



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

## **Rapport d'agrément**

Programme Qmentum Globalmc pour  
l'agrément canadien

## **Résonance magnétique du Saguenay-Lac-St-Jean**

Version du rapport: 08 avril 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 .....	8
Soins centrés sur les personnes .....	9
Aperçu de l’amélioration de la qualité .....	10
<b>Statut d’agrément</b> .....	11
<b>Pratiques organisationnelles requises (POR) et pratiques de sécurité requises (PSR).</b>	12
<b>Résultats de l’évaluation divisés par normes.</b> .....	14
<b>Normes d’évaluation portant sur des services spécifiques</b> .....	14
Laboratoire d’imagerie médicale .....	14

## 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 23 mars 2026 au 24 mars 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

En activité depuis 2007, la clinique privée Résonance magnétique du Saguenay-Lac-Saint-Jean inc., reconnue sous le nom de IRM Saguenay-Lac-Saint-Jean, est spécialisée en imagerie par résonance magnétique (IRM). Elle est située à Chicoutimi et offre à la population du Saguenay-Lac-Saint-Jean et des régions avoisinantes un accès à des services diagnostiques spécialisés, contribuant ainsi à limiter les déplacements vers les centres urbains extérieurs à la région.

Sa mission est d'offrir des services d'imagerie de haute qualité dans des délais optimaux, afin de favoriser un diagnostic rapide et de soutenir efficacement la prise en charge clinique des usagers. L'organisation se distingue par une forte orientation vers l'accessibilité, la rapidité des services et la qualité des résultats diagnostiques.

L'offre de services est exclusivement centrée sur l'IRM et couvre un large éventail d'examen, notamment en musculo-squelettique, en neurologie, en abdomen et pelvis, en imagerie mammaire ainsi qu'en imagerie de la colonne. La clinique se démarque par des délais d'accès et de transmission des rapports rapides, améliorant la fluidité des trajectoires de soins. Elle propose également des modalités d'accès diversifiées, incluant différents régimes d'indemnisation ainsi que les assurances privées.

La clinique s'appuie sur un équipement technologique spécialisé et sur l'expertise de médecins radiologistes pour l'interprétation des examens, assurant ainsi la qualité et la fiabilité des résultats diagnostiques. Les valeurs organisationnelles reposent notamment sur l'empathie, la qualité, la sécurité, l'efficacité et la confidentialité, dans une perspective centrée sur l'expérience des usagers.

La structure organisationnelle est de petite taille et repose sur une équipe restreinte et polyvalente. Celle-ci comprend notamment un directeur médical, une gestionnaire responsable des ressources humaines et de la qualité, des technologues assumant également certaines responsabilités transversales, ainsi que du personnel administratif. L'organisation bénéficie également de la contribution de collaborateurs externes en soutien technologique, biomédical et pharmaceutique. Ce modèle organisationnel favorise l'agilité, la proximité entre les membres de l'équipe et une grande capacité d'adaptation.

Les informations recueillies mettent en évidence plusieurs caractéristiques distinctives de l'organisation, dont une relation de confiance avec la clientèle, une forte orientation vers la réduction des délais d'attente, une implication dans la communauté régionale ainsi qu'une participation active du personnel aux décisions organisationnelles. La clinique se positionne également comme un employeur de choix dans son milieu et souligne sa capacité à s'adapter aux enjeux rencontrés.

Enfin, l'organisme a mis en place une démarche structurée de gestion intégrée des risques, visant à soutenir une approche proactive et continue de la qualité et de la sécurité des services. Cette démarche est intégrée au plan d'amélioration de l'organisation et témoigne d'une volonté d'arrimer la gouvernance, la gestion des risques et l'amélioration continue des pratiques.

## Sommaire des observations de l'équipe de visiteurs

La clinique Résonance magnétique du Saguenay-Lac-Saint-Jean inc. se distingue par un engagement soutenu envers la qualité des services. Celui-ci est appuyé par une équipe mobilisée, polyvalente et alignée sur la mission organisationnelle. Le climat de travail observé est favorable et repose sur une collaboration étroite entre les différents membres du personnel, contribuant à une prise en charge efficace et cohérente des usagers.

L'organisation démontre une orientation claire vers l'expérience des patients. Des mécanismes sont en place afin de faciliter l'accès aux services, de réduire les délais d'attente et d'accompagner les usagers tout au long de leur trajectoire de soins. Cette approche favorise l'établissement d'une relation de confiance avec la clientèle et soutient l'ancrage régional de la clinique.

Sur le plan de la gouvernance clinique et organisationnelle, la clinique s'appuie sur des cadres structurants, dont une politique de gestion intégrée des risques. Cette dernière témoigne d'une volonté d'adopter des pratiques reconnues en matière de qualité et de sécurité. L'intégration des risques au plan d'amélioration continue constitue un levier pertinent pour soutenir la prise de décision et l'évolution des pratiques.

L'analyse fait toutefois ressortir certains enjeux liés à la taille restreinte de l'équipe et au degré élevé de polyvalence requis. Bien que cette organisation du travail favorise l'agilité, elle peut également représenter un facteur de vulnérabilité quant à la continuité des activités et à la pérennité des expertises, particulièrement lors d'absences ou de variations des ressources disponibles.

Par ailleurs, certains processus organisationnels, notamment ceux associés à la communication interne et à la gestion des incidents, demeurent en cours de structuration. L'organisation reconnaît ces enjeux et entreprend des démarches visant une plus grande formalisation des mécanismes, ce qui constitue un élément favorable au renforcement de l'amélioration continue.

Enfin, des enjeux de nature technologique et infrastructurelle ont été identifiés, en particulier en lien avec la fiabilité des systèmes critiques et l'implantation de nouvelles solutions technologiques. Ces éléments représentent des occasions d'amélioration susceptibles de soutenir la performance organisationnelle et la sécurité des services offerts.

Dans l'ensemble, la clinique présente un profil organisationnel solide, caractérisé par une culture d'engagement, une proximité avec la clientèle et une capacité d'adaptation notable. La consolidation des processus et le renforcement des assises organisationnelles en cours contribueront à soutenir le développement de l'organisation et la pérennité de ses pratiques.

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

### **Domaines d'excellence**

Résonance magnétique du Saguenay-Lac-Saint-Jean inc. se distingue par une culture organisationnelle forte, caractérisée par l'engagement et la mobilisation de son équipe. Les membres du personnel démontrent un haut niveau d'implication dans les activités de la clinique, favorisant un climat de collaboration et une prise de décision participative. Cette dynamique contribue à soutenir l'agilité organisationnelle et la capacité d'adaptation face aux enjeux rencontrés.

L'organisation se distingue par une orientation soutenue vers l'expérience des usagers. Les mécanismes en place visant à faciliter l'accès aux services, à réduire les délais d'attente et à favoriser la compréhension des examens témoignent d'une approche centrée sur les besoins de la clientèle. Cette proximité contribue à l'établissement d'un lien de confiance durable et à un niveau élevé de satisfaction des usagers.

Par ailleurs, la clinique démontre une volonté claire d'intégrer les principes de qualité et de sécurité dans ses pratiques. La présence d'un cadre structuré de gestion intégrée des risques, ainsi que son arrimage au plan d'amélioration continue, constitue un levier pertinent pour soutenir l'évolution des pratiques organisationnelles et la prise de décision éclairée.

Enfin, l'ancrage régional de la clinique et son implication au sein de la communauté constituent des éléments distinctifs qui contribuent à renforcer son positionnement et son apport à l'offre de services en imagerie médicale sur le territoire.

### **Principales pistes d'amélioration**

Bien que la clinique présente plusieurs forces organisationnelles, certaines opportunités d'amélioration ont été identifiées afin de consolider ses pratiques et soutenir sa pérennité.

Dans un contexte où l'organisation repose sur une équipe restreinte et hautement polyvalente, il apparaît pertinent de poursuivre les efforts visant à assurer une adéquation optimale des ressources humaines. Le renforcement des mécanismes de planification des effectifs et de transfert des connaissances pourrait contribuer à réduire les vulnérabilités associées à la dépendance envers certains rôles clés.

Par ailleurs, la formalisation de certains processus organisationnels, notamment en matière de communication interne et de gestion des incidents, constitue un axe d'amélioration prioritaire. Le développement et la structuration de mécanismes formels permettraient d'assurer une meilleure traçabilité des actions, soutenir l'apprentissage organisationnel et renforcer la culture de sécurité.

L'organisation gagnerait également à consolider les mécanismes de suivis et de démonstrations des activités liées à l'amélioration continue de la qualité, particulièrement en ce qui concerne l'utilisation des données issues de la gestion des risques et des rétroactions des usagers. Une meilleure visibilité des résultats et des actions entreprises permettrait de valoriser les efforts déployés et de soutenir une prise de décision davantage structurée.

Enfin, certains enjeux liés aux infrastructures et aux systèmes technologiques ont été identifiés. La poursuite des travaux visant à assurer la fiabilité des équipements critiques ainsi que l'implantation de solutions technologiques appropriées constituent des opportunités d'amélioration importantes pour soutenir la continuité, la performance et la sécurité des services.

## Soins centrés sur les personnes

La clinique Résonance magnétique du Saguenay-Lac-Saint-Jean inc. démontre un engagement soutenu envers une approche centrée sur les personnes, en plaçant les besoins, les attentes et l'expérience des usagers au cœur de l'organisation des services. Cette orientation se traduit notamment par des efforts visant à améliorer l'accessibilité aux examens, à réduire les délais d'attente et à offrir des services adaptés à la réalité de la clientèle régionale.

L'équipe de visiteurs a observé que les interactions entre le personnel et les usagers sont empreintes de respect, d'écoute et de professionnalisme. Le personnel adopte une approche humaine et bienveillante, favorisant un climat de confiance et contribuant à rassurer les usagers tout au long de leur trajectoire de soins. Cette proximité relationnelle constitue un levier important pour soutenir l'expérience globale des usagers.

Des mécanismes d'information ont également été développés afin de soutenir la compréhension des examens et de permettre aux usagers et à leurs proches de faire des choix éclairés concernant leur santé. Ces pratiques témoignent d'une volonté d'impliquer les usagers dans leur parcours de soins et de promouvoir une approche collaborative.

Par ailleurs, l'organisation met en œuvre différents moyens pour recueillir la rétroaction des usagers, notamment par le biais de sondages de satisfaction et d'outils accessibles tels que des codes QR et des mécanismes de commentaires. Ces initiatives contribuent à intégrer la perspective des usagers dans une démarche d'amélioration continue.

Toutefois, bien que des mécanismes de rétroaction soient en place, une opportunité d'amélioration réside dans la structuration et la valorisation de l'utilisation des informations recueillies auprès des usagers. Le renforcement des processus permettant d'analyser ces données, d'en assurer le suivi et de communiquer les actions entreprises pourrait contribuer à maximiser leur impact sur l'amélioration des services.

Dans l'ensemble, la clinique se distingue par une approche centrée sur les personnes bien ancrée dans les pratiques quotidiennes, soutenue par une culture organisationnelle orientée vers la qualité de l'expérience de l'utilisateur. Les efforts visant à consolider l'utilisation des rétroactions permettront de renforcer davantage cette approche et d'en assurer la pérennité.

## Aperçu de l'amélioration de la qualité

La clinique Résonance magnétique du Saguenay-Lac-Saint-Jean inc. démontre une volonté claire d'inscrire ses pratiques dans une démarche structurée d'amélioration continue de la qualité. Elle s'appuie notamment sur un cadre formel de gestion intégrée des risques, lequel permet d'identifier, d'analyser et de prioriser les risques organisationnels en lien avec ses activités cliniques et administratives. L'intégration de ces éléments au plan d'amélioration constitue un levier pertinent pour soutenir la prise de décision et orienter les actions.

L'approche adoptée par la clinique repose sur une vision proactive et globale de la qualité, intégrant à la fois les dimensions de sécurité des usagers, de performance organisationnelle et de gestion des ressources. Les mécanismes en place témoignent d'une volonté d'aligner les pratiques avec les exigences normatives et les meilleures pratiques reconnues.

Par ailleurs, l'organisation met en œuvre différents moyens pour recueillir de l'information pertinente à l'amélioration de ses services, notamment par l'analyse des risques, les événements indésirables et les rétroactions des usagers. Ces sources d'information constituent des intrants essentiels pour soutenir une démarche d'amélioration continue, cohérente et intégrée.

Toutefois, l'analyse des informations disponibles met en lumière une opportunité d'amélioration en ce qui concerne la formalisation et la démonstration des mécanismes opérationnels de suivi et d'évaluation des actions entreprises. Le renforcement des processus permettant de documenter les résultats, d'assurer la traçabilité des actions et de mesurer l'impact des initiatives pourrait contribuer à consolider la maturité du système d'amélioration continue de la qualité.

De plus, la poursuite des efforts visant à structurer les processus de gestion des incidents et à renforcer les mécanismes de communication organisationnelle constitue un axe d'amélioration important afin de soutenir l'apprentissage organisationnel et la culture de sécurité.

Dans l'ensemble, la clinique présente des assises pertinentes en matière d'amélioration continue de la qualité, soutenues par des outils et des orientations structurantes. Les travaux en cours visant à renforcer la formalisation, la traçabilité et l'évaluation des actions permettront de consolider la démarche et d'en assurer la pleine intégration dans les pratiques organisationnelles.

## Statut d'agrément

Le statut d'agrément accordé à Résonance magnétique du Saguenay-Lac-St-Jean est le suivant:

*Agréé*

*L'organisation a réussi à répondre aux exigences fondamentales du programme d'agrément.*

## Pratiques organisationnelles requises (POR) et pratiques de sécurité requises (PSR)

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
Adhérer à une liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés	Laboratoire d'imagerie médicale	4 / 4	100.0%
Améliorer les pratiques d'hygiène des mains	Laboratoire d'imagerie médicale	3 / 5	60.0%
Divulguer des incidents liés à la sécurité des usagers	Laboratoire d'imagerie médicale	6 / 6	100.0%
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	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 5	0.0%
Identification des usagers	Laboratoire d'imagerie médicale	1 / 1	100.0%
Limiter les formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 0	0.0%
Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	Laboratoire d'imagerie médicale	5 / 5	100.0%

**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	4 / 5	80.0%
Optimiser l'intégrité de la peau	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 0	0.0%
Plan de sécurité des usagers	Laboratoire d'imagerie médicale	4 / 4	100.0%
Programme de prévention du suicide	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 0	0.0%
Programme d'entretien préventif	Laboratoire d'imagerie médicale	3 / 4	75.0%
Prévention de la thromboembolie veineuse	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 0	0.0%
Retraitement	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 0	0.0%
Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	Laboratoire d'imagerie médicale	0 / 0	0.0%

## 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 : 88,0 % des critères sont conformes

12,0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau suivant.

#### Résultats de l'évaluation :

##### Service de diagnostic

Un travail important a été réalisé au sein du laboratoire d'imagerie médicale afin de centraliser, simplifier et uniformiser les procédures liées à la réalisation des examens d'imagerie diagnostique. Les procédures disponibles sont bien structurées, clairement identifiées et adaptées selon la pratique de la clinique. Elles comprennent des instructions précises concernant la préparation des usagers, le déroulement des examens et les paramètres techniques à respecter. Il est recommandé d'ajouter le type et la dose de médicaments à être administrés et les soins à offrir après l'examen.

Ces procédures tiennent également compte des paramètres spécifiques de l'appareil utilisé ainsi que des logiciels de reconstruction, ce qui contribue à assurer la qualité des examens et la cohérence des pratiques. Certaines procédures intègrent même des critères de réussite, soutenant ainsi l'uniformité et la compréhension des attentes cliniques par les équipes.

Toutefois, bien que les pratiques observées soient conformes et que le contenu des procédures soit de qualité, certaines ne font pas l'objet d'une signature ou d'une approbation officielle par le directeur médical ou son remplaçant désigné. De plus, les mécanismes encadrant la mise à jour des procédures ainsi que la diffusion de l'information qui en découle gagneraient à être clarifiés et simplifiés afin d'en faciliter le suivi, la traçabilité et l'appropriation continue par les équipes.

Les documents encadrant les règlements applicables à l'utilisation de matières dangereuses sont disponibles au sein du laboratoire d'imagerie médicale, et leur emplacement est clairement identifié. La documentation couvre l'ensemble du matériel utilisé dans les différentes aires du service, incluant les produits manipulés par le personnel d'entretien ménager, ce qui témoigne d'une approche globale et cohérente en matière de santé et sécurité au travail.

Toutefois, bien que l'information soit accessible, l'organisation actuelle du cartable rend la consultation peu intuitive. La structure ne facilite pas la recherche rapide de renseignements spécifiques, notamment en lien avec les matières dangereuses couramment utilisées en imagerie médicale. Le personnel rencontré ne démontre pas toujours une aisance avec le contenu du cartable ni une capacité à se référer rapidement aux informations clés, ce qui en limite l'efficacité dans un contexte clinique où la réactivité est essentielle.

Par ailleurs, la présence de contenants associés à des produits qui ne sont plus utilisés a été observée dans certaines aires de travail. Cette situation peut prêter à confusion quant aux produits réellement en usage et aux mesures de sécurité applicables, et met en évidence la nécessité d'un suivi régulier de l'affichage et de l'inventaire des matières dangereuses.

Un manuel de prévention et de contrôle des infections est en place au sein de la clinique et a fait l'objet d'une révision récente en 2025. Ce document constitue une base de référence importante pour encadrer les pratiques liées à la prévention des infections. Toutefois, le manuel ne précise pas clairement les règles et les procédures à suivre pour le nettoyage et l'élimination des matières contaminées par des liquides biologiques, tels que le vomissement, le sang ou l'urine. Les échanges avec le personnel indiquent que les mesures à appliquer dans ce type de situation ne sont pas maîtrisées de façon uniforme, et que les réponses varient selon les personnes rencontrées. Cette variabilité peut entraîner des pratiques incohérentes et nuire à l'application rigoureuse des mesures de prévention et de sécurité.

Dans ce contexte, l'absence d'outils visuels ou d'aide-mémoires accessibles dans les aires de travail limite la capacité des équipes à intervenir rapidement et de manière standardisée lors d'un incident impliquant des matières biologiques contaminées. La mise à disposition de tels outils contribuerait à soutenir l'application uniforme des bonnes pratiques et à renforcer la conformité aux exigences en vigueur.

Les pratiques observées en imagerie médicale démontrent une application adéquate des procédures établies pour la gestion et l'administration des médicaments, notamment les opacifiants intravasculaires. Des chartes indiquant les doses selon le poids de l'utilisateur sont affichées dans les aires pertinentes et sont bien maîtrisées par le personnel autorisé. Cette mesure favorise une administration sécuritaire et standardisée et contribue à la réduction des risques d'erreur médicamenteuse.

Deux types de produits de contraste sont utilisés afin de répondre aux différentes indications cliniques et aux besoins des examens réalisés. Cette approche permet une meilleure adaptation aux profils des usagers et aux exigences cliniques, dans le respect des procédures en vigueur. Le personnel rencontré démontre une bonne connaissance des produits utilisés et de leurs indications, ce qui soutient une prise en charge sécuritaire et efficace.

Un processus visant à revoir les renseignements relatifs aux examens d'imagerie diagnostique avec les usagers et leurs proches est en place, et l'obtention du consentement libre et éclairé est réalisée avant la tenue des examens, conformément aux exigences réglementaires. Les outils de consentement ont été bonifiés à la suite de la visite d'agrément de 2022, témoignant d'une démarche d'amélioration continue et de la prise en compte des recommandations antérieures.

Toutefois, aucun mécanisme de suivi systématique n'a été observé lorsque les réponses fournies soulèvent des enjeux ou nécessitent des précisions additionnelles. De plus, la consignation du consentement et des échanges avec l'utilisateur n'est pas réalisée de façon uniforme, ce qui limite la traçabilité et la démonstration formelle du caractère éclairé du consentement. Une recommandation a été formulée afin de mieux encadrer l'objectif et l'utilisation du questionnaire de consentement, notamment en assurant qu'il soit complété intégralement et signé par le technologue au moment de l'examen. Cette approche vise à renforcer la compréhension de l'utilisateur, à standardiser les pratiques et à améliorer la qualité de la documentation associée au consentement.

La clinique a mis en place une démarche visant à recueillir la rétroaction des professionnels prescripteurs afin d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de mieux comprendre les enjeux liés aux délais de transmission des résultats. Une étude a été réalisée à cet effet, avec un outil de consultation structuré permettant de cibler de façon pertinente les irritants et les pistes d'amélioration. Cette démarche reflète une volonté d'impliquer les partenaires cliniques dans l'amélioration continue des services. La fréquence de ces initiatives ainsi que l'utilisation, la diffusion et le suivi des résultats gagneraient toutefois à être davantage formalisés afin d'assurer la pérennité des améliorations.

Affichées au babillard, des activités portant sur la reconnaissance et la gestion des réactions indésirables liées à l'administration de médicaments sont offertes. Cette formation comprend des exemples concrets, des mises en situation et des simulations, ce qui favorise la compréhension des enjeux cliniques et le développement des réflexes d'intervention lors d'événements aigus. Elle a été élaborée avec la contribution d'un urgentologue, ce qui renforce sa pertinence clinique.

Lors de l'administration de médicaments, la présence d'un radiologue est assurée, contribuant à la sécurité des usagers et au soutien clinique des équipes. Toutefois, aucune politique ou procédure formelle ne décrit de façon précise le processus à suivre pour le traitement, la consignation et la déclaration des réactions indésirables. Cette absence de cadre procédural limite la standardisation des pratiques et peut entraîner une variabilité dans la gestion et la documentation des incidents.

De plus, malgré la formation offerte, le personnel rencontré ne démontre pas une maîtrise uniforme des étapes à suivre en cas de réaction indésirable, ce qui suggère la nécessité de renforcer l'intégration des connaissances à la pratique courante afin d'assurer une application cohérente et conforme des mesures attendues.

### **Compétence**

La politique organisationnelle en vigueur sur la prévention de la violence en imagerie médicale aborde la prévention du harcèlement en milieu de travail et précise les rôles et responsabilités des différentes parties. Elle identifie également les formations requises, contribuant ainsi à l'établissement d'un cadre de référence commun pour les équipes. Toutefois, bien que les principes généraux soient clairement définis, la politique gagnerait à être bonifiée par l'ajout d'un cadre plus opérationnel décrivant les actions à entreprendre en cas d'incident, incluant les étapes à suivre et les mécanismes d'escalade selon la nature et la gravité de la situation, afin de soutenir la prise de décision sur le terrain.

Le mécanisme de dépôt d'avis est bien défini, facilement accessible et conforme aux principes de confidentialité. Les équipes reconnaissent la clarté du processus de signalement ainsi que la protection des informations transmises. Un outil de communication, sous forme d'interphone entre la salle de commande et le bureau d'admission, est en place et facilite une communication rapide lors de situations préoccupantes, contribuant ainsi à renforcer la sécurité du personnel. Toutefois, l'absence d'affichage visible faisant référence à un principe de tolérance zéro envers la violence dirigée vers les employés limite la portée préventive du message auprès des usagers et des visiteurs.

Sur le terrain, il a été constaté que la formation relative à la prévention de la violence et du harcèlement n'a pas été complétée par certaines personnes clés du département. Malgré cela, des simulations et mises en situation sont réalisées au sein des équipes, favorisant le développement de réflexes d'intervention et les échanges entre les membres du personnel. Par ailleurs, afin de renforcer la sécurité, notamment lors du quart de soir, la direction a ajouté un assistant en soutien au technologue et à l'agent administrative, témoignant d'une volonté d'adapter l'organisation du travail aux réalités du milieu clinique.

### **Épisode de soins**

Le personnel rencontré démontre une compréhension claire de l'importance d'une identification rigoureuse et systématique des usagers avant toute intervention ou prestation de service. Cette pratique est bien intégrée aux habitudes de travail et réalisée en collaboration avec les usagers et, le cas échéant, leurs proches, ce qui contribue à renforcer la sécurité des soins.

L'utilisation d'au moins deux identificateurs uniques est appliquée de manière constante et uniforme dans les activités quotidiennes, conformément aux bonnes pratiques reconnues en matière de sécurité des usagers. Cette méthode contribue à la prévention des erreurs et au maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité dans les services d'imagerie médicale.

## Prévention des infections

La direction reconnaît l'importance de l'hygiène des mains comme composante essentielle du programme de prévention et de contrôle des infections et comme levier majeur de sécurité pour les usagers et le personnel. Les principes généraux liés à l'hygiène des mains sont connus et intégrés dans les pratiques quotidiennes, notamment dans les secteurs cliniques, incluant l'imagerie médicale.

Toutefois, il a été observé que les gestionnaires ne disposent pas actuellement d'un cadre structuré leur permettant de démontrer de façon formelle l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains dans le temps. Aucun objectif clair et mesurable n'a été défini, et aucun plan d'amélioration de la qualité spécifique à l'hygiène des mains n'a été élaboré ou documenté. En l'absence d'objectifs, d'indicateurs et de cibles d'amélioration, la vigie des activités liées à l'hygiène des mains demeure limitée et ne permet pas d'assurer un suivi structuré ni une reddition de comptes claire.

De plus, les activités d'amélioration de l'hygiène des mains ne sont pas formellement intégrées dans une démarche d'apprentissage. Les leçons, tirées des observations, des audits ou des initiatives ponctuelles, ne sont pas utilisées de façon systématique pour éclairer le programme de prévention et de contrôle des infections ni pour orienter les décisions des gestionnaires. Cette situation limite la capacité de l'organisation à démontrer l'imputabilité des gestionnaires et l'amélioration continue des pratiques en matière d'hygiène des mains.

Le personnel applique les procédures organisationnelles en vigueur pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical. Les étapes requises sont bien coordonnées afin d'assurer un nettoyage efficace et de réduire au minimum le risque de contamination croisée et de transmission d'infections nosocomiales. Les pratiques observées démontrent une bonne intégration de ces activités dans le déroulement quotidien des soins. Le personnel rencontré démontre une compréhension adéquate des produits à utiliser et des méthodes attendues, ce qui contribue à maintenir un environnement sécuritaire pour les usagers et les employés. Des activités d'apprentissage continu portant sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau sont également offertes, soutenant le maintien des compétences et la mise à jour des connaissances.

Toutefois, bien que les pratiques soient en place et appliquées, aucune documentation formelle n'a été présentée concernant la participation des équipes à des activités visant l'amélioration de la procédure organisationnelle de nettoyage de l'équipement. L'absence de traces documentées limite la capacité à démontrer une démarche structurée d'amélioration continue et à mettre en valeur les ajustements ou les apprentissages réalisés au fil du temps.

## Équipements et appareils médicaux

Un plan d'entretien préventif de l'appareil est en place et respecte les exigences applicables, conformément aux recommandations du fabricant. L'équipement utilisé est à la fine pointe de la technologie et comprend des antennes spécialisées dédiées à des examens spécifiques, permettant de répondre adéquatement aux besoins cliniques et d'assurer une qualité élevée des examens réalisés.

Ce programme contribue de manière significative à la sécurité du personnel et des usagers en favorisant la détection précoce de défaillances potentielles et le maintien de la performance optimale de l'équipement. Les interventions préventives permettent également l'application rapide de mesures correctives lorsque nécessaire, ce qui réduit les risques d'incidents et d'interruptions de service.

Un registre est tenu de façon rigoureuse afin de consigner toute erreur, anomalie ou situation inhabituelle liée au fonctionnement de l'appareil. Cet outil assure la traçabilité des événements, facilite le suivi des problématiques techniques et soutient la mise en œuvre d'actions correctives en collaboration avec les partenaires concernés. De plus, le système de refroidissement de l'appareil est entretenu par une entreprise reconnue, stable et fiable, contribuant à la continuité des opérations et à la protection de l'équipement. Des points de contrôle à distance ont également été implantés pour assurer une surveillance en temps réel du fonctionnement du refroidisseur et de l'appareil. Ces mécanismes favorisent une intervention proactive en cas de variation ou d'anomalie, permettant de prévenir des incidents susceptibles de compromettre la sécurité de l'équipement ou la prestation des services.

Toutefois, aucun processus formel et structuré d'évaluation de l'efficacité globale du programme d'entretien préventif n'est actuellement documenté. L'absence d'une analyse systématique limite la capacité à mesurer l'impact des actions mises en place, à exploiter pleinement les données disponibles et à soutenir les décisions visant l'amélioration continue de la qualité et de la performance de l'équipement.

## **Gestion des médicaments**

L'administration s'assure que l'équipe clinique respecte la procédure organisationnelle encadrant l'utilisation des abréviations, symboles et désignations de doses proscrits dans toute communication liée à la médication. À cet effet, une analyse systématique des abréviations utilisées au sein de la clinique a été réalisée, en portant une attention particulière à celles susceptibles de prêter à confusion dans la pratique clinique.

À la suite de cet exercice, certaines abréviations ont été retirées de l'usage interne et opérationnel. Cette démarche proactive vise à améliorer la clarté des communications cliniques, à réduire le risque d'erreurs médicamenteuses et à renforcer la sécurité ainsi que la qualité des soins offerts aux usagers. Par ailleurs, l'ensemble des formulaires liés à la médication a été révisé afin d'éliminer toute possibilité d'y inscrire des abréviations non conformes. Des ajustements ont également été apportés aux outils cliniques afin de limiter leur utilisation dans la pratique quotidienne.

Toutefois, en raison du caractère récent des travaux réalisés et de l'absence de données cumulées ou d'indicateurs de suivi, il n'a pas été possible de constater que le plan d'amélioration de la qualité du circuit du médicament comporte des activités formellement définies visant à mesurer et à améliorer l'adhésion à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses à ne pas utiliser. L'intégration d'activités ciblées ou d'indicateurs de suivi en lien avec cet enjeu permettrait de soutenir l'évaluation des pratiques et de renforcer la démarche d'amélioration continue.

Il a été constaté que la clinique n'a pas encore procédé à l'identification formelle des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisés dans sa pratique, qu'ils soient administrés de façon courante ou occasionnelle. En l'absence de cette identification, aucune stratégie spécifique d'atténuation des risques n'a été définie ni documentée afin d'encadrer de manière structurée la gestion de ces médicaments à risque.

Une démarche visant à revoir l'ensemble des médicaments utilisés en clinique, à analyser les risques associés selon les contextes d'utilisation et à évaluer leur niveau de criticité permettrait d'établir une liste claire et documentée des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cette étape constituerait une base essentielle pour la mise en place de mesures ciblées et adaptées à la pratique clinique. À cet égard, il est suggéré de se référer aux ressources de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) afin de soutenir l'élaboration de la procédure associée :

- <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCanada-GuideNiveauAlerteEleve-2024.pdf>
- <https://ismpcanada.ca/fr/resource/listeniveaualerteeleve/>

Le laboratoire d'imagerie médicale applique des pratiques visant à encadrer l'utilisation des médicaments par le personnel autorisé à les administrer. Les équipes cliniques concernées démontrent une bonne compréhension de leurs rôles et responsabilités en lien avec la gestion de la médication utilisée lors des examens d'imagerie.

Toutefois, il a été observé que l'accès aux médicaments n'est pas limité exclusivement au personnel autorisé. D'autres membres du personnel, dont le personnel d'entretien ménager, peuvent accéder aux zones d'entreposage des médicaments. Cette situation expose à un risque d'accès non contrôlé et ne permet pas d'assurer une sécurisation optimale de la médication, conformément aux bonnes pratiques reconnues.

Dans ce contexte, la mise en place de mesures simples et concrètes, telles que l'utilisation de dispositifs de verrouillage adaptés aux lieux d'entreposage, permettrait de restreindre l'accès aux médicaments au personnel autorisé.

Par ailleurs, la présence de matériel périmé a été constatée dans une armoire à médicaments. Ce constat indique que la surveillance de la conformité aux procédures de gestion des médicaments, incluant le suivi des dates de péremption, n'est pas effectuée de manière systématique. Il est également à noter que des recommandations formulées lors de la visite d'agrément de 2022 portaient déjà sur l'élimination du matériel périmé, ce qui souligne la nécessité de renforcer les mécanismes de contrôle et de suivi en place.

En l'absence d'une vigie structurée et documentée, les écarts ne peuvent être identifiés ni corrigés de façon proactive et durable. Une approche plus formalisée favoriserait la prévention de la récurrence de ce type de situation et appuierait la démonstration de l'amélioration continue des pratiques en matière de gestion des médicaments.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.3	Le laboratoire d'imagerie médicale renseigne et forme les membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer les incidents liés à la violence au travail, ce qui inclut toute forme d'abus, d'agression, de menaces et de voie de fait.	Priorité élevée
3.1.2	Le laboratoire d'imagerie médicale est conforme aux règlements applicables en matière d'accessibilité universelle.	Priorité élevée
3.1.9	Le laboratoire d'imagerie médicale dispose d'un système d'alimentation électrique de secours pour le matériel essentiel et les serveurs, système qui est mis à l'essai régulièrement, conformément aux règlements applicables ainsi qu'aux recommandations du fabricant.	Priorité élevée
3.2.1	Les membres de l'équipe du laboratoire d'imagerie médicale reçoivent la formation et les mises à jour appropriées sur les règlements applicables en ce qui concerne les matières dangereuses utilisées au travail.	Priorité élevée
3.2.4	Le laboratoire d'imagerie médicale nettoie et élimine les matières contaminées conformément aux règlements applicables.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.3.2	<p>Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé</p> <p>3.3.2.1 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisés dans leur établissement.</p> <p>3.3.2.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>3.3.2.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisée est régulièrement mise à jour pour intégrer apprentissages pertinents tirés des rapports et des analyses d'incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments.</p> <p>3.3.2.4 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques des activités d'apprentissage continues sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>3.3.2.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer les pratiques sécuritaires liées aux médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	POR
3.3.8	<p>POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS SEULEMENT : Le laboratoire d'imagerie médicale veille à ce que seul le personnel autorisé ait accès aux médicaments.</p>	Priorité élevée
3.3.12	<p>POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS SEULEMENT : Le laboratoire d'imagerie médicale surveille régulièrement la conformité à ses procédures en matière de gestion des médicaments et apporte des améliorations, au besoin.</p>	Priorité normale
4.2.1	<p>Le laboratoire d'imagerie médicale a des procédures signées par le directeur médical ou son remplaçant désigné concernant la réalisation des examens d'imagerie diagnostique.</p>	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.3.1	<p>Améliorer les pratiques d'hygiène des mains</p> <p>4.3.1.4 Les gestionnaires de l'établissement assurent la vigie des activités d'amélioration de l'hygiène des mains dans le temps en fonction des indicateurs identifiés.</p> <p>4.3.1.5 Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que le programme de prévention et de contrôle des infections soit éclairé par les leçons apprises des activités d'amélioration de l'hygiène des mains.</p>	POR
4.3.2	Le laboratoire d'imagerie médicale nettoie et élimine les matières contaminées par le sang, les fluides corporels et les autres déchets biologiques conformément à ses procédures sur la gestion des matières dangereuses.	Priorité élevée
4.3.4	<p>Nettoyage et désinfection de bas niveau de l'équipement médical</p> <p>4.3.4.5 Les équipes participent à des activités visant à améliorer la procédure organisationnelle de nettoyage et de désinfection de bas niveau de l'équipement médical.</p>	POR
5.2.3	Le laboratoire d'imagerie médicale revoit les renseignements sur l'examen d'imagerie diagnostique avec les usagers et leurs familles et obtient le consentement libre et éclairé verbalement ou par écrit avant d'effectuer l'examen, conformément aux règlements applicables.	Priorité élevée
5.3.6	POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS SEULEMENT : L'équipe suit les politiques et procédures du laboratoire d'imagerie médicale pour traiter, consigner et déclarer les réactions indésirables.	Priorité élevée
7.2.1	<p>Programme d'entretien préventif</p> <p>7.2.1.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.</p>	POR