

Accroître la capacité d'imagerie médicale du Canada

Mémoire prébudgétaire présenté au ministère des Finances

L'Association canadienne des radiologistes
Septembre 2026



Canadian Association of Radiologists
L'Association canadienne des radiologistes

Sommaire

Accroître la capacité d'imagerie médicale du Canada

Les systèmes de santé du Canada font face à un besoin de capacité sans précédent. Dans toutes les provinces et tous les territoires, les temps d'attente prolongés en imagerie diagnostique ont créé un goulot d'étranglement systémique. La radiologie est la porte d'entrée des soins cliniques modernes : presque tous les patients qui reçoivent des soins en oncologie, en orthopédie, en cardiologie, pour la prise en charge d'un AVC ou en médecine d'urgence ont besoin d'imagerie diagnostique pour établir un diagnostic en temps opportun et commencer un traitement. Lorsque l'imagerie diagnostique est retardée, les soins en aval s'enlisent, ce qui entraîne de graves ratards cliniques et une hausse des coûts macroéconomiques attribuable à la perte de productivité de la main-d'œuvre et à l'allongement des délais de retour au travail.

Pour remédier à cette crise, l'Association canadienne des radiologistes (CAR) recommande des mesures visant à accroître la capacité d'imagerie médicale du Canada. Nous pouvons rapidement augmenter la capacité diagnostique nationale au moyen de quatre leviers ciblés et complémentaires.

Conçue pour compléter et mettre à profit les initiatives fédérales actuelles en matière d'infrastructures de santé, de soins connectés et d'intelligence artificielle, cette stratégie offre une voie à forte incidence pour accroître la capacité d'imagerie, améliorer les soins aux patients et générer des retombées économiques à long terme.

1. **Moderniser l'infrastructure et l'équipement** : affecter un coinvestissement fédéral ciblé de **2 milliards de dollars sur 3 ans** afin de remplacer l'équipement de radiologie désuet (IRM, TDM, échographie) et de rationaliser les coûts d'installation et de préparation des sites dans les provinces et territoires.
2. **Soutenir les ressources humaines de la santé** : investir **5 millions de dollars sur 5 ans** dans une initiative ciblée de Santé Canada afin d'appuyer la planification de la main-d'œuvre en radiologie, les normes nationales de formation, l'accélération de la reconnaissance des titres de compétences et les stratégies de maintien en poste des radiologistes, des technologues en radiation médicale (TRM) et des technologues en échographie.
3. **Optimiser la capacité grâce à l'aide à la décision clinique (ADC)** : affecter **50 millions de dollars sur 5 ans** à la création d'un fonds fédéral de mise en œuvre et de déploiement à grande échelle de l'ADC, qui intégrera des systèmes fondés sur des données probantes aux réseaux provinciaux de dossiers médicaux électroniques (DME) partout dans le pays, rendant ainsi opérationnelles les exigences d'interopérabilité proposées dans le projet de loi S-5 et étendant les mises en œuvre régionales réussies.
4. **Multiplier le débit du système grâce à une IA dirigée par des cliniciens** : investir **50 millions de dollars sur 5 ans** pour créer et rendre opérationnel le Réseau de validation de l'intelligence artificielle en santé (*Health Artificial Intelligence Validation Network*, HAIVN), une entité indépendante régie par des cliniciens, chargée de la validation clinique, de la surveillance après commercialisation et de la souveraineté des données en IA appliquée aux soins de santé, en cohérence avec le Programme de missions en IA.

Les temps d'attente excessifs pour les examens diagnostiques coûtent au Canada 64 milliards de dollars de PIB par année.

Les goulots d'étranglement diagnostiques font perdre à l'État 6 milliards de dollars en recettes fiscales.

L'imagerie médicale est une infrastructure économique nationale essentielle à la participation au marché du travail, à la résilience du système de santé et à la souveraineté économique.

Les arguments économiques en faveur de l'investissement dans l'imagerie médicale

Bien que le Canada dépense environ 20 % de plus par habitant en santé que la moyenne des pays de l'OCDE, la répartition du financement n'a pas été optimisée pour remédier aux goulots d'étranglement des infrastructures essentielles. Au cours de la période 2023–2025, plus de 18,7 millions d'examen de radiologie diagnostique (IRM, TDM, échographie) ont été réalisés au Canada.¹ Toutefois, en 2024–2025, les retards diagnostiques ont forcé près de 2 millions de Canadiens à cesser de travailler ou à réduire leurs heures de travail en attendant des examens et le traitement subséquent.²

Les temps d'attente excessifs ont entraîné une perte de PIB de 64 milliards de dollars en 2023.

Une main-d'œuvre en radiologie dotée de ressources suffisantes n'est pas seulement un impératif de santé : c'est une stratégie nationale de productivité. Chaque examen interprété et chaque diagnostic posé constituent un pas vers le retour à une vie normale et la libération du potentiel économique.

Source: Deloitte Economics



18,7 M

Examens d'imagerie
annuels (IRM, TDM,
échographie)



2 M

Personnes qui ont dû
arrêter le travail



18 G\$

Pertes totales de
revenus



64 B\$

PIB canadien
perdu



6 G\$

Recettes fiscales
perdues

Pression



Réponse



Impact

Investir dans la capacité diagnostique produit un puissant effet multiplicateur sur l'économie.³ Chaque examen interprété et chaque diagnostic posé rapidement accélèrent le retour au travail, rétablissent la productivité de la main-d'œuvre, réduisent les séjours hospitaliers prolongés et coûteux en soins actifs et permettent de récupérer des recettes fiscales perdues pour les finances publiques.



Recommandations détaillées : quatre leviers de capacité

Levier 1 : moderniser l'infrastructure et simplifier l'installation

Recommandation : Créer un **fonds fédéral-provincial-territorial (FPT) de coinvestissement dans l'infrastructure diagnostique**, doté de **2 milliards de dollars sur 3 ans**, afin de moderniser le parc vieillissant d'appareils d'imagerie et de rationaliser les coûts de préparation des sites, ce qui permettra aux provinces d'accroître leur capacité d'examen et de réduire les temps d'attente diagnostiques.

Harmonisation avec les politiques : fonds fédéraux pour les infrastructures de santé et cadres bilatéraux de financement FPT.

Le problème : un grave épuisement du parc d'équipement alimente les goulots d'étranglement diagnostiques

Le parc d'équipement d'imagerie diagnostique du Canada est exploité bien au-delà de sa durée de vie prévue, ce qui crée de graves contraintes opérationnelles dans les systèmes de santé provinciaux.

- **Obsolescence de l'équipement :** plus du **tiers des appareils de TDM (33,4 %) et d'IRM (37,2 %) du Canada ont plus de 10 ans**,¹ dépassant ainsi le seuil au-delà duquel l'équipement exige beaucoup d'entretien et devient sujet à des arrêts mécaniques imprévus.
- **Des décennies de sous-investissement fédéral dans l'équipement :** les ajouts au parc d'équipement n'ont pas suivi la croissance de la population ni la demande diagnostique depuis le Fonds pour l'équipement diagnostique et médical de 2003. Les appareils vieillissants nécessitent des temps d'acquisition plus longs et tombent fréquemment en panne, ce qui entraîne chaque année l'annulation de milliers de rendez-vous avec des patients.
- **Le goulot d'étranglement lié à l'installation et à la préparation des sites :** le remplacement de l'équipement est souvent retardé par des exigences complexes et non financées de préparation des sites (p. ex., renforcement structural, mise à niveau des installations électriques et refroidissement spécialisé). Sans financement consacré à l'installation, les nouveaux appareils sont soumis à de longs délais d'approvisionnement et de construction avant leur mise en service.



La solution : équipement à haut débit et déploiement clé en main

Les plateformes modernes de TDM et d'IRM tirent parti de technologies de détecteurs de pointe et de la reconstruction par IA intégrée au matériel pour réduire de **30 % à 50 %** le temps d'acquisition lors de chaque examen.⁴ Le remplacement d'un appareil vieux de 10 ans augmente immédiatement le nombre quotidien de patients pouvant être examinés dans chaque salle, sans nécessiter de nouveaux espaces physiques.

Le cofinancement de l'achat de l'équipement et des coûts de préparation des sites crée une filière de déploiement clé en main, ce qui permet aux autorités sanitaires de remplacer rapidement l'équipement obsolète et de libérer de la capacité diagnostique.

Le mécanisme : coinvestissement collaboratif et responsabilité financière

Afin d'appuyer les priorités provinciales en santé tout en assurant la responsabilité financière du gouvernement fédéral, l'accès au fonds de 2 milliards de dollars est structuré selon un modèle de coinvestissement volontaire et souple.

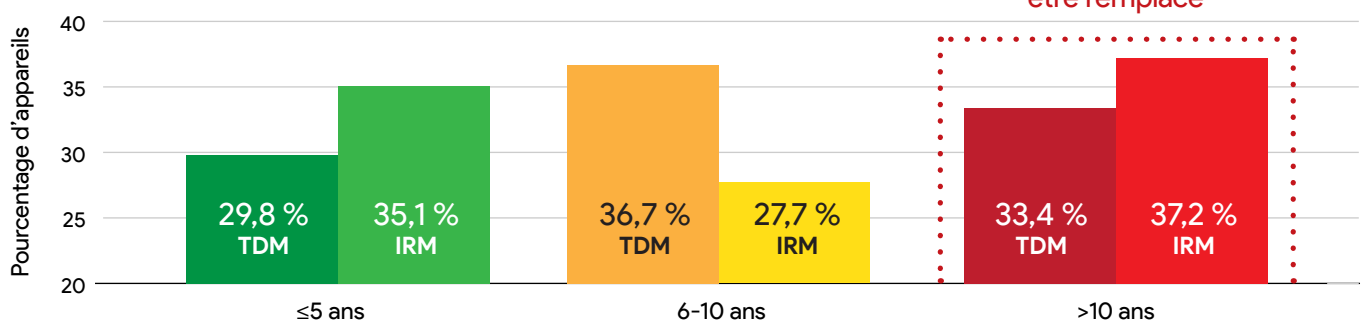
Il importe de souligner que le financement de la préparation des sites, de l'installation et des améliorations connexes de l'infrastructure pourrait provenir du **Fonds pour les infrastructures dans le domaine de la santé**, créé par le gouvernement fédéral au sein du **Fonds pour bâtir des collectivités fortes, dans le budget de 2025**. Bien que l'équipement d'imagerie diagnostique n'ait pas été expressément désigné comme volet admissible, le fait de consacrer une partie du Fonds pour les infrastructures dans le domaine de la santé à la modernisation de l'imagerie ferait directement progresser l'objectif du fonds, qui consiste à renforcer la capacité du système de santé et à améliorer l'accès aux soins.

- **Contribution fédérale équivalente** : le gouvernement fédéral fournit une **contribution équivalente de 50 % pour l'achat d'appareils d'imagerie et jusqu'à 100 % du financement des coûts admissibles de préparation des sites**, réduisant directement l'obstacle financier pour les autorités sanitaires provinciales.
- **Responsabilité partagée** : le financement est débloqué au moyen d'ententes bilatérales souples dans lesquelles les provinces conviennent de :
 1. **Coinvestir dans l'équipement** : fournir une contribution provinciale ou des autorités sanitaires équivalente pour l'achat d'équipement.
 2. **Maximiser l'utilisation opérationnelle** : optimiser les heures d'exploitation des nouveaux appareils à haut débit financés en fonction de la demande régionale et de la capacité en personnel.
 3. **S'accorder sur des indicateurs de rendement communs** : communiquer les données de référence sur l'âge de l'équipement, le temps de disponibilité et le débit afin de suivre l'incidence nationale de la modernisation du parc.

Cette approche fait du **gouvernement fédéral un partenaire financier constructif**. Grâce à un coinvestissement ciblé dans des appareils à haut débit et à une préparation des sites clé en main, **le financement fédéral règle directement le goulot d'étranglement de l'infrastructure physique tout en respectant pleinement l'autonomie des provinces en matière de prestation des soins et de fonctionnement**.

Répartition selon l'âge des appareils de TDM et d'IRM au Canada

Source : Inventaire canadien d'imagerie médicale, 2022–2023 (CDA-ADC)



Levier 2 : assurer les ressources humaines de la santé nécessaires à un fonctionnement continu

Recommandation : investir 5 millions de dollars sur 5 ans pour mettre sur pied, en partenariat avec des organismes professionnels nationaux, une **initiative ciblée de Santé Canada de veille et d'intégration de la main-d'œuvre diagnostique** afin d'accélérer la reconnaissance des titres de compétences étrangers, de normaliser la planification des ressources humaines de la santé et de réduire le recours coûteux aux suppléants d'agences.

Harmonisation avec les politiques : stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé et Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers (Emploi et Développement social Canada).

Le problème : un grave décalage entre la capacité et la main-d'œuvre

Les investissements dans l'équipement ne peuvent à eux seuls élargir l'accès des patients sans les professionnels qualifiés nécessaires pour exploiter les appareils et interpréter les examens. La main-d'œuvre diagnostique présente un grave déficit structurel.

- **Demande en forte hausse et main-d'œuvre stagnante :** entre 2004 et 2023, le volume par habitant d'examens de TDM a bondi de **85,4 %** et celui des examens d'IRM de **131,7 %**, tandis que l'effectif des technologues en radiation médicale (TRM) n'a augmenté que de **32,1 %**.⁵
- **Diminution de la densité par habitant :** la croissance démographique après la pandémie et les départs à la retraite ont réduit le nombre de professionnels actifs en imagerie par habitant au Canada : celui des médecins médicaux a diminué de 9,7 %, celui des radiologistes de **4,8 %** et celui des TRM de **3,0 %**.
- **Sous-utilisation de l'équipement :** les postes vacants de technologues en IRM ont quadruplé et ceux de technologues en médecine nucléaire ont triplé depuis 2018. Des millions de dollars d'équipement diagnostique de pointe restent inutilisés le soir et la fin de semaine simplement en raison de pénuries de personnel.
- **Fardeau financier du recours aux suppléants et épuisement professionnel :** le personnel surchargé subit un stress sans précédent. Les autorités sanitaires sont contraintes de recourir à des suppléants d'agences privées au coût exorbitant pour maintenir les services d'imagerie ouverts, ce qui grève les budgets de fonctionnement.

La solution : accélération fédérale ciblée et veille sur la main-d'œuvre (5 M\$ sur 5 ans)

Un investissement fédéral ciblé de 5 M\$ fournit l'infrastructure de base nécessaire en RHS pour appuyer les autorités sanitaires provinciales et les organismes de réglementation dans trois domaines à forte incidence.

- **Intégration accélérée des professionnels formés à l'étranger :** harmoniser les volets fédéraux d'immigration (EDSC) avec les voies réglementaires provinciales afin de simplifier les cadres d'évaluation de la capacité à exercer (ECE) pour les radiologistes, les TRM et les technologues en échographie formés à l'étranger, réduisant ainsi les délais d'intégration de plusieurs années à quelques mois sans compromettre les normes cliniques.
- **Références nationales pour les RHS et modèles de charge de travail :** établir des références nationales normalisées de charge de travail et des données sur la dotation pour plusieurs quarts de travail afin d'aider les régions sanitaires provinciales à atténuer l'épuisement professionnel, à améliorer le maintien en poste et à accroître les stages de formation clinique en milieu rural.
- **Réduction du recours aux suppléants :** stabiliser les filières régionales de main-d'œuvre afin de réduire le recours d'urgence des autorités sanitaires à des suppléants d'agences, ce qui permet de préserver directement les fonds publics de fonctionnement pour les soins cliniques de première ligne.

L'équipement ne sert à rien sans capacité en main-d'œuvre. Un investissement modeste de 5 M\$ dans l'accélération nationale de la reconnaissance des titres de compétences et dans la planification de la main-d'œuvre libère la capacité des appareils déjà en place, réduit les coûts élevés des suppléants d'agences et protège le rendement des investissements publics en santé.

Levier 3 : optimiser la capacité existante grâce à l'aide à la décision clinique (ADC)

Recommandation : affecter 50 millions de dollars sur 5 ans à la création d'un fonds fédéral de mise en œuvre et de déploiement à grande échelle de l'ADC, qui intégrera des systèmes d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes aux réseaux provinciaux de dossiers médicaux électroniques (DME) partout dans le pays, rendant ainsi opérationnelles les exigences d'interopérabilité proposées dans le projet de loi S-5.

Harmonisation avec les politiques : projet de loi S-5 (*Loi visant un système de soins de santé connecté au Canada*) et cadres fédéraux d'interopérabilité en santé numérique.

Le problème : les demandes d'examens de faible valeur gaspillent une capacité essentielle du système

Les données probantes indiquent qu'une part appréciable des demandes d'examens d'imagerie concerne des examens de faible valeur qui ne modifient pas la prise en charge ni n'améliorent les résultats pour les patients.^{6,7} Cela crée de graves goulots d'étranglement structurels dans toutes les régions sanitaires.

- **Les examens de faible valeur monopolisent les rares créneaux de TDM et d'IRM**, gonflent artificiellement les listes d'attente diagnostiques pour les patients qui nécessitent des soins urgents en cancérologie, en traumatologie ou à la suite d'un AVC, et exposent inutilement des personnes aux rayonnements ou aux produits de contraste.
- **Absence de soutien décisionnel au lieu de soins :** les médecins de première ligne et d'urgence ne disposent pas, en temps réel, d'un soutien fondé sur des données probantes au lieu de soins. Les cliniciens très occupés doivent composer avec des formulaires de demande statiques sans accès instantané à des critères centralisés et à jour relatifs aux demandes d'examen.
- **« Îlots d'excellence » fragmentés :** des réseaux de santé canadiens de premier plan ont déployé avec succès des outils d'ADC pour réduire les demandes de faible valeur,⁸⁻¹² mais ces mises en œuvre demeurent des projets pilotes isolés faute de fonds fédéraux consacrés au déploiement à grande échelle entre les provinces et territoires.



La solution : mettre en œuvre le projet de loi S-5 pour libérer de la capacité d'imagerie

L'aide à la décision clinique (ADC) est un cas d'utilisation clinique qui pourrait **tirer parti du cadre d'interopérabilité du projet de loi S-5 afin d'accroître la capacité de première ligne**. En établissant des normes nationales pour l'échange de données sur la santé, le projet de loi S-5 permettrait d'intégrer harmonieusement l'ADC directement aux flux de demandes des dossiers médicaux électroniques (DME), où elle jouerait le rôle d'assistant automatisé fondé sur des données probantes au moment où un examen d'imagerie est demandé.

Comment le projet de loi S-5 rend l'ADC possible	Ce que permet le fonds de 50 millions de dollars
Met à profit les normes du projet de loi S-5 Le projet de loi S-5 établirait le fondement législatif d'un échange de données ouvert et normalisé dans les réseaux d'information sur la santé, permettant une intégration fluide de l'ADC à toutes les plateformes de DME des soins primaires et des hôpitaux partout dans le pays.	Subventions nationales de déploiement à grande échelle (20 M\$) Fournit un financement de démarrage et des subventions équivalentes aux provinces et territoires pour normaliser et intégrer, dans toutes les plateformes provinciales de DME, des lignes directrices élaborées au Canada relatives aux demandes d'examen.
Conseils en temps réel au lieu de soins Lorsqu'un médecin demande un examen, le moteur d'ADC fournit immédiatement un retour fondé sur des données probantes, en suggérant un examen à meilleur rendement (p. ex., une échographie plutôt qu'une IRM) ou en confirmant, le cas échéant, que l'imagerie n'est pas nécessaire sur le plan clinique.	Intégration du réseau pancanadien (15 M\$) Fédère et relie les moteurs d'ADC isolés des hôpitaux au sein de réseaux provinciaux et pancanadiens unifiés d'information sur la santé.
	Soutien à l'équité en santé numérique (10 M\$) Accorde des subventions de déploiement ciblées aux autorités sanitaires de petite taille, rurales et nordiques afin d'assurer un accès équitable aux outils modernes de santé numérique.
	Analyse nationale de la pertinence (5 M\$) Établit des tableaux de bord nationaux pour suivre les tendances relatives à la pertinence de l'imagerie, surveiller les gains d'efficacité du système et favoriser l'amélioration continue de la qualité.

Le résultat : libérer de la capacité sans coûts d'équipement

Le déploiement de l'ADC à l'échelle nationale procure des retombées opérationnelles et financières immédiates aux budgets de santé fédéral et provinciaux.

- **Libère la capacité des appareils existants** : l'élimination des examens de faible valeur rend immédiatement disponibles des dizaines de milliers de créneaux de TDM et d'IRM dans le pays pour les cas prioritaires, sans qu'un seul dollar soit dépensé pour du nouvel équipement ou des frais généraux supplémentaires liés aux installations.
- **Maximise le rendement du projet de loi S-5** : transforme l'infrastructure numérique brute et les exigences juridiques d'interopérabilité des données en un moteur pratique de productivité de première ligne pour les cliniciens.
- **Réduit le gaspillage du système de santé** : oriente les ressources humaines de la santé et les budgets de fonctionnement limités vers des interventions diagnostiques nécessaires à haut rendement.

L'adoption du projet de loi S-5 fournit une autoroute numérique pour les données de santé, mais c'est l'ADC qui est le véhicule de la productivité clinique. Un investissement fédéral ciblé de 50 M\$ transforme des systèmes provinciaux de DME fragmentés en un outil national unifié de gestion des demandes, qui récupère de la capacité diagnostique sans coûts récurrents en équipement.

Levier 4 : multiplier le débit du système grâce à une infrastructure d'IA dirigée par des cliniciens

Recommandation : investir 50 millions de dollars sur 5 ans (depuis le Programme de missions en IA d'ISDE) pour créer et rendre opérationnel le **Réseau de validation de l'intelligence artificielle en santé (HAIVN)** comme autorité canadienne indépendante de certification dirigée par des cliniciens et réseau de surveillance continue de l'IA médicale.

Harmonisation avec les politiques : *L'IA pour tous, la stratégie nationale en matière d'intelligence artificielle du Canada (ISDE) – Programme de missions en IA (santé).*

Le problème : IA non validée et infrastructure de santé fragmentée

Le gouvernement fédéral a lancé le premier Programme de missions en IA (qui comprend une mission phare dans le domaine de la santé visant à accélérer l'adoption de l'IA dans le diagnostic, les soins aux patients et l'efficacité du système), afin d'offrir des soins plus rapides et de meilleure qualité tout en renforçant l'écosystème canadien d'innovation en santé. Toutefois, l'imagerie médicale représente plus de 80 % de toutes les données diagnostiques de santé, et une IA non validée ne peut être intégrée de façon sécuritaire aux flux de travail cliniques réels, ce qui crée de graves goulots d'étranglement structurels.

- **Dédoublage financier et administratif :** les réseaux hospitaliers tentent individuellement d'évaluer les logiciels d'IA. Cela dédouble les coûts administratifs dans les 13 provinces et territoires, ralentit l'approvisionnement et gaspille les fonds publics.
- **Le « déficit de confiance et de sécurité » :** les autorités sanitaires ne peuvent déployer une IA non validée dans des flux de travail cliniques réels sans exposer les patients à des problèmes de responsabilité, de biais démographique ou de dérive de la performance algorithmique.
- **Perte de propriété intellectuelle et d'innovation canadiennes :** les jeunes entreprises canadiennes du secteur des technologies de la santé font face à un marché intérieur fragmenté, ce qui les pousse à vendre à l'étranger tandis que les hôpitaux canadiens demeurent dépendants de logiciels étrangers non validés.

La solution : une infrastructure nationale consacrée à la validation

HAIVN comble cette lacune opérationnelle critique en créant un réseau centralisé régi par des cliniciens pour tester, certifier et surveiller en continu l'IA médicale dans les 13 provinces et territoires.

Qu'est-ce que le Réseau de validation de l'IA en santé?	Que permet de bâtir un investissement de 50 millions de dollars?
HAIVN est l'organisme canadien indépendant sans but lucratif de certification et de surveillance de l'IA en santé. Il fonctionne selon un modèle de gouvernance d'intérêt public semblable à celui de la Société canadienne du sang ou de l'Association canadienne de normalisation (CSA). Alors que Santé Canada approuve les logiciels sur le plan de la sécurité de façon ponctuelle, au moment de l'entrée sur le marché, HAIVN assure le lien opérationnel entre l'approbation réglementaire et l'adoption clinique en contexte réel. HAIVN réunit des associations de spécialités médicales, des autorités sanitaires et des experts techniques afin d'établir une norme pancanadienne unique pour évaluer, certifier et surveiller les outils d'IA médicale dans les 13 provinces et territoires.	L'investissement demandé de 50 millions de dollars sur 5 ans permettrait de bâtir l'infrastructure nationale de base nécessaire pour valider, déployer et surveiller l'IA en santé de façon sécuritaire partout au Canada. Bacs à sable nationaux sécurisés pour la validation (20 M\$) : Crée des environnements d'essai sécurisés et fédérés où les outils d'IA peuvent être évalués à partir de données canadiennes multicentriques synthétiques et anonymisées afin d'en vérifier l'exactitude, les biais, l'interopérabilité, la protection des renseignements personnels et la conformité aux exigences de résidence des données. Infrastructure pancanadienne de certification clinique (15 M\$) : Met sur pied des groupes d'experts propres aux spécialités, en commençant par les domaines diagnostiques à volume élevé comme l'imagerie médicale, afin d'établir des références, de vérifier les outils et de délivrer une certification nationale HAIVN pour un déploiement clinique sécuritaire. Moteur national de surveillance algorithmique après commercialisation (10 M\$) : Déploie une surveillance en temps réel dans les réseaux de santé participants afin de détecter la dérive algorithmique, les variations de performance ou les problèmes de sécurité avant qu'ils n'aient des répercussions sur les soins aux patients. Transition vers un recouvrement des coûts autosuffisant (5 M\$) : Appuie la montée en puissance initiale de l'organisation et la conception d'un modèle de recouvrement des coûts afin que, d'ici la 5^e année, HAIVN puisse financer ses activités grâce à des frais de certification des fournisseurs ajustés en fonction du risque et à des abonnements à des services de surveillance des systèmes de santé.

La présente demande ne nécessite aucune nouvelle affectation budgétaire. Elle représente une **réserve ciblée de 50 M\$ sur 5 ans à même les 200 M\$ déjà prévus pour le Programme de missions en IA pour la santé**, ce qui permettra d'établir l'infrastructure de base nécessaire pour tirer pleinement parti du financement fédéral de l'IA en santé.

Références

1. *Canadian Medical Imaging Inventory 2022–2023: Provincial and Territorial Overview: CMII Report*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2024. Consulté le 30 janvier 2026. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK607341/>
2. *Nanos Research Survey, commandé par l'Association canadienne des radiologistes (du 25 avril au 1^{er} mai 2025). Sondage auprès de 1 012 Canadiens âgés de 25 à 65 ans.*
3. Deloitte Canada. The Impact of Delayed Diagnostics. 2025. Consulté le 14 octobre 2025. <https://car.ca/wp-content/uploads/2025/10/CAR-Final-Report-Impact-of-Delayed-Diagnostics-Oct-9.pdf>
4. Yang A, Finkelstein M, Koo C, Doshi AH. Impact of Deep Learning Image Reconstruction Methods on MRI Throughput. *Radiol Artif Intell*. 2024;6(3):e230181. doi:10.1148/ryai.230181
5. CADTH. Canadian Medical Imaging Inventory 2022–2023: The Medical Imaging Team. *Can J Health Technol*. 2024;4(8). doi:10.51731/cjht.2024.953
6. Kjelle E, Brandsæter IØ, Andersen ER, Hofmann BM. Cost of Low-Value Imaging Worldwide: A Systematic Review. *Appl Health Econ Health Policy*. 2024;22(4):485–501. doi:10.1007/s40258-024-00876-2
7. Yan TD, Jalal S, Harris A. Value-Based Radiology in Canada: Reducing Low-Value Care and Improving System Efficiency. *Can Assoc Radiol J*. 2025;76(1):61–67. doi:10.1177/08465371241277110
8. Mohammed HT, Payson LA, Gillan C, et al. Exploring the impact of diagnostic imaging decision support embedded in an electronic referral solution on the appropriate ordering of magnetic resonance imaging for patients with knee pain: a retrospective chart review. *J Eval Clin Pract*. 2022;28(2):247–259. doi:10.1111/jep.13617
9. Mohammed HT, Payson LA, Alarakhia M. The impact of integrating electronic referral within a musculoskeletal model of care on wait time to receive orthopedic care in Ontario. *PLOS ONE*. 2020;15(11):e0241624. doi:10.1371/journal.pone.0241624
10. Schranz AL, Ryan DT, David R, McNeill G, Killeen RP. Impact of point-of-care clinical decision support on referrer behavior, imaging volume, patient radiation dose exposure, and sustainability. *Insights Imaging*. 2024;15:4. doi:10.1186/s13244-023-01567-7
11. Yan TD, Jalal S, Harris A. Value-Based Radiology in Canada: Reducing Low-Value Care and Improving System Efficiency. *Can Assoc Radiol J*. 2025;76(1):61–67. doi:10.1177/08465371241277110
12. Boudreault R, Lacasse M, Lepanto L, Samson C. How Electronic Imaging Referral with Clinical Decision Support Improves Appropriateness, Access and Efficiency. Affiche présentée au congrès eHealth 2026 *Enhancing Access & Efficiency in Healthcare*. Halifax (N.-É.), du 14 au 16 juin 2026.



Canadian Association of Radiologists
L'Association canadienne des radiologistes