

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux



ORIENTATIONS RÉGIONALES EN DIALYSE

Décembre 2005

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

17^e assemblée du conseil d'administration

Date : 14 décembre 2005

Article : CAAD-17-07

Résolution : CAAD-05-41

**RÉSOLUTION relative aux orientations
régionales en matière de dialyse rénale**

CONSIDÉRANT les besoins diversifiés d'une clientèle vieillissante à caractère multipathologique et le volume accru d'activités en matière de dialyse rénale dans la région;

CONSIDÉRANT la volonté de l'Agence d'optimiser le degré de performance des unités de dialyse rénale de la Mauricie et du Centre-du-Québec;

CONSIDÉRANT la nécessité d'utiliser de façon efficace et efficiente les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles disponibles pour maintenir l'ensemble de l'offre régionale de services en néphrologie;

CONSIDÉRANT l'importance d'avoir recours à une gamme diversifiée de service et des modalités plus légères de traitement axé sur la prévention;

CONSIDÉRANT le bien-fondé du modèle régional de déconcentration des services de dialyse en Mauricie et au Centre-du-Québec;

CONSIDÉRANT le *Plan d'organisation de services pour les insuffisants rénaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec* prévoyant trois unités satellites (Victoriaville, Drummondville et Shawinigan);

CONSIDÉRANT le leadership clinique assumé par le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières à titre de pôle régional en néphrologie;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'adopter les cinq orientations régionales en matière de dialyse rénale prévu au document *Orientations régionales en dialyse (Décembre 2005)*.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

(original signé par Michèle Laroche)

Fait à Trois-Rivières
Le 15 décembre 2005

Michèle Laroche,
Présidente-directrice générale

TABLES DES MATIÈRES

1.	Mise en contexte	7
2.	Modèle de déconcentration des services de dialyse rénale en place en Mauricie et au Centre-du-Québec.....	8
3.	La performance du programme régional de néphrologie	10
4.	Principal enjeu entourant actuellement l'offre de service	10
5.	Orientations régionales pour la dialyse rénale	11
	Orientation 1 : Optimisation du modèle de déconcentration des services de dialyse	11
	Orientation 2 : Hiérarchisation des services offerts en matière de dialyse	11
	Orientation 3 : Harmonisation des pratiques professionnelles	11
	Orientation 4 : Hiérarchisation des soins dispensés dans les services de dialyse	12
	Orientation 5 : Harmonisation des pratiques de gestion.....	12
6.	Responsabilités des instances concernées.....	13
7.	Conclusion	15
	Annexe A : Pratiques novatrices répertoriées	17
	Annexe B : Paramètres de fonctionnement optimal	19
	Annexe C : Cibles de résultats envisagées en 2006-2009	21

1. MISE EN CONTEXTE

La situation de la maladie rénale au Canada est alarmante puisque la néphropathie figure déjà au 6^e rang des maladies mortelles et le nombre de personnes souffrant d'insuffisance rénale terminale a augmenté de 350 % au cours des vingt dernières années (OIIQ, 2003). En supposant que la prévalence des maladies chroniques au Canada en 2001 est similaire à celle des États-Unis, on estime que 600 000 canadiens souffraient d'une maladie rénale chronique. Par voie de concordance, 9 730 personnes provenaient de la Mauricie et du Centre-du-Québec et 33 % des usagers traités étaient diabétiques (ICIS, 2004). Or de tous les nouveaux usagers enregistrés en 2001, 55 % avaient 65 ans et plus et les femmes constituaient seulement 42 % de ce groupe d'âge, et ce contrairement au profil démographique de la population qui indique la prédominance des femmes. Toutefois, la croissance la plus importante du stade terminal de l'insuffisance rénale depuis 1997 s'est produite chez les femmes.

Compte tenu des besoins diversifiés de cette clientèle vieillissante à caractère multipathologique et le volume accru d'activités qu'entraîne le développement technologique qui s'y rattache, l'impact socioéconomique s'avère lourd sur les personnes atteintes d'insuffisance rénale, particulièrement les femmes, ainsi que sur les établissements de santé et de services sociaux qui dispensent les services. Par ailleurs, les ressources humaines, matérielles et financières étant de plus en plus limitées, le défi que doit relever notre système de santé est d'autant plus important que les choix de modalités de traitement doivent davantage tenir compte de l'aspect prévention des maladies rénales d'ordre primaire et secondaire et du niveau d'autonomie à maintenir chez ces clientèles dites vulnérables.

Ces préoccupations conjuguées à la croissance des coûts en matière de dialyse rénale ont conduit l'Agence à mettre en place un groupe de travail ayant le mandat d'explorer, avec la collaboration du MSSS, le potentiel d'optimisation du degré de performance des unités de dialyse rénale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, dans la perspective d'en assurer la pérennité. Lors de visites effectuées dans huit établissements dont sept au Québec et un au Nouveau-Brunswick, un certain nombre de modèles d'organisation de soins et de services fondés sur des données cliniques concluantes et des pratiques novatrices, ont attiré l'attention du groupe et fait l'objet du rapport de compilation et de recommandations déposé par ce dernier à l'Agence.¹

Dans le cadre des orientations en matière de vieillissement et d'accès aux services et par le biais de comparaisons interhospitalières, les principaux constats et recommandations qui se dégagent du rapport ont ainsi amené l'Agence à dégager cinq orientations régionales touchant la dialyse rénale accompagnées de cibles de résultats envisagées pour les années 2006-2009. Ces engagements feront l'objet d'ententes de gestion et d'imputabilité à convenir avec l'Agence.

¹ Agence de santé et services sociaux, Programme de dialyse – comparaisons interhospitalières, Rapport de compilation et recommandations du groupe de travail, Avril 2005, 35p.

2. MODÈLE DE DÉCONCENTRATION DES SERVICES DE DIALYSE RÉNALE EN PLACE EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC

Dans le plan de transformation de 1996, la Régie régionale de l'époque confirmait la vocation régionale du centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) en néphrologie.² En 1999, le plan de consolidation 1999-2002 - « Pour un réseau tissé serré » c'est-à-dire, un réseau qui se resserre autour des besoins des personnes et le plus près possible de leur milieu de vie, la Régie convenait de la pertinence de déconcentrer les services d'hémodialyse dispensés par le CHRTR vers trois pôles satellites de la Mauricie et du Centre-du-Québec soit : Drummondville, Victoriaville et Shawinigan. Le but visé étant de rapprocher, dans la mesure du possible, le service du lieu de résidence de la personne dialysée.³

En mars 2001, la Régie régionale actualisait cette vision de déconcentration des services et déposait au MSSS le « Projet de télésanté – unités satellites de dialyse » élaboré par le CHRTR avec la collaboration de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville et l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska.⁴ Par la suite, l'unité satellite de Drummondville ouvrait ses portes le 10 juin 2001 et celle de Victoriaville le 4 novembre 2002 avec chacune un budget de 1 144 000 \$ pour opérer dix aires de traitement. Faut-il souligner que le plan d'organisation de services pour les insuffisants rénaux de la région en 2001 prévoyait déconcentrer les services d'hémodialyse de façon progressive en priorisant Drummondville et Victoriaville et il était alors attendu que le pôle de Shawinigan soit développé dans un horizon de trois à cinq ans.⁵

Depuis, tant la population hémodialysée provenant des territoires du CSSS de l'Énergie et de la Saint-Maurice que leurs élus interpellent l'Agence sur le développement prévu au plan d'organisation concernant le pôle de Shawinigan. D'une part, il faut comprendre que la proportion de personnes âgées au sein de la population du territoire de l'Énergie comptait la plus forte concentration de 65 ans et plus dans la région en 2001 avec 19 % alors qu'aujourd'hui une estimation permet de projeter cette donnée à 36% en 2026.⁶ D'autre part, la prévalence documentée sur les maladies rénales chroniques et le diabète chez ce groupe d'âge, associée à (1) l'opportunité d'offrir un point de service pour la population du Haut Saint-Mauricie, et ce, (2) en l'absence de transport en commun sur ces deux territoires, justifient la nécessité pour l'Agence d'inclure, dans son plan stratégique pluriannuel, une prochaine étape à la déconcentration des services de dialyse amorcée en 2001.

Pour assurer la faisabilité de cette étape «*dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus*» (Projet de loi 83, article 346.1), il faut prévoir les ressources humaines, matérielles, financières, techniques et informationnelles requises pour actualiser le modèle régional.

² RRSSS - 04, La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie – Bois-Francs, Février 1997.

³ RRSSS - 04, Plan de consolidation 1999-2002 – Une vision d'amélioration continue, Mai 1999.

⁴ CHRTR, Projet de télésanté – Unités satellites de dialyse, Mars 2001.

⁵ RRSSS - 04, Plan d'organisation de services pour les insuffisants rénaux de la région de la MCQ, Février 2002.

⁶ ADRLSSS - 04, Étude des soldes migratoires 1996-2001, étude réalisée par Yves Pépin, 2005.

Forte de l'expérience acquise ces dernières années pour développer le modèle régional, le temps est venu d'en évaluer la performance à la lumière des meilleures pratiques répertoriées à ce jour en matière de dialyse rénale tant sur le plan de la gestion que des pratiques professionnelles. Il convient aujourd'hui à l'Agence d'optimiser le modèle actuel de déconcentration des services offerts en Mauricie et au Centre-du-Québec vers un projet novateur de gestion des maladies rénales axé avant tout, sur la prévention de la maladie et la diversification de l'offre de soins et de services offerts à la clientèle atteinte d'insuffisance rénale. Ainsi, dans la foulée de plusieurs orientations ministérielles touchant soit le vieillissement de la population, la désinstitutionalisation ou le virage ambulatoire, le maintien de l'autonomie des individus et l'auto prise en charge de l'utilisateur résumant l'enjeu des prochaines décennies du système de santé.

Un modèle novateur offre l'occasion aux gestionnaires de projet concernés d'explorer des infrastructures et des modes de fonctionnement en dehors du milieu hospitalier ainsi que de créer des alliances avec le milieu communautaire (cabinet de médecins, GMF, pharmacies communautaires et autres) et le secteur privé (locaux, services et autres). L'une des principales résultantes attendues d'un tel projet s'avère son «exportabilité» à l'échelle de la région.

Faut-il rappeler que l'octroi d'un budget de développement par le Ministère de la Santé et des Services sociaux pour la création d'un centre ambulatoire à Shawinigan, dont l'élaboration d'un plan fonctionnel et technique (PFT), offre actuellement la possibilité au CSSS de l'Énergie d'inclure d'ors et déjà dans ses plans, la création d'une unité satellite de dialyse sur son territoire. Or, comme la perspective régionale du plan d'organisation de services pour les insuffisants rénaux tient compte du développement avec les néphrologues de Trois-Rivières d'une *pratique de collaboration interdisciplinaire*, pratique appelée à inclure au sein de l'équipe interdisciplinaire des omnipraticiens, des internistes, des infirmières, des pharmaciens, des diététistes, des travailleurs sociaux et selon le cas d'autres professionnels, un projet de cette envergure ne saurait que bénéficier du double mandat universitaire attribué au CSSS de l'Énergie c'est-à-dire : la formation des omnipraticiens avec l'Université Laval de Québec dans le cadre du développement d'une unité de médecine familiale dans la région et sa contribution attendue pour la formation d'internistes avec l'Université de Montréal.

À souligner que ce modèle renouvelé de déconcentration des services de néphrologie sur le territoire doit être supporté par une infrastructure en télémédecine, en l'occurrence «Télé-santé Québec» avec le réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de Montréal et soutenu par un programme de monitoring continu touchant tous les aspects clinicoadministratifs du programme régional de néphrologie.

3. LA PERFORMANCE DU PROGRAMME RÉGIONAL DE NÉPHROLOGIE

À la veille de déployer une nouvelle unité satellite à Shawinigan, il importe d'analyser la performance globale du programme régional de néphrologie dont l'impact de la croissance importante et rapide de la demande sur l'organisation de soins et de services et l'allocation subséquente des ressources.

Effectivement depuis 2001, la moyenne d'augmentation annuelle du nombre de traitements effectués en milieu hospitalier au CHRTR et dans les unités satellites est de 9,7 %, tendance qui se confirme en 2004-2005 avec 10,9 %. Par ailleurs, la moyenne de coût par traitement de 29 des établissements qui dispensent les services de dialyse en milieu hospitalier au Québec incluant ceux de Trois-Rivières, Drummondville et Victoriaville est de 195.53 \$ par traitement pour l'exercice 2004-2005. Plus précisément, il en coûte environ 29 \$ de plus que la moyenne des établissements pour traiter un usager à Trois-Rivières et Drummondville lesquels offrent le service à six jours semaine. Étant donné qu'en 2004-2005, ces établissements ont effectués au total 26 345 traitements, cela pourrait représenter, sur cette base de comparaison, une économie potentielle de plus de 750 000 \$ (Analyse de performance, Agence 2004-2005). À noter qu'actuellement, le coût par traitement de Victoriaville est plus élevé que la moyenne (73,55 \$) mais ne peut être utilisée comme donnée comparative puisque le volume d'usagers dirigés vers cette unité satellite selon leur lieu de résidence entraîne une ouverture du service à trois jours semaine seulement, ce qui affecte de façon importante l'efficacité du service.

Par voie de conséquence, la croissance de la demande et l'écart de performance enregistré sur les coûts par traitement des établissements de la région préoccupe grandement l'Agence quant à l'impact sur l'accessibilité de ces services à la population régionale. Par souci d'efficacité et d'efficacités, tout en étant consciente que l'accès à ce type de service ne peut être différé pour des considérations budgétaires, l'Agence se doit donc d'explorer toutes les avenues possibles avec les établissements concernées pour améliorer les conditions biopsychosociales des usagers actuels et potentiels de la dialyse. Les pistes de solution retenues et guidées par les meilleures pratiques (annexe A) et des paramètres de fonctionnement optimal (annexe B) doivent essentiellement (1) retarder le plus possible la progression de la maladie, (2) optimiser les ressources disponibles et ultimement (3) augmenter l'accessibilité à la dialyse en milieu hospitalier. Or, des mesures structurantes en terme d'efficacité et d'efficacités permettront de concevoir un plan de budgétisation selon une approche populationnelle qui tiendra compte du niveau de performance attendu.

4. PRINCIPAL ENJEU ENTOURANT L'OFFRE DE SERVICE

L'utilisation efficace et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles disponibles pour maintenir l'ensemble de l'offre régionale de services en néphrologie constitue l'enjeu principal, car en l'absence de modalité alternative plus légère de traitement, l'infrastructure hospitalière ne sera plus en mesure de répondre adéquatement aux besoins diversifiés de la clientèle vieillissante et multipathologique atteinte d'insuffisance rénale.

5. ORIENTATIONS RÉGIONALES EN MATIÈRE DE DIALYSE RÉNALE

Les orientations régionales en matière de responsabilité populationnelle envers la clientèle atteinte d'insuffisance rénale, permettent à l'Agence de réaffirmer le bien-fondé du modèle régional de déconcentration des services de dialyse tout en accordant la priorité à la diversification de l'offre de service. Les pratiques novatrices et les paramètres de fonctionnements optimaux recensés pour la plupart au Québec servent de guide à la confection du projet clinique en matière de dialyse (Annexes A et B).

ORIENTATION 1 : OPTIMISATION DU MODÈLE DE DÉCONCENTRATION DES SERVICES

Dans la logique de déconcentration des services offerts à la clientèle, la principale valeur ajoutée du modèle régional demeure :

- a) L'orientation des usagers vers des services qui les rapprochent, dans la mesure du possible, de leur résidence, avec des mécanismes d'accès fluides dans le respect des principes d'efficacité-efficience.
- b) La reconnaissance du leadership clinique du CHRTR à titre de pôle régional.

À la lumière de l'expérience acquise et des meilleures pratiques répertoriées en matière de dialyse, la mise en œuvre d'un projet novateur de gestion des maladies rénales axé sur la prévention de la maladie et la diversification de l'offre de soins et services se révèle la prochaine étape pour optimiser le modèle régional.

L'Agence pilotera ce projet avec le CHRTR et la collaboration des partenaires des CSSS de l'Énergie, de la Saint-Maurice, de la Vallée-de-la-Batiscan et de Trois-Rivières.

ORIENTATION 2 : HIÉRARCHISATION DES SERVICES OFFERTS EN MATIÈRE DE DIALYSE

Dans la perspective de diversifier l'offre de service, la présence d'un mécanisme intégré de hiérarchisation des services mise sur la capacité « d'auto prise en charge » de l'utilisateur en lui facilitant l'accès à un programme de prévention précoce de la maladie et selon le cas, à une modalité alternative plus légère de traitement avant de procéder à la phase terminale du traitement en milieu hospitalier.

ORIENTATION 3 : HARMONISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dans la perspective d'harmoniser les pratiques professionnelles d'intervention et de suivi systématique de la clientèle et de reconnaître l'autonomie de décision professionnelle dans la collaboration interdisciplinaire (omnipraticien, interniste, infirmière, pharmacien, diététiste, travailleur social et autres) en matière de prévention de la maladie, stabilisation hémodynamique de la clientèle, autonomie et responsabilisation de l'utilisateur, les stratégies susceptibles d'améliorer la condition biopsychosociale des usagers et leur qualité de vie constituent la pierre angulaire du projet clinique en matière de dialyse rénale.

ORIENTATION 4 : HIÉRARCHISATION DES SOINS DISPENSÉS DANS LES SERVICES DE DIALYSE

Dans la perspective d'utiliser les ressources humaines qualifiées et disponibles, la présence d'un mécanisme intégré de hiérarchisation des soins mise sur l'optimisation du ratio moyen d'intervenants par usager, processus qui tient compte de l'intensification des besoins d'une clientèle d'insuffisance rénale croissante, vieillissante et multipathologique et d'une approche d'intervention réalisée en interdisciplinarité.

ORIENTATION 5 : HARMONISATION DES PRATIQUES DE GESTION

Dans la perspective de créer un environnement de gestion favorisant des pratiques cliniques optimales, une vision intégrée de l'ensemble des services offerts aux personnes souffrant d'insuffisance rénale en Mauricie et Centre-du-Québec repose sur :

- a) Le partage de valeurs communes que sous-tendent les objectifs organisationnels des établissements,
- b) L'harmonisation des pratiques de gestion que supporte l'engagement des établissements envers les clientèles cibles et
- c) L'appui du réseau de partenariat établi entre le CHRTR, les CSSS et d'autres organisations de type communautaire (Ex : pharmacie communautaire).

6. RESPONSABILITÉS DES INSTANCES CONCERNÉES

6.1 L'AGENCE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- «L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. (...) De plus, l'Agence doit assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale.» (Projet de loi 83, art. 340);
- «En conformité avec les orientations ministérielles et dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles, l'Agence est responsable d'élaborer un plan stratégique pluriannuel identifiant pour le territoire de sa région (...) les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'organisation et la gestion des services; les mandats et les responsabilités qui devront être assumés par les instances locales, les autres établissements et les organismes communautaires pour atteindre ces objectifs.» (Projet de loi 83, article 346.1);

6.2 LE CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES (CHRTR)

- «L'exercice d'un leadership clinique proactif, associatif et mobilisateur de la part de la direction et de l'équipe médicale et professionnelle du CHRTR quant aux services offerts (...) Être le centre hospitalier de référence (...) *en matière d'organisation de services en néphrologie dans la région, (...)*» (Agence, Modèle d'organisation basé sur des RLS en MCQ, 2005) ;
- «Chaque établissement membre d'un réseau universitaire intégré de santé doit :
 - contribuer à l'offre de service proposée par ce réseau dans les domaines d'expertise qui lui sont reconnus;
 - assurer à la clientèle de sa zone de proximité des services généraux, spécialisés et surspécialisés et, à la demande de l'Agence sur le territoire de laquelle est situé le siège de cet établissement, apporter sa contribution auprès des autres établissements du territoire de desserte du réseau pour prévenir toute rupture de services;
 - offrir, par l'intermédiaire de l'Agence sur le territoire de laquelle est situé le siège de cet établissement, des services généraux et spécialisés aux instances locales de ce territoire et convenir, le cas échéant, d'ententes ou d'autres modalités avec ces instances»; (Projet de loi 83, art. 436.7)
- Développement et mise à jour d'un modèle de pratique médicale, entre les néphrologues du CHRTR et les internistes et omnipraticiens des instances locales concernées, lequel fait l'objet d'une entente de collaboration entre le CHRTR et les unités satellites;

- Mise en place d'un programme de formation pris en charge régionalement par les professionnels du CHRTR pour l'ensemble des intervenants oeuvrant au CHRTR et dans les unités satellites;
- Gestion efficace et efficiente des ressources financières, humaines, matérielles et informationnelles de l'ensemble des services du programme de néphrologie.

6.3 LES UNITÉS SATELLITES DE DIALYSE

- L'exercice d'un leadership organisationnel quant à la gestion efficace et efficiente des ressources financières, humaines, matérielles et informationnelles des unités satellites;

7. CONCLUSION

Plusieurs avenues d'amélioration continue de la qualité des services de dialyse ont été considérées au Québec, celles-ci démontrent déjà des résultats intéressants tant sur le plan des pratiques professionnelles et de l'organisation du travail que sur le plan de la gestion des espaces. Il est dans l'intérêt de tous d'explorer les stratégies de prévention et de traitement susceptibles d'améliorer les conditions biopsychosociales des personnes atteintes d'insuffisance rénale et réduire le fardeau d'allocation de ressources limitées pour dispenser les services.

Les cinq orientations proposées dans le présent document s'inscrivent pour l'essentiel dans les changements proposés au projet clinique du programme de néphrologie du CHRTR, ces changements sont d'envergure et auront un impact majeur sur le fonctionnement du programme et l'organisation du travail. Par ailleurs, les douze cibles de résultats à atteindre (Annexe C) dont la majorité ont fait l'objet de modalités convenues avec la direction et l'équipe de néphrologues du CHRTR, pourront se traduire sous forme d'engagements annuels pour réduire l'écart entre la performance actuelle et les résultats attendus, dans le cadre des ententes de gestion à convenir entre l'Agence et les établissements qui dispensent les services de dialyse dans la région. Les mesures de transitions et le soutien requis pour gérer la transformation et l'organisation de l'offre de service afin d'en assurer la pérennité seront à la hauteur de l'atteinte des résultats attendus.

À noter que les pratiques novatrices et les paramètres de fonctionnement optimal répertoriées aux annexes A et B pour atteindre les cibles servent de guide et que tout en s'inspirant de ces pratiques, le CHRTR à titre de pôle régional, et les unités satellites disposent de la latitude nécessaire dans le choix des moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces cibles, et ce, afin de répondre aux besoins de la clientèle en tenant compte de ses caractéristiques spécifiques. L'équipe de néphrologie régionale est d'ores et déjà fortement motivée à offrir des services de qualité en optimisant les ressources mises à leur disposition pour répondre aux besoins de la clientèle atteinte d'insuffisance rénale.

ANNEXE A : PRATIQUES NOVATRICES RÉPERTORIÉES

- **La hiérarchisation des services (CHUQ).** Les cliniciens du CHUQ jouent un rôle de premier plan dans l'évaluation, l'enseignement et l'initiation de modalités de traitements plus légères pour les clientèles ciblées « à domicile » comme la dialyse péritonéale ambulatoire chronique (DPAC), la dialyse conventionnelle à domicile ou la dialyse nocturne à domicile.
- **Le programme de dialyse nocturne à domicile (CHUS).** Le programme de dialyse nocturne se réalise sur une période de 8 à 10 heures à domicile durant le sommeil de l'usager en jour « alterne » soit un jour sur deux, cette modalité de traitement vise la stabilisation hémodynamique, la diminution de la prise de médicaments, l'autonomie et la responsabilisation de l'usager.
- **L'hémodialyse « allégée » (Sacré-Cœur).** L'hémodialyse est « allégée » lorsque l'usager bénéficie d'un traitement habituellement sans complication en milieu hospitalier et participe activement à l'amorçage, le déroulement et la fin de son traitement en tenant compte de ses capacités d'apprentissage et de savoir-faire. Selon cette version modifiée de l'hémodialyse semi-autonome, les fonctions de l'infirmière sont élargies en fonction du degré d'auto prise en charge de l'usager et le ratio moyen actuel de 1 infirmière pour 5 usagers devient ainsi optimisé.
- **Le suivi systématique des clientèles (St-John, N.B.).** Le suivi systématique de clientèles avec mise sur pied d'une équipe interdisciplinaire se révèle l'approche d'intégration clinique privilégiée sur le continuum de services pour répondre aux besoins diversifiés des clientèles souffrant d'insuffisance rénale, standardiser les trajectoires de services, évaluer les résultats cliniques et recommander les modalités de traitement appropriées.
- **La standardisation du plan de traitement (Charles Lemoyne).** La standardisation du plan de traitement (inclue les prescriptions médicales en cours et post-traitement) ainsi que la longueur des traitements favorise la stabilité hémodynamique des usagers et facilite l'organisation des soins et du travail.
- **L'accès vasculaire par voie de « fistule » (HMR, Laval, Chicoutimi).** L'accès vasculaire par voie de fistule favorise l'accessibilité à des modalités de traitement requérant une plus grande autonomie des usagers et facilite le maintien de l'intégrité vasculaire.
- **L'organisation du travail adapté aux besoins des clientèles cibles. (Charles Lemoyne, Maisonneuve-Rosemont).** Les processus de travail doivent être révisés en profondeur avec tous les intervenants concernés. La définition d'hémodialyse « allégée » est appliquée à l'aide d'une évaluation standardisée de la lourdeur des clientèles alors que l'introduction d'aides techniques favorise l'utilisation optimale des compétences exclusives de l'infirmière au sein des activités du programme de néphrologie.

ANNEXE A : PRATIQUES NOVATRICES RÉPERTORIÉES (SUITE)

- **Le suivi des clientèles diabétiques atteintes d'insuffisance rénale. (CHARL et Charles Lemoyne).** Le diabète représente un facteur de risque appréciable pour déterminer la lourdeur de la clientèle atteinte d'insuffisance rénale et la contribution des diététistes pour effectuer le suivi de cette clientèle s'avère essentielle pour améliorer l'observance (*compliance*)⁷, c'est-à-dire la fidélité des usagers à leur diète et retarder la progression de la maladie.
- **Le programme de néphrologie intégré.** L'ensemble des services de dialyse rénale régulière et semi-autonome en milieu hospitalier, la dialyse péritonéale ambulatoire chronique (DPAC) et la pré-dialyse doivent être gérées dans le cadre du programme de néphrologie.
- **La révision en profondeur de l'organisation des soins et du travail.** L'évolution des heures travaillées (HT) à taux supplémentaire est proportionnelle aux stratégies de rétention et d'attraction mises en place pour améliorer les conditions d'exercice des infirmières telle la stabilisation des équipes de travail. Par ailleurs, l'élaboration d'un programme d'internat pour les étudiantes à l'exercice de la profession se révèle une stratégie prometteuse (**Sacré-Cœur**).
- **Le volet « Pré-voir » du programme de prévention de la maladie (CHARL).** Le suivi « *précoce* » des usagers est assuré dans la communauté avec la contribution des médecins de cabinets privés et des autres professionnels oeuvrant dans la communauté.
- **Le partenariat privé-public (Charles Lemoyne, Sacré-Cœur, CHARL).** L'exploration d'un partenariat privé-public pour la location et l'aménagement de nouveaux locaux peut offrir une possibilité de réduire les frais d'opération récurrents moyennant un investissement initial important qui s'autofinance à long terme en matière de coûts de location, d'entretien ménager, de communication, d'entretien et aménagement des bâtiments.
- **Le système d'eau centralisé (Charles Lemoyne, HMR).** L'évaluation de la mise en place d'un système d'eau centralisé distribué à chaque aire de traitement peut offrir une possibilité de réduire les espaces d'entreposage et améliorer l'organisation du travail moyennant un investissement initial important qui s'autofinance à long terme avec le coût de contenants en vrac d'acide et de bicarbonate.
- **Le système d'approvisionnement sur une base de 24 heures (Charles Lemoyne).** L'évaluation de la mise en place d'un système d'approvisionnement du matériel requis personnalisé à chaque usager, préparé et livré toutes les 24 heures favorise une organisation de travail optimale et réduit les espaces d'entreposage sur l'unité. Se finance en partie par le transfert d'effectif au service d'approvisionnement pour la réserve et la manutention du matériel.

⁷ Le mot «compliance» est un anglicisme encore utilisé par les professionnels de la santé concernés.

ANNEXE B : PARAMÈTRES DE FONCTIONNEMENT OPTIMAL

- **Le ratio moyen d'intervenants par usager dans les établissements de référence :**

Les modalités de traitement plus légères, les modalités de traitements à domicile, et le suivi des clientèles à risque nécessitent une masse critique pour optimiser l'expertise des intervenants oeuvrant au sein du programme de néphrologie. Par ailleurs, les mécanismes de hiérarchisation de soins et de services ainsi que la standardisation du plan de traitement doivent être préalablement mis en place pour atteindre un ratio moyen optimal d'intervenants par usagers.

Intervenant	Modalité de traitement et de suivi	Ratio moyen	Référence
Infirmière / usager	Hémodialyse régulière	1 / 2.5	Charles Lemoyne
Infirmière / usager	Hémodialyse semi-autonome	1 / 5	Charles Lemoyne
Aide technique / usager	Hémodialyse régulière	1 / 5	Charles Lemoyne
Aide technique / usager	Hémodialyse semi-autonome	1 / 15	Charles Lemoyne
Infirmière / usager	Pré-dialyse en communauté	1 / 633 / an	CHARL
Infirmière / usager	Suivi systématique de clientèle	2 / 10	St-John, N.B.
Infirmière / usager	Dialyse péritonéale ambulatoire chronique	1 / 35	CHARL
Infirmière / usager	Dialyse à domicile nocturne	1 / 24	CHUS
Diététiste / usager	Programme de néphrologie	2.5 / 1389 / an	CHARL

- **L'organisation optimale de soins et de services d'une unité satellite.**

L'utilisation optimale des ressources pour la dialyse en milieu hospitalier qu'elle soit traditionnelle ou allégée prévoit un mode de fonctionnement maximal en incluant un certain nombre de paramètres à respecter en terme d'efficacité et d'efficacités.

Paramètres observés de fonctionnement optimal	Hémodialyse traditionnelle	Hémodialyse allégée ou semi-autonome
Quart de travail	Jour	Jour
Nb de cohortes de traitements par jour	2	2
Nb d'aires de traitements	10	10
Nb de jours / semaine	6	6
Nb de patients / semaine	40	40
Nb de traitements / semaine	120	120
Nb infirmières / usager	1 / 2,5	1 / 5
Nb aides techniques (AT) / usager	1 / 5	1 / 15
Nb diététistes, pharmaciens, psychologues	0,3 / 40 chacun	0,3 / 40 chacun
Nb commis et préposés aux bénéficiaires (en l'absence de AT)	1 / 40	1 / 40
Nb techniciens biomédicaux	0,3 / 10 aires	0,3 / 10 aires