

DIRECTIVES SUR LE CYCLE DE VIE

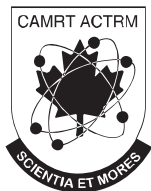
DE L'ÉQUIPEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE AU CANADA
2013



SOMMAIRE



Canadian Association of Radiologists
L'Association canadienne des radiologistes



Canadian Association of
Medical Radiation Technologists
Association canadienne des
technologues en radiation médicale



**Canadian Cardiovascular
Society**
Leadership. Knowledge. Community.

**Société canadienne
de cardiologie**

Communauté. Connaissances. Leadership.

REMERCIEMENTS

PRINCIPAUX PARTENAIRES

L'Association canadienne des radiologistes a piloté le projet en collaboration avec l'Association canadienne des technologues en radiation médicale et la Société canadienne de cardiologie à titre de partenaires.

SOUTIEN

Nous aimerions remercier la Fondation radiologique canadienne et l'Association canadienne de radiologie d'intervention pour leur appui au projet, de même que l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé pour sa participation au processus.

COMITÉ CONSULTATIF

Un comité consultatif a contribué au projet en donnant des conseils et en apportant son expertise scientifique en la matière :

ORGANISME

Président

Partenaires du projet

Association canadienne des radiologistes/
Fondation radiologique canadienne
Association canadienne des technologues en radiation médicale
Société canadienne de cardiologie

Autres intervenants

Médecine nucléaire
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
Physiciens médicaux
MI Management
Radiologistes d'intervention
MEDEC
Échographistes médicaux

Consultants (d'office)

ProMed Associates ltée

MEMBRE

Peter Glynn

Robert Sevick et Adele Fifield

David Wormald
Anthony Fung

Andrew Ross
Michelle Mujoomdar
Craig Beckett
Carla McAuley-Gilmore
Edwin Mercer
Robin Santucci
Karen Rivers

Ron Wood and Vicki Foerster

ProMed Associates ltée tient à remercier le large éventail d'intervenants canadiens qui ont pris part à une enquête nationale. Nos remerciements s'adressent aux participants à l'échelle nationale, provinciale et internationale qui ont accepté de faire part de leurs idées durant le processus d'entrevues. Nous aimerions également remercier les réviseurs du rapport préliminaire qui ont su l'examiner d'un œil critique. Nous remercions les membres du comité consultatif pour les idées et les conseils qu'ils ont offerts durant le projet, et le D^r Peter Glynn pour son leadership à titre de président du comité. Nous tenons également à exprimer notre gratitude à l'Association canadienne des radiologistes et à ses partenaires; ce fut un privilège de faire partie de ce passionnant projet. Enfin, nous aimerions remercier tout particulièrement Adele Fifield et le D^r Jamie Fraser de l'Association canadienne des radiologistes de nous avoir fait confiance et de nous avoir apporté leur soutien. L'équipe de ProMed Associates Ltd se composait de Ron Wood, la Dre Vicki Foerster, Jim Clark, Mary-Doug Wright et Colin Wood, avec la participation de Bark Kong, Brent Barton et Ken Yip.

TABLE DES MATIÈRES

1.0	Introduction	4
2.0	Directives sur la planification de l'équipement.....	4
2.1	Recommandations relatives au processus de planification.....	4
2.1.1	Établir un processus officiel.....	4
2.1.2	Établir les critères de la planification du cycle de vie.....	4
2.1.3	Considérations relatives à l'achat initial de l'équipement	5
2.1.4	Considérations relatives au remplacement de l'équipement	5
2.1.5	Considérations relatives à la mise à niveau de l'équipement	6
2.1.6	Considérations relatives à l'adoption de technologies, nouvelles ou émergentes.....	7
2.2	Durée utile prévue de l'équipement.....	7
2.2.1	Définition de l'utilisation et de la durée utile prévue.....	7
2.2.2	Durée utile prévue de l'équipement d'IM selon l'utilisation et l'âge	8
3.0	Principes clés sous-tendant l'élaboration des directives.....	10

1.0 INTRODUCTION

Le présent sommaire donne des directives sur le calendrier et les conditions à respecter pour le remplacement et la mise à niveau de certains appareils d'imagerie médicale (IM)¹ ainsi que sur l'adoption de nouvelles technologies. Ces directives se veulent exhaustives, fondées sur de solides principes, facilement applicables et suffisamment robustes pour être suivies dans divers environnements, qu'ils soient restreints ou grands, urbains ou ruraux et publics ou privés. Se sont avérées essentielles au processus de développement : une planification réfléchie de l'équipement ainsi que des considérations quant aux directives sur le cycle de vie, à des fins plus larges que la simple production d'un tableau de durée de vie utile. Pour les personnes qui suivront les directives, les décisions doivent tenir compte des programmes cliniques et des besoins des patients, des effectifs, des finances et des budgets, et d'autres facteurs, notamment des données probantes existantes obtenues dans le respect de processus rigoureux et impartiaux comme l'évaluation des technologies de la santé (ETS).

Le présent avis constitue une « ligne de conduite ». La sélection des critères d'évaluation et la pondération sont propres à chaque environnement. Il incombe à l'utilisateur d'évaluer son équipement selon une connaissance approfondie de la technologie, des exigences cliniques, des risques, des restrictions budgétaires, etc.

Quant aux directives sur le cycle de vie, une norme devrait s'appliquer à tout l'équipement d'imagerie médicale de l'organisme, peu importe son emplacement.

2.0 DIRECTIVES SUR LA PLANIFICATION DE L'ÉQUIPEMENT

S'appuyant sur l'information recueillie lors d'une revue de la littérature et d'une analyse de l'environnement (enquête nationale auprès des intervenants et discussions nationales et internationales), les directives suivantes sur la planification de l'équipement d'IM fournissent des outils de processus pour évaluer et classer l'équipement par ordre de priorité à des fins de mise à niveau ou de remplacement. Elles peuvent également être utiles lors de l'élaboration d'un plan stratégique quinquennal de gestion de l'équipement pour améliorer et appuyer les processus locaux établis. Les directives portent sur deux volets : (1) processus et (2) avis sur la durée utile prévue.

2.1 RECOMMANDATIONS RELATIVES AU PROCESSUS DE PLANIFICATION

2.1.1 ÉTABLIR UN PROCESSUS OFFICIEL

Avant de commencer tout processus d'établissement de directives sur l'IM, il est essentiel que les dirigeants d'un organisme comprennent clairement leur mandat, les calendriers (y compris celui des réalisations futures), les livrables, les processus, le financement et les restrictions. L'étape suivante consiste à établir un comité de planification de l'équipement regroupant les principaux intervenants². Il est également important de tenir compte du passé, d'examiner le présent et de scruter l'avenir afin de déterminer les répercussions des orientations stratégiques sur les besoins et les services.

2.1.2 ÉTABLIR LES CRITÈRES DE LA PLANIFICATION DU CYCLE DE VIE

Afin de recueillir des données utiles et pratiques pour ces directives, les principaux intervenants au Canada ont été consultés pour connaître la façon dont ils ont utilisé les critères de planification de l'équipement d'IM (par exemple, utilisation, évaluation des risques

1 Sont inclus : la radiographie générale, la radioscopie, la radiographie numérique, l'angiographie/radiologie d'intervention, les laboratoires de cathétérisme, l'échographie, la tomographie, l'IRM, l'ostéodensitométrie, la mammographie, la médecine nucléaire (caméras gamma et TEP), la TEP/TDM, la TEP, la TEP/TDM et les lithotriteurs. Sont exclus : l'équipement de traitement du cancer et de simulation, l'équipement dentaire, le SIR/PACS et le cyclotron.

2 Prendre en compte les avantages d'un examen indépendant de l'équipement (par exemple, par BioMed, des spécialistes en physique médicale, un fabricant d'équipement d'origine (FEO), un consultant ou autre tiers) pour appuyer la planification stratégique.

et facteurs économiques) et déterminer le critère qui est, selon eux, le plus important. Manifestement, les organismes doivent cerner les critères les plus pertinents pour leurs besoins, pouvant être pondérés pour comparer et classer chaque appareil par ordre de priorité. Ces critères peuvent changer au fil du temps et certains organismes peuvent avoir par ailleurs des critères qui leur sont propres. Dans l'enquête, parmi les critères jugés importants par les intervenants, le tableau ci-dessous illustre les impressions des participants (rouge = le plus important, orange = important, jaune = le moins important).

Le plus important	Important	Le moins important
Critères de remplacement	Durée utile prévue	Attribution d'une pondération
Utilisation	Mises à niveau technologiques	Collège des médecins et chirurgiens
Évaluation des risques	Stratégies et finances	Approfondissement des connaissances et recherche
Criticité de la mission contre risques pour les patients	Critères de mise à niveau	Critères relatifs aux politiques gouvernementales
Finances et économie	Attribution d'un ordre de priorité	

2.1.3 CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ACHAT INITIAL DE L'ÉQUIPEMENT

Durant le processus d'achat initial, il est conseillé de déterminer l'année d'établissement de la plateforme d'équipement du fabricant d'équipement d'origine (FEO) et le nombre d'années de mise au point et de soutien prévues pour la plateforme technologique en matière de matériel, de logiciel et d'assistance technique (incluant les mises à niveau). Il peut également s'avérer utile de bien comprendre en quoi consistent (a) les mises à niveau du matériel ou du logiciel qui seront fournies dans le cadre de l'achat initial, de même que celles qui exigeront des dépenses supplémentaires, et (b) le matériel et le logiciel dits facultatifs, la durée de l'offre et le coût. Cette information sera précieuse lors de l'évaluation de chaque appareil pour la planification du cycle de vie de l'équipement.

2.1.4 CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU REMPLACEMENT DE L'ÉQUIPEMENT

Dans le cadre de la planification annuelle de l'équipement, les intervenants doivent avoir une vue commune de leurs propres processus de planification (par exemple, la façon

dont s'appliquera le financement, l'ordre de priorité de remplacement de l'équipement, l'ajout d'équipement ou la mise à niveau de l'équipement, l'ordre de priorité des types d'établissement ou des services cliniques et le contexte de financement). Les réponses aux questions suivantes peuvent orienter l'élaboration d'une stratégie :

- Les processus et le financement ont-ils uniquement trait au remplacement (contrairement à la mise à niveau) de l'équipement? Dans l'affirmative, en quoi consiste le processus d'acquisition de nouvel équipement en plus des stocks actuels?
- Existe-t-il un système de classement des sites qui indique les établissements exploitant la technologie d'IM (par exemple, selon les programmes cliniques, la taille des hôpitaux, les établissements d'enseignement comparativement aux établissements communautaires)?
- Pour les services fournis par un établissement, un autre équipement peut-il être envisagé (par exemple, l'appareil de radioscopie peut-il être remplacé par un appareil de radiographie générale ou une autre technologie)?
- L'équipement doit-il être remplacé par de l'équipement identique ou existe-t-il un processus de mise à niveau vers des appareils de capacité supérieure (par exemple, remplacement d'une caméra de TEPU par un appareil de TEPU-TDM)?
- L'équipement mis à niveau peut-il être réaffecté à un autre emplacement si toutes les exigences sont satisfaites?
- L'équipement existant respecte-t-il ou excède-t-il les seuils indiqués dans les directives sur la durée utile prévue?
- Le financement couvrira-t-il la valeur de l'équipement sélectionné pour remplacement et les dépenses d'installation?
- Dans l'éventualité d'un transfert d'équipement à un autre site, tient-on compte de l'âge de l'équipement et quelles sont les conditions (par exemple, sites à faible volume comparativement à ceux présentant un volume élevé)? Quelles sont les étapes à franchir pour transférer l'équipement?
- L'équipement réaffecté doit-il être fonctionnel pendant une période minimale au nouvel emplacement avant d'être admissible à un remplacement?

- Établissement des priorités :
 - L'établissement des priorités est-il effectué à l'échelle du site, de l'organisme, de la province ou du territoire?
 - Accorde-t-on la priorité à certaines catégories d'établissements pour le remplacement d'équipement (par exemple, établissements provinciaux, régionaux, de soins tertiaires ou de soins spécialisés)?
 - De quelle façon les établissements de deuxième priorité sont-ils désignés?
 - En général, l'âge de l'équipement est-il le premier facteur pris en compte?
 - Quelle place l'utilisation occupe-t-elle et comment la mesure-t-on (par exemple, volumes d'exams de patients, unités de charge de travail ou nombre de patients)?
 - Comment la durabilité des services d'IM est-elle prise en considération à des emplacements précis?
 - Les gains d'efficacité que peut procurer la nouvelle technologie sont-ils pris en considération?
 - L'équipement est-il compatible avec les technologies de l'information, actuelles et émergentes, comme le SIR ou le PACS et les normes XDS et SNOWMED DICOM?
 - Les problèmes d'équipement intermittents continus sont-ils pris en compte?
 - Les coûts de remise à neuf sont-ils pris en compte?
 - L'équipement a-t-il une valeur résiduelle quelconque permettant un achat avec reprise?
 - Les coûts de transfert ou de mise hors service sont-ils pris en compte?
 - La qualité des images satisfait-elle aux exigences des meilleures pratiques actuelles?
 - Une mise à niveau de l'équipement procure-t-elle des avantages supplémentaires?
 - Que fait-on pour évaluer et abandonner l'utilisation de technologies qui n'ont plus d'utilité pratique ou significative, notamment sur le plan de la pertinence, de la formation, de la gestion du changement?
 - Quelles sont les conséquences sur le plan économique de la mise à niveau de l'équipement en matière d'installation, de remise à neuf, d'entretien, de biens non durables ou de formation?
- Quelles sont les conséquences sur le plan économique d'introduire des technologies nouvelles ou émergentes en matière d'installation, de remise à neuf, d'entretien, de biens non durables ou de formation?

2.1.5 CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MISE À NIVEAU DE L'ÉQUIPEMENT³

La mise à niveau d'un appareil consiste à le rendre conforme à une norme plus élevée ou à l'améliorer en ajoutant ou en remplaçant des composants. Une mise à niveau peut ajouter des fonctionnalités ou améliorer la sécurité des patients, la qualité des soins ou l'efficacité. On peut l'effectuer au début du cycle de vie d'un appareil ou ultérieurement pour aider à augmenter la pertinence clinique ou pour prolonger la durée utile prévue (par exemple, la mise à niveau logicielle d'un tomodensitomètre peut réduire l'exposition à des rayonnements ionisants, ce qui augmente la sécurité des patients et la qualité des soins). La remise à neuf d'un appareil peut également constituer une option puisqu'elle permet de rendre à un appareil son état et son rendement d'origine. Une mise à jour d'envergure peut comprendre le remplacement intégral de l'appareil, même si le coût est quelque peu inférieur à un nouvel achat (selon ce qui est remplacé, les nouvelles fonctionnalités, etc.).

Les réponses aux questions suivantes peuvent orienter l'élaboration d'une stratégie appropriée :

- En quoi les réponses aux points sur le remplacement d'équipement s'appliquent-elles à la mise à niveau de la technologie utilisée?
- Le processus et le financement diffèrent-ils selon que l'on procède à une mise à niveau ou à un remplacement?
- Quelle priorité accorde-t-on aux mises à niveau comparativement aux remplacements ou à l'adoption de technologies nouvelles ou émergentes?
- Quels sont les critères à satisfaire pour demander et recevoir l'autorisation de mettre à niveau de l'équipement? Le processus est-il le même pour toutes les technologies d'IM?

3 Les processus et le financement relatifs à une mise à niveau peuvent différer de ceux liés au remplacement de la technologie ou à l'adoption d'une technologie émergente. La mise à niveau d'équipement doit être considérée comme faisant partie de l'arsenal de gestion et de planification de l'équipement, même si elle est jugée secondaire au remplacement de l'équipement existant.

- Une mise à niveau comprend-elle le matériel ou le logiciel et peut-elle ou doit-elle changer ou améliorer les fonctionnalités initiales de l'appareil d'origine?
- Y a-t-il un seuil du prix d'achat initial qui est considéré comme une mise à niveau?
- Pour une « mise à niveau d'envergure », la technologie émergente est-elle un facteur pris en compte au sein de l'organisme, surtout si l'on souhaite obtenir des avantages cliniques ou opérationnels?
- Y a-t-il des avantages supplémentaires à passer à une technologie plus récente, et les fonctions évoluées sont-elles vraiment nécessaires?
- Le calendrier de ce processus diffère-t-il de celui du processus de remplacement?
- Les sources de financement diffèrent-elles, incluant le capital et les fonds de fonctionnement?

2.1.6 CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ADOPTION DE TECHNOLOGIES, NOUVELLES OU ÉMERGENTES

Il incombe aux intervenants responsables du fonctionnement ou de l'utilisation des appareils d'IM d'être au courant des technologies, nouvelles et émergentes, notamment des technologies hybrides, et d'évaluer la façon dont elles pourraient s'inscrire au moment opportun dans le processus stratégique de planification de l'équipement d'un service.

Les questions suivantes peuvent orienter l'élaboration d'une stratégie appropriée :

- Quelles sont les meilleures pratiques actuelles relatives à l'IM pour chaque modalité?
- Ce type de technologie convient-il au plan stratégique, aux programmes, etc. de l'organisme?
- En quoi consiste le processus d'obtention des autorisations nécessaires?
- Quelles sont les exigences provinciales ou territoriales, régionales et organisationnelles dont il faut tenir compte?
- Quel est le niveau de preuve requis pour satisfaire à ces exigences? Par exemple, l'ETS ou une autre forme d'évaluation des données probantes fait-elle partie du processus d'évaluation?

2.2 DURÉE UTILE PRÉVUE DE L'ÉQUIPEMENT

2.2.1 DÉFINITION DE L'UTILISATION ET DE LA DURÉE UTILE PRÉVUE

Le tableau 1 a été élaboré en se fondant sur toutes les ressources consultées pour ce projet. Les intervenants ont en particulier exprimé le besoin d'évaluer l'utilisation d'un appareil afin de pouvoir déterminer son incidence sur les appareils vieillissants.

Mesure de l'utilisation au moyen du nombre d'examens : Il est utile d'évaluer l'utilisation d'une technologie afin de vérifier si elle est continue, sûre et efficace et de déterminer l'opportunité de remplacer la technologie ou de la mettre à niveau en temps utile. L'utilisation peut être évaluée en tenant compte de différents facteurs comme (a) le nombre d'examens, de patients ou de visites de patients, (b) le nombre de quarts ou de jours d'utilisation par semaine, (c) le nombre d'employés utilisant l'équipement, (d) s'il s'agit d'un établissement d'enseignement ou non. Le nombre d'examens⁴ est souvent employé, cette information étant facilement accessible et mesurable. Les comparaisons entre taux d'utilisation faible et taux d'utilisation élevée sont fondées sur une utilisation minimale de la technologie 8 heures par jour, 250 jours par année. L'utilisation élevée a été déterminée selon des données recueillies lors de la revue de la littérature et de l'analyse de l'environnement, les directives sur le cycle de vie 2001 de l'Association canadienne des radiologistes, les données fournies par les administrations canadiennes précédentes en radiologie et les données d'autres projets de ProMed au Canada⁵.

4 Un examen désigne une investigation technique précise au moyen d'une modalité d'IM pour étudier une structure, un système ou une partie anatomique du corps, qui produit une ou plusieurs images à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Exceptions : les examens habituellement demandés pour de multiples structures du corps qui selon la pratique courante ou le protocole comptent pour un examen. Source : Normes SIG de l'ICIS, accessibles au www.icis.ca.

5 Une utilisation élevée peut dépasser le taux ainsi établi si l'appareil est utilisé en tout temps; on doit tenir compte de cet élément lors de la planification. Le nombre d'examens mentionné peut tripler si l'utilisation de l'équipement augmente jusqu'à 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, mettant l'accent sur un remplacement anticipé.

Une faible utilisation correspond à 50 % du taux d'utilisation élevée, sauf pour la lithotritie, où elle correspond à 67 % de ce dernier.

Mesure de la durée utile prévue : La durée utile prévue a été calculée en années⁶ en se fondant sur les ressources mentionnées ci-dessus. La durée utile prévue des technologies est déterminée selon l'utilisation, l'âge et d'autres facteurs. Chaque technologie a été classée à des fins de remplacement dans l'une des catégories suivantes : utilisation élevée, utilisation moyenne et utilisation faible.

2.2.2 DURÉE UTILE PRÉVUE DE L'ÉQUIPEMENT D'IM SELON L'UTILISATION ET L'ÂGE

En tenant compte de l'information fournie ci-dessus, une échelle de durée utile prévue est proposée selon l'âge de l'équipement en fonction de l'utilisation (tableau 1); d'autres critères (voir ci-dessus) peuvent servir à justifier une demande et à déterminer son ordre de priorité.

6 Données obtenues d'un certain nombre d'experts lors des discussions dans le cadre de l'analyse de l'environnement.

TABLEAU I : DIRECTIVES SUR LA DURÉE UTILE PRÉVUE DE L'ÉQUIPEMENT D'IM (SELON L'UTILISATION ET L'ÂGE)

Type d'appareil (analogique ou numérique)	Durée utile prévue de l'appareil (selon l'utilisation) : ÉLEVÉE - MOYENNE - FAIBLE (voir les colonnes de droite)	Utilisation selon le nombre d'examen par année		
		ÉLEVÉE, p. ex., 24 heures, 5 jours/semaine ou 750 quarts de 8 heures/année	MOYENNE, p. ex., 16 heures, 5 jours/semaine ou 500 quarts de 8 heures/année	FAIBLE, p. ex., 8 heures, 5 jours/semaine ou 250 quarts de 8 heures/année
Radiographie, générale	10 - 12 - 14	> 20 000	10 000 à 20 000	< 10 000
Radiographie, mobile	10 - 12 - 14	> 6 000	3 000 à 6 000	< 3 000
Radioscopie RF (classique / à distance)	8 - 10 - 12	> 4 000	2 000 à 4 000	< 2 000
Radiologie d'intervention RF avec arceau intégré	8 - 10 - 12	> 4 000	2 000 à 4 000	< 2 000
Urologie RF	8 - 10 - 12	> 1 500	750 à 1 500	< 750
Arceau mobile (tous types incluant les anneaux)	8 - 10 - 12	> 2 000	1 000 à 2 000	< 1 000
Angiographie (demi-plan) / d'intervention	8 - 10 - 12	> 4 000	2 000 à 4 000	< 2 000
Appareils cardiaques (plan unique / biplan)	8 - 10 - 12	> 3 000	1 500 à 3 000	< 1 500
Tomodensitomètre	8 - 10 - 12	> 15 000	7 500 à 15 000	< 7 500
Appareil d'IRM	8 - 10 - 12	> 8 000	4 000 à 8 000	< 4 000
Échographie	7 - 8 - 9 ⁷	> 4 000	2 000 à 4 000	< 2 000
TEPU/gamma	8 - 10 - 12	> 6 000	3 000 à 6 000	< 3 000
TEPU/TDM	8 - 10 - 12	> 4 000	2 000 à 4 000	< 2 000
TEP (sans doute remplacé par une technologie différente - TEP/TDM)	8 - 10 - 12	> 6 000	3 000 à 6 000	< 3 000
TEP/TDM	8 - 10 - 12	> 4 000	2 000 à 4 000	< 2 000
Ostéodensitométrie	8 - 10 - 12	> 10 000	5 000 à 10 000	< 5 000
Mammographie	8 - 9 - 10 ⁸	> 7 000	3 500 à 7 000	< 3 500
Lithotriteur	8 - 10 - 12	> 3 000	2 000 à 3 000	< 2 000

REMARQUES :

- La durée utile prévue et la pertinence clinique ne devraient pas excéder 15 années, peu importe la technologie.
- Les technologies, nouvelles et émergentes, devraient être intégrées dans la planification de l'équipement et des finances de l'organisme.

7 Certains appareils de tomographie par ultrasons peuvent devenir obsolètes plus rapidement. L'échographie exige des capacités diagnostiques supérieures et une technologie optimale est considérée comme essentielle.

8 Les mammographies exigent des capacités diagnostiques supérieures et une technologie optimale est considérée comme essentielle.

3.0 PRINCIPES CLÉS SOUS-TENDANT L'ÉLABORATION DES DIRECTIVES

S'appuyant sur les données recueillies lors d'une revue de la littérature et d'une analyse de l'environnement qui comprenait une enquête nationale auprès d'intervenants canadiens et des discussions avec des experts nationaux et étrangers, voici les principes sous-tendant l'élaboration de directives :

- Les directives visent à intégrer les critères de remplacement, l'établissement des priorités et la durée utile prévue en se fondant sur un nombre d'années raisonnable pour chaque modalité. Le projet est axé sur l'équipement d'IM diagnostique (et non de recherche thérapeutique).
- La qualité, les soins aux patients et la sécurité des patients et du personnel sont primordiaux (y compris la radioprotection).
- Les organismes doivent élaborer des plans quinquennaux et les mettre à jour annuellement. Les processus de planification doivent tenir compte de facteurs de remplacement comme l'âge de l'équipement, le degré d'utilisation⁹, la sécurité, l'utilité clinique, le financement, les avancées technologiques et les données probantes. Un inventaire détaillé de l'équipement d'IM et une évaluation indépendante constituent le fondement de toute planification.

- L'équipement est remplacé seulement si son utilisation s'avère toujours nécessaire. Chaque fois que la durée de vie utile d'un appareil est sur le point d'expirer, une discussion doit avoir lieu pour décider si l'appareil peut continuer d'être utilisé comme tel, doit être remplacé ou mis à niveau.
- Les processus d'établissement des priorités dans le cadre de la planification de l'équipement doivent tenir compte du type d'établissement (classification) et des besoins critiques pour la mission; ils doivent également prendre en compte les remplacements d'urgence et autres circonstances uniques. L'élaboration de critères de pondération peut faciliter l'établissement des priorités.
- Les considérations d'ordre financier et la dépréciation doivent être prises en compte dans la planification de la mise à niveau ou le remplacement d'un appareil au moyen de technologies nouvelles ou émergentes.

Conceptuellement, les directives doivent anticiper plusieurs stratégies distinctes, notamment une mise à niveau ou un remplacement, l'acquisition de technologies nouvelles ou émergentes et l'évaluation et le retrait de technologies qui ne sont plus pratiques ou pertinentes. Elles doivent être adaptables à divers organismes et environnements de soins de santé, conviviales et faire régulièrement l'objet de mises à jour.

POUR TOUT COMPLÉMENT D'INFORMATION, VEUILLEZ CONSULTER LE DOCUMENT *DIRECTIVES SUR LE CYCLE DE VIE DE L'ÉQUIPEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE AU CANADA (2013)*

⁹ Les données sur l'utilisation sont généralement fondées sur le nombre d'examens effectués, mais elles peuvent tenir compte du nombre de patients ou de visites au besoin et peuvent être intégrées à la planification en fonction du degré d'utilisation (élevée, modérée ou faible).

