

POLITIQUE SUR LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

Émetteur	Direction qualité, évaluation, performance et éthique et la direction des ressources financière et de la logistique		
Destinataires	Gestionnaires du CIUSSS de l'Estrie – CHUS		
Entrée en vigueur	2018-04-04		
Adoptée par	Conseil d'administration	Date	2018-04-04
Signature	Original signé par :	Date	
	Jacques Fortier		
	Président du conseil d'administration		

Table des matières

1. Mise en contexte.....	1
2. Objectifs.....	2
3. Définition des termes	3
4. Champ d'application.....	4
5. Cadre juridique de la GIR	4
6. Principes directeurs.....	5
7. Rôles et responsabilités (Voir aussi les annexes B et C).....	5
8. Les principaux risques couverts par le système de gestion intégrée des risques.....	8
9. Confidentialité des documents portant sur la GIR.....	10
10. Processus de la GIR.....	10
11. Ouvrages consultés	11
12. Contributeurs	11
13. Dispositions finales.....	12
ANNEXE A - Historique des versions.....	13
ANNEXE B - Rôles et responsabilités.....	14
ANNEXE C - Gouvernance et coordination de la GIR	15
ANNEXE D - Description du processus de la gestion intégrée des risques	16
ANNEXE E - Échelles d'évaluation des risques	18

1. Mise en contexte

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a modifié en 2011 la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) confiant la responsabilité au *Comité de vérification* « de s'assurer de la

mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement et qu'il veille au bon fonctionnement des mécanismes de contrôles internes¹ ».

À la suite de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, amenant la création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en avril 2015, il a été décidé de procéder à l'implantation de la gestion intégrée des risques afin de développer un système global et uniforme de gestion des risques pour l'ensemble des installations constituant le CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

La démarche de gestion intégrée des risques est complémentaire aux exigences découlant de la LSSSS qui prévoit également l'existence d'un comité de gestion des risques dans tous les établissements². Ce comité est appelé le *Comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers* (CPSSSU) au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ce dernier s'assure de la sécurité en lien avec la prestation des soins et des services dispensés aux usagers.

En implantant un processus de gestion intégrée des risques, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS entend développer une vision d'ensemble des risques organisationnels majeurs, incluant notamment les risques liés à la transformation, les risques cliniques dans le cadre de la prestation des soins et des services aux usagers et les risques administratifs.

2. Objectifs

Cette politique a pour objectif de développer une vision cohérente et commune de la gestion intégrée des risques (GIR) pour l'ensemble de l'organisation. Elle vise également à encadrer les activités de gestion intégrée des risques en précisant les modalités d'application ainsi que le partage des rôles et des responsabilités entre les divers intervenants.

De façon plus spécifique, les objectifs poursuivis par cette politique sont les suivants :

- Réduire les risques majeurs de l'organisation en fonction du seuil de tolérance de l'organisation, afin d'améliorer la performance et les services de l'organisation, la sécurité des usagers et des employés, ainsi que la fluidité et la continuité des services;
- Développer un système global et uniforme de gestion intégrée des risques qui permettra à l'organisation de mieux connaître ses risques majeurs de toute nature;
- Développer des outils de gestion des risques communs et un langage uniforme;
- Accompagner les gestionnaires dans leurs décisions d'allocation de ressources en fonction des risques les plus importants;
- Outiller le *Comité de vérification et de suivi budgétaire* (CVSB) afin qu'il puisse s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement et qu'il soit en mesure de veiller au bon fonctionnement des mécanismes de contrôles internes en respect de la LSSSS. (art. 181.0.0.3).
- Outiller le *Comité de vigilance et de la qualité* (CVQ) de manière à ce qu'il puisse mieux appréhender les risques relatifs à son mandat et ses responsabilités, ainsi que de s'assurer d'une vision systémique intégrée de ces derniers.
- Respecter le cadre législatif, réglementaire et normatif en vigueur ainsi que toute obligation contractuelle (ententes, contrats, etc.).

Notons que la présente politique ne vient pas suppléer aux mandats des autres comités ou conseils consultatifs de l'organisation responsables de la gestion ou de la vigie des risques. La GIR est un système

¹ Article 181.0.0.3, Loi sur les services de santé et les services sociaux, c. S-4.2

² Article 183.1, Loi sur les services de santé et les services sociaux, c. S-4.2

global et uniforme de gestion intégrée des risques qui permet à l'organisation de coordonner le suivi des risques majeurs de l'organisation.

3. Définition des termes

Gestion intégrée des risques

Processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des systèmes et des sous-systèmes de l'organisation qui permet l'identification, l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et des situations jugées à risque, qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à l'usager, au visiteur, au personnel, aux biens de ceux-ci ou à ceux de l'établissement³.

Risque

Tout événement comportant un degré d'incertitude qui pourrait mettre en péril l'atteinte des objectifs stratégiques, tactiques et opérationnels de l'organisation.

Risque majeur organisationnel

Les risques majeurs organisationnels représentent les risques qui pourraient affecter significativement l'atteinte de la mission du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (le Vrai Nord), les objectifs du plan annuel de l'organisation ou l'offre de services des directions.

Risque émergent

Les risques émergents sont liés à l'évolution des pratiques, des technologies, des comportements sociaux ou toute autre cause qui crée de nouveaux risques pour l'organisation.

Niveau de risque inhérent

Risque faisant partie intégrante de l'ensemble des activités réalisées par l'organisation et résultant de l'évaluation de la probabilité de matérialisation et de l'impact des risques, sans prendre en compte l'évaluation des contrôles.

Niveau de risque résiduel

Risque qui résulte de l'évaluation de l'adéquation et de l'efficacité des mesures de contrôle. Ce niveau devrait se situer à l'intérieur du seuil de tolérance de l'organisation, dans le cas contraire, des mesures d'atténuation (contrôles) additionnelles devraient être mises en place pour réduire le risque résiduel.

Mesures d'atténuation (contrôles)

Toute mesure prise par les directions, le *Conseil d'administration* (CA) ou autres parties afin de gérer les risques et accroître la probabilité que les buts et les objectifs fixés par l'organisation seront atteints. On distingue les contrôles formels des contrôles informels :

- Formels : politiques, procédures, lois, structures et activités de contrôle;
- Informels : culture d'entreprise, valeurs communes, appartenance organisationnelle, éthique.

³ AQESSS, Guide de la gestion intégrée des risques – 2012

Seuil de tolérance aux risques

Niveau maximal de risque que l'organisation est prête à accepter aux fins d'atteinte des objectifs fixés. Ce seuil de tolérance est défini par le *Comité de la direction générale* (CDG) en référence aux objectifs stratégiques. Le seuil de tolérance **se définit en fonction de la mission, de la vision, des valeurs et des objectifs stratégiques et opérationnels** qui découlent de la planification annuelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

D'autres critères décisionnels peuvent soutenir le CDG pour la prise de décision sur le caractère acceptable ou non d'un risque. Ces autres critères décisionnels sont notamment :

- La sécurité des personnes;
- Les obligations légales, réglementaires et normatives;
- L'utilisation efficace et efficiente des ressources;
- L'atteinte des objectifs de performance;
- La philosophie de gestion;
- Le contexte du risque.

4. Champ d'application

La présente politique s'applique à tous les secteurs d'activités du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et couvre les différentes catégories de risque de l'organisation, notamment les risques stratégiques; opérationnels (liés aux activités de l'établissement); administratifs et financiers; les risques liés aux ressources humaines; les risques technologiques et informationnels, les risques liés à la recherche; les risques liés à la mission universitaire et centres de recherche, ainsi que les risques environnementaux.

Cette politique s'adresse à tous les administrateurs, les hors cadres, les cadres (cadres supérieurs, cadres intermédiaires), les médecins, les sages-femmes, les employés, les bénévoles, les stagiaires et les fournisseurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Elle s'adresse aussi à toute personne qui exerce sa profession au CIUSSS de l'Estrie – CHUS ou dans un centre exploité par l'établissement, de même qu'à toute personne qui, en vertu d'un contrat de service, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers.

Enfin, cette politique concerne les usagers, leurs proches et la population qui sont considérés comme des partenaires de la GIR.

Les rôles et responsabilités sont documentés de façon plus spécifique à la section 7 du présent document.

5. Cadre juridique de la GIR

La présente politique s'appuie sur les textes suivants, ainsi que sur toute autre loi exigeant de la gestion de risques majeurs :

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), LRQ, chapitre S-4.2
 - Article 181.0.0.3 (2) de la LSSSS pour le *Comité de vérification* : obligation de mettre en place un processus de gestion des risques de l'établissement et veiller au bon fonctionnement des mécanismes de contrôles internes
 - Article 181.0.0.3 de la LSSSS pour le *Comité de vigilance et de la qualité* : responsable d'analyser le rapport annuel du *Comité de gestion des risques* pour recommandations au CA, ainsi que d'analyser les rapports et recommandations transmis au CA portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes

- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, chapitre O-7.2;

Toutes autres lois exigeant la gestion des risques dans toutes les activités d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

6. Principes directeurs

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

- La gestion intégrée des risques est l'affaire de tous les acteurs de l'établissement. Chacun doit contribuer à la gestion intégrée des risques selon les dispositions prévues par la présente politique;
- La gestion intégrée des risques repose sur l'implantation d'une culture qui favorise l'apprentissage et l'amélioration continue de la qualité;
- 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;
- 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 capacité de l'établissement à gérer efficacement ses risques est une des dimensions de sa performance globale.

7. Rôles et responsabilités (Voir aussi les annexes B et C)

7.1 Les usagers, leurs proches et la population

Les usagers, leurs proches et la population sont considérés comme des partenaires de la GIR, et ils contribuent au processus de gestion intégrée des risques en participant à l'identification des risques et apportent leur point de vue concernant leur priorisation et les solutions à adopter pour réduire ces risques. Par exemple, ils sont invités à communiquer avec le *Comité des usagers du centre intégré* (CUCI), les *Comités des usagers continués* (CUC) et le *Commissaire aux plaintes et à la qualité des services*.

7.2 Employés, médecins, sages-femmes, stagiaires, bénévoles et fournisseurs

Les employés, médecins, sages-femmes, stagiaires, bénévoles et fournisseurs communiquent sans délai à leur supérieur hiérarchique, ou à leur personne-ressource de l'organisation, tout nouveau risque important qui peut entraver l'atteinte de la mission, de la vision, des valeurs et des objectifs stratégiques et opérationnels qui découlent de la planification annuelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS des objectifs stratégiques du CIUSSS de l'Estrie et ceux de leur direction. Ils sont aussi invités à faire part de leur point de vue concernant la priorisation de ces risques et les solutions à adopter pour les réduire.

7.3 Gestionnaires

Les gestionnaires (hors-cadres, cadres et cadres intermédiaires) participent au processus de gestion intégrée des risques et soutiennent leur direction dans la réalisation des activités qui en découlent. De plus, ils participent à l'évaluation des contrôles internes en place dans les services sous leur responsabilité lorsque requis.

7.4 **Comités/Conseils consultatifs et Commissaire aux plaintes et à la qualité des services**

Les comités/conseils consultatifs sont des partenaires de la GIR et sont notamment les suivants : *Conseils professionnels* (CII, CM, CMDP, CSF), *Comité d'éthique clinique organisationnelle* (CECO), *Comité de l'éthique à la recherche* (CER), le bureau du *Commissaire aux plaintes et à la qualité des services* (CPQS), le *Comité sur la prestation sécuritaire des soins et services aux usagers* (CPSSSU), le *Comité des usagers du centre intégré* (CUCI), les *Comités des usagers continués* (CUC), etc. Ces comités/conseils soutiennent les directions dans le processus d'identification et de gestion des risques majeurs de l'organisation dans les limites de leur mandat respectif. De plus, ces comités peuvent aussi alimenter la coordination de la GIR concernant des risques majeurs identifiés au cours de leurs mandats spécifiques. Ils sont aussi invités à faire part de leur point de vue concernant la priorisation de ces risques et des solutions à adopter pour les réduire.

7.5 **Comités partenaires de la GIR**

Les comités partenaires de la GIR sont ceux ayant dans leur mandat l'amélioration continue, la gestion ou la vigie des risques. Par exemple, le *Comité de la qualité des soins et services*, le *Comité sur la sécurité de l'information*, le *Comité sur la santé au travail*, etc., dans les limites de leur mandat, alimentent la direction concernée sur les risques majeurs liés à leur secteur ou activité. Ils sont aussi invités à faire part de leur point de vue concernant la priorisation de ces risques et les solutions à adopter pour les réduire. De plus, si ces risques ont déjà fait l'objet d'une reddition de comptes à une instance quelconque (par exemple : *Comité de la direction générale*, *Conseil d'administration*, CVQ, CVSB, MSSS, etc.), les comités partenaires de la GIR informent la direction concernée et la coordination de la GIR afin d'assurer la cohérence et l'efficacité de la reddition de comptes et de la gestion des risques majeurs. Il en est de même pour le suivi des plans d'action, le cas échéant.

7.6 **Directions**

Chaque direction est responsable de la réalisation des activités de gestion intégrée des risques dans son secteur. Ce qui veut dire qu'elle identifie et évalue les risques inhérents à son secteur, développe et met en place des stratégies et mesures d'atténuation visant à réduire les risques à l'intérieur du seuil de tolérance de l'organisation. Elle produit également la documentation relative à son analyse de risque et fait rapport à la coordination de la GIR, lorsque cela est requis, sur ses activités de gestion intégrée des risques. Chaque directeur est responsable d'effectuer un suivi régulier de la mise en œuvre des plans d'action au *Comité de direction* et à la *Coordination de la GIR*. Les directions comptent sur le soutien des comités partenaires de la GIR et les comités/conseils consultatifs dans la réalisation de leur mandat. Enfin, soulignons que les directions sont responsables d'identifier les risques majeurs émergents et de s'assurer de leur intégration et priorisation adéquate dans l'inventaire des risques majeurs de l'organisation lorsque requis.

7.7 **Coordination de la GIR**

En collaboration avec les directions, les comités partenaires et conseils/comités consultatifs, elle assure le soutien du *Comité de direction* dans l'exercice d'analyse et d'évaluation des risques majeurs dans tous les secteurs, le suivi des activités de gestion intégrée des risques, la coordination du processus de reddition de comptes et l'intégration, à l'échelle de l'organisation, de l'ensemble des risques majeurs relevés. Elle effectue le suivi de la production des plans d'action avec les directions porteuses et assure l'intégration de l'information nécessaire dans le tableau de bord de la GIR. Elle coordonne la reddition de comptes relative à la GIR produite pour les instances concernées. Elle développe également des outils de gestion intégrée des risques et est responsable de l'harmonisation des pratiques de gestion de risque afin d'assurer la cohérence à travers l'organisation. Enfin, elle est responsable de maintenir à jour la *Politique sur la gestion intégrée des risques*.

7.8 Comité de direction (CD)

Le *Comité de direction* s'assure que les principaux risques liés aux activités du CIUSSS de l'Estrie – CHUS sont identifiés, mis à jour en continu, et que les plans d'action requis, visant à mieux gérer ces risques, sont cohérents, intégrés et mis en place. Le *Comité de direction* identifie les risques à mitiger et est responsable de s'assurer de la mitigation de ces risques à l'intérieur du seuil de tolérance de l'organisation. De plus, le CD effectue un suivi régulier et en continu de l'inventaire des risques à l'aide d'un tableau de bord dans lequel se retrouvent les plans d'action. De plus, chaque membre du CD fera régulièrement des mises à jour sur les principaux risques sous sa responsabilité et informera les autres membres du CD des risques majeurs émergents. Enfin, le *Comité de direction* doit s'assurer que l'inventaire des risques majeurs de l'organisation et les fiches descriptives de ces risques soient maintenus à jour. Le *Comité de direction* compte sur le soutien de la coordination de la GIR pour la réalisation de son mandat.

7.9 Forum des cadres supérieurs

Les membres du *Forum des cadres supérieurs* participent à l'identification des risques majeurs de l'organisation et sont responsables de l'évaluation et de la priorisation des risques majeurs identifiés.

7.10 Comité de la direction générale (CDG)

Le *Comité de la direction générale* agit à titre de promoteur principal de la gestion intégrée des risques au sein de l'établissement. Il approuve l'inventaire des risques majeurs et la priorisation, définit le seuil de tolérance aux risques pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, assure le suivi biennuel du portefeuille de risques à l'aide d'un tableau de bord et s'assure de la pérennité de la gestion intégrée des risques en respect de sa politique.

7.11 Comité de vérification et de suivi budgétaire (CVSB)

Le *Comité de vérification et de suivi budgétaire* (CVSB) s'assure du bon déroulement et du suivi des orientations du processus de gestion intégrée des risques pour la conduite des affaires de l'établissement⁴. Cette responsabilité signifie qu'il doit s'assurer que les directions concernées et, s'il y a lieu, les instances décrites ci-dessous, appliquent le processus de gestion intégrée des risques, et ce, afin de rendre compte au *Conseil d'administration* sur les risques majeurs de l'établissement. Il exerce donc une activité de surveillance en ce qui a trait à l'application de la *Politique sur la gestion intégrée des risques* en fonction des politiques et règlements en vigueur. Pour ce faire, le CVSB sera informé de l'inventaire des risques de la GIR et la priorisation de ces risques. De plus, un mécanisme de reddition de comptes biennuel (comprenant un tableau de bord et des plans d'action) lui permet de suivre l'évolution du portefeuille de risques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et de s'assurer d'une application adéquate de la *Politique sur la gestion intégrée des risques*. Conjointement avec le CVQ, le CVSB recommande l'approbation de la *Politique sur la gestion intégrée des risques* au *Conseil d'administration*.

7.12 Comité de vigilance et de qualité (CVQ)

Le *Comité de vigilance et de qualité* (CVQ) n'a pas d'obligation légale selon la LSSSS de s'assurer de la mise en place d'un processus de gestion intégrée des risques. Cependant, le CVQ s'associe au CVSB dans son rôle de surveillance du processus de gestion intégrée des risques pour la conduite des affaires de l'établissement et afin d'émettre les recommandations au CA concernant la *Politique sur la gestion intégrée des risques* et la maîtrise des risques majeurs de l'établissement.

⁴ Article 181.0.0.3, Loi sur les services de santé et les services sociaux, c. S-4.2

7.13 Conseil d'administration (CA)

Le *Conseil d'administration* est responsable de l'adoption de la présente politique. Appuyé et alimenté par son *Comité de vérification et de suivi budgétaire (CVSB)* sur la manière dont l'organisation gère les risques majeurs, le CA s'assure que des systèmes appropriés sont en place afin d'identifier et d'examiner les risques à la conduite des affaires du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Le CA sera informé de l'inventaire des risques majeurs et de la priorisation des risques et recevra le tableau de bord de la GIR au moins une fois par année, accompagné des recommandations du CVSB/CVQ, afin d'effectuer une surveillance du processus de gestion intégrée des risques à travers l'organisation.

8. Les principaux risques couverts par le système de gestion intégrée des risques

L'établissement assure la gestion des risques majeurs de l'organisation de toute nature et dans tous ses secteurs d'activité, notamment, mais de façon non exhaustive :

→ *Veillez prendre note que les risques suivi d'un astérisque (*) représentent un risque particulièrement envers les usagers, leurs proches et la population, ainsi que les Comités des usagers (CUCI et CUC).*

Les risques stratégiques

- L'incapacité d'atteindre les objectifs stratégiques de l'établissement ou à respecter les orientations nationales*;
- L'utilisation inadéquate des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement*;
- La prise de décisions non éthique;
- Le non-respect de la législation, des règlements ou normes applicables*;
- Les atteintes à l'image et à la réputation de l'établissement*;
- La déficience des liens avec les partenaires*;
- Les conflits d'intérêts*.

Les risques opérationnels (liés aux activités de l'établissement selon les sous-catégories suivantes) :

- Prestation sécuritaire des soins et services
 - Les chutes*;
 - Les erreurs de médicaments*;
 - Les infections nosocomiales*;
 - Les fugues/disparitions*;
 - L'atteinte à l'intégrité et à la dignité*;
 - Les abus et gestes de violence envers les usagers*;
 - La sécurité transfusionnelle;
 - La sécurité du processus de stérilisation et de retraitement.
- Continuité et efficacité des soins et services
 - Le problème d'accès aux soins et services*;
 - Le problème d'accès aux plateaux techniques*;

- Les évènements liés aux activités cliniques et non cliniques des programmes pouvant influencer la continuité ou l'efficacité des soins et des services*;
 - Le transfert des informations aux points de transition*.
- Infrastructures et équipements
 - Les espaces inadaptés ou non sécuritaires*;
 - La défectuosité ou non disponibilité des équipements;
 - Les problèmes liés aux bâtiments et stationnements*;
 - La gestion des déchets biomédicaux;
 - La panne électrique;
 - Les problèmes relatifs au plan de conservation des équipements et du mobilier.
- Situation d'urgence
 - Les sinistres internes (mesures d'urgence);
 - Les sinistres externes (sécurité civile).

Les risques reliés aux ressources humaines :

- La pénurie du personnel*;
- Les accidents de travail et les maladies professionnelles;
- Les invalidités indemnisées et l'assurance-salaire;
- La santé et sécurité du travail, y compris la violence et le harcèlement envers les employés* ;
- La perte de motivation au travail;
- L'insuffisance ou la perte de compétences et d'expertises;
- Les actes accomplis par le personnel pouvant engager la responsabilité de l'établissement*;
- Le travail réalisé par les bénévoles*.

Les risques technologiques et informationnels :

- La mauvaise utilisation des équipements et des outils technologiques et informationnels;
- La défectuosité des équipements et des outils technologiques et informationnels;
- 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*.

Les risques administratifs et financiers :

- Les dépassements budgétaires;
- Les fraudes, les vols et les malversations financières;
- Les réclamations et les poursuites;
- Le non-respect des politiques, procédures et règles internes;
- La gestion inadéquate des contrats;

- Le processus d'approvisionnement inadéquat.

Les risques liés à la recherche

- Les fraudes scientifiques et autres conduites irresponsables en recherche;
- Le non-respect des normes en éthique de la recherche*;
- Le conflit d'intérêts;
- Le non-respect de la propriété intellectuelle;
- Les problèmes relativement à la biosécurité des laboratoires de recherche;
- Les découvertes fortuites;
- Les enjeux relatifs à la couverture d'assurance des chercheurs non-médecins et employés de recherche actuellement non couvert par la DARSSS (contrat d'affiliation à être signé sous peu);
- Le risque de poursuite relatif à une gestion inadéquate des contrats.

Les risques liés à la mission enseignement

- Les problèmes en lien avec les contrats d'affiliation.

Les risques environnementaux :

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

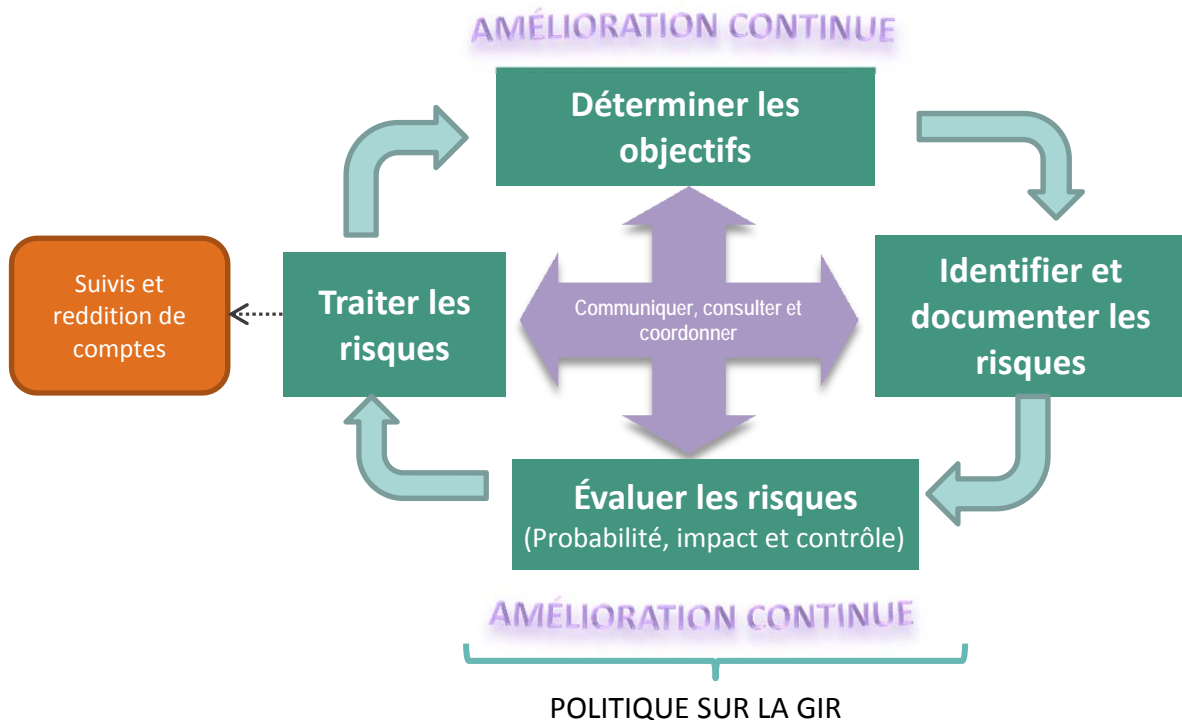
9. Confidentialité des documents portant sur la GIR

À titre de mesure de protection, des documents de nature sensible et à caractère confidentiel concernant la gestion intégrée des risques pourraient être déposés à huis clos au CVSB, au CVQ ou au CA considérant les éléments suivants :

- seulement les documents et renseignements sensibles ou ayant un caractère confidentiel seront protégés;
- le huis clos ne sera pas systématique et les instances devront le décréter pour motif, en fonction de la nature des renseignements;
 - le *Conseil d'administration* ou ses comités sont les seuls à pouvoir valider l'opportunité de décréter un huis clos considérant la nature des renseignements, puisqu'ils doivent toujours garder à l'esprit le devoir de transparence d'un établissement public.

10. Processus de la GIR

Le processus de la GIR suivant s'intègre dans les pratiques et les outils de managements et de gouvernance du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, notamment dans le processus de mise en œuvre du plan organisationnel et le système de gestion intégrée de la performance (SGIP). De plus, la GIR se décline à travers les paliers stratégique, tactique et opérationnel (salle de pilotage, rencontres de coordination ou autres modèles de gestion en place). Concernant l'étape du traitement des risques, elle doit précéder la réflexion sur les priorités annuelles, puisque la GIR est un intrant incontournable du processus de détermination des actions et stratégies prioritaires du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.



(Voir Annexe D pour des informations additionnelles sur le processus de la GIR)

11. Ouvrages consultés

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

AQESSS (2012). Guide de la gestion intégrée des risques.

AQESSS (2012). Politique sur la gestion intégrée des risques.

Committee of Sponsoring Organisations of the Treadway Commission *Enterprise Risk Management-integrated Framework (COSO 2 ERM)*

Organisation internationale de normalisation (ISO) 2009, management du risque- *Principes et lignes directrices ISO31000*

IIA (Décembre 2010)- Évaluer l'adéquation du management des risques en utilisant la norme ISO 31000

La Politique d'autres CISSS ou CIUSSS (CIUSSS-CSIM, CISSS de Montérégie-Est, CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean).

12. Contributeurs

Rédaction	Comité tactique du projet sur la gestion intégrée des risques
Collaboration	Cadres supérieurs et intermédiaires du CIUSSS de l'Estrie – CHUS Comité directeur du projet sur la gestion intégrée des risques Services de conseil, Raymond Chabot Grant Thornton

	Comité de direction générale
	Comité de direction
Consultation	Comité sur la qualité des soins et des services (CQSS)
	Comité sur la prestation sécuritaire des soins et services aux usagers (CPSSSU)
	Comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO)
	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)
	Conseil multidisciplinaire (CM)
	Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

13. Dispositions finales

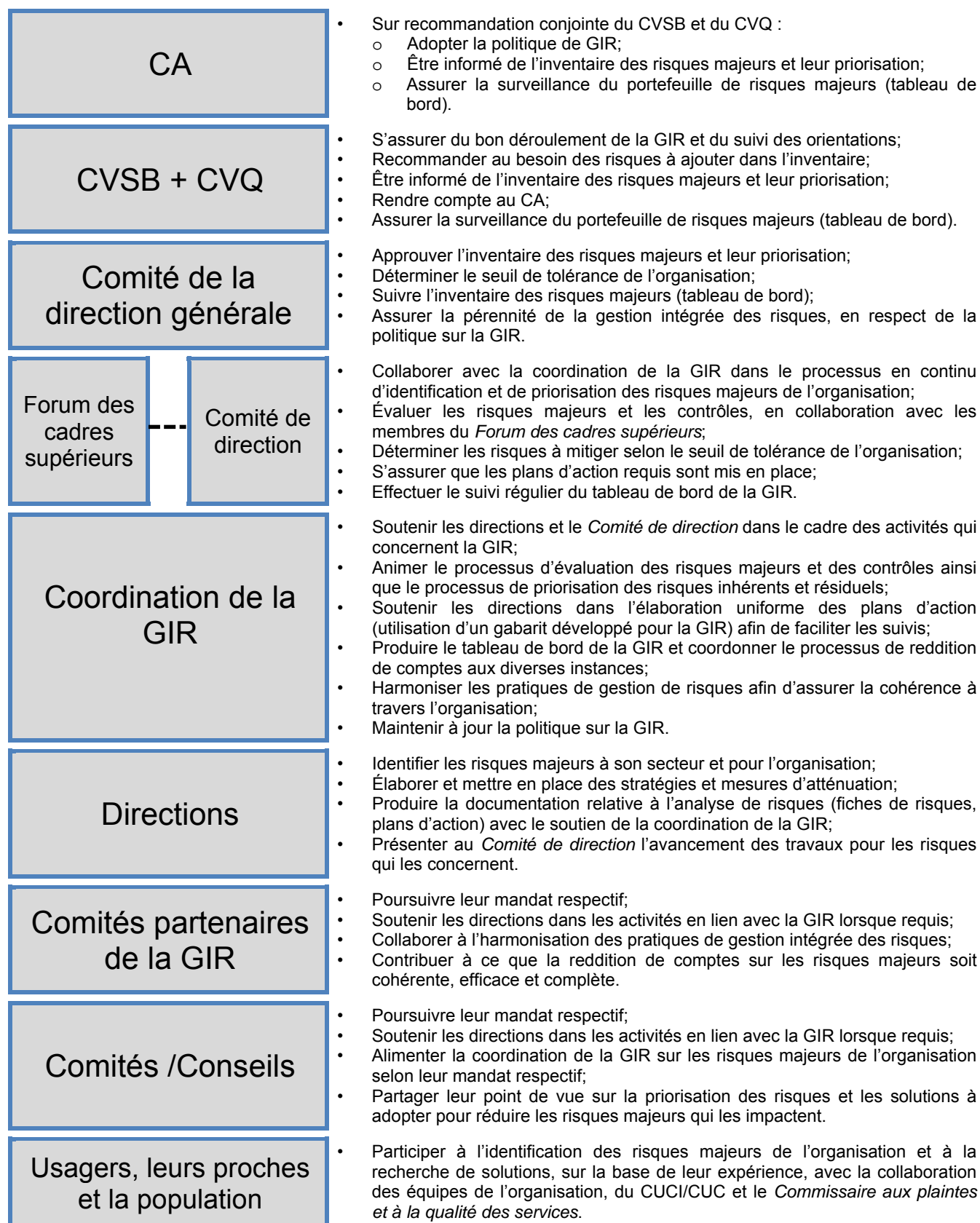
La présente politique remplace celle des établissements fusionnés du CIUSSS de l'Estrie – CHUS portant sur le même sujet.

La présente politique doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

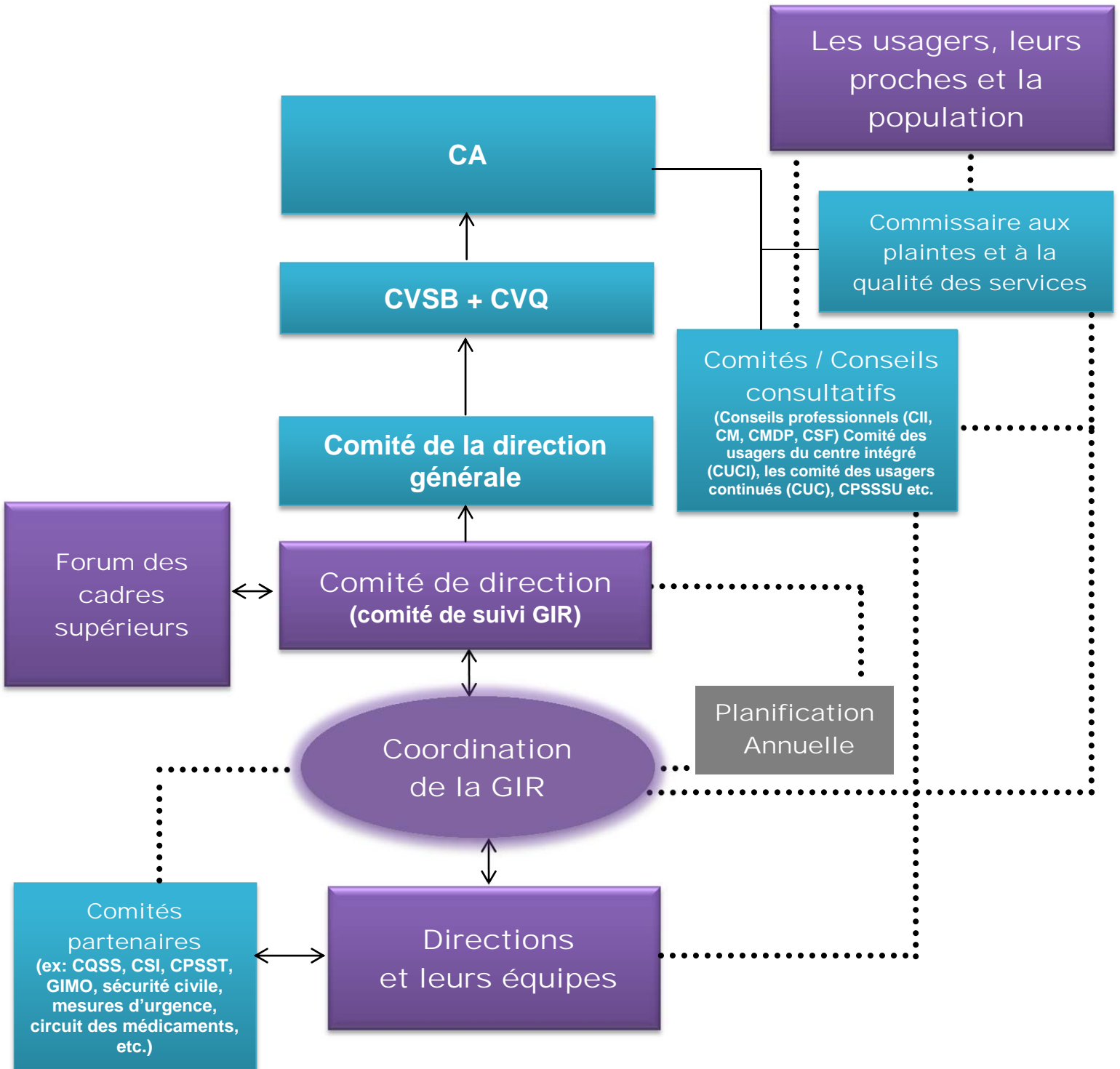
Annexe A - Historique des versions

Version	Description	Auteur/responsable	Date
N° 1	Création	Comité tactique	2018/03/26
N°	Description	Nom, fonction	Cliquez ici pour entrer une date.
N°	Description	Nom, fonction	Cliquez ici pour entrer une date.
N°	Description	Nom, fonction	Cliquez ici pour entrer une date.
N°	Description	Nom, fonction	Cliquez ici pour entrer une date.
N°	Description	Nom, fonction	Cliquez ici pour entrer une date.
N°	Description	Nom, fonction	Cliquez ici pour entrer une date.
N°	Description	Nom, fonction	Cliquez ici pour entrer une date.

Annexe B - Rôles et responsabilités



Annexe C - Gouvernance et coordination de la GIR



Annexe D - Description du processus de la gestion intégrée des risques

Les membres du *Forum des cadres supérieurs* et les directions déterminent les risques qui pourraient affecter de façon importante l'atteinte de leurs objectifs ainsi que les mesures d'atténuation actuellement en place, à l'aide d'une fiche détaillée pour encadrer la documentation des risques et des contrôles. La qualité de cette documentation est la pierre d'assise de la fiabilité de toute la démarche, puisqu'elle assure que l'évaluation des risques repose sur de l'information factuelle et que, conséquemment, l'appréciation du niveau de risque soit la plus objective possible.

Deux mesures sont utilisées aux fins d'évaluation des risques : la probabilité de matérialisation et l'impact en cas de concrétisation du risque. La probabilité de matérialisation est liée à la fréquence et à la durée du risque. L'impact de la concrétisation du risque est lié à l'ampleur des effets qu'il engendre sur le CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Les échelles d'évaluation de la probabilité et de l'impact sont présentées à l'*Annexe E*.

L'évaluation des mesures de contrôle est effectuée en fonction des deux critères suivants : l'efficacité du contrôle et son degré d'application. Cette échelle, aussi disponible à l'*Annexe E*, permet de déterminer si les contrôles en place permettent de couvrir le risque à l'intérieur du seuil de tolérance aux risques défini par le *Comité de la direction générale* pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et de cerner les occasions où les contrôles pourraient être optimisés lorsque ceux-ci ne sont pas alignés avec ce seuil de tolérance du risque.

La détermination des seuils de tolérance par rapport aux risques, se définit en fonction de la mission, de la vision, des valeurs et des objectifs stratégiques et opérationnels du CIUSSS de l'Estrie – CHUS selon le contexte.

Les seuils de tolérance sont définis pour chacun des risques identifiés par le *Comité de direction générale* et peuvent être révisés en fonction des changements à l'environnement du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Lorsque le risque résiduel est supérieur à la tolérance de l'organisation, les directions concernées doivent alors établir et mettre en œuvre les plans d'action nécessaires comprenant des mesures de contrôle additionnelles visant à réduire l'incidence des risques résiduels.

Une fois leur exercice de détermination et d'évaluation des risques complété, les directions doivent rendre compte des résultats à la coordination de la GIR et au *Comité de direction*, incluant l'élaboration des plans d'action. Cette reddition de comptes devrait notamment inclure :

- l'identification des principaux risques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (inventaire des risques);
- les fiches détaillées de chaque risque identifié;
- l'évaluation des risques inhérents et résiduels avec l'aide de la matrice de risques;
- les plans d'action visant à mettre en place les mesures de contrôle nécessaires pour abaisser les risques résiduels à l'intérieur du seuil de tolérance du risque.

Alimenté par le pilotage stratégique, tactique et opérationnel, la coordination de la GIR et les directions doivent se questionner sur l'évolution des risques organisationnels. Dans le cadre des travaux visant l'identification et le suivi des priorités annuelles de l'établissement, une mise à jour au *Comité de direction* est faite pour la réévaluation des priorités afin d'ajouter les risques émergents du pilotage effectué dans le cadre du système de gestion intégrée de la performance (SGIP) et de retirer des risques traités ou devenus moins prioritaires.

La reddition de comptes sur l'inventaire des risques majeurs organisationnels de la GIR sera présentée annuellement au *Comité de direction générale*, au *Comité de vérification et de suivi budgétaire*, au *Comité de la vigilance et de la qualité* et au *Conseil d'administration* par la coordination de la GIR. Par ailleurs, chaque directrice et chaque directeur présentera régulièrement au *Comité de direction* l'avancement des plans d'action pour lesquels, elle ou il, est responsable.

Enfin, la reddition de comptes sur le tableau de bord de la GIR sera présentée au moins une fois par année au *Comité de vérification et de suivi budgétaire* (CVSB) et au *Comité de vigilance et de qualité* (CVQ) par la coordination de la GIR. De plus, une reddition de comptes sur la GIR sera effectuée au *Conseil d'administration* (CA) une fois par année par la coordination de la GIR.

Annexe E - Échelles d'évaluation des risques

1. Probabilité de matérialisation du risque (P)

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

2. Impact du risque (I)

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\$

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
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 \$

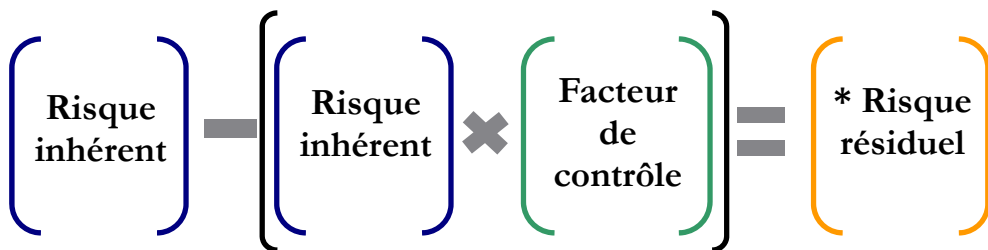
3. Efficacité des contrôles (C)

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

4. Évaluation du risque inhérent (RI)

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

5. Évaluation du risque résiduel (RR)



(*) Utiliser la même échelle de 1 à 25 qu'au point 4 pour déterminer le niveau du risque résiduel (Très élevé, élevé, modéré ou faible)