



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

# **Orientations ministérielles pour les personnes atteintes de maladies rénales**

**Paramètres d'organisation des services  
pour les personnes nécessitant des services  
de protection et de suppléance rénales  
par des traitements de dialyse**

## **ÉDITION**

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

**msss.gouv.qc.ca** section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-74505-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

## **AVERTISSEMENT AUX LECTEURS**

Ce document est une refonte des orientations ministérielles publiées en octobre 2006. Il porte en premier lieu sur le continuum de soins et de services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales, soit sur l'organisation des services de suppléance rénale par des traitements de dialyse ainsi que sur les services de protection rénale. De nouvelles recommandations sont incluses dans ce document.

Ces orientations ministérielles visent également à poursuivre les travaux pour couvrir l'ensemble du continuum de soins et de services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales, des services de première ligne jusqu'au suivi post-greffe et à la fin de vie.

Ce document a été adopté par le Comité de direction ministériel (CODIR) le 19 octobre 2015, déposé et approuvé par le Comité de gestion du réseau (CGR) le 10 novembre 2015.

---

## **Responsable du projet**

### **Rédaction**

M<sup>me</sup> Anne-Claire Marcotte, gestionnaire ministérielle, Direction des services cliniques spécialisés, ministère de la Santé et des Services sociaux

La responsable de la démarche tient à remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce document en fournissant soutien, information et conseils clés, à savoir les représentants des usagers, des divers ordres professionnels, de l'association des néphrologues du Québec et des autres organisations concernées.

Un remerciement particulier à Mme Danielle Fleury, Directrice générale adjointe des soins et services spécialisés et affaires universitaires, qui a permis jusqu'à la fin, la concrétisation de ce document.

### **Membres du comité aviseur ministériel pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales**

Les personnes suivantes ont participé à la préparation du présent document :

D<sup>r</sup> Pierre Blanchard, directeur des affaires universitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux

M<sup>me</sup> Joanie Bouchard, directrice aux affaires professionnelles, Ordre professionnel des diététistes du Québec

D<sup>r</sup> Robert Charbonneau, président, Association des néphrologues du Québec

M<sup>me</sup> Victoria Dias, assistante infirmière-chef à l'unité d'hémodialyse, Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

M<sup>me</sup> Danielle Fleury, directrice des soins infirmiers, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Jean Lacroix, insuffisant rénal, Association générale des insuffisants rénaux

D<sup>r</sup> Louis Legault, chef du service de néphrologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal et représentant du Collège des médecins du Québec

M<sup>me</sup> Doris Levasseur-Bourbeau<sup>1</sup>, agente de planification, programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

M<sup>me</sup> Berthe Martin, directrice générale et insuffisante rénale, Association générale des insuffisants rénaux

M<sup>me</sup> Rosalie Ménard<sup>1</sup>, conseillère, Direction régionale des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

M. Michel Plante, directeur administratif adjoint, Direction des services professionnels, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

M<sup>me</sup> Lucie Raymond<sup>2</sup>, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

Ajoutons également que l'ensemble de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire a été consulté sur les orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes nécessitant des services de protection et de suppléance rénales.

---

<sup>1</sup> A participé au comité temporairement jusqu'au 26 février 2015.

<sup>2</sup> A participé au comité temporairement jusqu'au 8 janvier 2015.

## TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction .....	1
Première partie .....	2
2. Le portrait de la situation au Québec.....	2
2.1 Les données sur les clientèles nécessitant des traitements de suppléance rénale.....	2
2.2 L'offre de service en protection et en suppléance rénales .....	7
2.3 Les effectifs médicaux en néphrologie.....	10
2.4 L'accès aux interventions chirurgicales .....	11
2.4.1 Les cathéters péritonéaux .....	11
2.4.2 Les abords vasculaires.....	11
2.5 La problématique du transport.....	12
2.6 Les services d'hémodialyse lors de déplacements dans d'autres régions .....	15
Deuxième partie.....	16
3. Les caractéristiques de la clientèle.....	16
3.1 Clientèle visée .....	16
4. Les définitions des modalités de traitement.....	17
4.1 Hémodialyse .....	17
4.2 Dialyse péritonéale.....	17
4.3 Les critères d'évaluation selon les différentes modalités de traitement et les divers milieux ..	17
Troisième partie.....	23
5. L'organisation globale du continuum de services .....	23
5.1 Les principes directeurs.....	23
5.2 Les orientations préconisées.....	23
5.3 Cibles ministérielles en suppléance rénale .....	24
5.4 La hiérarchisation des services en suppléance rénale.....	25
5.4.1 Les services de proximité .....	25
5.4.1.1 Mandat des divers milieux de proximité.....	26
5.4.1.2 Les clientèles desservies.....	27
5.4.2 Les services offerts en centres principaux de dialyse .....	27
5.4.2.1 Mandat des centres principaux de dialyse .....	28
5.4.2.2 Les clientèles desservies.....	29
5.4.3 Les services en centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire .....	29
5.4.3.1 Mandat des centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire..	30
5.4.3.2 Les clientèles desservies.....	32
6. La structure de gouvernance.....	34
7. Les modalités d'actualisation préconisées .....	36

---

8. Recommandations .....	38
9. Conclusion .....	42
Annexe 1 : Synthèse des objectifs visés en 2006 .....	44
Annexe 2 : État de situation – Suppléance rénale – Septembre 2014.....	45
Annexe 3 : Patients prévalents au STIR selon le lieu de résidence (année civile).....	49
Annexe 4 : Plan d’effectifs médicaux en spécialité en date du 20 novembre 2014.....	50
Annexe 5 : Évolution du nombre de personnes en dialyse au Québec selon la modalité de traitement	52
Annexe 6 : Les caractéristiques de la clientèle dans les différents milieux de suppléance rénale au Québec.....	55

---

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGIR	Association générale des insuffisants rénaux
ANQ	Association des néphrologues du Québec
BCPRA	British Columbia Provincial Renal Agency
CH	Centre hospitalier
CHARL	Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CRSSS	Centre régional de santé et de services sociaux
CSN	Canadian Society of Nephrology/Société canadienne de néphrologie (SCN)
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DGSSMU	Direction générale des services de santé et médecine universitaire
DP	Dialyse péritonéale
DPCA	Dialyse péritonéale continue ambulatoire
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
HD	Hémodialyse
HDCE	Hémodialyse en centre externe
HDD	Hémodialyse à domicile
HDH	Hémodialyse hospitalière
HDUS	Hémodialyse en unité satellite
HTA	Hypertension artérielle
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPDQ	Ordre professionnel des diététistes du Québec
RCITO	Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
RRO	Réseau rénal de l'Ontario/Ontario Renal Network (ORN)
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
STIR	Stade terminal de l'insuffisance rénale
TA	Tension artérielle
TNCC	Table nationale de coordination clinique

---

## MESSAGE DU MINISTRE

J'ai le plaisir de vous présenter les *Orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales - Paramètres d'organisation des services pour les personnes nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse*. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ses partenaires ont uni leurs efforts afin d'assurer une approche unique et concertée au Québec. C'est dans cette foulée que je vous livre le présent document.

L'objectif est de baliser l'organisation des services, en ce qui a trait à la protection et à la suppléance rénales par des traitements de dialyse, à mettre en place selon la hiérarchisation des services préconisée afin d'améliorer l'ensemble des soins et des services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales. Cela s'inscrit parfaitement dans la démarche amorcée par la mise en place de véritables réseaux de services intégrés dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Dans le présent document, le MSSS privilégie une approche basée sur les besoins et sur l'autonomie de la personne. Il s'attend à ce qu'un virage important s'actualise par l'implication du patient et de ses proches comme partenaires à part entière de l'équipe interdisciplinaire.

En s'appuyant sur les données probantes les plus récentes et sur l'état actuel des pratiques, certaines zones d'amélioration ont été identifiées : la promotion de la santé rénale, des soins pour prévenir la progression de la maladie, l'optimisation des soins en protection et en suppléance rénales ainsi que l'augmentation de la dialyse autonome au cours des prochaines années. Elles font incidemment consensus parmi l'ensemble des partenaires qui y ont collaboré et devraient assurer une meilleure continuité et des soins de qualité dont profiteront les personnes atteintes de maladies rénales.

Je remercie l'ensemble des partenaires ayant contribué par leur expertise et leur expérience à la préparation de ce document et de leur appui dans la poursuite de la démarche et de la mise en application de ces orientations ministérielles.

Le ministre,

Gaétan Barrette

---

## PRÉAMBULE

Le présent document s'inscrit dans un projet de refonte des orientations ministérielles sur l'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse. Il s'intéresse, entre autres, à l'organisation des services à mettre en place pour les personnes atteintes de maladies rénales en fonction de leurs besoins. Il est à noter que cette actualisation des orientations ministérielles traitera d'abord principalement des services de suppléance rénale par des traitements de dialyse ainsi que des services de protection rénale généralement connus sous le nom de pré-dialyse. Dans un deuxième temps, le projet couvrira l'ensemble du continuum de services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales, de la prévention jusqu'au suivi post-greffe et à la fin de vie.

Rappelons que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a convenu de se donner un réseau hiérarchisé de services pour assurer aux personnes atteintes de maladies rénales qu'elles reçoivent les services correspondant à leurs besoins au bon moment et à proximité de leur milieu de vie. Bien qu'il soit de première importance de mettre à contribution l'ensemble des intervenants pour offrir les services adéquats, il convient toutefois de s'assurer qu'un réel dialogue et partenariat soient établis entre le patient et l'équipe. Ainsi, tout au long du document, nous parlerons du patient en visant la personne et ses proches comme membres à part entière de l'équipe interdisciplinaire et étant un des acteurs de premier plan quant aux soins et services qu'il reçoit.

Compte tenu des nombreux développements en matière de suppléance rénale au Québec ces dernières années, de l'accroissement de la clientèle qui doit être traitée en dialyse et de l'avancée des données probantes quant aux modalités de traitement et des coûts qui y sont reliés, le MSSS a décidé de revoir ses orientations ministérielles de 2006 de manière à s'assurer que certains objectifs qui n'ont pas été atteints le soient.

Afin de réaliser ce travail, le MSSS a mis en place une structure consultative chargée, entre autres, des aspects stratégiques et il a constitué un comité aviseur ministériel pour les personnes atteintes de maladies rénales et nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse. Ce comité a été constitué pour alimenter la réflexion à ce sujet et proposer au ministre de la Santé et des Services sociaux une organisation des services répondant aux besoins spécifiques de ces personnes. Le présent document présente le résultat des réflexions du comité aviseur ainsi que ses propositions et ses recommandations.

Il importe de préciser la démarche et le processus suivis pour élaborer cette refonte et pour définir les paramètres d'organisation des services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales et nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse. Voici donc les principales étapes :

1. Mandat conféré à la Direction générale adjointe de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU) au regard de la refonte des orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales et de la formulation des recommandations appropriées en vue d'accroître l'accessibilité, l'efficacité et l'efficience de ce secteur d'activité;
  2. Mise sur pied d'un comité aviseur composé de représentants des principales organisations et de certains ordres professionnels visés par cette offre de service;
  3. Définition des paramètres d'organisation à privilégier dans le développement ou la consolidation des services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales à partir des problématiques dont il faut tenir compte et élaboration notamment d'une proposition visant l'implantation progressive de ces services;
  4. Présentation des orientations ministérielles en matière de suppléance rénale par des traitements de dialyse et relatives aux services de protection rénale aux autorités du MSSS, y compris les recommandations d'actions pertinentes.
-

# 1. INTRODUCTION

En 2006, le MSSS adoptait un document d'orientation sur l'accès aux services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques intitulé *L'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse*. Ce document formulait neuf recommandations principales relatives aux orientations ministérielles touchant, entre autres, à l'offre de service en fonction d'un modèle de hiérarchisation des services. Plusieurs objectifs y étaient définis; on peut trouver une synthèse de ceux-ci à l'annexe 1 du présent document.

Certains des objectifs visés en 2006 ont été atteints. À titre d'exemple, mentionnons qu'une organisation des services d'hémodialyse a été mise en place dans plusieurs régions du Québec (Saguenay–Lac-Saint-Jean; Estrie; Abitibi-Témiscamingue; Côte-Nord; Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de Chaudière-Appalaches) pour traiter un nombre suffisant de patients, et ainsi leur éviter de longs déplacements. De plus, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Rimouski-Neigette (maintenant intégré dans le Centre intégré de santé et de services sociaux [CISSS] du Bas-Saint-Laurent) peut maintenant offrir des services de néphrologie et de suppléance rénale comme centre principal de dialyse dans la région. Par contre, il n'y a pas eu au Québec d'augmentation de la proportion de la clientèle dialysée en mode de traitement autonome.

Le présent document redéfinit les orientations ministérielles en matière de services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse. Dans un premier temps, nous ferons le point sur la situation actuelle au Québec en situant les activités de suppléance rénale selon les diverses modalités de traitement et en fonction de l'offre de service de protection rénale.

La deuxième partie décrit les caractéristiques de la clientèle traitée dans les différents milieux de suppléance rénale au Québec, puis précise quels sont les critères d'évaluation pour l'hémodialyse et la dialyse péritonéale (DP) à domicile ainsi que les caractéristiques de la clientèle hémodialisée selon les différents milieux au Québec.

La troisième partie du document trace l'organisation globale du continuum de services. Nous énonçons les principes directeurs ainsi que les orientations préconisées, puis nous mentionnons quelles sont les cibles ministérielles. Nous expliquons ensuite en quoi consiste la hiérarchisation des services de protection et de suppléance rénales, puis nous traitons de la structure de gouvernance préconisée ainsi que des mécanismes de concertation et de communication à mettre en place en vue de l'amélioration continue des services à la clientèle. Le document expose également les modalités d'actualisation de ces grands paramètres d'organisation des services. Finalement, nous avons regroupé dans les dernières pages les recommandations qui ont déjà été entérinées par les autorités ministérielles.

## PREMIÈRE PARTIE

### 2. LE PORTRAIT DE LA SITUATION AU QUÉBEC

#### 2.1 LES DONNÉES SUR LES CLIENTÈLES NÉCESSITANT DES TRAITEMENTS DE SUPPLÉANCE RÉNALE

La clientèle qui doit être traitée en dialyse augmente d'année en année. Au cours des dix dernières années, c'est-à-dire de 2005 à 2014, l'augmentation a été de 40,2 %, soit de 44,4 % en hémodialyse et de 16,9 % en dialyse péritonéale. En cinq ans, de 2009 à 2014, l'augmentation a été de 12,5 %, soit une croissance de 14,9 % en hémodialyse et une réduction de 1,5 % en dialyse péritonéale<sup>3</sup>. Ainsi, le nombre de patients traités en centre de dialyse s'est accru de 1 144 personnes (tableau 1). On observe également une évolution de la clientèle en dialyse selon la modalité de traitement lorsqu'on compile les données des rapports statistiques des établissements (AS-478) du 31 mars 2005 au 31 mars 2014 (graphique 1).

Tableau 1

Nombre de patients en dialyse selon le mode de traitement de 2005 à 2014<sup>4</sup>

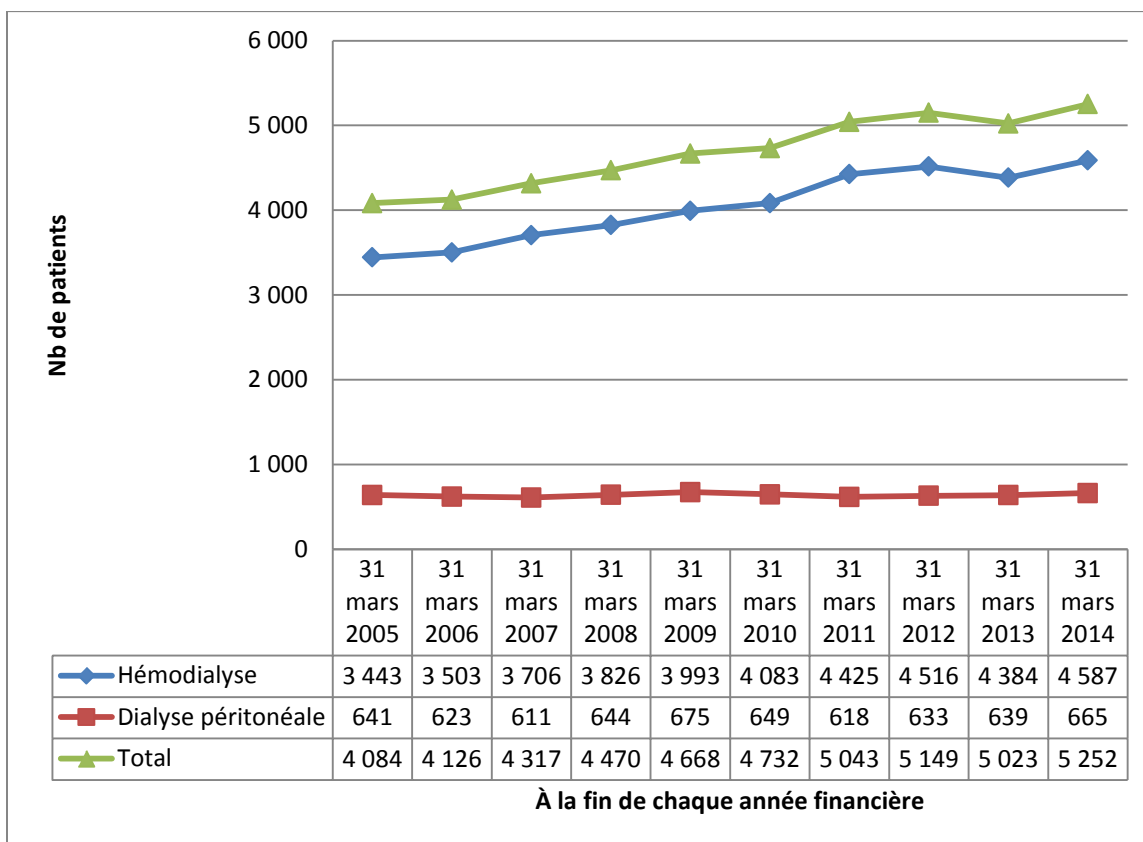
Année	Hémodialyse	Dialyse péritonéale	Total
31 mars 2005	3 443	641	4 084
31 mars 2006	3 503	623	4 126
31 mars 2007	3 706	611	4 317
31 mars 2008	3 826	644	4 470
31 mars 2009	3 993	675	4 668
31 mars 2010	4 083	649	4 732
31 mars 2011	4 425	618	5 043
31 mars 2012	4 516	633	5 149
31 mars 2013	4 384	639	5 023
31 mars 2014	4 587	665	5 252
<b>Accroissement 2005-2014</b>	<b>1 144</b>	<b>24</b>	<b>1 168</b>

<sup>3</sup> Annexe 5.

<sup>4</sup> Données tirées des AS-478 du 31 mars 2005 au 31 mars 2014. Selon les données au 31 mars 2014, il y aurait 4 587 personnes en hémodialyse et 665 personnes en dialyse péritonéale pour un total de 5 252 personnes en dialyse.

Graphique 1<sup>5</sup>

Évolution de la clientèle en dialyse selon la modalité de traitement de 2005 à 2014



Par ailleurs, un sondage a été réalisé auprès de l'ensemble des agences de la santé et des services sociaux du Québec et selon les données colligées au 1<sup>er</sup> septembre 2014<sup>6</sup>, le nombre de personnes en dialyse péritonéale était alors de 688. Il est intéressant de constater que selon les données tirées des rapports statistiques des établissements AS-478, le nombre de personnes en dialyse péritonéale était de 665 au 31 mars 2014 (tableau1).

De plus, selon les données du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO), 573 personnes recevaient des traitements de dialyse péritonéale en 2011, sur un total de 4 411<sup>7</sup>. Ainsi, au Québec, la proportion de personnes traitées en dialyse péritonéale a diminué depuis 2002 et on note une tendance à la baisse au cours des dernières années. En effet, cette proportion était de 18,1 % en 2002, de 14,3 % en 2006 et de 13,0 % en 2011. Cette tendance à la baisse est aussi notée en Colombie-Britannique; toutefois, la proportion de personnes traitées en dialyse péritonéale est relativement stable en Ontario (graphique 2).

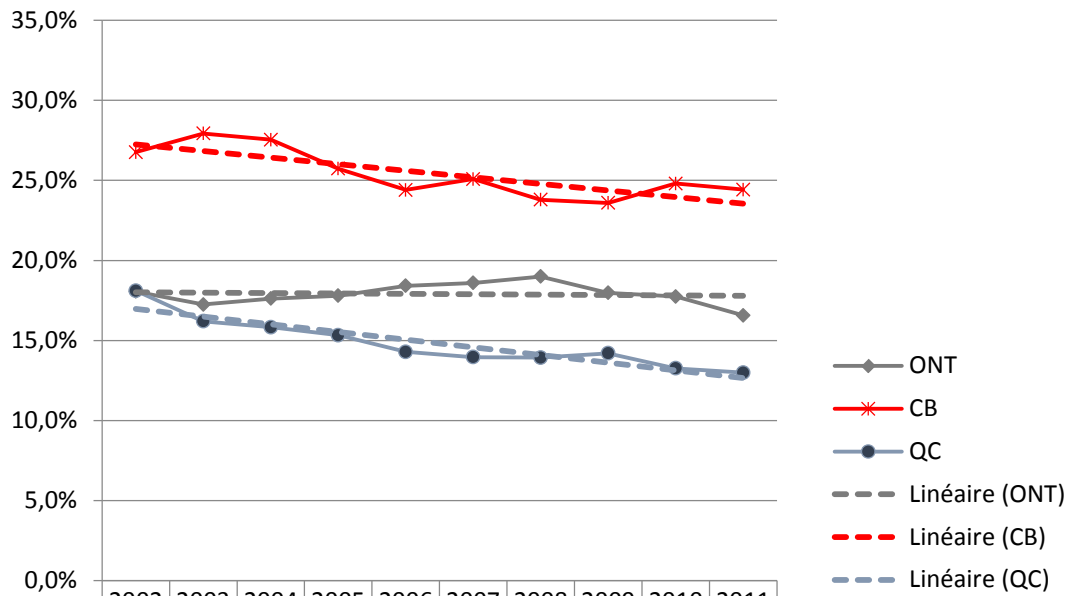
<sup>5</sup> Données tirées des AS-478 du 31 mars 2005 au 31 mars 2014.

<sup>6</sup> Annexe 2.

<sup>7</sup> Annexe 3.

**Graphique 2<sup>8</sup>**

**Pourcentage de patients prévalents en dialyse péritonéale vs total des patients en dialyse 2002-2011**



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ONT	18,1	17,3	17,6	17,8	18,4	18,6	19,0	18,0	17,8	16,6
CB	26,8	27,9	27,5	25,7	24,4	25,1	23,8	23,6	24,8	24,4
QC	18,1	16,2	15,8	15,3	14,3	14,0	13,9	14,2	13,3	13,0

<sup>8</sup> Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2012, la proportion de nouveaux patients en hémodialyse au Québec, comparativement à la dialyse péritonéale, était supérieure à celle de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et de l'ensemble du Canada (tableau 2).

**Tableau 2**

**Pourcentage du total de nouveaux patients selon la modalité de traitement en décembre 2012<sup>9</sup>**

Province	Hémodialyse	Dialyse péritonéale
Québec <sup>10</sup>	82,1 %	11,2 %
Ontario	80,4 %	16,8 %
Colombie-Britannique <sup>11</sup>	71,6 %	24,7 %
TOTAL Canada	79,0 %	18,0 %

Toujours en 2012 au Québec, 47,2 % des patients recevant des traitements de dialyse étaient âgés de 65 ans et plus. Le pourcentage de patients de 65 ans et plus ayant recours à la dialyse était de 43,8 % en Colombie-Britannique en 2012, de 43,7 % en Ontario, et de 42,5 % dans l'ensemble du Canada. Près du quart des personnes en dialyse, c'est-à-dire 23,4 %, étaient âgés de 75 ans et plus au Québec. Les patients sont donc un peu plus âgés au Québec si on se compare aux données pour l'ensemble du Canada (tableau 3).

Étant donné que les maladies rénales représentent un important problème de santé publique, la Colombie-Britannique et l'Ontario se sont dotés d'organismes permanents qui veillent à la qualité des soins et des services fournis aux patients souffrant d'une maladie rénale chronique. Ces organismes sont novateurs et représentent des exemples inspirants dans le domaine de la santé rénale au Canada.

La British Columbia Provincial Renal Agency (BCPRA) est un comité qui coopère avec des programmes régionaux pour l'ensemble du territoire de la Colombie-Britannique « pour assurer la distribution équitable et logique de soins de grande qualité en maladie rénale<sup>12</sup> ». Chaque région doit établir un programme (*Health Authority Renal Program*) sous la responsabilité d'administrateurs, de gestionnaires et d'un directeur médical. Ces programmes coordonnent les soins et recueillent les données de leur territoire pour l'ensemble du continuum de services rendus aux patients atteints d'une maladie rénale. La BCPRA collige les indicateurs de besoins et de performance de tous les programmes régionaux et transmet les résultats à l'ensemble du réseau. Ces initiatives semblent exercer un puissant effet d'émulation et engendrer une amélioration des pratiques en catalysant les transformations là où elles doivent s'accomplir.

<sup>9</sup> Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes 2013, Institut canadien d'information sur la santé, p.18.

<sup>10</sup> La sous-déclaration estimée des nouveaux patients qui sont au stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR) au Québec touchait environ 560 cas en 2012.

<sup>11</sup> La Colombie-Britannique comprend la population du Yukon.

<sup>12</sup> British Columbia Provincial Renal Agency (mars 2013).

Le Réseau rénal ontarien (RRO), ou Ontario Renal Network (ORN) « assure la direction d'un programme visant à mieux organiser et gérer la prestation des services pour les patients souffrant d'une maladie rénale chronique en Ontario<sup>13</sup> ». Le réseau est composé de 14 directeurs régionaux et de 14 leaders médicaux pour chacune des régions ontariennes et d'un comité exécutif provincial. Le RRO propose un plan pour guider le travail collectif permettant l'amélioration de la qualité des services rendus. Il a ainsi publié l'*Ontario Renal Plan II (2015-2019)*, qui définit les buts et les objectifs spécifiques des soins relatifs aux maladies rénales pour les quatre prochaines années, ainsi que les initiatives s'y rapportant.

Ces deux organismes provinciaux ont en commun des structures permanentes, un recueil de données partagées dans un cadre transparent et un répertoire de ressources locales ou régionales qui ont une responsabilité précise pour assurer la qualité des soins et des services offerts aux patients souffrant d'une maladie rénale. La structure des soins dispensés à ces patients dans ces deux provinces canadiennes semble jouer un rôle dans l'atteinte des objectifs fixés.

**Tableau 3**

**Pourcentage de patients prévalents au stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR) par groupe d'âge des personnes en dialyse en 2012<sup>14</sup>**

Groupe d'âge	Colombie-Britannique	Ontario	Québec <sup>15</sup>	Canada
19 ans et moins	1,1 %	1,1 %	1,0 %	1,2 %
20-44 ans	14,9 %	14,3 %	13,7 %	15,3 %
45-64 ans	40,2 %	40,9 %	38,1 %	41,0 %
65-74 ans	22,7 %	22,4 %	23,8 %	22,3 %
75 ans et plus	21,1 %	21,3 %	23,4 %	20,2 %
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

### **RECOMMANDATION 1**

Compte tenu du portrait de la situation au Québec, il est recommandé de faire un virage important pour améliorer l'ensemble des soins et des services destinés aux personnes atteintes d'une maladie rénale en privilégiant l'implication du patient et de ses proches tout en faisant valoir l'importance de la santé rénale, en encourageant les soins pour prévenir la progression d'une maladie rénale, en optimisant les soins en suppléance rénale et en augmentant l'usage de la dialyse autonome au cours des prochaines années.

<sup>13</sup> Réseau rénal ontarien, *Ontario Renal Plan II (2015-2019)*.

<sup>14</sup> Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes 2013, Institut canadien d'information sur la santé, p. 25.

<sup>15</sup> Les valeurs de 2012 peuvent être légèrement plus faibles en raison des nouveaux patients au STIR et des décès non déclarés au Québec.

## **RECOMMANDATION 2**

Compte tenu de l'importance primordiale d'obtenir des données statistiques en vue de l'amélioration continue des services à la clientèle et dans une perspective de gestion clinico-administrative, il est recommandé de former un comité afin d'uniformiser les données statistiques des établissements, de déterminer les indicateurs pertinents et de proposer des avenues pour la compilation et la diffusion de l'information traitée.

## **2.2 L'OFFRE DE SERVICE EN PROTECTION ET EN SUPPLÉANCE RÉNALES**

Un certain nombre de cliniques de protection rénale ont été mises en place pour retarder le recours au traitement de dialyse et, le moment venu, mieux préparer les personnes à ce traitement. Une intervention précoce, en partenariat avec le patient, est essentielle pour diminuer l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Les objectifs retenus pour une offre de service de protection rénale sont les suivants :

- intervenir de façon précoce pour préserver la fonction rénale;
- traiter les comorbidités associées à l'insuffisance rénale afin de retarder le recours aux traitements de dialyse et d'améliorer la qualité de vie des usagers en considérant leurs projets de vie;
- informer la personne sur les choix des modes de traitements autonomes, ou encore, en unités satellites ou mobiles, en centre externe ou en centre principal de dialyse en milieu hospitalier, si sa condition le requiert, et la préparer à suivre l'un ou l'autre traitement.

Un des éléments évalués par le sondage auprès des agences régionales était la présence d'une équipe de pré-dialyse (dorénavant appelée protection rénale). Malgré la difficulté de concilier les informations<sup>16</sup>, nous pouvons estimer que 63 % des milieux de dialyse ont une équipe, 13 % ont répondu ne pas avoir d'équipe et 24 % n'ont pas répondu. Il est donc difficile de bien cerner la composition des équipes en place pour ce qui est de la catégorie de cliniciens ainsi que du nombre d'équivalents à temps complet affectés aux services de protection rénale. Cependant, nous pouvons avancer que dans la majorité des équipes, une infirmière est présente avec un néphrologue. Par ailleurs, des spécialistes d'autres disciplines se joignent aussi aux équipes, par exemple des nutritionnistes, des travailleurs sociaux, des pharmaciens et, plus rarement, des psychologues et des kinésithérapeutes.

Finalement, il est à noter que tous les centres principaux de dialyse, à l'exception d'un seul, ont une équipe composée d'au moins deux spécialistes qui n'exercent pas dans la même discipline<sup>17</sup>.

## **RECOMMANDATION 3**

Il est recommandé de consolider les services de **protection rénale** au Québec en assurant la présence d'équipes interdisciplinaires de protection rénale dans tous les centres principaux de dialyse. Une équipe devrait être composée du patient et des proches-aidants, de néphrologue; de soins infirmiers (infirmière praticienne / infirmière clinicienne / infirmière); de nutrition clinique; de pharmacie; de travail social; et de psychologie.

<sup>16</sup> Le recoupement des données transmises, à savoir la présence d'une équipe et la composition de cette dernière, ne permet pas d'avoir un portrait exact de la situation.

<sup>17</sup> Un seul centre ne dispose que d'une infirmière.

Dans toutes les régions du Québec, une offre de service de suppléance rénale pour la clientèle visée s'est organisée au cours des années en fonction des caractéristiques géographiques, cliniques et contextuelles. En effet, l'organisation des services gravite autour des établissements qui ont développé les activités reliées à la protection et à la suppléance rénales en fonction de l'évolution des besoins de la clientèle et des moyens disponibles. Les services de suppléance rénale peuvent être offerts en milieu hospitalier, mais aussi en centre externe, en unité satellite ou en unité mobile. L'existence de divers milieux de traitement s'articule autour de la notion de station pour la dialyse (chaise avec un appareil) et des ressources cliniques disponibles.

Notons que les équipes interdisciplinaires dans les milieux de suppléance rénale devraient être composées de néphrologue; de soins infirmiers (infirmière praticienne / infirmière clinicienne / infirmière; de nutrition clinique; de pharmacie; de travail social; de psychologie et parfois de kinésiologie; et de soutien clérical. Par ailleurs, selon l'organisation du travail dans les divers milieux, des infirmières et infirmiers auxiliaires peuvent être mis à contribution pour les personnes nécessitant des services d'hémodialyse en autant que la nature des actes pouvant être posés par ces derniers respecte l'entente intervenue entre l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec<sup>18</sup>. Ajoutons qu'on peut confier certains rôles à des préposés aux bénéficiaires dans le respect des tâches qui leur sont généralement attribuées.

Globalement, 26 centres principaux<sup>19</sup>, 9 centres externes<sup>20</sup>, 19 unités satellites et 2 unités mobiles sont actuellement répartis sur l'ensemble du Québec<sup>21</sup> et <sup>22</sup>. Parallèlement aux différents types de lieux où sont donnés les traitements, on distingue actuellement deux catégories de patients qui reçoivent des traitements : les patients recevant des traitements d'hémodialyse traditionnelle (dorénavant appelée hémodialyse hospitalière [HDH]) et ceux qui sont considérés comme semi-autonomes (concept qui n'existera plus).

Enfin, deux autres possibilités s'offrent aux patients pour recevoir des traitements de dialyse autonome, soit l'hémodialyse à domicile (HDD) et la dialyse péritonéale (DP). Toutes les deux se font à domicile. Les personnes ayant recours à de tels traitements sont rattachées à un établissement, mais n'utilisent pas de stations dans ce dernier. Le tableau 4 dresse un portrait de la situation actuelle<sup>23</sup> pour chacune des régions du Québec.

---

<sup>18</sup> Entente entre l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec sur la nature des actes pouvant être posés par les infirmières auxiliaires dans un service d'hémodialyse, 16 mai 2014

<sup>19</sup> Certains établissements ont plus d'un centre principal actuellement (ex. : le CHUM) ; 20 établissements gèrent ces centres.

<sup>20</sup> Deux centres externes sont gérés par un centre principal d'une autre région.

<sup>21</sup> Les régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) reçoivent les services.

<sup>22</sup> État de situation de la suppléance rénale; sondage auprès des agences de la santé et des services sociaux, septembre 2014.

<sup>23</sup> *Idem*.

**Tableau 4 : Portrait de la situation par région, septembre 2014<sup>24</sup>**

	N <sup>bre</sup> de stations (combo chaise + appareil) fonctionnelles par installation	N <sup>bre</sup> de pts prévalents en hémodialyse traditionnelle par installation	N <sup>bre</sup> de pts prévalents en hémodialyse semi-autonome par installation	N <sup>bre</sup> de pts prévalents en hémodialyse à domicile par installation qui en est responsable	N <sup>bre</sup> de pts prévalents en dialyse péritonéale par installation qui en est responsable	% pts hémodialyse à domicile	% pts dialyse péritonéale
1-Bas-Saint-Laurent	14	53	0	0	45	0,00 %	45,92 %
2-Saguenay–Lac-Saint-Jean	27	87	0	2	58	1,36 %	39,46 %
3-Capitale-Nationale	67	255	38	15	62	4,05 %	16,76 %
4-Mauricie et Centre-du-Québec	65	216	5	5	24	2,00 %	9,60 %
5-Estrie	40	116	1	15	25	9,55 %	15,92 %
6-Montréal	350	1 588	112	49	227	2,50 %	11,23 %
7-Outaouais	63	195	2	3	40	1,25 %	16,67 %
8-Abitibi-Témiscamingue	37	59	0	0	0	0,00 %	0,00 %
9-Côte-Nord	4	12	0	0	0	0,00 %	0,00 %
10-Nord-du-Québec	5	20	8	0	0	0,00 %	0,00 %
11-Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	4	8	0	0	0	0,00 %	0,00 %
12-Chaudière-Appalaches	45	131	0	0	31	0,00 %	19,14 %
13-Laval	45	201	34	15	43	5,12 %	14,68 %
14-Lanaudière	46	188	6	0	20	0,00 %	9,35 %
15-Laurentides	40	212	0	10	22	4,10 %	9,02 %
16-Montérégie	159	502	241	3	91	0,36 %	10,87 %
<b>Total</b>	<b>1 011</b>	<b>3 843</b>	<b>447</b>	<b>117</b>	<b>688</b>	<b>2,30 %</b>	<b>13,41 %</b>

<sup>24</sup> État de situation de la suppléance rénale; sondage auprès des agences de la santé et des services sociaux, septembre 2014.

#### **RECOMMANDATION 4**

Il est recommandé de consolider également les services de **suppléance rénale** au Québec en assurant la présence d'équipes interdisciplinaires de suppléance rénale dans tous les centres offrant ces services. Une équipe devrait être composée du patient et des proches-aidants; de néphrologue; de soins infirmiers (infirmière praticienne / infirmière clinicienne / infirmière); de nutrition clinique; de pharmacie; de travail social; de psychologie et parfois de kinésiologie.

#### **RECOMMANDATION 5**

Afin de mieux représenter les formes de traitement et d'uniformiser la terminologie, il est recommandé de favoriser l'utilisation du terme *hémodialyse hospitalière* au lieu de *hémodialyse traditionnelle* et de cesser d'employer le terme *hémodialyse semi-autonome*, qui ne désigne pas le mode de traitement de façon précise.

### **2.3 LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN NÉPHROLOGIE**

Les soins médicaux en néphrologie sont assurés par les néphrologues selon leur rattachement à un centre principal de dialyse où ils travaillent. Dans les unités satellites, les unités mobiles et les centres externes de dialyse, ce sont les néphrologues rattachés au centre principal de dialyse de leur territoire de desserte<sup>25</sup> qui sont responsables des soins. Depuis quelques années, les effectifs en néphrologie sont planifiés par le MSSS après consultation avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

Le tableau de l'annexe 4 fait état du plan d'effectifs médicaux<sup>26</sup> en néphrologie au Québec prévu en 2015 selon les données de la Direction de la main-d'œuvre médicale du MSSS au 20 novembre 2014.

#### **RECOMMANDATION 6**

Il est recommandé que l'Association des néphrologues du Québec (ANQ) soit consultée pour la planification des effectifs médicaux selon les mécanismes qui sont en place actuellement.

---

<sup>25</sup> Annexe 6.

<sup>26</sup> Annexe 4.

## 2.4 L'ACCÈS AUX INTERVENTIONS CHIRURGICALES

### 2.4.1 Les cathéters péritonéaux

En général, les cathéters péritonéaux sont installés aux patients en salle d'opération, sous anesthésie générale, par un chirurgien général ou un urologue.

Les délais parfois très longs entre la demande d'installation d'un cathéter péritonéal et le moment où l'intervention est faite sont un problème constant pour les équipes traitantes. Pendant cette période, il peut survenir des événements qui obligent à entreprendre un traitement de suppléance rénale par hémodialyse. Cela a pour conséquence :

- une morbidité accrue résultant des possibles complications liées à la présence de cathéters veineux centraux;
- des coûts supplémentaires reliés à l'installation de ces cathéters et aux traitements des complications;
- pour certains patients, la remise en question de leur choix de dialyse péritonéale comme mode de suppléance rénale chronique.

Par ailleurs, les ressources en salle d'opération sont limitées et doivent souvent être attribuées à des patients requérant une intervention chirurgicale prioritaire. Pour ces raisons, l'installation des cathéters péritonéaux est souvent reportée.

L'expérience de plusieurs centres hospitaliers situés à l'étranger, au Canada et même dans certains cas au Québec démontre qu'il est possible que les cathéters de dialyse péritonéale soient installés sous fluoroscopie par des radiologistes ou même sous anesthésie locale par des néphrologues, et ce, en utilisant des plateaux techniques moins lourds qu'une salle d'opération pour une bonne proportion des patients.

#### **RECOMMANDATION 7**

Étant donné qu'il existe des techniques pour installer des cathéters de dialyse péritonéale utilisant des plateaux techniques moins lourds qu'une salle d'opération (installation sous fluoroscopie par un radiologiste ou sous anesthésie locale par un néphrologue), il est recommandé que les centres hospitaliers supervisant les traitements de dialyse péritonéale aient accès à ces nouvelles techniques d'installation de cathéters péritonéaux, soit en développant localement cette expertise ou en formalisant cet accès par des ententes de services avec des établissements ayant cette expertise dans un contexte de continuum de soins et de services.

### 2.4.2 Les abords vasculaires

L'abord vasculaire pour les patients atteints d'insuffisance rénale traités par hémodialyse représente un défi constant pour les équipes traitantes.

L'augmentation de la proportion de patients âgés atteints de diabète ou de maladies vasculaires artériosclérotiques rend plus difficile la création de fistules artérioveineuses et le recours aux cathéters veineux centraux est devenu très fréquent chez ces patients. Ces cathéters sont associés à une plus grande morbidité et peuvent même entraîner la mort chez les patients atteints d'IRCT. De plus, ils engendrent des coûts importants pour leur installation, leur remplacement et le traitement des complications infectieuses et vasculaires veineuses.

Des programmes mis sur pied aux États-Unis il y a plus de 10 ans (Fistula First)<sup>27</sup> ont démontré qu'il est possible d'augmenter de façon substantielle la proportion de patients traités par des fistules artérioveineuses en utilisant une approche systématique.

#### **RECOMMANDATION 8**

Il est recommandé que les centres principaux de dialyse évaluent leurs besoins et organisent les ressources en personnel et en plateaux techniques pour favoriser la création de fistules artérioveineuses comme abord vasculaire privilégié et assurer par la suite le suivi de ces fistules afin d'intervenir efficacement et précocement pour les maintenir en fonction.

## **2.5 LA PROBLÉMATIQUE DU TRANSPORT<sup>28</sup>**

L'organisation des transports pour les personnes recevant des traitements d'hémodialyse en unités satellites, en centres externes ou en centres principaux de dialyse présente de nombreuses difficultés. Les usagers, les gestionnaires des unités de dialyse et les représentants de l'Association générale des insuffisants rénaux (AGIR) nous confirment que les problèmes soulevés en 2006 sont les mêmes qu'aujourd'hui, soit :

- l'organisation du transport et les coûts qu'il représente freinent l'accessibilité aux services;
- les difficultés d'organisation du transport ont pour effet de diminuer le temps consacré au traitement d'hémodialyse de certains patients dans différentes situations;
- les proches de certains patients s'adaptent difficilement à la régularité, à la fréquence et à la durée des traitements;
- le transport adapté présente des irrégularités dans ses horaires et délais;
- la condition physique des patients nécessite un transport adapté, ce qui entraîne un problème de recrutement des transporteurs;
- iniquité :
  - il existe des écarts dans les indemnités de déplacements associés au statut de la personne, selon que ces indemnités proviennent de tel ou tel programme offert par différents organismes (ex. : Société de l'assurance automobile du Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, Anciens Combattants, Affaires autochtones, Sécurité du revenu, MSSS);
  - il y a des différences notables de services qui sont liées au territoire, des différences entre les régions et à l'intérieur même des régions;
- transport en soirée :
  - il s'avère difficile de trouver un transport adapté en soirée;
- la dialyse en soirée est exigeante pour les patients âgés qui présentent plusieurs comorbidités, qui sont instables pendant leur traitement, ou qui ont besoin de transport adapté.

<sup>27</sup> Référence au site Web suivant : [esrdncc.org/ffcl/](http://esrdncc.org/ffcl/)

<sup>28</sup> F.-C. Fleury, *Suppléance rénale : considérations sur le transport rapportées dans les publications*, Direction des services cliniques spécialisés, DGSSMU.

À ces nombreux constats s'ajoutent des impacts psychosociaux reliés au transport, comme le souligne l'AGIR dans son *Mémoire sur la suppléance rénale : transport/hébergement*<sup>29</sup>, notamment l'épuisement familial associé au transport, la remise en question par le patient de la poursuite des traitements en raison du fardeau financier et du stress associé, l'usure des proches aidants, etc.

Comme le comité aviseur ministériel constate les mêmes difficultés encore aujourd'hui, une demande en courtage de connaissances<sup>30</sup> a été faite afin de résumer certaines mesures, recommandées à l'échelle nationale ou internationale, concernant le transport des personnes qui nécessitent un traitement de suppléance rénale. La littérature grise récente (2010-2015) provenant d'organisations reconnues a aussi été analysée.

Il est à noter que deux obstacles se sont révélés pendant cette recension. Tout d'abord, répondre à un problème lié au transport nécessite moins de recourir aux connaissances qu'à la gouvernance et à la gestion. Ensuite, les connaissances explicites sont nécessairement complexes et contextualisées. Il a été, par ailleurs, difficile de constituer une grille comparative en raison de la quantité restreinte de publications recensées.

Toutes les publications consultées considèrent que le transport représente un facteur associé à l'observance du traitement. Elles distinguent pour la plupart le transport d'urgence et interhospitalier du transport non urgent. Par ailleurs, les problèmes évoqués sont généralement comparables à ceux ayant déjà été rapportés en 2006 par le MSSS.

Notons qu'actuellement les services d'hémodialyse hospitalière en unités satellites, en centres externes ou en centres principaux de dialyse devraient être accessibles en moins de trois heures (aller et retour dans des conditions optimales : beau temps, circulation fluide non entravée par des travaux routiers).

#### **RECOMMANDATION 9**

Étant donné les nombreuses difficultés reliées au transport de la clientèle et compte tenu des différents acteurs qui interviennent dans le transport, il est recommandé de valider certaines composantes essentielles à un système de transport efficace et efficient par le développement de deux projets pilotes qui cibleraient un établissement d'une région urbaine et un autre établissement d'une région éloignée, toutes deux représentatives des caractéristiques populationnelles de la clientèle. Ces projets devraient faire appel aux meilleures pratiques dans le domaine et permettre d'en tirer les paramètres de base pour assurer un transport adéquat des patients.

<sup>29</sup> Jean Lacroix et Association générale des insuffisants rénaux, *Mémoire sur la suppléance rénale transport/hébergement*, tome 3, septembre 2014.

<sup>30</sup> F.-C. Fleury, *Suppléance rénale : considérations sur le transport rapportées dans les publications*, Direction des services cliniques spécialisés, DGSSMU.

**RECOMMANDATION 10**

Comme le budget consacré au transport varie d'un établissement à l'autre, il est recommandé de faire un inventaire des ressources allouées par chaque établissement au transport des personnes qui doivent accéder aux services d'hémodialyse, en vue d'uniformiser les critères de soutien à cet effet.

**RECOMMANDATION 11**

Il est recommandé de maintenir un temps de déplacement maximal de trois heures aller-retour, du domicile vers le lieu de traitement, pour accéder aux services d'hémodialyse.

**RECOMMANDATION 12**

Il est recommandé que le MSSS établisse des liens de collaboration avec le ministère des Transports du Québec afin de convenir de paramètres sur la priorisation de services de transport adaptés pour la clientèle nécessitant des services de suppléance rénale par des traitements de dialyse en établissements et qu'il voit à diffuser des paramètres aux différents transporteurs.

## **2.6 LES SERVICES D'HÉMODIALYSE LORS DE DÉPLACEMENTS DANS D'AUTRES RÉGIONS**

Les personnes soumises à l'hémodialyse ont aussi besoin de vacances pendant la période estivale ou une autre période afin de maintenir un certain niveau de qualité de vie et de bien-être psychologique. Lorsqu'elles se trouvent à l'extérieur de leur région, elles doivent négocier à la pièce ou par l'intermédiaire de l'AGIR des places pour recevoir leur traitement d'hémodialyse hospitalière. Il n'existe pas de système centralisé pour regrouper les demandes, ce qui crée des difficultés pour établir des liens avec les centres principaux de dialyse.

Au Québec, nous disposons actuellement de deux chalets situés à Magog, dans la région de l'Estrie, de deux autres dans la région de Charlevoix et d'un à Saint-Sauveur, dans la région des Laurentides, qui peuvent accueillir les personnes nécessitant des services de suppléance rénale par des traitements de dialyse. Ces structures permettent de donner environ 168 traitements d'hémodialyse aux personnes qui se rendront dans ces chalets en saison estivale.

On constate qu'il est complexe d'obtenir des espaces de dialyse pour répondre à ces besoins. Par ailleurs, en préconisant l'autonomie du patient, notamment par des traitements d'hémodialyse à domicile, on pourrait penser qu'il sera encore plus difficile d'avoir accès à l'ensemble des services requis en fonction des besoins propres à chaque patient.

### **RECOMMANDATION 13**

Étant donné qu'il est difficile d'avoir accès à des places dans une autre région lors de déplacements et comme il n'existe pas de système centralisé de gestion des demandes, il est recommandé de mettre en place un guichet unique pour gérer l'ensemble des demandes de ce type en vue de faire les liens avec les centres principaux de dialyse et de confier le mandat du guichet unique à l'AGIR.

### **RECOMMANDATION 14**

Comme il est essentiel de maintenir un certain niveau de qualité de vie et de bien-être psychologique chez les personnes nécessitant des services de suppléance rénale, il est recommandé de voir à ce que les établissements puissent offrir des plages aux personnes lorsqu'elles se trouvent en dehors de la région où elles reçoivent habituellement leurs traitements.

## DEUXIÈME PARTIE

### 3. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE

#### 3.1 CLIENTÈLE VISÉE

En raison de la demande sans cesse croissante de soins et de services reliés à l'IRCT et du nombre élevé de personnes touchées par ce problème de santé, il est important de bien définir la clientèle visée. L'IRCT est caractérisée par la perte définitive de la fonction rénale. Il s'agit du stade le plus avancé de l'insuffisance rénale. Les causes les plus communes sont le diabète, l'hypertension et les infections. Bien que le taux d'incidence de l'IRCT semble se stabiliser, la prévalence des personnes traitées augmente régulièrement.

Pour assurer la survie des insuffisants rénaux, la fonction rénale se doit d'être suppléée par des mécanismes exogènes de filtration du sang comme la dialyse, ou par la transplantation d'un rein. La dialyse est le traitement le plus commun et elle est offerte dans différents milieux (à domicile, en unité satellite ou en unité mobile, en centre externe, ou en centre principal de dialyse).

Il est à noter qu'il n'existe que deux traitements à l'IRCT, soit la dialyse et la greffe rénale. Dans le cadre du mandat confié au comité ministériel qui consiste à réviser les orientations ministérielles destinées aux personnes atteintes de maladies rénales, nous nous pencherons plus particulièrement sur les modalités de traitement de dialyse. La dialyse n'est pas un traitement curatif; elle est requise pour permettre de prolonger la vie de l'insuffisant rénal et elle est offerte selon deux modalités principales :

- 1) l'hémodialyse (HD);
- 2) la dialyse péritonéale.

Les appareils servant à l'hémodialyse et à la dialyse péritonéale présentent des variantes et peuvent être utilisés dans des environnements différents. Les deux traitements peuvent être faits à domicile par les patients eux-mêmes.

En ce qui concerne les patients, les auteurs de différentes études notent qu'il n'y a que quelques indications ou contre-indications médicales absolues quant aux différentes modalités de dialyse et ils soulignent l'importance d'informer les patients, de leur donner une formation en protection rénale appropriée et de travailler en partenariat avec ceux-ci. Le choix des modalités de dialyse repose principalement sur des opinions et des consensus d'experts ainsi que sur le choix du patient (Rapport KCE 2010 : mise à jour 2007-2012).

## **4. LES DÉFINITIONS DES MODALITÉS DE TRAITEMENT**

Les modalités de traitement de dialyse sont décrites ci-dessous. Chaque technique de suppléance rénale comporte des avantages et des inconvénients qui lui sont propres.

### **4.1 HÉMODIALYSE**

« Technique qui consiste, à partir d'un abord vasculaire, à faire circuler du sang à l'extérieur de l'organisme (circulation extracorporelle) à travers un appareil d'épuration possédant une membrane artificielle semi-perméable. Le but est de provoquer des échanges, à travers cette membrane, entre le plasma (partie liquidienne du sang) du malade et un liquide (dialysat) généré par l'appareil de dialyse. Ce dialysat a des caractéristiques chimiques qui permettent de corriger les anomalies associées à la maladie rénale. Pendant ce traitement, il y a souvent élimination du surplus liquidien permettant de normaliser le volume liquidien (quantité de liquide de l'organisme) ». (*Vulgaris Médical*, 2012.)

Le traitement d'hémodialyse peut être offert à domicile, en unité satellite ou en unité mobile, en centre externe ou en centre principal de dialyse, selon le niveau d'autonomie de la personne et son état de santé.

### **4.2 DIALYSE PÉRITONÉALE**

« Technique qui permet aux toxines urémiques du sang contenu dans les capillaires du péritoine de diffuser vers la cavité péritonéale. Pour ce faire, un liquide stérile (dialysat) doit avoir été infusé dans la cavité péritonéale à l'aide d'un cathéter trans-pariétal implanté chirurgicalement dans la paroi de l'abdomen ». (*Vulgaris Médical*, 2012.)

Le dialysat est fourni en poches au contenu stérile et disponible commercialement. Ce traitement permet l'élimination des toxines urémiques par diffusion dans le dialysat et l'amélioration du volume liquidien du patient.

La dialyse péritonéale présente des variantes, telles que la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA), la dialyse péritonéale automatisée (DPA) et la dialyse mixte combinant ces deux variantes. En général, les dialyses péritonéales sont effectuées à domicile, par le patient lui-même.

### **4.3 LES CRITÈRES D'ÉVALUATION SELON LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DE TRAITEMENT ET LES DIVERS MILIEUX**

D'entrée de jeu, mentionnons que les nouvelles orientations ministérielles en ce qui a trait à la suppléance rénale par des traitements de dialyse préconisent une approche basée sur les besoins et sur l'autonomie de la personne; en outre, elles favorisent, lorsque l'état de santé du patient le permet, un rapprochement des services du lieu de résidence de ce dernier.

Dans une optique d'organisation de services visant l'ensemble de la clientèle nécessitant des services de dialyse, et dans le contexte de la géographie du Québec, divers milieux se sont développés en fonction des besoins de la clientèle et de son niveau d'autonomie, mais aussi en fonction de l'organisation des services déjà en place et des ressources disponibles.

À ce titre, il apparaît essentiel de bien circonscrire, d'une part, les critères d'évaluation de la clientèle selon son degré d'autonomie ainsi que les modalités de traitement possibles et, d'autre part, les divers milieux pouvant offrir ces services à ces personnes.

**Il est à noter que les grandes balises définies ne se substituent pas au jugement clinique de l'équipe interdisciplinaire.**

## **A. Critères d'évaluation des candidats pouvant être traités par hémodialyse à domicile**

Le patient doit être en mesure d'effectuer ses traitements lui-même ou avec l'aide d'une personne significative ou avec l'assistance d'un non-professionnel en mesure de faire les manœuvres techniques et d'offrir la surveillance requise. Le soutien d'un aidant naturel n'est plus requis, parce que la technologie a évolué. Le suivi est assuré par une équipe interdisciplinaire dans un centre de dialyse. La fréquence et la durée de l'hémodialyse à domicile et le moment où elle a lieu dépendent de l'ordonnance médicale et du patient lui-même, ce qui permet plus de flexibilité qu'en milieu hospitalier.

### **1. Évaluation médicale**

Être cliniquement stable et avoir des hémodialyses sans incident récurrent. Les critères suivants sont en général nécessaires pour viser l'hémodialyse autonome :

- avoir un abord vasculaire fiable;
- ne pas avoir de chute de tension artérielle (TA) pendant les traitements de dialyse;
- avoir des besoins de retrait de volume (élimination du surplus liquidien) qui sont raisonnables pour la condition du patient;
- ne pas avoir régulièrement certains symptômes (étourdissements, nausées, vomissements, crampes) pendant les traitements.

### **2. Capacités fonctionnelles**

- Être capable de se déplacer.
- Ne pas avoir de handicap physique nuisant à la capacité de faire l'hémodialyse.
- Être capable de transporter un poids de 4 kg.
- Être capable de lever ses bras au-dessus de ses épaules pour accrocher des solutés.
- Avoir une bonne dextérité.
- Avoir une bonne vision.

### **3. Capacités cognitives et langagières**

- Être capable de retenir des informations et de faire de nouveaux apprentissages ou pouvoir compter sur une personne significative ou sur l'assistance d'un non-professionnel en mesure de faire les manœuvres techniques et d'offrir la surveillance requise.
- Ne pas avoir de déficits cognitifs.
- Avoir une connaissance suffisante de la langue française ou de la langue anglaise.

### **4. Facteurs environnementaux**

- Habiter dans un endroit où se trouve un espace de rangement suffisant pour y placer le matériel.
- Avoir accès à de l'eau de bonne qualité pour alimenter le générateur pour l'hémodialyse à domicile. Il faut être particulièrement prudent quand l'eau vient d'un puits.
- Établir un contact avec Hydro-Québec afin que cet organisme puisse aviser les usagers de tout débranchement programmé du service d'électricité dans leur milieu ainsi qu'avec leur municipalité pour être avisé de tout débranchement programmé du service de l'aqueduc local, et ce, dans le but de planifier adéquatement les traitements.

## **B. Critères d'évaluation des candidats pouvant être traités par dialyse péritonéale à domicile**

Le patient doit être en mesure d'effectuer ses traitements de dialyse péritonéale lui-même, avec l'aide d'une personne significative ou avec l'assistance d'un non-professionnel en mesure de faire les manœuvres techniques et d'offrir la surveillance requise. Le soutien d'un aidant naturel n'est plus requis, parce que la technologie a évolué. Toutefois, un suivi doit être assuré par une équipe interdisciplinaire dans un centre de dialyse. Le patient gère lui-même la fréquence et la durée du traitement à domicile et le moment où a lieu le traitement, en respectant une ordonnance médicale. Ce mode de traitement est relativement simple et peut même être offert dans des environnements variés et minimalistes. Si le mode de dialyse est automatisé en fonction des caractéristiques du patient, celui-ci doit aussi être en mesure de faire le traitement manuellement par mesure de sécurité pour faire face notamment à une panne d'électricité.

### **1. Évaluation médicale**

#### ***Contre-indications absolues***

- Perte de fonction péritonéale documentée.
- Adhérences abdominales importantes.
- Problèmes abdominaux mécaniques incorrigibles : hernies importantes, hernies diaphragmatiques, omphalocèles, anomalies graves de la paroi abdominale.

#### ***Contre-indications relatives***

- Fuites péritonéales.
- Obésité morbide.
- Malnutrition grave.
- Maladie ischémique ou inflammatoire de l'intestin.
- Maladie respiratoire grave exacerbée par une augmentation de la pression abdominale.

### **2. Capacités fonctionnelles**

- Être capable de transporter un poids de 2 à 5 kg (poches de dialysat).
- Avoir une bonne dextérité.
- Avoir une bonne vision.

### **3. Capacités cognitives et langagières**

- Être capable de retenir des informations et de faire de nouveaux apprentissages ou pouvoir compter sur une personne significative ou sur l'assistance d'un non-professionnel en mesure de faire les manœuvres techniques et d'offrir la surveillance requise.
- Ne pas avoir de déficits cognitifs graves.
- Avoir une connaissance suffisante de la langue française ou de la langue anglaise.

### **4. Facteurs environnementaux**

- Habiter dans un endroit où se trouve un espace de rangement suffisant pour y placer le matériel.

## **RECOMMANDATION 15**

Afin de favoriser l'atteinte des cibles ministérielles visant une augmentation significative des modes de traitement autonomes, il est recommandé d'identifier et de cibler les individus pouvant recevoir de la suppléance rénale autonome à domicile (hémodialyse ou dialyse péritonéale) selon les critères d'évaluation à cet effet (évaluation médicale, capacités fonctionnelles, capacités cognitives et langagières, facteurs environnementaux). Conséquemment, l'identification de ces personnes par les équipes interdisciplinaires et les personnes qui interviennent dans le continuum de soins et services devrait contribuer à atteindre cet objectif.

### **C. Caractéristiques des différents milieux permettant de recevoir la clientèle dialysée en unité satellite ou en centre externe**

La délocalisation des services de dialyse hors du milieu hospitalier rend ces services accessibles dans un environnement plus normalisant et favorise le maintien optimal de l'autonomie de l'usager.

Les traitements d'hémodialyse offerts en unité satellite ou en centre externe s'adressent généralement à des personnes stables qui sont traitées sans complication et qui ont les caractéristiques suivantes :

- elles ont peu de facteurs de comorbidités;
- elles ont peu de complications médicales pendant les traitements de dialyse;
- elles ne répondent pas aux critères d'évaluation pour recourir à un mode de traitement autonome;
- elles peuvent être mises à contribution dans la mesure de leurs capacités, ce qui contribue à leur donner une meilleure qualité de vie.

Les services offerts dans ces deux milieux doivent favoriser l'auto-prise en charge et la responsabilité du patient. Ils doivent permettre aux patients traités, en partenariat avec les équipes interdisciplinaires, d'atteindre la plus grande autonomie possible au sein de ces unités ou de ces centres externes et même d'encourager un transfert éventuel vers la dialyse à domicile quand cela est possible.

#### **a. Hémodialyse en unité satellite**

- Les services sont offerts dans un milieu hospitalier qui a besoin du soutien des néphrologues consultants à distance.
- Les unités satellites dépendent d'un centre principal de dialyse<sup>31</sup> pour la couverture médicale en néphrologie et pour le transfert des patients qui ont des complications au moment des traitements de dialyse.
- L'hémodialyse en unité satellite est offerte par une équipe interdisciplinaire locale qui se trouve à proximité pour desservir ce type de clientèle et seul le néphrologue du centre principal de dialyse peut se déplacer au besoin.
- L'hémodialyse en unité satellite demande l'assistance d'une équipe interdisciplinaire sur place.
- Les néphrologues font parfois des consultations ou des examens à distance (télénephrologie).
- Les internistes des milieux hospitaliers où sont localisées les unités satellites sont parfois appelés à intervenir auprès des patients en dialyse.

---

<sup>31</sup> Annexe 6.

#### b. Hémodialyse en centre externe

- Les services d'hémodialyse en centre externe sont généralement offerts hors du milieu hospitalier de courte durée et peuvent être développés dans des édifices commerciaux ou encore en centre hospitalier de soins de longue durée.
- Les centres externes dépendent du centre principal de dialyse<sup>32</sup> qui a délocalisé le service, le plus souvent à proximité, tant pour la couverture médicale, le soutien de l'équipe interdisciplinaire en néphrologie que pour le transfert des patients qui ont des complications au moment des traitements de dialyse.
- L'hémodialyse en centre externe demande l'assistance d'une équipe interdisciplinaire qui se déplace du centre principal de dialyse vers le centre externe.

#### D. **Caractéristiques du milieu hospitalier permettant de recevoir la clientèle dialysée en centre principal de dialyse**

Le traitement d'hémodialyse offert en centre principal de dialyse s'adresse généralement à des patients dont la condition est plus instable, c'est-à-dire :

- qui peuvent avoir plusieurs facteurs de comorbidité présents;
- qui peuvent avoir des complications médicales fréquentes pendant les traitements de dialyse;
- qui ne répondent pas aux critères d'évaluation pour recourir à un mode de traitement autonome;
- qui peuvent nécessiter les services et les plateaux techniques de l'hôpital pour bien recevoir leurs traitements de dialyse.

L'hémodialyse hospitalière est effectuée en centre hospitalier nommé centre principal de dialyse. Cette modalité de traitement demande l'assistance d'une équipe interdisciplinaire sur place pour desservir ce type de clientèle à cause de leurs besoins nombreux et complexes. Le patient a besoin de certains plateaux techniques d'un milieu hospitalier à proximité immédiate. Les centres principaux de dialyse<sup>33</sup>, qui desservent des unités satellites, des centres externes, des patients à domicile ou des personnes pouvant avoir des besoins imprévisibles en dialyse aiguë, doivent prévoir des espaces disponibles pour accueillir, en cas de besoin, ces patients dans le milieu hospitalier.

De plus, en centre hospitalier universitaire, les centres principaux de dialyse offrent des services d'hémodialyse hospitalière, mais aussi des services de transplantation (greffes), ainsi que ce qui est rattaché à leur mission universitaire, c'est-à-dire l'enseignement, la recherche, l'évaluation des nouvelles technologies, etc.

Selon les néphrologues consultés et le guide de pratique de la Société canadienne de néphrologie<sup>34</sup>, les personnes atteintes susceptibles d'avoir une insuffisance rénale doivent être rapidement détectées parmi les groupes les plus à risque (diabète, hypertension artérielle [HTA], taux de cholestérol élevé, obésité, etc.) pour être d'abord suivies en première ligne par un médecin de famille et une équipe interdisciplinaire d'intervenants et être dirigées, par la suite, vers des services spécialisés lorsque la maladie progresse. Le tableau 5 résume les stades de l'insuffisance rénale et le type de suivi à accorder aux patients en fonction du degré de progression de la maladie. Les professionnels peuvent avoir accès à des lignes directrices pour les soutenir dans leurs interventions auprès de patients de toutes les conditions et les aider à prodiguer des soins de qualité et sécuritaires.

---

<sup>32</sup> Annexe 6.

<sup>33</sup> Annexe 6.

<sup>34</sup> Canadian Society of Nephrology (CSN), *Position Paper on care and Referral of Patients with Reduced Kidney Function*, ébauche du 10 avril 2006, en discussion pour adoption en mai 2006.

**Tableau 5**

**Les stades de l'insuffisance rénale et la prise en charge des patients**

<b>Stade</b>	<b>Taux de filtration glomérulaire</b>	<b>Prise en charge des patients</b>	<b>Suivi médical et professionnel</b>
V	Tx < 15 ml par minute Avec ou sans dialyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ En traitement de dialyse</li> <li>○ Préparation à recevoir un traitement de dialyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Néphrologue</li> <li>○ Équipe interdisciplinaire associée au centre de dialyse</li> </ul>
IV	Tx 15 à 29 ml par minute	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prédialyse</li> <li>○ Suivi intensif par une équipe multidisciplinaire</li> <li>○ Peut ralentir la progression de la maladie, mais pas la freiner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Néphrologue</li> <li>○ Équipe interdisciplinaire associée au centre de dialyse</li> </ul>
III	Tx 30 à 59 ml par minute	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge des facteurs de comorbidité associés (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médecin de famille et consultation néphrologique périodique pour donner au médecin de famille certaines indications sur le traitement</li> <li>○ Suivi par un néphrologue pour d'autres maladies rénales</li> <li>○ Recommandation de consulter l'équipe interdisciplinaire, au besoin</li> </ul>
II	Tx 60 à 79 ml par minute	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge des facteurs de comorbidité associés (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médecin de famille et consultation néphrologique au besoin pour donner au médecin de famille certaines indications sur le traitement</li> <li>○ Suivi par un néphrologue pour d'autres maladies rénales</li> <li>○ Recommandation de consulter l'équipe interdisciplinaire, au besoin</li> </ul>
I	Tx > 80 ml par minute	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge des facteurs de comorbidité associés (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médecin de famille</li> <li>○ Suivi par un néphrologue pour d'autres maladies rénales</li> <li>○ Recommandation de consulter l'équipe interdisciplinaire, au besoin</li> </ul>

## TROISIÈME PARTIE

### 5. L'ORGANISATION GLOBALE DU CONTINUUM DE SERVICES

#### 5.1 LES PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes énoncés ici constituent autant d'éléments sur lesquels devra s'appuyer l'organisation de services projetée. Nous avons jugé nécessaire d'énoncer des principes en fonction de considérations liées aux personnes atteintes de maladies rénales, à l'organisation des services ainsi qu'à des facteurs cliniques de façon à permettre de mieux définir les attentes à prendre en compte lors de l'implantation des orientations ministérielles. Ainsi, les principes directeurs retenus par le comité aviseur qui sous-tendent l'organisation des services à mettre en place sont les suivants :

- favoriser l'autonomie de la personne;
- établir une hiérarchisation des services;
- mettre en œuvre des interventions pour retarder l'évolution de la maladie;
- informer les patients sur les modalités de traitement;
- concevoir des outils d'aide à la décision.

La personne qui recourt à la suppléance rénale doit composer avec la gestion de multiples symptômes reliés à l'insuffisance rénale et à ses comorbidités, de même qu'avec de multiples traitements qui dépassent largement la suppléance rénale elle-même (médicaments, traitement nutritionnel, soutien psychologique, transport, etc.). Afin de favoriser l'autonomie de la personne, l'autogestion de ses soins et l'adhésion à l'ensemble de ses traitements, l'organisation du continuum de services devrait s'assurer de toujours favoriser l'implication de la personne insuffisante rénale dans les décisions qui concernent sa santé, et ce, en partenariat avec celle-ci. L'insuffisance rénale chronique est une condition qui nécessite un suivi à long terme, parfois pour toute la vie. L'expérience de la personne sous traitement de suppléance rénale devrait ainsi être renforcée et maximisée.

#### 5.2 LES ORIENTATIONS PRÉCONISÉES

Du point de vue des membres du comité aviseur, comme les enjeux cliniques ont bien évolué depuis 10 ans et compte tenu du portrait de la situation au Québec dressé à partir des différents relevés statistiques du RCITO, des rapports des établissements (AS-478) et des données fournies par les agences de la santé et des services sociaux, un changement important doit s'amorcer pour qu'il y ait une augmentation significative des services offerts selon des modes de traitement autonomes.

La première orientation repose sur la consolidation des services de protection rénale grâce à l'apport d'une équipe interdisciplinaire afin de ralentir la progression de l'insuffisance rénale et de réduire le besoin de recourir à des traitements de suppléance rénale. C'est aussi dans ce but que les ressources doivent être allouées pour déterminer quel mode de suppléance rénale est nécessaire aux patients. L'encadrement fourni aux patients en matière de protection rénale doit mener à un continuum de soins qui dirigera naturellement le patient vers la plus grande autonomie possible. L'accompagnement tout au long du processus de protection rénale – de la préparation à la dialyse et à la greffe ainsi que pendant les traitements de suppléance rénale – doit être soutenu, sans cassure et sans bris de services. Cela aura comme répercussion de sécuriser les patients qui vivent des moments difficiles.

### **RECOMMANDATION 16**

Compte tenu de l'importance de favoriser l'autonomie de la personne nécessitant des services de suppléance rénale tout au long du continuum de soins et de services, l'autogestion de ses soins et son adhésion à l'ensemble de ses traitements, il est recommandé d'impliquer la personne insuffisante rénale dans les décisions qui concernent sa santé et de la faire participer à son plan d'intervention. Pour atteindre ce but, il est nécessaire de fournir de l'information et d'offrir des activités de formation sur les modes de traitement autonomes et de s'assurer que l'information donnée aux patients soit suffisante et appropriée.

Une autre orientation a trait aux délais d'accès aux interventions chirurgicales pour la création de l'abord vasculaire, ce qui retarde la possibilité d'entreprendre des modes de traitement autonomes. D'autre part, dans certains milieux, l'accès à la chirurgie pour la pose du cathéter de dialyse péritonéale est problématique et nuit au développement de ce mode de traitement tout en sachant que les priorités opératoires, notamment pour les greffes d'organes, sont reconnues.

La troisième orientation concerne la formation des médecins de même que celle qui devra être prévue pour les différents professionnels des équipes traitantes, et ce, dans le but de mieux sensibiliser ces intervenants aux modes autonomes de suppléance rénale. Les patients doivent se sentir en sécurité, être impliqués dans leurs soins et être rassurés par les intervenants qui les traitent. Il conviendrait sans doute de prévoir des espaces réservés aux activités de formation sur ces modes autonomes à l'intention des personnes concernées.

Enfin, il pourrait s'avérer pertinent d'obtenir la participation du milieu communautaire dans le soutien offert aux patients dialysés à domicile.

### **5.3 CIBLES MINISTÉRIELLES EN SUPPLÉANCE RÉNALE**

Pour fixer les cibles à atteindre, les membres du comité aviseur ont d'abord consulté des données statistiques du Québec et celles concernant l'Ontario et la Colombie-Britannique, provinces auxquelles le Québec se compare. Ils ont aussi tenu compte des cibles que ces deux provinces se sont fixées.

Dans ses dernières lignes directrices, l'Ontario indique vouloir atteindre 40 % de nouveaux patients traités par des modes de traitement autonomes.

Par ailleurs, selon les données statistiques du RCITO de 2002 à 2011 sur l'évolution du pourcentage des patients prévalents en dialyse péritonéale en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec, des efforts importants doivent être envisagés particulièrement quant à l'augmentation des nouveaux patients traités par des modes autonomes.

### **RECOMMANDATION 17**

Il est recommandé que :

- d'ici quatre ans, soit 2019, 25 % des nouveaux patients soient traités par des modes de traitement autonomes;
- d'ici dix ans, soit 2025, 40 % des nouveaux patients soient traités par des modes de traitement autonomes.

## 5.4 LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES EN SUPPLÉANCE RÉNALE

La finalité recherchée quant à l'organisation optimale à mettre en œuvre est d'améliorer la continuité et la qualité des soins et des services destinés aux patients sur tout le territoire québécois. Il sera par ailleurs essentiel de consolider l'ensemble des services selon les différents milieux et de s'assurer de la mise en place d'un réel réseau de services pour les maladies rénales.

Pour que les complémentarités et les interdépendances nécessaires puissent s'instaurer entre toutes les parties d'un réseau de services, il est essentiel de préciser les responsabilités propres à chacune de ces parties et de favoriser la responsabilisation des acteurs en fonction de leurs rôles dans le continuum de services.

Une fois ces responsabilités précisées, il importe tout autant d'instaurer des processus intégrateurs de liaison et de coordination fluides et efficaces qui permettront notamment l'établissement de stratégies communes de prise en charge de la clientèle visée et qui rehausseront l'efficacité des actions posées de part et d'autre.

Dans cette section, nous décrivons sommairement l'offre de service en fonction de chacun des milieux de services projetés<sup>35</sup> que sont les services de proximité, soit des services de première ligne ainsi que des services de suppléance rénale dans les unités satellites ou dans les centres externes de dialyse, dans les centres principaux de dialyse et dans d'autres centres principaux de dialyse ayant des spécificités lorsque ces derniers ont une mission universitaire.

Bien que chacun de ces milieux présente des caractéristiques qui lui sont propres, certaines **caractéristiques sont communes à l'ensemble** : 1) la poursuite du même but ultime que constituent le maintien de l'autonomie de la personne et la possibilité de mener une vie active et satisfaisante; 2) le recours, dans chacun des milieux, à un fonctionnement interdisciplinaire faisant appel à une intégration des diverses interventions; 3) des services cliniques en suppléance rénale de proximité non exclusifs et offerts également en centres principaux de dialyse, qu'ils aient ou non une mission universitaire.

**Il est à noter que les grandes balises définies ne se substituent pas au jugement clinique de l'équipe interdisciplinaire.**

### 5.4.1 Les services de proximité

Les services de proximité sont essentiels pour les personnes atteintes de maladies qui ont une incidence sur l'insuffisance rénale telles le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et l'obésité. Ces services doivent être reliés aux autres ressources qui participent au continuum de services. Le rôle du médecin de famille est particulièrement important pour la détection précoce et le diagnostic des maladies ayant une incidence sur l'insuffisance rénale et aussi pour assurer le suivi médical de ces personnes. Par ailleurs, les pharmaciens communautaires peuvent participer au suivi des personnes, notamment en surveillant les interactions médicamenteuses avec les médicaments en vente libre. Le développement de services de suppléance rénale, particulièrement ceux qui offrent des modes de traitement autonomes, est souhaitable au niveau local pour accroître l'accessibilité.

---

<sup>35</sup> Annexe 6.

Ainsi, la famille, les proches aidants, d'autres ressources non professionnelles (organismes communautaires, entreprise privée, etc.) ou le personnel de première ligne (soins à domicile, dans les centres locaux de services communautaires [CLSC], etc.) assistent les personnes qui ont recours à un mode de traitement de suppléance rénale à domicile et qui ont de la difficulté à faire eux-mêmes leur traitement. Les services de proximité permettent entre autres à certaines personnes d'éviter de longs déplacements pour obtenir des traitements de dialyse.

Le mandat des divers milieux doit se réaliser à l'intérieur des trois zones de performance suivantes :

- A) la prestation des services cliniques;
- B) la formation, l'enseignement et la recherche;
- C) le développement du continuum et la coordination des services.

#### **5.4.1.1 Mandat des divers milieux de proximité**

##### **A. Mandat relatif à la prestation des services cliniques**

- a) Le milieu prestataire de services de proximité répond à divers **problèmes de santé globale** et veille à ce que les différents professionnels interviennent de façon précoce.
- b) Il offre un **suivi médical** par un médecin de famille dans un contexte de suivi des maladies chroniques; il met en place des moyens pour permettre la **détection précoce** chez les personnes qui présentent des facteurs de risques cardiovasculaires associés (HTA, diabète, hypercholestérolémie, obésité, protéinurie, etc.) et un **diagnostic précoce**; il organise des activités de formation et d'autogestion aux modes de traitement autonomes de suppléance rénale et fait une relance périodique pour vérifier les acquis chez les personnes concernées ainsi que leur autogestion de la maladie.
- c) Il s'assure de la **prise en charge et du suivi des patients** atteints d'insuffisance rénale de **stade III** (taux de filtration glomérulaire se situant entre 30 et 59 ml par minute) tel que décrit au tableau 5 (à la fin du chapitre 4), qui sont sous la responsabilité du médecin de famille et des intervenants de première ligne.
- d) Il **dirige la clientèle** qui le requiert vers des services en **néphrologie**, entre autres, pour préciser certains aspects du traitement ou pour d'autres problèmes néphrologiques. La personne est orientée aux services de protection rénale lorsque la maladie atteint le **stade IV** (taux de filtration glomérulaire se situant entre 15 et 29 ml par minute) tel que décrit au tableau 5.
- e) Il dispense des **services de suppléance rénale sur une base locale**, soit dans les unités satellites ou les centres externes de dialyse. À cet effet, il doit assurer la mise en place d'une équipe interdisciplinaire dédiée et se doter des installations physiques et matérielles nécessaires.
- f) Il établit une entente formelle **avec le centre principal de dialyse** auquel il est associé.
- g) Il assure un **suivi systématique** à l'intérieur de services intégrés comprenant des services infirmiers, de nutrition, psychosociaux et de pharmacie. Les services intégrés devraient être coordonnés par un membre de l'équipe.

## **B. Mandat relatif à la formation, à l'enseignement et à la recherche**

- a) Le milieu prestataire de services de proximité s'assure de la formation et de la mise à jour des connaissances du personnel et des professionnels qui traitent des personnes insuffisantes rénales.

## **C. Mandat relatif au développement du continuum et à la coordination des services**

- a) Le milieu prestataire de services de proximité participe, après s'être entendu avec le centre principal de dialyse auquel il se rattache à la mise en place progressive du continuum de services tout en contribuant au fonctionnement optimal de ses diverses composantes, notamment le niveau local.
- b) Il applique les critères harmonisés quant aux modalités d'intervention afin d'assurer la fluidité de celles-ci.

### **5.4.1.2 Les clientèles desservies**

- Les personnes atteintes de maladies qui ont une incidence sur l'insuffisance rénale telles le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et l'obésité.
- Les personnes adultes, résidant sur le territoire où se trouve le milieu prestataire de services de proximité, atteintes de maladie rénale et qui nécessitent des services de suppléance rénale.

#### **RECOMMANDATION 18**

Comme le développement des services de suppléance rénale par des modes de traitement autonomes est priorisé, il est recommandé de promouvoir et d'appuyer l'utilisation d'autres ressources non professionnelles afin d'aider les personnes ayant recours à un mode de traitement autonome et de voir à intégrer les services de première ligne dans le continuum de services, notamment les soins à domicile en CLSC afin d'assister les personnes qui en ont besoin.

#### **RECOMMANDATION 19**

Afin d'assurer la continuité des services pour la clientèle visée, il est recommandé d'assurer l'intégration des services de première ligne requis entre autres pour la prévention, la prise en charge des stades préliminaires de l'insuffisance rénale chronique et pour les soins à domicile en CLSC dans le continuum de services.

### **5.4.2 Les services offerts en centres principaux de dialyse**

Les services offerts par les centres principaux de dialyse regroupent une équipe de néphrologues et une équipe interdisciplinaire spécialisée en néphrologie et en suppléance rénale pour la population de son territoire.

#### 5.4.2.1 Mandat des centres principaux de dialyse

##### A. Mandat relatif à la prestation des services cliniques

- a) Le centre principal de dialyse dispense des **services de néphrologie et de suppléance rénale** à une clientèle de proximité et en soutien aux régions avoisinantes qui ne peuvent offrir ces services. À cet effet, il doit assurer la mise en place d'une équipe interdisciplinaire dédiée et se doter des installations physiques et matérielles nécessaires.
- Il est responsable des services de néphrologie et de suppléance rénale des unités satellites et mobiles ou des centres externes de dialyse et des patients traités par les divers modes de traitement à domicile.
  - Il s'assure de la mise en place d'un suivi clinique répondant aux besoins variés des personnes atteintes de maladies rénales. À cet effet, il apporte un soutien aux équipes cliniques locales de son territoire de desserte.
  - Il doit prévoir une capacité supplémentaire évaluée à 10 % de la capacité totale pour lui permettre de recevoir des personnes en provenance des autres milieux de dialyse qu'il dessert (unités satellites, mobiles ou centres externes), pour recevoir des personnes qui sont traitées à domicile ou pour traiter des cas aigus d'insuffisance rénale.
- b) Il dispense des **services de protection rénale** sur son territoire de desserte avec une équipe interdisciplinaire et soutient la personne dans la planification des services qui lui seront nécessaires ainsi que dans les démarches requises pour obtenir ces services en s'assurant de la participation de la personne et des proches aidants à son plan d'intervention.
- c) Il offre l'accès aux services pour la **création des abords vasculaires** et l'implantation d'un **cathéter de dialyse péritonéale** et aux examens de radiologie pour sa propre clientèle et celle des unités satellites, des unités mobiles ou pour les centres externes qu'il dessert dans le respect des délais médicalement acceptables ou en formalisant cet accès par des ententes de services avec un établissement détenant cette expertise.

##### B. Mandat relatif à la formation, à l'enseignement et à la recherche

- a) Le centre principal de dialyse contribue avec les centres universitaires à la formation et à la mise à jour des connaissances de l'équipe interdisciplinaire incluant les médecins de famille et les spécialistes qui traitent des personnes insuffisantes rénales.
- b) Il peut contribuer à la recherche clinique.

##### C. Mandat relatif au développement du continuum et à la coordination des services

- a) Le centre principal de dialyse est le milieu responsable de la coordination du continuum de services de son territoire de desserte.
- b) Il établit et formalise les ententes de services entre les unités satellites, les unités mobiles ou les centres externes et le centre principal de dialyse.
- c) Il assure la mise en place progressive du continuum de services tout en contribuant au fonctionnement optimal de ses diverses composantes.

- d) Il assume la responsabilité d'établir la concertation nécessaire à la consolidation et au développement des ressources requises par les personnes visées, que ce soit à domicile ou le plus près possible du lieu de résidence.
- e) Il préconise l'application de critères harmonisés quant aux modalités d'intervention afin d'assurer la fluidité des interventions effectuées auprès de cette clientèle.
- f) Il soutient son réseau en cas de rupture de services.

#### **5.4.2.2 Les clientèles desservies**

- Les personnes adultes de leur territoire de desserte atteintes de maladies rénales qui nécessitent des services de protection rénale, de suppléance rénale, des traitements pour une affection rénale, ou des milieux locaux qui n'offrent pas ces services et que les centres principaux de dialyse doivent soutenir.
- Les personnes adultes qui nécessitent des services pour la création des abords vasculaires et l'implantation d'un cathéter de dialyse péritonéale ainsi que des examens de radiologie qui doivent être organisés sur son territoire de desserte.
- Les enfants qui pèsent plus de 30 kg et les adolescents peuvent, par ailleurs, recevoir leurs traitements d'hémodialyse dans un centre principal de dialyse en présence d'un néphrologue sur place qui accepte de suivre la clientèle pédiatrique.

#### **RECOMMANDATION 20**

Étant donné que les centres principaux de dialyse ont sous leur responsabilité la formation des ressources humaines qui prennent part aux traitements de dialyse dans les unités satellites ou mobiles et dans les centres externes de dialyse, il est recommandé, d'une part, que le programme d'orientation et d'intégration en soins infirmiers qu'il faut avoir suivi pour occuper un nouveau poste dans ce domaine soit d'une durée maximale de quatre à six semaines et, d'autre part, que l'ensemble des établissements s'assure de mettre en place des conditions favorables (accès, mesures financières, etc.) à la formation continue pour l'ensemble des intervenants du programme.

#### **5.4.3 Les services en centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire**

Des services spéciaux pour traiter des personnes atteintes d'une maladie rénale qui ont des problèmes complexes ou des problèmes dont la prévalence est très faible sont offerts par des centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire. De tels centres ont l'avantage de réunir dans un même lieu des ressources spécialisées et des personnes ayant l'expertise requise pour traiter les patients présentant des troubles particuliers.

Les soins et les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales offerts dans les centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire peuvent être définis en fonction d'une série de critères :

- la complexité ou la faible prévalence des problèmes de santé ou sociaux;
- les caractéristiques des ressources qui nécessitent :
  - des compétences rares, des équipes très spécialisées;
  - des équipements surspécialisés et généralement très coûteux;
  - des techniques très complexes;
  - une infrastructure considérable;

- l'organisation des services qui demandent :
  - des liens étroits avec d'autres services spécialisés, par exemple le recours à des équipes spécialisées se trouvant dans un autre établissement du même territoire de desserte;
  - une concentration des services pour offrir des services de qualité à une clientèle restreinte;
  - une planification suprarégionale pour regrouper une masse critique de clientèle et ainsi offrir des services à un meilleur coût.

#### **5.4.3.1 Mandat des centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire**

##### **A. Mandat relatif à la prestation des services cliniques**

- a) En plus de répondre aux besoins des clientèles décrites plus haut et de dispenser des **services de néphrologie et de suppléance rénale** :
  - chaque centre principal de dialyse ayant une mission universitaire est responsable des services de néphrologie et de suppléance rénale des unités satellites, des unités mobiles ou des centres externes de dialyse et des patients traités par divers modes de traitement à domicile ainsi que des autres centres principaux de dialyse situés sur le territoire du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) auquel il appartient;
  - il s'assure de la mise en place d'un suivi clinique répondant aux besoins variés des personnes atteintes de maladies rénales qui habitent sur le territoire de son RUIS. À cet effet, il apporte un soutien aux équipes cliniques de son territoire de desserte;
  - il doit prévoir une capacité supplémentaire évaluée à 10 % de la capacité totale pour lui permettre de recevoir des personnes en provenance des autres milieux de dialyse qu'il dessert (unités satellites, unités mobiles, centres externes ou centres principaux de dialyse), des personnes traitées à domicile ou pour traiter des cas aigus d'insuffisance rénale.
- b) Il dispense des **services de protection rénale** sur son territoire de desserte avec une équipe interdisciplinaire, fait bénéficier les autres intervenants de son réseau du matériel de formation et d'information et soutient la personne dans la planification des services qui lui seront nécessaires ainsi que dans les démarches requises pour l'obtention de ces services en s'assurant de la participation de la personne et des proches aidants à son plan d'intervention.
- c) Il dispense les **services aux personnes nécessitant une greffe rénale**, c'est-à-dire les services se rapportant à l'évaluation et à la préparation à la greffe, à la chirurgie et au suivi post-greffe. Des ententes entre les différents établissements ayant une mission universitaire, notamment en ce qui a trait à des chirurgies complexes, peuvent favoriser l'accès au service de greffe.
- d) Il favorise la **mise en place d'un suivi clinique** répondant aux besoins variés des personnes. À cet effet, il apporte un soutien clinique aux ressources se situant en amont et en aval de sa propre intervention, le tout en soutien aux établissements de son réseau.

- e) Il offre le **soutien pour le développement des modes de dialyse à domicile**, que ce soit pour l'équipement requis (achats regroupés, entretien, adaptation du domicile), la formation ou le soutien clinique des milieux de son réseau ou par sa contribution à la mise en place d'une ligne téléphonique provinciale 24/7.
- f) Il participe à **l'élaboration des données** informatisées communes pour le Québec et à la définition d'indicateurs de performance à l'aide d'outils de mesure valides et fiables.
- g) Il s'implique dans les **activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention** innovateurs qui permettront d'améliorer la façon dont les personnes atteintes de maladies rénales sont prises en charge. Il assure une veille technologique permettant l'utilisation optimale des nouvelles technologies ou applications au domaine des maladies rénales.
- h) Il organise des **activités de transfert des connaissances** tirées notamment de guides de pratiques cliniques préparés par des organisations des quatre coins du monde, comme ceux du Kidney Disease Outcomes Quality Initiative de la National Kidney Foundation (NKF, KDOQI) et de la Société canadienne de néphrologie, qui sont les références pour la pratique clinique au Québec, en collaboration avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

#### **B. Mandat relatif à la formation, à l'enseignement et à la recherche**

- a) Chaque centre principal de dialyse ayant une mission universitaire offre des activités de formation, médicale et autres, visant le développement des connaissances de l'ensemble des intervenants du continuum sur la problématique globale de la clientèle atteinte d'une maladie rénale et sur les moyens d'intervention appropriés.
- b) Il soutient le développement d'un contenu de formation et d'information à l'intention des usagers et des proches aidants, particulièrement pour son réseau.
- c) Il élabore des protocoles d'intervention et voit à les faire connaître pour inciter les autres intervenants de son réseau à les utiliser.
- d) Il assure les activités d'enseignement, de formation continue et de soutien aux équipes médicales et aux autres intervenants concernés et susceptibles de traiter cette clientèle.
- e) Il préconise la réalisation d'activités de recherche clinique visant cette clientèle et les services qui lui sont offerts dans le but de mettre au point des standards de soins basés sur les dernières données probantes.
- f) Il participe au développement des connaissances susceptibles de guider les décideurs cliniques, administratifs et politiques dans l'amélioration de l'efficacité, du rapport coût-efficacité, de la qualité et de l'efficience ou de l'accessibilité aux services pour les personnes atteintes de maladies rénales.
- g) Il offre des stages de formation et des activités de recherche notamment pour les résidents et les « fellows » dans diverses disciplines médicales (ex. : néphrologie, radiologie d'intervention, etc.) et dans les autres disciplines concernées (ex. : soins infirmiers, nutrition clinique, travail social, psychologie, pharmacologie).
- h) Il participe à la recherche fondamentale et translationnelle liée aux maladies rénales.

### **C. Mandat relatif au développement du continuum et à la coordination des services**

- a) En concertation avec les autres centres principaux de dialyse de son territoire, le centre principal de dialyse ayant une mission universitaire participe à l'organisation des services dans le territoire de son RUIS, notamment en assumant la couverture médicale en néphrologie dans les milieux de dialyse de son réseau, le cas échéant.
- b) Il est responsable de la mise en place progressive du continuum de services tout en contribuant au fonctionnement optimal des diverses composantes de son réseau.
- c) Il assume, pour son réseau, la responsabilité d'établir la concertation nécessaire à la consolidation et au développement des ressources requises, que ce soit pour les traitements qui se font à domicile ou le plus près possible du lieu de résidence.
- d) Il préconise l'application de critères harmonisés quant aux modalités d'intervention afin d'assurer la fluidité des interventions effectuées.

#### **5.4.3.2 Les clientèles desservies**

- Les personnes adultes résidant sur leur territoire de desserte atteintes de maladies rénales qui nécessitent des services de protection rénale, de suppléance rénale, des traitements pour une affection rénale, ou dans les régions qui n'offrent pas ces services et qui ont besoin de soutien.
- Les personnes adultes et les enfants nécessitant une greffe rénale et ayant besoin de services d'évaluation et de préparation à la greffe, de chirurgie et de suivi post-greffe. Des ententes entre les différents centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire, notamment en ce qui a trait à des chirurgies complexes, peuvent favoriser l'accès au service de greffe.
- Les enfants qui pèsent 30 kg et moins doivent être traités et suivis dans un centre principal de dialyse ayant une mission universitaire pédiatrique par un néphrologue pédiatrique.
- Les enfants qui pèsent plus de 30 kg et les adolescents nécessitant un suivi sont aussi confiés à un néphrologue pédiatrique dans un centre principal de dialyse ayant une mission universitaire pédiatrique qui les voit tous les trois mois pour le bilan de croissance et l'évaluation ainsi que pour faire le suivi relatif à la liste de greffe.

#### **RECOMMANDATION 21**

Étant donné la responsabilité des centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire en ce qui concerne le soutien pour le développement des modes de dialyse à domicile, il est recommandé que ces centres contribuent à la mise en place d'une ligne téléphonique nationale 24/7 (anglais-français) et à la conception de matériel et d'outils permettant de répondre aux particularités de la clientèle.

### **RECOMMANDATION 22**

Étant donné la pertinence de favoriser l'élargissement et la mise à jour des connaissances des différents professionnels faisant partie des équipes traitantes en suppléance rénale, il est recommandé que les centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire définissent des contenus de formation qu'il serait prioritaire d'élaborer à cette fin, que ce soit dans le cadre de l'enseignement de base ou par l'entremise de programmes de résidence ou de stages s'adressant aux spécialistes des diverses disciplines appelés à intervenir auprès de cette clientèle.

### **RECOMMANDATION 23**

Compte tenu de la situation actuelle au Québec et du manque de complémentarité et d'interdépendance entre les diverses parties du système touchant les maladies rénales, il est recommandé que les services de néphrologie et de suppléance rénale soient hiérarchisés selon les divers milieux, tout en respectant les mandats qui leur sont dévolus. Cela étant établi, tous les partenaires d'un réseau demeurent conjointement et solidairement responsables de l'offre de service à la clientèle nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse dans un contexte de continuum de soins et de services.

## 6. LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE

Dans le contexte de l'implantation des orientations ministérielles en matière de protection et de suppléance rénales et compte tenu de l'importance d'actualiser les recommandations qu'elles comportent, il est préconisé d'assurer le suivi de l'implantation des orientations ministérielles en confiant un mandat spécifique en ce sens à une entité responsable des résultats à atteindre.

Un tel mandat pourrait être confié à une structure de gouvernance pour une durée de cinq ans. La création d'un comité stratégique d'implantation et de suivi des orientations ministérielles en matière de protection et de suppléance rénales revêt une importance capitale afin de nous assurer d'un fonctionnement optimal et adéquat. Ce comité devrait être mis en place rapidement.

Sous le leadership du MSSS et relevant de la Table nationale de coordination clinique (TNCC), ce comité serait composé notamment d'experts cliniques et interdisciplinaires ainsi que d'un représentant des usagers. S'ajouteraient à cette composition divers représentants exerçant des fonctions clinico-administratives à un niveau décisionnel. Le comité serait constitué d'un représentant de chacune des organisations suivantes :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (*Leadership ministériel*) :
  - Direction générale des services de santé et médecine universitaire;
- Ordres professionnels :
  - Collège des médecins du Québec;
  - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
  - Ordre professionnel des diététistes du Québec;
- Association des médecins spécialistes :
  - Association des néphrologues du Québec;
- Association des usagers :
  - Association générale des insuffisants rénaux;
- Établissements (centres hospitaliers universitaires [CHU]; centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux [CIUSSS]; centres intégrés de santé et de services sociaux [CISSS]; pour chaque territoire de RUIS (y compris un représentant de la clientèle enfant) (directeurs cliniques) :
  - Établissement du RUIS de l'Université Laval;
  - Établissement du RUIS de l'Université McGill;
  - Établissement du RUIS de l'Université de Montréal;
  - Établissement du RUIS de l'Université de Sherbrooke.

## **Mandat et responsabilités**

Ainsi, les hautes autorités du MSSS confient le mandat d'évaluation, de gouvernance clinique et de suivi au sujet de l'implantation des orientations ministérielles à cette structure de gouvernance.

Le comité stratégique d'implantation et de suivi des orientations ministérielles sera responsable nommément d'appuyer et de suivre activement les activités reliées à l'implantation des orientations ministérielles en matière de protection et de suppléance rénales. Pour ce faire, il aura globalement à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts aux personnes atteintes de maladies rénales, et il devra plus précisément :

- déterminer les outils de dissémination de l'information, de soutien et de vérification qui sont essentiels aux programmes;
- identifier les différentes cibles d'actions pour lesquelles chaque établissement devra élaborer un plan d'action triennal qui lui est propre;
- recueillir les plans d'action des divers établissements qui interviennent en protection et en suppléance rénales et les analyser;
- déposer un rapport d'analyse incluant des recommandations découlant des évaluations des plans proposés et accompagner le MSSS lors de la transmission des résultats aux instances concernées en vue de leur actualisation;
- fournir une analyse et faire les recommandations nécessaires à la lumière des résultats obtenus à partir, entre autres, du système de statistiques déterminé par le MSSS.

### **RECOMMANDATION 24**

Compte tenu de l'importance d'actualiser les recommandations issues des orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales, notamment en ce qui concerne les personnes nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse, il est recommandé que le MSSS mette en place une structure de gouvernance pour une durée de cinq ans et qu'il lui confie un mandat d'évaluation, de gouvernance clinique et de suivi au sujet de l'implantation des orientations ministérielles.

### **RECOMMANDATION 25**

Il est recommandé que des démarches soient effectuées auprès de la Direction des finances afin de faire les ajustements requis au manuel de gestion financière des établissements concernés par les mesures selon les orientations cliniques approuvées par le MSSS.

## 7. LES MODALITÉS D'ACTUALISATION PRÉCONISÉES

De par ses responsabilités, le MSSS doit établir les orientations en matière de politiques sociosanitaires. En conséquence, une des premières fonctions qui lui est dévolue est la planification dans une optique de gestion axée sur les résultats. Il a aussi la responsabilité de définir l'offre de service à rendre accessible à la population du Québec.

L'environnement actuel touchant l'organisation des soins et des services déjà mise en œuvre pour les personnes souffrant d'une maladie rénale ainsi que la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux démontrent que diverses modalités ont été enclenchées, sur les plans national et local.

Toute entreprise déployée à l'échelle nationale repose sur une vision d'ensemble. Voilà pourquoi il importe de se doter d'outils favorisant l'intégration verticale et horizontale des actions à accomplir pour traiter les personnes atteintes de maladies rénales, notamment les personnes nécessitant des services de protection ou de suppléance rénales par des traitements de dialyse, que ce soit sur le plan national ou dans chacun des territoires de desserte. Toutes les actions entreprises doivent tendre à la cohérence, à l'efficacité et à l'efficience. Ainsi, il convient tout d'abord de définir des cibles d'action globales pour assurer la concordance des actions sur tout le territoire du Québec afin que l'ensemble du réseau opère de façon organisée. Ces dernières devront par la suite se traduire sous une forme qui tiendra compte des réalités particulières de chacun des établissements du Québec et des besoins prioritaires caractérisant leur milieu.

L'élaboration des moyens à mettre en place est un travail exigeant, et nous croyons que cet exercice favorisera la mobilisation des diverses parties concernées.

### Rappel des principales étapes de réalisation

1. À la suite de l'approbation des *Orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales : paramètres d'organisation des services pour les personnes nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse* par les autorités du MSSS, le comité stratégique d'implantation et de suivi aura pour mandat de définir les cibles d'action prioritaires qui seront nécessaires à l'implantation des orientations pour une durée de trois ans, et cela, en tenant compte de la représentativité des divers acteurs concernés.
2. Les établissements seront informés des attentes du MSSS afin qu'ils lui soumettent un plan d'action triennal pour l'implantation des orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales. Ce plan d'action devra indiquer notamment les étapes d'implantation, les moyens utilisés, le partage de responsabilités, les échéanciers convenus et les mécanismes de contrôle du plan d'action.
3. Chaque établissement aura par la suite à élaborer son plan d'action triennal, puis à le déposer.
4. Les membres du comité stratégique d'implantation et de suivi des orientations ministérielles procéderont ensuite à l'analyse des plans d'action proposés par les établissements; ils élaboreront un rapport et formuleront des recommandations relativement à ces plans d'action; ils se rendront si nécessaire dans les établissements afin de compléter l'information contenue dans le dossier soumis.
5. Les plans d'action doivent être acceptés par le comité stratégique, et approuvés par la TNCC.
6. Chacun des établissements concernés met en œuvre son plan concernant les personnes atteintes de maladies rénales selon les modalités et les échéanciers convenus.
7. Les établissements déposent un rapport sur l'état d'avancement des actions ciblées dans le plan d'action triennal, puis le comité stratégique procède au suivi annuel.

**RECOMMANDATION 26**

Comme chaque organisation (CHU, CIUSSS et CISSS) est responsable de l'offre de service destinée aux personnes atteintes d'une maladie rénale, il est recommandé que chaque établissement mette en place un comité opérationnel relevant de la direction concernée selon l'organigramme de l'établissement. Ce comité sera responsable de l'élaboration du plan d'action triennal; il sera composé de représentants de l'équipe interdisciplinaire, néphrologues compris, doit voir à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services, et proposer des moyens pour atteindre les cibles ministérielles.

**RECOMMANDATION 27**

Comme chaque organisation (CHU, CIUSSS et CISSS) doit mieux partager et prendre en considération les préoccupations des patients atteints de maladies rénales et de leurs proches, il est recommandé d'inviter chaque centre de dialyse à mettre en place un comité composé de patients, de membres du personnel et de néphrologues.

## 8. RECOMMANDATIONS

Tout au cours des travaux du comité aviseur ministériel pour les personnes nécessitant des services de suppléance rénale par des traitements de dialyse, les discussions au sujet de certains constats, de données probantes ou concernant d'autres informations, ainsi que les échanges avec des cliniciens experts en la matière ont permis aux membres du comité d'élaborer des recommandations d'actions pertinentes à acheminer aux autorités du MSSS, comme le prévoit le mandat qui leur a été attribué.

1. Compte tenu du portrait de la situation au Québec, il est recommandé de faire un virage important pour améliorer l'ensemble des soins et des services destinés aux personnes atteintes d'une maladie rénale en privilégiant l'implication du patient et de ses proches tout en faisant valoir l'importance de la santé rénale, en encourageant les soins pour prévenir la progression d'une maladie rénale, en optimisant les soins en suppléance rénale et en augmentant l'usage de la dialyse autonome au cours des prochaines années.
2. Compte tenu de l'importance primordiale d'obtenir des données statistiques en vue de l'amélioration continue des services à la clientèle et dans une perspective de gestion clinico-administrative, il est recommandé de former un comité afin d'uniformiser les données statistiques des établissements, de déterminer les indicateurs pertinents et de proposer des avenues pour la compilation et la diffusion de l'information traitée.
3. Il est recommandé de consolider les services de **protection rénale** au Québec en assurant la présence d'équipes interdisciplinaires de protection rénale dans tous les centres principaux de dialyse. Une équipe devrait être composée du patient et des proches-aidants; de néphrologue; de soins infirmiers (infirmière praticienne / infirmière clinicienne / infirmière); de nutrition clinique; de pharmacie; de travail social; et de psychologie.
4. Il est recommandé de consolider également les services de **suppléance rénale** au Québec en assurant la présence d'équipes interdisciplinaires de suppléance rénale dans tous les centres offrant ces services. Une équipe devrait être composée du patient et des proches-aidants; de néphrologue; de soins infirmiers (infirmière praticienne / infirmière clinicienne / infirmière); de nutrition clinique; de pharmacie; de travail social; de psychologie et parfois de kinésiologie.
5. Afin de mieux représenter les formes de traitement et d'uniformiser la terminologie, il est recommandé de favoriser l'utilisation du terme *hémodialyse hospitalière* au lieu de *hémodialyse traditionnelle* et de cesser d'employer le terme *hémodialyse semi-autonome*, qui ne désigne pas le mode de traitement de façon précise.
6. Il est recommandé que l'Association des néphrologues du Québec (ANQ) soit consultée pour la planification des effectifs médicaux selon les mécanismes qui sont en place actuellement.
7. Étant donné qu'il existe des techniques pour installer des cathéters de dialyse péritonéale utilisant des plateaux techniques moins lourds qu'une salle d'opération (installation sous fluoroscopie par un radiologiste ou sous anesthésie locale par un néphrologue), il est recommandé que les centres hospitaliers supervisant les traitements de dialyse péritonéale aient accès à ces nouvelles techniques d'installation de cathéters péritonéaux, soit en développant localement cette expertise ou en formalisant cet accès par des ententes de services avec des établissements ayant cette expertise dans un contexte de continuum de soins et de services.
8. Il est recommandé que les centres principaux de dialyse évaluent leurs besoins et organisent les ressources en personnel et en plateaux techniques pour favoriser la création de fistules artérioveineuses comme abord vasculaire privilégié et assurer par la suite le suivi de ces fistules afin d'intervenir efficacement et précocement pour les maintenir en fonction.

9. Étant donné les nombreuses difficultés reliées au transport de la clientèle et compte tenu des différents acteurs qui interviennent dans le transport, il est recommandé de valider certaines composantes essentielles à un système de transport efficace et efficient par le développement de deux projets pilotes qui cibleraient un établissement d'une région urbaine et un autre établissement d'une région éloignée, toutes deux représentatives des caractéristiques populationnelles de la clientèle. Ces projets devraient faire appel aux meilleures pratiques dans le domaine et permettre d'en tirer les paramètres de base pour assurer un transport adéquat des patients.
10. Comme le budget consacré au transport varie d'un établissement à l'autre, il est recommandé de faire un inventaire des ressources allouées par chaque établissement au transport des personnes qui doivent accéder aux services d'hémodialyse, en vue d'uniformiser les critères de soutien à cet effet.
11. Il est recommandé de maintenir un temps de déplacement maximal de trois heures aller-retour, du domicile vers le lieu de traitement, pour accéder aux services d'hémodialyse.
12. Il est recommandé que le MSSS établisse des liens de collaboration avec le ministère des Transports du Québec afin de convenir de paramètres sur la priorisation de services de transport adaptés pour la clientèle nécessitant des services de suppléance rénale par des traitements de dialyse en établissements et qu'il voit à diffuser des paramètres aux différents transporteurs.
13. Étant donné qu'il est difficile d'avoir accès à des places dans une autre région lors de déplacements et comme il n'existe pas de système centralisé de gestion des demandes, il est recommandé de mettre en place un guichet unique pour gérer l'ensemble des demandes de ce type en vue de faire les liens avec les centres principaux de dialyse et de confier le mandat du guichet unique à l'AGIR.
14. Comme il est essentiel de maintenir un certain niveau de qualité de vie et de bien-être psychologique chez les personnes nécessitant des services de suppléance rénale, il est recommandé de voir à ce que les établissements puissent offrir des plages aux personnes lorsqu'elles se trouvent en dehors de la région où elles reçoivent habituellement leurs traitements.
15. Afin de favoriser l'atteinte des cibles ministérielles visant une augmentation significative des modes de traitement autonomes, il est recommandé d'identifier et de cibler les individus pouvant recevoir de la suppléance rénale autonome à domicile (hémodialyse ou dialyse péritonéale) selon les critères d'évaluation à cet effet (évaluation médicale, capacités fonctionnelles, capacités cognitives et langagières, facteurs environnementaux). Conséquemment, l'identification de ces personnes par les équipes interdisciplinaires et les personnes qui interviennent dans le continuum de soins et services devrait contribuer à atteindre cet objectif.
16. Compte tenu de l'importance de favoriser l'autonomie de la personne nécessitant des services de suppléance rénale tout au long du continuum de soins et de services, l'autogestion de ses soins et son adhésion à l'ensemble de ses traitements, il est recommandé d'impliquer la personne insuffisante rénale dans les décisions qui concernent sa santé et de la faire participer à son plan d'intervention. Pour atteindre ce but, il est nécessaire de fournir de l'information et d'offrir des activités de formation sur les modes de traitement autonomes et de s'assurer que l'information donnée aux patients soit suffisante et appropriée.

17. Il est recommandé que :
- d'ici quatre ans, soit 2019, 25 % des nouveaux patients soient traités par des modes de traitement autonomes;
  - d'ici dix ans, soit 2025, 40 % des nouveaux patients soient traités par des modes de traitement autonomes.
18. Comme le développement des services de suppléance rénale par des modes de traitement autonomes est priorisé, il est recommandé de promouvoir et d'appuyer l'utilisation d'autres ressources non professionnelles afin d'aider les personnes ayant recours à un mode de traitement autonome et de voir à intégrer les services de première ligne dans le continuum de services, notamment les soins à domicile en CLSC afin d'assister les personnes qui en ont besoin.
19. Afin d'assurer la continuité des services pour la clientèle visée, il est recommandé d'assurer l'intégration des services de première ligne requis entre autres pour la prévention, la prise en charge des stades préliminaires de l'insuffisance rénale chronique et pour les soins à domicile en CLSC dans le continuum de services.
20. Étant donné que les centres principaux de dialyse ont sous leur responsabilité la formation des ressources humaines qui prennent part aux traitements de dialyse dans les unités satellites ou mobiles et dans les centres externes de dialyse, il est recommandé, d'une part, que le programme d'orientation et d'intégration en soins infirmiers qu'il faut avoir suivi pour occuper un nouveau poste dans ce domaine soit d'une durée maximale de quatre à six semaines et, d'autre part, que l'ensemble des établissements s'assure de mettre en place des conditions favorables (accès, mesures financières, etc.) à la formation continue pour l'ensemble des intervenants du programme.
21. Étant donné la responsabilité des centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire en ce qui concerne le soutien pour le développement des modes de dialyse à domicile, il est recommandé que ces centres contribuent à la mise en place d'une ligne téléphonique nationale 24/7 (anglais-français) et à la conception de matériel et d'outils permettant de répondre aux particularités de la clientèle.
22. Étant donné la pertinence de favoriser l'élargissement et la mise à jour des connaissances des différents professionnels faisant partie des équipes traitantes en suppléance rénale, il est recommandé que les centres principaux de dialyse ayant une mission universitaire définissent des contenus de formation qu'il serait prioritaire d'élaborer à cette fin, que ce soit dans le cadre de l'enseignement de base ou par l'entremise de programmes de résidence ou de stages s'adressant aux spécialistes des diverses disciplines appelés à intervenir auprès de cette clientèle.
23. Compte tenu de la situation actuelle au Québec et du manque de complémentarité et d'interdépendance entre les diverses parties du système touchant les maladies rénales, il est recommandé que les services de néphrologie et de suppléance rénale soient hiérarchisés selon les divers milieux, tout en respectant les mandats qui leur sont dévolus. Cela étant établi, tous les partenaires d'un réseau demeurent conjointement et solidairement responsables de l'offre de service à la clientèle nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse dans un contexte de continuum de soins et de services.

24. Compte tenu de l'importance d'actualiser les recommandations issues des orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales, notamment en ce qui concerne les personnes nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse, il est recommandé que le MSSS mette en place une structure de gouvernance pour une durée de cinq ans et qu'il lui confie un mandat d'évaluation, de gouvernance clinique et de suivi au sujet de l'implantation des orientations ministérielles.
25. Il est recommandé que des démarches soient effectuées auprès de la Direction des finances afin de faire les ajustements requis au manuel de gestion financière des établissements concernés par les mesures selon les orientations cliniques approuvées par le MSSS.
26. Comme chaque organisation (CHU, CIUSSS et CISSS) est responsable de l'offre de service destinée aux personnes atteintes d'une maladie rénale, il est recommandé que chaque établissement mette en place un comité opérationnel relevant de la direction concernée selon l'organigramme de l'établissement. Ce comité sera responsable de l'élaboration du plan d'action triennal; il sera composé de représentants de l'équipe interdisciplinaire, néphrologues compris, doit voir à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services, et proposer des moyens pour atteindre les cibles ministérielles.
27. Comme chaque organisation (CHU, CIUSSS et CISSS) doit mieux partager et prendre en considération les préoccupations des patients atteints de maladies rénales et de leurs proches, il est recommandé d'inviter chaque centre de dialyse à mettre en place un comité composé de patients, de membres du personnel et de néphrologues.

## 9. CONCLUSION

À l'aide du présent document, le comité aviseur ministériel pour les personnes atteintes de maladies rénales a voulu, tout d'abord, faire un portrait de la situation actuelle au Québec tout en comparant les données avec celles d'autres provinces canadiennes, soit la Colombie-Britannique et l'Ontario. De plus, un état des problématiques liées, entre autres, à l'organisation actuelle des services notamment en ce qui concerne l'accès aux abords vasculaires et le transport, les modes de traitement utilisés ainsi que l'offre de service de protection et de suppléance rénales au niveau national a été réalisé.

Il importe de rappeler ici que l'objectif principal visé est l'amélioration des soins et des services pour les personnes atteintes de maladies rénales en privilégiant l'autonomie de la personne et sa participation. Pour une meilleure compréhension, les caractéristiques de la clientèle dans les différents milieux de suppléance rénale au Québec accompagnées de critères d'évaluation ont été définies.

Tout au long de la présente démarche, le comité a aussi tenté de centrer ses préoccupations sur les besoins particuliers des personnes atteintes de maladies rénales et sur leur autonomie en privilégiant l'implication du patient et de ses proches tout en faisant la promotion de la santé rénale, des soins pour prévenir la progression de la maladie rénale, de l'optimisation des soins et de l'augmentation de l'usage de la dialyse autonome au cours des prochaines années. Ces personnes doivent pouvoir accéder à des services de qualité ou aux autres services exigés par leur condition afin d'éviter une détérioration de leur état de santé.

Compte tenu des dernières données probantes en la matière, de l'état des pratiques actuelles de même que de l'organisation présente du réseau québécois en matière de maladies rénales, le comité aviseur propose une hiérarchisation des services en vue d'améliorer l'offre de service en protection et en suppléance rénales au Québec s'inscrivant dans un continuum de services à cette clientèle tout en tenant compte des nouvelles responsabilités attribuées aux CISSS et aux CIUSSS.

Précisons que même avec cet important niveau de complexité relative à la problématique des personnes nécessitant des services de protection et de suppléance rénales, la hiérarchisation des services préconisée devrait permettre une optimisation des soins et des services destinés à cette population.

Par ailleurs, la mise en place d'une structure de gouvernance ayant comme mandat l'évaluation, la gouvernance clinique et le suivi de l'implantation des orientations ministérielles devrait faciliter la mobilisation de tous les acteurs concernés autour d'un projet commun qui permettra d'améliorer la prestation actuelle du réseau, pour le plus grand bien des personnes visées.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Synthèse des objectifs visés en 2006

- La mise en place progressive du modèle de hiérarchisation de services de suppléance rénale par des traitements de dialyse selon un continuum de services défini, et ce, dans toutes les régions du Québec.
- Une organisation et une offre de service diversifiée favorisant le développement de l'autonomie et la responsabilisation de la personne atteinte, tout en respectant ses capacités.
- La détection précoce pour les clientèles ciblées (personnes qui souffrent d'hypertension artérielle [HTA], de diabète et d'hypercholestérolémie) et pour celles qui présentent des facteurs de risques cardiovasculaires associés (HTA, diabète, hypercholestérolémie, obésité, protéinurie pathologique, etc.).
- La mise en place au niveau local d'un projet clinique, entre autres, pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale de stade III (taux de filtration glomérulaire se situant entre 30 et 59).
- Le développement de services de dialyse péritonéale disposant au besoin de l'assistance d'une infirmière qui pourrait aider les personnes ayant de la difficulté à faire elles-mêmes leurs traitements.
- Un rehaussement de l'accès aux services de dialyse permettant d'atteindre une cible de 95 %.
- L'organisation des services d'hémodialyse au niveau local pour un nombre restreint de patients selon certains critères afin de leur éviter les longs déplacements.
- L'accès à une équipe interdisciplinaire comprenant un pharmacien, un nutritionniste et un travailleur social, pour les personnes qui reçoivent des traitements de dialyse et pour celles qui sont au stade IV et V de la dialyse.
- La mise en place d'une deuxième ligne de services spécialisés bien structurée en collaboration avec le niveau local.
- La consolidation des services au CSSS de Rimouski-Neigette pour lui permettre d'accomplir son rôle de centre hospitalier ayant une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale.
- L'accès, dans les centres hospitaliers ayant une mission régionale, aux services de chirurgie et aux examens de radiologie nécessaires à l'installation et au suivi des abords vasculaires lorsque ces services ne sont pas disponibles au niveau local.
- L'accès aux services de néphrologie et de suppléance rénale ainsi qu'à des activités de formation destinées aux intervenants et aux omnipraticiens dans les centres hospitaliers universitaires de chacun des RUIS en appui aux centres hospitaliers régionaux ayant une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale.
- Une tendance vers une compensation équitable des frais de transport pour les patients en hémodialyse et une harmonisation avec certains autres programmes des frais de transport au Québec.

## Annexe 2 : État de situation – Suppléance rénale – Septembre 2014

### Suppléance rénale État de situation-septembre 2014

Région	Établissements	Nbre d'installation de dialyse / établissement (identification)	TYPE SAT.PRINC.EXT.	ÉTAB. PRINC.	Nbre de stations (combo chaise + appareil) fonctionnelles par installation	Nbre de néphrologues en place	PEM EN 2014	Nbre de pts en hémodialyse traditionnelle en centre par installation	Nbre de pts en hémodialyse semi-autonome (HSA) par installation	Nbre de pts en hémodialyse à domicile par installation qui en est responsable	Nbre de pts en dialyse péritonéale (DP) par installation qui en est responsable
1	CSSSRN	CSSSRN	PRINC.		14	2	5	53	0	0	45
<b>Total 1</b>					<b>14</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>53</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>45</b>
2	CSSS Chicoutimi	CSSS Chicoutimi	PRINC.		21	5	6	75	0	2	58
2	CSSS Maria-Chapdelaine	CSSS Maria-Chapdelaine	SAT.	CSSS Chicoutimi	6	0	0	12	0	0	0
2	CSSS Cléophas-Claveau	CSSS Cléophas-Claveau									
2	CSSS Domaine-du-Roy	CSSS Domaine-du-Roy									
2	CSSS de Jonquière	CSSS de Jonquière									
2	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	CSSS Lac-Saint-Jean-Est									
<b>Total 2</b>					<b>27</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>87</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>58</b>
3	CHU de Québec	CHUQ-HDQ	PRINC.		57	14	15	239	38	15	62
3	CHU de Québec	PED-CHUQ-CHUL	PRINC.			2	2				
3	CSSS de Portneuf	Unité mobile-St-Raymond	SAT.	CHUQ-HDQ	5	0	0	8	0	0	0
3	CSSS Baie St-Paul	Unité mobile-St-Paul	SAT.	CHUQ-HDQ	5	0	0	8	0	0	0
<b>Total 3</b>					<b>67</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>255</b>	<b>38</b>	<b>15</b>	<b>62</b>
4	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	SAT.	CSSSTR-CHRTR	10	0	0	20	0	0	0
4	CSSS de Trois-Rivières	CSSS de Trois-Rivières	PRINC.		45	8	9	157	5	5	24
4	CSSS Drummond	CSSS Drummond	SAT.	CSSSTR-CHRTR	10	0	0	39	0	0	0
<b>Total 4</b>					<b>65</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>216</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>24</b>
5	CHUS	CHUS	PRINC.		31	10	10	101	0	15	25
5	CHUS	PED-CHUS	PRINC.			1	1				
5	CSSS de Memphrémagog	CSSS de Memphrémagog	SAT.	CHUS	9	0	0	15	1	0	0
<b>Total 5</b>					<b>40</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>116</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>25</b>

## Suppléance rénale

### État de situation-septembre 2014

Région	Établissements	Nbre d'installation de dialyse / établissement (identification)	TYPE SAT.PRINC.EXT.	ÉTAB. PRINC.	Nbre de stations (combo chaise + appareil) fonctionnelles par installation	Nbre de néphrologues en place	PEM EN 2014	Nbre de pts en hémodialyse traditionnelle en centre par installation	Nbre de pts en hémodialyse semi-autonome (HSA) par installation	Nbre de pts en hémodialyse à domicile par installation qui en est responsable	Nbre de pts en dialyse péritonéale (DP) par installation qui en est responsable
6	CHUM	CHUM -Notre-Dame	PRINC.		38	23	23	125	33	17	18
6	CHUM	CHUM -St-Luc	PRINC.		34	0	0	122	15	0	26
6	CHU-SAINTE-JUSTINE	PED-STE-JUSTINE	PRINC.		6	6	5	7	0	0	3
6	CUSM	Royal-Victoria	PRINC.		26	16	16	149	0	0	29
6	CUSM	Hôpital Général	EXT.		23	0	0	134	0	10	15
6	CUSM	PED-CHILDREN	PRINC.		6	6	5	3	0	0	4
6	Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	PRINC.		37	5	5	223	0	0	42
6	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	HMR-Pavillon Rachel-Tourigny	PRINC.		66	14	14	332	17	17	49
6	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	HSCM	PRINC.		27	11	11	161	40	5	13
6	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Bois-de-Boulogne	EXT.	HSCM	10	0	0				
6	Centre hospitalier de St. Mary	Centre hospitalier de St. Mary	PRINC.		17	3	3	77	7	0	15
6	Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île	Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île - 2 sites	PRINC.		28	4	3	119	0	0	1
6	Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest—Verdun	Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest—Verdun - CH	PRINC.		26	5	5	112	0	0	12
6	Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest—Verdun	Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest—Verdun - Manoir de Verdun	EXT.	Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest—Verdun	6	0	0	24	0	0	0
<b>Total 6</b>					<b>350</b>	<b>93</b>	<b>90</b>	<b>1588</b>	<b>112</b>	<b>49</b>	<b>227</b>
7	CSSS de Gatineau	CSSS de Gatineau-Hull	PRINC.		41	6	6	163	2	3	40
7	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	CSSSVG-Maniwaki	SAT.	CSSS de Gatineau	11	0	0	15	0	0	0
7	CSSS de Papineau	CSSSP-Buckingham	SAT.	CSSS de Gatineau	11	0	0	17	0	0	0
<b>Total 7</b>					<b>63</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>195</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>40</b>

## Suppléance rénale

### État de situation-septembre 2014

Région	Établissements	Nbre d'installation de dialyse / établissement (identification)	TYPE SAT.PRINC.EXT.	ÉTAB. PRINC.	Nbre de stations (combo chaise + appareil) fonctionnelles par installation	Nbre de néphrologues en place	PEM EN 2014	Nbre de pts en hémodialyse traditionnelle en centre par installation	Nbre de pts en hémodialyse semi-autonome (HSA) par installation	Nbre de pts en hémodialyse à domicile par installation qui en est responsable	Nbre de pts en dialyse péritonéale (DP) par installation qui en est responsable
8	CSSS de Rouyn-Noranda	CSSS de Rouyn-Noranda	SAT.	CSSS Saint-Jérôme	10	0	0	10	0	0	0
8	CSSS de la Vallée-de-l'Or	CSSS de la Vallée-de-l'Or	SAT.	CSSS de Laval - CSL	12	0	2	31	0	0	0
8	CSSS du Témiscamingue	CSSS du Témiscamingue	SAT.	CSSS Saint-Jérôme	5	0	0	8	0	0	0
8	CSSS des Aurores- Boréales	CSSS des Aurores- Boréales	SAT.	CSSS Saint-Jérôme	10	0	0	10	0	0	0
<b>Total 8</b>					<b>37</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>59</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
9	CSSS de Sept-Îles	CSSS de Sept-Îles	SAT.	CHUQ-HDQ	4	0	2	12	0	0	0
<b>Total 9</b>					<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
10	CRSSS de la Baie-James	CRSSS de la Baie-James	SAT.	CUSM	5	0	0	20	8	0	0
<b>Total 10</b>					<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
11	CSSS du Rocher-Percé	CSSS du Rocher-Percé	SAT.	CSSS de Rimouski-Neigette	4	0	0	8	0	0	0
<b>Total 11</b>					<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
12	CSSS de la région de Thetford	CSSS de la région de Thetford	EXT.	CHUQ-HDQ	7	0	0	15	0	0	0
12	CSSS de Beauce	Beauce	SAT.	CHUQ-HDQ	8	0	0	16	0	0	0
12	CSSS de Montmagny-L'Islet	Montmagny	SAT.	CHUQ-HDQ	6	0	0	12	0	0	0
12	CSSS Alphonse-Desjardins	CSSS Alphonse-Desjardins-Hôtel-Dieu de Lévis	PRINC.		24	2	5	88	0	0	31
<b>Total 12</b>					<b>45</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>131</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>31</b>
13	CSSS de Laval	CSSS de Laval -CSL	PRINC.		31	9	9	179	4	0	0
13	CSSS de Laval	CARL-Centre ambulatoire	EXT.	CSSS de Laval-CSL	14	0	0	22	30	15	43
<b>Total 13</b>					<b>45</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>201</b>	<b>34</b>	<b>15</b>	<b>43</b>
14	CSSSSL	CSSSSL-HPLG	SAT.	CSSSNL	24	0	0	86	6	0	0
14	CSSSNL	CSSSNL-CHRD	PRINC.		22	8	8	102	0	0	20
<b>Total 14</b>					<b>46</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>188</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>20</b>

## Suppléance rénale

### État de situation-septembre 2014

Région	Établissements	Nbre d'installation de dialyse / établissement (identification)	TYPE SAT.PRINC.EXT.	ÉTAB. PRINC.	Nbre de stations (combo chaise + appareil) fonctionnelles par installation	Nbre de néphrologues en place	PEM EN 2014	Nbre de pts en hémodialyse traditionnelle en centre par installation	Nbre de pts en hémodialyse semi-autonome (HSA) par installation	Nbre de pts en hémodialyse à domicile par installation qui en est responsable	Nbre de pts en dialyse péritonéale (DP) par installation qui en est responsable
15	CSSS Saint-Jérôme-Centre régional	CSSS Saint-Jérôme -CH	PRINC.		30	6	7	178	0	10	22
15	CSSS Antoine-Labelle	CSSS Antoine-Labelle - CH	SAT.	CSSS Saint-Jérôme-Centre régional	10	0	0	34	0	0	0
<b>Total 15</b>					<b>40</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>212</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>22</b>
16	CSSS du Suroît	CSSS du Suroît	SAT.	CHUM	15	1	2	73	11	0	18
16	Hôpital Charles-LeMoyne	Centre externe Saint-Lambert	EXT.	Hôpital Charles-LeMoyne	15	0	0	0	93	3	42
16	Hôpital Charles-LeMoyne	Centre externe Greenfield Park	EXT.	Hôpital Charles-LeMoyne	20	0	0	0	119	0	0
16	Hôpital Charles-LeMoyne	Hôpital Charles-LeMoyne	PRINC.		25	8	8	115	0	0	0
16	CH de Granby	CH de Granby	SAT.	CSSS Haut-Richelieu - Rouville	12	0	0	59	0	0	0
16	CSSS Haut-Richelieu - Rouville	CSSS Haut-Richelieu - Rouville	PRINC.		21	6	6	107	18	0	17
16	CSSS Richelieu Yamaska	CSSS Richelieu Yamaska	PRINC.		40	4	4	95	0	0	14
16	CSSS Pierre-De Saurel	CSSS Pierre-De Saurel	PRINC.		11	1	1	53	0	0	0
<b>Total 16</b>					<b>159</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>502</b>	<b>241</b>	<b>3</b>	<b>91</b>
<b>Total général</b>					<b>1011</b>	<b>186</b>	<b>198</b>	<b>3843</b>	<b>447</b>	<b>117</b>	<b>688</b>

### Annexe 3 : Patients prévalents au STIR selon le lieu de résidence (année civile)

PROV	Mode de traitement	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
QC	Total Dialyse péritonéale	636	584	599	599	587	595	612	638	589	573
QC	Total Hémodialyse	2 877	3 021	3 185	3 308	3 519	3 668	3 782	3 853	3 853	3 838
QC	Total général	3 513	3 605	3 784	3 907	4 106	4 263	4 394	4 491	4 442	4 411

© 2013, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

(1) Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) (ICIS).

## Annexe 4 : Plan d'effectifs médicaux en spécialité en date du 20 novembre 2014

Région	Établissement	Spécialité	PEM 2014	Effectifs en place	Postes vacants	PEM 2015
01 BAS-SAINT-LAURENT	CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE	néphrologie	5	2	3	5
Total 01 BAS-SAINT-LAURENT			5	2	3	5
02 SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	CSSS DE CHICOUTIMI	néphrologie	6	5	1	7
Total 02 SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN			6	5	1	7
03 CAPITALE-NATIONALE	CHUQ	néphrologie	15	14	1	15
		néphrologie pédiatrique	2	2	0	2
	IUCPO	néphrologie	4	4	0	4
Total 03 CAPITALE-NATIONALE			21	20	1	21
04 MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC	CSSS DE TROIS-RIVIÈRES	néphrologie	9	8	1	9
Total 04 MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC			9	8	1	9
05 ESTRIE	CHUS	néphrologie	10	10	0	10
		néphrologie pédiatrique	1	1	0	1
Total 05 ESTRIE			11	11	0	11
06 MONTRÉAL	CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	néphrologie	3	3	0	3
	CHU SAINTE-JUSTINE	néphrologie pédiatrique	5	6	0	5
	CHUM	néphrologie	23	23	0	23
	CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE	néphrologie	3	4	0	3
	CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN	néphrologie	5	5	0	5
	CUSM	néphrologie	16	16	0	16
		néphrologie pédiatrique	5	6	0	5
	HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL	néphrologie	11	11	0	11
	HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	néphrologie	14	14	0	14
	HPITAL SANTA CABRINI	néphrologie	1	0	1	1
HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS	néphrologie	5	5	0	5	
Total 06 MONTRÉAL			91	93	1	91

Région	Établissement	Spécialité	PEM 2014	Effectifs en place	Postes vacants	PEM 2015
07 OUTAOUAIS	CSSS DE GATINEAU	néphrologie	6	6	0	6
Total 07 OUTAOUAIS			6	6	0	6
08 ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CSSS VALLÉE-DE-L'OR	néphrologie	2	0	2	2
Total 08 ABITIBI-TÉMISCAMINGUE			2	0	2	2
09 CÔTE-NORD	ENVELOPPE RÉGIONALE	néphrologie	2	0	2	2
Total 09 CÔTE-NORD			2	0	2	2
12 CHAUDIÈRE-APPALACHES	CSSS ALPHONSE-DESJARDINS	néphrologie	5	2	3	6
Total 12 CHAUDIÈRE-APPALACHES			5	2	3	6
13 LAVAL	CSSS DE LAVAL	néphrologie	9	9	0	9
Total 13 LAVAL			9	9	0	9
14 LANAUDIÈRE	CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE	néphrologie	8	8	0	10
Total 14 LANAUDIÈRE			8	8	0	10
15 LAURENTIDES	CSSS DE SAINT-JÉRÔME	néphrologie	7	6	1	7
Total 15 LAURENTIDES			7	6	1	7
16 MONTÉRÉGIE	CSSS CHAMPLAIN-CHARLES-LE MOYNE	néphrologie	8	8	0	8
	CSSS DU SUROÏT	néphrologie	2	1	1	2
	CSSS HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE	néphrologie	6	6	0	7
	CSSS JARDINS-ROUSSILLON	néphrologie	3	0	3	3
	CSSS PIERRE-DE SAUREL	néphrologie	1	1	0	1
	CSSS RICHELIEU-YAMASKA	néphrologie	4	4	0	4
Total 16 MONTÉRÉGIE			24	20	4	25
Total général			206	190	19	211

## Annexe 5 : Évolution du nombre de personnes en dialyse au Québec selon la modalité de traitement

<b>Hémodialyse</b>			
<b>Année</b>	<b>Nbre de personnes</b>	<b>Augmentation (Nbre de personnes additionnelles par rapport à l'année précédente)</b>	<b>% d'augmentation (par rapport à l'année précédente)</b>
<b>2004</b>	3 177	0	0,00
<b>2005</b>	3 443	266	8,37
<b>2006</b>	3 503	60	1,74
<b>2007</b>	3 706	203	5,80
<b>2008</b>	3 826	120	3,24
<b>2009</b>	3 993	167	4,36
<b>2010</b>	4 083	90	2,25
<b>2011</b>	4 179	96	2,35
<b>2012</b>	4 259	80	1,91
<b>2013</b>	4 384	125	2,93
<b>2014</b>	4 587	203	4,63
<b>% augmentation en 10 ans de 2004 à 2014</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>44,38</b>
<b>% augmentation en 5 ans de 2009 à 2014</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14,88</b>

<b>Dialyse péritonéale</b>			
<b>Année</b>	<b>Nbre de personnes</b>	<b>Augmentation (Nbre de personnes additionnelles par rapport à l'année précédente)</b>	<b>% d'augmentation (par rapport à l'année précédente)</b>
<b>2004</b>	569	0	0,00
<b>2005</b>	641	72	12,65
<b>2006</b>	623	-18	-2,81
<b>2007</b>	611	-12	-1,93
<b>2008</b>	644	33	5,40
<b>2009</b>	675	31	4,81
<b>2010</b>	649	-26	-3,85
<b>2011</b>	618	-31	-4,78
<b>2012</b>	633	15	2,43
<b>2013</b>	639	6	0,95
<b>2014</b>	665	26	4,07
<b>% augmentation en 10 ans de 2004 à 2014</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16,87</b>
<b>% augmentation en 5 ans de 2009 à 2014</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-1,48</b>

<b>Total</b>			
<b>Année</b>	<b>Nbre de personnes</b>	<b>Augmentation (Nbre de personnes additionnelles par rapport à l'année précédente)</b>	<b>% d'augmentation (par rapport à l'année précédente)</b>
<b>2004</b>	3 746	0	0,00
<b>2005</b>	4 084	338	9,02
<b>2006</b>	4 126	42	1,03
<b>2007</b>	4 317	191	4,63
<b>2008</b>	4 470	153	3,54
<b>2009</b>	4 668	198	4,43
<b>2010</b>	4 732	64	1,37
<b>2011</b>	4 797	65	1,37
<b>2012</b>	4 892	95	1,98
<b>2013</b>	5 023	131	2,68
<b>2014</b>	5 252	229	4,56
<b>% augmentation en 10 ans de 2004 à 2014</b>	0	0	40,20
<b>% augmentation en 5 ans de 2009 à 2014</b>	0	0	12,51

Source : Données AS-478 (31 mars 2014, données préliminaires). Les données pour les régions 17 et 18 ne sont pas saisies dans le rapport statistique.

Produit par : Direction de la gestion intégrée de l'information, DGCRM, MSSS.

**Annexe 6 : Les caractéristiques de la clientèle dans les différents milieux de suppléance rénale au Québec**

# LES CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX DE SUPPLÉANCE RÉNALE AU QUÉBEC

Avril 2015

## Introduction

Les orientations ministérielles en ce qui a trait à la suppléance rénale par des traitements de dialyse préconisent une approche basée sur les besoins et sur l'autonomie de la personne; en outre, elles favorisent, lorsque l'état de santé du patient le permet, un rapprochement des services du lieu de résidence de ce dernier.

Dans une optique d'organisation de services visant l'ensemble de la clientèle nécessitant des services de dialyse, et compte tenu des particularités du territoire du Québec, divers milieux se sont développés en fonction des besoins de la clientèle et de son niveau d'autonomie, mais aussi en fonction de l'organisation des services déjà en place et des ressources disponibles.

À ce titre, il apparaît essentiel de bien circonscrire, d'une part, les caractéristiques de la clientèle selon son degré d'autonomie ainsi que les modalités de traitement possibles et, d'autre part, les divers milieux pouvant offrir ces services à ces personnes.

### A. Critères d'évaluation des candidats pouvant être traités par hémodialyse à domicile (HDD)

Le patient doit être en mesure d'effectuer ses traitements lui-même ou avec l'aide d'une personne significative ou avec l'assistance d'un non-professionnel en mesure de faire les manœuvres techniques et d'offrir la surveillance requise. Le suivi est assuré par une équipe interdisciplinaire dans un centre de dialyse. La fréquence et la durée de l'HDD et le moment où elle a lieu dépendent de l'ordonnance médicale et du patient lui-même. Cela permet plus de flexibilité pour le patient qu'en milieu hospitalier.

#### Évaluation médicale

Être cliniquement stable et avoir des hémodialyses sans incident récurrent. Les critères suivants sont en général nécessaires pour viser l'hémodialyse autonome :

- avoir un abord vasculaire fiable.
- ne pas avoir de chute de tension artérielle (TA) pendant les traitements de dialyse.
- avoir des besoins de retrait de volume (élimination du surplus liquidien) qui sont raisonnables pour la condition du patient.
- ne pas avoir régulièrement certains symptômes (étourdissements, nausées, vomissements, crampes) pendant les traitements.

#### Capacités fonctionnelles

- Être capable de se déplacer.
- Ne pas avoir de handicap physique nuisant à la capacité de faire l'hémodialyse.
- Être capable de transporter un poids de 4 kg.
- Être capable de lever ses bras au-dessus de ses épaules pour accrocher des solutés.
- Avoir une bonne dextérité.
- Avoir une bonne vision.

### Capacités cognitives et langagières

- Être capable de retenir des informations et de faire de nouveaux apprentissages ou pouvoir compter sur une personne significative ou sur l'assistance d'un non-professionnel en mesure de faire les manœuvres techniques et d'offrir la surveillance requise.
- Ne pas avoir de déficits cognitifs.
- Avoir une connaissance suffisante de la langue française ou de la langue anglaise.

### Facteurs environnementaux

- Habiter dans un endroit où se trouve un espace de rangement suffisant pour y placer le matériel.
- Avoir accès à de l'eau de bonne qualité pour alimenter le générateur pour l'hémodialyse à domicile. Il faut être particulièrement prudent quand l'eau vient d'un puits.
- Établir un lien avec Hydro-Québec afin que cet organisme puisse aviser les usagers de tout débranchement programmé du service d'électricité dans leur milieu ainsi qu'avec leur municipalité pour être avisé de tout débranchement programmé du service d'aqueduc local, et ce, dans le but de planifier adéquatement les traitements.

Pour qu'un patient puisse faire des traitements d'hémodialyse à domicile, il doit obligatoirement satisfaire à ces critères.

### B. Critères d'évaluation des candidats pouvant être traités par dialyse péritonéale (DP) à domicile

Le patient doit être en mesure d'effectuer ses traitements de DP lui-même ou avec l'aide d'une personne significative ou avec l'assistance d'un non-professionnel en mesure de faire les manœuvres techniques et d'offrir la surveillance requise. Un suivi doit être assuré par une équipe interdisciplinaire dans un centre de dialyse. Le patient gère lui-même la fréquence et la durée du traitement à domicile et le moment où a lieu ce traitement, en respectant une ordonnance médicale. Ce mode de traitement est relativement simple et peut être offert même dans des environnements variés et minimalistes. Si le mode de dialyse est automatisé en fonction de caractéristiques du patient, celui-ci doit aussi être en mesure de faire le traitement manuellement par mesure de sécurité pour faire face notamment à une panne d'électricité.

### Évaluation médicale

#### **Contre-indications absolues**

- Perte de fonction péritonéale documentée.
- Adhérences abdominales importantes.
- Problèmes abdominaux mécaniques incorrigibles : hernies importantes, hernie diaphragmatique, omphalocèles, anomalies graves de la paroi abdominale.

### **Contre-indications relatives**

- Fuites péritonéales.
- Obésité morbide.
- Malnutrition grave.
- Maladie ischémique ou inflammatoire de l'intestin.
- Maladie respiratoire grave exacerbée par une augmentation de la pression abdominale.

### **Capacités fonctionnelles**

- Être capable de transporter un poids de 2 à 5 kg (poches de dialysat).
- Avoir une bonne dextérité.
- Avoir une bonne vision.

### **Capacités cognitives et langagières**

- Être capable de retenir des informations et de faire de nouveaux apprentissages ou pouvoir compter sur une personne significative ou sur l'assistance d'un non-professionnel en mesure de faire les manœuvres techniques et d'offrir la surveillance requise.
- Ne pas avoir de déficits cognitifs graves.
- Avoir une connaissance suffisante de la langue française ou de la langue anglaise.

### **Facteurs environnementaux**

- Habiter dans un endroit où se trouve un espace de rangement suffisant pour y placer le matériel.

**Un aidant naturel est toujours un atout pour faire un traitement de dialyse à domicile, mais ce n'est pas requis.**

## **C. Caractéristiques des différents milieux permettant de recevoir la clientèle dialysée en unité satellite ou en centre externe**

La délocalisation des services de dialyse hors du milieu hospitalier démedicalise ces services et favorise le maintien optimal de l'autonomie de l'utilisateur.

Les traitements d'hémodialyse offerts en unité satellite ou en centre externe s'adressent généralement à des personnes stables, qui sont traitées sans complication et qui ont les caractéristiques suivantes :

- elles ont peu de facteurs de comorbidités;
- elles ont peu de complications médicales pendant les traitements de dialyse;
- elles ne répondent pas aux critères d'évaluation pour recourir à un mode de traitement autonome;

- elles peuvent être mises à contribution dans la mesure de leurs capacités, ce qui contribue à leur donner une meilleure qualité de vie.

Les services offerts dans ces milieux doivent favoriser l'auto-prise en charge et la responsabilité du patient. Ils doivent permettre aux patients traités d'atteindre la plus grande autonomie possible au sein de ces unités ou de ces centres externes et même encourager un transfert éventuel vers la dialyse à domicile quand cela est possible.

#### a. Hémodialyse en unité satellite (HDUS)

- Les services sont offerts dans un milieu hospitalier qui a besoin du soutien des néphrologues consultants à distance.
- Les unités satellites dépendent d'un centre principal de dialyse pour la couverture médicale en néphrologie et pour le transfert des patients qui ont des complications au moment des traitements de dialyse.
- L'hémodialyse en unité satellite est offerte par une équipe interdisciplinaire locale qui se trouve à proximité pour desservir ce type de clientèle et seul le néphrologue du centre principal de dialyse peut se déplacer au besoin.
- L'hémodialyse en unité satellite demande l'assistance d'une équipe interdisciplinaire sur place.
- Les néphrologues font parfois des consultations ou des examens à distance (télé néphrologie).
- Les internistes des milieux hospitaliers où sont localisées les unités satellites sont parfois appelés à intervenir auprès des patients en dialyse.

#### b. Hémodialyse en centre externe (HDCE)

- Les services d'hémodialyse en centre externe sont généralement offerts hors du milieu hospitalier de courte durée et peuvent être développés dans des édifices commerciaux ou encore en centre hospitalier de soins de longue durée.
- Les centres externes dépendent du centre principal de dialyse qui a délocalisé le service, le plus souvent à proximité, tant pour la couverture médicale, le soutien de l'équipe interdisciplinaire en néphrologie que pour le transfert des patients qui ont des complications au moment des traitements de dialyse.
- L'hémodialyse en centre externe demande l'assistance d'une équipe interdisciplinaire qui se déplace du centre principal de dialyse vers le centre externe.

### D. Caractéristiques du milieu hospitalier permettant de recevoir la clientèle dialysée en centre principal de dialyse

- Le traitement d'hémodialyse offert en centre principal de dialyse s'adresse généralement à des patients dont la condition est plus instable, c'est-à-dire :
  - qui peuvent avoir plusieurs facteurs de comorbidités;
  - qui peuvent avoir des complications médicales fréquentes pendant les traitements de dialyse;
  - qui ne répondent pas aux critères d'évaluation pour recourir à un mode de traitement autonome;
  - qui peuvent nécessiter les services de l'hôpital pour bien recevoir leurs traitements de dialyse.

- L'hémodialyse hospitalière (HDH) est effectuée en centre hospitalier nommé centre principal de dialyse.
- Cette modalité de traitement demande l'assistance d'une équipe interdisciplinaire sur place pour desservir ce type de clientèle à cause de leurs besoins nombreux et complexes.
- Le patient a besoin de certains plateaux techniques d'un milieu hospitalier à proximité immédiate.
- Les centres principaux de dialyse, qui desservent des unités satellites, des centres externes, des patients à domicile ou des personnes pouvant avoir des besoins imprévisibles en dialyse aiguë, doivent prévoir des espaces disponibles pour accueillir, en cas de besoin, ces patients dans le milieu hospitalier.
- De plus, en centre hospitalier universitaire, les centres principaux de dialyse offrent des services d'hémodialyse hospitalière, mais aussi des services de transplantation (greffes), ainsi que ce qui est rattaché à leur mission universitaire (enseignement, recherche, évaluation des nouvelles technologies, etc.).

### À domicile

- Hémodialyse à domicile : clientèle stable et autonome
- Dialyse péritonéale : clientèle stable et autonome

### Unités satellites de dialyse

- Hémodialyse en unités satellites : clientèle stable ayant une certaine autonomie

### Centres externes de dialyse

- Hémodialyse en centres externes : clientèle stable ayant une certaine autonomie

### Centres principaux de dialyse

- Hémodialyse hospitalière : clientèle plus instable et non autonome

## RÉPARTITION DES DIVERS TYPES DE CENTRES DE DIALYSE DESTINÉS AUX PERSONNES ATTEINTES D'INSUFFISANCE RÉNALE DANS CHACUNE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

RÉGIONS	CENTRES PRINCIPAUX	CENTRES EXTERNES	UNITÉS SATELLITES OU UNITÉS MOBILES	DOMICILE
<b>01 Bas-Saint-Laurent</b>	<input type="checkbox"/> CISSS du Bas-Saint-Laurent – Hôpital régional de Rimouski (HDH)			<input type="checkbox"/> CISSS du Bas-Saint-Laurent – Hôpital régional de Rimouski (DP)
<b>02 Saguenay– Lac-Saint-Jean</b>	<input type="checkbox"/> CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean – Hôpital de Chicoutimi (HDH)		<input type="checkbox"/> CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean – Hôpital de Dolbeau-Mistassini (HDUS)	<input type="checkbox"/> CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean – Hôpital de Chicoutimi (DP-HDD)
<b>03 Capitale-Nationale</b>	<input type="checkbox"/> CHU de Québec – Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval ( <i>pédiatrique</i> ) (HDH) <input type="checkbox"/> CHU de Québec – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec (HDH)		<input type="checkbox"/> CIUSSS de la Capitale-Nationale – Hôpital de Baie-Saint-Paul (HDUM) <input type="checkbox"/> CIUSSS de la Capitale-Nationale – Hôpital régional de Portneuf (HDUM)	<input type="checkbox"/> CHU de Québec – Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval ( <i>pédiatrique</i> ) (DP) <input type="checkbox"/> CHU de Québec – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec (DP-HDD)
<b>04 Mauricie et Centre-du-Québec</b>	<input type="checkbox"/> CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Pavillon Sainte-Marie (HDH)		<input type="checkbox"/> CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Hôtel-Dieu d'Arthabaska (HDUS) <input type="checkbox"/> CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Hôpital Sainte-Croix (HDUS)	<input type="checkbox"/> CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Pavillon Sainte-Marie (DP-HDD)
<b>05 Estrie</b>	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Estrie – CHUS - Hôpital Fleurimont ( <i>adulte et pédiatrique</i> ) (HDH)		<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Estrie – CHUS – CSSS de Memphrémagog (HDUS)	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Estrie – CHUS – Hôpital Fleurimont (DP-HDD)

Légende : (HDH) hémodialyse hospitalière; (HDCE) hémodialyse en centre externe; (HDUS) hémodialyse en unité satellite; (HDUM) hémodialyse en unité mobile; (HDD) hémodialyse à domicile; (DP) dialyse péritonéale.

RÉGIONS	CENTRES PRINCIPAUX	CENTRES EXTERNES	UNITÉS SATELLITES OU UNITÉS MOBILES	DOMICILE
<b>06 Montréal</b>	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier de l'Université de Montréal <input type="checkbox"/> Hôpital Notre-Dame (HDH) <input type="checkbox"/> Hôpital Saint-Luc (HDH)	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier de l'Université de Montréal <input type="checkbox"/> rue de Gaspé		<input type="checkbox"/> Centre hospitalier de l'Université de Montréal <input type="checkbox"/> Hôpital Notre-Dame (DP-HDD) <input type="checkbox"/> Hôpital Saint-Luc (DP-HDD)
	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal - Hôpital général du Lakeshore (HDH)			<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital général du Lakeshore (HDD)
	<input type="checkbox"/> CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital de Verdun (HDH)	<input type="checkbox"/> CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Manoir de Verdun (HDCE)		<input type="checkbox"/> CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital de Verdun (DP)
	<input type="checkbox"/> Centre universitaire de santé McGill <input type="checkbox"/> Site Glen (HDH)  <input type="checkbox"/> <i>Hôpital de Montréal pour enfants (HDH)</i>	<input type="checkbox"/> Centre universitaire de santé McGill <input type="checkbox"/> Hôpital général de Montréal (HDCE) <input type="checkbox"/> Site Lachine (HDCE)		<input type="checkbox"/> Centre universitaire de santé McGill <input type="checkbox"/> Hôpital général de Montréal (DP-HDD) <input type="checkbox"/> Site Lachine (DP-HDD) <input type="checkbox"/> Hôpital de Montréal pour enfants (DP-HDD)
	<input type="checkbox"/> CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HDH)	<input type="checkbox"/> CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal-Bois-de-Boulogne (HDCE)		<input type="checkbox"/> CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (DP-HDD)
	<input type="checkbox"/> CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis – Hôpital général juif (HDH)			<input type="checkbox"/> CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis – Hôpital général juif (DP)

Légende : (HDH) hémodialyse hospitalière; (HDCE) hémodialyse en centre externe; (HDUS) hémodialyse en unité satellite; (HDUM) hémodialyse en unité mobile; (HDD) hémodialyse à domicile; (DP) dialyse péritonéale.

RÉGIONS	CENTRES PRINCIPAUX	CENTRES EXTERNES	UNITÉS SATELLITES OU UNITÉS MOBILES	DOMICILE
<b>06 Montréal</b>	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Centre hospitalier de St. Mary (HDH)			<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Centre hospitalier de St. Mary (DP)
	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HDH)			<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Maisonneuve-Rosemont (DP-HDD)
	<input type="checkbox"/> <i>Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (HDH)</i>			<input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (DP)
<b>07 Outaouais</b>	<input type="checkbox"/> CISSS de l'Outaouais – Hôpital de Hull (HDH)		<input type="checkbox"/> CISSS de l'Outaouais – Hôpital de Maniwaki (HDUS) <input type="checkbox"/> CISSS de l'Outaouais – Hôpital de Papineau (HDUS)	<input type="checkbox"/> CISSS de l'Outaouais – Hôpital de Hull (DP-HDD)
<b>08 Abitibi-Témiscamingue</b>	<input type="checkbox"/> CISSS des Laurentides – Hôpital régional de Saint-Jérôme (région 15)		<input type="checkbox"/> CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue – CSCD La Sarre (HDUS) <input type="checkbox"/> CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue – Hôpital de Rouyn-Noranda(HDUS) <input type="checkbox"/> CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue – Pavillon Sainte-Famille (HDUS)	<input type="checkbox"/> CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue – Hôpital de Rouyn-Noranda(DP)
	<input type="checkbox"/> CISSS de Laval – Hôpital Cité-de-la-Santé (région 13)		<input type="checkbox"/> CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue – Hôpital et CLSC de Val-d'Or (HDUS)	<input type="checkbox"/> CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue – Hôpital et CLSC de Val-d'Or (DP)
<b>09 Côte-Nord</b>	<input type="checkbox"/> CHU de Québec – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec (région 03)		<input type="checkbox"/> CISSS de la Côte-Nord – Hôpital de Sept-Îles (HDUS)	
<b>10 Nord-du-Québec</b>	<input type="checkbox"/> Centre universitaire de santé McGill (région 06)		<input type="checkbox"/> Centre régional de santé et de services sociaux (CRSSS) de la Baie-James – Centre de santé de Chibougamau (HDUS)	

Légende : (HDH) hémodialyse hospitalière; (HDCE) hémodialyse en centre externe; (HDUS) hémodialyse en unité satellite; (HDUM) hémodialyse en unité mobile; (HDD) hémodialyse à domicile; (DP) dialyse péritonéale.

RÉGIONS	CENTRES PRINCIPAUX	CENTRES EXTERNES	UNITÉS SATELLITES OU UNITÉS MOBILES	DOMICILE
<b>11</b> <b>Gaspésie–</b> <b>Îles-de-la-Madeleine</b>	<input type="checkbox"/> CISSS du Bas-Saint-Laurent – Hôpital régional de Rimouski (région 01)		<input type="checkbox"/> CISSS de la Gaspésie – Hôpital de Chandler (HDUS)	
<b>12</b> <b>Chaudière-</b> <b>Appalaches</b>	<input type="checkbox"/> CISSS de Chaudière-Appalaches – Hôtel-Dieu de Lévis (HDH)			<input type="checkbox"/> CISSS de Chaudière-Appalaches – Hôtel-Dieu de Lévis (DP)
	<input type="checkbox"/> CHU de Québec – Pavillon L’Hôtel-Dieu de Québec (région 03)	<input type="checkbox"/> CISSS de Chaudière-Appalaches –Hôpital de Thefford Mines (HDCE)	<input type="checkbox"/> CISSS de Chaudière-Appalaches – Hôpital de Saint-Georges(HDUS) <input type="checkbox"/> CISSS de Chaudière-Appalaches – Hôpital de Montmagny (HDUS)	
<b>13</b> <b>Laval</b>	<input type="checkbox"/> CISSS de Laval – Hôpital Cité-de-la-Santé (HDH)	<input type="checkbox"/> CISSS de Laval – Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval (CHARL) (HDCE)		<input type="checkbox"/> CISSS de Laval – Hôpital Cité-de-la-Santé (DP-HDD) <input type="checkbox"/> CISSS de Laval – CHARL (DP-HDD)
<b>14</b> <b>Lanaudière</b>	<input type="checkbox"/> CISSS de Lanaudière – Centre hospitalier régional de Lanaudière – Hôpital de Joliette (HDH)		<input type="checkbox"/> CISSS de Lanaudière - Hôpital Pierre-Le Gardeur (HDUS)	<input type="checkbox"/> CISSS de Lanaudière – Centre hospitalier régional de Lanaudière – Hôpital de Joliette (DP)
<b>15</b> <b>Laurentides</b>	<input type="checkbox"/> CISSS des Laurentides – Hôpital régional de Saint-Jérôme (HDH)		<input type="checkbox"/> CISSS des Laurentides – Hôpital de Mont-Laurier (HDUS)	<input type="checkbox"/> CISSS des Laurentides - Hôpital régional de Saint-Jérôme (DP-HDD)
<b>16</b> <b>Montérégie</b>	<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Centre – Hôpital Charles-LeMoynes (HDH)	<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Centre - Hôpital Charles-LeMoynes - Greenfield Park (HDCE) <input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Centre – Hôpital Charles-LeMoynes - Saint-Lambert (HDCE)		<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Centre – Hôpital Charles-LeMoynes (DP-HDD)

Légende : (HDH) hémodialyse hospitalière; (HDCE) hémodialyse en centre externe; (HDUS) hémodialyse en unité satellite; (HDUM) hémodialyse en unité mobile; (HDD) hémodialyse à domicile; (DP) dialyse péritonéale.

RÉGIONS	CENTRES PRINCIPAUX	CENTRES EXTERNES	UNITÉS SATELLITES OU UNITÉS MOBILES	DOMICILE
<b>16 Montérégie</b>	<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Centre – Hôpital du Haut-Richelieu (Saint-Jean-sur-Richelieu) (HDH)		<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Centre – CSSS de la Haute-Yamaska – Hôpital de Granby (HDUS)	<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Centre – Hôpital du Haut-Richelieu (Saint-Jean-sur-Richelieu) (DP)
	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire de Montréal – Pavillon Saint-Luc (région 06)		<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Ouest – Hôpital du Suroît (Salaberry-de-Valleyfield) (HDUS)	<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Ouest – Hôpital du Suroît (Salaberry-de-Valleyfield) (DP)
	<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Est – Hôtel-Dieu de Sorel (HDH)			
	<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Est – Hôpital Honoré-Mercier (Saint-Hyacinthe) (HDH)			<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Est – Hôpital Honoré-Mercier (Saint-Hyacinthe) (DP)
	<input type="checkbox"/> CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital de Verdun (région 06)	<input type="checkbox"/> CISSS de la Montérégie-Ouest – Centre hospitalier Anna-Laberge (Châteauguay) (HDCE)		
<b>17 Nunavik</b>			---	
<b>18 Terres-Cries-de-la-Baie-James</b>			---	
<b>TOTAL</b>	<b>26 CENTRES PRINCIPAUX, dont 20 établissements</b>	<b>9 CENTRES EXTERNES, dont 2 gérés par un centre principal d'une autre région</b>	<b>19 UNITÉS SATELLITES 2 UNITÉS MOBILES</b>	
<b>TOTAL GLOBAL : 26 ÉTABLISSEMENTS</b>				

Légende : (HDH) hémodialyse hospitalière; (HDCE) hémodialyse en centre externe; (HDUS) hémodialyse en unité satellite; (HDUM) hémodialyse en unité mobile; (HDD) hémodialyse à domicile; (DP) dialyse péritonéale.

**CENTRES PRINCIPAUX DE DIALYSE IDENTIFIÉS PAR RÉGION  
(POUR LES PERSONNES NÉCESSITANT DES SERVICES DE SUPPLÉANCE RÉNALE)**

RÉGIONS			ÉTABLISSEMENTS
Région 01	Bas-Saint-Laurent		CISSS du Bas-Saint-Laurent – Hôpital régional de Rimouski
Région 02	Saguenay–Lac-Saint-Jean		CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean – Hôpital de Chicoutimi
Région 03	Capitale-Nationale		CHU de Québec – Pavillon L’Hôtel-Dieu de Québec CHU de Québec – Pavillon centre hospitalier de l’Université Laval ( <i>pédiatrique</i> )
Région 04	Mauricie et Centre-du-Québec		CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Pavillon Sainte-Marie
Région 05	Estrie		CIUSSS de l’Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont ( <i>adulte et pédiatrique</i> )
Région 06	Montréal		Centre hospitalier de l’Université de Montréal – Hôpital Notre-Dame Centre hospitalier de l’Université de Montréal – Hôpital Saint-Luc CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal – Hôpital général du Lakeshore CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal – Hôpital de Verdun Centre universitaire de santé McGill – Hôpital Royal Victoria (jusqu’à automne 2015) – Site Glen (printemps 2015) Centre universitaire de santé McGill – Hôpital de Montréal pour enfants ( <i>pédiatrique</i> ) CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal – Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal – Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis – Hôpital général juif CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal – Centre hospitalier de St.Mary CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal – Hôpital Maisonneuve-Rosemont Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ( <i>pédiatrique</i> )

RÉGIONS			ÉTABLISSEMENTS
Région 07	Outaouais		CISSS de l'Outaouais – Hôpital de Hull
Région 08 *	Abitibi-Témiscamingue	Région desservie par CISSS des Laurentides – Hôpital régional de Saint- Jérôme (région 15) CISSS de Laval – Hôpital Cité-de-la-Santé (région 13)	
Région 09*	Côte-Nord	Région desservie par CHU de Québec – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec (région 03)	
Région 10*	Nord-du-Québec	Région desservie par Centre universitaire de santé McGill (région 06)	
Région 11*	Gaspésie–Îles-de-la- Madeleine	Région desservie par CISSS du Bas-Saint-Laurent – Hôpital régional de Rimouski (région 01)	
Région 12*	Chaudière-Appalaches	Partie de la région desservie par CHU de Québec – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec (région 03)	CISSS de Chaudière-Appalaches – Hôtel-Dieu de Lévis
Région 13	Laval		CISSS de Laval – Hôpital Cité-de-la-Santé
Région 14	Lanaudière		CISSS de Lanaudière – Centre hospitalier régional de Lanaudière – Hôpital de Joliette

RÉGIONS			ÉTABLISSEMENTS
Région 15	Laurentides		CISSS des Laurentides – Hôpital régional de Saint-Jérôme
Région 16*	Montréal	Partie de la région desservie par CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital de Verdun (région 06) Centre hospitalier universitaire de Montréal (région 06)	CISSS de la Montérégie-Centre – Hôpital Charles-LeMoyne CISSS de la Montérégie-Centre - Hôpital du Haut-Richelieu (Saint-Jean-sur-Richelieu) CISSS de la Montérégie-Est – Hôtel-Dieu de Sorel CISSS de la Montérégie-Est - Hôpital Honoré-Mercier (Saint-Hyacinthe)
Région 17	Nunavik		---
Région 18	Terres-Cries-de-la-Baie-James		---
<b>TOTAL : 26 CENTRES PRINCIPAUX, dont 20 établissements</b>			

\* Il est à noter que ces régions sont desservies en tout ou en partie par d'autres régions conformément à ce qui est indiqué dans le tableau.

**CENTRES EXTERNES DE DIALYSE IDENTIFIÉS PAR RÉGION  
(POUR LES PERSONNES NÉCESSITANT DES SERVICES DE SUPPLÉANCE RÉNALE)**

RÉGIONS			ÉTABLISSEMENTS
Région 01	Bas-Saint-Laurent		
Région 02	Saguenay–Lac-Saint-Jean		
Région 03	Capitale-Nationale		
Région 04	Mauricie et Centre-du-Québec		
Région 05	Estrie		
Région 06	Montréal		CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Manoir de Verdun Centre universitaire de santé McGill – Hôpital général de Montréal – Site Lachine Centre hospitalier de l'Université de Montréal – site rue de Gaspé CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal-Bois-de-Boulogne
Région 07	Outaouais		
Région 08	Abitibi-Témiscamingue		
Région 09	Côte-Nord		
Région 10	Nord-du-Québec		
Région 11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine		
Région 12*	Chaudière-Appalaches	CHU de Québec – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec (région 03)	CISSS de Chaudière-Appalaches --Hôpital de Thetford Mines

RÉGIONS			ÉTABLISSEMENTS
Région 13	Laval		CISSS de Laval – CHARL
Région 14	Lanaudière		
Région 15	Laurentides		
Région 16*	Montréal	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital de Verdun (région 06)	CISSS de la Montérégie-Centre – Hôpital de Charles-LeMoyne - Greenfield Park CISSS de la Montérégie-Centre – Hôpital de Charles-LeMoyne - Saint-Lambert CISSS de la Montérégie-Ouest – Centre hospitalier Anna-Laberge (Châteauguay)
Région 17	Nunavik		---
Région 18	Terres-Cries-de-la-Baie-James		---
<b>TOTAL : 9 CENTRES EXTERNES dont 2 gérés un centre principal d'une autre région</b>			

\* Il est à noter que les centres externes de ces régions sont desservis par les centres principaux avec ententes de services d'autres régions.

**UNITÉS SATELLITES OU MOBILES DE DIALYSE IDENTIFIÉES PAR RÉGION  
(POUR LES PERSONNES NÉCESSITANT DES SERVICES DE SUPPLÉANCE RÉNALE)**

RÉGIONS			ÉTABLISSEMENTS
Région 01	Bas-Saint-Laurent		
Région 02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean – Hôpital de Chicoutimi	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean – Hôpital de Dolbeau-Mistassini
Région 03	Capitale-Nationale	CHU de Québec – Pavillon L’Hôtel-Dieu de Québec	CIUSSS de la Capitale-Nationale – Hôpital de Baie-Saint-Paul CIUSSS de la Capitale-Nationale – Hôpital régional de Portneuf
Région 04	Mauricie et du Centre-du-Québec	CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Pavillon Sainte-Marie	CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Hôtel-Dieu d’Arthabaska CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Hôpital Sainte-Croix
Région 05	Estrie	CIUSSS de l’Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont	CIUSSS de l’Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – CSSS de Memphrémagog
Région 06	Montréal		
Région 07	Outaouais	CISSS de l’Outaouais – Hôpital de Hull	CISSS de l’Outaouais – Hôpital de Maniwaki CISSS de l’Outaouais – Hôpital de Papineau
Région 08	Abitibi-Témiscamingue	CISSS des Laurentides – Hôpital régional de Saint-Jérôme (région 15)  CISSS de Laval – Hôpital Cité-de-la-Santé (région 13)	CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue – CSCD La Sarre CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue – Hôpital de Rouyn-Noranda CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue – Pavillon Sainte-Famille  CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue – Hôpital et CLSC de Val-d’Or
Région 09*	Côte-Nord	CHU de Québec – Pavillon L’Hôtel-Dieu de Québec (région 03)	CISSS de la Côte-Nord – Hôpital de Sept-Îles

RÉGIONS			ÉTABLISSEMENTS
Région 10*	Nord-du-Québec	Centre universitaire de santé McGill (région 06)	CRSSS de la Baie-James – Centre de santé de Chibougamau
Région 11*	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	CISSS du Bas-Saint-Laurent – Hôpital régional de Rimouski (région 01)	CISSS de la Gaspésie – Hôpital de Chandler
Région 12	Chaudière-Appalaches	CHU de Québec – Pavillon L’Hôtel-Dieu de Québec (région 03)	CISSS de Chaudière-Appalaches – Hôpital de Saint-Georges CISSS de Chaudière-Appalaches – Hôpital de Montmagny
Région 13	Laval		
Région 14	Lanaudière	CISSS de Lanaudière – Centre hospitalier régional de Lanaudière – Hôpital de Joliette	CISSS de Lanaudière – Hôpital Pierre-Le Gardeur
Région 15	Laurentides	CISSS des Laurentides – Hôpital régional de Saint-Jérôme	CISSS des Laurentides – Hôpital de Mont-Laurier
Région 16	Montérégie	CISSS de la Montérégie-Centre – Hôpital du Haut-Richelieu (Saint-Jean-sur-Richelieu)  Centre hospitalier de l’Université de Montréal (région 06)	CISSS de la Montérégie-Centre – Hôpital de Granby  CISSS de la Montérégie-Ouest – Hôpital du Suroît (Salaberry-de-Valleyfield)
Région 17	Nunavik		---
Région 18	Terres-Cries-de-la-Baie-James		---
<b>TOTAL : 19 UNITÉS SATELLITES ET 2 UNITÉS MOBILES</b>			

\* Il est à noter que les unités satellites de ces régions sont desservies par les centres principaux avec ententes de services d’autres régions.



[msss.gouv.qc.ca](http://msss.gouv.qc.ca)

