

CIBLES CONCERNANT LES TEMPS D'ATTENTE MAXIMUM POUR L'IMAGERIE MÉDICALE (IRM ET TDM)



Janvier 2013



Canadian Association of Radiologists
L'Association canadienne des radiologistes



TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	2
Contexte	6
Méthodes	7
Résultats et recommandations	9
Inclusion et exclusion de populations	9
Définition du temps d'attente en imagerie médicale	9
Définition de la façon dont les temps d'attente sont mesurés	10
Définition de la façon dont les rapports sur les temps d'attente sont produits	10
Définition d'un système de classement des temps d'attente pour les IRM et les TDM	11
Définition des cibles d'intervalle de temps maximum	12
Définition des dates ayant une incidence sur la disposition à traiter (DART)	13
Définition des scénarios cliniques dans les catégories de priorités	14
Définition du formulaire et du processus de demande de rendez-vous	14
Définition de la qualité des données	14
Conclusion	15
Annexe A – Points de référence de l'ATA établis en 2005	16
Annexe B – Glossaire	17
Annexe C – Groupe d'experts et groupe de travail de la CAR	18
Annexe D – Recherche dans MEDLINE	19
Annexe E – Bibliographie	20
Annexe F – Sondage auprès du groupe de travail	22
Annexe G – Demande de rétroaction des intervenants	29

SOMMAIRE

L'Association canadienne des radiologistes (CAR) est membre de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA)¹. Depuis 2005, l'ATA a publié des rapports annuels pour suivre l'amélioration des temps d'attente dans cinq domaines prioritaires sur lesquels l'accent devait être mis selon l'Accord des premiers ministres sur la santé de 2004. L'un de ces domaines était l'imagerie diagnostique, particulièrement en ce qui a trait à l'IRM et à la TDM. Les spécialités cliniques ont établi des cibles nationales pour les temps d'attente dans ces domaines prioritaires. Comme elle reconnaît que les lignes directrices doivent régulièrement être revues de façon à demeurer pertinentes à la lumière des nouvelles données probantes et de la littérature, la CAR a déterminé que les points de référence en imagerie médicale pour l'IRM et la TDM établis en 2005 devaient être mis à jour (les points de référence de 2005 sont indiqués à l'annexe A).

La CAR a entamé un vaste processus pour accomplir cette mise à jour. Dans le présent rapport, la CAR recommande des définitions à utiliser dans la collecte et le suivi des données sur les temps d'attente en imagerie médicale ainsi que lors de la production de rapports. Un glossaire de définitions se trouve à l'annexe B. Le nouveau guide mis à jour est semblable à celui de 2005 pour les catégories d'urgence immédiate et d'urgence, mais des clarifications à propos des définitions ont été ajoutées et les catégories de priorités ont été étendues.

Une revue systématique de la littérature n'a pas réussi à faire ressortir des articles pertinents en ce qui concerne les résultats des patients et l'accès à l'IRM et à la TDM. La CAR reconnaît donc que les données sur lesquelles se fondent ses recommandations sont les meilleures suggestions d'un groupe d'experts, basées sur des expériences non documentées et non systématiques, examinées et évaluées au moyen d'un processus de consultation pancanadienne plus large.



¹<http://www.waittimealliance.ca/French/index.htm>

RECOMMANDATION I :

La CAR recommande un système de classement en cinq points incluant des définitions de priorités et des cibles d'intervalle de temps maximum, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Les définitions des priorités et les cibles d'intervalle de temps maximum sont résumées dans le tableau ci-dessous.

REMARQUE : Il est important de mettre l'accent sur le fait que les patients de chacune des catégories sont hétérogènes dans la gravité de leurs symptômes cliniques. C'est donc le jugement clinique qui détermine le moment où l'examen d'un patient doit être effectué.

REMARQUE : Il est important de mettre l'accent sur le fait que les patients sur une liste d'attente requièrent une surveillance clinique. Si, au cours de l'attente, les conditions d'un patient changent, la priorité d'attente doit être reconsidérée.

REMARQUE : IRM = imagerie par résonance magnétique;
TDM = tomodensitométrie.

POINTS DE RÉFÉRENCE PANCANADIENS DE LA CAR SUR LES TEMPS D'ATTENTE POUR LES IRM ET LES TDM	
Définitions des catégories de priorités	Maximum Time Interval Target
Priorité 1 (P1) Urgence immédiate : un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure qui représente un danger immédiat pour la vie ou un membre.	P1 : Le jour même – maximum 24 heures* * En cas d'urgence immédiate ou d'affection qui mettent la vie en danger, certains patients ont besoin de l'imagerie à l'intérieur d'une période de moins d'une heure et ces décisions se fondent sur le jugement de l'équipe clinique.
Priorité 2 (P2) Urgence : un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure, ou encore modifier le plan de traitement qui ne représente pas un danger immédiat pour la vie ou un membre. Selon les données cliniques, on ne prévoit aucune conséquence négative pour le patient si le traitement est remis à plus tard, à condition que l'examen soit effectué à l'intérieur des délais prescrits.	P2 : maximum sept jours civils** ** Il existe tout un spectre d'« urgences » dans la présente catégorie. La plupart du temps, l'examen doit être effectué le plus tôt possible après que la demande a été reçue. Cependant, dans certains cas (tout dépendant des besoins médicaux déterminés par le jugement de l'équipe clinique), bien que le besoin soit urgent, un temps d'attente maximum de sept jours peut être médicalement acceptable.
Priorité 3 (P3) Semi-urgence : un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure ou encore modifier le plan de traitement, lorsque les données cliniques fournies exigent que l'examen soit effectué plus tôt que le point de référence P4.	P3 : maximum 30 jours civils
Priorité 4 (P4) Non-urgence : un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure, lorsque selon les données cliniques, on ne prévoit aucune conséquence médicale négative à long terme pour le patient si le traitement est remis à plus tard, à condition que l'examen soit effectué à l'intérieur des délais prescrits.	P4 : maximum 60 jours civils
Date d'intervention prévue Date de rendez-vous pour une IRM ou une TDM demandée par le médecin traitant pour le suivi d'une maladie.	Il est recommandé de suivre le rendement en fonction des dates spécifiées, car un mauvais rendement dans les catégories P1 à P4 peut altérer le rendement de la présente catégorie, ce qui susciterait de vives inquiétudes pour les soins aux patients pour lesquels des stratégies doivent être élaborées.

RECOMMANDATION 2 :

La CAR reconnaît que le délai avant de recevoir le rapport fait partie de l'attente du patient et recommande les intervalles de temps maximum suivants pour la production de rapports des radiologistes :

REMARQUE : La communication des résultats d'examen est la partie la plus importante du processus d'interprétation. Toute découverte inattendue ou importante doit être communiquée immédiatement et directement au médecin traitant.

REMARQUE : Le manque de systèmes de reconnaissance vocale dans les départements de radiologie ainsi que la production de rapports par les résidents et les boursiers peuvent avoir un effet négatif sur les délais de remise du rapport.

Délai maximum prescrit pour la production du rapport en radiologie	Cible d'intervalle de temps maximum
Rapport d'urgence immédiate (P1)	La production immédiate du rapport est requise, et un maximum d'une heure est permis pour finaliser le rapport. De plus, la communication verbale directe ou écrite immédiate est considérée comme une norme de pratique.
Rapports d'urgence (P2)	Temps d'attente pour le rapport : un maximum de 12 heures. Selon la situation clinique et en fonction des besoins médicaux, la communication verbale directe ou écrite immédiate peut être nécessaire pour transférer les soins au patient dans cette catégorie.
Rapports pour tous les autres examens (P3 et P4)	Un maximum de quatre jours civils.

La CAR émet aussi les recommandations suivantes à propos des demandes d'examen, de la collecte et du suivi des données sur les temps d'attente en imagerie médicale et en tomodensitométrie ainsi que de la production de rapports :

RECOMMANDATION 3 :

La collecte de données doit être faite auprès de tous les patients en attente, y compris les patients hospitalisés et les patients des urgences. Les seuls patients à être exclus sont ceux qui ont une date d'intervention prévue ou des dates ayant une incidence sur la disposition à traiter (DART, de l'anglais *Dates Affecting Readiness to Treat/Examine*), car ces cas peuvent fausser les mesures de rendement.

RECOMMANDATION 4 :

Les systèmes d'information radiologique (SIR) doivent permettre de recueillir des données sur les DART pour faciliter l'analyse des données afin de déterminer correctement le rendement quant aux temps d'attente.

RECOMMANDATION 5 :

Le suivi du rendement pour l'atteinte des cibles quant aux dates d'intervention prévues doit être effectué, car des volumes trop élevés ou des retards dans les catégories P1 à P4 peuvent avoir un impact sur les soins aux patients. Des stratégies d'atténuation doivent donc être mises en place.

RECOMMANDATION 6 :

La date de réception d'une demande pour une IRM ou une TDM et la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM – toutes deux définies dans le présent rapport – doivent aussi faire l'objet d'un suivi afin de saisir le temps d'attente qu'implique l'obtention d'une demande remplie, car il fait partie de l'attente globale du patient. Le suivi de ce temps d'attente permettra aux provinces et aux territoires de déterminer si des stratégies sont nécessaires pour diminuer les retards dans ce secteur.

RECOMMANDATION 7 :

En plus de faire le suivi du temps d'attente pour l'obtention du rapport – comme défini dans le présent rapport – les établissements qui n'utilisent pas les nouvelles technologies permettant au médecin de traiter le rapport dès sa signature par le radiologiste doivent faire le suivi et produire un rapport de ce temps d'attente, car il fait partie de l'attente globale du patient. Le suivi de ce temps d'attente permettra aux provinces et aux territoires de déterminer si des stratégies sont nécessaires pour diminuer les retards dans ce domaine.

RECOMMANDATION 8 :

Les calculs du temps d'attente du 90^e percentile ainsi que du temps d'attente médian et moyen doivent être utilisés comme évaluations valables des données rétrospectives pour les cibles quant aux temps d'attente pour les IRM et les TDM. Le temps d'attente du 90^e percentile devrait être la mesure rétrospective privilégiée. Pour ce qui est de l'évaluation prospective des données, le temps N3 (troisième rendez-vous disponible, comme défini dans le présent rapport) est privilégié afin d'ajouter une perspective.

RECOMMANDATION 9 :

Toutes les demandes pour une IRM ou une TDM doivent être conformes aux lignes directrices nationales, comme les lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de la CAR.

RECOMMANDATION 10 :

Le médecin traitant a la responsabilité de faire le suivi médical du patient lorsque celui-ci est sur une liste d'attente et de communiquer avec le Service de radiologie si un changement de ses conditions cliniques implique qu'il doive changer de catégorie de priorité.

RECOMMANDATION 11 :

Le patient et le médecin traitant doivent connaître la date du rendez-vous aussitôt qu'elle est choisie afin que chaque partie soit au courant de la longueur de l'attente.

RECOMMANDATION 12 :

Pour assurer l'exactitude des données et la conformité des rapports, des normes nationales concernant la collecte et la vérification des données doivent être élaborées et mises en œuvre.

RECOMMANDATION 13 :

La définition et la priorisation des temps d'attente pour les IRM et les TDM doivent être subdivisées pour permettre une priorisation plus précise. Cela peut être vu comme une étape future pour saisir les complexités de la prise de décision en imagerie médicale (p. ex. par partie du corps ou par affection particulière, comme l'oncologie).

Finalement, la CAR planifie d'entreprendre de nouveaux travaux dans les domaines suivants des points de référence en imagerie médicale et de l'accès à cette dernière :

- expansion du guide sur les temps d'attente à des sous-catégories pour l'IRM et la TDM afin d'élaborer un classement des priorités;
- expansion du guide sur les temps d'attente de la CAR vers d'autres modalités, comme les ultrasons et la fluoroscopie;
- collecte et examen des stratégies et des pratiques exemplaires déjà utilisées au Canada quant à l'accès à l'imagerie médicale afin de favoriser le partage de ces stratégies et pratiques exemplaires au bénéfice des autres provinces et territoires.

CONTEXTE

L'Association canadienne des radiologistes (CAR) est le porte-parole national des radiologistes au Canada et le défenseur de la sécurité des patients et de la qualité de l'imagerie médicale. La CAR est membre de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA)² qui a été formée à la suite de l'Accord des premiers ministres sur la santé de 2004. Cet accord a établi que les temps d'attente sont un domaine prioritaire pour le système de santé canadien. Plus précisément, les premiers ministres ont reconnu l'importance des temps d'attente dans leur *Plan décennal pour consolider les soins de santé*² et ont résolu d'élaborer des points de référence en ce qui a trait aux temps d'attente médicalement acceptables dans cinq domaines prioritaires : l'oncologie, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les remplacements articulaires et la restauration de la vue. Pour ce qui est de l'imagerie diagnostique, les temps d'attente pour les IRM (imagerie par résonance magnétique) et les TDM (tomodensitométrie) ont été sélectionnés comme domaines prioritaires.

En 2012, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a entrepris un examen de l'Accord sur la santé de 2004 et a rendu compte des progrès du Plan décennal pour consolider les soins de santé. Dans son rapport *Un changement transformateur s'impose*³, le Comité recommandait que « les provinces et les territoires continuent d'élaborer des stratégies pour réduire les temps d'attente dans tous les domaines de soins spécialisés » et que « le gouvernement fédéral collabore avec les provinces, les territoires et les organisations de soins de santé et de recherche pertinentes pour élaborer des points de repère pancanadiens fondés sur des données probantes concernant les temps d'attente dans tous les domaines des soins spécialisés depuis le moment où le patient demande une aide médicale ».

Depuis 2005, l'ATA a publié des rapports annuels pour suivre les progrès quant aux temps d'attente dans cinq domaines prioritaires. Les spécialités cliniques ont établi des cibles nationales pour les temps d'attente dans ces

domaines prioritaires. Plus récemment, l'ATA, grâce au travail des organismes de spécialités cliniques participants, a allongé la liste des domaines à suivre (pour la liste complète, voir le Bulletin sur les temps d'attente de 2012⁴). Le Bulletin sur les temps d'attente de 2012 montre aussi clairement qu'il y a eu peu d'amélioration dans les temps d'attente en imagerie médicale pour les IRM et les TDM, malgré l'accent qui y a été mis depuis l'Accord sur la santé de 2004. Comme elle reconnaît que les lignes directrices doivent régulièrement être revues de façon à demeurer pertinentes à la lumière des nouvelles données probantes et de la littérature, la CAR a déterminé que les points de référence en imagerie médicale pour la TDM et l'IRM établis en 2005 devaient être mis à jour.

Des points de référence pancanadiens concernant l'imagerie médicale doivent être instaurés pour fournir un outil et une méthodologie de mesure nationaux normalisés qui peuvent soutenir les améliorations.

Actuellement, il y a une grande variation dans les pratiques nationales quant à la collecte et à l'évaluation des temps d'attente en imagerie médicale. Les activités provinciales vont d'une mise en œuvre minimale à complète des points de référence provinciaux. Les renseignements obtenus des points de référence pancanadiens concernant l'imagerie médicale peuvent fournir une évaluation objective de l'accès. Ces renseignements peuvent être utilisés pour appuyer et favoriser un accès équitable à l'imagerie en fonction des besoins médicaux, quels que soient les défis géographiques. Le rapport de la CAR se veut un outil pour aider les processus provinciaux en créant des définitions et une méthodologie normalisées pour les temps d'attente et des mesures qui permettront une certaine constance dans la collecte et le suivi des données sur les temps d'attente en imagerie médicale ainsi que dans la production de rapports partout au Canada. Le rapport souligne le processus mené par la CAR pour cet examen ainsi que ses recommandations.

Des points de référence pancanadiens concernant l'imagerie médicale doivent être instaurés pour fournir un outil et une méthodologie de mesure nationaux normalisés qui peuvent soutenir les améliorations.

² <http://www.waittimealliance.ca/French/index.htm>

³ <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>

⁴ <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/rep/rep07mar12-f.pdf>

⁵ http://www.waittimealliance.ca/media/2012reportcard/WTA2012-reportcard_f.pdf

MÉTHODES

Le projet était dirigé par un groupe d'experts et révisé par un groupe de travail de l'Association canadienne des radiologistes (CAR).

Le groupe d'experts et le groupe de travail étaient composés d'un groupe de radiologistes provenant de partout au Canada (voir la liste à l'annexe C). Ils devaient accomplir deux tâches : une revue systématique de la littérature et un processus de concertation pour la création de leurs recommandations.

Le groupe d'experts a mené un examen du contexte pour déterminer les activités actuelles dans chacune des provinces en ce qui concerne les points de référence en imagerie médicale. Il a examiné les systèmes de classement des priorités existants ainsi que les indicateurs actuels touchant le suivi de l'accès à l'imagerie médicale et la production de rapports.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le groupe d'experts a aussi effectué une revue de la littérature sur les temps d'attente, les retards dans l'accès et les résultats des patients en imagerie diagnostique. La stratégie de recherche documentaire a été effectuée dans MEDLINE. Cette stratégie est résumée à l'annexe D.

CRITÈRES DE SÉLECTION DES ÉTUDES

Les examens systématiques et les études primaires qui abordaient la question ont été inclus dans la revue.

Les critères d'inclusion pour les examens systématiques étaient les suivants :

- ils devaient contenir des données probantes en lien avec un changement dans la prise en charge des patients et les résultats cliniques;
- leur sujet devait être en lien avec les temps d'attente en imagerie diagnostique.

Les critères d'inclusion pour les essais cliniques étaient les suivants :

- essais cliniques prospectifs en lien avec les temps d'attente en imagerie diagnostique;
- études publiées dans des revues évaluées par des pairs;
- l'étude a produit des données probantes en lien avec un changement dans la prise en charge des patients et les résultats cliniques.

Les citations et les résumés provenant de la revue de la littérature ont été examinés par un membre du groupe d'experts qui a indiqué s'ils étaient pertinents ou non en fonction des critères d'inclusion.

Une bibliographie des documents examinés par le groupe se trouve à l'annexe E.

Soixante-neuf articles ont été inclus dans la revue de la littérature systématique. Un membre du groupe d'experts a examiné les résumés de chacun de ces articles. Aucun examen systématique ou essai clinique n'a été conservé à la suite de la revue systématique de la littérature, car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

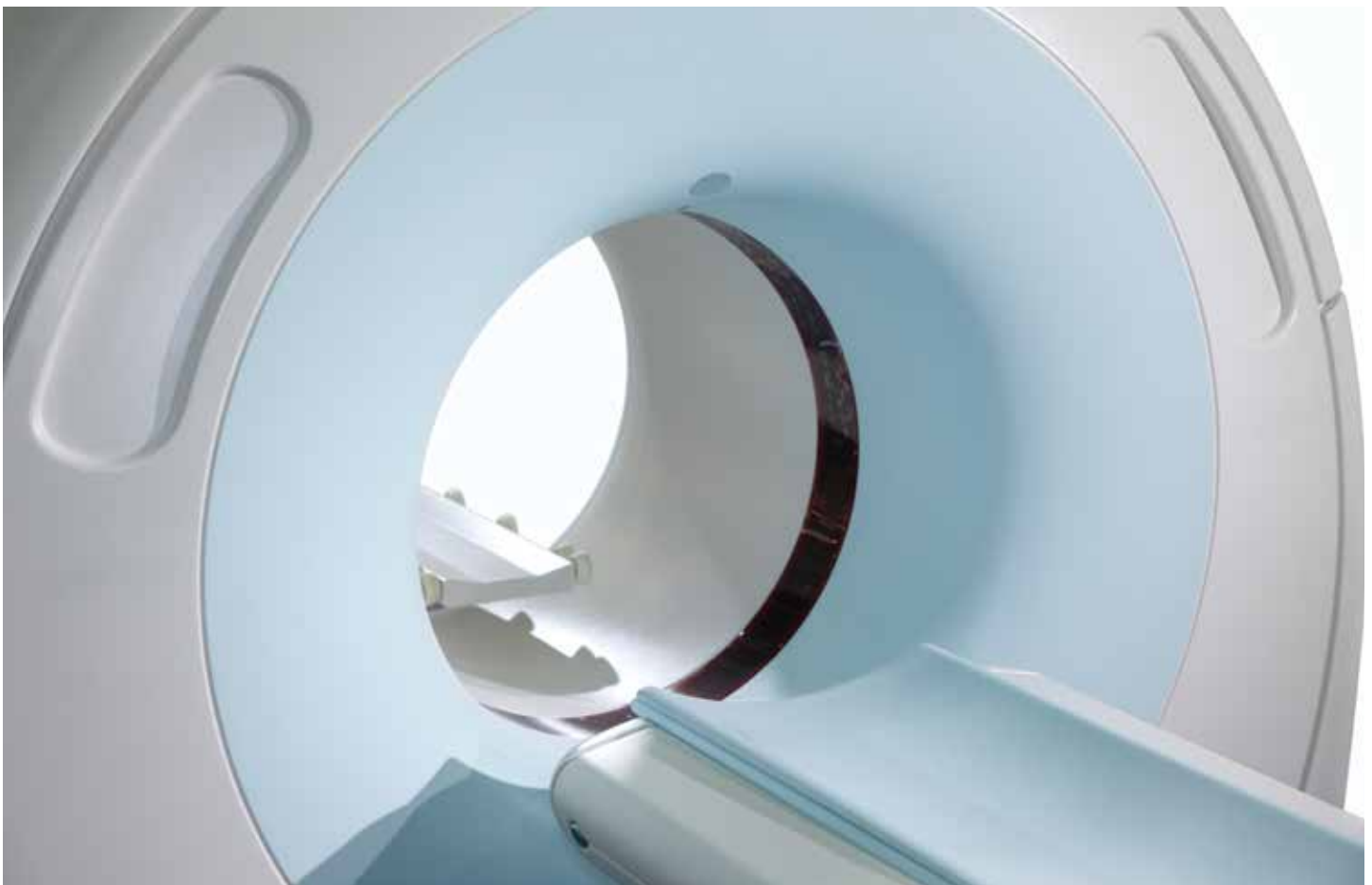
PROCESSUS DE CONCERTATION

Une approche consensuelle a été utilisée pour l'élaboration du présent rapport. Deux méthodes sont habituellement utilisées pour l'élaboration de lignes directrices consensuelles : le groupe nominal et la méthode Delphi. La technique nominale fait appel à des discussions répétées dans le cadre de tables rondes, dirigées par un médiateur qui facilite le processus en sollicitant les différentes perspectives et en réduisant les malentendus. Dans la méthode Delphi, deux sondages postaux ou plus sont utilisés et les résultats sont communiqués aux participants après chacun d'eux. Les deux procédés ont été utilisés pour élaborer les recommandations du présent rapport.

Des membres se sont ajoutés au groupe d'experts pour créer un groupe de travail et l'approche consensuelle a inclus plusieurs téléconférences et un sondage en ligne comprenant des questions en lien avec toutes les sections du rapport, comme montré à l'annexe F. Le groupe de travail est arrivé à un consensus quant aux réponses du sondage relatives au contenu du rapport.

Un processus de révision externe de la version préliminaire du rapport a aussi été mené pour permettre la contribution de tous les membres de la CAR et de différents organismes concernés, dont la liste se trouve à l'annexe G.

Les réponses de la révision externe ont été prises en compte par le groupe de travail et le rapport final a alors été préparé.



RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS

INCLUSION ET EXCLUSION DE POPULATIONS

Actuellement, certaines provinces et certains territoires du Canada recueillent des données sur les temps d'attente pour les patients externes, mais pas pour les patients hospitalisés, les services d'urgence et la pédiatrie.

En ce qui a trait aux personnes à inclure dans le suivi des données sur les temps d'attente pour les IRM et les TDM ainsi que dans la production de rapports à cet effet, la CAR fait les recommandations suivantes :

Inclusion : Tous les patients en attente d'une IRM ou d'une TDM

Exclusion : Définie par les dates ayant une incidence sur la disposition à traiter (DART) à la page 13 du présent rapport

L'Association canadienne des radiologistes appuie la collecte de données pour tous les patients en attente, à l'exception de ceux auxquels des dates ayant une incidence sur la disposition à traiter (DART) sont associées.

DÉFINITION DU TEMPS D'ATTENTE EN IMAGERIE MÉDICALE

La CAR recommande que les définitions suivantes soient utilisées dans la collecte et le suivi des données sur les temps d'attente pour les IRM et les TDM ainsi que dans la production de rapports à cet effet.

Date de demande pour une IRM ou une TDM : La date à laquelle une demande de consultation pour une IRM ou une TDM est remplie et signée par le médecin traitant.

Date de réception d'une demande pour une IRM ou une TDM : La date à laquelle une demande pour une IRM ou une TDM est reçue au bureau de prise de rendez-vous (secrétariat) en imagerie médicale.

Date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM : La date à laquelle une demande remplie pour une IRM ou une TDM est reçue au bureau de prise de rendez-vous (secrétariat) en imagerie médicale.

Demande remplie pour une IRM ou une TDM : Une demande comprenant tous les renseignements de sécurité du patient, du médecin, de la IRM ou de la TDM ainsi que cliniques et qui a été contrôlée par le radiologiste.

Date de fin de l'IRM ou de la TDM : La date à laquelle l'IRM ou la TDM est exécutée selon le protocole établi.

Date de classement prioritaire : La date à laquelle un radiologiste assigne officiellement un classement prioritaire à un examen d'IRM ou de TDM.

Remarque : La date de classement prioritaire est une autre date dont nous encourageons l'utilisation locale, car elle peut allonger le temps d'attente global si les radiologistes ne le font pas promptement.

Date de signature du rapport : La date à laquelle un radiologiste signe officiellement le rapport écrit d'une IRM ou d'une TDM. Cela comprend les signatures électroniques.

Liste d'annulation : Une liste de patients, contenant leurs coordonnées, dont la demande a été examinée et contrôlée et qui sont disponibles à brève échéance pour se présenter à un rendez-vous pour une IRM ou une TDM, en raison d'une disponibilité de dernière minute dans l'horaire.

DÉFINITION DE LA FAÇON DONT LES TEMPS D'ATTENTE SONT MESURÉS

La CAR recommande que les définitions ci-dessous soient utilisées pour mesurer les temps d'attente pour les IRM et les TDM.

Mesure : Les temps d'attente sont mesurés en jours civils.

Temps d'attente : Débute à la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM et se termine à la date de fin de l'IRM ou de la TDM. Il s'étend donc de la date à laquelle une demande remplie pour un examen médical est reçue à la date à laquelle l'examen se termine.

Bien qu'aux fins du suivi du rendement quant aux temps d'attente par rapport aux cibles d'intervalle de temps maximum, le « temps d'attente » est défini comme l'attente entre la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM et la date de fin de l'IRM ou de la TDM, la CAR recommande que la date de réception d'une demande pour une IRM ou une TDM soit aussi enregistrée et qu'elle fasse l'objet d'un suivi. Cela permettra de prendre en compte le temps d'attente pour une demande d'examen médical *remplie*, c'est-à-dire lorsque la demande doit être retournée au médecin traitant pour obtenir plus de renseignements. Il s'agit d'une partie importante de l'attente globale du patient, et en faire le suivi permettra aux provinces et aux territoires de déterminer si des stratégies doivent être mises en place pour régler les retards dans ce domaine.

Temps d'attente pour l'obtention du rapport : L'intervalle de temps entre la date de fin de l'IRM ou de la TDM et la date de signature du rapport.

Pour ce qui est du temps d'attente pour l'obtention du rapport, grâce aux nouvelles technologies, le rapport peut maintenant être examiné par le médecin traitant au moment où il est signé. Dans les établissements où ces technologies ne sont pas offertes, il peut y avoir une attente additionnelle entre le moment où le rapport est signé et celui où le médecin traitant a accès au rapport. La CAR recommande que ces établissements fassent un suivi sur cet intervalle de temps et produisent des rapports à ce sujet.

DÉFINITION DE LA FAÇON DONT LES RAPPORTS SUR LES TEMPS D'ATTENTE SONT PRODUITS

La CAR recommande que les définitions ci-dessous soient utilisées pour produire des rapports sur les temps d'attente pour les IRM et les TDM. Elles ont trait aux **données rétrospectives**.

Les patients de chacune des catégories prioritaires ont divers problèmes de santé. Le temps d'attente du 90^e percentile est la mesure privilégiée pour les distributions plurimodales.

Temps d'attente du 90^e percentile : Ainsi, 90 % des patients ont attendu moins que ce nombre de jours ou ce nombre exact de jours entre la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM et la date de fin de l'IRM ou de la TDM.

Temps d'attente médian : La moitié des patients ont passé leur examen d'imagerie médicale à ce point, alors que l'autre moitié attend toujours, où le temps d'attente est défini comme la période entre la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM et la date de fin de l'IRM ou de la TDM.

Temps d'attente moyen : La durée moyenne du temps d'attente d'un patient avant de passer un examen d'imagerie médicale, où le temps d'attente est défini comme la période entre la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM et la date de fin de l'IRM ou de la TDM.

La CAR encourage la production de rapports avec des **données prospectives** pour les temps d'attente pour les IRM et les TDM qui utilisent la définition qui suit :

Temps N3 : Le nombre de jours civils jusqu'au troisième rendez-vous disponible dans la catégorie de priorité (P) appropriée.

Bien qu'elles ne soient pas cruciales, les données provenant de ce paramètre ajoutent une perspective supplémentaire au concept de temps d'attente.

DÉFINITION D'UN SYSTÈME DE CLASSEMENT DES TEMPS D'ATTENTE POUR LES IRM ET LES TDM

La CAR recommande l'utilisation d'un système de classement en cinq points pour la collecte et le suivi des données sur les temps d'attente pour les IRM et les TDM ainsi que pour la production de rapports.

Système de classement en cinq points

1. Priorité 1 (P1)
2. Priorité 2 (P2)
3. Priorité 3 (P3)
4. Priorité 4 (P4)
5. Date d'intervention prévue

La CAR recommande que les priorités définies ci-dessous soient utilisées dans la priorisation et le suivi des données sur les temps d'attente pour les IRM et les TDM ainsi que pour la production de rapports.

REMARQUE : Il est important de mettre l'accent sur le fait que les patients sur une liste d'attente requièrent une surveillance clinique. Si, au cours de l'attente, les conditions d'un patient changent, la priorité d'attente doit être reconsidérée.

Priorité 1

P1 : Urgence immédiate – un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure qui représente un danger immédiat pour la vie ou un membre.

Priorité 2

P2 : Urgence – un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure ou encore modifier le plan de traitement qui ne représente pas un danger immédiat pour la vie ou un membre. Selon les données cliniques, on ne prévoit aucune conséquence négative pour le patient si le traitement est remis à plus tard, à condition que l'examen soit effectué à l'intérieur des délais prescrits.

Priorité 3

P3 : Semi-urgence – un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure ou encore modifier le plan de traitement, lorsque les données cliniques fournies exigent que l'examen soit effectué plus tôt que le point de référence P4.

Priorité 4

P4 : Non-urgence – un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure, lorsque selon les données cliniques, on ne prévoit aucune conséquence médicale négative à long terme pour le patient si le traitement est remis à plus tard, à condition que l'examen soit effectué à l'intérieur des délais prescrits.

Il est important de reconnaître que, bien qu'on ne s'attende pas à ce que les patients dans la catégorie P4 subissent des conséquences négatives à long terme lors de l'attente d'un examen d'imagerie médicale, la qualité de vie de ces patients est réduite durant cette période d'attente. La CAR souligne donc le besoin de répondre à ces besoins d'imagerie médicale le plus rapidement possible.

Date d'intervention prévue

Date d'intervention prévue : Date de rendez-vous pour une IRM ou une TDM demandée par le médecin traitant pour le suivi d'une maladie.

La CAR recommande que les patients qui entrent dans cette catégorie ne soient pas pris en compte dans l'analyse des données sur les temps d'attente (c'est aussi le cas pour les patients auxquels une date ayant une incidence sur la disposition à traiter est associée – voir la page 13 pour la liste des DART), car ces cas peuvent mener à une évaluation inexacte du temps d'attente en général. Cependant, il est important de vérifier si ces patients ont passé leur examen en imagerie à la date d'intervention prévue et, sinon, le moment où ils l'ont passé. Il est recommandé de suivre le rendement en fonction des dates spécifiées, car un mauvais rendement dans les catégories P1 à P4 peut altérer le rendement de la présente catégorie, ce qui susciterait de vives inquiétudes pour les soins aux patients pour lesquels des stratégies doivent être élaborées.

Il est important de mettre l'accent sur le fait que les patients sur une liste d'attente requièrent une surveillance clinique. Si, au cours de l'attente, les conditions d'un patient changent, la priorité d'attente doit être reconsidérée.

DÉFINITION DES CIBLES D'INTERVALLE DE TEMPS MAXIMUM

La CAR recommande que les cibles d'intervalle de temps maximum soient utilisées pour le suivi des données sur les temps d'attente pour les IRM et les TDM ainsi que pour la production de rapports.

Cible d'intervalle de temps maximum pour les IRM et les TDM pour la catégorie P1

P1 : Le jour même – 24 heures*

* En cas d'urgence immédiate ou d'affection qui mettent la vie en danger, certains patients ont besoin de l'imagerie à l'intérieur d'une période de moins d'une heure et ces décisions se fondent sur le jugement de l'équipe clinique.

Cible d'intervalle de temps maximum pour les IRM et les TDM pour la catégorie P2

P2 : sept jours civils*

* Il existe tout un spectre d'« urgences » dans la présente catégorie. La plupart du temps, l'examen doit être effectué le plus tôt possible après que la demande a été reçue. Cependant, dans certains cas (tout dépendant des besoins médicaux déterminés par le jugement de l'équipe clinique), bien que le besoin soit urgent, un temps d'attente maximum de sept jours peut être médicalement acceptable.

Cible d'intervalle de temps maximum pour les IRM et les TDM pour la catégorie P3

P3 : 30 jours civils

Cible d'intervalle de temps maximum pour les IRM et les TDM pour la catégorie P4

P4 : 60 jours civils

Délai maximum prescrit pour la production du rapport en radiologie

- Rapport d'urgence immédiate (P1) – La production immédiate du rapport est requise, et un maximum d'une heure est permis pour la finalisation du rapport. De plus, la communication verbale directe ou écrite immédiate est considérée comme une norme de pratique.
- Rapport d'urgence (P2) – Temps d'attente pour le rapport d'un maximum de 12 heures. Selon la situation clinique et en fonction des besoins médicaux, la communication verbale directe ou écrite immédiate peut être nécessaire pour transférer les soins au patient dans cette catégorie.
- Rapports pour tous les autres examens (P3 et P4) – Un maximum de quatre jours civils.

Les cibles d'intervalle de temps maximum sont un outil qui peut être utilisé pour obtenir une mesure nationale qui définit le contexte des temps d'attente actuels et de l'accès aux soins en imagerie médicale. Ces cibles peuvent être utilisées comme normes auxquelles on pourra comparer les mesures afin de trouver des points de référence pour l'accès aux soins en imagerie médicale à l'avenir.

Ces cibles peuvent être utilisées comme normes auxquelles on pourra comparer les mesures à venir afin de trouver des points de référence pour l'accès aux soins en imagerie médicale à l'avenir.

DÉFINITION DES DATES AYANT UNE INCIDENCE SUR LA DISPOSITION À TRAITER (DART)

Les dates ayant une incidence sur la disposition à traiter (DART) sont la méthode la plus utilisée en Ontario en imagerie diagnostique (et en chirurgie) afin de déterminer les retards causés par le patient et par les systèmes pour les IRM et les TDM. Nous avons choisi d'utiliser ce terme dans le présent rapport, bien que d'autres provinces et territoires utilisent une terminologie tout aussi acceptable.

Voici quelques exemples de DART :

- le patient choisit de reporter l'examen
- le patient ne se présente pas au rendez-vous
- préférence du patient
- le patient est claustrophobe
- le patient ne s'est pas préparé correctement pour l'examen
- allergie aux produits de contraste nouvellement découverte
- le patient n'est pas joignable
- le patient est maintenant hospitalisé dans un autre établissement de soins de santé
- demande d'IRM ou de TDM incomplète :
 - état physique du patient non indiqué
 - fonction rénale non indiquée
- un suivi additionnel est requis pour assurer la sécurité de l'IRM
- le patient devait passer une radiographie de l'orbite avant l'IRM
- le patient doit subir une anesthésie générale
- le patient a besoin d'une perfusion pour l'imagerie
- le patient n'a pas eu les bons renseignements du bureau du médecin concernant le rendez-vous
- le patient n'a pas trouvé l'emplacement du rendez-vous ou s'est présenté au mauvais emplacement.

Puisque les DART faussent les mesures de rendement, la CAR recommande donc que les systèmes d'information radiologique (SIR) permettent de saisir les DART et que les cas de DART ne soient pas inclus dans les données servant à l'analyse des temps d'attente.



DÉFINITION DES SCÉNARIOS CLINIQUES DANS LES CATÉGORIES DE PRIORITÉS

Comme elle reconnaît les complexités de la prise de décision quant aux soins en imagerie médicale, y compris l'impact de l'imagerie médicale sur la détermination de la gestion des soins aux patients, la CAR recommande que les futures définitions et priorisations des temps d'attente pour les IRM ou les TDM incluent des sous-catégories. Les sous-catégories appropriées à utiliser dans les catégories de priorité doivent être déterminées, mais elles pourraient comprendre les suivantes :

Neurologie	Pédiatrie	Cardiologie
Musculosquelettique	IRM mammaire	Thoracologie
Corps	Oncologie	IRM obstétricale

Après de nouvelles consultations, l'Association canadienne des radiologistes mènera ces travaux en 2013-2014, si nécessaire.

DÉFINITION DU FORMULAIRE ET DU PROCESSUS DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS

L'Association canadienne des radiologistes favorise l'approche suivante pour les formulaires de demande de rendez-vous pour l'imagerie médicale :

- Toutes les demandes pour une IRM ou une TDM doivent être conformes aux lignes directrices nationales, comme les lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de la CAR.

En ce qui concerne le processus de demande, l'Association canadienne des radiologistes recommande :

- que le médecin traitant ait la responsabilité de faire le suivi médical du patient lorsque celui-ci est sur une liste d'attente et de communiquer avec le Service de radiologie si un changement de ses conditions cliniques implique qu'il doive changer de catégorie de priorité;
- que le patient et le médecin traitant connaissent la date du rendez-vous aussitôt qu'elle est fixée afin que chaque partie soit au courant de la longueur de l'attente.

DÉFINITION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

L'Association canadienne des radiologistes favorise l'approche suivante pour la qualité des données pour le suivi des données sur les temps d'attente ainsi que pour la production de rapports :

- Pour assurer l'exactitude des données et la conformité des rapports, des normes nationales concernant la collecte et la vérification des données devraient être élaborées et mises en œuvre.

CONCLUSION

Les recommandations contenues dans le présent rapport ont comme principale finalité un soutien clair et constant à la collecte et au suivi des données relatives aux temps d'attente pour un examen d'imagerie médicale au moyen d'une IRM ou d'une TDM partout au Canada ainsi qu'à la production de rapports.

À partir de maintenant, la CAR planifie d'entreprendre de nouveaux travaux dans les domaines suivants des points de référence en imagerie médicale et de l'accès à cette dernière :

- expansion du guide sur les temps d'attente à des sous-catégories pour l'IRM et la TDM afin d'élaborer un classement des priorités;
- expansion du guide sur les temps d'attente de la CAR vers d'autres modalités, comme les ultrasons et la fluoroscopie;
- collecte et examen des stratégies et des pratiques exemplaires déjà utilisées au Canada quant à l'accès à l'imagerie médicale afin de favoriser le partage de ces stratégies et pratiques exemplaires au bénéfice des autres provinces et territoires.

ANNEXE A – POINTS DE RÉFÉRENCE DE L'ATA ÉTABLIS EN 2005

Les points de référence établis en 2005 par la CAR pour l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) étaient les suivants :

- Cas d'urgence immédiate – Immédiate à 24 h
- Cas urgents – Dans les 7 jours
- Cas prévus – Dans les 30 jours

La priorité ou l'urgence relatives se définissent ainsi :

- Urgence immédiate = danger de mort ou de perte d'un membre ou d'un organe
- Urgence = situation instable susceptible de se détériorer rapidement et d'entraîner une admission pour urgence immédiate
- Prévu = situation où le problème cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimales (aussi appelé cas de « routine » ou « électif »).

ANNEXE B – GLOSSAIRE

Date de demande pour une IRM ou une TDM : La date à laquelle une demande de consultation pour une IRM ou une TDM est remplie et signée par le médecin traitant.

Date de réception d'une demande pour une IRM ou une TDM : La date à laquelle une demande pour une IRM ou une TDM est reçue au bureau de prise de rendez-vous (secrétariat) en imagerie médicale.

Date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM : La date à laquelle une demande remplie pour une IRM ou une TDM est reçue au bureau de prise de rendez-vous (secrétariat) en imagerie médicale.

Demande remplie pour une IRM ou une TDM : Une demande comprenant tous les renseignements de sécurité du patient, du médecin, de la IRM ou de la TDM ainsi que cliniques et qui a été contrôlée par le radiologiste.

Date de fin de l'IRM ou de la TDM : La date à laquelle l'IRM ou la TDM est exécutée selon le protocole établi.

Date de classement prioritaire : La date à laquelle un radiologiste assigne officiellement un classement prioritaire à un examen d'IRM ou de TDM.

Date de signature du rapport : La date à laquelle un radiologiste signe officiellement le rapport écrit d'une IRM ou d'une TDM. Cela comprend les signatures électroniques.

Liste d'annulation : Une liste de patients, contenant leurs coordonnées, dont la demande a été examinée et contrôlée et qui sont disponibles à brève échéance pour se présenter à un rendez-vous pour une IRM ou une TDM, en raison d'une disponibilité de dernière minute dans l'horaire.

Mesure : Les temps d'attente sont mesurés en jours civils.

Temps d'attente : Débute à la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM et se termine à la date de fin de l'IRM ou de la TDM. Il s'étend donc de la date à laquelle une demande remplie pour un examen médical est reçue à la date à laquelle l'examen se termine.

Temps d'attente pour l'obtention du rapport : L'intervalle de temps entre la date de fin de l'IRM ou de la TDM et la date de signature du rapport.

Temps d'attente du 90^e percentile : Ainsi, 90 % des patients ont attendu moins que ce nombre de jours ou ce nombre exact de jours entre la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM et la date de fin de l'IRM ou de la TDM.

Temps d'attente médian : La moitié des patients ont passé leur examen d'imagerie médicale à ce point, alors que l'autre moitié attend toujours, où le temps d'attente est défini comme la période entre la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM et la date de fin de l'IRM ou de la TDM.

Temps d'attente moyen : La durée moyenne du temps d'attente d'un patient avant de passer un examen d'imagerie médicale, où le temps d'attente est défini comme la période entre la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM et la date de fin de l'IRM ou de la TDM.

Date d'intervention prévue : Date de rendez-vous pour une IRM ou une TDM demandée par le médecin traitant pour le suivi d'une maladie.

Temps N3 : Le nombre de jours civils jusqu'au troisième rendez-vous disponible dans la catégorie prioritaire (P) appropriée.

ANNEXE C – GROUPE D’EXPERTS ET GROUPE DE TRAVAIL DE LA CAR

Le groupe d’experts qui a entrepris le travail initial était composé de :

- D^r Julian Dobranowski, Ont., président
- D^r Paul Babyn, Sask.
- D^r Rick Bhatia, T.-N.-L.
- D^r Bruce Forster, C.-B.
- D^r Walter Kucharczyk, Ont.
- D^r Blake McClarty, Man.
- D^{re} Christine Molnar, Alb.
- D^r Mark Schweitzer, Ont.

Le groupe a été élargi (voir la liste ci-dessous) pour mener le processus d’établissement de consensus supplémentaire requis. Le groupe de travail de la CAR comprenait :

- D^r Julian Dobranowski, Ont., président
- D^r John Allan, N.-B.
- D^r Paul Babyn, Sask.
- D^r Rick Bhatia, T.-N.-L.
- D^r Alan Brydie, N.-É.
- D^r Bruce Forster, C.-B.
- D^r Walter Kucharczyk, Ont.
- D^r Blake McClarty, Man.
- D^{re} Christine Molnar, Alb.
- D^{re} Viviane Nicolet, Qc
- D^r Mark Schweitzer, Ont.

ANNEXE D – RECHERCHE DANS MEDLINE

Stratégie de recherche dans MEDLINE : Examen systématique sur les temps d'attente pour les IRM et les TDM et l'accès à ces dernières ainsi que sur les résultats cliniques

La recherche a été effectuée le 5 décembre 2012.

Extraction des données de 1946 à décembre 2012.

Ovid de MEDLINE^{MD}

- 1 exp Morbidity/ (333436)
- 2 exp mortality/ (259647)
- 3 1 or 2 (569775)
- 4 exp Waiting Lists/ (7828)
- 5 (wait adj time:).ti,ab. (829)
- 6 (delay: or wait: or timing or time).ti. (191013)
- 7 4 or 5 or 6 (196757)
- 8 exp Randomized Controlled Trial/ (342532)
- 9 exp Controlled Clinical Trial/ (85711)
- 10 random allocation/ (76622)
- 11 double blind method/ (118555)
- 12 exp Single-Blind Method/ (17105)
- 13 (clin: adj trial:).ti,ab. (179063)
- 14 ((singl: or doubl: or tripl: or trebl:) adj (mask: or blind:)).ti,ab. (116159)
- 15 random:.ti,ab. (587100)
- 16 research design/ (68723)
- 17 exp cohort studies/ (1235060)
- 18 ((control: adj3 (group: or condition:)) or (control: adj2 (trial: or study or studies))).tw. (513172)
- 19 (cohort adj (study or studies or trial or trials)).tw. (66080)
- 20 prospective studies/ (334412)
- 21 intervention studies/ (5705)
- 22 exp case control studies/ (586769)
- 23 exp Meta-Analysis/ (37995)
- 24 exp Practice Guideline/ (17497)
- 25 exp *Diagnostic Imaging/ (589328)
- 26 exp *Magnetic Resonance Imaging/ (114121)
- 27 exp *Tomography, X-Ray Computed/ (87297)
- 28 25 or 26 or 27 (589328)
- 29 or/8-24 (2426104)
- 30 3 and 7 and 28 and 29 (69)

ANNEXE E – BIBLIOGRAPHIE

1. American College of Radiology. New Harvey L. Neiman Health Policy Institute to Examine Impact of Medical Imaging on Health Care Quality, Delivery and Cost [internet]. 2012 Aug 6. Available from: <http://www.acr.org/About-Us/Media-Center/Press-Releases/2012-Press-Releases/20120803New-Harvey-L-Neiman-Health-Policy-Institute#fontsize-1>
2. Barua B, Rovere M, Skinner BJ. Studies in Health Policy - Waiting Your Turn - Wait Times for Health Care in Canada - 2011 report. Vancouver (BC): Fraser Institute; 2011 Dec. 91 p. Available from: <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2011.pdf>
3. Canadian Medical Association. It's about time! Achieving benchmarks and best practices in wait time management - Final Report by the Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care. Ottawa (ON): Canadian Medical Association; 2005 Aug. 98 p. Available from: http://www.waittimealliance.ca/images/wta_final_Aug05.pdf
4. Cooper RA, Straus DJ. Clinical Guidelines, the Politics of Value, and the Practice of Medicine: Physicians at the Crossroads. *J Oncol Pract.* 2012 Jul;8(4):233-235. Available from: <http://jop.ascopubs.org/content/8/4/233.full.pdf+html?sid=d166e990-bd42-4aa4-87ae-c3e9cf55af6e>
5. Eastern Health. Adult MRI Priority Classification - Reference Lists for Protocols MRI Requests – Diagnostic Imaging Program [pamphlet]. 2012.
6. Emery DJ, Forster AJ, Shojania KG, Mangan S, Tubman M, Feasby T. Management of MRI Wait Lists in Canada. *Healthc Policy.* 2009 Feb;4(3):76-86. Available from: <http://www.longwoods.com/content/20537>
7. Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. *Health Res Policy and Syst.* 2006 Nov 29;4(15). Available from: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-4-15.pdf>
8. Fretheim A, Schünemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 5. Group processes. *Health Res Policy and Syst.* 2006 Dec 1;4(17). Available from: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-4-17.pdf>
9. Hahorn DC, Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Developing priority criteria for magnetic resonance imaging: results from the Western Canada Waiting List Project. *Can Assoc Radiol J.* 2002 Oct; 53(4):210-218. Available from: http://www.wcwl.ca/media/pdf/library/published_papers.4.pdf
10. Health Canada. Healthy Canadians – A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010. Ottawa (ON): Health Canada; 2011. 220 p. Report No.: H21-206/2010E-pdf. Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/system-regime/2010-fed-comp-indicat/index-eng.pdf
11. Health Council of Canada. Decisions, Decisions: Family Doctors as Gatekeepers to Prescription Drugs and Diagnostic Imaging in Canada. Toronto (ON): Health Council of Canada; 2010 Sep. 50 p. Available from: http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.33-DecisionsHSU_Sept2010.pdf
12. Health Council of Canada. Progress Report 2011: Health care renewal in Canada. Toronto (ON): Health Council of Canada; 2011 May. 32 p. Available from: http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.45-2011Progress_ENG.pdf
13. Hurst J, Siciliani L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. *OECD Health Working Papers.* Paris (France): OECD Publishing; 2003 Jul. 54 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/108471127058>
14. Hurst J, Siciliani L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries - Annex 3: Detailed Country Reviews: Figures. *OECD Health Working Papers.* Paris (France): OECD Publishing; 2003 Jul. 62 p. Available from: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/5163944.pdf>

15. Knudtson ML, Beanlands R, Brophy JM, Higginson L, Munt B, Rottger J, for the Canadian Cardiovascular Society Access to Care Working Group. Treating the right patient at the right time: Access to specialist consultation and noninvasive testing. *Can J Cardiol.* 2006;22(10):819-824. Available from: [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(06\)70299-9/abstract](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(06)70299-9/abstract)
16. Laupacis A, Evans W. Diagnostic Imaging in Canada. *Healthc Pap.* 2005 Oct;6(1)8-15. Available from: <http://www.longwoods.com/content/17718>
17. Lehoux P. The Power of Technology: Resisting the Seduction through Rationality? *Healthc Pap.* 2005 Oct;6(1)32-39. Available from: <http://www.longwoods.com/content/17722>
18. Noseworthy T. Further Reflections on Diagnostic Imaging in Canada. *Healthc Pap.* 2005 Oct;6(1)24-27. Available from: <http://www.longwoods.com/content/17720>
19. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care. MRI & CT Expert Panel, Keller A (chair). MRI & CT Expert Panel phase I report (with Appendix A). Toronto (ON): Ministry of Health and Long-Term Care (ON); 2005 Apr. 59 p. Available from: <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/12000/256889.pdf>
20. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care. MRI & CT Expert Panel, Keller A (chair). MRI & CT Expert Panel phase II report. Toronto (ON): Ministry of Health and Long-Term Care (ON); 2006 Dec 4. 65 p. Available from: <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/17000/272636.pdf>
21. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario Best Practice Guidelines for Managing the Flow of Patients Requiring an MRI or CT Examination, effective as of May 28, 2009. Toronto (ON): Ministry of Health and Long-Term Care (ON); 2009. 43p. Available from: <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/23006/292809.pdf>
22. Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen van Zanten SJ, Daniels S, for the Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol.* 2006;20(6):411-423. Available from: <http://www.pulsus.com/journals/abstract.jsp?sCurrPg=abstract&jnlKy=2&atlKy=406&isuKy=269&isArt=t&fromfold=>
23. Prince Edward Island. Department of Health. Prince Edward Island Wait Time Strategy – A System that Provides Timely Access to Health Services in Prince Edward Island 2007-2011. Department of Health (PEI); 2008 Feb 29. 14 p. Available from: http://www.gov.pe.ca/photos/original/doh_waittimest.pdf
24. Robling MR, Pill RM, Hood K, Butler CC. Time to talk? Patient experiences of waiting for clinical management of knee injuries. *BMJ Qual Saf.* 2009;18(2):141-146. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/18/2/141.full.pdf>
25. Stein LA. Making the Best Use of Radiological Resources in Canada. *Healthc Pap.* 2005 Oct;6(1)18-23. Available from: <http://www.longwoods.com/content/17719>
26. Valente R, Testi A, Tanfani E, FatoM, Porro I, Santo M, Santori G, Torre G, Ansaldo G. A model to prioritize access to elective surgery on the basis of clinical urgency and waiting time. *BMC Health Serv Res.* 2009 Jan 1; 9:1. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/1>
27. Wright JG, Li K, Seguin C, Booth M, Fitzgerald P, Jones S, Leitch KK, Willis B. Development of pediatric wait time access targets. *Can J Surg.* 2011 Apr;54(2):107-110. Available from: <http://www.cma.ca/multimedia/staticContent/HTML/N0/l2/cjs/vol-54/issue-2/pdf/pg107.pdf>
28. Alberta Wait Times Reporting Website: <http://waittimes.alberta.ca/>
29. Capital Health (Edmonton) Alberta Wait List Registry Website: <http://www.capitalhealth.ca/NR/exeres/8BB0C6CA-B4CB-4A82-9888-A2797B285541.htm?NRMODE=Unpublished>

ANNEXE F – SONDAGE AUPRÈS DU GROUPE DE TRAVAIL

Voici les questions posées dans le cadre du sondage auprès du groupe de travail.
Chaque question permettait de répondre :

Oui ___

Non ___

Si non, que recommandez-vous comme solution de rechange? _____

I^{RE} PARTIE : DÉFINITION DU TEMPS D'ATTENTE EN IMAGERIE MÉDICALE

1. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de la « date de demande pour une IRM ou une TDM »?

Date de demande pour une IRM ou une TDM : La date à laquelle une demande de consultation pour une IRM ou une TDM est remplie et signée par le médecin traitant.

Remarque : Ces données ne peuvent être recueillies pour le moment.

2. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de la « date de réception d'une demande pour une IRM ou une TDM »?

Date de réception d'une demande pour une IRM ou une TDM : La date à laquelle une demande pour une IRM ou une TDM est reçue au bureau de prise de rendez-vous (secrétariat) en imagerie médicale.

Remarque : La question 3 rend compte de la réception d'une demande remplie.

3. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de la « date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM »?

Date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM : La date à laquelle une demande remplie pour une IRM ou une TDM est reçue au bureau de prise de rendez-vous (secrétariat) en imagerie médicale.

Remarque : Comme il pourrait y avoir des retards considérables pour conclure une demande, les données concernant cette période de temps doivent être recueillies.

4. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de la « Date à laquelle l'examen d'imagerie médicale est exécuté »?

Date à laquelle l'examen d'imagerie médicale est exécuté : La date à laquelle l'IRM ou la TDM est exécutée selon le protocole établi.

5. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de la « date de vérification du rapport »?

Date de vérification du rapport : La date à laquelle un radiologiste signe officiellement le rapport écrit d'une IRM ou d'une TDM. Cela comprend les signatures électroniques.

Remarque : Le « livre blanc » comprendra un énoncé à propos des centres universitaires, des résidents et des boursiers.

Remarque : Des retards importants peuvent survenir dans les centres qui n'ont pas la technologie de reconnaissance vocale et qui sont donc tributaires de la transcription.

6. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de la « liste d'annulation »?

Liste d'annulation : Une liste de patients, contenant leurs coordonnées, dont la demande a été examinée et contrôlée et qui sont disponibles à brève échéance pour se présenter à un rendez-vous pour une IRM ou une TDM, en raison d'une disponibilité de dernière minute dans l'horaire.

2^E PARTIE : DÉFINITION DE LA FAÇON DONT LES TEMPS D'ATTENTE SONT MESURÉS

7. Êtes-vous d'accord avec l'approche suivante concernant la mesure des temps d'attente?

Mesure : Les temps d'attente sont mesurés en jours civils.

8. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante du « temps d'attente »?

Temps d'attente : De la date de réception d'une demande pour une IRM ou une TDM à la date à laquelle le scan d'imagerie médicale est effectué. Il s'étend donc de la date à laquelle une demande pour un examen médical est reçue à la date à laquelle l'examen se termine.

Remarque : La question 9 propose une définition différente.

9. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante du « temps d'attente »?

Temps d'attente : De la date de réception d'une demande remplie pour une IRM ou une TDM à la date à laquelle le scan d'imagerie médicale est effectué. Il s'étend donc de la date à laquelle une demande remplie pour un examen médical est reçue à la date à laquelle l'examen se termine.

Remarque : La question 8 propose une définition différente.

10. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante du « temps d'attente pour l'obtention du rapport »?

Temps d'attente pour l'obtention du rapport : L'intervalle de temps entre la date à laquelle l'examen se termine et la date à laquelle le rapport est disponible pour le médecin traitant.

3^E PARTIE : DÉFINITION DE LA FAÇON DONT LES RAPPORTS SUR LES TEMPS D'ATTENTE SONT PRODUITS

11. Êtes-vous d'accord pour que l'approche suivante soit utilisée dans la production de rapports provenant des données sur les temps d'attente?

90^e percentile

Remarque : La question 15 parle de la *définition* de 90^e percentile.

12. Êtes-vous d'accord pour que l'approche suivante soit utilisée dans la production de rapports provenant des données sur les temps d'attente?

Temps d'attente médian

Remarque : La question 16 parle de la *définition* du temps d'attente médian.

13. Êtes-vous d'accord pour que l'approche suivante soit utilisée dans la production de rapports provenant des données sur les temps d'attente?

Temps d'attente moyen

Remarque : La question 17 parle de la *définition* de temps d'attente moyen.

14. Êtes-vous d'accord pour que l'approche suivante soit utilisée dans la production de rapports provenant des données sur les temps d'attente?

Temps N3

Remarque : La question 18 parle de la *définition* de temps N3.

15. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante du « 90^e percentile » pour la production de rapports concernant les temps d'attente?

Temps d'attente du 90^e percentile : Ainsi, 90 % des patients ont attendu moins que ce nombre de jours ou ce nombre exact de jours entre la date à laquelle leur demande a été reçue et la date de l'examen.

16. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante du « temps d'attente médian » pour la production de rapports concernant les temps d'attente?

Temps d'attente médian : La moitié des patients ont passé leur examen d'imagerie médicale à ce point, alors que l'autre moitié attend toujours.

17. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante du « temps d'attente moyen » pour la production de rapports concernant les temps d'attente?

Temps d'attente moyen : La durée moyenne du temps d'attente d'un patient avant de passer un examen d'imagerie médicale.

18. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante du « temps N3 » pour la production de rapports concernant les temps d'attente?

Temps N3 : Le nombre de jours civils jusqu'au troisième rendez-vous disponible dans la catégorie prioritaire (P) appropriée.

4^E PARTIE : CLASSEMENT OU CATÉGORISATION DES TEMPS D'ATTENTE EN IMAGERIE MÉDICALE QUI S'APPLIQUE AUX IRM ET AUX TDM

19. Êtes-vous d'accord pour utiliser le système de classement en cinq points suivant pour rendre compte des temps d'attente?

P1

P2

P3

P4

Date d'intervention prévue

Remarque : Les définitions des priorités sont indiquées aux questions 20 à 24.

5^E PARTIE : DÉFINITION DES CATÉGORIES DE TEMPS D'ATTENTE EN IMAGERIE MÉDICALE

20. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de P1 (priorité 1) pour le système de classement des priorités?

P1 : Urgence immédiate – un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure qui représente un danger immédiat pour la vie ou un membre.

21. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de P2 (priorité 2) pour le système de classement des priorités?

P2 : Urgence – un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure ou encore modifier le plan de traitement qui ne représente pas un danger immédiat pour la vie ou un membre. Selon les données cliniques, on ne prévoit aucune conséquence négative pour le patient si le traitement est remis à plus tard, à condition que l'examen soit effectué à l'intérieur des délais prescrits.

22. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de P3 (priorité 3) pour le système de classement des priorités?

P3 : Semi-urgence – un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure ou encore modifier le plan de traitement, lorsque les données cliniques fournies exigent que l'examen soit effectué plus tôt que le point de référence P4.

23. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de P4 (priorité 4) pour le système de classement des priorités?

P4 : Non-urgence – un examen est nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou une blessure, lorsque selon les données cliniques, on ne prévoit aucune conséquence médicale négative à long terme pour le patient si le traitement est remis à plus tard, à condition que l'examen soit effectué à l'intérieur des délais prescrits.

24. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de la date d'intervention prévue pour le système de classement des priorités?

Date d'intervention prévue : Date de rendez-vous pour une IRM ou une TDM demandée par le médecin traitant pour le suivi d'une maladie.

Remarque : La date d'intervention prévue est différente des dates ayant une incidence sur la disposition à traiter (DART).

6^E PARTIE : POINTS DE RÉFÉRENCE QUANT AUX TEMPS D'ATTENTE

25. Êtes-vous d'accord avec la cible d'intervalle de temps maximum pour les IRM et les TDM pour la catégorie P1 du système de classement des priorités?

P1 : Le jour même – 24 heures*

26. Êtes-vous d'accord avec la cible d'intervalle de temps maximum pour les IRM et les TDM pour la catégorie P2 du système de classement des priorités?

P2 : 14 jours civils*

27. Êtes-vous d'accord avec la cible d'intervalle de temps maximum pour les IRM et les TDM pour la catégorie P3 du système de classement des priorités?

P3 : 30 jours civils

28. Êtes-vous d'accord avec la cible d'intervalle de temps maximum pour les IRM et les TDM pour la catégorie P4 du système de classement des priorités?

P4 : 60 jours civils

Remarque : On a aussi discuté d'une cible de 90 jours.

29. Êtes-vous d'accord avec la définition suivante de la cible du délai prescrit pour la production de rapports en radiologie?

Délais prescrits pour la production de rapports en radiologie : Rapports urgents – le jour même
Tous les autres examens – deux jours civils

Remarque : Le « livre blanc » comprendra un énoncé à propos des centres universitaires, des résidents et des boursiers.

Remarque : Des retards importants peuvent survenir dans les centres qui n'ont pas la technologie de reconnaissance vocale et qui sont donc tributaires de la transcription.

7^E PARTIE : DÉFINITION DES DATES AYANT UNE INCIDENCE SUR LA DISPOSITION À TRAITER (DART)

30. Êtes-vous d'accord pour dire que la liste des DART doit être élaborée et que les données sur les DART doivent être recueillies et retirées des calculs sur les temps d'attente?

Les **dates ayant une incidence sur la disposition à traiter** (DART) sont utilisées pour déterminer les retards causés par le patient pour les IRM et les TDM. Voici quelques exemples de DART :

- le patient choisit de reporter l'examen
- le patient ne se présente pas
- préférence du patient
- le patient est claustrophobe
- le patient ne s'est pas préparé correctement pour l'examen
- allergie aux produits de contraste nouvellement découverte
- le patient n'est pas joignable
- le patient est maintenant hospitalisé dans un autre établissement de soins de santé
- demande d'IRM ou de TDM incomplète
 - état physique du patient non indiqué
 - fonction rénale non indiquée
- un suivi additionnel est requis pour assurer la sécurité de l'IRM
- le patient devait passer une radiographie de l'orbite avant l'IRM
- le patient devait subir une anesthésie générale
- le patient a besoin d'une perfusion pour l'imagerie
- le patient n'a pas eu les bons renseignements du bureau du médecin concernant le rendez-vous
- le patient n'a pas trouvé l'emplacement du rendez-vous ou s'est présenté au mauvais emplacement.

Remarque : La date d'intervention prévue est définie à la question 24.

8^E PARTIE : DÉFINITION DES SCÉNARIOS CLINIQUES DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE PRIORITÉS

31. Trouvez-vous qu'il sera important que l'Association canadienne des radiologistes subdivise les temps d'attente pour les IRM et les TDM dans les sous-catégories suivantes?

Neurologie	Oui ___ Non ___
Colonne vertébrale	Oui ___ Non ___
Musculosquelettique	Oui ___ Non ___
Corps	Oui ___ Non ___
Oncologie	Oui ___ Non ___
Pédiatrie	Oui ___ Non ___
IRM mammaire	Oui ___ Non ___
IRM obstétricale	Oui ___ Non ___
Cardiologie	Oui ___ Non ___
Prostate	Oui ___ Non ___

Remarque : Certaines catégories pourront ultérieurement être regroupées.

9^E PARTIE : DÉFINITION DU FORMULAIRE DE DEMANDE

32. Croyez-vous que l'Association canadienne des radiologistes doive favoriser l'approche ci-dessous pour les formulaires de demande de rendez-vous pour l'imagerie médicale?

Toutes les demandes pour une IRM ou une TDM doivent être conformes aux normes nationales de demande.

10^E PARTIE : DÉFINITION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

33. Croyez-vous que l'Association canadienne des radiologistes doive favoriser l'approche suivante pour la qualité des données lors du suivi des données sur les temps d'attente et de la production de rapports?

Pour assurer l'exactitude des données et la conformité des rapports, des normes nationales doivent être mises en œuvre concernant la collecte et la vérification des données.

II^E PARTIE : INCLUSION ET EXCLUSION DE POPULATIONS

Inclusion : Tous les patients en attente d'une IRM ou d'une TDM.

Exclusion : Définie par les DART (question 30).

34. Actuellement, certaines provinces et certains territoires recueillent des données sur les temps d'attente pour les patients externes, mais ce n'est pas le cas notamment pour les patients hospitalisés, les services d'urgence et la pédiatrie. Croyez-vous que les données concernant tous les patients en attente d'une IRM ou d'une TDM doivent être recueillies?

12^E PARTIE : PARTICIPATION DU GROUPE DE TRAVAIL ET AVIS ADDITIONNEL

35. Les méthodes utilisées par le groupe de travail pour déterminer les cibles nationales concernant les temps d'attente maximum étaient transparentes (encerclez votre réponse).

Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
1	2	3	4

Commentaires : _____

36. Les méthodes utilisées par le groupe de travail pour déterminer les cibles nationales concernant les temps d'attente maximum étaient pertinentes.

Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
1	2	3	4

Commentaires : _____

37. Je suis satisfait des occasions grâce auxquelles j'ai pu déterminer des cibles nationales quant aux temps d'attente maximum.

Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
1	2	3	4

Commentaires : _____

38. À quels obstacles, autres que relatifs aux finances et aux ressources humaines, croyez-vous que votre province fera-t-elle face quand elle tentera d'atteindre les cibles? _____

ANNEXE C – DEMANDE DE RÉTROACTION DES INTERVENANTS

Tous les membres de la CAR

Organismes d'imagerie médicale :

Association canadienne de radiologie d'intervention

Association canadienne des technologues en radiation médicale

Association canadienne de médecine nucléaire (aussi membre de l'Alliance sur les temps d'attente)

Société canadienne des technologues en ultrasonographie diagnostique

Organisation canadienne des physiciens médicaux

British Columbia Radiological Society

Alberta Society of Radiologists

Manitoba Association of Radiologists

Radiological Society of Saskatchewan

Ontario Association of Radiologists

Association des radiologistes du Québec

Nova Scotia Association of Radiologists

Prince Edward Island Association of Radiologists

Association des radiologistes du Nouveau-Brunswick

Newfoundland and Labrador Association of Radiologists

Membres de l'Alliance sur les temps d'attente :

Société canadienne des anesthésiologistes

Association canadienne des médecins d'urgence

Association canadienne de gastroentérologie

Association canadienne de chirurgie pédiatrique

Association canadienne de radio-oncologie

Société canadienne de cardiologie

Association médicale canadienne

Société canadienne d'ophtalmologie

Association canadienne d'orthopédie

Association des psychiatres du Canada

Société canadienne des chirurgiens plasticiens

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Partenaires de l'Alliance sur les temps d'attente :

Association canadienne des chirurgiens généraux

Collège des médecins de famille du Canada

Société canadienne de la gériatrie

Autres :

Association médicale canadienne et Associations médicales provinciales et territoriales

Représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux qui s'occupent des temps d'attente



Canadian Association of Radiologists
L'Association canadienne des radiologistes

613 860-3111 INFO@CAR.CA WWW.CAR.CA