



**ACCREDITATION**  
**AGRÉMENT**  
**CANADA**

# **Rapport d'agrément**

Programme Qmentum GlobalMC pour  
l'agrément canadien

## **Radiologie Mailloux**

Version du rapport: 10 février 2026

# Confidentialité

CE DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation, et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à [publications@healthstandards.org](mailto:publications@healthstandards.org).

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité

Copyright © Agrément Canada et ses concédants de licence, 2026. Tous droits réservés.

# Table des matières

<b>Confidentialité</b> .....	2
<b>À propos d’Agrément Canada</b> .....	4
<b>À propos du rapport d’agrément</b> .....	4
<b>Aperçu du programme</b> .....	4
<b>Sommaire</b> .....	6
À propos de l’organisation .....	6
Sommaire des observations de l’équipe de visiteurs .....	7
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence .....	7
Soins centrés sur les personnes .....	8
Aperçu de l’amélioration de la qualité .....	8
<b>Statut d’agrément</b> .....	9
<b>Pratiques organisationnelles requises (POR)</b> .....	10
<b>Résultats de l’évaluation divisés par normes</b> .....	12
<b>Normes d’évaluation portant sur des services spécifiques</b> .....	12
Laboratoire d’imagerie médicale .....	12

## À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme mondial sans but lucratif ayant comme vision d'offrir des soins plus sécuritaires et de créer un monde plus sain. Ses programmes et services centrés sur la personne sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé depuis plus de 60 ans. L'organisme continue d'élargir sa portée et son influence. Agrément Canada habilite les organisations et permet à celles-ci de se conformer aux normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs adaptés aux besoins locaux. Les services et programmes d'évaluation d'Agrément Canada contribuent à la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans les systèmes de santé, les hôpitaux, les laboratoires et les centres de diagnostic, les établissements de soins de longue durée, les centres de réadaptation, les organisations de soins primaires, ainsi que dans les milieux de soins à domicile et communautaires. Ses programmes d'agrément et de certification spécialisés soutiennent la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité pour des populations, des problèmes de santé et des professions de santé précis.

## À propos du rapport d'agrément

L'Organisation mentionnée dans le présent rapport d'agrément (l'«**Organisation**») participe au programme Qmentum Global<sup>MC</sup> pour l'agrément canadien d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'Organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumise à des évaluations, dont une évaluation sur place du 12 janvier 2026 au 13 janvier 2026. Le présent rapport d'agrément reflète les renseignements et les données de l'établissement ainsi que les évaluations d'Agrément Canada, à ces dates.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant des évaluations ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'Organisation. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à l'exhaustivité des renseignements fournis par l'établissement pour planifier, mener l'évaluation sur place et produire ce rapport. Il incombe à l'Organisation de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

## Aperçu du programme

Le programme Qmentum Global<sup>MC</sup> pour l'agrément canadien permet à votre organisation d'améliorer en continu la qualité des soins et services à travers une expérience de soins de haute qualité. Le programme fournit à votre organisation des normes, des outils de sondage, des méthodes d'évaluation et un plan d'action conçus pour promouvoir l'apprentissage et l'amélioration continue. Le programme offre également un modèle de soutien à la clientèle pour un soutien et des conseils continus de la part de conseillers dédiés.

Votre organisation participe à un cycle d'agrément de quatre ans, qui permet de répartir les activités d'agrément sur quatre ans tout en aidant votre organisation à concentrer ses efforts sur la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'amélioration de la qualité. Ceci favorise l'intégration des activités d'agrément dans les pratiques quotidiennes.

Chaque année du cycle d'agrément comprend des activités à effectuer au sein de votre organisation. Agrément Canada offre un soutien continu à votre organisation tout au long du cycle d'agrément. À la fin du cycle, le Comité d'approbation du type d'agrément (CATA) détermine le statut d'agrément de l'organisation en fonction des directives relatives à l'attribution de l'agrément du programme. Les résultats de l'évaluation et le statut d'agrément sont documentés dans un rapport final d'agrément pour votre organisation. Une fois qu'un statut d'agrément est établi, votre organisation entame la première année d'un nouveau cycle, s'appuyant sur les actions et les apprentissages des cycles d'agrément précédents, conformément aux principes d'amélioration continue de la qualité.

Le manuel d'évaluation (manuel d'Agrément Canada) à l'appui de toutes les méthodes d'évaluation (autoévaluation, attestation et évaluation sur place) est divisé en normes et en POR applicables. Pour favoriser l'alignement avec le manuel d'évaluation (manuel d'Agrément Canada), les résultats de l'évaluation et les constats des visiteurs sont présentés par normes dans le rapport. Le rapport comprend également un sommaire exécutif, le statut d'agrément accordé à l'organisation, les emplacements évalués lors de l'évaluation sur place, les résultats des pratiques organisationnelles requises et, enfin, une vue d'ensemble des soins centrés sur la personne et de l'amélioration de la qualité.

# Sommaire

## À propos de l'organisation

Fondée en 1974, Radiologie Mailloux inc. est une clinique desservant la clientèle de la région immédiate de Québec. En 2018, elle a déménagé dans un nouveau bâtiment multiservice situé à proximité de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec-Université Laval. Les installations, vastes et lumineuses, sont facilement accessibles grâce aux principaux axes routiers du secteur.

La clinique est régie par un conseil d'administration qui veille à optimiser les occasions de développement et à assurer le bon fonctionnement de l'établissement. Elle peut compter sur une équipe diversifiée de professionnels et affiche un taux de fidélisation particulièrement élevé, ce qui constitue un atout important pour la qualité des soins et services offerts.

La notoriété de la clinique repose notamment sur ses surspécialisations, en particulier dans le domaine musculosquelettique, ainsi que sur son offre de services hyperspécialisés tels que les blocs foraminaux, discographie et rhizotomie. Grâce à son agilité organisationnelle, la clinique répond efficacement aux besoins de la clientèle locale et régionale et se positionne comme un centre de référence dans son domaine. Elle offre des services publics ainsi qu'un volet privé sur rendez-vous.

L'équipe comprend environ 30 technologues, plus de 15 radiologistes et 30 personnes dédiées au soutien administratif. Le site web de la clinique constitue par ailleurs une source d'information pertinente pour la clientèle. Les heures d'ouverture s'étendent du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 20 h, avec une disponibilité restreinte le samedi et le dimanche. La prise de rendez-vous peut être effectuée en ligne, et un service sans rendez-vous est également offert pour les examens radiologiques simples.

En semaine, plus de 600 usagers se présentent quotidiennement pour un examen, et la présence de radiologistes sur place permet une interprétation le jour même. Les partenaires consultés se disent très satisfaits des relations entretenues avec l'ensemble du personnel, et particulièrement avec l'équipe de gestion.

## Commentaires de l'organisme

Radiologie Mailloux est une clinique de référence en imagerie médicale et en traitements spécialisés de la douleur musculosquelettique et de la colonne. Son équipe surspécialisée offre une gamme complète de services incluant la radiographie, la radioscopie, la mammographie, l'ostéodensitométrie, l'échographie et la tomodensitométrie. La clinique se distingue par la qualité de ses soins, son expertise humaine et son engagement constant envers l'innovation et le mieux-être des patients.

## **Sommaire des observations de l'équipe de visiteurs**

Les visiteurs ont constaté le haut niveau de préparation de l'équipe de gestion en vue de la visite d'agrément. Les documents présentés avaient été révisés et mis à jour par l'équipe, et le personnel avait été informé et mobilisé pour la démarche. L'organigramme ainsi que les rôles et responsabilités des membres de l'équipe de gestion ont également été actualisés.

Un suivi a été effectué pour la majorité des recommandations formulées lors de la visite de 2022, et l'équipe exprime une grande fierté à l'égard du travail accompli. Nous l'encourageons à poursuivre sa réflexion en vue d'intégrer davantage l'approche partenaire dans la philosophie de la clinique.

L'accueil réservé par l'ensemble du personnel a été cordial et chaleureux. L'équipe s'est montrée transparente dans la transmission des informations demandées. Les procédures reposent sur les données probantes et les bonnes pratiques, et le personnel a accès à de la formation, tant sur place qu'à distance. Le milieu se distingue par un haut niveau de collaboration, et les visiteurs ont observé un excellent travail d'équipe. Le personnel est polyvalent et en mesure d'effectuer l'ensemble des procédures requises.

Les installations sont très propres et assurent le respect de l'intimité et de la confidentialité. Les salles d'examen sont vastes et fonctionnelles. Enfin, l'équipe participe à des projets de recherche en collaboration avec le CHU de Québec-Université Laval, contribuant à l'avancement des connaissances dans son domaine.

## **Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence**

### **Domaines d'excellence :**

- Implication active du personnel dans la préparation de la visite d'agrément;
- Gestion collaborative et mobilisation du personnel;
- Documentation révisée, structurée et à jour;
- Suivi rigoureux des recommandations issues de la visite précédente;
- Climat de travail positif.

### **Piste d'amélioration :**

- Développer et intégrer davantage une approche patient partenaire.

## Soins centrés sur les personnes

Radiologie Mailloux offre des services à la clientèle depuis près de 50 ans et mise sur le savoir-faire ainsi que le savoir-être de ses intervenants. L'approche patient constitue un élément central de la qualité afin d'assurer une expérience clinique humaine et personnalisée. Bien que des sondages de satisfaction soient disponibles, le taux de réponse demeure faible. Il est recommandé que l'équipe explore des stratégies créatives pour en favoriser l'augmentation.

Lors de la dernière visite, le déploiement d'une approche partenaire avait été suggéré. À ce jour, aucun patient partenaire n'est impliqué dans les processus de décision administrative ou clinique. Il serait pertinent de développer un mécanisme permettant d'intégrer la voix des usagers ou de leurs proches dans la prise de décision ou de consultation.

Le personnel affirme traiter les usagers avec respect et dignité, ce que confirment les usagers rencontrés, qui se disent satisfaits des services reçus et de l'attention qui leur est portée. Chaque usager possède un dossier clinique unique, et la traçabilité ainsi que la journalisation assurent que l'accès aux données est réservé aux personnes autorisées. Une procédure d'accueil est en place afin de garantir le respect des étapes essentielles à une expérience optimale du patient. La double identification est effectuée avant chaque procédure, et les usagers ayant des besoins particuliers peuvent être accompagnés par un proche pour faciliter leur prise en charge.

## Aperçu de l'amélioration de la qualité

La clinique accorde une importance centrale à la gestion intégrée de la qualité et à la sécurité des usagers, lesquelles constituent une priorité absolue pour la direction. Les technologues sont membres de leur ordre professionnel, contribuant ainsi au maintien de standards élevés de qualité, de sécurité et d'éthique. Dès l'embauche, les nouveaux employés sont sensibilisés aux principes de qualité des services et de sécurité des usagers.

En 2025, la clinique a élaboré un plan de sécurité des usagers destiné à l'ensemble du personnel. Bien que la gouvernance soit bien établie, la mise en œuvre de ce plan repose sur l'implication active de chaque membre de l'équipe. Celui-ci comprend notamment différents audits, des indicateurs de qualité, l'identification des usagers à risque, la mise en œuvre de stratégies de prévention des incidents et accidents ainsi que le suivi postincident.

Le personnel est informé et conscientisé à l'importance de la déclaration et de la divulgation. Un formulaire de déclaration d'incident/accident est disponible afin d'en faciliter l'analyse et le suivi. La procédure de déclaration est claire. Toutefois, il serait pertinent d'envisager l'implication d'un usager ou d'un proche dans la conception de certains documents, dont cette procédure. La divulgation est effectuée lorsqu'un incident ou accident survient, et des actions appropriées sont prises selon la situation. L'équipe assure le suivi des événements indésirables, qui demeurent heureusement peu nombreux. À ce stade, ni les usagers ni leur famille ne sont impliqués dans l'élaboration des plans d'amélioration subséquents à un événement indésirable.

À la suite de la visite de 2022, certains audits ont été réalisés, notamment ceux portant sur les installations matérielles et l'hygiène des mains. Il est recommandé de structurer un calendrier d'audits couvrant les différents thèmes déjà identifiés dans le plan de sécurité des usagers.

Un rapport annuel est présenté aux membres du conseil d'administration et au personnel clinique. Il serait judicieux d'envisager sa mise en ligne sur le site web afin d'accroître la transparence et l'accessibilité de l'information.

## Statut d'agrément

Le statut d'agrément accordé à Radiologie Mailloux est le suivant:

*Agréé avec mention*

*L'organisation a dépassé les exigences fondamentales du programme d'agrément.*

## Pratiques organisationnelles requises (POR/PSR) et

Une pratique organisationnelle requise (POR) et une pratique de sécurité requise (PSR) sont des critères qui décrivent des pratiques normalisées qu'une organisation doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques afin de fournir des soins fiables et de haute qualité à la population à laquelle elle offre ses services. Des préjudices peuvent survenir si la pratique normalisée n'est pas mise en place. Les POR/PSR contiennent plusieurs critères, appelés tests de conformité.

**Tableau 1 : Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation**

Nom de la POR/PSR	Norme(s)	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 0	0.0%
Adhérer à une liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés	Laboratoire d'imagerie médicale	5 / 5	100.0%
Améliorer les pratiques d'hygiène des mains	Laboratoire d'imagerie médicale	5 / 5	100.0%
Divulguer des incidents liés à la sécurité des usagers	Laboratoire d'imagerie médicale	5 / 6	83.3%
Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	Laboratoire d'imagerie médicale	1 / 1	100.0%
Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	Laboratoire d'imagerie médicale	4 / 7	57.1%
Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 0	0.0%
Identification des usagers	Laboratoire d'imagerie médicale	1 / 1	100.0%
Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 0	0.0%

**Tableau 1 : Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation**

<b>Nom de la POR/PSR</b>	<b>Norme(s)</b>	<b>Nombre de critères conformes du test de conformité</b>	<b>Pourcentage de critères conformes du test de conformité</b>
Nettoyage et désinfection de bas niveau de l'équipement médical	Laboratoire d'imagerie médicale	5 / 5	100.0%
Optimiser l'intégrité de la peau	Laboratoire d'imagerie médicale	6 / 6	100.0%
Plan de sécurité des usagers	Laboratoire d'imagerie médicale	4 / 4	100.0%
Programme de prévention du suicide	Laboratoire d'imagerie médicale	5 / 5	100.0%
Programme d'entretien préventif	Laboratoire d'imagerie médicale	4 / 4	100.0%
Prévention de la thromboembolie veineuse	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 0	0.0%
Retraitement	Laboratoire d'imagerie médicale	2 / 2	100.0%
Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	Laboratoire d'imagerie médicale	7 / 7	100.0%

## Résultats de l'évaluation divisés par normes

La section suivante comprend les résultats à la fin de l'évaluation sur place provenant de l'évaluation par attestation (le cas échéant et des évaluations sur place.

### Normes d'évaluation portant sur des services spécifiques

Le programme Qmentum Global<sup>MC</sup> pour l'agrément canadien a un ensemble de normes d'évaluation propres à des services spécifiques qui sont incluses dans le programme d'agrément en fonction des services offerts par les différentes organisations. Ces normes sont essentielles à la gestion et à la prestation de soins et services sécuritaires et de qualité dans des domaines de services spécifiques, comme la santé mentale et la dépendance.

## Laboratoire d'imagerie médicale

### Évaluation des normes : 96,3 % des critères sont conformes

3,7% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau suivant.

#### Résultats de l'évaluation :

##### Planification et conception des services

L'équipe a élaboré une planification stratégique 2025-2028 intégrant la mission, la vision, les valeurs ainsi qu'un plan opérationnel. Ces éléments sont bien définis, connus du personnel et affichés à l'entrée de la clinique et sur son site web.

L'offre de services décrit clairement les examens réalisés et les services offerts. Toutefois, aucun usager n'a été consulté lors de l'élaboration de la planification stratégique.

La clinique favorise une culture d'innovation afin d'améliorer le travail quotidien. Le personnel est d'ailleurs encouragé à proposer des idées créatives et à en assurer le suivi.

Radiologie Mailloux respecte les codes de déontologie propres aux différentes professions, notamment en matière de confidentialité. Le manuel de l'employé comporte également une section sur l'éthique des affaires pour renforcer ces pratiques.

La clinique assure un suivi régulier des temps d'attente pour l'accessibilité aux examens et ajuste les listes afin de répondre rapidement aux besoins de la clientèle.

##### Environnement physique

Radiologie Mailloux occupe depuis 2018 des locaux modernes, lumineux et facilement accessibles par les principaux axes routiers. Des ascenseurs facilitent l'accès aux bureaux, notamment pour la clientèle vulnérable.

Les espaces sont vastes et bien aménagés : de grandes salles d'attente accueillent les usagers, les salles de déshabillage préservent l'intimité et les toilettes sont situées à proximité. L'accueil offert par le personnel est courtois. Des distributeurs de désinfection pour les mains sont disponibles.

Les salles d'examen sont également spacieuses et dotées d'équipements à la fine pointe. Le personnel dispose également d'une zone de travail centralisée favorisant la collaboration et le soutien en cas de surcharge.

La signalisation est adéquate et bien positionnée. Les propriétaires du bâtiment assurent le contrôle régulier des paramètres de la température et de la climatisation.

### **Préparation aux situations d'urgence**

La clinique dispose d'un plan de sécurité incendie pour le bâtiment Synase, accessible sur place. Le nouveau personnel doit en prendre connaissance lors de son intégration, puis chaque année. Ce document inclut également les actions à prendre face à d'autres situations d'urgence possibles.

Le personnel reçoit annuellement une formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR) avec défibrillateur externe automatisé afin d'assurer une intervention rapide en situation d'urgence. Une formation portant sur la gestion de la clientèle agressive est actuellement donnée auprès des employés.

Nous encourageons la clinique à poursuivre ses efforts en réalisant des exercices de simulation couvrant l'ensemble des codes d'urgence.

### **Capital humain**

Radiologie Mailloux est dirigée par une directrice médicale et un directeur médical. Ils sont responsables du groupe de radiologistes de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. La clinique valorise le travail d'équipe; les technologues, les radiologistes et le personnel administratif contribuent ensemble au bon fonctionnement des services. L'organigramme 2025 est clair et détaillé. Les équipes de radiologistes et de technologues respectent les exigences de leurs ordres professionnels.

Un programme d'orientation et un plan d'intégration soutiennent l'accueil du nouveau personnel. Un engagement à la confidentialité est signé à l'embauche; nous suggérons toutefois de le faire renouveler périodiquement afin de renforcer la sensibilisation à cet enjeu. Le manuel de l'employé sert de document de référence. La période de probation fait l'objet d'un suivi, permettant d'ajuster les attentes selon les besoins de l'employé.

Le personnel a accès à des formations offertes par l'établissement afin de maintenir et développer ses compétences. Un registre de formation est en place; nous encourageons les gestionnaires à le personnaliser pour documenter précisément le parcours de chaque employé. Un formulaire d'évaluation du rendement est disponible, et le personnel rencontré confirme avoir été évalué au cours de la dernière année, ce qui a été validé par l'examen des dossiers. Nous recommandons à la clinique de se doter d'une politique officielle d'évaluation du rendement.

Le milieu est accueillant et reconnu comme lieu de stage pour les technologues en formation provenant de diverses institutions, ainsi que pour les résidents en radiologie. Des rencontres régulières avec le personnel permettent d'uniformiser les pratiques cliniques.

Chaque employé possède un dossier unique conservé de façon confidentielle et conforme au cadre légal de l'établissement. Les dossiers électroniques consultés sont complets et à jour, et un contrat de travail est signé à l'embauche.

Un comité santé mieux-être est actif afin de favoriser un environnement de travail sain, harmonieux et propice à une pratique optimale. Une politique de prévention de la violence est en place. Le sondage universel de HSO, complété au printemps 2025, a été analysé par la direction et les résultats ont été communiqués au personnel. Le taux de rétention du personnel est de 91 %.

## **Communication**

La communication constitue un élément clé pour assurer la diffusion efficace des informations au personnel. Des rencontres périodiques sont tenues à cette fin. Le site web de la clinique représente également un excellent moyen de joindre les usagers. Il comprend une section complète et bien structurée destinée aux professionnels.

Les renseignements sur les différents examens sont clairs, complets et facilement compréhensibles pour la clientèle. La politique de gestion des plaintes est également bien expliquée; toutefois, sa diffusion à l'intérieur de la clinique devrait être bonifiée pour en faciliter l'accès.

## **Laboratoire d'imagerie médicale**

Les examens d'imagerie sont effectués selon les standards professionnels en vigueur, avec une attention soutenue portée à la qualité diagnostique, à la sécurité des usagers et à la pertinence clinique. L'équipe technique et médicale fait preuve d'une grande compétence, de rigueur et d'une collaboration interprofessionnelle efficace, ce qui contribue directement à la sécurité et à l'efficacité des services offerts.

L'organisation des processus cliniques et administratifs favorise une prise en charge fluide des usagers, des délais maîtrisés et une continuité des soins tout au long de l'épisode de services.

## **Gestion des médicaments**

Depuis la dernière visite d'agrément, la clinique a significativement amélioré sa gestion des médicaments. Alors qu'auparavant la collaboration reposait principalement sur une pharmacie locale, elle fait désormais appel à des fournisseurs externes structurés, ce qui permet une meilleure standardisation des processus et une plus grande fiabilité de l'approvisionnement.

Un personnel distinctement désigné assure maintenant un suivi rigoureux des commandes, de la réception, de l'entreposage et de l'utilisation des médicaments, incluant les produits de contraste. La gestion des stocks a été renforcée grâce à des mécanismes de contrôle réguliers, améliorant la traçabilité, réduisant les pertes et assurant une utilisation sécuritaire des produits.

Ces améliorations répondent aux recommandations formulées lors de la visite précédente et contribuent à renforcer la rigueur, la sécurité et l'efficacité de la gestion des médicaments, en adéquation avec le contexte ambulatoire et les volumes d'activité de la clinique.

## **Prévention et contrôle des infections**

Dans le présent cycle d'agrément, la clinique a réalisé une évolution significative et structurée de ses pratiques en prévention et contrôle des infections (PCI). Les constats formulés en 2022 ont servi de levier pour renforcer durablement les bonnes pratiques, particulièrement en matière d'hygiène des mains.

La formation du personnel a été consolidée, des rappels réguliers ont été instaurés et des mécanismes de vérification de la conformité ont été intégrés, incluant des audits ciblés et des observations directes. Ces mesures permettent désormais de disposer de repères clairs pour soutenir l'amélioration continue et orienter les actions de sensibilisation et de formation.

Les résultats de conformité sont documentés et communiqués aux équipes concernées, ce qui favorise la responsabilisation collective et une meilleure appropriation des pratiques. Cette approche témoigne du passage d'efforts ponctuels à une démarche structurée, suivie et pleinement intégrée aux activités courantes de la clinique.

Selon la pertinence, nous invitons la clinique à explorer des moyens simples pour impliquer les usagers dans la promotion des bonnes pratiques, notamment par des affichages ciblés, la diffusion d'informations et la rétroaction, entre autres. Par ailleurs, nous recommandons de diffuser systématiquement et de façon simplifiée les résultats des audits, les objectifs et les messages clés en PCI afin de renforcer encore davantage la culture de prévention et d'amélioration continue.

## Équipements et appareils médicaux

La clinique a poursuivi une démarche soutenue d'investissement et de modernisation de son parc d'équipements. L'expansion continue de ceux-ci permet de répondre adéquatement à l'évolution des besoins cliniques et d'assurer l'accessibilité à des examens d'imagerie de haute qualité. L'ajout de nouvelles technologies diagnostiques a contribué à améliorer la performance clinique, la précision des examens et l'expérience des usagers, tout en maintenant des standards élevés de sécurité.

En continuité avec les constats antérieurs, la clinique reconnaît certaines opportunités d'amélioration afin de consolider ces acquis. Des actions sont en cours pour structurer davantage la formation liée aux nouveaux équipements, notamment en améliorant la documentation et la traçabilité des formations et des compétences du personnel. Par ailleurs, la clinique envisage de renforcer la planification à long terme de son parc technologique afin de mieux documenter le renouvellement, l'entretien et l'évolution des équipements, contribuant ainsi à une gestion proactive, durable et conforme aux exigences réglementaires.

**Tableau 2 : Critères non conformes en matière de Laboratoire d'imagerie médicale**

<b>Numéro du critère</b>	<b>Description du critère</b>	<b>Type de critère</b>
1.1.4	Le laboratoire d'imagerie médicale établit des buts et des objectifs mesurables liés aux services en tenant compte des commentaires des membres de l'équipe ainsi que des besoins et des attentes de la population servie.	Priorité élevée
5.3.7	POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS SEULEMENT : Lorsque des médicaments tels que des opacifiants intravasculaires sont administrés aux usagers, les signes vitaux de ces derniers sont surveillés de façon continue durant l'intervention et dans la salle de récupération.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.7	<p data-bbox="383 306 992 338">Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers</p> <p data-bbox="407 390 1179 600">7.1.7.1 Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.</p> <p data-bbox="407 632 1162 747">7.1.7.2 L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.</p> <p data-bbox="407 779 1179 894">7.1.7.6 L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées suite aux analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.</p>	POR
7.1.8	<p data-bbox="383 919 1029 951">Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers</p> <p data-bbox="407 1003 1179 1119">7.1.8.2 Le processus de divulgation est examiné et mis à jour, au besoin, une fois par cycle d'agrément, avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe.</p>	POR
7.3.4	<p data-bbox="383 1146 1138 1241">Au moins une fois par année, le laboratoire d'imagerie médicale recueille les commentaires sur ses services auprès des professionnels prescripteurs.</p>	Priorité normale