

CAMERA Enquête sur l'accessibilité de l'IRM

Chers radiologistes, or radiographistes, physiciens and scientifiques,

Merci d'avoir accepté de répondre à cette enquête du comité pour l'avancement de l'éducation et de la recherche en imagerie par résonance magnétique (IRM) en Afrique (CAMERA, en anglais). CAMERA est un groupe de travail de la Société Européenne pour la Résonance Magnétique en Médecine et en Biologie (ESMRMB, en anglais) qui œuvre pour le développement d'un cadre durable pour l'accélération de l'excellence en éducation et en recherche dans le domaine de l'IRM en Afrique, la région avec la plus faible densité de scanners IRM dans le monde.

Cette enquête de 15 minutes est la première étape vers l'atteinte de la vision de CAMERA qui consiste à augmenter la capacité en recherche et en éducation en IRM de l'Afrique.

En répondant à cette enquête, vous aiderez CAMERA à:

1. Identifier et comprendre les besoins et défis dans l'utilisation clinique et en recherche de l'IRM en Afrique. Identify and understand needs and challenges of conducting MRI for clinical use and research in Africa.
2. Identifier et comprendre les lacunes dans la formation de personnel hautement qualifié en recherche et en utilisation clinique de l'IRM.
3. Créer des programmes de formations pour combler les lacunes dans la formation de personnel hautement qualifié en IRM en Afrique.
4. Contribuer à la création d'un consortium d'experts en IRM et d'utilisateurs qui sont intéressés à collaborer avec des scientifiques africains et des partenaires à l'échelle mondiale.
5. Aider nos partenaires distributeurs d'IRM à savoir comment soutenir les besoins de l'Afrique en IRM.

Toute information collectée à travers cette enquête est confidentielle et ne sera accessible qu'aux membres du CAMERA dont les noms figurent à la fin de l'enquête.

Si vous avez des questions à propos de cette enquête, veuillez s'il vous plait vous adresser à: udunna.anazodo@mcgill.ca.

** Indicates required question*

1. Adresse courriel *

Information sur l'établissement

2. Veuillez indiquer votre spécialité ou désignation : *

Mark only one oval.

- ☐ Radiologue
- ☐ Radiographe / Technologue
- ☐ Physicien
- ☐ Other: _____

3. Dans quel pays se trouve votre établissement d'imagerie médicale est située? *
- Veuillez faire un seul choix.

Mark only one oval.

- ☐ Afrique du Sud
- ☐ Algérie
- ☐ Angola
- ☐ Bénin
- ☐ Botswana
- ☐ Burkina Faso
- ☐ Burundi
- ☐ Cameroun
- ☐ Cap-Vert
- ☐ République centrafricaine
- ☐ Tchad
- ☐ Comores
- ☐ Côte d'Ivoire
- ☐ République démocratique du Congo
- ☐ Djibouti
- ☐ Égypte
- ☐ Guinée équatoriale
- ☐ Érythrée
- ☐ Éthiopie
- ☐ Gabon
- ☐ Gambie
- ☐ Ghana
- ☐ Guinée
- ☐ Guinée-Bissau
- ☐ Kenya
- ☐ Lesotho
- ☐ Libéria
- ☐ Libye
- ☐ Madagascar
- ☐ Malawi
- ☐ Mali
- ☐ Maroc
- ☐ Mozambique
- ☐ Namibie
- ☐ Niger
- ☐ Nigéria
- ☐ République du Congo
- ☐ Rwanda
- ☐ Sénégal
- ☐ Sierra Leone
- ☐ Somalie
- ☐ Soudan
- ☐ Tanzanie
- ☐ Togo
- ☐ Tunisie
- ☐ Ouganda
- ☐ Zambie
- ☐ Zimbabwe

4. Veuillez décrire les propriétaires et affiliations de votre établissement. *
Choisissez tout ce qui s'applique.

Check all that apply.

- ☐ Public/Gouvernement
☐ Clinique privée/Radiologie ambulatoire
☐ But non lucratif, incluant les œuvres caritatives religieuses
☐ Hôpital universitaire/Hôpital communautaire/Centre de sante ou clinique de soins ambulatoires
☐ Hôpital tertiaire ou hôpital régional/ Centre de santé
☐ Other: _____

5. Veuillez indiquer le nombre de personnel qui travaille dans votre établissement. *

Mark only one oval per row.

	Aucun	1	2-5	6-10	>10
Radiologues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technologues / Radiographes IRM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiciens IRM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personnel infirmier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Est-ce que vous avez un scanner IRM dans votre établissement d'imagerie médicale? *

Mark only one oval.

- ☐ Oui
☐ Non *Skip to question 38*

Description Scanner(s)

7. Quel est le nombre de scanners dans votre établissement *

8. Quel est le nombre de scanners, parmi ceux qui vous avez, qui fonctionnent (pas brisés) et qui sont utilisés en ce moment? *

Mark only one oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ Tous

9. Indiquer le nombre total de scanners dont dispose votre établissement pour chaque *

type de scanners. Choisissez tout ce qui s'applique à votre établissement.

Mark only one oval per row.

	0	1	2	3	4	5
3 Tesla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.5 Tesla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.0 Tesla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<1.0 Tesla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Décrire votre scanner, son modèle et la puissance de son champ magnétique. *

Ne sélectionner que ceci s'applique à votre centre.

Check all that apply.

	Toshiba/Canon	Siemens	General Electric	Philips	Autre
3 Tesla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Tesla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.0 Tesla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<1.0 Tesla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Depuis combien de temps avez-vous votre scanner? Ne sélectionner que ceci *

Check all that apply.

	5-10 ans	3-4 ans	1-2 ans	< 1 an
3 Tesla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Tesla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.0 Tesla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<1.0 Tesla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Est-ce que votre établissement a accès à un ingénieur de service qui peut *

prendre soin des difficultés techniques qui pourraient survenir avec le scanner?

☐ Oui

☐ Non Skip to question 15

Maintenance

13. Si vous avez accès à un ingénieur de service, est-ce que l'ingénieur est *

Check all that apply.

- ☐ un employé de l'établissement/institution/clinique
☐ provient d'un prestataire de service
☐ Other: _____

14. Si oui, combien de fois l'ingénieur de service fait-il/elle la maintenance programmée et régulière de votre scanner? *

Mark only one oval.

- ☐ Mensuellement
☐ Jusqu'à 2-3 fois par an
☐ Une fois par an - Annuellement
☐ Jamais – seulement quand le scanner est brisé ou ne fonctionne pas

Usage

15. Quel est approximativement le nombre total de patients que vous scannez avec votre scanner par jour? *

Mark only one oval.

- ☐ jusqu'à 5
☐ 6-10
☐ 10-15
☐ 15+

16. Fréquence d'arrêt. Indiquer la fréquence à laquelle votre scanner n'est pas disponible ou en panne. *

Mark only one oval.

- ☐ Souvent (1-2 fois par semaine)
☐ Des fois (1-3 fois par mois)
☐ Rarement (<1 fois tous les 6 mois)
☐ Jamais

17. Quelles sont les raisons les plus fréquentes qui justifient un scan RMN dans votre centre? *

Check all that apply.

- ☐ Cerveau - Routine, convulsions, Maux de tête /Migraine, lésions
☐ Angiographie
☐ Cardiaque - Ischémie, pathologie infiltrative, malformation congénitale, cardiomyopathie
☐ Appareil locomoteur - Poignée, Épaule, Genoux, Cheville, Hanche, Long os
☐ Sein
☐ Cérébrovasculaire and études vasculaires
☐ Abdomen et bassin - Foie, rein, colonne vertébrale, base abdominale
☐ Cervical
☐ Thoracique et Lombo-Sacral

Infrastructure de l'établissement

18. Quelle est la disponibilité de l'électricité dans votre établissement? Est-ce que l'électricité est disponible... *

Mark only one oval.

- ☐ 100% du temps
☐ 75% (3/4) du temps
☐ 50% (1/2 to 3/4) du temps
☐ Moins de 50% du temps

19. Avez-vous une source d'alimentation de secours ?

Mark only one oval.

- ☐ Oui
☐ Non

20. Est-ce que votre établissement a un système d'archivage d'images et de communication pour sauvegarder les images acquis avec votre sc

Mark only one oval.

- ☐ Oui
☐ Non

21. Votre établissement utilise-t-il la téléradiologie? C'est-à-dire l'interprétation et/ou la consultation d'images IRM acquises dans votre établissement à un autre endroit.

Mark only one oval.

- ☐ Oui
☐ Non

Formation et éducation du personnel

22. Si vous avez un radiologue dans votre établissement, à quelle fréquence les radiologues de votre établissement participent-ils à la formation médicale continue chaque année?

Mark only one oval.

- ☐ Je ne sais pas
☐ Souvent (au moins 2-3 fois par an)
☐ Rarement (Une fois par an)
☐ Jamais

23. À quelle fréquence les radiologues / technologues de votre établissement participent-ils à la formation continue chaque année?

Mark only one oval.

- ☐ Je ne sais pas
☐ Souvent (au moins 2-3 fois par an)
☐ Rarement (Une fois par an)
☐ Jamais

24. Si vous avez un radiologue dans votre établissement, à quelle fréquence vos radiologues suivent-ils les formes suivantes de formation médicale continue?

Mark only one oval per row.

	Souvent (au moins 2 à 3 fois par an)	Rarement (une fois par an)	Jamais
Formation (en personne) - visites, formations en service, séminaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation (en ligne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences / réunions locales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences / réunions nationales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences / réunions régionales - En Afrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences / réunions internationales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. À quelle fréquence vos radiographes/technologues suivent-ils les formes suivantes de formation médicale continue?

Mark only one oval per row.

	Souvent (au moins 2 à 3 fois par an)	Rarement (une fois par an)	Jamais
Formation (en personne) - visites, formations en service, séminaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation (en ligne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences / réunions locales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences / réunions nationales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences / réunions régionales - En Afrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conférences / réunions internationales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Vos membres du personnel seraient-ils intéressés à participer à un Atelier IRM Local/National/Régional ?

Mark only one oval.

☐ Oui

☐ Non

27. Veuillez donner, ci-dessous, les raisons spécifiques de votre réponse. L'accès (y compris mais non limité aux coûts) aux opportunités de formation est-il un défi?

Économie de la santé

28. Quel est le coût moyen d'une IRM dans votre établissement (en dollars américains) *

29. Comment le coût des examens par IRM est-il couvert *

Check all that apply.

- ☐ Entièrement financé par l'État - Régime national d'assurance maladie
- ☐ Quelques financements publics
- ☐ Privé (paiement personnel)
- ☐ Assurance privée
- ☐ Financé par l'hôpital / la clinique
- ☐ Other: _____

Recherche

30. Dans quels domaines de la recherche en IRM votre établissement a-t-il participé ou est-il intéressé à participer? Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique. *

Check all that apply.

- ☐ Physique - hardware (développement de scanners, développement de bobines)
- ☐ Physique - Développement de séquences (d'impulsions)
- ☐ Traitement d'image
- ☐ Application à l'imagerie cérébrale
- ☐ Application d'imagerie cardiaque
- ☐ Application d'imagerie des tumeurs (cancer)
- ☐ Application d'imagerie musculo-squelettique
- ☐ Neurosciences
- ☐ Informatique et radiomique

31. Votre établissement conduit-il ou participe-t-il à des recherches utilisant l'IRM *

Mark only one oval.

- ☐ Oui
- ☐ Non

32. Votre établissement dispose-t-il d'un comité d'éthique de la recherche ou d'un comité de recherche institutionnel? *

Mark only one oval.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Optionnel - Défis

Les questions suivantes sont facultatives, mais elles offrent l'opportunité de décrire en vos propres mots certains des défis auxquels vous êtes confrontés dans le fonctionnement de votre installation IRM et dans votre participation à la recherche en IRM.

Nous vous encourageons à prendre un moment pour décrire brièvement vos défis afin d'aider CAMERA à mieux comprendre comment créer un cadre durable pour accroître l'accès à l'IRM, la recherche et l'utilisation de l'IRM en Afrique.

33. Veuillez décrire brièvement certains défis auxquels votre établissement est confronté et qui entravent le fonctionnement quotidien du progra

34. Veuillez décrire brièvement certains défis auxquels votre établissement est confronté et qui nuisent à sa capacité de mener ou de participer à des travaux de recherche liés à l'IRM?

35. Veuillez décrire brièvement tous les défis en matière de capacité du personnel qui entravent la capacité de votre établissement à bien effectuer

36. Veuillez décrire toute solution que vous envisagez pour relever les défis que vous rencontrez dans l'utilisation de l'IRM en clinique

37. Veuillez décrire toute solution que vous envisagez pour relever les défis auxquels vous êtes confrontés dans la conduite de la recherche en

Optionnel – Coordonnées de Contact

Les questions suivantes sont facultatives. Veuillez compléter ces questions si votre établissement souhaite être inclus dans les futures initiatives de CAMERA, telles que les opportunités de formation éducative à venir, les informations pour les collaborations de recherche ou faire partie de la base de données du Réseau de Recherche CAMERA. Veuillez fournir les informations suivantes :

38. Nom de votre établissement

39. Adresse de votre établissement - Numéro et nom de la rue, ville, province/état, pays

40. Code postal

41. Nom de la personne de contact principale de votre établissement (Radiologue en chef ou Radiographe en chef, ou Directeur Général)

42. Titre/Fonction de la personne de contact principale

43. Numéro de téléphone de la personne de contact principale

44. Adresse e-mail de la personne de contact principale

This content is neither created nor endorsed by Google.

