

POLITIQUE	DÉPARTEMENT : Direction générale	
POLITIQUE DE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES		Version n° 3
Destinataire : Tous les administrateurs, employés, médecins, bénévoles, stagiaires, partenaires et fournisseurs		
Responsable de l'application : Présidente-directrice générale		
Signature :	LU ET APPROUVÉ PAR Présidente-directrice générale	14 mars 2017 Date

1. PRÉAMBULE, OBJECTIF ET BUTS

Plusieurs politiques et procédures d'encadrement permettent la gestion des risques dans l'organisation (plans d'amélioration, prévention des infections, sécurité civile, sécurité des actifs informationnels, etc.) cependant, la gestion intégrée des risques requiert comme élément stratégique de la norme *leadership* (Agrément Canada) que le personnel d'encadrement doit mettre en œuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet d'identifier, de réduire et de gérer les risques. Le personnel d'encadrement doit également diffuser la méthode de gestion des risques dans l'ensemble de l'organisme.

L'objectif de la présente politique est donc d'établir les bases d'un système organisé et cohérent de gestion intégrée des risques pour l'ensemble des activités de l'établissement. Ce système doit assurer la coordination des activités des différents systèmes spécifiques de gestion des risques afin de maîtriser l'effet sur l'atteinte des objectifs organisationnels. Il considère la gravité des conséquences possibles, la fréquence probable et le seuil de tolérance aux risques.

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

- Développer une vision commune de la gestion des risques de toute nature et d'amélioration continue de la qualité à tous les échelons de l'organisation;
- Assurer une prestation efficace, efficiente et sécuritaire des soins et des services;
- Assurer aux usagers, aux bénévoles et aux visiteurs un environnement sécuritaire et de qualité;
- Offrir aux employés, gestionnaires et médecins un environnement de travail sain et sécuritaire;

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abrogé :	Page
				1 de 17

- Gérer avec efficience et efficacité les ressources humaines, financières, matérielles, technologiques et informationnelles disponibles afin d'offrir des services performants et en respect des ressources attribuées;
- Respecter le cadre législatif, réglementaire et normatif en vigueur ainsi que toute obligation contractuelle (ententes, contrats, etc.).
- Identifier toute forme possible de risques, interne ou externe, qui pourrait avoir un impact sur les orientations stratégiques de l'établissement;
- Créer un mécanisme d'évaluation des risques et d'amélioration continue de la qualité permettant le développement de méthodes proactives et systématiques de gestion intégrée des risques.

L'objectif ultime est la mise en œuvre d'un système de gestion intégrée des risques afin de soutenir la prise de décision en connaissance de ces risques et de limiter les impacts des risques résiduels sur la qualité des soins et services offerts à la population en respect de la mission du CRSSS de la Baie-James.

2. CADRE JURIDIQUE

La présente politique découle des assises juridiques, des normes et pratiques de gestion, des codes de bonnes pratiques, des guides d'exercice et lignes directrices des ordres professionnels, de cadres de gestion et des règlements comme stipulés dans :

- Charte de la langue française;
- Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c. C -12);
- Code civil du Québec, L.Q., 1991 c. 64;
- Code criminel (L.R.C., 1985, ch. C-46);
- Code de déontologie des médecins;
- Code d'éthique et de déontologie du CRSSS de la Baie-James : Des valeurs et des principes éthiques et déontologiques;
- Codes de déontologie des ordres professionnels concernés;
- Code des professions (L.R.Q., chapitre C-26);
- Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information (L.R.Q.c.C-1.1);
- Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (L.R.Q., chapitre P-9.0001);
- Loi médicale L.R.Q., chapitre M-9;
- Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (L.Q. 2005, chapitre 32);
- Loi portant sur le partage des informations cliniques;
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c.A-2.1);

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abrogé :	Page 2 de 17
---	---	--	-----------------	------------------------

- Loi sur l'administration publique;
- Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (L.R.Q., chapitre G - 1.03);
- Loi sur la protection de la jeunesse P-34.1;
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chap. P-38.001);
- Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé;
- Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (chap. R-0.2);
- Loi sur la santé et la sécurité du travail S-2.1;
- Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2, a. 44);
- Loi sur la sécurité civile (chapitre S-2.3)
- Loi sur le Curateur public (chap. C-81);
- Loi sur le droit d'auteur (L.R.Q. c.C.42);
- Loi sur l'équilibre budgétaire (chapitre E-12.00001);
- Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux P-31.1;
- Loi sur la santé publique (L.R.Q. S-2.2);
- Loi sur les archives (L.R.Q., c.A-21.1);
- Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (chapitre L-0.2, a. 69);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-4.2);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chap. S-5);

Doivent également être respectées, les exigences de la Commission d'accès à l'information (CAI) et les règles s'appliquant à la gestion du consentement de l'usager. La présente politique est en lien avec les politiques internes.

3. CHAMPS D'APPLICATION

Cette politique s'applique à tous les administrateurs, gestionnaires, médecins, employés, bénévoles, stagiaires, partenaires et fournisseurs.

4. DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS

Gérer les risques :

Activité de gestion, basée sur un processus d'identification, d'analyse, d'évaluation et de traitement, qui consiste à décider de la conduite à suivre face aux risques de manière à favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis.

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abrogé :	Page
				3 de 17

Gestion intégrée des risques :

Approche de gestion des risques qui repose sur une gestion globale, proactive et continue des risques de toute nature dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux hiérarchiques de l'établissement. Ce concept ne doit pas être confondu avec la gestion des risques prévue dans le mandat du comité de gestion des risques (l'article 183.2 de la LSSSS) qui désigne les activités liées à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers.

LSSSS:

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

Répondant de risque :

Personne désignée par le comité de direction ou un cadre supérieur pour gérer un risque relatif à un secteur d'activités donné.

Risque :

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

Sécuritaire :

Caractéristique d'un processus ou d'une situation dont les risques sont maîtrisés.

Système de gestion intégrée des risques :

Ensemble organisé d'activités, de processus, d'instances et d'outils ayant pour but d'identifier, d'apprécier et de traiter les risques. Gestion qui repose sur une approche globale et continue du risque de toute nature, à tous les niveaux de l'organisation qui requiert la mise en place de mécanismes de coordination formels tant au niveau stratégique que tactique et opérationnel.

Systèmes spécifiques de gestion des risques :

Ensembles organisés d'activités, de processus, d'instances et outils ayant pour but d'identifier, d'apprécier et de traiter les risques spécifiques à un secteur d'activités. Un système spécifique de gestion des risques peut être encadré par la loi, des règlements ou des normes à respecter.

5. PRINCIPES DIRECTEURS

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

- 5.1 La gestion intégrée des risques est une responsabilité organisationnelle qui requiert la mise en place de systèmes de détection, d'analyse et de traitement des risques dans tous les secteurs d'activité et à tous les niveaux

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abrogé :	Page
				4 de 17

hiérarchiques de l'établissement. La gestion intégrée des risques est une composante du système de gestion de l'établissement et de l'ensemble des processus administratifs, cliniques et logistiques.

- 5.2 La gestion intégrée des risques est l'affaire de tous les acteurs de l'établissement. Chaque employé, médecin, gestionnaire, stagiaire, bénévole et fournisseur doit contribuer à la gestion intégrée des risques selon les dispositions prévues par la présente politique. Les activités de gestion intégrée des risques doivent également impliquer les usagers et leurs représentants, les visiteurs, les partenaires et la communauté.
- 5.3 Les acteurs impliqués doivent agir de manière proactive afin d'éviter que les risques identifiés ne puissent entraver l'atteinte des objectifs organisationnels.
- 5.4 La capacité de l'établissement à gérer efficacement ses risques est une des dimensions de sa performance globale.
- 5.5 Tous les processus et les systèmes de gestion mis en place au sein de l'établissement doivent tenir compte des risques potentiels et prévoir des mécanismes permettant de les maîtriser.
- 5.6 Tous les acteurs et toutes les instances de l'établissement doivent procéder à l'identification et à l'analyse des risques pouvant affecter la réalisation de leurs objectifs.
- 5.7 Toute décision d'un gestionnaire ou d'une instance de l'établissement doit s'appuyer sur des données validées et sur une évaluation appropriée des risques effectuée selon les principes de la présente politique.
- 5.8 Le processus de gestion intégrée des risques doit s'appuyer sur une consultation adéquate des parties prenantes, notamment les usagers et leurs représentants, les employés, les partenaires et la communauté.
- 5.9 Les décisions prises en matière de gestion intégrée des risques doivent être communiquées aux parties prenantes concernées.
- 5.10 Le processus de gestion intégrée des risques tient compte de l'importance d'implanter une culture juste au sein de l'établissement et de favoriser l'amélioration continue de la qualité.

Pour être à même d'assurer une prestation sécuritaire des soins et services, d'assurer la conformité des activités de l'organisation et d'assurer la pérennité des activités, il faut connaître les risques, en faire un inventaire et diminuer autant que faire se peut l'incidence des risques. L'établissement s'assure de la gestion des neuf groupes de risques suivants :

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abrogé :	Page 5 de 17
---	---	--	-----------------	------------------------

- **Les risques liés à la prestation des soins et services liés à l'usager :**
 - a) Les événements indésirables liés aux activités cliniques et non cliniques;
 - b) Les infections nosocomiales;
 - c) Le recours aux pratiques de base et la mise en précautions additionnelles;
 - d) Les abus et gestes de violence envers les usagers et la gestion des conflits relativement à des situations où la sécurité des usagers est en jeu;
 - e) Le non-respect des normes relatives à la sécurité et à la salubrité des bâtiments;
 - f) Le non-respect des standards de services ou d'accès aux services;
 - g) L'incapacité de pouvoir implanter des programmes ou de mettre en œuvre des plans d'action;
 - h) Un manquement dans le suivi de l'usager ou dans le diagnostic;
 - i) Le non-respect des normes de rédaction de notes au dossier et les manquements à la confidentialité;
 - j) Le non-respect des meilleures pratiques professionnelles;
 - k) les risques associés à l'examen des titres et à la responsabilité.
- **Les risques administratifs :**
 - a) La répartition ou l'utilisation inadéquate des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement en regard des besoins;
 - b) L'incapacité à atteindre les objectifs stratégiques de l'établissement (besoins reliés à l'état de santé de la population) ou à respecter les orientations nationales ou régionales;
 - c) Les risques émergents liés à l'évolution des pratiques, de la technologie et des comportements sociaux, les changements dans le profil de la population ou à toute autre cause;
 - d) Les risques associés à la gouvernance.
- **Les risques financiers :**
 - a) Les dépassements budgétaires;
 - b) Le non-respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire;
 - c) Les fraudes, les vols et les malversations financières;
 - d) La non-conformité dans l'attribution et la gestion des contrats;
 - e) La gestion des réclamations des usagers pour le bris ou la perte d'objets personnels.
- **Les risques reliés aux ressources humaines :**
 - a) La santé et sécurité du travail : les accidents de travail, la violence et le harcèlement envers les employés;

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 6 de 17
---	---	--	-----------------	------------------------

- b) L'insuffisance ou la pénurie de personnel et de médecins;
- c) La difficulté ou l'incapacité à recruter des ressources humaines;
- d) La perte de motivation ou de mobilisation au travail;
- e) L'insuffisance ou la perte de compétences et d'expertises;
- f) Les actes accomplis par le personnel pouvant engager la responsabilité de l'établissement.

- **Les risques matériels, technologiques et informationnels :**

- a) La mauvaise utilisation des équipements et des outils technologiques;
- b) Le non-déploiement des projets en ressources informationnelles;
- c) La défectuosité des équipements et des outils technologiques;
- d) L'arrêt d'un projet informatisé;
- e) La perte d'intégrité des données cliniques ou administratives;
- f) Les accès non autorisés aux informations confidentielles;
- g) L'atteinte à la disponibilité et à l'intégrité des informations;
- h) La diffusion non autorisée d'information confidentielle.

- **Les risques environnementaux et les sinistres :**

- a) Les sinistres et les catastrophes naturelles pouvant avoir un impact sur l'établissement et les services offerts;
- b) Les sinistres et autres événements pouvant mettre en péril la santé, la sécurité et le bien-être des usagers, des visiteurs, des employés et des tiers;
- c) L'incapacité de faire face à une pandémie ou à l'éclosion d'une nouvelle souche bactérienne;
- d) Le manque de planification du plan de sécurité civile mission santé et des mesures d'urgence;
- e) Les impacts de l'établissement sur l'environnement et la communauté, notamment la pollution, le bruit et le gaspillage.

- **Les risques reliés à la perte de réputation :**

- a) La communication déficiente avec le personnel, la communauté, les fournisseurs et les médias;
- b) L'incapacité à mobiliser les partenaires intersectoriels dans des projets et initiatives ayant un impact sur la santé de la population;
- c) Les atteintes à l'image et à la réputation de l'établissement.

- **Les risques liés au non-respect de la législation, des règlements, des politiques ou des normes applicables :**

- a) La difficulté à retrouver les politiques, règlements, procédures, etc. qui étaient en vigueur à la date des événements litigieux;

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abrogé :	Page 7 de 17
---	---	--	-----------------	------------------------

- b) Le non-respect ou la non-conformité du code d'éthique, de la législation, des règlements, des politiques des procédures, des règles internes ou des normes applicables.

- **Les risques structurels physiques (lieux et immeubles) :**
 - a) Vétusté des lieux et des immeubles (installations);
 - b) Défaillance des systèmes (système anti-fugue, etc.);
 - c) Défaillance des structures (escaliers, accès aux produits dangereux, cour extérieure, etc.).

Chaque risque est analysé et évalué selon un indice de criticité qui tient compte du niveau de vraisemblance (probabilité ou fréquence), des conséquences ou impacts possibles, ainsi que des mécanismes de contrôle disponibles (ou de rétablissement). Par la suite, des plans d'amélioration sont mis en place selon le niveau de risque résiduel.

6. STRUCTURE FONCTIONNELLE

6.1 Responsabilités des différents intervenants :

Le conseil d'administration

- Adopte la politique relative à la gestion intégrée des risques;
- S'assure que tous les risques identifiés sont atténués et que la direction générale joue son rôle de promoteur de la gestion intégrée des risques au sein de l'établissement;
- Reçoit l'information quant aux risques stratégiques;
- Approuve les mesures d'atténuation et le plan de contingence des risques résiduels des risques stratégiques.

Le président-directeur général

- Est le promoteur principal de la gestion intégrée des risques au sein des missions de l'établissement (voir annexe 1);
- Adopte les procédures découlant de la présente politique et révise la politique tous les trois ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent (voir annexe 2);
- S'assure que les risques identifiés sont atténués, en conformité avec les orientations adoptées par le conseil d'administration;
- Détermine les risques inacceptables;
- Mandate les personnes chargées d'en assurer la gestion;
- Fait rapport au conseil d'administration des activités de gestion intégrée des risques de l'établissement.

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abrogé :	Page 8 de 17
--	--	---	----------	-----------------

Le comité de direction

- Met en place les procédures relatives à la gestion intégrée des risques qui sont rattachées à la présente politique;
- Convient des critères de décision pour l'évaluation des risques;
- Prend connaissance des risques déclarés par les directeurs et instances de l'organisation et détermine les risques acceptables et les moyens organisationnels pour les atténuer;
- Assure le suivi des plans d'atténuation pour les risques stratégiques;
- Valide les plans de communication afférents et les plans de contingence.

L'adjoint à la PDG — Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration

- Occupe un rôle d'intégrateur dans la gestion des risques. Ainsi, il assure une vigie transversale par sa présence au comité de direction. À cet égard, il occupe un rôle important au niveau de la vigie sur la famille des risques stratégiques;
- Soutient la mise en place des règlements, politiques et procédures permettant une meilleure gestion intégrée des risques;
- Son rôle diffère de celui du gestionnaire de risques au sens de la LSSSS. Ses responsabilités concernent la mise en œuvre du cadre organisationnel de gestion intégrée des risques et le soutien à l'application du processus de gestion intégrée des risques;
- Propose une méthodologie commune d'identification, d'analyse et d'évaluation des risques stratégiques;
- Travaille avec le comité de direction à l'appréciation des risques stratégiques et à leurs traitements ainsi qu'à l'évaluation des mesures de contrôle;
- Détient une autorité fonctionnelle sur les différents répondants de risque et sur toute personne assumant des fonctions en matière de gestion des risques, de prévention et de sécurité au sein de l'établissement;
- Assure la mise à jour et le suivi du registre des risques stratégiques de l'établissement et fait rapport au comité de direction des activités de gestion intégrée des risques stratégiques;
- Surveille l'implantation de la gestion intégrée des risques stratégiques aux moyens d'indicateurs de processus et de résultats et fait ressortir les préoccupations touchant les suivis de la gestion des risques dans l'établissement.
- Soutient les activités du Comité de gestion des risques et de la qualité. À cet égard, il occupe un rôle prépondérant au niveau de la vigie sur la famille des risques liés à la prestation des soins et services liés à l'usager.

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 9 de 17
---	---	--	-----------------	------------------------

Le gestionnaire de risque

De manière non limitative, le gestionnaire de risque :

- Apporte le soutien nécessaire afin d'implanter une prestation sécuritaire de soins et de services au sein de l'établissement;
- Assiste l'adjoint à la PDG – Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration à la mise en place du Comité de gestion des risques et de la qualité et en assurera, de pair avec ce dernier, le suivi;
- Assiste l'adjoint à la PDG — Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration à la constitution du registre des incidents et accidents;
- Effectue les enquêtes des incidents et accidents de concert avec les gestionnaires et verra à leurs analyses si requises;
- Apporte un soutien aux intervenants dans le cadre du règlement sur la divulgation de l'établissement;
- Soutient les activités du Comité de gestion des risques et de la qualité;
- Soutient l'adjoint à la PDG — Qualité, performance, évaluation, éthique, soutien et administration dans les divers dossiers de la qualité, dont la prestation sécuritaire de soins et des services offerts.

Les directeurs ou cadres supérieurs

- Sont les promoteurs de la gestion des risques au sein de leur direction;
- S'assurent que tous ses gestionnaires mettent en œuvre le processus de gestion intégrée des risques conformément à la présente politique et que les risques identifiés sont atténués;
- S'assurent de mettre en place les mécanismes et les procédures qui soutiennent l'application de la présente politique;
- Appuient les répondants de risques relevant de leur direction dans la réalisation de leur mandat;
- Examinent et inventoriaient les activités et situations à risques en relation avec la prestation sécuritaire de soins et services offerts afin d'être en mesure d'apporter des correctifs auprès de la clientèle et des intervenants;
- Collaborent aux états de situation des divers comités et instances de l'établissement pour étude et analyse;
- Présentent annuellement l'avancement de leur plan d'amélioration en lien avec la cartographie des risques stratégiques et les révisent chaque année.
- Ils s'assurent d'établir et de maintenir à jour les plans de contingences appropriés;

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abrogé :	Page
				10 de 17

- Ils mettent en application les règlements, directives, politiques, procédures et les pratiques de gestion encadrant la fonction du gestionnaire dans l'établissement;
- Ils s'assurent d'un environnement sécuritaire, de prendre en charge rapidement les situations à risques et d'assurer un climat de travail favorable au sein des services et de l'établissement;
- Ils assurent le respect des normes de confidentialité, de protection des renseignements personnels et de la sécurité des actifs informationnels;
- Ils assurent l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections en vigueur dans l'établissement;
- Ils s'assurent d'un environnement sécuritaire pour les usagers, les visiteurs et le personnel;
- Ils s'assurent que toute situation à risque et que tout incident ou accident impliquant un usager de leurs services soit déclaré rapidement;
- Ils interviennent rapidement pour contrer toute forme d'abus, de violence, de négligence et tout comportement jugé inacceptable à l'égard d'un usager de leurs services;
- Ils participent à toute enquête interne ou externe relative à un incident — accident touchant un usager de leurs services;
- Ils s'assurent de la mise en œuvre de recommandations à la suite d'un incident — accident pour prévenir les risques de récidives dans leurs services;

Les gestionnaires (ou adjoints et cadres intermédiaires)

- Les gestionnaires sont les promoteurs de la gestion des risques au sein de leur unité administrative;
- En collaboration avec les répondants de risques, ils mettent en œuvre le processus de gestion des risques afin de s'assurer que les risques reliés aux activités cliniques et de soutien de leur unité sont identifiés, analysés et traités;
- Ils s'assurent que soit déclaré, selon la procédure établie, tout événement inusité représentant un risque ou un accident concernant une personne, ses biens ou ceux de l'établissement et élaborent la cartographie des risques à ces unités.

Les répondants de risque

- Les répondants de risques sont des personnes désignées par le comité de direction ou une direction spécifique pour assurer le suivi et la gestion d'un groupe de risques ou d'un risque spécifique;
- En collaboration avec les gestionnaires et les directeurs concernés, le répondant de risque s'assure que le risque est convenablement maîtrisé

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abrogé :	Page
				11 de 17

au sein de l'établissement, en déterminant les moyens de maîtrise qui lui sont applicables;

- À la lumière des tendances observées et des priorités identifiées, chaque répondant de risque, en collaboration avec le personnel ou les instances concernées (ex. : comités), dresse sa cartographie des risques (identification, analyse et évaluation des risques), évalue les mesures de contrôle existantes et établit un plan annuel en y incluant les normes de sécurité des personnes (dont les pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada);
- Dans le cas, où il n'y a pas de répondant de risques identifié de façon spécifique, c'est le directeur assurant le leadership du comité transversal qui devient répondant de risque.

Les employés, médecins, stagiaires, bénévoles et fournisseurs

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

Les conseils et comités de l'établissement

Les différents conseils et comités de l'établissement prévus par la LSSSS et ceux du plan d'organisation:

- Doivent être consultés sur toute question relative à la gestion des risques selon les modalités prévues à la présente politique et aux procédures qui en découlent en tenant compte de leur mandat respectif;
- Doivent soutenir et faire la promotion de la gestion des risques auprès des groupes de professionnels dont ils assurent la représentation;
- Doivent gérer les risques dont ils assurent la responsabilité en utilisant les méthodes, les procédures et les outils convenus soit par le CRSSS de la Baie-James ou le réseau, par exemple le MSSS, ordres professionnels, agrément canada, etc.;
- Doivent rendre compte, dans leur rapport annuel, de leurs activités en matière de gestion des risques.

6.2 Responsabilités de l'application

Le président-directeur général outre les responsabilités prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, voit à l'application et au respect

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abrogé :	Page
				12 de 17

de la politique par les différentes directions et personnes qui exercent des fonctions au sein de l'établissement ou œuvrent au bénéfice de celui-ci.

Les directeurs doivent s'assurer que cette directive est comprise et appliquée par tous.

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

La politique entre en vigueur à compter de la date de signature de la personne autorisée.

8. RÉFÉRENCES

AQESENS, *Guide de la gestion intégrée des risques*, Comité d'orientation stratégique en gestion des risques, Montréal, 2011, 82 pages

AQESENS, Politique de gouvernance — gestion intégrée des risques, Outils de gouvernance pour les administrateurs – Gestion intégrée des risques, Montréal, AQESENS, décembre 2012, 8 pages

Centre de santé et de services sociaux des Aurores Boréales, *Politique Gestion intégrée des risques*, La Sarre, 2013, 14 pages et annexes

Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière, Politique de gestion des risques corporatifs, Direction des ressources financières et approvisionnements, CSSS du Nord de Lanaudière, 23 mai 2013, 9 pages

MSSS, *Gestion intégrée des risques dans les agences, Grands ensembles et risques*, document de travail, Direction adjointe de la vérification interne, mars 2013, 1 page.

MSSS, *Présentation sur la mise en œuvre de la gestion des risques dans les agences du réseau de la santé, Document de formation présenté aux répondants des agences en matière de gestion des risques*, Raymond Chabot Grant Thornton, 23 février 2010.

CRSSS de la Baie-James, *Mise en place et fonctionnement du comité régional de gestion des Risques du centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et abrogeant le règlement 2.11*, 14 février 2007, en révision, 15 pages

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page 13 de 17
---	---	--	-----------------	-------------------------

9. LISTE DES MODIFICATIONS ET COMMENTAIRES

DATE aaaa-mm-jj	VERSION	MODIFICATIONS/COMMENTAIRES	ARCHIVÉ
2014-07-16	2	En entier	X
2017-03-14	3	Révision des rôles et responsabilités selon le plan d'organisation en vigueur au 1 ^{er} avril 2016 et nouvelles instances en place; mise à jour de l'annexe 1	

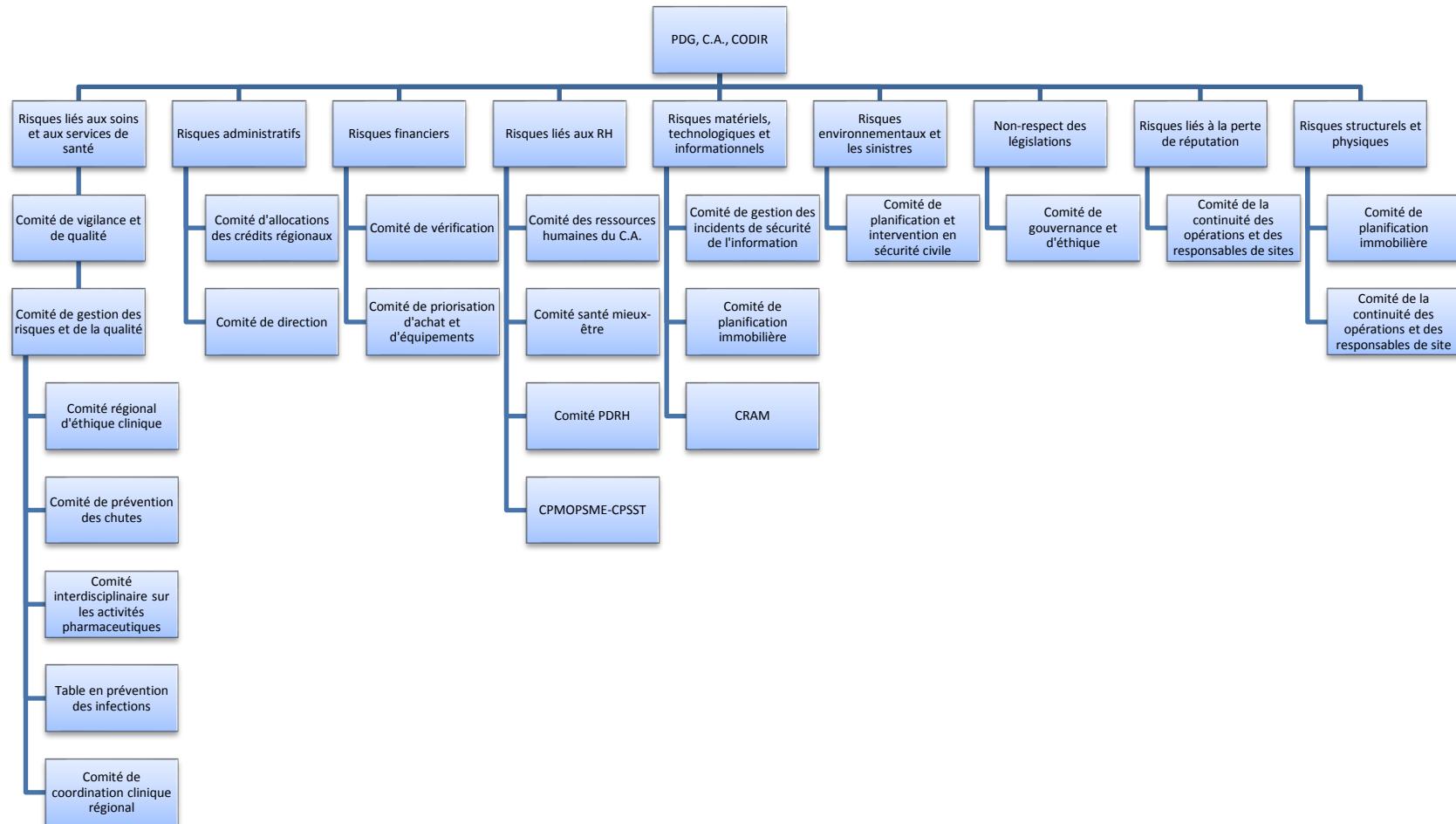
10. RÉVISION ANNUELLE

La personne soussignée a revu ce document à la date indiquée et l'a reconduit sans modification.

DATE	SIGNATURE AUTORISÉE

<i>Adoptée le :</i> 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	<i>Entrée en vigueur le :</i> Date de la signature	<i>Révisée le :</i> 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	<i>Abrogé :</i>	<i>Page</i> 14 de 17
---	---	--	-----------------	-------------------------

Annexe 1 : Modèle fonctionnel de gestion des risques intégrée¹



¹ Pour chacun des comités associés à une famille de risque, un répondant de risques est mandaté pour actualiser la gestion des risques (identifier les risques et recommander des moyens), alors que pour soutenir la PDG-CA_CODIR, il s'agit du responsable de la gestion intégrée des risques.

Adoptée le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogé :	Page
19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Date de la signature	14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344		15 de 17

Annexe 2 : Systèmes spécifiques de gestion des risques au sein du CRSSS de la Baie-James

Groupes de risques	Systèmes spécifiques de gestion des risques	Politiques associées
<input checked="" type="checkbox"/> Risques liés à la prestation des soins et services aux usagers	<input checked="" type="checkbox"/> Rapports d'incidents-accidents (AH-223) - SISSS <input checked="" type="checkbox"/> Plaintes <input checked="" type="checkbox"/> Rapports du coroner <input checked="" type="checkbox"/> Rapports de visites (agrément, ordres professionnelles, MSSS, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Plan de sécurité des usagers <input checked="" type="checkbox"/> Politique ministérielle de sécurité civile (PMSC) ? <input checked="" type="checkbox"/> Maladies à déclaration obligatoire (MADO)	<input checked="" type="checkbox"/> Politique relative à la confidentialité et la gestion des dossiers des usagers 3.16 <input checked="" type="checkbox"/> Politique sur les incidents-accidents 3.42 <input checked="" type="checkbox"/> Politique de prévention et de contrôle des infections 3.53 <input checked="" type="checkbox"/> Politique-cadre sur l'harmonisation des programmes services au CRSSS de la Baie-James 3.55 <input checked="" type="checkbox"/> Politique de gestion intégrée du médicament 3.56
<input checked="" type="checkbox"/> Risques administratifs	<input checked="" type="checkbox"/> Système électronique d'appel d'offres public (SEAO) <input checked="" type="checkbox"/> Plan régional du centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James dans le cadre du développement nordique <input checked="" type="checkbox"/> Auto-évaluation (Agrément Canada) <input checked="" type="checkbox"/> Approches critériées dans l'allocation des ressources : budget de développement et revenus reportés <input checked="" type="checkbox"/> Rapports sur l'état de santé de la population <input checked="" type="checkbox"/> TBIG – Tableau de bord sur nos engagements à l'entente de gestion et d'imputabilité	<input checked="" type="checkbox"/> Politique d'achat 3.46
<input checked="" type="checkbox"/> Risques financiers	<input checked="" type="checkbox"/> Suivis périodiques financiers <input checked="" type="checkbox"/> Rapports de l'auditeur indépendant	<input checked="" type="checkbox"/> Règlement relatif au fonctionnement du conseil d'administration du CRSSS de la Baie-James – comité des finances et de vérification 2.3
<input checked="" type="checkbox"/> Risques liés aux ressources humaines	<input checked="" type="checkbox"/> Inventaire des risques et des méthodes de contrôle du Comité paritaire en santé et sécurité du travail : <ul style="list-style-type: none"> ○ Données en assurance-salaire ○ Formulaire de déclaration incident-accident ○ Progiciel assurance-salaire et accident de travail (PRASAT) ○ Formulaire de plaintes ○ Rapport CSST ○ Rapport statistique Programme d'aide aux employés 	<input checked="" type="checkbox"/> Politique de gestion globale et intégrée de la présence au travail 3.24 <input checked="" type="checkbox"/> Politique concernant le vandalisme et le vol 3.25 <input checked="" type="checkbox"/> Politique de gestion intégrée en matière de santé et de sécurité au travail 3.26 <input checked="" type="checkbox"/> Politique d'aide aux employés 3.27 <input checked="" type="checkbox"/> Politique relative au harcèlement et à la violence au travail 3.28 <input checked="" type="checkbox"/> Politique santé mieux-être 3.48 <input checked="" type="checkbox"/> Politique intervention en situation de violence 3.49

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page
				16 de 17

Groupes de risques	Systèmes spécifiques de gestion des risques	Politiques associées
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Rapport d'analyse de poste (équipe santé au travail) <input checked="" type="checkbox"/> Cartographie des risques (Résultats du sondage donnant lieu au plan d'action Entreprise en santé) <input checked="" type="checkbox"/> Plan de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre <input checked="" type="checkbox"/> Indicateurs en ressources humaines <input checked="" type="checkbox"/> Registre de la station de cadenassage et audits de contrôle 	<input checked="" type="checkbox"/> Politique-cadre concernant les pratiques organisationnelles en gestion des ressources humaines favorables à la santé et aux mieux-être des personnes au travail 3.51 <input checked="" type="checkbox"/> Directive cadenassage 4.5
<input checked="" type="checkbox"/> Risques matériels, technologiques et informationnels	<input checked="" type="checkbox"/> Bilan annuel de sécurité	<input checked="" type="checkbox"/> Politique de sécurité de l'information 3.08 <input checked="" type="checkbox"/> Cadre global de gestion de la sécurité informationnelle
<input checked="" type="checkbox"/> Risques environnementaux et sinistres	<input checked="" type="checkbox"/> Rapports de surveillance environnementale	<input checked="" type="checkbox"/> Politique québécoise de sécurité civile 2014-2024 : Vers une société québécoise plus résiliente aux catastrophes <input checked="" type="checkbox"/> Politique ministérielle de sécurité civile Santé et Services sociaux <input checked="" type="checkbox"/> Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique
<input checked="" type="checkbox"/> Risques associés au non-respect des législations	<input checked="" type="checkbox"/> Registre des avis émis en éthique clinique	<input checked="" type="checkbox"/> Règlement fonctionnement du comité régional d'éthique clinique 2.17
<input checked="" type="checkbox"/> Risques liés à la perte de réputation	<input checked="" type="checkbox"/> Sondage de satisfaction de la clientèle	<input checked="" type="checkbox"/> Politique de communication 3.19 <input checked="" type="checkbox"/> Règlement sur l'exclusivité de fonctions des cadres supérieurs de l'établissement 2.7 <input checked="" type="checkbox"/> Directive divulgation de renseignements en vue d'assurer la protection des personnes exception de communication 4.1
<input checked="" type="checkbox"/> Risques structurels physiques	<input checked="" type="checkbox"/> Registre des produits dangereux - Système d'identification sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) <input checked="" type="checkbox"/> Compilation des fiches de présentation d'une demande de projet de rénovation d'un service – Norme Z317.13 des groupes à risque et emplacements géographiques	<input checked="" type="checkbox"/> Politique Maintien et réaménagement des actifs immobiliers 3.30

Adoptée le : 19 juin 2007 CRSSSBJ-2007-06-34	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 14 mars 2017 CRSSSBJ-2017-03-344	Abroge :	Page
				17 de 17