

N° de la version	Description du/des changements	Entrée en vigueur
1	Publication initiale	2020-10-21
2	Révision complète	2026-09-30

Objectif de la politique

Veiller à ce que l'Hôpital général de Hawkesbury et district (HGH) maintienne un programme de gestion des risques efficace, intégré et en amélioration continue, qui permet de repérer, d'évaluer, de hiérarchiser, d'atténuer et de surveiller les principaux risques stratégiques auxquels l'organisation fait face, et à ce que le conseil d'administration soit informé de ces risques en temps opportun afin de pouvoir exercer une surveillance véritable. La présente politique établit les contraintes exécutives dans lesquelles la direction générale doit fonctionner à l'égard de la gestion des risques.

Portée

La présente politique s'applique au repérage, à l'évaluation, à l'atténuation, à la surveillance et à la déclaration des risques stratégiques et organisationnels dans l'ensemble des programmes, des services et des fonctions de l'HGH — y compris les risques cliniques, opérationnels, financiers, liés aux ressources humaines, liés à l'information et à la cybersécurité, liés à la préparation aux situations d'urgence, réglementaires et de réputation. Elle constitue la politique-cadre en matière de risques pour la série des contraintes exécutives et doit être lue conjointement avec les contraintes propres aux risques énoncées dans :

- Politique 3.1 – Planification financière / Budgétisation
- Politique 3.2 – Situation financière et rendement opérationnel
- Politique 3.5 – Protection des actifs et hiérarchisation des déboursés (y compris la cybersécurité et la continuité des activités)
- Politique 3.12 – Qualité des soins médicaux
- Politique 2.1 – Délégation à la direction générale.

Monitoring : Annuel (mai), au moyen du Rapport de monitoring de la gestion des risques de l'HGH présenté au Comité des finances et de la planification et du tableau de bord présenté au Comité de qualité. Ce rapport comporte également l'attestation annuelle en matière de cybersécurité exigée par la Politique 3.5.17. L'escalade des risques à forte gravité ou à forte probabilité s'effectue au fur et à mesure qu'ils surviennent, conformément à l'article 3.15.4.

Principes directeurs

3.15.0 Le conseil d'administration de l'HGH s'engage à veiller à ce qu'un programme de gestion des risques efficace et intégré soit en place pour repérer, évaluer et gérer les principaux risques pour l'organisation.

3.15.0.1 Imputabilité du conseil à l'égard de la surveillance des risques : Le conseil conserve l'imputabilité de la surveillance des risques de l'organisation; la direction est responsable de les repérer, de les évaluer et de les gérer, et d'en faire rapport au conseil, par l'entremise du Comité des finances et de la planification, afin que le conseil puisse exercer cette surveillance.

3.15.0.2 Appétit pour le risque et tolérance au risque : Le niveau de risque que l'organisation est disposée à accepter dans la poursuite de ses objectifs stratégiques est établi avec le conseil, qui donne le ton quant au risque acceptable au moyen de sa délégation, de ses approbations et de sa surveillance.

3.15.0.3 Gestion intégrée, proactive et continue : Les risques sont gérés dans une perspective organisationnelle globale, de manière continue, proactive et systématique, plutôt qu'en vase clos.

Définitions

Appétit pour le risque et tolérance au risque : La quantité et le type de risque que l'organisation est disposée à accepter dans la poursuite de ses objectifs stratégiques (appétit), et la variation acceptable autour de ce niveau pour un risque donné (tolérance), tels qu'établis avec le conseil.

Escalade des risques : Déclaration prompte d'un risque au conseil, selon les critères établis avec le conseil, en fonction de sa probabilité, de la gravité de son incidence ou de l'adéquation des contrôles existants.

Gestion intégrée des risques : Approche continue, proactive et systématique de repérage, d'évaluation, de hiérarchisation, de traitement et de déclaration des risques stratégiques, dans une perspective organisationnelle globale.

Registre des risques : Le relevé tenu à jour des risques stratégiques et organisationnels repérés par l'organisation, y compris leur probabilité et leur incidence évaluées, la personne la plus responsable désignée, les contrôles existants, les stratégies d'atténuation et l'état de la situation.

Risque : Possibilité de perte ou de préjudice; se décrit en fonction de la probabilité de survenance et de l'incidence associée le cas échéant. Les termes « *risque* » et « *danger* » ne sont pas interchangeables : un danger est une source potentielle de dommage ou de préjudice (p. ex. de l'eau sur le plancher), tandis qu'un risque est la possibilité qu'un préjudice survienne en cas d'exposition à ce danger (p. ex. la chute d'une personne).

Risques stratégiques : Risques qui constituent des menaces majeures pour la réalisation de la vision et des objectifs stratégiques de l'organisation liés aux soins aux patients et aux ressources humaines; aux finances, au leadership, à la gestion de l'information, aux installations, à la réglementation, aux relations externes, à l'enseignement, à la recherche et à la réputation.

Procédure

En conséquence, la direction générale :

- 3.15.1** Ne négligera pas d'élaborer un programme complet de gestion intégrée des risques permettant de repérer, d'évaluer, de gérer et de surveiller les principaux risques stratégiques pour l'organisation, et de hiérarchiser la probabilité et l'incidence des risques, en s'appuyant sur l'apport du conseil, du leadership et de la direction.
- 3.15.2** Ne négligera pas de définir des contrôles et des stratégies d'atténuation pour gérer les principaux risques auxquels l'organisation fait face.
- 3.15.3** Ne négligera pas de procéder à une révision complète de toutes les interprétations des politiques de contraintes exécutives du conseil sur un cycle de quatre ans.
- 3.15.4** Ne négligera pas de tenir le conseil informé des risques organisationnels en temps opportun, y compris l'escalade prompte des risques qui répondent aux critères établis avec le conseil — que ce soit par leur probabilité de survenance, la gravité de leur incidence ou l'insuffisance des contrôles existants —, accompagnés des plans d'atténuation et d'intervention connexes. L'escalade ne sera pas reportée au cycle de monitoring annuel.
- 3.15.5** Ne négligera pas de tenir à jour un registre des risques stratégiques et organisationnels de l'organisation, mis à jour au moins deux fois l'an, précisant pour chaque risque sa probabilité et son incidence évaluées, sa personne la plus responsable et ses stratégies d'atténuation, et de le passer en revue avec le conseil au moins une fois l'an.
- 3.15.6** Ne gèrera pas les risques cliniques, opérationnels, financiers, liés aux ressources humaines, liés à l'information et à la cybersécurité, liés à la préparation aux situations d'urgence, réglementaires et de réputation de façon isolée les uns des autres, et ne négligera pas de les intégrer en une vue organisationnelle unique des risques à l'intention

	Politique du Conseil d'administration	V.2	Page 3/5
	3.15 – Gestion des risques Contraintes Exécutives		

du conseil, tout en veillant à ce que les risques relevant du mandat d'un autre comité permanent soient également signalés à ce comité.

3.15.7 Ne négligera pas de veiller à ce que le repérage et l'évaluation des risques tiennent compte des préjudices découlant du racisme et de la discrimination, ainsi que de toute incidence disproportionnée sur les peuples autochtones, les communautés francophones et les communautés méritant l'équité.

Références

- ❖ *Loi sur les hôpitaux publics, L.R.O. 1990, chap. P.40, et Règlement 965 (gestion hospitalière — déclaration des incidents critiques)*
- ❖ *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous, L.O. 2010, chap. 14*
- ❖ *Loi de 2019 pour des soins interconnectés, L.O. 2019, chap. 5 (Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers)*
- ❖ *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS), L.O. 2004, chap. 3, annexe A*
- ❖ *Loi sur la santé et la sécurité au travail, L.R.O. 1990, chap. O.1*
- ❖ *Règlements administratifs de l'HGH (26 juin 2024)*
- ❖ *Cadre de gestion des risques de l'HGH*
- ❖ *Registre des risques de l'HGH (Outil d'évaluation des risques de HIROC)*
- ❖ *Programme de listes de contrôle d'évaluation des risques (RAC) de HIROC*
- ❖ *Rapport de monitoring de la gestion des risques et tableau de bord de l'HGH*
- ❖ *Politique corporative sur la gestion des urgences et des catastrophes de l'HGH; Plan d'intervention en cas d'incident de cybersécurité de l'HGH*
- ❖ *Guide to Good Governance (OHA) – 4e édition — chapitre 3 (gestion des risques; tolérance et appétit pour le risque; surveillance des systèmes d'information et des cyberattaques; surveillance de la gestion des risques liés à la qualité)*
- ❖ *Agrément Canada – Normes de gouvernance (HSO A1001:2022) — norme 3.1.9 (information du conseil sur les risques organisationnels en temps opportun — priorité élevée), 3.1.10 (continuité des activités), 3.4.4, sections 5–6 (sécurisation culturelle)*
- ❖ *Politique 1.5 – Principes et structure des comités du conseil (Comité des finances et de la planification)*
- ❖ *Politique 2.1 – Délégation à la direction générale*
- ❖ *Politique 2.3 – Supervision de la direction générale*
- ❖ *Politique 3.1 – Planification financière / Budgétisation*
- ❖ *Politique 3.2 – Situation financière et rendement opérationnel*
- ❖ *Politique 3.5 – Protection des actifs et hiérarchisation des déboursés, et Politique 3.5.17 – attestation en matière de cybersécurité (transmise au moyen du présent rapport).*
- ❖ *Politique 3.12 – Qualité des soins médicaux*
- ❖ *Plan stratégique de l'HGH 2025–2029*

Annexe A – Protocole d'escalade des risques

Critères approuvés par le conseil pour l'escalade en temps opportun des risques organisationnels aux termes de la contrainte 3.15.4

Objet : La présente annexe établit QUELS risques font l'objet d'une escalade vers le conseil, COMMENT et DANS QUELS DÉLAIS, tel que l'exige la contrainte exécutive 3.15.4. L'escalade prévue au présent protocole s'ajoute au Rapport annuel de monitoring de la gestion des risques présenté au Comité des finances et de la planification chaque mois de mai, et n'est jamais reportée à celui-ci.

1. Niveaux d'escalade

Niveau	Critères d'escalade	Voie et délais	Preuve
NIVEAU 1 Immédiat	Risque ou événement en cours ou imminent qui POURRAIT perturber de façon importante les services cliniques, la sécurité des patients, la viabilité financière, la situation juridique ou réglementaire, ou la confiance du public. Comprend tout risque coté dans le registre HIROC comme étant à forte probabilité ET à forte incidence lorsque les contrôles existants ont échoué ou sont insuffisants.	La direction générale avise la présidence du conseil dans les 24 heures (verbalement ou par écrit) et, lorsque les circonstances le justifient, la présidence du Comité des finances et de la planification. La présidence du conseil détermine si une réunion extraordinaire du conseil est nécessaire ou si un suivi écrit auprès du conseil suffira.	Avis écrit + procès-verbal du conseil ou du comité
NIVEAU 2 Prochaine réunion	Changement important à un risque inscrit au registre — augmentation notable de la probabilité ou de l'incidence, défaillance d'un contrôle sans perturbation immédiate des services, ou nouveau risque justifiant son ajout au registre.	Signalé par la direction générale au Comité des finances et de la planification à sa PROCHAINE RÉUNION ORDINAIRE, accompagné du plan d'atténuation et d'intervention.	Point à l'ordre du jour du comité + procès-verbal
NIVEAU 3 Cycle annuel	Tous les autres risques stratégiques et organisationnels inscrits au registre, y compris l'état des plans d'atténuation et les mises à jour du registre.	Signalé au moyen du Rapport annuel de monitoring de la gestion des risques et du tableau de bord (mai) et de la mise à jour semestrielle du registre des risques.	Rapport annuel de monitoring

2. Exemples de déclencheurs de niveau 1 (liste non exhaustive)

Domaine de risque	Exemples
Cybersécurité / vie privée	Rançongiciel ou intrusion réussie; panne prolongée d'un système clinique; atteinte à la vie privée exigeant un avis au Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario.
Sécurité des patients / qualité	Incident critique au sens de la Loi sur les hôpitaux publics; série d'événements indésirables graves; enquête du coroner ou d'un ordre professionnel sur les soins hospitaliers.
Continuité des services cliniques	Fermeture, réorientation ou suspension imminente ou réelle d'un service essentiel (p. ex. Urgence, Obstétrique) pour des motifs de dotation, d'équipement ou d'infrastructure.
Finances	Écart important prévu par rapport à un budget équilibré; non-respect ou risque imminent de non-respect du seuil plancher du ratio de liquidité générale de 1,5 (Politiques 3.1 / 3.2); perte ou réduction importante de financement.
Réglementaire / juridique	Ordre, directive ou enquête du ministère de la Santé, de Santé Ontario ou d'un organisme de réglementation; litige ou réclamation comportant une exposition financière ou réputationnelle importante.
Urgence / infrastructure	Déclenchement d'un code d'urgence à l'échelle de l'hôpital ayant une incidence opérationnelle soutenue; défaillance d'une infrastructure essentielle (électricité, eau, CVCA, enveloppe du bâtiment).

	Politique du Conseil d'administration	V.2	Page 5/5
3.15 – Gestion des risques Contraintes Exécutives			
Main-d'œuvre / réputation	Perte ou perte imminente d'un groupe clinique essentiel; conflit de travail; événement de sécurité au travail entraînant un préjudice grave; l'un ou l'autre de ces éléments comportant une exposition médiatique, communautaire ou politique importante.		

3. Contenu minimal d'un avis d'escalade

- Ce qui s'est produit ou est anticipé, et le moment où la situation a été repérée.
- La probabilité et l'incidence évaluées, et l'entrée correspondante dans le Registre des risques de l'HGH (le cas échéant).
- Les contrôles qui ont échoué, qui étaient insuffisants ou qui étaient absents.
- Les mesures immédiates prises, le plan d'atténuation et d'intervention, et la personne la plus responsable.
- Les obligations réglementaires, juridiques, de financement ou de divulgation déclenchées, et toute déclaration externe effectuée.
- Ce qui est demandé au conseil : prendre acte, donner une directive ou décider.

4. Consignation, suivi et révision

- Chaque escalade de niveau 1 et de niveau 2 est consignée au procès-verbal du conseil ou du comité et reportée au rapport annuel de monitoring suivant, qui confirme la résolution ou la poursuite de l'atténuation.
- Les risques ayant fait l'objet d'une escalade sont ajoutés au Registre des risques de l'HGH ou y sont mis à jour lors de la prochaine mise à jour semestrielle, ou immédiatement lorsque le risque est important.
- Le présent protocole est révisé par le Comité des finances et de la planification au moins tous les deux ans, ou à la suite de toute escalade de niveau 1 qui révèle une lacune dans ces critères.