

<b>TYPE DE DOCUMENT:</b> Règlement	<b>NUMÉRO D'IDENTIFICATION :</b> PDG-RE-0001
<small>* Écrire le nom de l'acronyme de la direction</small>	
<b>CE DOCUMENT ANNULE LA VERSION QUI PORTAIT LE TITRE SUIVANT :</b>	
<p>Centre jeunesse : Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques (no 36)          CRDI : Règlement sur les modalités d'application de la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (R-DG-003)          Kamouraska : Règlement portant sur le comité de gestion des risques (CA-RE-31)          La Matapédia : Règlement relatif à la composition et aux règles de fonctionnement du comité de gestion des risques (50.00.00.02)          La Mitis : Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques          Les Basques : Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques (REG-2013-3)          Matane : Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques (R-09-01-315)          Rimouski-Neigette : Règlement relatif au mandat, à la composition et aux règles de fonctionnement du comité de gestion des risques (CA-29).          Rivière-du-Loup : Règlement du comité de gestion des risques (CGR-2007-02-00-00)          Témiscouata : Règles de fonctionnement du comité de gestion des risques et de la qualité</p>	
<b>CE DOCUMENT S'ADRESSE AUX PERSONNES SUIVANTES :</b>	
Tout le personnel, bénévoles et médecins du CISSS du Bas-Saint-Laurent.	
<b>CE DOCUMENT EST ACCESSIBLE :</b>	
<input type="checkbox"/> Répertoire commun <input type="checkbox"/> Site Internet <input checked="" type="checkbox"/> Intranet <input type="checkbox"/> Autre Veuillez préciser	
<b>NOMBRE DE PAGES</b>	18 pages incluant les annexes
<b>RESPONSABLE DE L'APPLICATION</b>	Présidence-direction générale
<b>RESPONSABLE DE LA CODIFICATION ET DE LA CONSERVATION DU DOCUMENT</b>	Adjointe à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique en collaboration avec la conseillère cadre à la Présidence-direction générale, volet administratif.
<b>INSTANCE(S) CONSULTÉE(S)</b>	Comité de direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent : 2015-06-01 Comité de gestion des risques du CISSS du Bas-Saint-Laurent : 2015-11-25
<b>RESPONSABLE DE L'ADOPTION OU DE LA REVISION FINALE</b>	Conseil d'administration
<b>DATE DE LA MISE EN VIGUEUR</b>	2015-11-18
<b>DATE DE L'ADOPTION OU DATE DE LA REVISION ET NUMÉRO DE RÉOLUTION DU C.A.</b>	2015-11-18 CISSS-01.2015-11-161
<b>REVISION</b>	La révision s'effectue aux trois ans ou lorsque requis. 2018-11-18



# **RÈGLEMENT**

**Règles de fonctionnement du comité de gestion des  
risques (PDG-RE-0001)**

**Présidence-direction générale**

**Novembre 2015**

## TABLE DES MATIÈRES

Préambule .....	5
1. Dispositions générales .....	6
2. Comité de gestion des risques .....	7
3. Directeur de la qualité, évaluation, performance et éthique clinique et conseillers-cadres en gestion des risques .....	11
4. Officiers .....	12
5. Convocation des réunions et résolutions .....	13
6. Procès-verbal et archives du comité .....	15
7. Reddition de compte .....	16
8. Disposition finale .....	17
Annexe 1 – Engagement à la confidentialité .....	18

## Préambule

Ce règlement a été élaboré en tenant compte des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (Loi), dont notamment les modifications apportées à cette loi par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (L.Q. 2002, c. 71). Cette dernière loi est entrée en vigueur le 19 décembre 2002.

**ATTENDU QUE** le plan d'organisation de tout établissement doit prévoir la formation d'un comité de gestion des risques (a. 183.1);

**ATTENDU QUE** le conseil d'administration de l'établissement doit s'assurer de la qualité et de la sécurité des services dispensés ainsi que du respect des droits des usagers;

**ATTENDU QUE** la composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des personnes qui exercent leur profession dans l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers (a. 183.1, LSSS);

**ATTENDU QUE** le président directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité (a. 183.1, LSSS);

**ATTENDU QUE** le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d'administration de l'établissement (a. 183.1 de la LSSS);

**ATTENDU QUE** la constitution du comité de gestion des risques assure au conseil d'administration que les responsabilités en ce qui concerne la sécurité des usagers sont acquittées dans le respect des lois et des règlements.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ÉDICTE LE RÈGLEMENT SUR LES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS-ST-LAURENT.

## 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1.1 Objet et champ d'application

Le présent règlement a pour objet d'établir les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques institué dans l'établissement, en application de l'article 183.1 de la *Loi*.

### 1.2 Responsabilité de l'application

Le président du comité de gestion des risques est responsable de l'application des présentes règles de fonctionnement.

### 1.3 Définitions

Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les expressions ou termes suivants signifient :

**Gestion des risques** : un processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des systèmes et 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'utilisateur, au visiteur, au personnel, aux biens de ceux-ci et de l'établissement.

**Risque** : événements susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'une ou de plusieurs personnes ou de causer des dommages aux biens matériels et dont on peut en mesurer la gravité réelle ou potentielle.

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

**Accident** : une action ou une situation où le risque se réalise et est ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

**Comité de gestion des risques** : comité institué par la présidente directrice générale pour remplir les fonctions attribuées par la loi.

**Loi**: la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

**Services** : les services de santé ou les services sociaux offerts par l'établissement, par une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial ou par tout autre organisme, société ou personne auquel l'établissement recourt pour la prestation de services, notamment par entente visée à l'article 108 de la loi ou par contrat de service. Sont inclus les services dispensés par les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents.

**Usager** : toute personne qui a reçu, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert des services de l'établissement. Ce terme comprend, le cas échéant, tout représentant de l'usager au sens de l'article 12 de la loi ainsi qu'en cas de décès de l'usager, les personnes visées au premier alinéa de l'article 23 de la loi.

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

**Mesures de soutien** : Actions prises envers l'usager ou ses proches ou moyens et services mis à leur disposition pour atténuer les conséquences d'un accident.

## 2. COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

### 2.1 Rattachement administratif

Le comité de gestion des risques relève de la présidente directrice générale.

### 2.2 Fonctions

Le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- a) Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des clients et, plus particulièrement, dans les cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- b) S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
- c) Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents;
- d) Recommander au comité de vigilance de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu. Toutefois, le comité de gestion des risques peut, le cas échéant, faire part d'une situation à l'instance ou à la direction concernée et solliciter leur intervention dans la résolution d'une problématique liée à la sécurité de la clientèle;
- e) S'assurer que des méthodes, des politiques, des procédures, des normes et des directives soient mises en place afin d'identifier, de prévenir et de réduire les risques, les accidents et les incidents;
- f) S'assurer que les situations à risque identifiées soient analysées pour en connaître les conséquences possibles de même que leur ampleur réelle dans l'établissement et recommander au conseil d'administration des mesures afin de les contrôler;
- g) Recevoir les statistiques sur les incidents et les accidents, l'information provenant des comités de prévention des infections, de la médecine transfusionnelle et des autres comités ayant une incidence sur la gestion des risques, les données pertinentes concernant les réclamations et les pertes résultant de dommages causés aux personnes et aux biens;
- h) Transmettre annuellement un rapport au conseil d'administration et, le cas échéant, des recommandations relatives à la gestion des risques et de la qualité;

- i) S'assurer que l'information et la formation appropriées soient diffusées dans l'établissement aux personnes concernées;
- j) Créer tout comité jugé pertinent.

De plus, en regard de l'application de la contention et de l'isolement, le comité de gestion des risques doit :

- a) S'assurer de la mise en place d'objectifs annuels de qualité spécifique à l'utilisation de la contention et de l'isolement;
- b) Assurer le suivi des objectifs de qualité spécifique à l'utilisation de la contention et de l'isolement;
- c) Recevoir les rapports périodiques et annuels de la Direction des soins infirmiers en lien avec l'utilisation de la contention et de l'isolement;
- d) Recevoir les statistiques sur les incidents et les accidents en lien avec l'utilisation de la contention ou de l'isolement;
- e) Faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant.

### **2.3 Non-contraignabilité**

Malgré toute disposition contraire d'une loi, le directeur de la qualité, évaluation, performance et éthique clinique ou la direction adjointe, un conseiller cadre en gestion des risques ou un membre du comité de gestion des risques ne peut être contraint devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles de faire une déposition portant sur un renseignement confidentiel qu'il a obtenu dans l'exercice de ses fonctions, ni de produire un document contenant un tel renseignement, si ce n'est aux fins du contrôle de sa confidentialité.

### **2.4 Non-recevabilité**

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

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

### **2.5 Constitution et composition**

La constitution du comité de gestion des risques assure à la présidente directrice générale que les responsabilités en ce qui concerne la sécurité des usagers du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent sont acquittées dans le respect des lois et des règlements.



Le comité de gestion des risques est composé des personnes suivantes :

- a) Une personne désignée par le comité des usagers de l'établissement;
- b) Une personne désignée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
- c) Une personne désignée par le conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement parmi les infirmières ou infirmiers auxiliaires (CECII) présentes au comité ;
- d) Une personne désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire(CM) de l'établissement;
- e) Une personne désignée en prévention et contrôle des infections;
- f) Le directeur des soins infirmiers ou son représentant;
- g) Le directeur des services multidisciplinaires ou son représentant;
- h) Le directeur des services techniques ou son représentant;
- i) Le directeur général adjoint ou son représentant;
- j) Le chef du département de la pharmacie;
- k) Le directeur des services professionnels ou son représentant;
- l) Le directeur de la qualité, évaluation, performance et éthique ou son représentant;
- m) Le président directeur général ou son représentant.

Selon les sujets discutés, le président du comité de gestion des risques peut demander à toute personne reconnue pour son expertise de se joindre, de façon ad hoc, aux membres de ce comité. Les conseillers cadres en gestion des risques sont présents d'office au comité de gestion des risques comme personnes ressources.

## **2.6 Rémunération**

Les membres du comité de gestion des risques ne reçoivent aucune rémunération autre que celle déjà prévue à leur horaire de travail.

Le médecin ou le dentiste, membre du comité de gestion des risques, peut être rémunéré pour l'exercice de telles fonctions, conformément à l'article 259.1 de la Loi et aux dispositions des ententes conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les fédérations de professionnels de la santé. Le pharmacien peut être rémunéré conformément à l'entente qui le lie à l'établissement.

## **2.7 Durée du mandat**

La durée du mandat des personnes désignées du comité de gestion des risques est d'au plus trois ans. À l'expiration du mandat, les membres demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés. Les directeurs ont un statut permanent.

## **2.8 Fin du mandat**

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

- Lors de son décès, de sa démission ou de son remplacement;
- *Ipsa facto*, s'il vient à perdre les qualifications requises pour être membre du comité de gestion des risques.

## **2.9 Conditions d'éligibilité**

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

Tout membre du comité de gestion des risques doit signer un formulaire d'engagement à la confidentialité, avant de commencer à exercer ses fonctions.

## **2.10 Démission**

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

## **2.11 Vacance**

En cas de vacance au comité de gestion des risques, le comité peut procéder à son comblement, pour la durée non écoulée du mandat, pourvu que la personne désignée soit issue du groupe du membre qui a quitté et que ce groupe ait approuvé ce remplacement, par écrit.

L'absence non motivée d'un membre du comité de gestion des risques à trois (3) réunions régulières et consécutives du comité constitue une vacance, au sens de la présente clause.

## **2.12 Responsabilité**

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

## **2.13 Conflit d'intérêts**

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

### **3. DIRECTEUR DE LA QUALITÉ, ÉVALUATION, PERFORMANCE ET ÉTHIQUE CLINIQUE ET CONSEILLERS-CADRES EN GESTION DES RISQUES**

#### **3.1 Le directeur de la qualité, évaluation, performance et éthique clinique ou son représentant**

- Coordonner les activités reliées au développement, à l'implantation et au suivi de la gestion des risques en collaboration avec le comité de gestion des risques;
- Déterminer des indicateurs-clés de gestion des risques dont les résultats significatifs sont transmis régulièrement au comité de gestion des risques;
- Participer annuellement à l'évaluation de l'efficacité du programme global de gestion de la qualité et acheminer les recommandations pertinentes au comité de gestion des risques;
- Élaborer et maintenir à jour les méthodes, les politiques, les procédures, les normes et les directives visant à identifier, prévenir et réduire les risques, les accidents et les incidents dans l'établissement;
- Participer à l'identification des besoins de formation du personnel de l'établissement en matière de gestion des risques et d'amélioration de la qualité;
- Informer au besoin le comité de direction et faire un rapport quatre fois l'an sur tous les éléments de fragilité et de questionnement en lien avec la sécurité des usagers au comité de gestion des risques;
- Siéger à titre de personne ressource au comité de vigilance et de qualité;
- Assure le lien avec le commissaire local aux plaintes

#### **3.2 Les conseillers-cadres en gestion des risques**

- Recevoir toute déclaration d'incident / accident qui lui a été acheminée sur le formulaire prévu à cet effet;
- Analyser toute déclaration d'incident / accident et identifier les mesures correctives et préventives à apporter, en collaboration avec le gestionnaire et les autres intervenants concernés;
- Assurer le suivi des mesures correctives et préventives à apporter suite à l'analyse des déclarations d'incident / accident;
- Coordonner le processus d'enquête suite à un incident / accident à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être du client ou d'un tiers;
- Participer à l'identification des mesures correctives face aux risques identifiés;
- Assurer le suivi des mesures correctives et faire rapport au comité de gestion des risques;
- Soutenir l'action des gestionnaires, des professionnels et des intervenants de l'établissement dans la gestion des risques;
- Coordonner l'équipe de soutien à la divulgation.
- Anime et coordonne les activités de gestion des risques de leurs territoires

## **4. OFFICIERS**

### **4.1 Président**

Le directeur de la qualité, évaluation, performance et éthique clinique ou son représentant agit comme président du comité.

À cette fin, il exerce les fonctions suivantes:

- a) Représente le comité à titre de porte-parole officiel;
- b) Préside les réunions, voit à son bon fonctionnement et assume toutes les autres tâches désignées par le comité;
- c) Achemine notamment les rapports et recommandations du comité de gestion des risques, dans les délais prescrits, au conseil d'administration;
- d) Convoque les réunions du comité et les préside;
- e) S'assure que les différentes instances administratives, cliniques et professionnelles de l'établissement sont consultées périodiquement sur les questions de gestion des risques qui relèvent de leurs responsabilités;
- f) Signe les procès-verbaux des réunions du comité de gestion des risques et assume toutes les autres fonctions qui lui sont assignées par la présidente directrice générale.

### **4.2 Vice-président**

Le vice-président du comité de gestion des risques remplace le président en cas d'absence ou d'empêchement de ce dernier. Il est élu par et parmi les membres du comité.

### **4.3 Secrétaire**

Le secrétaire est élu par et parmi les membres du comité. Il s'assure de la réalisation des fonctions suivantes :

- a) Émet les avis de convocation et agit comme secrétaire aux réunions du comité;
- b) Rédige les procès-verbaux des réunions du comité et les signe après leur approbation;
- c) Est responsable de la tenue et la conservation des archives du comité, d'une manière confidentielle;
- d) Certifie les procès-verbaux et les documents du comité;
- e) Tient à jour le registre local des incidents et des accidents;
- f) Remplit toute autre fonction que peut lui assigner le comité, compte tenu du mandat de ce dernier.

En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du secrétaire ou afin de lui faciliter la tâche, une personne peut être désignée par le Comité afin d'assurer la rédaction des procès-verbaux.

## **5. CONVOCATION DES RÉUNIONS ET RÉOLUTIONS**

### **5.1 Réunion ordinaire**

Au plus tard le 15 juin de chaque année, le comité de gestion des risques fixe le calendrier des réunions ordinaires.

Toute réunion ordinaire peut constituer une réunion extraordinaire habilitée à prendre connaissance et à décider de toute autre affaire telle que l'adoption du rapport annuel, de recommandations particulières ou de tout autre rapport du comité de gestion des risques.

### **5.2 Convocation d'une réunion ordinaire**

Une réunion ordinaire peut être convoquée, en tout temps :

- a) Par résolution des membres du comité de gestion des risques;
- b) Par le président, de sa propre initiative et à son entière discrétion.

### **5.3 Convocation d'une réunion spéciale**

Une réunion spéciale peut être convoquée, en tout temps, par le président :

- a) De sa propre initiative et à son entière discrétion;
- b) Sur demande écrite du président directeur général indiquant en termes généraux l'ordre du jour prévu;
- c) Sur demande écrite et signée par au moins deux (2) membres du comité de gestion des risques, indiquant en termes généraux l'ordre du jour prévu.

Sur réception d'une demande prévue aux alinéas b) et c), il incombe au président de convoquer avec diligence la réunion spéciale conformément aux présentes règles de fonctionnement. En cas de défaut de ce faire, tout membre du comité de gestion des risques peut convoquer une telle réunion, conformément aux présentes règles.

### **5.4 Nombre de réunions**

Le comité de gestion des risques se réunit au moins cinq fois par année et aussi souvent que requis. Il doit se réunir lorsque la réunion est convoquée par résolution du comité, à la demande du président ou sur demande écrite d'au moins deux membres.

### **5.5 Lieu des réunions**

Toute réunion ordinaire ou spéciale du comité de gestion des risques se tient au siège social de l'établissement ou à tout autre endroit choisi par les membres, à la condition qu'aucun d'entre eux ne s'y oppose. Afin de faciliter la tenue des rencontres, les membres peuvent participer aux réunions par visioconférence ou conférence téléphonique.

## **5.6 Convocation d'une réunion**

Un avis de convocation de chaque réunion des membres du comité de gestion des risques doit leur être expédié.

Cette convocation se fait au moyen d'un avis écrit, délivré par messenger, par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique à l'adresse choisie par chacun des membres du comité de gestion des risques, au moins dix (10) jours avant la date de la réunion.

L'avis de convocation et l'ordre du jour d'une réunion spéciale peuvent être transmis par messenger, par télécopieur ou par courrier électronique; le délai de convocation n'est alors que de vingt-quatre (24) heures.

Il n'est pas nécessaire de donner un avis de convocation lors de la reprise d'une réunion ajournée du comité de gestion des risques.

Tout membre du comité de gestion des risques doit fournir au secrétaire une adresse à laquelle peuvent lui être expédiés tous les avis et documents qui lui sont destinés. Le secrétaire peut changer l'adresse de tout membre du comité de gestion des risques, sur réception de toute information qu'il juge digne de foi.

## **5.7 Contenu de l'avis de convocation**

Tout avis de convocation doit mentionner le lieu, la date et l'heure de la réunion des membres du comité de gestion des risques. Il doit être accompagné de toute la documentation pertinente.

La signature de l'avis de convocation d'une réunion peut être manuscrite ou reproduite mécaniquement ou électroniquement.

## **5.8 Dérogation aux formalités et délais**

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

## **5.9 Ordre du jour**

Le président, avec au besoin l'assistance du secrétaire, prépare l'ordre du jour d'une réunion.

L'ordre du jour d'une réunion est soumis aux membres pour adoption, lesquels peuvent y apporter des modifications avant qu'il ne soit adopté.

## **5.10 Huis clos**

Toutes les réunions du comité de gestion des risques sont confidentielles et se tiennent à huis clos. Toutefois, le comité de gestion des risques peut inviter toute personne susceptible de lui fournir une aide quelconque.

### **5.11 Quorum**

Le quorum aux réunions du comité de gestion des risques est constitué de la majorité de ses membres.

### **5.12 Ajournement**

À défaut d'atteindre le quorum à une réunion du comité de gestion des risques, les membres présents ont le pouvoir, après une période de trente (30) minutes de l'heure fixée pour la tenue de la réunion, d'ajourner la réunion jusqu'à ce que le quorum soit atteint; ils ne peuvent cependant transiger sur aucune autre affaire.

La reprise de toute réunion ainsi ajournée peut avoir lieu lorsque le quorum requis est atteint; lors de cette reprise, le comité de gestion des risques peut procéder à l'examen et au règlement des affaires pour lesquelles les membres avaient été convoqués. Toute réunion à laquelle un quorum est atteint peut aussi être ajournée de la même manière pour toute période de temps qui peut être déterminée par les membres, sans qu'il soit nécessaire de faire parvenir de nouveaux avis de convocation.

Une réunion du comité de gestion des risques peut être ajournée au jour, heure et endroit fixés par la majorité des membres à cette réunion.

### **5.13 Résolution**

Toute décision du comité de gestion des risques est prise par résolution, à la majorité simple des membres présents du comité. En l'absence d'indication contraire, une décision est réputée avoir été adoptée à l'unanimité des membres.

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

## **6. PROCÈS-VERBAL ET ARCHIVES DU COMITÉ**

### **6.1 Procès-verbal**

Le secrétaire doit rédiger un procès-verbal pour chaque réunion du comité de gestion des risques. Le procès-verbal est essentiellement la consignation des décisions prises durant cette réunion.

Les procès-verbaux des réunions du comité de gestion des risques sont conservés au bureau du secrétaire qui doit prendre les mesures nécessaires pour en assurer la confidentialité conformément à l'article 183.4 de la *Loi*.

### **6.2 Confidentialité des dossiers et procès-verbaux**

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

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

### **6.3 Archives du comité**

Le comité de gestion des risques conserve les documents qu'il juge utiles.

Il doit toutefois conserver les documents suivants :

- a) Une liste à jour de ses membres;
- b) Ses procès-verbaux;
- c) Ses rapports annuels d'activités;
- d) Les dossiers d'analyse des incidents ou des accidents;
- e) Tous les avis, rapports ou recommandations au conseil d'administration de l'établissement sur la prise de mesures visant à prévenir la récurrence des incidents et accidents ainsi que sur la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu;
- f) Toute correspondance adressée au comité ou émanant de celui-ci;
- g) Le registre local des incidents et des accidents.

### **6.4 Conservation et destruction**

Les documents du comité sont conservés et détruits, conformément au calendrier de conservation de l'établissement.

## **7. REDDITION DE COMPTES**

### **7.1 Rapport annuel**

Le comité de gestion des risques doit, avant le 31 mai de chaque année, transmettre son rapport annuel d'activités au conseil d'administration.

### **7.2 Autre rapport**

Le comité de gestion des risques transmet trimestriellement au conseil d'administration un rapport périodique accompagnant les indicateurs issus du registre local des incidents/accidents.

De plus, il peut, chaque fois qu'il l'estime nécessaire, transmettre au conseil d'administration un rapport particulier relevant de son domaine de compétence.

### **7.3 Contenu du rapport annuel d'activités**

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

- a) La présentation des fonctions du comité et de ses membres;
- b) Les activités réalisées et celles qui sont en cours de réalisation;



- c) Un état du registre local des incidents et des accidents survenus dans les installations de l'établissement incluant leur nombre et leur nature;
- d) Un relevé des mesures de soutien apportées à la victime et à ses proches ainsi que de leur appréciation par ces derniers;
- e) Le résultat de ses travaux sur les moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des clients;
- f) L'ensemble des recommandations du CGR adressées au conseil d'administration sur :
  - La prise de mesures visant à prévenir la récurrence des incidents et des accidents;
  - La prise de mesures de contrôle, le cas échéant.

Le rapport annuel peut contenir tout autre élément jugé pertinent.

## **8. DISPOSITION FINALE**

### **8.1 Entrée en vigueur**

Les présentes règles entrent en vigueur dès leur adoption par le conseil d'administration.

# Annexe 1

## Engagement à la confidentialité

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

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### 1. Objectif

Tous les documents d'encadrement doivent présenter les objectifs puisqu'ils permettent de savoir pourquoi on élabore ledit document.

### 2. Cadre juridique ou cadre de référence

Tous les documents d'encadrement doivent présenter la section « cadre juridique ou cadre de référence » sur laquelle ils s'appuient en énumérant les lois, règlements, politiques ou décisions. Normalement, les règlements s'appuient sur des lois. Les politiques s'appuient normalement sur des lois et des règlements, les procédures s'appuient sur des règlements, des politiques et des décisions et finalement, les directives s'appuient sur des règlements, politiques et sur des décisions.

### 3. Principes directeurs

Seuls les règlements, les politiques et les directives doivent présenter cette section. Elle sert à préciser les grandes lignes d'action et les justifications qui amènent le CISSS du Bas-Saint-Laurent à agir dans un domaine précis relevant de sa compétence. Il s'agit d'établir, de définir ou de préciser les règles, les modalités et les moyens permettant d'atteindre les buts. Il s'agit du cœur du type de document où sont présentés dans le détail, les éléments qui le constituent. La formulation doit permettre d'en vérifier l'application.

### 4. Champs d'application

Tous les documents d'encadrement doivent présenter la section « champs d'application »

Cette section est facultative puisqu'elle se trouve sur la page titre. Elle définit les objets, les personnes, les activités ou les sujets couverts ou auxquels le type de document s'applique.

### 5. Définitions (facultatif)

Les définitions sont pertinentes pour éviter toute ambiguïté ou éviter des répétitions dans le corps du texte.

### 6. Sanctions

Advenant un manquement au règlement, il pourrait y avoir des mesures de sanction prises dans le respect des dispositions de la loi et de ses règlements.

**Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent**

**Québec** 