

Conseil d'administration
RÈGLEMENT

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

N° Règlement : **REG-002**

N° Procédure découlant : **s.o.**

Responsable de l'application : Conseil d'administration

Approuvée par :
Conseil d'administration

Date d'approbation :
2017-11-02

Date de révision :
2021-11-02

Destinataires : Le présent règlement s'adresse aux membres du conseil d'administration

1. CONTEXTE

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (ci-après le « CIUSSS-EMTL ») doit assurer la qualité, la sécurité, la pertinence et l'efficacité des soins et des services qu'il dispense conformément aux obligations qui lui sont confiées en vertu de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, RLRQ c. S-4.2 (ci-après la « LSSSS »). Le présent règlement a pour objet d'établir les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques (ci-après le « CGR») institué dans l'établissement, en application de l'article 183.1 de la LSSSS.

2. CHAMP D'APPLICATION

Le présent règlement s'adresse aux membres du conseil d'administration et s'applique à l'ensemble du personnel du CIUSSS-EMTL.

3. OBJECTIFS

Par ce règlement, le conseil d'administration constitue le comité de gestion des risques du CIUSSS-EMTL et en détermine les règles de fonctionnement.

4. DÉFINITIONS

Dans ce règlement, les expressions et mots suivants sont ainsi définis :

4.1. Accident

Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, d'un membre du personnel, d'un professionnel ou d'un tiers.

4.2. CIUSSS-EMTL/Établissement

Comprend l'ensemble des installations suivantes : le CSSS de la Pointe-de-l'Île, le CSSS Lucille-Teasdale, le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Santa Cabrini, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska, ainsi que toute ressource intermédiaire ou ressource de type familial qui lui est rattachée.

4.3. Comité de gestion des risques (CGR)

L'existence d'un comité de gestion des risques dans tous les établissements est prescrite par la LSSSS. Il doit apparaître dans le plan d'organisation de l'établissement.

4.4. Comités d'intégration de la gestion des risques (CIGR)

Sous-comités du CGR qui jouent un rôle de soutien et de vigie. Ils documentent les problèmes en lien avec la sécurité des soins et services sous leurs responsabilités, proposent des pistes de solutions et assurent le suivi des recommandations entérinées par le CGR. Le présent règlement accorde aux CIGR, la même protection légale en matière de confidentialité que celle octroyée au CGR en vertu de l'article 183.3 de la LSSSS.

4.5. Conséquences

Impacts sur la santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident.

4.6. Déclaration

Action de porter à la connaissance de l'établissement au moyen du formulaire AH-223, et selon la procédure établie par ce dernier, tout accident et tout incident constaté par un employé, un professionnel qui exerce sa profession dans une installation du CIUSSS-EMTL, un stagiaire ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, dispense de services aux usagers de cet établissement (article 233.1 LSSSS).

4.7. Divulgation

Action de porter à la connaissance d'un usager ou de ses proches les informations concernant un accident survenu alors qu'il recevait des services et qui sont susceptibles d'entraîner des conséquences sur son état de santé ou sur son bien-être.

4.8. Échelle de gravité

Outil servant à évaluer le niveau de gravité d'un événement.

4.9. Événement

Est un terme générique utilisé pour désigner toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui aurait pu causer des inconvénients ou des conséquences à la santé des usagers ou encore à leurs biens. L'événement désigne aussi bien un incident qu'un accident.

4.10. Gestion intégrée de la qualité

Système global qui fait de la gestion de la qualité une activité stratégique et intégrée à l'ensemble de toutes les activités et de tous les secteurs, donc systémique, de l'établissement en prenant en compte la mobilisation des acteurs, les différents systèmes de mesure et d'évaluation, l'éthique et la prévention de tous les risques inhérents à l'établissement qu'ils soient humains, financiers, environnementaux ou informationnels.

4.11. Gestion intégrée des risques

Gestion qui repose sur une approche globale, proactive et continue des risques de toute nature dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux hiérarchiques de l'établissement. Pour ce faire, elle favorise une communication interdisciplinaire et une amélioration continue de tous les processus et de toutes les activités de l'établissement. Ce concept ne doit pas être confondu avec la gestion des risques prévue dans le mandat du CGR (article 183.2 LSSSS) qui désigne les activités liées à la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers.

4.12. Incident

Action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autre occasion, pourrait entraîner des conséquences (article 183.2 al. 3, LSSSS).

4.13. Loi (LSSSS)

La « *Loi sur les services de santé et les services sociaux* », R.L.R.Q., c. S-4.2.

4.14. Mesures de prévention de la récurrence

Actions ou moyens pris pour éviter qu'un événement ne se produise à nouveau.

4.15. Mesures de soutien

Actions prises envers l'usager ou ses proches, ou moyens mis à leur disposition pour atténuer les conséquences d'un accident.

4.16. Président-directeur général

Président-directeur général de l'établissement ou toute personne qu'elle désigne pour exercer les responsabilités qui lui sont dévolues par ce règlement.

4.17. Prestation de soins et de services

Action de prodiguer des soins et des services.

4.18. Qualité

Capacité d'un système d'assurer l'accessibilité, la disponibilité, la continuité, la pertinence et la sécurité des soins et des services, dans un environnement qui favorise l'humanisation des soins, la communication efficace et l'éthique, en utilisant les meilleures pratiques cliniques et non cliniques, avec une exploitation optimale des ressources disponibles et dont la principale finalité est de répondre aux besoins exprimés et implicites du client.

4.19. Registre local

Registre des incidents et accidents. Ce registre est constitué d'informations saisies à partir du formulaire AH-223 « *Rapport de déclaration incident accident* » (art. 183.2 al. 3 LSSSS).

Une ressource intermédiaire (RI) ou une ressource de type familial (RTF) ou tout autre organisme, société ou personne auquel recourt l'établissement pour la prestation de services par entente visée à l'article 108 de la LSSSS.

4.20. Risque

Combinaison de la probabilité de l'occurrence de l'événement et la gravité pouvant en résulter.

4.21. Usager

Toute personne qui a reçu, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert des services d'une installation du CIUSSS-EMTL; ce terme comprend, le cas échéant, tout représentant de l'usager au sens de l'article 12 de la LSSSS, ainsi que tout héritier ou représentant légal d'un usager décédé.

5. ÉNONCÉ

5.1 Mandat général

Le comité de gestion des risques a pour mandat d'assurer au conseil d'administration que l'établissement respecte les règlements, les politiques et les protocoles au regard de la gestion des risques et qu'il remplit ses obligations en ce qui a trait à la sécurité des usagers. Il est garant des principes, des procédures, des règles et du suivi de l'application des orientations approuvées par le conseil d'administration de l'établissement.

Le comité de gestion des risques exerce donc un rôle de vigie pour la mise en place de la gestion des risques dans l'établissement. Il se fait le promoteur de la sécurité des soins et des services offerts et apporte un soutien au personnel et aux professionnels dans la recherche et le développement de moyens pour accroître la sécurité des usagers.

5.2 Fonctions

Le comité de gestion des risques assure les fonctions définies à l'article 183.2 de la LSSSS (annexé au présent règlement) :

La façon de remplir le mandat défini par la LSSSS peut notamment se traduire par les activités suivantes :

- Faire rapport au conseil d'administration sur le fonctionnement de la gestion des risques, sur le développement d'une culture de sécurité dans l'établissement et faire les recommandations appropriées;
- S'assurer que l'établissement se conforme aux normes reconnues, aux lois, aux règlements, aux recommandations des organismes d'agrément et de ses assureurs;
- S'assurer que toutes nouvelles politiques, procédures ou modifications à celles-ci soient conformes aux bonnes pratiques, tiennent compte des risques inhérents aux activités ciblées et reflètent une préoccupation pour la sécurité des usagers;
- S'assurer que des méthodes soient en place et que des directives soient données afin d'identifier, de prévenir et de réduire les risques d'accidents potentiels et les pertes, et faire des recommandations au conseil d'administration à leur sujet;
- S'assurer que les situations à risque identifiées soient analysées pour en connaître les conséquences possibles de même que leur ampleur réelle dans l'établissement et recommander au conseil d'administration des mesures afin de les contrôler;
- S'assurer que des mesures correctives soient prises quant aux risques détectés pour prévenir et réduire les accidents et les pertes;
- S'assurer que des mesures de soutien sont offertes aux victimes et à leurs proches, lorsque nécessaires;
- Recevoir les statistiques sur les accidents et les incidents, les infections, de même que l'information provenant tant des conseils professionnels et de leurs comités ainsi que des autres comités ayant une incidence sur la gestion des risques. De plus, le comité reçoit les données pertinentes concernant les réclamations et les pertes résultant de dommages causés aux personnes et aux biens;

- Étudier les rapports et acheminer, selon le cas, au président-directeur général, au comité de direction, au comité exécutif des conseils professionnels ou à toute autre instance visée, toute information pertinente pour la sécurité des usagers, le tout selon les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques;
- S'assurer que le programme de formation destiné aux nouveaux employés prévoit un contenu spécifique à la gestion des risques et à ses activités : la déclaration des incidents et accidents, l'engagement de l'établissement pour la sécurité des soins et services offerts, etc.;
- S'assurer que l'information et la formation appropriées soient diffusées au personnel;
- Créer tout comité *ad hoc* jugé pertinent, le tout en conformité avec les règles de fonctionnement du comité édictées par le conseil d'administration.

5.3 Composition du comité

Afin d'assurer une représentativité équilibrée en conformité avec l'article 183.1 de la LSSSS, le CGR est composé des membres suivants :

- Le président-directeur général (d'office) ou la personne qu'il désigne;
- La directrice de la qualité, l'évaluation, la performance et l'éthique (d'office) ou la personne qu'il désigne;
- Un cadre supérieur nommé par la Direction des soins infirmiers ou la personne qu'il désigne;
- Un cadre supérieur nommé par la Direction des services professionnels ou la personne qu'il désigne;
- Un cadre supérieur nommé par la Direction des services multidisciplinaires ou la personne qu'il désigne;
- Un cadre supérieur nommé par la Direction du programme SAPA ou la personne qu'il désigne ;
- Un cadre supérieur nommé par la Direction du programme DI-TSA et DP ou la personne qu'il désigne;
- Un cadre supérieur nommé par la Direction du programme jeunesse ou la personne qu'il désigne ;
- Un cadre supérieur nommé par la Direction du programme santé mentale et dépendances ou la personne qu'il désigne ;
- Un cadre supérieur nommé par la Direction des services techniques ou la personne qu'il désigne ;

- Un cadre supérieur nommé par la Direction des ressources informationnelles ou la personne qu'il désigne;
- Un cadre supérieur nommé par la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques ou la personne qu'il désigne;
- Un cadre supérieur nommé par la Direction de la recherche ou la personne qu'il désigne;
- Une personne nommée par les comités des usagers du CIUSSS-EMTL;
- Un patient nommé par le bureau patient partenaire;
- Une personne nommée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Une personne nommée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- Une personne nommée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire (CM);
- Une personne désignée par et parmi les personnes qui, en vertu d'une entente de service visée à l'article 108 de la LSSSS, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier (responsable d'une ressource d'hébergement en santé physique ou mentale : RI, RA, RTF, etc.);
- Le président du comité sur le contrôle des infections ou la personne qu'il désigne;
- Le chef de service de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire.

Le comité peut également s'adjoindre de façon ponctuelle (*ad hoc*) et sur invitation, toutes personnes reconnues pour leur expertise et leurs compétences.

Toutes nominations au CGR doivent être approuvées par le conseil d'administration et il en est de même pour les fins de mandat ou nouvelle nomination.

5.4 Règles de fonctionnement du comité

Engagement à la confidentialité

Tout membre du comité de gestion des risques doit signer le formulaire «Serment par chacun des MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES conformément à l'Annexe 1 de la LSSSS» en Annexe 1, ceci avant de commencer à exercer ses fonctions.

Durée du mandat

À l'exception des membres d'office du comité, la durée du mandat d'un membre du comité de gestion des risques est de deux (2) ans à partir de sa date de nomination. Ce mandat est renouvelable.

Les membres du comité restent en fonction, malgré l'expiration de leur mandat, jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés, en autant qu'ils conservent la qualité nécessaire à leur nomination.

Fin du mandat

Le mandat d'un membre du comité de gestion des risques prend fin dans les circonstances suivantes :

- a) Lors d'une non-disponibilité permanente, d'une démission ou d'un remplacement;
- b) Au moment où il perd les qualifications requises pour être membre du comité de gestion des risques.

Conditions d'éligibilité

Une personne cesse de faire partie du comité de gestion des risques dès qu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination ou dès que le groupe dont elle est issue la remplace, avec ou sans motifs, au moyen d'un avis écrit transmis au président.

Démission

Tout membre du comité de gestion des risques peut démissionner de son poste en transmettant au secrétaire du comité un avis écrit de son intention. Il y a vacance à compter de l'acceptation de la démission par le comité de gestion des risques.

Vacance

Toute vacance à un poste de membre du comité de gestion des risques est pourvue par résolution des membres de ce comité demeurant en fonction pour la durée non écoulée du mandat du membre à remplacer. Les membres doivent s'assurer de respecter les critères de composition du comité.

Constitue notamment une vacance :

- La démission, le décès ou la perte d'éligibilité d'un membre du comité de gestion des risques;
- La destitution d'un membre nommé, par le comité de gestion des risques, pour absence non motivée à trois (3) réunions régulières et consécutives du comité ou pour tout motif sérieux;
- L'absence au travail d'un membre du comité pour une durée prévisible de plus de six (6) mois.

Il convient de noter que des absences fréquentes à l'intérieur d'une période donnée, si ces absences ne sont pas consécutives, ou des absences à des réunions extraordinaires ne constituent pas une vacance.

Destitution

Avant de se prononcer sur la destitution d'un membre, le comité de gestion des risques doit aviser ce membre par écrit et lui permettre de se faire entendre au cours d'une séance où cette question est inscrite à l'ordre du jour.

Il est à préciser que si la majorité des membres sont d'avis que l'un d'entre eux n'exerce pas correctement ses fonctions ou encore que ce dernier présente une attitude non professionnelle à l'égard de ses responsabilités ou des autres membres du comité, un vote à majorité simple peut avoir lieu n'importe quand pour le destituer de ses fonctions. En cas de destitution, le membre concerné devra cesser ses fonctions et son poste deviendra vacant.

Responsabilité et normes de conduite

Chaque membre du comité de gestion des risques doit se prononcer et agir de manière responsable, impartiale, avec intégrité et en toute confidentialité. Il doit notamment agir avec diligence pour se rendre disponible pour assister aux réunions du comité.

Conflit d'intérêts

Chaque membre au comité de gestion des risques doit déclarer tout conflit d'intérêts, réel ou apparent. En particulier, il doit signaler s'il a, lui ou ses proches, un lien personnel ou d'affaires avec les personnes concernées par un incident ou un accident porté à l'attention du comité. Le membre du comité doit alors se retirer lors des délibérations ou de la prise de position du comité sur cet incident ou accident.

Rémunération

Les membres du comité de gestion des risques ne reçoivent aucune rémunération. Toutefois, les médecins ou le dentiste, membre du comité, peuvent être rémunérés pour l'exercice de telles fonctions, conformément à l'article 259.1 de la LSSSS et aux dispositions des ententes conclues entre le MSSS et les fédérations professionnelles de la santé. Le pharmacien peut être rémunéré conformément à l'entente qui le lie à l'établissement.

Officiers

Les officiers sont élus par et parmi les membres du comité de gestion des risques, lors de la première réunion qui suit la constitution du comité par le conseil d'administration. Le vote se prend à main levée. Les officiers du comité de gestion des risques se composent des personnes suivantes :

- Président;
- Vice-président;

- Secrétaire.

Le président-directeur général ou la personne désignée par ce dernier pour siéger au comité de gestion des risques ne peut agir comme officier.

Toute vacance à une fonction d'officier est pourvue, par résolution du comité, pour la durée non écoulée du mandat de l'officier à remplacer, en autant que la personne ainsi nommée soit éligible à la fonction vacante.

Une fonction d'officier devient vacante dès que son titulaire perd la qualité requise pour être membre du comité de gestion des risques, notamment en raison des conditions d'éligibilité.

Réunions

Le comité de gestion des risques se réunit au moins quatre (4) fois par année. Le comité peut également tenir une réunion spéciale, à la demande du président ou sur demande écrite et signée par deux membres du comité.

Convocation et ordre du jour

Le secrétaire transmet au membre, par courrier électronique, un avis de convocation écrit au moins cinq (5) jours ouvrables avant la date prévue pour la réunion. L'avis indique le lieu, la date et l'heure de la réunion ainsi que l'ordre du jour proposé. En cas d'urgence, la convocation peut être faite verbalement et le délai n'est alors que de vingt-quatre (24) heures.

Dérogation aux formalités et délais

Il peut être dérogé aux formalités et délais de convocation, si tous les membres y consentent par écrit.

Personne-ressource et sous-comités

Les réunions du comité de gestion des risques se limitent aux membres, mais le comité peut s'adjoindre, pour une durée déterminée, toute personne-ressource qu'il juge utile pour exercer ses fonctions. Ces personnes invitées ne font pas partie du comité et n'ont pas le droit de vote.

Le comité de gestion des risques peut créer des sous-comités lorsqu'il le juge pertinent. La composition de ces sous-comités peut inclure d'autres membres que les membres du comité. Les règles de confidentialité prévues pour les activités du comité de gestion des risques s'appliquent également à celles des sous-comités.

Huis clos

Toutes les réunions du comité de gestion des risques sont confidentielles et se tiennent à huis clos.

Quorum

Pour toute réunion du comité de gestion des risques, le quorum est fixé à la majorité de ses membres, comprenant obligatoirement d'une part, le président (ou en son absence, le vice-président) et d'autre part, le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne à cette fin. Si le quorum n'est pas atteint, la réunion est reportée à une date ultérieure et un avis de convocation doit alors être transmis aux membres.

5.5 Prise de décision

Vote

Tout membre du comité de gestion des risques est tenu de voter ou de s'exprimer en vue d'une prise de décision, sauf en cas d'une situation de conflit d'intérêts, réelle, potentielle ou apparente. Les décisions du comité de gestion des risques sont prises à majorité des voix exprimées par les membres présents. Le vote s'exerce à main levée ou verbalement. Un membre ne peut voter par procuration. En cas d'inégalité des voix à deux (2) reprises pour une même question, le président du comité pourra trancher et prendre la décision, une voix prépondérante lui étant accordée. Cependant, il n'est pas tenu de l'exercer.

La déclaration par le président que la résolution a été adoptée à l'unanimité, à la majorité ou n'a pas été adoptée fait preuve de ce fait.

Résolutions

Toute décision du comité de gestion des risques est prise par résolution, à la majorité simple des membres présents du comité. En l'absence d'indication contraire dans le procès-verbal, une décision est réputée avoir été adoptée à l'unanimité des membres du comité. La déclaration par le président que la résolution a été adoptée à l'unanimité, à la majorité ou n'a pas été adoptée fait preuve de ce fait.

5.6 Protection et confidentialité

Diverses dispositions de la LSSSS permettent au comité de gestion des risques, à ses membres et au gestionnaire de risques de jouer pleinement leur rôle. L'article 183.3 de la LSSSS apporte des protections aux activités de gestion des risques.

Restriction

Aucun élément de contenu du dossier de gestion des risques, y compris les conclusions motivées et, le cas échéant, les recommandations qui les accompagnent, ne peut constituer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une faute professionnelle, administrative ou autre de nature à engager la responsabilité civile d'une partie devant une instance judiciaire.

Documents déposés au comité et procès-verbaux

Certains documents peuvent être acheminés aux membres avant la tenue de la réunion : tableaux de bord et statistiques. Les procès-verbaux de chaque réunion sont remis sur place lors de la réunion et sont repris à la fin de la rencontre. Ces documents doivent demeurer confidentiels, tels que le précise l'article 183.4 de la LSSSS.

Procès-verbaux

Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques sauf les membres de ce comité, les représentants d'organismes d'accréditation dans l'exercice des fonctions relatives à l'agrément des services de santé et des services sociaux des établissements ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi.

Archivage

La conservation des archives du comité de gestion des risques est soumise au calendrier de conservation des documents de l'établissement. Ce calendrier précise les délais de conservation de chacun des documents existants. Il concerne autant les documents administratifs que les documents relatifs aux dossiers des usagers et des ressources. Chaque délai prescrit à l'intérieur de ce recueil a été entériné par la Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ). Le secrétaire du comité de gestion des risques doit s'assurer du respect des modalités établies dans le calendrier de conservation.

5.7 Rapport

Un rapport statistique trimestriel est produit par le gestionnaire de risques. Celui-ci est analysé au comité de gestion des risques et les membres énoncent des recommandations au conseil d'administration de l'établissement. Le comité de gestion des risques doit transmettre son rapport annuel d'activité au conseil d'administration, au plus tard quinze (15) jours avant la tenue de la séance de juin de chaque année. Ce rapport ne peut comprendre de renseignements de nature confidentielle.

Contenu du rapport annuel d'activité

Le rapport annuel d'activités du comité de gestion des risques couvre la période du 1er avril au 31 mars de chaque année et son contenu doit comprendre les informations suivantes, depuis le dernier rapport :

- a) La présentation des fonctions du comité et de ses membres;
- b) Les activités réalisées et celles qui sont en cours de réalisation;
- c) Un état du registre local des incidents et des accidents survenus dans les installations de l'établissement incluant leur nombre et leur nature;
- d) Un relevé des mesures de soutien apportées à la victime et à ses proches, ainsi que de leur appréciation par ces derniers;

- e) Le résultat de ses travaux sur les moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident, en vue d'assurer la sécurité des usagers;
- f) L'ensemble des recommandations du comité de gestion des risques adressées au comité de vigilance et de la qualité sur la prise de mesures visant à prévenir la récurrence des incidents et des accidents et la prise de mesures de contrôle, le cas échéant.

Le rapport annuel peut contenir tout autre élément jugé pertinent.

6 RÔLES ET RESPONSABILITÉS

La présidence et vice-présidence sont responsables de :

- Représenter le CGR à titre de porte-parole officiel;
- Renseigner le conseil d'administration sur les activités du CGR;
- Préparer et soumettre au conseil d'administration les objectifs, les recommandations et le rapport annuel d'activités du CGR;
- Voir au bon fonctionnement du CGR;
- Convoquer les réunions du CGR et les présider;
- Recevoir la documentation transmise à l'intention du CGR et en assurer le suivi;
- Faire approuver les procès-verbaux du CGR et, par la suite, les contresigner;
- Remplir toute autre fonction confiée par le CGR.
- Le vice-président remplace le président en cas d'absence ou d'incapacité de ce dernier.

Le secrétaire est responsable de :

- Rédiger, signer et transmettre les avis de convocation accompagnés, le cas échéant, de la documentation requise;
- Préparer les ordres du jour, sur approbation du président;
- Rédiger les procès-verbaux des réunions du CGR, les signer et, après approbation, voir à ce qu'ils soient contresignés et certifiés par la présidence;
- Certifier ou faire certifier par la présidence les extraits officiels des résolutions du CGR;
- Conserver les archives du CGR;

- Maintenir à jour la liste des membres du CGR comprenant leur adresse (postale ou électronique) et leur numéro de téléphone;
- Remplir toute autre fonction confiée par le CGR.

En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du secrétaire, une personne désignée par le CGR le remplace.

Le chef de service de la gestion des risques est responsable de :

- Coordonner les activités de gestion des risques dans l'établissement;
- Assister le CGR dans la réalisation de son mandat;
- Préparer les rapports en lien avec la gestion des risques;
- Assurer la liaison entre l'établissement, ses assureurs et ses avocats;
- Lorsque cela s'avère nécessaire, il peut entreprendre des enquêtes internes et constituer des dossiers de gestion de risques;
- Le chef de service de la gestion des risques bénéficie de la même protection que celle qui est prévue dans la LSSSS pour les délibérés du CGR dans le contexte d'une enquête.

L'agent administratif

Le comité de gestion des risques peut nommer un agent administratif qui n'est pas un membre du comité. L'agent administratif assiste à toutes les séances du comité, y compris les séances de délibérations. Il est responsable de :

- Remplir les fonctions de greffier audiencier;
- Constituer et conserver le dossier de chaque demande de révision et tenir, relativement à chaque dossier, un procès-verbal des délibérations et décisions rendues par le comité;
- Remplir toute autre fonction que peut lui assigner le CGR, compte tenu du mandat de ce dernier.

L'agent administratif nommé par le CGR n'a pas de droit de vote lorsque des décisions doivent être prises par ce moyen.

7 ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DU RÈGLEMENT

7.1 Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et l'éthique (DQÉPÉ)

La DQÉPÉ est responsable de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour du règlement.

7.2 Calendrier de révision

Le présent règlement sera révisé tous les quatre (4) ans ou en fonction des besoins.

8 RESPONSABLE DE LA MISE EN APPLICATION

8.1 Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et l'éthique (DQÉPÉ)

Le président du comité de gestion des risques est responsable de la mise en application du présent règlement.

9 ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent règlement entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration et annule, par le fait même, tout autre règlement en cette matière adopté antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

10 ANNEXES

Annexe 1 : Articles de la LSSSS liés au comité de gestion des risques

Annexe 2 : Serment par chacun des MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES conformément à l'Annexe I de la LSSSS.

Annexe 3 : Échelle de gravité des incidents et des accidents

Annexe 1 : Articles de la LSSSS liés au comité de gestion des risques

183. Tout établissement doit préparer un plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique. Ce plan décrit les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements ainsi que les programmes cliniques.

Le plan d'organisation de l'établissement indique, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, de quel département ou service relèvent les actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques d'un programme clinique ou, sur recommandation du service médical visé à l'article 186, de quel département ou service relèvent les actes médicaux d'un tel programme clinique.

Un tel plan d'organisation doit être transmis sur demande à l'agence ou au ministre.

Le plan d'organisation doit être révisé au moins tous les trois ans.

183.1. Le plan d'organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation d'un comité de gestion des risques.

Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d'administration de l'établissement.

La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de services, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité.

183.2. Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

1° identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;

2° s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;

3° assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Pour les fins d'application du présent article et des articles 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par :

«incident» : une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.

183.3. Les réponses faites par une personne, dans le cadre des activités de gestion des risques, et notamment tout renseignement ou document fourni de bonne foi par elle en réponse à une demande d'un gestionnaire de risques ou d'un comité de gestion des risques ne peuvent être utilisées ni ne sont recevables à titre de preuve contre cette personne ou contre toute autre personne devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles.

Malgré toute disposition contraire, un gestionnaire de risques ou un membre d'un comité de gestion des risques ne peut être contraint devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles de faire une déposition portant sur un renseignement confidentiel qu'il a obtenu dans l'exercice de ses fonctions, ni de produire un document contenant un tel renseignement, si ce n'est aux fins du contrôle de sa confidentialité.

Aucun élément de contenu du dossier de gestion des risques, y compris les conclusions motivées et, le cas échéant, les recommandations qui les accompagnent, ne peut constituer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une faute professionnelle, administrative ou autre de nature à engager la responsabilité civile d'une partie devant une instance judiciaire.

183.4. Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), les dossiers et les procès-verbaux du comité de gestion des risques sont confidentiels.

Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques sauf les membres de ce comité, les représentants d'organismes d'accréditation dans l'exercice des fonctions relatives à l'agrément des services de santé et des services sociaux des établissements ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi.

108. Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes:

1° la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement;

2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.

Toutefois, l'autorisation préalable du ministre est requise pour conclure une entente avec l'exploitant d'un centre médical spécialisé visé au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 333.3, avec un professionnel non participant au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou lorsque l'entente vise un service assuré considéré comme non assuré en vertu de cette dernière loi.

Malgré le premier alinéa, un établissement qui exploite un centre hospitalier ne peut modifier significativement l'organisation des services médicaux spécialisés qu'il dispense dans ses installations en les confiant à un tiers que s'il est partie à une entente conclue en application de l'article 349.3.

Un établissement peut également conclure avec un autre établissement une entente concernant l'acquisition ainsi que la préparation et la distribution automatisées de médicaments.

Pour l'application d'une entente visée au paragraphe 1° du premier alinéa ou au quatrième alinéa, un établissement peut communiquer un renseignement contenu au dossier d'un usager seulement si la communication de ce renseignement est nécessaire afin d'assurer, selon le cas, la dispensation, par cet autre établissement, organisme ou autre personne, de certains services de santé ou services sociaux à l'utilisateur concerné ou la préparation centralisée de certains médicaments. Les dispositions des articles 27.1 et 27.2 s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, lorsqu'un renseignement est ainsi communiqué à un autre établissement, organisme ou autre personne.

Dans le cas d'une entente conclue entre un établissement et un organisme communautaire visé au titre II de la présente partie, celle-ci doit respecter les orientations, les politiques et les approches que se donne l'organisme communautaire.

Dans le cas d'une entente visée au paragraphe 2° du premier alinéa, celle-ci ne peut avoir pour effet d'octroyer l'exclusivité de services professionnels ou d'empêcher le recrutement de professionnels conformément aux besoins prévus dans le plan des effectifs médicaux élaboré par l'agence.

Une entente visée au présent article doit être transmise à l'agence.

108.1. Pour pouvoir offrir à un autre établissement, à un organisme ou à une autre personne ou obtenir de l'un d'eux des services de télésanté, un établissement doit conclure une entente à cet effet avec cet autre établissement, organisme ou cette autre personne. Cette entente doit prévoir:

1° la nature précise des services;

2° la description des responsabilités de chaque partie;

3° les modalités d'échange d'information afin de permettre les démarches d'évaluation de la qualité de l'acte et de traitement des plaintes;

4° les mesures qui doivent être prises pour assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements communiqués.

Les deuxième, sixième, septième et huitième alinéas de l'article 108 s'appliquent à une telle entente.

On entend par « services de télésanté » une activité, un service ou un système lié à la santé ou aux services sociaux, pratiqué au Québec, à distance, au moyen des technologies de l'information et des communications, à des fins éducatives, de diagnostic ou de traitement, de recherche, de

gestion clinique ou de formation. Toutefois, cette expression ne comprend pas les consultations par téléphone.

233.1. Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'utilisateur.

Le directeur général de l'établissement ou, à défaut, la personne qu'il désigne rapporte, sous forme non nominative, à l'agence, selon une fréquence convenue ou lorsque celle-ci le requiert, les incidents ou accidents déclarés.

ANNEXE 2 – Serment par chacun des MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES conformément à l'Annexe I de la LSSSS

«Je déclare sous serment que je remplirai mes fonctions avec honnêteté, impartialité et justice. De plus, je déclare sous serment que je ne révélerai et ne ferai connaître sans y être autorisé par la Loi, aucun renseignement confidentiel dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.»

En foi de quoi, j'ai signé à Montréal, le _____
Jour / Mois / Année

Personne qui fournit le serment

Nom Prénom

Signature

Commissaire à l'assermentation Jour / Mois / Année

ANNEXE 3 : Échelle de gravité des incidents et des accidents

L'identification du niveau de gravité d'un événement lié à la sécurité des patients (incident ou accident) est réalisée selon l'échelle de gravité établie par le Ministère de la santé et des services sociaux. **Le niveau de gravité est déterminé selon les conséquences directes de l'événement sur l'état de santé du patient.** Le lien entre l'événement survenu et les conséquences observées sur la santé du patient est le **critère principal** à appliquer afin d'identifier le niveau de gravité d'un événement.

D'autres éléments contribuent à l'identification du niveau de gravité. Le niveau d'intensité des soins tout comme le type de soins fournis au patient suite à l'événement sont des **critères secondaires** qui permettent de préciser le niveau de gravité. Le critère principal; soit l'impact direct de l'événement sur la santé du patient est toujours le premier critère à considérer.

1- Est-ce que l'événement est la cause directe de conséquences sur l'état de santé du patient ? (critère principal)

- **NON (patient pas touché) : Incident A et B**
Analyse des critères secondaires afin de préciser la gravité
- **NON (seulement des inconvéniens) : Accident C et D**
Analyse des critères secondaires afin de préciser la gravité
- **OUI TEMPORAIRES : Accident E1, E2, F**
Analyse des critères secondaires afin de préciser la gravité
- **OUI PERMANENTES : Accident G, H, I**
Analyse des critères secondaires afin de préciser la gravité

Les critères secondaires permettent de préciser le niveau de gravité sans avoir préséance sur le critère principal

		Critère principal	Critère secondaire		
Patient	Type d'événement	Conséquences réelles sur l'état de santé ou bien être du patient	Interventions	Gravité	Observations/Exemples
Non touché	Incident	s.o.	s.o.	A	Circonstance ou situation à risques (risque présent, mais non réalisé)
Non touché		s.o.	s.o.	B	Le risque s'est réalisé, mais personne n'est touché (échappée belle)
Touché	Accident	Aucune, seulement inconvéniens	Aucune	C	Évaluation du patient, surveillance régulière (chute sans aucune conséquence)
Touché		Aucune, seulement inconvéniens	Vérifications additionnelles (surveillance, tests/examens)	D	Examens médicaux, tests d'imagerie médicale, test sanguins, surveillance accrue, transfert à l'urgence sans admission, etc.)
Touché	Accident	Oui-Temporaires	Interventions non spécialisée	E1	Premiers soins, pansement, désinfection, manœuvre de Heimlich
Touché		Oui-Temporaires	Interventions spécialisés	E2	Aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation
Touché		Oui-Temporaires	Interventions spécialisés + nouvelle / prolongation d'hospitalisation	F	Arrêt cardio-respiratoire suite à un accident de soin → RCR + récupération fonctionnelle complète Chute → Fracture de la hanche → prothèse de la hanche + récupération fonctionnelle complète
Touché	Accident	Oui- Permanentes	Interventions spécialisés	G	Conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altération, diminution ou perte de fonction, d'autonomie)
Touché		Oui- Permanentes	Interventions spécialisés de maintien de la vie (en continu)	H	Arrêt cardio-respiratoire suite à un accident de soin → RCR → dommages cérébraux irréversibles
Touché		Oui- Permanentes	Interventions spécialisés	I	l'événement est à l'origine des conséquences qui ont contribué au décès (le lien causal direct est obligatoire)

Références

1. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques projet type*, octobre 2007, 34 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme de formation sur le *fonctionnement d'un comité de gestion des risques*, Québec, 2006, 174 p.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Règlement sur la régie interne d'un conseil multidisciplinaire d'un établissement de santé et de services sociaux, projet type*, Québec, novembre 2015, 32 p.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux, projet type*, Québec, décembre 2015, 33 p.
5. QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 9 novembre 2015*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html] (Consulté le 14 janvier 2016).
6. REGROUPEMENT DES PROGRAMMES D'ASSURANCE DE DOMMAGES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Manuel de gestion des risques du réseau de la santé et des services sociaux, édition 2006*, AQESSS, Montréal.
7. RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES DE DIFFÉRENTS ÉTABLISSEMENTS.