

Chapitre 1

Ministère de la Santé

Section 1.08

Services d'IRM et de TDM

Suivi des audits de l'optimisation des ressources,
section 3.08 du *Rapport annuel 2018*

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	N ^{bre} de mesures recommandées	État des mesures recommandées				
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre	Ne s'applique plus
Recommandation 1	4			4		
Recommandation 2	4		4			
Recommandation 3	4		2	2		
Recommandation 4	4			4		
Recommandation 5	3			3		
Recommandation 6	2			2		
Recommandation 7	2			2		
Recommandation 8	2			2		
Recommandation 9	2	0.75	1.25			
Recommandation 10	1	0.50	0.50			
Recommandation 11	1			1		
Recommandation 12	2		2			
Recommandation 13	2			2		
Total	33	1.25	9.75	22	0	0
%	100	4	29	67	0	0

Conclusion globale

Selon les renseignements que le ministère de la Santé (le Ministère) – qui faisait auparavant partie du ministère de la Santé et des Soins de longue durée –, Santé Ontario et les hôpitaux nous ont

fournis au 30 juin 2020, peu ou pas de progrès avaient été réalisés dans la mise en oeuvre de la majorité (67 %) des mesures que nous avons recommandées dans notre *Rapport annuel 2018*. Par ailleurs, 29 % des mesures étaient en voie de mise en oeuvre, et seulement 4 % avaient été entièrement mises en oeuvre.

Le Ministère a fait peu de progrès, par exemple dans l'analyse et la détermination des raisons pour lesquelles les temps d'attente varient considérablement d'un RLISS à l'autre, ou dans la prise des mesures nécessaires pour réduire les iniquités au chapitre des temps d'attente à l'échelle de la province pour les services d'IRM et de TDM. Le Ministère, de concert avec Santé Ontario, a mis sur pied un comité d'experts cliniciens et de spécialistes en matière de données et de prestation des services chargé d'évaluer le modèle actuel de prestation des services d'IRM et de TDM. Il s'attendait à ce que, d'ici la fin de 2021, le comité recommande des améliorations dans des domaines tels que l'établissement des horaires, l'efficacité opérationnelle et les résultats pour les patients.

En ce qui concerne notre recommandation de redistribuer les demandes d'IRM et de TDM entre les hôpitaux, nous avons constaté que les RLISS, qui relèvent maintenant de Santé Ontario, étaient en train d'élargir le recours à l'admission centralisée des patients en attente d'un examen d'IRM ou de TDM. Par exemple, en mars 2019, les RLISS ont élaboré une stratégie provinciale d'aiguillage électronique, appelée Stratégie de transition dans les soins, pour faciliter l'élaboration et l'intégration de l'aiguillage électronique dans la province. De plus, le Ministère collabore avec des partenaires de prestation locaux et provinciaux pour élaborer et mettre en oeuvre un programme provincial de services électroniques qui intègre et élargit l'aiguillage et la consultation électroniques, qui devrait être pleinement mis en oeuvre d'ici le 31 mars 2023.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé ci-après.

Contexte

Les examens par imagerie par résonance magnétique (IRM) et par tomodensitométrie (TDM) fournissent des renseignements importants

qui permettent d'établir un diagnostic et de surveiller l'état des patients. Des examens de qualité médicalement nécessaires et effectués en temps opportun aident les médecins à poser des diagnostics exacts et à traiter de nombreuses maladies plus tôt au cours de leur développement, ce qui peut améliorer les résultats pour les patients.

Entre 2015-2016 et 2019-2020, le nombre d'examens d'IRM a augmenté de 8 % tandis que le nombre d'examens de TDM a connu une hausse de 24 % (17 % et 31 % respectivement, entre 2013-2014 et 2017-2018), à l'exclusion des examens d'urgence.

Le ministère de la Santé (le Ministère) – qui faisait auparavant partie du ministère de la Santé et des Soins de longue durée – est responsable de la planification de la capacité, de l'élaboration des politiques, ainsi que de la surveillance du financement et de la performance des services d'IRM et de TDM en Ontario. En mai 2020, 82 des 137 hôpitaux publics de l'Ontario (dont 79 relevaient de Santé Ontario par l'entremise du Système d'information sur les temps d'attente) avaient au moins un appareil d'IRM ou de TDM. Le Ministère avait également passé des marchés avec sept établissements de santé autonomes (ESA) afin qu'ils fournissent des services d'IRM ou de TDM (même nombre qu'en avril 2018).

La Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario établit 4 niveaux de priorité pour les examens d'IRM et de TDM, chacun étant assorti d'une cible en matière de temps d'attente : très urgent (dans les 24 heures), urgent (dans les 2 jours), moins urgent (dans les 10 jours) et non urgent (dans les 28 jours). Ces cibles sont établies au 90e percentile, c'est-à-dire le délai dans lequel 90 % des patients dans chaque catégorie devraient subir leur examen à compter de la date d'aiguillage. En d'autres termes, la proportion de patients qui attendent plus longtemps que la cible établie ne devrait pas dépasser 10 %.

Il est ressorti de notre audit que, dans l'ensemble, les temps d'attente pour les examens d'IRM et de TDM en Ontario étaient plus bas

que ceux des cinq provinces pour lesquelles des données sur les temps d'attente au 90e percentile étaient disponibles. Cependant, pour de nombreux Ontariens devant subir des examens, les temps d'attente étaient considérablement plus longs que les cibles fixées par le Ministère, particulièrement lorsqu'il s'agissait de cas moins urgents ou non urgents.

Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- Près des deux tiers des patients des services d'IRM de niveau moins urgent ou non urgent et le tiers des patients des services de TDM de niveau moins urgent ou non urgent ont attendu plus longtemps que les temps d'attente cibles. Les longs temps d'attente pour ces patients ont retardé l'établissement d'un diagnostic et le début des traitements, et auraient pu entraîner une détérioration de leur état.
- Les temps d'attente pour un examen d'IRM ou de TDM variaient selon le lieu de résidence des patients en Ontario. Le Ministère n'avait pas analysé les raisons pour lesquelles les temps d'attente variaient considérablement entre les régions.
- Les appareils d'IRM et de TDM auraient pu être utilisés durant un plus grand nombre d'heures par jour afin de réduire les temps d'attente, mais les hôpitaux n'avaient pas la capacité financière d'accroître les heures d'utilisation. Les 108 appareils d'IRM dans les hôpitaux ontariens avaient été utilisés à seulement 56 % de leur capacité en 2017-2018. Si les 108 appareils d'IRM avaient été utilisés 16 heures par jour, 7 jours par semaine, les hôpitaux auraient dépassé les cibles en matière de temps d'attente fixées par le Ministère. Par ailleurs, les 165 appareils de TDM de la province avaient été utilisés à environ 37 % de leur capacité en 2017-2018.
- Le Ministère n'avait pas révisé sa méthode de financement pour les services d'IRM ou de TDM depuis plus d'une décennie, et il n'avait pas intégré à sa méthode de financement

l'information sur les coûts réels par examen, la demande et la capacité des hôpitaux, ni la complexité des examens requis.

- L'absence de systèmes de communication conviviaux (comme les courriels et les messages texte) dans les hôpitaux, que les patients pourraient utiliser pour confirmer leurs rendez-vous, a contribué aux rendez-vous manqués. Ainsi, des appareils d'IRM et de TDM demeuraient inutilisés, sauf si les hôpitaux parvenaient à fixer rapidement un rendez-vous pour un autre patient. Aucun des quatre hôpitaux audités ne faisait couramment le suivi des raisons pour lesquelles des patients ne se présentaient pas à leurs rendez-vous.
- Il n'y a pas d'évaluation obligatoire par les pairs des résultats des examens d'IRM et de TDM dans les hôpitaux de l'Ontario. 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 diagnostic erroné de l'état du patient.

Nous avons formulé 13 recommandations préconisant 33 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les hôpitaux s'étaient engagés à prendre des mesures en réponse à nos recommandations.

Événement postérieur à notre audit de 2018

Le ministère de la Santé (le Ministère) faisait partie du ministère de la Santé et des Soins de longue durée au moment où nous avons mené notre audit en 2018.

En juin 2019, la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés* a créé Santé Ontario en tant qu'organisme provincial qui assume des responsabilités centralisées pour la plupart des

fonctions d'au moins 20 organismes de santé. Au 30 avril 2020, les organismes suivants ont été intégrés à Santé Ontario :

- Action Cancer Ontario;
- Qualité des services de santé Ontario (aujourd'hui Qualité);
- Services communs pour la santé Ontario (aujourd'hui Services communs);
- cyberSanté Ontario (aujourd'hui Services numériques);
- Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario;
- Réseau Télémédecine Ontario.

Les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont été regroupés en 5 régions géographiques provisoires et transitoires : l'Ouest, le Centre, Toronto, l'Est et le Nord. Toutefois, en raison de la pandémie de COVID-19, le transfert des fonctions de financement, de planification et de coordination du système de santé de ces RLISS à Santé Ontario a été reporté.

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Nous avons effectué nos travaux d'assurance entre mai 2020 et juin 2020. Nous avons obtenu du ministère de la Santé, de Santé Ontario et des hôpitaux une déclaration écrite selon laquelle ils nous ont fourni des renseignements complets et à jour, au 2 octobre 2020, sur l'état des recommandations que nous avons formulées dans notre rapport d'audit de 2018.

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

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 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;
- 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.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2018, 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 urgent ou urgent, il n'en allait pas de même pour les patients des niveaux moins urgent et non urgent. Les temps d'attente pour les examens d'IRM ou de TDM variaient considérablement selon le lieu de résidence des patients. C'est pour les patients classés au niveau non urgent que les écarts étaient les plus importants. Action Cancer Ontario recueillait des données sur les temps d'attente par RLISS, notamment le nombre total et le type d'examens 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. Le Ministère n'avait cependant pas utilisé ces données pour analyser les raisons des écarts importants dans les temps d'attente entre les RLISS, ce qui pouvait entraîner des expériences inéquitables dans le système de soins de santé pour les patients selon la région.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait fait peu de progrès dans l'analyse et la détermination des raisons pour lesquelles les temps d'attente varient considérablement d'un RLISS à l'autre ou dans la mise en oeuvre des mesures nécessaires pour réduire les iniquités dans les temps d'attente à l'échelle de la province. L'écart pour les examens non urgents est demeuré important en 2019-2020. En 2019-2020, le temps d'attente au 90^e percentile pour une IRM non urgente allait de 78 jours dans le RLISS du Centre-Est à 169 jours dans celui du Centre-Ouest. Quant au temps d'attente au 90^e percentile pour un examen de TDM non urgent, il allait de 27 jours dans le RLISS du Centre-Est à 135 jours dans celui du Nord-Est.

Nous avons également constaté que, dans l'ensemble, les temps d'attente pour les examens d'IRM et de TDM ne s'étaient pas améliorés entre 2017-2018 et 2019-2020 :

- **Examens d'IRM** : Seulement 5 % (même pourcentage qu'en 2017-2018) des patients de niveau très urgent ont attendu plus de 24 heures. Au niveau urgent, 16 % (17 % en 2017-2018) des patients ont attendu entre deux et cinq jours. Les patients des niveaux moins urgent et non urgent représentaient 90 % (91 % en 2017-2018) du nombre total de patients qui ont subi un examen d'IRM en 2019-2020. Dans l'ensemble, seulement 33 % (35 % en 2017-2018), et non 90 %, des patients des niveaux moins urgent et non urgent ont subi leur examen d'IRM dans les temps d'attente cibles du Ministère, soit 10 et 28 jours respectivement. Les 67 % restants (65 % en 2017-2018), et non 10 %,

ont attendu plus longtemps que les temps d'attente cibles.

- **Examens de TDM** : Moins de 1 % (même pourcentage qu'en 2017-2018) des patients de niveau très urgent ont attendu plus de 24 heures. Pour les patients de niveau urgent, 4 % (même pourcentage qu'en 2017-2018) ont attendu entre deux jours et quatre jours. Les patients des niveaux moins urgent et non urgent représentaient 46 % (environ 49 % en 2017-2018) du nombre total d'examens de TDM effectués. Seulement 57 % (67 % en 2017-2018), et non 90 %, des patients des niveaux moins urgent et non urgent ont subi leur examen de TDM dans les temps d'attente cibles du Ministère, soit 10 et 28 jours respectivement. Les 43 % restants (33 % en 2017-2018), et non 10 %, ont attendu plus longtemps.

Le Ministère, de concert avec Santé Ontario, a mis sur pied un comité d'experts cliniciens et de spécialistes en matière de données et de prestation des services chargé d'évaluer le modèle actuel de prestation des services d'IRM et de TDM. Le Ministère s'attendait à ce que, d'ici la fin de 2021, le comité recommande des améliorations dans des domaines tels que l'établissement des horaires, l'efficacité opérationnelle et les résultats pour les patients. Le Ministère s'attendait à ce que le comité mette pleinement en oeuvre cette recommandation d'ici le 31 mars 2023.

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

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 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.

État : En voie de mise en œuvre d'ici le 31 mars 2023.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons constaté que les patients des niveaux moins urgent et non urgent devaient attendre leurs examens nettement plus longtemps dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux communautaires. L'Ontario n'impose aucune restriction aux patients quant au lieu de l'examen. De même, la province n'a mis en place aucune norme ni aucun ensemble de pratiques cohérentes pour le traitement et la répartition entre les hôpitaux des demandes d'examen d'IRM ou de TDM faites par les médecins, en particulier pour les cas moins urgents et non urgents. Par conséquent, les cas moins urgents et non urgents étaient fréquemment aiguillés vers des hôpitaux d'enseignement, où ces patients étaient peu prioritaires et devaient attendre beaucoup plus longtemps.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que les RLISS, qui relèvent maintenant de Santé Ontario, étaient en train d'élargir l'utilisation de l'admission centralisée des patients en attente d'examens d'IRM ou de TDM. Par exemple :

- Les RLISS de Champlain et du Centre ont intégré des obligations locales à leurs

ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers, qui visent à améliorer les temps d'attente, y compris la gestion des ressources limitées en imagerie diagnostique, au moyen de stratégies telles que l'admission centralisée.

- Six RLISS – Champlain, Érié St-Clair, Nord-Est, Sud-Est, Sud-Ouest et Waterloo Wellington – ont mis en œuvre un outil d'aiguillage électronique sécurisé et intégré au système de DME (dossiers médicaux électroniques) de l'Ontario. (Le DME est le système de dossiers médicaux électroniques de l'Ontario.) Cela comprend un outil de suivi ainsi que l'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires visant à améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique dans ces régions.
- Les hôpitaux de la région de Champlain ont mis sur pied un service centralisé d'admission pour les examens d'IRM en consultation externe afin d'offrir un accès plus équitable aux patients en réduisant la variabilité des temps d'attente entre les établissements locaux.
- Plusieurs autres RLISS ont appuyé des analyses de rentabilisation qui élargiraient les services d'IRM sur leurs territoires respectifs. Au moment de notre suivi, le Ministère examinait les analyses de rentabilisation et ne les avait pas encore approuvées.
- Le Ministère nous a toutefois informés qu'il n'avait pas encore remédié aux difficultés que d'autres RLISS – comme ceux du Nord-Est, de Hamilton Niagara Haldimand Brant et du Centre – devaient surmonter dans la mise en œuvre des stratégies liées à l'admission centralisée en raison des contraintes géographiques et du manque de ressources.

De plus, en mars 2019, les RLISS ont élaboré une stratégie provinciale d'aiguillage électronique, appelée Stratégie de transition dans les soins, pour faciliter l'élaboration et l'intégration de l'aiguillage électronique dans la province. À cette fin, le

Ministère continue de soutenir l'élargissement du programme d'aiguillage électronique ou d'accès coordonné au système dans cinq régions de la province. Les aiguillages électroniques sont ceux des fournisseurs de soins primaires vers des spécialistes, plutôt que les aiguillages traditionnels par télécopieur et sur papier, et peuvent être traités dans le cadre du programme d'accès coordonné au système. Ce programme prévoit l'établissement de processus centralisés d'aiguillage et de réservation pour les services d'IRM et de TDM. Le Ministère collabore avec ses partenaires de prestation locaux et provinciaux à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un programme provincial de services électroniques qui intègre et élargit l'aiguillage et la consultation électroniques. Le Ministère s'attend à ce que le comité mette pleinement en oeuvre cette recommandation d'ici le 31 mars 2023.

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

Recommandation 3

Afin que les appareils actuels d'IRM et de TDM soient mieux utilisés et que les temps d'attente 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'examen des années précédentes et de l'année en cours :*
 - *pour les appareils d'IRM,*
 - *pour les appareils de TDM;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2021.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons constaté que les appareils d'IRM et de TDM

existants pouvaient 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 comité d'experts en matière d'IRM et de TDM (le comité) a recommandé une norme minimale d'utilisation des appareils de 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 avaient été utilisés conformément à cette recommandation, les hôpitaux auraient pu surpasser les cibles de temps d'attente du Ministère.

Depuis notre audit, Action Cancer Ontario a évalué la capacité des appareils d'IRM et de TDM en Ontario. En janvier 2020, il a préparé un rapport à l'intention du Ministère incluant :

- une évaluation de l'arriéré actuel des services d'IRM et de TDM;
- des estimations de la demande de services d'IRM et de TDM pour les trois prochaines années;
- une initiative visant à évaluer et à valider la capacité des appareils d'IRM et de TDM avec les hôpitaux de toute la province;
- des estimations du financement nécessaire pour permettre aux hôpitaux de réduire les temps d'attente pour les services d'IRM et de TDM.

Au moment de notre suivi, Action Cancer Ontario s'employait à améliorer la qualité des données utilisées dans son évaluation au moyen de méthodes telles que l'inclusion des appareils désuets dans les données et la validation des données sur l'efficacité avec les hôpitaux. Toutefois, la diminution progressive des activités d'IRM et de TDM pendant les efforts de lutte contre la pandémie de COVID-19 a allongé la file d'attente. Le Ministère s'attendait à ce qu'Action Cancer Ontario mette à jour son analyse de la demande à court terme (trois ans) de services d'IRM et de

TDM afin d'y intégrer l'impact de la COVID-19 et de finaliser l'évaluation d'ici le 31 mars 2021.

- 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.

État : Peu ou pas de progrès.

Il est ressorti de notre suivi que le Ministère avait fait peu de progrès dans la préparation d'un plan d'action détaillé visant à mieux utiliser les appareils existants afin de réduire les temps d'attente pour les services d'IRM et de TDM. Au moment de notre suivi, le Ministère, de concert avec Santé Ontario, avait mis sur pied un comité d'experts cliniciens et de spécialistes en matière de données et de prestation des services chargé d'évaluer le modèle actuel de prestation des services d'IRM et de TDM. Il s'attend à ce que, d'ici la fin de 2021, ce comité formule des recommandations sur une stratégie de mobilisation clinique pour évaluer les lacunes dans la planification de la capacité; conseille Action Cancer Ontario sur la méthodologie de modélisation de la future demande de services d'IRM et de TDM; et fournisse un plan d'action détaillé pour mieux utiliser les appareils existants afin d'améliorer les temps d'attente. Le Ministère s'attendait aussi à ce que le comité recommande des améliorations dans des domaines tels que l'établissement des horaires, l'efficacité opérationnelle et les résultats pour les patients. Le comité est également censé présenter un plan d'action détaillé d'ici le 31 mars 2022 et recommander de nouveaux modèles de financement et de prestation de services ainsi que des cycles de remplacement et de mise à niveau des appareils d'ici le 31 mars 2023.

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

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.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons constaté que les taux horaires établis par le Ministère pour les services d'IRM et de TDM n'avaient pas été modifiés depuis plus de 10 ans. Le Ministère n'avait pas officiellement révisé ni modifié les taux horaires depuis 2006. Nous avons constaté que même si les hôpitaux déclaraient des données qui permettraient au Ministère de calculer le coût moyen par examen, celui-ci n'avait pas utilisé ces renseignements ni d'autres facteurs tels que la demande, la capacité et la complexité des examens, pour analyser et évaluer la pertinence des taux horaires.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait fait peu de progrès dans la mise en oeuvre de cette recommandation. Comme il est mentionné dans la **recommandation 1**, le Ministère, de concert avec Santé Ontario, a

mis sur pied un comité d'experts cliniciens et de spécialistes en matière de données et de prestation des services, qui est chargé d'évaluer le modèle actuel de prestation des services d'IRM et de TDM. Il s'attend à ce que, d'ici la fin de 2021, le comité recommande des améliorations dans des domaines tels que l'établissement des horaires, l'efficacité opérationnelle et les résultats pour les patients. Le comité est également censé examiner et évaluer les modèles de financement existants, puis formuler des recommandations d'ici le 31 mars 2023.

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

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.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

L'audit que nous avons mené dans les hôpitaux sélectionnés en juillet 2018 a révélé que les temps d'attente étaient plus longs que ceux déclarés

publiquement pour les patients aiguillés vers ces hôpitaux pour un examen d'IRM ou de TDM.

Pour mieux aider les patients et les médecins à prendre des décisions éclairées, nous avons trouvé une solution de rechange aux méthodes de déclaration en vigueur. Cette solution consiste à déclarer les périodes d'attente en fonction du nombre et du pourcentage de patients inscrits sur la liste. Cette méthode a l'avantage de représenter chaque patient qui a subi un examen dans un hôpital. Elle donne donc une idée plus complète du nombre de patients qui ont attendu dans le passé et du nombre de jours d'attente que le temps d'attente moyen ou le 90^e percentile.

En outre, notre sondage dans les quatre hôpitaux visités en 2018 a révélé que très peu de patients savaient que l'information sur les temps d'attente des hôpitaux pour les examens d'IRM et de TDM était accessible au public.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait fait peu de progrès dans les trois mesures préconisées dans cette recommandation. Le Ministère a indiqué qu'il travaillerait avec Action Cancer Ontario pour déterminer s'il doit élargir la portée de son Système d'information sur les temps d'attente et celle de ses rapports actuels afin d'améliorer la déclaration publique des temps d'attente pour les examens d'IRM et de TDM. Il nous a informés qu'il comptait notamment élaborer des plans d'identification des lacunes en matière de collecte de données et de production de rapports, des options pour sensibiliser le public à l'accessibilité de l'information sur les temps d'attente, et un examen de la façon dont cette information pourrait aider à réduire les temps d'attente pour les services d'IRM et de TDM. Le Ministère s'attend à mettre en oeuvre cette recommandation d'ici le 31 mars 2023.

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

Recommandation 6

Pour que les appareils de TDM puissent produire des images de la 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.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons constaté qu'en mars 2018, 49 (30 %) des 165 appareils d'IRM des hôpitaux avaient dépassé leur durée de vie utile prévue conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des radiologues. Action Cancer Ontario fait le suivi de l'âge de chaque appareil de TDM pour le compte du Ministère, mais il 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.

Au moment de notre suivi, le Ministère n'avait pas établi de 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. Le Ministère s'attendait à établir des lignes directrices provinciales d'ici le 31 mars 2021.

Il est également ressorti de notre suivi qu'en 2019-2020, les inspecteurs en radiographie du Ministère ont inspecté seulement 5 des 78 hôpitaux qui avaient des appareils de TDM ou d'IRM, principalement en raison de ressources limitées. Seulement 12 appareils de TDM ont été inspectés. Les inspections effectuées en 2019-2020 visaient à confirmer si les appareils de TDM satisfaisaient aux exigences de la *Loi sur la protection contre les rayons X*. Toutefois, l'âge des appareils de TDM n'a pas été confirmé, contrairement à ce que nous recommandions.

Le Ministère a indiqué qu'il prévoyait vérifier l'âge des appareils de TDM lors des inspections radiographiques dans les 78 hôpitaux d'ici le 31 mars 2021. Ces données serviraient à confirmer si l'âge des appareils de TDM peut être mis en corrélation avec la sécurité des patients.

Toutefois, étant donné que le Ministère n'a inspecté que cinq hôpitaux en 2019-2020, et compte tenu des défis liés à la pandémie de COVID-19, la date de mise en oeuvre des deux mesures de suivi, soit le 31 mars 2021, semble trop optimiste et sera probablement retardée davantage.

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.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons constaté qu'en mars 2018, 50 (46 %) des 108 appareils d'IRM des hôpitaux 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.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait fait peu de progrès dans la mise en oeuvre de cette recommandation. Comme il est mentionné dans la **recommandation 1**, le Ministère, de concert avec Santé Ontario, a mis sur pied un comité d'experts cliniciens et de spécialistes en matière de données et de prestation des services, qui est chargé d'évaluer le modèle actuel de prestation des services d'IRM et de TDM. Il s'attend à ce que, d'ici la fin de 2021, le comité recommande des améliorations dans des domaines tels que l'établissement des horaires, l'efficacité opérationnelle et les résultats pour les patients. Le comité examinerait également l'incidence sur la qualité et l'efficacité de l'utilisation des appareils d'IRM qui ont dépassé leur durée de vie utile prévue, et il formulerait des recommandations.

Le Ministère s'attend à ce que le comité élabore des lignes directrices provinciales pour aider les hôpitaux à planifier systématiquement le remplacement ou la mise à niveau des appareils d'IRM qui approchent de la fin de leur durée de vie utile prévue ou qui la dépassent, et qu'il analyse les répercussions de ces appareils sur la qualité et l'efficacité des examens, d'ici le 31 mars 2023.

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

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.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons constaté que les niveaux cumulatifs des doses de rayonnement par patient en Ontario ne faisaient pas l'objet d'un suivi. La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* établit des limites d'exposition aux sources de rayons X, dont les 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 lors de chaque examen, ni le Ministère ni les quatre hôpitaux audités ne font de suivi de la dose cumulative reçue par chaque patient.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait fait peu de progrès dans la mise en oeuvre des deux mesures recommandées.

Le Ministère a indiqué que, dans le cadre de son examen de la *Loi sur la protection contre les*

rayons X, il envisageait des options pour assurer la sécurité des patients lors de l'utilisation des appareils de radiation médicale, comme l'efficacité et la faisabilité de l'établissement d'un fichier dosimétrique. Le Ministère n'a toutefois pas été en mesure de prévoir une date de mise en oeuvre pour ces mesures.

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

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;*

État :

Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton :
En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2021

Horizon Santé-Nord : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2021

Hôpital d'Ottawa : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2021

Hôpital Mackenzie : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons constaté qu'en 2017-2018, les taux de rendez-vous manqués dans les hôpitaux, tels que déclarés à Action Cancer Ontario, allaient de 0,1 % à 13,4 % pour les examens d'IRM et de 0,6 % à 13 % pour les examens de TDM. Nous avons également constaté que les quatre hôpitaux audités ne faisaient 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 ne peuvent pas faire grand-chose pour infléchir la tendance.

Depuis notre audit de 2018, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton :** En décembre 2019, cet hôpital a mis à jour son système de programmation des rendez-vous afin de pouvoir suivre les raisons des rendez-vous manqués. Tous les trois jours, le système génère automatiquement une liste des patients qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous, et le personnel hospitalier effectue un suivi auprès de ces patients afin de déterminer pourquoi ils ont manqué leurs rendez-vous. Un menu déroulant permet au personnel d'enregistrer les raisons des rendez-vous manqués par chaque patient. À la demande du gestionnaire de l'hôpital, des rapports sommaires peuvent être produits à des fins d'examen. Toutefois, l'hôpital n'a pas encore utilisé les données afin d'élaborer des stratégies de gestion des principales causes des rendez-vous manqués. L'hôpital prévoit mettre pleinement en oeuvre cette mesure recommandée d'ici mars 2021.
- **Horizon Santé-Nord :** En mars 2019, cet hôpital a mis en oeuvre de nouvelles procédures pour faire le suivi des raisons des rendez-vous manqués. Le personnel effectue maintenant un suivi auprès des patients afin de déterminer pourquoi ils ne se sont pas présentés à leurs rendez-vous, et il consigne les raisons invoquées sur une feuille de calcul partagée. Tous les mois et tous les trimestres, le personnel hospitalier compile les données afin de produire des graphiques indiquant le nombre de rendez-vous manqués par type de raison. Toutefois, l'hôpital n'a pas encore évalué les données afin d'élaborer des stratégies de gestion des principales causes des rendez-vous manqués. L'hôpital prévoit mettre pleinement en oeuvre cette mesure recommandée d'ici mars 2021.
- **Hôpital d'Ottawa :** En avril 2020, cet hôpital a mis à jour son système de programmation des rendez-vous afin de pouvoir faire le

suivi des raisons des rendez-vous manqués. Chaque jour, le système dresse une liste des patients qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous et la téléverse dans les listes de tâches à accomplir afin que le personnel puisse effectuer un suivi auprès des patients pour déterminer les raisons de ces absences. Un menu déroulant intégré permet au personnel de sélectionner et d'enregistrer les raisons appropriées. Comme le processus a été mis en oeuvre en avril 2020, l'hôpital n'a pas recueilli suffisamment de données pour déterminer les principales causes des rendez-vous manqués. Une fois qu'il aura recueilli plus de données, l'hôpital prévoit les évaluer et élaborer des stratégies de gestion des raisons d'ici mars 2021.

- **Centre de santé Mackenzie** : Cet hôpital a été en mesure de réduire son taux de rendez-vous manqués, qui est graduellement passé de 10,8 % à 6,8 % entre mars 2019 et mai 2020, comparativement au point de référence de 5,5 % établi par Action Cancer Ontario. Au lieu d'assurer un suivi formel des causes des rendez-vous manqués, l'hôpital avait pour stratégie de prendre des rendez-vous en double et d'allouer moins de temps que nécessaire aux patients sur place qui ont besoin d'examen (puisque'ils peuvent prendre la place des patients qui ne se présentent pas aux rendez-vous), ainsi qu'aux examens effectués à des fins de recherche. L'hôpital nous a informés que ce processus de réservation et de planification lui permettait d'utiliser ses ressources le plus efficacement possible.
- *de faire le suivi des taux de confirmation afin d'évaluer l'efficacité des systèmes actuels d'avis et de rappel et de déterminer ainsi s'il y a lieu de recourir à une technologie plus conviviale,*

comme un avis de confirmation envoyé automatiquement par courriel ou texto.

État :

Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton :

En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2021

Horizon Santé-Nord : En voie de mise en oeuvre d'ici juin 2021.

Hôpital d'Ottawa : Pleinement mise en oeuvre.

Centre de santé Mackenzie : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons constaté qu'aucun des quatre hôpitaux audités n'effectuait 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 25 % à 36 % des patients des services d'IRM et 21 % à 41 % des patients des services de TDM qui avaient reçu un rappel téléphonique avaient confirmé leur rendez-vous avant la date de leur examen. Par comparaison, 50 % des patients des services d'IRM et 54 % des patients des services de TDM qui ont reçu un message texte ont confirmé leurs rendez-vous. 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.

Depuis notre audit de 2018, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton** : Le personnel de cet hôpital téléphone à chaque patient quelques jours avant la date de l'examen pour confirmer le rendez-vous. En janvier 2020, l'hôpital a mis à jour son système de programmation des rendez-vous pour commencer à faire le

suivi des résultats de ces appels. Il a ajouté à son système un menu déroulant permettant au personnel d'enregistrer les confirmations pour tous les patients dont le rendez-vous est imminent. Le personnel hospitalier doit consigner les résultats des appels de rappel et indiquer si les rendez-vous sont confirmés, annulés ou reportés. Le système permet ensuite de produire des rapports contenant des statistiques sur les rendez-vous confirmés par les patients. Toutefois, l'hôpital n'a pas encore utilisé ces données pour évaluer l'efficacité de son système à communiquer avec les patients et pour déterminer si une technologie plus conviviale, comme le courriel ou la messagerie texte, entraînerait un taux de réponse plus élevé et devrait être utilisée. L'hôpital prévoyait examiner les données disponibles et déterminer si une technologie plus conviviale devrait être utilisée d'ici mars 2021.

- **Horizon Santé-Nord** : Cet hôpital utilise un système automatisé de rappel téléphonique qui invite les patients à confirmer leur rendez-vous en appuyant sur la touche appropriée du clavier téléphonique. En avril 2019, l'hôpital a commencé à faire le suivi des taux de confirmation des patients. Chaque jour, le personnel chargé de l'établissement des horaires doit imprimer un rapport énumérant tous les patients que le système a appelés ce jour-là, ainsi que leurs réponses de confirmation. Auparavant, le personnel téléphonait pour demander une confirmation de tous les patients figurant sur la liste qui n'avaient pas confirmé leurs rendez-vous. Grâce à ce processus, l'hôpital a appris qu'il arrivait souvent que les coordonnées des patients soient erronées et amènent le système à composer des numéros de téléphone périmés. Depuis, l'hôpital a mis en oeuvre des procédures additionnelles pour supprimer les numéros de téléphone périmés et mettre

continuellement à jour les coordonnées des patients.

L'hôpital a évalué le taux de confirmation des patients et déterminé que son système automatisé de rappel téléphonique permet de joindre 75 % des patients et d'obtenir des réponses de confirmation. Pour les 25 % restants, l'hôpital peut obtenir des confirmations lorsque le personnel les appelle lui-même. L'hôpital a décidé d'évaluer la nécessité d'autres technologies de pointe avant juin 2021, date prévue d'une mise à niveau de son système de programmation des rendez-vous.

- **Hôpital d'Ottawa** : En juin 2019, cet hôpital a intégré son système de programmation des rendez-vous et son système automatisé de rappel téléphonique, et a commencé à faire le suivi des taux de confirmation des patients. Chaque jour, le système de programmation des rendez-vous assure le suivi de tous les appels automatisés aux patients et des confirmations reçues. Le système identifie tous les patients qui n'ont pas confirmé leurs rendez-vous un jour à l'avance. Le système téléverse les noms de ces patients dans les listes de tâches à accomplir afin que le personnel puisse effectuer lui-même un suivi auprès des patients. Le système relie automatiquement chaque patient inscrit sur les listes de tâches à accomplir au profil du patient et aux détails du rendez-vous pour que le personnel puisse s'y référer lorsqu'il effectue des appels de suivi.

L'hôpital a évalué sa technologie et déterminé qu'il offre aux patients la possibilité d'être contactés par courriel plutôt que par téléphone. Il communique par courriel avec les patients qui ont exprimé cette préférence. Au moment de notre suivi, l'hôpital a déterminé qu'aucune autre technologie de pointe n'était nécessaire.

- **Centre de santé Mackenzie** : Cet hôpital utilise des appels téléphoniques automatisés,

le portail en ligne des patients et des messages texte pour rappeler les rendez-vous à venir aux patients et recevoir leur confirmation. Comme il est mentionné dans la première mesure de la recommandation 9, l'hôpital a pu réduire graduellement son taux de rendez-vous manqués de 10,8 % à 6,8 % entre mars 2019 et mai 2020, comparativement au point de référence de 5,5 % établi par Action Cancer Ontario. Il a donc déterminé que ses systèmes existants de notification et de rappel étaient suffisants pour ramener son taux de rendez-vous manqués à un niveau acceptable.

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 et de fixer des rendez-vous en temps opportun.

État :

Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton :
Pleinement mise en œuvre.

Horizon Santé-Nord : En voie de mise en œuvre d'ici mars 2021

Hôpital d'Ottawa : En voie de mise en œuvre d'ici décembre 2020

Centre de santé Mackenzie : Pleinement mise en œuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons constaté qu'en 2017-2018, les programmeurs des hôpitaux étaient en mesure de fixer des rendez-vous pour les patients des niveaux urgent et moins urgent dans les 2 jours de la réception de la demande, mais qu'il s'écoulait en moyenne 18 jours civils avant qu'ils fixent un rendez-vous pour les patients de niveau non urgent et informent 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. En 2017-2018, trois des quatre hôpitaux

audités 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, 28 et 197 jours en moyenne pour un examen de niveau non urgent. Ces trois hôpitaux ont affirmé manquer de personnel et d'autres ressources nécessaires pour fixer des rendez-vous en temps opportun.

Depuis notre audit de 2018, nous avons constaté que les hôpitaux ont pris les mesures suivantes :

- **Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton :** Depuis décembre 2017, cet hôpital embauche du personnel à temps partiel afin de pouvoir continuer à programmer les examens demandés en temps opportun en l'absence du personnel à temps plein. En conséquence, l'hôpital a ramené le délai moyen pour ces demandes de 15 jours en 2017-2018 à 5 jours en 2019-2020, atteignant ainsi la cible de 7 jours recommandée par Action Cancer Ontario.
- **Horizon Santé-Nord :** Cet hôpital nous a informés qu'il n'était pas en mesure de réduire son arriéré, car il continue de faire face à un écart important entre sa capacité et la demande d'examens d'IRM. Il arrive souvent que des plages de rendez-vous ne soient pas disponibles au moment de la réception des demandes d'IRM. Par conséquent, le temps moyen requis pour programmer les examens demandés est passé de 28 jours en 2017-2018 à 33 jours en 2019-2020. L'hôpital a accéléré son plan d'achat d'un appareil d'IRM supplémentaire en 2020-2021 pour répondre à la demande. En février 2020, il a reçu l'approbation du Ministère pour acheter l'appareil d'IRM supplémentaire, et il s'attendait à ce que l'appareil soit acheté et installé d'ici mars 2021. Une fois l'appareil installé, l'hôpital prévoit être en mesure de réduire immédiatement son arriéré dans la programmation des examens demandés.
- **Hôpital d'Ottawa :** Cet hôpital ne fixe plus de rendez-vous et n'avise plus les patients de

leurs rendez-vous un mois avant la prochaine date disponible. Il fixe des rendez-vous aux patients le plus tôt possible après la réception des demandes, jusqu'à 13 mois à l'avance. Par conséquent, l'hôpital a considérablement réduit le temps requis pour programmer les examens d'IRM non urgents, qui est passé de 197 jours en 2017-2018 à 57 jours en moyenne en 2019-2020. L'hôpital a mentionné qu'il arrive parfois que le nombre de demandes non urgentes dépasse le nombre de places disponibles dans son calendrier de 13 mois, et qu'il n'a pas été en mesure de fixer une date pour les autres examens demandés après la période de 13 mois. Pour ces patients, l'hôpital s'emploie à créer un système de notification d'ici décembre 2020. Des avis seraient envoyés par la poste aux patients et téléversés dans le portail en ligne de l'hôpital pour informer les patients que l'hôpital a reçu leurs demandes d'examen d'IRM et qu'ils seront informés de la date de leur rendez-vous dès qu'une place sera disponible. Au moment de notre audit de 2018, cet hôpital ne communiquait pas avec ces patients pour les informer que leurs demandes avaient été reçues et qu'ils devaient prévoir une longue période d'attente.

- **Centre de santé Mackenzie** : L'hôpital a pleinement mis en oeuvre cette recommandation, car il a continué de prendre en moyenne trois jours pour programmer les examens d'IRM non urgents en 2019-2020, ce qui est bien en deçà de l'objectif de sept jours recommandé par Action Cancer Ontario.

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

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.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

En juin 2018, Qualité des services de santé Ontario a produit une trousse pour faciliter la mise en oeuvre de programmes d'examen par les pairs à l'intention des radiologistes de cinq hôpitaux communautaires, et il proposait d'élargir ce programme pilote à 14 hôpitaux d'ici la fin de 2018-2019. Qualité des services de santé Ontario nous a fait remarquer que le Ministère ne s'attendait pas à ce que ce programme soit obligatoire pour les hôpitaux, et qu'il ne pouvait pas exiger que tous les hôpitaux y participent.

Au moment de notre audit de 2018, le Ministère n'avait toujours pas de liste complète des hôpitaux qui offrent des services d'imagerie diagnostique et qui ont un programme d'évaluation par les pairs.

Trois des quatre hôpitaux audités sont dotés d'un programme d'évaluation par les pairs pour les examens d'IRM et de TDM et les rapports de radiologiste connexes. Le quatrième hôpital avait mené plusieurs essais d'évaluation par les pairs, mais n'en faisait pas de façon régulière.

Depuis notre audit, Qualité des services de santé Ontario est devenu l'unité opérationnelle de la qualité (l'unité) de Santé Ontario et, en 2018-2019, il a lancé une initiative panprovinciale d'apprentissage par les pairs en imagerie diagnostique. Dans le cadre de cette initiative, deux soutiens clés à l'infrastructure ont été créés pour les hôpitaux : la Trousse d'apprentissage par les pairs en imagerie diagnostique et la Communauté d'apprentissage par les pairs en imagerie diagnostique de l'Ontario.

Au début de l'initiative, l'unité a mené un sondage auprès de 151 hôpitaux et a constaté

que 43 d'entre eux n'avaient pas de programme d'apprentissage ou d'examen par les pairs. Ces 43 hôpitaux ont ensuite été invités à participer à l'initiative. Seulement 13 des 43 hôpitaux invités, représentant 32 emplacements hospitaliers, étaient intéressés. En mars 2020, 4 des 13 hôpitaux participants avaient lancé des programmes d'apprentissage par les pairs, et 7 étaient en train de mettre en oeuvre un programme. Deux programmes avaient été suspendus indéfiniment, la principale raison invoquée étant le manque de soutien de la part de la direction des services de radiologie et d'administration des hôpitaux.

Dans l'ensemble, notre suivi a révélé que la participation des hôpitaux à un programme officiel et régulier d'examen par les pairs des résultats diagnostiques demeure volontaire. Au moment de notre suivi, le Ministère n'avait communiqué aucune attente ni fixé d'échéancier pour la mise en oeuvre du programme par les hôpitaux. Le Ministère a indiqué qu'il devait tenir une discussion plus vaste avec Santé Ontario au sujet de l'avenir du programme et de la façon de le rendre obligatoire, ce qui, selon lui, dépend de la disponibilité des ressources. Le Ministère a ajouté qu'il prévoyait collaborer avec Santé Ontario afin d'examiner les possibilités de mettre en oeuvre un programme panprovincial obligatoire d'examen par les pairs d'ici le 31 mars 2022.

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

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 en place des pratiques permettant d'améliorer le respect des lignes directrices pertinentes.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2023.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons interviewé 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 inappropriées (non nécessaires sur le plan clinique) représentaient entre 2 % et 12 % du total. Dans les quatre hôpitaux audités, le radiologiste principal ou les autres radiologistes sont chargés de déterminer le niveau de priorité de chaque demande reçue et de rejeter celles qu'ils jugent inappropriées, ou de demander des précisions au médecin traitant au sujet de la nécessité de l'examen. Or, aucun de ces hôpitaux ne consignait le nombre de demandes rejetées parce que jugées inappropriées.

Lors de notre suivi, nous avons appris que le Ministère était en train d'élargir le programme d'aiguillage électronique ou d'accès coordonné aux services du système de santé dans 7 anciens RLISS (Waterloo Wellington, Champlain, Érié St-Clair, Nord-Est, Sud-Est, Sud-Ouest et Hamilton Niagara Haldimand Brant) pour un total de 14 anciens RLISS à l'échelle de la province. (Les aiguillages électroniques sont les aiguillages des fournisseurs de soins primaires vers des spécialistes.) Le Ministère doit notamment établir des processus centralisés d'aiguillage et de réservation pour les services d'IRM et de TDM.

En janvier 2020, plus de 106 000 aiguillages électroniques avaient été traités dans le cadre du programme d'accès coordonné aux services du système de santé. Les priorités du Ministère pour 2019-2020 comprenaient l'intégration

et l'expansion de l'admission centralisée pour l'imagerie diagnostique. Le Ministère a indiqué qu'il continuerait de travailler avec les partenaires de prestation locaux et provinciaux à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un programme de services électroniques afin d'intégrer et d'élargir les services d'aiguillage et de consultation électroniques. L'objectif est de remplacer les processus de transmission de l'information par télécopieur et sur papier entre les fournisseurs de soins de santé, et d'améliorer ainsi l'efficacité, la rapidité et l'exactitude. On s'attend à ce que cela se traduise par des aiguillages électroniques normalisés dans de nombreux cheminements cliniques. Le Ministère s'attend à mettre pleinement en oeuvre cette recommandation d'ici le 31 mars 2023.

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

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.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2018, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de taux horaires normalisés ni de mesures du rendement relatives aux temps d'attente pour les examens d'IRM et de TDM dans les ententes du Ministère avec les établissements de santé autonomes (ESA).

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait fait peu de progrès dans la mise en oeuvre des deux mesures recommandées.

Le Ministère a indiqué qu'un examen du taux horaire actuel des services d'examen fournis par les ESA et l'établissement de mesures de rendement nécessiteraient des consultations internes au sein du Ministère ainsi que des consultations externes avec les titulaires de permis des ESA. Le Ministère s'attend à mettre pleinement en oeuvre cette recommandation d'ici le 31 mars 2022.