

| POLITIQUE DE GOUVERNANCE | | N° : |
|-------------------------------|---|-------------|
| Destinataires : | Administrateurs, directeurs, gestionnaires, médecins, employés, bénévoles, stagiaires et fournisseurs | |
| Élaborée par : | Le conseil d'administration | Le : |
| Adoptée par : | Le conseil d'administration | Le : |
| Révisée par : | Le conseil d'administration | Le : |
| Révision adoptée par : | Le conseil d'administration | Le : |
| Objet : | Gestion intégrée des risques | |

CONTEXTE

La présente politique vise à rendre effective l'obligation prévue au paragraphe 2 de l'article 181.0.0.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (c. S-4.2) dans le respect des pratiques reconnues en gestion des risques, notamment la norme internationale *ISO 31 000 : 2009 Management du risque*, et des meilleures pratiques de gouvernance. Cet article confie le mandat au comité de vérification du conseil d'administration « de s'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement ».

OBJECTIFS

L'objectif de la présente politique est d'établir les bases d'un système organisé et cohérent de gestion intégrée des risques pour l'ensemble des activités de l'établissement.

La gestion intégrée des risques, par son approche proactive et préventive, vise à favoriser l'atteinte des objectifs organisationnels, notamment :

- Assurer une prestation de service efficace, efficiente et sécuritaire;
- Assurer aux usagers, aux bénévoles et aux visiteurs un environnement sécuritaire;
- Offrir aux employés, gestionnaires et médecins un environnement de travail sain et sécuritaire;
- Gérer avec efficience et efficacité les ressources humaines, financières, matérielles, technologiques et informationnelles disponibles afin d'offrir des services performants;
- Respecter le cadre législatif, règlementaire et normatif en vigueur ainsi que toute obligation contractuelle (ententes, contrats, etc.).

L'objectif ultime d'un système de gestion intégrée des risques est de permettre la maîtrise de tous les risques identifiés afin de rendre l'ensemble des activités et processus de l'établissement sécuritaires.

DÉFINITIONS

- Acteur de l'établissement :** Désigne chaque employé, médecin, gestionnaire, stagiaire, bénévole et fournisseur de l'établissement.
- Culture juste :** Reconnaissance d'une distinction entre l'erreur de bonne foi, qui ne doit pas entraîner de blâme, et la conduite négligente ou malfaisante qui peut faire l'objet de sanctions.
- Critère décisionnel :** Critère permettant aux différents gestionnaires de l'établissement de déterminer si un risque est acceptable ou non. Ces critères peuvent être issus des lois et règlements, des différents cadres normatifs ou des obligations de l'établissement.
- Gérer les risques :** Activité de gestion, basée sur un processus d'identification, d'analyse, d'évaluation et de traitement, qui consiste à décider de la conduite à suivre face aux risques de manière à favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis.
- Gestion intégrée des risques :** Approche de gestion des risques qui repose sur une gestion globale, proactive et continue des risques de toute nature dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux hiérarchiques de l'établissement. Ce concept ne doit pas être confondu avec la gestion des risques prévue dans le mandat du comité de gestion des risques (l'article 183.2 de la LSSSS) qui désigne les activités liées à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers.
- LSSSS :** Loi sur les services de santé et les services sociaux (c. S-4.2).
- Moyen de maîtrise du risque :** Terme générique qui désigne une mesure visant à réduire la probabilité de réalisation ou les conséquences d'un risque. Un moyen de maîtrise peut prendre la forme d'une politique, d'un processus, d'un dispositif, d'une pratique ou d'un mécanisme de surveillance.
- Partie prenante :** Personne ou organisme susceptible d'affecter, d'être affecté ou de se sentir lui-même affecté par une décision ou une activité de l'établissement.
- Répondant de risque :** Personne désignée par le comité de direction pour gérer un risque relatif à un secteur d'activités donné.
- Risque :** Événement potentiel ou une situation susceptible de compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Sécuritaire : | Caractéristique d'un processus ou d'une situation dont les risques sont maîtrisés. |
| Seuil d'acceptation : | Seuil maximal au-delà duquel un risque est jugé inacceptable et doit faire l'objet d'une solution pour l'enrayer. |
| Système de GR : | Ensemble organisé d'activités, de processus, d'instances et d'outils ayant pour but d'identifier, d'apprécier et de traiter les risques. |
| Systèmes spécifiques de GR : | Ensembles organisés d'activités, de processus, d'instances et outils ayant pour but d'identifier, d'apprécier et de traiter les risques spécifiques à un secteur d'activités. Un système spécifique de gestion des risques peut être encadré par la loi, des règlements ou des normes à respecter. |

PRINCIPES DIRECTEURS

Le système de gestion intégrée des risques de l'établissement s'appuie sur les principes directeurs suivants :

1. La gestion intégrée des risques est une responsabilité organisationnelle qui requiert la mise en place de systèmes de détection, d'analyse et de traitement des risques dans tous les secteurs d'activité et à tous les niveaux hiérarchiques de l'établissement. La gestion intégrée des risques est une composante du système de gestion de l'établissement et de l'ensemble des processus administratifs, cliniques et logistiques.
2. La gestion intégrée des risques est l'affaire de tous les acteurs de l'établissement. Chaque employé, médecin, gestionnaire, stagiaire, bénévole et fournisseur doit contribuer à la gestion intégrée des risques selon les dispositions prévues par la présente politique. Les activités de gestion intégrée des risques doivent également impliquer les usagers et les visiteurs.
3. Les acteurs impliqués doivent agir de manière proactive afin d'éviter que les risques identifiés ne puissent entraver l'atteinte des objectifs organisationnels.
4. La capacité de l'établissement à gérer efficacement ses risques est une des dimensions de sa performance globale.
5. Tous les processus et les systèmes de gestion mis en place au sein de l'établissement doivent tenir compte des risques potentiels et prévoir des mécanismes permettant de les maîtriser.
6. Tous les acteurs et toutes les instances de l'établissement doivent procéder à l'identification et à l'analyse des risques pouvant affecter la réalisation de leurs objectifs.
7. Toute décision d'un gestionnaire ou d'une instance de l'établissement doit s'appuyer sur des données validées et sur une évaluation appropriée des risques effectuée selon les principes de la présente politique.

8. Le processus de gestion intégrée des risques doit s'appuyer sur une consultation adéquate des parties prenantes, notamment les usagers et leurs représentants, les employés, les partenaires et la communauté.
9. Les décisions prises en matière de gestion intégrée des risques doivent être communiquées aux parties prenantes concernées.
10. Le processus de gestion intégrée des risques tient compte de l'importance d'implanter une culture juste au sein de l'établissement et de favoriser l'amélioration continue de la qualité.

LE SYSTÈME DE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

L'établissement met en œuvre un système de gestion intégrée des risques permettant d'assurer la coordination des activités des différents systèmes spécifiques de gestion des risques dont les principaux sont :

- La prestation sécuritaire de services aux usagers et la prévention des infections;
- La santé et la sécurité du travail;
- Les mesures d'urgence et la sécurité civile;
- La sécurité des actifs informationnels.

Pour cela, il adopte et révisé annuellement un *Programme de gestion intégrée des risques* visant à mettre en œuvre les principes directeurs de la présente politique et à coordonner les actions des différents systèmes spécifiques de gestion des risques. Le programme contient notamment les objectifs à atteindre en matière de gestion des risques, les mécanismes de surveillance et de suivi des risques, l'identification des répondants de risque et de leur mandat, les instances responsables et leurs rôles, les mécanismes d'analyse des risques réalisés, le calendrier des activités de gestion des risques, les systèmes de mesure du fonctionnement du système ainsi que le registre de l'ensemble des risques de l'établissement.

LES PRINCIPAUX RISQUES COUVERTS PAR LE SYSTÈME DE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

L'établissement assure la gestion et la maîtrise des risques suivants :

1. Les risques opérationnels (liés aux activités de l'établissement);
 - a. Les événements indésirables liés aux activités cliniques et non cliniques,
 - b. Les infections nosocomiales,
 - c. Les abus et gestes de violence envers les usagers,
 - d. Les sinistres et autres événements pouvant mettre en péril la santé, la sécurité et le bien-être des usagers, des visiteurs, des employés et des tiers.

2. Les risques stratégiques;
 - a. L'utilisation inadéquate des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement,
 - b. La prise de décisions inappropriées,
 - c. L'incapacité à atteindre les objectifs stratégiques de l'établissement ou à respecter les orientations nationales ou régionales.
3. Les risques organisationnels, administratifs et financiers;
 - a. Les dépassements budgétaires,
 - b. Les fraudes, les vols et les malversations financières,
 - c. Le non-respect des politiques, procédures et règles internes.
4. Les risques reliés aux ressources humaines;
 - a. La santé et sécurité du travail, y compris la violence et le harcèlement envers les employés,
 - b. Les pénuries de personnel,
 - c. La perte de motivation au travail,
 - d. L'insuffisance ou la perte de compétences et d'expertises,
 - e. Les actes accomplis par le personnel pouvant engager la responsabilité de l'établissement.
5. Les risques technologiques et informationnels;
 - a. La mauvaise utilisation des équipements et des outils technologiques,
 - b. La défectuosité des équipements et des outils technologiques,
 - c. La perte d'intégrité des données cliniques ou administratives,
 - d. Les accès non autorisés aux informations confidentielles,
 - e. L'atteinte à la disponibilité et à l'intégrité des systèmes d'information,
 - f. La diffusion non autorisée d'information confidentielle.
6. Les risques reliés à la perte de réputation :
 - a. La communication déficiente avec la communauté et les médias,
 - b. Les atteintes à l'image et à la réputation de l'établissement.

7. Les risques environnementaux (externes);
 - a. Les catastrophes naturelles pouvant avoir un impact sur l'établissement,
 - b. Les sinistres externes ayant un impact sur les services offerts,
 - c. Les impacts de l'établissement sur l'environnement et la communauté, notamment la pollution, le bruit et le gaspillage.
8. Les risques liés au non-respect de la législation, des règlements ou des normes applicables.
9. L'établissement assure également des activités de veille stratégique afin d'identifier les risques émergents liés à l'évolution des pratiques, de la technologie et des comportements sociaux, ou à toute autre cause.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration définit les orientations stratégiques et les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques et adopte les politiques relatives à la gestion intégrée des risques. Sur recommandation de la direction de l'établissement, il adopte les critères de décision pour l'évaluation des risques. Il s'assure également que tous les risques identifiés sont maîtrisés et que la direction générale joue son rôle de promoteur de la gestion intégrée des risques au sein de l'établissement.

Le comité de vérification du conseil d'administration

Tel que prévu au paragraphe 2 de l'article 181.0.0.3 de la LSSSS, le comité de vérification « doit s'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement ». Le comité de vérification doit recevoir annuellement un rapport sur les activités de gestion et de maîtrise des risques au sein de l'établissement. Le comité peut également, s'il le juge nécessaire, demander un audit du système de gestion intégrée des risques ou d'un système spécifique de gestion des risques d'un secteur d'activités de l'établissement afin de s'assurer de son efficacité.

Le directeur général

Le directeur général est le promoteur principal de la gestion intégrée des risques au sein de l'établissement. Il s'assure que les risques identifiés sont adéquatement maîtrisés, en conformité avec les orientations adoptées par le conseil d'administration. En collaboration avec le comité de direction, il détermine les risques inacceptables en tenant compte des critères décisionnels adoptés, mandate les personnes chargées d'en assurer la maîtrise et fait rapport au conseil d'administration des activités de gestion intégrée des risques de l'établissement.

Le responsable de la gestion intégrée des risques

Un membre du comité de direction est désigné par le directeur général pour agir à titre de responsable de la gestion intégrée des risques et pour coordonner les différentes activités de gestion des risques au sein de l'établissement. Il détient une autorité fonctionnelle sur les différents répondants de risque et sur toute personne assumant des fonctions en matière de gestion des risques, de prévention et de

sécurité au sein de l'établissement. Agissant à titre de personne-ressource, il soutient les directeurs et les gestionnaires dans la réalisation de leurs activités de gestion des risques. Il assure la mise à jour et le suivi du registre de l'ensemble des risques de l'établissement et fait rapport au comité de direction des activités de gestion intégrée des risques.

Les directeurs

Les directeurs sont les promoteurs de la gestion des risques au sein de leur direction. Ils s'assurent que tous les gestionnaires mettent en œuvre le processus de gestion intégrée des risques conformément à la présente politique et que les risques identifiés sont maîtrisés. Ils appuient les répondants de risques relevant de leur direction dans la réalisation de leur mandat.

Les gestionnaires

Les gestionnaires sont les promoteurs de la gestion des risques au sein de leur unité administrative. En collaboration avec les répondants de risques, ils mettent en œuvre le processus de gestion des risques afin de s'assurer que les risques reliés aux activités cliniques et administratives de leur unité sont identifiés, analysés et traités.

Les répondants de risque

Les répondants de risques sont des personnes désignées par le comité de direction pour assurer le suivi et la gestion d'un risque. En collaboration avec les gestionnaires et les directeurs concernés et sous l'autorité fonctionnelle du responsable de la gestion intégrée des risques, le répondant de risque s'assure que le risque est convenablement maîtrisé au sein de l'établissement, notamment en déterminant les moyens de maîtrise qui lui sont applicables.

Les employés, médecins, stagiaires, bénévoles et fournisseurs

Toute personne à l'emploi de l'établissement, de même que tout médecin, stagiaire, fournisseur ou bénévole, doit signaler au gestionnaire responsable tout risque qu'il a identifié, et ce, selon les modalités prévues au *Programme de gestion intégrée des risques*. Le signalement d'un risque doit s'effectuer de manière diligente dans le respect notamment des dispositions législatives concernant la déclaration des incidents et des accidents survenus pendant la prestation de soins et de services de santé ainsi que la déclaration des situations à risque en matière d'accident du travail.

Les conseils et comités de l'établissement

Les différents conseils et comités de l'établissement prévus par la LSSSS :

- doivent être consultés sur toute question relative à la gestion des risques selon les modalités prévues au *Programme de gestion intégrée des risques* et en tenant compte de leur mandat respectif;
- doivent soutenir et faire la promotion de la gestion des risques auprès des groupes de professionnels dont ils assurent la représentation;

- doivent gérer les risques dont ils assurent la responsabilité en utilisant les méthodes, les procédures et les outils prévus au *Programme de gestion intégrée des risques* de l'établissement;
- doivent rendre compte, dans leur rapport annuel, de leurs activités en matière de gestion des risques.

LES CRITÈRES DÉCISIONNELS

Les critères décisionnels visent à soutenir la prise de décision sur le caractère acceptable ou non d'un risque.

Les critères décisionnels sont les suivants :

(Inscrire ici les critères déterminés par l'établissement)

PERSONNES VISÉES

Tous les administrateurs, directeurs, gestionnaires, médecins, employés, bénévoles, stagiaires et fournisseurs.

ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'établissement.

RÉVISION

La présente politique doit faire l'objet d'une révision par le conseil d'administration tous les **(indiquer la période)** ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent. Toute révision de la présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'établissement.