Gestion intégrée des risques			
Direction(s) responsable(s)	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	Approuvé	2024-01-23
		Révisé	2025-04-24
Personne(s) concernée(s)	Employés, médecins, bénévoles, stagiaires, fournisseurs, usagers, proches et toutes personnes œuvrant pour le compte de l'établissement		
Document(s) associé(s)	POL-10362 Politique administrative de gestion intégrée des risques		

1. Énoncé

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest accorde une grande importance quant aux risques pouvant survenir au sein de l'Établissement. La présente procédure vise à clarifier les différentes étapes visant la mise en œuvre d'un système organisé, cohérent et efficace de gestion intégrée des risques pour l'ensemble des activités de l'Établissement, peu importe le niveau hiérarchique.

2. Champ d'application/Contexte légal

La présente procédure repose sur :

- Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux x (RLRQ. C. G-1.021);
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, c. 65.1);
- Loi concernant la lutte contre la corruption (RLRQ, L-6.1);
- Règlement sur certains contrats d'approvisionnement des organismes publics (RLRQ, c. C -65.1, r.2);
- Règlement sur certains contrats de service des organismes publics (RLRQ, c. C -65.1, r.4);
- Règlement sur les contrats de travaux de construction des organismes publics (RLRQ, C-65.1, r.5);
- Règlement sur les contrats des organismes publics en matière de technologie de l'information (RLRQ, c. C- 65,1, r.5.1;
- Loi sur l'Autorité des marchés publics (RLRQ, A-33.2.1);
- Loi sur l'intégrité en matière de contrats publics (2012, chapitre 25);
- Politique émise par le Secrétariat du Conseil du trésor concernant les responsables de l'application des règles contractuelles;
- Directive émise par le Secrétariat du Conseil du trésor concernant la gestion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics;
- Directive émise par le Secrétariat du Conseil du trésor concernant la gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle;
- Les normes Leadership d'Agrément Canada portant sur la gestion intégrée des risques;
- La norme ISO 31000:2018.

Cette procédure s'applique à tous les secteurs d'activités du CISSS de la Montérégie-Ouest et s'adresse à l'ensemble du personnel, médecins, usagers et leurs proches, bénévoles et stagiaires œuvrant dans l'Établissement. Elle s'applique également à tout fournisseur et à toute personne qui, dans le cadre d'un contrat de service, dispense pour le compte de l'Établissement des services aux usagers. Chaque personne concernée est considérée comme un partenaire dans la gestion intégrée des risques.

La gestion intégrée des risques s'intéresse aux différentes catégories de risque de l'Établissement, notamment, les risques :

- Stratégiques et de communication;
- Liés à la prestation sécuritaire des soins et services;
- Administratifs et financiers;
- Associés aux ressources humaines;
- Technologiques et informationnels;
- Liés aux ressources mobilières et immobilières;
- Environnementaux et les situations d'urgence;
- Émergents.

3. Définitions

Conflit d'intérêt
Situation où les intérêts professionnels, financiers, familiaux, politiques ou personnels peuvent interférer avec le jugement des personnes dans le cadre de leurs fonctions au sein de l'organisme.

Collusion
Entente secrète entre des soumissionnaires potentiels qui s'organisent pour entraver la concurrence, notamment par la fixation des prix ou de la production, par le partage des ventes ou des territoires et/ou par le trucage des offres.

Corruption
Échange ou tentative d'échange où, directement ou indirectement, un avantage indu est offert, promis ou octroyé par un corrupteur et/ou demandé, accepté ou reçu par un titulaire de charge publique, en retour d'un acte de la part du titulaire de charge publique au bénéfice du corrupteur.

Culture juste
Culture permettant de faire la distinction entre l'erreur de bonne foi, qui ne doit pas entraîner de blâme, et la conduite négligente ou malfaisante qui peut faire l'objet de sanctions.

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. Cette approche permet notamment à l'Établissement d'accroître sa probabilité d'atteindre ses objectifs stratégiques, de parfaire sa gouvernance et d'améliorer son efficacité et son efficience opérationnelles. Ce concept ne doit pas être confondu avec la gestion des risques prévue dans le mandat du comité de gestion des risques (2023, c. 34, a. 176.de la LGSSSS) qui désigne les activités liées à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers.

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

Impact
Effet ou conséquence d'un événement sur le projet, l'actif informationnel ou sur l'environnement, et qui peut influer sur l'atteinte des objectifs de l'organisation. Il peut être positif ou négatif.

Mesures d'atténuation
Terme générique qui désigne une mesure visant à réduire la probabilité de réalisation ou les conséquences d'un risque. Une mesure d'atténuation peut être formelle ou informelle :

- Formelle : Une politique, un processus, un dispositif, une pratique ou un mécanisme de surveillance;
- Informelle : Une culture d'entreprise, des valeurs communes, une appartenance organisationnelle, l'éthique.

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 subsiste, malgré les mesures d'atténuation mises en œuvre. Un risque résiduel peut être considéré comme acceptable s'il respecte le niveau de tolérance au risque de l'Établissement.

Partie prenante
Personne ou organisme qui peut soit influer sur une décision ou une activité, soit être influencé ou, s'estimer influencé par une décision ou une activité.

Risque
Événement potentiel, situation ou inaction susceptible de compromettre l'atteinte des objectifs stratégiques, tactiques et opérationnels de l'organisation ou d'empêcher la saisie de certaines opportunités.

Risque émergent
Les risques émergents sont reliés à l'évolution des pratiques et de la technologie, aux comportements sociaux ou à toute autre cause nouvellement identifiée.

Risque majeur organisationnel
Événement potentiel ou situation susceptible de compromettre l'atteinte de la mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, les objectifs du plan clinique organisationnel ou le continuum de soins et services de l'Établissement.

Seuil de tolérance aux risques
Niveau maximal de risque que l'Établissement est prêt à accepter aux fins d'atteinte des objectifs fixés. Ce seuil de tolérance est déterminé par la Direction générale en fonction de la mission, de la vision, des valeurs et des objectifs stratégiques et opérationnels de l'Établissement.

4. Objectifs

La présente procédure a pour objectif de clarifier les différentes étapes visant la mise en œuvre de la gestion intégrée des risques pour l'ensemble de l'Établissement.

Plus spécifiquement, l'objectif poursuivi par cette procédure est d'établir un fonctionnement visant à :

- Dresser un portrait systémique des risques de l'Établissement, incluant les risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle;
- Prioriser le contrôle des risques majeurs en fonction du seuil de tolérance de l'Établissement;
- Assurer une vigie des risques majeurs identifiés;
- Outiller les instances requises afin d'assurer la mise en place et 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);

Le fonctionnement établi permet ainsi de respecter le cadre législatif, réglementaire et normatif en vigueur ainsi que toute obligation dans les processus de gestion contractuelle (ententes, contrats, etc.).

5. Rôles et responsabilités

Cette section comprend deux éléments distincts : les rôles et responsabilités et les étapes de la gestion intégrée des risques.

Rôles et responsabilités :

Comité exécutif de gouvernance

- Adopter les politiques et procédures relatives à la gestion intégrée des risques;
- Définir les orientations stratégiques et les priorités de l'Établissement en matière de gestion intégrée des risques;
- Sur recommandation de la Direction générale de l'Établissement et du conseil d'administration d'établissement, adopter les critères de décision pour l'évaluation des risques;
- S'assurer que tous les risques identifiés soient maîtrisés et que la Direction générale joue son rôle de promoteur de la gestion intégrée des risques;
- Recevoir annuellement le rapport et les recommandations sur les activités de gestion et de maîtrise des risques au sein de l'Établissement;
- Le comité peut également, s'il le juge nécessaire, demander un audit du système de gestion intégrée des risques ou d'un système spécifique de gestion des risques d'un secteur d'activité de l'Établissement afin de s'assurer de son efficacité.

Conseil d'administration d'établissement

- Accompagner la Direction générale dans la détermination des orientations stratégiques et des priorités de l'Établissement en matière de gestion intégrée des risques;

Comité de vigilance et de la qualité

- Assurer un rôle de surveillance du processus de gestion intégrée des risques pour la conduite des affaires de l'Établissement et ce, afin d'émettre, à la plus haute instance, des recommandations en lien avec la maîtrise des risques majeurs de l'Établissement;
- Recevoir et analyser annuellement le rapport sur les activités de gestion et de maîtrise des risques au sein de l'Établissement;

Comité de gestion des risques

- Assurer un rôle de surveillance du processus de gestion intégrée des risques pour la conduite des affaires de l'Établissement et ce, afin d'émettre des recommandations au Comité de vigilance et de la qualité en lien avec la maîtrise des risques majeurs de l'Établissement.

Le président-directeur général

- Encourager et contribuer à l'existence d'une culture juste et promouvoir la gestion intégrée des risques dans l'ensemble de l'Établissement incluant au sein de la haute direction;
- S'assurer que l'Établissement respecte les exigences de la Directive du Secrétariat du Conseil du trésor concernant la gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle à travers cette procédure;
- S'assurer que les responsabilités et autorités des rôles pertinents sont attribuées aux intervenants stratégiques, dont le responsable de l'application des règles contractuelles (RARC), afin d'identifier, d'analyser et d'évaluer adéquatement les risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle (Annexe III);
- S'assurer que les risques identifiés sont adéquatement maîtrisés, en conformité avec les orientations adoptées par le comité exécutif de gouvernance;
- En collaboration avec le comité de direction, déterminer les risques inacceptables en tenant compte des critères décisionnels adoptés, mandater les personnes chargées d'en assurer la maîtrise et faire rapport au comité exécutif de gouvernance ;
- Approuver le plan de gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle, avant le début de chaque année financière;
- Approuver le rapport de surveillance et de revue de la politique organisationnelle de gestion intégrée des risques, qui inclut la gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle, au plus tard quatre mois après la fin de l'année financière, à chaque 3 ans;

- Désigner la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) à titre de responsable de la coordination de la gestion intégrée des risques au sein de l'Établissement.

Comité de direction

- Examiner, approuver et recommander à la plus haute instance de l'Établissement l'adoption de la politique et la procédure qui en découle;
- Encourager et contribuer à l'existence d'une culture juste et promouvoir la gestion intégrée des risques dans l'ensemble de l'Établissement;
- S'assurer que les principaux risques liés aux activités du CISSS de la Montérégie Ouest sont identifiés, priorisés, 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;
- Établir le seuil de tolérance aux risques acceptable par l'établissement, pour les risques résiduels (RR) qui demeurent toujours majeurs, malgré les mesures d'atténuation ;
- Identifier les risques de niveau stratégique et s'assurer de la mitigation de ces risques à l'intérieur du seuil de tolérance de l'Établissement;
- Effectuer 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;
- Chaque membre du comité de direction doit assurer régulièrement des mises à jour sur les principaux risques sous sa responsabilité et doit informer les autres membres du comité de direction de la présence de nouveaux risques majeurs ;
- S'assurer que l'inventaire des risques majeurs de l'organisation et les fiches descriptives de ces risques soient maintenus à jour.

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

- Développer la politique de gestion intégrée des risques, en assurer la diffusion, l'application, la révision ainsi que la procédure qui en découle;
- Développer les outils permettant de soutenir l'identification et la prise de décision dans le mécanisme de gestion intégrée des risques;
- Assurer la coordination des processus et des mécanismes liés à la gestion intégrée des risques;
- Soutenir les directeurs et les gestionnaires dans la réalisation de leurs activités de gestion intégrée des risques, notamment en mettant à leur disposition les données requises à l'identification des risques (AH-223, résultats d'audits, non-conformités d'agrément) ;
- Effectuer une vigie organisationnelle de par le suivi du registre de l'ensemble des risques de l'Établissement et s'assurer du respect des critères et de la priorisation des risques ciblés;
- Lorsque requis, recommander les mesures correctives à la plus haute autorité de l'Établissement ainsi qu'aux directions concernées afin que ces dernières mettent en place les moyens visant à assurer la gestion intégrée des risques les concernant;
- Rapporter au comité de direction l'entièreté des activités de gestion intégrée des risques en vigueur en précisant l'état d'avancement, les défis et les enjeux.

Direction de la logistique (DL)

Le CISSS de la Montérégie-Ouest est assujetti à la Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, c. 65.1), de même qu'aux règlements et directives qui sont adoptés en vertu de cette Loi, notamment, la Directive concernant la gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle. Ainsi, la Direction de la logistique joue un rôle clé dans la prévention et la gestion des risques de corruption et de collusion à travers les activités contractuelles de l'organisation. La direction s'assure notamment de :

- Appliquer rigoureusement les lignes directrices en matière de gestion contractuelle et de prévention de la corruption;
- Coordonner le processus de gestion des risques en matière de corruption et de collusion pour les processus de gestion contractuelle;
- S'assurer de l'élaboration et de l'adoption annuelle du plan de gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle avant le début de chaque année financière;
- Faciliter la mise en œuvre du plan de gestion des risques de corruption et de collusion auprès des parties prenantes du CISSS de la Montérégie-Ouest, notamment par la formation, l'information et la diffusion des outils;

- Élaborer le rapport de surveillance et de revue de la politique organisationnelle de gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle, en collaboration avec la DQEPE, au plus tard quatre mois après la fin de l'année financière, à chaque 3 ans. Ce rapport doit porter sur les plans annuels adoptés pendant cette période de trois ans.
- Sensibiliser les fournisseurs et partenaires externes (ex. : ressources à contrat) aux exigences en matière d'intégrité et de conformité contractuelle.

Directeurs

- Promouvoir la gestion intégrée des risques au sein de leur direction;
- S'assurer que tous les gestionnaires de leur direction mettent en œuvre le processus de gestion intégrée des risques, conformément à la politique de l'Établissement;
- Agir à titre de répondant des risques dans leur direction respective;
- Soutenir les autres directions en mettant à leur disposition des ressources, selon l'expertise requise, pour maintenir le niveau de risque en dessous du seuil de tolérance de l'organisation;
- S'assurer que les risques identifiés soient maîtrisés et que des mesures d'atténuation soient en place afin d'assurer que le niveau de risque soit en dessous du seuil de tolérance de l'organisation;
- Documenter l'analyse des risques concernant leur direction ainsi que les plans d'action y étant rattachés, tout en assurant leur suivi;
- Identifier tous nouveaux risques majeurs pour leur direction respective et s'assurer de leur intégration et priorisation adéquate dans l'inventaire des risques majeurs de l'Établissement, lorsque requis.

Gestionnaires

- Prendre connaissance, diffuser et s'assurer de l'application de la politique et de la procédure qui en découle dans leurs secteurs d'activités respectifs;
- Promouvoir la culture de la gestion intégrée des risques au sein des secteurs d'activités et auprès des partenaires externes;
- Mettre en œuvre le processus de gestion intégrée des risques afin de s'assurer que les risques reliés aux activités cliniques et/ou administratives sous leur responsabilité soient identifiés, analysés et traités;
- Identifier les risques liés aux activités de leurs services et s'assurer de la mitigation de ces risques à l'intérieur du seuil de tolérance de l'Établissement;
- Demeurer à l'affût de tout nouveau risque pouvant nuire à l'atteinte des objectifs organisationnels ou empêchant la saisie d'opportunités et en informer rapidement son supérieur immédiat;
- Prendre en considération les risques identifiés dans leurs interventions et leurs prises de décision;
- Participer aux mécanismes de contrôle interne mis en place dans les services sous leur responsabilité, lorsque requis.

Employés, médecins, stagiaires, bénévoles et fournisseurs

- Toute personne à l'emploi de l'établissement, de même que tout médecin, stagiaire, fournisseur ou bénévole, doit appliquer la politique et procédure de gestion intégrée des risques et signaler tout risque qu'il a identifié;
- Effectuer le signalement d'un risque 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;
- Partager leur savoir expérientiel suite à la matérialisation d'un risque;
- Collaborer à la priorisation des risques ciblés ainsi que les solutions à envisager afin de réduire ces risques.

Usagers, leurs proches et la population

- Signaler tout risque identifié à un membre du personnel, au gestionnaire ou à diverses instances telles que les comités des usagers et le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- Collaborer à la prestation de soins et de services en respectant les bonnes pratiques en matière de sécurité;
- Partager leur savoir expérientiel suite à la réalisation d'un risque;
- Collaborer à la priorisation des risques ciblés ainsi que les solutions à envisager afin de réduire ces risques.

Conseils professionnels et comités des usagers et de résidents
Conseil des infirmières et des infirmiers (CII)
Conseil multidisciplinaire (CM)
Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF)
Comité des usagers de l'établissement (CUE) et comité de résidents (CR)

- Appuyer et soutenir la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) dans l'application de la politique de l'Établissement ainsi que la présente procédure;
- Soutenir les directions dans le processus d'identification et de gestion intégrée des risques de l'Établissement, dans les limites de leur mandat respectif;
- Faire la promotion de la gestion intégrée des risques auprès des groupes de personnes dont ils assurent la représentation, si applicable;
- Assurer la gestion des risques qui les concernent, si applicable;
- Apporter leur point de vue concernant la priorisation des risques ciblés ainsi que les solutions à envisager afin de réduire ces risques.

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)
- Appuyer la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) dans l'application de la politique de l'Établissement ainsi que la présente procédure ;
- Collaborer avec les directions dans le processus d'identification et de gestion intégrée des risques de l'organisation, dans les limites de son mandat ;
- Identifier les risques liés aux activités de son service et s'assurer de l'atténuation de ceux-ci à l'intérieur du seuil de tolérance de l'Établissement;
- S'assurer que les risques identifiés soient maîtrisés et que des mesures d'atténuation soient en place afin d'assurer que le niveau de risque soit en dessous du seuil de tolérance de l'organisation;
- Documenter l'analyse des risques ainsi que les plans d'action s'y rattachant, tout en assurant leur suivi et la mise à jour du registre des risques;
- Identifier tous nouveaux risques majeurs et s'assurer de leur intégration et priorisation adéquate dans l'inventaire des risques majeurs de l'organisation, lorsque requis.

Étapes de la Gestion intégrée des risques :
Les différentes étapes décrites ci-dessous sont documentées dans le *Tableau des risques et actions* (Annexe A). Le fait de rassembler les données en lien avec la gestion intégrée des risques dans un seul et unique outil permet d'en faciliter le suivi et la coordination.

Chaque direction est imputable de compléter les données de sa direction dans son propre tableau. Ces données sont par la suite transmises à la DQEPE qui assure le suivi et la coordination transversale des risques importants et des stratégies de réaction de l'Établissement.

1. Identifier les risques

1.1. Inventorier et décrire les principaux processus et activités
Les différents processus et activités liés aux objectifs stratégiques, tactiques et opérationnels doivent être identifiés et inventoriés dans un premier temps.

1.2. Formuler les énoncés de risques pour chacun des secteurs
Cette étape consiste à identifier et inventorier les risques existants ou appréhendés en lien avec les différents processus et activités de la direction. Elle permet de déterminer leurs vulnérabilités compromettant l'atteinte de leurs objectifs stratégiques, tactiques et organisationnels ainsi que les potentielles pertes d'opportunités.

Chaque direction utilise la stratégie qu'elle juge appropriée et efficace afin de cibler les risques majeurs inhérents la concernant. La DQEPE sera en soutien aux directions dans l'identification des risques.

1.3. Classifier les risques identifiés, selon les familles de risques
La classification des risques en facilite le suivi par les instances de gouvernance. Il permet également de mieux comprendre les différents impacts que pourraient avoir ces risques.

Ainsi, les risques ayant été identifiés et notés au tableau sont classifiés selon les familles de risques (Annexe I). Un risque peut appartenir à plus d'une famille de risques, mais une seule est ciblée comme étant la famille principale du risque. On parle alors du risque dominant.

2. Évaluer les risques

2.1. Identifier les facteurs contributifs/causes souches à la réalisation du risque

L'identification des facteurs contributifs et des causes souches à la réalisation d'un risque permet d'entrevoir certaines pistes de solutions afin de mettre en place des mesures d'atténuation efficaces.

2.2. Déterminer les conséquences potentielles du risque

La détermination des conséquences potentielles d'un risque permet de faciliter le travail de priorisation des différents risques de l'Établissement. Par exemple, un risque aux conséquences plus importantes pourrait avoir un impact sur la réalisation du plan clinique organisationnel.

2.3. Établir la criticité du risque inhérent

La mesure de la gravité d'un risque permet d'en définir la criticité et de l'objectiver. On peut ainsi cibler efficacement les risques pour lesquels une action plus urgente est requise. Elle facilite également le futur travail de priorisation des risques de l'Établissement.

La *Matrice d'évaluation de la criticité des risques* (Annexe II) est utilisée, dans un premier temps, afin de mesurer l'impact et la probabilité d'occurrence des risques identifiés, sans tenir compte des mesures d'atténuation qui pourraient être déjà en place. Il s'agit du risque inhérent.

Le rapport entre l'impact et la probabilité d'occurrence permet d'établir un degré de criticité des risques, situé entre 1 et 25.

2.4. Recenser les mesures d'atténuation déjà en place

Il est possible que des mesures d'atténuation soient déjà en place puisque certains risques sont déjà connus et pris en charge par la direction, il importe alors de les recenser.

2.5. Établir la criticité du risque résiduel en fonction du seuil de tolérance

Cet exercice permet de mesurer la cohérence et l'efficacité des mesures d'atténuation en place en comparant le risque inhérent au risque résiduel.

Il permet également de déterminer si de nouvelles stratégies de réaction au risque sont requises, advenant que le risque résiduel soit jugé inacceptable par rapport au seuil de tolérance de l'Établissement.

Comme pour ce qui est des risques inhérents, le rapport entre l'impact et la probabilité d'occurrence permet d'établir un degré de criticité des risques, situé entre 1 et 25. Ceux-ci seront hiérarchisés selon leur degré de gravité.

Les risques les plus importants pour les directions sont ciblés à l'aide de la *Matrice d'évaluation de la criticité des risques* (Annexe II).

Ainsi, tel que défini dans la matrice d'évaluation de la criticité des risques, les seuils de tolérance de l'Établissement situés:

- En dessous de 4 ne nécessitent aucun traitement;
- Entre 5 et 9 nécessitent une surveillance;
- Entre 10 et 14 nécessitent une analyse ainsi qu'un plan d'action;
- Au-dessus de 15 nécessitent la mise en place de mesures temporaires immédiates ainsi qu'un plan d'action pour des mesures permanentes.

Les risques identifiés doivent avoir un impact majeur sur l'atteinte des cibles du plan clinique organisationnel, des pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada et des différentes lois et normes en vigueur.

3. Gérer les risques

Après avoir déterminé les risques excédant le seuil de tolérance de l'Établissement, la dernière étape et non la moindre consiste à planifier et à élaborer un plan d'atténuation des dits risques.

Le plan d'atténuation doit permettre de minimiser les risques à un niveau acceptable pour l'Établissement, par la mise en œuvre de stratégies de réaction. La planification implique la désignation de personnes responsables de ces actions ainsi que les échéanciers fixés pour le déploiement de celles-ci.

4. Communiquer les risques

Chaque direction achemine son plan d'atténuation des risques finalisé à la DQEPE. Cette dernière dresse le portrait organisationnel des risques majeurs et des stratégies d'atténuation de l'Établissement et ce, dans le but de soutenir le processus décisionnel du comité de direction.

Ce portrait organisationnel sera ensuite présenté aux différentes instances de l'Établissement afin de s'assurer d'une vision commune de la gestion intégrée des risques.

4.1 Risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle

Conformément à la Directive du Secrétariat du Conseil du trésor (***C.T. 225697 du 1er mars 2022)*** :

- Le plan annuel de gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle doit être transmis dans les 15 jours suivant la demande du président du Conseil du trésor.
- Le rapport triennal de surveillance et de revue de la politique organisationnelle de gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle doit être transmis dans les 15 jours suivant la demande du président du Conseil du trésor.

5. Surveiller les risques

Les différentes directions sont responsables de rester à l'affût en continu des changements qui pourraient entraîner de nouveaux risques et/ou modifier la cote de risque existante ainsi que d'examiner l'efficacité des mesures mises en œuvre. La révision du *Tableau des risques et actions* est requise minimalement trimestriellement. La DQEPE assure une vigie à ce sujet.

Bien que la DQEPE soit responsable d'assurer la vigie du mécanisme de la gestion intégrée des risques, c'est de la responsabilité organisationnelle de mettre en place son système de détection, d'analyse et de traitement de ces risques. Le développement d'un langage commun aidera à la prise de décision et au processus de gestion intégrée des risques.

6. Pérenniser la gestion intégrée des risques

La pérennisation de la gestion intégrée des risques implique alors, l'intégration des mécanismes de vigie et de révision dans les pratiques courantes de gestion.

L'Établissement tient compte de l'importance d'implanter une culture juste de gestion intégrée des risques afin de favoriser l'amélioration continue de la qualité et d'assurer une saine gestion de sa performance globale, par l'implication de tous les acteurs de l'Établissement

6. Références

Al Mahsani F. (2017). Guide d'élaboration d'un modèle de cadre organisationnel de gestion des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle, Montréal, Commissaire à la lutte contre la corruption (Unité permanente anticorruption - UPAC), Collections de BAnQ.

Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux. (2012). *Outils de gouvernance pour les administrateurs* - G*estion intégrée des risques*, 9 pages.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. (2015). Présentation *Gestion intégrée des risques et gestion des risques pour une prestation sécuritaire des soins et des services*, 19 pages.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l ’île-de-Montréal. (2016). *Politique Gestion intégrée des risques*, 12 pages.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (2019). *Politique Gestion intégrée des risques*, 8 pages.

Loi sur les contrats des organismes publics (Chapitre C-65.1, a. 26).

Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (RLRQ, chapitre G-1.021).

Organisation des normes de santé (HSO). (2023). *Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales – Présentation du manuel d’évaluation*, 40 pages.

Organisation internationale de normalisation (ISO) (2016). Systèmes de management anti-corruption - Exigences et recommandations de mise en œuvre. ISO 37001.

Organisation internationale de normalisation (ISO). (2018). *Management du risque- Principes et lignes directrices ISO 31000*.

Urgences-Santé (Québec). (2021). *Politique de gestion intégrée des risques*, 8 pages.

7. Annexe(s)

Annexe A : Tableau des risques et actions
Annexe I : Familles de risques
Annexe II : Matrice d’évaluation de la criticité des risques
Annexe III : Liste des risques en matière de corruption et de collusion dans les processus de gestion contractuelle

Processus de révision		
Rédigé par	Mélanie Boudreault, conseillère cadre à la qualité DQEPE	2023-11-10
	Lyne Garand, conseillère cadre à la qualité DQEPE	2023-11-10
	Amila Kazi-Tani, conseillère cadre à la qualité DQEPE	2023-11-10
	Guillaume Ferland, coordonnateur de la chaîne d'approvisionnement, DL	2025-01-21
	Amila Kazi-Tani, conseillère cadre à la qualité DQEPE	2025-02-26
Consultation(s)	Marie-Hélène Francoeur, directrice adjointe DQEPE (intérim)	2025-02-26
	Annie Halpin-Benoit, coordonnatrice gestion de la qualité et des risques par intérim DQEPE	2025-02-27
	Sophie Comman, cheffe de service gestion de la qualité et des risques par intérim DQEPE	2025-03-10
	Joannie Paradis, directrice adjointe de la logistique	2025-03-10
	Patrick Dubois, directeur DQEPE (intérim)	2025-03-12

Historique du document		
Approuvé par	Comité des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes	2023-11-28
Recommandé par	Comité de concertation des directeurs adjoints	2024-01-10
Adopté par	Comité de direction	2024-01-23
Commentaires		

Historique de révision du document		
Recommandé par	Comité de concertation des directeurs adjoints	2025-04-03
Adopté par	Comité de direction	2025-04-22
Commentaires	Modifications mineures 2025-05-29 Modifications mineures 2025-06-16	

ANNEXE A

TABLEAU DES RISQUES ET ACTIONS