

**Rapport d'enquête
Stevenson Memorial Hospital (SMH)**

**Soumis à l'intention de :
L'honorable Sylvia Jones
Ministre de la Santé**

28 juin 2024

**Soumis par :
Janice M. Skot
Enquêteuse**

**Équipe d'enquête :
Tab Carroll
Brian Edmonds
Rachel Kean
D^r Tony Stone**

Table des matières

1. RÉSUMÉ.....	5
2. RECOMMANDATIONS	7
3. Introduction	8
Processus d'enquête	9
Phase I.....	9
Phase II.....	10
4. Historique et contexte	10
Historique.....	10
Proximité d'autres hôpitaux	11
Commentaire de la collectivité sur ses déplacements pour obtenir des soins	12
Absence de relations structurées avec les partenaires secondaires et tertiaires	13
Contexte.....	13
Calendrier des examens et recommandations présentés au SMH.....	14
Analyse des examens et recommandations présentés au SMH.....	14
Avantages de l'intégration	16
5. QUALITÉ, SÉCURITÉ ET GESTION DES RISQUES.....	17
Perception de la qualité par la collectivité.....	18
Entretiens auprès de dirigeants communautaires.....	18
Incidents liés à la sécurité des patients	18
Sécurité	19
Revue de mortalité et de morbidité.....	20
Données et amélioration de la qualité.....	20
Agrément	20
6. SERVICES CLINIQUES	21
Obstétrique	21
Imagerie diagnostique (ID).....	25
USI de niveau 2 (unité des cas de gravité élevée).....	26
Autres risques cliniques identifiés	27
Médecins hospitalistes.....	27
Médecine interne générale.....	28
Anesthésie.....	28
Pédiatrie	28
Assistant chirurgical	28
Services des urgences (SU).....	29
Planification des services cliniques	29
Modèles de soins	29
7. Gouvernance.....	31

Rôle du conseil d'administration	31
Connaissances et pratiques du conseil d'administration	33
Processus du conseil d'administration.....	34
Culture du comité d'administration.....	35
8. Direction et supervision	36
Conseil consultatif des patients et des familles.....	36
Relations avec le gouvernement.....	36
Prise de décision opérationnelle.....	37
Mener des changements	37
Culture.....	39
Résultat du sondage auprès des employés et du personnel professionnel	39
Haute direction	40
Direction médicale	40
Gestion du rendement des médecins	41
Gestion des risques	41
Législation	42
Gestion des changements.....	42
Gestion de projet	43
Cadre éthique.....	43
Développement du leadership.....	43
Planification des ressources humaines en santé	45
9. Rendement et capacités sur les plans opérationnel et financier	46
Stratégie financière.....	50
Établissement du budget	50
Surveillance et rapports financiers	51
Élaboration de contrats.....	52
Exigences financières	52
10. Réaménagement des immobilisations.....	55
11. Conclusion.....	56
12. RECOMMANDATIONS	57
13. PROCHAINES ÉTAPES	58
ANNEXES	59
Annexe A – Liste des abréviations	60
Annexe B – Mandat de l'enquêteuse du Stevenson Memorial Hospital	61
Annexe C – Biographies des membres de l'équipe d'enquête	62
Annexe D – Résultats du sondage des employés/du personnel professionnel	65
Annexe E – Résumé des réponses du sondage communautaire (n = 261).....	74
Annexe F – Mobilisation des intervenants.....	78

Annexe G – Exemples de documents examinés	80
Annexe H – Commentaires du responsable des finances d’hôpitaux intégrés de taille moyenne.....	81
Annexe I – Dotation en personnel du service d’obstétrique pour l’année terminée le 31 décembre 2023	82
Annexe J – Politique relative aux périodes d’arrêt des services d’imagerie diagnostique	84
Annexe K – Structure organisationnelle des médecins	85
Annexe L – Composition du personnel professionnel au sein des services.....	86
Annexe M – Organigramme du SMH	89
Annexe N – Hôpitaux comparables.....	91

1. RÉSUMÉ

Le Stevenson Memorial Hospital (SMH) a une longue et fière histoire de prestation de soins et bénéficie d'un soutien important de la part de la collectivité. Il est situé dans la ville de New Tecumseth, dans le comté de Simcoe, et plus précisément à Alliston, où il sert une collectivité en pleine croissance dont l'industrie automobile florissante attire chaque année des milliers de nouveaux résidents. Les citoyens actuels et futurs de New Tecumseth et des régions avoisinantes méritent que leur hôpital local leur fournisse des soins fiables et de qualité.

Toutefois, à l'approche de son centième anniversaire, le SMH peine à offrir des soins sécuritaires et accessibles tout en utilisant au mieux l'argent limité des contribuables.

Récemment, l'hôpital a subi une série de changements perturbateurs, une baisse du rendement organisationnel, une culture de la méfiance et de la peur, un leadership qui change constamment, une déstabilisation chaotique et d'importants défis financiers. Les enquêteurs ont constaté un manque de transparence et de réflexion stratégique de la part de la haute direction. Dans la foulée de la pandémie, des professionnels de santé aguerris et difficiles à recruter ont été licenciés, et des cliniques ont été menacées de fermeture.

Le conseil d'administration du SMH se compose d'un groupe de bénévoles enthousiastes et bien intentionnés qui s'engagent en faveur de l'hôpital local et de la collectivité. Toutefois, selon l'équipe d'enquête, le conseil d'administration fait preuve de pratiques de gouvernance peu efficaces, n'a pas été informé de la véritable situation opérationnelle de l'hôpital, n'assure pas le suivi et la surveillance nécessaires pour offrir des soins de qualité et garantir la stabilité financière, et n'a pas démontré sa capacité à diriger le changement.

La plus grande inquiétude concerne toutefois la sécurité et la qualité des soins à l'hôpital, qui ne dispose pas d'une « culture de la sécurité » intégrée pour les patients ou son personnel. La qualité est menacée par l'absence d'un cadre de qualité structuré, le manque de personnel et des problèmes de sécurité urgents. L'équipe d'enquête est tellement préoccupée par la sécurité qu'elle recommande des examens externes immédiats dans deux domaines de soins clés : l'obstétrique et l'imagerie diagnostique (ID). Des risques graves ont également été relevés dans d'autres domaines cliniques. La situation concernant la qualité des soins à l'hôpital était si urgente qu'en février 2024, la ministre de la Santé a nommé une enquêteuse par décret.

L'enquêteuse et quatre experts dans leurs domaines respectifs ont procédé à une analyse approfondie de tous les aspects du SMH, y compris la gouvernance, le leadership, la qualité des soins, le fonctionnement et le rendement financier. À l'issue de l'enquête, des recommandations ont été formulées, similaires à celles proposées à 3 autres reprises au cours des 20 dernières années. La meilleure façon d'assurer des soins durables et de qualité est de s'intégrer à un hôpital plus grand qui peut partager ses ressources, son expertise et son expérience. Cependant, la direction et l'administration de l'hôpital s'y sont opposées. Deux des modèles proposés présentaient différents degrés d'intégration, mais ont tous deux été rejetés par le conseil d'administration. Le troisième modèle fondé sur des contrats de gestion avec un autre hôpital a été mis en œuvre, mais a finalement été annulé.

Motivée par la nécessité d'améliorer et de conserver la qualité des soins cliniques à l'hôpital, l'équipe d'enquête conseille fortement de poursuivre l'intégration avec un hôpital partenaire de plus grande taille. Cette décision a des répercussions plus larges; toutefois, deux autres options s'offrent au gouvernement de l'Ontario.

- **Option 2** : Un partenariat stratégique dirigé avec des délais stricts, des résultats mesurés selon un cadre de qualité, ainsi que des examens annuels. Aucune des parties ne pourrait dissoudre ou modifier le partenariat sans l'autorisation expresse de Santé Ontario.
- **Option 3** : Le statu quo. L'équipe d'enquête estime que cette option n'est ni sécuritaire, ni viable, ni dans l'intérêt de la collectivité.

L'objectif principal de cette enquête de cinq mois était de cerner les problèmes et de relever les stratégies qui permettraient d'optimiser les services et la viabilité financière de l'hôpital, tout en garantissant la prestation de soins

sécuritaires de qualité aux résidents de New Tecumseth et des collectivités environnantes.

L'équipe d'enquête a passé beaucoup de temps à écouter et à apprendre. Afin de susciter des commentaires francs, l'enquêtrice a publié un sondage anonyme auprès des employés et du personnel qualifié. Elle a reçu plus de 100 réponses, un nombre significatif pour un hôpital de cette taille. La collectivité possède également un point de vue inestimable sur son hôpital et ses services. Par conséquent, outre un examen interne complet, des entretiens ont été menés auprès de dirigeants communautaires, de maires locaux et de politiciens provinciaux et fédéraux (actuels et passés). Plus de 250 résidents de la région ont aussi répondu à une enquête communautaire. En outre, les chefs de la direction des hôpitaux environnants ont été interrogés afin de mieux comprendre leurs relations actuelles avec le SMH et d'explorer les possibilités futures.

Bien que les commentaires et les points de vue individuels aient varié tout au long du solide processus de participation des intervenants, deux thèmes généraux sont ressortis :

- 1. Il existe une forte volonté de faire du SMH un hôpital très performant offrant des soins sécuritaires de qualité.**
- 2. Les intervenants comprennent qu'une action décisive est nécessaire pour assurer le succès durable de l'hôpital.**

Comme dans tous les petits hôpitaux de soins actifs, lorsque les besoins en soins dépassent les ressources ou les capacités de l'hôpital, il doit y avoir un accès clair et homogène permettant de transférer rapidement et en toute sécurité les patients vers l'hôpital secondaire ou tertiaire approprié. Ces responsabilités claires en matière de transfert clinique font défaut au SMH, ce qui a plongé les cliniciens dans une détresse morale. En effet, ils ne sont pas en mesure de transférer en temps voulu les patients les plus urgents vers les sites appropriés pour leur prise en charge. Cette situation entraîne la détérioration de la santé des patients, la désorganisation des processus cliniques, la frustration des cliniciens et la baisse des volumes, car les patients choisissent de manière proactive d'aller se faire soigner ailleurs.

Par ailleurs, ces dernières années, le roulement chez les membres de la direction a été stupéfiant. Les membres du personnel restent remarquablement dévoués à offrir les meilleurs soins possibles, mais l'absence d'une direction cohérente et le fréquent manque de personnel suscitent frustration et épuisement. Malgré les défis rencontrés, l'équipe d'enquête a rencontré de nombreux employés et membres du personnel qualifiés qui étaient des membres attentifs et compétents de l'équipe du SMH. Bon nombre ont apprécié la possibilité de travailler et d'exercer dans un petit hôpital à l'ambiance familiale. Malheureusement, en raison du degré d'agitation et d'incertitude, ce sentiment d'optimisme s'est graduellement éteint.

Pour assurer des soins sécuritaires et accessibles de qualité, une gestion financière solide, une direction responsable et un environnement de travail positif pour les employés, le personnel qualifié et les bénévoles, il est recommandé d'intégrer le SMH à un hôpital plus grand, intégration qui sera faite sous l'égide d'un superviseur nommé par la lieutenante-gouverneure en conseil. Une deuxième option est également possible : l'établissement d'un partenariat stratégique dirigé avec des délais stricts, des résultats mesurés selon un cadre de qualité ainsi que des examens annuels, sous la direction d'un superviseur nommé par la lieutenante-gouverneure en conseil.

En Ontario, il existe de nombreux exemples de petits hôpitaux qui s'intègrent avec succès à de grands hôpitaux. Le site plus petit, comme le SMH, fait partie intégrante de l'hôpital plus grand. Tout le soutien et l'expertise dont dispose un grand hôpital (services cliniques, qualité, finances et planification des immobilisations) sont mis à la disposition du site plus petit.

Les patients peuvent ainsi accéder à des soins spécialisés plus rapidement sans rencontrer d'obstacles. Ce processus allège également le stress et la charge qui pèsent sur les employés et le personnel qualifié référant. Les soins d'urgence seraient simplifiés. Enfin, les services du plus grand site, qui ne sont actuellement pas offerts au SMH, seraient fournis au sein de l'hôpital.

Le SMH est obsolète et surchargé. Cet important projet de réaménagement a mis des années à se mettre en place, en partie à cause du manque d'expertise du SMH en matière de planification et de surveillance de la gouvernance. Grâce à l'intégration, le projet pourrait avancer plus rapidement. Le SMH aurait accès au service de planification bien doté et

expérimenté du grand hôpital, ce qui assurerait encore davantage le succès de la construction et de l'ouverture du nouvel établissement, qui serait mieux équipé pour fournir des services à la collectivité.

L'intégration offrirait maintes possibilités au SMH et à ses patients. Grâce à ses employés et à son personnel qualifié dévoués, compétents et optimistes, l'avenir du SMH est prometteur. À l'aide du soutien continu de sa collectivité dynamique et de tous les ordres du gouvernement, des soins de qualité pourront être offerts dans la région pour les générations à venir.

L'enquêteuse souhaite exprimer sa gratitude au ministère de la Santé et à Santé Ontario pour avoir facilité ce travail et soutenu l'équipe d'enquête avec ses conseils et ses données.

Il est important de noter que les opinions exprimées dans le rapport sont celles de l'enquêteuse et de l'équipe d'enquête et ne reflètent pas nécessairement celles du ministère.

2. RECOMMANDATIONS

1	Le ministre devrait recommander à la lieutenant-gouverneure en conseil de nommer un superviseur du SMH, qui détiendrait les pleins pouvoirs de superviseur aux termes de la <i>Loi sur les hôpitaux publics</i> .
2	En se basant sur le fonctionnement historique du SMH, notamment trois rapports précédents recommandant une intégration à divers degrés, le superviseur devrait envisager un mandat visant à intégrer ou diriger un partenariat stratégique avec un hôpital plus grand et plus complexe pour garantir une solution stable à long terme qui répond aux besoins de la collectivité en pleine croissance, permettant ainsi une harmonisation avec l'équipe Santé Ontario (ESO).
3	Le superviseur devrait immédiatement entreprendre des examens externes formels des services d'obstétrique et d'imagerie diagnostique.
4	Le superviseur devrait envisager l'élaboration d'un plan de services cliniques intégrés et d'une stratégie de ressources humaines en santé qui soit équitable et inclusive.
5	Si le superviseur estime qu'une intégration ou un partenariat stratégique dirigé représente la meilleure stratégie pour la viabilité à long terme du SMH, il devrait définir des critères de sélection de l'hôpital le mieux adapté et soumettre ces critères au ministère de la Santé et à Santé Ontario pour examen.
6	Le superviseur devrait travailler étroitement avec un comité consultatif communautaire en vue de concrétiser une vision commune pour l'avenir.
7	Le ministère de la Santé devrait envisager d'augmenter le budget de base du SMH à 1,5 M\$ et de lui octroyer un financement ponctuel de 1 M\$ pour l'exercice 2024-2025.
8	Le superviseur devrait veiller à ce que le projet de réaménagement du SMH continue de progresser selon les étapes de planification des investissements du ministère de la Santé, avec un comité de planification des immobilisations solide et une surveillance administrative renforcée.
9	La SMH Foundation devrait envisager d'inviter le président-directeur général de l'hôpital qui prendra part à l'intégration ou au partenariat stratégique dirigé à devenir un membre votant d'office du conseil d'administration de la SMH Foundation, comme c'est le cas dans de nombreux hôpitaux publics en Ontario.
10	Le superviseur devrait demander de reporter la visite d'agrément prévue en novembre 2024.
11	Le superviseur devrait veiller à la mise en place d'un cadre de qualité complet pour surveiller et assurer le niveau de sécurité le plus élevé possible pour les patients.
12	Le superviseur devrait veiller à l'examen immédiat et revoir la répartition de la dotation dans les unités, où les qualifications du personnel et les ratios personnel/patients respectent les normes de pratique acceptées pour le niveau d'acuité de chaque unité.
13	Le superviseur devrait assurer l'élaboration d'un plan d'amélioration du moral et de la culture à l'échelle de

	l'organisation, avec une contribution significative des employés et du personnel qualifié.
14	Le superviseur devrait examiner l'équipe de la haute direction et la structure organisationnelle, et offrir des occasions de formation en leadership à tous les dirigeants de l'administration et des soins cliniques.
15	Le superviseur devrait veiller à ce que l'hôpital entreprenne un plan de redressement pluriannuel complet et élabore une stratégie financière transparente et durable.
16	Dans le cadre d'une intégration ou d'un partenariat stratégique dirigé, le superviseur devrait favoriser une participation précoce et sincère des intervenants internes et externes, y compris les populations autochtones et francophones, afin de concrétiser une vision commune de l'avenir de l'hôpital qui reflète les besoins et les préoccupations de la collectivité.

Remarque : Une liste des abréviations fréquemment utilisées figure à l'[annexe A](#).

3. Introduction

La ville de New Tecumseth, située dans le comté de Simcoe, en Ontario, et ses collectivités environnantes jouissent d'une riche histoire agricole, ainsi que d'une importante base manufacturière. La première usine de Honda a commencé à produire des véhicules en 1986. Plus récemment, les gouvernements fédéral et provincial ont annoncé conjointement un programme de 15 milliards de dollars pour permettre à Honda de construire une usine de véhicules électriques à Alliston. Selon les prévisions, Honda devrait à elle seule créer plus de 1 000 emplois au profit de l'économie locale, sans parler des nombreux emplois indirects. Selon le Réseau Trillium, pour chaque emploi sur une chaîne de montage d'automobiles, sept à neuf autres emplois sont créés dans la collectivité! Ce bienfait continuera d'alimenter l'urbanisation et la croissance démographique significative de la région, en particulier avec une population plus jeune. En fait, la municipalité a récemment approuvé la mise en chantier de 6 500 nouveaux logements. Cette croissance et cette diversification passionnantes auront une incidence directe sur le type et le volume des services cliniques nécessaires au SMH.

En 1964, le premier SMH, qui a ouvert ses portes en 1928, a déménagé à son emplacement actuel sur le croissant Fletcher, à Alliston. À l'heure actuelle, le SMH emploie 400 personnes et employés qualifiés et compte 147 professionnels, y compris des médecins, des dentistes et des sages-femmes. En outre, le SMH bénéficie de l'aide de 75 membres auxiliaires et de plus de 60 bénévoles. Durant l'exercice 2023-2024, le budget d'exploitation annuel du SMH s'élevait à environ 42 millions de dollars. Le SMH emploie environ 20 dirigeants pour gérer l'hôpital de 32 lits, ainsi que 11 chefs à temps partiel.

Le SMH prévoit une extension de son capital depuis de nombreuses années. En novembre 2019, le ministère de la Santé a approuvé la première étape du projet de réaménagement du SMH en vue d'agrandir l'établissement actuel. En septembre 2023, le SMH a soumis sa demande à la Direction de l'investissement dans les immobilisations en matière de santé du ministère de la Santé pour l'approbation de l'étape 2.1 (schémas synoptiques), qui est en cours d'examen. Selon son site Web, le SMH prévoit de commencer les travaux de réaménagement en 2025.

Lors de la crise de santé publique la plus importante depuis la grippe espagnole il y a plus d'un siècle, tous les hôpitaux de l'Ontario ont réagi à la pandémie de COVID-19, qui ne cesse de croître et d'évoluer rapidement. De mars 2020 à 2023, les membres de l'équipe soignante du SMH se sont héroïquement surpassés pour répondre aux besoins de sa collectivité. La pandémie restera gravée dans les mémoires comme une période où les professionnels de la santé se sont mobilisés comme jamais auparavant pour former des équipes d'une grande efficacité. Mais alors que la pandémie s'éternisait, les travailleurs de la santé n'ont jamais été aussi épuisés physiquement et mentalement.

Les fonds publics destinés à soutenir de manière critique et appropriée les hôpitaux pendant la pandémie ont coulé à flots. Bien qu'il ait été clairement indiqué aux hôpitaux que ce financement supplémentaire était ponctuel et non garanti pour l'avenir, le SMH a choisi de l'utiliser pour créer de nouveaux postes permanents. Le SMH a également mis en place une

agence de soins infirmiers pour la toute première fois. À la fin du financement ponctuel lié à la pandémie, le SMH a été confronté à des décisions financières difficiles et a réagi en licenciant du personnel dans des professions difficiles à recruter, telles que les soins infirmiers, la thérapie respiratoire nouvellement introduite et la sécurité.

Ces réductions des effectifs se sont ajoutées aux préoccupations relatives à la qualité des services cliniques, à la sécurité et à la sécurité au sein de l'hôpital, qui se remettait des pressions incessantes de la pandémie. Bon nombre des réductions des effectifs cliniques ont été motivées uniquement par des raisons financières et effectuées sans consultation adéquate des principaux groupes cliniques. Les réductions des effectifs ont été largement couvertes par les médias. L'inquiétude du public, associée au manque de diplomatie du président du conseil d'administration et du directeur général du SMH à l'égard du gouvernement, a suscité des préoccupations au sein de Santé Ontario et du ministère de la Santé quant à la qualité des soins cliniques.

Pendant l'exercice 2023-2024, la direction du SMH a demandé un allègement financier supplémentaire représentant 53 % de son financement public pour faire face aux pressions opérationnelles. Ce montant dépassait de loin les demandes des hôpitaux homologues et les limites du raisonnable. Les mesures correctives prises par Santé Ontario n'ont pas permis d'engager la direction du SMH dans un plan visant à résoudre les problèmes financiers de l'organisation. La détérioration de la situation financière de l'hôpital a entraîné une grande incertitude parmi le personnel et l'incapacité du SMH à conserver sa main-d'œuvre. Le SMH a connu un taux de rotation considérable. Depuis le début de l'exercice 2021-2022, 16 à 20 membres de la direction ont quitté l'organisation. De nombreux nouveaux dirigeants inexpérimentés occupent leur poste depuis moins de deux ans. L'importante rotation au sein de la direction n'a fait qu'accroître les inquiétudes concernant les risques pour les soins aux patients, en particulier si d'autres dirigeants démissionnent.

En raison de ces défis complexes liés au leadership, à la gouvernance, aux risques pour la sécurité des patients et à une culture de plus en plus négative, le ministère de la Santé a nommé une enquêtrice chargée de procéder à un examen approfondi des problèmes persistants du SMH.

Le 7 février 2024, le ministère de la Santé a informé le président du conseil d'administration et le directeur général du SMH qu'il a nommé, par décret, une enquêtrice chargée de faire une enquête et de rédiger un rapport sur la gouvernance, la gestion et la qualité des soins aux patients de l'hôpital ([voir l'annexe B](#)).

Processus d'enquête

Phase I

Afin de bien comprendre la gouvernance et la gestion du SMH et de mieux saisir les raisons pour lesquelles l'enquête était nécessaire, l'enquêtrice a, au cours des premières semaines de son affectation, effectué les tâches suivantes :

- Réunions avec le président et le vice-président du conseil d'administration et le directeur général pour examiner le mandat de l'enquête, présenter le processus général de l'enquête, définir les attentes et répondre aux questions;
- Participation aux réunions du conseil d'administration et de ses comités; entretiens individuels avec chaque membre du conseil d'administration, y compris le médecin-chef et le président de l'association du personnel professionnel.
- Participation aux réunions du comité de gestion administrative (haute direction);
- Rencontre avec le président-directeur général, le vice-président, Services généraux et directeur général des finances et de l'information, ainsi que la vice-présidente, Services cliniques, et chef de direction des soins infirmiers, pour mieux comprendre les multiples propositions soumises à Santé Ontario en vue d'obtenir un financement supplémentaire.
- Obtention d'un aperçu du projet de réaménagement et de son état d'avancement;

- Mise en place d'un portail confidentiel pour consolider tous les documents historiques requis, notamment les procès-verbaux, les politiques, les propositions et les contrats.

Phase II

Une fois que l'enquêteuse comprenait mieux les structures et processus de gouvernance et de direction du SMH ainsi que l'approche des multiples propositions soumises à Santé Ontario, elle a recruté une équipe de professionnels expérimentés pour l'aider à mener l'enquête ([voir l'annexe C](#)). Début mars, les membres suivants de l'équipe ont été présentés au SMH :

- Tab Carroll (responsable des soins infirmiers)
- Brian Edmonds (responsable des finances)
- Rachel Kean (responsable de l'assurance de la qualité et de la gestion des risques)
- D^r Tony Stone (médecin responsable)

L'équipe d'enquête a non seulement organisé des visites et des réunions sur place, mais aussi rencontré les employés et le personnel professionnel du SMH virtuellement. Afin de s'assurer que toutes les personnes qui travaillent, exercent leurs activités ou font du bénévolat au SMH aient la possibilité de partager leur point de vue, un sondage anonyme a été publié. Au total, 108 réponses ont été reçues, un nombre significatif pour un hôpital de cette taille ([voir l'annexe D](#)).

Les membres de la collectivité ont également eu l'occasion de répondre à un sondage anonyme pour faire part de leurs préoccupations et de leur expérience en matière de soins de santé; 261 réponses ont été reçues ([voir l'annexe E](#)).

En plus d'une stratégie de mobilisation interne, l'enquêteuse a aussi rencontré des représentants élus fédéraux, provinciaux et municipaux ainsi que des dirigeants communautaires. L'équipe d'enquête a également interrogé la Direction de l'investissement dans les immobilisations en matière de santé du ministère de la Santé et la Direction de la mise en œuvre et du soutien de l'équipe Santé Ontario. Les chefs de la direction des hôpitaux environnants ont eux aussi été interrogés afin de mieux comprendre leurs relations actuelles avec le SMH et d'explorer les possibilités futures.

L'équipe d'enquête a entrepris un solide exercice de mobilisation des intervenants : en tout, elle a rencontré plus de 150 personnes au cours de 82 entretiens, et a organisé 2 assemblées publiques concernant le SMH ([voir l'annexe F](#)).

Enfin, l'équipe a entrepris un examen approfondi de documents remontant jusqu'à la Commission de restructuration des services de santé (1996-2000), de divers documents de l'Association des hôpitaux de l'Ontario sur les petits hôpitaux ruraux, ainsi que d'autres rapports d'enquêteurs et de superviseurs ([voir l'annexe G](#)).

4. Historique et contexte

Historique

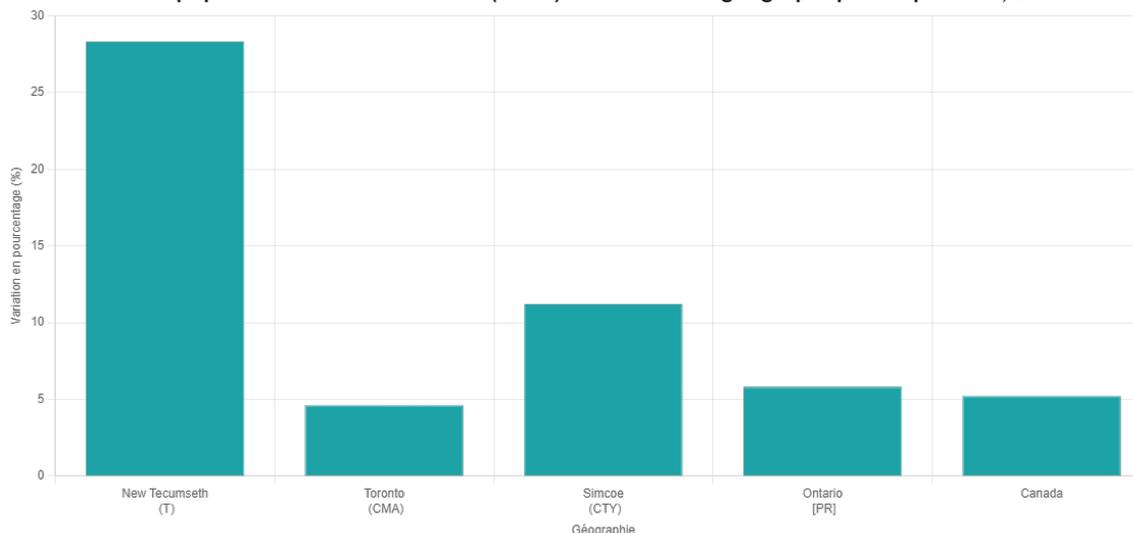
Le SMH est un petit hôpital communautaire possédant un service des urgences, une unité de soins médicaux et chirurgicaux actifs, une unité obstétrique de niveau 1B, une unité de chirurgie de jour et une unité d'hémodialyse ambulatoire. Il est également financé pour quatre lits aux soins intensifs de niveau 2 (de base). L'hôpital dispose de services d'imagerie diagnostique (y compris la tomographie par ordinateur), de pharmacie, de laboratoire et de réadaptation, en plus de gérer quatre lits d'unité de soins transitoires à la maison de retraite Riverwood. Il dispose également de cliniques ambulatoires qui soutiennent la collectivité.

La principale circonscription hospitalière du SMH englobe environ 82 000 résidents vivant à New Tecumseth (Alliston, Beeton et Tottenham), Adjala-Tosorontio, Mulmur et Essa. Certaines parties d'Innisfil, Clearview, Mono, Shelburne et Bradford West Gwillimbury ajoutent environ 50 000 résidents à la circonscription hospitalière.

New Tecumseth se développe beaucoup plus rapidement que les autres villes de l'Ontario. Au cours des 20 prochaines années, on estime que la population augmentera considérablement. L'hôpital doit servir des patients de tous les âges.

Comme 16 % de la population a plus de 65 ans, l'hôpital doit également répondre à un large éventail de besoins liés aux maladies chroniques et à la gériatrie. Par ailleurs, de nombreuses jeunes familles s'installent dans la région. En effet, New Tecumseth a récemment approuvé la mise en chantier de 6 500 nouveaux logements, en réponse au projet d'expansion de l'usine de fabrication locale de Honda, qui devrait créer 1 000 nouveaux emplois. Avec cette croissance, le SMH prévoit une augmentation significative du nombre de patients en obstétrique, aux urgences et dans toutes les grandes catégories de services. Le projet de réaménagement indispensable est en cours depuis de nombreuses années, mais son ouverture n'est pas prévue avant plusieurs années encore.

Variation de la population à New Tecumseth (Town) et les niveaux géographiques supérieurs, 2016 à 2021



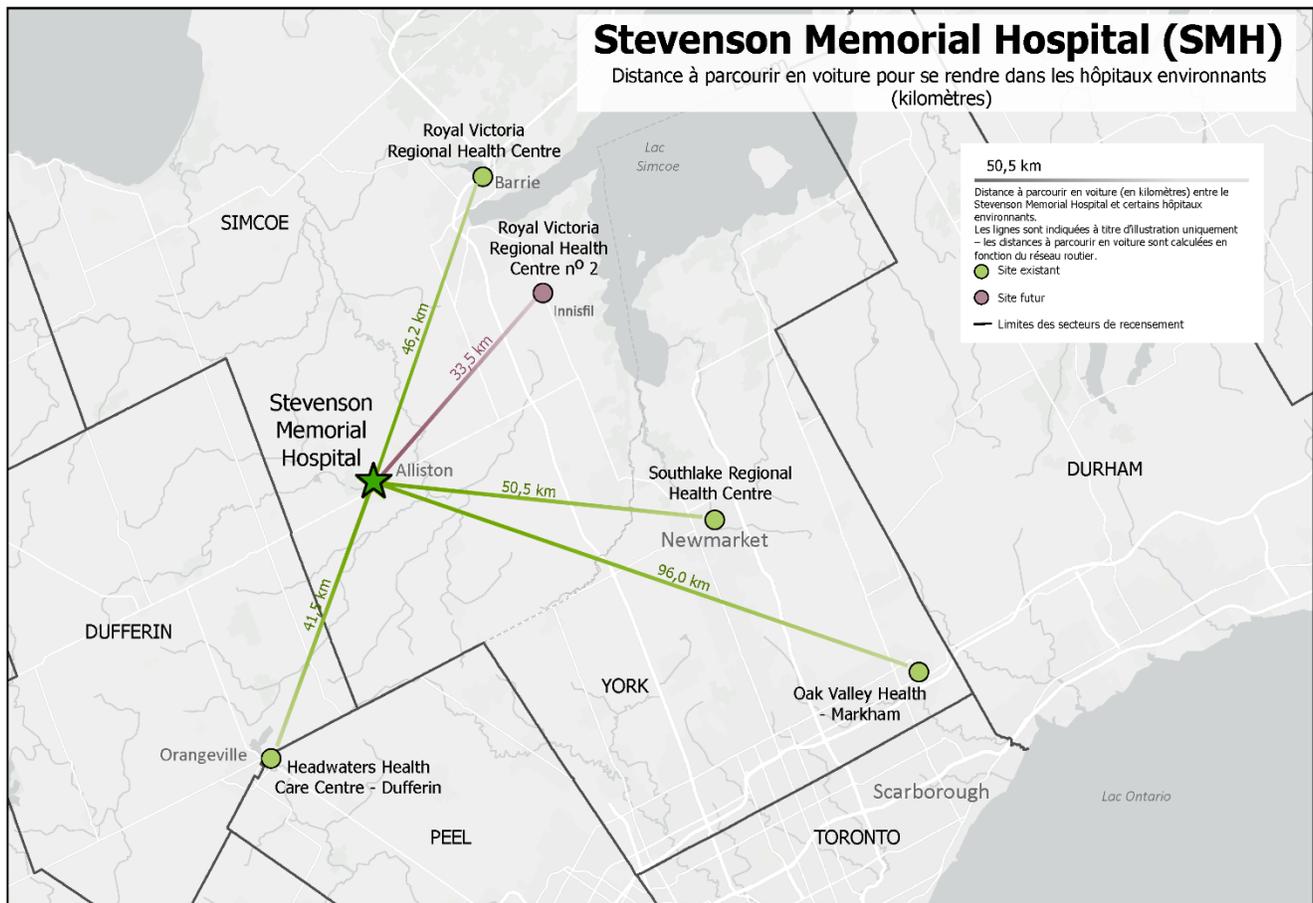
Selon Statistique Canada, la principale circonscription hospitalière du SMH ne compte aucune personne qui s'identifie comme Autochtones; cependant, de fortes collectivités autochtones se trouvent dans la zone plus large desservie par le SMH. Notamment, le Conseil tripartite des Chippewas comprend la Première Nation de Beausoleil, la Première Nation de Rama et la Première Nation de Georgina Island. En outre, les membres de la Première Nation de Saugeen peuvent également être servis par le SMH. Les conseils métis soutenus par le SMH font partie de la région 7, le Barrie South Simcoe Métis Council étant le plus proche. La région 7 englobe également le Conseil des Métis de la baie Georgienne.

Le SMH se trouve dans la région du Centre de Santé Ontario. Bien qu'il soit géographiquement situé presque au centre de la région, le SMH a eu du mal à trouver son identité en raison de la transition relativement récente du modèle des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et de la proximité d'autres hôpitaux et services de santé. L'hôpital se trouvait dans la partie la plus au nord-ouest de l'ancien RLISS du Centre et bordait le RLISS de Simcoe Nord Muskoka et le RLISS du Centre-Ouest. Cette situation a posé d'importants problèmes pour le congé des patients et la planification des soins, car les services de santé et les soins communautaires variaient d'un RLISS à l'autre. Le nouveau modèle d'équipe Santé Ontario (ESO) devrait permettre d'intégrer les services et l'accès aux patients, mais il n'en est qu'à ses débuts. Pendant de nombreuses années, le SMH a fortement recommandé la création de sa propre ESO. Cette proposition n'a pas été retenue, mais l'hôpital a finalement rejoint l'ESO de Northern York South Simcoe en mars 2024.

Aux fins de financement, le ministère de la Santé et Santé Ontario classe le SMH parmi les petits hôpitaux, ce qui le rend non admissible au financement dans le cadre du modèle de croissance et d'efficacité et au financement des actes médicaux fondés sur la qualité. Par conséquent, l'hôpital a bénéficié d'une augmentation du financement de base de 2 % en moyenne au cours des dernières années. Toutefois, l'organisation est considérée comme un hôpital de taille moyenne dans le cadre du financement du service des urgences par la rémunération au rendement.

Proximité d'autres hôpitaux

Le SMH est situé à 50 km du Headwaters Health Care Centre (Orangeville), du Royal Victoria Regional Health Centre (Barrie et son futur campus sud proposé à Innisfil) et du Southlake Regional Health Centre [SRHC] (Newmarket).



Par ailleurs, le SMH fournit un pourcentage de soins moins élevé que prévu aux collectivités qu'il sert. Les patients de sa circonscription hospitalière choisissent de se faire soigner dans d'autres hôpitaux. Par conséquent, les hôpitaux de la région immédiate (le Collingwood General and Marine Hospital, le Headwaters Health Care Centre, le Royal Victoria Regional Health Centre [RVH] et le SRHC, notamment) ont tous constaté une augmentation du nombre de patients du service des urgences au-delà de ce que l'on pourrait raisonnablement attendre. Les soins dispensés par les prestataires régionaux n'étant pas coordonnés, il manque les processus nécessaires pour assurer la continuité des soins aux patients des collectivités servies par le SMH.

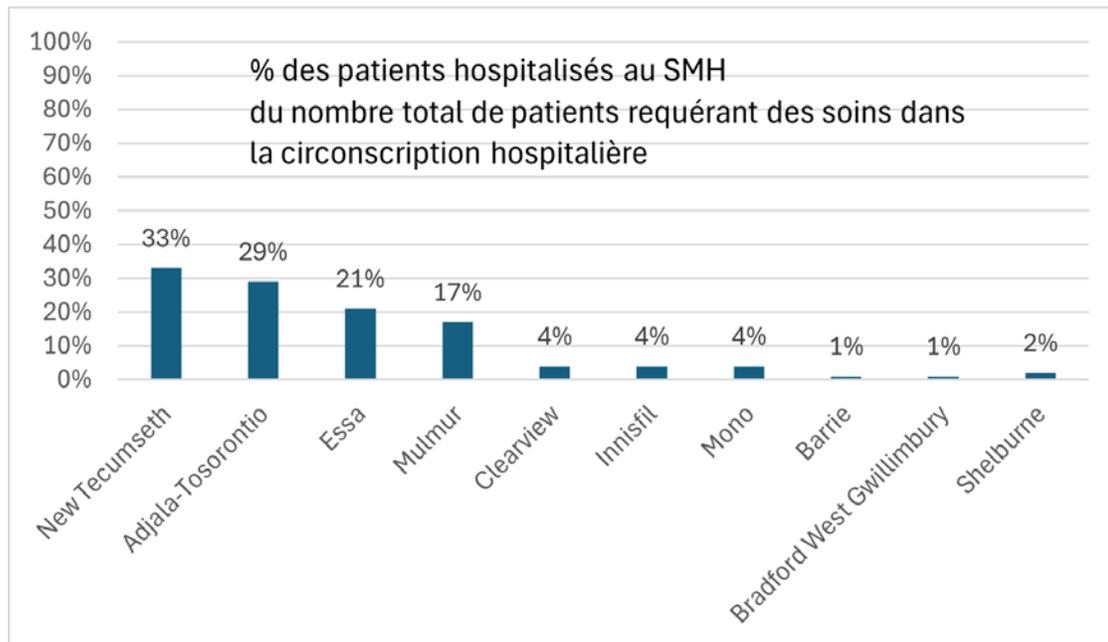
Commentaire de la collectivité sur ses déplacements pour obtenir des soins

Un sondage communautaire anonyme confirme les données qui montrent que les résidents de la région choisissent de se rendre dans d'autres hôpitaux à proximité, se déplaçant pour des soins qu'ils pourraient recevoir plus près de chez eux.

Un répondant a déclaré : « Nous avons passé toute notre vie dans cette collectivité, et cet hôpital ne répond plus à aucun de nos besoins, particulièrement en situation d'urgence. Pour être honnête, j'ai maintenant peur d'aller à cet hôpital, car la prestation de soins est vraiment mauvaise ».

Un autre a affirmé : « Je crois que nous sommes réellement chanceux d'avoir un hôpital dans notre propre collectivité, mais il est si âgé et désuet, et de nombreux équipements et services spécialisés n'ont pas la capacité de dispenser tous les soins requis pour l'ensemble de la collectivité ».

Un commentaire similaire a été formulé : « Il existe de meilleurs hôpitaux dans la région qui peuvent gérer des besoins plus complexes. Il est donc préférable de se rendre là plutôt que de venir ici, pour ensuite être transféré dans un autre hôpital pour certains examens ou certaines procédures ».



Absence de relations structurées avec les partenaires secondaires et tertiaires

Le SMH, comme tous les petits hôpitaux, dépend des relations avec les partenaires de soins secondaires et tertiaires pour assurer des soins sécuritaires de haute qualité aux patients qui ont besoin de soins et de consultations spécialisés. En l'absence de structure formelle, les transferts de patients dépendent souvent de la volonté des médecins consultants des grands hôpitaux d'accepter lesdits patients.

Malheureusement, les relations entre le SMH et le SRHC n'ont pas permis de mettre en place des services de consultation fiables pour les patients ou de créer des voies d'accès transparentes lorsqu'un patient doit être transféré vers un centre secondaire ou tertiaire. L'absence de ces parcours prédéfinis influe sur le flux des patients (service des urgences et hospitalisation) et crée des retards inutiles, souvent risqués, dans la prestation de soins.

Le SMH a néanmoins établi une relation formelle solide avec le programme rénal régional du RVH. Ce partenariat permet d'apporter un soutien cohérent et fiable aux patients en dialyse. En outre, un nouveau partenariat a été établi entre les urgentologues du SMH et l'équipe orthopédique de l'Hôpital de Markham-Stouffville de Oak Valley Health. Bien qu'utiles, les parcours de soins et le soutien secondaire et tertiaire devraient, dans l'idéal, être offerts plus près du domicile.

Contexte

Pour mieux saisir l'état actuel d'agitation et d'incertitude au sein du SMH, et pour comprendre le contexte et la raison d'être des recommandations, il est important de reconnaître les nombreux changements significatifs et déstabilisants qui sont survenus au SMH en moins de 20 mois.

2022-2023 – L'hôpital signale son premier déficit important en cinq ans, principalement en raison du recours à une agence de soins infirmiers et de la décision d'utiliser le financement ponctuel de la pandémie pour embaucher du personnel permanent et intégrer des thérapeutes respiratoires à l'équipe clinique.

26 avril 2023 – Le médecin-chef démissionne 19 mois après le début de son contrat de 3 ans et quitte son poste le 31 juillet 2023.

1^{er} juillet 2023 – À la demande du président du conseil d'administration et du directeur général, l'ancien médecin-chef (en poste de déc. 2016 à déc. 2021) est invité à reprendre son rôle pour un mandat d'un an, puis il démissionne prématurément le 31 mars 2024, quittant son poste après sept mois.

17 juillet 2023 – Le président du conseil d’administration a informé l’enquêtrice que le directeur général lui avait présenté une lettre officielle de départ à la retraite à compter du 1^{er} octobre 2023, mais qu’il avait ensuite annulé cette lettre quelques semaines plus tard.

7 février 2024 – Le ministère de la Santé nomme, par décret, une enquêtrice chargée de rédiger un rapport sur la gouvernance, la gestion et la qualité des soins aux patients du SMH.

5 mars 2024 – Le président du conseil d’administration informe l’enquêtrice que le directeur général souhaite quitter le SMH.

1^{er} avril 2024 – Un nouveau médecin-chef intérimaire est nommé.

Avril 2024 – Le président du conseil d’administration annonce le départ à la retraite du directeur général, qui quittera ses fonctions le 30 mai 2024.

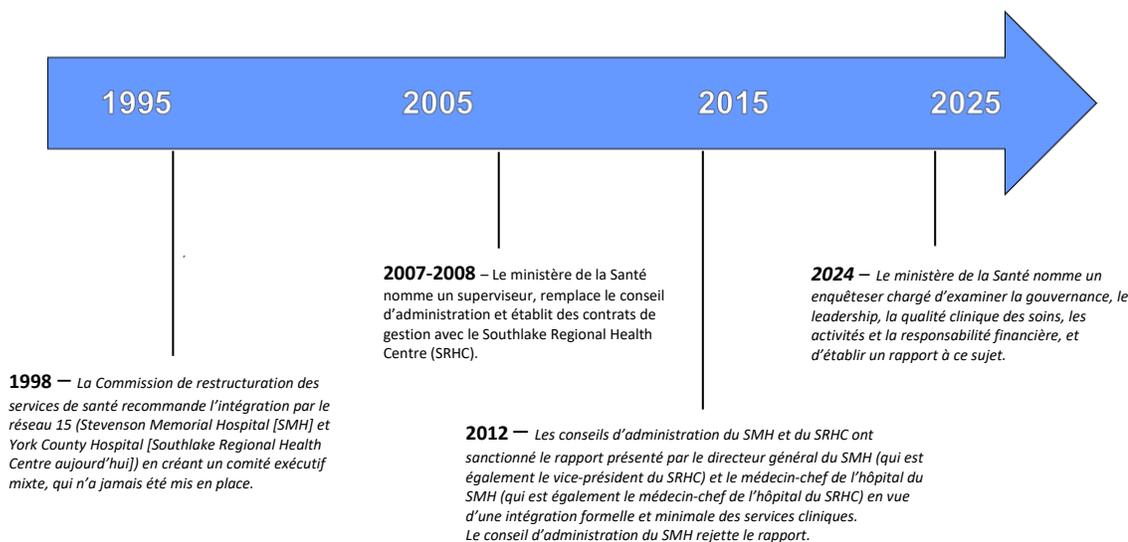
Avril 2024 – Le conseil d’administration crée un comité des candidatures en vue de trouver un médecin-chef permanent. (Ce processus n’était pas encore achevé au moment de la rédaction du présent rapport.)

Mai 2024 – Le président du conseil d’administration annonce un directeur général intérimaire, qui entrera en fonction le 21 mai 2024 pour les six prochains mois, avec une option de prolongation.

Calendrier des examens et recommandations présentés au SMH

Comme susmentionné, depuis la fin des années 1990, outre le présent rapport, trois autres examens ont déjà recommandé au SMH de s’intégrer, à des degrés divers, à un hôpital partenaire plus important afin d’améliorer l’accès et la qualité des soins.

Historique des examens



Analyse des examens et recommandations présentés au SMH

Recommandation 1 (1998)

À la fin des années 1990, le premier ministre Mike Harris a ordonné la création de la Hospital Services Restructuring Commission [HSRC] (commission de restructuration des services hospitaliers). La HSRC a mis en place des « réseaux ruraux », qui relient les petits hôpitaux aux plus grands dans le cadre d’un accord volontaire par lequel les membres du « réseau rural » en question collaborent pour aider tous les partenaires à fournir un meilleur service aux patients.

La HSRC recommande au York County Hospital (désormais le SRHC) et au SMH de former un « réseau rural » (le réseau hospitalier Alliston/Newmarket n° 15). Ce réseau rural avait comme but principal de veiller à ce que les patients reçoivent les soins les mieux coordonnés possible dans un environnement rural, de combler les lacunes dans les services, de mettre

en commun l'expertise clinique (c.-à-d. un soutien médical pour la prestation de soins, en particulier en obstétrique) et de créer des programmes conjoints, notamment pour le service des urgences, l'obstétrique, la psychiatrie, la chirurgie et les programmes spécialisés, le tout afin d'optimiser l'accès, le flux de patients et l'efficacité pour les patients des circonscriptions hospitalières du SMH et du SRHC.

La HSRC a ordonné la création d'un comité exécutif composé de représentants des conseils d'administration et de la direction des deux hôpitaux (le SMH et le SRHC) afin d'examiner la recommandation d'une plus grande intégration, mais le comité exécutif a rejeté le concept. La HSRC a ensuite demandé un examen plus approfondi, mais cette recommandation a également été rejetée.

Recommandation 2 (2006)

En 2006, le SMH était confronté à une crise communautaire lorsque le conseil d'administration de l'hôpital a soutenu la recommandation de l'ancien directeur général de fermer le programme d'obstétrique. La collectivité a réagi très négativement, achetant des centaines de droits d'adhésion afin d'assister à l'assemblée annuelle 2007 de la société du SMH. Quelques jours avant l'assemblée annuelle, l'ensemble du conseil d'administration a démissionné.

En juin 2007, l'ancien ministre de la Santé George Smitherman a nommé Mark Rochon comme superviseur du SMH et en décembre 2005, le nouveau ministre de la Santé, David Caplan, a accepté le rapport du superviseur présenté par M. Rochon. Pendant la période de supervision, M. Rochon a mis en place un nouveau conseil d'administration du SMH. En outre, plusieurs contrats de gestion ont été conclus avec le SRHC, notamment en ce qui concerne les services cliniques et les fonctions de soutien clinique. L'un des contrats de gestion prévoyait la nomination conjointe de deux vice-présidents du SRHC, qui ont assumé consécutivement les fonctions de président-président directeur général du SMH jusqu'en 2014. Lorsque les deux vice-présidents ont repris leurs fonctions au sein du SRHC, les membres de la direction ont été invités à manifester leur intérêt pour le poste de directeur général du SMH. Dans le cadre de ce processus interne au sein du SRHC, le directeur, Services de santé mentale est devenu président-directeur général du SMH et a occupé ce poste pendant dix ans. Selon le directeur général du SMH, en 2017, le SRHC a annulé tous ses contrats de gestion avec l'hôpital. Par suite, le conseil d'administration du SMH a choisi de conserver le directeur général actuel de manière indépendante. En outre, les fonds de fonctionnement ont dû être redirigés vers l'embauche de responsables et de directeurs indépendants dans les domaines qui n'étaient plus couverts par les contrats de gestion du SRHC.

Recommandation 3 (2013)

L'hôpital étant toujours en difficulté, en 2013, les conseils d'administration du SMH et du SRHC ont demandé au directeur général nommé par le SRHC (vice-président du SRHC) d'évaluer l'avenir du SMH. Après une vaste mobilisation des intervenants de la collectivité et de l'hôpital, ils ont rédigé un rapport recommandant l'intégration des deux hôpitaux. Le 20 mars 2013, les conseils d'administration du SMH et du SRHC ont présenté un rapport intitulé « Report on Clinical Services Integration » (rapport sur l'intégration des services cliniques).

Le conseil d'administration du SMH a rejeté cette recommandation. Il a plutôt recommandé au SRHC de continuer à fournir des services de gestion dans le cadre d'accords indépendants.

Au fil des ans, certains de ces contrats ont été résiliés, tandis que d'autres ont été édulcorés au point que très peu d'entre eux existent encore sous leur forme originale. Les contrats actuels ne prévoient pas de responsabilités claires ni d'indicateurs de rendement clés (p. ex. les services de pharmacie), ce qui crée des conflits entre les sites. L'absence de responsabilités claires en matière de transfert clinique dans d'autres contrats a laissé les cliniciens extrêmement frustrés par l'incapacité de transférer vers les sites appropriés certains patients les plus graves ayant des besoins en soins de santé et en santé mentale. À la place, des contrats ont été conclus avec d'autres hôpitaux, ou le SMH fournit désormais le service par ses propres moyens. Cette situation a contribué à la désorganisation des processus cliniques, à la détérioration de la qualité des soins et à la diminution du volume de patients auquel on s'entendrait de l'hôpital.

L'intégration se fait à divers degrés et selon différents modèles, notamment au moyen de partenariats stratégiques, de coentreprises et de fusions. Cependant, en se basant sur sa grande expérience collective en matière de soins de santé

(outre son enquête de cinq mois fondée sur des données probantes), l'équipe d'enquête estime que l'intégration dans un hôpital plus grand constitue la voie la plus efficace et la plus sécuritaire pour le SMH et la collectivité qu'il sert. L'équipe reconnaît également que ces décisions ont des répercussions plus larges et propose donc deux autres options au gouvernement.

- **Option 2** : Un partenariat stratégique dirigé avec des délais stricts, des résultats mesurés selon un cadre de qualité, ainsi que des examens annuels. Aucune des parties ne pourrait dissoudre ou modifier le partenariat sans l'autorisation expresse de Santé Ontario.
- **Option 3** : Le statu quo. L'équipe d'enquête estime que cette option n'est ni sécuritaire, ni viable, ni dans l'intérêt de la collectivité.

Avantages de l'intégration

L'intégration entre un ou plusieurs sites plus petits et un hôpital plus grand ([voir l'annexe H](#)) a bien fonctionné et a profité aux patients dans de nombreuses collectivités, notamment :

- Lakeridge Health/Port Perry;
- Oak Valley/Uxbridge;
- Quinte Health Care/North Hastings/Picton;
- Halton Health/Georgetown;
- Mount Sinai Health Systems/Bridgepoint Hospital;
- University Health Network/Princess Margaret Cancer Centre/Toronto Rehab/Toronto Western/West Park Healthcare Centre.

Ces hôpitaux démontrent tous qu'ils fournissent des services tertiaires et secondaires régionaux et qu'ils possèdent une culture positive, un cadre de qualité efficace, des pratiques de gouvernance solides, une stabilité financière, une expertise en réaménagement et un modèle programmatique qui fonctionne avec des dyades direction-médecin.

Les patients du SMH sont régulièrement confrontés à des retards de transfert pour leurs besoins en soins actifs, période pendant laquelle leur état de santé peut se détériorer. Une relation intégrée avec un grand hôpital donnerait au personnel professionnel du SMH plus de temps pour s'occuper des patients dans leur propre collectivité, tout en permettant aux patients ayant des besoins en soins actifs plus complexes d'être transférés en temps voulu vers des services pour les cas plus graves. Le partenariat stratégique en matière de dialyse entre le SMH et le RVH en est un bon exemple, puisqu'il permet d'acheminer les patients les plus urgents sans obstacle ni retard.

Une intégration ou un partenariat stratégique dirigé soutiendrait l'élaboration d'un plan de services cliniques intégrés et d'un plan de ressources humaines en santé, ce qui aiderait à stabiliser les modèles médicaux. Ces options appuieraient également différents services tels que les services de laboratoire, de pharmacie et d'imagerie diagnostique. En outre, une intégration efficace ou un partenariat stratégique dirigé avec un grand hôpital permettrait de partager les ressources humaines dans le domaine de la santé, ainsi que d'autres services administratifs.

Le SMH aurait aussi accès à un plus grand nombre de possibilités de financement pour la viabilité des programmes, et pourrait progresser dans les domaines des technologies de l'information et de l'intelligence artificielle. Cet objectif a été atteint, dans une moindre mesure, grâce au protocole d'entente entre le SRHC et le service de pharmacie du SMH, qui prévoit que le SRHC soutienne la mise en service des unités de distribution automatisées. Toutefois, le protocole d'entente ne définit pas clairement les résultats attendus, les responsabilités ou les indicateurs de rendement clés sur lesquels l'une ou l'autre des parties peut s'appuyer. Dans le cadre d'un partenariat stratégique dirigé, les responsabilités et les résultats attendus en matière de soutien administratif devraient être beaucoup plus clairs. De plus, aucune des parties ne pourrait dissoudre ou modifier le partenariat sans l'autorisation expresse de Santé Ontario.

Une infrastructure propice à une grande variété de services hospitaliers, y compris le réaménagement, la qualité, la stratégie, le développement organisationnel et la gestion du changement et la gestion de projet, serait soutenue par une intégration ou un partenariat stratégique dirigé, deux solutions qui ont fait leurs preuves par le passé (p. ex. les services de qualité, de technologie de l'information et de soutien des décisions du RVH et de l'Hôpital général de la baie Georgienne).

5. QUALITÉ, SÉCURITÉ ET GESTION DES RISQUES

Recommandations connexes :

- **Le ministre devrait recommander à la lieutenante-gouverneure en conseil de nommer un superviseur du SMH, qui détiendrait les pleins pouvoirs de superviseur aux termes de la *Loi sur les hôpitaux publics*.**
- **En se basant sur le fonctionnement historique du SMH, notamment trois rapports précédents recommandant une intégration à divers degrés, le superviseur devrait envisager un mandat visant à intégrer ou diriger un partenariat stratégique avec un hôpital plus grand et plus complexe pour garantir une solution stable à long terme qui répond aux besoins de la collectivité en pleine croissance, permettant ainsi une harmonisation avec l'équipe Santé Ontario (ESO).**
- **Le superviseur devra immédiatement entreprendre des examens externes formels des services d'obstétrique et d'imagerie diagnostique.**
- **Le superviseur devrait envisager l'élaboration d'un plan de services cliniques intégrés et d'une stratégie de ressources humaines en santé qui soit équitable et inclusive.**
- **Le superviseur devrait demander de reporter la visite d'agrément prévue en novembre 2024.**
- **Le superviseur devrait veiller à la mise en place d'un cadre de qualité complet pour surveiller et assurer le niveau de sécurité le plus élevé possible pour les patients.**

Des soins sécuritaires de qualité sont la mission première de tout hôpital. Chaque collectivité s'attend à de tels soins et les mérite. Le SMH s'engage à servir sa collectivité et à fournir des soins de haute qualité. Toutefois, les compétences de l'organisation pour mener à bien un programme de qualité complet sont limitées.

La direction fait preuve d'incohérence, les politiques et les procédures sont déficientes, la participation des intervenants internes n'est pas systématiquement suivie et l'utilisation des données aux fins d'assurance et d'amélioration de la qualité fait défaut. Ces déficiences limitent la vision de la qualité globale. Parallèlement, des risques importants en matière de qualité et de sécurité ont été cernés au cours de l'enquête et doivent être traités dès que possible.

À la question « Qui est responsable de la qualité au SMH? », la plupart des membres du personnel et des professionnels ont mentionné le service de la qualité et de la gestion des risques. Lorsque le directeur intérimaire de l'assurance de la qualité, de la gestion des risques et de l'expérience des patients s'est fait poser la même question, il a mentionné le conseil d'administration et « tout le monde ». Aux yeux de l'équipe d'enquête, il est évident que l'appropriation commune de la qualité n'est pas ancrée dans l'ensemble de l'organisation.

Rien ne prouve l'existence d'une structure formelle de gestion des politiques, et on a fait remarquer que chaque programme est responsable de ses propres politiques. De nombreuses politiques sur la qualité sont absentes ou obsolètes; toutefois, un grand nombre d'entre elles sont en train d'être mises à jour en prévision de la visite d'agrément d'Agrément Canada de cette année.

La direction du SMH a constaté l'absence d'un cadre de qualité et a reconnu la nécessité d'accroître la sensibilisation à la qualité, à l'amélioration de la qualité et au respect de la *Loi sur les hôpitaux publics* et de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*.

Le SMH dispose d'un système de signalement des risques, mais les entretiens avec les chefs de clinique ont révélé qu'ils ne pensaient pas posséder les outils, la formation ou le soutien nécessaires pour signaler un problème sur ce système et y donner suite.

Les employés et les médecins interrogés ou sondés ont exprimé des préoccupations concernant la qualité des soins et la sécurité. Non seulement l'hôpital manque de personnel, mais les employés travaillent sans l'équipement approprié et dans des domaines pour lesquels ils ne sont pas formés.

Il est important de souligner qu'au cours des dernières années, le service de la qualité et des risques a subi de nombreux changements au sein de sa direction. Lorsqu'on lui a demandé si un conseil sur la qualité et la sécurité était en place, comme c'est le cas dans la plupart des hôpitaux, le directeur intérimaire a indiqué que le SMH était trop petit, mais qu'il partageait des documents relatifs à un comité sur l'assurance de la qualité de l'hôpital.

Perception de la qualité par la collectivité

Un sondage anonyme ([consulter l'annexe E](#)) a été diffusé à la collectivité par l'intermédiaire de plusieurs canaux de médias sociaux et a fait l'objet d'une promotion sur les sites Web des nouvelles et des radios locales. Au total, plus de 250 sondages ont été réalisés et certains patients ayant récemment bénéficié de services ont été sollicités directement.

Les opinions divergent sur l'hôpital, confirmant les données qui montrent que les résidents de la région choisissent de se rendre dans d'autres hôpitaux à proximité, se déplaçant pour des soins qu'ils pourraient recevoir plus près de chez eux.

Un peu plus de la moitié des répondants ont déclaré préférer recourir au SMH pour recevoir des soins d'urgence, tandis que d'autres étaient prêts à se rendre à l'extérieur de la région pour obtenir des soins. Fait inquiétant, seul un tiers des répondants ont affirmé qu'ils recommanderaient le SMH à leur famille ou à leurs amis.

Les commentaires des répondants révèlent également des opinions très diverses sur le SMH. Bien que certains répondants apprécient le fait que le SMH soit un petit hôpital, beaucoup d'entre eux souhaitent avoir accès à un hôpital plus grand, doté de services et de ressources plus spécialisés. Un modèle intégré avec un hôpital plus grand offrirait « le meilleur des deux mondes » aux membres de la collectivité.

Un répondant a écrit : « Cet hôpital est la pierre angulaire de notre petite collectivité et de ses environs. L'emplacement actuel répond aux besoins de la population actuelle, mais avec les projections de croissance qui prévoient un doublement de la taille de l'hôpital dans 30 ans, nous devons le transférer dans un endroit où il pourra s'agrandir tout en restant lié à notre collectivité. »

Entretiens auprès de dirigeants communautaires

Si un dirigeant communautaire a mentionné qu'il avait reçu des soins au SMH, il était généralement satisfait de ces soins. Cependant, les dirigeants ont systématiquement fait remarquer que les zones cliniques étaient sales et que le bâtiment était vieux et encombré, ce qui renforce les thèmes récurrents observés et souligne le manque de priorité accordée à l'expérience globale des patients. Si le patient a besoin de soins cliniques plus complexes, les personnes interrogées ont constaté que le SMH n'était pas en mesure de répondre à leurs attentes et qu'elles étaient reconnaissantes d'avoir accès à proximité à des centres régionaux de santé tels que le RVH et le SRHC afin d'assurer la continuité des soins.

Incidents liés à la sécurité des patients

Dans le domaine des soins de santé, un incident peut être décrit de manière générale comme un événement indésirable ou défavorable qui cause ou pourrait causer un préjudice à un patient, à un fournisseur de soins ou à d'autres personnes. Les incidents sont classés dans les catégories suivantes : accident évité de justesse (le patient n'a pas été atteint, mais il est possible qu'il subisse un préjudice); aucun préjudice (le patient a été atteint, mais il n'a pas subi de préjudice); préjudice (le patient a été atteint et a subi un préjudice qui nécessite une surveillance ou un traitement supplémentaire); et incident critique (le patient a été atteint et a subi une incapacité grave, un préjudice ou un décès).

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2022-2023, un patient sur 17 séjournant à l'hôpital au Canada a été victime d'au moins un événement préjudiciable. Un organisme de soins de santé qui n'a pas un nombre élevé d'incidents signalés n'est pas nécessairement un endroit plus sûr pour recevoir des soins. Souvent, cela indique plutôt que les hôpitaux, tels que le SMH, n'encouragent pas le signalement des incidents et qu'en fait, des incidents se produisent sans que l'administration et d'autres personnes en soient conscientes.

Une « culture d'équité » peut être définie au sens large comme une culture dans laquelle chacun comprend sa responsabilité en matière de sécurité et est tenu de signaler les risques potentiels dans un esprit d'ouverture et de transparence, sans crainte de représailles. Une collecte appropriée des données relatives aux incidents dans les organismes de soins de santé qui ont une culture d'équité peut permettre de déterminer les problèmes de sécurité et de réduire les préjudices potentiels futurs en élaborant des stratégies d'atténuation. Grâce à une collecte de données appropriée, il est possible de dégager des tendances afin de mettre en évidence les domaines préoccupants. En outre, les recommandations et les possibilités découlant de l'examen des incidents signalés peuvent être appliquées à l'ensemble de l'organisation. Selon l'équipe d'enquête, le SMH ne fait pas preuve d'une culture d'équité.

Le SMH ne dispose pas d'un cadre de qualité bien conçu pour évaluer les incidents critiques potentiels. Ce point est particulièrement important compte tenu des exigences de la *Loi sur les hôpitaux publics* en matière d'examen et de signalement des incidents critiques. L'équipe d'enquête a constaté que de nombreux membres du personnel de première ligne n'avaient aucune idée de la manière de signaler un incident de sécurité dans le système de gestion des incidents.

Il convient de noter que les dirigeants des soins cliniques concernés ne sont pas réunis pour examiner les faits relatifs aux incidents importants en matière de sécurité des patients, ce qui est contraire aux meilleures pratiques et aux politiques internes du SMH. La criticité des incidents est en fait déterminée de manière indépendante par le service sur l'assurance de la qualité et de la gestion des risques. La direction du SMH affirme que l'hôpital n'a pas connu d'incident critique depuis plusieurs années. Cependant, le personnel et les professionnels ont évoqué la possibilité que des incidents critiques se soient produits.

L'équipe d'enquête n'a pas pu trouver de preuve que des incidents critiques, au sens de la définition de la *Loi sur les hôpitaux publics*, aient été signalés au comité médical consultatif, au comité de gestion administrative ou au comité sur l'assurance de la qualité du conseil d'administration au cours des dernières années. En outre, rien ne prouve que des événements indésirables aient été désignés comme potentiellement critiques, déclenchant ainsi un examen des incidents critiques.

Bien que les résumés des examens de la qualité des soins de certains incidents liés à la sécurité des patients soient présentés au comité de gestion administrative et au comité sur l'assurance de la qualité du conseil d'administration, il n'existe pas de processus de responsabilisation et de suivi des recommandations et des incidents en suspens.

Il convient de noter que les examens de la qualité des soins concernant d'autres événements indésirables sont en cours d'achèvement et sont présentés au comité de gestion administrative et au comité sur l'assurance de la qualité du conseil d'administration. Toutefois, il ne semble pas qu'un processus de responsabilisation ait été mis en place pour répertorier les incidents et les recommandations en suspens et pour s'assurer que les recommandations ont été examinées et mises en œuvre (le cas échéant). En outre, rien n'indique que les examens aient donné lieu à des apprentissages partagés et à des exercices « planifier-faire-étudier-agir ».

Sécurité

Les dirigeants du SMH s'en remettent à leur partenariat sur les dossiers médicaux électroniques avec le SRHC en ce qui concerne les renseignements relatifs à la cybersécurité. Les dirigeants interrogés n'ont pas mentionné qu'ils étaient sensibilisés à la prévention en matière de cybersécurité ou aux mesures que le SMH peut prendre pour éviter une menace de cyberattaque.

Pendant la pandémie, avec l'aide du financement temporaire lié à la COVID-19 de Santé Ontario, le SMH a pu augmenter le nombre d'agents de la sécurité à deux ETP. Cependant, depuis la fin du financement temporaire lié à la pandémie, le SMH fonctionne désormais avec un agent de la sécurité ETP. Si un patient nécessite une surveillance constante pour

garantir sa sécurité et celle du personnel de l'hôpital, c'est l'agent de la sécurité qui en est le premier responsable. Cela laisse un vide si d'autres patients ont besoin d'un soutien en matière de sécurité, ou si le personnel a besoin d'une assistance en matière de sécurité. La direction de ce secteur a demandé des ressources supplémentaires, en soulignant le risque encouru pour la sécurité des patients et du personnel, mais sa demande a été rejetée en raison des pressions budgétaires.

Revue de mortalité et de morbidité

Les revues de mortalité et de morbidité jouent un rôle crucial dans l'amélioration de la sécurité des patients au sein des hôpitaux. Elles permettent à l'équipe soignante d'examiner les événements indésirables, les complications et les décès. En analysant ces cas, les cliniciens peuvent recenser les erreurs médicales, les défaillances du système et les domaines à améliorer. Les revues de mortalité et de morbidité ont été mises en place par l'ancien médecin-chef (qui a occupé ce poste de décembre 2021 à juillet 2023). Ces revues sont dirigées par l'association du personnel professionnel, mais ne sont pas interdisciplinaires. Le service sur l'assurance de la qualité et de la gestion des risques n'est pas concerné par les revues de mortalité et de morbidité, mais le directeur intérimaire déclare qu'il a accès à un dossier partagé pour examiner les documents.

Données et amélioration de la qualité

Le service sur l'assurance de la qualité et de la gestion des risques est responsable de la mise à jour de la carte de pointage sur le rendement, qui est communiquée au comité de gestion administrative et au comité sur l'assurance de la qualité du conseil d'administration. L'examen des procès-verbaux du conseil des programmes cliniques a révélé que les indicateurs de rendement clés n'y étaient que très peu définis. Les personnes interrogées ont fait part d'un manque général de compréhension de l'utilisation des données pour améliorer la prise de décision. Lors des discussions avec de nombreux membres de l'équipe clinique, il ne semblait pas y avoir de compréhension des principales données cliniques faisant l'objet d'un suivi. Les dirigeants médicaux ont exprimé un fort désir de fournir des soins de haute qualité et ont estimé que la qualité des soins fournis au SMH est généralement excellente. Toutefois, les chefs de service ont noté que peu d'indicateurs cliniques étaient suivis à des fins d'assurance de la qualité.

L'exploitation des données en vue de l'amélioration de la qualité semble faire défaut au SMH. Lors d'une réunion du comité de gestion administrative à laquelle assistaient deux membres de l'équipe d'enquête, l'équipe d'urgence a présenté ses données relatives aux résultats de la rémunération au rendement et a déclaré que plusieurs des points de données étaient erronés et qu'il « devait s'agir d'un problème de codage ». Il ne semble pas y avoir de plan d'amélioration des processus ni de méthode permettant de s'assurer que la collecte des données ou le codage sont examinés pour en vérifier l'exactitude. Bien que les données relatives aux résultats de la rémunération au rendement soient fournies au SMH depuis un certain temps par l'équipe de soutien des décisions externalisée par le RVH, ces renseignements ne semblent pas faire l'objet d'une discussion ou d'une utilisation systématique.

Au cours de l'enquête, les indicateurs à déclaration publique obligatoire figurant sur le site Web du SMH n'avaient pas été mis à jour depuis 2018-2019. Lorsqu'on lui a demandé s'il s'agissait d'une erreur, un membre de la haute direction a répondu qu'ils n'avaient probablement pas été mis à jour. Il n'y avait que peu ou pas de preuves de formation et de sensibilisation générale à la *Loi de Vanessa*, au rapport portant les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada, ou au Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI), des connaissances considérées comme fondamentales pour une organisation axée sur la qualité.

Agrément

Recommandation connexe :

- **Le superviseur devrait demander de reporter la visite d'agrément prévue en novembre 2024.**

Le SMH a reçu le statut d'établissement exemplaire lors de la dernière enquête le concernant en 2021. La prochaine enquête sur l'hôpital est prévue en novembre 2024, et les préparatifs sont en cours. Lorsque l'équipe d'enquête a

demandé si une pause serait envisagée jusqu'à ce que la réponse au rapport d'enquête soit claire, ce qui permettrait au SMH de se concentrer sur les problèmes urgents en matière de qualité et de sécurité, la réponse d'un dirigeant du SMH a été qu'une pause « ne serait pas envisagée ».

6. SERVICES CLINIQUES

Recommandations connexes :

- **Le superviseur devra immédiatement entreprendre des examens externes formels des services d'obstétrique et d'imagerie diagnostique.**
- **Le superviseur devrait veiller à l'examen immédiat et revoir la répartition de la dotation dans les unités, où les qualifications du personnel et les ratios personnel/patients respectent les normes de pratique acceptées pour le niveau d'acuité de chaque unité.**

Obstétrique

Selon le Provincial Council for Maternal and Child Health (PCMCH), le SMH est un service périnatal et de naissance de niveau 1b. Par définition, le niveau 1b correspond aux fœtus dont l'âge gestationnel est supérieur à 36 semaines, aux grossesses uniques à faible risque et pour lesquelles les inductions et les césariennes sont autorisées. Veuillez consulter le tableau du PCMCH ci-dessous pour connaître les critères de niveau 1b qui doivent être remplis 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Âge gestationnel	Niveau 1b ¹⁷	
• 36 semaines et 0 jour	Définition	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesses uniques. • Grossesse à faible risque¹⁸. • L'hôpital peut pratiquer une césarienne, ce qui permet de planifier l'accouchement d'une personne qui 1) a besoin d'un déclenchement artificiel du travail et 2) présente un risque plus élevé de naissance par césarienne.
	Critères	Disponibilité
	Analgésie pendant le travail	En tout temps
	Monitoring électronique fœtal	En tout temps
	Accouchement par voie vaginale assisté par ventouse	En tout temps
	Administration de produits sanguins	En tout temps
	Accélération du travail et déclenchement artificiel du travail	En tout temps
	Césarienne	En tout temps
	Dilatation-curetage	En tout temps
	Personne désignée niveau 1 pour les soins néonataux	En tout temps
Fournisseurs de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation et soins par un anesthésiste ou un médecin de famille anesthésiste pour les accouchements opératoires. 	

Dans le passé au SMH, l'obstétrique était un service stable disposant d'un personnel complet composé de trois obstétriciens/gynécologues qui ont reçu une bourse de recherche du Royal College of Physicians. Cependant, après le départ d'un ancien médecin-chef (qui a occupé ce poste de décembre 2021 à juillet 2023), qui était également obstétricien, le service d'obstétrique a été réaffecté à 49 reprises entre août 2023 et avril 2024. Un troisième obstétricien/gynécologue est nécessaire pour stabiliser ce service. Le programme d'obstétrique dispose d'un service stable de sages-femmes. Il convient de noter qu'aucun médecin de famille n'offre de services d'obstétrique au SMH.

More OB^{MC} était en place en tant que programme d'amélioration de la sécurité et du rendement reconnu et fondé sur des données probantes. Toutefois, en raison de pressions budgétaires, ce programme a été supprimé il y a plusieurs années. Lors d'entretiens avec le personnel d'obstétrique, celui-ci a précisé que la formation aux exercices de compétences n'avait pas été maintenue et que les nouvelles recrues n'étaient pas correctement formées pour gérer de manière autonome les

urgences obstétricales, telles que la procidence du cordon, la dystocie des épaules et d'autres urgences obstétricales examinées en détail dans le cadre du programme More OB^{MC}. Les dossiers de formation fournis par le gestionnaire du service d'obstétrique démontrent qu'un seul membre du personnel infirmier est à jour dans la formation sur la surveillance de la santé du fœtus. Le manque de formation, associé au fait que 11 % de toutes les équipes (une équipe sur 10) en 2023 ne comptaient qu'un seul membre du personnel infirmier spécialisé en obstétrique dans l'unité, représentait un risque important pour la qualité des soins et la sécurité des mères et des bébés.

Au cours des 12 mois allant de janvier à décembre 2023, 77 équipes ne comptaient qu'un seul membre du personnel infirmier spécialisé en obstétrique dans l'unité ([consulter l'annexe I](#)). Sur ces 77 équipes, 62 % avaient le gestionnaire comme membre du personnel infirmier de remplacement, et 38 % n'avaient pas de plan de remplacement pour un deuxième membre du personnel infirmier. Le gestionnaire n'avait pas de formation à jour sur le programme de réanimation néonatale et la surveillance de la fréquence cardiaque fœtale. Autre fait préoccupant, dans quatre de ces 77 équipes, le gestionnaire était le seul membre du personnel infirmier de l'unité ([consulter l'annexe I](#)).

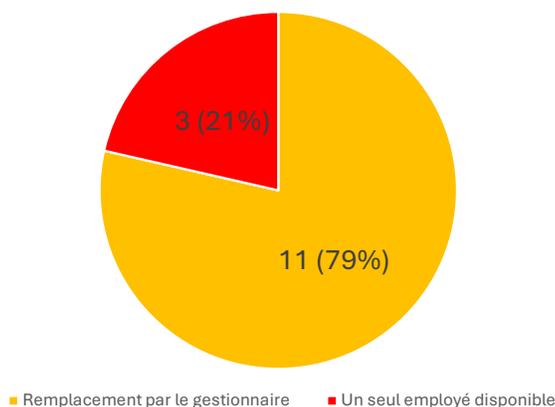
De manière alarmante, un membre du personnel infirmier a déclaré : « Au fil des ans, je n'irais jamais jusqu'à dire que nous étions en sécurité, mais nous étions plus en sécurité qu'aujourd'hui. » Les membres du personnel infirmier en obstétrique interrogés déclarent que les membres du personnel infirmier quittent le programme d'obstétrique du SMH en raison de préoccupations concernant leur licence professionnelle, notamment :

- travailler de manière indépendante dans une unité sans soutien approprié lors d'urgences obstétricales;
- travailler avec de nouveaux membres du personnel sans formation ni expérience suffisantes;
- être réaffectés à d'autres unités pendant la réaffectation dans des domaines où ils n'ont pas reçu une formation suffisante.

L'équipe infirmière s'est également inquiétée de la réponse médicale aux appels de soutien de l'unité obstétrique. Ils ont précisé que l'un des deux obstétriciens prenait souvent les appels à une distance qui allongeait considérablement le temps de trajet et n'était pas conforme aux politiques du comité médical consultatif et du service.

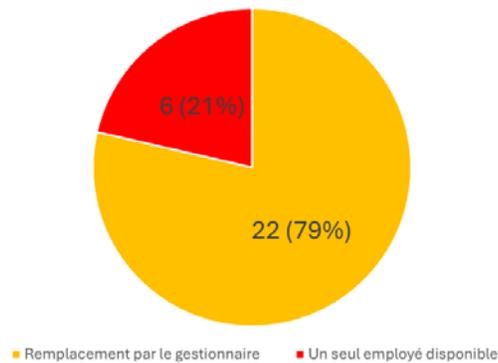
Disponibilité du personnel du service d'obstétrique pour l'année terminée le 31 décembre 2023

Nombre de quarts de travail où le travail a été déclenché et comprenant du personnel n'ayant pas une formation adéquate (14)



Disponibilité du personnel du service d'obstétrique pour l'année terminée le 31 décembre 2023

Nombre de quarts de travail comprenant des naissances en présence de personnel n'ayant pas une formation adéquate (28)



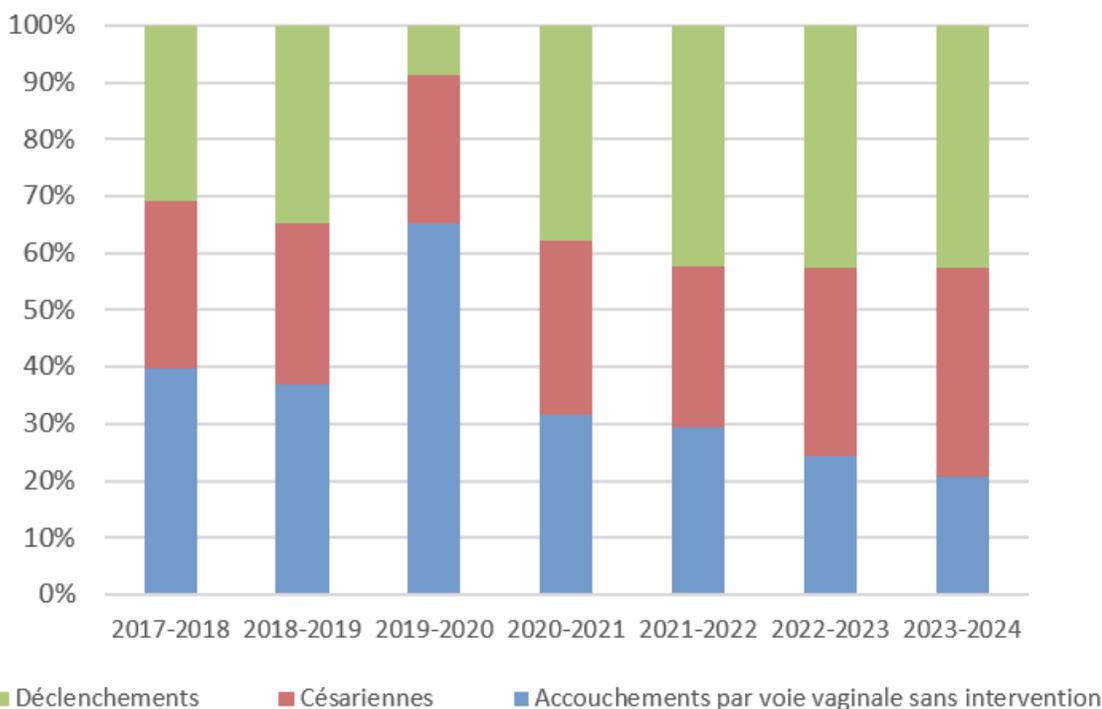
Lors des entretiens avec le personnel du service d'obstétrique, il a été précisé que le service ne passait pas en dérivation si un seul membre du personnel infirmier en obstétrique y travaillait, même si la liste de contrôle en matière de réaffectation et de fermeture du service d'obstétrique du SMH mentionne l'insuffisance du personnel infirmier comme raison de la réaffectation. Les membres du personnel infirmier affirment qu'ils travaillent avec leur téléphone cellulaire dans leur poche afin de pouvoir appeler les obstétriciens à l'aide en cas d'urgence liée à l'accouchement qui ne leur permet pas de quitter la pièce (p. ex. la procidence du cordon).

Le groupe d'obstétrique a supposé que le service d'obstétrique n'est pas réaffecté lorsqu'il ne dispose pas de ratios infirmiers sûrs parce qu'il est déjà réaffecté trop souvent en raison de la pénurie d'obstétriciens et d'anesthésistes. Les données fournies par le gestionnaire du service d'obstétrique indiquent qu'en 2023, 28 accouchements se sont déroulés avec un seul membre du personnel infirmier en obstétrique en service ou avec un soutien infirmier insuffisamment formé (certains de ces accouchements consistaient en des césariennes). En outre, 14 inductions ont eu lieu avec un nombre insuffisant de membres du personnel infirmier (services fournis par un seul membre du personnel infirmier ou par un remplaçant insuffisamment formé). Ces situations présentent un risque important pour les patientes du service d'obstétrique en raison d'un manque de personnel approprié.

De nombreuses sages-femmes et de nombreux membres du personnel infirmier ont fait part de leurs préoccupations concernant les pratiques de réaffectation et les instructions contradictoires qu'ils reçoivent. Dans le groupe de discussion, ils ont déclaré que la haute direction leur avait dit qu'ils ne devaient pas évaluer un patient quand ils étaient réaffectés. Toutefois, un ancien médecin-chef (qui a occupé ce poste de décembre 2021 à juillet 2023) leur a conseillé de *toujours* évaluer un patient avant de l'aiguiller ailleurs. Les membres du personnel infirmier ont mentionné qu'ils avaient évalué des patients et qu'ils avaient reçu des critiques de la part de la direction. La politique de fermeture et de transfert du service d'obstétrique du SMH stipule ce qui suit : « Si une patiente arrive et qu'il est évident que son transfert n'est pas sécuritaire, elle sera prise en charge par le médecin de la salle des urgences et soignée par les membres du personnel infirmier du service d'obstétrique. » Pour le savoir, il faudrait procéder à une certaine évaluation infirmière, mais la direction ne semble pas soutenir la réalisation et la documentation de cette évaluation.

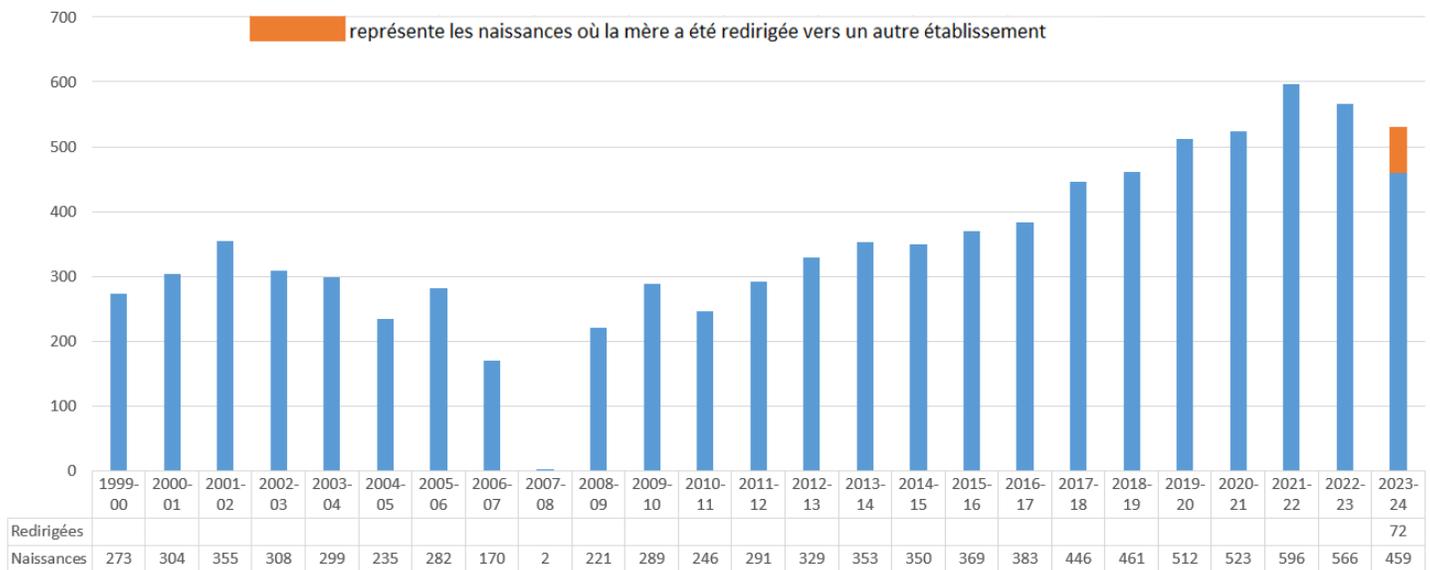
L'équipe d'enquête a constaté une augmentation préoccupante des taux d'inductions et de césariennes, ainsi qu'une diminution correspondante des accouchements par voie vaginale au cours des dernières années (consulter les données sur les naissances au SMH ci-dessous). En tant que service d'obstétrique de niveau 1b, le SMH devrait se concentrer sur les grossesses à terme et à faible risque nécessitant moins d'inductions et de césariennes (chirurgie abdominale majeure), par rapport aux hôpitaux de niveaux 2 et 3 qui s'occupent des grossesses à plus haut risque et disposent d'un soutien clinique beaucoup plus important pour les mères et les bébés en cas d'issue négative. Le groupe de discussion du service d'obstétrique a indiqué à l'équipe d'enquête que les inductions sont effectuées afin de tenir compte de la disponibilité des obstétriciens, ce qui permet aux accouchements d'avoir lieu au SMH, et pas nécessairement en raison de l'état de préparation des patientes. Le groupe de discussion a mentionné que les sages-femmes ont dû soutenir des interventions d'induction pour leurs patientes afin qu'elles puissent participer à l'accouchement, reconnaissant que l'expérience offerte par les sages-femmes consiste à soutenir un accouchement plus naturel, avec moins d'interventions. En outre, le déclenchement d'un accouchement pour tenir compte de la disponibilité du fournisseur de soins, plutôt que des besoins de la mère et du bébé, peut exposer la patiente à un risque plus élevé de subir une césarienne plutôt qu'un accouchement par voie vaginale, comme le révèle le changement dans les données sur les naissances au SMH ci-dessous.

Données sur les naissances au PMH



Les hôpitaux voisins qui reçoivent ces patientes aiguillées du service d'obstétrique ont fait part de l'absence de processus de notification formel et du fait que la notification peut arriver alors que la fin de semaine commence. Cette situation impose un lourd fardeau aux autres hôpitaux de la région. Soixante-douze bébés qui devaient naître au SMH sont nés dans d'autres sites au cours de la dernière année. Consulter le tableau ci-dessous pour obtenir de plus amples renseignements.

Stevenson Memorial Hospital Naissances



Imagerie diagnostique (ID)

Recommandations connexes :

- **Le superviseur devra immédiatement entreprendre des examens externes formels des services d'obstétrique et d'imagerie diagnostique.**
- **Le superviseur devrait veiller à l'examen immédiat et revoir la répartition de la dotation dans les unités, où les qualifications du personnel et les ratios personnel/patients respectent les normes de pratique acceptées pour le niveau d'acuité de chaque unité.**

Le programme d'imagerie diagnostique (ID) du SMH est compromis. Un radiologue fournit la plupart des services et deux autres médecins suppléants temporaires apportent un soutien régulier. Les nuits et les fins de semaine sont en grande partie externalisées auprès de Canadian Teleradiology Services, un service de radiologie virtuelle. Bien que le service de radiologie n'ait pas connu de lacunes dans son personnel professionnel, ce service est menacé si la personne à temps plein n'est pas disponible.

Plusieurs membres de l'équipe d'imagerie diagnostique ont fait part de leurs préoccupations en matière de sécurité en raison de l'incapacité à doter les services de radiologie et de tomodensitométrie d'un personnel adéquat. Cette situation a été une source importante de frustration pour les médecins et le personnel du service des urgences qui ont été interrogés. Il a été mentionné qu'il est arrivé que le SMH n'ait pas de personnel pendant plusieurs heures pour gérer ses modalités de radiographie et de tomodensitométrie.

Les données fournies par le gestionnaire du service d'imagerie diagnostique démontrent que, du 20 janvier 2024 au 12 avril 2024, le SMH n'a pas disposé de personnel pour assurer les services de radiologie et de tomodensitométrie pendant 77,5 heures. Pendant 16 % des jours de cette période, le service d'imagerie diagnostique a été interrompu en raison de l'impossibilité de planifier le personnel et les périodes d'arrêt de routine. Un médecin du service des urgences a notamment fait état d'un quart de travail de six heures durant lequel il n'avait bénéficié d'aucun soutien en matière de radiographie et de tomodensitométrie. Un membre du personnel infirmier du service des urgences se souvient d'un quart de travail au cours duquel un patient avait besoin d'une radiographie thoracique de toute urgence. Le membre a fait appel au directeur de garde parce que le service d'imagerie diagnostique ne disposait d'aucun personnel. Le directeur a recommandé que le médecin du service des urgences soit transporté avec le patient, laissant l'hôpital sans le soutien d'un médecin approprié.

Le SMH n'a pas de politique d'aiguillage en matière de tomodensitométrie et de radiographie. Il a toutefois mis au point un processus relatif aux périodes d'arrêt des services de tomodensitométrie du service d'imagerie diagnostique, qui décrit le processus de notification au SRHC ([annexe J](#)). Bien que Santé Ontario ait demandé que les périodes d'arrêt lui soient signalées, aucune politique n'a été mise en place pour aider le personnel à mieux comprendre le processus de signalement approprié, y compris la notification à Santé Ontario des aiguillages du service d'imagerie diagnostique. Lors d'un entretien avec deux personnes de Santé Ontario, il a été confirmé que les aiguillages du service d'obstétrique leur étaient régulièrement signalés, mais que les aiguillages des services de tomodensitométrie et de radiologie ne l'étaient que rarement. Les problèmes de dotation en personnel du service d'imagerie diagnostique du SMH continuent de s'aggraver, et la direction précise que les horaires de mai et juin 2024 risquent fort d'être incohérents et instables en raison des congés de maladie, des aménagements et de l'absence de personnel à temps partiel. Cette situation est de plus en plus critique pour le SMH.

Outre les problèmes de dotation en personnel, le personnel a fait état d'une culture pénible d'intimidation et de harcèlement dont il craint qu'elle ne fasse partie intégrante de la fibre du service d'imagerie diagnostique. Le SMH dispose d'une politique en ce qui concerne le code de conduite, mais plusieurs membres du personnel du service d'imagerie diagnostique ont déclaré qu'elle n'était pas appliquée. Au cours des entretiens avec l'équipe d'imagerie diagnostique, plusieurs références ont été faites à des allégations d'intimidation et de harcèlement dans l'ensemble de l'équipe. Voici quelques exemples d'allégations :

- une communication négative, même en dehors du travail;
- le partage du rendement des employés au sein du service;
- le fait de crier aux techniciens parce qu'ils ne se conforment pas aux demandes;
- des haussements de voix et des allégations d'utilisation de noms désobligeants.

Le personnel a précisé que la direction était consciente de ces problèmes et que, par conséquent, un rôle de chef d'équipe avait été créé pour réduire les échanges avec la personne identifiée comme étant l'auteur du harcèlement. Les membres du personnel ont indiqué qu'ils ne signalaient pas les incidents aux ressources humaines par crainte d'être identifiés et de voir les comportements d'intimidation s'intensifier. Le directeur général a reconnu les préoccupations concernant les comportements inappropriés et a déclaré qu'il avait eu de nombreuses conversations avec la personne concernée. Aucun document relatif à ces conversations n'a été fourni à l'enquêteuse, ce qui est normalement attendu dans le cadre d'un processus disciplinaire progressif.

La direction n'a pas été en mesure de résoudre efficacement ce problème, et les membres de la haute direction affirment qu'il est dû à un problème de contrat qui affecte le recrutement dans ce service. Il existait également une possibilité de partenariat avec le service de radiologie du SRHC, mais elle ne s'est pas concrétisée.

Un membre de l'équipe d'imagerie diagnostique interrogé estime que des services de counseling seront nécessaires pour rétablir ce service et le rendre de nouveau fonctionnel. Pour favoriser la sécurité des patients et le bien-être de l'équipe, il est essentiel qu'une équipe de services entoure l'équipe d'imagerie diagnostique pour l'aider à passer d'une « culture toxique » à un service fonctionnel.

USI de niveau 2 (unité des cas de gravité élevée)

La mise en place de l'USI de courte durée de niveau 2 du SMH, appelée en interne « unité des cas de gravité élevée », suscite également de vives inquiétudes. L'autorisation de construire l'unité des cas de gravité élevée a été accordée le 21 mai 2019, et l'emplacement initial devait être l'unité de soins médicaux/chirurgicaux généraux jusqu'à ce que les nouveaux locaux de l'unité des cas de gravité élevée puissent être construits. Certains fonds de fonctionnement de l'année 1 ont été redirigés vers des rénovations mineures exigées par le RLISS.

Le contrat a été attribué en janvier 2020, en ce qui concerne une unité des cas de gravité élevée séparée, et la construction sur le site a commencé le 9 mars 2020. Les nouveaux locaux ont ouvert leurs portes en janvier 2021, et l'unité des cas de

gravité élevée y a fonctionné pendant 27 mois seulement, jusqu'au 31 mars 2023. La fonction relative aux soins aux patients de l'USI a ensuite été réintégrée dans l'unité de soins médicaux/chirurgicaux généraux à compter du 1^{er} avril 2023, mais sans le médecin dévoué ou les changements de personnel nécessaires pour assurer une fonction distincte.

Les coûts en capital totaux, y compris l'équipement pour l'unité des cas de gravité élevée, s'élevaient à 1 737 584 \$.

De nombreuses observations ont été faites sur l'incapacité à mobiliser les groupes d'intervenants internes concernés sur des facteurs clés, tels que la dotation en personnel, l'équipement, etc. L'absence de politiques et de protocoles/processus formels au sein du SMH a également contribué à l'incapacité de l'organisation à mettre en place une unité des cas de gravité élevée durable. Lors des discussions avec plusieurs membres du personnel infirmier de première ligne, provenant à la fois de l'unité d'hospitalisation et du service des urgences, tous étaient d'avis que l'absence de politiques concernait les types de patients qui pouvaient être admis dans l'unité. Ce manque de clarté a eu pour conséquence que l'utilisation de l'unité des cas de gravité élevée était laissée à la discrétion du membre du personnel infirmier en service. Il en a résulté des périodes de faible occupation et un manque de cohérence dans la gravité des patients de l'unité des cas de gravité élevée. Les membres de l'équipe des urgences et de l'équipe chargée des malades hospitalisés estiment qu'il y a suffisamment de patients cardiaques, diabétiques, qui ont des problèmes respiratoires et qui doivent subir une intervention chirurgicale pour maintenir les lits de l'unité des cas de gravité élevée si les critères d'utilisation avaient été clairs et adéquats.

La mise en place de l'unité des cas de gravité élevée s'est heurtée à des difficultés considérables dans la mise au point d'un modèle de médecin traitant responsable. Des discussions ont eu lieu avec les services des urgences, de l'anesthésie et de la médecine en milieu hospitalier, et un modèle soutenu par des intensivistes en mode virtuel a également été envisagé. Cependant, aucun modèle clair n'a émergé. Cela a conduit l'équipe de médecins hospitalistes à prendre en charge les patients de l'unité des cas de gravité élevée, mais sans aucun soutien spécialisé.

Le projet relatif aux unités des cas de gravité élevée a été marqué par un certain nombre de défaillances majeures :

- Les politiques et l'expérience en matière de gestion des projets étaient absentes, de même que la mobilisation et les approbations des intervenants.
- Le comité médical consultatif n'a pas fourni de direction ni d'orientation en ce qui concerne le modèle médical relatif à une unité des cas de gravité élevée (y compris la possibilité d'un modèle d'intensiviste en mode virtuel), ni le soutien et les qualifications que les médecins doivent posséder pour soigner les patients dans une unité des cas de gravité élevée, y compris les patients ventilés. Les médecins de Southlake n'étaient pas qualifiés pour assurer la surveillance des patients de l'unité des cas de gravité élevée.
- Les critères d'admission et de congé qui précisent quels types de patients doivent être considérés comme des patients présentant une gravité élevée n'ont pas été élaborés.
- Il n'y avait pas de personnel qualifié pour couvrir les pauses. Cette absence de protocoles a dressé les membres du personnel infirmier de toutes les unités les uns contre les autres, car ils devaient s'occuper des patients de l'unité des cas de gravité élevée, pour lesquels ils ne jugeaient pas avoir reçu la formation nécessaire.

Autres risques cliniques identifiés

Ces dernières années, l'hôpital a dû faire face à de nombreux défis croissants en raison de l'insuffisance du nombre de médecins dans différents programmes, dont les suivants :

Médecins hospitalistes

Les médecins hospitalistes fournissent des soins aux malades hospitalisés en soins aigus et ont également fourni des soins aux patients de l'USI de niveau 2 (unité des cas de gravité élevée) avant sa fermeture. De nombreux médecins hospitalistes ont quitté le SMH, déclarant qu'ils ne disposaient pas d'un soutien spécialisé approprié au sein de l'hôpital. Le service de médecine en milieu hospitalier ne compte qu'un membre du personnel actif (responsable) et un membre du personnel

associé, et dépend donc fortement des suppléants temporaires. Cette année, le soutien apporté par les suppléants s'est affaibli. Un certain soutien est apporté par les urgentologues qui assurent des quarts de travail non couverts dans l'horaire. Le service de médecine en milieu hospitalier présente un risque élevé de pénurie de personnel et de répercussions potentielles sur le service. Le médecin hospitaliste responsable assurait une couverture de deux semaines sur quatre par mois, mais il a récemment réduit sa couverture à une semaine sur quatre par mois en raison d'un épuisement professionnel croissant. Les infirmiers praticiens qui s'occupent des patients bénéficiant d'un autre niveau de soins apportent un certain soutien.

Il existe un bassin limité de médecins hospitalistes intéressés aux privilèges accordés au personnel assistant/actif, et par conséquent, on dépend beaucoup trop des médecins suppléants pour soutenir les programmes cliniques. Ces médecins travaillent souvent dans plusieurs hôpitaux et n'ont que peu d'intérêt à s'assurer que les services fournis au SMH sont préservés. Peu de médecins qui offrent des soins primaires en exerçant dans la collectivité prennent part au travail réalisé en milieu hospitalier, et il est peu probable que cela change. La pénurie continue de médecins en Ontario amène des défis supplémentaires en matière de recrutement. Récemment, deux spécialistes ayant de l'expérience en médecine familiale et un médecin du service des urgences ont travaillé comme médecins hospitalistes à l'unité de médecine générale pendant un certain temps afin d'éviter les réductions de service. Bien que leurs efforts aient été louables, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) a fini par aviser les deux spécialistes de se retirer, car cette affectation ne faisait pas partie de leur champ de pratique. Au 31 mai, de nombreux créneaux n'étaient pas comblés à l'horaire d'été 2024, et les réductions de services demeurent un risque au SMH.

Médecine interne générale

Le médecin-chef actuellement en poste (avril 2024 à ce jour) et le médecin hospitaliste responsable font remarquer que, à leur connaissance, il n'y a jamais eu de groupe fonctionnel d'internistes au SMH. Comme pour la chirurgie générale, la médecine interne générale constitue une précieuse ressource de consultation médicale pour les soins aux patients dans les hôpitaux de petite et de moyenne taille dans l'ensemble de la province de l'Ontario. La médecine interne générale serait une ressource de grande valeur pour un hôpital comme le SMH, qui possède une unité de soins intensifs de niveau 2 et reçoit annuellement plus de 30 000 visites au service des urgences. Cet ajout permettra d'offrir des soins spécialisés ainsi que des soins à proximité des domiciles et plus sécuritaires. Cela permettra également d'offrir des soins locaux à des patients dont le cas est plus complexe, ce qui réduira ainsi les transferts à d'autres hôpitaux qui ne sont pas nécessaires. Un modèle intégré ou de partenariat stratégique dirigé améliorera considérablement l'accès direct aux spécialistes en médecine interne générale qui exercent dans le plus grand hôpital, et contribuera à l'établissement d'un service de médecine interne générale au SMH.

Anesthésie

Il y a un certain manque de personnel pour l'horaire du service de garde, car un membre de l'équipe a pris un congé sabbatique de six mois. Cependant, la situation devrait s'améliorer à son retour en septembre. Son absence a contribué à la réduction des services d'obstétrique et d'interventions chirurgicales non urgentes. Les médecins suppléants apportent un certain soutien, mais le besoin prioritaire est d'étayer le modèle de dotation.

Pédiatrie

L'hôpital a perdu leurs trois pédiatres précédents, et par conséquent, il n'y a actuellement pas de service de pédiatrie. Le service de réanimation néonatale est assuré 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par plusieurs médecins du service des urgences ayant reçu une formation supplémentaire.

Assistant chirurgical

Les chirurgiens ont affecté leurs propres assistants aux interventions chirurgicales non urgentes, et les chirurgiens généralistes ainsi que les obstétriciens et les gynécologues se portent mutuellement assistance lorsqu'ils sont de garde. Le médecin de garde d'un service assiste l'autre service lors du service de garde, en dehors des heures régulières (le plus souvent requis afin de porter assistance lors des accouchements par césarienne).

Services des urgences (SU)

Le service des urgences du SMH fournit un service important à la collectivité. Ce service occupé enregistre plus de 30 000 visites par année, et en fait, 67 % des résidents de New Tecumseth qui nécessitent des soins au service des urgences se rendent au SMH. L'équipe clinique travaille dur pour fournir des soins dans un espace qui est très petit et âgé. La configuration du service ne permet pas aux patients d'avoir de l'intimité et de la confidentialité.

L'espace s'avère particulièrement problématique pour les patients souffrant de conditions liées à la santé mentale, car ils n'ont pas d'accès direct aux salles de toilettes de l'établissement et les salles n'ont pas été construites ni équipées pour favoriser la réduction des préjudices et des risques envers les patients en santé mentale et l'équipe les soignant.

En raison de l'absence d'un modèle formel qui encourage les médecins et les responsables des soins infirmiers à travailler ensemble, il arrive que des décisions soient prises par une partie indépendamment de l'autre, ce qui crée des défis cliniques et fonctionnels. Par exemple, lors des nombreux entretiens avec les membres du personnel infirmier du service des urgences, ces derniers ont exprimé leurs préoccupations quant au fait que le changement unilatéral du modèle de soins « premier arrivé, premier servi » (PAPS) avait des conséquences négatives sur les résultats de la rémunération au rendement du SMH, et de ce fait, sur le financement. Ils sont fiers de leur rendement et croient que le changement a été effectué en faveur des fournisseurs plutôt qu'en s'appuyant sur l'expérience des patients.

Un important problème que rencontre le service des urgences est la capacité des médecins à transférer leurs patients vers un hôpital en toute sécurité lorsque ceux-ci doivent recevoir des services spécialisés qui ne sont pas offerts par les ressources locales. Un modèle intégré assurera des soins plus fluides pour les patients nécessitant des soins cliniques plus spécialisés, et donnera davantage confiance à la collectivité qu'elle peut en premier rechercher des soins localement.

Planification des services cliniques

Il ne semble pas exister de plan proactif ni de vision partagée concernant les services cliniques qui devraient être offerts au SMH.

Le programme de chirurgie fournit divers services, notamment un service de chirurgie générale, de gynécologie, d'ophtalmologie, de podiatrie et de médecine dentaire. Les seuls services de chirurgie fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sont le service de chirurgie générale ainsi que le service d'obstétrique et de gynécologie. Les ressources des salles d'opération ne sont pas affectées en priorité aux services qui offrent des services de garde, et des inégalités existent dans la distribution des ressources disponibles pour les chirurgiens généralistes. Cela crée un risque évident en ce qui a trait à la rétention d'une ressource essentielle aux besoins en soins actifs de la collectivité.

Afin de soutenir un programme de services d'urgence offrant des soins actifs ainsi que d'obstétrique et de gynécologie de petite ou moyenne envergure, il faut disposer ou accorder suffisamment de temps au soutien d'une cohorte complète de chirurgiens généralistes et spécialisés en obstétrique et gynécologie, de même qu'un bon calendrier de services de garde. Le SMH doit évaluer l'affectation de ses ressources chirurgicales pour appuyer le recrutement de chirurgiens généralistes et de chirurgiens spécialisés en obstétrique et en gynécologie.

Il est important de noter que le SMH n'est pas admissible au financement des actes médicaux fondés sur la qualité. Par conséquent, l'hôpital perd la possibilité financière d'offrir des services d'ophtalmologie ou de podiatrie sans une intégration à une plus grande organisation admissible à un tel financement. L'intégration permettrait d'harmoniser la création du programme de services cliniques, le soutien aux besoins de la collectivité et le financement fondé sur les volumes/incitatifs financiers pour s'assurer que le SMH améliore son rendement du point de vue financier.

Modèles de soins

Plusieurs médecins responsables ont exprimé leurs préoccupations concernant le manque de ressources humaines en santé (particulièrement en personnel infirmier, en thérapeutes respiratoires et en techniciens en radiologie). Certains responsables ont mentionné que l'hôpital comptait trop sur le personnel infirmier embauché par des agences privées,

s'inquiétant que cela occasionne certains risques sur le plan des soins aux patients, parce que les infirmiers et infirmières des agences ne possédaient pas nécessairement la formation appropriée pour le service qu'ils soutenaient.

Ce n'est que depuis la pandémie que le SMH fait appel au personnel provenant d'agences privées. Comme pour bien des hôpitaux, particulièrement les petits établissements, il manque beaucoup de ressources humaines en santé durant la pandémie. Étant donné que le financement lié à la pandémie couvrait les coûts, le SMH a pour la première fois introduit ce personnel externe. Pour les inciter à travailler en milieu rural, ces personnes recevaient une importante prime, bien plus élevée que les primes historiquement payées pour du personnel infirmier travaillant pour des agences privées. Bien que l'utilisation de ce type de personnel infirmier soit principalement liée à la question de la qualité des soins, l'aspect financier est également en cause. L'hôpital a enregistré un déficit d'environ 2,3 millions de dollars, provenant presque entièrement du recours non financé au personnel embauché par des agences privées, pour l'exercice se terminant le 31 mars 2023, lorsque le financement lié à la pandémie a pris fin. Le SMH n'avait pas de solution de rechange, et a continué de faire appel au personnel infirmier d'agences privées durant l'exercice 2023-2024, entraînant des coûts similaires. L'organisation dépend maintenant largement des agences privées malgré le manque de continuité des soins, le manque de connaissance des protocoles cliniques du SMH, les problèmes inhérents à la culture et les coûts.

Dans un effort visant à cesser de faire appel au personnel infirmier provenant des agences privées et avec l'encouragement de l'équipe de la région centrale de Santé Ontario, une équipe médicale volante a été introduite à la fin de l'exercice 2023-2024. À ce jour, des progrès encourageants ont été observés depuis la mise en place de l'équipe médicale volante. Cette dernière ne représente toutefois pas la solution idéale en matière de soins pour ce qui a trait à la qualité des services cliniques, car souvent, le personnel est débutant et n'est pas familiarisé avec les protocoles. En général, le personnel souhaite être affecté à une unité de façon permanente, et les équipes médicales volantes représentent souvent une porte d'entrée pour le personnel infirmier en vue d'être formé pour ensuite effectuer une transition dans des programmes. Puisque de nombreuses organisations offrent des postes à temps plein au sein d'unités dédiées, le fait d'avoir à assurer continuellement la dotation en personnel de l'équipe médicale volante peut s'avérer un défi.

Il est important de noter que la mise en place d'une équipe médicale volante représente une meilleure solution que le fait de compter continuellement sur le personnel infirmier embauché par des agences privées. Santé Ontario, comme il se doit, a encouragé la mise sur pied d'une équipe médicale volante comme stratégie visant à stabiliser les services cliniques grâce au recrutement, à réduire le recours au personnel infirmier provenant d'agences privées à donner du temps à l'hôpital pour réévaluer l'équilibre entre les membres des équipes travaillant à temps plein et ceux travaillant à temps partiel. À l'heure actuelle, le SMH ne dispose pas de l'infrastructure requise pour soutenir le personnel infirmier de l'équipe médicale volante. Les employés faisant partie d'une équipe médicale volante sont habituellement des novices, et par conséquent, ils tireraient parti des éducateurs, des politiques et des procédures en sorte de ne pas recevoir d'affectations pour lesquelles ils n'ont pas reçu de formation, mais aucune de ces ressources n'est disponible au SMH. Même le recrutement d'infirmières et d'infirmiers débutants au SMH est actuellement compromis, car l'hôpital n'a pas accès à l'initiative Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers du ministère de la Santé, parce ces personnes sont présentement mises en disponibilité, ce qui rend les postes dans les hôpitaux des environs plus attrayants. Une fois encore, la taille et l'envergure importent en ce qui a trait à des solutions durables et la pérennité d'une équipe médicale volante efficace ne fait pas exception. La stratégie du SMH qui consiste à disposer d'une équipe médicale volante sera un grand atout lorsque l'hôpital sera intégré à un plus grand site ou qu'il prendra part à un partenariat stratégique dirigé où les membres du personnel infirmier peuvent rejoindre une équipe médicale volante, recevoir un soutien sous forme d'éducation et de mentorat, et avoir plus de souplesse et de choix dans leur domaine de pratique.

En considérant les multiples services cliniques et risques observés, l'équipe d'enquête ne croit pas que le SMH possède à lui seul l'infrastructure, les ressources et les compétences requises pour procurer la stabilité on ne peut plus nécessaire pour assurer des soins aux patients sécuritaires, encore moins pour gérer les attentes croissantes en matière de services cliniques dans les années à venir.

7. Gouvernance

Recommandations connexes :

- **Le ministre devrait recommander à la lieutenant-gouverneure en conseil de nommer un superviseur du SMH, qui détiendrait les pleins pouvoirs de superviseur aux termes de la *Loi sur les hôpitaux publics*.**
- **En se basant sur le fonctionnement historique du SMH, notamment trois rapports précédents recommandant une intégration à divers degrés, le superviseur devrait envisager un mandat visant à intégrer ou diriger un partenariat stratégique avec un hôpital plus grand et plus complexe pour garantir une solution stable à long terme qui répond aux besoins de la collectivité en pleine croissance, permettant ainsi une harmonisation avec l'équipe Santé Ontario (ESO).**
- **Si le superviseur estime qu'une intégration ou un partenariat stratégique dirigé représente la meilleure stratégie pour la viabilité à long terme du SMH, il devrait définir des critères de sélection de l'hôpital le mieux adapté et soumettre ces critères au ministère de la Santé et à Santé Ontario pour examen.**
- **Le superviseur devrait travailler étroitement avec un comité consultatif communautaire en vue de concrétiser une vision commune pour l'avenir.**
- **La SMH Foundation devrait envisager d'inviter le président-directeur général de l'hôpital qui prendra part à l'intégration ou au partenariat stratégique dirigé à devenir un membre votant d'office du conseil d'administration de la SMH Foundation, comme c'est le cas dans de nombreux hôpitaux publics en Ontario.**
- **Dans le cadre d'un plan d'intégration, le superviseur devrait favoriser une participation précoce et sincère des intervenants internes et externes, y compris les populations autochtones et francophones, afin de concrétiser une vision commune de l'avenir de l'hôpital qui reflète les besoins et les préoccupations de la collectivité.**

Rôle du conseil d'administration

Le fonctionnement efficace d'un conseil d'administration découle d'une équipe indépendante et informée d'administrateurs qui améliorent la prise de décision de l'équipe de gestion. Le conseil d'administration d'un hôpital remplit trois rôles :

1. **Information** : Les organisations qui démontrent des pratiques exemplaires consacrent du temps afin d'établir un dialogue génératif sur un sujet particulier qui contribue au perfectionnement des compétences et à la sensibilisation sur des sujets clés en matière de gouvernance, et qui permet aux membres du conseil d'administration de partager leur expertise et leurs expériences touchant des sujets analogues. Le rôle d'information comporte également un processus visant l'évaluation de son propre rendement en combinant la présentation à chaque réunion de comptes rendus avec un examen annuel plus formel du rendement du conseil d'administration dans son ensemble ainsi que de chaque membre, et particulièrement des dirigeants de la société.
2. **Prévoyance** : Ce rôle consiste habituellement dans des discussions stratégiques. Le conseil d'administration discutera des questions ayant des répercussions à long terme sur le fonctionnement du conseil et de la société. Dans le domaine des soins de santé en général, ce rôle est mal compris et se réduit habituellement au fait de participer à l'élaboration du plan stratégique chaque trois à cinq ans. On confond souvent l'absence d'une confirmation de financement direct à long terme avec l'incapacité de planifier efficacement à court terme.

3. **Surveillance** : On décrit généralement ce rôle comme représentant le volet fiduciaire de l'organisation. Selon l'expérience de l'équipe, plusieurs conseils d'administration des hôpitaux en Ontario se concentrent presque exclusivement sur la surveillance, au détriment des rôles d'information et de prévoyance.

Le rôle de fiduciaire des administrateurs consiste à agir dans l'intérêt de la société. De ce fait, le conseil d'administration doit veiller à ce que la société dont elle a la gouvernance parvienne à réaliser ses objectifs (c.-à-d. mener à bien sa mission), et qu'elle assure sa pérennité afin de continuer à répondre à ces objectifs en maintenant ses actifs corporels et incorporels ainsi que sa viabilité financière. OHA Guide to Good Governance, p. 3

La fonction de fiduciaire doit également comprendre la surveillance du rendement du directeur général et du médecin-chef, la présentation de rapports au conseil d'administration sur l'évaluation du rendement de ces deux dirigeants.

Le conseil d'administration a la responsabilité de mettre en place un cadre de surveillance et d'évaluation du rendement dans les domaines sous sa responsabilité, notamment :

- la mise en œuvre des orientations stratégiques en harmonie avec la mission, la vision et les valeurs;
- la surveillance du rendement de la direction;
- la qualité des programmes et des services aux patients;
- la situation financière et les risques;
- les relations avec les intervenants;
- l'efficacité du conseil d'administration.

L'enquêteuse et les membres de son équipe ont assisté à trois réunions du conseil d'administration ainsi qu'à six réunions de ses comités (deux réunions du comité médical consultatif, du comité sur l'assurance de la qualité, du comité de gouvernance, du comité de la planification des immobilisations et une réunion du comité des finances, de vérification et des biens immobiliers). L'enquêteuse et son équipe ont également eu accès aux ordres du jour de même qu'aux procès-verbaux du conseil d'administration et de ses comités couvrant une période de trois ans.

Bien qu'elles aient été instaurées de bonne foi et qu'elles soient cause de fierté, les pratiques du conseil d'administration du SMH en matière de gouvernance demeurent informelles et présentent des lacunes dans plusieurs domaines importants. L'équipe n'a consacré aucun temps dans les réunions à traiter des rôles d'information et de prévoyance, et le rôle de surveillance n'a pas été réalisé de manière appropriée. Le devoir de fiduciaire incombant à tous les administrateurs n'est pas clair, et il n'est pas non plus uniforme ni réalisé efficacement. Il était parfois difficile d'observer le conseil d'administration dans son rôle de surveillance, et pour celui-ci de démontrer sa compréhension de ce rôle et des responsabilités, comme l'a démontré sa participation aux réunions avec Santé Ontario visant à promouvoir l'obtention d'un plus grand financement.

Bien que le conseil d'administration soit responsable de son propre fonctionnement, il dépend de la direction, en particulier du directeur général, pour accomplir certaines des fonctions administratives. Par exemple, le bureau du directeur général doit fournir un soutien pour le fonctionnement efficace du conseil d'administration, des rapports clairs sur l'état des activités cliniques et financières, ainsi que de l'éducation sur le mode de fonctionnement de l'hôpital et du principal bailleur de fonds. Le conseil d'administration doit demander à la direction de fournir ces services si tel n'est pas le cas. Le conseil d'administration doit également évaluer la qualité des services fournis, la situation financière à long terme de l'organisation et les risques associés aux décisions proposées.

Connaissances et pratiques du conseil d'administration

Bien que le conseil d'administration du SMH soit réellement fier de « l'atmosphère familiale » de l'hôpital, les administrateurs ne sont pas bien informés et comptent trop sur l'équipe de direction pour obtenir des renseignements, et ils ne remettent pas en question ces dirigeants dans des domaines comme l'assurance de la qualité et les finances. L'équipe d'enquête est d'avis que le conseil d'administration ne possédait pas une connaissance suffisante des risques importants auxquels l'organisation fait face, ni sur les moyens de contribuer à l'atténuation des risques tels que :

- les problèmes liés aux ressources humaines en santé et les risques posés aux services cliniques;
- les données sur les résultats cliniques liés aux soins fournis aux patients;
- les obstacles liés au réaménagement des immobilisations;
- les équipements vieillissants;
- les modèles de financement de Santé Ontario/du ministère de la Santé et les méthodes efficaces de promotion.

Le conseil d'administration se réunit sur une base régulière et examine les documents, mais il ne s'appuie pas sur des données telles que les tableaux de bord équilibrés comportant des indicateurs de rendement clés.

Un exemple critique illustrant cette situation est le manque de connaissance du conseil d'administration concernant les risques liés au programme d'obstétrique. Il n'existe aucune preuve que le conseil d'administration a consulté les données sur le nombre d'aiguillages du service d'obstétrique ou sur la diminution du volume de patients ayant reçu des services d'obstétrique au cours de la dernière année. Il n'existe en outre aucune preuve que le conseil d'administration a connaissance des données portant sur les taux d'accouchement par césarienne et d'autres données pertinentes sur les résultats.

Les problèmes financiers de l'organisation étaient systématiquement interprétés par le conseil d'administration comme attribuables aux injustices et aux inégalités commises par la région centrale de Santé Ontario. Au lieu d'examiner les données liées au rendement, pour s'assurer que la direction avait fait ce qu'elle pouvait pour continuer de fonctionner efficacement, et de comprendre le contexte provincial, le conseil d'administration a plutôt blâmé le gouvernement. Le président et le vice-président du conseil d'administration ont ensuite pris le rôle de gestion et participé aux réunions avec l'équipe de la haute direction de la région centrale de Santé Ontario, durant lesquelles, semble-t-il, ils ont réclamé avec force un financement accru sans faire preuve de diplomatie ni démontrer la connaissance des processus du ministère. L'équipe d'enquête a réitéré que le ministère de la Santé et Santé Ontario avaient demandé l'enquête comme attestant leur soutien indéfectible envers le SMH, et indiqué d'emblée qu'il n'y avait aucune intention de fermer le SMH.

Le conseil d'administration et le comité des finances, de vérification et des biens immobiliers avaient comme idée fixe que l'octroi de nouveau financement constituait la seule approche permettant d'atteindre un budget équilibré. Au moment de la rédaction de ce rapport, le conseil d'administration n'avait pas demandé à la direction un budget de fonctionnement pour l'exercice 2024-2025. La réunion du comité prévue en février, qui devait comprendre la présentation du budget, a été annulée. Une autre réunion au cours de laquelle, selon la compréhension de l'équipe d'enquête, le budget devait être présenté, a également été annulée. La présentation du budget est prévue le 5 juin, et l'on s'attend à une annonce formelle de financement à ce moment. Cependant, la direction et le conseil d'administration reconnaissent qu'il est peu probable que le financement annoncé suffise pour couvrir le déficit prévu actuel.

Lors de sa présentation d'un budget préliminaire le 27 mars 2024, on n'a pas demandé à la direction de présenter des idées visant l'efficacité ou la génération de recettes. Le budget préliminaire présenté au conseil d'administration ne comportait que de nouvelles dépenses, malgré la présence de certaines économies et mesures d'efficacité faisant partie du plan.

Le conseil d'administration et le comité des finances, de vérification et des biens immobiliers ont effectué une piètre surveillance du rendement financier de l'hôpital par rapport au budget. La déclaration de la direction d'après laquelle « les

naissances avaient augmenté de façon exponentielle » n'a pas été contestée, et aucune donnée n'a été demandée ou fournie pour confirmer cette déclaration. De plus, on a déclaré à diverses reprises un nombre exagéré de visites au service des urgences. Le conseil d'administration du SMH a été induit à tort à mettre le blâme sur les difficultés financières, et il a perdu son jugement critique concernant la capacité de l'organisation à fonctionner.

Bien qu'il existe certains éléments de preuve indiquant que le rendement du directeur général a été examiné par le comité exécutif, rien ne permet d'affirmer que l'ancien médecin-chef a, sur une période de huit ans, documenté les examens annuels sur le rendement. Il n'y a pas d'établissement des objectifs annuels. Au cours du printemps 2023, la diminution du nombre de thérapeutes respiratoires a causé des frictions entre le directeur général et le médecin-chef. Bien que le président du conseil d'administration ait rencontré le directeur général et le médecin-chef séparément, conscient des frictions existant dans leur relation de travail, il n'a pas rencontré ces dirigeants conjointement pour tenter de régler leurs différends. Peu après le début du conflit, le médecin-chef a remis sa démission et mis fin à son contrat de trois ans dix-neuf mois après être entré en fonction.

Bien que le président du conseil d'administration estime que l'on s'attendait que les fonctions du médecin-chef incluent des services cliniques à l'hôpital, il a déclaré que le conseil n'était pas au courant que les anciens médecins-chefs (2016-2021 et 2023-2024) ne fournissaient *pas* de services cliniques au SMH.

- Le contrat de médecin-chef stipule que les privilèges du personnel actif sont maintenus.
- Les règles et les règlements doivent être mis à jour. Ils ne précisent pas qu'un médecin doit fournir des services cliniques pour maintenir les privilèges du personnel actif.

Lorsqu'on a demandé au président de quelle manière le conseil d'administration pouvait savoir que les soins fournis par le personnel professionnel sont de haute qualité, sa compréhension était que le rendement indiqué dans le plan d'amélioration de la qualité (PAQ) constituait un indicateur de la qualité des soins médicaux.

Une gouvernance efficace doit être distincte de la direction. Il est important de s'assurer que le rôle du directeur général, le rôle de la direction ainsi que le rôle du conseil d'administration sont définis le plus clairement possible. S'il est vrai que le conseil d'administration doit s'appuyer sur les déclarations de la direction, il doit également exercer son jugement critique et demander des renseignements soutenant ces déclarations si elles semblent illogiques. Cette approche n'a été observée dans aucune des réunions du conseil d'administration ou de ses comités.

Processus du conseil d'administration

Au SMH, il existe différents degrés de participation, selon que le participant est un membre votant ou non. Les réunions ont été convoquées uniquement pour les membres votants du conseil d'administration du SMH, ce qui constitue une infraction à la *Loi sur les hôpitaux publics*. Cette loi a pourvu à plusieurs postes d'office pour les conseils d'administration (président-directeur général, médecin-chef, chef de direction des soins infirmiers et président de l'association du personnel professionnel [médical]) afin de veiller à ce que la prise de décision soit indépendante et éclairée de manière appropriée. En règle générale, les administrateurs d'office ont les mêmes obligations et sont tenus aux mêmes devoirs que les administrateurs élus. Il peut arriver au SMH que le personnel supérieur soit invité aux réunions à l'exclusion des membres non votants. La composition des participants étant différente à cette réunion, les membres votants (actuellement 11) fonctionnent différemment des membres sans droit de vote (7). Ainsi, il existe parfois un système d'administrateurs à deux paliers, ce qui constitue une infraction à la *Loi sur les hôpitaux publics*.

En général, les réunions observées étaient menées de façon très informelle et la discipline de base faisait défaut.

- Malgré l'existence d'un calendrier annuel des réunions des comités du conseil d'administration, sur la recommandation de la direction, la réunion du comité des finances, de vérification et des biens immobiliers a été annulée en février. Une autre réunion de ce comité était prévue en avril, mais elle a une fois de plus été annulée. En outre, des réunions du comité exécutif ont été annulées, des réunions du comité de gouvernance ont été annulées et reportées, et l'on trouve deux cas où les réunions du comité de planification des immobilisations ont

été annulées et reportées. L'incidence de ces changements de dernière minute sur la participation ou le quorum n'est pas claire.

- Le directeur général des finances et de l'information fait partie des membres non votants du conseil d'administration, ce qui représente une inclusion de membre unique.
- Le personnel supérieur et les administrateurs ont droit de vote au sein des comités du conseil d'administration (c.-à-d. le comité de réaménagement des immobilisations), et bien qu'il s'agisse d'un sous-comité du conseil, deux membres du personnel ont présenté et appuyé des motions.
- L'évaluation de l'efficacité du conseil d'administration s'est limitée aux membres votants, et il semble qu'elle ait été menée aux seules fins de satisfaire aux exigences de la prochaine visite d'agrément.
- Les présidents des comités du conseil d'administration doivent présenter des mises à jour sur les activités découlant du travail des comités, mais ils semblaient mal renseignés et n'étaient pas en mesure de répondre en connaissance de cause.
- Certains documents sont reçus d'avance tandis que d'autres sont fournis le jour de la réunion. À l'occasion, seules des mises à jour verbales sont fournies lors de la réunion du conseil d'administration, et certaines nécessitent qu'une décision soit prise par le conseil d'administration. On n'accorde pas de temps aux administrateurs pour examiner les documents et réfléchir afin de s'assurer qu'ils peuvent s'acquitter efficacement de leurs responsabilités.
- Les documents ne sont pas présentés dans un format standard. Les rapports n'avaient souvent pas d'objectif clair, ils n'étaient pas fondés sur la stratégie globale de l'organisation et ils étaient souvent de nature très fonctionnelle.
- Malgré les nouveaux règlements du SMH, approuvés en juin 2023 et établissant l'obligation de mettre en place un comité budgétaire consultatif, selon le directeur général, ce comité n'a pas tenu de réunion.
- Lors d'une réunion du conseil, les trois personnes suivantes étaient absentes : le président, le médecin-chef et le président de l'association du personnel professionnel. Le président a ouvert la réunion sans reconnaître ou expliquer au conseil la raison des absences. Il a omis de présenter les rapports du président et du médecin-chef et a poursuivi avec l'ordre du jour, y compris l'examen et la motion à l'unanimité d'un rapport d'accréditation du comité médical consultatif.

Culture du comité d'administration

C'est la direction qui donne le ton de la culture du comité d'administration. La culture du conseil d'administration du SMH n'est pas inclusive ni transparente, et elle se propage dans l'organisation. Par exemple, la communication du président du conseil d'administration concernant le départ à la retraite du directeur général manquait de transparence lorsqu'il a indiqué que le conseil procéderait « immédiatement » au recrutement d'un nouveau directeur général pour diriger l'organisation lors du réaménagement des immobilisations. Le président du conseil d'administration a maintenu ces propos bien que Santé Ontario lui ait demandé de ne pas recruter un directeur général permanent jusqu'à ce que le rapport d'enquête soit terminé et que l'enquêtrice ait suggéré que le mot « immédiatement » soit retiré. Puis, dans sa communication suivante adressée à l'organisation, il a introduit la directrice générale intérimaire pour une période de six mois, ce dernier message contredisant le précédent. Les gens de l'hôpital et de la collectivité ont remis en question ces messages contradictoires et le manque de transparence. Au moment de l'enquête, le personnel et les médecins ne comprenaient pas les difficultés auxquelles le SMH était confronté. Même lorsqu'il a eu l'occasion de démontrer plus de transparence envers l'organisation dans une note de service adressée à tout le personnel, y compris le personnel professionnel, le conseil d'administration a choisi de ne pas le faire. La transparence du conseil d'administration est variable; sa seule politique est l'honnêteté. La transparence suppose des processus ouverts et la divulgation publique, ce qui démontre une véritable responsabilisation.

Un exemple démontrant que le conseil d'administration est sur la défensive est le cas où un membre de l'équipe d'enquête approfondissait une question lors d'une réunion du conseil. Le président du comité est alors rapidement intervenu et a mis fin à la discussion. Les membres de l'équipe d'enquête présents ont trouvé ce comportement défensif, ce qui ne démontrait pas la volonté du conseil de mieux comprendre son rôle.

Les sociétés qui reçoivent des fonds publics ou de nature philanthropique doivent s'efforcer d'adhérer aux principes de transparence et responsabilisation. Les conseils d'administration des hôpitaux peuvent perdre de vue leur devoir de rendre des comptes et leurs responsabilités. En considérant les lacunes dans le rendement du conseil d'administration sur le plan des connaissances, de la culture et des processus, il est évident que celui-ci ne comprend pas son rôle de gouvernance et ses responsabilités. Par conséquent, l'équipe d'enquête est d'avis que le conseil d'administration du SMH doit être remplacé par un superviseur pour diriger un processus d'intégration ou un partenariat stratégique dirigé avec comme partenaire un hôpital bien établi pour assurer la réussite future du SMH.

8. Direction et supervision

Recommandations connexes :

- **En se basant sur le fonctionnement historique du SMH, notamment trois rapports précédents recommandant une intégration à divers degrés, le superviseur devrait envisager un mandat visant à intégrer ou diriger un partenariat stratégique avec un hôpital plus grand et plus complexe pour garantir une solution stable à long terme qui répond aux besoins de la collectivité en pleine croissance, permettant ainsi une harmonisation avec l'équipe Santé Ontario (ESO).**
- **Le superviseur devrait assurer l'élaboration d'un plan d'amélioration du moral et de la culture à l'échelle de l'organisation, avec une contribution significative des employés et du personnel qualifié.**
- **Le superviseur devrait examiner l'équipe de la haute direction et la structure organisationnelle, et offrir des occasions de formation en leadership à tous les dirigeants de l'administration et des soins cliniques.**

Conseil consultatif des patients et des familles

Il est crucial de recueillir les suggestions des patients et des familles, ainsi que de comprendre leurs besoins et leurs préoccupations, si un hôpital souhaite fournir des soins qui font passer les patients et les familles au premier plan. Le conseil consultatif des patients et des familles du SMH semble être très engagé envers la réussite de cet hôpital. Les discussions observées ont été très constructives. Toutefois, au lieu d'avoir un coprésident bénévole du conseil consultatif des patients et des familles, on a fait remarquer que la direction du SMH présidait le conseil par l'intermédiaire d'un coprésident choisi par les employés. La plupart des discussions observées consistaient à échanger des renseignements et dans certains cas, les dirigeants présents n'ont pas été en mesure de répondre efficacement aux questions du conseil consultatif des patients et des familles. Le conseil consultatif des patients et des familles du SMH est davantage un organe d'approbation qu'un organe de validation, et on a fait remarquer que le conseil consultatif des patients et des familles approuvait bien certaines politiques. Il existe une possibilité de renforcer le rôle du CCPF en lui confiant la responsabilité de diriger une initiative.

Relations avec le gouvernement

Bien que les vice-présidents du SMH aient de bonnes relations avec la Région du Centre de Santé Ontario, ces relations sont de nature transactionnelle. Pour l'équipe d'enquête, il est évident que la direction du SMH ne comprend pas le contexte de la prise de décision de Santé Ontario et les modèles de financement à sa disposition. Les possibilités d'obtenir de nouveaux financements – et de conserver les financements qui avaient été octroyés – ont été perdues.

L'ancien directeur général avait de très mauvaises relations avec la haute direction de la Région du Centre de Santé Ontario, et de ce fait, avait entamé des discussions directement avec le ministère de la Santé, détériorant encore davantage les relations avec Santé Ontario. Les relations avec le ministère de la Santé se sont également détériorées, car le directeur général était incapable de vanter les mérites du SMH, et donc d'obtenir de manière efficace et respectueuse de nouveaux financements et de nouveaux programmes.

Bien qu'il ait été informé à de nombreuses reprises par le ministère de la Santé que, d'après les données et les éléments probants, la masse critique de services était trop faible, de 2019 à 2023, le SMH a continué à défendre vigoureusement ses intérêts auprès du ministère de la Santé pour devenir sa propre ESO. Finalement, en 2024, le SMH a rejoint l'ESO de Northern York South Simcoe. Il s'agit d'un autre exemple de la détérioration des relations avec le ministère de la Santé. En effet, le directeur général aurait, à plusieurs reprises, adopté une attitude trop vigoureuse dans sa défense des intérêts.

Prise de décision opérationnelle

On a constaté un manque de compréhension de la prise de décision opérationnelle parmi les médecins responsables, bien que le médecin-chef soit membre du comité de gestion administrative. Même si la description du poste de médecin-chef mentionne la responsabilité financière, peu d'éléments probants font état du fait que les anciens médecins-chefs ont été en mesure d'inciter efficacement les autres médecins responsables à s'acquitter de cette responsabilité. S'il y a bien une responsabilité envers le conseil d'administration, les interactions avec celui-ci en dehors de l'autorisation d'exercice sont limitées.

L'hôpital n'utilise pas de structure dyadique pour la prise de décision et les relations avec les responsables des soins infirmiers sont limitées. Les médecins n'interagissent pas régulièrement avec les directeurs du programme administratif dans la planification et la surveillance du programme. Les médecins responsables notent que « les décisions opérationnelles sont prises par les autres ». Les chefs de service seraient favorables à un rôle élargi dans la participation à la planification et la prise de décision opérationnelles. Les médecins responsables possèdent des compétences cliniques uniques qui peuvent être mises à profit pour élaborer des solutions. Certains dirigeants ont dû intervenir lorsque des suppressions de soins ont été décidées sans consultation. À titre d'exemple, le chef du service de chirurgie a été informé de la suppression des ligatures de l'offre de soins du service de chirurgie *après* que la décision a été prise. Il a dû intervenir pour veiller à ce que les ligatures soient rétablies pour les patients qui en ont besoin pour leurs soins. Ce soutien d'un médecin responsable aurait pu être fourni s'il y avait eu une mobilisation ou participation appropriée du chef de service. Il aurait pu examiner, avec l'équipe du service de chirurgie, les domaines dans lesquels des économies étaient possibles en réduisant l'utilisation des ligatures.

Peu de mesures sont mises en place pour le mentorat, l'intégration et l'orientation des chefs de service. À titre d'exemple, l'un des nouveaux chefs de service a dû gérer un problème de rendement nécessitant de faire appel à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Il a communiqué de façon indépendante avec l'équipe chargée de la qualité et des risques de cet organisme pour savoir si elle pouvait examiner des dossiers de patients en ce qui a trait à la qualité des soins. Un médecin responsable fournissant un mentorat aurait veillé à ce que l'examen du dossier du patient soit un élément important du rôle du nouveau chef de service. En outre, le chef de service a élaboré de façon indépendante un plan d'atténuation des risques pour les membres de son service.

Un médecin responsable a exprimé sa déception quant au fait que l'ancien médecin-chef (de 2016 à 2021 et de 2023 à 2024) n'ait pas été en mesure de nouer des liens plus étroits avec le SRHC malgré son affiliation à cet hôpital.

Mener des changements

Les soins de santé évoluent constamment et les organisations qui réussissent sont celles qui acceptent cet environnement évolutif, s'y adaptent et, en fait, s'efforcent de l'anticiper. L'équipe d'enquête a recueilli peu d'éléments probants lui permettant de conclure que la direction du SMH planifiait stratégiquement un changement proactif ou souhaitait un tel changement. Rien n'indique que la direction du SMH utilise des cadres structurés de gestion des changements (comme

ADKAR®, Prosci®, etc.) dans la mise en œuvre des changements. Cela peut entraîner un manque de transparence, de la confusion et une pensée cloisonnée.

Les membres du comité de gestion administrative sont découragés et fatigués, et leur attitude résignée se fait sentir dans tous les services de l'hôpital. Le conseil d'administration et le comité de gestion administrative ont tendance à rejeter la responsabilité de la situation financière actuelle sur les autres, notamment leurs bailleurs de fonds. De plus, en raison de la crainte d'un roulement élevé et d'autres signes de mécontentement exprimés par le personnel professionnel, le comité de gestion administrative hésite à prendre des décisions difficiles ou à fixer des attentes en matière de rendement et de code de conduite.

En dépit des efforts insistants pour obtenir des financements supplémentaires, les analyses de rentabilité que le SMH a soumises étaient très rudimentaires et non exhaustives, et ne disposaient pas de modèle professionnel cohérent, d'éléments probants solides et de demandes financières réalistes. Malgré leur disponibilité, le comité de gestion administrative a peu utilisé de données et d'éléments probants pour étayer ses demandes. La qualité des données communiquées au ministère de la Santé est également médiocre, ce qui a conduit le ministère de la Santé et Santé Ontario à prendre des décisions sur l'organisation en se basant sur des hypothèses.

Le financement ponctuel octroyé au SMH a été traité comme un financement de base permanent, ce qui a conduit à des décisions extrêmement difficiles à annuler pour l'organisation. Bien que les décisions prises sur la base du financement ponctuel aient amélioré la qualité clinique des soins (p. ex., introduction de thérapeutes respiratoires, agents de la sécurité supplémentaires, etc.), aucune stratégie de sortie n'a été envisagée en cas d'arrêt du financement, ce qui s'est produit.

Les médecins interrogés par l'équipe d'enquête ont, dans l'ensemble, exprimé de la fierté à accomplir leur travail et un certain niveau de satisfaction quant à leur capacité à exercer dans un petit hôpital, en raison de l'ambiance familiale qui y règne. Dans le même temps, les médecins interrogés ont également exprimé de la frustration au sujet de la manière dont certaines décisions administratives ont été prises, qui ont eu des conséquences directes sur leur capacité à exercer leur profession en toute sécurité.

L'exemple le plus souvent cité est l'introduction, la suppression et la réintroduction partielle des thérapeutes respiratoires. La suppression des thérapeutes respiratoires et leur réintroduction ultérieure dans un court délai coïncident avec le moment où les dirigeants ont « perdu le contrôle du navire ». Les thérapeutes respiratoires étaient considérés comme un élément positif par de nombreux cliniciens, car ils « changeaient la donne » en matière de qualité des soins. Leurs services ont contribué à des pratiques de travail et à des pratiques de prestation de soins plus sécuritaires, à une meilleure gestion des patients respiratoires nécessitant une ventilation effractive et une ventilation non effractive, ainsi qu'à un support ventilatoire pour le service des urgences. Lorsque les services assurés par les thérapeutes respiratoires ont été réduits, le personnel professionnel a écrit une lettre au conseil d'administration pour lui faire part de ses préoccupations. Certains employés ont commencé à prendre des congés de maladie, les réaffectations ont augmenté et la capacité à fournir des services est devenue moins prévisible et moins sûre. Cela a également été l'un des facteurs de la démission de l'ancien médecin-chef (en poste de décembre 2021 à juillet 2023) 17 mois avant la fin de son contrat.

En outre, les médecins ont exprimé de la frustration au sujet du manque de consultation dans la prise de décision relative à l'unité des cas de gravité élevée, notamment les achats d'équipement et le modèle de dotation en personnel médical. L'échec à concevoir un modèle durable de médecin le plus responsable (MPR) pour cette unité a contribué à sa fermeture.

Par ailleurs, l'absence d'un cadre dyadique a permis aux médecins du service des urgences de prendre la décision unilatérale de modifier la pratique consistant à voir des patients selon le principe du premier entré, premier sorti, ce qui a eu une incidence importante sur le flux opérationnel et, de ce fait, sur la rémunération au rendement.

Ces exemples illustrent de nombreuses défaillances, notamment le manque de mobilisation appropriée des intervenants et une mauvaise planification financière. Ils soulignent également une lacune dans le modèle de leadership. De nombreux hôpitaux en Ontario ont adopté un modèle de leadership opérationnel reposant sur la dyade administration/médecins, afin de permettre une collaboration en matière de prise de décisions dans l'intérêt supérieur du patient. En l'absence de

dyades, les médecins bien intentionnés prennent des décisions de manière isolée de l'administration, et vice-versa, ce qui conduit à de mauvaises décisions et à des risques accrus. De plus, les médecins responsables, comme les chefs de service, disposent de peu de modèles de rôle ou de possibilités de s'instruire, ce qui ne fait que perpétuer le déficit de leadership.

Culture

D'après plusieurs entrevues et le sondage anonyme interne, la culture au sein du SMH pourrait être décrite comme une culture de la peur et de la méfiance. Cette culture toxique a eu les répercussions suivantes : un roulement élevé aux postes de direction, un manque de communication ouverte et transparente, ainsi qu'un niveau élevé d'incertitude au sujet de l'avenir du SMH, ce qui crée de nombreux doutes et un sentiment d'impuissance.

On a également observé un manque de discipline, parmi les membres de la haute direction, dans le respect des politiques et processus existants du SMH en ce qui concerne les enquêtes sur les violations alléguées du Code de conduite et la gestion de ces violations. Comme mentionné précédemment, plusieurs membres du personnel d'imagerie diagnostique ont indiqué qu'il existait des préoccupations de longue date au sujet de la conduite d'un membre de l'équipe et que plusieurs signalements avaient été faits à la direction à ce sujet. Le processus d'enquête sur cette allégation grave et de gestion de cette allégation n'a pas été suivi et ce problème a eu des répercussions importantes sur le moral et le fonctionnement de l'équipe. (Remarque : Au moment de la rédaction du présent rapport, un tiers avait été engagé pour collaborer avec l'équipe d'imagerie diagnostique et un tiers indépendant a été engagé pour enquêter sur les allégations.)

Au cours de l'enquête, plusieurs allégations ont été faites selon lesquelles des employés faisaient l'objet d'une enquête par le service des ressources humaines pour avoir fait part de préoccupations à l'équipe d'enquête au sujet d'une situation qu'ils considéraient comme un incident clinique grave. On a demandé à la direction du SMH de s'abstenir d'effectuer des actions de représailles à l'encontre des employés qui faisaient part de problèmes au sein du service. Cela reflète l'absence d'une « culture d'équité » et d'une sécurité psychologique au SMH.

Compte tenu de la situation actuelle, de nombreux employés et membres du personnel professionnel ont indiqué qu'ils considéraient l'enquête comme nécessaire et souhaitaient du changement, mais qu'ils restaient prudents, car les précédentes enquêtes n'avaient entraîné que peu de changements.

Résultat du sondage auprès des employés et du personnel professionnel

Les employés et le personnel professionnel du SMH ont reçu un sondage anonyme, et plus de 100 personnes y ont répondu ([voir l'annexe D](#)). Les réponses de l'équipe ont été regroupées par thème en fonction de la question. Les membres de l'équipe ont indiqué que les points forts du SMH étaient le travail d'équipe et l'esprit communautaire. La déclaration suivante provient des commentaires figurant dans le sondage : « Les employés sont comme une famille, ils travaillent ensemble pour fournir les meilleurs soins avec des ressources limitées. »

En ce qui concerne les difficultés rencontrées par le SMH, les répondants ont indiqué que les sujets de préoccupation étaient le manque de leadership efficace, les pénuries de personnel et le manque de financement. Voici l'une des déclarations faites dans le sondage : « J'ai l'impression que nous sommes actuellement confrontés à un manque de communication, de leadership et de ressources. » Les sentiments au sujet de la culture du SMH étaient partagés. Les mots utilisés pour la décrire allaient de « amicale et attentionnée » à « stressante et toxique ».

En ce qui concerne les possibilités d'amélioration du SMH, les thèmes revenant le plus souvent étaient les suivants :

- changer d'équipe de direction
- réaménager l'hôpital
- augmenter le personnel
- augmenter le financement

Ces thèmes se reflètent dans le commentaire d'un employé, qui indique ce qui suit : « Restructuration complète de la

gestion pour améliorer la collaboration, rétablir la confiance et le respect, et assurer une affectation appropriée des ressources pour appuyer les programmes relatifs aux soins des patients et au personnel. » Les membres de l'équipe du SMH estiment qu'ils sont une équipe travaillant fort, qui fait de son mieux avec les ressources dont elle dispose.

En effet, l'équipe d'enquête a pu constater que ce sont des professionnels des soins de santé qui sont dévoués et qualifiés, au service de leurs patients. La plupart des membres de l'équipe ont été très accueillants et ont indiqué qu'ils avaient hâte que les changements recommandés soient mis en œuvre afin de favoriser un milieu de travail positif et de leur permettre de fournir des soins de qualité au SMH.

Haute direction

La haute direction du SMH manque d'expérience en **matière de direction**. Même si le directeur général qui a récemment pris sa retraite occupait son poste depuis dix ans, il a été recruté à ce poste par un ancien chef de la direction du SRHC alors qu'il occupait un poste de directeur au sein de cet organisme. Le président-directeur général du SMH ne possédait pas d'expérience à des postes de haute direction avant d'être nommé à ce poste. De plus, malgré plusieurs contrats de gestion avec le SRHC, il n'a jamais participé aux réunions de l'équipe de haute direction de cet organisme. Le chef de direction des soins infirmiers, qui a rejoint le SMH il y a deux ans, ne possédait pas non plus d'expérience en matière de haute direction avant son arrivée au SMH, et il manque de charisme au sein de l'équipe de direction. Le directeur général des finances et de l'information n'est pas un comptable professionnel agréé et semble être indifférent aux discussions qui vont au-delà des finances.

Direction médicale

On a constaté une certaine instabilité au sein de la haute direction médicale du SMH ces dernières années ([voir l'annexe K pour consulter la liste des membres de la direction du personnel professionnel](#) et [l'annexe L pour consulter la liste des membres du service](#)). En particulier, il y a eu quatre médecins-chefs en environ deux ans. Le médecin-chef intérimaire actuel est en poste depuis le 1^{er} avril 2024, le temps que la recherche d'un médecin-chef permanent se termine. Le médecin-chef s'est montré très disponible et ouvert.

Un ancien médecin-chef a assuré l'intérim du 1^{er} août 2023 au 31 mars 2024 (mettant fin à son contrat d'un an cinq mois avant son terme). Ce médecin-chef avait déjà occupé ce poste de décembre 2016 à décembre 2021. Il ne possédait pas de pratique clinique au sein du SMH. Ce médecin-chef a réussi à améliorer considérablement les processus du comité médical consultatif et a mis en œuvre des réunions de service régulières. Il a également assuré un leadership efficace pendant la pandémie de COVID-19.

Il fait remarquer qu'au sein du SMH, l'utilisation d'indicateurs et de données pour évaluer et orienter la qualité des soins médicaux est très limitée. Sans pratique clinique au sein du SMH, il note qu'il avait une visibilité limitée de la pratique clinique parmi le personnel professionnel, ainsi que de sa qualité et de son utilisation.

Un nouveau médecin-chef a été nommé en décembre 2021 pour un mandat de trois ans, mais il a démissionné en juillet 2023 pour diverses raisons. Ce médecin-chef a introduit des cycles de réunions interservices et des crédits pour la formation médicale continue (FMC), renforcé la structure et le processus relatifs aux réunions avec l'association du personnel professionnel, amélioré le financement pour le Programme de permanence des services de garde (PPSG), accru les efforts en matière de mieux-être des médecins, augmenté le rythme des réunions régulières de service et fixé des attentes plus élevées pour chaque service.

Les principaux problèmes professionnels rencontrés par ce médecin-chef (en poste de décembre 2021 à juillet 2023) étaient les suivants :

- des besoins continus en matière de services de garde en obstétrique à la suite de la perte d'un obstétricien;

- la perte du service de thérapie respiratoire 24 h sur 24, 7 j sur 7, et le risque que cela engendré pour les soins des patients. Ce médecin-chef a joué un rôle majeur dans la mise en œuvre de ce modèle de service de thérapie respiratoire 24 h sur 24, 7 j sur 7, au sein du SMH;
- le stress permanent associé à la dotation en personnel du service de médecine en milieu hospitalier;
- les difficultés liées aux relations avec le directeur général.

En outre, il est important de noter que ce site hospitalier de 32 lits compte 8 chefs de service et 3 responsables, et qu'à l'exception de trois de ces dirigeants du personnel professionnel, la plupart des chefs de service ont été nommés récemment. Il convient également de noter que ces postes de direction sont à temps partiel. En dehors d'un mentorat informel que chaque responsable choisit de demander, les dirigeants des soins médicaux ont un accès limité à la formation en leadership et au perfectionnement, ou un besoin limité en la matière.

L'annexe L répertorie les médecins qualifiés des services professionnels par catégorie. Il est important de noter qu'au SMH, environ 50 % des médecins qualifiés sont des médecins suppléants, tandis que près de 25 % sont des membres actifs du personnel professionnel. Il s'agit d'une proportion inhabituellement élevée de médecins suppléants parmi le personnel professionnel. Bien qu'il y ait plusieurs raisons à cela, le recours disproportionné aux médecins suppléants témoigne des difficultés auxquelles fait face le SMH pour recruter des médecins permanents. Il convient également de noter que le service en milieu hospitalier, en particulier, rencontre des difficultés à recruter et à maintenir en poste des médecins permanents. Cela a créé un risque d'interruption de service pour les soins fournis aux malades hospitalisés.

Gestion du rendement des médecins

On note que des stratégies efficaces de gestion du rendement et d'amélioration du rendement ont été mises en œuvre pour résoudre certains problèmes de rendement de médecins. Toutefois, il semble y avoir certaines difficultés à gérer les comportements perturbateurs, et aucune politique de sanctions disciplinaires progressives n'a été constatée pour remédier aux problèmes répétés. Aucune philosophie de « culture d'équité » n'a été instaurée.

On a noté, parfois, une certaine réticence à prendre des mesures claires concernant plusieurs médecins en raison de préoccupations liées à la pénurie de médecins. Cela a eu une incidence sur le moral de l'équipe.

Gestion des risques

Le SMH participe aux programmes Risk Assessment Checklist (RAC) et Integrated Risk Management (IRM) de Health Insurance Reciprocal of Canada (HIROC). Les RAC sont communiquées au comité de gestion administrative et au conseil d'administration, mais leur niveau de mobilisation afin de remplir ces listes de vérification est assez flou. De la même manière, les approches d'IRM sont élaborées avec le comité de gestion administrative et lui sont communiquées. Ensuite, le président du comité sur l'assurance de la qualité du conseil d'administration communique les approches d'IRM au conseil d'administration. Cependant, on note que les répondants ont répondu « non » à la question de savoir si le document est un cadre de HIROC, ce qui dénote un manque de compréhension. Les discussions avec le directeur principal des infrastructures et du réaménagement ont indiqué que ses deux plus grandes préoccupations en matière de risques étaient liées à l'âge de la génératrice et à un possible déraillement d'un train local. Rien n'indique que ces risques ont été identifiés sur la RAC ou dans l'approche d'IRM.

Les entrevues avec les employés et le personnel professionnel, ainsi que les résultats du sondage auprès de l'équipe du SMH, ont démontré un manque général de connaissance du processus de mise en évidence des risques, de la manière de signaler les incidents dans le système de gestion des incidents du SMH, ou encore de la manière d'identifier autrement les risques dans l'esprit d'une « culture d'équité ». Bien que certains commentaires indiquent que les risques sont portés à l'attention du responsable de la qualité et de la gestion des risques, le sentiment général est que les préoccupations ne sont pas prises en compte. Lors de discussions avec des sages-femmes, on a indiqué qu'en octobre et en novembre 2023, huit incidents ont été signalés par les sages-femmes et aucune réponse n'a été donnée par la direction. Rien n'indique

que les modèles de risques d'incidence et de probabilité, les modèles d'identification des dangers et d'évaluation des risques ou les analyses de risques et de menaces sont utilisés.

Les renseignements fournis par HIROC indiquent un total de deux réclamations en cours (provenant toutes les deux du service des urgences) et deux réclamations potentielles (une provenant du service d'obstétrique et une du service de médecine/chirurgie). Il ne semble pas y avoir de signalement proactif de réclamations potentielles à HIROC. Deux événements, qui ont été portés à l'attention de l'équipe d'enquête lors de l'examen, étaient susceptibles de faire l'objet d'un litige, mais n'ont pas été signalés à HIROC.

Lorsque le directeur intérimaire de l'assurance de la qualité, de la gestion des risques et de l'expérience des patients a été interrogé au sujet de l'une des allégations, il a répondu que la plainte était « vexatoire ». Dans un autre exemple, des employés interrogés ont exprimé une grande inquiétude quant au fait que l'équipement impliqué dans les incidents n'avait jamais été retiré et évalué, et que la technique des membres de l'équipe n'avait jamais été observée pour empêcher que de tels incidents se reproduisent. HIROC encourage (et les pratiques exemplaires recommandent) le signalement des cas potentiels pour faire en sorte que les processus appropriés soient suivis afin de réduire au minimum le nombre de réclamations et de retenir des leçons de ces expériences.

Il existe également un processus précisant la manière dont le SMH reçoit une déclaration de réclamation et signale un litige en cours ou potentiel (dossier de risque) à HIROC. Cependant, rien n'indique que les dossiers de risque et les dossiers juridiques en cours et potentiels sont signalés systématiquement au comité de gestion administrative, au comité médical consultatif, selon le cas, ou au conseil d'administration.

L'avocat est consulté de façon appropriée lorsque des questions médico-légales délicates concernent le personnel professionnel et qu'on fait appel à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM).

Législation

Il ne semble pas y avoir de compréhension adéquate de la législation par la direction et le conseil d'administration du SMH. Bien qu'il y ait un document d'attestation du conseil d'administration, celui-ci témoigne principalement de la conformité à la législation financière, comme la *Loi de l'impôt sur le revenu*, la *Loi sur le Régime de pensions du Canada*, ainsi que de la conformité à la législation en matière de ressources humaines, comme la *Loi sur les normes d'emploi* et la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*. Le document d'attestation du conseil d'administration ne fait pas mention de lois importantes comme la *Loi sur les hôpitaux publics*, la *Loi de 2010 sur la responsabilisation du secteur parapublic*, la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, la *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario*, etc.

Lorsque l'équipe d'enquête a posé des questions précises sur le signalement, on lui a répondu qu'il n'y avait aucun manquement au cours des cinq dernières années. Cependant, la correspondance du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée indique un manquement récent datant de septembre 2023 qui a entraîné le licenciement d'un membre du personnel et un signalement à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. En outre, des analyses des facteurs relatifs à la vie privée ne sont pas effectuées systématiquement pour les nouvelles initiatives.

Gestion des changements

Rien n'indique que la direction du SMH utilise des cadres structurés de gestion des changements (comme ADKAR®, Prosci®, etc.) dans la mise en œuvre des changements. Cela peut entraîner un manque de transparence, de la confusion et une pensée cloisonnée. On peut citer par exemple la mise en œuvre du modèle du premier entré, premier sorti au sein du service des urgences. Plusieurs répondants indiquent que ce modèle a été élaboré sans consulter certains membres clés de l'équipe clinique, sans se baser sur les données et sans avoir recours à une post-mise en œuvre du modèle « planifier-faire-étudier-agir ».

Un deuxième exemple de l'absence d'un modèle de gestion des changements peut être observé dans l'approvisionnement en respirateurs pour l'unité des cas de gravité élevée (USI de niveau II) du SMH. Les respirateurs ont été achetés sans consulter le service d'anesthésie ou le service de thérapie respiratoire. Cela a donné lieu à une situation dans laquelle

l'équipement est arrivé et l'organisation a dû acheter des équipements supplémentaires (générateurs d'air), car les respirateurs achetés nécessitaient de l'air et le SMH ne possédait pas de conduite d'air dans la zone où les respirateurs devaient être utilisés. Dans l'organigramme de gouvernance du projet, on note la présence d'un groupe de travail sur la mobilisation des médecins, appelé groupe de cliniciens, qui s'est réuni six fois en six mois en 2019. Il n'y a pas eu de discussions faisant l'objet de procès-verbaux au sujet des respirateurs ou d'autres équipements. Le chef du service d'anesthésie et le chef du service des urgences ont tous les deux été indiqués comme membres du comité, mais n'y ont jamais assisté. Les seuls médecins à avoir été mobilisés semblent être l'ancien médecin-chef (en poste de décembre 2016 à décembre 2021 et d'août 2023 à mars 2024), qui est intensiviste au SRHC, et un autre médecin. Les discussions menées au sein du groupe de cliniciens semblaient être uniquement axées sur le modèle de télésoins critiques virtuels, qui n'a pas été mis en œuvre, et les critères d'admission. Le manque de mobilisation générale des intervenants médicaux a également entraîné le fait que le service d'anesthésie n'était pas au courant de l'équipement et n'a donc pas soutenu l'assistance respiratoire au sein de l'unité des cas de gravité élevée.

Les médecins du service des urgences ont soutenu l'assistance respiratoire pour les patients. Lors d'une entrevue avec un thérapeute respiratoire, celui-ci a indiqué que les médecins du service des urgences n'étaient pas à l'aise à l'idée de rédiger des ordonnances relatives aux respirateurs, c'est pourquoi un ensemble d'ordonnances a été créé par l'équipe des thérapeutes respiratoires pour guider les médecins du service des urgences vers les ordonnances appropriées et permettre aux thérapeutes respiratoires d'ajuster le nombre de respirateurs pour les patients qui en ont besoin, selon leur jugement. Cette absence d'approche de gestion des changements a fait peser la responsabilité de l'assistance respiratoire sur les compétences de l'équipe des thérapeutes respiratoires avec un soutien limité du service d'anesthésie ou du service de médecine de soins intensifs. Ce manque de mobilisation des médecins a entraîné un manque de confiance des médecins pour admettre des patients à l'unité des cas de gravité élevée, ce qui a créé des obstacles à la réussite de l'unité.

Gestion de projet

Pour soutenir certaines des initiatives requises que le SMH doit entreprendre, notamment le futur projet de réaménagement, un cadre officiel de gestion de projet est nécessaire. La direction du SMH semble ne pas comprendre les principes et méthodologies du Project Management Institute (PMI), comme en témoignent un processus décisionnel incohérent, des échéances concurrentes et le manque de mobilisation des acteurs clés. On peut citer par exemple la mise en œuvre de l'unité des cas de gravité élevée. Il ne semble pas y avoir eu de charte de projet, de diagramme de Gantt, de plan de communication, etc. L'unité des cas de gravité élevée semble avoir été ouverte et fermée sans la moindre structure officielle.

Un autre exemple est la nécessité de convoquer des réunions ad hoc du comité de réaménagement, car les points abordés trop hâtivement nécessitent désormais que le comité du conseil d'administration s'y penche de plus près. Par exemple, une discussion récente sur l'auvent a donné lieu à une réunion précipitée et imprévue du comité, alors que la préoccupation du ministère de la Santé au sujet de l'auvent était connue depuis des mois.

Cadre éthique

Bien que le SMH collabore avec l'éthicien de Southlake, l'équipe d'enquête n'a trouvé aucun élément probant lui permettant de conclure que le SMH utilise des cadres éthiques officiels pour la prise de décision.

Développement du leadership

Les responsables cliniques travaillent très fort pour veiller au bon fonctionnement des programmes; ils travaillent souvent en première ligne et assurent des volumes extrêmement élevés de services de garde. L'équipe de direction passe son temps à « éteindre les incendies » et consacre donc peu de temps à la planification.

On observe une compréhension inhabituelle des rôles et des descriptions de poste des dirigeants au SMH. Au cours de plusieurs entrevues, des répondants ont indiqué que les responsables étaient des coordonnateurs d'unité et que les

administrateurs étaient des responsables. Les titres ont été modifiés, sans augmentation de salaire ni modification des descriptions de poste, afin que les dirigeants soient perçus comme étant de même niveau hiérarchique que d'autres dirigeants lors des réunions régionales de Santé Ontario sur la pandémie de COVID-19. Les dirigeants de première ligne ne semblent pas disposer de beaucoup d'autonomie dans leurs rôles respectifs. Dans la description du poste de responsable clinique du SMH, un responsable est censé :

- gérer les normes de pratique professionnelle au sein du service;
- gérer la dotation en personnel et les tâches quotidiennes;
- veiller au respect des politiques et procédures ainsi que des normes professionnelles de l'hôpital;
- assurer un leadership au sein de l'unité clinique en ce qui concerne les activités liées à l'assurance de la qualité et à la gestion des risques.

Le responsable a plusieurs responsabilités, mais n'a pas le pouvoir de les gérer. L'embauche, les mesures disciplinaires et le licenciement semblent avoir le statut « sur recommandation ». Même dans la description du poste de directeur, on ne sait pas si celui-ci a le pouvoir d'embaucher et de licencier, car la description indique que « le directeur participera, au besoin ». Les responsabilités liées à l'embauche et au licenciement semblent relever de la compétence du directeur des ressources humaines et du vice-président/chef de direction des soins infirmiers. Cela signifie que le responsable a seulement la possibilité de formuler des recommandations et n'a donc pas la possibilité de gérer les responsabilités énoncées dans la description du poste. Ce modèle de leadership est susceptible de jouer un rôle prépondérant dans le taux de roulement élevé au sein de la direction. Lors de discussions avec le responsable de la chirurgie et le chef du service de chirurgie, l'équipe d'enquête a eu l'impression que la planification clinique en matière de chirurgie était sous le contrôle du comité de gestion administrative.

Les connaissances budgétaires semblent être inexistantes parmi les chefs de service, les administrateurs et les responsables, bien que la responsabilité budgétaire soit mentionnée dans la description du poste d'administrateur. Les postes habituels de responsable et d'administrateur n'existent pas au SMH. Tous les pouvoirs cliniques, budgétaires et liés à la planification semblent relever la compétence du comité de gestion administrative.

Un autre responsable récemment promu a indiqué qu'il n'avait fait l'objet d'aucun passage de relais et qu'il n'avait reçu aucune orientation ou possibilité d'apprentissage lors sa prise de fonctions à son premier poste de direction. Comme on pouvait s'y attendre, il a rencontré des problèmes en ce qui concerne les aspects financiers et a indiqué n'avoir aucune responsabilité relative au budget de fonctionnement. La mauvaise communication est très frustrante pour un responsable, qui se dit avoir été « secoué » par les changements dans le processus décisionnel de la haute direction.

Les responsables et les chefs de service se sont vu confier la responsabilité de veiller au bon fonctionnement des programmes cliniques, mais n'ont pas reçu l'autonomie, les compétences, le cadre d'assurance de la qualité et le soutien nécessaires pour élaborer un plan clinique. Il n'existe aucun plan officiel de développement du leadership pour les responsables, les administrateurs et les chefs de service. Il ne semble pas y avoir non plus de temps consacré à la planification des programmes pour élaborer un plan d'activités annuel. La direction du SMH ne dispose pas de la structure, de l'orientation et des compétences nécessaires pour analyser de façon approfondie les défis importants et mettre au point un plan de rétablissement. Comme indiqué précédemment, il y a un roulement important au sein de la direction du SMH. Un employé de longue date a indiqué qu'il avait eu près de 20 responsables durant sa carrière dans cet hôpital.

Le comité de gestion administrative a un mode de fonctionnement guidé par les administrateurs, c'est-à-dire qu'il gère les budgets des programmes et les questions liées à la dotation en personnel, alors qu'il devrait se pencher de façon plus stratégique sur la durabilité de l'hôpital et l'établissement de relations avec les autres hôpitaux, Santé Ontario, le ministère et l'ESO.

Planification des ressources humaines en santé ([voir l'annexe M pour consulter l'organigramme du SMH](#))

Recommandation connexe :

- **Le superviseur devrait envisager l'élaboration d'un plan de services cliniques intégrés et d'une stratégie de ressources humaines en santé qui soit équitable et inclusive.**

Le SMH est dans un cycle réactif de planification des ressources humaines en santé. Il y a des pénuries de personnel dans tous les domaines de l'organisation (p. ex., médecins, personnel infirmier et thérapeutes respiratoires). Le licenciement de membres du personnel infirmier qui sont formés aux soins critiques, qui a découlé de la fermeture de l'unité des cas de gravité élevée, a empêché le SMH de bénéficier du programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers (GEDSI), qui fournit une aide aux nouveaux diplômés qui font un stage pendant un an avant d'obtenir un poste permanent. Cela limitera le nombre de nouveaux diplômés en soins infirmiers que le SMH sera en mesure de recruter, car d'autres organisations les auront déjà attirés grâce au programme GEDSI. En outre, le SMH recourt énormément aux employés occasionnels dans tous les domaines. Cela complique la tâche de créer des emplois du temps de référence, car ils dépendent de la disponibilité des employés. Le SMH aurait plutôt intérêt à élaborer des emplois du temps de référence et à embaucher des employés pour répondre aux besoins, au lieu d'essayer d'établir des emplois du temps en fonction de la disponibilité des personnes.

Étant donné que la priorité en matière de ressources humaines est de remédier aux pénuries quotidiennes, il ne semble pas y avoir de plans en place pour résoudre les problèmes prévisibles de ressources humaines en santé. Lors d'une entrevue avec un membre du programme de dialyse, celui-ci a indiqué que tous les employés actuels de l'unité de dialyse ont plus de 60 ans et sont susceptibles de prendre leur retraite à tout moment. Il est inquiet du fait qu'il ne semble pas y avoir de plan de relève. Il a indiqué qu'au cours d'une période de congés en 2023, deux membres du personnel infirmier ont dû travailler deux semaines d'affilée pour assurer un service continu de dialyse pendant cette période. Il s'agissait clairement d'un signal d'alerte pour la direction, mettant en évidence le fait que du personnel supplémentaire était nécessaire pour réaliser les dialyses, mais aucun affichage de postes supplémentaires n'a été effectué.

La stabilisation de l'effectif de médecins est nécessaire dans de nombreux domaines de l'organisation, notamment le service de chirurgie, le service d'obstétrique, le service d'anesthésie, le service de médecine en milieu hospitalier et le service de médecine interne. Les discussions menées avec les chefs de service font clairement ressortir le fait que le recrutement des médecins n'est pas structuré et appuyé par la planification clinique. Des analyses d'impact par programme ne sont pas effectuées de manière systématique pour élaborer la stratégie de recrutement du personnel professionnel. Rien n'indique qu'il existe un plan de recrutement basé sur les besoins des programmes en matière de sous-spécialités. L'un des chefs de service a indiqué que l'organisation doit déterminer son activité principale et recruter en conséquence. Cela nécessite une meilleure harmonisation avec les programmes.

Une intégration ou un partenariat stratégique dirigé avec un autre hôpital permettrait de disposer d'un effectif plus stable. Cela est particulièrement vrai dans les disciplines pour lesquelles les volumes locaux ne justifient pas la création d'une équipe permanente.

La néphrologie est l'exemple parfait d'un partenariat solide existant. Le programme rénal régional du RVH dispose de privilèges au SMH et appuie le service de dialyse. C'est une excellente chose pour les membres de la collectivité qui ont besoin d'une dialyse, car ils peuvent recevoir des soins à l'échelle locale, et lorsqu'un niveau de soins plus élevé est nécessaire, la continuité des soins est assurée à l'hôpital régional.

D'autres services bénéficieraient également de l'intégration, notamment ceux où le recrutement et le maintien en poste sont difficiles. Pour que cela réussisse, il faut un engagement fort du SMH et de l'hôpital partenaire prenant part à l'intégration, et cet engagement doit aller au-delà des ententes de services.

Des stratégies efficaces en matière de recrutement et de maintien en poste des médecins clés permettraient également de stabiliser l'effectif au sein de l'organisation. Cela donnera au personnel la confiance dont il a besoin pour se sentir adéquatement soutenu dans la fourniture de soins de haute qualité par le personnel professionnel approprié.

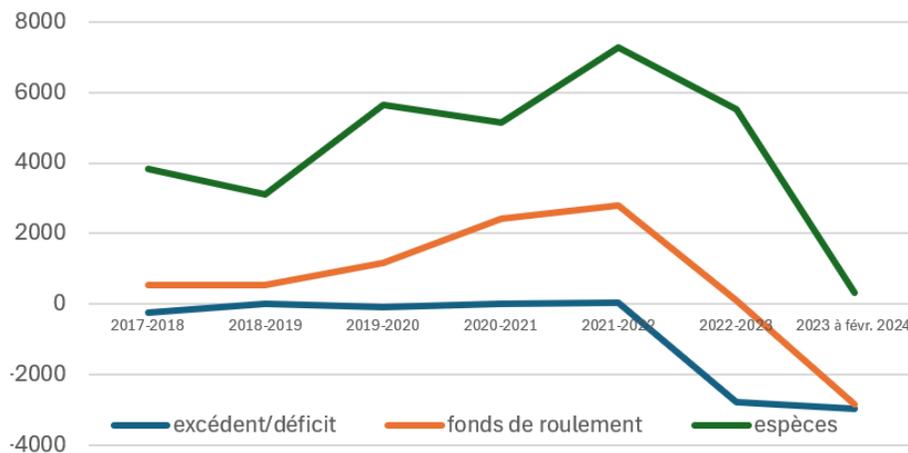
9. Rendement et capacités sur les plans opérationnel et financier

Recommandation connexe :

- **Le ministère de la Santé devrait augmenter le budget de base du SMH à 1,5 M\$ et lui octroyer un financement ponctuel de 1 M\$ pour l'exercice 2024-2025.**
- **Le superviseur devrait veiller à ce que l'hôpital entreprenne un plan de redressement pluriannuel complet et élabore une stratégie financière transparente et durable.**

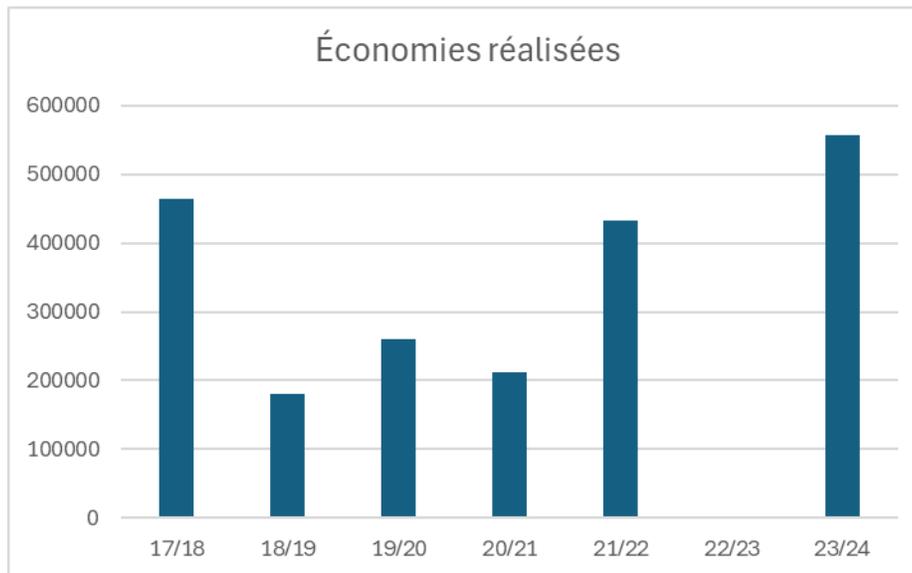
Récemment, le rendement financier du SMH a fortement baissé. Pour résumer, l'hôpital a équilibré les comptes (comme indiqué dans ses états financiers vérifiés) pendant plusieurs années avant de déclarer récemment des déficits importants.

Rendement financier du SMH



Remarque : Les données sur le cumul annuel en date de février 2024 ont été présentées depuis que le ministère de la Santé et Santé Ontario a fourni des « fonds pour les contraintes » de 3,5 millions de dollars en mars 2024, ce qui permis d'équilibrer les comptes pour l'exercice. Les résultats du cumul annuel en date de février mentionnent également un financement de 2,3 millions de dollars qui a été fourni rétroactivement pour les dépenses liées à la rétractation du projet de loi 124 (mais non constatées au SMH pour l'exercice 2022-2023).

De 2017-2018 à 2019-2020, l'organisation a équilibré les comptes ou déclaré de très petits déficits. L'organisation a mis au point des innovations et des idées de gains d'efficacité qui lui ont permis de réduire les coûts et de trouver des idées pour générer des recettes supplémentaires.



Comme dans la plupart des hôpitaux, au cours des premières années de la pandémie de COVID-19, à savoir les exercices 2020-2021 et 2021-2022, le SMH a continué à équilibrer les comptes grâce, d’une part, à l’aide financière fournie par le gouvernement pour faire face aux dépenses liées à la pandémie et, d’autre part, à ses investissements dans le renforcement des capacités. En fait, des investissements ont été réalisés dans le SMH, et ceux-ci étaient vraisemblablement nécessaires depuis plusieurs années pour améliorer la qualité des soins – renforcement de la sécurité, amélioration de l’entretien ménager et introduction de thérapeutes respiratoires grâce à l’utilisation d’un financement ponctuel lié à la pandémie, mais sans la stratégie de sortie nécessaire si le financement était arrêté – ce qui s’est produit.

Compte tenu des pénuries de ressources humaines en santé dans l’ensemble du système pendant la pandémie, le SMH a eu recours, pour la première fois, à du personnel embauché par des agences privées. Avec la réduction du financement lié à la pandémie, un déficit de 2,3 millions de dollars a été enregistré au cours de l’exercice 2022-2023, découlant presque exclusivement du recours au personnel provenant des agences privées. Ce problème s’est perpétué au cours de l’exercice 2023-2024 et a continué jusqu’au début de l’exercice 2024-2025, même si une recommandation de Santé Ontario visant à créer une équipe médicale volante au cours de l’exercice 2023-2024 a quelque peu atténué son incidence. Le déficit enregistré au cours de l’exercice 2023-2024 est aussi partiellement dû à une insuffisance du financement lié au projet de loi 124 (se chiffrant à environ 0,3 million de dollars), à la réintroduction de certains thérapeutes respiratoires (se chiffrant à environ 0,3 million de dollars) et aux pressions inflationnistes générales (se chiffrant à environ 0,2 million de dollars).

La perception qui prédomine au SMH est que ses difficultés croissantes liées aux ressources humaines en santé sont principalement dues à un manque de financement/soutien de la part du ministère de la Santé et de Santé Ontario. On a constaté des perceptions erronées au sujet du financement lié à la pandémie, notamment un manque de compréhension, parmi les médecins responsables et les responsables, de la différence entre un financement ponctuel et un nouveau financement de base. Plusieurs médecins ont reconnu avoir une faible compréhension des finances de l’hôpital. Ils estiment que le ministère de la Santé et Santé Ontario n’ont pas compris le SMH et ses besoins dans une collectivité en pleine croissance.

Compte tenu de la demande croissante constante pour les soins de santé et les nouvelles technologies, équilibrer les budgets de l’hôpital est un défi important permanent. Il s’agit d’un marathon et non d’une série de sprints de 100 mètres. Si on adopte la deuxième approche, qui est la méthode la plus utilisée au SMH, c’est éreintant. En outre, ce n’est pas stratégique. La haute direction du SMH et son conseil d’administration ont perdu la notion de vision à long terme, ne réagissant qu’aux pressions immédiates qui existaient dans le système sans procéder à une planification efficace.

Plusieurs autres problèmes ont contribué à la situation financière actuelle du SMH.

- L'équipe de direction ne communiquait pas tous les éléments d'information, soulignant l'excellent travail réalisé par l'hôpital pour collaborer avec les intervenants pour équilibrer les comptes, ainsi que plusieurs autres investissements importants réalisés par le SMH pour renforcer ses capacités à long terme, comme la participation à SHINE, un partenariat visant à regrouper les dossiers médicaux électroniques. Lorsque la situation est devenue difficile, personne n'était au courant du travail acharné qui avait été réalisé depuis des années.
- La pandémie a permis au SMH de bénéficier d'un financement ponctuel qu'il a utilisé pour investir dans la thérapie respiratoire, la sécurité et plusieurs autres actifs qui ont amélioré la qualité, en partant du principe que le financement serait maintenu. D'autres hôpitaux ont également rencontré des difficultés à gérer la transition post-pandémie, mais dans le cas qui nous occupe, il a été extrêmement difficile de faire marche arrière sur les activités de base et les investissements réalisés alors qu'il était évident que le financement était ponctuel.
- L'organisation n'utilise pas de manière exhaustive des données pour éclairer la prise de décision. Les analyses de rentabilité sont rudimentaires, et rien n'indique que des données de référence ont été utilisées pour comparer l'organisation à d'autres organisations de taille similaire. L'organisation a participé à des groupes et forums régionaux, et la vice-présidente, Services cliniques, et chef de direction des soins infirmiers avait récemment entrepris des efforts visant à créer une coalition de petits hôpitaux qui pourraient mettre en commun des politiques, des procédures et des solutions opérationnelles. Cependant, il y avait un manque global de compréhension des comparaisons financières avec d'autres organisations. Par conséquent, le SMH planifiait dans le vide.
- En raison des pénuries de ressources humaines en santé dans l'ensemble du système, le SMH, à l'instar de nombreux hôpitaux de la province, a commencé à recourir à du personnel infirmier embauché par des agences privées pour la première fois de son histoire. Compte tenu de la demande, les agences privées ont facturé des tarifs élevés, ce qui a soumis les hôpitaux à d'énormes pressions financières. L'équipe de direction locale de Santé Ontario a fait des suggestions sur la manière de réduire l'incidence du recours au personnel infirmier provenant des agences privées, mais autrement, le SMH s'est empêtré dans cette situation et a été incapable de la résoudre. Santé Ontario a également indiqué au SMH que la prise en charge des coûts liés aux agences privées était envisagée dans le cadre du processus de financement provincial des pressions de fin d'exercice.
- L'organisation a reçu un financement intégral pour ouvrir huit lits de soins transitoires. Le taux de financement était basé sur une structure de coûts de centre hospitalier universitaire, et aurait donc dû être considéré comme élevé pour un petit hôpital. C'est à ce moment-là que les ennuis ont commencé pour l'organisation. Les huit nouveaux lits ont permis à l'hôpital de fermer des lits qui, sur le plan de la qualité, présentaient vraisemblablement des risques. Toutefois, d'un point de vue extérieur, cela donnait l'impression que l'hôpital n'avait ouvert que trois nouveaux lits nets au lieu des huit lits attendus. Le SMH a fragilisé lui-même sa position en ne connaissant pas ses propres données et en ne prêtant pas attention au nombre qui avait été soumis au ministère de la Santé et à Santé Ontario. Il a même indiqué un taux d'occupation inférieur au taux réel. En outre, il a une nouvelle fois supposé, à tort, que le financement était un financement de base permanent. Lorsque le ministère de la Santé a réévalué et réaffecté le financement à d'autres hôpitaux ayant un taux d'occupation plus élevé, pour lesquels il estimait que le financement était plus urgent, le SMH s'est montré très frustré.
- Dans sa frustration, le SMH a indiqué à ses employés, à son personnel professionnel et à sa collectivité que le gouvernement lui avait retiré son financement et a exigé que le gouvernement résolve la situation financière. L'hôpital n'a presque pas communiqué sur les efforts qu'il déployait à l'interne pour trouver des solutions. En outre, dans sa communication avec Santé Ontario, la direction du SMH lui a donné l'impression que des problèmes liés à la qualité des soins existaient.

À la demande de Santé Ontario, un plan en quatre points a été mis en place :

1. Soutien financier pour un bassin de personnel infirmier autorisé et de personnel infirmier auxiliaire autorisé (coût estimé à 400 000 dollars pour chacune des années 2023/2024 et 2024/2025) afin de soutenir l'optimisation de la capacité en lits dans l'ensemble de l'hôpital. Bien que Santé Ontario ait demandé, dans son estimation, des coûts ponctuels et de transition pour le recrutement et la formation du nouveau personnel, l'hôpital a inclus une demande de financement de base. Santé Ontario a également demandé pourquoi l'hôpital n'avait pas procédé à la création de sa propre équipe médicale volante comme solution au recours à du personnel infirmier embauché par des agences privées. L'équipe d'enquête est globalement d'accord avec cette évaluation et, comme le montrent les recommandations qui suivent, a suggéré un financement ponctuel pour compenser les répercussions du recours à du personnel infirmier embauché par des agences privées pendant la mise sur pied de l'équipe médicale volante.
2. Déterminer une voie de financement pour certains services de thérapeutes respiratoires pendant les heures (jours) de pointe en partenariat avec un autre hôpital de la Région du Centre. Santé Ontario fait remarquer que les thérapeutes respiratoires ont été inclus dans la demande de financement de l'unité de soins intensifs pour 2019, et qu'ils sont donc déjà financés. Toutefois, Santé Ontario était disposé à envisager un financement de transition ponctuel pendant la reconfiguration de l'unité de soins intensifs. Le SMH a soumis une demande de financement de base pour des thérapeutes respiratoires 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an. L'équipe d'enquête a recommandé la réintégration d'un financement de base 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an afin d'améliorer la qualité clinique des soins, étant donné que les thérapeutes respiratoires ne travaillent pas seulement pour l'unité de soins intensifs (unité des cas de gravité élevée), mais aussi pour le service des urgences, l'unité d'obstétrique, la gynécologie et l'anesthésie.
3. Organiser une réunion distincte sur l'environnement physique du service des urgences en ce qui concerne les soins aux personnes qui ont besoin d'être isolées en raison de problèmes de santé mentale, afin de discuter des investissements et des autres améliorations à apporter pour assurer la sécurité des patients et des membres de l'équipe. Santé Ontario a fourni 84 000 dollars pour des besoins ponctuels d'équipement et de rénovation, mais l'hôpital a présenté un total de 738 000 dollars pour des coûts ponctuels et 1,1 million de dollars pour des besoins opérationnels permanents. L'équipe d'enquête est également d'accord avec l'évaluation de cette demande de financement par Santé Ontario, étant donné que le service des urgences du SMH est l'une des fonctions les plus stables de l'hôpital, et que la capacité d'accueil de patients souffrant de problèmes de santé mentale devrait être renforcée de manière appropriée dans le cadre du nouveau projet de réaménagement des immobilisations.
4. Travailler avec le SMH pour mieux comprendre pourquoi le financement standard d'un million de dollars pour l'exploitation de quatre lits aux soins intensifs de niveau 2 (unité des cas de gravité élevée) a donné lieu à un déficit annuel d'environ 400 000 dollars et à un plan pour soutenir la poursuite de l'exploitation des lits, ce qui pourrait appuyer le point 2, ci-dessus. Le taux d'occupation des lits aux soins intensifs est de 46 % en raison de problèmes de disponibilité des médecins, et le coût par jour s'élève à 2 779 dollars, alors que le coût par jour est d'environ 1 000 dollars selon les critères de référence des établissements comparables. L'équipe d'enquête a constaté que le coût de l'unité de soins intensifs avait été ramené à environ 1 800 dollars par jour, ce qui nécessite un examen plus approfondi. Le coût élevé de l'unité est principalement dû à un taux d'occupation très faible, qui découle lui-même d'un manque de politiques d'admission et d'un manque de disponibilité des médecins et du personnel (ces deux recommandations ont été notées précédemment dans le rapport).

Santé Ontario et le personnel du SMH se sont rencontrés régulièrement afin d'acquérir une compréhension commune des problèmes de l'hôpital et d'aider ce dernier à présenter des analyses de rentabilité conformes au plan en quatre points.

Le 15 septembre 2023, l'hôpital a présenté sept analyses de rentabilité rudimentaires, dont quatre étaient conformes au plan convenu et trois constituaient de nouvelles demandes nettes.

Les nouvelles demandes incluaient notamment les suivantes :

- Le financement de base de 437 000 \$ pour le personnel infirmier auxiliaire autorisé en obstétrique n'a pas été appuyé en raison d'un chevauchement avec la demande relative à l'équipe médicale volante.
- Huit lits de débordement/d'appoint (4,0 millions de dollars). Ces lits avaient précédemment été financés puis retirés de l'hôpital par le ministère de la Santé en raison de leur faible taux d'occupation. Santé Ontario a encouragé l'hôpital à participer au programme @domicile, qui, selon les rapports, aurait eu de très bons résultats au quatrième trimestre 2023/2024.
- Élimination du déficit d'exercice (3,1 millions de dollars). Ce point est redondant puisque le déficit aurait été résorbé si les points ci-dessus avaient été réglés. Le SMH a également demandé une reconstitution du fonds de roulement (4,4 millions de dollars). De même, ce point est redondant puisque le règlement des éléments susmentionnés aurait permis de résoudre la question du fonds de roulement. En outre, SMH a demandé deux années de déficit du fonds de roulement, alors que le soutien au fonds de roulement est une activité ponctuelle.

Les analyses de rentabilité demandaient un total de 12,7 millions de dollars en 2023/2024, ramené à 8,1 millions de dollars en 2024/2025, ce qui surévalue considérablement tant l'ampleur de la question que la somme des analyses de rentabilité soumises à l'appui de la demande. Ces demandes représentent une augmentation considérable de 53 % et 34 % par rapport au financement de 24 millions de dollars de Santé Ontario. L'ampleur des demandes est sans précédent et dépasse de loin ce qui serait nécessaire à un hôpital pour maintenir ses activités.

Malgré la situation financière précaire de l'hôpital, Santé Ontario était surtout préoccupé par la qualité, la sécurité et la gestion des risques, également évoqués dans la communication de la direction du SMH sur les problèmes auxquels l'hôpital était confronté. D'autres facteurs, tels que le taux élevé de transfert du service d'obstétrique, se sont également révélés préoccupants.

Stratégie financière

L'absence de stratégie financière au sein du SMH est inquiétante. L'organisation réagit une fois confrontée aux problèmes et peut être décrite au mieux comme adaptant sa stratégie en fonction de son budget. En d'autres termes, le SMH a laissé la position budgétaire de l'organisation orienter la prise de décision, plutôt que les considérations relatives aux soins aux patients, qui constituent pourtant la mission principale de l'hôpital. Par exemple, la décision de déplacer l'unité des cas de gravité élevée vers l'unité de soins médicaux/chirurgicaux généraux était purement financière et ne tenait pas compte de manière appropriée des risques liés à la qualité des soins. En outre, divers services du SMH sont fournis par d'autres organisations. La nature transactionnelle de ces contrats de gestion avec plusieurs hôpitaux ne favorise pas la qualité des soins aux patients ni l'efficacité des flux de patients.

Établissement du budget

Le service financier du SMH a décrit une approche en matière d'établissement du budget qui est en grande partie élaborée du bas vers le haut.

- Le budget de l'exercice en cours est fourni aux différents services par l'équipe financière.
- Des modifications sont apportées pour tenir compte des pratiques actuelles et des pressions inflationnistes exercées par les services.
- Les idées visant à améliorer l'efficacité, l'innovation ou les revenus sont encouragées.

- Les examens sont effectués par le directeur général des finances et de l'information et le responsable du service concerné avant l'achèvement de la procédure d'établissement du budget.

Toutefois, de nombreux services n'avaient pas le sentiment de contrôler leur budget et il reste encore beaucoup à faire pour obtenir la contribution des médecins au processus d'établissement du budget. L'absence d'une vue d'ensemble stratégique rend ce processus principalement transactionnel. Les processus cliniques et administratifs clés ne sont pas examinés en fonction des possibilités. Aucune analyse comparative n'est effectuée avec des hôpitaux comparables. Les contributions au processus susceptibles d'augmenter les coûts sont souvent reportées dans l'espoir qu'elles seront réglées grâce à un financement public ou qu'elles seront simplement considérées comme des pressions.

En outre, l'équipe de direction n'informe pas de manière appropriée le comité des finances, de vérification et des biens immobiliers du conseil d'administration (et donc, vraisemblablement, l'ensemble du conseil d'administration). Cette situation a engendré un manque de compréhension des processus gouvernementaux, notamment des possibilités de participer à des programmes de financement autres que le financement global, du calendrier des résultats et, de manière générale, des attentes du conseil d'administration. De ce fait, des irrégularités de calendrier et des retards dans les livrables ont été constatés. Les réunions du comité des finances, de vérification et des biens immobiliers qui étaient prévues pour les délibérations sur le budget ont été reportées en février, un rapport de situation a été fourni en mars, une autre réunion prévue a été annulée au début du mois d'avril et l'ensemble des discussions et l'approbation du budget ont été reportés au mois de juin 2024.

Bien que le gouvernement crée lui-même une partie de cette confusion dans ses processus, l'Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers et les Ententes de responsabilisation en matière de services multisectoriels ont été transmises au comité des finances, de vérification et des biens immobiliers en tant que points d'information, alors qu'elles auraient dû être approuvées par le conseil d'administration.

Surveillance et rapports financiers

Le processus de base d'établissement des rapports sur les écarts suit un schéma similaire au SMH :

- Le service des finances présente un rapport aux responsables des services.
- Un analyste financier rencontre le chef de service pour discuter de ce qui se passe dans le service.
- Le directeur général des finances et de l'information rencontre les directeurs des programmes pour comprendre les problèmes auxquels le service est confronté.

Toutefois, la direction du service ne s'est pas sentie en contrôle du processus et n'a pas compris sa situation financière actuelle. La consultation des médecins permettrait d'améliorer le processus, bien qu'il ait été signalé que ceux-ci participaient davantage à l'établissement des rapports sur les écarts qu'à l'élaboration du budget proprement dit. La manière dont la direction sollicite des stratégies d'atténuation et des idées d'amélioration n'est pas claire non plus. L'équipe d'enquête a été informée que des observations avaient été formulées au sujet des besoins cliniques, mais qu'un refus leur avait été opposé en raison de contraintes budgétaires.

Enfin, il a été noté que, bien que l'équipe de soutien des décisions, un contrat de gestion par l'intermédiaire du RVH, produise des rapports sur les volumes de services fournis, ainsi qu'une variété de rapports spécialisés sur des sujets tels que les résultats de la rémunération au rendement, peu d'éléments indiquent que ces renseignements précieux sont utilisés de manière généralisée pour éclairer la prise de décision.

Élaboration de contrats

Le SMH ne semble pas disposer de membres d'équipe possédant les compétences nécessaires pour élaborer efficacement des contrats de partenariat. L'examen du contrat de service de pharmacie entre le SRHC et le SMH révèle des problèmes importants pour le SMH. La plupart des énoncés concernant les services que le SRHC fournira comprennent les mots « peut » ou « peuvent » dans de nombreux domaines. Le SRHC n'est donc pas légalement responsable de son rendement. Le contrat ne contient pas non plus d'indicateurs de rendement clés pour le SRHC et le SMH. Ce contrat a été une source de litige entre les hôpitaux, car le SMH estime qu'il ne reçoit pas les services qu'il mérite, mais rien dans le contrat ne contraint le SRHC à produire des résultats. Le SMH envisage de reprendre certains services au SRHC en raison de son insatisfaction à leur égard. Le SMH n'a pas réalisé d'étude d'impact approfondie sur les conséquences du retour de ces services au SMH. Une structure plus formelle est nécessaire pour renforcer les relations entre les deux organisations.

Lors de la mise en place de l'unité des cas de gravité élevée, les membres de la haute direction du SMH ont souhaité mettre en place un modèle de soins intensifs virtuels, en partenariat avec le SRHC. L'unité des cas de gravité élevée a été créée et ouverte sans qu'un protocole d'entente ou un contrat ait été signé avec le SRHC pour les services d'intensiviste. Le manque de couverture pour les services de médecin intensiviste a conduit à un manque de confiance dans les soins fournis dans l'unité des cas de gravité élevée et les transferts se sont poursuivis vers d'autres organisations. En l'absence de protocole d'entente ou de contrat, le SRHC n'avait pas d'obligations claires envers le SMH.

Malheureusement, bien que l'unité des cas de gravité élevée soit l'espace clinique le plus moderne pouvant fournir des soins vitaux aux patients malades, elle a été fermée et est actuellement utilisée comme espace de stockage.

Exigences financières

Recommandations connexes :

- **Le ministère de la Santé devrait augmenter le budget de base du SMH à 1,5 M\$ et lui octroyer un financement ponctuel de 1 M\$ pour l'exercice 2024-2025.**
- **Entreprendre un plan de redressement pluriannuel complet et élaborer une stratégie financière transparente et durable.**

L'enquêteuse, avec l'aide du personnel de la Région du Centre de Santé Ontario, a dressé une liste d'hôpitaux comparables en Ontario ([voir l'annexe N](#)). Bien qu'il n'existe aucun établissement parfaitement comparable, l'équipe a recensé de petits hôpitaux (d'après les données du modèle de croissance et d'efficacité pour 2022/2023) qui traitaient +/-25 % du nombre de cas pondérés de patients hospitalisés.

- Le SMH enregistre des volumes de visites au service des urgences plus importants que prévu pour le groupe des petits hôpitaux comparables déclarant un nombre similaire de cas pondérés de patients hospitalisés (+/-25 % des 2 526 cas pondérés de patients hospitalisés déclarés pour SMH en 2022/2023), avec 33 071 visites au service des urgences contre une moyenne de 20 692 pour le groupe « de référence ».
- De même, le SMH compte plus de cas pondérés de chirurgie d'un jour que prévu pour le même groupe d'hôpitaux comparables, avec 648 cas pondérés de chirurgie d'un jour en 2022/2023 contre une moyenne de 351 pour le groupe « de référence ».
- D'après les données de comparaison, le SMH se situe généralement dans la moyenne du groupe, à l'exception des données relatives aux unités de soins intensifs, pour lesquelles les coûts sont nettement plus élevés que ceux des hôpitaux comparables. Les données de comparaison proviennent de l'exercice financier qui s'est terminé en mars 2023, lorsque l'unité des cas de gravité élevée séparée était en activité. En raison de la configuration de cette

unité (trois lits isolés des autres ressources cliniques), un coût de 2 779 dollars par jour-patient a été enregistré, contre 1 016 dollars par jour-patient pour le groupe de référence. Des problèmes d'adéquation entre les coûts et l'activité peuvent se poser et l'activité était faible dans l'unité des cas de gravité élevée lorsqu'elle était en activité. Toutefois, si l'unité devait rouvrir, l'organisation devrait s'efforcer d'en ramener le coût au niveau de référence.

Le déficit pour 2023/2024, avant l'application des fonds pour les contraintes, devrait être de 3,5 millions de dollars. Des fonds pour les contraintes d'un montant de 3,5 millions de dollars ont été fournis au SMH en mars 2024. Le déficit était notamment dû aux raisons suivantes :

- Le coût du recours à du personnel infirmier embauché par des agences privées s'élève à 2 700 000 dollars. L'organisation a obtenu un certain succès avec la création d'une équipe médicale volante et a récemment observé une réduction du revenu annualisé mensuel du personnel embauché par des agences privées. Sur la base du revenu annualisé actuel, le coût de ce type de personnel sera réduit à environ la moitié de ce chiffre en 2024/2025 et, grâce à une activité accrue en matière d'embauche de personnel à temps plein et de personnel de l'équipe médicale volante, il pourra être davantage réduit.
- Un manque à gagner dans le retrait du projet de loi 124 d'environ 300 000 dollars. Il s'agit d'un problème relevant de la politique du ministère de la Santé, qui demeurera donc durant l'exercice 2024/2025.
- Postes non financés et pressions diverses : thérapeutes respiratoires, sécurité : 500 000 \$. Ces postes ont été ajoutés à des fins d'assurance de la qualité et de gestion des risques et leur suppression était prévue dans le budget de 2023/2024, mais celle-ci n'a pas eu lieu en raison de la pression exercée par les médecins. Il est recommandé de procéder à un examen complet, incluant la consultation des intervenants concernés, afin de déterminer l'investissement optimal nécessaire. L'enquêtrice préconise le maintien de cette recommandation.
- Bien que des idées visant à permettre des économies pour 2023/2024 aient été proposées, il ne semble pas que ces économies aient été réalisées, ou que les économies réalisées aient compensé d'autres pressions non décrites à l'équipe d'enquête ou au conseil d'administration.
 - La fermeture de l'unité des cas de gravité élevée et le transfert vers l'unité de médecine/chirurgie auraient dû entraîner des économies, qui n'ont pas été clairement établies.
 - Diverses autres idées ont permis de réaliser des économies d'environ 0,5 million de dollars.

L'introduction de l'équipe médicale volante a permis de réduire le coût du personnel infirmier embauché par des agences privées à environ 100 000 dollars par mois et, grâce à des efforts continus de recrutement en général, mais plus particulièrement au sein de l'équipe médicale volante, on s'attend à ce que ce personnel puisse être éliminé au cours de l'exercice en cours. Outre les points susmentionnés, le SMH dispose de possibilités d'améliorer sa situation financière. Par exemple :

- Le SMH pourrait améliorer les résultats de la rémunération au rendement. L'organisation a toujours obtenu des résultats parmi les dix premiers dans la plupart des catégories, mais elle a récemment régressé. Si l'organisation parvenait à revenir à son niveau de rendement historique et retrouver son niveau de rendement maximal antérieur, elle pourrait générer 200 000 dollars, voire 500 000 dollars.
- L'organisation doit également s'assurer d'optimiser les possibilités de financement du service de dialyse. Par exemple, l'organisme a manqué le financement d'un fauteuil de repos pour malade dans le cadre du programme de dialyse en 2023/2024.
- Santé Ontario a fourni à l'organisation un certain nombre de liens et de contacts et l'organisation devrait s'assurer d'optimiser toutes les possibilités de financement (financement de l'ANS, examens du bloc opératoire qui étaient auparavant effectués par CCO, etc.).

Les initiatives prendront du temps et la nomination d'un superviseur peut retarder la mise en œuvre d'environ six mois. Des investissements clés peuvent également être nécessaires pour garantir la qualité continue des soins et stabiliser l'organisation.

Un financement ponctuel d'un million de dollars est recommandé.

- Une part importante des déficits enregistrés à ce jour au SMH (environ 2,7 millions de dollars) est due au recours relativement récent à du personnel infirmier embauché par des agences privées, comme l'ont fait de nombreux hôpitaux pendant la pandémie. Il s'agit là d'un problème important lié à la qualité des soins, qui s'inscrit dans le droit fil de nombreuses autres observations relatives à la qualité des soins formulées dans le présent rapport. Suite aux conseils de la Région du Centre de Santé Ontario, le SMH a mis en place une équipe médicale volante et a réduit l'utilisation de ce type de personnel à environ 100 000 dollars par mois, alors qu'il y a un peu plus d'un an, les dépenses liées à ce personnel s'élevaient à environ 225 000 dollars par mois. Le SMH est en bonne voie pour réduire encore son recours au personnel embauché par des agences privées, s'il continue à développer son équipe médicale volante. Des difficultés sont inévitables, mais il semble raisonnable de passer de 100 000 dollars par mois au début de l'exercice à près de zéro d'ici la fin de l'exercice. Il est recommandé d'accorder un financement unique, car le SMH devrait s'efforcer d'adopter une approche d'utilisation nulle de personnel embauché par des agences privées dans le cadre de son programme plus large en matière de qualité des soins et de ressources humaines, ce qui aura pour avantage supplémentaire d'améliorer sa situation financière.

Un financement de base de 1,5 million de dollars est recommandé.

- Investissement de 500 000 dollars dans les soins infirmiers : afin d'améliorer la qualité clinique des soins, l'organisation a besoin d'un plus grand nombre d'infirmiers et d'infirmières autorisés dans l'unité de soins médicaux et chirurgicaux en tant qu'élément durable de la stratégie requise en matière de ressources humaines. L'intégration d'un infirmier autorisé ou d'une infirmière autorisée, disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, coûtera environ 500 000 dollars.
- Investissement de 500 000 dollars dans les thérapeutes respiratoires : l'organisation a engagé, à juste titre, des thérapeutes respiratoires pendant la pandémie pour résoudre des problèmes de qualité des soins de longue date, en utilisant le financement ponctuel lié à la pandémie. Lorsque le financement fourni dans le cadre de la pandémie a cessé, et dans la mesure où la stratégie est déterminée par le budget, l'organisation a supprimé les thérapeutes respiratoires, mais a ensuite dû réintégrer ce rôle pour des raisons de qualité des soins, tout en subissant des pressions financières. Un thérapeute respiratoire disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 est requis pour répondre aux situations liées à la qualité clinique des soins.
- Investissement de 250 000 dollars dans la sécurité : comme pour le recrutement de thérapeutes respiratoires, l'organisation a renforcé la fonction de sécurité pendant la pandémie en utilisant le financement ponctuel lié à la pandémie. La réintégration d'un ETP supplémentaire disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 améliorera la qualité des soins et renforcera la sécurité du personnel et des patients.
- Investissement dans l'entretien ménager de 250 000 dollars : l'organisation a besoin d'investir dans un agent ou une agente d'entretien ménager supplémentaire, disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, afin de garantir une meilleure propreté et d'améliorer la capacité à fournir des soins de haute qualité.

Financement au titre du projet de loi 124 : la politique actuelle du gouvernement ne prévoit le financement que de 85 % du personnel non infirmier, ce qui laisse une pression d'environ 300 000 dollars que l'organisation n'a pas la capacité d'absorber. Le SMH a la possibilité d'améliorer le rendement de son service des urgences et d'utiliser le financement amélioré des résultats de la rémunération au rendement pour compenser en grande partie cette pression.

10. Réaménagement des immobilisations

Recommandations connexes :

- **Le superviseur devrait veiller à ce que le projet de réaménagement du SMH continue de progresser selon les étapes de planification des investissements du ministère de la Santé, avec un comité de planification des immobilisations solide et une surveillance administrative renforcée.**

Les locaux actuels du SMH sont vieux, obsolètes et saturés. Le projet de réaménagement doit être réalisé le plus rapidement possible. Le programme fonctionnel pour la nouvelle installation a été approuvé et l'organisation procède à l'approbation de l'étape 2.1 (schémas synoptiques et approbation des travaux préliminaires). Bien que le projet de réaménagement des immobilisations soit hors du champ d'application de l'enquêteuse, plusieurs problèmes potentiels ont été relevés dans le cadre de ce projet, qui pourraient nécessiter un examen à l'avenir.

L'emplacement du projet pose problème :

- Le réaménagement d'un établissement encore en activité est un projet très complexe, avec de multiples interconnexions pour les systèmes du bâtiment et les couloirs nécessaires, qui pourraient perturber les soins futurs aux patients s'ils ne sont pas bien planifiés.

Le programme fonctionnel fourni à la Direction de l'investissement dans les immobilisations en matière de santé du ministère de la Santé prévoit 37 lits médicaux/chirurgicaux, cinq lits pour les salles de travail, accouchement, récupération et postpartum (TARP) et cinq lits aux soins intensifs de niveau 2.

- Le nombre de 37 lits médicaux/chirurgicaux est basé sur les données de 2016/2017 (prévisions basées sur les projections démographiques et sur d'autres normes, jusqu'au jour de l'ouverture de l'établissement). En outre, 37 est un nombre très difficile à gérer du point de vue de la planification du personnel, et donc de l'efficacité.
- Malgré de nombreuses références au besoin croissant d'au moins deux lits dédiés aux soins psychiatriques, aucun n'est inclus dans la demande de lits.
- L'hôpital dispose actuellement de six lits de type TARP, avec un taux d'occupation des 5^e et 6^e lits de 4 % et 1 % respectivement. Cinq lits TARP sont inclus dans le programme fonctionnel et constituent un nombre plus approprié compte tenu des projections de croissance de la population.
- Cinq lits aux soins intensifs de niveau 2 constituent également un chiffre non efficace pour le personnel. Ce plan devrait probablement comporter six lits, compte tenu des exigences en matière de croissance et d'efficacité.
- Il convient d'être prudent lors de l'élaboration du plan d'exploitation après la construction. Comme c'est le cas dans de nombreux hôpitaux, le SMH a considéré le programme fonctionnel comme un plan de financement. Le programme fonctionnel est un plan qui décrit l'espace et les services cliniques. Une approche totalement différente est utilisée pour calculer le financement du plan d'exploitation après la construction, qui fait référence à l'espace et aux volumes cliniques dans la présentation d'un programme fonctionnel approuvé par le ministère de la Santé.

Depuis de nombreuses décennies, le conseil municipal du comté de Simcoe fournit un financement important pour les projets de réaménagement de tous les hôpitaux qui sont situés dans le comté de Simcoe ou qui fournissent des services aux résidents du comté de Simcoe. Dans le cadre de la Simcoe County Hospital Alliance, les directeurs généraux se réunissent régulièrement pour examiner les priorités concernant les projets d'investissement ainsi que les possibilités de financement, et pour formuler des recommandations concernant l'affectation des fonds du comté sur une base annuelle. Chaque année, le président de l'Alliance présente au conseil l'importance de la fourniture de services hospitaliers aux résidents. En 2023, le comté de Simcoe a remis un chèque d'un million de dollars à titre de premier versement d'un engagement de 10 millions de dollars pour le projet de réaménagement du Stevenson Memorial Hospital.

11. Conclusion

Les collectivités desservies par le Stevenson Memorial Hospital méritent un hôpital local sûr et très performant, doté de services fiables et offrant des soins de haute qualité répondant aux normes attendues. Les soins ne doivent pas être différents de ceux reçus dans n'importe quel hôpital de soins actifs de l'Ontario. Compte tenu de la forte croissance attendue du fait de l'expansion de l'usine de Honda et de la création d'emplois indirects, il est plus important que jamais de disposer d'excellents services facilement accessibles, le plus près possible de chez soi.

En février 2024, le ministre de la Santé a nommé une enquêteuse dont la mission était d'évaluer la qualité des soins, le rendement et les capacités, la situation financière, la gouvernance et la gestion du SMH, et de formuler des recommandations à ce sujet.

L'objectif principal de cette enquête était de trouver des moyens d'optimiser les soins cliniques et la viabilité financière de l'hôpital afin de garantir la fourniture d'excellents soins aux résidents de New Tecumseth et des collectivités environnantes. Comme dans tous les petits hôpitaux de soins actifs, on souhaite que, lorsque les patients ont besoin de soins plus importants que ceux que l'hôpital peut leur prodiguer, il existe des procédures claires et transparentes permettant de les transférer sans délai vers l'hôpital secondaire ou tertiaire approprié.

L'absence actuelle de responsabilités claires en matière de transfert clinique a plongé les cliniciens du SMH dans une situation de détresse morale, car ils sont incapables de transférer en temps voulu les patients les plus graves, qui ont tant besoin de soins médicaux que de soins de santé mentale, vers les établissements appropriés. Cette situation a contribué à une désorganisation des processus cliniques et à une détérioration des soins. Les cliniciens sont frustrés et un nombre croissant de patients malades ou blessés choisissent tout simplement de se faire soigner dans un autre hôpital.

L'équipe d'enquête a observé de nombreux problèmes et lacunes en matière de gouvernance, de leadership et de fonctionnement, qui se sont développés au sein du SMH au fil des ans. La planification, l'ouverture et la fermeture de l'unité des cas de gravité élevée en l'espace de 27 mois témoignent d'un manque préoccupant de surveillance de la gouvernance et de capacité de leadership pour entreprendre un projet d'une telle ampleur. L'équipe d'enquête n'est pas convaincue que le conseil d'administration actuel du SMH et son équipe de direction puissent réaliser un réaménagement des immobilisations dont les coûts de conception et de construction sont estimés à environ 200 millions de dollars, selon la mise à jour du marché de décembre 2023 d'Infrastructure Ontario. La qualité des soins, et en particulier l'accès aux services, s'est dégradée au point que les habitants préfèrent se rendre dans d'autres hôpitaux pour se faire soigner.

Les problèmes de gouvernance sont le plus souvent à l'origine du placement des hôpitaux sous surveillance par le gouvernement de l'Ontario et SMH ne fait pas exception à la règle. Les conseils d'administration forts et performants veulent que la direction les informe sur le paysage provincial et sur la situation désastreuse à laquelle l'hôpital est confronté. Ils s'attendent à être avertis des risques pour les soins des patients. Ils exigent des solutions créatives aux problèmes de qualité, de manque de personnel et de résultats financiers. Ils attendent les meilleurs soins de santé pour leurs collectivités.

Malgré les défis, le potentiel du SMH et l'espoir du personnel qui y travaille sont immenses. Les recommandations de ce rapport sont formulées dans un esprit d'optimisme et une volonté de croissance. Elles sont élaborées de manière à garantir que, grâce à une intégration ou un partenariat stratégique dirigé, le SMH :

- améliore la qualité afin que les membres de la collectivité aient la certitude de pouvoir accéder à des soins sûrs à proximité de leur domicile;
- devienne un lieu de travail attrayant pour le personnel et les médecins qui, au lieu de parcourir de grandes distances pour travailler dans la région du grand Toronto, seront fiers de servir leur hôpital local et voudront rester au SMH pendant longtemps;

- rétablisse une base financière solide et une viabilité à long terme;
- construise un hôpital de plus grande envergure qui offre des soins de haute qualité et sûrs dont la collectivité peut être fière.

Cette collectivité, les employés et les médecins du SMH ne devraient rien attendre de moins.

12. RECOMMANDATIONS

1	Le ministre devrait recommander à la lieutenant-gouverneure en conseil de nommer un superviseur du SMH, qui détiendrait les pleins pouvoirs de superviseur aux termes de la <i>Loi sur les hôpitaux publics</i> (Ontario).
2	En se basant sur le fonctionnement historique du SMH, notamment trois rapports précédents recommandant une intégration à divers degrés, le superviseur devrait envisager un mandat visant à intégrer ou diriger un partenariat stratégique avec un hôpital plus grand et plus complexe pour garantir une solution stable à long terme qui répond aux besoins de la collectivité en pleine croissance, permettant ainsi une harmonisation avec l'équipe Santé Ontario (ESO).
3	Le superviseur devra immédiatement entreprendre des examens externes formels des services d'obstétrique et d'imagerie diagnostique.
4	Le superviseur devrait envisager l'élaboration d'un plan de services cliniques intégrés et d'une stratégie de ressources humaines en santé qui soit équitable et inclusive.
5	Si le superviseur estime qu'une intégration ou un partenariat stratégique dirigé représente la meilleure stratégie pour la viabilité à long terme du SMH, il devrait définir des critères de sélection de l'hôpital le mieux adapté et soumettre ces critères au ministère de la Santé et à Santé Ontario pour examen.
6	Le superviseur devrait travailler étroitement avec un comité consultatif communautaire en vue de concrétiser une vision commune pour l'avenir.
7	Le ministère de la Santé devrait augmenter le budget de base du SMH à 1,5 M\$ et lui octroyer un financement ponctuel de 1 M\$ pour l'exercice 2024-2025.
8	Le superviseur devrait veiller à ce que le projet de réaménagement du SMH continue de progresser selon les étapes de planification des investissements du ministère de la Santé, avec un comité de planification des immobilisations solide et une surveillance administrative renforcée.
9	La SMH Foundation devrait envisager d'inviter le président-directeur général de l'hôpital qui prendra part à l'intégration ou au partenariat stratégique dirigé à devenir un membre votant d'office du conseil d'administration de la SMH Foundation, comme c'est le cas dans de nombreux hôpitaux publics en Ontario.
10	Le superviseur devrait demander de reporter la visite d'agrément prévue en novembre 2024.
11	Le superviseur devrait veiller à la mise en place d'un cadre de qualité complet pour surveiller et assurer le niveau de sécurité le plus élevé possible pour les patients.
12	Le superviseur devrait veiller à l'examen immédiat et revoir la répartition de la dotation dans les unités, où les qualifications du personnel et les ratios personnel/patients respectent les normes de pratique acceptées pour le niveau d'acuité de chaque unité.
13	Le superviseur devrait assurer l'élaboration d'un plan d'amélioration du moral et de la culture à l'échelle de l'organisation, avec une contribution significative des employés et du personnel qualifié.

14	Le superviseur devrait examiner l'équipe de la haute direction et la structure organisationnelle, et offrir des occasions de formation en leadership à tous les dirigeants de l'administration et des soins cliniques.
15	Le superviseur devrait veiller à ce que l'hôpital entreprenne un plan de redressement pluriannuel complet et élabore une stratégie financière transparente et durable.
16	Dans le cadre d'une intégration ou d'un partenariat stratégique dirigé, le superviseur devrait favoriser une participation précoce et sincère des intervenants internes et externes, y compris les populations autochtones et francophones, afin de concrétiser une vision commune de l'avenir de l'hôpital qui reflète les besoins et les préoccupations de la collectivité.

13. PROCHAINES ÉTAPES

- Le ministre de la Santé reçoit le rapport de l'enquêteuse au plus tard le 20 juin 2024.
- Conformément à l'article 8 de la *Loi sur les hôpitaux publics* :
 - le ministre de la Santé fait remettre une copie du rapport au président du conseil de SMH;
 - le ministre de la Santé veille à ce que le rapport de l'enquêteuse soit mis à la disposition du public.

ANNEXES

Annexe A – Liste des abréviations

FMC : formation médicale continue

ACPM : Association canadienne de protection médicale

ETP : équivalent temps plein

RHS : ressources humaines en santé

TARP : travail, accouchement, récupération, postpartum

RMM : revues de mortalité et de morbidité

MSAN : ministère de la Santé

GEDSI : initiative Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers

PRN : Programme de réanimation néonatale

PAQ : Plan d'amélioration de la qualité

IAA : infirmier auxiliaire autorisé/infirmière auxiliaire autorisée

SMH : Stevenson Memorial Hospital

Remarque : Le personnel professionnel/qualifié comprend les médecins, les dentistes et les sages-femmes.

Annexe B – Mandat de l'enquêteuse du Stevenson Memorial Hospital

Le mandat de l'enquête est défini ci-dessous :

1. L'enquêteuse examinera et fera rapport sur les questions liées à la gouvernance, à la gestion, aux opérations et aux soins aux patients au SMH.
2. L'enquêteuse examinera, évaluera et formulera des recommandations sur la qualité des soins, le rendement et les capacités, la situation financière, la gouvernance et la gestion du SMH.
3. L'enquêteuse assurera la liaison avec Santé Ontario et d'autres intervenants si elle le juge nécessaire.
4. L'enquêteuse ne fera aucune publicité ou déclaration publique concernant son travail en tant qu'enquêteuse, sauf si elle a reçu l'autorisation écrite préalable du ministère de la Santé (le « ministère »).
5. L'enquêteuse peut faire appel à des ressources externes si elle le juge nécessaire.
6. L'enquêteuse rendra compte au ministre de la Santé (le « ministre ») comme celui-ci le lui demandera.
7. Le ministère peut, de temps à autre, demander à l'enquêteuse de faire le point sur l'état d'avancement du travail d'enquête. Le cas échéant, l'enquêteuse discutera des questions liées à l'enquête avec le ministre (ou ses délégués), le sous-ministre, le sous-ministre associé, soins cliniques et prestation des services et le sous-ministre associé, Division des hôpitaux et des immobilisations. L'enquêteuse peut également faire le point, le cas échéant, avec le président-directeur général, ainsi qu'avec le directeur général régional de Santé Ontario.
8. L'enquêteuse fournira au ministre une version préliminaire du rapport définitif au plus tard le 15 mai 2024 et un rapport écrit définitif au plus tard le 28 juin 2024. Le ministre fera remettre une copie du rapport définitif au président du conseil d'administration de SMH et mettra le rapport à la disposition du public conformément à l'article 8 de la *Loi sur les hôpitaux publics*.

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

Janice Margaret Skot – Enquêtrice principale

Janice Skot est l'ancienne présidente-directrice générale du Royal Victoria Regional Health Centre (RVH) de Barrie, en Ontario. Sous sa direction visionnaire et progressiste, le RVH est devenu un centre d'excellence et d'innovation reconnu, fournissant des soins spécialisés plus près du domicile avec une forte culture de sécurité, de transparence, de responsabilité et d'excellence du service.

Tout au long de sa carrière, Janice a occupé plusieurs postes supérieurs, dont celui de présidente-directrice générale du Laurentian Hospital à Sudbury, ainsi que celui de directrice générale du Northeastern Ontario Regional Cancer Centre, sous l'égide d'Action Cancer Ontario.

Janice siège actuellement en tant que membre indépendant du conseil d'administration d'OCINet (anciennement HDIRS). Sur le plan de la gouvernance, Janice s'est beaucoup investie dans la chaîne d'approvisionnement des soins de santé, d'abord en tant que présidente du conseil d'administration de la COHPA, puis, une fois la fusion réalisée, en tant que membre du conseil d'administration de Plexxus. Elle a notamment été nommée par décret au conseil d'administration de Science Nord, à Sudbury, et au conseil des gouverneurs du Georgian College of Applied Arts and Technology, à Barrie.

À l'heure actuelle, Janice est membre du President's Strategic Advisory Committee de l'Université York, qui cherche à obtenir l'approbation de la province pour la création d'une école de médecine. Janice a récemment été nommée par le ministre de la Défense colonelle honoraire du Centre d'instruction des Services de santé des Forces canadiennes à la Base des Forces canadiennes Borden, près de Barrie.

Janice détient le titre de Leader certifié en santé, une maîtrise ès sciences de la santé en administration de la santé de l'Université de Toronto, ainsi qu'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Queen's. Sa formation continue comprend le Business Advanced Management Program de la Harvard School of Business et l'Independent Corporate Directors Program de la Rotman School of Business de l'Université de Toronto.

Janice se passionne pour les résultats mesurables en matière de qualité et pour la nécessité d'aligner la culture de l'organisation pour constater des résultats améliorés et durables. Ce cheminement commence par la mise en place d'un conseil d'administration dévoué et compétent. À cette fin, Janice a donné des conférences nationales et internationales sur la manière de définir et de diriger la culture pour atteindre des résultats stratégiques.

Tabitha Carroll – Responsable des soins infirmiers

Tabitha Carroll est directrice du système de santé – Services cliniques à Lakeridge Health.

Elle a grandi dans une ferme située entre Lindsay et Peterborough (en Ontario), à Downeyville, et a occupé des postes de direction dans de nombreux hôpitaux locaux, notamment au Ross Memorial Hospital, au Northumberland Hills Hospital, au Peterborough Regional Hospital et au Lakeridge Health (Port Perry, Bowmanville, Oshawa, Whitby, Ajax/Pickering et au Jerry Couglan Health and Wellness Centre). Dans le cadre de ses différentes fonctions, Tabitha a apporté son soutien aux équipes des urgences, des soins intensifs, de la médecine, de la chirurgie, de la dialyse, de l'oncologie, des soins ambulatoires, des femmes et des enfants, de la pharmacie, des analyses de laboratoire et de l'imagerie diagnostique.

Tabitha a commencé à travailler comme infirmière diplômée de Sir Sandford Fleming en 1990. Elle a acquis son expérience au chevet des patients principalement dans le domaine des soins intensifs et des soins d'urgence. Tabitha a poursuivi son perfectionnement professionnel en assumant des fonctions de direction au sein de la collectivité et dans des hôpitaux de plus petite taille. Pendant cette période, elle a obtenu un diplôme en administration des affaires à l'Université Trent et une maîtrise en gestion de la santé à l'Université McMaster.

La combinaison des soins infirmiers et de l'administration des affaires a permis à Tabitha d'acquérir une base de connaissances cliniques et opérationnelles qui lui furent utiles dans son rôle d'administratrice. Le Northumberland Hills Hospital est l'organisation qui a soutenu Tabitha dans son premier rôle d'administratrice. Le Northumberland Hills Hospital

a donné à Tabitha l'occasion de prendre des responsabilités dans de nombreux domaines où elle n'avait pas acquis d'expertise clinique.

Cette expérience lui a permis de perfectionner ses compétences en matière de leadership et lui a appris à reconnaître les meilleurs experts en soins cliniques de l'organisation qui pourraient lui enseigner les meilleures pratiques cliniques et travailler avec elle pour faire progresser l'organisation sur la voie de résultats cliniques positifs et de l'expérience des patients. Ces enseignements en matière de leadership ont accompagné Tabitha tout au long de son parcours professionnel et continuent de la guider aujourd'hui.

En tant que directrice du système de santé – Services cliniques à Lakeridge Health, Tabitha déclare qu'il est formidable d'être à ce stade de sa carrière et d'être encore en train d'apprendre. Elle se réjouit de cette possibilité de croissance continue et espère que son expérience combinée apportera une valeur ajoutée au projet.

Brian Edmonds, CPA, CA, M.Sc.S. – Responsable des finances

Brian est comptable professionnel agréé/comptable agréé et titulaire d'une maîtrise en administration des sciences de la santé de l'Université du Michigan. Il s'intéresse à la planification stratégique, à la responsabilisation fiscale, à l'élaboration de nouveaux modèles de financement pour les soins de santé, à la gestion du changement, à l'amélioration du rendement et à la gouvernance organisationnelle.

Brian est actuellement à la retraite, mais tout au long de sa carrière, il a exercé des fonctions de directeur intérimaire et offert des conseils stratégiques à plus de 25 établissements d'enseignement et fournisseurs de services de santé communautaires, privés et publics de l'Ontario quand ces organisations recherchaient des possibilités d'amélioration du rendement. Dans le cadre de ces mandats, Brian a beaucoup travaillé avec l'ensemble du conseil d'administration et les comités de la vérification et des finances de ces organisations afin de mettre au point des processus et des outils de gouvernance appropriés.

Ces mandats incluaient les postes suivants :

- Vice-président et dirigeant principal des finances, Campbellford Memorial Hospital
- Vice-président et dirigeant principal des finances, Haliburton Highlands Health Services
- Vice-président et dirigeant principal des finances, Oak Valley Health
- Vice-président des services informatiques et de diagnostic et dirigeant principal des finances, Quinte Health Care (à deux reprises)
- Vice-président et dirigeant principal des finances, Centre de toxicomanie et de santé mentale (à deux reprises)
- Directeur général, Royal Victoria Regional Health Centre
- Vice-président et dirigeant principal des finances, North York General Hospital
- Vice-président et dirigeant principal des finances, William Osler Health System (sous la direction du superviseur)
- Vice-président et dirigeant principal des finances, Rouge Valley Hospital
- Vice-président des finances et dirigeant principal des finances, Joseph Brant Hospital
- Conseiller, Cambridge Memorial Hospital
- Conseiller, Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre
- Directeur général, Central Ontario Healthcare Procurement Alliance
- Conseiller auprès du conseil d'administration, Waterloo Wellington Community Care Access Centre

Rachel Kean – MBA, MSChQ, LCS – Vice-présidente responsable de l’assurance de la qualité et de la gestion des risques

Rachel Kean est actuellement la vice-présidente de l’assurance de la qualité, des risques et de l’expérience des patients au Royal Victoria Regional Health Centre, où elle a travaillé pendant 17 ans. Dans le cadre d’un partenariat régional visant le partage des dossiers médicaux électroniques, elle est directrice générale de la protection de la vie privée pour le Collingwood General and Marine Hospital, le Georgian Bay General Hospital, le Headwaters Health Care Centre, le Royal Victoria Regional Health Centre, le South Georgian Bay OHT et cinq centres de soins palliatifs locaux, dont Matthew’s House, à New Tecumseth.

Son portefeuille diversifié comprend les secteurs suivants : qualité des soins, gestion des risques (litiges, législation, bureau de l’élaboration des politiques et accréditation), expérience et sécurité des patients, amélioration de la qualité et bureau de gestion des projets (gestion du changement et stratégie), services de sécurité, planification des mesures d’urgence et standard téléphonique, accès des patients, dossiers médicaux et enregistrement (portail régional des patients reliés aux quatre sites issus du partenariat sur les dossiers médicaux électroniques), protection de la vie privée au niveau régional, services aux patients autochtones et gouvernance du conseil d’administration. Rachel possède également de l’expérience en tant que directrice dans le domaine de l’aide à la prise de décision et de l’approvisionnement, ainsi qu’en tant que directrice intérimaire de laboratoires, de services d’oncologie et de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Outre ses responsabilités au Royal Victoria Regional Health Centre, l’équipe de Rachel a l’habitude de fournir divers services au Collingwood General and Marine Hospital et au Georgian Bay General Hospital, ce qui lui a permis de travailler au sein d’organismes de soins de santé de petite, moyenne et grande taille.

Rachel a récemment terminé un mandat en tant que membre du conseil d’administration de Hospice Simcoe, où elle a présidé le comité sur l’assurance de la qualité, et elle est actuellement membre du corps enseignant du Georgian College of Applied Arts and Technology et notamment du programme de certificat d’études supérieures en gestion de projet.

Elle est titulaire d’une maîtrise en administration des affaires, d’une maîtrise ès sciences en qualité de la santé, d’un titre de Leader certifié en santé, d’un titre de Project Management Professional, d’une certification Ceinture noire Lean Six Sigma et d’un titre de Change Management Practitioner.

D^r Tony Stone – Médecin responsable

Le D^r Stone est un médecin de famille qui dispense des soins aux patients de Lakeridge Health depuis 1992. Son cabinet médical communautaire se trouve à Bowmanville. Il a obtenu son diplôme de premier cycle et a suivi une formation médicale de niveau supérieur à l’Université de Toronto et a reçu sa certification du Collège des médecins de famille du Canada en 1992. Il a également suivi l’Advanced Health Leadership Program en 2016 à la Rotman School of Management. Tout en continuant à dispenser des soins primaires complets, il a pratiqué la médecine d’urgence, la médecine en milieu hospitalier, les soins palliatifs, l’obstétrique et l’assistance chirurgicale.

Le D^r Stone a occupé plusieurs postes de direction, notamment celui de vice-président de l’association du personnel professionnel, de Lakeridge Health, celui de médecin-chef adjoint de Lakeridge Health Bowmanville et celui de médecin-chef de Lakeridge Health Corporation. Il est actuellement médecin responsable auprès de la Clarington FHO.

Le D^r Stone est professeur associé adjoint à la faculté de médecine de l’université Queen’s et chargé de cours au département de médecine familiale et communautaire de l’université de Toronto. Il intervient régulièrement en tant que précepteur pour les résidents dans le cadre du Programme de formation à la médecine dans les communautés rurales de l’Ontario.

Annexe D – Résultats du sondage des employés/du personnel professionnel

1. Sondage du personnel du SMH : Rétroaction des bénévoles (n=8)

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
Quelles sont les forces du SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des soins • Esprit communautaire • Leadership 	Preuve d'agrément, excellence en matière de sécurité des patients et des soins fournis. Le SMH est un hôpital remarquable, qui nécessite des fonds supplémentaires pour soutenir la croissance démographique de la région.
Quels sont les défis actuels auxquels le SMH est confronté?	<ul style="list-style-type: none"> • Approbation du MS pour le réaménagement • Financement insuffisant • Manque de personnel 	Ressources humaines en santé, c'est-à-dire disposer de suffisamment de personnel pour fournir les services. Financement provincial insuffisant pour permettre à l'hôpital d'embaucher le personnel nécessaire. Des infrastructures vieillissantes.
De quelle manière présentez-vous des initiatives liées à la qualité au SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai des conversations avec l'équipe de direction/réunions 	Le fait de converser et d'interagir avec l'équipe de direction m'a permis de comprendre les problèmes auxquels l'hôpital est confronté. J'ai eu l'occasion de formuler des commentaires et de suggérer des moyens d'établir une meilleure communauté au sein de l'hôpital.
Comment mesurez-vous la qualité au SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Plan d'amélioration de la qualité • Rétroaction des patients • Agrément 	Sécurité et soins des patients. L'agrément a été mesuré d'après les normes et le rendement d'autres hôpitaux de la province.
Quels sont les trois mots qui décrivent le mieux la culture du SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Attentionnée • Service • Qualité 	
La culture a-t-elle changé depuis que vous êtes au SMH? Si oui, de quelle manière?	<ul style="list-style-type: none"> • Changement de la population • Pandémie • Amélioration avec la direction actuelle • Enquêtes ayant des effets préjudiciables sur la culture 	La culture a changé au fil des années. Il y a d'abord eu les frustrations causées par le bâtiment âgé, ce qui a fait place à une culture où l'on était désespéré de réaménager les lieux tout en maintenant les services. Puis, il y a eu la pandémie qui a causé des dégâts partout, et les gens ont connu la série de réactions habituelle comme dans l'ensemble de la province et du pays. Le personnel était épuisé et il s'est créé une culture où celui-ci était fortement soudé afin que tous s'en sortent vivants. Puis, il s'est développé une culture de frustration due au manque de financement tandis qu'il fallait continuer d'assumer des responsabilités. La situation commençait tout juste à s'améliorer lorsque quelqu'un a dit au personnel qu'il travaillait mal et que la qualité des soins n'était pas bonne. Le personnel a donc été découragé. Je crois qu'ils tentent de tenir bon et ils font beaucoup de choses pour se soutenir

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
		mutuellement et garder un bon moral. Ils sont également toujours de bonne volonté.
Quelles sont les possibilités d'amélioration que vous entrevoyez au SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des infrastructures/réaménagement • Augmentation du personnel • Augmentation du financement 	Assurément la structure. Nous avons besoin de davantage de spécialistes (obstétriciens, neurologues). Le SMH fait de la promotion à l'interne, et s'il ne trouve pas le talent souhaité, il se tourne vers l'extérieur. Le réaménagement attirera également plus de médecins à l'hôpital.
Si vous pouviez changer une chose au SMH, quelle serait-elle?	<ul style="list-style-type: none"> • Réaménagement de l'hôpital • Financement • Arrêt des enquêtes 	Au lieu de gaspiller de l'argent pour un enquêteur, je l'investirais plutôt dans le réaménagement.
De quelle manière signalez-vous au SMH des problèmes aux risques?	<ul style="list-style-type: none"> • Équipe de direction • Autres dirigeants 	Parler avec la haute direction ou un membre du conseil d'administration, car plusieurs d'entre eux sont également des résidents vivant à proximité. Toutefois, ma principale préoccupation concerne tout le temps que tous passent à faire de la promotion auprès des administrateurs et à les mobiliser pour que les différentes étapes d'approbation progressent.
Décrivez l'engagement du SMH à l'égard de l'expérience des patients.	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel attentionné et professionnel • Commentaires positifs des patients 	Le SMH apprécie de recevoir les commentaires et les témoignages des patients concernant leur expérience.
Décrivez l'engagement du SMH à l'égard de l'expérience du personnel et des médecins.	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement sécuritaire • Reconnaissance • Limitations quant au financement 	Excellent. Bonnes conditions de travail. Les gens se soucient d'eux. Les restrictions financières et les hausses salariales ne sont pas problématiques au SMH, mais le ministère de la Santé doit augmenter les salaires pour suivre le coût de la vie.
Souhaitez-vous mentionner autre chose à l'équipe d'enquête?	<ul style="list-style-type: none"> • Résistance aux enquêtes du MS • Soutien à l'équipe de direction du SMH 	<p>Pourquoi êtes-vous réellement ici??? Notre hôpital est remarquable. Qu'essayez-vous de découvrir? Des crimes ont-ils été commis?</p> <p>Le processus d'enquête risque de causer un grave préjudice à l'hôpital, ce qui est en fait déjà le cas.</p>

2. Sondage des employés du SMH (n=82)

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
Quelles sont les forces du SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Esprit d'équipe • Esprit communautaire • Environnement d'un petit 	Le personnel est comme une famille où tous collaborent en vue de fournir les meilleurs soins avec des ressources limitées.

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
	hôpital	
Quels sont les défis actuels auxquels le SMH est confronté?	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de financement/ressources • Manque de leadership • Manque de personnel 	J'ai l'impression que nous sommes actuellement confrontés à un manque de communication, de leadership et de ressources.
De quelle manière présentez-vous des initiatives liées à la qualité au SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai des conversations avec l'équipe de direction/réunions Remarque : Bien que plusieurs commentaires soient portés à l'attention des dirigeants, aucune mesure n'est prise.	Vous donnez votre avis sur n'importe quelle idée, même si on n'y donne pas suite.
Comment mesurez-vous la qualité au SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats des patients • Rétroaction des patients • Indicateurs 	Selon moi, la sécurité des patients est un indicateur clé de la qualité.
Quels sont les trois mots qui décrivent le mieux la culture du SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Attentionnée • Amicale • Toxique • Stressante 	
La culture a-t-elle changé depuis que vous êtes au SMH? Si oui, de quelle manière?	<ul style="list-style-type: none"> • Changements • Baisse du moral et de la confiance • Leadership 	Oui. Lorsque j'ai débuté au SMH il y a plusieurs années, il y avait beaucoup de travail, mais la culture était positive et centrée sur les patients. La collaboration entre les services favorisait un environnement d'apprentissage positif, et tant les patients que le personnel en tiraient parti. Les gestionnaires collaboraient avec le personnel pour s'assurer que les services et les équipements fonctionnaient adéquatement. Nous avons toujours eu une charge de travail élevée, et depuis que je suis au SMH, nous avons toujours eu à travailler dans des conditions moins qu'optimales en raison du manque de financement pour de nouveaux équipements et de nouvelles infrastructures. La situation était toutefois tolérable grâce à la culture et « tout le monde » partageait le même but en ce qui a trait aux soins aux patients, ce qui nous forçait à faire preuve d'innovation pour pallier les manques. Au cours des cinq à six dernières années (mis à part la pandémie), le taux de roulement au sein de la direction a été élevé et le personnel a reçu peu de soutien concernant l'augmentation des charges de travail, les équipements vieillissants et le manque de politiques et de directives adressant les besoins de nos patients et les changements dans les soins de santé. Il y a eu moins de

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
		<p>collaboration entre les membres du personnel et entre les services, moins de directives pour assurer la sécurité et la qualité des soins, moins de discipline concernant une mauvaise éthique de travail et de mauvais comportements dans la peur de perdre du personnel, moins d'accent sur une formation adéquate à cause des problèmes de rétention du personnel, moins de contrôle de la qualité en général, et l'environnement qui était auparavant centré sur les patients est devenu accéléré, en exigeant davantage du personnel jusqu'à l'amener à l'épuisement. C'est devenu un environnement où « les plus forts survivent », où l'on ne peut faire confiance à la direction et où la discrimination et une mauvaise éthique de travail sont ignorées. La situation est déplorable. Cependant, les employés de longue date (nous sommes très peu) ont vu le côté positif de cette communauté hospitalière, et nous avons expérimenté la reconnaissance de nos patients. Nous demeurons donc à l'hôpital parce que nous entretenons l'espoir que si cette communauté est dirigée par les bonnes personnes, elle peut redevenir ce qu'elle a été.</p>
<p>Quelles sont les possibilités d'amélioration que vous entrevoyez au SMH?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Changement au sein de la direction • Augmentation du financement/des ressources • Augmentation du personnel 	<p>Restructuration complète de la direction pour améliorer la collaboration, rétablir la confiance et le respect et assurer une affectation appropriée des ressources pour appuyer les programmes relatifs aux soins des patients et au personnel.</p> <p>Si nous disposions de davantage de ressources, nous pourrions véritablement être un hôpital remarquable pour nos patients, et le personnel serait plus heureux. Nous avons besoin d'un plus grand nombre de médecins, de rétablir le service de thérapie respiratoire 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ainsi que l'unité des cas de gravité élevée.</p>
<p>Si vous pouviez changer une chose au SMH, quelle serait-elle?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Changement de l'équipe de direction (particulièrement la direction des services de gestion de l'environnement) • Augmentation du personnel • Culture 	<p>J'aimerais qu'il y ait un suivi du début à la fin pour s'assurer que les projets sont menés à bien. Je trouve que plusieurs postes de gestion impliquent la responsabilité de plusieurs services et que les responsables n'ont pas assez de temps pour effectuer un bon travail dans quelque domaine que ce soit. Le SMH doit remonter le moral du personnel.</p>

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
De quelle manière signalez-vous au SMH des problèmes aux risques?	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership • Signalement d'incidents 	<p>Avant le départ de notre directeur, la procédure était de lui envoyer un courriel ainsi qu'à notre coordonnatrice. Celle-ci nous disait qu'elle en discuterait avec le directeur, et la question n'était jamais réglée. Nous faisons constamment un suivi et soit nous n'obtenions aucune réponse, soit le problème n'était pas résolu. Maintenant que notre directeur est parti, c'est le silence complet.</p>
Décrivez l'engagement du SMH à l'égard de l'expérience des patients.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire de notre mieux • Commentaires positifs des patients 	<p>Nous avons un engagement inégalé envers les patients. Malgré tous nos problèmes, notre priorité est d'offrir aux patients une excellente expérience et des résultats positifs, et nous faisons de notre mieux pour y parvenir.</p>
Décrivez l'engagement du SMH à l'égard de l'expérience du personnel et des médecins.	<ul style="list-style-type: none"> • Événements de reconnaissance du personnel • Possibilités d'amélioration 	<p>Le SMH organise chaque année une semaine d'appréciation des employés qui comprend de la nourriture et des activités visant à la reconnaissance du personnel. Des paniers de mieux-être remplis de surprises sont également préparés à certains moments de l'année, et un repas des fêtes est préparé à l'intention du personnel à Noël. Mon gestionnaire amène souvent des friandises et présente des remerciements lors de rassemblements. Les réussites plus importantes sont communiquées dans les courriels du vendredi prévus à cet effet.</p> <p>On pourrait apporter des améliorations en démontrant une plus grande transparence et en fournissant plus souvent une rétroaction positive.</p>
Souhaitez-vous mentionner autre chose à l'équipe d'enquête?	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de préoccupation, de crainte • Personnel acharné faisant de son mieux en fonction des ressources 	<p>Plusieurs homologues et des collègues de travail craignent de perdre leur emploi à cause des enquêtes continuelles, et nous ne ressentons pas le soutien de la haute direction en ce moment. Les « personnes au bas de l'échelle » devraient être entendues, et elles savent bien souvent mieux que les supérieurs hiérarchiques comment les choses fonctionnent, mais on ne sollicite jamais leur contribution dans les projets, etc.</p> <p>J'aime cet hôpital. Malgré nos problèmes, nous prenons réellement les choses à cœur et faisons tous de notre mieux. L'hôpital est défaillant, mais le personnel tient à poursuivre</p>

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
		son travail et à fournir les meilleurs soins possible, en dépit du manque de personnel et de financement, et nous faisons tout cela dans un bâtiment archaïque en utilisant de l'équipement usagé. Je sais que notre hôpital n'est pas le seul à faire face à ces problèmes. Les soins de santé sont en crise. Et vous ne serez pas en mesure de tout résoudre. Sachez toutefois que votre présence me permet d'espérer que de meilleures choses sont à venir.

3. Sondage du personnel professionnel (n=18)

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
Quelles sont les forces du SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Équipe • Esprit communautaire • Environnement d'un petit hôpital 	Mentalité familiale parmi le personnel, engagement ferme à l'égard de la collectivité et le fait d'en prendre soin.
Quels sont les défis actuels auxquels le SMH est confronté?	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité • Manque de leadership • Manque de personnel 	<p>1) Le manque de responsabilisation des gestionnaires et des dirigeants.</p> <p>2) Les importantes périodes d'arrêt du service d'imagerie diagnostique en particulier, la réalisation de radiographies simples durant les quarts de nuit, ce qui n'est pas sécuritaire. La direction est au courant de la situation, mais aucune initiative n'a été prise pour résoudre le problème.</p> <p>3) Le manque de personnel infirmier.</p> <p>4) L'absence d'un plan d'urgence adéquat qui traite des arrêts (continuels) du service d'imagerie diagnostique, le manque de thérapeutes respiratoires, l'absence d'anesthésistes et de gynécologues, ce qui n'est pas sécuritaire pour les patients.</p> <p>5) On nous interdit de discuter des lacunes et on nous dit que nous ne pouvons pas aiguiller les services ambulanciers lorsque nous ne disposons pas du service d'imagerie diagnostique ou de l'outil le plus élémentaire, à savoir un appareil à rayons X mobile pour examiner le thorax, afin de traiter les patients en toute sécurité, ce qui pose un risque pour les patients, les médecins et le personnel infirmier.</p> <p>6) L'environnement de travail n'est pas sécuritaire (entrée des ambulances ouverte et accessibilité du public à l'urgence, absence de code argent ou de code noir approprié). Ces</p>

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
		<p>problèmes ont été portés durant plusieurs années à l'attention des superviseurs, des responsables du service des urgences et des gestionnaires du personnel infirmier, mais ils n'ont jamais été résolus ou pris au sérieux.</p> <p>7) Les employés ne se sentent pas à l'aise ou en sécurité de s'exprimer. Nous avons perdu tant d'employés compétents et professionnels, et l'occasion ne leur a jamais été donnée de partager leurs préoccupations au cours d'une entrevue de fin d'emploi.</p> <p>8) Le manque de services de thérapie respiratoire malgré le nombre élevé de patients dont le cas est de gravité élevée et le nombre croissant de patients gériatriques ou ayant le cancer qui ont déménagé dans ce secteur de la région du Grand Toronto.</p> <p>9) L'important manque de services de santé mentale, sans aucun psychiatre de garde ou qui soit disponible pour des consultations. Des patients finissent par demeurer à l'urgence et passer la journée dans le couloir, ce qui crée un environnement qui n'est pas sécuritaire pour les autres et entraîne des répercussions sur notre flux.</p> <p>10) L'inconstance quant à la disponibilité de médecins hospitalistes, la dépendance excessive sur le personnel de l'urgence pour combler les déficits dans l'hôpital tels que pour les bébés en santé ou malades, les besoins d'anesthésistes et de médecins hospitalistes, ce qui alourdit considérablement le fardeau du personnel et pèse sur son moral.</p> <p>11) Le manque de communication transparente sur le site Web de l'hôpital concernant l'important manque de services, ce qui retarde les soins aux patients.</p> <p>12) Le manque de financement.</p> <p>13) Le manque d'espace physique.</p>
<p>De quelle manière présentez-vous des initiatives liées à la qualité au SMH?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai des conversations avec l'équipe de direction/réunions <p>Remarque : Bien que plusieurs commentaires soient portés à l'attention des dirigeants, aucune mesure n'est prise.</p>	<p>À l'heure actuelle, il s'agit d'un processus difficile, car de nombreuses préoccupations ne sont pas entendues.</p> <p>Par exemple, nous créons des bons de commande lorsque de l'équipement est brisé ou qu'il y a des problèmes liés à la sécurité. Le traitement de ces requêtes est lent et il arrive souvent qu'elles ne soient pas traitées du tout. Nos gestionnaires doivent déjà s'occuper de tant de choses qu'ils ne sont pas en mesure</p>

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
		d'effectuer le suivi de chaque problème. Par conséquent, il semble inutile de les signaler.
Comment mesurez-vous la qualité au SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats des patients • Rétroaction des patients • Indicateurs 	<p>Je mesure la qualité d'après la satisfaction et les résultats des patients. Je crois qu'il est très important d'offrir des soins axés sur les patients et que le plus important est de fournir des soins sécuritaires et efficaces.</p> <p>J'ai l'impression que certaines personnes mesurent la qualité en termes du nombre de lits occupés et du plus petit montant d'argent dépensé. Cela compromet la capacité du personnel à fournir des soins de qualité.</p>
Quels sont les trois mots qui décrivent le mieux la culture du SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Attentionnée • Amicale • Toxique 	
La culture a-t-elle changé depuis que vous êtes au SMH? Si oui, de quelle manière?	<ul style="list-style-type: none"> • Elle a empiré • Culture • Un changement est souhaité 	<p>Lorsque j'ai débuté au SMH, le sentiment de communauté parmi le personnel était fantastique. On obtenait toujours de l'aide et l'esprit d'équipe régnait au sein des services de même qu'entre les services. On n'avait alors pas l'impression de venir travailler. Je me sentais soutenu et encouragé à poser des questions afin d'apprendre, et cela me rendait impatient et désireux d'aider davantage d'employés lorsque j'ai atteint une certaine ancienneté. À présent, je me sens dépassé par l'incapacité du personnel à travailler en équipe. Il est parfois difficile de trouver quelqu'un disposé à aider à effectuer une tâche donnée. On dénote à l'hôpital beaucoup de problèmes d'attitude, une atmosphère toxique et un manque de professionnalisme entre les services, qui n'existaient pas lorsque j'ai commencé à travailler ici. Presque aucun soutien n'est offert malgré le fait que l'on semble ajouter du personnel de soutien (planificateur de congés hospitaliers, deux chercheurs-cliniciens).</p>
Quelles sont les possibilités d'amélioration que vous entrevoyez au SMH?	<ul style="list-style-type: none"> • Réaménagement • Programme de thérapie respiratoire • Changement au sein de la direction 	<p>Nouveau directeur général, nouveau conseil d'administration possédant de l'expertise et qui se préoccupe de l'avenir de cet hôpital, nouvel infirmier ou nouvelle infirmière en chef ayant une nouvelle façon de voir les choses.</p>
Si vous pouviez changer une chose au SMH, quelle serait-elle?	<ul style="list-style-type: none"> • Réaménagement de l'hôpital • Programme de thérapie respiratoire • Augmentation du personnel 	<p>La responsabilisation financière.</p> <p>Un programme de thérapie respiratoire à temps complet</p> <p>Des protocoles d'entente avec de plus grands</p>

Question	Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
		centres hospitaliers pour les transferts et obtenir du soutien. Par exemple, tous les cas de pédiatrie vont à l'hôpital x tandis que tous les cas de fractures vont à l'hôpital y.
De quelle manière signalez-vous au SMH des problèmes aux risques?	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership • Signalement d'incidents 	Un système de signalement d'incidents ainsi que le fait d'envoyer un courriel et de communiquer avec les gestionnaires/directeurs.
Décrivez l'engagement du SMH à l'égard de l'expérience des patients.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire de notre mieux • Commentaires positifs des patients 	L'hôpital tente de faire de son mieux dans un vieil établissement désuet.
Décrivez l'engagement du SMH à l'égard de l'expérience du personnel et des médecins.	<ul style="list-style-type: none"> • Faible engagement • Tentatives infructueuses • Limitations quant au financement 	<p>Il existe un manque d'engagement concernant l'expérience du personnel/des médecins. La situation a changé au fil des années. L'implication et la communication des supérieurs hiérarchiques/de la haute direction ont décliné de manière continue, tandis que ces deux éléments favorisent et renforcent notre expérience positive.</p> <p>Ils essaient sans toutefois y parvenir. Nous ressentons encore les effets de la mise à pied de 16 infirmiers/infirmières, ce qui nous oblige à compter sur le personnel embauché par des agences privées. L'hôpital a pris l'engagement d'embaucher plus de personnes et je crois que les postes vacants ont été bien pourvus, mais il n'y a rien pour retenir les gens, en particulier les médecins. Pourquoi une personne risquerait-elle son permis ou son certificat d'inscription pour travailler dans un établissement qui n'est pas sécuritaire, car il n'y a pas de ressources permettant d'effectuer un bon travail?</p>
Souhaitez-vous mentionner autre chose à l'équipe d'enquête?	<ul style="list-style-type: none"> • Je suis reconnaissant de l'occasion de fournir des renseignements • Équipe attentionnée 	Les membres du personnel sont soucieux du rôle qu'ils jouent au SMH, au point que plusieurs travaillent ici depuis plus de 30 ans. Le personnel veille aux intérêts du SMH, faisant attention à ce qu'il achète comme s'il s'agissait de ses propres fonds. Certains articles méritent qu'on investisse pour les acquérir, car leur qualité est en fonction du prix payé; tout cet aspect lié à la qualité dont j'ai fait mention précédemment.

Annexe E – Résumé des réponses du sondage communautaire (n = 261)

Question	Réponses / Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
Est-ce que vous ou les membres de votre famille avez utilisé les services du SMH au cours des cinq dernières années?	O = 256 N = 4 Aucune réponse = 1	S. O.
Si vous ou votre famille avez utilisé les services du SMH au cours des récentes dernières années, sur une échelle de 1 à 5, comment évalueriez-vous votre expérience générale (qualité des soins, courtoisie/professionnalisme, propreté)?	Extrêmement satisfait : 50 Très satisfait : 65 Satisfait : 62 Très insatisfait : 42 Extrêmement insatisfait : 37 Aucune réponse : 5 Résumé : Extrêmement/Très satisfait : 44 % Satisfait : 24 % Extrêmement/Très insatisfait : 30 % Aucune réponse : 2 %	
Avez-vous d'autres commentaires concernant la question 2 ci-dessus?		Extrêmement/Très satisfait : Bien qu'ils soient occupés, les médecins fournissent d'excellents soins. Satisfait : L'hôpital n'a pas été en mesure de m'aider et m'a transféré(e) à un autre hôpital. Extrêmement/Très insatisfait : Ce vieil hôpital tient debout avec du ruban adhésif et de l'amiante d'une autre époque. Il manque de personnel et est mal géré.
Sur une échelle de 1 à 3, croyez-vous que le SMH répond à vos besoins ou à ceux de votre famille quant aux exigences en matière de services locaux?	Répond au-delà : 32 Répond : 126 Ne répond pas : 97 Aucune réponse : 6	
Avez-vous d'autres commentaires concernant la question 6 ci-dessus?		Répond au-delà : Je passe régulièrement des tomodensitométries à l'hôpital et je n'ai jamais eu de difficulté à obtenir un rendez-vous. J'aime également le fait de pouvoir obtenir mes résultats sur le portail pour les patients. Répond : L'augmentation de la population dans cette région nécessite que l'hôpital prenne de l'expansion.

Question	Réponses / Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
		<p>Ne répond pas :</p> <p>Nous avons passé toute notre vie dans cette collectivité, et cet hôpital ne répond plus à aucun de nos besoins, particulièrement en situation d'urgence. Pour être franc(he), j'ai maintenant peur d'aller à cet hôpital, car la prestation de soins est vraiment mauvaise.</p>
<p>Quel hôpital préférez-vous lorsque vous cherchez à obtenir des soins d'urgence?</p>	<p>SMH : 139 HHCC : 10 RVH : 36 SRHC : 55 Cela dépend : 3 Autres : 18</p>	
<p>Si vous avez reçu un traitement qui est fourni en milieu hospitalier (service des urgences, patient externe ou hospitalisé) dans un autre hôpital, veuillez en indiquer le nom.</p>	<p>Aucune réponse fournie</p>	
<p>Quelles sont les raisons de votre choix?</p>		
<p>Quelle est la probabilité que vous recommandiez le SMH à des amis et des membres de votre famille?</p>	<p>Très probable : 94 Plutôt probable : 83 Peu probable : 82 Aucune réponse : 2</p>	
<p>Avez-vous d'autres commentaires concernant la question 11 ci-dessus?</p>		<p>Très probable :</p> <p>Cela dépend de la situation. Pour une visite au service des urgences, oui. Pour des soins d'obstétrique et de gynécologie, cela dépend du médecin. De plus, comme les personnes nécessitant des soins d'obstétrique sont souvent aiguillées ailleurs en raison du manque de personnel, votre accouchement risque de ne pas avoir lieu ici comme prévu. Pour les cliniques pour les patients externes, oui. Pour la radiologie, oui.</p> <p>Plutôt probable :</p> <p>Cela dépend du besoin. Le service est bon, mais la capacité est limitée pour des besoins importants.</p> <p>Peu probable :</p> <p>Il existe de meilleurs hôpitaux dans la région qui peuvent gérer des besoins plus complexes. Il est donc préférable de se rendre là plutôt que de venir ici, pour ensuite être transféré dans un autre hôpital pour certains examens ou</p>

Question	Réponses / Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
		certaines procédures.
Selon votre expérience globale, quelles sont deux choses que le SMH fait particulièrement bien?	Le service de triage Le souci et la compassion du personnel	Le souci : les médecins et le personnel infirmier en font tellement sans aucune ressource. Les personnes au triage travaillent très bien, et le personnel infirmier est vraiment gentil.
Selon votre expérience globale, quelles sont deux choses qui pourraient être améliorées au SMH?	Les temps d'attente L'établissement La dotation en personnel	Concernant le temps d'attente à l'urgence, il faut plus de lits, car la population augmente rapidement dans la région. L'établissement est désuet... nous avons besoin d'un nouvel hôpital. Mettre en œuvre des mesures incitatives pour attirer de jeunes médecins dans un établissement en milieu rural. Plus de personnel : lors d'un quart de travail, l'une de mes infirmières était la seule présente au service de maternité et elle était visiblement dépassée.
Souhaitez-vous mentionner autre chose à l'enquêteur?	Il serait nécessaire d'agrandir/de prendre de l'expansion	En se basant sur la taille de New Tecumseth, il nous faut notre propre hôpital, qui devra répondre aux normes des autres établissements de soins de santé. Quand je suis au SMH, je me demande souvent si le personnel peut passer au travers la journée, considérant le manque de ressources et d'équipement moderne. Il faut construire un nouvel hôpital et non pas rénover un vieil établissement en décrépitude. Nous avons besoin d'un nouvel hôpital à Allison pour accommoder la croissance démographique. Je crois que nous sommes réellement chanceux d'avoir un hôpital dans notre propre collectivité, mais il est si âgé et désuet, et de nombreux équipements et services spécialisés n'ont pas la capacité de prodiguer tous les soins requis pour l'ensemble de la collectivité.
Veuillez indiquer votre âge en choisissant parmi les options suivantes :	18-24 : 4 25-34 : 20 35-44 : 61 45-54 : 34 55-64 : 53 65-74 : 46	

Question	Réponses / Thème(s) important(s)	Exemple de réponse(s)
	75 et plus : 40 Aucune réponse : 3	
Depuis combien d'années vivez-vous dans la région?	Moins d'un an : 3 2-5 ans : 32 6-10 ans : 45 11-20 ans : 45 Plus de 20 ans : 133 Aucune réponse : 3	

Annexe F – Mobilisation des intervenants

Type	Participants uniques	Remarque
Réunions avec le conseil d'administration et les comités du SMH	Membres du conseil d'administration du SMH	Conseil d'administration Comité sur l'assurance de la qualité du conseil d'administration Comité de gouvernance du conseil d'administration Comité des finances, de vérification et des biens immobiliers Comité exécutif du conseil d'administration Réunions avec la haute direction (comité de gestion administrative) Comité médical consultatif
Entrevues/réunions	106	Membres du conseil d'administration du SMH (1:1) Direction du SMH (1:1) Gestionnaires/directeurs du SMH Médecins Personnel professionnel Ancien médecin-chef, et médecin-chef intérimaire actuel Chefs de service/médecins responsables Président de l'association du personnel professionnel Ancien président de l'association du personnel professionnel Personnel des programmes cliniques (membres du personnel d'imagerie diagnostique, membres du personnel de laboratoire, membres du personnel d'obstétrique, personnel de thérapie respiratoire, membres du personnel de médecine/d'intervention chirurgicale, personnel infirmier affecté au flux de patients, personnel infirmier du service de dialyse, personnel infirmier affecté au débordement ambulancier) Représentants syndicaux Représentant de l'AIIO Les pharmacies Direction de Santé Ontario Personnel infirmier embauché par des agences privées Réunions avec le CCPF Membres de la collectivité
Réunions avec les politiciens locaux	8	Maires (6) Député provincial (1) Député (1)
Groupe de discussion (à supprimer)		

Type	Participants uniques	Remarque
Séances de discussion ouverte	Ouvertes au personnel du SMH	2 séances menées sur place (en personne/virtuellement le 17 avril 2024)
Sondage en ligne – SMH Personnel de l’hôpital, bénévoles, médecins	108 réponses	Personnel professionnel Personnel du SMH Bénévoles (membres du conseil d’administration)
Sondage communautaire	261 réponses	
Nombre total de personnes Ayant fourni des commentaires	483	

Annexe G – Exemples de documents examinés

(CETTE LISTE N'EST PAS EXHAUSTIVE)

Rapports d'agrément
Cartables des documents d'assemblée générale annuelle
Rapports annuels
États financiers vérifiés
Cartables des documents des réunions du conseil d'administration
Cartable des documents d'orientation du conseil d'administration
Documents de recrutement du conseil d'administration
Matrice de compétences du conseil d'administration
Cartables des documents relatifs aux sous-comités du conseil d'administration
Règlements, le cas échéant
Planification des immobilisations
Données sur le service des urgences
Document sur la gestion des risques d'entreprise
Stratégie budgétaire de l'hôpital
Plans d'amélioration de l'hôpital
Politiques de l'hôpital (p. ex., le code de conduite)
Plans stratégiques de l'hôpital
Soumission de l'ERS-H et de la PPRH
Rapports et recommandations sur la RFSS
Descriptions des postes
Documents de Santé Ontario – Plan d'activités annuel
Indicateurs de rendement de Santé Ontario
Procès-verbaux et politiques du comité médical consultatif
Règles relatives au personnel médical
Données sur les incidents liés à des médicaments
Organigrammes
Documents de réunion du comité consultatif des patients et des familles
Rémunération/contrats des médecins
Lettres de médecin
Résultats du sondage sur la satisfaction des médecins
Plans d'amélioration de la qualité
Tableaux de bord sur la qualité
Documents de réunion de l'équipe de la haute direction (comité de gestion administrative)
Résultats du sondage sur la satisfaction du personnel
Site Web externe du Stevenson Memorial Hospital
Lettre d'invitation de Westpark pour un partenaire d'intégration

Annexe H – Commentaires du responsable des finances d’hôpitaux intégrés de taille moyenne

Les hôpitaux suivants sont visés :

- Quinte Healthcare, qui comprend les sites de North Hastings et de Picton;
- Oak Valley Health, qui comprend le site d’Uxbridge;
- Halton Healthcare, qui comprend le site de Georgetown.

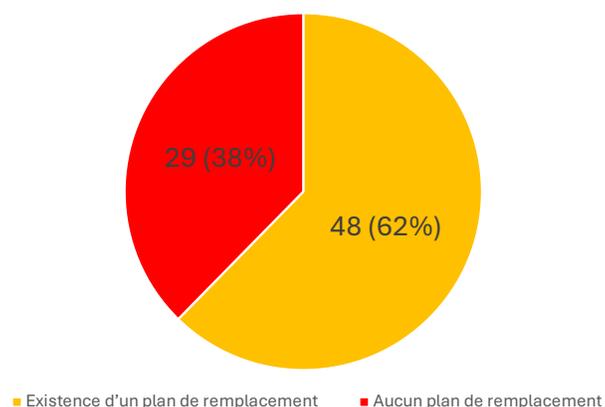
Les thèmes suivants ressortis des entrevues :

- Il est extrêmement important de fournir des soins à proximité du domicile dans ces petites collectivités. L’accès aux soins est amélioré grâce à la création de processus relatifs aux soins pour le service de chirurgie d’un jour, le service des urgences et les services aux patients ainsi qu’à la création de cliniques de soins ambulatoires novatrices.
- Les petits centres hospitaliers ont pu avoir accès aux technologies cliniques et de l’information, qui autrement ne leur auraient pas été accessibles, telles que :
 - les distributeurs automatiques;
 - la rationalisation de l’imagerie diagnostique et de la lecture des images à distance;
 - les systèmes de renseignements sur la santé.
- L’accès aux principales pratiques de soins cliniques telles que :
 - le service de pathologie;
 - le service de laboratoire;
 - le service de pharmacie;
 - les services alimentaires.
- Les plus récentes normes en matière de prévention et contrôle des infections (PCI), de qualité et de gestion des risques.
- Le recrutement de ressources humaines dans le domaine de la santé est amélioré, et les défis sont par conséquent moins difficiles que lorsqu’une organisation est indépendante. Il y a cependant certaines limitations, car le personnel ne souhaite pas être affecté à plusieurs sites de façon aléatoire.
- L’efficacité a été validée au moyen d’une étude de coût par cas. La réduction des coûts indirects n’est qu’un des moyens ayant permis de gagner en efficacité, et les exemples mentionnés ci-dessus augmentent davantage l’efficacité.

Annexe I – Dotation en personnel du service d’obstétrique pour l’année terminée le 31 décembre 2023

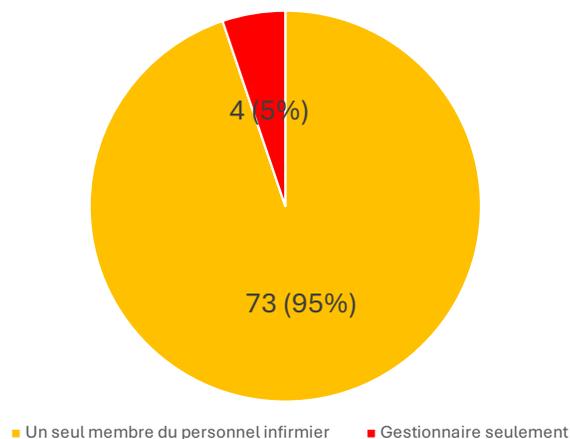
Disponibilité du personnel du service d’obstétrique pour l’année terminée le 31 décembre 2023

Nombre de quarts de travail comprenant du personnel n’ayant pas une formation adéquate (77)



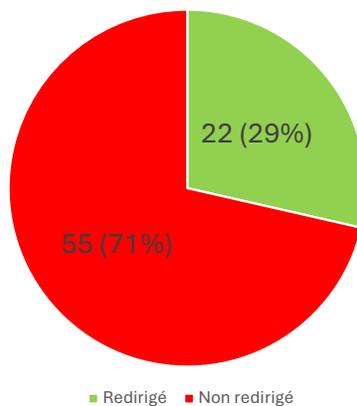
Disponibilité du personnel du service d’obstétrique pour l’année terminée le 31 décembre 2023

Nombre de quarts de travail comprenant un nombre inadéquat d’employés (77)



Disponibilité du personnel du service d'obstétrique pour l'année terminée le 31 décembre 2023

Nombre de quarts de travail comprenant du personnel n'ayant pas une formation adéquate (77)



Annexe J – Politique relative aux périodes d'arrêt des services d'imagerie diagnostique

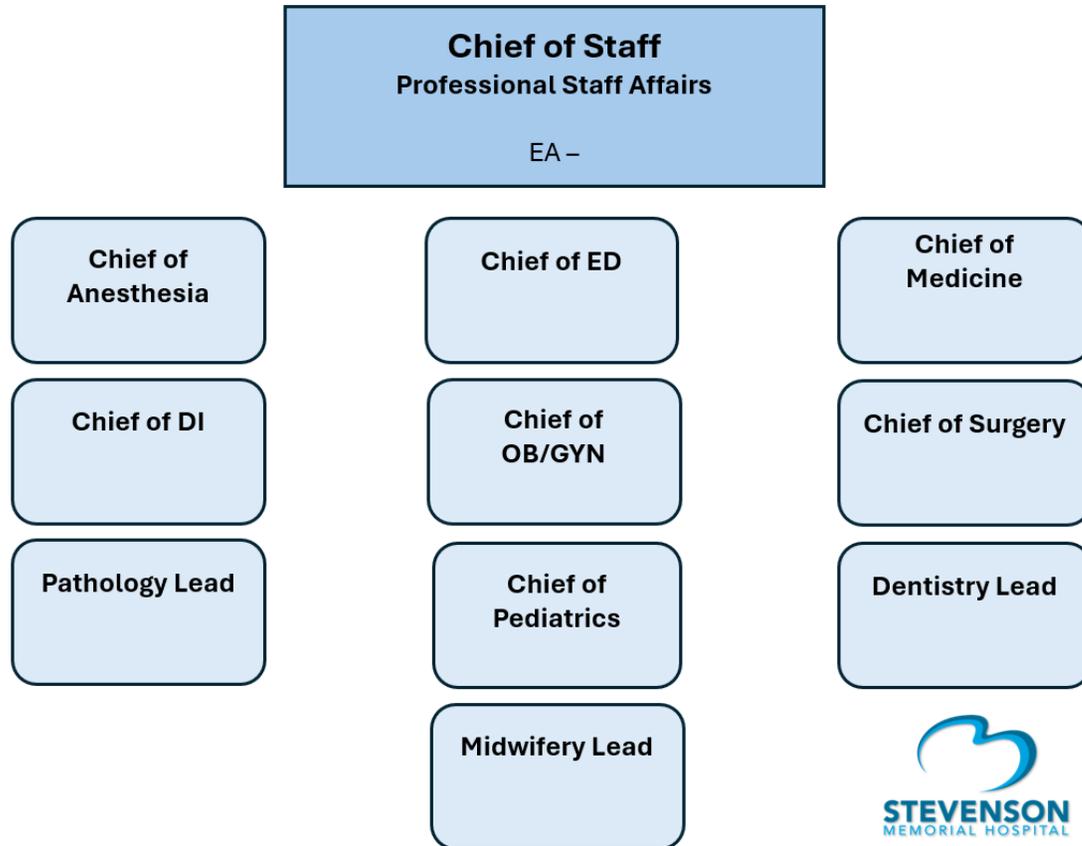


Processus à suivre en période d'arrêt des examens de tomodensitométrie au SMH

A. Processus d'aiguillage pour les examens de tomodensitométrie lors des périodes d'arrêt, du lundi au vendredi entre 8 h et 17 h

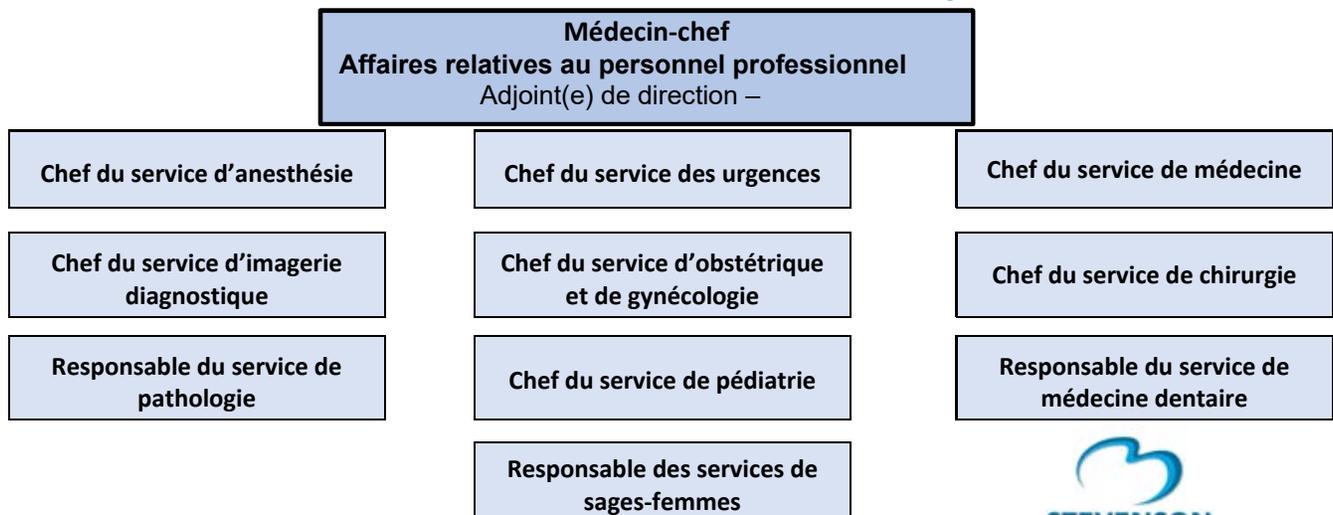
1. Le SMH avisera le Southlake Regional Health Centre (SRHC) qu'il aiguille un patient pour une tomodensitométrie en communiquant avec le service de tomodensitométrie du SRHC par téléphone au 905 895-4521, **poste 3608**, pour l'informer que le SMH présente une demande de tomodensitométrie.
2. Le SMH enverra par télécopie la demande (lisible et dûment remplie) de tomodensitométrie faite au SRHC, au numéro 905 952-3064. Si la tomodensitométrie demandée peut nécessiter l'injection de produits de contraste (y compris, les plus récents pour la créatinine/DFGe), indiquer les renseignements requis à cet effet dans le document *Imagerie diagnostique, dépistage avec produits de contraste, ordonnances et dossiers administratifs* du SRHC, et envoyer le document par télécopie au numéro 905 952-**3064** accompagné de la demande.
2. Indiquer clairement « Patient du SMH » en haut de la demande de tomodensitométrie envoyée par télécopie au SRHC et faire de même pour le document *Imagerie diagnostique, dépistage avec produits de contraste, ordonnances et dossiers administratifs*, le cas échéant.
3. L'aiguillage pour l'examen de tomodensitométrie du SMH sera effectué selon le protocole et signalé par un radiologue du SRHC.
4. Le patient du SMH passera uniquement la tomodensitométrie au SRHC et reviendra au SMH pour le suivi. Le patient doit en tout temps être accompagné d'un fournisseur de soins de santé du SMH autorisé, et le SMH est responsable de prendre toutes les dispositions relatives au transport et d'effectuer les paiements afférents.
5. Le technologue en radiation médicale du service de tomodensitométrie du SRHC fixera une date et une heure pour l'examen qu'il communiquera à l'équipe du SMH, y compris l'heure prévue d'arrivée du patient au service d'imagerie diagnostique du SRHC.
6. Le personnel du SMH procédera à la préparation du patient, le cas échéant, lorsque certains examens de tomodensitométrie nécessitent une préparation.
 - Voici quelques exemples : entreprendre l'administration par voie orale des produits de contraste, préparer le patient avec les dispositifs d'injection intraveineuse, le cas échéant, etc.;
 - l'équipe du SMH coordonnera l'administration par voie orale des produits de contraste, si requis, en fonction de l'heure du rendez-vous selon les directives du technologue en radiation médicale du SRHC.
7. À son arrivée au SRHC, le patient du SMH sera inscrit (comme patient externe du SRHC) au centre d'accueil Est; le fournisseur de soins de santé du SMH doit appeler au poste 3608 pour aviser le technologue en radiation médicale du service de tomodensitométrie du SRHC de leur arrivée.
8. Le patient et le fournisseur de soins de santé du SMH se dirigeront ensuite à la réception du service d'imagerie diagnostique, qui se trouve au niveau 2 Est où l'on procédera à leur enregistrement pour l'examen de tomodensitométrie.
9. La tomodensitométrie sera effectuée par le technologue en radiation médicale du service de tomodensitométrie du SRHC selon les protocoles locaux. Les images et le rapport de tomodensitométrie seront accessibles dans Agfa PACS.

Stevenson Memorial Professional Staff Structure



Français :

Structure du personnel professionnel du Stevenson Memorial Hospital



Annexe L – Composition du personnel professionnel au sein des services

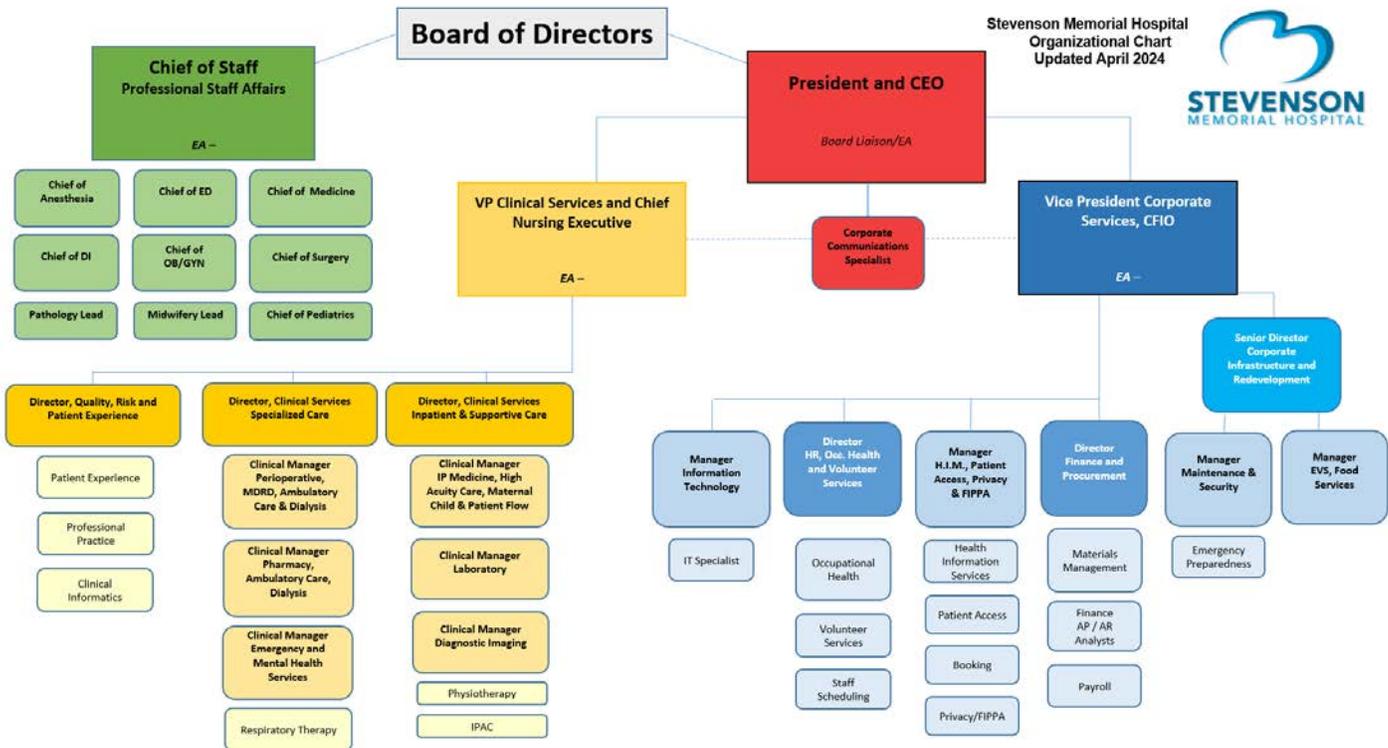
- Anesthésie (2 actifs, 1 associé, 11 médecins suppléants)
 - Le groupe de base qui fournit la plupart des services comprend 2 membres du personnel actifs et 1 membre du personnel associé.
 - 1 membre de l'équipe de base a reçu une bourse de recherche postdoctorale pour effectuer des travaux de recherche sur la douleur, et il est actuellement en congé sabbatique de janvier à septembre 2024. Ce congé sabbatique a entraîné une certaine diminution des services.
 - 2 médecins suppléants fournissent un soutien régulier pour le service de garde;
 - 3 médecins suppléants s'occupent des listes d'interventions chirurgicales sans effectuer de service de garde;
 - 5 autres médecins suppléants n'ont fourni aucun service au cours des 6 derniers mois;
 - Tous les membres du personnel, sauf un, sont des omnipraticiens anesthésistes.
- Médecine dentaire (7 actifs)
 - 1 liste/semaine partagée entre 6 dentistes.
 - Plusieurs annulations en 2024 dues à une pénurie de personnel au sein du service d'anesthésie.
- Imagerie diagnostique (2 actifs, 1 de courtoisie, 17 médecins suppléants)
 - 1 médecin à temps plein est de service le jour, du lundi au vendredi, et effectue le service de garde jusqu'à environ 22 h les mardis et les jeudis.
 - 2 médecins suppléants fournissent des services réguliers de jour à raison de 3 jours/semaine (combinés). Ils n'effectuent pas de service de garde, mais ils comblent occasionnellement les manques de CTS.
 - Canadian Teleradiology Services (CTS) fournit des services certains soirs de la semaine, toutes les nuits ainsi que les fins de semaine.
- Médecine d'urgence (10 actifs, 4 associés, 3 de courtoisie, 10 médecins suppléants)
 - Il s'agit du service le plus fonctionnel. Le personnel est en nombre suffisant et le service n'a pas expérimenté de problèmes de recrutement.
 - 14 médecins ont des quarts de travail réguliers.
 - 5 médecins suppléants effectuent de 2 à 6 quarts de travail/mois.
 - 4 autres médecins travaillent sur une base occasionnelle.
- Médecine familiale (2 de courtoisie)
 - Le service de médecine en milieu hospitalier faisait auparavant partie de ce service. Un nouveau service de médecine en milieu hospitalier a été créé en mars 2019.
 - Depuis lors, il ne constitue pas un service fonctionnel de l'hôpital. Les 2 membres du personnel de courtoisie disposent de droits leur permettant d'ordonner des perfusions.
- Médecine en milieu hospitalier (1 actif, 2 associés, 2 de courtoisie, 20 médecins suppléants)
 - Ce service est fragile et un fournisseur de base a récemment réduit son horaire de travail, passant de deux semaines à une semaine par mois.

- Le service dépend grandement des médecins suppléants et reçoit un soutien supplémentaire des médecins urgentologues.
- Il a été particulièrement difficile l'été dernier d'assurer un nombre suffisant de membres du personnel. Deux chirurgiens ont reçu un soutien leur permettant d'ajuster l'étendue de leur pratique pour inclure la médecine en milieu hospitalier.
- Médecine interne (1 actif, 1 de courtoisie)
 - Fait partie du service de médecine.
 - Le membre du personnel actif n'a jamais exercé au SMH.
 - Le membre du personnel associé effectue des consultations non urgentes en gériatrie.
- Pédiatrie
 - Il s'agit d'un service de néonatalité qui s'occupe des nouveau-nés à risque élevé.
 - 6 médecins urgentologues sont également affectés au service de pédiatrie (et 4 autres attendent l'approbation du comité médical consultatif).
 - Ces médecins reçoivent une formation supplémentaire sur la réanimation et les procédures néonatales;
 - Ce service reçoit un excellent soutien de la part du service de néonatalogie de l'hôpital SickKids.
 - Les sages-femmes sont maintenant autorisées à fournir un soutien aux nouveau-nés autres que ceux de leurs propres patients.
 - Le service comptait auparavant 3 pédiatres. Tous ont démissionné et poursuivi leur carrière ailleurs.
- Médecine de laboratoire (1 de courtoisie, 1 médecin suppléant)
 - Il s'agit des services de pathologie générale et de médecine de laboratoire.
 - Les deux pathologistes exercent les principaux droits qui leur sont accordés au SRHC (l'un d'eux est le directeur du service de médecine de laboratoire du site).
- Obstétrique et gynécologie
 - Obstétrique et gynécologie (3 actifs, 1 associé, 1 de courtoisie, 3 médecins suppléants).
 - Perte d'un obstétricien en 2021 (qui prenait en charge 1/3 du service de garde) en raison de problèmes d'ordre professionnel.
 - Une importante partie du service de garde a été reprise par le médecin-chef avec l'aide d'autres personnes. Le médecin-chef a démissionné en juillet 2023. Le service connaît d'importants manques depuis lors.
 - Sages-femmes (7 actifs, 1 médecin suppléant)
- Services aux patients externes (1 actif, 8 de courtoisie, 5 médecins suppléants)
 - On dénote un excellent service de néphrologie fourni par le Royal Victoria Regional Health Centre (RVH) en appui au programme de dialyse pour les patients externes du SMH.
- Chirurgie (8 actifs, 8 de courtoisie, 10 médecins suppléants)

- L'équipe de base comprend 3 chirurgiens généralistes qui fournissent un service 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, un urologue à temps partiel pour le service de garde ainsi qu'un chirurgien orthopédiste.
- 2 chirurgiens itinérants (ophtalmologistes) effectuant des interventions chirurgicales sur une base régulière sans effectuer de service de garde.
- 2 chirurgiens fournissant des services uniquement dans des cliniques externes (clinique ORL et clinique traitant les fractures).
- 8 assistants en chirurgie (cas non urgents, pas de services de garde).
- 8 membres du personnel n'ont fourni aucun service au cours des 6 derniers mois.

Annexe M – Organigramme du SMH

Stevenson Memorial Hospital
Organizational Chart
Updated April 2024



Ce graphique n'a pas pu être modifié.

ANGLAIS	FRANÇAIS
Board of Directors	Conseil d'administration
Chief of Staff Professional Staff Affairs EA-	Médecin-chef Affaires relatives au personnel professionnel Adjoint(e) de direction –
Chief of Anesthesia	Chef du service d'anesthésie
Chief of ED	Chef du service des urgences
Chief of Medicine	Chef du service de médecine
Chief of DI	Chef du service d'imagerie diagnostique
Chief of OB/GYN	Chef du service d'obstétrique et de gynécologie
Chief of Surgery	Chef du service de chirurgie
Pathology Lead	Responsable du service de pathologie
Midwifery Lead	Responsable des services de sages-femmes
Chief of Pediatrics	Chef du service de pédiatrie
VP Clinical Services and Chief Nursing Executive EA-	Vice-présidente, Services cliniques et chef de direction des soins infirmiers Adjoint(e) de direction –
President and CEO Board Liaison/EA	Présidente-directrice générale Agent(e) de liaison du conseil d'administration/adjoint(e) de direction
Corporate Communications Specialist	Spécialiste des communications
Stevenson Memorial Hospital Organizational Chart Updated April 2024	Stevenson Memorial Hospital Organigramme Mise à jour en avril 2024
Vice President Corporate Services, CFIO EA -	Vice-président, Services généraux, DGFI Adjoint(e) de direction –
Director, Quality, Risk and Patient Experience	Directeur, Qualité, gestion des risques et expérience des patients
Patient Experient	Expérience des patients
Professional Practice	Pratique professionnelle
Clinical Informatics	Informatique clinique
Director, Clinical Services Specialized Care	Directeur, Soins spécialisés des services cliniques

Clinical Manager Perioperative, MDRD, Ambulatory Care & Dialysis	Gestionnaire clinique Services péri-opératoires, de retraitement des dispositifs médicaux, des soins ambulatoires et de dialyse
Clinical Manager Pharmacy, Ambulatory Care & Dialysis	Gestionnaire clinique Services de pharmacie, des soins ambulatoires et de dialyse
Clinical Manager Emergency and Mental Health Services	Gestionnaire clinique Services des urgences et de santé mentale
Respiratory Therapy	Thérapie respiratoire
Director, Clinical Services Inpatient & Supportive Care	Directeur, Services cliniques aux patients hospitalisés et soins de soutien
Clinical Manager IP Medicine, High Acuity Care, Maternal Child & Patient Flow	Gestionnaire clinique Services de médecine aux patients hospitalisés, de soins pour les cas de gravité élevée, de santé maternelle et infantile, et de flux des patients
Clinical Manager Laboratory	Gestionnaire clinique Service de laboratoire
Clinical Manager Diagnostic Imaging	Gestionnaire clinique Service d'imagerie diagnostique
Physiotherapy	Physiothérapie
IPAC	PCI
Manager Information Technology	Gestionnaire Technologies de l'information
IT Specialist	Spécialiste des TI
Director HR, Occ. Health and Volunteer Services	Directeur RH, santé au travail et services bénévoles
Occupational Health	Santé au travail
Volunteer Services	Services bénévoles
Manager H.I.M., Patient Access, Privacy & FIPPA	Gestionnaire Gestion des renseignements sur la santé, accès des patients aux soins, protection de la vie privée et LAIPVP
Health Information Services	Services de renseignements sur la santé
Patient Access	Accès des patients aux soins de santé
Booking	Réservations
Privacy/FIPPA	Protection de la vie privée/LAIPVP
Director Finance and Procurement	Directeur des finances et de l'approvisionnement
Materials Management	Gestion du matériel
Finance AP / AR Analysts	Analystes financiers des comptes fournisseurs et des comptes clients
Payroll	Service de la paie
Senior Director Corporate Infrastructure and Redevelopment	Directeur principal Infrastructures et réaménagement
Manager Maintenance & Security	Gestionnaire Maintenance et sécurité
Emergency Preparedness	Préparation aux situations d'urgence
Manager EVS, Food Services	Gestionnaire Gestion de l'environnement et services alimentaires

Annexe N – Hôpitaux comparables

	En milieu hospitalier Cas pondérés	Chirurgie d'un jour Cas pondérés	Visites au service des urgences
596 Stevenson Memorial Hospital	2526	648	33071
592 Lennox and Addington (Napanee)	2449	595	26101
597 Almonte	1227	228	15468
599 Arnprior	1299	281	15559
624 Campbellford	2189	79	16206
647 Dryden	2171	207	13234
648 Haldimand	1408	160	19839
650 St. Joseph's Elliot Lake	3409	246	14000
656 Groves Memorial	2898	448	20543
687 Sensenbrenner (Kapuskasing)	2930	127	12387
704 Erie Shores	4634	858	28114
732 Kemptville	804	798	19591
788 Renfrew	2503	184	20223
800 Hawkesbury	2936	488	22833
824 Tillsonburg	2729	475	20087
826 Lake of the Woods Kenora	2151	365	16336
882 Winchester	2280	712	19268
900 Riverside	2604	320	21459
946 Grey Bruce	3122	215	39630
963 North Wellington	1459	197	22357
964 Sioux Lookout	3393	213	19446
982 Blanche River	3175	177	18380
Moyenne (sauf SMH)	2465,238095	351,0952381	20050,52381

 dénote un hôpital dont la taille représente +/- 25 % de la taille du Stevenson Memorial Hospital

 dénote un hôpital dont la taille représente +/- 25 % de la taille du Stevenson Memorial Hospital