

La remise sur pied de l'Hôpital pour son personnel et la collectivité

Rapport du superviseur
Hôpital Hôtel-Dieu Grace
J. Kenneth Deane

Présenté à
l'honorable Deb Matthews
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Le 3 juillet 2012

Rapport final

Table des matières

Introduction et résumé	3
Contexte	6
Évolution organisationnelle chronologique	9
Sommaire des principales activités	10
Principaux résultats atteints	11
<i>A. Renouveau et renforcement des capacités de leadership durable</i>	<i>11</i>
<i>B. Revitalisation de la culture et de l'engagement</i>	<i>17</i>
<i>C. Amélioration des activités hospitalières et cliniques</i>	<i>18</i>
Enquête provinciale : chirurgie et pathologie	20
Examen externe du service de cardiologie	20
Conclusion	20
Annexes	22
<i>Annexe 1 – Décret et cadre de référence</i>	<i>23</i>
<i>Annexe 2(a) – Cadre de référence de l'Enquête sur les problèmes de chirurgie et de pathologie</i>	<i>25</i>
<i>Annexe 2(b) – Mise à jour – Enquête sur les problèmes de chirurgie et de pathologie</i>	<i>26</i>
<i>Annexe 3 – Mise à jour – Rapport sur le service de cardiologie</i>	<i>27</i>

Introduction et résumé

Le 5 janvier 2011, j'ai été nommé par décret superviseur des Religieuses hospitalières de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Joseph du diocèse de London (l'« Hôpital Hôtel-Dieu Grace » ou l'« Hôpital »). À titre de superviseur, j'exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration, de ses dirigeants et de ses membres conformément à la *Loi sur les hôpitaux publics*. Le texte du décret (en anglais) et du cadre de référence de mon mandat se trouvent à l'Annexe 1.

Mon mandat consistait à déterminer et à mettre en œuvre les changements nécessaires à la gouvernance, à l'organisation, au fonctionnement et à la culture de l'organisme afin de résoudre les problèmes de chirurgie et de pathologie évoqués par les enquêteurs provinciaux dans leur rapport de juillet 2010, ainsi que ceux identifiés par l'examen externe du service de cardiologie. La difficulté suivante a notamment été cernée :

« [...] relations improductives persistantes [...], lesquelles se caractérisent par un manque alarmant de respect entre les directeurs médicaux, les cadres supérieurs et le conseil d'administration. »

Ma nomination a suivi une période difficile pour l'Hôpital, alors qu'il devait traiter sur la place publique d'un certain nombre de problèmes graves, parmi lesquels un meurtre doublé d'un suicide, des erreurs médicales, des erreurs de pathologistes ayant occasionné le déclenchement d'une enquête sur les services de chirurgie et de pathologie, un examen externe du service de cardiologie, un cas de fraude au département des finances, le licenciement d'un vice-président qui a donné lieu à une poursuite de 6,3 millions de dollars contre l'Hôpital et certains de ses employés, l'annonce par le ministère de la nomination d'un superviseur provincial, le retrait du président du conseil par l'organisme parrain, et enfin la démission subséquente d'un membre du conseil d'administration.

Peu après mon arrivée à l'Hôpital, il m'est clairement apparu que le manque de confiance et de respect entre les principaux dirigeants et la culture créée par le contexte décrit ci-dessus étaient essentiellement le résultat du manque de définition claire des rôles par rapport à la reddition de comptes. À mon avis, l'absence de responsabilités clairement définies, comprises et acceptées a produit de vains conflits qui dressent fréquemment les membres du conseil, de la direction et du comité médical consultatif les uns contre les autres. Ces heurts constants ont alors mis la direction dans l'incapacité de gouverner et de gérer l'Hôpital dans les conditions complexes et exigeantes qui prévalent de nos jours. Pour mieux comprendre les difficultés auxquelles est confronté l'Hôpital et les possibilités de les surmonter, j'ai rencontré un large éventail de personnes et de groupes, j'ai participé à maintes réunions, j'ai observé des interactions et des comportements, et j'ai étudié le rendement de l'établissement.

Composé de personnes qualifiées et compétentes, le conseil n'a toutefois pas réussi à travailler en équipe ou selon des modalités favorables à la prise de décision efficace. La deuxième édition du manuel « *Guide to Good Governance* », publié par le Governance Centre of Excellence et par l'Ontario Hospital Association, affirme qu'il incombe à un conseil d'administration de créer une culture de bonne gouvernance. Une telle culture donne l'exemple d'un comportement constructif fondé sur un ensemble commun de valeurs, de croyances et de normes qui favorisent la bonne gouvernance. Pour cela, il faut comprendre que « la gouvernance est une activité d'équipe entre des personnes ayant différentes expériences, compétences et façons de faire. Par conséquent, elle doit préconiser un dialogue ouvert et constructif, l'expression des divergences dans le respect des opinions de chacun, la recherche de consensus et l'orientation sur les

meilleurs intérêts de l'organisation » [traduction]¹. C'est justement une telle culture de bonne gouvernance qui fait défaut à l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace. Le secteur hospitalier de l'Ontario a évolué vers le recrutement d'administrateurs en fonction de leurs compétences et expériences, mais il n'a pas suivi le mouvement du secteur privé vers les pratiques d'évaluation par les pairs et, au besoin, le renvoi d'administrateurs non performants dont l'impact n'est pas à négliger.

Les vastes pouvoirs de réserve réservés aux membres nommés à l'interne ont créé une confusion quant au rôle, aux responsabilités et aux obligations redditionnelles du chef de la direction vis-à-vis du conseil. Néanmoins, cela ne dégage en rien le chef de la direction de sa responsabilité à l'égard du ton à donner pour les cadres supérieurs ainsi que du développement d'une équipe hautement performante. Ce n'était pas le cas à l'Hôpital, où la haute direction ne formait pas vraiment une équipe et fournissait des efforts inefficaces. Elle rassemblait des individus qui, au mieux, travaillaient à contre-courant et, au pire, étaient franchement à l'œuvre les uns contre les autres. Les conflits entre les cadres supérieurs et la tolérance visible à l'égard de comportements non professionnels ont miné la crédibilité et l'autorité de la haute direction. En outre, cela a profondément et négativement affecté l'ensemble de l'équipe de gestion et de la culture de gestion. En conséquence, force est de constater un manque d'alignement et de confiance, une communication insuffisante et inefficace, et la crainte de représailles pour ceux qui s'exprimaient. La haute direction semblait s'affairer à toute sorte d'initiatives concurrentes et être incapable d'apporter les changements stratégiques ou opérationnels qui s'imposaient.

Le comité médical consultatif ne semblait saisir ni ses fonctions et responsabilités, ni celles du conseil d'administration. En outre, il ne paraissait pas comprendre sa responsabilité et sa capacité par rapport à la surveillance du rendement du personnel professionnel. Il est également apparu que le comité médical consultatif ne se considérait pas comme un acteur important de la direction générale et de l'orientation de l'Hôpital, et n'était pas considéré comme tel non plus.

À mon avis, la culture confessionnelle impartie à l'établissement par le commanditaire catholique et par l'Armée du Salut a été et demeure bénéfique pour la prestation de soins de qualité à l'Hôpital. C'est la culture de la direction qui est en cause, et malgré les précédentes observations déjà faites à l'interne comme à l'externe, la remise sur pied de cette culture ne semblait pas susciter grand intérêt. La direction passait sous silence ou n'abordait pas vraiment les problèmes culturels, ce qui nuisait à son aptitude à relever la récente prolifération de défis d'une manière productive et solidaire. L'Hôpital manquait d'une stratégie culturelle cohérente, globale et intégrée. Malgré l'existence d'enjeux et de « points névralgiques » culturels au sein de l'établissement, ils n'étaient pas abordés de façon systémique.

La plupart des événements à l'Hôpital pourraient se produire dans n'importe quel établissement, mais celui-ci n'avait ni la capacité de leadership, ni la cohésion organisationnelle, ni la culture qui lui permettait d'y remédier. Au fond, l'Hôpital souffrait d'un manque de leadership caractérisé par une incapacité à s'unir pour faire face aux problèmes, et un manque de focalisation sur les relations qui signifie que lui et ses dirigeants ne bénéficiaient d'aucun des soutiens internes et externes qui leur auraient permis de résoudre des problèmes épineux. L'impact cumulatif des difficultés vécues par le personnel de l'Hôpital a été de saper la confiance à l'égard des capacités de la haute direction.

Le rapport présente le travail accompli dans le cadre de l'exécution de mon mandat de superviseur afin de stabiliser l'Hôpital, de renforcer les capacités de leadership et d'établir des relations de confiance respectueuses entre les membres de l'équipe de direction et d'amorcer un processus visant à rétablir la confiance du public et du personnel envers l'établissement.

Mon approche était basée sur les prémisses suivantes :

- La confiance du public suit la perception du public

¹ Governance Centre of Excellence et Ontario Hospital Association, *Guide to Good Governance*, 2^e édition, 2011

- La perception du public suit la performance de l'Hôpital
- La performance de l'Hôpital suit un leadership fort, une culture organisationnelle saine, et un fonctionnement hospitalier et clinique efficace.

Par conséquent, nous devons donner le ton au sommet, bâtir de l'intérieur et nous concentrer sur les trois résultats suivants :

1. Le renouvellement et le renforcement de capacités de leadership durables.
 - a. La structure de gouvernance
 - b. Le conseil d'administration
 - c. La haute direction
 - d. La direction médicale
2. La revitalisation de la culture et de l'engagement.
3. La bonification des activités hospitalières et cliniques.

À la suite de ces changements, je crois que la capacité de l'Hôpital de répondre aux événements difficiles a déjà été renforcée. Pour s'en convaincre, mentionnons que le conseil consultatif, les cadres supérieurs et les responsables médicaux ont répondu d'une manière cohérente, coordonnée et solidaire à un récent événement malheureux.

Je suis reconnaissant d'avoir pu bénéficier de la collaboration et du soutien de plusieurs personnes au sein de l'établissement au cours des 18 derniers mois. Individuellement et en groupes, ces personnes m'ont fait des commentaires et des suggestions et ont identifié des possibilités d'amélioration. L'ouverture et la réactivité manifestées à l'échelle de l'établissement démontrent le vif intérêt qu'on nourrit envers sa destinée. J'ai demandé au conseil d'administration de demeurer dans un rôle consultatif pour me donner accès à la perspective de la communauté et à la mémoire organisationnelle, pour m'aider à mieux connaître les administrateurs, et pour éviter une autre perturbation majeure source de distraction.

J. Kenneth Deane

Contexte

La mission catholique

L'Hôpital Hôtel-Dieu Grace (HHDG) est un établissement hospitalier de confession catholique qui, en tant que tel, est parrainé. À l'origine l'HHDG l'était par les Religieuses hospitalières de Saint-Joseph, mais, en 2006 la congrégation a cédé ce parrainage à l'organisme Santé Catholique Internationale (CHI). Ce parrainage est constitué en vertu du droit civil et établi comme « personne juridique publique » en vertu du droit canon. Ce parrainage perpétue l'identité catholique des établissements de santé qui est conférée par l'Église catholique, permettant aux activités de demeurer conformes à la mission et aux valeurs des fondateurs. En tant que parrain, Santé Catholique Internationale est directement responsable devant le Vatican de s'assurer que ces établissements, dans leurs activités et leur esprit, reflètent adéquatement les indicateurs de l'identité catholique. Le rôle du conseil d'administration de l'établissement, en plus de respecter les exigences légales et morales relativement à la prestation des soins de santé en Ontario, est de veiller à se conformer à la philosophie, à la mission et aux valeurs catholiques dans les activités et la gouvernance de l'organisme. La structure interne de l'Hôpital diffère de celle des hôpitaux publics en ce que les membres de la société sont des administrateurs de Santé Catholique Internationale.

Rapport de l'enquêteur²

Le cadre de référence de l'examen et un résumé reprenant les recommandations de l'enquêteur forment l'Annexe 2. Dans mon rapport, je tiens à souligner les commentaires de l'enquêteur qui touchaient de près mon mandat :

« Des relations respectueuses fondées sur la confiance entre la direction médicale, la direction de l'Hôpital et les membres du conseil d'administration sont essentielles au bon fonctionnement, à la qualité et à la sécurité des soins de l'Hôpital. Au cours de l'étude, l'équipe a été mise au fait de relations improductives persistantes à l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace, lesquelles se caractérisent par un manque alarmant de respect entre les directeurs médicaux, les cadres supérieurs et le conseil d'administration. Bon nombre de ces relations malsaines semblent durer depuis plus d'une décennie. L'équipe a également entendu de nombreuses histoires illustrant à quel point les mauvaises relations entre les cadres supérieurs des divers échelons de l'organisation avaient engendré des pertes considérables en temps et en énergie, et qu'elles avaient fait place à une culture malsaine qui, à certains moments, se caractérise par un manque de confiance et de respect. Généralement, la direction médicale et la direction de l'Hôpital ne se sentent pas épaulées l'une par l'autre. Certains directeurs de services médicaux se sentent exclus du processus décisionnel et ont l'impression que la direction médicale est prête à prendre des décisions unilatérales sur des questions qui concernent le personnel médical sans les consulter préalablement. Des directeurs de services médicaux sont également préoccupés par l'inobservation du processus prévu. L'équipe reconnaît que l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace a connu un important roulement du personnel au cours des dix dernières années. Bien que certaines tentatives récentes visant à améliorer les relations aient été couronnées d'un certain succès, l'équipe est d'avis que l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace doit déployer des efforts considérables pour favoriser de meilleures relations. Ces efforts sont essentiels au développement d'un programme d'amélioration de la qualité applicable à l'ensemble de l'Hôpital. »

² Rapport des enquêteurs sur les problèmes de chirurgie et de pathologie dans trois hôpitaux du comté d'Essex : L'Hôpital Hôtel-Dieu Grace, L'Hôpital Memorial du district de Leamington et L'Hôpital régional de Windsor – Juillet 2010

Examen du service de cardiologie³

Les questions culturelles concernant l'établissement ont également été soulevées par une étude externe du service de cardiologie qui avait été commandée par l'Hôpital en 2010. Les examinateurs avaient conclu que :

« Les membres de l'équipe d'examen n'ont jamais vu un milieu de travail et un contexte relationnel aussi inquiétants dans un établissement de soins. Le conflit a commencé sous forme d'une discussion entre certaines personnes sur l'utilisation des ressources hospitalières; ces enjeux se posent fréquemment dans tous les hôpitaux et groupes de médecins. Ils sont normalement résolus par la discussion, la négociation et le compromis. La résolution réussie dépend de plusieurs facteurs : le leadership impartial et efficace, le respect professionnel, des processus appropriés, la transparence et la flexibilité, l'effort sincère de comprendre d'autres points de vue, la capacité de voir les avantages à long terme des compromis à court terme, et la distinction entre les priorités personnelles et les responsabilités de l'organisme. Tous ces facteurs manquaient ici à un degré frappant. »[traduction]

Les examinateurs ont exprimé leur préoccupation au sujet de : (a) la fonctionnalité actuelle du comité médical consultatif dans son rôle en tant qu'organe consultatif auprès du conseil d'administration sur des questions relatives à la qualité de la pratique médicale, et (b) la confusion perçue entre les rôles et les responsabilités du conseil d'administration, de la haute direction et de la direction médicale de l'Hôpital.

Autres préoccupations concernant la culture

En 2010, la direction de l'unité de soins intensifs a demandé la formation d'une équipe d'encadrement. Les conditions qui menèrent à cette demande comprenaient : l'augmentation de la gravité des cas et du nombre de patients, conjuguée au roulement chez les cadres supérieurs et intermédiaires, un manque de leadership et de cohésion des médecins, ce qui a eu pour conséquence que des infirmières géraient les soins intensifs au jour le jour; des changements constants qui stressaient l'unité de soins intensifs étant donné le manque de fondement stable; et l'insatisfaction du personnel qui reflétait le faible moral de l'unité. L'équipe d'encadrement a reçu 142 plaintes et problèmes de la part du personnel. L'unité a été décrite comme ayant perdu son esprit d'équipe; la confiance ne régnait plus nulle part, l'orientation des soins sur les patients était défailante, et le personnel partait pour des secteurs où les cas étaient moins graves et qui offraient une meilleure ambiance.

Des problèmes avaient été également identifiés en 2008, lorsque l'Hôpital avait engagé un tiers pour procéder à une analyse FFPM/risque auprès des principaux intervenants internes et externes. Deux grands enjeux ont émergé de cette recherche. Le premier était celui de l'incohérence dans la façon dont l'Hôpital offrait ses services dans un certain nombre de domaines. Par exemple, le service client, l'orientation sur le patient, la communication par les fournisseurs de soins aux patients et aux familles, la salubrité des lieux, la compassion et l'empathie et l'efficacité des procédures ont été perçus comme mis en œuvre de manière incohérente. Le deuxième enjeu montrait que malgré la présence de la haute technologie, la qualité des contacts demeurerait insuffisante. L'Hôpital a généralement reçu des notes élevées pour la technologie, le processus « Lean », le traitement médical de pointe et les véhicules de communication officiels. Cependant, il a obtenu des notes insuffisantes quant à la prestation de soins de haut contact centrés sur le patient et l'atmosphère de travail. Il ne semble pas que l'Hôpital ait été en mesure d'exécuter efficacement un plan durable pour répondre à ces préoccupations.

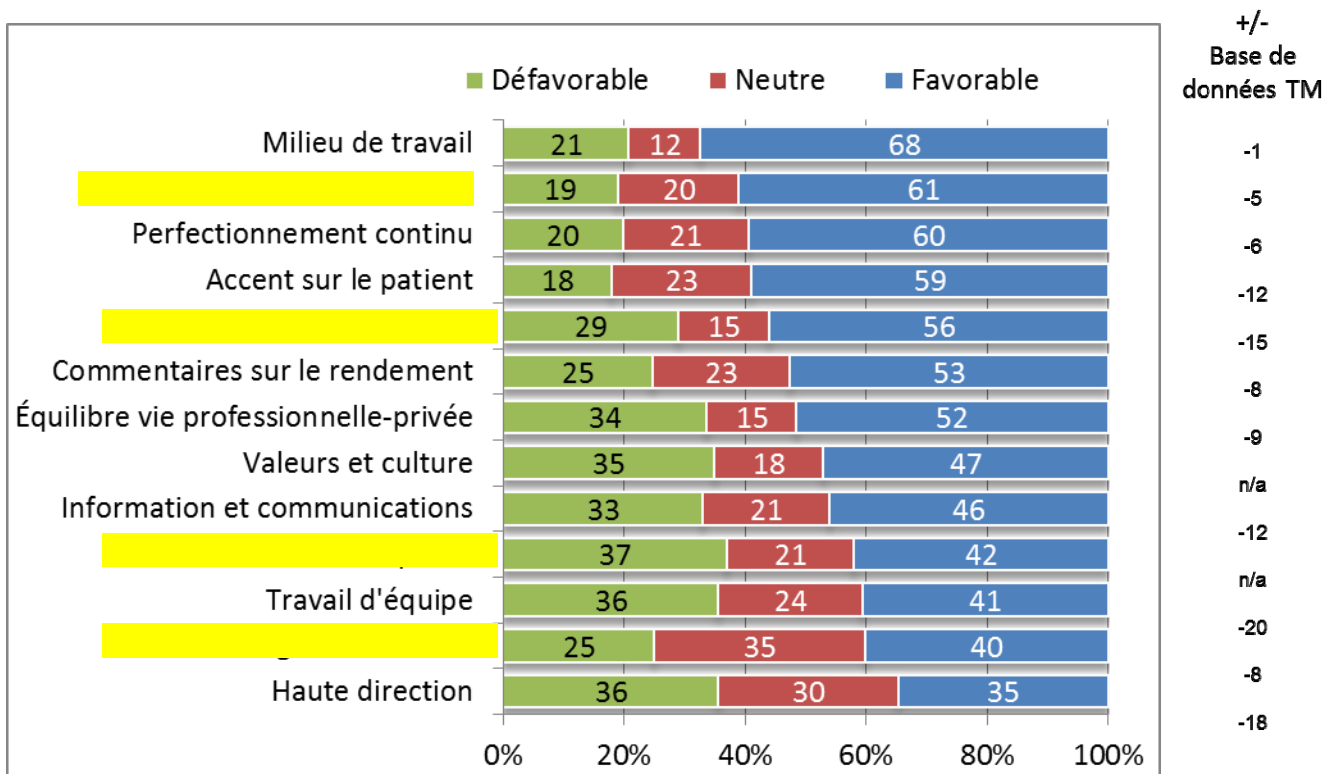
³ Examen du service de cardiologie, 8 juin 2010.

En janvier 2011, j'ai reçu une lettre de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIO), dans laquelle cet organisme indiquait que : « une culture de la négativité règne dans le milieu de travail, il y a un manque de respect et de la communication de la direction à l'égard des infirmières et infirmiers; un volume élevé et un nombre croissant de formulaires d'inquiétude concernant la charge de travail et la responsabilité professionnelle ne sont pas pris au sérieux par la direction de l'Hôpital; un volume élevé de griefs et d'arbitrages — les problèmes de relations de travail sont laissés trop longtemps à s'envenimer, produisant des complications inutiles. »[traduction].

À ma demande, le directeur des ressources humaines, le gestionnaire de la santé-sécurité au travail et le défenseur de la sécurité au travail ont préparé une évaluation organisationnelle. Cette évaluation a identifié ce qui suit : le manque de responsabilité uniforme pour une conduite qui va à l'encontre de nos valeurs, le manque d'une culture de justice, le manque de priorité donnée à la sécurité, la perception que l'équipe de direction ne fonctionne pas comme une équipe soudée et, éventuellement, un environnement de travail malsain; manque d'un leadership fort et cohérent, et trop de changements sans soutien, direction ou plan adéquat pour les gérer.

Pour aider à acquérir une compréhension de l'image de l'Hôpital dans la communauté, un tiers (Pollara) a été engagé en vue de sonder les membres de la collectivité. Cette enquête a été menée du 16 au 27 juillet 2011. Elle comprenait des membres de la communauté qui avaient utilisé les services dans l'un des trois hôpitaux ainsi qu'un petit échantillon de résidents qui n'avaient pas utilisé les services hospitaliers au cours des deux années précédentes. Le sondage téléphonique auprès de 1 200 personnes a été réalisé auprès d'un échantillon représentatif des zones desservies à Windsor et dans le comté d'Essex en vue d'obtenir des opinions représentatives de membres du public de 18 ans et plus. Le sondage a révélé que l'écart important entre ce que les gens attendent et ce qu'ils croient sur l'HHDG concerne la confiance que l'HHDG s'efforcera de fournir les meilleurs soins qu'il soit possible de recevoir. Quatre-vingt-sept pour cent (87 %) des répondants (dont 54 % fortement) pensent que c'est l'élément le plus important que les gens attendent d'un hôpital, tandis que 66 % des personnes interrogées (dont 26 % fortement) estiment que l'HHDG offre cet attribut. De l'avis de Pollara, l'évolution de cette perception en particulier sera importante pour l'amélioration des perspectives sur la qualité des soins à l'HHDG. Les principaux facteurs qui influent sur la perception sont une expérience personnelle de bons soins, le service, le personnel et l'équipement. Fait à noter, 45 % des personnes interrogées estiment que la haute direction a géré l'Hôpital de manière efficace.

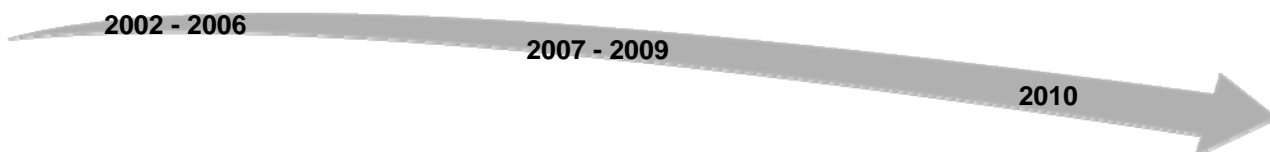
En reconnaissance du fait que la culture est le fondement d'une organisation très performante, j'ai engagé un tiers (Talentmap) pour procéder à un sondage sur l'engagement culturel et celui du personnel en mai-juin 2011. L'enquête a eu un taux de participation du personnel de 38 % et un taux de participation global de 33 %. Selon l'enquête, le niveau d'engagement du personnel était de 56 %, à savoir 10 % sous la moyenne de base des données du fournisseur. L'enquête a également porté sur 13 dimensions de la performance par rapport auxquelles l'Hôpital a obtenu une note inférieure à la moyenne de la base de données. Six dimensions ont attiré moins de 50 % de réponses favorables : les valeurs et la culture, l'information et la communication, le climat, le travail en équipe, vision de l'organisation; les hauts dirigeants. Les soins infirmiers ont obtenu des notes nettement inférieures à toutes autres les professions dans toutes les dimensions de l'enquête.



Une enquête précédente menée par NRC Picker (Canada) en 2007 a donné des résultats similaires. L'HHGD a obtenu des résultats inférieurs à la moyenne d'ensemble de tous les hôpitaux sur des indicateurs clés tels que : la satisfaction par rapport au lieu de travail; l'expérience de travail des employés, la communication, la participation à la prise de décision, le retour sur le rendement et le respect et la reconnaissance.

Évolution organisationnelle chronologique

La chronologie qui suit sert à identifier quelques-uns des principaux événements des dix dernières années.



2002

- Nomination d'un nouveau chef de la direction
- Le ministère publie le rapport de l'examen opérationnel de 2001 et les recommandations afférentes
- L'Hôpital a d'importantes difficultés financières dues à des années de déficits d'exploitation et aux dépenses en immobilisations

2006

- Grande réorganisation de la direction intermédiaire
- Relation hiérarchique des chefs de soins infirmiers (cadres intermédiaires) passe de v.-p. à chef de la direction
- Rapport interne publié sur la mort de l'infirmière Lori Dupont
- Embauche de chefs d'unité de soins infirmiers

2010

- Erreurs médicales et pathologiques identifiées
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée lance une enquête sur la chirurgie et la pathologie
- Examen externe du service de cardiologie
- Publication, par le ministère de la Santé, du rapport assorti de 19 recommandations
- Le ministère nomme un facilitateur pour aider à l'application des

2003

- Plan de redressement mis en œuvre
- Fermeture de la maison de soins infirmiers Villa Maria

2004

- Départ du chef de la direction; nomination d'un remplaçant par intérim
- Nouveau chef de la direction embauché

2005

- Décès de l'infirmière Lori Dupont sur le site de l'Hôpital
- L'AIIO dépose un grief pour milieu de travail dangereux
- Le ministère du Travail procède à une inspection et diffuse une ordonnance
- Nomination interne du v.-p. Affaires cliniques
- Élimination du poste de directeur médical

2007

- Enquête du coroner sur l'assassinat
- Affaire civile en instance

2008

- Départ du chef de la direction; nomination d'un remplaçant par intérim
- Règlement du grief de l'AIIO sur la cadence dangereuse

2009

- Réduction du nombre de chefs d'unité en raison de problèmes budgétaires
- Nouveau chef de la direction embauché

recommandations du rapport sur la chirurgie et la pathologie

- Changements dans la direction
 - Démission du v.-p. Services de soutien clinique
 - Départ du v.-p. Opérations et services cliniques; et v.-p. Affaires cliniques
 - Départ du v.-p. Communication / ED Fondation et litige de 6,3 millions de dollars
- Départ du chef de la chirurgie
- Fraude au département des finances
- Le ministère annonce son intention de nommer un superviseur pour administrer l'Hôpital
- Retrait du président du conseil par l'organisme parrain
- Démission d'un membre du conseil

Sommaire des principales activités

Janvier à mars 2011

- Nomination d'un superviseur par décret le 4 janvier 2011
- Rencontre avec conseil d'administration, haute direction, CMC, équipe de direction et dirigeants syndicaux pour expliquer le rôle du superviseur
- Demande au conseil de conserver un rôle consultatif
- Mise en place de réunions mensuelles distinctes avec les cadres intermédiaires et inférieurs, ainsi que de réunions bimensuelles avec les dirigeants syndicaux
- Tenue d'une réunion générale, établissement d'un forum mensuel de communication pour tout le personnel de gestion, formation d'un « comité des opérations » pour traiter des questions opérationnelles et financières
- Publication d'une « demande de devis » concernant l'apport de tierces parties: renouvellement de la gouvernance; sondage sur l'engagement culturel et du personnel; examen de la santé mentale
- Licenciement du président et chef de la direction
- Introduction d'examen trimestriels approfondis et d'examen mensuels des dépenses au budget et hors budget

Avril à juin

- Formation d'un groupe de travail sur le renouvellement de la gouvernance; examen de la structure de gouvernance, de la loi spéciale, de règlements administratifs et des politiques du conseil; remaniement de la taille, de la composition et du mandat du conseil; formation d'un comité communautaire des candidatures pour recruter de nouveaux membres du conseil et des représentants communautaires au sein des comités du conseil
- Rétablissement de l'alimentation des patients dans les unités d'hospitalisation; suppression des frais de 50 \$ pour traiter les avantages complémentaires de retraite; inauguration du Centre de soins cardiaques Dr Percy Demers et création d'une bourse en son nom
- Embauche d'un dirigeant médical pour aider le médecin-chef; approbation d'un nouveau cadre de rémunération pour les responsables médicaux
- Réalisation d'une enquête sur la culture organisationnelle
- Préparation d'une nouvelle orientation de la direction : « concentration sur les valeurs fondamentales »
- Identification des besoins de financement supplémentaires pour soutenir le nouveau organisationnel et investir dans les services de base
- Publication d'une « demande de devis » pour une enquête communautaire — enquête téléphonique menée

auprès de 1 200 résidents de Windsor-Essex

- Juillet à septembre**
- Discussions avec CHI pour clarifier le rôle du parrain corporatif et mettre en œuvre les changements nécessaires à la structure de gouvernance
 - Nomination d'un vice-président consultatif du conseil d'administration; approbation des règlements des comités du conseil
 - Le ministère annonce un financement de fonctionnement de cinq millions de dollars pour appuyer le renouvellement de l'organisation
 - Finalisation des propositions de règlements et chartes de gouvernance
- Octobre à décembre**
- Nomination de nouveaux membres du conseil et des représentants communautaires siégeant aux comités
 - Séance d'orientation de la Commission, y compris CHI et des représentants de l'Armée du Salut, de la haute direction et de la direction médicale
 - Suppression du poste de vice-président aux services de soutien clinique
- Janvier à mars 2012**
- Deuxième session d'orientation du conseil, séances d'orientation pour les membres de comités
 - Nomination du vice-président des programmes cliniques et chef des soins infirmiers, et vice-président de l'information stratégique et directeur financier
 - Introduction de la nouvelle structure organisationnelle; certains postes de direction éliminés
 - Lancement d'examens par des tiers : examen des services cliniques et péri-opératoires
- Avril à juin**
- Demande de maintien de la personne morale à titre de société (au lieu d'une société créée par loi spéciale)
 - Approbation du règlement administratif, du règlement sur le personnel professionnel et des politiques du conseil
 - Lettres de nomination délivrées au président du conseil, au vice-président du conseil et aux membres
 - Lettres de mandat à la haute direction; établissement d'une « charte » de la haute direction
 - Examen par un tiers des cliniques externes; projet d'examen externe des services cliniques
 - Approbation de la demande de maintien sous le nom d'Hôpital Hôtel-Dieu Grace, Windsor

Principaux résultats atteints

A. Renouvellement et renforcement des capacités de leadership durables

B.

La culture dysfonctionnelle au sein de la direction a créé des problèmes importants et une altération de l'efficacité organisationnelle; des relations improductives et des sentiments connexes de peur et de méfiance; de la confusion quant à savoir qui est responsable, et de quoi; un environnement dans lequel l'intérêt de tout un chacun l'emporte sur le meilleur intérêt de l'Hôpital.

Pour répondre à cette situation, il fallait implanter une approche globale selon laquelle les personnes appropriées devaient se trouver au poste leur convenant le mieux; départager clairement les rôles, responsabilités et attentes; mettre en œuvre des mécanismes de reddition de comptes et des processus et systèmes appropriés de gestion; élaborer et communiquer une nouvelle orientation pour la direction.

Gouvernance

Il était clair que dans le but d'optimiser l'efficacité du conseil d'administration, il était nécessaire de reconstruire les bases d'une bonne gouvernance. Par conséquent, j'ai lancé un processus de renouvellement de la gouvernance qui portait sur (a) le rôle et les responsabilités du membre corporatif, (b) le rôle et les fonctions du conseil, (c) les structures des processus du conseil, (d) la taille, la composition et le recrutement du conseil, (e) les droits et

obligations des administrateurs individuels, (f) la durée des mandats, l'orientation et l'évaluation, (g) l'efficacité des relations entre le conseil et la direction. Les mesures suivantes ont été prises :

- Lancement d'un processus pour réviser et actualiser la loi spéciale, le règlement administratif et le règlement sur le personnel professionnel avec l'aide du cabinet Osler, Hoskin & Harcourt LLP.
- Dépôt d'une demande de maintien à titre de société à lettres patentes (au lieu d'une société créée par loi spéciale). Cette démarche a été approuvée, et le nouveau nom de la société est l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace, Windsor.
- Engagement d'un tiers pour interroger tous les membres du conseil afin d'évaluer l'intérêt, la motivation, l'éventail de compétences, et d'identifier leur adaptation par rapport aux attentes de gouvernance renouvelées.
- Nomination d'un groupe de travail consultatif sur le renouvellement de la gouvernance, sous la présidence de Carol Derbyshire (présidente, conseil consultatif) afin d'élaborer un ensemble complet de politiques de gouvernance, d'approuver les changements proposés au règlement administratif et de soutenir le processus de renouvellement. Le règlement administratif a été comparé aux règlements 2011 de l'OHA/OMA, aux règlements administratifs d'un certain nombre d'hôpitaux de l'Ontario, y compris ceux approuvés récemment par les superviseurs des hôpitaux suivants : Hôpital de Scarborough (2008), Stevenson Memorial Hospital (2008), Hôpital général de Kingston (2009), Quinte Healthcare (2010) et Hôpital Memorial de Cambridge (2010). En outre, les politiques du conseil ont été comparées à celles énoncées dans le Guide de l'OHA sur la bonne gouvernance, l'Instruction générale 58-201⁴, la Canadian Coalition for Good Governance⁵ et les chartes de régie d'entreprise de la Banque TD qui sont disponibles en ligne⁶. Le nouveau règlement définit clairement les rôles, les responsabilités et les devoirs du conseil d'administration, de la haute direction et de la direction médicale.
- Réalisation d'un examen des pratiques exemplaires des hôpitaux catholiques parrainés dans la province de l'Ontario, y compris les règlements administratifs de cinq corporations hospitalières (Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de l'Hôtel-Dieu de Kingston; St. Joseph's Health Centre de London; St. Joseph's Health Services Association Incorporated, de Chatham; Centre de santé St-Joseph, Toronto et l'Hôpital St-Michael, Toronto) pour élaborer une structure d'entreprise par le dépôt de la requête en continuation et du règlement pour s'assurer que les membres corporatifs de l'Hôpital conservent des pouvoirs de réserve appropriés en vue de veiller à ce que sa mission, sa philosophie et ses valeurs catholiques soient respectées et intégrées dans les activités de l'Hôpital, et que le commanditaire soit en mesure de s'acquitter de ses responsabilités canoniques, tout en cédant une partie des pouvoirs de réserve précédents des membres du conseil, y compris le pouvoir d'approuver le plan stratégique, le budget de fonctionnement et d'immobilisations et de licencier le chef de la direction.
- Établissement de la taille du conseil d'administration à douze membres issus de la communauté, deux membres d'office et un représentant de Santé Catholique Internationale et un représentant de l'Armée du Salut, et quatre membres d'office déterminés par la loi.
- Constitution d'un comité d'experts pour les mises en candidature communautaires afin de recruter de nouveaux membres. Ce comité était composé de quatre notables : Maureen Greff (président), Patrick Ducharme, Don Rodzik et Laurie Shalhoub. Carol Derbyshire (présidente du comité consultatif) et moi-même avons siégé au comité. On a publié des annonces dans les médias locaux sur une période de quatre semaines. C'était la première fois que l'Hôpital menait un processus ouvert pour le recrutement des membres bénévoles du conseil. Plus de quarante personnes hautement qualifiées ont posé leurs

⁴ http://www.osc.gov.on.ca/documents/en/Securities-Category5/rule_20050415_58-201_gov-practices_2.pdf

⁵ <http://www.ccg.ca/>

⁶ <http://www.td.com/francais/a-propos-du-gfbtd/regie-dentreprise/chartes-et-documents-de-reference-connexes/charters.jsp>

candidatures. Le comité a examiné toutes les candidatures et interviewé seize candidats. La vérification des références a été effectuée pour toutes les personnes prises en considération en vue du conseil ou de la représentation communautaire au sein des comités du conseil. Cinq personnes ont été retenues au conseil d'administration et sept personnes ont été nommées à des comités.

- Suite à la recommandation du groupe de travail sur le renouvellement de la gouvernance et de discussions avec CHI, j'ai approuvé un nouveau règlement administratif ayant pour objectifs de (a) soutenir les responsabilités canoniques du commanditaire, (b) soutenir la participation de l'Armée du Salut donné l'accord de l'Alliance, et (c) donner au conseil l'autorité et l'autonomie nécessaires pour s'acquitter de ses responsabilités de gouvernance. Le nouveau règlement donne compétence au conseil pour la nomination du chef de la direction et au parrain pour confirmer la nomination; le conseil évalue le chef de la direction et a le pouvoir de le licencier; le conseil est maintenant chargé d'approuver le plan stratégique, le budget de fonctionnement et le plan d'immobilisations.
- Approbation du règlement sur le personnel professionnel recommandé par le comité médical consultatif : davantage de points communs et de cohérence par rapport au règlement de l'Hôpital régional de Windsor.
- Deux séances d'orientation pour le conseil. La première comprenait l'équipe de direction et le comité médical consultatif et portait sur l'état actuel de la gouvernance des hôpitaux de l'Ontario et sur l'impact de la loi en matière d'obligations de gestion du rendement. La deuxième séance d'orientation en janvier 2012 était réservée aux membres du conseil. Cette session leur a permis de travailler ensemble sur les questions communes et d'approfondir le processus d'appropriation de leur performance future, ainsi que de créer une nouvelle culture et d'envisager une nouvelle orientation stratégique pour l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace.
- Réalisation de séances d'orientation s'adressant aux présidents et membres des comités du conseil. Ces sessions ont porté sur les soins de santé dans la province et la région; les relations avec le Réseau local d'intégration des services de santé (entente de responsabilisation); le profil de l'HHDG, les indicateurs de performance, et l'accord d'alliance entre les Religieuses hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Saint-Joseph dudiocèse de London et le conseil des gouverneurs de l'Armée du Salut au Canada. Les réunions de tous les comités du conseil consultatif ont démarré en février 2012.
- Nomination de Carol Derbyshire comme présidente du conseil pour un mandat de deux ans se terminant lors de l'assemblée annuelle 2014. Carol apporte à ce poste une solide compréhension de la gouvernance, un style de gouvernance fondé sur des valeurs et la capacité d'inspirer, de motiver et de travailler en collaboration; un engagement profond envers les patients, le personnel et la mission de l'Hôpital.
- Nomination de Shari Cunningham à titre de vice-présidente pour un mandat de deux ans se terminant en 2014, date à laquelle elle deviendra présidente du conseil pour une période de deux ans. Tout comme sa consœur, M^{me} Cunningham comprend la gouvernance et fera bénéficier le conseil d'une direction solide et inclusive.
- Le conseil reconstitué comprend six anciens membres issus de la collectivité et six nouveaux qui ont été sélectionnés par le processus de recrutement communautaire.

J'ai confiance dans le nouveau conseil d'administration compte tenu de son solide leadership, de la mesure dans laquelle les membres reconduits du conseil sont sensibles aux problèmes qui ont mené à la supervision provinciale, et de la qualité et de l'expérience des nouveaux membres. Le conseil reconstitué comprend bien les rôles et responsabilités du conseil, du chef de la direction, du chef du personnel, du chef des soins infirmiers, du comité médical consultatif, des membres corporatifs et des pratiques exemplaires de gouvernance. Je crois aussi qu'avec (a) l'approbation de poursuivre la société comme une société à lettres patentes, et (b) l'approbation du nouveau règlement et des chartes, le conseil s'appuie sur une bonne structure.

Haute direction

Il était nécessaire de mettre en œuvre un certain nombre de changements fondamentaux à la direction, ce qui comprend :

- Remaniement de la haute direction avec le licenciement du président et chef de la direction, la réduction du nombre de vice-présidents et le remplacement de deux vice-présidents. La nouvelle équipe possède les connaissances, les compétences et l'expérience nécessaires pour assurer un leadership fort et cohérent et faire avancer l'Hôpital.
- Recentrage de la haute direction sur les principes fondamentaux, y compris les opérations au jour le jour; la connectivité avec la ligne de front; l'engagement par rapport à l'équipe de gestion élargie, y compris les médecins-chefs; la sécurité en milieu de travail et les relations avec les unités de négociation collective.
- La responsabilisation accrue par rapport aux résultats en introduisant des examens trimestriels approfondis auprès de chaque vice-président et de leurs subordonnés directs pour discuter de la performance dans un certain nombre de dimensions; introduction d'examens mensuels des éléments du budget et hors budget.
- Mise en place d'examens 360 degrés pour tout le personnel de gestion; les membres de la haute direction ont réalisé des examens de gestion des cadres intermédiaires et inférieurs.
- Établissement d'une nouvelle orientation de la direction axée sur le renforcement des capacités organisationnelles grâce au perfectionnement et à l'engagement des dirigeants et à une plus grande implication du personnel et des médecins; amélioration de l'environnement de travail grâce à l'engagement du personnel, à la connectivité et à la sécurité; amélioration de l'expérience du patient par rapport aux soins reçus en mettant l'accent sur l'excellence du service; amélioration des opérations; recentrage sur notre mission en poursuivant une stratégie de présence dans le centre-ville.
- Réalignement de la structure de gestion pour soutenir la nouvelle orientation par rapport à la direction et pour relever les défis financiers et opérationnels auxquels l'Hôpital est confronté :
 - réduction du nombre de postes de direction;
 - réorganisation de l'ensemble des programmes et services cliniques afin d'harmoniser les programmes et les services, d'améliorer l'équilibre des responsabilités par rapport aux programmes, de mettre davantage l'accent sur la qualité, la sécurité des patients, l'expérience des soins par les patients et gestion de la capacité;
 - établissement d'un ensemble d'opérations et de ressources humaines avec l'objectif d'appuyer l'amélioration de l'environnement de travail et de la sécurité du personnel, de renforcer les capacités de leadership, et de renforcer la présence et l'impact de la mission;
 - établissement d'un portefeuille de gestion de l'information et de financement avec l'objectif de maximiser la valeur de nos organisations de services partagés, de renforcer la gestion du rendement et d'aligner les activités de planification.
- Un accent accru sur le développement du leadership en offrant un certain nombre de programmes en 2011 :
 - principes essentiels d'amélioration de la qualité pour les gestionnaires (IHI);
 - formation en gestion de la santé et de la sécurité;
 - pratiques contemporaines en direction des soins de santé (McKinsey);
 - aspects fondamentaux de la gestion de projet;
 - session d'évaluation 360 degrés après la session d'évaluation et la séance d'encadrement sur l'évaluation;
 - confrontations cruciales;
 - gestionnaire doté d'intelligence émotionnelle;
 - conscience de soi et leadership efficace (Physician Management Institute).

- Établissement d'une charte de la haute direction qui énonce le fonctionnement de celle-ci en tant qu'équipe. Communication de ce mandat aux membres du personnel, médecins et bénévoles. Cette étape était particulièrement importante, étant donné les problèmes vécus auparavant.
- Envoi de lettres de mandat aux membres de la haute direction pour leur expliquer les principaux résultats livrables durant l'exercice 2013. Ces mandats ont été partagés avec le personnel, les médecins et les bénévoles.

La haute direction est alignée et unifiée autour d'une stratégie à quatre volets de renouvellement organisationnel qui se concentre sur :

- le renforcement des capacités organisationnelles à travers le développement et l'engagement de dirigeants, et une plus grande implication du personnel et des médecins;
- l'amélioration du milieu de travail grâce à l'engagement du personnel, la connectivité et la sécurité;
- l'amélioration de l'expérience du patient par rapport aux soins en mettant l'accent sur l'excellence du service et l'amélioration des opérations;
- le recentrage sur la mission grâce à une stratégie tournée vers le centre-ville.

En plus des grands objectifs précédents, chaque membre de la haute direction est responsable de livrables clés contenus dans les lettres de mandat exécutif :

Marie Campagna, vice-présidente, Information stratégique et chef des finances :

- développer la capacité organisationnelle de fonctionner au sein de la nouvelle formule de financement par l'identification des changements nécessaires à la budgétisation et aux coûts, l'aide à la décision et la connaissance en gestion et clinique, et compréhension du modèle de financement;
- améliorer la performance opérationnelle en mettant en œuvre un système de suivi des performances et de gestion;
- maximiser la valeur de nos organismes de services partagés par la mise en œuvre d'un plan efficace de gestion des contrats.

Shona Elliott, vice-présidente, Opérations et chef de la direction des ressources humaines :

- améliorer la sécurité du personnel en s'attaquant aux recommandations de l'audit par Work Well et améliorer la gestion des indemnités d'invalidité;
- renforcer l'intendance organisationnelle en mettant en œuvre un système de gestion des risques d'entreprise;
- renforcer la gestion opérationnelle au jour le jour en intégrant de l'équipe de direction après les heures grâce à une meilleure intégration dans la structure de gestion, l'amélioration des rapports, et la recherche d'occasions d'éliminer les problèmes récurrents.

Janice Kaffer, vice-présidente des programmes cliniques et chef des soins infirmiers :

- améliorer la gestion des capacités et le flux des patients en soutenant la gestion des lits avec des informations en temps réel, la réduction de journées d'hospitalisation, l'amélioration notre capacité de prédire la capacité et de répondre aux besoins de façon proactive et la mise en œuvre des recommandations sur les examens péri-opératoires;
- améliorer la cohérence et la normalisation de la prestation des soins en mettant l'accent sur les aspects fondamentaux des soins infirmiers et de la pratique professionnelle et la création d'un environnement accueillant pour les aînés;
- renforcer la gestion du programme par le développement de responsabilités claires pour les équipes de la haute direction et de la direction médicale, en donnant des possibilités d'éducation adaptées, le développement de l'infrastructure nécessaire et l'établissement de jalons.

Dr Gord Vail, médecin-chef :

- renforcer la relation entre le comité médical consultatif et les cadres supérieurs en facilitant le dialogue et en favorisant une manière intégrée d'aborder les questions épineuses dans les soins aux patients;
- renforcer la compréhension par les médecins du nouveau modèle de financement en travaillant avec le vice-président aux finances et en offrant des séances d'orientation;
- créer des occasions de participation accrue des médecins en travaillant avec les programmes de vice-président cliniques en faisant progresser la gestion du programme et en impliquant les médecins dans la prise de décision.

La haute direction estime qu'en se concentrant sur un renouveau organisationnel et ces principaux résultats attendus, l'Hôpital continuera de progresser dans la fourniture de services de qualité supérieure — dans un milieu de travail sécuritaire — selon ses valeurs fondamentales — dans le but de faire une différence dans la vie de ceux qui sont desservis par l'Hôpital.

Direction médicale

Sous la direction solide et efficace d'un nouveau médecin-chef, le comité médical consultatif fonctionne bien, et il manifeste une bonne compréhension de son rôle et de ses responsabilités. Les changements mis en œuvre comprennent :

- Contrats standardisés pour les chefs, les sous-chefs de section et les directeurs médicaux.
- Nouvelle structure de rémunération pour les dirigeants médicaux, standardisée et transparente.
- Tenue d'une séance d'orientation en collaboration avec le conseil consultatif, le leadership médical et la haute direction en 2011, orientation qui a servi à établir le cadre pour les rôles respectifs de chaque groupe; il est prévu de poursuivre ces ateliers conjoints annuellement.
- Constitution d'un groupe de travail pour réviser les règlements régissant le personnel professionnel avec l'aide du cabinet Osler, Hoskin et Harcourt LLP. Le comité médical consultatif a examiné et comparé les règlements du personnel professionnel par rapport aux règlements précédents approuvés par le superviseur et le prototype OHA/OMA. En outre, le projet de règlement sur le personnel professionnel a été envoyé à l'Ontario Medical Association pour examen. Après examen des commentaires de l'OMA et d'autres consultations avec les membres du personnel médical, le règlement sur le personnel professionnel a été approuvé à l'unanimité par le comité médical consultatif en vue d'une recommandation au superviseur.
- Élaboration d'un nouveau plan des ressources humaines médicales dans le but de créer un plus grand alignement et des attentes plus claires concernant les besoins de l'Hôpital et sa capacité à fournir des services en ce qui concerne les ressources humaines, la capacité d'exploitation, le financement, la technologie, etc.
- Développement et mise en œuvre d'un processus d'analyse d'impact plus robuste et complet qui reflète une plus grande diligence raisonnable de la part de la haute direction lors de l'examen d'une demande de privilèges.
- Recrutement d'un directeur administratif des affaires médicales à l'appui des communications en cours et alignement avec la haute direction et la direction médicale au sein de l'Hôpital, et pour soutenir les processus et les systèmes actuels de reddition de comptes.
- Création d'un budget de formation à la gestion continue des médecins-chefs. Un certain nombre de médecins-chefs ont participé au programme de gestion pour les médecins du Canadian Physician Management Institute durant la dernière année. En outre, un programme a été offert à Windsor pour les médecins et le personnel de direction en mars 2012. Le but est d'offrir des programmes similaires à Windsor annuellement ou semestriellement.
- Établissement d'objectifs annuels pour le comité médical consultatif.
- Inclusion du tableau de bord de performance de l'Hôpital à l'ordre du jour du comité médical consultatif pour mettre en évidence les questions opérationnelles.

- Implication des responsables médicaux dans la planification des immobilisations et du budget de fonctionnement.

Les systèmes qui ont été mis en place pour soutenir l'éducation des médecins-chefs, la responsabilisation et une meilleure compréhension de leur rôle en tant que leaders médicaux et en tant que comité médical consultatif par rapport au conseil renforcent l'alignement et optimisent l'efficacité entre toutes les parties.

C. Revitalisation de la culture et de l'engagement

L'Hôpital devait incontestablement mettre l'accent sur la culture. Les mesures prises comprennent :

- Formation d'un groupe de travail pour élaborer un plan d'action pour résoudre les problèmes identifiés dans l'enquête culturelle
 - Groupes de discussion et séances de planification qui ont identifié les cinq premières initiatives pour soutenir le changement culturel et l'engagement :
 - Bonification de l'expérience du patient
 - Amélioration des communications
 - Création d'une charte des droits pour les employés, médecins et bénévoles
 - Stratégie de développement du leadership
 - Clarification des valeurs
 - Pour chacun des plans d'action, des initiatives ont été développées qui permettent d'identifier : les objectifs clés et l'impact sur le lieu de travail ou le domaine des soins aux patients, l'identification du produit final; les besoins en ressources et les phases, les risques et les délais des projets.
- Création de deux groupes de gestion avec l'objectif de l'engagement croissant, les communications verticales et horizontales, la direction opérationnelle, et les contributions et recommandations à la haute direction par :
 - L'établissement d'un forum sur le leadership composé de cadres intermédiaires et inférieurs, et présidé par un gestionnaire de services directs. Comme il m'a été dit, il n'y avait pas d'encouragement pour les gestionnaires et services directs et les cadres intermédiaires de répondre en tant que groupe. Formation d'un comité des opérations coprésidé par le médecin-chef et le vice-président des programmes cliniques ou le chef des soins infirmiers, formé de membres de la haute direction et de la direction médicale pour traiter de questions opérationnelles et du budget.
- Recentrage de l'assemblée générale annuelle et du rapport annuel en 2011, en reconnaissant la compétence, l'engagement et le professionnalisme des intervenants directs. Cette reconnaissance était importante étant donné la déconnexion du leadership et la résilience des intervenants directeurs et leur engagement au service des patients et de la communauté dans le contexte de l'examen public et de la controverse qui a entouré l'Hôpital. Le thème du rapport annuel et de l'assemblée était justement la célébration de ces intervenants. L'assemblée générale annuelle a profilé six membres du personnel qui ont parlé de l'Hôpital, de leur rôle et de leur engagement envers les soins aux patients.
- Tentative de résoudre la déconnexion culturelle :
 - rétablissement de services d'alimentation aux patients qui avaient été supprimés des unités d'hospitalisation pour des raisons budgétaires;
 - élimination des frais de 50 \$ pour traiter les documents concernant les avantages complémentaires de retraite;
 - respect de l'engagement pris en 2003 de reconnaître le Dr Percy Demers en établissant le Centre de soins cardiaques Dr Percy Demers doté d'une bourse en son nom qui sera décernée annuellement à un

étudiant en médecine qui incarne le mieux les attributs de la collégialité, du travail d'équipe, de la loyauté et de l'orientation sur le patient.

- Tenue de réunions mensuelles avec les intervenants directs et les cadres intermédiaires. Le but de ces réunions était de soutenir et renforcer la connectivité, d'accroître l'alignement, et de surmonter la peur et la méfiance qui avaient imprégné l'équipe de direction.
- Établissement de réunions bimensuelles avec les dirigeants syndicaux en vue de renforcer la communication et de reconstruire des relations qui s'étaient détériorées au cours des dernières années.
- Lancement d'un processus ouvert et transparent avec l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario pour aborder les questions identifiées à travers les formulaires de déclaration d'inquiétude touchant la responsabilité professionnelle. L'objectif était de déceler et, si possible, de résoudre les problèmes. De l'avis de la direction et du syndicat, ce processus constitue une différence marquée par rapport au passé.

Il a fallu un an pour commencer à reconstruire la confiance au sein de l'organisation et prendre le temps de revitaliser la culture. De petits changements sont évidents et les changements apportés à la direction seront des catalyseurs clés. Les progrès réalisés dans le renouvellement de la culture se refléteront par des niveaux plus élevés d'engagement et de confiance du personnel, et un meilleur alignement des valeurs et des comportements. D'après la documentation et l'expérience relative concernant la revitalisation ou la transformation de la culture, il est clair que le leadership est un facteur clé de succès. Le leadership doit être soutenu, aligné, cohérent et efficace.

D. Amélioration des activités hospitalières et cliniques

Selon l'observation et la rétroaction du personnel, il était évident qu'il fallait mettre davantage l'accent sur les opérations. Les mesures prises comprennent :

- Obtention de financement de base accru pour investir dans les activités centrales. Ce financement a été affecté à :
 - Augmentation des effectifs d'infirmières et d'infirmiers à l'unité de soins intensifs et à l'unité de soins coronariens pour traiter les niveaux d'occupation en hausse.
 - La dotation de nuit supplémentaire dans les unités d'hospitalisation.
 - Soutien administratif accru hors des heures normales.
 - Personnel supplémentaire dans le bureau de dotation.
 - Porteurs supplémentaires pour réduire la demande sur les infirmières de déplacer les patients.
 - Facilitateurs pour les patients, y compris des brassards de tensiomètre, des couvertures chauffantes, des sangles de maintien, des chariots de linge et des chaises d'aisance.
 - Création d'un meilleur environnement grâce à la remise à neuf des unités de patients — rénovation mineure des chambres, éclairage au-dessus des lits, etc.
- Début de l'élaboration d'un plan quinquennal concernant les services de santé mentale comprenant un examen par un tiers avec un accent particulier sur la disposition physique, les processus cliniques et les politiques de risque, les procédures et les processus pour l'évaluation et la prévention du suicide. Le programme a établi un comité consultatif communautaire composé de représentants de la communauté des soins et d'organismes de services, ainsi que de représentants des familles et des clients, dont le mandat est de fournir un forum qui favorisera la diffusion de l'information à la communauté, de consulter avec des intéressés sur les indications proposées par l'HHDG pour le programme de santé mentale, et faire participer nos partenaires, les consommateurs et les familles dans la création et la mise en œuvre des objectifs stratégiques et de programmation.
- Identification de la gestion de la demande et des flux des patients comme priorités, et lancement du développement et du déploiement d'une approche coordonnée, sous la direction du comité directeur de la

gestion de la demande. Une variété d'améliorations des processus et des initiatives sont en cours d'élaboration et de mise en œuvre, notamment : les projets d'amélioration des flux de paiements, la planification de la gestion des lits; la modélisation et la prévision de la demande; les stratégies de gestion de l'utilisation; les modifications des services d'urgence en tant qu'unité médicale rapide; une équipe de transition pour faciliter les transferts de patients.

- Début de l'élaboration d'une stratégie touchant le centre-ville. La mission de l'Hôpital reflète le riche héritage de l'Hôtel-Dieu et de l'Armée du Salut, qui ont tous les deux servi la communauté avec distinction. Cette mission se traduit par l'engagement de l'Hôpital à prendre soin pour le corps, de l'esprit et du bien-être spirituel d'une communauté diversifiée. Compte tenu de la mission et de l'emplacement unique de l'Hôpital comme un hôpital de centre-ville, il est opportun de développer une initiative du centre-ville qui intègre les services d'urgence, les services de santé mentale et le soin pastoral, et implique le renforcement des liens avec les partenaires communautaires. Grâce à une relation avec Mark's Work Wearhouse, l'Hôpital reçoit des vêtements pour répondre aux besoins des patients des hôpitaux et à l'approvisionnement de deux partenaires du centre-ville – Street Health et Trinity Lutheran Church.
- Identification d'un « déficit d'exploitation structurel » basé sur l'impact des coûts de prestation des programmes régionaux en neurochirurgie, traumatologie, dialyse rénale, angioplastie cardiaque, et l'impact des coûts liés au fait d'être le seul fournisseur de radiologie interventionnelle dans le RLISS. Un facteur est la concentration des programmes et des services spécialisés. Cela est bien illustré par deux mesures différentes dans les données de l'exercice 2009-2010. Une mesure est l'« indice de spécialisation aiguë » (ISA) qui sera utilisé dans le nouveau modèle de financement (modèle d'allocation fondée sur la santé) pour tenir compte des coûts plus élevés de la prestation de services spécialisés. L'ISA montre le pourcentage de l'activité auprès des patients hospitalisés qui concerne ces services ou programmes spécialisés. L'ISA de l'HHDG est de 10,2 %, au onzième rang en Ontario, le plus élevé parmi les hôpitaux communautaires, et même supérieur à celui de certains centres universitaires des sciences de la santé. Une deuxième mesure est la pondération du volume des ressources (PVR) qui mesure le coût relatif de prendre soin d'un patient. Une plus grande PVR pour un patient signifie que le coût des soins devrait être plus élevé. La PVR moyenne par patient de l'HHDG est 2,21, la plus élevée dans le RLISS d'Érié St-Clair et parmi les autres hôpitaux communautaires de l'Ontario.
- Initiation d'examen par des tiers en réponse aux défis de capacité, opérationnels et financiers auxquels fait face l'Hôpital :
 - Services péri-opératoires : identifier les possibilités d'amélioration des coûts et de l'efficacité opérationnelle, et développer un nouveau modèle de fonctionnement.
 - Cliniques externes : évaluer les cliniques pour savoir si elles ont besoin des ressources d'un hôpital ou si elles peuvent être fournies dans la collectivité ou un cabinet, et identifier les cliniques qui continueront à exister dans l'Hôpital.
 - Services cliniques : identifier le rôle approprié pour l'Hôpital en tant que centre de référence régional pour les soins de pointe et hôpital communautaire général, identifier l'éventail, la portée et les volumes de services et évaluer la capacité organisationnelle et l'adéquation des revenus attendus pour appuyer le rôle de l'Hôpital.

Les mesures précédentes étaient destinées à résoudre un certain nombre de problèmes de longue date, soutenir le personnel de première ligne, renforcer la présence de l'Hôpital et l'impact dans la communauté, et améliorer la performance opérationnelle. En outre, l'Hôpital a entrepris un processus inclusif et systématique pour relever les défis financiers, opérationnels et de capacité auxquels il est confronté.

Enquête provinciale : chirurgie et pathologie

Mes responsabilités en tant que superviseur comprenaient le suivi des progrès réalisés dans l'application des recommandations sur l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace contenues dans le « Rapport des enquêteurs sur les problèmes de chirurgie et de pathologie dans les trois hôpitaux du comté d'Essex ». Afin d'évaluer objectivement l'état de la mise en œuvre, un examen indépendant a été mené pour identifier le niveau de réalisation atteint sur les dix-neuf recommandations énoncées dans ce rapport.

Toutes ces recommandations ont été pleinement prises en compte (tableau 2), à l'exception de deux qui nécessitent des dépenses d'immobilisations. La recommandation 5 traite de la centralisation des pathologistes de l'Hôpital régional de Windsor. L'Hôpital travaille actuellement sur le processus de planification des immobilisations. Il convient de noter que le programme conserve deux pathologistes de l'HHDG. La recommandation 7 implique la mise en œuvre de la technologie de balayage numérique aux trois hôpitaux du comté d'Essex. Cela fera partie du système d'information d'un nouveau laboratoire.

Les hôpitaux du comté d'Essex demeurent résolus à mettre en œuvre les deux recommandations restantes avec l'approbation de la technologie et les rénovations des immobilisations de l'Hôpital régional de Windsor.

Examen externe du service de cardiologie

L'examen externe du service de cardiologie commandée par l'Hôpital en 2010 a identifié des conflits et des enjeux culturels parmi les médecins et entre le personnel et les médecins. Il y avait un manque de leadership, de respect professionnel et de procédures pour soutenir le programme et sa croissance future.

Les recommandations relatives aux facteurs et circonstances qui ont donné lieu à la mise en service de l'examen externe ont dans l'ensemble été pleinement prises en compte (tableau 3). Les recommandations relatives à l'amélioration continue du programme de cardiologie sont en cours (recommandations 19, 20, 21, 22), en partie à cause du temps nécessaire pour recruter un chef de sous-section. Maintenant que le chef a été recruté, il existe l'engagement et l'élan pour aller de l'avant et mettre en œuvre des améliorations. Les recommandations relatives au programme régional de cardiologie dépendront d'approbations externes. L'un des enjeux de l'examen était la préoccupation relative aux volumes dans le laboratoire de cathétérisme cardiaque visant spécifiquement les interventions coronariennes percutanées (ICP). Durant l'exercice 2010, il y a eu 365 telles interventions, mais ce chiffre est passé à 629 durant l'exercice 2012.

Malgré les progrès, il reste du travail à faire. À mon avis, l'Hôpital a la capacité et le leadership nécessaire pour faire progresser la prestation de services. Mon évaluation est basée sur la nomination, en mars 2012, d'un nouveau chef de section qui fournit le leadership nécessaire ainsi que l'engagement à aborder les questions culturelles, et sur la surveillance étroite et systématique par le comité médical consultatif et les cadres supérieurs. Le 1^{er} mai 2012, le nouveau chef a convoqué une réunion avec le personnel, la haute direction et la direction médicale pour discuter de la vision et du futur. Bien qu'il existe encore quelques relations professionnelles difficiles, des efforts sont déployés à l'échelle de la direction médicale pour les résoudre par la négociation.

Conclusion

Le présent document constitue un compte rendu détaillé du travail qui a été entrepris afin de stabiliser l'Hôpital, renforcer les capacités de leadership, établir des relations de confiance respectueuses au sein de l'équipe de direction et amorcer un processus visant à rétablir la confiance du public et du personnel et la confiance dans l'organisation.

Malgré les progrès accomplis au cours des 18 derniers mois, il est impossible de régler entièrement tous les problèmes. Cependant, l'Hôpital a maintenant la capacité de leadership nécessaire pour promouvoir ses services, revitaliser sa culture et répondre aux exigences opérationnelles. C'est un renouvellement organisationnel, et les produits livrables clés identifiés dans les lettres de mandat exécutif, la mise en œuvre des initiatives décrites dans le présent rapport, la poursuite du renouvellement culturel, l'amélioration du niveau du personnel et l'engagement des médecins, et le traitement des « points névralgiques culturels » en continuant à renforcer les relations entre le conseil, la haute direction et la direction médicale, de s'attaquer au déficit d'exploitation structurel de l'Hôpital et les implications de la nouvelle formule de financement; donner suite aux recommandations de l'examen externe de la cardiologie et l'amélioration des processus et systèmes de gestion. En outre, l'Hôpital aura besoin de faire avancer l'expansion de l'angioplastie cardiaque, de combler le déficit du fonds de roulement de 14,2 millions de dollars, de développer et mettre en œuvre un plan des services cliniques qui appuie la prestation durable de programmes de qualité et assure un accès continu, de fournir la qualité et la sécurité au sein du financement et de resserrer les liens avec l'Hôpital régional de Windsor dans la promotion du réseau hospitalier de Windsor.

Maintenant que l'Hôpital a reçu son allocation budgétaire pour 2012-2013, il faut élaborer un plan d'exploitation qui précise les mesures à prendre et le calendrier à suivre pour aborder les défis de capacité, d'exploitation et de financement auxquels l'Hôpital est confronté. Celui-ci offre des programmes régionaux en plus d'être le seul fournisseur, dans le RLISS d'Érié St-Clair, de certains programmes et services qui ne sont pas financés. En conséquence, le fonctionnement structurel crée des pressions financières et contribue au déficit de l'Hôpital. Ce problème a été identifié aussi bien par le RLISS que par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

L'élaboration du plan d'exploitation prendra en considération un certain nombre de facteurs tels que :

- Efficacité des mesures visant à réduire les heures supplémentaires, les congés de maladie, l'orientation et les frais de fournitures.
- Efficacité des mesures pour faire face à la surcapacité.
- Impact de l'allocation budgétaire de cette année et impact estimé de celle de l'an prochain.
- Recommandations des examens externes de services péri-opératoires et des cliniques externes.
- Les recommandations de l'examen des services cliniques en ce qui concerne la gamme et la portée des programmes et services offerts par l'Hôpital par rapport à sa capacité organisationnelle et de financement.
- Évaluation de la probabilité d'un financement supplémentaire pour combler le déficit d'exploitation structurel.

Il est important de reconnaître la nécessité de fonctionner dans le cadre du financement approuvé. Cependant, il est également important de reconnaître que, même si des progrès ont été réalisés au cours des 18 derniers mois dans le traitement, un travail sur la culture doit être fait sur une plus longue durée. L'Hôpital aura besoin de comprendre l'impact sur la culture alors qu'il aborde ses difficultés financières.

L'Hôpital Hôtel-Dieu Grace se reconstruit de l'intérieur à travers la gouvernance, une gestion et des opérations renouvelées, et un engagement accru du personnel et des médecins. L'Hôpital a pour aspiration de soutenir une expérience de soins de grande qualité et en toute sécurité que tout membre du personnel, tout médecin, recommanderait sans hésiter à ses proches.

Annexes

1. Décret et cadre de référence
2. (a) Cadre de référence de l'Enquête sur les problèmes de chirurgie et de pathologie
(b) Mise à jour — Enquête sur les problèmes de chirurgie et de pathologie
3. Mise à jour — Rapport concernant le service de cardiologie

Annexe 1 – Décret et cadre de référence



Order in Council
Décret

On the recommendation of the undersigned, the Lieutenant Governor, by and with the advice and concurrence of the Executive Council, orders that:

Sur la recommandation de la personne soussignée, le lieutenant-gouverneur, sur l'avis et avec le consentement du Conseil exécutif, décrète ce qui suit :

Whereas the Minister of Health and Long-Term Care has recommended to the Lieutenant Governor in Council that a hospital supervisor be appointed for Hotel-Dieu Grace Hospital which is a public hospital under the *Public Hospitals Act*, R.S.O. 1990, Chapter P.40, as amended;

And whereas the Minister of Health and Long-Term Care has given the board of Hotel-Dieu Grace Hospital at least 14 days notice before making such recommendation to the Lieutenant Governor in Council;

And whereas the Lieutenant Governor in Council considers it in the public interest that a hospital supervisor be appointed for Hotel-Dieu Grace Hospital;

Therefore, pursuant to subsection 9(1) of the *Public Hospitals Act*, R.S.O. 1990, Chapter P.40, as amended,

J. Kenneth Deane

is hereby appointed as a hospital supervisor for Hotel-Dieu Grace Hospital.

Recommended Deb Matthews
Minister of Health and Long-Term Care

Concurred HS Takhan
Chair of Cabinet

Approved and Ordered JAN 04 2011
Date

[Signature]
Lieutenant Governor

1. Le superviseur exerce tous les pouvoirs de l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace (« l'Hôpital »), de ses dirigeants et de ses membres dans la gouvernance de l'Hôpital en conformité avec la *Loi sur les hôpitaux publics*, ses règlements et toute autre loi applicable et dans l'exercice de ces pouvoirs, il doit faire rapport au ministre, et mettre à exécution les instructions de celui-ci dans la mesure où elles relèvent de sa compétence.
2. Le superviseur assumera un rôle de facilitateur par rapport à l'Hôpital et est responsable devant le ministre ou son délégué, relativement à l'achèvement de ses tâches de facilitation et de communication.
3. Le superviseur doit élaborer et mettre en œuvre un plan visant à ce que l'Hôpital adopte une approche par équipes vis-à-vis de la planification stratégique et de la gestion hospitalière de façon à mettre l'accent sur la clarification des rôles et relations entre les responsables médicaux, le personnel de la haute direction et le conseil d'administration, bâtir des capacités de la gouvernance et de leadership, et créer dans tout l'établissement un alignement sur la prestation de soins cliniques de haute qualité.
4. Le superviseur examinera la composition du conseil d'administration et de l'équipe de direction afin de créer un plan de performance qui optimise leur efficacité et encourage l'amélioration des relations hospitalières.
5. Le superviseur veillera à doter l'Hôpital de la capacité de mettre en œuvre les changements dans la gouvernance, l'organisation, le fonctionnement et la culture qui sont nécessaires pour traiter les difficultés évoquées dans le rapport de juillet 2010 sur les problèmes de pathologie et de chirurgie et dans l'examen externe du service de cardiologie.
6. Le superviseur enverra des mises à jour régulières au sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée ou à son délégué et au chef de la direction du Réseau local d'intégration des soins de santé d'Érié St-Clair.
7. Le superviseur fera rapport au ministre de la Santé et des Soins de longue durée conformément aux exigences de celui-ci, notamment sur les projets concernant la composition du conseil et la gouvernance avant leur mise en œuvre.
8. À l'achèvement de son mandat, le superviseur adressera un rapport écrit au ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

Annexe 2(a) – Cadre de référence de l'Enquête sur les problèmes de chirurgie et de pathologie

Cadre de référence des enquêteurs concernant l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace, l'Hôpital Memorial du district de Leamington et l'Hôpital régional de Windsor (ci-après appelés les « hôpitaux »)

1. Les enquêteurs examineront et communiqueront les problèmes concernant les éléments suivants à l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace (HHDG) :
 - a) La qualité des soins et des traitements administrés aux patients de l'HHDG, l'analyse de toute erreur ayant trait aux résultats pathologiques et les récents rapports dans lesquels figure toute erreur chirurgicale survenue au cours des deux dernières années;
 - b) Le processus et les pratiques utilisés par l'HHDG afin de mesurer et d'améliorer la pertinence des soins cliniques, la qualité des soins chirurgicaux et la qualité des services de pathologie;
 - c) L'évaluation de la structure de direction des services chirurgicaux, du processus de prévision des événements indésirables, la structure et la culture de communication entre les pathologistes et les chirurgiens ainsi que la fréquence enregistrée des CMC pour les patients atteints du cancer à l'HHDG;
 - d) Le contrôle des soins aux patients et de la conduite des professionnels par la direction et le conseil, ainsi qu'une vérification permettant d'établir si l'HHDG est doté de pratiques et des procédures de soins de santé appropriées pour protéger la sécurité de ses patients.
 - e) Le rôle du comité médical consultatif de l'HHDG quant à l'acquittement de ses responsabilités en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*.
2. À partir des constatations tirées à propos des problèmes de l'HHDG énoncés au paragraphe 1, les enquêteurs détermineront si d'autres problèmes semblables doivent être examinés pour l'Hôpital Memorial du district de Leamington et l'Hôpital régional de Windsor.
3. Les enquêteurs examineront et définiront les problèmes liés aux services de pathologie communs des hôpitaux.
4. Les enquêteurs examineront le résultat des précédentes recommandations pertinentes fournies dans le cadre d'études, de stratégies et de rapports concernant la qualité des soins médicaux, de même que les services de chirurgie et de pathologie des hôpitaux.
5. Les enquêteurs formuleront des recommandations systémiques particulières afin de rehausser la responsabilisation entre les conseils d'administration des hôpitaux en ce qui concerne la qualité des procédures de pathologie et des soins chirurgicaux (au-delà du rôle du comité médical consultatif).
6. Les enquêteurs formuleront des recommandations et préciseront les étapes suivantes pour les hôpitaux et le RLISS afin de résoudre les problèmes soulevés par l'enquête.
7. Les enquêteurs assureront la liaison active entre le directeur général du RLISS d'Érié St-Clair, les conseils d'administration, les directeurs généraux et le personnel clinique principal des hôpitaux, l'ancien directeur général Hôpital régional de Windsor et les autres parties prenantes clés, notamment Action Cancer Ontario.
8. Les enquêteurs pourront faire appel à des ressources externes, suivant les besoins, afin de faciliter l'exécution de leur mandat.
9. Les enquêteurs remettront des mises à jour périodiques au sous-ministre, au ministère de la Santé et des soins de longue durée ou au sous-ministre adjoint de la Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé.
10. Les enquêteurs rendront compte au ministère de la Santé et des soins de longue durée suivant les besoins. Les enquêteurs transmettront un rapport écrit au ministère de la Santé et des soins de longue durée une fois leurs obligations remplies, au plus tard le 30 juin 2010.

Annexe 2(b)–Mise à jour – Enquête sur les problèmes de chirurgie et de pathologie

Spécifique à l’HHDG	Situation
1 Les processus actuels de production des rapports devraient faire l’objet d’un examen, et il devrait y avoir un nouveau format standard de rapport, des politiques et processus visant l’obtention et l’enregistrement des contre-expertises	Terminé
2 Les pathologistes devraient participer à des activités de développement professionnel	Terminé
3 Une évaluation des compétences cliniques de la D ^{re} Williams devrait être entreprise	Terminé
4 Un programme d’assurance de la qualité en pathologie devrait être adopté, y compris des évaluations par les pairs	Terminé
5 Les pathologistes devraient se trouver dans un site centralisé unique, l’HRW	Processus de planification en cours à l’HRW
6 Les hôpitaux devraient améliorer le processus de préparation des prélèvements cytologiques en utilisant les méthodes de cytologie en milieu liquide	Terminé
7 La technologie à balayage numérique devrait être mise en place pour faciliter les contre-expertises	Partiellement terminé. La technologie à balayage numérique exige l’investissement dans un système LIS. En attendant, des microscopes à têtes multiples sont utilisés à l’HRW et à l’HHDG pour les contre-expertises.
8 La collaboration entre les hôpitaux et le LHSC devrait être encouragée	Terminé
9 L’HHDG devrait reconsidérer sa position quant à une restriction de la pratique de la D ^{re} Heartwell	Terminé
10 La D ^{re} Heartwell doit participer à des initiatives de promotion de la qualité et de développement professionnel continu	Terminé
11 Les directeurs médicaux, les cadres supérieurs et le conseil d’administration doivent favoriser des relations de soutien mutuel et de communications	Terminé
12 HHGD doit soutenir la formation continue du conseil d’administration, des cadres supérieurs et des directeurs médicaux	Terminé
13 Le personnel médical doit être informé de la politique sur les événements sentinelles de l’HHDG ainsi que de la procédure de signalement d’erreurs ou de quasi-incidents	Terminé
14 Les hôpitaux collaborent à l’amélioration de la qualité et de la sécurité des patients	Terminé
15 Les chirurgiens assistent aux Conférences multidisciplinaires sur le cancer du sein et travaillent à la mise en commun de celles-ci	Terminé
16 Les hôpitaux revoient les rôles et les responsabilités actuels des postes de direction médicale	Terminé

Annexe 3–Mise à jour – Rapport sur le service de cardiologie

Éléments concernant l’HHDG	Situation
1. Recruter un médecin-chef	Terminé
2. Créer une bonne structure de reddition de compte	Terminé
3. Créer une bonne structure de transmission de l’information	Terminé
4. Nommer un v.-p. du programme régional de soins cardiaques	Terminé
5. Établir une collaboration entre le médecin-chef, le directeur des programmes et le v.-p.	Terminé
6. Établir des objectifs d’amélioration et de surveillance des indicateurs internes de qualité et de sécurité	Terminé
7. Rédiger des modèles de contrats portant sur la reddition de compte et les attentes de rendement	Terminé. Mise en œuvre selon le renouvellement des contrats.
8. Le CMC doit recruter des membres, médecins-chefs de programmes clés	Terminé
9. Le CMC doit se concentrer sur la qualité et les soins aux patients	Terminé
10. Le CMC doit mettre sur pied une équipe de direction	Terminé
11. Le CMC doit approuver un plan de ressources humaines visant les médecins	En cours
12. Le CMC doit mettre au point un processus de recrutement et de perfectionnement	Terminé
13. Le CMC doit mettre en œuvre une politique sur le comportement perturbateur	Terminé
14. Organiser un atelier pour examiner les rôles et responsabilités du conseil, du CMC et de la haute direction	Terminé
15. Recruter de nouveaux cliniciens	Partiellementterminé. Dépend de la disponibilité des ressources et du personnel et de la désignation à titre de centre régional.
16. Examiner les modèles de visites et améliorer la couverture des sous-spécialités	Terminé
17. Examiner les modèles de visites en cardiologie	Terminé
18. Attribution des heures de labo de cathétérisme : 18 heures par interventionniste et 24 heures pour les cardiologues qui font des procédures effractives	Partiellement terminé. Dépend de la disponibilité des ressources et du personnel et de la désignation à titre de centre régional.
19. Examiner et modifier les règles et règlements et les normes de soins	En cours
20. Établir des mécanismes pour se concentrer sur la qualité des soins et les issues pour les patients	En cours
21. Former des équipes de services cliniques	En cours
22. Constituer des sous-comités : qualité, utilisation, finances, recherche	En cours
23. Définir les structures de reddition de comptes – CMC, haute direction, conseil, RLISS	Terminé

24. Améliorer les communications et les mécanismes de résolution de conflits

Terminé