



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## **CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant**

Montréal, QC

**Séquence 4**

Dates de la visite d'agrément : 21 au 23 novembre 2022

Date de production du rapport : 6 janvier 2023

## Au sujet du rapport

CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2022. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport de visite.

## Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada encourage l'organisme à divulguer le contenu de son rapport de visite au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

Toute modification du présent rapport compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	10
<b>Commentaires de l'organisme</b>	12
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	13
Résultats pour les manuels d'évaluation	14
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	14
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	15
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	16
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	17
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	18

## Sommaire

CHU Sainte-Justine - Le centre hospitalier universitaire mère-enfant (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 21 au 23 novembre 2022**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les emplacements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. CHU Sainte-Justine (Centre de réadaptation Marie Enfant)
2. CHU Sainte-Justine (Hôpital Sainte-Justine)









- **Manuels d'évaluation**

Les manuels d'évaluation suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

1. Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP, DI et TSA)

## Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des manuels d'évaluation est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	2	0	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	27	0	0	27
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	81	0	10	91
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	8	1	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	114	0	4	118
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	19	0	0	19
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	92	0	3	95
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>344</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>362</b>

## Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
<b>Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP, DI et TSA)</b>									
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	87 (98,9%)	1 (1,1%)	0
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	24 (100,0%)	0 (0,0%)	6	41 (100,0%)	0 (0,0%)	7	65 (100,0%)	0 (0,0%)	13
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	29 (100,0%)	0 (0,0%)	1	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	75 (100,0%)	0 (0,0%)	1

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0	59 (100,0%)	0 (0,0%)	0	94 (100,0%)	0 (0,0%)	0
<b>Total</b>	127 (99,2%)	1 (0,8%)	7	194 (100,0%)	0 (0,0%)	7	321 (99,7%)	1 (0,3%)	14
<b>Total</b>	127 (99,2%)	1 (0,8%)	7	194 (100,0%)	0 (0,0%)	7	321 (99,7%)	1 (0,3%)	14

\* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)



## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des cotes qui ont été attribuées selon les POR pertinentes.

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	4 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis))	Conforme	3 sur 3

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

**L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration et des défis de l'organisme.**

Le Centre de réadaptation Marie Enfant (CRME) du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine offre des services spécialisés et surspécialisés d'adaptation-réadaptation, d'intégration et de participation sociales aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents présentant une déficience motrice ou une déficience du langage.

Le CRME dessert Montréal et Laval, ainsi que la Montérégie, les Laurentides, Lanaudière, l'Abitibi, la Mauricie et le Centre-du-Québec. D'autres régions y ont également accès selon les besoins. Il travaille alors en complémentarité avec les centres régionaux de réadaptation en déficience physique.

La sécurité et la qualité des soins et des services dispensés à l'utilisateur sont au cœur des préoccupations de l'établissement. La visite d'évaluation des programmes-services consacrés aux problématiques liées à la déficience intellectuelle, au trouble du spectre de l'autisme et à la déficience physique (DI-TSA-DP) amorcée le 21 novembre dernier s'inscrit donc dans sa démarche d'amélioration continue de la qualité.

Cette visite a permis d'évaluer le niveau de conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) en matière d'excellence (chapitre 1) et d'organisation des soins et des services de santé (chapitres 2, 3 et 4). Six grands thèmes ont été analysés, soit la gouvernance, les relations et les partenariats établis avec la communauté, la gestion des ressources, la gestion des ressources humaines, la prestation des soins et services sécuritaire et la satisfaction des usagers. Le résumé-synthèse ci-dessous présente les principales observations notées au cours de la visite.

### 1) Gouvernance

La qualité et la sécurité des usagers sont clairement identifiées comme priorités de l'établissement et de la direction DI-TSA-DP. L'engagement de ces derniers en faveur de l'amélioration continue de la qualité des soins et des services pour les usagers et leurs familles est tangible. Afin de garantir l'obtention des résultats, la direction DI-TSA-DP a adopté une vision, des valeurs et des outils de suivi clairs et structurés (par exemple, un tableau de bord, une salle de pilotage stratégique, tactique et opérationnelle). L'évaluation des actions et des résultats est présente et bien utilisée.

### 2) Relations et partenariats établis avec la communauté

Le Centre de réadaptation Marie Enfant (CRME) du CHU Sainte-Justine entretient des relations harmonieuses et respectueuses avec ses partenaires. Ceux qui ont été rencontrés ont souligné l'esprit de partenariat et de collaboration de l'établissement. Le partenariat avec le milieu scolaire est exemplaire. La collaboration avec les services de première ligne est fluide et constructive. Dans une perspective d'amélioration, l'établissement est invité à reprendre les tables de concertation avec les partenaires du réseau (interrompues pendant la période de COVID-19) afin de mieux définir les rôles et responsabilités de chacun, permettant ainsi à l'établissement d'accomplir pleinement sa mission et d'offrir des services spécialisés et surspécialisés.

### 3) Gestion des ressources financières, matérielles et informationnelles

Cette visite ne ciblait pas particulièrement le processus de gestion des ressources financières, matérielles et informationnelles. Toutefois, le souci de l'établissement quant à l'optimisation de ces ressources et des pratiques cliniques a été constaté. L'établissement est actuellement engagé dans une démarche importante de modernisation de ses infrastructures, qui permettra à long terme de mettre en place un environnement physique mieux adapté aux besoins des usagers et de leurs familles, et ce, en fonction des nouvelles pratiques cliniques.

### 4) Gestion des ressources humaines

Cette visite ne ciblait pas les processus de gestion des ressources humaines. Toutefois, il a été possible d'évaluer les enjeux et les efforts mis en place afin de pallier la pénurie de personnel et les enjeux de fluidité de la circulation automobile dans la région de Montréal. Malgré les défis de recrutement, les équipes demeurent stables et mobilisées vers un objectif commun : à répondre aux besoins des usagers et de leurs familles. Les équipes ont accès à des programmes d'orientation structurés, du counseling clinique, du soutien émotionnel et à d'autres types de soutiens en milieu de travail. Une attention particulière devrait être portée sur l'appréciation au rendement de chaque membre de l'équipe; ce processus semble être réalisé, toutefois après consultation des dossiers d'employés, il est noté que la consignation est variable. En matière de confidentialité, une campagne novatrice de sensibilisation a été développée, afin de sensibiliser les intervenants à la vigilance.

### 5) Prestation des soins et services

L'établissement présente une très grande maturité organisationnelle, la qualité et la sécurité sont au cœur des préoccupations des gestionnaires et des intervenants. Des processus en gestion des risques (ex. : déclaration, divulgation) en amélioration de la qualité (ex. : plan d'action, objectifs, stations visuelles, tableau de bord) sont mis en place afin de rapidement identifier et corriger les écarts qualité .

L'organisation des services cliniques est bien structurée. Les processus d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de dispensation de services sont mis en place selon les règles et normes de pratiques (ex. : critères définis et partagés, politiques et procédures disponibles, outils d'évaluation standardisés). Le soutien à la pratique clinique est exemplaire. Les objectifs et les résultats attendus sont clairs et bien suivis par tous.

Il est important de souligner l'excellence du Centre intégré du réseau en neurodéveloppement de l'enfant (CIRENE). Ce programme multidisciplinaire permet une prise en charge précoce qui influence positivement la trajectoire de vie des enfants ayant des troubles du neurodéveloppement. L'engagement et le dynamisme de l'équipe clinique sont remarquables. L'influence de cette équipe tant dans l'établissement qu'à l'extérieur de l'établissement (ensemble du Québec) est significative.

### 6) Satisfaction des usagers

Les usagers et les familles rencontrés se disent grandement satisfaits des soins et des services offerts. Ces derniers sont bien informés et impliqués dans la mise en place de leurs soins et services. Lorsque des problèmes sont identifiés, ils sont rapidement résolus. La mise en place du bureau d'usagers partenaires est exemplaire.

## Commentaires de l'organisme

**Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.**

Nous tenons à remercier les visiteurs d'Agrément Canada pour la qualité de la visite de la séquence 4. Les commentaires émis et les échanges constructifs avec les équipes, familles et patients nous permettent d'être fiers des résultats. Les pistes d'amélioration de la qualité soulignées par les visiteurs sont prises en compte et nous nous engageons à les mettre en œuvre.

## Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, expliquent ce qui justifie la cote attribuée et émettent des commentaires pour chaque chapitre.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux chapitres. Les explications qui justifient la cote de non-conformité attribuée à certains critères se trouvent en ligne dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement de l'organisme.

**INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE LA PRÉSENTE SECTION :** Les tableaux font état de tous les critères non respectés de chaque ensemble de normes, indiquent les critères à priorité élevée (qui comprennent des POR) et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.

**Les symboles suivants accompagnent les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR :**



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise



## Résultats pour les manuels d'évaluation

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

### Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	

L'établissement présente une très grande maturité organisationnelle, la qualité et la sécurité sont au cœur des préoccupations des gestionnaires et des intervenants. Des processus en gestion des risques (ex. : déclaration, divulgation) en amélioration de la qualité (ex. : plan d'action, objectifs, stations visuelles, tableau de bord) sont mis en place afin d'identifier et de corriger les écarts de qualité rapidement.

Les équipes sont stables et mobilisées vers un objectif commun à savoir la réponse aux besoins des usagers et des familles. Les équipes ont accès à un programme d'orientation structuré, du counseling clinique, du soutien émotionnel et à d'autres types de soutiens en milieu de travail.

Les usagers et les familles sont impliqués autant dans les processus d'identification des besoins que dans l'identification des solutions et l'évaluation des résultats.

Des partenariats sont formés et maintenus avec d'autres services, programmes, prestataires et organismes pour répondre aux besoins des usagers et de la communauté.

Les processus cliniques sont clairs et limpides et sont soutenus par une panoplie d'outils cliniques (ex. : politiques, procédures, protocoles de soins). Afin d'optimiser les rôles et les responsabilités des professionnels, l'établissement est invité à optimiser l'utilisation des ordonnances collectives et à favoriser une plus grande autonomie des professionnels.

Les processus administratifs sont bien déployés (ex. : plan de mesure d'urgence). Une attention particulière devrait être portée sur l'appréciation au rendement de chaque membre de l'équipe; ce processus semble être réalisé, toutefois après consultation des dossiers d'employés, il est noté que la consignation au dossier est variable. L'établissement est donc invité à revisiter son processus afin de s'assurer de consigner systématiquement cette appréciation, et ce, en fonction de la politique en vigueur (deux ans pour le personnel syndiqué et annuellement pour le personnel d'encadrement).

## Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)</b>	

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)</b>

Dans le cadre de la visite d'agrément Canada, les visiteurs ont rencontré les équipes du programme de déficience motrice, des programmes des maladies neuromusculaires et de la neurotraumatologie, ainsi que du regroupement des aides techniques et technologiques.

Les professionnels du programme de déficience motrice sont reconnus pour leurs expertises et leur innovation. Une révision de la trajectoire du trouble développemental de la coordination a été réalisée en y ajoutant une offre de service de groupe afin de répondre au volume de demandes qui est en croissance constante.

Le risque de fatigue de compassion est une composante non négligeable chez les professionnels qui accompagnent des jeunes, du diagnostic jusqu'à l'âge adulte. À cet effet, il convient de souligner la mise en place d'un Groupe Balint ainsi que le sondage mensuel sur le bien-être au travail dans les programmes des maladies neuromusculaires et de la neurotraumatologie.

L'équipe du regroupement des aides techniques et technologiques détient un niveau d'expertise très précis. Considérant l'offre de service surspécialisé et suprarégional, des conseils et des recommandations d'interventions peuvent être réalisés en mode virtuel. Le projet de modernisation et de déménagement des ateliers et locaux permettra le rehaussement des technologies afin de répondre et de s'ajuster au niveau de complexité des usagers desservis.

Les équipes sont confrontées aux particularités de la clientèle présentant des maladies évolutives ayant des besoins médicaux multiples et croissants. Les récentes découvertes en génétique et en pharmacologie changent le pronostic et l'évolution des jeunes. Le défi des prochaines années sera la révision des services offerts en tenant compte des ressources disponibles, du requis de service en impliquant les parents partenaires et les partenaires externes dans les différents travaux et réflexions.

## Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)</b>	

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 3 - Services de déficience physique (usagers admis)</b>

Dans le cadre de la visite d'Agrément Canada à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive, d'hébergement et de répit, les visiteurs ont rencontré des équipes mobilisées et impliquées offrant des services centrés sur l'utilisateur dans une approche interprofessionnelle et collaborative.

Il convient de souligner la coordination des services et le transfert d'informations avec les partenaires du réseau et de la communauté. La création du salon pour les parents et la cérémonie de la cloche sont grandement appréciées et reconnues par les familles et les jeunes. Un taux de conformité remarquable sur l'hygiène des mains à 82 % pour l'hébergement et de 86 % à l'unité de réadaptation fonctionnelle a été souligné par la direction générale.

Plus précisément pour le secteur répit, considérant la situation épidémiologique et la fragilité des enfants, aucune admission n'a eu lieu depuis deux ans. Le service de répit reprend ses activités. À cet effet, l'établissement est encouragé à prendre les précautions nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes.

Les parents et le jeune sont considérés comme partie prenante de l'équipe et participent activement au processus de réadaptation et aux soins médicaux. Ils contribuent à l'identification des besoins et des priorités lors des rencontres de plan d'intervention. Par leurs commentaires, les parents contribuent à l'amélioration des services.

## Manuel d'évaluation - DP, DI et TSA - Chapitre 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)</b>	

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 4 - Services DI TSA (usagers inscrits)</b>

L'organisation des services cliniques est bien structurée, les processus d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de dispensation de services sont mis en place selon les règles et normes de pratiques (ex. : critères définis et partagés, politiques et procédures disponibles, outils d'évaluation standardisés). L'appui à la pratique clinique est exemplaire. Les objectifs et les résultats attendus sont clairs et bien suivis par tous.

La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse. Les usagers et les familles rencontrés se disent satisfaits des services mis en place. Les équipes s'assurent de satisfaire les besoins des usagers, et de répondre à leurs questions, et ce, à chacune des étapes de la trajectoire de soins et de services. L'accès aux services est bien surveillé et suivi.

Le partenariat avec le milieu scolaire est exemplaire. La collaboration avec les services de première ligne est fluide et constructive. Dans une perspective d'amélioration, l'établissement est invité à reprendre les tables de concertation avec les partenaires du réseau (interrompues pendant la période de COVID-19) afin de mieux définir les rôles et responsabilités de chacun, permettant ainsi à l'établissement d'accomplir pleinement sa mission et d'offrir des services spécialisés et surspécialisés.

Les questions d'éthiques sont cernées, gérées et réglées de façon proactive. Les équipes sont sensibles à ces enjeux. Une attention toute particulière pourrait être mise sur les enjeux de confidentialité lors des périodes de repas pour les usagers présentant des problèmes de dysphagie en milieu scolaire.

Il est important de noter l'excellence du Centre intégré du réseau en neurodéveloppement de l'enfant (CIRENE), ce programme multidisciplinaire permet une prise en charge précoce qui influence positivement la trajectoire de vie des enfants ayant des troubles du neurodéveloppement. L'engagement et le dynamisme de l'équipe clinique sont remarquables. L'influence de cette équipe, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement (sur l'ensemble du Québec), est significative.

## Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités des Établissements du réseau public du Québec.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux Établissements dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de cinq ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

### Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.