

1.0 Résumé

L'imagerie médicale diagnostique comprend l'utilisation de services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomographie par ordinateur (TDM) pour fournir aux médecins des données importantes qui leur permettent de poser un diagnostic et de surveiller l'état des patients. De tels examens menés en temps opportun, qui sont de qualité et qui sont médicalement nécessaires peuvent aider les médecins à poser un diagnostic exact et à traiter de nombreuses maladies tôt après leur apparition et ultimement, ils peuvent contribuer à de meilleurs résultats en matière de santé pour les patients.

Étant donné les nouveautés technologiques qui permettent d'élargir la gamme des utilisations médicales et des maladies pouvant être diagnostiquées, le nombre d'examens d'IRM s'est accru de 17 % et celui des examens de TDM de plus de 30 % au cours des cinq années jusqu'en 2017-2018, exception faite des cas très urgents (la collecte de données sur les urgences n'était pas obligatoire avant 2015).

Par l'entremise des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est chargé de la surveillance du financement et du rendement des services d'IRM et

de TDM en Ontario. Parmi les 137 hôpitaux publics que comptaient l'Ontario en avril 2018, 78 étaient dotés d'au moins un appareil d'IRM ou de TDM.

L'accès rapide aux services d'IRM et de TDM est au cœur de la Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente. Aux fins du triage des patients, les radiologistes doivent utiliser les quatre niveaux et les cibles de temps d'attente pour chacun établis par le Ministère : cas très urgent (dans les 24 heures), cas urgent (dans les deux jours), cas moins urgent (dans les 10 jours) et cas non urgent (dans les 28 jours). Ces cibles sont fixées pour le 90^e percentile; autrement dit, 90 % des patients de chaque catégorie devraient subir leur examen dans les temps d'attente ciblés à compter de la date de réception de leur demande. En bref, au plus 10 % des patients devraient avoir des temps d'attente plus longs.

Durant notre audit, nous avons constaté que dans l'ensemble, les temps d'attente des patients nécessitant un examen d'IRM ou de TDM étaient les plus brefs par rapport à ceux de cinq provinces pour lesquelles des données sur les temps d'attente au 90^e percentile étaient accessibles (il n'existe pas d'information publique pour la Colombie-Britannique ni le Québec). Toutefois, pour beaucoup d'Ontariens qui avaient besoin d'un examen, les temps d'attente ont été significativement longs par rapport aux temps ciblés par le Ministère. Nous avons également constaté que si les appareils d'IRM et de TDM existants

avaient été utilisés pendant un plus grand nombre d'heures, les patients auraient été plus nombreux à pouvoir être examinés et les temps d'attente auraient diminué. Notre audit a également relevé des possibilités de gains d'efficacité et de meilleure utilisation des ressources qui pourraient contribuer à la réduction des temps d'attente pour les examens d'IRM et de TDM. Certaines de nos constatations particulières s'appliquent aux deux types d'examens, tandis que d'autres sont propres à chacun.

Services d'IRM

En 2017-2018, 108 appareils d'IRM dans 52 hôpitaux ont permis de faire plus de 835 600 examens. Au cours de cet exercice, le Ministère a versé à ces hôpitaux 157 millions de dollars ainsi qu'un paiement ponctuel supplémentaire de 7,3 millions qui allait devoir être utilisé expressément pour les services d'IRM. Les hôpitaux peuvent également utiliser à leur discrétion des fonds provenant de leur budget général (financement forfaitaire annuel du Ministère) ou d'autres sources pour offrir davantage de services d'IRM.

- **Pour 65 % des patients classés aux niveaux de priorité moins urgent et non urgent, les temps d'attente ont été plus longs que les temps ciblés par le Ministère pour les services d'IRM.** Les hôpitaux de la province ont été généralement en mesure de fournir des services en temps opportun aux patients des niveaux de priorité très urgent et urgent, mais n'ont pas pu le faire pour les patients des niveaux moins urgent ou non urgent. Il est quand même important que ces patients des niveaux moins urgent ou non urgent obtiennent eux aussi des services en temps opportun. De longs temps d'attente retardent le diagnostic et le traitement et peuvent avoir des répercussions sur la qualité de vie des patients, comme leur capacité de retourner au travail, à l'école ou à leurs activités courantes. Dans certains cas, la longue attente peut entraîner une détérioration de l'état du patient.

Chez les patients de niveau très urgent, seulement 5 % ont attendu plus longtemps que le temps ciblé de 24 heures. Chez les patients de niveau urgent, 17 % ont attendu jusqu'à cinq jours de plus que le temps ciblé de deux jours. Les patients des niveaux moins urgent et non urgent ont représenté 91 % de tous les examens d'IRM effectués en 2017-2018. Dans l'ensemble, seulement 35 % des patients des niveaux moins urgent et non urgent (et non pas la proportion visée de 90 %) ont eu leur examen d'IRM dans les temps d'attente ciblés par le Ministère, soit 10 jours et 28 jours respectivement. Pour les autres patients (soit 65 %, plutôt que la proportion ciblée de 10 %), les temps d'attente ont été plus longs que les temps ciblés (voir la figure 7).

- **Les temps d'attente pour les examens d'IRM varient selon le lieu de résidence du patient dans la province.** Les écarts dans les temps d'attente étaient particulièrement importants pour les patients classés au niveau non urgent. Selon le lieu de résidence du patient et la demande de services d'IRM dans un RLISS donné, les temps d'attente sont plus brefs ou plus longs que dans d'autres RLISS. Le Ministère n'a pas analysé les causes des grandes variations dans les temps d'attente entre les RLISS.

En 2017-2018, dans le RLISS affichant les temps d'attente les plus longs, 90 % des patients de niveau non urgent avaient attendu jusqu'à 203 jours, par rapport à 63 jours dans le RLISS ayant les temps d'attente les plus brefs.

- **Les patients ont des temps d'attente inutilement longs alors que les appareils d'IRM et de TDM ne sont pas utilisés assez longtemps, en dépit de leur capacité.** Nous avons constaté que des appareils d'IRM auraient pu être utilisés davantage, ce qui aurait permis de réduire les temps d'attente, mais que faute des ressources financières

nécessaires, les hôpitaux n'étaient pas en mesure d'accroître les heures d'utilisation des appareils. Si la totalité des 108 appareils d'IRM en Ontario avait été utilisée 16 heures par jour, 7 jours par semaine, les hôpitaux auraient pu surpasser les cibles de temps d'attente du Ministère.

En 2017-2018, les 108 appareils d'IRM n'ont été utilisés en moyenne qu'à 56 % de leur capacité maximale (qui est de 24 heures par jour, 7 jours par semaine). Nous avons estimé à environ 34 millions de dollars les coûts supplémentaires qui permettraient de respecter les cibles ministérielles d'ici la fin de l'exercice 2018-2019, en supposant que les hôpitaux utilisent les appareils pendant 132 197 heures de plus qu'en 2017-2018 à un taux horaire de 260 \$.

- **Les rendez-vous auxquels les patients ne se présentent pas sont coûteux, mais ni le Ministère ni les hôpitaux n'en connaissent les causes.** Lorsque des patients ne se présentent pas à leur rendez-vous ou l'annulent le jour même, les appareils d'imagerie peuvent rester inutilisés si les hôpitaux ne trouvent pas rapidement un autre patient pour remplacer celui qui ne s'est pas présenté. L'absence de systèmes de communication conviviaux dans les hôpitaux que les patients pourraient utiliser pour confirmer qu'ils ont été informés de leur rendez-vous, notamment des systèmes de courriel et de messagerie texte, est l'une des raisons qui expliquent les rendez-vous manqués. Nous avons aussi constaté qu'aucun des quatre hôpitaux dans lesquels nous avons mené l'audit ne faisait de suivi systématique des causes des rendez-vous manqués.

Les taux de rendez-vous manqués pour un examen d'IRM dans les hôpitaux de l'Ontario variaient de 0,1 % à 13,4 %. En 2017-2018, les hôpitaux ont déclaré un total de 48 320 rendez-vous manqués pour un examen d'IRM. Selon nos estimations, cela représente des coûts

d'environ 6,2 millions de dollars pour les hôpitaux, coûts qui sont essentiellement liés au personnel.

Examens de TDM

En 2017-2018, 165 appareils de TDM dans 78 hôpitaux ont servi à faire près de 1,8 million d'examens. Au cours de cet exercice, le Ministère a accordé 9 millions de dollars à ces hôpitaux, expressément pour les services de TDM. Les hôpitaux utilisent davantage leur budget général pour assurer les services de TDM – les 9 millions de dollars sont fournis à titre de financement additionnel.

- **Pour 33 % des patients des niveaux moins urgent ou non urgent qui attendaient un examen de TDM, les temps d'attente ont été plus longs que les temps ciblés par le Ministère.** Dans l'ensemble, les hôpitaux de la province étaient en mesure de fournir des services en temps opportun aux patients des niveaux de priorité très urgent et urgent, mais non pas à ceux des niveaux moins urgent ou non urgent.

Moins de 1 % des patients de niveau très urgent ont dépassé le temps d'attente cible de 24 heures, et 4 % des patients de niveau urgent ont attendu jusqu'à 4 jours de plus que la cible de 2 jours. Les patients des niveaux moins urgent et non urgent représentaient 49 % de tous les examens de TDM effectués en 2017-2018. Seulement 67 % des patients des niveaux moins urgent et non urgent (et non pas la proportion ciblée de 90 %) ont eu leur examen d'IRM dans les temps d'attente ciblés par le Ministère, soit 10 jours et 28 jours respectivement. Pour les autres patients (soit 33 %, plutôt que la proportion ciblée de 10 %), les temps d'attente ont été plus longs (voir la **figure 9**).

- **Les temps d'attente pour les examens de TDM varient selon le lieu de résidence du patient dans la province.** C'est pour les patients classés au niveau non urgent que

les écarts dans les temps d'attente étaient les plus importants. Selon le lieu de résidence du patient et la demande de services de TDM dans un RLISS donné, les temps d'attente sont plus longs ou plus courts que dans d'autres RLISS. Le Ministère n'a pas analysé les causes des grandes variations dans les temps d'attente entre les RLISS.

En 2017-2018, dans le RLISS affichant les temps d'attente les plus longs, 90 % des patients de niveau non urgent avaient attendu jusqu'à 127 jours, par rapport à 27 jours dans le RLISS ayant les temps d'attente les plus brefs.

- **Les patients ont des temps d'attente inutilement longs alors que les appareils de TDM ne sont pas utilisés assez longtemps, en dépit de leur capacité.**

Nous avons constaté que des appareils de TDM auraient pu être utilisés davantage, ce qui aurait permis de réduire les temps d'attente, mais les hôpitaux n'avaient pas les moyens financiers d'accroître les heures d'utilisation des appareils.

En moyenne, les 165 appareils de TDM n'ont été utilisés qu'à environ 37 % de leur capacité maximale en 2017-2018, malgré les longs temps d'attente. Action Cancer Ontario n'a pas de modèle de prévision pour déterminer le nombre d'heures nécessaires pour atteindre les temps d'attente ciblés par le Ministère pour les examens de TDM.

- **Les rendez-vous auxquels les patients ne se présentent pas sont coûteux, mais ni le Ministère ni les hôpitaux n'en connaissent pas les causes.** L'absence de systèmes de communication conviviaux dans les hôpitaux que les patients pourraient utiliser pour confirmer qu'ils ont été informés de leur rendez-vous, notamment des systèmes de courriel et de messagerie texte, est l'une des raisons qui expliquent les rendez-vous manqués. Nous avons constaté qu'aucun des quatre hôpitaux dans lesquels nous avons

mené l'audit ne faisait de suivi systématique des raisons des rendez-vous manqués.

Les taux des rendez-vous manqués pour un examen de TDM dans les hôpitaux de l'Ontario varient de 0,6 % à 13 %. En 2017-2018, les hôpitaux ont déclaré un total de 57 916 rendez-vous manqués pour des examens de TDM, mais ils ont été en mesure de trouver aisément d'autres patients pour remplacer ceux qui ne s'étaient pas présentés.

Services d'IRM et de TDM

- **Le Ministère n'est pas en mesure de justifier les méthodes de financement des examens d'IRM et de TDM, qui n'ont pas été modifiées depuis plus de 10 ans.** Le Ministère n'a pas passé en revue sa méthode de financement des IRM ni des TDM et n'a pas non plus intégré à cette méthode les données sur le coût réel par examen déclarées par les hôpitaux, sur la demande et sur la capacité dans chaque hôpital ni sur la complexité des examens dont les patients ont besoin.
- **Il n'y a pas d'évaluation obligatoire des résultats des IRM et des TDM par des pairs dans les hôpitaux ontariens.** L'absence de programme d'évaluation par les pairs entraîne pour les patients et les hôpitaux un risque d'interprétation erronée des images d'IRM et de TDM et/ou un mauvais diagnostic de l'état d'un patient. En 2013, un examen des travaux d'un radiologue dans un établissement de Trillium Health Partners a révélé des problèmes liés à plus de 640 TDM, dont certains concernaient des cancers non diagnostiqués. Le Ministère a demandé à l'organisme Qualité des services de santé Ontario (QSSO) de diriger la mise en place d'un programme provincial d'évaluation par des médecins pairs dans tous les établissements qui fournissent des services d'imagerie médicale. Mais les progrès sont lents.

- **Les hôpitaux n'effectuent pas systématiquement d'évaluation ou de suivi pour déterminer si toutes les demandes d'examen d'IRM ou de TDM étaient cliniquement nécessaires.** Il est essentiel d'effectuer un suivi du nombre d'examens inutiles ou inappropriés, car ces examens n'améliorent pas la santé du patient et nécessitent des ressources qui pourraient autrement servir à aider les patients qui ont besoin de tels examens. Dans les quatre hôpitaux visés par notre travail d'audit, il incombe aux radiologistes de l'hôpital de déterminer le niveau de priorité de chaque demande d'examen et de rejeter celles qui sont jugées inappropriées. Or, aucun de ces hôpitaux ne consigne le nombre de demandes inappropriées refusées.

Établissements de santé autonomes

Depuis 2003, le Ministère a conclu des ententes de fourniture de services d'IRM et de TDM avec sept établissements de santé autonomes (ESA). Ces services, surtout des examens moins urgents ou non urgents, sont assurés par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario, de sorte que les patients n'ont rien à déboursier. Ces ESA, qui disposent collectivement de six appareils d'IRM et deux appareils de TDM, ont réalisé environ 48 000 examens d'IRM et 11 320 de TDM à l'extérieur du milieu hospitalier.

- **Les ententes conclues entre le Ministère et ESA ne comprennent pas de taux horaires normalisés ni de mesures du rendement à l'égard des temps d'attente.** Aux termes de la *Loi de 1990 sur les établissements de santé autonomes*, le Ministère est responsable de l'octroi de permis aux ESA ainsi que de leur financement et de la coordination des évaluations d'assurance de la qualité. Nous avons constaté qu'on ne s'attend pas à ce que les ESA respectent des critères de rendement comme des cibles pour les temps d'attente.

En outre, les taux horaires varient : le coût d'un même examen d'IRM peut varier dans des proportions atteignant 175 % entre deux ESA différents et le coût d'un même examen de TDM peut varier dans des proportions atteignant 280 % entre deux ESA. Le Ministère ignore le coût réel d'un examen effectué à l'extérieur des hôpitaux et il ne peut donc pas déterminer si les taux actuellement accordés aux ESA sont raisonnables.

Conclusion globale

Notre audit nous a permis de conclure que ce ne sont pas tous les patients ayant besoin d'un examen d'IRM et/ou de TDM qui ont reçu un service rapide et équitable, en particulier les patients classés aux niveaux de priorité moins urgent et non urgent. Même si les temps d'attente en Ontario étaient les plus courts pour les patients ayant besoin d'un examen d'IRM et/ou de TDM par rapport aux temps d'attente dans cinq autres provinces pour lesquelles des données semblables étaient publiées, les hôpitaux de l'Ontario ne respectent pas les cibles de temps d'attente fixées par le Ministère. Les temps d'attente avant d'obtenir un examen d'IRM ou de TDM variaient selon le lieu de résidence des patients.

Nous avons également conclu que les services d'IRM et de TDM ne sont pas fournis selon un bon rapport coût-efficacité. Le Ministère n'a pas passé en revue les taux horaires qu'il verse aux hôpitaux pour les IRM ni sa méthode de financement des services d'IRM ou de TDM depuis plus de dix ans. Il n'a pas non plus intégré à sa méthode de financement des données sur le coût par examen, la demande et la capacité de chaque hôpital ni la complexité des examens dont les patients ont besoin. En outre, les taux horaires que le Ministère verse aux sept ESA varient grandement alors que les services d'examen sont semblables.

Les hôpitaux dans lesquels nous nous sommes rendus avaient adopté des politiques et des procédures d'évaluation pour assurer la sécurité des patients pendant les examens d'IRM. Les

radiologistes dans les hôpitaux veillaient également à ce que les patients soient exposés à une dose de rayonnement minimale pendant les examens de TDM et à ce que ceux-ci donnent des images claires en conformité des normes applicables. Toutefois, les hôpitaux n'effectuent pas systématiquement d'évaluation ou de suivi pour déterminer si toutes les demandes d'examen d'IRM ou de TDM étaient cliniquement nécessaires.

Selon notre audit, même si les temps d'attente sont évalués, mesurés et communiqués au public à intervalles réguliers, il serait possible de fournir des renseignements plus utiles et plus complets aux patients et à leurs médecins, afin de les aider à prendre des décisions éclairées au sujet des endroits où aiguiller les patients pour que les examens se fassent le plus rapidement possible.

Le présent rapport contient 13 recommandations préconisant 33 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Reconnaissant le rôle important que l'IRM et la TDM jouent dans le diagnostic et le traitement des maladies, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est déterminé à travailler avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les hôpitaux et Action Cancer Ontario (ACO) à l'amélioration continue de la qualité en matière de coût-efficacité, de sécurité, de pertinence, d'efficacité, de répartition équitable et de renforcement des capacités pour assurer des services d'IRM et de TDM de grande qualité et qui sont offerts en temps opportun à l'ensemble des Ontariens et des Ontariennes. Nous remercions la vérificatrice générale de nous avoir fait part du fruit de ses réflexions et de ses recommandations.

L'audit met en lumière plusieurs domaines dans lesquels le Ministère renforcera les efforts et les initiatives actuels à des fins d'évaluation, d'examen et d'amélioration. Cela comprend

des améliorations au chapitre des horaires d'utilisation des appareils, de la pertinence des aiguillages et de la façon dont le Ministère finance l'exploitation des IRM et des TDM. Le Ministère va continuer de travailler étroitement avec ACO, les RLISS, les hôpitaux et d'autres partenaires du système pour veiller à ce que les Ontariens et les Ontariennes continuent d'avoir accès à des services d'IRM et de TDM de grande qualité.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu des services d'IRM et de TDM

L'imagerie médicale diagnostique comprend l'utilisation de services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM) pour fournir aux médecins des données importantes qui leur permettent de poser un diagnostic et de surveiller l'état de santé des patients. Plusieurs raisons peuvent justifier le recours à l'imagerie médicale : dépister des maladies chez des patients à risque, atténuer l'incertitude concernant un diagnostic, aider à la prise de décisions sur le choix des soins, évaluer les traitements et/ou guider une opération ou une autre intervention. De tels examens menés en temps opportun, de qualité et médicalement nécessaires peuvent aider les médecins à poser un diagnostic exact et à traiter de nombreuses maladies tôt après leur apparition et ultimement contribuer à de meilleurs résultats en matière de santé pour les patients.

Les services d'IRM et de TDM sont offerts aux patients qui en font la demande par l'entremise de leur médecin. Avant de faire une demande, un patient peut consulter son médecin sur le choix de l'hôpital ou de l'établissement de santé autonome (ESA) en fonction de divers critères, comme l'emplacement le plus proche, les temps d'attente,

la longueur du déplacement qu'est prêt à faire le patient et la possibilité de coordonner l'examen avec d'autres tests ou consultations. Le médecin traitant prépare la demande et l'envoie au service d'imagerie médicale d'un hôpital ou d'un ESA. Avant qu'un rendez-vous soit fixé pour le patient, un radiologiste évalue la demande, détermine le type d'examen et attribue un niveau de priorité au cas : très urgent, urgent, moins urgent et non urgent. Le personnel responsable de la planification des rendez-vous inscrit ensuite le patient au calendrier des examens d'IRM ou de TDM, selon le type d'examen requis (partie du corps visée et autres exigences afin d'obtenir des images claires et utilisables).

À l'arrivée du patient à l'hôpital ou à l'ESA, le personnel doit passer en revue avec lui les procédures de sécurité avant l'examen. La suite du processus prévoit d'autres étapes pour l'examen du patient, l'étude des images et la production d'un rapport sur les constatations cliniques reposant sur les images. Ce rapport est ensuite envoyé au médecin traitant. L'**annexe 1** illustre les principales étapes du processus que doit suivre un patient, de la première consultation avec son médecin jusqu'à l'obtention des résultats de l'examen. L'**annexe 2** énumère certains des points communs entre les examens d'IRM et de TDM et leurs différences.

2.2 Services d'IRM

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est une technique d'imagerie médicale utilisée pour visualiser, à l'aide des champs magnétiques, des structures internes détaillées. L'IRM fournit des images en trois dimensions des organes du corps; elle est particulièrement utile pour donner des images de tissus mous comme les ligaments, tendons, organes et tumeurs. Elle peut également fournir d'excellentes images de la tête, de la colonne vertébrale, des muscles et des articulations.

2.2.1 Principales statistiques sur la réalisation des examens d'IRM

Sur une période de cinq ans (de 2013-2014 à 2017-2018), le nombre total d'examens d'IRM effectués dans les hôpitaux de l'Ontario a augmenté de 17 %, passant de 702 047 à 824 805. (Cette tendance ne tient pas compte des examens très urgents, car il n'y avait pas d'obligation en 2013-2014 et en 2014-2015 de recueillir des données provinciales sur ces examens. En 2017-2018, les examens très urgents ne représentaient que 1 % de tous les examens d'IRM.) Les progrès en technologie d'imagerie incitent les médecins à faire de plus en plus souvent appel à l'IRM pour établir un diagnostic sur l'état de patients, par exemple pour diagnostiquer des incidents cardiaques, le dépistage d'un cancer et l'examen de femmes à risque élevé de cancer du sein. Il y a également une hausse de la demande d'examens de suivi pour évaluer la progression ou la rémission de maladies.

La **figure 1** montre le nombre d'examens d'IRM réalisés de 2013-2014 à 2017-2018. Nous avons constaté ce qui suit en ce qui concerne les examens effectués pendant l'exercice 2017-2018 :

- 69 % des examens d'IRM ont été réalisés pour des patients de 18 à 65 ans; la plupart des cas étaient non urgents.
- La majorité des examens d'IRM visait la tête (31 % du total), la colonne vertébrale (25 %) et les extrémités, c'est-à-dire les membres (24 %). Les 20 % restants visaient d'autres parties du corps, soit l'abdomen, le bassin, les seins et le cou.

2.2.2 Financement des examens d'IRM

Le Ministère verse chaque année un paiement forfaitaire (le « budget général ») à chaque hôpital, en fonction des dépenses antérieures et de l'inflation. Il accorde également un financement supplémentaire pour divers programmes, y compris les activités liées aux examens d'IRM. En mars

Figure 1 : Nombre d'examen d'IRM effectués dans les hôpitaux, de 2013-2014 à 2017-2018

Source des données : Action Cancer Ontario

Niveau de priorité	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	Variation (%) entre	% du total
						2013-2014 et 2017-2018	2017-2018
Urgent	46 109	50 333	55 951	59 976	63 741	38	8
Moins urgent	93 190	97 330	104 966	110 861	116 706	25	14
Non urgent	562 748	587 752	606 468	637 127	644 358	15	77
Total, autres que très urgent	702 047	735 415	767 385	807 964	824 805	17	99
Très urgent*	s.o.	s.o.	10 267	11 298	10 843	s.o.	1
Total	s.o.	s.o.	777 652	819 262	835 648	s.o.	100

* La collecte de données sur les temps d'attente pour les examens très urgents n'était pas une exigence pour les exercices 2013-2014 et 2014-2015. Action Cancer Ontario n'a pas pour mandat de valider les données sur les temps d'attente ni sur le nombre d'examen très urgents recueillies depuis 2015-2016, car les temps d'attente pour ces examens ne sont pas publiés.

2018, on recensait 108 appareils d'IRM dans 52 des 137 hôpitaux de l'Ontario. En 2017-2018, le Ministère a versé à ces hôpitaux 157 millions de dollars pour l'utilisation de ces appareils; cette somme était la même lors des deux exercices précédents. Cela représente une hausse de 3 % par rapport à 2013-2014, exercice au cours duquel les hôpitaux avaient reçu 152 millions de dollars. Le Ministère a accordé aux hôpitaux un financement ponctuel de 7,3 millions de dollars en 2017-2018 et de 6,9 millions de dollars en 2018-2019; ces sommes devaient servir expressément au dépistage et/ou au diagnostic du cancer du sein dans les cas urgents ou moins urgents et les cas présentant des risques élevés.

Étant donné que le Ministère n'accorde pas de financement d'immobilisations distinct pour les appareils d'IRM, il n'existe pas de plan provincial d'immobilisations pour ces appareils. Le Ministère ne verse aucun financement d'immobilisations pour les appareils d'IRM, mais il finance l'utilisation des appareils en se fondant essentiellement sur des taux horaires préétablis, comme le décrit la **section 4.5**. Pour acheter ou remplacer un appareil, les hôpitaux utilisent une part de leur budget interne d'immobilisations et/ou des fonds provenant de campagnes de financement locales. Le financement d'immobilisations pour les appareils

d'IRM est décrit à la **section 4.7.2**. L'**annexe 3** montre la répartition des 108 appareils d'IRM entre les 52 hôpitaux qui en sont dotés ainsi que les temps d'attente à chaque hôpital en 2017-2018.

2.3 Services de TDM

La tomodensitométrie (TDM) utilise les photons radiographiques pour produire de multiples images qui sont ensuite numériquement reconstruites. L'appareil de TDM se compose d'un tube à rayons X et de détecteurs. Le tube produit un faisceau de rayons X qui traverse le corps du patient et le processus d'imagerie regroupe l'ensemble des images prises par les rayons X à divers angles. L'ordinateur de l'appareil crée ensuite des images transversales du corps. L'utilisation de la TDM est particulièrement efficace pour la tête, les os et les parties du corps où il y a beaucoup de mouvement, comme le thorax et l'abdomen. Comme nous le mentionnons à la **section 2.2**, la TDM est généralement utilisée pour examiner les mêmes parties du corps que celles qui feraient l'objet d'un examen d'IRM.

2.3.1 Principales statistiques sur la réalisation d'examen de TDM

Sur une période de cinq ans (de 2013-2014 à 2017-2018), le nombre total d'examens de TDM réalisés dans les hôpitaux de l'Ontario a augmenté de 31 %, passant de 939 258 à 1 234 131. (Cette tendance ne tient pas compte des examens très urgents, car il n'y avait pas d'obligation en 2013-2014 et en 2014-2015 de recueillir des données provinciales sur ces examens. En 2017-2018, les TDM très urgents représentaient 31 % du total des examens de TDM.) La province a ainsi constaté une hausse des demandes d'examen de TDM présentées par des spécialistes aux fins de l'évaluation de l'état initial de cellules possiblement cancéreuses chez un patient ou de l'état d'avancement de la maladie ainsi que du nombre d'examens de suivi pour les patients qui doivent faire l'objet d'une surveillance pour évaluer l'évolution ou la rémission d'une maladie.

La **figure 2** montre le nombre d'examens de TDM réalisés. Nous avons constaté ce qui suit en ce qui concerne les examens effectués au cours de l'exercice 2017-2018 :

- Un nombre égal d'examens a été réalisé pour des patients de 18 à 65 ans et pour des patients de plus de 65 ans, à tous les niveaux de priorité.

- 81 % des examens visaient l'abdomen (30 % du total); le cerveau (28 %) et le thorax (23 %); les 19 % restants visaient d'autres parties du corps comme la tête et le cou, la colonne vertébrale et le bassin.

2.3.2 Financement des examens de TDM

Chaque année, le Ministère verse un paiement forfaitaire (le « budget général ») à chaque hôpital, en fonction des dépenses antérieures et de l'inflation. Il accorde également un financement supplémentaire pour divers programmes, y compris les activités liées aux examens de TDM. En mars 2018, on recensait 165 appareils de TDM dans 78 hôpitaux de l'Ontario; traditionnellement, le Ministère versait chaque année à ces hôpitaux un financement supplémentaire d'environ 9 millions de dollars pour l'utilisation des appareils. Le Ministère considère cette somme comme un financement supplémentaire, car il s'attend à ce que les hôpitaux financent l'utilisation de leurs appareils de TDM à même leur budget général. L'**annexe 4** montre la répartition des 165 appareils de TDM dans les 78 hôpitaux en Ontario ainsi que les temps d'attente à chaque hôpital en 2017-2018.

Figure 2 : Nombre d'examens de TDM effectués dans les hôpitaux, de 2013-2014 à 2017-2018

Source des données : Action Cancer Ontario

Niveau de priorité	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	Variation (%) entre	
						2013-2014 et 2017-2018	% du total 2017-2018
Urgent	228 786	256 316	283 810	343 888	365 120	60	20
Moins urgent	254 033	266 425	267 192	289 990	313 604	23	18
Non urgent	456 439	473 133	507 562	544 465	555 407	22	31
Total, autres que très urgent	939 258	995 874	1 058 564	1 178 343	1 234 131	31	69
Très urgent*	s.o.	s.o.	341 496	495 604	556 131	s.o.	31
Total	s.o.	s.o.	1 400 060	1 673 947	1 790 262	s.o.	100

* La collecte de données sur les temps d'attente pour les examens très urgents n'était pas une exigence pour les exercices 2013-2014 et 2014-2015. Action Cancer Ontario n'a pas pour mandat de valider les données sur les temps d'attente ni sur le nombre d'examens très urgents recueillies depuis 2015-2016, car les temps d'attente pour ces examens ne sont pas publiés.

2.4 Cibles de temps d'attente

Le Ministère définit ainsi un temps d'attente : « la période entre la date où l'hôpital reçoit la demande du médecin pour un examen d'IRM ou de TDM et la date de l'examen lui-même ». L'**annexe 1** fournit un diagramme du processus suivi par le patient, y compris le temps d'attente.

Afin d'établir un ordre de priorité pour l'accès aux services d'IRM et de TDM, le Ministère s'est inspiré des conseils d'experts cliniciens pour classer les patients en quatre niveaux : très urgent (niveau de priorité 1), urgent (niveau de priorité 2), moins urgent (niveau de priorité 3) et non urgent (niveau de priorité 4). Les radiologistes des hôpitaux utilisent ces catégories pour faire le triage et le classement des patients en fonction de l'urgence de l'examen.

En 2005-2006, dans le cadre de la Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente, le Ministère s'est inspiré des conseils d'experts cliniciens pour établir des cibles de temps d'attente pour la prestation des services d'IRM et de TDM à chaque niveau de priorité; ces temps d'attente sont présentés à la **figure 3**. La cible du Ministère vise le 90^e percentile. En d'autres mots, 90 % des patients devraient avoir leur examen dans le délai cible

fixé par le Ministère et au plus 10 % des patients devraient attendre plus longtemps.

Les hôpitaux sont tenus de saisir et de déclarer régulièrement à Action Cancer Ontario (ACO) leurs données sur les examens d'IRM et de TDM réalisés pour les patients adultes et pédiatriques. Jusqu'en décembre 2017, ces données sur les temps d'attente des hôpitaux pour les examens d'IRM et de TDM étaient publiées sur le site Web du Ministère. Elles sont maintenant publiées sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario.

Les temps d'attente publiquement déclarés sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario reposent sur la durée moyenne du temps d'attente mesurée ainsi que sur le pourcentage d'examens réalisés dans le délai ciblé par le Ministère et ce, pour chaque niveau de priorité individuellement et pour l'ensemble des niveaux de priorité combinés. L'**annexe 5** décrit les diverses méthodes utilisées par Action Cancer Ontario pour mesurer les temps d'attente et explique les avantages et les inconvénients de ces méthodes. L'annexe explique en outre la méthode de mesure des temps d'attente en temps réel décrite à la **section 4.6**. Étant donné que les cibles du Ministère visent le 90^e percentile, nous avons retenu cette mesure pour présenter les temps d'attente dans notre rapport d'audit.

Figure 3 : Définition des niveaux de priorité* et cibles de temps d'attente de la province pour les services d'IRM et de TDM en Ontario

Source : ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Niveau de priorité des patients	Description clinique <i>Toute affection qui, si elle n'était pas diagnostiquée et traitée, entraînerait :</i>	Type de patient	Cible provinciale de temps d'attente
Très urgent (priorité 1)	une morbidité grave ou le décès p. ex. compression de la moelle épinière	Patients des services d'urgence, patients hospitalisés	Dans les 24 heures
Urgent (priorité 2)	une détérioration considérable p. ex. abcès épidual présumé	Patients des services d'urgence, patients hospitalisés et patients en consultation externe de niveau très urgent	Dans les 2 jours
Moins urgent (priorité 3)	une détérioration modérée p. ex. stadification du cancer	Patients en consultation externe de niveau urgent	Dans les 10 jours
Non urgent (priorité 4)	une détérioration légère p. ex. étourdissements chroniques/ détérioration de l'ouïe	Patients en consultation externe	Dans les 28 jours

* Les niveaux de priorité et les cibles de temps d'attente pour les services d'imagerie diagnostique en Ontario sont établis par des experts cliniciens de partout dans la province et servent à orienter les décisions sur le traitement et à gérer l'accès et les résultats pour les patients.

2.5 Principaux intervenants du secteur de l'imagerie médicale

Voici les principaux intervenants du secteur de l'imagerie médicale en Ontario.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère)

La planification de la capacité, l'élaboration des politiques, la surveillance du financement des activités et le rendement des services d'examen d'IRM et de TDM en Ontario incombent au Ministère. Celui-ci assure leadership et direction dans le cadre des initiatives opérationnelles et stratégiques ainsi que par le biais de ses responsabilités à l'égard des hôpitaux de la province. Le Ministère et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sont signataires de l'entente de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS, qui décrit les responsabilités de chaque partie. Le Ministère assure la surveillance législative de la conformité des hôpitaux à la *Loi de 1990 sur la protection contre les rayons X* et à d'autres lois. La Loi de 1990 porte sur la supervision de l'utilisation d'équipement d'imagerie médicale, y compris les appareils à rayons X et les appareils de TDM, mais non les appareils d'IRM, car ceux-ci n'entraînent pas d'exposition à la radiation. En août 2018, la *Loi de 2017 sur la surveillance des établissements de santé et des instruments de santé*, qui élargit le mandat du Ministère en matière de surveillance des examens d'IRM, avait été adoptée, mais elle n'était pas encore en vigueur au moment où nous avons mené notre audit. De plus, le Ministère avait autorisé sept établissements de santé autonomes à fournir des services d'IRM et de TDM aux termes de la *Loi de 1990 sur les établissements de santé autonomes*, sur laquelle nous reviendrons à la **section 4.12**.

Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

Les RLISS ont la responsabilité de transférer du Ministère aux hôpitaux le financement général ainsi que le financement propre aux examens d'IRM et de TDM dans leur région respective. Ils examinent les analyses de rentabilisation et les présentent au Ministère pour que celui-ci approuve le financement de nouveaux appareils dans les hôpitaux. Les RLISS assurent la surveillance des données sur les temps d'attente et l'efficacité des hôpitaux. Ils concluent avec les hôpitaux de leur région des ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers qui décrivent les responsabilités de chaque partie.

Action Cancer Ontario (ACO)

ACO est un organisme provincial dont le mandat prévoit notamment la collecte et la publication de données sur les temps d'attente et l'efficacité visant les services d'IRM et de TDM. Le comité consultatif sur l'imagerie diagnostique de l'organisme propose des moyens de régler les problèmes de temps d'attente et oriente la stratégie et les priorités du programme. ACO valide les données fournies par les hôpitaux avant de fournir l'information à Qualité des services de santé Ontario aux fins de déclaration publique.

Hôpitaux de l'Ontario

Il incombe aux hôpitaux d'acquiescer et de gérer leurs appareils d'IRM et de TDM, de fixer des rendez-vous ainsi que de gérer et de fournir des services sécuritaires d'imagerie dans le cadre de leurs activités courantes. Les radiologistes qui travaillent dans les hôpitaux classent les patients qui leur sont aiguillés entre les divers niveaux de priorité et interprètent les résultats d'imagerie et les transmettent aux médecins traitants. Les hôpitaux sont tenus de remettre régulièrement à Action Cancer Ontario des données pertinentes sur les temps d'attente et autres éléments liés à l'efficacité, comme les taux de rendez-vous auxquels les patients ne se sont pas présentés (voir la **section 4.9**).

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit avait comme objectif de déterminer si les hôpitaux de l'Ontario, qui collaborent avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), Action Cancer Ontario (ACO) et leur réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), sont dotés de politiques et de procédures pour :

- veiller à ce que les services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM) soient fournis en temps opportun et de façon sécuritaire, équitable, pertinente et économique afin de répondre aux besoins des Ontariens et conformément aux normes, lignes directrices cliniques et lois pertinentes;
- évaluer et publier périodiquement des données sur les résultats et l'efficacité des services d'IRM et de TDM offerts pour répondre aux besoins cliniques des patients.

Avant d'entamer nos travaux, nous avons défini les critères à appliquer pour répondre à l'objectif de l'audit. Nous avons établi ces critères après avoir examiné les lois, les politiques et les procédures applicables ainsi que des études internes et externes. Des cadres supérieurs du Ministère, d'Action Cancer Ontario, des quatre hôpitaux dans lesquels nous avons mené des travaux d'audit détaillés (Hôpital d'Ottawa, Horizon Santé-Nord, Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et Mackenzie Health) ainsi que leur RLISS respectif (Champlain, Nord-Est, Hamilton Niagara Haldimand Brant et Centre) ont passé en revue notre objectif et nos critères connexes, qui sont énumérés à l'**annexe 6**, et leur ont donné leur aval.

Nous avons mené notre travail d'audit de janvier à juillet 2018, essentiellement auprès d'ACO et des quatre hôpitaux susmentionnés. Le Ministère et ACO nous ont confirmé par écrit qu'au 9 novembre 2018, ils nous avaient fourni tous

les renseignements dont ils ont connaissance qui pourraient avoir une incidence importante sur les conclusions du présent rapport. Nous avons eu des entrevues avec des cadres supérieurs et des membres compétents du personnel et examiné les documents pertinents du Ministère, d'ACO, des quatre hôpitaux et de leur RLISS respectif.

Afin de mieux comprendre les défis particuliers que doivent relever d'autres hôpitaux pour assurer la prestation des services d'IRM et de TDM, nous avons aussi visité cinq autres hôpitaux (voir les **annexes 3 et 4**), interviewé leurs cadres supérieurs et recueilli des renseignements pertinents. Pour choisir ces hôpitaux, nous avons utilisé divers facteurs, y compris les temps d'attente, le nombre d'appareils et leur âge, le nombre d'examen réalisés, l'emplacement géographique, le type d'hôpital et d'autres observations faites au cours de notre audit qui nous ont incités à pousser plus loin notre examen.

En général, notre examen des dossiers a porté sur les 3 à 5 dernières années, mais nous avons analysé certaines tendances sur 10 ans. Nous avons examiné des études pertinentes menées en Ontario ainsi que dans d'autres provinces canadiennes et d'autres pays.

Nous avons également examiné des renseignements pertinents fournis par le Ministère sur les sept établissements de santé autonomes (décrits à la **section 4.9**) qui reçoivent des fonds de la province pour fournir des services d'IRM et/ou de TDM en Ontario.

Nous avons parlé à des représentants de groupes d'intervenants, notamment Qualité des services de santé Ontario, l'Ontario Association of Radiologists et l'Association canadienne des radiologues, afin de connaître leurs points de vue sur l'imagerie diagnostique et en particulier sur les services d'IRM et de TDM.

Nous avons retenu les services d'un conseiller spécialisé ayant de l'expérience et une expertise médicale afin qu'il évalue l'efficacité des services financés par le gouvernement, comme ceux d'IRM et de TDM.

Nous n'avons pas pris en compte les travaux des services d'audit interne, car ceux-ci n'ont pas mené de travaux récents sur les services d'IRM et de TDM.

Enfin, nous avons pris en considération les questions pertinentes soulevées dans notre audit de 2006 « Hôpitaux – Gestion et utilisation de l'équipement d'imagerie diagnostique » et « Hôpitaux – Administration de l'équipement médical »; dans notre audit de 2012, « Établissements de santé autonomes »; et dans notre audit de 2017, « Services de traitement du cancer ».

Nous avons mené nos travaux et présenté les résultats de notre examen conformément aux *Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe* applicables émises par le Conseil des normes internationales d'audit et d'assurance des Comptables professionnels agréés du Canada. Cela a consisté notamment à obtenir un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario applique la *Norme canadienne de contrôle qualité*, de sorte qu'il a recours un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des procédures documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles ainsi que des exigences législatives et réglementaires applicables.

Nous nous sommes conformés aux exigences d'indépendance et autres exigences déontologiques énoncées dans le Code de déontologie des Comptables professionnels agréés de l'Ontario, code qui repose sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence et de diligence professionnelles, de confidentialité et de comportement professionnel.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Non-respect des cibles de temps d'attente du Ministère pour les patients de niveau moins urgent et non urgent : 65 % des patients des services d'IRM et 33 % de ceux des services de TDM ont attendu longtemps pour leur examen

Selon notre audit, même si les hôpitaux de l'Ontario étaient généralement en mesure de fournir des services en temps opportun aux patients nécessitant un examen d'IRM ou de TDM très urgents ou urgents, cela n'est pas le cas pour les patients des niveaux moins urgent et non urgent. Le temps d'attente cible du Ministère pour un examen très urgent est de 24 heures et de 48 heures pour les cas urgents. Pour les niveaux moins urgent et non urgent, les délais cibles sont respectivement de 10 jours et de 28 jours.

Le Ministère a fixé sa cible pour le 90^e percentile. En d'autres mots, 90 % des patients devraient avoir leur examen au cours de la période ciblée et au plus 10 % des patients devraient attendre plus longtemps. Cela dit, pour les patients de niveau moins urgent et non urgent, un taux nettement plus élevé que 10 % des patients ont attendu plus de 10 jours ou de 28 jours, selon les statistiques compilées par Action Cancer Ontario.

- **Examens d'IRM :** Seulement 5 % des patients de niveau très urgent ont attendu plus de 24 heures et seulement 17 % des patients de niveau urgent ont attendu jusqu'à 5 jours de plus que la cible de 48 heures. Les patients des niveaux moins urgent et non urgent représentaient 91 % de tous les examens d'IRM effectués en 2017-2018. Dans l'ensemble, seulement 35 % (par rapport à la proportion visée de 90 %) des patients de niveau moins urgent et non urgent ont subi leur examen d'IRM dans le temps d'attente

ciblé par le Ministère, soit respectivement 10 jours et 28 jours. Les 65 % restants (par rapport à la proportion visée de 10 %) ont attendu plus longtemps que la période ciblée. (voir la figure 7).

- **Examens de TDM :** Parmi les patients de niveau très urgent, moins de 1 % d'entre eux ont attendu plus de 24 heures, tandis que 4 % des patients de niveau urgent ont attendu jusqu'à 4 jours de plus que la cible de 48 heures. Examens d'IRM : Seulement 5 % des patients de niveau très urgent ont attendu plus de 24 heures et seulement 17 % des patients de niveau urgent ont attendu plus de 48 heures. Les patients des niveaux moins urgent et non urgent représentaient environ 49 % de tous les examens de TDM effectués en 2017-2018. Seulement 67 % de ces patients (par rapport à la proportion visée de 90 %) ont subi leur examen de TDM dans le temps d'attente ciblé par le Ministère, soit respectivement 10 jours et 28 jours. Les 33 % restants (par rapport à la proportion visée de 10 %) ont attendu plus longtemps (voir la figure 9).

Lors de nos visites dans les hôpitaux, nous avons constaté que des anomalies dans le système de liste d'attente exerçaient une grande influence sur le pourcentage de patients ayant leur examen dans le temps d'attente cible (en particulier les patients du niveau non urgent). Par exemple, lorsque des patients annulaient un rendez-vous qui leur avait été fixé, il arrivait souvent que d'autres patients sur la liste d'attente passent en tête de file et aient leur examen plus tôt, même si un bon nombre d'entre eux n'étaient pas classés à un niveau plus urgent.

Selon les membres du personnel à qui nous avons parlé de ce problème particulier dans trois des quatre hôpitaux qui déclaraient par ailleurs des temps d'attente élevés, ces patients représentent un fort pourcentage de patients ayant eu leur examen dans les temps d'attente ciblés. Par conséquent, le pourcentage de patients ayant eu leur examen au cours de la période cible (28 jours pour les patients

de niveau non urgent) déclaré par ces hôpitaux faussait les calculs de la moyenne et au 90^e percentile publiés par le Ministère. À la section 4.6, nous examinons des méthodes de déclaration qui seraient plus pertinentes et plus utiles.

Même si ces patients sont classés à un niveau moins urgent par les radiologistes, les longs temps d'attente retardent le diagnostic et le traitement et cela peut se répercuter sur leur qualité de vie (report de leur retour au travail ou à l'école, par exemple). Dans certains cas, ce retard peut entraîner une détérioration de l'état de santé d'un patient et des coûts supplémentaires pour le système de soins de santé. Voici quelques constatations de notre audit :

- Au début de l'année 2018, un patient a envoyé une lettre à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque pour décrire sa situation et les conséquences du retard pour fixer un rendez-vous. Comme son état a été déterminé non urgent, le patient a été inscrit sur une longue liste d'attente pendant sept mois. Or, durant cette longue période, le patient a été hospitalisé pour une chirurgie qui, selon lui [*traduction*] « était nécessaire pour un problème qui aurait pu être repéré lors de l'examen de TDM. J'ai passé deux mois à l'hôpital et au moins trois équipes médicales se sont occupées de moi (je ne suis toujours pas rétabli). Imaginez les coûts pour les contribuables, sans compter les méfaits pour moi. Selon mon chirurgien, j'étais sur le point de perdre une jambe. Tout cela aurait pu être évité, si le rendez-vous pour l'examen par imagerie médicale avait été fixé en temps opportun... »
- Autre exemple : un neurologue ayant une grande expérience du secteur de la santé a soulevé des préoccupations à l'égard des problèmes généraux liés au temps d'attente.
 - [*traduction*] « Pour les analyses usuelles [les examens non urgents], nous avons de très longs délais [...] Pour certaines demandes d'IRM, nous avons eu des temps

d'attente de plus six mois pour certaines analyses usuelles. Même si celles-ci ne sont pas urgentes, ce retard suscite de l'anxiété chez les patients pendant une longue période. Et même si le neurologue ne croit pas que ce soit un cas de tumeur ou de sclérose en plaques, le patient pourrait – et va sans doute – angoisser en permanence à ce sujet pendant plus de six mois. »

- « Un autre problème est le fait que certaines pathologies qui sont finalement diagnostiquées auraient pu être mieux traitées plus tôt. Par exemple, un examen par imagerie pour un cas de démence pourrait sembler usuel, mais si une importante pathologie vasculaire est décelée, des mesures plus urgentes de prévention des accidents vasculaires cérébraux pourraient être justifiées. Si une tumeur est décelée, il aurait probablement été mieux de la traiter six mois plus tôt. »
- « Les temps d'attente occasionnent des pertes et cela me préoccupe aussi. Par exemple, si l'attente pour une IRM est très longue, un examen de TDM provisoire pourrait être demandé pour vérifier qu'il n'y a pas de pathologie majeure. Cependant, comme l'IRM sera quand même nécessaire, il faut utiliser des ressources supplémentaires. »

Bon nombre de médecins et d'employés des hôpitaux que nous avons interviewés partagent ces points de vue.

Les longues périodes d'attente suscitent de l'incertitude dans le système de soins de santé de l'Ontario. L'attente pour avoir un examen par imagerie crée un goulot d'étranglement dans le parcours médical du patient, car il faut souvent attendre les résultats de l'examen et leur interprétation avant de pouvoir décider des soins à dispenser. Le système de soins de santé de l'Ontario est un système complexe formé de nombreuses composantes interreliées; sans prévisibilité, comment planifier les interventions et répartir plus efficacement les ressources?

4.1.1 Une comparaison entre l'Ontario et cinq autres provinces a révélé que c'est en Ontario que les temps d'attente sont les moins longs

Même si les temps d'attente des patients de l'Ontario pour les services d'IRM et de TDM dépassaient les cibles, ils étaient les moins longs par rapport à ceux des cinq autres provinces pour lesquelles des données récentes sur le 90^e percentile étaient publiées. Les **figures 4 et 5** présentent les données compilées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) concernant la période d'avril à septembre 2016 et la même période en 2017. (Comme il n'y a pas de données communiquées au public pour la Colombie-Britannique ou le Québec, les rapports de l'ICIS ne portent pas sur ces deux provinces.)

En outre, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé a fait remarquer que l'Ontario a exécuté en 2017 un nombre relativement élevé d'examen d'IRM et de TDM par tranche de 1 000 personnes, comparativement aux autres provinces du Canada, comme le précise l'**annexe 7**. Nous avons également noté que l'Ontario a fixé des cibles de temps d'attente plus ambitieuses et possiblement plus difficiles à atteindre que celles d'autres provinces et de l'Association canadienne des radiologistes, qui sont décrites à l'**annexe 8**.

Figure 4 : Comparaison des temps d'attente dans certaines provinces pour des examens d'IRM, avril à septembre 2016 et avril à septembre 2017

Source : Institut canadien d'information sur la santé

Province	Temps d'attente (en jours)	
	Avril à septembre 2016	Avril à septembre 2017
Ontario	99	96
Saskatchewan	208	174
Manitoba	176	205
Î.-P.-É.	181	231
Nouvelle-Écosse	203	241
Alberta	242	277

Remarques:

- Les temps d'attente se définissent comme étant la durée maximale pendant laquelle 90 % des patients ont attendu leur examen d'IRM.
- Les provinces mentionnées sont celles pour lesquelles des données comparables étaient disponibles.

Figure 5 : Comparaison des temps d'attente dans certaines provinces pour des examens de TDM, avril à septembre 2016 et avril à septembre 2017

Source : Institut canadien d'information sur la santé

Province	Temps d'attente (en jours)	
	Avril à septembre 2016	Avril à septembre 2017
Ontario	41	35
Saskatchewan	46	49
Manitoba	61	55
Î.-P.-É.	77	92
Nouvelle-Écosse	92	110
Alberta	71	113

Remarques:

- Les temps d'attente se définissent comme étant la durée maximale pendant laquelle 90 % des patients ont attendu leur examen de TDM.
- Les provinces mentionnées sont celles pour lesquelles des données comparables étaient disponibles.

4.1.2 IRM : bon nombre de patients ont attendu longtemps pour les examens de niveau moins urgent ou non urgent

En 2017-2018, les examens de niveau moins urgent et non urgent représentaient 91 % du volume total d'IRM. Cette même année, 61 % des patients de niveau moins urgent ont eu leur examen dans le temps d'attente ciblé (10 jours); 29 % ont attendu de 11 à 34 jours; et 10 % ont attendu plus de 34 jours.

Les patients de niveau non urgent sont ceux qui ont eu la plus longue période d'attente pour leur examen d'IRM. La **figure 6** présente les temps

d'attente de ces patients en 2017-2018 ainsi que le nombre et le pourcentage de patients et leur temps d'attente, en jours.

Étant donné que le Ministère fixe sa cible pour le 90^e percentile, nous avons évalué ses progrès par rapport à cet objectif. La **figure 7** montre la tendance des temps d'attente pour le 90^e percentile au cours des cinq dernières années à l'égard des demandes d'IRM des niveaux moins urgent et non urgent. Les données sont comparées aux cibles de temps d'attente établies par la province et à celles qui sont recommandées par l'Association canadienne des radiologistes.

Nous avons constaté que chaque année, le nombre d'examens effectués par les hôpitaux étaient régulièrement inférieur au nombre de demandes. Cela crée par conséquent un arriéré croissant de demandes en attente; celles-ci se sont accrues de 63 %, passant d'un total de 85 021 le 1^{er} avril 2014 à 138 197 le 1^{er} avril 2018, ce qui donne lieu aux longs temps d'attente. De nombreux facteurs expliquent cet arriéré croissant :

- Les progrès technologiques de l'équipement d'imagerie ont poussé à la hausse la demande d'examens. Les médecins se fient de plus en plus à l'IRM pour établir un diagnostic d'incidents cardiaques, fournir des soins aux patients cancéreux et faire un dépistage auprès des femmes à risque élevé de cancer du sein.
- Le nombre croissant d'examens de suivi pour les patients nécessitant une surveillance

Figure 6 : Temps d'attente des patients classés au niveau non urgent pour un examen d'IRM, 2017-2018

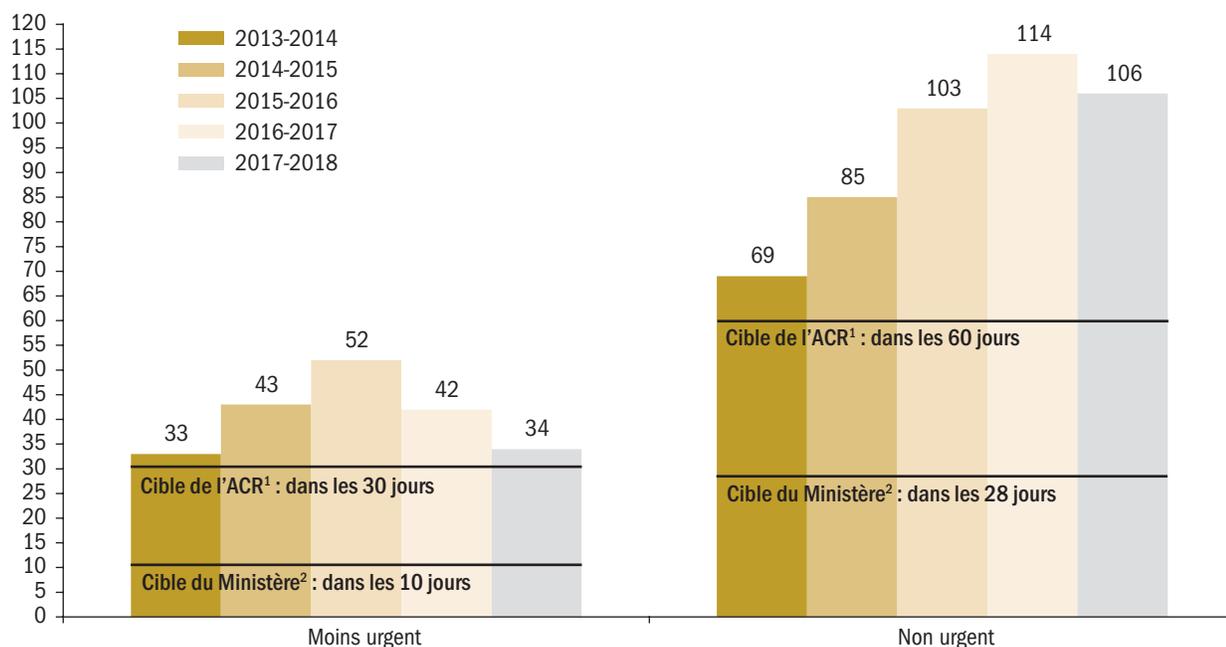
Source des données : Action Cancer Ontario

	Temps d'attente ciblé (en jours)	Temps d'attente supérieur à la cible (en jours)				Total
	0-28	29-60	61-90	91-150	151-240+	
Nbre d'examens effectués*	171 099	203 044	108 733	60 775	18 790	562 441
(%)	30	36	19	11	4	100

* Ce nombre ne tient pas compte des examens de suivi de certains patients.

Figure 7 : Temps d'attente des patients classés aux niveaux moins urgent et non urgent pour un examen d'IRM, de 2013-2014 à 2017-2018 (en jours)

Source des données : Action Cancer Ontario



1. Cible recommandée par l'Association canadienne des radiologistes (ACR)

2. Les temps d'attente du Ministère se définissent comme étant la durée maximale pendant laquelle 9 patients sur 10 ont attendu leur examen d'IRM.

continue de la progression ou de la rémission d'une maladie (comme le cancer) accroît aussi le nombre de demandes d'examen de suivi reçues chaque année. Ainsi, de 2013-2014 à 2017-2018, ce nombre a grimpé de 46 %, par rapport à seulement 14 % pour les examens initiaux ou ponctuels et les autres types d'examen par imagerie.

- L'équipement d'imagerie n'est pas utilisé au maximum de sa capacité pour répondre à la demande des patients (ce sujet est abordé à la **section 4.4**).

En 2017-2018, le Ministère a accordé aux hôpitaux un financement ponctuel additionnel de 7,3 millions de dollars qui a permis de réduire les temps d'attente pour un examen d'IRM pour les cas urgents ou moins urgents, un diagnostic de cancer et les cas présentant des risques élevés parmi les patients du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein et ce, dans des proportions allant de 20 % à 32 % (soit entre 1 jour et plus de 42 jours).

4.1.3 TDM : certains patients de niveau moins urgent et non urgent ont de longues périodes d'attente

À l'instar des examens d'IRM, le Ministère fixe sa cible au 90^e percentile pour les examens de TDM. Cela signifie que 90 % des patients devraient avoir leur TDM dans les 10 jours (niveau moins urgent) et dans les 28 jours (niveau non urgent). Au plus 10 % des patients devraient attendre plus longtemps.

Nous avons constaté que les temps d'attente des patients ayant besoin d'un examen de TDM étaient moins longs que pour ceux qui doivent subir un examen d'IRM. La principale raison de cet état de fait : il faut nettement moins de temps pour réaliser un examen de TDM qu'un examen d'IRM. Celui-ci peut prendre de 20 à 60 minutes, alors qu'il ne faut que quelques minutes pour une TDM.

En outre, les examens de TDM sont souvent effectués dans des situations d'urgence pour examiner rapidement des patients qui pourraient avoir des blessures internes ou d'autres types

de traumatismes. En raison de leur rapidité d'exécution, ces examens contribuent à sauver des vies, car ils révèlent souvent des blessures et/ou des saignements internes. Ces patients sont classés au niveau de priorité le plus élevé et ont leur examen dans la cible de 24 heures fixée par le Ministère. Cela explique en partie pourquoi les patients de niveau moins urgent et non urgent constituaient seulement 49 % du total des demandes d'examen de TDM en 2017-2018, par rapport à 91 % pour les demandes d'IRM.

Les patients de niveau non urgent ont attendu le plus longtemps pour leur examen de TDM. Nous présentons à la **figure 8** le nombre et le pourcentage d'examens effectués sur ces patients en 2017-2018 ainsi que les temps d'attente en jours.

Étant donné que le Ministère fixe sa cible au 90^e percentile, nous avons aussi évalué ses progrès, en indiquant la tendance en matière de temps d'attente pour les patients des niveaux moins urgent et non urgent. La **figure 9** montre la tendance en matière de temps d'attente des

Figure 8 : Temps d'attente des patients classés au niveau non urgent pour un examen de TDM, 2017-2018

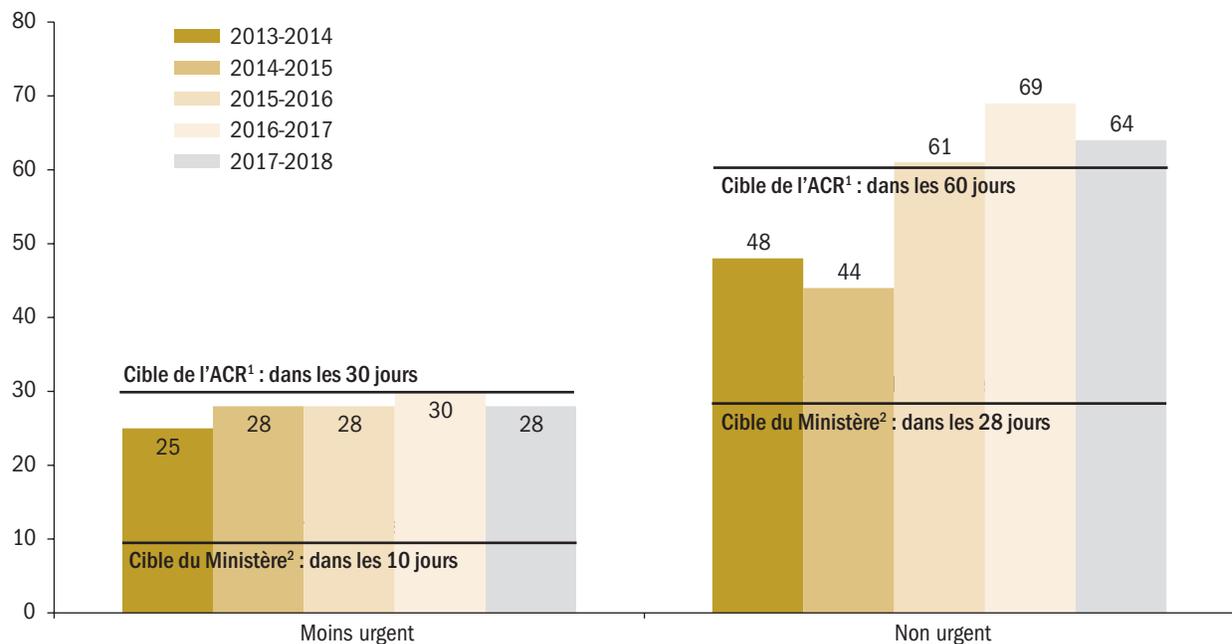
Source des données : Action Cancer Ontario

	Temps d'attente ciblé (en jours)	Temps d'attente supérieur à la cible (en jours)				Total
	0-28	29-60	61-90	91-150	151-240+	
Nbre d'examens effectués*	259 099	76 308	23 540	12 488	6 139	377 574
(%)	69	20	6	3	2	100

* Ce nombre ne tient pas compte des examens de suivi de certains patients.

Figure 9 : Temps d'attente des patients classés aux niveaux semi-urgent et non urgent pour un examen de TDM, de 2013-2014 à 2017-2018 (en jours)

Source des données : Action Cancer Ontario



1. Cible recommandée par l'Association canadienne des radiologistes (ACR)

2. Les temps d'attente du Ministère se définissent comme étant la durée maximale pendant laquelle 9 patients sur 10 ont attendu leur examen de TDM

examens de TDM pour ces patients au cours des cinq dernières années. Les données sont comparées aux cibles de temps d'attente établies par la province et à celles qui sont recommandées par l'Association canadienne des radiologistes.

Les raisons des longs temps d'attente sont semblables pour les examens de TDM et pour les examens d'IRM : l'arriéré de patients en attente de leur examen, la hausse croissante de la demande découlant des progrès de la technologie et des capacités des appareils ainsi que la hausse du nombre d'examen de suivi pour les patients nécessitant une surveillance continue.

Dans les sections suivantes, nous examinons divers problèmes liés au temps d'attente, selon différentes perspectives.

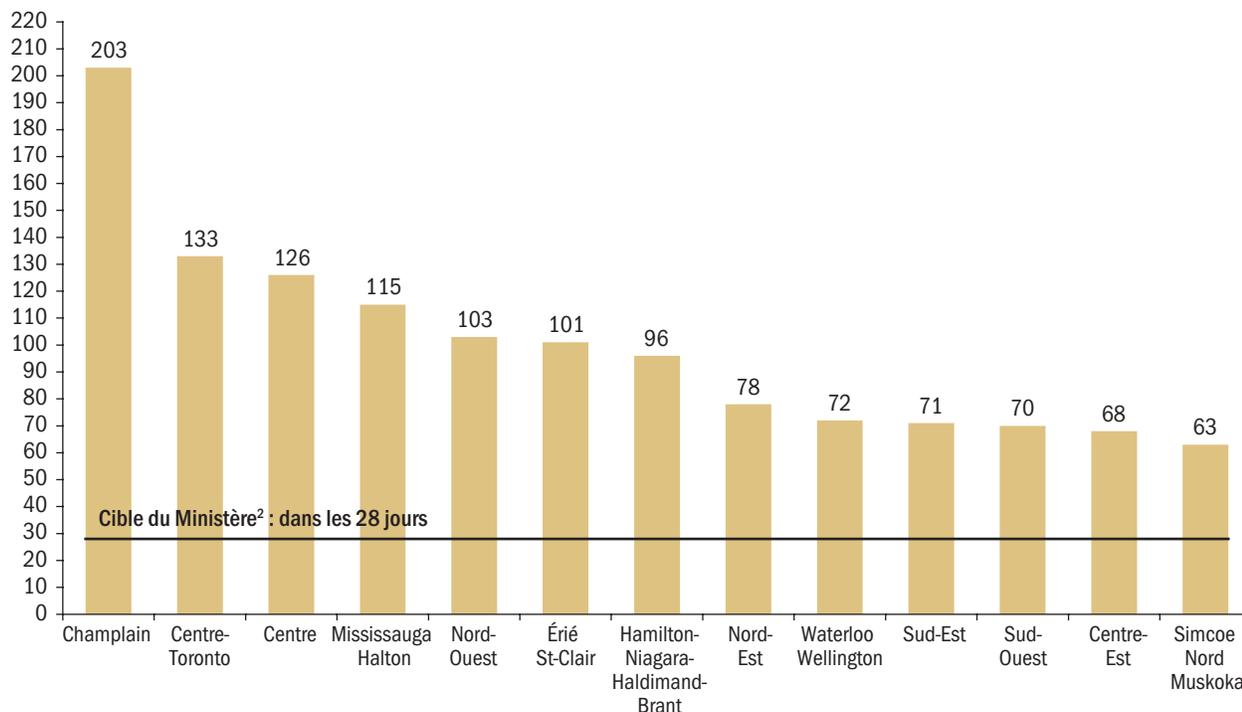
4.2 Les temps d'attente pour les examens d'imagerie varient selon le lieu de résidence des patients

D'après notre audit, les temps d'attente pour obtenir un examen d'IRM ou de TDM varient beaucoup selon le lieu de résidence des patients et l'écart est plus prononcé pour les patients de niveau moins urgent. La **figure 10** montre les temps d'attente en 2017-2018 pour un examen d'IRM des patients de niveau non urgent par RLISS et la **figure 11** montre les temps d'attente correspondant pour les examens de TDM.

Action Cancer Ontario recueille des données sur les temps d'attente par RLISS, notamment le nombre total et le type d'examen effectués, le type d'hôpital, le recours aux services par des patients de l'extérieur du RLISS, le nombre d'appareils d'IRM et/ou de TDM et la durée d'utilisation des appareils.

Figure 10 : Temps d'attente des patients classés au niveau non urgent pour un examen d'IRM selon le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS)¹, 2017-2018 (en jours)

Source des données : Action Cancer Ontario

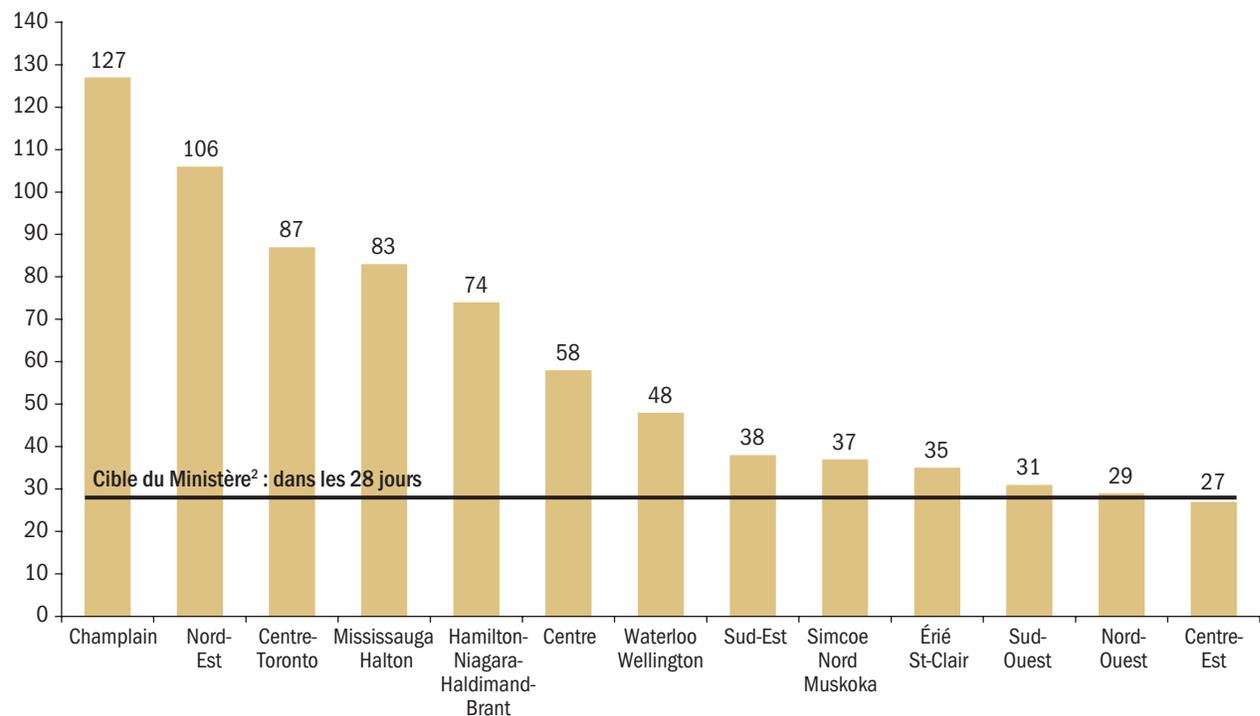


1. Le RLISS du Centre-Ouest compte un hôpital qui exploite quatre appareils d'IRM. Les données de cet hôpital comportaient un grand nombre d'inexactitudes en raison d'un problème dans la mise en oeuvre du système. Ces renseignements n'ont donc pas été publiés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et sont exclus de la présente figure.

2. Les temps d'attente se définissent comme étant la durée maximale pendant laquelle 90 % des patients ont attendu leur examen d'IRM.

Figure 11 : Temps d'attente des patients classés au niveau non urgent pour un examen de TDM selon le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS)¹, 2017-2018 (en jours)

Source des données : Action Cancer Ontario



1. Le RLISS du Centre-Ouest compte deux hôpitaux dont l'un exploite six appareils de TDM. Les données de cet hôpital présentent un grand nombre d'inexactitudes en raison d'un problème dans la mise en oeuvre du système. Ces renseignements n'ont donc pas été publiés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et sont exclus de la présente figure.
2. Les temps d'attente se définissent comme étant la durée maximale pendant laquelle 90 % des patients ont attendu leur examen de TDM.

Cela dit, le Ministère n'a pas utilisé ces données pour analyser les raisons des variations majeures des temps d'attente parmi les RLISS qui pourraient entraîner un parcours inéquitable dans le système de soins de santé pour les patients selon la région.

4.2.1 Examens d'IRM

Nous avons constaté que par rapport à l'ensemble des RLISS, les RLISS de Champlain, du Centre-Toronto et du Centre ont des temps d'attente relativement élevés pour les patients de niveau non urgent qui attendent un examen d'IRM. Ces trois RLISS doivent composer avec des problèmes particuliers qui allongent leurs temps d'attente.

- Le RLISS de Champlain est au quatrième rang en Ontario en termes de population desservie (environ 1,3 million de personnes

en juillet 2017). Exception faite du Réseau universitaire de santé, l'Hôpital d'Ottawa du RLISS de Champlain est le plus grand hôpital d'enseignement ou hôpital universitaire de la province et il effectue le plus grand nombre d'examens d'IRM (environ 36 000 en 2017-2018); il s'agit en outre du seul hôpital d'enseignement de ce RLISS qui effectue des examens d'imagerie complexes. Les deux autres hôpitaux d'enseignement du RLISS de Champlain desservent des populations particulières : les patients pédiatriques au Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario et les patients francophones à l'hôpital Montfort. Sans compter ces deux établissements, l'hôpital d'enseignement le plus près est le Centre des sciences de la santé de Kingston, du RLISS du Sud-Est, à

une distance de 195 kilomètres. Les temps d'attente à l'Hôpital d'Ottawa expliquent l'allongement des temps d'attente généraux pour le RLISS de Champlain. La **section 4.3** se penche en détail sur les temps d'attente dans les hôpitaux d'enseignement.

- Dans les hôpitaux du RLISS du Centre-Toronto, 58 % des patients provenaient d'hôpitaux de l'extérieur du territoire du RLISS. Notons en particulier que l'Hôpital Sunnybrook et le Réseau universitaire de santé offrent des services spécialisés d'IRM à des patients de l'ensemble de la province. L'Hôpital Sunnybrook est le plus grand centre de soins intensifs réunis dans le même site en Ontario et l'un des plus importants centres régionaux pour les traumatismes et les services d'oncologie. Le Réseau universitaire de santé est un centre de recherches reconnu qui reçoit des demandes de médecins pour des examens d'IRM visant des cas complexes et spécialisés.
- Le RLISS du Centre dessert le plus grand bassin de population de la province, soit environ 1,9 million de personnes (juillet 2017). De plus, 28 % de ses patients proviennent de l'extérieur du territoire du RLISS.

Le RLISS de Simcoe Nord Muskoka, qui vient à l'avant-dernier rang au chapitre de la densité de population dans la province, affiche les délais d'attente les plus courts pour les examens d'IRM.

4.2.2 Examens de TDM

En ce qui concerne les examens de TDM, nous avons constaté que les RLISS de Champlain, du Nord-Est et du Centre-Toronto affichent des temps d'attente relativement plus longs pour les patients de niveau non urgent que les autres RLISS. Les raisons expliquant cette situation sont semblables à celles qui ont été présentées à la section précédente pour les examens d'IRM. De plus, le RLISS du Nord-Est compte un seul hôpital d'enseignement qui effectue 35 % de

tous les examens de TDM de niveaux très urgent et urgent, ce qui contribue à allonger les temps d'attente généraux pour ce RLISS. À la demande du Ministère, ACO a effectué en 2017 une analyse pour déterminer s'il fallait d'autres appareils de TDM dans les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest; l'organisme a recommandé trois régions qui pourraient bénéficier d'un appareil mobile de TDM pour desservir les patients qui doivent parcourir plus de 100 kilomètres pour subir un examen. En août 2018, le Ministère n'avait encore pris aucune décision sur l'installation d'un nouvel appareil dans ces régions.

RECOMMANDATION 1

Pour que les patients aient un accès équitable aux services d'IRM et de TDM partout dans la province, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue de durée de travailler avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les hôpitaux pour :

- analyser les grandes variations des temps d'attente entre les RLISS et en déterminer les causes :
 - pour les services d'IRM,
 - pour les services de TDM;
- et prendre les mesures nécessaires pour réduire les iniquités au chapitre des temps d'attente dans la province :
 - pour les services d'IRM,
 - pour les services de TDM.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée appuie cette recommandation et il va travailler avec les RLISS, les hôpitaux et des experts cliniciens pour déterminer les causes des variations locales et régionales dans les temps d'attente des services d'IRM et de TDM et prendre les mesures nécessaires à l'égard de toute iniquité.

4.3 Les patients des hôpitaux d'enseignement attendent nettement plus longtemps pour un examen d'imagerie que ceux des hôpitaux communautaires

Les patients de niveau moins urgent ou non urgent devaient attendre nettement plus longtemps leur examen dans un hôpital d'enseignement que les patients des hôpitaux communautaires. La **figure 12** montre les temps d'attente d'un examen d'IRM pour les patients de niveau moins urgent ou non urgent des hôpitaux d'enseignement par rapport aux patients des hôpitaux communautaires; la **figure 13** montre ces données pour les examens de TDM. Voici certaines des raisons expliquant la durée de l'attente dans les hôpitaux d'enseignement :

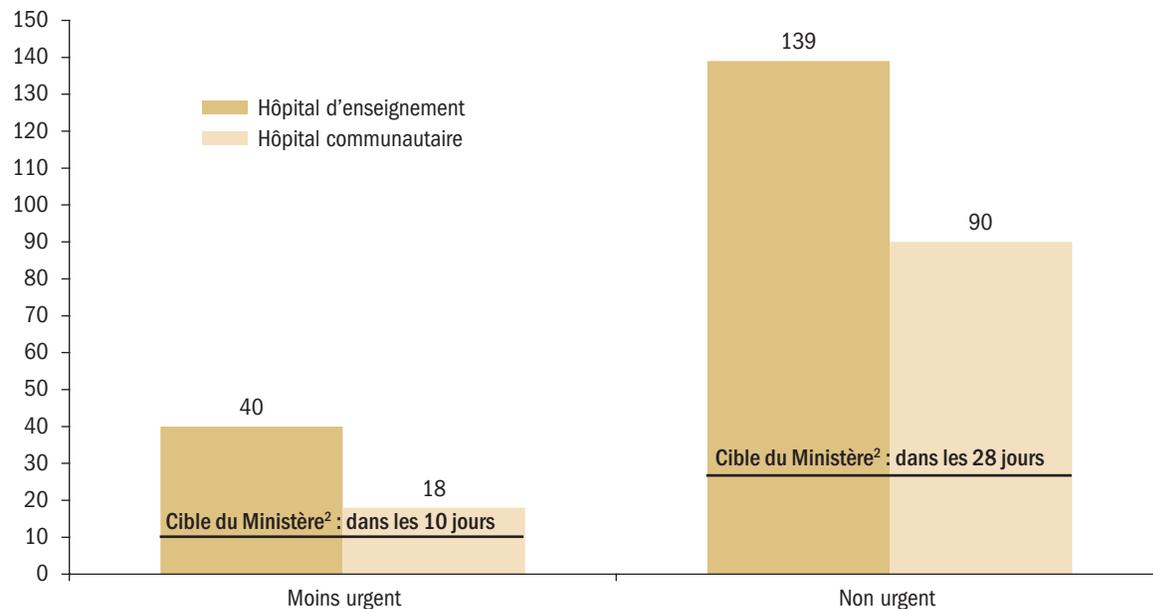
- Les médecins traitants ou les patients eux-mêmes peuvent privilégier la tenue d'un examen et l'interprétation de ses résultats dans un hôpital d'enseignement, car la perception est que les soins sont de qualité supérieure

dans ces hôpitaux, même pour les cas moins urgents ou non urgents. Les radiologistes des quatre hôpitaux où nous avons mené notre audit analysent et interprètent surtout les examens d'imagerie effectués dans leur hôpital. Nous n'avons toutefois pas constaté de problèmes majeurs liés aux radiologistes des hôpitaux d'enseignement qui assurent l'analyse et l'interprétation d'examens effectués dans d'autres hôpitaux, si cela donne des gains d'efficacité.

- Les hôpitaux d'enseignement possèdent l'expertise nécessaire pour faire les examens d'imagerie, les interpréter et établir un diagnostic concernant les cas complexes et spécialisés. C'est pourquoi ils reçoivent un nombre élevé de demandes. Les examens complexes, en particulier les examens d'IRM (spécialisés selon la partie du corps) qui sont une spécialité des hôpitaux d'enseignement exigent plus de temps à réaliser, ce qui laisse moins de temps et de ressources pour les

Figure 12 : Temps d'attente des patients classés aux niveaux moins urgent et non urgent pour un examen d'IRM dans les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires¹, 2017-2018 (en jours)

Source des données : Action Cancer Ontario

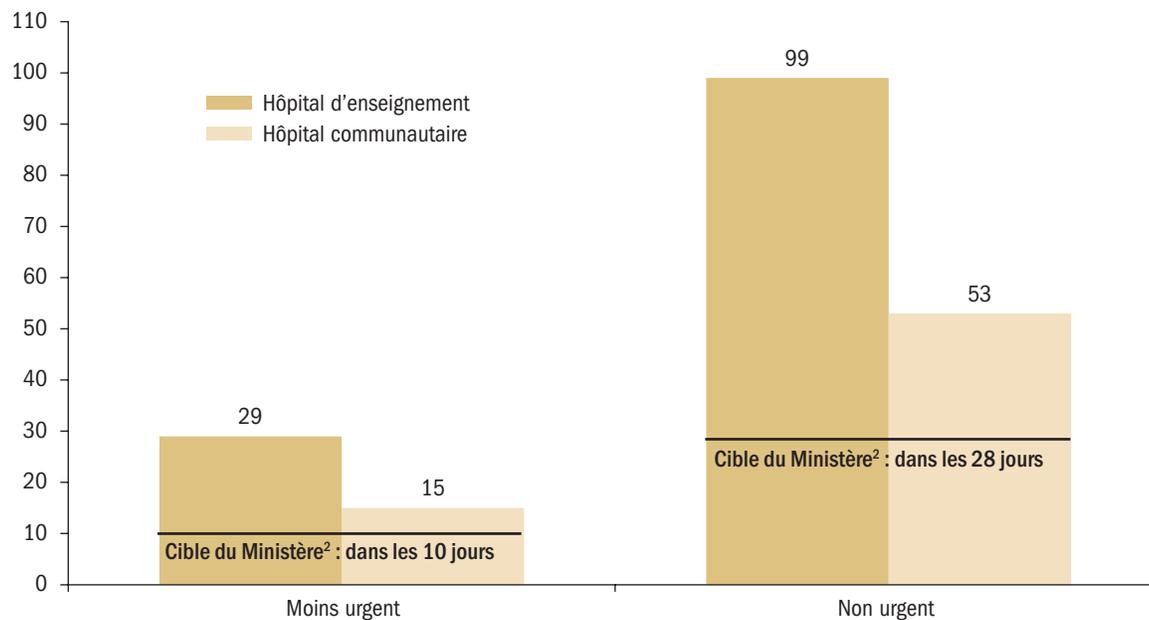


1. Parmi les hôpitaux qui ont des appareils d'IRM, 18 sont des hôpitaux d'enseignement et 34 des hôpitaux communautaires.

2. Les temps d'attente se définissent comme étant la durée maximale pendant laquelle 90 % des patients ont attendu leur examen d'IRM.

Figure 13 : Temps d'attente des patients classés aux niveaux moins urgent et non urgent pour un examen de TDM dans les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires¹, 2017-2018 (en jours)

Source des données : Action Cancer Ontario



1. Parmi les hôpitaux qui ont des appareils de TDM, 18 sont des hôpitaux d'enseignement et 60 des hôpitaux communautaires.

2. Les temps d'attente se définissent comme étant la durée maximale pendant laquelle 90 % des patients ont attendu leur examen de TDM.

examens moins complexes. On entend par examens complexes les examens pour les patients de niveau très urgent ou urgent et/ou les patients hospitalisés, les patients qui ont besoin d'une anesthésie générale avant l'examen, ou les examens dont la réalisation devrait prendre plus de 60 minutes. Par conséquent, les autres patients qui ont un rendez-vous pour un examen peuvent se retrouver sur une longue liste d'attente. Nous avons comparé les pourcentages d'examens complexes effectués dans les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires : les premiers en effectuent deux fois plus que les seconds.

- Les hôpitaux d'enseignement effectuent en moyenne deux fois plus d'examens de TDM très urgents que les hôpitaux communautaires (11 000 examens par rapport à 6 000). Compte tenu de ce grand nombre d'examens, les appareils sont moins disponibles pour les patients des autres

niveaux de priorité et donc les temps d'attente sont plus longs pour ces personnes. En 2017-2018, les examens de TDM très urgents représentaient 30 % du total des examens.

L'Ontario n'impose aucune restriction aux patients sur le lieu de réalisation d'un examen. De même, la province n'a aucune norme ou ensemble de pratiques cohérentes pour le traitement et la répartition entre hôpitaux des demandes d'examen d'IRM ou de TDM faites par les médecins, en particulier pour les cas moins urgents et non urgents. Ces cas sont donc souvent dirigés vers les hôpitaux d'enseignement et les patients y sont classés au niveau de faible priorité et attendent nettement plus longtemps pour leur examen. À l'inverse, certains médecins dirigent leurs patients vers un hôpital communautaire, où les temps d'attente sont plus courts et l'examen peut être effectué plus rapidement que dans un hôpital d'enseignement. Un spécialiste a cependant souligné que cela pourrait entraîner un risque si les examens complexes ne sont pas interprétés par des

médecins spécialistes ayant l'expertise nécessaire et ceux-ci se trouvent généralement dans les hôpitaux d'enseignement.

Nous avons appris que les hôpitaux du RLISS de Champlain travaillent avec les responsables du réseau pour établir un système central de répartition des demandes d'examen par imagerie afin de répartir équitablement les demandes entre les hôpitaux. On prévoit mettre en place le système à l'automne 2019. Ce système vise à répartir les cas non urgents entre les hôpitaux d'un RLISS donné, ce qui réduirait les longs temps d'attente dans certains hôpitaux de ce RLISS. Le RLISS de Waterloo Wellington travaille aussi à un système électronique de répartition des demandes.

RECOMMANDATION 2

Pour assurer un accès rapide et équitable aux services d'IRM et de TDM pour les cas moins urgents et non urgents, nous recommandons que les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les hôpitaux continuent de collaborer pour :

- offrir aux médecins traitants et aux patients l'option de faire réaliser les examens d'imagerie dans les hôpitaux affichant les plus courts temps d'attente et de faire interpréter les résultats sous la direction de radiologistes et de médecins spécialistes d'hôpitaux d'enseignement, au besoin,
 - pour les services d'IRM,
 - pour les services de TDM;
- le cas échéant, répartir les demandes entre les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires d'un RLISS au moyen d'un outil efficace comme un processus centralisé de traitement et de répartition des demandes :
 - pour les services d'IRM,
 - pour les services de TDM.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS reconnaissent l'avantage de la rationalisation des processus d'aiguillage et s'engagent à travailler avec les hôpitaux et les médecins afin d'explorer des solutions, par exemple centraliser les admissions, proposer des options de rechange en matière d'aiguillage et/ou élaborer des outils communs. Les RLISS reconnaissent qu'il conviendrait de coordonner de telles stratégies avec d'autres initiatives pour améliorer plus efficacement les temps d'attente. Les stratégies qui seront explorées pourront varier d'une région à l'autre dans la province en fonction des différences dans les caractéristiques de la population, les facteurs géographiques et les ressources cliniques et financières de chaque RLISS.

4.4 Les patients attendent inutilement longtemps pour un examen, car l'utilisation des appareils n'est pas optimale malgré la capacité existante

Nous avons constaté que les appareils d'IRM et de TDM existants pourraient être utilisés pendant un plus grand nombre d'heures chaque semaine, ce qui permettrait de réduire les temps d'attente. Or, les hôpitaux n'avaient pas les ressources financières nécessaires pour augmenter les heures d'utilisation des appareils afin de répondre à la demande.

En 2005, le groupe ministériel d'experts sur les services d'IRM et de TDM a indiqué que ces appareils devraient respecter des normes d'efficacité et être utilisés davantage pour réduire les coûts fixes par examen. Le groupe a recommandé une norme minimale d'utilisation des appareils pendant 16 heures par jour, 7 jours par semaine. Nous avons constaté que si les 108 appareils d'IRM et les 165 appareils de TDM de la province étaient utilisés conformément à cette recommandation, les hôpitaux auraient pu surpasser les cibles de temps d'attente du Ministère, comme on le verra dans les **sections 4.4.1 et 4.4.2.**

4.4.1 Examens d'IRM

De 2013-2014 à 2017-2018, le financement annuel consacré par le Ministère au fonctionnement des appareils d'IRM a augmenté d'environ de 3 %, passant de 152 à 157 millions de dollars. Le personnel de deux des quatre hôpitaux où nous avons mené l'audit nous a indiqué qu'une partie du budget général de leur hôpital était consacré au fonctionnement accru des appareils d'IRM, mais ce ne sont pas tous les hôpitaux avec lesquels nous avons communiqué qui avaient trouvé les fonds nécessaires pour faire de même.

En 2017-2018, le Ministère a financé 473 000 heures d'utilisation des appareils d'IRM dans les hôpitaux de l'Ontario. Le financement repose sur un barème 385 \$ de l'heure pour la première tranche de 2 080 heures et de 260 \$ l'heure par la suite. Le Ministère a également accordé un financement ponctuel pour financer 28 000 heures de plus, pour un total de 501 000 heures de fonctionnement. Les hôpitaux, quant à eux, ont utilisé leurs appareils pendant un total de 523 511 heures, soit 22 511 heures au-delà des heures financées par le Ministère. Malgré ces heures supplémentaires d'utilisation, les appareils ont été souvent utilisés à seulement 56 % de leur capacité maximale.

Selon notre audit, alors qu'un bon nombre d'hôpitaux n'utilisaient pas leurs appareils d'IRM de façon optimale, quelques autres y parvenaient presque. Nous avons ainsi noté qu'au cours de l'exercice 2017-2018, sur le nombre total de 108 appareils d'IRM, 69 % (75 appareils) avaient été utilisés moins de 16 heures par jour, 7 jours par semaine; 29 % (31 appareils) l'avaient été entre 16 et 23 heures par jour, 7 jours par semaine; et les 2 % restants (2 appareils) avaient été utilisés plus de 23 heures par jour, 7 jours par semaine. Par exemple, l'un des quatre hôpitaux où nous avons fait notre audit affichait de longs temps d'attente (134 jours pour les patients de niveau non urgent), mais n'utilisait ses appareils d'IRM que 11 heures

par jour, 6 jours par semaine, ce qui représentait 39 % de sa capacité maximale.

Nous avons également constaté que pour réaliser 90 % des examens en respectant la cible de temps d'attente du Ministère à la fin de l'exercice 2017-2018 et éliminer l'arriéré des exercices précédents, les hôpitaux auraient dû utiliser leurs appareils d'IRM pendant 585 273 heures en tout, soit 514 579 heures pour les demandes reçues pendant l'année et 70 694 heures de plus pour éliminer l'arriéré des demandes antérieures à 2017-2018. Or, les hôpitaux ont assuré 61 762 heures de moins que le nombre nécessaire.

Compte tenu de l'incapacité des hôpitaux d'éliminer l'arriéré actuel et d'atteindre les cibles de temps d'attente du Ministère pour l'exercice 2017-2018, Action Cancer Ontario prévoit qu'au prochain exercice, les hôpitaux devraient utiliser leurs appareils d'IRM pendant 655 708 heures en tout, soit 576 288 heures pour répondre à toutes les demandes reçues pendant l'exercice et 79 420 heures de plus pour répondre aux demandes antérieures à 2018-2019. Ce total de 655 708 heures correspond à un financement supplémentaire de 34 millions de dollars en financement (au taux de 260 \$ de l'heure) pour 132 197 heures (655 708 moins 523 511) en supposant que les hôpitaux utilisent leurs appareils d'IRM pendant le même nombre d'heures en 2018-2019 qu'en 2017-2018. Au moment de notre audit, le Ministère ne prévoyait pas accroître le financement accordé aux hôpitaux.

4.4.2 Examens de TDM

En moyenne, les 165 appareils de TDM ont été utilisés pendant plus de 530 000 heures en 2017-2018, ce qui représente approximativement 37 % de leur capacité maximale. ACO ne dispose pas de modèle de prévision pour estimer le nombre d'heures nécessaires pour atteindre la cible de temps d'attente du Ministère pour 90 % des patients aiguillés pour un examen de TDM, comme c'était

le cas pour les examens d'IRM (voir la section précédente).

RECOMMANDATION 3

Afin que les appareils actuels d'IRM et de TDM soient mieux utilisés et que les temps se réduisent, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de travailler avec Action Cancer Ontario et les hôpitaux pour :

- déterminer si la capacité actuellement inutilisée des hôpitaux peut être exploitée pour éliminer l'arriéré des demandes d'examens des années précédentes et de l'année en cours :
 - pour les appareils d'IRM,
 - pour les appareils de TDM;
- dresser un plan d'action détaillé pour mieux utiliser les appareils actuels afin de réduire les temps d'attente :
 - pour les services d'IRM,
 - pour les services de TDM.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée appuie cette recommandation et il va travailler avec Action Cancer Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux pour déterminer la capacité des appareils et dresser un plan d'action visant à mieux exploiter cette capacité pour s'attaquer au problème des temps d'attente, compte tenu des écarts entre les régions.

4.5 Le Ministère est incapable de justifier la méthode de financement des examens d'imagerie, inchangée depuis plus de 10 ans

Nous avons constaté que les taux horaires établis par le Ministère pour les services d'IRM et de TDM n'ont pas été modifiés depuis plus de

10 ans. Le Ministère n'a pas officiellement révisé ou modifié ces taux horaires depuis 2006. Nous avons constaté que même si les hôpitaux déclarent des données qui permettraient au Ministère de calculer le coût moyen par examen d'imagerie, celui-ci n'a utilisé ni ces renseignements ni d'autres éléments comme la demande, la capacité et la complexité des examens, pour analyser et évaluer la pertinence des taux horaires.

4.5.1 Le Ministère n'est pas en mesure de justifier son financement par appareil d'IRM

Le Ministère n'a pas été en mesure de justifier la pertinence du financement accordé pour chaque appareil d'IRM. En 2006, il a normalisé sa formule de financement en accordant 385 \$ l'heure pour la première tranche de 2 080 heures d'utilisation d'un appareil puis 260 \$ de l'heure par la suite. Or, nous avons constaté que le Ministère accorde à environ 20 % des appareils d'IRM (22 sur 108) un financement qui correspond au taux horaire de 385 \$ pendant une période de 3 120 à 4 160 heures. Le Ministère n'a pas rajusté le financement de ces 22 appareils, ce qui se traduit par un financement annuel plus élevé qui varie de 130 000 \$ à 260 000 \$ par appareil depuis ce temps.

En outre, nous avons appris que des hôpitaux déclarent des données sur les coûts qui démontrent que le coût moyen par examen d'IRM a diminué de 143 \$ en 2013-2014 à 128 \$ en 2017-2018. Le coût par examen varie d'un hôpital à l'autre en raison de divers facteurs, comme le type d'examens et de patients et le temps nécessaire pour effectuer chaque examen. En outre, nous avons appris que des hôpitaux déclarent des données sur les coûts qui démontrent que le coût moyen par examen d'IRM a diminué, passant de 143 \$ en 2013-2014 à 128 \$ en 2017-2018. Le coût par examen varie d'un hôpital à l'autre en raison de divers facteurs, comme le type d'examens et de patients et le temps nécessaire pour effectuer chaque examen. Compte tenu de ces facteurs, le nombre moyen d'examens effectués en une heure diffère aussi entre hôpitaux. Par exemple,

si on utilise un appareil d'IRM pour faire 1,6 examen à l'heure en moyenne (ce qui est la moyenne provinciale signalée par ACO), le coût de 128 \$ par examen correspond à 205 \$ par heure d'utilisation de l'appareil. Or, le Ministère n'a pas utilisé ces données pour analyser et évaluer la pertinence des taux horaires actuels de 385 \$ pour la première tranche de 2 080 heures et de 260 \$ pour les heures d'utilisation au-delà de 2 080 heures.

Alors que le Ministre a consenti un financement ministériel ponctuel de 7,3 millions de dollars en 2017-2018 et de 6,9 millions en 2018-2019 en fonction de la demande prévue par les RLISS, son affectation annuelle de 157 millions de dollars aux hôpitaux repose essentiellement sur le nombre d'heures antérieures d'utilisation de chaque appareil. Cette répartition du financement annuel ne tient pas compte des principales caractéristiques suivantes de chaque hôpital :

- La demande d'examens dans chaque hôpital : le nombre de demandes d'IRM reçues ainsi que la composition démographique régionale et les besoins de la population varient d'un hôpital à l'autre.
- La complexité et les types d'examens effectués : la réalisation ou l'interprétation de certains examens exigent plus de temps. Par exemple, un examen nécessitant l'utilisation d'un produit de contraste prend en moyenne 40 minutes et la présence d'au moins deux technologues, alors que d'autres examens se font en moyenne en 20 minutes et avec un seul technologue. (Le produit de contraste est une substance chimique appelée Gadolinium qu'on injecte au patient afin d'obtenir de meilleures images pour certains types d'examens par imagerie.) Les examens cardiaques sont également de nature complexe et exigent eux aussi beaucoup plus de temps que les autres examens.
- La capacité non exploitée des appareils d'IRM dans l'hôpital : la répartition du financement entre les hôpitaux ne tient pas compte des heures de fonctionnement disponibles dans

chaque hôpital, établies selon le nombre d'appareils utilisés. Nous avons constaté que ni le Ministère ni les RLISS ne font de suivi systématique de la capacité disponible dans chaque hôpital tout au long de l'année pour répartir les fonds entre les hôpitaux de manière optimale. Par exemple, nous avons appris qu'un hôpital ne pouvait utiliser les fonds supplémentaires reçus du RLISS, car son appareil d'IRM fonctionne déjà au maximum de sa capacité et ne peut pas faire plus d'examens.

Les temps d'attente s'allongent lorsque les hôpitaux qui affichent une forte demande d'examens ne sont pas financés en fonction du coût réel pour répondre à la demande et lorsque les hôpitaux qui disposent d'une capacité manquent de fonds pour l'utiliser. De plus, cette inégalité de financement peut fausser les priorités des hôpitaux, car ils n'ont pas forcément les incitatifs nécessaires pour faire des examens complexes qui exigent davantage de ressources.

4.5.2 Le Ministère n'a pas réexaminé la pertinence de son financement aux hôpitaux pour les examens de TDM depuis plus de 10 ans

Les hôpitaux déclarent des données financières selon lesquelles le coût moyen d'un examen de TDM a diminué, passant de 70 \$ en 2013-2014 à 64 \$ en 2017-2018. Par exemple, si on utilise un appareil de TDM pour faire 2,87 examens à l'heure en moyenne (chiffre estimatif établi en fonction des données recueillies par ACO), le coût de 64 \$ par examen correspond à 181 \$ par heure d'utilisation de l'appareil. Le Ministère n'a cependant pas utilisé ces données, ni d'autres facteurs comme la hausse de la demande de services de TDM, pour analyser et évaluer la pertinence du taux horaire actuel de 250 \$ ni le financement total de 9 millions de dollars versé aux hôpitaux.

RECOMMANDATION 4

Pour que les patients aient un accès équitable aux services d'IRM et de TDM partout dans la province, nous recommandons que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée collabore avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour :

- recueillir toutes les données pertinentes sur la demande, la capacité et les types d'examen effectués par chaque hôpital :
 - pour les services d'IRM,
 - pour les services de TDM;
- utiliser cette information pour évaluer à intervalles réguliers le caractère raisonnable des taux et des affectations de fonds à chaque hôpital et apporter les modifications nécessaires :
 - pour les services d'IRM,
 - pour les services de TDM.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) appuie cette recommandation et il va travailler avec des partenaires pour déterminer et recueillir des données pertinentes pour les services d'IRM et de TDM et faire un premier examen et des réexamens réguliers des modes de financement existants des services d'IRM et de TDM et apporter les modifications nécessaires. De plus, le Ministère va travailler avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour soutenir une surveillance régulière de l'utilisation afin d'apporter les modifications nécessaires dans le financement.

4.6 Les temps d'attente des patients pour un examen d'IRM ou de TDM dans certains hôpitaux sont plus longs que les temps d'attente déclarés publiquement

Pour comprendre les temps d'attente réels et les comparer aux temps communiqués au public (**section 2.4**), nous avons demandé au personnel de quatre hôpitaux choisis de nous indiquer les dates des rendez-vous fixés aux patients de niveau non urgent et ce, pour déterminer la durée d'attente possible d'un patient après la réception de sa demande d'examen par l'hôpital. Notre analyse révèle que les temps d'attente de ces patients sont plus longs que les temps d'attente déclarés publiquement au sujet des patients aiguillés vers ces hôpitaux pour un examen d'IRM ou de TDM.

Nous avons obtenu les listes d'attente au 12 juillet 2018 (nous avons choisi cette journée afin de pouvoir comparer toutes les listes d'attente au même moment) de trois des quatre hôpitaux où nous avons mené notre audit. En raison de problèmes de qualité des données découlant de la récente mise en oeuvre d'un nouveau système, le quatrième hôpital n'a pas été en mesure de produire de liste d'attente de format semblable aux fins de notre analyse. Une liste d'attente comprend notamment des renseignements sur le patient, la date de la demande d'examen d'IRM ou de TDM et la date du rendez-vous (lorsqu'il est fixé).

Nous avons tiré les constatations suivantes de notre analyse des trois hôpitaux :

- Un hôpital ne donnait pas de date de rendez-vous à plus de 90 % des patients de niveau non urgent qui lui avaient été envoyés et qui attendaient un examen d'IRM et/ou de TDM. Au moment de notre audit, cet hôpital ne donnait pas de date de rendez-vous à ces patients qui lui avaient été aiguillés par leur médecin. Le fait que l'hôpital ne fixe pas de date de rendez-vous pour ces patients, ce qui représente une information cruciale pour les patients et les médecins traitants, n'était pas communiqué au public.

- Un autre hôpital n'avait pas donné de dates de rendez-vous à 45 % des patients de niveau non urgent qui étaient en attente d'un examen d'IRM. Nous avons constaté que cet hôpital ne fixait pas de dates de rendez-vous aux patients de niveau non urgent qui attendaient de subir des examens nécessitant un agent de contraste (qui permet de produire des images plus claires de telle ou telle partie de l'organisme).
- Le troisième hôpital, quant à lui, avait donné des rendez-vous à tous les patients de niveau non urgent qui attendaient un examen d'IRM et/ou de TDM, mais pour plus de 85 % de ces patients, les temps d'attente étaient plus longs que les temps moyens signalés au public.

Une analyse détaillée de cette question est faite à l'**annexe 9**.

Comme nous l'expliquons à l'**annexe 5**, qui énumère les avantages et les inconvénients de cinq mesures (moyenne arithmétique, médiane, 90^e percentile, intervalles et temps d'attente réel), il est important de donner aux patients l'estimation de la durée possible de leur attente qu'ils pourront juger la plus utile. Pour aider les patients et leur médecin à prendre des décisions éclairées sur le diagnostic et le traitement, cette information est cruciale.

Avant décembre 2017, le Ministère communiquait au public les temps d'attente calculés en fonction au 90^e percentile, qui représente la cible qu'il a fixée en fonction des recommandations et des conseils d'experts cliniciens. Depuis, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) publie sur son site Web des données sur le temps d'attente moyen et le pourcentage de patients ayant eu leur examen dans les temps d'attente ciblés du Ministère et ce, pour chaque niveau de priorité individuellement et pour l'ensemble des niveaux de priorité combinés. La raison qui nous a été indiquée pour expliquer ce changement est qu'un sondage auprès des utilisateurs a révélé que les patients et les aidants veulent savoir pendant combien de temps ils pourront attendre (c'est-à-dire quel est le temps d'attente typique ou moyen des patients dans

des situations semblables) et si les soins dispensés aux patients en Ontario le sont en temps opportun. Le sondage a également révélé que ces nouvelles mesures étaient plus faciles à comprendre que les données sur le 90^e percentile.

La mesure selon le 90^e percentile est pertinente pour connaître les progrès du Ministère, mais ni cette mesure ni la moyenne n'indique aux patients la durée probable de l'attente avant leur examen. L'utilité de ces mesures est en outre affaiblie par le pourcentage de patients de niveau non urgent qui ont eu leur examen dans les 28 jours suivant leur demande à cause d'anomalies dans le système (décrites à la **section 4.1**).

Comme nous l'expliquons à la **section 4.1.2** et à la **figure 6**, une autre méthode de déclaration consiste à fournir les temps d'attente selon les intervalles et le pourcentage de patients inscrits sur la liste. L'avantage de cette méthode, c'est qu'elle tient compte de chaque patient qui a subi un examen dans un hôpital; elle donne donc une idée plus complète du nombre de patients précédents qui ont attendu et du nombre de jours d'attente.

Les trois méthodes – les temps d'attente moyens déclarés au public, les cibles de temps d'attente pour le 90^e percentile et les intervalles – reposent toutes sur la durée de l'attente des patients. En d'autres mots, les données reposent sur le rendement antérieur. Plutôt que les méthodes qui font appel à des données sur le rendement antérieur, les hôpitaux pourraient transmettre en temps réel à Action Cancer Ontario des renseignements destinés au public sur les temps d'attente prévus des patients. Le temps d'attente en temps réel rend compte de la date du prochain rendez-vous que pourrait avoir le patient; les calculs pour établir cette date évoluent en fonction de l'étape où en est réellement rendu le patient dans son parcours pour obtenir un examen. Cette méthode permet de fournir des renseignements précis et utiles aux patients et aux médecins et donne au système de soins de santé une idée plus fiable de l'acheminement prévu de patients dans le système.

Pour que les patients utilisent l'information fournie, ils doivent d'abord savoir qu'elle existe. Avec l'aide du personnel hospitalier, nous avons fait un sondage dans les quatre hôpitaux que nous avons visités pour demander aux patients qui s'étaient présentés pour un examen d'IRM ou de TDM au cours de l'un ou l'autre de deux journées de référence s'ils savaient que les temps d'attente des hôpitaux étaient accessibles au public. Nous avons constaté que très peu d'entre eux savent qu'ils peuvent avoir accès à des renseignements sur les temps d'attente :

- **Patients venant passer un examen d'IRM :** Dans l'ensemble, seulement 5 % des patients sondés savaient qu'ils pouvaient obtenir des données sur les temps d'attente dans chaque hôpital. Parmi les 5 % de patients qui connaissaient le site Web de QSSO, 10 % l'avaient consulté et avaient trouvé l'information utile pour planifier leur traitement.
- **Patients venant passer un examen de TDM :** Dans l'ensemble, seulement 3 % des patients sondés savaient qu'ils pouvaient obtenir des données sur les temps d'attente dans chaque hôpital. Parmi les 3 % de patients qui connaissaient le site Web de QSSO, 20 % l'avaient consulté, mais aucun n'avait trouvé l'information utile pour planifier leur traitement.

RECOMMANDATION 5

Pour mieux aider les patients et les médecins à prendre des décisions éclairées, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

- d'évaluer les avantages et les inconvénients des diverses méthodes de déclaration des temps d'attente;
- de publier des renseignements complets et pertinents sur les temps d'attente par hôpital, comme le pourcentage de patients qui ont subi leur examen selon divers intervalles de temps d'attente et la première

date à laquelle un patient qui est inscrit sur la liste d'attente d'un hôpital peut s'attendre à subir son examen;

- de collaborer avec d'autres fournisseurs de soins de santé pour mieux faire connaître la disponibilité de l'information sur les temps d'attente publiée sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) appuie cette recommandation et il va évaluer diverses méthodes pour rendre compte des temps d'attente ainsi que des options pour élargir la collecte de données et améliorer les rapports publics. De plus, le Ministère accueille favorablement la possibilité de sensibiliser davantage le public aux rapports sur les temps d'attente qui sont publiés.

4.7 L'utilisation des appareils d'imagerie ayant dépassé leur durée de vie utile pourrait nuire à la sécurité des patients ainsi qu'à la qualité et à l'efficacité des examens

Pour faire le suivi du moment où les appareils d'IRM et de TDM doivent être remplacés, l'Association canadienne des radiologistes fournit des lignes directrices qui définissent la durée de vie de ces appareils. Selon ces lignes directrices, la durée de vie d'un appareil qui n'a pas fait l'objet de mises à niveau est de 8 à 12 ans, selon le nombre d'heures d'utilisation par année et le nombre d'examen effectués par année. La **figure 14** montre le nombre d'appareils d'IRM et de TDM en Ontario selon leur âge ainsi que le nombre d'entre eux qui n'ont pas fait l'objet de mises à niveau qui avaient dépassé leur durée de vie prévue en mars 2018.

Figure 14 : Nombre et pourcentage d'appareils d'IRM et de TDM qui avaient dépassé leur durée de vie utile prévue*, mars 2018

Source des données : Action Cancer Ontario

	Durée de vie (en années)				Total
	0-4	5-8	9-12	13-20	
Appareils d'IRM					
Nombre selon la durée de vie	20	35	26	27	108
% selon la durée de vie	19	32	24	25	100
Nombre ayant dépassé leur durée de vie utile prévue	0	0	23	27	50
% des appareils d'IRM ayant dépassé leur durée de vie utile prévue					46
Appareils de TDM					
Nombre selon la durée de vie	66	38	37	24	165
% selon la durée de vie	40	23	22	15	100
Nombre ayant dépassé leur durée de vie utile prévue	0	2	23	24	49
% des appareils d'IRM ayant dépassé leur durée de vie utile prévue					30

* Selon les lignes directrices de l'Association canadienne des radiologistes, la durée de vie prévue d'un appareil d'IRM ou de TDM varie de 8 à 12 ans, en supposant qu'aucune mise à niveau n'a été faite. La durée de vie dépend du nombre d'heures d'utilisation par année et du nombre d'examen effectués au cours d'une année.

4.7.1 Quarante-neuf appareils de TDM en Ontario (30 %) ont dépassé leur durée de vie prévue

Les radiologistes que nous avons interrogés lors de notre audit ont mis en lumière sur la valeur clinique des examens de TDM. Toutefois, les répercussions possibles des appareils vieillissants sur la sécurité des patients sont préoccupantes. Selon notre audit, en mars 2018, 49 des 165 appareils de TDM dans les hôpitaux, soit 30 % du total, avaient dépassé leur durée de vie utile selon les lignes directrices de l'Association canadienne des radiologistes. Action Cancer Ontario fait le suivi de l'âge de chaque appareil de TDM pour le compte du Ministère, mais l'organisme ignore combien de ces 49 appareils ont été mis à niveau, ce qui pourrait prolonger leur durée de vie ou réduire les doses de rayonnement.

Le Ministère ne finance pas directement l'acquisition d'appareils de TDM. Ce sont plutôt les hôpitaux qui financent cet achat à même leur budget d'immobilisations ou/et au moyen des fonds recueillis par la fondation de l'hôpital. Par conséquent, il incombe aux hôpitaux de remplacer les appareils de TDM à la fin de leur vie utile.

Les appareils de TDM dont la durée de vie utile est dépassée sont plus susceptibles de produire des images de qualité inférieure que les appareils plus récents et plus technologiquement avancés. Les appareils plus récents effectuent en outre les examens plus rapidement. Les appareils vieillissants tombent plus souvent en panne et exigent plus d'entretien, ce qui allonge le temps d'attente des patients et oblige ceux-ci à changer la date de leur rendez-vous. Autre problème majeur : les plus vieux appareils de TDM, s'ils ne font pas l'objet de mises à niveau permettant de réduire les doses de rayonnement, peuvent émettre davantage de rayonnement par examen que les appareils plus récents.

Voici nos constatations à la suite de notre travail d'audit dans les quatre hôpitaux.

- Un hôpital a acheté deux appareils de TDM en 2009. L'hôpital a dépensé 300 000 \$ à la fin de 2012 pour les mettre à niveau; l'un des appareils a par la suite été remplacé en 2017. On nous dit que pour un examen des mêmes parties du corps de personnes de taille similaire, la dose de rayonnement du nouvel

appareil est de 20 % à 30 % inférieure à celle de l'appareil plus ancien.

- Un autre hôpital a remplacé à l'automne 2017 ses deux appareils de TDM, âgés d'environ 10 ans. Le radiologiste de l'hôpital nous a dit que pour les examens des mêmes parties du corps de personnes de taille similaire, la dose de rayonnement des nouveaux appareils était de 30 % à 40 % moins élevée.
- Les deux autres hôpitaux utilisent des appareils de TDM âgés de 10 à 12 ans. Un hôpital a investi environ 300 000 \$ pour mettre à niveau deux appareils et ainsi réduire la dose de rayonnement tout en conservant la qualité des examens. L'autre hôpital n'a pas mis ses deux appareils à niveau pour en réduire la dose de rayonnement, mais il a d'autres processus en vigueur pour s'assurer que la dose de rayonnement est aussi faible que possible. L'hôpital nous a signalé qu'il prévoit remplacer l'un des appareils, ce qui pourrait réduire de 20 % à 80 % la dose de rayonnement pour les mêmes parties du corps de personnes de même taille.

RECOMMANDATION 6

Pour que les appareils de TDM puissent produire des images de qualité requise en toute sécurité, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de travailler avec les hôpitaux afin :

- d'établir des lignes directrices provinciales pour aider les hôpitaux à planifier systématiquement le remplacement ou la mise à niveau de leurs appareils de TDM dont la durée de vie utile prévue achève ou est dépassée;
- d'effectuer régulièrement un contrôle et une analyse des répercussions sur la sécurité des patients de l'utilisation d'appareils de TDM dont la durée de vie utile est dépassée.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) appuie cette recommandation et il va travailler en partenariat avec les hôpitaux pour recueillir les données nécessaires et déterminer la durée de vie des appareils de TDM. Cela permettrait de signaler les appareils à remplacer plus adéquatement et plus rapidement. Le Ministère va également travailler avec des experts cliniciens pour produire des lignes directrices provinciales, ce qui consistera notamment à examiner des lignes directrices nationales existantes comme celles de l'Association canadienne des radiologistes.

4.7.2 Cinquante appareils d'IRM en Ontario (46 %) ont dépassé leur durée de vie utile

La qualité et l'efficacité des examens qui sont réalisés au moyen d'appareils d'IRM vieillissants posent des problèmes. Nous avons constaté qu'en mars 2018, sur les 108 appareils d'IRM dans les hôpitaux, 50, soit 46 %, avaient dépassé leur durée de vie utile prévue conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des radiologistes. Action Cancer Ontario fait le suivi de l'âge de chaque appareil d'IRM pour le compte du Ministère, mais l'organisme ignore combien de ces 50 appareils ont été mis à niveau, ce qui pourrait prolonger leur durée de vie ou réduire les doses de rayonnement.

À l'instar des appareils de TDM vieillissants, les plus vieux appareils d'IRM posent des problèmes d'efficacité et de qualité.

Étant donné que le Ministère n'accorde pas de financement d'immobilisations distinct pour les appareils d'IRM, il n'existe pas de plan provincial d'immobilisations pour ces appareils. Le Ministère compte plutôt sur chaque hôpital pour se doter d'un processus de planification des immobilisations et déterminer à quel moment et de quelle façon un nouvel appareil d'IRM sera acheté et/ou un vieil appareil remplacé. Lors de nos visites aux hôpitaux,

nous avons appris que le coût d'un appareil d'IRM varie de 1,4 million de dollars à 2,7 millions de dollars, selon le modèle et les fonctions. Les hôpitaux financent leurs achats à même leur budget d'immobilisations et/ou au moyen de fonds recueillis par la communauté locale.

RECOMMANDATION 7

Pour que les appareils d'IRM produisent des images de qualité et fonctionnent efficacement, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de travailler avec les hôpitaux afin :

- d'établir des lignes directrices provinciales pour aider les hôpitaux à planifier systématiquement le remplacement ou la mise à niveau de leurs appareils d'IRM dont la durée prévue de vie utile achève ou est dépassée;
- d'analyser les répercussions de l'utilisation d'appareils d'IRM qui ont dépassé leur durée de vie utile sur divers éléments, comme la qualité et l'efficacité.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) appuie cette recommandation, et il va travailler en partenariat avec les hôpitaux pour produire des lignes directrices provinciales visant à rehausser la planification des cycles de vie des appareils d'IRM, notamment celles de l'Association canadienne des radiologistes. Le Ministère va également analyser toute répercussion liée à l'utilisation des appareils au-delà de leur durée de vie prévue.

4.8 Le suivi que les hôpitaux font de la fréquence d'utilisation des appareils de TDM et de leur dose de rayonnement pour chaque patient a été insuffisant

Comme nous l'avons mentionné à la **section 4.7.1**, les radiologistes que nous avons interrogés ont souligné la valeur clinique des examens de TDM, même en tenant compte des préoccupations sur les répercussions du rayonnement émis par l'appareil. Les membres de la profession sont toutefois au fait de ces préoccupations, en particulier en ce qui concerne les patients pédiatriques, qui sont les plus vulnérables aux effets à long terme du rayonnement. Le cancer est le principal risque mentionné qui découle de ce type de rayonnement. Le niveau de risque possible pour un patient donné dépend de la dose de rayonnement qu'il reçoit à chaque examen et la fréquence de ces examens au cours d'une période donnée. En outre, les appareils de TDM vieillissants, s'ils ne sont pas mis à niveau pour réduire la dose de rayonnement, peuvent émettre davantage de rayonnement que les appareils plus récents, comme nous l'expliquons à la **section 4.7.1**.

Nous avons constaté qu'il n'y a en Ontario aucun suivi du niveau d'exposition cumulative au rayonnement pour chaque patient. La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* impose des limites d'exposition au travail de toutes les sources de rayons X, y compris des appareils de TDM, pour les travailleurs, y compris le personnel des hôpitaux. Or, il n'existe aucune exigence législative semblable pour les patients en Ontario. Nous avons également noté que même si les appareils de TDM consignent la dose de rayonnement émise à chaque examen, ni le Ministère ni les quatre hôpitaux où nous avons mené des activités d'audit ne font un suivi de la dose cumulative de chaque patient.

En plus de ces quatre hôpitaux, nous avons découvert que deux hôpitaux utilisent un logiciel pour faire un suivi du niveau cumulatif de rayonnement des examens effectués dans leur établissement, mais ils ne peuvent le faire pour les

examens subis par leurs patients à l'extérieur de leurs installations.

Les très grandes variations entre hôpitaux en matière de doses de rayonnement reçues par les patients qui subissent un examen semblable constituent également un problème de santé. En 2014, l'Hôpital de Toronto a créé un registre des doses de rayonnement afin de faire le suivi des données recueillies à chaque examen de TDM et de comparer les résultats avec ceux de nombreux autres hôpitaux.

Dans le rapport intitulé « Rapport et recommandations sur la modernisation de la *Loi sur la protection contre les rayons X de l'Ontario* » qu'il a publié en 2016, Qualité des services de santé Ontario recommandait la mise en place d'un système de fichier dosimétrique dans les hôpitaux qui serait semblable aux systèmes en place au Royaume-Uni, en Californie et ailleurs. Un tel système permet de consigner les doses de rayonnement que reçoit un patient de tout type d'équipement médical qui émet des rayonnements, y compris les appareils de rayons X et de comparer les données des hôpitaux sur les doses de rayonnement par examen semblable.

RECOMMANDATION 8

Pour minimiser les effets généraux des rayonnements des examens de TDM sur la santé des patients et en particulier celle des patients pédiatriques, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de travailler avec les hôpitaux afin :

- d'évaluer le rapport coût-efficacité d'un fichier dosimétrique des appareils de TDM, qui servirait à faire le suivi et à assurer la surveillance des doses de rayonnement reçues par les patients au cours de leur vie et d'évaluer la faisabilité de la création d'un tel fichier;
- d'utiliser les données de ce fichier pour évaluer l'incidence des variations du rayonnement lors d'examens similaires dans des hôpitaux différents.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) appuie cette recommandation. Il va travailler avec les parties prenantes intéressées, y compris les hôpitaux, pour explorer et évaluer la faisabilité que les hôpitaux et les établissements recueillent les données nécessaires et produisent des rapports à leur sujet ainsi que le rapport coût-efficacité de telles mesures.

4.9 La façon dont les hôpitaux fixent les rendez-vous pourrait être améliorée

Action Cancer Ontario recueille divers paramètres de l'efficacité, comme le temps qu'il faut pour obtenir un rendez-vous et le taux des rendez-vous auxquels les patients ne se présentent pas. Notre audit a révélé que les hôpitaux pourraient apporter des améliorations dans les domaines suivants pour maximiser l'utilisation des ressources et améliorer l'expérience des patients.

4.9.1 Les hôpitaux communiquent avec les patients par la poste ou par téléphone pour les informer de leur rendez-vous

Après avoir fixé un rendez-vous pour un patient, l'hôpital communique au médecin et/ou au patient la date, l'heure et les autres détails. Trois des quatre hôpitaux où nous avons effectué du travail d'audit envoient une lettre au patient pour l'informer du rendez-vous qui lui a été fixé. Le quatrième hôpital le fait cette par téléphone. Aucun des quatre hôpitaux n'utilise le courriel ou un autre système automatique qui permet aux patients de confirmer par voie électronique qu'ils ont bien reçu le détail de leurs rendez-vous. En d'autres mots, les hôpitaux ne savent pas avec certitude si tous les patients sont au courant qu'ils ont un rendez-vous.

Ensuite, à titre de rappel et de confirmation du rendez-vous, trois hôpitaux appellent le patient

(appel automatisé ou en personne). Le quatrième hôpital utilise un système téléphonique automatisé ou envoie des textos lorsqu'un numéro de téléphone cellulaire est repéré.

4.9.2 Les rendez-vous manqués parce que les patients ne s'y présentent pas sont coûteux, mais ni le Ministère ni les hôpitaux ne savent pourquoi ils se produisent

Lorsque des patients ne se présentent pas à leur rendez-vous ou l'annulent le jour même, les appareils d'imagerie peuvent rester inutilisés si les hôpitaux ne trouvent pas rapidement un autre patient pour remplacer celui qui ne s'est pas présenté.

Rendez-vous pour un examen d'IRM auxquels les patients ne se sont pas présentés

Dans l'ensemble des hôpitaux, les taux de rendez-vous auxquels les patients ne s'étaient pas présentés pour des examens d'IRM déclarés à Action Cancer Ontario varient de 0,1 % à 13,4 % des rendez-vous fixés en 2017-2018. Pendant cet exercice, les hôpitaux ont signalé un total de 48 320 examens d'IRM auxquels les patients ne se sont pas présentés, ce qui représente le nombre de patients supplémentaires qui auraient pu avoir un examen pendant cette année-là. Nous évaluons à environ 6,2 millions de dollars (48 320 patients à un montant estimatif de 128 \$ par examen) les coûts que représentent pour les hôpitaux ces rendez-vous manqués, des coûts essentiellement liés au personnel. Les représentants des quatre hôpitaux que nous avons examinés lors de notre audit nous ont affirmé qu'il était difficile de réorganiser l'horaire lorsque des patients ne se présentent pas à leur examen d'IRM. Les données d'un hôpital montrent que sur les 24 rendez-vous manqués au cours d'une semaine de référence, il n'avait réussi à remplacer que 3 patients.

Aucun des quatre hôpitaux que nous avons examinés lors de notre audit n'effectue de suivi systématique du taux de confirmation des

rendez-vous. Selon notre contrôle par sondage des données disponibles dans trois des quatre hôpitaux, nous avons conclu qu'entre 25 % à 36 % seulement des patients qui ont reçu un rappel téléphonique avaient confirmé leur rendez-vous la veille de leur examen. Par ailleurs, 50 % des patients qui ont reçu un texto avaient confirmé leur rendez-vous. Le quatrième hôpital n'a fait aucun suivi des taux de confirmation des rendez-vous

Rendez-vous pour un examen de TDM auxquels les patients ne se sont pas présentés

Dans l'ensemble des hôpitaux, les taux de rendez-vous auxquels les patients ne se sont pas présentés pour des examens de TDM signalés à Action Cancer Ontario variaient de 0,6 % à 13 % des rendez-vous fixés en 2017-2018. Pour cet exercice, les hôpitaux ont signalé 57 916 rendez-vous auxquels les patients ne se sont pas présentés pour un examen de TDM; nous avons toutefois noté que les hôpitaux ont été en mesure de trouver sans trop de difficulté d'autres patients pour remplacer ceux qui ne s'étaient pas présentés.

Aucun des quatre hôpitaux que nous avons examinés lors de notre audit n'effectue de suivi systématique du taux de confirmation des rendez-vous. Selon notre contrôle par sondage des données disponibles dans trois des quatre hôpitaux, nous avons conclu que seulement 21 % à 41 % des patients qui ont reçu un rappel téléphonique ont confirmé leur rendez-vous la veille de leur examen. Par ailleurs, 54 % des patients qui ont reçu un texto ont confirmé leur rendez-vous. Le quatrième hôpital n'avait pas de données disponibles pour notre analyse au moment de notre audit.

Déclaration des rendez-vous auxquels les patients ne se présentent pas

Les hôpitaux déclarent régulièrement à Action Cancer Ontario les rendez-vous auxquels les patients ne se présentent pas. Ils ne sont toutefois pas tenus de consigner ni de déclarer le nombre de rendez-vous manqués pour lesquels ils ont

été en mesure de trouver un autre patient pour remplacer celui qui ne s'était pas présenté (comme un patient hospitalisé ou un patient qui attendait aux urgences). De la même façon, les hôpitaux ne font pas de surveillance ou de suivi actif de ces données pour déterminer le nombre d'heures d'inutilisation des appareils.

Action Cancer Ontario transmet aux hôpitaux des rapports sur les taux de rendez-vous manqués pour que les hôpitaux puissent en assurer le suivi à titre de mesure d'efficacité. Selon nous, Action Cancer Ontario pourrait accroître la pertinence de cette mesure en l'accompagnant d'autres données démographiques sur les patients (comme l'âge et le sexe) et le type d'examen, afin de donner aux hôpitaux des renseignements sur les facteurs qui influencent les taux de rendez-vous manqués dans leur population locale de patients. Action Cancer Ontario dispose de ces données, mais ne les fournit qu'aux hôpitaux qui en font la demande.

Lorsque nous avons demandé à Action Cancer Ontario de compiler les taux des rendez-vous manqués selon l'âge des patients, nous avons remarqué qu'en 2017-2018, les patients du groupe des 19 à 29 ans affichaient un taux de rendez-vous manqués plus élevé, soit 12 %, que les autres groupes d'âge. Il pourrait être plus aisé de rejoindre ce groupe d'âge par d'autres moyens ou d'autres technologies de communication, comme les courriels ou les textos.

Nous avons également constaté que les quatre hôpitaux que nous avons examinés lors de notre audit ne font pas de suivi systématique des raisons des rendez-vous manqués. Ainsi, même si les hôpitaux reconnaissent le problème, ils n'en comprennent pas pleinement les causes et ils ne peuvent pas faire grand-chose pour infléchir la tendance. Des membres du personnel hospitalier ont mentionné que plus le jour du rendez-vous est lointain, plus les patients ont tendance à l'oublier. C'est pourquoi un hôpital fixe un rendez-vous seulement un mois avant la première date disponible. Nous avons cependant constaté

que cela entraîne d'autres répercussions pour les patients, comme on le voit à la **section 4.9.3**.

RECOMMANDATION 9

Pour améliorer l'efficacité des mécanismes utilisés pour fixer et planifier des rendez-vous pour des examens d'IRM et de TDM et réduire les rendez-vous manqués, nous recommandons aux hôpitaux :

- de faire un suivi formel des raisons pour lesquelles les patients ne se présentent pas aux rendez-vous et d'élaborer des stratégies pour réduire la fréquence des rendez-vous manqués;
- de faire le suivi des taux de confirmation afin d'évaluer l'efficacité des systèmes actuels d'avis et de rappel et ainsi déterminer s'il y a lieu de recourir à une technologie plus conviviale, comme un avis de confirmation envoyé automatiquement par courriel ou texto.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux conviennent de la nécessité de mettre en place des processus efficaces et efficaces pour réduire le nombre de rendez-vous manqués et déterminer des pratiques exemplaires en matière d'utilisation des ressources. Les hôpitaux reconnaissent qu'il est important d'adopter des mesures ou des processus pour informer les patients de leurs responsabilités et ainsi obtenir de meilleurs résultats lorsqu'il s'agit d'éviter que les patients manquent leurs rendez-vous.

Les hôpitaux sont disposés à collaborer et ils vont évaluer régulièrement l'efficacité de leurs processus visant à éviter que les patients manquent leurs rendez-vous en faisant un suivi des raisons des rendez-vous manqués et des caractéristiques démographiques des patients. Ces suivis vont permettre aux hôpitaux de définir des pratiques exemplaires stratégiques qui comprendraient le recours à de nouvelles technologies et à de nouveaux procédés

pour améliorer les résultats. Les hôpitaux vont travailler avec leurs départements des technologies de l'information ainsi qu'avec le Bureau des communications et le Bureau de la protection de la vie privée pour trouver des technologies qui peuvent permettre de mieux communiquer avec les patients par l'entremise de diverses technologies conviviales, comme les courriels, les textos, les envois postaux automatiques ou les systèmes de réponse vocale interactive.

Les hôpitaux conviennent que les rendez-vous auxquels les patients ne se présentent pas ont des répercussions négatives sur les activités, l'accès et la prise en charge des patients et qu'ils peuvent être la cause de pertes de revenus et de l'allongement des temps d'attente. Pour relever ces défis, les hôpitaux doivent continuer de chercher de meilleures occasions de réduire les taux de rendez-vous manqués. Des examens réguliers offrent de telles possibilités ainsi qu'une collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour se familiariser avec les pratiques exemplaires d'autres hôpitaux.

4.9.3 Dans certains hôpitaux, de nombreux patients attendent qu'un rendez-vous leur soit fixé pour un examen d'IRM

En 2017-2018, alors que les planificateurs des hôpitaux étaient en mesure de fixer des rendez-vous pour les patients de niveau urgent et moins urgent dans les 2 jours de la réception de la demande, ils ont mis en moyenne 18 jours civils avant de fixer un rendez-vous pour les patients de niveau non urgent et informer ceux-ci de la date et de l'heure de leur rendez-vous. Cette période moyenne de 18 jours civils est deux fois plus longue que celle de 7 jours civils recommandée par Action Cancer Ontario.

Trois des 4 hôpitaux dans lesquels nous avons effectué notre travail d'audit avaient un grand nombre de patients qui attendaient qu'on leur

fixe un rendez-vous pour un examen d'IRM; leurs délais étaient de 15, de 28 et 197 jours en moyenne lorsqu'il s'agissait de fixer un rendez-vous pour un examen de niveau non urgent en 2017-2018. L'hôpital ayant le plus gros arriéré nous a expliqué qu'il fixe des rendez-vous avec ces patients environ un mois avant la première date disponible, plutôt que dès que possible, afin de réduire au maximum le nombre de changements de date des rendez-vous pendant la longue période d'attente. Or, cela intensifie l'anxiété des patients, qui doivent attendre plus longtemps pour connaître les détails et le moment de leur rendez-vous. Cela a également une incidence sur leur capacité de planifier leur traitement avec leur médecin. Ces trois hôpitaux ont affirmé manquer de ressources, y compris de personnel, pour fixer les rendez-vous en temps opportun.

RECOMMANDATION 10

Afin de faire en sorte que les patients connaissent dès que possible la date de leur rendez-vous pour l'examen d'IRM, nous recommandons aux hôpitaux de mettre en place un processus efficace de suivi des demandes d'examen reçues et de fixer des rendez-vous en temps opportun.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux reconnaissent l'importance d'informer les patients de leurs rendez-vous rapidement et de faire un suivi des demandes d'examen d'IRM qui leur sont soumises. Les hôpitaux tentent généralement d'informer rapidement les patients de la date de leurs rendez-vous. Toutefois, il arrive à l'occasion que la capacité de faire les examens demandés cause problème. Un hôpital qui avait un arriéré important lorsqu'il s'agissait d'informer les patients de la date de leur rendez-vous en temps opportun travaille actuellement avec le fournisseur de son nouveau système d'information sur les soins de santé pour adopter des stratégies de notification qui

permettraient de confirmer les rendez-vous des patients ou, lorsqu'un problème de capacité surgit, qui confirmerait que l'hôpital a bien reçu la demande d'examen et qui indiquerait le temps d'attente prévu.

4.10 Le programme provincial d'évaluation par les pairs n'est pas obligatoire dans tous les hôpitaux de l'Ontario

L'Association canadienne des radiologistes décrit l'évaluation par les pairs comme un processus d'autoréglementation d'une profession ou d'évaluation par des personnes compétentes du domaine visé. L'évaluation par les pairs contribue au respect des normes, à l'amélioration du rendement et à la crédibilité de la profession. L'Association canadienne des radiologistes recommande que le programme général d'assurance de la qualité d'un service de radiologie intègre des évaluations par les pairs afin d'améliorer l'uniformité et l'exactitude des services de radiologie et donc la qualité des soins donnés aux patients.

Malgré cette recommandation, ce ne sont pas tous les hôpitaux de l'Ontario offrant des services d'IRM et/ou de TDM qui sont dotés d'un programme officiel d'évaluation par les pairs. En 2013, un examen externe du travail d'un radiologiste de Trillium Health Partners a relevé des erreurs d'interprétation dans 645 examens de TDM effectués pendant une année, dont certains affichaient des cancers non détectés. En décembre 2013, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée a demandé qu'en collaboration avec les partenaires du secteur de la santé, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) « dirige la mise en place d'un programme provincial d'examen par les pairs médecins dans tous les établissements où des services d'imagerie diagnostique sont offerts, y compris des clichés mammaires et des tomodensitogrammes ».

Le rapport de 2016 intitulé « Évaluation par les pairs : Une initiative de qualité en matière

d'imagerie diagnostique pour l'Ontario » décrit dans les grandes lignes un plan de mise en oeuvre d'un programme provincial d'évaluation par les pairs. Les recommandations du rapport à l'égard d'un tel programme obligatoire précisait que celui-ci devrait être intégré, fondé sur des normes, uniforme, axé sur l'apprentissage et la formation, tenu de rendre des comptes et durable. En juin 2018, QSSO a produit une trousse d'outils pour faciliter la mise en oeuvre de programmes d'examen par les pairs à l'intention des radiologistes de 5 hôpitaux communautaires et se propose d'élargir ce programme pilote à 14 hôpitaux d'ici la fin de 2018-2019. Selon QSSO, le Ministère n'a pas indiqué qu'il s'attendait à ce que ce programme soit obligatoire dans les hôpitaux et que lui-même n'est pas habilité à « exiger » que tous les hôpitaux y participent.

Le Ministère n'a toujours pas de liste complète des hôpitaux qui offrent des services d'imagerie diagnostique et ont un programme d'évaluation par les pairs. En 2014, lorsque l'Association des hôpitaux de l'Ontario a mené une enquête auprès des 155 hôpitaux de l'Ontario, seulement 85 ont répondu à une question au sujet de l'existence d'un programme d'évaluation par les pairs et 41 d'entre eux ont affirmé avoir un tel programme dans leur service d'imagerie diagnostique.

Trois des quatre hôpitaux dans lesquels nous avons mené notre travail d'audit sont dotés d'un programme d'évaluation par les pairs pour revoir les examens d'IRM et de TDM et les rapports connexes du radiologiste. Le quatrième hôpital avait mené plusieurs essais d'évaluation par les pairs, mais n'en faisait pas de façon régulière.

Dans le cadre d'une évaluation par les pairs, un collègue passe en revue un échantillon des examens effectués par le radiologiste et compare les résultats avec ses propres conclusions aux rapports rédigés par le radiologiste. Ce processus permet d'évaluer le produit ultime du travail du radiologiste; une telle évaluation du rendement en exercice est difficile à faire dans bien d'autres spécialités médicales. Les évaluations par les pairs donnent

donc aux radiologistes et aux hôpitaux la possibilité d'accroître l'assurance de la qualité, tout en préservant la valeur de l'expertise du radiologiste.

RECOMMANDATION 11

Pour favoriser l'amélioration de la qualité des diagnostics dans les hôpitaux de l'Ontario, nous recommandons que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée collabore avec Qualité des services de santé Ontario pour clarifier les attentes et les délais que les hôpitaux doivent respecter pour mettre en place un programme formel d'évaluations régulières par les pairs des résultats des hôpitaux en matière de diagnostic.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée appuie cette recommandation et il va continuer de travailler avec Qualité des services de santé Ontario à la mise en oeuvre d'un programme formel d'évaluations régulières par les pairs des résultats des hôpitaux en matière de diagnostic.

Pour y parvenir et pour établir une base permettant de définir des attentes appropriées et des délais de mise en oeuvre, le Ministère et Qualité des services de santé Ontario vont continuer de demander les avis des hôpitaux et de groupes d'experts cliniciens.

4.11 Les hôpitaux n'ont pas évalué systématiquement la nécessité clinique de toutes les demandes d'examens d'IRM et de TDM

Lors de notre audit, nous avons interrogé des représentants d'organismes de recherche et de groupes d'intervenants, y compris l'Ontario Association of Radiologists. Selon ces personnes, les demandes d'examen par imagerie inappropriées (non cliniquement nécessaires) représentent de 2 % à 12 % des demandes.

L'Association canadienne des radiologistes admet que la pertinence de la réalisation d'un examen d'IRM ou de TDM repose sur la présence de données probantes fondées sur des indications cliniques à l'appui de la demande d'examen. On juge inapproprié un examen peu susceptible d'améliorer les résultats pour le patient. Le recours inapproprié aux examens par imagerie exerce des pressions financières inutiles sur le système de soins de santé et allonge le temps d'attente pour les patients qui ont réellement besoin de ces examens. Les patients s'exposent également à des risques lorsqu'ils subissent des examens qui pourraient être inutiles. Il arrive parfois que des radiologistes fassent des découvertes fortuites (des résultats qui n'avaient pas été prévus par le médecin traitant). Bon nombre de ces découvertes n'ont pas de conséquences majeures, mais elles peuvent quand même entraîner d'autres examens par imagerie et vérifications et être une source d'anxiété pour le patient. Dans certains cas, l'enquête menée à la suite d'une telle découverte peut nécessiter des procédures médicales invasives.

Les recherches universitaires sur l'imagerie médicale ont révélé que les demandes d'examens inappropriés constituent un problème pour le système de soins de santé. Selon une récente recension canadienne d'études sur le problème des examens d'IRM, le nombre de demandes inappropriées varie de 2 % à 28,5 %, selon la partie du corps visée, l'âge et le lieu de résidence du patient ainsi que la conception de l'étude. Une étude canadienne publiée en 2018 portait sur environ 1 000 examens d'IRM pour diverses parties du corps ainsi que sur les raisons des demandes indiquées sur les formulaires envoyés par les médecins. L'étude a évalué chaque examen par rapport aux lignes directrices pour les examens d'imagerie publiée par l'Association canadienne des radiologues. Selon l'étude, de 6 % à 12 % des examens étaient inappropriés.

Selon les radiologistes du RLISS de Champlain, le pourcentage d'examens inappropriés s'établit entre 5 % à 15 %. Dans les quatre hôpitaux où

nous avons effectué notre travail d'audit, le radiologiste principal ou les autres radiologistes sont chargés de déterminer le niveau de priorité de chaque demande reçue et de rejeter celles qui sont jugées inappropriées, ou de demander des précisions au médecin traitant au sujet de la nécessité de l'examen. Or, aucun de ces hôpitaux ne consigne le nombre de demandes rejetées parce qu'elles sont inappropriées.

Les radiologistes que nous avons interrogés reconnaissent que le risque que la demande d'examen ne soit pas pertinente dépend de la partie du corps visé et de l'âge du patient, en particulier s'il n'y a pas d'autres indicateurs cliniques ou de « signaux d'alerte ». Par exemple, un médecin ne devrait pas demander systématiquement des examens par imagerie pour les patients qui souffrent uniquement de douleurs au bas du dos, sauf s'il soupçonne de graves problèmes cliniques sous-jacents. De même, une douleur chronique à un genou chez des patients de plus de 55 ans n'est pas nécessairement une indication clinique qu'un examen d'IRM ou de TDM s'impose.

À l'appui de ce consensus, le RLISS de Waterloo Wellington a effectué en 2017 une étude de cas démontrant que sur 650 patients de plus de 55 ans souffrant de douleurs au genou, 221 avaient subi un examen d'IRM. L'examen de ces dossiers a révélé que 77 % de ces 221 examens étaient inappropriés. Un système d'aiguillage électronique inspiré de ces travaux qui comprend un outil d'aide aux décisions a permis de réduire de 12 % le nombre d'examens d'IRM inappropriés.

Afin de limiter le nombre de demandes d'examens inappropriés, l'Association canadienne de radiologistes a publié en 2012 des *Lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie* à titre de ressource pour les médecins. L'Association cherchait ainsi à aider les médecins à prendre des décisions, sans toutefois restreindre le rôle du médecin dans le processus de prise de décisions concernant les études d'imagerie à demander.

Les hôpitaux qui offrent des services d'imagerie diagnostique se sont également penchés sur la

question d'offrir une aide semblable à la prise de décisions cliniques à l'intention des médecins qui font des demandes d'examen. Ainsi, le système centralisé de réception des demandes du RLISS de Champlain (décrit à la **section 4.3**) intégrera des outils d'aide à la prise de décisions et des cheminements cliniques pour orienter les médecins dans leurs activités de demandes d'examen afin d'améliorer la pertinence de celles-ci. Des hôpitaux aux États-Unis utilisent un outil d'aide clinique à cette fin.

RECOMMANDATION 12

Pour que les demandes d'examens d'IRM et de TDM répondent davantage à une nécessité clinique, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de travailler avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux afin :

- de concevoir des outils efficaces, comme des formulaires de demande normalisés avec des listes de contrôle pertinentes pour réduire le nombre de demandes inappropriées;
- de s'assurer que les radiologistes dans les hôpitaux évaluent les demandes d'IRM et de TDM et en fassent le suivi et mettent de place des pratiques permettant d'améliorer le respect des lignes directrices pertinentes.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée appuie cette recommandation et il va travailler avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les hôpitaux et des experts cliniciens pour produire et mettre en oeuvre des outils et des pratiques exemplaires ayant pour objet de minimiser le nombre d'aiguillages inappropriés en vue d'examens d'IRM ou de TDM. Le Programme des établissements de santé autonomes va consulter des partenaires et des titulaires de licences de premier plan pour examiner de quelle façon ces recommandations pourraient être mises en oeuvre.

4.12 Les ententes du Ministère avec les établissements de santé autonomes ne prévoient pas de taux horaires normalisés ni de mesures du rendement

Notre audit nous a permis de constater qu'il n'y a pas de taux horaires normalisés ni de mesures du rendement relatives aux temps d'attente pour les examens d'IRM autant que pour les examens de TDM dans les ententes du Ministère avec les établissements de santé autonomes, comme on le verra de façon plus détaillée dans les **sections 4.12.1** et **4.12.2**.

En outre, le Ministère n'a pas comparé les pratiques de fourniture de services similaires des ESA et des hôpitaux afin de cerner les éléments, comme les taux horaires et l'évaluation par les pairs, qui doivent être améliorés. Par exemple, tous les ESA titulaires d'un permis aux termes de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* doivent effectuer régulièrement une évaluation par les pairs, alors qu'un programme officiel d'évaluation par les pairs n'est pas encore intégralement implanté dans les hôpitaux de la province, comme il en a été question à la **section 4.10**.

Les ESA sont des organismes à but lucratif ou sans but lucratif établis dans des collectivités partout en Ontario. Ils fournissent sans frais certains services de soins de santé, comme les examens d'IRM et de TDM aux patients couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Ces établissements ont comme raison d'être d'élargir l'accès aux services de soins de santé à la population ontarienne hors du réseau des hôpitaux. En vertu de la Loi, le Ministère est responsable de la délivrance de permis, du financement et de la coordination des évaluations de l'assurance de la qualité des ESA.

Pour recevoir des fonds aux termes de la Loi, les titulaires de permis d'ESA doivent conclure une entente avec le Ministère afin d'établir leur budget annuel et de fournir des rapports mensuels qui décrivent en détail le nombre d'heures de service à assurer. Pour recevoir des fonds aux termes de

la Loi, le titulaire de permis d'ESA doit conclure une entente avec le Ministère afin d'établir son budget annuel et fournir des rapports mensuels qui décrivent en détail le nombre d'heures de service à assurer. Le processus de rapprochement de fin d'exercice se fonde sur les heures réelles de fourniture de services, les types de services fournis et les heures d'ouverture quotidiennes. Le Ministère peut recouvrer tout paiement en trop.

Au cours des trois exercices de 2015-2016 à 2017-2018, le Ministère a versé aux 7 ESA un total annuel moyen de 8,6 millions de dollars pour les services d'IRM et de 2,6 millions pour les services de TDM. Avec leurs 6 appareils d'IRM et leurs 2 appareils de TDM, les ESA ont effectué environ 48 000 examens d'IRM et 11 320 de TDM en 2017-2018. Ces résultats excluent les examens effectués au moyen de deux autres appareils de TDM au sujet desquels Action Cancer Ontario n'avait reçu aucune donnée au moment de notre audit.

4.12.1 Examens d'IRM

Trois titulaires de permis représentant cinq ESA utilisent en tout six appareils d'IRM. L'**annexe 10** fournit une liste de ces ESA et des données correspondantes sur les temps d'attente. Nous avons relevé les problèmes suivants :

- Les taux horaires que le Ministère avait convenus avec ces ESA variaient sensiblement : il peut y avoir un écart allant jusqu'à 175 % dans les taux d'un examen d'IRM semblable entre deux ESA. Ces taux ont été fixés en 2003 en réponse aux soumissions retenues après un appel de propositions lancé par le Ministère pour la fourniture de services d'IRM, conformément à la Loi. Le Ministère paie ces mêmes taux en 2018. Comme il ne connaît pas le coût réel par examen effectué à l'extérieur des hôpitaux, le Ministère ne sait pas si les taux actuels sont raisonnables ou non.

- En vertu des ententes actuelles, les cinq ESA sont tenus de fournir à Action Cancer Ontario des données sur les temps d'attente. Ces ententes n'obligent cependant pas les ESA à atteindre les cibles de temps d'attente fixées pour les hôpitaux de l'Ontario. En 2017-2018, aucun de ces ESA n'a atteint la cible de 28 jours pour les temps d'attente dans la province.

4.12.2 Examens de TDM

Trois titulaires de permis représentant quatre ESA utilisent quatre appareils de TDM à divers endroits dans la province (se reporter à l'**annexe 10**).

Nous avons cerné des problèmes semblables aux problèmes décrits à la **section 4.12.1** :

- Les taux horaires que le Ministère avait convenus avec ces ESA variaient : il peut y avoir un écart allant jusqu'à 280 % dans les taux d'un examen de TDM semblable entre deux ESA. Ces taux ont été fixés en 2003 en réponse aux soumissions retenues après l'appel de propositions dont il a été question à la **section 4.12.1**. Le Ministère paie encore les mêmes taux en 2018. Encore ici, comme il ne connaît pas le coût réel des examens effectués à l'extérieur des hôpitaux, le Ministère ne sait pas si les taux actuels sont raisonnables ou non.
- À l'heure actuelle, les ententes de deux des quatre ESA seulement prévoient que les ESA sont tenus de fournir à Action Cancer Ontario des données sur les temps d'attente, mais ne stipulent pas qu'ils doivent atteindre des cibles en la matière. En 2018-2019, le Ministère a commencé à financer deux autres ESA pour qu'ils se dotent de la capacité nécessaire afin de déclarer eux aussi leurs temps d'attente.

RECOMMANDATION 13

Pour que les paiements visant les services d'IRM et de TDM qui sont versés aux établissements de santé autonomes (ESA) présentent un bon rapport coût-efficacité, nous recommandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

- de passer en revue les taux horaires actuels accordés pour les services fournis par chaque ESA et de déterminer si ces taux sont appropriés, en tenant compte des types d'examen, du coût par examen et du nombre de services fournis par chaque ESA;
- d'établir des mesures du rendement, comme des cibles de temps d'attente et de les intégrer aux futures ententes avec tous les ESA.

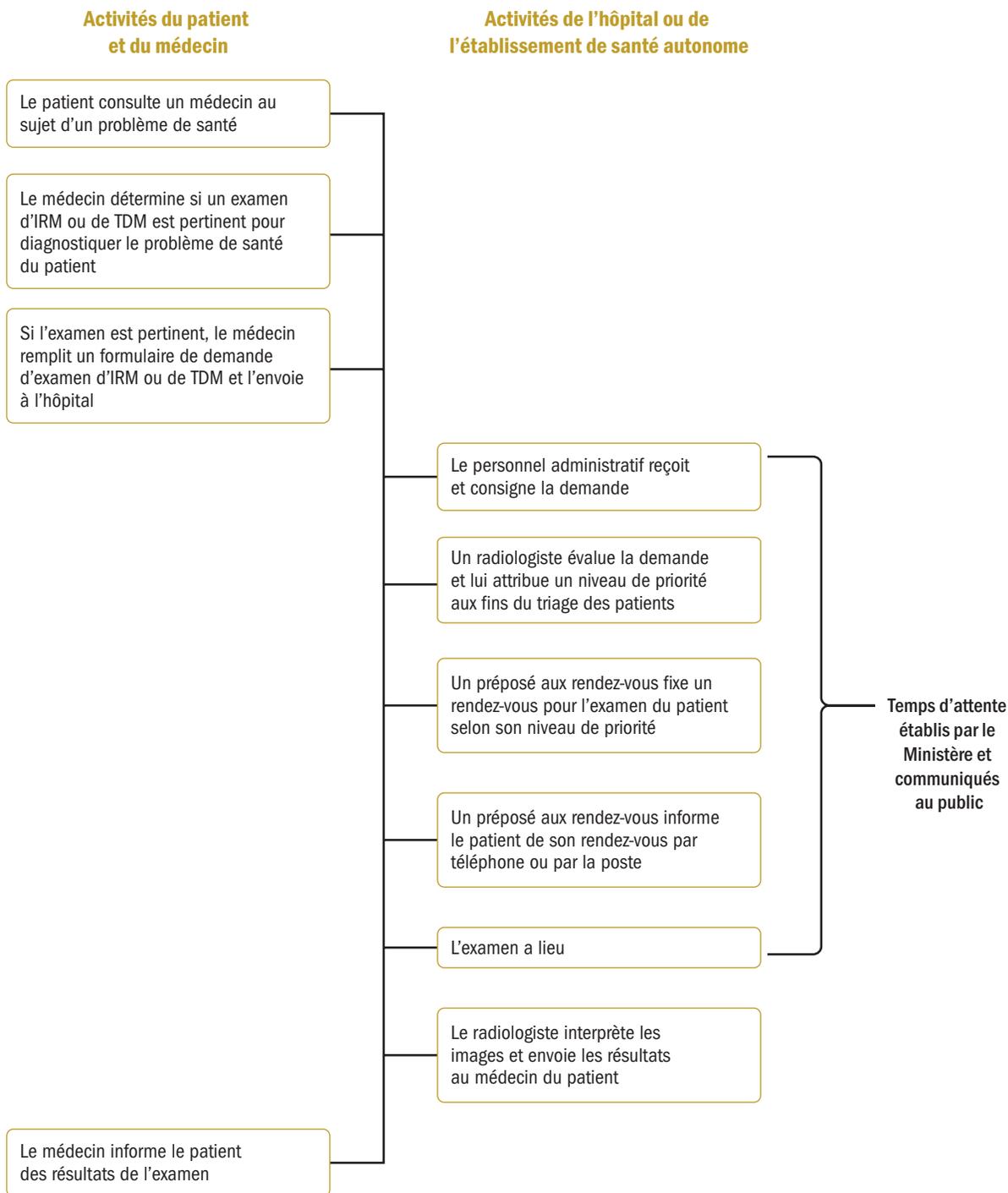
RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) va entreprendre un examen des taux horaires payés pour les services d'IRM et de TDM ainsi qu'un examen des accords de financement par paiement de transfert avec les établissements autonomes pour envisager les éléments suivants :

- la façon de mettre en place une démarche uniforme, claire et reposant sur des éléments probants pour le calcul des taux versés aux établissements pour la fourniture de services d'examen d'IRM et de TDM;
- un rajustement possible des barèmes actuels des taux versés aux établissements pour les examens d'IRM et de TDM en fonction de cette démarche;
- l'analyse et l'intégration des mesures de rendement applicables, y compris des cibles en matière de temps d'attente, associées à la fourniture des services.

Annexe 1 : Parcours du patient pour subir un examen d'IRM ou de TDM et temps d'attente selon la définition du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère)

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



Annexe 2 : Ce qu'il faut savoir au sujet des appareils d'IRM et de TDM

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée

	Appareil d'IRM	Appareil de TDM
Fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> Utilise un champ magnétique et des ondes radioélectriques pour saisir des images de l'intérieur du corps 	<ul style="list-style-type: none"> Combine une série de clichés radiographiques pris à divers angles et utilise un ordinateur pour créer des coupes transversales de diverses parties du corps
Utilisation idéale	<ul style="list-style-type: none"> Tissus mous (p. ex. ligaments, tendons, organes, tumeurs) Os et parties du corps qui bougent beaucoup (p. ex. thorax et abdomen) 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation fréquente pour le suivi de patients cancéreux
Durée de l'examen	<ul style="list-style-type: none"> De 20 minutes à plus de 60 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> Quelques minutes
Sécurité du patient	<ul style="list-style-type: none"> Ne produit aucun rayonnement Parce qu'elle fonctionne grâce à des aimants puissants, l'IRM peut ne pas être sécuritaire pour les personnes qui ont des pièces de métal dans leur organisme, comme des stimulateurs cardiaques ou des plaques/vis en métal Des précautions supplémentaires doivent être prises pour les patients qui ont des implants médicaux Le patient ou son mandataire doit répondre à toutes les questions du protocole de sécurité avant de subir l'examen 	<ul style="list-style-type: none"> Les patients sont exposés au rayonnement chaque fois qu'un cliché est pris Les patients ayant des pièces de métal dans leur organisme peuvent passer un examen de TDM
Confort du patient	<ul style="list-style-type: none"> Indolore; inconfort possible en cas de claustrophobie Selon la durée de l'examen, le patient doit rester immobile pendant une longue période, ce qui peut être difficile Très bruyants, mais des bouchons pour les oreilles sont fournis aux patients pour atténuer le bruit dans la mesure du possible 	<ul style="list-style-type: none"> Indolore; inconfort possible en cas de claustrophobie

Annexe 3 : Nombre d'appareils d'IRM¹ et temps d'attente dans les hôpitaux de l'Ontario, mars 2018

Source des données : Action Cancer Ontario

Hôpital	Genre d'hôpital	Nombre d'appareils	Temps d'attente des patients de niveau non urgent, au 90e percentile ² , 2017-2018 (en jours)
RLISS du Centre			
Hôpital Humber River	Hôpital communautaire	2	142
Centre des sciences de la santé Mackenzie ³	Hôpital communautaire	2	134
Hôpital général de North York	Hôpital d'enseignement	2	134
Hôpital de Markham-Stouffville	Hôpital communautaire	2	76
Centre régional de santé Southlake	Hôpital communautaire	2	62
RLISS du Centre-Est			
Hôpital Scarborough and Rouge	Hôpital communautaire	3	88
Centre de santé Lakeridge ⁴	Hôpital communautaire	3	66
Centre régional de santé de Peterborough	Hôpital communautaire	1	53
Hôpital Ross Memorial	Hôpital communautaire	1	50
Hôpital Northumberland Hills	Hôpital communautaire	1	25
RLISS du Centre-Ouest			
Système de santé William Osler ⁵	Hôpital communautaire	4	Non déclaré
RLISS de Champlain			
Hôpital d'Ottawa ³	Hôpital d'enseignement	4	249
Hôpital communautaire de Cornwall	Hôpital communautaire	1	122
Hôpital Montfort	Hôpital d'enseignement	2	116
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	Hôpital d'enseignement	1	88
Hôpital Queensway Carleton	Hôpital communautaire	2	81
Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario / Centre de traitement pour enfants d'Ottawa	Hôpital d'enseignement	2	63
Hôpital régional de Pembroke	Hôpital communautaire	1	42
RLISS d'Érié St-Clair			
Hôpital régional de Windsor	Hôpital communautaire	2	119
St. Joseph's Health Services Association of Chatham	Hôpital communautaire	1	61
Bluewater Health	Hôpital communautaire	1	28
RLISS de Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant			
Système de santé de Niagara ⁴	Hôpital communautaire	2	117
Système de soins de santé communautaires de Brant	Hôpital communautaire	1	91
Hamilton Health Sciences Corp.	Hôpital d'enseignement	5	90
Hôpital Joseph Brant	Hôpital communautaire	1	82
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton ^{3,5}	Hôpital d'enseignement	4	Non déclaré
RLISS de Mississauga Halton			
Trillium Health Partners	Hôpital communautaire	4	127
Halton Healthcare Services	Hôpital communautaire	4	66

Hôpital	Genre d'hôpital	Nombre d'appareils	Temps d'attente des patients de niveau non urgent, au 90e percentile ² , 2017-2018 (en jours)
RLISS du Nord-Est			
Horizon Santé-Nord ³	Hôpital d'enseignement	1	119
Centre régional de santé de North Bay	Hôpital communautaire	1	71
Hôpital de Timmins et du district	Hôpital communautaire	1	66
Hôpital de Sault-Sainte-Marie	Hôpital communautaire	1	57
RLISS de Simcoe Nord Muskoka			
Centre régional de santé Royal Victoria	Hôpital communautaire	2	64
Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia	Hôpital communautaire	1	56
RLISS du Nord-Ouest			
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	Hôpital d'enseignement	3	103
RLISS du Sud-Est			
Centre des sciences de la santé de Kingston	Hôpital d'enseignement	1	136
Association des soins de santé de Quinte	Hôpital communautaire	1	39
RLISS du Sud-Ouest			
Centre des sciences de la santé de London	Hôpital d'enseignement	4	158
Services de santé de Grey Bruce	Hôpital communautaire	1	59
St. Joseph's Health Care London	Hôpital d'enseignement	3	55
Hôpital général de Woodstock	Hôpital communautaire	1	44
Hôpital général de Stratford	Hôpital communautaire	1	40
RLISS du Centre-Toronto			
Centre Sunnybrook des sciences de la santé ⁴	Hôpital d'enseignement	3	284
Hospital for Sick Children ⁴	Hôpital d'enseignement	4	174
Réseau de la santé Sinai	Hôpital d'enseignement	2	139
Réseau universitaire de santé ⁴	Hôpital d'enseignement	7	128
Hôpital St. Michael - Centre de santé St-Joseph de Toronto	Hôpital d'enseignement	4	119
Hôpital Women's College	Hôpital d'enseignement	1	75
Réseau de la santé de Toronto-Est	Hôpital communautaire	1	70
RLISS de Waterloo Wellington			
Hôpital Memorial de Cambridge	Hôpital communautaire	1	80
Hôpital de Grand River	Hôpital communautaire	1	66
Hôpital général de Guelph	Hôpital communautaire	1	65
Nombre total d'appareils d'IRM		108	

1. Exclusion faite des appareils utilisés strictement pour la recherche.
2. Les temps d'attente se définissent comme étant la durée maximale pendant laquelle 90 % des patients ont attendu leur examen d'IRM.
3. Hôpitaux dans lesquels nous avons mené des activités d'audit détaillées.
4. Hôpitaux que nous avons visités et où nous avons rencontré des représentants de la direction.
5. En raison de problèmes qui se sont posés au moment de la mise en oeuvre d'un système, les données de ces hôpitaux comprennent un grand nombre d'inexactitudes et ne sont donc pas publiées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ni incluses dans la présente annexe.

Annexe 4 : Nombre d'appareils de TDM¹ et temps d'attente dans les hôpitaux de l'Ontario, mars 2018

Source des données : Action Cancer Ontario

Hôpital	Genre d'hôpital	Nombre d'appareils	Temps d'attente des patients de niveau non urgent, au 90e percentile ² , 2017-2018 (en jours)
RLISS du Centre			
Centre des sciences de la santé Mackenzie ³	Hôpital communautaire	2	152
Hôpital Humber River	Hôpital communautaire	4	55
Centre régional de santé Southlake	Hôpital communautaire	2	53
Hôpital général de North York	Hôpital d'enseignement	3	50
Hôpital de Markham-Stouffville	Hôpital communautaire	3	34
Hôpital Stevenson Memorial d'Alliston	Hôpital communautaire	1	30
RLISS du Centre-Est			
Centre régional de santé de Peterborough	Hôpital communautaire	2	35
Hôpital Ross Memorial	Hôpital communautaire	1	27
Centre de santé Lakeridge ⁴	Hôpital communautaire	4	26
Hôpital Scarborough and Rouge	Hôpital communautaire	5	25
Hôpital Northumberland Hills	Hôpital communautaire	1	22
Hôpital Memorial de Campbellford	Hôpital communautaire	1	13
RLISS du Centre-Ouest			
Centre de soins de santé Headwaters	Hôpital communautaire	1	34
Système de santé William Osler ⁵	Hôpital communautaire	6	Non déclaré
RLISS de Champlain			
Hôpital d'Ottawa ³	Hôpital d'enseignement	6	234
Hôpital Montfort	Hôpital d'enseignement	2	117
Hôpital Queensway Carleton	Hôpital communautaire	2	106
Hôpital Memorial du district de Winchester	Hôpital communautaire	1	103
Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario/ Centre de traitement pour enfants d'Ottawa	Hôpital d'enseignement	1	95
Hôpital régional de Pembroke	Hôpital communautaire	1	43
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	Hôpital d'enseignement	1	32
Hôpital Victoria de Renfrew	Hôpital communautaire	1	32
Hôpital général de Hawkesbury et du district	Hôpital communautaire	1	16
Hôpital communautaire de Cornwall	Hôpital communautaire	1	16
RLISS d'Érie St. Clair			
Bluewater Health	Hôpital communautaire	2	41
St. Joseph's Health Services Association of Chatham	Hôpital communautaire	1	40
Hôpital régional de Windsor	Hôpital communautaire	3	31
Centre de soins de santé Erie Shores	Hôpital communautaire	1	14

Hôpital	Genre d'hôpital	Nombre d'appareils	Temps d'attente des patients de niveau non urgent, au 90e percentile ² , 2017-2018 (en jours)
RLISS de Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant			
Hamilton Health Sciences Corp.	Hôpital d'enseignement	6	76
Système de soins de santé communautaires de Brant	Hôpital communautaire	1	48
Hôpital général de Norfolk	Hôpital communautaire	1	29
Hôpital Joseph Brant	Hôpital communautaire	2	26
Hôpital War Memorial de Haldimand	Hôpital communautaire	1	22
Système de santé de Niagara ⁴	Hôpital communautaire	4	21
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton ^{3,5}	Hôpital d'enseignement	2	Non déclaré
RLISS de Mississauga Halton			
Trillium Health Partners	Hôpital communautaire	5	93
Halton Healthcare Services	Hôpital communautaire	4	27
RLISS du Nord-Est			
Horizon Santé-Nord ³	Hôpital d'enseignement	2	199
Hôpital de Timmins et du district	Hôpital communautaire	1	70
Hôpital de Sault-Sainte-Marie	Hôpital communautaire	2	68
Centre régional de santé de North Bay	Hôpital communautaire	2	56
Hôpital Temiskaming	Hôpital communautaire	1	30
Centre de santé de l'Ouest de Parry Sound	Hôpital communautaire	1	20
RLISS de Simcoe Nord Muskoka			
Muskoka Algonquin Healthcare	Hôpital communautaire	1	45
Centre régional de santé Royal Victoria	Hôpital communautaire	2	42
Hôpital général de la baie Georgienne	Hôpital communautaire	1	27
Hôpital General and Marine de Collingwood	Hôpital communautaire	1	21
Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia	Hôpital communautaire	1	19
RLISS du Nord-Ouest			
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	Hôpital d'enseignement	2	32
Centre de santé Meno-Ya-Win de Sioux Lookout	Hôpital communautaire	1	22
Hôpital du district du lac des Bois	Hôpital communautaire	1	18
Riverside Health Care Facilities Inc.	Hôpital communautaire	1	16
RLISS du Sud-Est			
Centre des sciences de la santé de Kingston	Hôpital d'enseignement	3	52
Association des soins de santé de Quinte	Hôpital communautaire	2	28
Hôpital général de Brockville	Hôpital communautaire	1	28
Hôpital du district de Perth et de Smiths Falls	Hôpital communautaire	1	19

Hôpital	Genre d'hôpital	Nombre d'appareils	Temps d'attente des patients de niveau non urgent, au 90e percentile ² , 2017-2018 (en jours)
RLISS du Sud-Ouest			
Centre des sciences de la santé de London	Hôpital d'enseignement	4	70
St. Joseph's Health Care London	Hôpital d'enseignement	2	35
Hôpital général de St. Thomas-Elgin	Hôpital communautaire	1	29
Hôpital général de Stratford	Hôpital communautaire	1	27
Services de santé de Grey Bruce	Hôpital communautaire	1	27
Hôpital général de Woodstock	Hôpital communautaire	1	25
Hôpital Memorial du district de Tillsonburg	Hôpital communautaire	1	25
South Bruce Grey Health Centre	Hôpital communautaire	1	21
Hôpital général de Strathroy-Middlesex	Hôpital communautaire	1	12
Hôpital Alexandra Marine and General	Hôpital communautaire	1	12
RLISS du Centre-Toronto			
Centre Sunnybrook des sciences de la santé ⁴	Hôpital d'enseignement	4	173
Hôpital St. Michael – Centre de santé St-Joseph de Toronto	Hôpital d'enseignement	5	92
Réseau de la santé de Toronto-Est	Hôpital communautaire	2	92
Hôpital Women's College	Hôpital d'enseignement	1	84
Réseau de la santé Sinaï	Hôpital d'enseignement	4	83
Réseau universitaire de santé ⁴	Hôpital d'enseignement	14	64
Hospital for Sick Children ⁴	Hôpital d'enseignement	2	56
RLISS de Waterloo Wellington			
Hôpital général St. Mary	Hôpital communautaire	1	58
Hôpital de Grand River	Hôpital communautaire	2	37
Hôpital général de Guelph	Hôpital communautaire	1	35
Hôpital Memorial de Cambridge	Hôpital communautaire	1	28
Hôpital communautaire Groves Memorial	Hôpital communautaire	1	27
Nombre total d'appareils de TDM		165	

1. Exclusion faite des appareils utilisés strictement pour la recherche.
2. Les temps d'attente se définissent comme étant la durée maximale pendant laquelle 90 % des patients ont attendu leur examen de TDM.
3. Hôpitaux dans lesquels nous avons mené des activités d'audit détaillées.
4. Hôpitaux que nous avons visités et où nous avons rencontré des représentants de la direction.
5. En raison de problèmes qui se sont posés au moment de la mise en oeuvre d'un système, les données de ces hôpitaux comprennent un grand nombre d'inexactitudes et ne sont donc pas publiées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ni incluses dans la présente annexe.

Annexe 5 : Comparaison des méthodes de déclaration des temps d'attente

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Méthode de calcul des temps	Définition	Avantages	Inconvénients
Rendement antérieur (données compilées par Action Cancer Ontario)			
Moyenne	La moyenne d'une série de valeurs ou de quantités. Il s'agit d'une moyenne arithmétique. On la calcule en additionnant toutes les valeurs puis en divisant le chiffre obtenu par le nombre de valeurs.	Elle est pertinente pour des données dont la distribution est normale. Il s'agit de la mesure statistique la plus souvent utilisée et la plus facile à comprendre.	Les valeurs extrêmes l'influencent. En d'autres mots, la moyenne arithmétique calculée change s'il y a des temps d'attente très courts ou très longs, peu importe l'expérience de la majorité des patients inscrits sur la liste. En réalité, la moyenne arithmétique ne montre pas la distribution totale des temps d'attente; elle fausse donc la représentation des temps d'attente réels des patients.
Médiane ou 50 ^e percentile	La médiane correspond à la valeur qui se situe au centre d'une liste de valeurs classées par ordre. Il s'agit d'une moyenne de position. On la calcule en classant les valeurs par ordre ascendant ou par ordre descendant pour repérer la valeur qui se trouve précisément au milieu du nouvel ensemble de valeurs ainsi constitué.	Les valeurs extrêmes ne l'influencent pas. La médiane ne change pas même en présence de temps d'attente très courts ou très longs. Elle renseigne sur le nombre de jours d'attente de 50 % des patients avant leur examen d'IRM ou de TDM. Les patients peuvent donc comparer leur temps d'attente à celui d'autres patients de la liste. Ils ont ainsi l'impression que le système est équitable à leur égard.	La médiane ne fournit pas de représentation globale des valeurs extrêmes des temps d'attente, en particulier dans les hôpitaux où les temps d'attente sont longs. La médiane ne permet pas aux patients de savoir quelle sera la durée probable de leur attente.
90 ^e percentile	Le 90 ^e percentile est une mesure utilisée en statistique qui indique la valeur en-dessous de laquelle se trouvent 90 % des observations ou des valeurs d'un ensemble.	Cette mesure met en lumière les 10 % supérieurs des valeurs extrêmes d'un ensemble de données. Dans la perspective des temps d'attente, elle peut donner aux utilisateurs des renseignements utiles sur le nombre maximal de jours que 90 % des patients ont attendu leur examen d'IRM ou de TDM et les aider à évaluer l'efficacité du système. Pour les patients inscrits sur la liste, cette information leur permet de comparer leur expérience à celle des patients qui ont attendu le plus longtemps.	Cette mesure peut être plus difficile à comprendre pour un non-professionnel, à moins qu'il soit précisé clairement qu'il s'agit du temps qu'ont attendu 9 personnes sur 10 avant leur examen. Cette mesure ne permet pas non plus aux patients de connaître la durée probable de leur attente.

Méthode de calcul des temps	Définition	Avantages	Inconvénients
Intervalles des temps d'attente	Les intervalles permettent de classer les patients selon le temps pendant lequel ils ont réellement attendu leur examen d'IRM ou de TDM à l'intérieur d'un intervalle prédéfini et ils indiquent le pourcentage d'examens effectués à l'intérieur de cet intervalle.	Cette mesure représente chaque patient qui a eu un examen dans un hôpital donné. Elle donne donc une idée plus complète du nombre de patients qui ont attendu auparavant et de la durée de leur attente.	Le calcul de cette mesure peut prendre plus de temps.
Rendement en temps réel (Action Cancer Ontario ne compile pas ces données)			
Temps d'attente en temps réel	Le temps d'attente en temps réel correspond à la prochaine date disponible pour un rendez-vous en vue d'examen d'IRM ou de TDM.	Alors que les autres mesures mentionnées reposent sur les temps d'attente antérieurs (les temps d'attente des patients qui ont déjà passé leur examen), celle-ci fournit aux patients inscrits sur la liste d'attente des renseignements précis sur la durée probable du temps pendant lequel ils attendront leur examen.	Cette mesure est propre à chaque hôpital, et des ressources supplémentaires pourraient être nécessaires pour compiler les données à l'échelle de la province.

Annexe 6 : Critères d'audit

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

1. Des processus efficaces de gouvernance et de planification sont en vigueur pour veiller à ce que la capacité, la répartition et l'utilisation des appareils d'IRM et de TDM répondent aux besoins cliniques des patients à l'échelle de la province.
2. Des procédures et des mesures de coordination efficaces entre les fournisseurs de services sont en vigueur pour faire en sorte que les patients aient un accès rapide et équitable aux services d'IRM et/ou de TDM quand c'est nécessaire.
3. Des politiques, procédures et lignes directrices cliniques fondées sur des éléments probants sont en vigueur et respectées, pour que la demande et l'offre de services d'IRM et TDM soient appropriées.
4. Les appareils d'IRM et de TDM sont achetés, utilisés et entretenus de façon économique, sécuritaire et adéquate.
5. Des processus efficaces sont en vigueur pour assurer au moment opportun le signalement et le suivi des résultats des examens des patients et l'accès à ces résultats.
6. Des mesures et cibles de rendement sont établies, suivies et comparées aux résultats réels. Elles sont également communiquées au public pour que les résultats attendus soient obtenus et que des mesures correctives soient prises rapidement lorsque des problèmes sont cernés.
7. Des données financières et opérationnelles sont recueillies pour fournir des renseignements exacts, complets et en temps opportun afin d'orienter la prise de décisions par la direction, d'établir des comparaisons avec les pratiques exemplaires d'autres administrations et de faciliter la gestion du rendement.

Annexe 7 : Dénombrement des appareils d'IRM et de TDM au Canada et nombre d'examen effectués, de janvier à décembre 2017

Source : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

Province/territoire	Population (au 1 ^{er} juillet 2017)	N ^{bre} d'appareils	N ^{bre} d'examen	N ^{bre} d'examen par tranche de 1 000 personnes
Appareils d'IRM				
Île-du-Prince-Édouard	149 790	1	4 279	28,6
Colombie-Britannique	4 789 221	46	173 678	36,3
Saskatchewan	1 161 365	10	44 461	38,3
Terre-Neuve-et-Labrador	528 683	5	20 990	39,7
Alberta	4 291 980	41	192 375	44,8
Québec	8 371 498	107	380 357	45,4
Nouvelle-Écosse	953 173	12	47 490	49,8
Yukon	37 808	1	2 200	58,2
Manitoba	1 332 629	12	77 735	58,3
Nouveau-Brunswick	757 641	11	44 592	58,9
Ontario	14 135 610	120	866 953	61,3
Territoires du Nord-Ouest	44 381	0	s.o.	s.o.
Nunavut	37 462	0	s.o.	s.o.
Canada	36 591 241	366	1 855 110	51,0
Appareils de TDM				
Nunavut	37 462	1	2 000	53,4
Yukon	37 808	1	3 500	92,6
Alberta	4 291 980	56	405 332	94,4
Île-du-Prince-Édouard	149 790	2	15 811	105,6
Territoires du Nord-Ouest	44 381	1	4 695	105,8
Saskatchewan	1 161 365	15	128 415	110,6
Manitoba	1 332 629	23	186 197	139,7
Colombie-Britannique	4 789 221	66	695 248	145,2
Québec	8 371 498	163	1 350 792	161,4
Nouvelle-Écosse	953 173	18	155 099	162,7
Ontario	14 135 610	184	2 430 739	172,0
Terre-Neuve et Labrador	528 683	16	90 985	172,1
Nouveau-Brunswick	757 641	15	142 294	187,8
Canada	36 591 241	561	5 611 107	153,0

Annexe 8 : Comparaison des cibles de temps d'attente d'un examen d'IRM ou de TDM dans diverses administrations et recommandations de l'Association canadienne des radiologistes

Source : sites Web des ministères provinciaux de la Santé et Association canadienne des radiologistes

Administration/ Catégorie	Très urgent	Urgent	Moins urgent	Non urgent	Mesure du temps d'attente
Ontario	Dans les 24 heures	Dans les 2 jours	Dans les 10 jours	Dans les 28 jours	Entre la date de réception de la demande d'examen et la date de l'examen
Alberta	Non précisé	Dans les 7 jours	Dans les 30 jours	IRM : dans les 90 jours TDM : dans les 60 jours	Entre la date où le patient et le spécialiste décident qu'une procédure ou un test diagnostique est nécessaire et la date de la procédure ou du test
Î.-P.-É	Dans les 48 heures	Dans les 14 jours	Dans les 28 jours	IRM : dans les 84 jours TDM : dans les 56 jours	Entre la date de réception de la demande d'examen et la date de l'examen
Saskatchewan	Dans les 24 heures	2 à 7 jours	8 à 30 jours	31 à 90 jours	Entre la date de la demande d'intervention et la date de l'intervention
Association canadienne des radiologistes	Dans les 24 heures	Dans les 7 jours	Dans les 30 jours	Dans les 60 jours	Entre la date de réception d'un renvoi pour examen médical et la date de l'examen

Remarque : En Ontario et en Saskatchewan, la cible de temps d'attente correspond à la période maximale pendant laquelle 90 % des patients ont attendu leur examen. À noter que d'autres provinces ne publient pas cette mesure des temps d'attente.

Annexe 9 : Analyse des temps d'attente en temps réel des patients qui attendaient un examen d'IRM ou de TDM dans trois hôpitaux, juillet 2018

Source des données : trois des quatre hôpitaux pour lesquels des données étaient disponibles

Hôpital	A	B	C
Patients qui attendent un examen d'IRM			
(a) Temps d'attente moyen en jours pour les patients de niveau non urgent; information communiquée au public	193	72	92
(b) Nombre de patients inscrits sur la liste d'attente de l'hôpital	8 230	2 305	3 944
(c) Nombre de patients de niveau non urgent inscrits sur la liste d'attente de l'hôpital	7 508 [91 % de (b)]	2 103 [91 % de (b)]	3 816 [97 % de (b)]
(d) Nombre de patients de niveau non urgent à qui une date de rendez-vous n'a pas été fixée	6 872 [92 % de (c)]	954 [45 % de (c)]	0
Nombre de patients qui attendent depuis plus longtemps que le temps moyen communiqué au public en (a)	2 106 [31 % de (d)]	310 [32 % de (d)]	0
Nombre de patients qui attendent depuis moins longtemps que le temps moyen communiqué au public en (a)	4 766 [69 % de (d)]	644 [68 % de (d)]	0
(e) Nombre de patients de niveau non urgent à qui une date de rendez-vous a été fixée	636 [8 % de (c)]	1 149 [55 % de (c)]	3 816 [100 % de (c)]
Nombre de patients qui attendent depuis plus longtemps que le temps moyen communiqué au public en (a) pour l'examen dont la date a été fixée	625 [98 % de (e)]	423 [37 % de (e)]	3 315 [87 % de (e)]
Nombre de patients qui attendent depuis moins longtemps que le temps moyen communiqué au public en (a) pour l'examen dont la date a été fixée	11 [2 % de (e)]	726 [63 % de (e)]	501 [13 % de (e)]
Patients qui attendent un examen de TDM			
(a) Temps d'attente moyen en jours pour les patients de niveau non urgent; information communiquée au public	156	116	59
(b) Nombre de patients inscrits sur la liste d'attente de l'hôpital	5 842	2 945	1 304
(c) Nombre de patients de niveau non urgent inscrits sur la liste d'attente de l'hôpital	4 659 [80 % de (b)]	2 434 [83 % de (b)]	1 123 [86 % de (b)]
(d) Nombre de patients de niveau non urgent à qui une date de rendez-vous n'a pas été fixée	4 499 [97 % de (c)]	390 [16 % de (c)]	0
Nombre de patients qui attendent depuis plus longtemps que le temps moyen communiqué au public en (a)	2 087 [46 % de (d)]	82 [21 % de (d)]	0
Nombre de patients qui attendent depuis moins longtemps que le temps moyen communiqué au public en (a)	2 412 [54 % de (d)]	308 [79 % de (d)]	0
(e) Nombre de patients de niveau non urgent à qui une date de rendez-vous a été fixée	160 [3 % de (c)]	2 044 [84 % de (c)]	1 123 [100 % de (c)]
Nombre de patients qui attendent depuis plus longtemps que le temps moyen communiqué au public en (a) pour l'examen dont la date a été fixée	129 [81 % de (e)]	1 604 [78 % de (e)]	968 [86 % de (e)]
Nombre de patients qui attendent depuis moins longtemps que le temps moyen communiqué au public en (a) pour l'examen dont la date a été fixée	31 [19 % de (e)]	440 [22 % de (e)]	155 [14 % de (e)]

Remarque : Lorsqu'un hôpital reçoit un formulaire de demande d'examen d'IRM ou de TDM de la part du médecin traitant du patient, le radiologiste le classe à la lumière de l'information qu'il renferme. Le radiologiste établit pour chaque patient un niveau de priorité et évalue ensuite pour chacun le type d'examen qu'il conviendrait de faire. L'hôpital fixe ensuite un rendez-vous selon cette classification des patients. La présente annexe ne tient pas compte des patients en attente d'un examen de suivi.

Annexe 10 : Nombre d'appareils d'IRM et de TDM et temps d'attente selon l'établissement de santé autonome, mars 2018

Source des données : Action Cancer Ontario

Établissements de santé autonomes (ESA)	N ^{bre} d'appareils	RLISS	Patients au niveau non urgent : temps d'attente en 2017-2018 (nombre de jours au 90 ^e percentile)
ESA utilisant des appareils d'IRM			
KMH MRI and Healthcare Centres – Thornhill	1	Centre	104
Kingston MRI	2	Sud-Est	93
Oxford Advanced Imaging Inc. – Mississauga	1	Mississauga Halton	88
Oxford Advanced Imaging Inc. – Ajax	1	Centre-Est	64
KMH MRI and Healthcare Centres – Kitchener	1	Waterloo Wellington	58
Total	6		
ESA utilisant des appareils de TDM			
Oxford Advanced Imaging Inc. – Mississauga	1	Mississauga Halton	17
Oxford Advanced Imaging Inc. – Ajax	1	Centre-Est	9
Superior Imaging	1	Nord-Ouest	Non déclaré*
Huntsville CT Clinic	1	Simcoe Nord Muskoka	Non déclaré*
Total	4		

* Les données sur les temps d'attente seront déclarées après la mise en place d'un système d'information, qui était en cours au moment de notre audit.