

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

## POLITIQUE

### GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

N° Politique : <b>POL-120</b>	Responsable de l'application : Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	
N° Procédure découlant : <b>s.o.</b>		
Approuvée par : <b>Comité de direction</b>	Date d'approbation : <b>2024-02-06</b>	Date de révision : <b>2028-02-06</b>

Destinataires : Gestionnaires, employés, personnes exerçant leur profession dans un centre exploité par le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Est-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) incluant médecins et dentistes, stagiaires, bénévoles, responsables et employés dans les ressources qui, en vertu d'un contrat de service ou d'une entente dispensent, pour le compte du CIUSSS-EMTL, des services aux usagers, de même que toute personne en lien contractuel avec le CIUSSS-EMTL.

#### 1. CONTEXTE

La présente politique répond à 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* (RLRQ, ch.S-4.2) (LSSSS). Cette obligation du LSSSS confie le mandat au comité de vérification du conseil d'administration (CA) « de s'assurer que soit mis en place et déployé un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement ». Conséquemment, le comité de gestion des risques (article 183.2 de la LSSSS) a pour mandat de voir aux activités liées à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers.

Le manuel d'évaluation *Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales* précise au chapitre 2 qu'il faut gérer les risques de façon intégrée (2.11, p.124) en priorité. Il est attendu que « les gestionnaires de l'établissement adoptent un cadre en gestion intégrée des risques afin d'identifier, d'analyser, d'atténuer et de gérer les risques potentiels et réels, dans le but d'accroître la performance de l'établissement à cet égard » (norme 2.11.1, p.124).

La gestion intégrée des risques (GIR) s'insère dans le cadre de gestion intégrée de la performance organisationnelle et des meilleures pratiques reconnues par Agrément Canada en lien avec les normes évaluant le Leadership.

La présente politique a donc pour but d'encadrer les pratiques de l'ensemble des directions en ce qui concerne la gestion intégrée des risques, et ce, dans le respect des pratiques reconnues en gestion des risques, notamment la norme internationale ISO 31 000 et la *Directive concernant la gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle* du Conseil du trésor (juin 2016).

Elle établit les bases d'un système structuré et cohérent de GIR afin de déterminer et d'analyser les risques réels et potentiels de l'ensemble des activités de l'établissement. Elle soutient l'identification des risques à l'aide d'un processus efficient et structuré qui s'intègre aux processus de gestion des risques actuels, ainsi qu'aux processus de gouvernance, de planification et de gestion au sein de l'organisation.

## **2. CHAMP D'APPLICATION**

La politique s'adresse aux gestionnaires, employés, personnes exerçant leur profession dans un centre exploité par le CIUSSS-EMTL incluant médecins et dentistes, stagiaires, bénévoles, responsables et employés dans les ressources qui, en vertu d'un contrat de service ou d'une entente dispensant, pour le compte du CIUSSS-EMTL, des services aux usagers, de même que toute personne en lien contractuel avec le CIUSSS-EMTL.

Elle s'applique à toutes les unités administratives du CIUSSS-EMTL et touche l'ensemble de leurs activités.

En cohérence avec l'adoption de la présente politique, le programme GIR permettra de mieux comprendre les principes directeurs et les différentes activités permettant d'appliquer une GIR au quotidien. L'utilisation d'une méthodologie structurée ainsi que l'harmonisation d'outils sont nécessaires et feront partie intégrante du programme GIR.

L'organisation devra aussi se doter d'un plan de sécurité organisationnel afin de connaître l'ensemble de ses risques, leur criticité et élaborer des plans d'atténuation des risques, le cas échéant. Cette démarche sera effectuée en lien avec la séquence de visite d'Agrément Canada.

## **3. OBJECTIFS**

- 3.1.** Établir les bases d'un système structuré et cohérent pour l'implantation d'une GIR au sein de l'établissement ;
- 3.2.** Développer une compréhension commune de la GIR ;
- 3.3.** Favoriser une vision globale et organisationnelle des risques inhérents aux activités de l'établissement afin de permettre une prise de décision éclairée ;
- 3.4.** Assurer un environnement ainsi qu'une prestation de soins et de services efficaces, efficients et sécuritaires pour les usagers et les visiteurs ;
- 3.5.** Offrir un environnement de travail sain et sécuritaire pour les employés ;
- 3.6.** Contribuer à la culture de sécurité proactive au sein de l'organisation ;
- 3.7.** Clarifier les rôles et responsabilités de chaque acteur impliqué dans la gestion intégrée des risques ;
- 3.8.** Permettre, par une démarche d'amélioration continue, la maîtrise des risques identifiés afin de rendre l'ensemble des activités et des processus sécuritaires.

L'objectif ultime d'un système de GIR est de doter l'établissement d'un plan de sécurité organisationnel afin de connaître l'ensemble de ses risques, leur criticité et élaborer des plans d'atténuation des risques le cas échéant.

## **4. DÉFINITIONS**

### **4.1. Critères décisionnels**

Critères permettant aux différents gestionnaires de l'établissement de déterminer si un risque est acceptable ou non. Ces critères peuvent être issus des lois et des règlements, des différents cadres normatifs ou des obligations de l'établissement.

### **4.2. Criticité des risques**

La criticité est déterminée par la gravité potentielle d'un risque et sa probabilité de se produire. Plus le risque est grave et probable, plus il est critique.

### **4.3. Culture juste**

Reconnaissance d'une distinction entre l'erreur de bonne foi, qui ne doit pas entraîner le blâme, et la conduite négligente ou malveillante qui peut faire l'objet de sanctions.

### **4.4. Gestion des 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.

### **4.5. 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.

### **4.6. Outils de gestion intégrée des risques**

Outils permettant de déterminer le risque par un indice de gravité, un indice de fréquence du risque, un niveau de criticité et un niveau de maîtrise du risque (p.ex. : matrice de risque, plan d'atténuation des risques).

### **4.7. Plan d'atténuation des risques**

Consiste à réduire le risque et à diminuer la survenue ou les conséquences reliées au risque.

### **4.8. Plan de sécurité organisationnel**

Comprend le registre des risques et les plans d'atténuation des risques qui en découlent.

### **4.9. Programme de GIR**

Document qui décrit la méthodologie et l'utilisation d'outils structurés et harmonisés afin de mettre en place une GIR.

### **4.10. Registre de risques**

Résulte de l'identification, de l'analyse, de l'évaluation et du niveau de maîtrise des risques tant sur le plan clinique qu'organisationnel.

#### **4.11. Risque**

Événement potentiel ou situation susceptible de compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis.

### **5. ÉNONCÉ**

#### **5.1. Principes directeurs**

La politique GIR s'appuie sur les principes directeurs suivants :

- Respecter notre responsabilité organisationnelle en mettant en place un système permettant de détecter, d'identifier, d'analyser, d'évaluer et de traiter les risques dans chaque secteur de l'organisation. Il s'agit d'une responsabilité collective qui doit s'incarner à tous les niveaux de l'organisation ;
- Promouvoir l'importance de mettre en œuvre une culture juste qui contribue à l'amélioration continue de la sécurité et de la qualité au sein de l'établissement ;
- Tenir compte des risques réels et potentiels et prévoir des mécanismes permettant de les maîtriser ;
- Faire partie intégrante de l'administration du CIUSSS-EMTL ;
- Permettre de développer une vision globale et entière des risques en vue de responsabiliser l'ensemble des acteurs impliqués vers la recherche de solutions et d'harmoniser les différentes démarches ;
- Contribuer à l'atteinte de la conformité aux normes d'agrément ;
- Prioriser les actions en prévention des risques lorsque possible afin de diminuer, voire éliminer les impacts à la source ;
- Intégrer les parties prenantes de l'organisation concernées par un risque afin d'identifier les mesures d'intervention devant être mises de l'avant afin de contrôler le risque.

#### **5.2. Programme de gestion intégrée des risques**

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

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

Le programme de GIR vise à mettre en œuvre les principes directeurs de la présente politique et à coordonner les actions des différents systèmes spécifiques en gestion des risques. Il s'inscrit dans un processus d'amélioration continue et présente les modalités qui permettent d'être proactif en recensant les risques avant que des incidents ou accidents surviennent. Il décrit la méthodologie et l'utilisation d'outils structurés et harmonisés pour identifier, analyser, évaluer et déterminer le niveau de maîtrise des risques tant sur le plan clinique qu'organisationnel. En résultera le registre de risques organisationnels et

l'ensemble des plans d'atténuations qui constitueront le plan de sécurité organisationnel du CIUSSS-EMTL.

### 5.3. Principaux risques couverts par un système de GIR

Les principales catégories de risques couverts par la GIR sont les risques qui pourraient entraver de façon importante la mise en œuvre des orientations, priorités et stratégies de l'établissement. Les principales catégories sont divisées en trois dimensions de risque soit ceux associés à la prestation des soins et services, les ressources et le respect des normes. À l'intérieur de ses grandes dimensions se retrouvent, **à titre d'exemple et de façon non exhaustive**, les catégories de risques pouvant émerger de ces dimensions.

- Prestation des soins et des services aux usagers
  - Sécurité et qualité des soins ;
  - Gouvernance et planification stratégique ;
  - Opérations et soutien ;
  - Réputation et image publique ;
  - Communication et confidentialité ;
  - Catastrophe naturelle et sinistre.
  
- Ressources
  - Ressources humaines ;
  - Ressources financières ;
  - Ressources informationnelles et technologies ;
  - Ressources matérielles.
  
- Respect des normes
  - Cadre légal, règlementaire et norme ;
  - Politique, procédure, protocole et guide d'intervention clinique ;
  - Veille stratégique.

### 5.4. Conditions fondamentales pour l'implantation de la gestion intégrée des risques

Le succès de la mise en œuvre et la viabilité du programme de GIR reposent sur l'engagement clair, ferme et constant de la gouvernance et des dirigeants de l'établissement. Cet engagement favorise et contribue à la pérennité de la GIR.

Il est essentiel de s'appuyer sur une méthodologie reconnue ainsi que d'utiliser des outils harmonisés pour l'implantation de la démarche d'identification des risques. Ces outils faciliteront l'identification des différents risques et permettront de calculer la criticité des risques et de déterminer le niveau de maîtrise du risque selon divers critères décisionnels afin d'identifier lesquels doivent être adressés. Chaque direction devra effectuer cette démarche afin d'élaborer leur registre de risques.

Les risques avec un indice de priorisation à traiter feront partie d'un plan de traitement des risques afin d'atténuer ou de contrôler les risques. Ce plan définit les actions précises à mettre en place, les responsables et les échéanciers.

La mise en commun de tous les risques identifiés au sein des directions constituera notre registre de risques organisationnels. Tous les risques à traiter (p.ex.: criticité élevée ou modérée) qui font partie d'un plan d'atténuation des risques seront mis en commun afin de constituer le Plan de sécurité organisationnel.

## **6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS**

### **6.1. Conseil d'administration (CA)**

- Définit les orientations stratégiques et les priorités de l'établissement en matière de GIR ;
- Positionne la qualité et la sécurité des soins et des services comme un objectif stratégique de l'établissement ;
- S'assure de l'intégration de la GIR dans tous les comités sous sa gouvernance.

### **6.2. Président-directeur général (PDG)**

- Agit à titre de promoteur principal de la gestion intégrée des risques dans l'établissement ;
- Informe le CA de tous les risques organisationnels à criticité élevée.

### **6.3. Comité de vérification du CA**

- S'assure que soit mis en place un processus de gestion intégré des risques pour la conduite des affaires de l'établissement (art. 181.0.0.3 LSSSS).

### **6.4. Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)**

- S'assure de la vigie des risques cliniques consignés au registre des risques de l'établissement.

### **6.5. Comité de gestion intégré des risques (CGR élargi)**

- Coordonne la démarche en GIR ;
- Est le gardien du plan de sécurité organisationnel ;
- Est obligatoirement mis au courant des risques organisationnels à criticité élevée ;
- Effectue le suivi de l'avancement des plans d'atténuation des risques et en fait le suivi au CODIR.

### **6.6. Comité de gestion des risques (CGR)**

- S'assure de la vigie des risques en lien avec la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers.

### **6.7. Comité de direction (CODIR)**

- Adopte la politique GIR de l'établissement ;
- Soutient l'objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services en mode continu ;

- S'assure que soit mis en place la démarche de la GIR au sein de l'établissement ;
- S'assure qu'un Plan de sécurité organisationnel est effectif.

#### **6.8. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique**

- Soutient le personnel et les gestionnaires dans le développement de la culture de sécurité et de non-blâme ;
- Soutient les gestionnaires dans l'application de la présente politique ;
- Agit à titre de responsable de la mise en application de la GIR ;
- Accompagne les gestionnaires dans le processus de la GIR ;
- S'assure que l'information relative à la GIR soit transmise aux nouveaux cadres ;
- Coordonne, l'ensemble des travaux reliés à la production des matrices de risques pour les différentes directions concernées ;
- Implique, dans le processus d'identification des risques, toutes les parties prenantes et les pratiques professionnelles nécessaires pour l'exercice d'identification des risques ;
- Tient un registre des risques organisationnels et de l'ensemble des plans d'atténuation des risques afin de constituer le plan de sécurité organisationnel ;
- S'assure que toutes les directions cliniques ont un plan d'atténuation des risques et appliquent les mesures reliées aux plans d'atténuation des risques.

#### **6.9. Directeurs et directeurs adjoints**

- Instaurent, dans leur direction (clinique ou administrative), une culture de sécurité qui favorise la divulgation des risques ;
- Agissent à titre de promoteurs de la GIR dans leur direction ;
- S'assurent que les gestionnaires de leur direction mettent en œuvre le processus de GIR, conformément à la présente politique et que les risques identifiés sont maîtrisés grâce à un plan d'atténuation des risques ;
- S'assurent que le processus de GIR a été réalisé pour l'ensemble de leur direction et est à jour ;
- Appuient les répondants et responsables du risque dans la réalisation de leur mandat ;
- S'assurent que les outils associés sont remplis, utilisés et mis à jour, en collaboration avec la DQÉPÉ ;
- Gèrent les risques dont ils assurent la responsabilité et utilisent les méthodes, les procédures et les outils prévus au programme de GIR de l'établissement ;
- S'assurent que les risques identifiés sont adressés à l'aide d'un plan d'atténuation des risques ;
- Informent le Comité de gestion des risques élargi des risques à criticité élevée ;
- Sont au courant de l'état de l'avancement des travaux reliés au plan d'atténuation des risques ;
- Informent le Comité de gestion des risques élargi s'il y a des enjeux en lien avec la réalisation de travaux reliés au plan d'atténuation des risques.

## 6.10. Gestionnaires

- Instaurent, dans leur secteur d'activités, une culture de sécurité favorisant la divulgation des risques inhérents ;
- Sont responsables de promouvoir une GIR au sein des secteurs d'activités ou des services sous leurs responsabilités ;
- S'assurent que la GIR fait partie de la gestion quotidienne de leurs unités/services ;
- Mettent en œuvre, en collaboration avec les répondants de risque, le processus de GIR afin de s'assurer que les risques liés aux activités cliniques et administratives de leurs unités/services soient identifiés, analysés, traités et contrôlés ;
- Doivent être proactif au niveau de l'identification, l'analyse, l'évaluation et le traitement des risques liés à la prestation de soins et de services aux usagers ainsi que ceux liés à la gestion des ressources humaines au niveau de leurs secteurs d'activités.

## 6.11. Répondant et responsable 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 ;
- Gestionnaire responsable du suivi et de la mise en œuvre des actions découlant du registre des risques et du plan d'atténuation des risques.

## 6.12. Employés, personnes exerçant leur profession au CIUSSS-EMTL incluant médecins et dentistes, stagiaire, bénévoles, responsables et employés dans les ressources qui, en vertu d'un contrat de service ou une entente dispensent, pour le compte du CIUSSS-EMTL, des services aux usagers, de même que toute personne en lien contractuel avec le CIUSSS-EMTL

- Participent à la culture de sécurité en contribuant à l'identification des risques.

## 7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA POLITIQUE

### 7.1. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Responsable de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la politique.

### 7.2. Calendrier de révision de la politique

La présente politique devra être révisée tous les quatre ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

## 8. RESPONSABLE DE LA MISE EN APPLICATION

### 8.1. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Responsable de la mise en application de la présente politique.

## 9. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute autre politique en cette matière adoptée antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.