

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale</p> <p>Québec </p>	POLITIQUE
	Code : PO-38
	Direction responsable : Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
	Approuvée (<i>ou adoptée</i>) au comité de direction le :
	Adoptée par le conseil d'administration le : 25 septembre 2018 Résolution no : CA-CIUSSS-2019-09[PO-38]-25
Entrée en vigueur le : 25 septembre 2018 Cette politique annule toutes les autres politiques des anciens établissements du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.	
TITRE : <i>Politique relative à la gestion intégrée des risques</i>	

<p>CONSULTATION</p> <p><input type="checkbox"/> Comité de direction</p> <p><input type="checkbox"/> Conseil d'administration</p>	
---	--

1. FONDEMENTS

La présente politique s'appuie sur :

- La mission de l'établissement, notamment sur la volonté d'offrir des services axés sur la qualité, la sécurité et la performance qui s'appuient sur les meilleures pratiques et l'innovation.
- La vision de l'établissement, notamment le désir et la volonté d'obtenir et de garder la confiance de la population et de ses partenaires.
- La volonté de réaliser les objectifs organisationnels fixés par l'établissement.

La présente politique s'appuie aussi sur certaines obligations légales, dont :

- L'article 172 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) qui prévoit que le conseil d'administration d'un établissement doit « s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés ».
- L'article 181.0.0.3 de la LSSSS qui prévoit que le comité de vérification d'un établissement doit « s'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement ».
- Toute autre obligation légale ou réglementaire ou toute autre directive gouvernementale relative à la gestion des risques, quelle qu'elle soit.

La présente politique s'appuie enfin sur les autres politiques, règlements et procédures dont l'objectif est d'assurer et d'améliorer la sécurité des soins, des services et des activités qui relèvent de l'établissement.

La présente politique s'appuie également sur les exigences d'Agrément Canada en matière de gestion intégrée des risques, notamment celles comprises dans les normes Gouvernance et Leadership.

2. PRINCIPES

La présente politique s'appuie sur les principes suivants :

- 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 responsabilité collective et individuelle. Elle concerne tous les acteurs de l'établissement dont l'engagement permet une gestion intégrée des risques préventive, proactive et continue.
- La tolérance zéro face à l'inaction devant un risque est un élément fondamental de la gestion intégrée des risques.
- La gestion intégrée des risques est une pratique de gouvernance efficace qui favorise les bonnes décisions à tous les niveaux et paliers de l'établissement et qui permet d'atteindre les objectifs organisationnels fixés.

- La gestion intégrée des risques est une des composantes du système de gestion et de l'ensemble des processus de l'établissement.
- La gestion intégrée des risques repose sur une communication constante entre les différents acteurs de l'établissement. Cette communication permet à tous de participer à l'identification des risques et à comprendre le bien fondé des décisions prises pour accepter, traiter, réduire ou éliminer les risques.
- La gestion de proximité est un mode de gestion privilégié pour promouvoir la gestion intégrée des risques et favoriser la participation de l'ensemble des acteurs de l'établissement à l'identification, l'analyse, l'évaluation et le traitement des risques.

3. OBJECTIFS

- Promouvoir l'engagement de tous les acteurs de l'établissement dans le développement et l'implantation de la gestion intégrée des risques.
- Développer une vision commune de la gestion intégrée des risques chez tous les acteurs de l'établissement.
- Développer une culture de sécurité chez tous les acteurs de l'établissement.
- Développer et implanter un cadre de gestion intégrée des risques pour identifier, évaluer, analyser et traiter les risques.
- Maîtriser les risques organisationnels afin d'offrir des soins, des services et des activités de qualité et sécuritaires et d'assurer une gestion efficace et efficiente.
- Clarifier les rôles et les responsabilités des acteurs de l'établissement relativement à la gestion intégrée des risques.
- Développer et implanter des modes de communication et de concertation entre les acteurs de l'établissement relativement à la gestion intégrée des risques.
- Appliquer, de manière constante et explicite, la gestion intégrée des risques lors de la prise de décisions.
- Mettre en œuvre les meilleures pratiques par l'amélioration continue et l'innovation.

4. CHAMP D'APPLICATION

La présente politique s'applique à toutes les personnes qui, par leurs activités, contribuent directement ou indirectement à la prestation de soins ou de services découlant de la mission de l'établissement, de même qu'aux fournisseurs, sous-traitants et partenaires.

5. DÉFINITIONS

Acteur de l'établissement : personne qui, par ses activités, contribue directement ou indirectement à la prestation de soins ou de services découlant de la mission de l'établissement; les fournisseurs, les sous-traitants et les partenaires sont des acteurs de l'établissement.

Analyse du risque : processus mis en œuvre pour comprendre la nature d'un risque et pour déterminer le niveau de risque. Ce niveau est l'importance du risque, exprimée en termes de combinaison des conséquences (les effets du risque) et de leur vraisemblance (la possibilité que le risque se produise).

Culture de sécurité : produit de valeurs, d'attitudes, de compétences et de comportements individuels et de groupe qui déterminent l'engagement envers les programmes de santé et de sécurité et leur

style et efficacité. Les établissements dotés d'une culture positive de la sécurité sont caractérisés par des communications fondées sur la confiance mutuelle, par des perceptions partagées de l'importance de la sécurité et par la confiance dans l'efficacité des mesures préventives.

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.

Évaluation du risque : processus de comparaison des résultats de l'analyse du risque avec les critères de risque (grille de criticité) afin de déterminer si le risque est tolérable ou doit être traité. L'évaluation du risque aide à la prise de décision relative au traitement du risque.

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.

Identification du risque : processus de recherche, de reconnaissance et de description du risque.

Partie prenante : personne ou organisme susceptible d'affecter, d'être affecté ou de se sentir affecté par une décision ou une activité de l'établissement.

Plan d'action : ensemble d'objectifs à atteindre; chaque objectif est atteint par différents moyens, selon un échéancier fixé et fait l'objet de suivis réguliers.

Risque : un événement potentiel ou une situation susceptible de compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis.

Tolérance au risque : niveau de risque que l'établissement est prêt à accepter dans la poursuite de ses objectifs.

Traitement du risque : processus destiné à modifier un risque.

6. MODALITÉS

La gestion intégrée des risques se réalise en tenant compte du contexte interne et externe de l'établissement.

Le contexte externe inclut notamment les éléments suivants : l'environnement global de l'établissement (légal, réglementaire, économique, technologique, environnemental, etc.), les relations avec les parties prenantes externes, etc.

Le contexte interne inclut principalement les éléments suivants : le système de gouvernance, les politiques, règlements et procédures, les objectifs organisationnels, les relations avec les parties prenantes internes.

6.1 La gestion intégrée des risques se réalise à partir d'un cycle d'activités annuel qui comprend les étapes suivantes :

L'identification du risque

- Cette étape permet d'identifier tous les risques qui peuvent nuire à l'atteinte des objectifs de l'établissement et qui peuvent compromettre son offre de soins, de service et d'activités.
- L'identification des risques doit être faite à partir de la grille des risques couverts retenue par l'établissement (annexe 1).

L'analyse du risque

- L'analyse des risques identifiés est réalisée en utilisant la grille de l'analyse de la criticité des risques retenue par l'établissement (annexe 2). Cette grille est un guide qui permet de poser un jugement global sur chaque risque.
- L'analyse tient compte de la probabilité de matérialisation du risque, de l'impact du risque et des mesures d'atténuation du risque.
- L'analyse permet de classer les risques dans l'une des quatre catégories suivantes : risque très élevé, élevé, modéré, faible.

L'évaluation du risque

- Cette étape permet d'évaluer si les risques analysés doivent être traités, selon le contexte de l'établissement.
- Les risques très élevés sont obligatoirement considérés dans l'année et font l'objet d'un plan d'action stratégique.
- Les risques élevés, modérés et faibles peuvent être traités ou non, selon le contexte global de l'organisation, sa capacité et la tolérance au risque qui est décidée. S'ils sont traités, ils font l'objet d'un plan d'action tactique.

Le traitement du risque

- Les directions et les personnes responsables d'un risque à traiter mettent en œuvre les moyens nécessaires pour le traiter, en collaboration avec toutes les directions impliquées.
- Les résultats du traitement du risque sont évalués afin de décider si de nouvelles actions sont nécessaires.

6.2 La gestion intégrée des risques se réalise par une communication et une concertation constantes avec les parties prenantes externes et internes de l'établissement

La communication et la concertation doivent être réalisées en continu, dès l'étape de l'identification des risques jusqu'à leur traitement ou jusqu'au choix de les tolérer. La gestion de proximité valorisée dans l'établissement et le système de gestion intégrée de l'amélioration continue et de la performance sont des moyens de gestion efficace pour assurer une communication et une concertation constantes entre les acteurs de l'établissement de secteurs d'activités et de niveaux hiérarchiques différents.

6.3 La gestion intégrée des risques nécessite un suivi régulier et une reddition de comptes

L'établissement doit avoir un plan d'action annuel de la gestion intégrée des risques qui permet de connaître l'ensemble des risques identifiés, analysés, évalués et traités. Les objectifs de ce plan d'action peuvent être réalisés notamment par le suivi de projets et d'indicateurs dans les salles de pilotage. Le plan d'action est présenté au conseil d'administration.

7. RESPONSABILITÉS

7.1 Le conseil d'administration

- Adopter la présente politique et ses mises à jour.
- Recevoir le plan d'action annuel de la gestion intégrée des risques et en assurer le suivi.
- Adopter annuellement le seuil de tolérance au risque.
- Recevoir toute communication relative à un risque dont il peut avoir la responsabilité, identifier, évaluer, analyser et traiter ce risque.

7.2 Le comité de vérification

- S'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement.
- Soumettre, au conseil d'administration, des risques qu'il identifie.

7.3 Le comité de vigilance et de la qualité

- Assurer la réalisation de son mandat et de ses responsabilités prévue par la LSSSS.
- Soumettre, au conseil d'administration, des risques qu'il identifie.

7.4 Le président-directeur général

- Promouvoir la gestion intégrée des risques au sein de l'établissement.
- Déposer, au conseil d'administration, le plan annuel de gestion intégrée des risques et le seuil de tolérance au risque pour adoption.
- Recevoir toute communication relative à un risque dont il peut avoir la responsabilité, identifier, évaluer, analyser et traiter ce risque.

7.5 Le comité de direction

- Promouvoir la gestion intégrée des risques et l'implanter dans l'ensemble des activités de l'établissement.
- Proposer le seuil de tolérance au risque et le plan d'action annuel pour le conseil d'administration.
- Évaluer si les risques analysés doivent être traités, selon le contexte de l'établissement.
- Réaliser le plan annuel de gestion intégrée des risques de l'établissement.

7.6 La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

- Assurer la coordination de la gestion intégrée des risques dans l'établissement, notamment auprès du comité de direction, en produisant le plan d'action annuel de gestion intégrée des risques de l'établissement.
- Supporter le comité de direction et toutes les directions, afin d'assurer la mise en place d'un programme de gestion intégrée de risques.
- Maintenir à jour la Grille des risques de l'établissement.
- Intégrer la gestion intégrée des risques au système de gestion intégrée de l'amélioration continue et de la performance.

7.7 Les directions

- Promouvoir la gestion intégrée des risques et l'implanter dans l'ensemble des activités de leur direction.
- Identifier, analyser et traiter les risques sous la responsabilité de leur direction, en tenant compte de l'évaluation des risques réalisée par le comité de direction.
- Recevoir toute communication ou escalade relative à un risque dont elles peuvent avoir la responsabilité, identifier, évaluer, analyser et traiter ce risque.
- Soumettre, au comité de direction, leur plan annuel de gestion intégrée des risques.
- Réaliser leur plan d'action annuel de gestion intégrée des risques.

7.8 Les gestionnaires

- S'assurer que le personnel sous leur responsabilité agit en concordance avec les fondements, les principes et les objectifs de la gestion intégrée des risques.
- S'assurer que les fondements, les principes et les objectifs de la gestion intégrée des risques sont considérés lors de leurs prises de décisions.
- Recevoir les risques identifiés par leurs équipes de travail lors des caucus, supporter les équipes dans la prise en charge des risques ou escalader le risque.

7.9 L'ensemble des instances qui ont à traiter des risques dans le cadre de leur mandat

- Assurer la réalisation de leur mandat et de leurs responsabilités.
- Promouvoir la gestion intégrée des risques auprès de leurs membres.
- S'assurer que les fondements, les principes et les objectifs de la gestion intégrée des risques sont considérés lors de leurs prises de décisions.

7.10 Tous les acteurs de l'établissement

- Déclarer tout risque potentiel identifié par le biais des mécanismes prévus dans leur direction respective (ex. : caucus d'amélioration continue, salles de pilotage).
- S'engager dans le développement et l'implantation de la gestion intégrée des risques, en appliquant la tolérance zéro face à l'inaction devant un risque.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

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

9. ANNEXES

Annexe 1 : Grille des risques couverts

Annexe 2 : Grille d'analyse de la criticité des risques

10. RÉFÉRENCES

Agrément Canada, *Norme Gouvernance*, Ottawa, Agrément, 2017, 55 p.

Agrément Canada, *Norme Leadership*, Ottawa, Agrément Canada, 2017, 104 p.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, *Guide de la gestion intégrée des risques*, AQESSS, 2011, 82 p.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, *Outils de gouvernance pour les administrateurs – Gestion intégrée des risques*, AQESSS, 2012, 8 p.

Institut canadien pour la sécurité des patients, *Cadre canadien d'analyse des incidents*, ICSP, Ottawa, 2012, 141 p.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2)

Organisation internationale de normalisation (ISO), *Management du risque – Principes et lignes directrices ISO 31000*, Genève, 2009, 24 p.

ANNEXE 1 – Grille des risques couverts

Gestion intégrée des risques

Risques couverts
CIUSSS de la Capitale-Nationale
1. Les risques opérationnels (liés aux activités de l'établissement)
Les événements indésirables liés aux activités cliniques et non cliniques
Les infections nosocomiales
Les abus et gestes de violence envers les usagers et les usagers envers les employés
Le non-respect des lois, des politiques, des procédures et des règles internes
Le non-respect du programme d'entretien des installations (bâtiments, équipements, etc.)
Les sinistres et autres événements pouvant mettre en péril la santé, la sécurité et le bien-être des usagers, des visiteurs, du personnel, des médecins, des bénévoles et des stagiaires
Ruptures des services – interruptions des services reliées à la pénurie de ressources humaines et matérielles
Les risques liés à la clientèle (suicide, fugue, violence entre usagers, drogues...)
Pénurie de fournitures matériels et d'équipements
2. Les risques stratégiques
L'utilisation inadéquate des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement
La prise de décisions inappropriées
L'incapacité à atteindre les objectifs stratégiques de l'établissement ou à respecter les orientations nationales ou régionales
3. Les risques institutionnels, administratifs et financiers
Les dépassements budgétaires
Les fraudes, les vols et les malversations financières
Le non-respect des lois, des politiques, des procédures et des règles internes
4. Les risques reliés aux ressources humaines
La santé et sécurité du travail, y compris l'absentéisme, la violence et le harcèlement envers les employés
Les pénuries de personnel et de médecins
La détérioration du climat de travail
L'insuffisance ou la perte de compétences et d'expertises (roulement, relève, expertise)

Les actes accomplis par le personnel pouvant engager la responsabilité de l'établissement

5. Les risques technologiques et informationnels

La mauvaise utilisation des équipements et des outils technologiques

La défectuosité des équipements et des outils technologiques

La perte d'intégrité des données cliniques ou administratives

Les accès non autorisés aux informations confidentielles

L'atteinte à la disponibilité et à l'intégrité des systèmes d'information

La diffusion non autorisée d'information confidentielle

6. Les risques reliés à la perte de réputation

La communication déficiente avec la communauté, les médias et les différents publics

Les atteintes à l'image, à la crédibilité et à la réputation de l'établissement

7. Les risques environnementaux (externes)

Les catastrophes naturelles ou de l'être humain pouvant avoir un impact sur l'établissement

Les impacts de l'établissement sur l'environnement et la communauté, notamment la pollution, le bruit et le gaspillage

ANNEXE 2 – Grille d’analyse de la criticité des risques

Échelles d’évaluation des risques du CIUSSS de l’Estrie – CHUS

1.1 Probabilité de matérialisation du risque

Cote	Description	Probabilité d’occurrence de l’évènement	Probabilité d’occurrence de l’évènement (par exemple vs la planification stratégique)
5	Très élevée	Très fréquent / se produira certainement	En train de se matérialiser, ou se matérialisera plus d'une fois dans la prochaine année
4	Élevée	Fréquent	Se matérialisera probablement d'ici un an
3	Modérée	Occasionnel	Probabilité modérée de matérialisation d'ici deux ans
2	Faible	Possible	Probabilité limitée de matérialisation d'ici au moins trois ans
1	Improbable	Rare / peu probable	Se matérialisera de façon exceptionnelle seulement

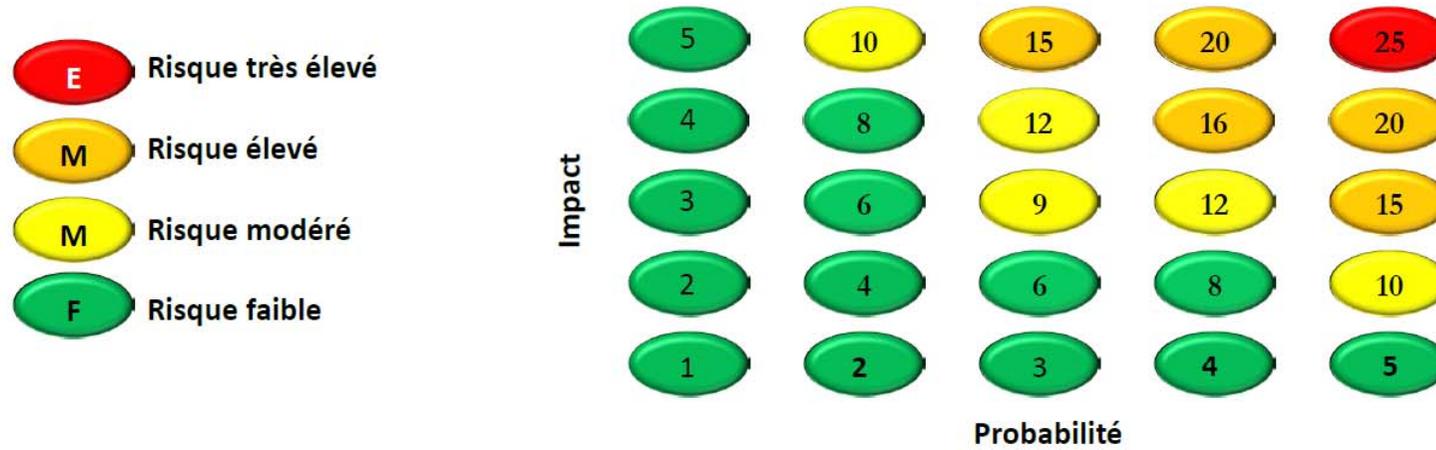
1.2 Impact du risque

Cote	Description	Continuité des soins et services	Sécurité des usagers, du personnel, des médecins, des bénévoles, des étudiants ou des chercheurs	Gestion des ressources humaines	Image / réputation	Objectifs stratégiques	Financier
5	Très élevé	Perte totale de la capacité de maintien d'un ou plusieurs services essentiels durant une période indéterminée	Impacts sévères sur la sécurité d'un grand groupe de personnes pouvant impliquer des pertes de vies	Diminution marquée de l'attraction/rétention de plusieurs types d'emplois importants Détérioration généralisée du climat de travail : grève, refus de travail, absence	Couverture prolongée et récurrente par les médias régionaux ou provinciaux de critiques importantes, les sphères politique et ministérielle sont interpellées Crise de confiance de tous les partenaires (usagers, population, personnel, médecins)	Affecte l'atteinte de l'ensemble des objectifs du plan stratégique	Variation défavorable de plus de 2 M\$
4	Élevé	Perte de la capacité de maintien d'un ou plusieurs services essentiels pour un temps déterminé Perte temporaire de la capacité d'offrir un service essentiel	Impacts importants sur la sécurité d'un groupe restreint de personnes pouvant impliquer des conséquences graves, permanentes ou le décès	Diminution de l'attraction/rétention de certains types d'emplois importants Détérioration du climat de travail dans un ou quelques secteurs : griefs, pétition, absence	Courte couverture par les médias régionaux ou provinciaux de critiques importantes, mais non récurrentes Perte de confiance de partenaires importants	Affecte l'atteinte de plusieurs objectifs stratégiques	Variation défavorable de 1 à 2 M\$
3	Modéré	Interruption d'activité causant une suspension temporaire du service non essentiel et pouvant occasionner des conséquences modérées pour l'utilisateur	Impact modéré sur la sécurité d'une personne, conséquences graves et permanentes	Difficulté de l'attraction/rétention de quelques types d'emplois Perturbation du climat de travail dans plusieurs secteurs	Critiques importantes mais non médiatisées Perte de confiance d'un des groupes de partenaires (usagers, population, personnel, médecins)	Affecte l'atteinte d'un objectif stratégique	Variation défavorable de 500 000 \$ à 1 M\$
2	Faible	Interruption mineure d'une activité avec un impact mineur sur la continuité d'un service non essentiel	Impact mineur sur la sécurité des personnes	Perturbation localisée du climat nécessitant une gestion optimale de la main-d'œuvre (gestion des congés, vacances, etc.) afin d'éviter des quarts à découvert	Critiques isolées Plaintes des usagers, population, personnel	Affecte l'atteinte de sous objectifs	Variation défavorable de 100 000 \$ à 500 000 \$
1	Très faible	Aucun délai ni bris de continuité de service	Peu ou pas d'impact sur la sécurité des personnes	Peu ou pas d'effet sur la rétention, l'attraction et le climat de travail	Quelques insatisfactions isolées	Peut affecter légèrement l'atteinte de sous objectifs	Variation défavorable de moins de 100 000 \$

1.3 Mesures d'atténuation

Cote	Description	Guide aux fins d'évaluation des contrôles et mesures d'atténuation	Besoin d'amélioration
5	Excellent	Les contrôles en place sont efficaces et sont bien appliqués; ils permettent de réduire le risque à un niveau acceptable. (facteur d'atténuation 80 %)	Pas besoin d'amélioration
4	Bon	Les mesures d'atténuation semblent suffisantes, elles pourraient être améliorées. (facteur d'atténuation 60 %)	Besoin faible
3	Passable	Des mesures d'atténuation sont en place, mais elles réduisent le risque de façon partielle. (facteur d'atténuation 30 %)	Besoin modéré
2	Faible	Des mesures d'atténuation sont en place, mais elles sont insuffisantes pour réduire le risque. (facteur d'atténuation 10 %)	Besoin élevé
1	Aucun	Les mesures d'atténuation n'atténuent aucunement le risque.	Besoin élevé et urgent

1.4 Évaluation des risques inhérents



1.5 Évaluation des risques inhérents

Cote P x I	Description
21 - 25	Très élevé
15 - 20	Élevé
9 - 14	Modéré
1 - 8	Faible

1.6 Évaluation de l'efficacité de la réponse aux risques

Cote	Description	Guide aux fins d'évaluation des mesures d'atténuation – qualité du contrôle	Besoin d'amélioration
5	Excellent	Les contrôles en place sont adéquats et sont bien appliqués; ils permettent de réduire le risque à un niveau acceptable. (facteur d'atténuation plus de 80 %)	Pas besoin d'amélioration
4	Bon	Les mesures d'atténuation semblent suffisantes, mais elles pourraient être améliorées. (facteur d'atténuation 60 %)	Besoin faible
3	Passable	Des mesures d'atténuation sont en place, mais elles réduisent le risque de façon partielle. (facteur d'atténuation 30 %)	Besoin modéré
2	Insuffisant	Des mesures d'atténuation sont en place, mais elles sont insuffisantes afin de réduire le risque. (facteur d'atténuation 10 %)	Besoin élevé
1	Aucun	Les mesures d'atténuation n'atténuent aucunement le risque.	Besoin élevé et urgent

1.7 Évaluation des risques résiduels et traitement

E Risque très élevé	21	25
M Risque élevé	15	20
M Risque modéré	9	14
F Risque faible	1	8

Le calcul du risque résiduel se fait de la façon suivante :

$$\left[\text{Risque inhérent} \right] \times \left[\text{Facteur de contrôle} \right] = \left[\text{Risque résiduel} \right]$$