

News on the Canadian Thoracic Society governance review

As reported in the President's Page of the March/April issue of the *Canadian Respiratory Journal*, the Canadian Thoracic Society (CTS) Executive has been engaged in a governance review process under the leadership of the CTS Long-Term Planning (LTP) Committee. Over the past year, the Executive and LTP Committees have examined key governance issues and worked to develop a governance model that would be fully aligned with the CTS Strategic Plan, reflect best practices in governance and create new opportunities for member engagement. Our work has culminated in the development of a governance model, including an organizational chart (Figure 1) that I am very pleased to present to you in the current issue of the *Canadian Respiratory Journal*.

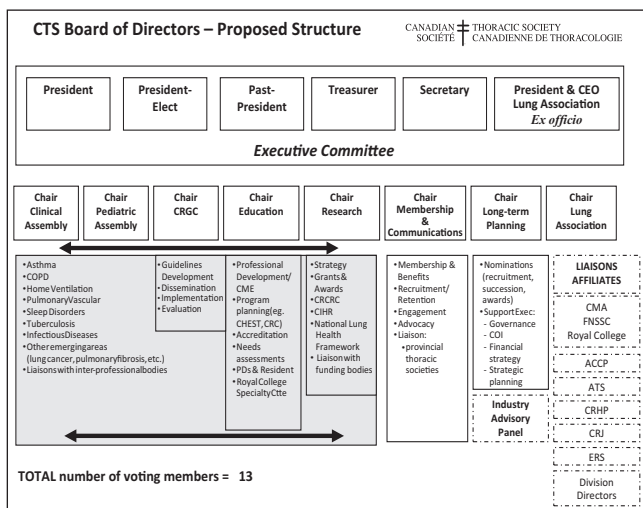


Figure 1) Canadian Thoracic Society (CTS) Board of Directors – proposed structure. ACCP American College of Chest Physicians; ATS American Thoracic Society; CEO Chief Executive Officer; CIHR Canadian Institutes of Health Research; CMA Canadian Medical Association; COI Conflicts of interest; COPD Chronic obstructive pulmonary disease; CRC Canadian Respiratory Conference; CRCRC Canadian Respiratory Clinical Research Consortium; CRGC Canadian Respiratory Guidelines Committee; CRHP Canadian Respiratory Health Professionals; CRJ Canadian Respiratory Journal; ERS European Respiratory Society; FNSSC Federation of National Specialty Societies of Canada; PD Program director

In keeping with best practices in governance, the proposed model calls for a smaller, streamlined board of directors. The current board, which is comprised of 29 members representing standing and ad hoc committees, would be replaced with a board of 13 voting members. The revised structure will enable us to better reflect our strategic priorities in a way that we anticipate will both meet the needs of committee members and encourage broader participation and input to the CTS board.

Des nouvelles de l'examen de la gouvernance de la Société canadienne de thoracologie

Comme le révélait la page du président de la *Revue canadienne de pneumologie* de mars-avril, le comité de direction (CD) de la Société canadienne de thoracologie (SCT) a participé à un processus d'examen de la gouvernance sous la houlette du comité de planification à long terme (PLT) de la SCT. Depuis un an, le CD et le comité de PLT ont examiné les principaux enjeux liés à la gouvernance et élaboré un modèle qui s'harmoniserait avec le plan stratégique de la SCT, refléterait les pratiques exemplaires de gouvernance et susciterait de nouvelles occasions d'engagement de la part des membres. Leur travail a culminé par la mise au point d'un modèle de gouvernance, y compris un organigramme que je suis très heureux de vous présenter dans ce numéro de la *Revue canadienne de pneumologie*.

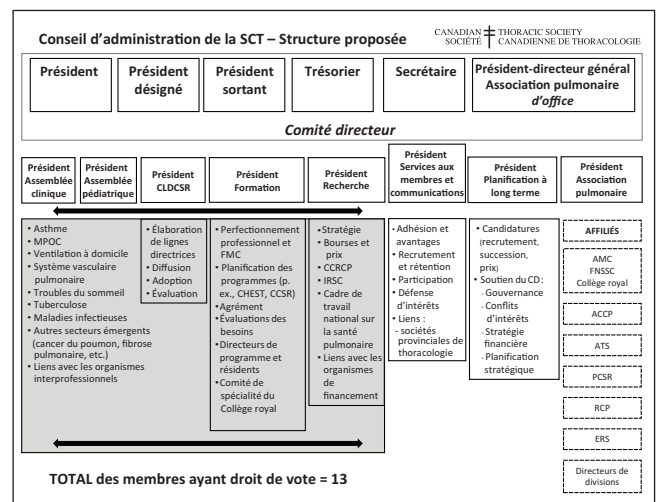


Figure 1) Conseil d'administration de la Société canadienne de thoracologie (SCT) – structure proposée. ACCP American College of Chest Physicians; AMC Association médicale canadienne; ATS American Thoracic Society; CCRCR Consortium canadien de recherche clinique en santé respiratoire; CLDCSR Comité des lignes directrices canadiennes en santé respiratoire; ERS European Respiratory Society; FNSSC Fédération nationale des spécialistes du Canada; IRSC Instituts de recherche en santé du Canada; MPOC Maladie pulmonaire obstructive chronique; PCSR Professionnels canadiens en santé respiratoire; PD Directeurs de programme; RCP *Revue canadienne de pneumologie*

Conformément aux pratiques exemplaires de gouvernance, le modèle proposé exige un conseil d'administration plus petit et simplifié. Le conseil actuel, composé de 29 membres représentant les comités permanents et ponctuels, serait remplacé par un conseil de 13 membres ayant droit de vote. La structure révisée

For example, one of the proposed changes relates to the numerous disease-specific ad hoc committees that currently engage dozens of CTS members, mainly in guidelines activities. These committees will be broadened to become clinical assemblies that engage members in a range of activities – advocacy, education, research and/or guidelines development – in a specific clinical area (eg, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, etc). The wide-ranging interests of the clinical assemblies will be represented on the board through the Clinical Assembly Chair. The Canadian Respiratory Guidelines Committee (CRGC), which emerged as a new committee in 2007 to provide oversight to our new standardized guidelines development process, also provides technical and financial support to all guidelines committees. The Chair of the CRGC will be able to represent and report on the progress of committees involved in the development of clinical practice guidelines. This change will allow chairs of clinical assemblies to give their full attention to their committees' priorities, while ensuring their interests and needs are communicated to the Board through the Clinical Assembly or Guidelines Committee Chair as needed.

The Education Committee, although partly based on the current Professional Development Committee, is expected to have a broader mandate to provide oversight and guidance to all CTS educational standards and initiatives, including the Scientific Program of the Canadian Respiratory Conference. The Research Committee would champion the new CTS Research Agenda, currently being developed under the guidance of the Interim Research Steering Committee. The organizational diagram shows further details regarding areas of responsibility of each of these committees. The two-headed arrows indicate the flow of information between committees through assigned liaisons to enrich and inform the work of each committee and ensure integration in work planning.

Responsiveness to our members would also be supported through an expanded mandate for the Membership Committee, which is hereafter to be known as the Membership & Communications Committee. This Committee, in addition to continuing to consider ways to enhance membership benefits, will be mandated to help us engage CTS members as well as our partners in provincial thoracic societies.

The proposal also creates a seat on the Board for the Chair of the LTP. The LTP Committee, composed of past CTS presidents, is mandated to serve somewhat as a 'senate', bringing the wisdom and experience of past CTS presidents to emerging issues and policy development, recruiting leadership for the board through a new nominations process (to be developed), and helping to envision and shape the future – as they have accomplished by leading the governance review.

The proposed board structure would continue to ensure that our activities are responsive to our pediatric constituency, known as the Pediatric Assembly, by maintaining their representation on the Board. Further discussion and consultation is needed to determine how other key constituencies within the CTS will be engaged and integrated throughout the work of the CTS (eg, family physicians, researchers, allied health professionals).

The success of the new model will depend, in part, on our ability to maximize the integration of all the key components. The model aims to generate synergy between the Education

nous permettra de mieux refléter nos priorités stratégiques, de manière à répondre aux besoins des membres des comités ainsi qu'à favoriser une plus grande participation et un plus grand apport au conseil de la SCT.

Par exemple, l'un des changements proposés porte sur les nombreux comités ponctuels axés sur une maladie, qui occupent des douzaines de membres de la SCT, surtout en matière de lignes directrices. Ces comités s'élargiront pour devenir des assemblées cliniques qui feront participer les membres dans toute une série d'activités – défense d'intérêts, formation, recherche ou préparation de lignes directrices – dans un domaine clinique précis (p. ex., asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, etc.) Les vastes intérêts des assemblées cliniques seront représentés au conseil par le président des assemblées cliniques. Le Comité des lignes directrices canadiennes en santé respiratoire (CLDCSR), qui est devenu un nouveau comité en 2007 pour superviser le processus de préparation de lignes directrices normalisées, fournit également un soutien technique et financier à tous les comités de lignes directrices. Le président du comité des LDCSR pourra rendre compte de l'évolution des comités qui participent à la préparation des guides de pratique clinique. Ce changement permettra aux présidents des assemblées cliniques de se consacrer aux priorités de leur comité tout en s'assurant de la transmission de leurs intérêts et de leurs besoins au conseil par l'entremise des présidents de l'Assemblée clinique ou du CLDCSR, au besoin.

On s'attend que le comité de formation, même s'il est partiellement fondé sur le Comité de perfectionnement professionnel actuel, élargisse son mandat afin d'assurer une supervision et une orientation à l'égard de toutes les normes et de tous les projets de formation de la SCT, y compris le programme scientifique du Congrès canadien sur la santé respiratoire. Le comité de recherche fera la promotion du nouveau programme de recherche de la SCT, en cours de préparation sous la direction du comité provisoire de direction de la recherche. L'organigramme détaille les domaines de responsabilité de chacun de ces comités. Les flèches bidirectionnelles illustrent le débit d'information entre les comités par l'entremise de représentants désignés afin d'enrichir et de documenter le travail de chaque comité et de garantir une intégration dans la planification du travail.

La réponse aux membres sera également soutenue par un mandat accru du comité des services aux membres, qui sera dorénavant désigné comité des services aux membres et des communications. Ce comité, en plus de continuer de chercher des moyens de mettre en valeur les avantages d'être membre, sera mandaté pour faire participer les membres de la SCT et les partenaires des sociétés provinciales de thoracologie.

Le projet prévoit également un siège au conseil à l'intention du président du comité de PLT. Ce comité, formé d'anciens présidents de la SCT, est mandaté pour constituer une espèce de « sénat » et pour réunir la sagesse et l'expérience des anciens présidents de la SCT à l'égard des enjeux émergents et de l'élaboration de politiques, recruter des chefs de file au conseil par un nouveau processus de candidatures (à élaborer) et contribuer à envisager et à modeler l'avenir, comme ils l'ont fait en dirigeant l'examen de la gouvernance.

La structure proposée du conseil continuerait d'assurer que les activités répondent aux pédiatres membres, connus sous le nom d'Assemblée pédiatrique, en conservant leur présence au conseil. Il faudra poursuivre les discussions et les consultations pour déterminer la manière dont d'autres intervenants participeront et s'intégreront aux travaux de la SCT (p. ex., médecins de famille, chercheurs, professionnels paramédicaux).

and Research Committees, the CRGC, the Pediatric Assembly and the clinical assemblies, and to ensure effective communication between all of these interdependent groups. We need to further refine the mechanisms by which such communication will be established and sustained, and we also need to determine how best to integrate the views of our partners in the allied health professions and family practice.

In the new model, members of the Executive Committee would take on a more active role in liaising with committee chairs to ensure effective two-way communication. Our success will also be facilitated by a realignment of the Board and Executive Committee meeting agendas, to better reflect the strategic interests of committees (now better aligned with the strategic plan) and allow for effective response to emerging issues and opportunities. Moreover, each Executive Committee member would also act as a liaison with our main partners such as the Canadian Respiratory Health Professionals, the *Canadian Respiratory Journal*, the American College of Chest Physicians, the European Respiratory Society and the American Thoracic Society, to name a few.

Despite all these proposed changes, a few components remain unchanged:

- The Lung Association, with which we continue to be closely associated, will continue to be represented on the Board;
- The structure of the Executive Committee, which is functionally based, will remain unchanged; and
- The Board will continue to meet twice a year.

This proposal is not yet complete. As Darcy Marciniuk, current Chair of the LTP Committee, so aptly expressed, the governance review process represents an evolution, not a revolution. At this juncture, we are seeking feedback from our members. This feedback will be used to refine the proposal, in view of submitting it for approval at the Annual General Meeting in San Diego, California, on Monday, November 2. Assuming approval is obtained, a process of further refinement, that will include the development of terms of reference for all committees, will follow over the next year. It is anticipated, that if the process continues to unfold successfully, the new governance structure would be implemented as of the Annual General Meeting in 2010.

This proposed governance structure remains just that – a proposal – until it has been reviewed and accepted by you, the CTS members. By the time the present President's Page is published, you will have received a summary of the proposal as well as an invitation to provide your feedback through an on-line survey. If you have not yet completed the survey, don't delay! Send an e-mail to ldingwell@lung.ca for a link to the survey, which is still available on-line, but only until October 22. Do not miss this opportunity to have your say.

Many thanks to Darcy Marciniuk and all members of the LTP and Executive Committee for taking on this comprehensive review process. Thanks as well to Janet Sutherland, CTS Director, for her invaluable management insight and support.

Last but not least, thank you, CTS members, for your continued collaboration and participation.

Respectfully submitted,
Michel Rouleau, MD
President, Canadian Thoracic Society

La réussite du nouveau modèle dépendra, en partie, de notre capacité de maximiser l'intégration de tous les principaux éléments. Le modèle vise à favoriser une synergie entre les comités de formation et de recherche, le comité des LDCSR, l'assemblée des pédiatres et les assemblées cliniques, ainsi qu'à assurer des communications efficaces entre tous ces groupes interdépendants. Nous devons mieux préciser les mécanismes de mise en place et de maintien de ces modes de communication, et nous devons également déterminer le meilleur moyen d'intégrer les points de vue de nos partenaires des professions paramédicales et de la pratique familiale.

Selon ce nouveau modèle, les membres du CD maintiendraient des liens plus actifs avec les présidents des comités pour assurer une communication bidirectionnelle efficace. Notre réussite sera également facilitée par un ajustement de l'ordre du jour des réunions du conseil et du CD afin de mieux refléter les intérêts stratégiques des comités (concordant mieux au plan stratégique) et d'obtenir des réponses efficaces aux enjeux et possibilités en émergence. De plus, chaque membre du CD sera également représentant auprès de nos principaux partenaires, tels que les Professionnels canadiens en santé respiratoire, la *Revue canadienne de pneumologie*, l'American College of Chest Physicians, l'European Respiratory Society et l'American Thoracic Society, pour n'en nommer que quelques-uns.

Malgré tous ces changements proposés, quelques éléments demeurent inchangés :

- l'Association pulmonaire, à laquelle nous continuerons d'être en étroite association, sera toujours représentée au conseil;
- la structure du CD, fonctionnelle, demeurera la même;
- le conseil d'administration continuera de se réunir deux fois l'an.

Le projet n'est pas encore terminé. Comme Darcy Marciniuk, président du comité de PLT, l'a si bien exprimé, le processus d'examen de la gouvernance représente une évolution, et non une révolution. À cette étape, nous attendons une rétroaction des membres. Cette rétroaction permettra de préciser le projet avant d'en demander l'approbation à l'assemblée générale annuelle qui aura lieu à San Diego, en Californie, le lundi 2 novembre. Si le projet est approuvé, un processus de mise au point plus poussé, qui inclura l'élaboration des paramètres de chaque comité, suivra tout au long de l'année prochaine. On prévoit que si le projet continue de bien progresser, la nouvelle structure de gouvernance sera adoptée à compter de l'assemblée générale annuelle de 2010.

Cette structure de gouvernance proposée se limite à un projet tant que vous, les membres de la SCT, ne l'aurez pas révisée et acceptée. À la publication de la page du président, vous aurez reçu un résumé du projet et une invitation à fournir vos commentaires au moyen d'un sondage électronique. Si vous n'y avez pas encore répondu, ne tardez pas ! Écrivez à ldingwell@lung.ca pour obtenir un lien vers le sondage, auquel vous pouvez accéder jusqu'au 22 octobre. Ne ratez pas cette occasion de donner votre avis.

Nous offrons tous nos remerciements à Darcy Marciniuk et à tous les membres du comité de PLT et du CD pour avoir entrepris ce processus d'examen détaillé. Nous remercions également Janet Sutherland, directrice de la SCT, pour son point de vue et son soutien inestimables en matière de gestion.

Enfin, et surtout, merci aux membres de la SCT pour leur collaboration et leur apport continus.

Respectueusement,
Michel Rouleau, MD
Président, Société canadienne de thoracologie