

**ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022**

**ENTRE**

**LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
DU QUÉBEC**

**ET**

**LE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL**

**15 NOVEMBRE 2021**

**LISTE DES ACRONYMES**

---

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
APSS	Accès priorisé aux services spécialisés
CAU	Centre affilié universitaire
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CH	Centre hospitalier
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CGCD	Centre gouvernemental de cyberdéfense
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
DI	Déficience intellectuelle
DM	Déficit de maintien
DMÉ	Dossier médical électronique
DP	Déficience physique
DPI	Dirigeant principal de l'information
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSPublique	Direction de santé publique
DSQ	Dossier santé Québec
EDR	<i>Endpoint detection and response</i>
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine familiale
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IU	Institut universitaire
IVP	Indice de vétusté physique
JED	Jeunes en difficulté
LGRI	Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MFA	Authentification multifacteur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveaux de soins alternatifs
PAID	Plan d'action interministériel en dépendance
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PDG	Président-directeur général / présidente-directrice générale
PNSP	Programme national de santé publique
PPA	Personne proche aidante
PPCC	Planification conjointe précoce des congés
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
PQSBHB	Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD
RDM	Résorption du déficit de maintien
RI-RTF	Ressources intermédiaires/ressources de type familiale
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RPA	Résidences privées pour aînés
RPG	Risques à portée gouvernementale
RPSO	Règle particulière sur la sécurité organisationnelle
RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier

## ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022

Institut de cardiologie de Montréal

RRO-Var	Rougeole, rubéole, oreillons et varicelle
RRSS	Répertoire des ressources en santé et en services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
SIL	Système d'information de laboratoire
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TNCM	Troubles neurocognitifs majeurs
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
VGQ	Vérificateur général du Québec

## **CHAPITRE I : LES TERMES DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ**

---

### **1. BUT DE L'ENTENTE**

Le ministre, dans le contexte d'efforts de modernisation de l'administration publique québécoise, propose une gestion efficace des ressources du réseau de services. Celle-ci vise à donner au réseau une direction commune, d'assurer un suivi assidu de ses secteurs critiques, de clarifier les responsabilités de chacun, d'exiger une rigueur des systèmes de gestion et une reddition de comptes soutenue. La ratification des EGI s'inscrit dans ce mouvement.

### **2. OBJET DE L'ENTENTE**

Cette EGI est conclue conformément à l'article 55 de la LMRSSS. Il s'agit d'un contrat liant le ministre et l'Institut de cardiologie de Montréal. Ce contrat est la conclusion d'échanges ayant pour objet l'offre de service déployée sur le territoire de l'ICM pour répondre aux besoins de santé et de bien-être de sa population, considérant les ressources humaines et financières mises à sa disposition. Ce contrat traduit les attentes que doit satisfaire l'ICM concernant l'offre de service. Ces attentes visent à répondre aux besoins de la population considérant les ressources humaines et financières mises à sa disposition.

### **3. ENGAGEMENTS DU MINISTRE**

#### **Définir les orientations, les objectifs des services et les priorités annuelles**

Le ministre définit les orientations et les objectifs du réseau de services, de même que ses priorités annuelles.

#### **Évaluer**

Le ministre évalue l'atteinte des engagements pris par l'ICM ainsi que la réalisation des attentes spécifiques. Pour ce faire, il définit les modalités et les objets sur lesquels porte la reddition de comptes.

#### **Financer les services**

Afin de permettre au réseau de respecter ces priorités et ces orientations, ainsi que d'atteindre ces objectifs, le ministre voit à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux, et ce, en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.

### **4. ENGAGEMENTS DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL**

#### **Respecter l'équilibre budgétaire**

L'ICM s'engage à respecter les règles régissant l'utilisation de l'allocation budgétaire qui lui est accordée.

#### **Respecter les orientations et les priorités ministérielles**

L'ICM s'engage à respecter les orientations et les priorités définies par les ministres et à leur donner suite sur son territoire considérant, à la fois, les particularités des besoins de sa population et son organisation régionale et locale de services.

## ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022

Institut de cardiologie de Montréal

### **Atteindre les objectifs**

L'ICM s'engage à atteindre les objectifs de résultats, fixés par le MSSS au réseau de la santé et des services sociaux, principalement en lien avec le Plan stratégique du MSSS 2019-2023.

Pour remplir ces objectifs, l'ICM doit tenir compte des services de santé et des services sociaux offerts par les partenaires sur son territoire, le cas échéant.

### **Maintenir l'offre de service**

L'ICM s'engage, à moins de conditions particulières précisées dans l'EGI, à assurer le maintien des services offerts sur son territoire. Il doit également justifier au ministre toute baisse non prévue du niveau de services dont il assure l'offre.

### **Imputabilité de l'Institut de cardiologie de Montréal**

L'ICM doit s'assurer de mettre en place les structures responsables d'assumer les engagements contenus dans l'EGI.

## **5. DURÉE DE L'ENTENTE**

La ratification d'une EGI entre le ministre et l'ICM constitue une exigence annuelle. La présente EGI couvre l'année financière 2021-2022, soit du 1<sup>er</sup> avril 2021 au 31 mars 2022.

## **CHAPITRE II : LES PRIORITÉS DES MINISTRES 2021-2022**

---

Ce chapitre identifie les priorités des ministres qui sous-tendent les actions du MSSS et du réseau pour les prochaines années au regard des enjeux identifiés dans le Plan stratégique du MSSS 2019-2023. Les priorités sont les suivantes :

### **LE BON SERVICE, AU BON MOMENT, OFFERT PAR LA BONNE PERSONNE**

1. Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne;
2. Diminuer le temps d'attente à l'urgence;
3. Améliorer l'accès aux services en santé mentale;
4. Améliorer l'accès aux services en dépendance;
5. Améliorer l'accès pour les services spécialisés;
6. Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme;
7. Augmenter les services de soutien à domicile;
8. Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles.

### **UNE ORGANISATION MODERNE ET MIEUX ADAPTÉE AUX BESOINS DES CITOYENS**

- Déployer des approches adaptées et intégrées aux besoins de la population;
- Favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau.

### **LE PLEIN POTENTIEL DU PERSONNEL**

- Améliorer la disponibilité du personnel et diminuer le recours à la main d'œuvre indépendante, notamment dans les secteurs cliniques

### **PROTÉGER LA SANTÉ DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE PAR RAPPORT À LA PANDÉMIE DE LA COVID-19**

- Contenir la transmission de la COVID-19 au sein de la population québécoise;
- Augmenter la couverture vaccinale contre la COVID-19 pour chaque groupe d'âge éligible.

À ces priorités s'ajoutent certaines priorités plus spécifiques à certains secteurs ou services. Elles se détaillent ainsi :

- Poursuivre le déploiement des initiatives visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées.
- Offrir à tous les jeunes enfants qui en ont besoin, un dépistage précoce des troubles neurodéveloppementaux et l'accès aux services requis – déploiement du programme Agir tôt.
- Déployer l'approche de santé globale Aire ouverte pour les jeunes de 12 à 25 ans, le PQPTM et l'accès à Info-Social.
- Redéfinir la gouvernance des services Info-Santé afin de garantir des services équitables pour toutes les régions du Québec, élargir le 2<sup>e</sup> triage (811/911) à l'ensemble de la province et amorcer la co-évaluation;
- Mettre en œuvre les orientations inscrites au Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028, lequel inclut l'offre de service du programme-services Dépendances.

## ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022

Institut de cardiologie de Montréal

- Poursuivre et accélérer la transformation numérique en harmonisant les actions et les projets avec les orientations, cibles et ambitions de la stratégie de transformation numérique gouvernementale;
- Poursuivre les travaux visant la mise en place d'un Dossier santé numérique (DSN) incluant la réalisation du plan de transition provincial, des plans de transition locaux et leur mise à jour annuelle;
- Renforcer les pratiques et les mesures de suivis en prévention et contrôle des infections dans les milieux de vie;
- En cohérence avec les services et missions de l'établissement, amorcer ou poursuivre, les activités visant notamment le déploiement des systèmes découlant des projets prioritaires suivants :
  - Le développement de la télésanté selon les priorités ministérielles du Plan d'action télésanté 2019-2023;
  - La plateforme provinciale de dépistage et d'orientation précoces pour le soutien au développement chez les enfants (Agir tôt);
  - Le déploiement du système d'information de laboratoire (SIL Labo).
- Consolider les effectifs des directions de santé publique dans le cadre du financement accordé pour rehausser les services de santé publique permettant de faire face à la pandémie de la COVID-19.
- Intensifier les actions pour la promotion d'une santé mentale positive et la prévention des dépendances chez les jeunes (30 M\$ PP scolaire).
- Améliorer l'offre de services permettant de favoriser le développement global des enfants, notamment auprès des familles vulnérables dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).
- Poursuivre le déploiement du programme de vaccination contre la COVID-19, selon les normes prescrites et en respectant les consignes de santé publique.
- Faire le suivi de l'état d'implantation du programme, des activités et des dépenses relatives au Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD (PQSBHB), en fonction des outils de suivi fournis et aux moments convenus.

### LES ATTENTES SIGNIFIÉES À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE POUR 2021-2022

#### Madame Mélanie La Couture

Pour l'année 2021-2022, les attentes signifiées sont :

#### GOUVERNANCE

- Faire siennes les attentes gouvernementales;
- Assurer un leadership fort, novateur et rassembleur dans l'établissement et auprès de ses partenaires afin de répondre aux besoins exceptionnels de la population de son territoire pendant et après la crise sanitaire;
- Atteindre les résultats et les engagements convenus à l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI).
- Assurer toute reddition de comptes demandée par le MSSS selon les paramètres exigés;
- Actualiser toute nouvelle orientation, directive, ou tout nouvel engagement du ministre pouvant survenir en cours d'année;
- Mettre en place les mesures nécessaires pour assurer l'équilibre budgétaire;

## DÉPLOYER LES REQUIS POUR RÉTABLIR LE RSSS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

- Prendre les actions requises afin de préparer son établissement à faire face à d'éventuelles prochaines vagues de COVID-19;
- Assurer une gestion comptable et financière fiable, précise des coûts associés à la COVID-19, et ce, dans l'ensemble des documents officiels, notamment en effectuant le contrôle des redditions de comptes reçues, et la transmission de redditions de comptes précises et fiables au MSSS pour prise en considération dans les comptes publics du Gouvernement du Québec.
- Pérenniser les mesures pour protéger les milieux sous sa responsabilité, notamment par:
  - La sensibilisation et la formation adéquate sur les mesures de base en prévention et contrôle des infections, auprès des différents intervenants en contact avec les usagers;
  - L'intégration des services de dépistage de la COVID-19 aux activités courantes, lorsque requis;
  - Le maintien d'une capacité d'enquête épidémiologique, de traçage et de vaccination cohérente avec l'évolution de la situation de la COVID-19 au Québec;
  - Le soutien des partenaires privés qui hébergent, soignent et accompagnent des usagers sur leur territoire.
- Orienter la gestion de son établissement vers les activités de reprise post-COVID, notamment par :
  - Le déploiement et la consolidation de la gestion de proximité en CHSLD et en centre hospitalier sur son territoire, en respect des balises ministérielles;
  - Le rehaussement et la coordination des mécanismes de contrôle de la qualité dans les milieux de vie ainsi que le suivi des recommandations adressées par les différentes instances, notamment en RI-RTF;
  - La production et la fourniture de données de gestion de qualité pour les secteurs identifiés;
  - La mise sur pied des structures imputables de la fluidité des parcours de soins, incluant le domicile, l'hébergement de longue durée et en centre hospitalier.

## RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION

- Assurer une réponse adéquate aux besoins de la population du territoire de l'établissement.
- Assurer la coordination et la prestation des services de santé et des services sociaux à la population de son territoire pendant la crise sanitaire et pour rétablir le RSSS de la pandémie de COVID-19, en conformité avec les orientations et priorités ministérielles :
  - La mise en œuvre de solutions pour répondre aux enjeux de main d'œuvre;
  - La mise en place de mécanismes pour améliorer la concertation et la communication avec les différents partenaires publics, privés, communautaires et gouvernementaux, notamment avec les communautés autochtones situées sur son territoire;
  - Favoriser une culture de l'innovation dans l'adaptation et l'optimisation des pratiques afin de maintenir un niveau optimal de services à la population, incluant les personnes proches aidantes, tels que les services de protection de la jeunesse, de santé mentale, de soutien à domicile, les services spécialisés, l'hébergement de longue durée, les urgences et tout autre service essentiel.
- Soutenir les partenaires de première ligne en fournissant les ressources et les services complémentaires prévus aux différents programmes ministériels, permettant une prise en charge élargie des patients avec ou sans médecin de famille.

**AUTRES ATTENTES**

- Maintenir, ou au besoin mettre en place, en collaboration avec les autres établissements publics de la région ou des autres régions du bassin desservi, des corridors de services permettant à sa population d'avoir accès aux services de nature spécialisée ou surspécialisée.
- Assurer sa collaboration, et celle de son équipe, aux travaux des dossiers ministériels dont la coordination est confiée à l'équipe dédiée à cet effet, soit l'Équipe ministérielle de coordination 514-450.
- Assurer une participation active aux différents travaux et mécanismes de concertation mis en place par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Maintenir ou convenir d'ententes de services avec les autres établissements publics de la région ou des autres régions du bassin desservi, pour permettre l'accès à leurs services spécialisés et surspécialisés.
- Participer, à la demande des établissements du bassin desservi qui ont la responsabilité populationnelle, à l'offre de service à la population.

## CHAPITRE III : LES ATTENTES SPÉCIFIQUES 2021-2022

---

Ce chapitre est prévu pour permettre à certaines directions générales du MSSS d'identifier des attentes spécifiques pour un établissement.

La reddition de comptes des attentes spécifiques doit se faire au responsable EGI de l'ICM qui est tenu de l'acheminer par courriel à l'adresse suivante :

« [ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca](mailto:ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca) »

### DIRECTION GÉNÉRALE DES AÎNÉS ET DES PROCHES AIDANTS

#### **Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) (3.1)**

##### **Contexte**

L'attente d'usagers requérant un niveau de soins alternatifs (NSA) en centre hospitalier (CH) est la résultante d'un problème complexe, systémique, récurrent et coûteux, dont la prévention et la réduction constituent une priorité ministérielle. En effet, l'occupation de lits de courte durée en CH par des personnes ne requérant plus le niveau de soins offert constitue une réponse sous-optimale, entre autres, pour les usagers ayant besoin de services de réadaptation, de soins de longue durée, de convalescence ou d'hébergement en santé mentale.

Ce phénomène a également un effet rebond sur la durée moyenne de séjour (DMS) dans les urgences considérant la diminution de la capacité des CH d'admettre les usagers dans les lits à partir de l'urgence et a un impact également sur les lits utilisés pour les usagers hospitalisés post-opératoire.

##### **Description**

Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent prendre les actions pour s'assurer de mettre en place les meilleures pratiques cliniques (la mise en place de la planification conjointe précoce des congés (PPCC), la diminution de la relocalisation et de l'accès à l'hébergement à partir du CH, l'intensification de l'AAPA et des pratiques pour éviter déconditionnement) et les actions structurantes pour :

- Assurer une capacité hospitalière adéquate afin de répondre aux besoins d'accès notamment à la chirurgie;
- Maintenir un niveau acceptable du nombre d'usagers ayant un statut NSA tout en prenant en compte leurs délais d'attente par variable du RQSUCH;
- Soutenir la fluidité dans les urgences (DMS) en contribuant à diminuer la durée de séjour des usagers sur civières par un accès plus rapide aux lits des CH lorsque requis et également diminuer le nombre de personnes ne requérant pas d'hospitalisation, mais en attente sur une civière pour une relocalisation dans la communauté à partir de l'urgence.

Les résultats attendus sont :

1. Une diminution du nombre d'usagers NSA hors délais dans les CH selon les délais prescrits et en vigueur.
  - a. Ceci se traduit par l'atteinte d'une proportion en deçà de 40% de NSA hors délai/NSA totaux (variable 16) par établissement de provenance (responsabilité populationnelle) et de 0 usager hors délai en variable 8 évaluations- orientations. Variables inscrites et suivies au rapport RQSUCH.

2. Une diminution du nombre d'usagers hospitalisés qui occupent un lit, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent faute de capacité pour les relocaliser dans la communauté pour bien répondre aux besoins de l'utilisateur.
  - a. Le nombre d'usagers NSA par installation doit se situer en dessous d'une proportion de 8% par rapport aux lits disponibles au rapport RQSUCH.

### **Format et date de transmission**

Un portrait :

- de l'évolution de la proportion NSA hors délai/NSA totaux (variable 16);
- du nombre d'usagers hors délai en variable 8 évaluation-orientation;
- présentant la variation du taux d'utilisation des lits disponibles par des usagers en NSA.

Le portrait doit être déposé au ministère témoignant de l'évolution par rapport à la cible précisée pour les périodes financières suivantes : P9 (transmission 18 décembre 2021), P11 (transmission 12 février 2022), P12 (transmission 12 mars 2022), P13 (transmission 14 avril 2022).

## **Adopter, mettre à jour et déployer la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement de la formation en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées (3.4)**

### **Contexte**

Le chapitre II de la Loi 6.3 concerne l'adoption, le déploiement et la mise à jour de la politique de lutte contre la maltraitance. L'article 15 de la Loi 6.3 stipule que le ministre de la Santé et des Services sociaux doit rendre compte annuellement des travaux, notamment ceux entourant la politique de lutte contre la maltraitance, à l'Assemblée nationale. Chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux doit nommer une personne responsable de la mise en œuvre de la politique de lutte contre la maltraitance. (art. 3, alinéa 1).

De plus, depuis le mois de novembre 2019, des outils de formation, sous forme de capsules web, ont été développés à l'intention des différents intervenants et sont disponibles par le biais de la plateforme de formation ENA. Les établissements sont responsables de la diffusion et la promotion de ces formations auprès des intervenants de premières lignes et des travailleurs sociaux, ainsi qu'à toutes les personnes ayant une responsabilité particulière auprès des personnes âgées.

### **Description**

Les établissements doivent :

- Rendre accessible leur politique de lutte contre la maltraitance sur le site Internet de leur établissement;
- Désigner un responsable de la mise en œuvre de la politique;
- Déployer les formations en maltraitance selon les cibles suivantes :
  - D'ici le 31 mars 2022, 85 % des intervenants de première ligne en contact direct avec les personnes aînées et des accueils psychosociaux suivront les 5 modules de la phase I déjà disponibles sur ENA (01 module d'introduction sur les concepts de la maltraitance et 04 modules pour l'identification et signalement de la maltraitance);
  - D'ici le 31 mars 2022, un minimum de 30 % des travailleurs sociaux et des superviseurs cliniques qui œuvrent auprès des personnes aînées suivront les modules spécifiques de la phase II disponibles sur ENA d'ici automne 2021.

**Format et date de transmission**

Gabarit de reddition de comptes concernant les formations en maltraitance à retourner à la période 13 (9 mai 2022).

**Suivi de l'application de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (3.7)**

**Contexte**

L'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier a pour but de protéger les personnes vulnérables des facteurs iatrogènes présents lors d'un séjour à l'urgence ou en unité de soins par la mise en place d'interventions pour prévenir le déclin fonctionnel, notamment le syndrome d'immobilisation et le délirium. Le MSSS procède au déploiement et au suivi des meilleures pratiques liées à cette approche depuis 2011. Bien que l'AAPA soit connue et que ses effets positifs soient bien démontrés dans la littérature, son application clinique et sa pérennité demeurent un défi. Ainsi, il importe de mettre en place des structures et des processus efficaces permettant l'application des interventions ayant le plus d'impact clinique positif pour les aînés. La reddition de compte attendue vise principalement le suivi de l'application de ces actions.

**Description**

Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte des interventions prioritaires réalisées ainsi que des structures et processus mis en place pour en assurer leur application.

**Format et date de transmission**

Formulaire GESTRED (numéro à venir) à compléter à la période 13 (9 mai 2022).

*Le numéro du formulaire est existant (590), mais désactivé du système GESTRED depuis le 31 mars 2020. Des travaux de révision sont en cours et sa disponibilité sera communiquée ultérieurement via le Bulletin de suivi des EGI.*

**DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES**

**Contribuer au déploiement provincial de la télésanté (4.1)**

**Contexte**

Comme prévu sur le plan stratégique 2019-2023 du MSSS, il faut favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau afin de favoriser la proximité et l'accessibilité aux services. Les services visés sont énoncés au plan d'action en télésanté 2019-2023. Chacun des établissements doit contribuer à l'atteinte des objectifs.

**Description**

Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2019-2023, et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.

**Format et date de transmission**

Gabarits produits par le MSSS à retourner et fiches à compléter en ligne aux périodes 9 (24 janvier 2022) et 13 (9 mai 2022).

## **DIRECTION GÉNÉRALE DES INFRASTRUCTURES, DE LA LOGISTIQUE, DES ÉQUIPEMENTS ET DE L'APPROVISIONNEMENT**

### **Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers (PRDMA) au 31 mars 2022 conformément aux cibles fixées par l'établissement (7.1)**

#### **Contexte**

L'évaluation de l'état physique du parc immobilier a fait partie des EGI des trois dernières années. Cette attente spécifique découle d'une part, des recommandations du VGQ (automne 2012, chapitre 4) et d'autre part, de l'application de la loi 38 concernant la gouvernance des infrastructures.

Le PRDMA de l'établissement a été mis en œuvre en fonction des inspections techniques du parc immobilier qui ont été réalisées pour le quinquennal 2015-2020.

#### **Description**

Le niveau de déficit d'un bâtiment est déterminé à la suite des inspections et se traduit par un indice de vétusté physique (IVP). Tous les bâtiments ayant un IVP supérieur à 15 % (le seuil d'état) ont alors un déficit de maintien (DM) à résorber.

La cible du déficit à résorber sur un bâtiment s'établit en calculant l'écart entre son IVP et le seuil d'état de 15 %. Par exemple, si l'IVP est de 18% et que la cible est de résorber 80 % du DM alors l'IVP du bâtiment doit diminuer minimalement de 2,4 % (80 % de 3 %).

Les cibles à atteindre ont été établies au 31 mars 2020 pour les bâtiments inspectés en 2015 et 2016 et au 31 mars 2022 pour ceux inspectés en 2017.

#### **Format et date de transmission**

Les IVP sont calculés par l'application Actifs+ Réseau en fonction de la mise à jour régulière de l'état des projets du PCFI par les établissements. Aucune autre reddition de compte n'est attendue des établissements.

**CHAPITRE IV : LES INDICATEURS 2021-2022 ET LES ENGAGEMENTS**

Le présent chapitre identifie les engagements à atteindre au regard des indicateurs du Plan stratégique du MSSS 2019-2023 et de certaines autres activités significatives pour le réseau. Le Plan stratégique du MSSS 2019-2023, dont une seconde mise à jour a été réalisée au cours du printemps 2021 afin d'assurer une adéquation entre les engagements gouvernementaux et les priorités ministérielles tout en tenant compte des effets de la pandémie de COVID-19, constitue le cadre intégrateur pour le MSSS et le réseau.

Le tableau qui suit présente les indicateurs et les engagements, soit les résultats que l'établissement s'engage à atteindre pour le 31 mars 2022. Dans le cas où l'indicateur fait partie du Plan stratégique du MSSS 2019-2023, les objectifs de celui-ci ainsi que la cible à atteindre par l'établissement en 2023 sont également fournis.

Veillez noter que la mention N/A (non applicable) est inscrite dans les cas suivants :

1. Lorsqu'il s'agit d'un indicateur en expérimentation;
2. Lorsque l'indicateur ne s'applique pas à l'établissement dans la mesure où celui-ci n'offre pas de services mesurés par l'indicateur;
3. Pour un indicateur hors plan stratégique (EG2), la cible ne s'applique pas.

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2021-2022	CIBLE 2023 ÉTABLISSEMENTS	OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2019-2023
<b>Santé publique</b>			
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles les CISSS/CIUSSS collaborent pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire	N/A	N/A	
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	N/A	N/A	
<b><u>Plan stratégique</u></b> 1.01.28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle (anciennement 1.01.15)	N/A	N/A	1.8 Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles
1.01.29-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	N/A	N/A	
1.01.30-EG2 Proportion des enfants âgés de 18 mois au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	N/A	N/A	
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	N/A	N/A	

**ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022**

Institut de cardiologie de Montréal

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2021-2022	CIBLE 2023 ÉTABLISSEMENTS	OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2019-2023
<b>Plan stratégique</b> 1.01.34-PS Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau	N/A	N/A	5.1 Contenir la transmission de la COVID-19 au sein de la population québécoise
<b>Plan stratégique</b> 1.01.35-PS Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré	N/A	N/A	
<b>Plan stratégique</b> 1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	N/A	N/A	5.2 Augmenter la couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge
<b>Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales</b>			
1.01.11A-EG2 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHSGS	N/A	N/A	
1.01.11B-EG2 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHSLD	N/A	N/A	
1.01.11C-EG2 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHU-IU-CAU	100	N/A	
1.01.11D-EG2 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHPSY	N/A	N/A	
1.01.11E-EG2 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CRDP	N/A	N/A	
1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	80	N/A	

**ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022**

Institut de cardiologie de Montréal

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2021-2022	CIBLE 2023 ÉTABLISSEMENTS	OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2019-2023
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)</b>			
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	N/A	N/A	
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	N/A	N/A	
<b>Soutien à domicile (SAD)</b>			
<u>Plan stratégique</u> 1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	N/A	N/A	1.7 Augmenter les services de soutien à domicile
<u>Plan stratégique</u> 1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	N/A	N/A	
<b>Déficiences</b>			
<u>Plan stratégique</u> 1.47-PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	N/A	N/A	1.6 Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
<b>Jeunes en difficulté</b>			
<u>Plan stratégique</u> 1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt	N/A	N/A	1.8 Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles
<u>Plan stratégique</u> 1.06.04-PS Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	N/A	N/A	
<b>Dépendances</b>			
<u>Plan stratégique</u> 1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	N/A	N/A	1.4 Améliorer l'accès aux services en dépendance
<b>Santé mentale</b>			
<u>Plan stratégique</u> 1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	N/A	N/A	1.3 Améliorer l'accès aux services en santé mentale
<b>Santé physique - Urgence</b>			
<u>Plan stratégique</u> 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	16,1	16,1 heures	1.2 Diminuer le temps d'attente à l'urgence

**ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022**

Institut de cardiologie de Montréal

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2021-2022	CIBLE 2023 ÉTABLISSEMENTS	OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2019-2023
<b>Plan stratégique</b> 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	90	82 minutes	
<b>Santé physique</b>			
1.09.50-EG2 Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	N/A	N/A	
<b>Santé physique - Chirurgie</b>			
1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	N/A	
<b>Plan stratégique</b> 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	0	0	1.5 Améliorer l'accès aux services spécialisés
<b>Santé physique - Cancérologie</b>			
<b>Plan stratégique</b> 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	N/A	N/A	1.5 Améliorer l'accès aux services spécialisés
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	N/A	N/A	
<b>Santé physique - Services de première ligne</b>			
<b>Plan stratégique</b> 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	N/A	N/A	1.1 Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne
<b>Plan stratégique</b> 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	N/A	N/A	
1.09.48-EG2 Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	N/A	N/A	
<b>Plan stratégique</b> 1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	N/A	N/A	2.2 Favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau

**ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022**

Institut de cardiologie de Montréal

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2021-2022	CIBLE 2023 ÉTABLISSEMENTS	OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE 2019-2023
<b>Santé physique – Imagerie médicale</b>			
1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	90	N/A	
1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	95	N/A	
1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	90	N/A	
<b>Santé physique – Services spécialisés</b>			
<u>Plan stratégique</u> 1.09.49-PS Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B, C, D, E)	N/A	N/A	1.5 Améliorer l'accès aux services spécialisés
<b>Ressources humaines</b>			
<u>Plan stratégique</u> 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,34	0,23	3.1 Améliorer la disponibilité du personnel
<u>Plan stratégique</u> 3.05.03-PS Ratio de présence au travail	92,14	92,14	
3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »	50	N/A	
<b>Ressources technologiques</b>			
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	N/A	N/A	

**Légende**

N/A : ne s'applique pas

## CHAPITRE V : LA MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION STRATÉGIQUE EN MATIÈRE DE TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

---

### **SÉCURITÉ : Atteinte des exigences ministérielles et gouvernementales en sécurité de l'information**

#### **Contexte**

La directive sur la sécurité de l'information gouvernementale édicte des règles et obligations à l'endroit des organismes publics du gouvernement, incluant les établissements du RSSS. Le MSSS a également défini son propre cadre de gouvernance en sécurité de l'information. La LGGRI confère au dirigeant principal de l'information (DPI) le droit d'édicter des mesures de sécurité supplémentaire aux organismes publics. Pour s'assurer de la conformité des établissements du RSSS aux exigences ministérielles et gouvernementales en sécurité, des redditions de comptes sont demandées annuellement.

#### **Description**

Conformément au cadre de gouvernance en place, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information.

Comme la date de transmission du bilan est deux mois après la date de fin d'année financière, le bilan attendu au plus tard le 31 mai 2022 est pour l'exercice correspondant à l'exercice financier 2021-2022 se terminant le 31 mars 2022.

La reddition de comptes annuelle concerne les quatre bilans suivants :

1. Bilan sur l'application de la règle particulière sur la sécurité organisationnelle (RPSO);
1. Bilan sur la déclaration des incidents;
2. Bilan de la directive sur la cybersécurité;
3. Bilan des risques à portée gouvernementale (RPG).

Conformément aux dispositions de la LGGRI, le DPI enjoint les organismes publics du gouvernement, incluant les établissements du RSSS, à mettre en œuvre 15 mesures de sécurité minimales pour atteindre le niveau global de cybersécurité visé par le gouvernement du Québec.

Les 15 mesures de sécurité minimales se déclinent comme suit :

1. Recourir à des versions de systèmes d'exploitation supportées par le manufacturier;
2. Toujours faire les mises à jour vers les dernières versions des rustines (*patch*), en priorisant ce qui est vu d'internet;
3. Déployer un antivirus à jour et moderne contenant notamment des fonctionnalités d'*endpoint detection and response* (EDR);
4. Implanter l'authentification multifacteur (MFA) pour les accès des citoyens et des employés;
5. Déployer une stratégie de prise de copies afin d'assurer une reprise informatique adéquate;
6. Rendre disponible une solution de courriel sécurisée lors de l'utilisation de données personnelles ou confidentielles par les employés;
7. S'inscrire au service de balayage de vulnérabilités des applications accessibles d'internet du Centre gouvernemental de cyberdéfense (CGCD) et définir un plan d'action pour corriger les lacunes découvertes;
8. Effectuer une surveillance continue des solutions d'authentification pour détecter des situations anormales et définir un plan d'action pour corriger les lacunes découvertes;
9. Ajouter un dispositif captcha aux services d'authentification;
10. Transmettre des notifications avisant le citoyen des accès ou de changements à son compte;
11. Mettre à la disposition des citoyens un service leur permettant de transmettre des informations de façon sécuritaire autre que le courriel;

## ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022

Institut de cardiologie de Montréal

12. Effectuer des campagnes de simulation à l'hameçonnage de façon continue et engageante auprès des employés;
13. Définir ou mettre à jour une directive interne qui précise les consignes à respecter lors de l'utilisation du courriel, d'internet et des outils technologiques;
14. Effectuer une surveillance accrue de la gestion des accès accordés aux employés;
15. Exiger des employés qu'ils suivent les capsules de formation de sécurité disponibles sur le site de l'académie de la transformation numérique.

### **Format et date de transmission**

Le bilan annuel de la sécurité de l'information doit être transmis par courriel au plus tard le 31 mai 2022 à l'adresse [gouvernance.securite@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gouvernance.securite@ssss.gouv.qc.ca).

La reddition de comptes mensuelle sur la mise en place des 15 mesures de sécurité minimales exigées par le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) devra, pour sa part, être transmise mensuellement, et ce, à partir du 30 avril 2021 à l'adresse [gouvernance.securite@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gouvernance.securite@ssss.gouv.qc.ca).

## **CHAPITRE VI : ATTEINDRE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DANS LE RESPECT DES RÈGLES**

---

Ce chapitre précise l'engagement de l'Institut de cardiologie de Montréal, d'une part, à financer les services sur son territoire en fonction des crédits qui lui sont accordés et des objectifs de résultats fixés par le MSSS et, d'autre part, à respecter les règles régissant l'allocation budgétaire.

De plus, l'établissement doit atteindre les objectifs prévus pour assurer le retour à (ou le maintien de) l'équilibre budgétaire du réseau de services sur son territoire.

### **OFFRIR DES SERVICES À UN NIVEAU CORRESPONDANT À L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE DESTINÉE AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RÉGIONAUX ET AU BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT**

#### **ENVELOPPE BUDGÉTAIRE DESTINÉE AU FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RÉGIONAUX**

Une enveloppe budgétaire initiale destinée au financement des organismes communautaires régionaux, dont l'allocation est de responsabilité régionale, est disponible pour votre établissement. Cette enveloppe budgétaire correspond à celle de l'année financière 2020-2021 ajustée d'éléments déjà confirmés et indexée d'un taux de croissance de 1,60 %.

#### **BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT**

Votre établissement dispose pour l'année financière 2021-2022 d'un budget qui correspond à celui de l'année financière 2020-2021 et qui tient compte :

- de la récurrence des montants déjà signifiés pour l'exercice financier 2020-2021, montants ajustés des bases annuelles ou annualisations qui vous ont été confirmés;
- de la progression du personnel dans les échelons salariaux, de la variation du coût des parts de l'employeur et de la croissance moyenne des dépenses autres que salariales. Ceci représente un taux de croissance de 0,86 %. Il est à noter qu'un ajustement de ce taux sera effectué à la suite de la signature des conventions collectives, afin de tenir compte de l'évolution des coûts reliés à l'indexation des salaires et de la rétroactivité de celle-ci, le cas échéant;
- de l'ajustement de 0,42 % pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF). Dans l'attente du renouvellement des ententes collectives et nationales échues depuis le 31 mars 2020, étant donné que les dispositions d'indexations sur le volet « soutien ou assistance » ne sont pas connues au-delà de cette date, l'indexation budgétaire pour RI-RTF à compter de 2021-2022 ne tient compte que du volet « dépenses de fonctionnement ». De ce fait, l'application du taux d'augmentation de l'indice des rentes sur la part budgétaire afférente à ce volet implique une majoration budgétaire globale de l'ordre de 0,42 %. Un ajustement sera effectué à la suite du renouvellement des ententes.

## ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022

Institut de cardiologie de Montréal

Le budget initial intègre, entre autres, les éléments suivants :

### MESURES D'OPTIMISATION DES DÉPENSES DU GOUVERNEMENT

Un montant de 741 600 \$ a été ciblé pour votre établissement relativement aux mesures d'optimisation des dépenses du gouvernement. Voici le détail par mesure :

- un montant de 137 900 \$ concerne le temps supplémentaire, l'assurance-salaire, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (absences de longue durée consécutives à des accidents de travail) et la main-d'œuvre indépendante;
- un montant de 493 400 \$ cible la santé physique (autre que la rémunération médicale);
- un montant de 110 300 \$ vise à optimiser la mise en place du télétravail.

### RÈGLES BUDGÉTAIRES POUR L'EXERCICE FINANCIER 2021-2022

Considérant la présentation du budget en programmes-services, et en vertu de l'article 64 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2), les reclassements budgétaires en cours d'exercice ne sont pas permis, sauf sur autorisation du ministre, qui ne peut être donnée que dans des circonstances exceptionnelles.

### LOI SUR L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En conformité avec la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), un suivi rigoureux devra être assuré pour éviter des perspectives déficitaires en cours d'exercice. En effet, conformément à l'article 3 de la Loi, un établissement public doit, en cours d'année financière, maintenir l'équilibre entre ses dépenses et ses revenus. Cette exigence légale s'applique sur les résultats globaux de l'établissement, soit le résultat combiné du fonds d'exploitation et du fonds d'immobilisations (Manuel de gestion financière, Principes directeurs 3.4).

À cet égard, l'établissement doit produire, dans les délais et la forme prescrits, les informations et documents exigés par la circulaire portant sur la planification budgétaire et celle portant sur l'exécution du budget. De plus, et en conformité avec l'article 10 de cette loi, l'établissement doit soumettre, dès le constat que l'équilibre budgétaire est compromis, un plan de retour à l'équilibre budgétaire dûment adopté par le conseil d'administration.

## CHAPITRE VII : IMPUTABILITÉ DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

---

L'ICM doit :

1. Mettre en place les structures chargées d'assumer les responsabilités dévolues par l'EGI et concevoir les activités qui assureront la concrétisation des résultats recherchés;
2. Maintenir, à moins de conditions précisées dans l'EGI, l'offre de service non visée par des objectifs spécifiques et respecter, le cas échéant, les engagements ou les cibles des EGI antérieures;
3. Témoigner périodiquement auprès du ministre de l'état d'avancement des mesures mises en place dans le cadre de l'EGI. À cet effet, l'ICM s'engage à fournir toute l'information pertinente, notamment à effectuer le suivi des indicateurs définis dans son offre de service;
4. Transmettre, directement ou par l'intermédiaire de ses installations, l'information nécessaire au calcul des indicateurs de l'EGI et des indicateurs en expérimentation, ainsi que toute autre information requise pour le suivi de gestion;
5. Garantir la fiabilité et la validité de l'information fournie en s'assurant du respect des règles auxquelles sont assujettis les systèmes d'information qui la génère. La qualité des données dépend directement de plusieurs facteurs, certains antérieurs à leur collecte, d'autres en cours de saisie, d'autres après celle-ci. La qualité des données exige le respect de règles régissant leur validité et leur fiabilité, règles auxquelles sont assujettis les systèmes d'information qui les produisent. Une information est considérée comme valide et fiable lorsqu'elle est conforme à la réalité, exacte, intégrale et constante. À titre d'exemple, l'ICM devra s'assurer, avec son pilote de systèmes d'information, du respect des règles de validité pour l'ensemble de ses installations. La PDG de l'Institut de cardiologie de Montréal atteste de la validité et de la fiabilité des données transmises en s'assurant du respect des règles afférentes;
6. Produire, à la période financière 13, un rapport faisant, grâce au suivi des indicateurs ciblés, un bilan annuel de l'atteinte des engagements et de la réalisation des attentes spécifiques;
7. Convenir avec le ministre, sur la base de l'information contenue dans le bilan à la période financière 13, des correctifs qui s'imposent et des modalités de leur réalisation, afin de bonifier l'EGI de la prochaine année;
8. Produire, comme prévu à l'article 182.7 de la LSSSS, un rapport annuel de gestion qui contiendra, notamment, une déclaration de la PDG de l'établissement attestant la validité et la fiabilité des données contenues au rapport et des contrôles afférents et une présentation des résultats en lien avec les objectifs prévus à l'EGI, afin de mettre en œuvre les orientations stratégiques du ministre.

## ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2021-2022

Institut de cardiologie de Montréal

### CHAPITRE VIII : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

---

L'EGI est un document public, conformément aux dispositions de l'article 182.3 de la LSSSS.

Pour la durée de la présente entente, tout nouveau développement de services spécialisés doit faire préalablement l'objet d'une convention avec le ministre précisant les ressources humaines, les sources de financement, la nature des services à rendre et les résultats visés.

Toute modification à l'entente doit faire l'objet d'un accord préalable entre les parties. De plus, si une des parties estime que les termes de l'entente ne sont pas respectés, celle-ci doit transmettre à l'autre partie un avis officiel afin de convenir d'ajustements d'un commun accord.

Compte tenu des dispositions de l'article 182.6 de la LSSSS, ce présent document peut être suspendu ou annulé par le ministre.

**EN FOI DE QUOI**, les parties à la présente entente de gestion et d'imputabilité ont dûment signé.

Signé à \_\_\_\_\_ Québec \_\_\_\_\_  
(lieu)

Signé à \_\_\_\_\_ Montréal \_\_\_\_\_  
(lieu)

Le \_\_\_\_\_ 2022-01-21 \_\_\_\_\_  
(date)

Le \_\_\_\_\_ 7 décembre 2021 \_\_\_\_\_  
(date)

La sous-ministre de la Santé et des Services sociaux,

\_\_\_\_\_  
Original signé  
Madame Dominique Savoie

La Présidente-directrice générale de l'Institut de cardiologie de Montréal

\_\_\_\_\_  
Original signé  
Madame Mélanie La Couture