

Gouvernance des conseils d'administration des hôpitaux

Contexte

En Ontario, les hôpitaux publics sont presque tous constitués en société selon la *Loi sur les personnes morales* et gouvernés par un conseil d'administration. La province comptait plus de 150 associations hospitalières en 2007-2008. La *Loi sur les personnes morales* établit des exigences pour les conseils d'administration des hôpitaux, comme le nombre minimum d'administrateurs et la fréquence minimale des assemblées.

La *Loi sur les hôpitaux publics* et ses règlements fournissent le cadre de fonctionnement des hôpitaux. De plus, la *Loi sur les hôpitaux publics* énonce des exigences concernant la composition et les responsabilités des conseils, notamment les responsabilités quant à la qualité des soins fournis aux malades. En vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, les fonctions du ministre de la Santé et des Soins de longue durée (le ministre) comprennent la régie des soins, des traitements et des services que les hôpitaux dispensent de même que la régie des installations nécessaires. Le ministre est également chargé de l'application de la *Loi sur les hôpitaux publics* et des règlements pris en application de celle-ci.

Les conseils peuvent jouer un rôle crucial en exerçant le leadership voulu pour garantir que les

hôpitaux offrent les meilleurs soins possibles aux malades tout en fonctionnant de façon efficace et efficace. L'inefficacité d'un conseil peut avoir des effets négatifs sur les soins fournis aux malades et contribuer à un gaspillage de ressources. D'après les études réalisées aux États-Unis sur la gouvernance, il existe un lien direct entre les pratiques des conseils qui mettent l'accent sur la qualité et la performance plus élevée d'un hôpital, tant du point de vue clinique que du point de vue financier.

En 2007-2008, les coûts de fonctionnement totaux des hôpitaux atteignaient environ 20 milliards de dollars et étaient financés à hauteur d'environ 85 % par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère). Le financement de l'autre tranche de 15 % provenait de sources telles que les frais réclamés pour les chambres à deux lits et à un lit, les paiements de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, les frais de stationnement et les dons. Chaque conseil détermine la façon dont seront dépensés les fonds de l'hôpital pour répondre le mieux possible aux besoins des malades dans la région desservie par l'hôpital.

Jusqu'à l'an dernier, les hôpitaux rendaient des comptes au Ministère, qui les finançait. Cette situation a changé le 1^{er} avril 2007 quand, en vertu de la *Loi sur l'intégration du système de santé local*, de nouveaux réseaux locaux d'intégration des ser-

vices de santé (RLISS) ont assumé la responsabilité de prioriser, de planifier et de financer certains services de santé, notamment les hôpitaux. L'objet déclaré de la *Loi sur l'intégration du système de santé local* est « de prévoir un système de santé intégré afin d'améliorer la santé de la population ontarienne grâce à un meilleur accès à des services de santé de grande qualité, à des soins de santé coordonnés entre les systèmes de santé locaux et à l'échelle de la province et à une gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelon local par le biais de réseaux locaux d'intégration des services de santé ». Au lieu de présenter des rapports au Ministère, les hôpitaux présentent maintenant des rapports sur la plupart des domaines à l'un des 14 RLISS de la province, lesquels doivent rendre des comptes au Ministère.

L'Ontario fait partie des rares provinces canadiennes où les hôpitaux ont encore leurs propres conseils d'administration. La plupart des autres provinces ont éliminé ces conseils quand elles ont adopté des modèles décentralisés, comme des conseils de santé régionaux, pour assurer la prestation des services de santé.

Objectif et portée

Notre objectif était d'examiner les pratiques de gouvernance et les processus de surveillance des conseils d'administration des hôpitaux de l'Ontario et de les comparer aux pratiques exemplaires actuelles en matière de gouvernance.

Avec l'aide d'une entreprise de sondage indépendante, nous avons envoyé des sondages à tous les membres des conseils d'administration de 20 hôpitaux de la province pour obtenir leurs commentaires sur les pratiques de gouvernance et de surveillance du conseil dans leurs hôpitaux respectifs et sur les problèmes auxquels est confronté le conseil. Environ la moitié d'entre eux ont répondu, dont au moins plusieurs administrateurs de chacun des 20 conseils. Les 20 hôpitaux dispensaient tous des soins de courte durée, étaient de taille diffé-

rente et représentaient les 14 RLISS. Les hôpitaux sondés sont indiqués à la Figure 1.

Nous avons interviewé des employés du Ministère et des spécialistes de la gouvernance hospitalière en Ontario, notamment des personnes nommées superviseurs en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*. Nous avons examiné les documents pertinents, dont des rapports d'examen par les pairs sur des hôpitaux qui avaient prévu ou qui prévoyaient des déficits, ainsi que de la documentation sur la gouvernance, notamment des publications de l'Ontario Hospital Association, de la Commission des valeurs mobilières de l'Ontario, de l'Institut Canadien des Comptables Agréés, du Conference Board du Canada, de l'Institut d'administration publique du Canada et de la Fondation canadienne pour la vérification intégrée. Nous avons également examiné de l'information portant sur les pratiques de gouvernance exemplaires d'autres administrations.

Nous avons passé en revue les résultats d'un sondage de 2007 sur la gouvernance réalisé par l'Ontario Hospital Association (OHA). L'OHA avait demandé une réponse de la part de chacun des hôpitaux de la province et a fait rapport d'un taux de réponse de 80 %. De plus, nous nous sommes renseignés sur les initiatives menées par l'OHA pour renforcer la gouvernance des hôpitaux en Ontario. Nous avons en outre examiné les résultats d'un sondage sur la gouvernance réalisé en 2007 auprès de tous les hôpitaux de la région du Grand Toronto (RGT) à la suite de la nomination d'un superviseur pour un hôpital de la RGT.

Nous avons élaboré des critères pour nous guider dans notre sondage et nos entrevues, d'après les pratiques de bonne gouvernance reconnues qui devraient être en place. Nous avons discuté de ces critères avec la haute direction du Ministère et celle-ci les a acceptés.

Nous ne nous en sommes pas remis aux travaux de l'équipe de vérification interne du Ministère pour réduire la portée de notre travail, car l'équipe n'avait effectué aucune vérification récemment de la gouvernance des conseils d'administration des hôpitaux.

Figure 1 : Hôpitaux sondés

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



1. Hôpital communautaire de Cornwall
2. Hôpital Credit Valley
3. Centre de santé régional de Dryden
4. Services de santé de Grey Bruce
5. Hôpital communautaire Groves Memorial
6. Hôpital Haldimand War Memorial
7. Association des sciences de la santé de Hamilton
8. Hôpital de Hanover et du District
9. Centre de soins de santé Headwaters
10. Hôpital Montfort
11. Hôpital Hôtel-Dieu Grace
12. Hôpital régional Humber River
13. Hôpital du District de Kemptville
14. Hôpital général de Kingston
15. Hôpital du District du Lac des Bois
16. Hôpital Northumberland Hills
17. Hôpital Royal Victoria
18. Hôpital de Sault-Sainte-Marie
19. Hôpital de Smooth Rock Falls
20. Centre des sciences de la santé Sunnybrook

Résumé

Un grand nombre des hôpitaux que nous avons sondés ont adopté différentes pratiques de bonne gouvernance, notamment un programme d'orientation à l'intention des nouveaux administrateurs, un code de conduite écrit et des lignes directrices sur la confidentialité. Toutefois, de nombreux administrateurs qui ont répondu à notre sondage ont indiqué qu'il serait possible d'améliorer la gouvernance hospitalière en précisant les rôles respectifs des conseils d'administration des hôpitaux, des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère). De même, de nombreux administrateurs ont relevé des domaines où il serait possible, selon eux, de renforcer les pratiques de gouvernance des hôpitaux. Voici un résumé de ces domaines et des observations issues de notre recherche et d'autres travaux :

- Près de 70 % des administrateurs qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que les compétences en technologie de l'information étaient sous-représentées au sein de leur conseil tandis que près de 50 % ont fait la même constatation pour les compétences juridiques.
- Les administrateurs d'office – des personnes nommées en vertu de leurs fonctions dans l'hôpital ou dans une autre organisation, comme des groupes médicaux et communautaires, des groupes de bénévoles, des fondations hospitalières et des municipalités – peuvent se retrouver dans la position délicate de représenter des intérêts qui pourraient, parfois, être en conflit avec l'intérêt véritable de l'hôpital et de la collectivité. Selon un sondage des conseils d'administration des hôpitaux dans la région du Grand Toronto, le conseil moyen comptait six administrateurs d'office et un conseil en comptait 12 sur un total de 25 administrateurs.
- Plus de 55 % des hôpitaux ont des règlements administratifs qui permettent aux gens de payer un léger montant de droits ou de satisfaire à d'autres critères pour devenir « membres actionnaires » de la collectivité, ce qui leur permet d'élire les membres du conseil de l'hôpital. Il y a un risque que les administrateurs ainsi élus qui ont une visée précise ou qui représentent un groupe d'intérêt précis puissent influencer de façon importante les priorités de l'hôpital s'ils sont en nombre suffisant au sein du conseil.
- Presque tous les présidents de conseil qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que le conseil avait un programme d'orientation à l'intention des nouveaux administrateurs pour s'assurer qu'ils comprennent dès le début leurs rôles et leurs responsabilités, et environ 75 % ont indiqué qu'il y avait également un programme de formation continue.
- À peine plus de la moitié des administrateurs qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que l'information qu'ils recevaient sur les progrès réalisés par l'hôpital dans l'atteinte de ses objectifs de gestion des risques était « très utile », tandis que les autres estimaient pour la plupart qu'elle était seulement « moyennement utile » ou « quelque peu utile ».
- Plus de 90 % des présidents ont indiqué que, conformément aux pratiques de gouvernance exemplaires, l'évaluation la plus récente du directeur général de leur hôpital comparait la performance réelle aux attentes. Par ailleurs, presque tous les administrateurs ont indiqué que l'évaluation du rendement de la direction de l'hôpital était un aspect important de leur rôle. Toutefois, seulement 63 % des administrateurs étaient « fortement d'accord » avec l'énoncé selon lequel ils participaient à l'évaluation du rendement du directeur général.
- Différents rapports financés par le Ministère recommandaient d'inclure dans une loi certaines pratiques de bonne gouvernance, comme faciliter le recrutement fondé sur les

compétences et fixer la durée du mandat des administrateurs. Il serait bon de revoir ces recommandations quand des modifications à la *Loi sur les hôpitaux publics* seront envisagées ultérieurement.

- Les conseils d'administration des hôpitaux, les examens par les pairs et le Ministère dans le cadre de ses inspections, de ses enquêtes et de la nomination de superviseurs ont cerné ou recommandé un grand nombre de pratiques exemplaires pour la gouvernance des hôpitaux. Toutefois, aucun processus formel n'a été établi pour communiquer ces pratiques aux conseils d'administration.

Nous tenons à remercier les administrateurs qui ont répondu à notre sondage, ainsi que les spécialistes en gouvernance hospitalière qui sont venus nous rencontrer.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère endosse l'examen des pratiques de gouvernance mené par le vérificateur général et convient avec celui-ci de l'importance d'une bonne gouvernance hospitalière. Toutefois, comme le souligne le vérificateur général dans son rapport, les hôpitaux sont des personnes morales autonomes en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics* et sont responsables de la qualité des soins dispensés par leurs établissements ainsi que de leur structure de gouvernance. Néanmoins, compte tenu de l'importance des pratiques de bonne gouvernance hospitalière et du rôle du Ministère dans la nomination d'inspecteurs et de superviseurs quand des problèmes de gouvernance se posent, le Ministère collaborera avec ses partenaires pour favoriser l'adoption des pratiques de bonne gouvernance.

Constatations détaillées

PRATIQUES EXEMPLAIRES DE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE

La *Loi sur les hôpitaux publics* (la Loi) et l'un de ses règlements énumèrent certains pouvoirs des conseils d'administration des hôpitaux, notamment :

- nommer des médecins – et révoquer ou suspendre ces nominations;
- surveiller la conformité des activités de l'hôpital à la Loi;
- veiller à ce qu'il y ait des procédures d'admission appropriées en place pour les malades.

L'Ontario Hospital Association (OHA) fournit d'autres lignes directrices aux conseils d'administration des hôpitaux au moyen de séances de formation et de matériel de référence sur leurs obligations, notamment :

- veiller à la qualité des soins fournis aux malades;
- participer à l'élaboration d'un plan stratégique pour l'hôpital;
- choisir et superviser les membres de la haute direction;
- présenter des rapports aux membres et aux parties prenantes, y compris le Ministère;
- approuver les états financiers.

Au cours des cinq dernières années, le souci de veiller à ce que les conseils d'administration des hôpitaux observent des pratiques de bonne gouvernance s'est accru. Pendant cette période, le Ministère a financé plusieurs rapports, dont l'un commandé par l'OHA en 2004 – *Hospital Governance and Accountability in Ontario* – qui évaluait la gouvernance des hôpitaux dans l'ensemble de la province et cernait les pratiques exemplaires. De plus, l'OHA a mis en œuvre des programmes de formation et de certification pour promouvoir la pratique constante d'une bonne gouvernance. Agrément Canada, un organisme qui mène des

examens externes des hôpitaux canadiens d'après ses normes de rendement, a aussi publié des normes de gouvernance qu'il prévoit utiliser à compter de 2008 pour évaluer les hôpitaux qui veulent obtenir l'agrément. Au cours de la dernière décennie, beaucoup d'autres organismes ont aussi mené des études et présenté des rapports sur l'efficacité

des conseils d'administration, certains mettant l'accent sur la gouvernance hospitalière.

À la suite de nos recherches auprès de différentes sources, nous avons cerné plusieurs pratiques exemplaires clés pour le fonctionnement efficace d'un conseil d'hôpital et les avons classées dans six domaines, que nous énumérons dans la Figure 2.

Figure 2 : Pratiques exemplaires choisies pour la gouvernance des conseils des hôpitaux

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Composition du conseil	<ul style="list-style-type: none"> Le conseil se compose de gens qui, individuellement, ont la capacité et la volonté de s'acquitter de leurs responsabilités et qui, collectivement, ont l'éventail de connaissances et de compétences voulues pour s'acquitter des responsabilités du conseil. Les membres du conseil sont choisis au moyen d'un processus de nomination systématique, équitable et transparent. Les nominations au conseil se font de manière à minimiser tous les conflits d'intérêts.
Rôles et responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> Les rôles et les responsabilités du conseil sont énoncés de façon précise dans une charte écrite ou dans des règlements administratifs. Un programme d'orientation est en place à l'intention des nouveaux administrateurs et traite de sujets comme le rôle et les responsabilités des administrateurs dans la réalisation des objectifs du conseil, et la politique sur les conflits d'intérêts. Un programme de formation continue est en place et traite de sujets comme les nouveaux enjeux et les nouvelles pratiques dans le domaine de la gouvernance, et fournit de l'information plus détaillée sur certains programmes de l'hôpital.
Participation aux décisions stratégiques et à la gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> Les administrateurs agissent de manière à ce que les objectifs de l'organisation se réalisent au moyen de décisions stratégiques; notamment, ils : <ul style="list-style-type: none"> supervisent l'élaboration d'un plan stratégique pluriannuel; surveillent les progrès de la mise en œuvre du plan stratégique; approuvent les budgets d'immobilisations et de fonctionnement en accord avec le plan stratégique; comprennent les risques inhérents aux activités de l'hôpital et supervisent l'élaboration d'un plan de gestion des risques.
Accès à de l'information pertinente pour la prise de décisions	<ul style="list-style-type: none"> De l'information pertinente et compréhensible est communiquée aux administrateurs pour leur permettre de superviser de façon efficace les activités de l'hôpital. L'information est communiquée aux administrateurs avant la tenue des réunions du conseil de façon qu'ils disposent de suffisamment de temps pour l'examiner.
Comités	<ul style="list-style-type: none"> Le conseil établit des comités pour l'aider à s'acquitter de ses responsabilités dans des domaines clés comme la qualité, les finances, la vérification et les ressources humaines.
Évaluation du rendement	<ul style="list-style-type: none"> Des processus sont en place pour l'évaluation annuelle du rendement individuel des administrateurs et du rendement du conseil dans son ensemble par rapport aux attentes énoncées dans la charte du conseil ou dans les règlements administratifs. Le conseil évalue tous les ans le rendement du directeur général par rapport à la description du poste et aux attentes relatives au rendement approuvées par le conseil.

Composition du conseil

Les pratiques de gouvernance exemplaires indiquent que les conseils d'administration efficaces dans les hôpitaux se composent de personnes qui :

- individuellement, possèdent le niveau de capacité, d'engagement et d'indépendance nécessaire pour s'acquitter de leurs responsabilités;
- collectivement, possèdent l'éventail des compétences et des connaissances voulues pour remplir les fonctions de surveillance du conseil;
- sont choisies au moyen d'un processus de nomination systématique, équitable et transparent.

Tous les hôpitaux que nous avons sondés ont indiqué qu'ils avaient un comité de recrutement ou de nomination pour faire des recommandations sur la nomination des nouveaux administrateurs.

Les hôpitaux sont des organismes complexes. C'est la raison pour laquelle le conseil doit posséder collectivement un large éventail de compétences pour remplir efficacement son mandat, notamment des compétences dans les domaines suivants :

- savoir clinique/médical;
- gestion des affaires;
- finances/comptabilité;
- domaine juridique;
- construction et gestion de projet;
- gestion des risques;
- ressources humaines;
- technologie de l'information.

Parmi les outils qu'utilise un comité de recrutement ou de nomination pour repérer et évaluer les candidats potentiels, on note les grilles de compétences et les entrevues. La grille de compétences est un tableau qui compare les compétences collectives actuelles du conseil aux compétences clés dont il aura besoin au cours des trois à cinq prochaines années, d'après le plan stratégique de l'hôpital. Les lacunes relevées dans les domaines clés deviennent les priorités du recrutement. D'après un sondage réalisé en 2007 par l'OHA sur la gouvernance hospi-

talienne, plus de 85 % des hôpitaux sondés utilisaient une grille de compétences et plus de 80 % faisaient passer une entrevue aux candidats retenus dans le cadre du recrutement des administrateurs.

De même, les répondants à notre sondage estimaient en général que leur conseil était bien représenté dans la plupart des domaines de compétences susmentionnés. Toutefois, près de 70 % des répondants ont indiqué que les compétences en technologie de l'information étaient sous-représentées tandis que 50 % ont fait la même constatation pour les compétences juridiques.

Le nombre d'administrateurs au sein du conseil d'un hôpital doit tenir compte à la fois du besoin des compétences voulues et du besoin pour le conseil d'avoir une taille permettant des discussions productives et une prise de décisions efficace. Les spécialistes de la gouvernance hospitalière divergent d'avis quant au nombre optimal d'administrateurs; toutefois, ce nombre se situe en général entre 13 et 20. Le Ministère ne consigne pas le nombre d'administrateurs par hôpital. Toutefois, dans notre sondage, les conseils d'administration des hôpitaux comptaient en moyenne 18 membres, soit entre 9 et 24 administrateurs. Comme on pouvait s'y attendre, il semble que les grands hôpitaux de la RGT ont les conseils comptant le plus grand nombre d'administrateurs; selon un sondage des hôpitaux de la RGT effectué en 2007, leurs conseils comptaient en moyenne 22 administrateurs, soit entre 16 et 30 membres. Il se peut que les hôpitaux situés dans les petites collectivités aient des conseils plus petits en partie parce qu'il y a moins de gens disponibles dans la collectivité locale pour siéger au conseil. En revanche, s'il est plus facile pour les grands conseils d'avoir des administrateurs couvrant tous les domaines de compétences de base, les petits conseils, de leur côté, fonctionnent en général de façon plus efficace.

Membres d'office du conseil

Dans son rapport *Hospital Governance and Accountability in Ontario*, l'OHA souligne que les

administrateurs ont le « devoir d'agir loyalement et d'éviter les conflits entre leurs intérêts personnels et ceux de l'association hospitalière ». Nous avons remarqué que certains administrateurs, que l'on appelle « membres d'office », sont nommés en vertu des fonctions qu'ils occupent dans l'hôpital ou dans d'autres organisations, comme une fondation hospitalière, un groupe de bénévoles, une municipalité ou une organisation religieuse. Ces nominations peuvent découler d'exigences législatives provinciales ou des règlements administratifs d'un hôpital. Pour la plupart, ces membres ont le même droit de vote que les autres administrateurs.

La *Loi sur les hôpitaux publics* (la Loi) exige que les personnes suivantes soient nommées membres d'office des conseils d'administration des hôpitaux :

- le médecin chef ou le président du comité médical consultatif;
- le directeur médical;
- dans certains hôpitaux, le vice-directeur médical.

Toutefois, un examen de la Loi effectué en 1992 recommandait des modifications pour faire en sorte « qu'aucune personne nommée ou employée par un hôpital ne puisse siéger au conseil d'administration de cet hôpital ». On craignait que les membres d'office qui font partie du personnel médical, par exemple, aient de la difficulté à concilier l'objectif de renforcer les services médicaux dispensés par l'hôpital et le besoin de faire preuve de responsabilité financière. S'il est vrai que les conseils des hôpitaux ont besoin d'avis médicaux et d'autres renseignements cliniques, ces avis pourraient leur être fournis par un comité médical consultatif séparé auquel le conseil a accès ou par des personnes compétentes d'organismes externes nommées au conseil.

En plus des postes de membres d'office prévus par la Loi, les règlements administratifs des hôpitaux exigent en général que certains membres soient nommés d'office – des conseillers municipaux, par exemple, ou des représentants d'institutions religieuses ou d'établissements d'enseignement, de fondations ou d'organismes bénévoles. En général, ces règlements sont établis

et approuvés par le conseil de chaque hôpital d'après les directives de l'Ontario Hospital Association et de l'Ontario Medical Association, qui ont été révisées en 2003. Toutefois, dans le rapport plus récent de l'OHA (*Hospital Governance and Accountability in Ontario*), on souligne que la nomination « représentative » de membres du conseil en fonction d'intérêts précis va « à l'encontre des pratiques exemplaires reconnues », car elle peut créer un conflit d'intérêts réel ou perçu. Par exemple, un conseiller municipal pourrait avoir de la difficulté à concilier ses responsabilités au sein du conseil de l'hôpital avec son devoir de représenter ses électeurs au moment de prendre des décisions comme la location de certains services cliniques à l'extérieur de sa circonscription électorale municipale. Dix pour cent des répondants à notre sondage ont indiqué que l'un de leurs trois principaux rôles comme administrateur était de représenter des intérêts précis, notamment des groupes médicaux et communautaires, des municipalités, des groupes de bénévoles et la fondation de l'hôpital. Fait à noter, des administrateurs qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que leur conseil avait effectué récemment un examen de la gouvernance qui s'était traduit par la réduction du nombre de membres d'office à ceux exigés par la Loi.

Au moment de notre vérification, le Ministère n'avait aucune information sur le nombre ou sur les différents types d'administrateurs d'office siégeant actuellement aux conseils des hôpitaux. Toutefois, les résultats d'un sondage effectué par l'OHA en 2007 indiquaient qu'environ la moitié des conseils comptaient des représentants tant de la fondation de l'hôpital que de son association de bénévoles. Près de 40 % comptaient des représentants municipaux. Par ailleurs, un sondage effectué auprès des conseils des hôpitaux dans la RGT indiquait que les conseils comptaient en moyenne 6 membres d'office dans un conseil moyen de 22 membres et que l'un des conseils avait 12 administrateurs d'office sur un total de 25.

Membres « actionnaires » de la collectivité

Plusieurs rapports commandés par le Ministère ont souligné la nécessité pour les conseils des hôpitaux d'obtenir la participation de la collectivité. Pour ce faire, certains conseils autorisent la nomination de membres « actionnaires » de la collectivité (que l'on appelle également membres corporatifs de la collectivité), habituellement des membres du grand public. En général, ces personnes paient un léger montant de droits annuels à l'hôpital ou à sa fondation ou doivent répondre à des critères comme habiter près de l'hôpital et appuyer manifestement les objectifs de l'hôpital. En tant que membres « actionnaires » de la collectivité, ils ont à peu près les mêmes pouvoirs que les actionnaires d'une société commerciale, c'est-à-dire, en vertu de la *Loi sur les personnes morales*, qu'ils peuvent élire tous les membres du conseil d'administration d'un hôpital sauf les administrateurs d'office qui sont nommés conformément aux lois provinciales ou aux règlements administratifs de l'hôpital.

Dans certains cas, toutefois, les membres « actionnaires » de la collectivité peuvent gêner la capacité décisionnelle du conseil. Par exemple, selon des rapports commandés par le Ministère, la capacité des conseils des hôpitaux de prendre des décisions difficiles peut être entravée dans le cas où des administrateurs élus par des membres « actionnaires » de la collectivité :

- ont une visée précise;
- n'ont pas les connaissances, les compétences et l'expérience voulues; ou
- deviennent impliqués dans des différends avec les membres « actionnaires » de la collectivité, ce qui peut avoir des répercussions sur la poursuite du mandat de l'administrateur au sein du conseil.

Le rapport de l'OHA, *Hospital Governance and Accountability in Ontario*, souligne l'importance d'harmoniser la nomination de membres « actionnaires » de la collectivité avec le fonctionnement efficace du conseil de l'hôpital pour « empêcher la nomination potentielle de membres dont la présence au conseil serait inappropriée, ou pire

encore, un détournement » des priorités du conseil. Il y a ainsi un risque que l'hôpital puisse devenir « la proie » d'un groupe dont les priorités iraient à l'encontre de celles des autres parties prenantes. Selon un examen des hôpitaux par les pairs commandé en 2007 par le Ministère, dans l'un des hôpitaux, il était « manifeste que les membres du conseil étaient soumis à l'influence de certains membres de la collectivité, notamment ceux qui sont actifs sur le plan politique. Le conseil doit veiller à mettre en place des processus qui concilient les points de vue des groupes d'intervention locaux et ne donnent pas préséance à l'une ou l'autre des nombreuses coalitions de la collectivité. »

La documentation sur les pratiques exemplaires indique qu'un comité consultatif de la collectivité peut apporter aux conseils des hôpitaux le point de vue de la collectivité sans qu'il soit nécessaire que le conseil compte des membres « actionnaires » de la collectivité. Néanmoins, les résultats d'un sondage réalisé en 2007 par l'OHA indiquent que plus de 50 % des conseils des hôpitaux ont des règlements administratifs qui autorisent la nomination de membres « actionnaires » de la collectivité, qui ont le droit d'élire les membres du conseil.

Le Ministère a indiqué qu'il n'a aucune information sur des problèmes systémiques qui auraient pu survenir à cause de la présence de membres « actionnaires » de la collectivité au sein d'un conseil. De même, il n'a aucune information sur l'efficacité avec laquelle ces membres transmettent les points de vue de la collectivité aux conseils.

La *Loi sur l'intégration du système de santé local* exige que les RLISS, ainsi que les hôpitaux, obtiennent la participation de la collectivité. Elle stipule que l'un des objectifs des RLISS consiste à « planifier, à financer et à intégrer le système de santé local de façon à réaliser l'objet de la présente loi et, notamment, à engager la collectivité de personnes et d'entités qui œuvrent au sein du système de santé local dans la planification du système et l'établissement des priorités de celui-ci, y compris l'établissement de mécanismes formels pour la participation et la consultation de la collectivité ».

S'il est vrai que les hôpitaux continueront d'avoir besoin de la participation de la collectivité dans le futur, surtout dans le domaine de la prestation des services, ils pourraient peut-être l'obtenir en partie par le biais de leur RLISS.

Rôles et responsabilités du conseil

Selon les pratiques de gouvernance exemplaires, les administrateurs ont la responsabilité de bien comprendre leurs fonctions et leurs obligations comme membres du conseil, y compris les processus de gouvernance du conseil et les activités de l'hôpital. Il faut que les rôles et les responsabilités des administrateurs soient communiqués de façon claire à tous les administrateurs et que ceux-ci les comprennent parfaitement. On devrait également expliquer ces rôles et ces responsabilités à tous les nouveaux membres d'un conseil dans le cadre d'un programme d'orientation initiale et en offrant de la formation continue aux administrateurs pendant leur mandat.

Habituellement, les rôles et les responsabilités des administrateurs sont documentés dans les règlements administratifs de l'hôpital. Ces règlements, qui sont propres à chaque hôpital, décrivent en général la responsabilité globale du conseil, les fonctions et les responsabilités des administrateurs individuels, le code de conduite et les lignes directrices sur les conflits d'intérêts et la confidentialité. Tous les présidents de conseil qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que leur conseil disposait de lignes directrices écrites sur les conflits d'intérêts et la confidentialité; 88 % ont indiqué que leur conseil avait un code de conduite écrit, tandis que 94 % ont affirmé que leur conseil avait un programme d'orientation à l'intention des nouveaux administrateurs. Toutefois, 25 % ont indiqué que le conseil n'avait pas de programme de formation continue.

Fonctionnement du conseil

L'une des responsabilités les plus importantes du conseil est de superviser l'élaboration du plan stratégique et du plan de gestion des risques de l'hôpital, d'approuver ces plans et de les surveiller. Pour s'acquitter de ces responsabilités et de leurs autres responsabilités, les conseils ont besoin de renseignements sur un grand nombre de sujets différents. Par conséquent, pour faciliter la discussion et l'analyse approfondies de cette information ainsi que l'exécution d'autres tâches, comme rencontrer les vérificateurs de l'hôpital, la plupart des conseils créent des comités chargés de domaines précis comme la qualité, les ressources humaines et les finances.

Participation aux décisions stratégiques et à la gestion des risques

Les hôpitaux devraient disposer d'un plan stratégique pluriannuel comprenant la vision, la mission et les valeurs de l'hôpital, les orientations stratégiques accompagnées des objectifs connexes, un calendrier de mise en œuvre et des indicateurs de rendement pour mesurer les progrès de l'hôpital dans la réalisation de son plan stratégique. Le conseil devrait superviser l'élaboration du plan stratégique et l'approuver. Par ailleurs, le plan stratégique devrait faire l'objet d'un examen annuel et être mis à jour de façon formelle tous les trois à cinq ans ou quand il y a un changement important dans le contexte opérationnel de l'hôpital.

Tous les présidents de conseil qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que leur plan stratégique avait été mis à jour et approuvé au cours des cinq dernières années, 75 % indiquant qu'il avait été mis à jour et approuvé au cours des deux dernières années. Par ailleurs, 44 % des administrateurs qui ont répondu au sondage ont classé l'approbation et la surveillance du plan stratégique de l'hôpital comme l'un de leurs trois principaux rôles en tant qu'administrateur; seuls les énoncés « agir dans le meilleur intérêt de l'hôpital » et « veiller à la qualité des soins fournis aux malades » obtenaient un

classement plus élevé du point de vue de l'importance des rôles. De même, presque tous les administrateurs ont indiqué qu'ils recevaient une fois par année ou plus de l'information sur les progrès réalisés par l'hôpital dans l'exécution de son plan stratégique.

En se fondant sur le plan stratégique approuvé, le conseil devrait également superviser l'élaboration par l'hôpital d'un plan de gestion des risques. Ce plan devrait définir et évaluer les risques importants qui se posent à l'hôpital et décrire les stratégies adoptées par la direction pour les minimiser. Selon les pratiques de gouvernance exemplaires, le conseil devrait approuver le plan de gestion des risques et surveiller de façon régulière les activités de gestion des risques de l'hôpital. Presque tous les administrateurs qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que la surveillance des activités de gestion des risques était un aspect « moyennement important » ou « très important » de leur rôle. (La Figure 3 énumère plusieurs défis ou risques qui se posent actuellement aux conseils des hôpitaux, d'après les réponses des administrateurs à notre sondage.) Toutefois, plus de 30 % ont indiqué qu'ils recevaient de l'information une fois par année ou même moins souvent sur les progrès réalisés

par l'hôpital quant à l'atteinte de ses objectifs en matière de gestion des risques. Par ailleurs, seulement 58 % ont indiqué que l'information reçue était « très utile », la plupart des autres administrateurs affirmant qu'elle était seulement « moyennement » ou « quelque peu » utile. À la question qui demandait aux administrateurs de donner des exemples de pratiques exemplaires à communiquer aux autres conseils, un administrateur a souligné l'importance d'axer la gestion des risques sur les questions de qualité et de sécurité en tant qu'aspects clés de l'attention accordée par le conseil à la qualité des soins.

Accès à de l'information pertinente pour la prise de décisions

La haute direction des hôpitaux fournit en grande partie aux membres du conseil l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions. Il faut que cette information soit concise et compréhensible, car le fait d'avoir trop d'informations ou de données est tout autant un problème que le fait d'en manquer. De plus, l'information doit être pertinente pour les décisions à prendre et pour les solutions de rechange que les administrateurs doivent examiner.

Figure 3 : Défis choisis qui se posent aux conseils des hôpitaux

Source des données : Réponses des administrateurs au sondage effectué par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Contraintes financières	De nombreux conseils d'hôpital doivent consacrer beaucoup de temps aux questions de financement, car elles ont des répercussions sur les niveaux de dotation et sur les services de santé que l'hôpital peut offrir aux malades.
Pénurie de professionnels médicaux	L'incapacité de recruter du personnel médical et d'autres professionnels a aussi des répercussions sur les services de santé dispensés aux malades.
Amélioration des relations avec les RLISS	Une amélioration des relations s'impose entre certains hôpitaux et leurs RLISS. Par exemple, les conseils d'hôpital aimeraient avoir de meilleures communications avec leurs RLISS concernant le financement et les services aux malades.
Pénurie de lits	Les pénuries de lits pour malades hospitalisés se produisent principalement parce que les malades qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers demeurent à l'hôpital jusqu'à ce qu'une place soit disponible dans un établissement approprié, par exemple, un foyer de soins de longue durée.
Défis sur le plan de l'infrastructure	Certains administrateurs ont souligné le besoin d'agrandir ou de rénover les établissements de santé pour répondre aux besoins des malades.
Évolution de la population des malades	Les besoins d'une population de malades croissante et/ou âgée exigent de la part du conseil une surveillance et un ajustement importants et constants des niveaux de services offerts par l'hôpital.
Perceptions du public	Les hôpitaux ont de la difficulté à faire accepter par la collectivité les changements majeurs proposés aux activités hospitalières.

D'après notre sondage, en plus de l'information sur les progrès réalisés par l'hôpital dans l'exécution de son plan stratégique, les administrateurs reçoivent en général de l'information à intervalles réguliers sur plusieurs sujets, notamment :

- la sécurité des malades et du personnel;
- les temps d'attente des malades;
- le nombre de visites au service des urgences;
- le nombre de lits occupés par des personnes en attente d'un autre niveau de soins, par exemple dans une maison de soins infirmiers;
- les finances, comme le budget de l'hôpital par rapport aux dépenses réelles.

Dans l'ensemble, la majorité des administrateurs qui ont répondu à notre sondage étaient d'avis que l'information qui leur était transmise pour leurs réunions était utile. De même, plusieurs administrateurs ont dit que leur conseil avait établi un mode de présentation uniforme pour l'information, notamment des indicateurs clés du rendement de l'hôpital reliés à son plan stratégique. L'examen de l'information est ainsi facilité pour les administrateurs. Toutefois, quelques administrateurs ont indiqué qu'une partie de l'information qu'ils reçoivent, comme les rapports financiers, est trop volumineuse pour permettre un examen efficace. Par ailleurs, même si la majorité des administrateurs estiment « utile » l'information qu'ils reçoivent, seulement 60 % des répondants ont dit être « fortement d'accord » avec l'énoncé selon lequel ils n'ont pas entériné d'office les décisions prises par la direction de l'hôpital et par le médecin chef. Une autre tranche de 35 % a répondu être « quelque peu d'accord » avec cet énoncé.

À la question portant sur les améliorations qu'ils recommandaient, les administrateurs ont attiré l'attention sur quelques points communs. Si de nombreux administrateurs ont affirmé qu'ils pouvaient surveiller le rendement de leur hôpital, ils ont aussi indiqué qu'ils aimeraient pouvoir comparer ce rendement à celui d'hôpitaux comparables – de taille semblable et offrant des services identiques – dans leur RLISS et dans l'ensemble de la province. De même, plusieurs administrateurs ont indiqué qu'ils

aimeraient obtenir de l'information supplémentaire sur la qualité des soins donnés aux malades ainsi que sur la sécurité des malades et du personnel.

Pour permettre aux administrateurs de se familiariser avec l'information et de participer activement aux discussions connexes du conseil, on devrait leur transmettre l'information nécessaire en temps voulu pour qu'ils puissent l'examiner avant les réunions du conseil. Dans l'ensemble, 72 % des administrateurs qui ont répondu à notre sondage étaient « fortement d'accord » avec l'énoncé selon lequel ils reçoivent l'information suffisamment à temps pour se préparer en vue des réunions du conseil, tandis qu'une autre tranche de 22 % a répondu être « quelque peu d'accord ». Quelques administrateurs ont indiqué que leur conseil avait exigé que la direction transmette aux administrateurs l'information nécessaire pour les réunions du conseil dans un délai précis avant la tenue des réunions de façon qu'ils aient suffisamment de temps pour l'examiner.

Comités

Les conseils des hôpitaux établissent en général plusieurs comités pour s'occuper de domaines précis. Ces comités tiennent des réunions séparées et en font un compte rendu au conseil en résumant les points abordés, accompagnés des recommandations pertinentes. Les comités types des conseils des hôpitaux comprennent ce qui suit :

- le comité exécutif;
- le comité des finances et de la vérification;
- le comité de la qualité;
- le comité des ressources humaines;
- le comité de la technologie de l'information;
- le comité de la liaison avec la collectivité;
- le comité de recrutement/nomination des membres du conseil;
- le comité de la gouvernance.

De plus, la *Loi sur les hôpitaux publics* exige que tous les hôpitaux établissent un comité médical consultatif composé de médecins de l'hôpital, qui relève du conseil.

En général, les administrateurs qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que la plupart de leurs comités étaient « bons » ou « excellents » pour ce qui est d'exécuter leurs obligations et de tenir le conseil informé de leurs activités. Toutefois, 32 % des administrateurs ont indiqué que leur comité de la technologie de l'information était « passable » ou « médiocre » pour ce qui est d'exécuter ses obligations et 24 %, qu'il était « passable » ou « médiocre » pour ce qui est de tenir le conseil informé de ses activités. De plus, 16 % ont dit que le comité de la liaison avec la collectivité était « passable » ou « médiocre » pour ce qui est d'exécuter ses obligations, tandis que 14 % ont dit qu'il était « passable » ou « médiocre » pour ce qui est de tenir le conseil informé de ses activités. Des répondants ont mentionné, à titre d'exemples de pratiques exemplaires, que tous les membres du conseil se réunissaient en comité pour traiter de certaines questions importantes, que les membres des comités avaient une expérience en rapport avec le domaine de responsabilité du comité, et que le conseil examinait la structure des comités à intervalles réguliers pour s'assurer que les questions importantes faisaient l'objet d'un examen approfondi et pour éviter le chevauchement entre les comités.

Évaluation du rendement

Le rendement global du conseil de même que le rendement de chaque administrateur devraient faire l'objet d'une évaluation annuelle. En général, ces évaluations se font de la façon suivante : les administrateurs répondent à des questionnaires portant sur les processus et le rendement du conseil ainsi que sur leur propre participation et contribution aux travaux du conseil. Ces évaluations visent principalement à définir des façons d'améliorer l'efficacité et l'efficacités du conseil.

D'après le sondage réalisé en 2007 par l'OHA, environ 85 % des conseils des hôpitaux évaluent leur propre rendement. Toutefois, le sondage de 2007 sur la gouvernance des hôpitaux de la RGT,

effectué à la suite de la nomination d'un superviseur dans l'un des ces hôpitaux, a révélé qu'un peu moins de la moitié des hôpitaux de la RGT disposaient d'un tel processus. Seulement 58 % des administrateurs qui ont répondu à notre sondage ont dit être « fortement d'accord » avec l'énoncé selon lequel leur conseil a un processus raisonnable pour évaluer son rendement. Par ailleurs, 25 % des présidents qui ont répondu ont indiqué que leur conseil n'évalue pas le rendement individuel des administrateurs. En fait, selon le sondage des hôpitaux de la RGT, 82 % des conseils n'avaient pas de processus d'évaluation individuelle des administrateurs.

Les pratiques de gouvernance exemplaires recommandent également qu'un conseil évalue tous les ans le rendement du directeur général par rapport aux attentes établies. Plus de 90 % des présidents qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que l'évaluation la plus récente du directeur général de leur hôpital comparait le rendement réel aux attentes. Par ailleurs, presque tous les administrateurs qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que l'évaluation du rendement de la direction de l'hôpital était un aspect important de leur rôle. Toutefois, seulement 63 % des administrateurs ont dit être « fortement d'accord » avec l'énoncé selon lequel ils participent à l'évaluation du rendement du directeur général de leur hôpital.

Autres pratiques de gouvernance relevées

Dans notre sondage, nous avons demandé aux administrateurs d'indiquer les pratiques clés de leur conseil qu'il serait utile, selon eux, de communiquer aux autres conseils pour les aider à mieux s'acquitter de leurs responsabilités. La Figure 4 énumère plusieurs pratiques recommandées par les administrateurs que nous avons jugé bon de mentionner.

Figure 4 : Pratiques de gouvernance exemplaires recommandées d'après le sondage des conseils d'hôpital

Source des données : Réponses des administrateurs au sondage effectué par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Composition du conseil	<ul style="list-style-type: none"> • Annoncer les postes vacants au conseil et interviewer les administrateurs potentiels d'après l'ensemble de compétences dont le conseil a besoin. • Utiliser le processus de sélection des administrateurs pour écarter les membres de groupes d'intérêts qui souhaitent devenir membres du conseil.
Rôles et responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir des séances de formation de 30 minutes à l'intention des administrateurs avant les réunions prévues du conseil pour les tenir au courant de différents sujets, notamment les activités de l'hôpital. • Faire en sorte que les administrateurs visitent différents secteurs de programme de l'hôpital pour leur permettre de se familiariser avec les différents secteurs opérationnels de l'hôpital.
Participation aux décisions stratégiques et à la gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une fiche de rendement claire et concise qui compare sous forme de graphique le rendement de l'hôpital à son plan stratégique. • Utiliser un système de rapport avec des indicateurs préétablis pour mesurer à intervalles réguliers des aspects clés des activités de l'hôpital. • Utiliser l'information sur les tendances pour repérer les domaines de problèmes possibles en rapport avec les activités de l'hôpital. • Encourager des discussions ouvertes et franches qui permettent à tous les administrateurs de s'exprimer. • Tenir des séances du conseil à huis clos hors de la présence de la direction de l'hôpital. • Établir un plan de travail précis pour faire en sorte que le conseil se concentre sur les éléments les plus importants. • Placer les points importants requérant une décision au début de l'ordre du jour des réunions pour s'assurer que le conseil en discute.
Accès à de l'information pertinente pour la prise de décisions	<ul style="list-style-type: none"> • Recevoir les rapports clés une semaine avant la tenue des réunions du conseil de façon que les administrateurs aient le temps de les parcourir avant la réunion.
Comités	<ul style="list-style-type: none"> • Désigner une journée par mois pour les réunions des comités importants afin de s'assurer que certaines questions sont étudiées en temps voulu.
Évaluation du rendement	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à un sondage d'autoévaluation annuel du conseil, communiquer les résultats aux administrateurs et donner suite aux recommandations.
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Faire en sorte que le RLISS intervienne régulièrement devant le conseil, notamment pour faire le point sur ses plans et pour discuter de quelque question que ce soit. • Faire en sorte que le Ministère intervienne une fois l'an devant le conseil, notamment pour faire le point sur ses plans. • Renforcer le développement et l'utilisation des services régionaux de technologie de l'information et d'approvisionnement pour accroître l'échange de renseignements et réduire le chevauchement et les coûts. • Créer un ensemble de mesures du rendement qui sera accepté par toutes les parties prenantes.
Autre	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec les autres conseils de la santé et partager les pratiques pertinentes.

RECOMMANDATION 1

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec ses parties prenantes, notamment les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour s'assurer que les conseils des hôpitaux observent des pratiques de bonne gouvernance, telles que les suivantes :

- recruter des administrateurs ayant les compétences voulues et éviter tout conflit d'intérêts, par exemple, en réduisant au minimum le nombre d'administrateurs d'office dont la nomination n'est pas exigée par la loi;
- établir des processus efficaces pour obtenir, au besoin, une participation de la collectivité qui représente le point de vue de la population desservie par l'hôpital;
- exiger que la direction fournisse de l'information concise, compréhensible et pertinente pour la prise de décisions, notamment de l'information périodique sur les progrès réalisés par l'hôpital dans l'exécution de son plan stratégique et de son plan de gestion des risques.

De même, le Ministère doit collaborer avec les parties prenantes à l'élaboration d'un processus de communication des pratiques de gouvernance exemplaires aux conseils des hôpitaux de l'ensemble de la province.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et collaborera avec les parties prenantes concernées, comme l'Ontario Hospital Association (OHA) et d'autres, à l'instauration des pratiques de bonne gouvernance. L'OHA a un rôle et une expertise reconnus en matière de bonne gouvernance hospitalière; l'organisme fournit de l'information dans ce domaine aux hôpitaux, tient des ateliers et publie des rapports de façon régulière. Le Ministère continuera de collaborer avec l'OHA à la communication des pratiques de gouvernance exemplaires aux hôpitaux de l'Ontario.

SURVEILLANCE DES CONSEILS DES HÔPITAUX

Loi sur les hôpitaux publics

La *Loi sur les hôpitaux publics* (la Loi) a été promulguée en 1931. À la demande du ministre de la Santé (l'appellation du Ministère à l'époque), un comité directeur a examiné la Loi en 1992. Celui-ci a recommandé un remaniement de la Loi plutôt qu'une révision compte tenu de l'évolution considérable du domaine de la santé et de l'augmentation de la complexité de la gestion et du fonctionnement des hôpitaux depuis l'entrée en vigueur de la Loi 60 ans auparavant. Le comité a recommandé notamment que la nouvelle loi définisse clairement les responsabilités et les obligations redditionnelles des conseils des hôpitaux et du Ministère. Le gouvernement a ensuite apporté quelques modifications à la Loi, lesquelles, avec les règlements connexes, réglaient des questions telles que l'immunité et l'uniformisation de la terminologie entre la Loi et d'autres lois. Toutefois, le gouvernement n'a pas donné suite à la plupart des modifications recommandées par le comité directeur. Or, des rapports indépendants sur la gouvernance hospitalière financés par le Ministère au cours des cinq dernières années ont de nouveau recommandé des modifications de la Loi dans plusieurs domaines, dont un grand nombre de ceux relevés dans le cadre de l'examen effectué en 1992. Les rapports recommandaient, entre autres, de fixer la durée du mandat des administrateurs et de faciliter le recrutement basé sur les compétences. La *Loi sur l'intégration du système de santé local* a entraîné d'autres modifications des responsabilités relatives à la gestion de la prestation des soins de santé en Ontario. Toutefois, tant cette Loi que la *Loi sur les hôpitaux publics* ne contiennent que quelques articles touchant les pratiques de bonne gouvernance.

Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le 1^{er} avril 2007, les RLISS ont assumé la responsabilité de prioriser, planifier et financer certains services de santé, ainsi que d'intégrer les services des hôpitaux, des foyers de soins de longue durée, des organismes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et d'autres fournisseurs de services de santé. Les hôpitaux ont conservé leurs propres conseils d'administration et relèvent maintenant des RLISS pour la plupart de leurs activités tandis que les RLISS relèvent du Ministère.

L'Ontario est l'une des rares provinces canadiennes où les hôpitaux ont encore leurs propres conseils d'administration – la plupart des autres provinces les ont éliminés quand elles ont instauré des organismes décentralisés, comme des conseils régionaux de santé, pour assurer la prestation des services de santé. En mai 2008, l'Alberta a annoncé qu'elle éliminait ses neuf régions régionales de la santé pour les remplacer par un seul conseil des services de santé. Ces approches ont chacune leurs avantages. Par exemple, l'un des avantages d'avoir un conseil d'administration dans l'hôpital est le fait de pouvoir assurer une surveillance plus directe des activités de l'hôpital, tandis que l'un des avantages d'avoir un conseil régional, sans conseils d'administration individuels dans les hôpitaux, est le fait de pouvoir assurer une meilleure coordination de la prestation de l'ensemble des services de santé dans la région, y compris les services offerts par les hôpitaux. Un conseil centralisé unique peut être mieux en mesure de promouvoir l'uniformité des soins et des pratiques exemplaires dans l'ensemble de la province.

En 2007-2008, les RLISS ont assumé la responsabilité des ententes de responsabilisation conclues entre le Ministère et les hôpitaux. De plus, en 2008-2009, ils sont devenus responsables de la négociation directe de ces ententes avec les hôpitaux. En général, ces ententes définissent les obligations de l'hôpital et celles du RLISS; plus

précisément, elles comprennent les exigences relatives au niveau de service offert par les hôpitaux – c'est-à-dire, des objectifs précis à atteindre dans des domaines clés comme l'accès des malades aux services, la qualité des soins et la sécurité. Les ententes précisent également le financement de l'hôpital et l'information qu'il doit communiquer trimestriellement et annuellement au RLISS. En août 2008, environ 80 % des hôpitaux avaient signé des ententes avec leur RLISS pour les exercices 2008-2009 et 2009-2010.

Pour ce qui est de veiller à ce que l'information trimestrielle exigée soit communiquée au RLISS, 55 % des administrateurs qui ont répondu à notre sondage ont indiqué qu'ils y consacraient « peu de temps » ou « pas de temps du tout ». De plus, à la question portant sur les indicateurs précis devant faire l'objet d'un rapport en vertu de l'entente de 2007-2008, 22 % ont répondu qu'ils examinaient les temps d'attente des malades une fois par année seulement ou moins souvent; 40 % ont dit qu'ils examinaient une fois par année seulement ou moins souvent les taux de réadmission des malades par rapport aux taux de réadmission prévus et 35 % ont affirmé qu'ils examinaient une fois par année ou moins souvent le nombre d'infirmières et infirmiers à temps plein.

Bien que les hôpitaux relèvent maintenant directement des RLISS pour la plupart des domaines, de nombreux administrateurs qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que la clarification des relations entre leur hôpital, leur RLISS et le Ministère était l'un de leurs principaux défis. Nous avons entendu des commentaires identiques de la part des représentants des RLISS et d'autres spécialistes de la gouvernance hospitalière. Un administrateur a d'ailleurs dit que la relation avec le RLISS dont relève l'hôpital était « pour le moins nébuleuse ». Les administrateurs ont également mentionné le besoin d'améliorer les communications avec les RLISS, notamment obtenir plus rapidement du RLISS des réponses à leurs demandes ainsi que de l'information sur les activités de l'hôpital qui relèvent de la surveillance du RLISS de façon que les

administrateurs sachent à quoi s'en tenir. De plus, les administrateurs aimeraient obtenir davantage de renseignements sur le plan stratégique du RLIS de façon à pouvoir harmoniser les orientations stratégiques de l'hôpital avec ce plan au besoin.

Examens externes

Quand un hôpital éprouve des problèmes de nature opérationnelle et financière, le conseil collabore avec le RLIS à la formulation d'un plan de redressement. Suivant l'étendue des problèmes, les hôpitaux peuvent aussi être soumis à un examen des pairs ou à la nomination d'un inspecteur, d'un enquêteur ou d'un superviseur. Si les RLIS peuvent soumettre l'hôpital à un examen par les pairs, ils ne peuvent toutefois pas recommander la nomination d'un inspecteur, d'un enquêteur ou d'un superviseur, car ce pouvoir continue de relever du ministre en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*.

Examens par les pairs

En 2004, le Ministère a imposé l'obligation à tous les hôpitaux qui prévoient un déficit de soumettre un plan pour l'éliminer avant l'exercice 2005-2006. Parallèlement, il a instauré un processus d'examen des hôpitaux par les pairs suivant lequel les dirigeants et les médecins d'hôpitaux dont le budget est équilibré peuvent être appelés à examiner le fonctionnement des hôpitaux qui ont un budget déficitaire. L'objet de ces examens était de formuler des recommandations qui aideraient les hôpitaux à éliminer leur déficit. Le Ministère a coordonné ces examens jusqu'en avril 2007, quand les RLIS ont pris la relève. Les domaines opérationnels faisant l'objet de l'examen sont déterminés par le pair examinateur, par l'hôpital et par le Ministère (avant avril 2007) ou par le RLIS. Ces domaines peuvent comprendre la structure organisationnelle et les processus administratifs de l'hôpital, y compris ses processus de responsabilisation budgétaire et financière et la gouvernance du conseil de l'hôpital, ainsi

que les domaines où il serait possible de réaliser des économies et d'obtenir d'autres sources de revenus.

D'après une évaluation effectuée par le Ministère en avril 2006 du processus d'examen des hôpitaux par les pairs, certains de ces examens n'étaient pas effectués aussi rapidement qu'ils auraient dû l'être; les problèmes financiers pouvaient donc empirer avant que quelqu'un n'intervienne. L'évaluation a également révélé que la gouvernance et les processus décisionnels connexes devraient faire partie de tous les examens par les pairs parce que « lorsqu'un hôpital déraile, tous les yeux se tournent vers le conseil ».

Bien qu'un déficit budgétaire puisse déclencher un examen par les pairs, les hôpitaux déficitaires ne font pas tous l'objet d'un tel examen. Par exemple, d'après leurs états financiers vérifiés, 90 hôpitaux ont déclaré un déficit pour l'exercice 2007-2008 et 50 d'entre eux ont également enregistré un déficit en 2006-2007. Toutefois, de 2004-2005 à 2007-2008, seulement 17 examens par les pairs ont été effectués en tout. Le Ministère nous a informés que les hôpitaux qui avaient des déficits relativement peu importants n'étaient pas soumis à un examen par les pairs et que, dans quelques cas, il avait mené sa propre enquête ou nommé un superviseur.

Nous avons examiné un échantillon d'examens par les pairs et relevé différents problèmes qui s'étaient produits dans plus d'un hôpital. Nous avons constaté notamment que des projets d'immobilisations avaient été entrepris sans planification adéquate et que des hôpitaux n'analysaient pas comme il se doit l'impact des nouveaux programmes cliniques sur leur fonctionnement. Les examens par les pairs ont par ailleurs relevé certains problèmes de gouvernance, par exemple des cas où les administrateurs n'avaient pas les compétences voulues. Un examen récent par les pairs recommandait que le conseil de l'hôpital adopte un code de conduite et instaure un système permettant à la haute direction de communiquer de l'information stratégique au conseil.

Si certains rapports d'examens par les pairs sont mis à la disposition des hôpitaux qui souhaitent en prendre connaissance, le Ministère n'a toutefois instauré aucun processus pour communiquer aux autres hôpitaux les problèmes relevés et les recommandations connexes des examens pour les aider à repérer ces problèmes de façon précoce et proactive, le cas échéant.

Inspecteurs, enquêteurs et superviseurs

En vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*, le ministre peut nommer un inspecteur, un enquêteur ou un superviseur pour un hôpital.

L'inspecteur a le pouvoir de pénétrer dans un hôpital pour déterminer si la *Loi sur les hôpitaux publics* et les règlements y sont respectés. Ces inspections étaient menées par les bureaux régionaux du Ministère jusqu'à leur fermeture à la fin de l'exercice 2006-2007. En raison de la fermeture de ces bureaux, le Ministère nous a dit qu'il n'avait aucune information en main sur les inspections qui avaient été effectuées jusqu'à ce moment. De plus, aucune inspection n'avait été effectuée depuis 2006-2007.

Un enquêteur ou un superviseur d'hôpital peut être nommé si l'intérêt public le justifie, par exemple quand la qualité de la gestion et de l'administration hospitalières, la qualité des soins donnés aux malades ou la disponibilité des ressources financières pour la prestation des services de santé sont des sujets de préoccupation. L'enquêteur recommande des mesures correctives au conseil et à la haute direction de l'hôpital et fait également rapport de ces recommandations au ministre et au RLISS. De son côté, le superviseur a le droit d'exercer tous les pouvoirs du conseil et de la haute direction de l'hôpital; dans le cas où le conseil est autorisé à poursuivre ses activités, le superviseur peut exiger que tout acte posé par le conseil soit soumis à son approbation. Les superviseurs font part de leurs conclusions et de leurs recommandations au ministre. Entre octobre 2006 et juillet 2008, le Ministère

a nommé des enquêteurs dans trois hôpitaux et des superviseurs dans neuf hôpitaux.

Comme pour les examens par les pairs, le Ministère a indiqué qu'il n'existe aucun processus formel pour communiquer les problèmes et les recommandations connexes découlant de la nomination d'un enquêteur ou d'un superviseur. Or, ces renseignements pourraient aider d'autres hôpitaux à prévenir des situations semblables. Toutefois, le Ministère a indiqué que certains rapports des enquêteurs et des superviseurs sont mis à la disposition des conseils qui souhaitent les examiner.

RECOMMANDATION 2

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- comme le recommandent différents examens effectués à sa demande, envisager d'incorporer les pratiques de bonne gouvernance, y compris celles visant à faciliter le recrutement basé sur les compétences et à fixer la durée du mandat des administrateurs, dans des modifications législatives ultérieures ou d'autres exigences;
- préciser les responsabilités et les rôles respectifs des hôpitaux, des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et du Ministère;
- encourager les RLISS à assurer la communication de l'information clé entre les RLISS et les hôpitaux pour aider les conseils des hôpitaux à collaborer de façon efficace avec les RLISS;
- de concert avec les RLISS, mettre au point un processus pour résumer et communiquer les problèmes et les recommandations clés découlant des examens externes – comme ceux découlant des examens par les pairs, des enquêtes et de la nomination de superviseurs – pour aider les conseils à repérer ce genre de problèmes dans leur hôpital et à y remédier de façon proactive.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère donnera suite comme il se doit à cette recommandation. Actuellement, il y a beaucoup de programmes et de processus en place en rapport avec cette recommandation. Par exemple, la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* fournit des orientations aux parties prenantes sur les rôles respectifs du Ministère, des RLISS et des fournisseurs de services. Les ententes de responsabilisation conclues entre le Ministère et les RLISS fournissent d'autres orientations sur les obligations des parties concernées. De plus, les RLISS produisent des plans stratégiques à long terme dans le cadre de leur entente de responsabilisation.

Les RLISS ont publié leurs premiers plans de services de santé intégrés pour la période de trois ans commençant en avril 2007. Ces plans ainsi que d'autres renseignements sont affichés sur le site Web de chaque RLISS et peuvent être ainsi consultés facilement par les conseils des hôpitaux.

En ce qui a trait à la communication des problèmes et des recommandations découlant des examens externes, le Ministère rencontre tous les mois les RLISS et discute avec eux de ces problèmes.

Le Ministère continuera de collaborer avec les RLISS et les autres parties prenantes pour clarifier les questions de gouvernance.