivent une allocation annuelle de 15 000 \$, à l'exception d'un chef, qui reçoit maintenant une allocation annuelle de 30 000 \$. Les chefs de service, pour leur part, reçoivent une allocation annuelle de 5 000 \$.

D'autres postes administratifs médicaux au BCHS relèvent des cadres de l'hôpital par l'intermédiaire de la structure de gestion. Il existe 14 de ces postes, auxquels se rattachent des allocations annuelles d'environ 10 000 \$ à 65 000 \$.

Nous ne saurions trop insister sur le fait qu'il est essentiel de compter sur le leadership d'un médecin de haut calibre pour assurer le bon fonctionnement d'un hôpital. Les médecins sont des membres clés des équipes des hôpitaux. Ils sont nommés par le conseil d'administration et ont l'obligation de fournir des soins médicaux qui correspondent à des normes élevées en la matière. Une grande partie des activités cliniques menées dans les hôpitaux découle de leurs décisions ou de leurs recommandations, et ils ont une énorme incidence sur l'utilisation des ressources des hôpitaux. Bien que l'exercice d'un leadership parmi les médecins ne se limite pas aux médecins qui occupent officiellement un poste de direction, il ne fait aucun doute que ces derniers doivent démontrer qu'ils sont de bons dirigeants.

Compte tenu de l'importance du leadership exercé par les médecins, le processus de recrutement des chefs au BCHS doit être grandement amélioré. Les rôles et les responsabilités des chefs doivent être précisés, et les chefs doivent rendre des comptes dans l'exercice de leurs fonctions. La structure organisationnelle des médecins devrait être revue, ce qui pourrait donner lieu à une rationalisation des postes de direction. Il sera probablement nécessaire de prévoir davantage de financement de manière à ce que les dirigeants médicaux disposent de plus de blocs de temps consacrés à la réalisation de leurs responsabilités.

Recommandations

44. Tous les postes de chef doivent faire l'objet d'un examen, et les rôles et responsabilités qui s'y rattachent doivent être clarifiés.
45. Dans le contexte d'un vaste examen de la structure organisationnelle, l'organisation des services médicaux doit également être examinée. Le nombre de chefs ayant des rôles accrus doit être limité. Il faut envisager d'établir le rôle combiné de chef (relevant du conseil d'administration par l'intermédiaire du comité consultatif médical) et de directeur médical (relevant de l'équipe de direction).
46. Il faut prolonger le mandat des chefs et ainsi établir un mandat de trois ans pouvant être renouvelé trois fois, ou encore un mandat de cinq ans avec la possibilité d'un renouvellement à une reprise à la suite d'un examen du ministère.

47. Le règlement qui définit le processus de sélection des chefs doit faire l'objet d'une révision et d'une mise à jour en profondeur. La recherche de chefs de secteur doit englober des candidats externes et internes, et ces possibilités d'emploi doivent être annoncées à grande échelle dès le début du processus. Le processus de sélection doit comporter un jury de sélection multidisciplinaire composé d'un membre du conseil d'administration, du président et chef de la direction, du médecin-chef ou de son remplaçant désigné, du chef de direction des soins infirmiers ou de son remplaçant désigné, de seulement deux ou trois médecins du service concerné, de médecins dirigeants d'autres secteurs, de gestionnaires et de directeurs ainsi que d'un représentant des patients.
48. La rémunération des chefs doit être examinée de manière équitable et transparente. Cette rémunération doit prévoir des blocs de temps mesurés en demi-journées qui permettront au médecin de s'acquitter de ses tâches de direction et d'administration.
49. Chaque chef doit faire l'objet, chaque année, d'une évaluation officielle du rendement. Cette évaluation doit inclure des observations du médecin-chef, de collègues médecins de l'intérieur et de l'extérieur du service visé ainsi que de membres du personnel infirmier et d'autres membres du personnel concernés.
50. Les chefs et les directeurs médicaux doivent collaborer avec leurs homologues de l'administration. Ils doivent fonctionner en paire et collaborer à la planification sur les plans clinique, opérationnel et financier de même que sur le plan des immobilisations.

Le programme d'hospitalistes

Puisque le programme d'hospitalistes du BCHS éprouve d'importantes difficultés, celui-ci a été examiné en profondeur dans le cadre de la présente enquête. Au BCHS, les hospitalistes prennent part aux soins offerts à la majorité des patients hospitalisés et assument le rôle de médecin traitant responsable auprès bon nombre de ces patients. Les membres de ce groupe sont, de façon générale, démoralisés et désillusionnés. D'ailleurs, bon nombre d'entre eux sont partis travailler ailleurs, ce qui laisse le BCHS aux prises avec une crise imminente concernant la dotation de son personnel médical. Il est impératif que le programme d'hospitalistes soit stabilisé au BCHS.

Les hospitalistes, selon tous les témoignages de leurs collègues médecins, fournissent un niveau de service semblable à celui des internistes généraux. La complexité des cas des patients qu'ils suivent à titre de médecin traitant responsable est très élevée. Cela étant dit, les hospitalistes sont formés en médecine de famille et ont essentiellement suivi un apprentissage en médecine interne au BCHS, en étant encadrés par leurs collègues plus expérimentés. Bien qu'il s'agisse d'un système admirable qui révèle le dévouement à l'enseignement et l'esprit d'équipe qui anime le groupe, il s'agit d'une

« solution de rechange » pour un modèle qui déborde maintenant largement les limites du concept ou de l'intention de départ.

D'un point de vue clinique, divers problèmes fondamentaux touchent le système d'hospitalistes dans sa forme actuelle :

- le nombre de patients suivis par chaque hospitaliste est trop élevé. Selon la norme de l'industrie, pas plus de 25 patients ne devraient être suivis par un même hospitaliste, et le nombre optimal serait plutôt de 20;
- la complexité des cas des patients dépasse souvent l'expérience et les compétences cliniques des hospitalistes. Le terme « augmentation progressive des besoins en soins aigus » désigne l'augmentation progressive de la complexité des cas des patients qui relèvent d'eux au cours de la dernière décennie. Les internistes devraient participer de beaucoup plus près aux soins des patients en médecine interne;
- les hospitalistes offrent des soins de médecin traitant responsable aux patients en chirurgie. Les hospitalistes fournissent essentiellement un service de personnel interne « gratuit » à la plupart des chirurgiens, qui ont ainsi transféré aux hospitalistes la plupart de leurs responsabilités cliniques concernant les soins aux patients internes. Les hospitalistes n'ont pas la formation requise pour agir à titre de médecin traitant responsable auprès des patients en chirurgie qui viennent d'être admis ou qui viennent de subir une chirurgie. Les hospitalistes peuvent fournir des conseils précieux et offrir des soins à des patients en chirurgie, en apportant leur soutien à titre de médecin-conseil et non de médecin traitant responsable, et ce, jusqu'à ce que les soins de ces patients fassent partie de la portée de leurs compétences et du champ d'activité qui s'y rattache;
- souvent, les médecins-conseils ne répondent pas dans la mesure souhaitée aux demandes des hospitalistes pour ce qui est de consulter les patients ou d'agir à titre de médecin traitant responsable auprès de ceux-ci, ce qui va à l'encontre du règlement actuel du BCHS;
- les médecins-conseils transfèrent parfois des patients pour qu'ils soient suivis par les hospitalistes sans avoir communiqué auparavant avec les hospitalistes ou sans avoir obtenu leur consentement. Cette pratique est également contraire au règlement de l'hôpital;
- certains hospitalistes embauchés récemment ou moins expérimentés sont dépassés par les responsabilités cliniques qu'ils doivent assumer. Il en est ainsi en raison du nombre de patients qu'ils doivent suivre et de la complexité clinique des cas de certains de ces patients. Auparavant, les hospitalistes en place « encadraient » les nouveaux médecins, mais le départ de nombreux médecins d'expérience et le recrutement de nombreux nouveaux hospitalistes diminue la

capacité du personnel chevronné d'encadrer et de superviser les nouveaux médecins.

Recommandations

51. Les hospitalistes ne doivent pas suivre plus de 25 patients à la fois. En outre, dans un délai de 6 mois, ce nombre doit être revu en fonction des besoins.
52. L'on doit confier au service de médecine interne la responsabilité (médecin traitant responsable) des patients qui sont traités au service de soins intensifs, à l'unité de soins aux patients en phase critique ou à une unité de soins courants, ainsi que des patients que les hospitalistes dirigent vers le service de médecine interne, le tout par l'intermédiaire d'une demande pour que les soins soient assurés par les internistes, ce qui peut nécessiter le recrutement de médecins supplémentaires au service de médecine interne.
53. Pour demander le transfert des soins de tout patient au service des hospitalistes, le médecin traitant doit transmettre une demande à l'hospitaliste et verser une note au dossier du patient au sujet du transfert (conformément au règlement actuel du BCHS). Chaque hospitaliste a le droit d'accepter ou de refuser le transfert en fonction de l'état clinique du patient et/ou du nombre de patients qu'il traite déjà.
54. Les patients admis au service des urgences par le service de médecine interne doivent être triés, et certains patients seront dirigés au service des hospitalistes lorsque les conditions décrites précédemment sont remplies.
55. Le médecin traitant responsable de tous les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale doit être un chirurgien. Des hospitalistes ou des internistes peuvent être consultés et appelés à fournir des soins de soutien dans le cas de problèmes médicaux qui ne font pas partie du champ d'activité du chirurgien. Toutefois, le chirurgien doit demeurer le médecin traitant responsable jusqu'à ce que le transfert des soins soit approuvé de la manière décrite précédemment.
56. Les problèmes et les différends qui découlent des transferts de soins et des modèles de consultation décrits précédemment doivent être communiqués aux chefs des secteurs concernés. Les problèmes qui ne sont toujours pas résolus peuvent être soumis au médecin-chef, au besoin.
57. Les soins palliatifs doivent faire partie du service des hospitalistes, qui collaboreront avec les médecins de famille souhaitant continuer à participer aux soins de ces patients.

58. Les hospitalistes peuvent servir de ressource de soutien au service de psychiatrie, de la manière décrite précédemment concernant le service des interventions chirurgicales.
59. Les services cliniques fournis par les hospitalistes doivent être inscrits dans les règlements du service visé d'une manière qui s'harmonise avec ce qu'énoncent les règlements des autres services. Ce document doit être présenté au comité consultatif médical aux fins d'approbation. Pour ce faire, on peut conclure une entente de services cliniques ou un protocole d'entente qui décrit en détail les attentes à l'endroit des hospitalistes.
60. Tout soutien financier du BCHS au service des hospitalistes doit être distinct de celui consacré aux services cliniques prévus dans les règlements du service.

La réduction de la portée et du volume des soins décrite dans les recommandations qui précèdent se traduirait par une diminution des besoins en hospitalistes équivalents temps plein.

Questions financières et administratives

Les taux actuels établis dans le cadre de l'Assurance-santé de l'Ontario pour le système de services ne suffisent pas à soutenir un service d'hospitalistes en Ontario parce que le barème de taux est depuis longtemps inadéquat pour les soins aux patients hospitalisés fournis par les médecins. D'ici à ce qu'un mécanisme de financement de rechange soit mis en place partout en Ontario pour les hospitalistes, les hôpitaux de l'Ontario devront continuer d'utiliser leurs budgets de fonctionnement pour soutenir leurs programmes d'hospitalistes.

Beaucoup d'hôpitaux exploitent les compétences particulières des hospitalistes (éducation, administration, initiatives d'acheminement des patients) et remboursent financièrement les hospitalistes pour leurs connaissances, leur temps ainsi que leur intérêt et leur engagement envers leur organisation. Le système de rémunération des hospitalistes du BCHS, bien qu'il soit adéquat en termes de revenu net pour ces médecins, n'est plus original ni « conforme à la norme ». Un modèle de remboursement différent pour les hospitalistes du BCHS est nécessaire pour voir à ce que l'hôpital maintienne sa viabilité financière.

Selon le Healthcare Indicator Tool (HIT), la rémunération du personnel médical et des infirmiers praticiens au BCHS représente environ 14 % des dépenses totales, alors qu'elle représente 9 % en moyenne dans les grands hôpitaux communautaires et dans l'ensemble de la province et qu'elle est de 7,5 % en moyenne dans le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant. La rémunération du personnel médical est supérieure de 4 millions de dollars aux recettes et aux recouvrements. Ces dépassements sont observés principalement dans les secteurs des hospitalistes (1,4 million de dollars en allocations de plus que la facturation), le service des urgences (0,9 million de dollars d'allocations et de salaires de plus que la facturation) et les allocations administratives (1 million de dollars). Traditionnellement, la méthode utilisée

pour favoriser la présence de médecins consistait à augmenter les allocations. L'examen des paiements effectués par les hôpitaux laisse croire que les consultations des médecins ne sont pas toujours comptabilisées correctement. De plus, il semble que le taux de recouvrement ait diminué au cours des dernières années en raison d'un changement du personnel qui prépare et soumet les factures aux responsables de l'Assurance-santé de l'Ontario.

Le BCHS devrait mettre en place un système de rémunération des hospitalistes qui, dans le cadre de contrats de consultation individuels, prévoit une allocation administrative pour la prestation d'un soutien administratif et de conseils au BCHS sur des questions comme l'acheminement des patients, la sécurité des patients, la participation aux « réunions éclair », l'éducation et la participation aux activités des comités de l'hôpital. Ce système désigne plus clairement les hospitalistes comme des entrepreneurs indépendants qui reçoivent des honoraires en échange de services directement de l'Assurance-santé de l'Ontario ainsi qu'une rémunération pour des services offerts sur demande de la part du Programme de permanence des services de garde. Chaque hospitaliste devrait alors effectuer sa propre facturation à l'Assurance-santé de l'Ontario et devrait assumer le coût d'un service de facturation, ce qui ferait en sorte que le BCHS n'aurait plus à assumer le coût de cette fonction administrative et n'aurait plus à se préoccuper de l'exactitude et de l'intégralité du codage, qui ont été remises en question par certains médecins et certaines données.

Les honoraires versés aux hospitalistes par le BCHS devraient satisfaire aux conditions d'un contrat qui ne comprend pas d'honoraires pour les soins directs aux patients. En établissant un coût quotidien par hospitaliste, le BCHS pourrait mieux prévoir les coûts du programme des hospitalistes et éliminer l'incertitude propre au système actuel. Dans ce mode de fonctionnement, les hospitalistes pourraient devoir facturer la TVH au BCHS.

Actuellement, les hospitalistes travaillent au BCHS sans avoir de contrat, ce qui devrait être corrigé le plus rapidement possible.

Recommandations

61. Les contrats des hospitalistes doivent être établis en priorité dans le cadre d'une collaboration entre les hospitalistes et l'administration. Il faut également planifier la gestion de ces contrats.
62. Le système de rémunération des hospitalistes doit être revu de manière à prévoir le versement d'une allocation administrative pour les responsabilités administratives qui ont été définies clairement. Les hospitalistes doivent facturer l'Assurance-santé de l'Ontario directement pour la partie de leur rémunération payée à l'acte et recevoir le financement requis du Programme de permanence des services de garde.
63. Compte tenu de la quantité de travail clinique effectuée par les hospitalistes, il faut envisager de créer un service de médecine hospitalière. Un chef de la médecine

hospitalière doit être nommé conformément au processus recommandé pour tous les chefs de secteur.

64. Un examen de la qualité du codage et des données doit être mené afin de garantir l'exactitude des données pour les médecins traitants responsables et, de façon générale, de favoriser l'échange de connaissances concernant la consignation d'information au dossier et la production de rapports, le tout afin d'augmenter le financement.

Le centre Willett

Au cours des dernières années, il a été abondamment question de l'avenir du centre de soins ambulatoires Willett (anciennement l'Hôpital Willett), où se trouvent le centre de soins d'urgence et certains services externes d'imagerie médicale du BCHS. Le BCHS loue également des locaux du centre à quelques organismes comme une Équipe Santé familiale. L'immeuble est âgé, et d'importants investissements de capitaux devront y être effectués pour qu'il continue de servir à la prestation de soins de santé. Une grande partie de l'immeuble est actuellement vacante.

Le centre de soins d'urgence est peu fréquenté, et par conséquent, l'hôpital a dû compléter le salaire des urgentologues qui y travaillent. La majorité des patients qui se rendent au centre de soins d'urgence présentent des troubles de faible gravité qui conviennent davantage à l'intervention de fournisseurs de soins primaires.

Le rapport d'EY est arrivé à la conclusion qu'il n'est pas envisageable de poursuivre l'exploitation du centre Willett et a recommandé la fermeture et le dessaisissement de l'installation. La vente de la propriété permettrait de recueillir d'importants capitaux; toutefois, la situation est compliquée parce que la fondation possède des fonds qui lui ont été légués et qui devaient servir précisément à la réalisation de projets au centre Willett.

Beaucoup d'habitants de Paris sont très attachés au centre Willett et militent pour qu'il demeure ouvert. Récemment, un groupe communautaire a proposé la création d'un centre de santé communautaire. Selon la proposition, le BCHS collaborerait avec d'autres fournisseurs de services de santé des secteurs public et privé pour créer un centre qui offrirait un ensemble de services.

Bien qu'il ne fasse aucun doute que l'état actuel du centre de soins ambulatoires Willett ne peut être maintenu, la présente enquête n'a pas pour mandat de recommander une stratégie optimale quant à l'avenir de cette installation. Il faut procéder à une évaluation exhaustive des options; l'équipe d'enquête a d'ailleurs appris qu'une telle analyse serait en cours. Cette évaluation devrait supposer une analyse de rentabilisation approfondie, une importante participation de la collectivité et l'exploration de partenariats qui pourraient permettre de répondre aux besoins en matière de soins de santé de la collectivité. Les plans concernant le centre Willett devraient s'inscrire dans les plans stratégiques et les plans de développement des immobilisations du BCHS.

Recommandation

65. Les plans concernant l'avenir du centre Willett doivent supposer une évaluation minutieuse des options et devraient faire partie des plans stratégiques et des plans de développement des immobilisations du BCHS.

Annexes

Annexe A – Mandat

ENQUÊTEUR SUR LE BRANT COMMUNITY HEALTHCARE SYSTEM

ENQUÊTER ET PRÉSENTER UN RAPPORT

1. L'enquêteur devra examiner des aspects de la gouvernance et de la gestion du Brant Community Healthcare System (BCHS) et produire un rapport à ce sujet.
2. L'enquêteur, au terme de son examen et de son évaluation, formulera des recommandations sur la qualité des soins, le rendement et les capacités, la situation financière, la gouvernance et la gestion du BCHS.
3. En menant cette enquête, l'enquêteur devra également :
 - examiner le statut des recommandations provenant de tous les rapports, études, stratégies et examens pertinents concernant la gouvernance et le fonctionnement du BCHS;
 - envisager les recommandations pertinentes tirées de rapports et les changements qui ont découlé de ces rapports;
 - examiner les recommandations de toute autre étude menée par des consultants, des hôpitaux ou des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui sont pertinentes pour la situation actuelle.
4. L'enquêteur assurera la liaison avec le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) et d'autres intervenants que l'enquêteur juge concernés.
5. L'enquêteur peut obtenir les ressources externes qu'il juge nécessaires.
6. L'enquêteur présentera au ministre de la Santé et des Soins de longue durée (le « ministre ») les rapports requis par le ministre.
7. Le ministère peut, de temps à autre, demander à la personne nommée de faire le point sur la progression de l'enquête. S'il y a lieu, la personne nommée discutera de questions liées à l'enquête avec le ministre, le sous-ministre, la sous-ministre associée (prestation et mise en œuvre) et la sous-ministre adjointe. La personne nommée peut également présenter un compte rendu au chef de la direction du RLISS et au président du conseil d'administration, au besoin.
8. L'enquêteur fournira au ministre un rapport final par écrit au plus tard le 15 juin 2017, et le ministre peut rendre public ce rapport après avoir retiré les renseignements personnels sur la santé; en outre, l'enquêteur doit aviser les parties interrogées que le rapport peut être rendu public. Le rapport final doit être présenté au président du conseil d'administration du BCHS.

Annexe B – Biographies des membres de l'équipe d'enquête

D^r Tim Rutledge – Enquêteur en chef

Le D^r Rutledge est président et chef de la direction de l'Hôpital général de North York depuis 2010 et a occupé différents postes de gestion et de direction au cours de sa carrière. Détenant une formation en médecine d'urgence, il a également été chef des services d'urgence, vice-président des affaires médicales et académiques, et président du comité consultatif médical de l'Hôpital général de North York. Le D^r Rutledge fait aussi partie de plusieurs conseils et groupes consultatifs en matière de santé, en plus d'être professeur agrégé au département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto et membre du Collège canadien des leaders en santé.

Dale Clement – Spécialiste en pratiques infirmières et professionnelles et en modèles de soins

M. Clement compte plus de 20 ans d'expérience dans le secteur des soins de santé, et depuis janvier 2015, il est le chef de la direction du Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington. Avant d'occuper ce poste, M. Clement a été chef de la direction de l'Hôpital Oakville des Halton Healthcare Services, chef des salles des urgences et de l'accès aux différents niveaux de soins du RLSS de Mississauga Halton, et a occupé des postes au Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington, au Centre d'accès aux soins communautaires de HNHB, au St. Peter's Health System et au Bayshore Health Services. M. Clement est président du conseil d'administration de l'Équipe de santé familiale OakMed, membre du conseil d'administration de l'Association canadienne de soins et services à domicile et de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario et président du comité des opérations de l'Alliance pour la santé du Wellington rural.

D^r Keith Greenway – Expert médical

Le D^r Greenway est un chef de file reconnu en médecine hospitalière et est actuellement hospitaliste en chef de l'Hôpital Joseph Brant. Auparavant, le D^r Greenway a occupé d'autres postes de direction; il a été notamment chef régional de la médecine hospitalière au Système de santé de Niagara, chef de la médecine d'urgence au William Osler Medical Centre et directeur du programme de résidence en médecine d'urgence à l'Université McMaster. Il est actuellement professeur agrégé clinique au département de médecine familiale de l'Université McMaster. Le D^r Greenway est cofondateur et directeur général de la société Emergency Solutions Incorporated, spécialisée dans les affaires juridiques médicales et les services de consultation auprès des organismes de soins de santé.

Ingrid Suurmann – Experte financière

M^{me} Suurmann est cadre en soins de santé; elle a travaillé dans plusieurs hôpitaux de l'Ontario et a été consultante auprès du secteur privé, du gouvernement et du secteur

des soins de santé pendant qu'elle était à l'emploi de Deloitte et de PwC. Elle a été vice-présidente des services généraux et directrice des finances à l'Hôpital général St. Mary de Kitchener, en Ontario, de 2011 à 2015. Pendant qu'elle travaillait à l'Hôpital général St. Mary, elle a collaboré avec le conseil d'administration et les comités de celui-ci à la planification stratégique de même qu'à la mise en place et à l'adaptation de la gestion électronique des documents. M^{me} Suurmann possède de l'expérience en leadership dans les domaines du capital humain, des finances, de la santé au travail, de l'ingénierie et du réaménagement, de la gestion des risques, des approvisionnements, de la planification stratégique et du développement des affaires. Depuis plus de six ans, elle fait partie du comité de la vérification et des finances de l'Hôpital de réadaptation pour enfants Holland Bloorview.

Michael Watts – Conseiller juridique

M. Watts est président du Osler, Hoskin & Harcourt's Health Industry Group, au sein duquel il agit également comme associé. Il est avocat général pour de nombreux clients publics et privés du secteur de la santé en ce qui concerne de nombreux sujets.

M. Watts possède en outre une vaste expérience dans la formulation d'avis complexes sur la réglementation qui permettent de garantir la conformité avec les lois fédérales et provinciales en matière de santé. Il a aidé plusieurs hôpitaux de l'Ontario à examiner et à mettre à jour leurs structures de gouvernance et leurs règlements administratifs, ce qui comprend la présentation de conseils sur les meilleures pratiques en matière de gouvernance aux superviseurs de dix associations d'hôpitaux. M. Watts a obtenu le titre IAS.A de l'Institut des administrateurs de société. Son travail a été reconnu chaque année depuis 2008 par Best Lawyers in Canada, et en 2014, il a obtenu le titre d'« avocat de l'année » décerné par Toronto Health Care. En 2015 et en 2016, M. Watts a été reconnu par Chambers Global pour son expertise concernant les lois canadiennes en matière de santé.

Ben Deignan – Gestionnaire de projet

M. Deignan est le directeur, Planification et intégration de la sous-région de Brant et Haldimand-Norfolk au Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant. Récemment, il a mené la réalisation à l'échelle de la province des efforts d'apport de modifications réglementaires et d'établissement de politiques concernant les services de soutien personnel. M. Deignan est titulaire d'une maîtrise en études sur la santé et en gérontologie de l'Université de Waterloo, et il est candidat à la maîtrise (gestion des finances et des services financiers) à l'Université McMaster. M. Deignan possède des expériences variées en recherche quantitative et qualitative et a publié de nombreux articles dans des revues avec comité de lecture au sujet de la communication sur la santé et de la littérature en matière de santé.

Annexe C – Entrevues et discussions de groupe menées

Type	Participants uniques*	Remarques
Entrevues	64	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les membres actifs du conseil d'administration • Direction de l'hôpital (cadres, responsables des flux de valeurs, chefs de groupe, chefs d'équipe) • Médecins dirigeants (dirigeants médicaux, chefs de secteur, cadres de l'association du personnel médical) • Politiciens locaux (maires, députés provinciaux) • Consultants externes actuels et antérieurs • Dirigeants du RLISS de HNHB
Groupes de discussion (10 en tout)	71	<ul style="list-style-type: none"> • « Interne » <ul style="list-style-type: none"> ○ Médecins ○ Chefs de groupe/d'équipe ○ Personnel infirmier ○ Ressources paramédicales ○ Personnel de soutien • « Collectivité » <ul style="list-style-type: none"> ○ Bande Six Nations of the Grand Rive ○ Mississaugas of the New Credit First Nation
Sondage en ligne – personnel hospitalier, bénévoles, médecins du BCHS	296	<ul style="list-style-type: none"> • Sondage ouvert du 19 mai au 2 juin 2017
Sondage en ligne – Membres de la collectivité	423	<ul style="list-style-type: none"> • Sondage ouvert du 19 mai au 2 juin 2017

Adresse de courriel confidentielle	36	• Sondage ouvert du 1 ^{er} avril au 31 mai 2017
Nombre total de personnes qui ont fourni des commentaires**	890	

* Certaines personnes ont été interrogées plus d'une fois.

** Certaines des personnes qui ont été interrogées ont aussi pu répondre à un sondage en ligne.

Annexe D – Documents examinés

Rapports d'agrément
Trousses d'assemblées générales annuelles
Rapports annuels
États financiers vérifiés
Trousses de réunion du conseil d'administration
Trousse d'orientation du conseil d'administration
Documents de recrutement du conseil d'administration
Matrices de compétences du conseil d'administration
Trousses des sous-comités du conseil d'administration
Règlements administratifs pertinents
Planification des immobilisations
Rapports de consultants (EY, CSI, Marsh)
Données du service des urgences
Stratégie budgétaire de l'hôpital
Plans d'amélioration de l'hôpital
Politiques de l'hôpital (p. ex. le code de conduite)
Plans stratégiques de l'hôpital
Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) et présentations de planification annuelle hospitalière (PPHA)
Rapports et recommandations de la Réforme du financement du système de santé (RFSS)
Descriptions de travail
Documents du RLISS – PSSS, PSSI, PAA
Indicateurs de rendement du RLISS
Procès-verbaux et politiques du comité consultatif médical
Règles du personnel médical
Données sur les incidents concernant les médicaments Organigrammes
Ententes de rémunération et contrats des médecins
Lettres des médecins
Résultats du sondage sur la satisfaction des médecins
Documents du bureau de gestion de projet Plans d'amélioration de la qualité
Cartes de pointage sur la qualité
Documents de réunion de l'équipe de direction
Rapports produits dans le cadre de l'Initiative de production de rapports par l'organisme
Résultats du sondage sur la satisfaction du personnel
Site Web externe du BCHS
Politique de dénonciation

Annexe E – Résultats du sondage en ligne de 2017 auprès du personnel et des médecins du BCHS

Question	Trois principaux thèmes relevés*	Prévalence des thèmes dans les réponses	Exemple
Au cours des deux dernières années ou de la dernière année, quel est l'élément de votre flux de valeurs, de votre secteur ou de votre service dont vous êtes le plus fier? 263 réponses	Travail d'équipe et collègues	52,1 %	« Le dévouement du personnel envers l'excellence soutenue des soins aux patients malgré le manque de ressources. »
	Amélioration continue de la qualité	14,8 %	« Je suis très fier de notre capacité à gérer l'acuité croissante des patients admis à notre étage. »
	Rien ou ne sait pas	12,2 %	« Je ne peux pas dire que je suis fier de quoi que ce soit concernant cette unité au cours des quatre dernières années. »
Quels sont les défis actuels? 288 réponses	Manque de personnel/ charge de travail lourde	42,9 %	« Nous n'avons pas assez de personnel. Nous devons trop nous éparpiller et devons nous contenter d'offrir le strict minimum. »
	L'équipe de direction manque de volonté pour prendre des décisions, de même que de soutien et de vision	13,9 %	« Le changement constant. La direction change constamment d'idée et ne comprend pas réellement mon rôle et mon travail. »
	Moral	12,5 %	« Réussir à continuer dans des conditions aussi hostiles. »
Quelles sont les initiatives en matière de qualité qui ont été prises au cours des deux dernières années? Quels sont les indicateurs que vous mesurez? 210 réponses	Rien/ne sait pas	47,1 %	« Je ne sais pas ce que nous mesurons actuellement. Nous tentons seulement de garder la tête hors de l'eau, et il est difficile de s'occuper de tâches "intéressantes" comme les initiatives en matière de qualité lorsque nous avons du mal à offrir des soins adéquats aux patients. »
	« L'amélioration continue »	5,3 %	« L'examen continu des normes organisationnelles dans presque tous les aspects des soins »
	Désignation d'au moins une initiative en matière	47,6 %	« Il y a beaucoup trop d'initiatives en matière de qualité pour qu'on puisse les énumérer – mesures du plan

	de qualité		d'amélioration de la qualité, projets du bureau de gestion de projet, soins multidisciplinaires, procédures fondées sur la qualité, mesures délicates sur le plan clinique, sondage sur l'engagement. »
Comment décririez-vous le fonctionnement et la culture de votre équipe? 279 réponses	Climat positif ou bon travail d'équipe	40,9 %	« Nous travaillons très bien ensemble. Nous sommes comme une famille. »
	Neutre (positif et négatif)	26,1 %	« Nous travaillons bien, mais le personnel est découragé de la charge de travail et des journées de maladie constantes. »
	Négatif ou mauvais fonctionnement de l'équipe – Les raisons les plus courantes pour expliquer le climat négatif sont le stress et le moral peu élevé	32,7 %	« Le personnel est très mécontent et n'est pas bien traité du tout par la direction. »
De quelle façon l'organisation a-t-elle changé depuis votre arrivée? 279 réponses	Moral peu élevé, peu de reconnaissance, faible satisfaction du personnel	34,4 %	« Le personnel ne se sent pas valorisé par l'organisation, en particulier les employés de soir et de nuit. »
	Les changements à grande échelle ne sont pas bien planifiés ni mis en œuvre	20,7 %	« Introduction des flux de valeurs – les membres de la direction sont congédiés, puis réembauchés en ayant un nouveau titre... ce qui fait diminuer le moral. Aussi, personne ne semble savoir sur le terrain ce que font tous ces chefs de groupe, chefs d'équipe et responsables de flux de valeurs. »
	Gestion inefficace	12,7 %	« L'hôpital semble mal géré en ce qui concerne son financement. »
Quelles sont les améliorations qui pourraient être apportées au BCHS? 269 réponses	Niveaux de dotation adéquats	30,5 %	« Il faut établir des niveaux de dotation adéquats qui permettent de garantir la sécurité. »
	Il faut établir une relation de confiance avec l'équipe de direction et le conseil d'administration	19,3 %	« À l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation, personne ne fait confiance à l'équipe de direction ni au conseil d'administration actuels. »
	Il faut améliorer la planification et l'engagement dans l'ensemble de	16,4 %	« La direction doit vraiment écouter le personnel pour déterminer comment atteindre ces priorités, puis mettre en œuvre les mesures

	l'organisation	choisies... quelques réussites pourraient inverser le processus de détérioration de la culture. »
--	----------------	---

*Méthode : Une analyse thématique a permis de relever le thème central de chaque réponse qualitative. Lorsque plus d'une question a été énumérée, la première question a été considérée comme la question ayant la plus haute priorité et a donc été attribuée à cette catégorie. La fréquence de chaque thème clé a ensuite été calculée et convertie en pourcentage des réponses totales.