



Accès aux services pour les personnes atteintes de maladies chroniques :

l'organisation des services
de néphrologie
et de suppléance rénale
par des traitements de dialyse

SYNTHÈSE DU DOCUMENT D'ORIENTATION





Accès aux services pour les personnes atteintes de maladies chroniques :

l'organisation des services
de néphrologie
et de suppléance rénale
par des traitements de dialyse

SYNTHÈSE DU DOCUMENT D'ORIENTATION

**Extrait de la synthèse des principaux constats,
de la liste des recommandations et tableau
des développements prévisibles
selon les responsables du dossier dans
les Agences de la santé et des services sociaux**

**Direction de l'organisation des services médicaux
et technologiques**

Octobre 2006



Avertissement aux lecteurs

Ce document vise à présenter les orientations sur l'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse. Il ne constitue aucunement un plan de développement de ces services. Les projets de mise à niveau de ces services devront suivre les règles établies et le processus habituel pour le cheminement de ce type de dossier.

Il a été adopté par le Comité de gestion de la DGSSMU le 12 septembre 2006, modifié et adopté par le CODIR le 19 septembre 2006 et déposé et accepté par le CGR le 18 janvier 2007.

Édition produite par :

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

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

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-53021-3 (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 partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX CONSTATS

Voici les principaux constats qui se dégagent de l'état actuel des services de néphrologie et de suppléances rénales par traitements de dialyse.

- La clientèle s'est alourdie, elle est plus âgée, elle a plus de facteurs de comorbidité et elle est moins autonome.
- La clientèle s'accroît d'année en année. En 10 ans, de 1995 à 2005, l'augmentation annuelle moyenne est de 8,01 %, soit une augmentation de 11,49 % en hémodialyse et une diminution de 0,36 % en dialyse péritonéale. En cinq ans, de 2000 à 2005, l'augmentation annuelle moyenne du nombre de patients en dialyse est de 5,10 %, soit une augmentation de 7,20 % en hémodialyse et une diminution de 2,27 % en dialyse péritonéale, soit une augmentation moyenne nette de 166 patients par an.
- La clientèle pourrait atteindre 5 200 personnes, voire 6 000 en 2010.
- Les néphrologues sont surtout concentrés à Montréal, à Québec et en Montérégie. Certaines régions n'ont pas de néphrologues à plein temps. Ce sont les régions du Bas-St-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de Chaudière-Appalaches et les trois régions nordiques.
- La disponibilité restreinte des chirurgiens pour créer les accès vasculaires demeure une contrainte importante dans le traitement des personnes atteintes d'insuffisance rénale.
- Les néphrologues du RUIS de Québec, de Montréal et de McGill assurent la couverture médicale dans les régions de leur territoire de RUIS. Les néphrologues du RUIS de Sherbrooke ne desservent que la région de Sherbrooke. La couverture médicale est souvent assurée par des néphrologues provenant d'un autre territoire de RUIS.
- Il y a eu 250 personnes qui ont reçu une greffe de rein en 2005.
- Au Québec, il existe actuellement 36 centres de dialyse dont certains sont des centres dits « satellites ». Ces centres permettent d'accroître l'accessibilité et de rapprocher les services de la clientèle. Ils fonctionnent sans néphrologue sur place et ils dépendent d'un autre centre de dialyse pour assurer la couverture médicale. Ils sont parfois reliés en télé médecine avec ce centre. Les personnels infirmier, professionnel, technique de secrétariat et administratif sont des employés du centre hospitalier où est situé le centre satellite de dialyse. À partir de ces critères, les centres satellites sont actuellement situés à Rimouski, Drummondville, Victoriaville, Magog, Thetford-Mines, Lévis, Val-d'Or, Rouyn-Noranda, La Sarre, Chibougamau et Chisasibi. Un centre satellite dans les Hautes-Laurentides accueillera des patients en avril 2007.
- Certains centres hospitaliers délocalisent les services de dialyse hors du centre hospitalier en « centre externe de dialyse ». Le personnel du centre hospitalier et les néphrologues se déplacent vers cette installation. Il s'agit de services de dialyse allégée pour les patients plus autonomes et dont les conditions de santé sont généralement stables. Les patients reçoivent des services équivalents à ceux offerts dans une unité interne. On trouve actuellement de tels services à l'Hôpital Charles LeMoine à Saint-Lambert, à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, au Centre médical Bois-de-Boulogne et au Centre hospitalier universitaire de Montréal (Pavillon Saint-Luc). Une unité mobile d'hémodialyse du Centre hospitalier universitaire de Québec dessert les patients provenant de Charlevoix et de Portneuf.
- Les citoyens de la région de la Côte-Nord et ceux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine n'ont pas de services d'hémodialyse dans leur région.
- L'hémodialyse demeure le mode de traitement qui est privilégié.
- Plusieurs centres de dialyse fonctionnent à pleine capacité et n'ont pas de plages horaires disponibles pour répondre aux urgences. C'est notamment le cas à l'Hôpital

Charles LeMoine, au CSSS du Haut-Richelieu, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, au CSSS de Gatineau et au CSSS Rivière-du-Nord /Nord-de-Mirabel (Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme).

- Neuf personnes sur dix (93,21 %) ont, dans des conditions optimales, accès à un centre de dialyse en moins d'une heure et quinze minutes, soit en deux heures et trente minutes par séance de traitement. L'accès temporel doit être amélioré dans certaines régions du Québec. Toutefois, l'organisation du transport des personnes en hémodialyse peut allonger de façon importante le temps consacré au déplacement.
- Il y aurait environ 250 personnes qui reçoivent leurs traitements en dehors de leur région de résidence. Le rapatriement de ces personnes devient nécessaire tout particulièrement dans la grande région de Montréal. Cependant, les régions doivent d'abord assurer les services aux nouveaux patients avant de prendre les patients traités dans une autre région.
- Les plages horaires en soirée posent des difficultés aux patients. Ceux-ci doivent souvent revenir au centre hospitalier durant le jour pour obtenir d'autres services, tels les tests de laboratoires, les rencontres avec les autres professionnels (nutritionniste, travailleur social, pharmacien). Les patients ont souvent de la difficulté à trouver un transport adapté en soirée. Les néphrologues se plaignent des longues heures de travail à effectuer.
- Les ratios infirmière-patient sont sensiblement les mêmes d'un centre de dialyse à l'autre. Ces ratios sont comparables à ceux du milieu des années 1990. Le recours à des personnes provenant d'autres catégories de main-d'oeuvre¹ a permis à plusieurs centres de dialyse de maintenir les ratios malgré l'accroissement de la clientèle.
- Actuellement, il n'y a pas de ratio établi du nombre de patients par nutritionniste, par pharmacien ou par travailleur social. Il semble que ce personnel soit insuffisant pour couvrir les besoins des personnes en dialyse et de celles qui reçoivent des services de suivi systématique au stade IV et V de la maladie.
- Certaines expériences sont à retenir : la délocalisation des services en centre externe, les unités satellites, l'hémodialyse à domicile, le dossier patient partageable et le suivi systématique.
- Il se fait de la recherche dans onze centres de dialyse.
- Les principaux établissements qui accueillent des résidents sont : le Centre hospitalier universitaire de Québec, l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal, le Centre hospitalier universitaire de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, le Centre universitaire de santé McGill et l'Hôpital général juif Mortimer B. Davis.
- Le volet pédiatrique demande une expertise particulière de la part des néphrologues et de l'équipe soignante. En général, tout enfant devrait être suivi par un néphrologue pédiatrique. Cependant, un enfant de plus de 30 kg qui ne pourrait recevoir de la dialyse péritonéale, donc qui devrait avoir de l'hémodialyse, pourrait avoir son traitement dans un centre de dialyse non pédiatrique – cela se fait déjà –, à la condition qu'un néphrologue soit sur place lors des traitements.
- L'organisation des transports pour recevoir les traitements d'hémodialyse pose des difficultés et restreint l'accessibilité aux services. La compensation financière pour le transport est inéquitable d'un programme de compensation à l'autre et à l'intérieur du programme « Transport hébergement pour personnes handicapées ». Il y a lieu d'harmoniser tous les programmes de compensation financière pour le transport des patients.

¹ Tels les préposés ayant reçu une formation spéciale, les infirmières auxiliaires, etc.

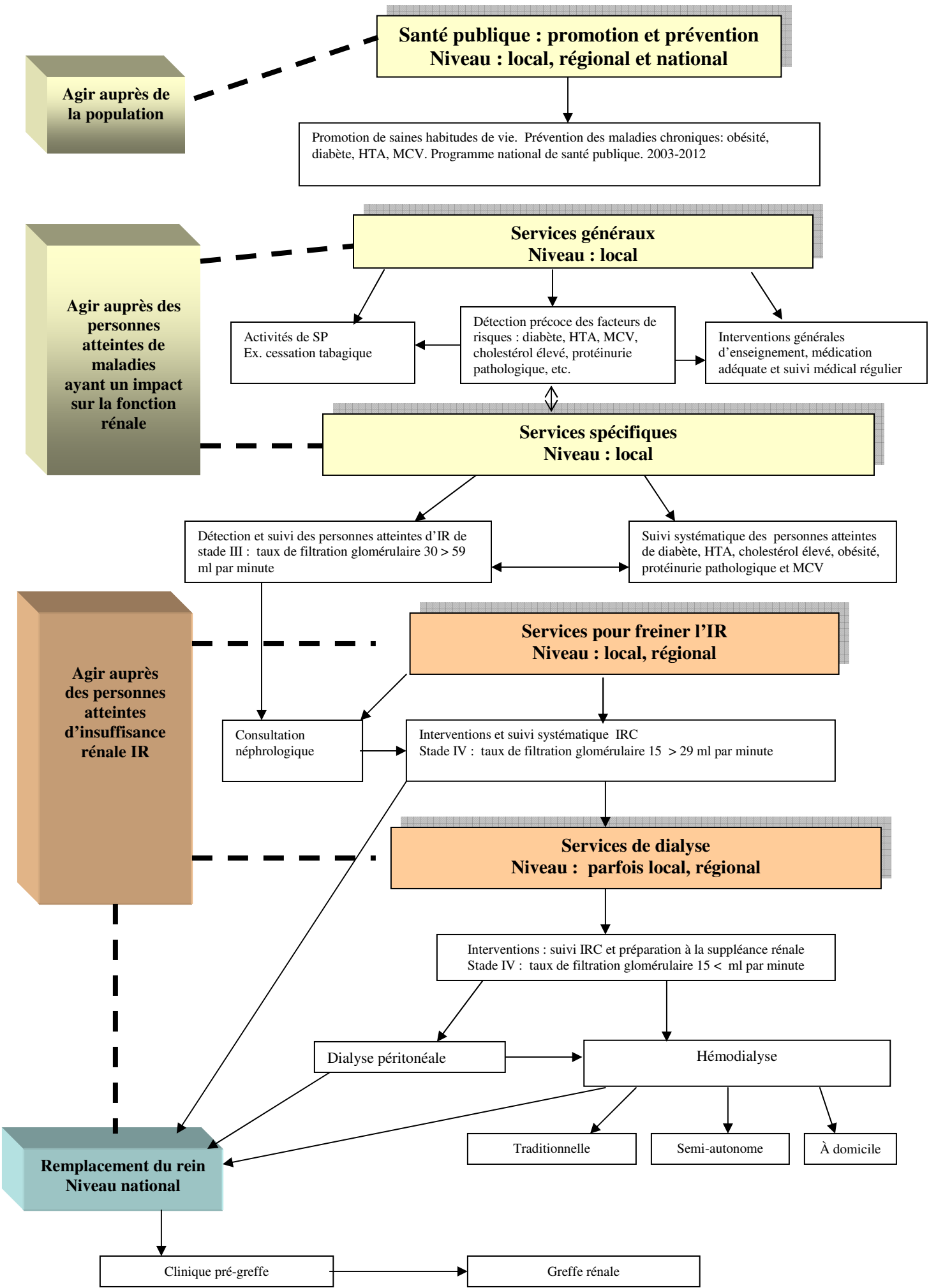
LISTE DES RECOMMANDATIONS

Hierarchisation des services

RECOMMANDATION 1

Les services de néphrologie et de suppléance rénale doivent être hiérarchisés pour assurer aux personnes atteintes d’insuffisance rénale un continuum de services allant du traitement précoce aux soins de fin de vie selon le schéma du continuum de services ci-dessous :

SCHÉMA DU CONTINUUM DE SERVICES



RECOMMANDATION 2

Les activités sur les saines habitudes de vie inscrites dans le Programme national de santé publique doivent se concrétiser au niveau local, régional et national.

RECOMMANDATION 3

L'organisation et l'offre de services doivent favoriser le développement de l'autonomie et la responsabilisation de la personne atteinte tout en respectant ses capacités. Une offre de traitement de dialyse diversifiée permet de rendre les personnes plus responsables et autonomes quant à leur traitement : dialyse péritonéale, hémodialyse à domicile (nocturne ou diurne), hémodialyse semi-autonome en centre satellite ou délocalisée en centre externe, hémodialyse en centre hospitalier (semi-autonome, traditionnelle, hémodialyse nocturne).

Au niveau local dans chacun des réseaux locaux de services

RECOMMANDATION 4

Services médicaux par un médecin de famille

- 4.1 Une détection précoce pour les clientèles ciblées : hypertension artérielle, diabète et hypercholestérolémie, lors des visites médicales et aux étapes de vie prévues dans les recommandations reconnues par les groupes d'experts.
- 4.2 Des diagnostics précoces des maladies cardiovasculaires lors de visites médicales.
- 4.3 Des interventions générales auprès des personnes atteintes de maladies qui ont un impact sur la fonction rénale, comme de l'enseignement de base, une médication efficace.
- 4.4 La détection précoce de l'insuffisance rénale chronique (IRC) auprès des personnes qui ont des facteurs de risque cardiovasculaires associés (hypertension artérielle (HTA), diabète, cholestérol, obésité, protéinurie pathologique, etc.) afin d'amorcer rapidement un traitement et favoriser un contrôle de l'évolution de la maladie.
- 4.5 La prise en charge et le suivi des patients atteints d'insuffisance rénale de stade III (taux de filtration glomérulaire se situant de 30 à 59).
- 4.6 Un suivi médical régulier et une prise en charge globale des personnes atteintes de maladie ayant un impact sur la fonction rénale et des personnes atteintes d'insuffisance rénale.

RECOMMANDATION 5

Services dans chacun des CSSS

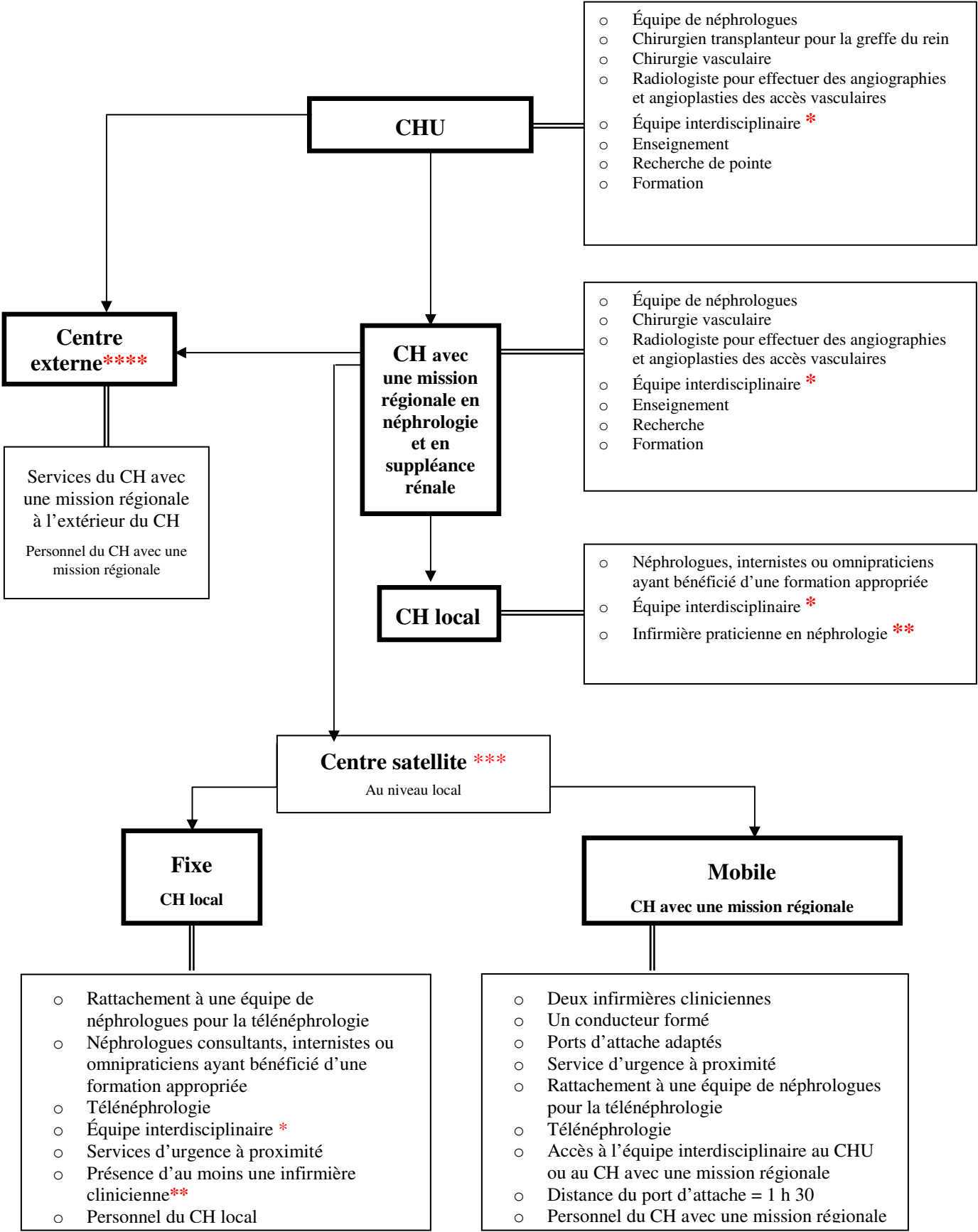
- 5.1 La mise en place au niveau local d'un projet clinique qui inclurait le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires (MCV) et l'insuffisance rénale de stade III (taux de filtration glomérulaire se situant de 30 à 59) afin :
 - d'assurer une prise en charge des personnes atteintes ;
 - d'assurer un suivi systématique des personnes atteintes dont l'état requiert des interventions ciblées (enseignement plus poussé, plan d'action, autogestion de la maladie, relance, etc.) ;
 - d'offrir des services intégrés (infirmiers, nutrition, psychosociaux et exercices physiques) coordonnés par un intervenant pivot ;
 - d'offrir des soins à domicile ;
 - d'offrir des soins palliatifs.

RECOMMANDATION 5	(suite)
5.2 Le développement de services de dialyse péritonéale avec au besoin l’assistance d’une infirmière qui pourrait aider les personnes qui ont de la difficulté à administrer leurs traitements elles-mêmes.	

En centre de dialyse en CH local, en CH avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale ou en CH faisant partie du RUIS.

RECOMMANDATION 6
Organisation des services de suppléance rénale
6.1 Le modèle de hiérarchisation des services de suppléance rénale par des traitements de dialyse ci-dessous doit s’implanter progressivement dans toutes les régions du Québec.

MODÈLE THÉORIQUE DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SUPPLÉANCE RÉNALE



* Équipe interdisciplinaire : infirmière, nutritionniste, pharmacien, travailleur social.

** À intégrer progressivement.

*** Pour organiser un service d'hémodialyse minimal au niveau local il faut : un minimum de quatre personnes en traitement simultané, une équipe de deux infirmières et un accès aux autres professionnels concernés une équipe de néphrologues consultants qui assurent le suivi médical en présence ou à distance ou des omnipraticiens ayant bénéficiés d'une formation appropriée un potentiel de maintien ou d'augmentation du nombre de patients et des services d'urgence à proximité.

**** De façon générale, un centre externe est rattaché à un CH avec une mission régionale. Il pourrait toutefois être rattaché à un CH local ou un centre satellite lorsque l'organisation régionale des services permet un tel déploiement. Le personnel du centre externe provient alors du CH local ou du centre satellite auquel est rattaché le centre externe.

RECOMMANDATION 6

Organisation des services de suppléance rénale (suite)

- 6.2 Actuellement, neuf personnes sur dix (93,21%) peuvent, dans des conditions optimales (belle température, circulation fluide, etc.), avoir accès à un centre de dialyse en 2 heures 30 minutes (aller-retour) et moins par traitement. Des services en centres externes, en unités satellites fixes ou mobiles et des services d'hémodialyse à domicile pourraient être organisés notamment en fonction de la géographie de la région et des espaces physiques disponibles. Ce rehaussement de l'accès permettrait d'atteindre une cible de 95 %. La recommandation 6.3 prévoit l'organisation des services dans le cas de situations exceptionnelles.
- 6.3 Dans les situations **exceptionnelles**, l'organisation de services d'hémodialyse au niveau local avec un nombre restreint de patients peut aussi éviter les longs déplacements. Pour organiser ces services, il faut :
- un minimum de quatre personnes en traitement simultané ;
 - une équipe de deux infirmières et un accès aux autres professionnels concernés ;
 - une équipe de néphrologues consultants qui assurent le suivi médical en présence ou à distance, ou des omnipraticiens ayant bénéficié d'une formation appropriée ;
 - un potentiel de maintien ou d'augmentation du nombre de patients ;
 - des services d'urgence à proximité.
- 6.4 Des ententes interrégionales pourront être conclues pour permettre aux patients d'avoir accès aux services dans les délais prévus (ex. : accessibilité aux services des Hautes-Laurentides aux personnes de l'Outaouais).
- 6.5 De façon générale, le nombre de patients par infirmière devrait tendre vers :
- 2,5 patients par infirmière en hémodialyse traditionnelle ;
 - 5 patients par infirmière en hémodialyse semi-autonome ;
 - 25 patients par infirmière pour le suivi à distance des patients en dialyse péritonéale ou en hémodialyse à domicile.
- L'introduction des personnes provenant d'autres catégories de main-d'œuvre, tels les préposés aux bénéficiaires ou les infirmières auxiliaires pour assister le personnel infirmier, pourrait venir modifier ces ratios.
- 6.6 Les établissements qui reçoivent les personnes en dialyse et celles au stade IV et V de la maladie, mais pas encore en dialyse, devraient offrir à ces personnes l'accès à une équipe interdisciplinaire comprenant un pharmacien, une nutritionniste et un travailleur social. **À titre indicatif** .
- Un patient en hémodialyse requiert en moyenne une visite du pharmacien par mois, une visite du nutritionniste par deux mois et des rencontres au besoin avec le travailleur social, notamment au moment charnière de l'évolution de la maladie.
 - Un patient en dialyse péritonéale rencontre une infirmière à chaque visite, au minimum aux trois mois. Il rencontre les autres professionnels au besoin pour des problèmes particuliers.
 - Un patient atteint d'insuffisance rénale au stade IV et V, mais pas encore en dialyse, est en moyenne suivi tous les trois ou six mois par le pharmacien et le nutritionniste ainsi que par une infirmière spécialisée en néphrologie qui coordonne les services. Il rencontre le travailleur social au besoin, et ce, au moins une fois par année.
- 6.7 Il y a lieu d'intégrer davantage d'autres catégories de main-d'œuvre, tels les préposés aux bénéficiaires ou les infirmières auxiliaires, pour assister le personnel infirmier dans les centres de dialyse.
- 6.8 Le dossier patient informatisé et partageable avec une interface pour les examens de laboratoire et les examens radiologiques est un instrument majeur de gestion pour les centres de dialyse.

En CH avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale

RECOMMANDATION 7

Les responsabilités du CH avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale

- 7.1 La mise en place d’une deuxième ligne de services spécialisés bien structurée en collaboration avec le niveau local pour, entre autres, diagnostiquer et évaluer l’ampleur des problèmes, orienter les traitements et suivre au besoin les personnes, notamment, à des moments charnières de l’évolution de la maladie.
- 7.2 Des consultations auprès des médecins spécialistes : néphrologues, cardiologues, endocrinologues.
- 7.3 En concertation avec l’Agence régionale, le CH avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale participe à l’organisation des services dans la région, notamment en assumant, le cas échéant, la couverture médicale dans les centres de dialyse au niveau local et en participant à l’ouverture de centres satellites ou de centres externes de dialyse pour couvrir à la fois la croissance de la clientèle et assurer, le cas échéant, le rapatriement des personnes traitées en dehors de la région.
- 7.4 Le tableau ci-dessous énumère les CH avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale existants.

Régions	Établissements
Bas-Saint-Laurent	CSSS de Rimouski-Neigette (CH régional de Rimouski)
Saguenay–Lac-Saint-Jean	CSSS de Chicoutimi (Complexe de la Sagamie)
Québec	RUIS Université Laval (CHUQ – Hôtel-Dieu de Québec)
Mauricie-Centre-du-Québec	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Estrie	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Montréal	CH Maisonneuve-Rosemont CH Sacré-Cœur Hôpital général juif Mortimer B. Davis Hôpital St. Mary
Outaouais	CSSS de Gatineau (Pavillon de Hull)
Abitibi-Témiscamingue	RUIS Université McGill CUSM
Côte-Nord	RUIS Université Laval (CHUQ – Hôtel-Dieu de Québec)
Nord-du-Québec	RUIS Université McGill CUSM
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	CSSS de Rimouski-Neigette (CH régional de Rimouski) *
Chaudière-Appalaches	CH Hôtel-Dieu de Lévis
Laval	CSSS de Laval (Cité de la santé)
Lanaudière	CSSS Nord de Lanaudière (CHRD)
Laurentides	CSSS Rivière du Nord/Nord de Mirabel (Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme)
Montréal	Hôpital Charles LeMoine
Nunavik	RUIS Université McGill CUSM
Terres-Cries	RUIS Université McGill CUSM

- Une consolidation des services au CSSS Rimouski-Neigette (CH régional de Rimouski) est nécessaire pour lui permettre d’accomplir son rôle de CH avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale. Actuellement, c’est le CHUQ (Hôtel-Dieu de Québec) qui remplit cette mission tout comme il le fait dans d’autres régions du Québec.

7.5	Le centre hospitalier avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale reçoit aussi les patients en provenance d'autres centres de dialyse et du domicile. Il doit en conséquence garder des plages horaires disponibles (10 %) pour recevoir les patients.
7.6	L'accès aux services de chirurgie et aux examens de radiologie nécessaire à l'installation et au suivi des accès vasculaires doit aussi s'organiser au niveau régional lorsque ces services ne sont pas disponibles au niveau local.
7.7	Les centres hospitaliers avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale constituent aussi un milieu privilégié de stage de formation pour les médecins résidents et de recherche clinique.
7.8	L'Agence du Bas-Saint-Laurent et le CSSS de Rimouski-Neigette (CH Régional de Rimouski) en collaboration avec le RUIS de l'Université Laval et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine devront organiser des services de dialyse pour la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
7.9	Le RUIS de l'Université Laval, en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, devra organiser des services de dialyse pour la région de la Côte-Nord.

Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)

RECOMMANDATION 8		
Voici les centres hospitaliers par RUIS :		
RUIS	Établissements de référence	Territoire de RUIS
RUIS de l'Université Laval	Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) Hôtel-Dieu de Québec	Bas-Saint-Laurent Saguenay-Lac-Saint-Jean Québec Côte-Nord Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine Chaudière-Appalaches
RUIS de l'Université de Sherbrooke	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	Estrie Mauricie-Centre-du-Québec (partie) Montréal (partie)
RUIS de l'Université de Montréal	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Montréal (partie) Mauricie-Centre-du-Québec (partie) Laval Lanaudière Laurentides Montréal (partie)
RUIS de l'Université McGill	Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	Montréal (partie) Outaouais Abitibi-Témiscamingue Nord-du-Québec Montréal (partie) Terres-Cries Nunavik
Centre pédiatrique	Centre hospitalier universitaire pédiatrique Sainte-Justine Étant donné que la masse critique justifie qu'un seul programme provincial pédiatrique	RUIS de l'Université de Montréal et tout le Québec

- 8.2 Le RUIS doit assurer l'organisation et l'accès aux services de néphrologie et de suppléance rénale ainsi que la formation des intervenants et des omnipraticiens dans les régions où il n'y a pas de centre hospitalier avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale qui remplit ces fonctions.
- 8.3 Le RUIS est également responsable de tous les services liés à la greffe : l'évaluation et la préparation à la greffe, la chirurgie et le suivi postgreffe.
- 8.4 Une intensification des dons et des greffes de rein pour les personnes qui peuvent recevoir ce traitement en conformité avec le plan d'action sur les greffes d'organes et de tissus au Québec.
- 8.5 Le RUIS aide à la consolidation de la mission régionale des centres hospitaliers avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale.

Autres recommandations

RECOMMANDATION 9
9.1 Tendre vers une compensation équitable des frais de transport pour les patients en hémodialyse et une harmonisation avec les autres programmes de compensation des frais de transport pour les personnes qui reçoivent des services de santé à long terme au Québec. 9.2 Favoriser l'accès aux services pour les dialysés en déplacement lorsque les centres de dialyse peuvent accueillir ces personnes. 9.3 Prévoir les espaces et les infrastructures supplémentaires lors d'un aménagement ou d'un réaménagement des centres de dialyse afin de pouvoir installer des appareils supplémentaires pour répondre à la croissance constante de la clientèle. 9.4 Promouvoir auprès de la population québécoise le don de rein afin d'accroître le nombre de personnes pouvant bénéficier d'une transplantation

*Développements prévisibles en date du mois de novembre 2006
selon les responsables du dossier dans
les Agences de la santé et des services sociaux*

Application probable du modèle théorique d'organisation des services de suppléance rénale ²

RUIS	CHU	Région	CH avec une vocation régionale	CH local	Centre satellite ou centre externe *
RUIS-Université McGill	CUSM	Outaouais	CSSS Gatineau	Aucun	1 centre satellite à court terme (10 stations) 2 autres centres satellites à moyen terme (10 stations chacun) Localisation à déterminer : Vallée-de-la-Gatineau ou Pontiac ou Petite-Nation ou Vallée-de-la-Lièvre ou Les Collines
		Abitibi-Témiscamingue	Aucun	Aucun	CSSS Vallée-de-l'Or CSSS Aurores-Boréales CSSS Rouyn-Noranda CSSS du Lac-Témiscamingue (5 stations)
		Montréal	CH Charles LeMoine	CSSS Suroît-Valleyfield (3 stations) *	Montréal
		Montréal ³	CH St. Mary Ajout de places à déterminer CH général juif Mortimer B Davis Compléter le développement	CSSS Ouest-de-l'Île (Lakeshore) Ajout de places à déterminer CSSS Sud-Ouest-Verdun (CH de Verdun)	Possibilité de développement d'un centre externe

² En rouge : développements à effectuer. En vert : consolidation de services existants.

³ Adaptation à prévoir à partir du PFT du CUSM.

RUIS	CHU	Région	CH avec une vocation régionale	CH local	Centre satellite ou centre externe *
RUIS-Université McGill (suite)	CUSM (suite)	Terres-Cries	Aucun	Aucun	Chisasibi (Accroissement de la capacité d'accueil) Ouverture de services : 1 centre satellite à Mistassini (5 stations)
		Nunavik	Aucun	Aucun	Aucun
		Nord-du-Québec	Aucun	Aucun	Chibougamau (Accroissement de la capacité d'accueil)
RUIS-Université de Sherbrooke	CHUS	Estrie	Aucun	Aucun	CSSS Memphrémagog
		Centre-du-Québec	CHR de Trois-Rivières		CSSS de Drummondville (Hôpital Ste-Croix-de-Drummondville) 1 centre externe (5 stations) CSSS d'Athabaska-Érable (Hôtel-Dieu d'Arthabaska)
RUIS-Université de Montréal	CHUM	Laval	CSSS Laval	Aucun	Aucun
		Lanaudière	CSSS Nord de Lanaudière CHRD (16 stations)	CSSS sud de Lanaudière * (optimisation des services et accroissement de la capacité d'accueil à déterminer)	
		Laurentides	CSSS Rivière du Nord/Nord de Mirabel (Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme) ^{4*} Agrandissements au CH ou en centre externe (à planifier à moyen terme)		CSSS Antoine-Labelle Centre satellite (Projet en cours) CSSS du Lac des Deux-Montagnes * (Saint-Eustache) (centre satellite à planifier à moyen terme : 10 à 12 stations)

⁴ *Incluant le rapatriement du 450.

RUIS	CHU	Région	CH avec une vocation régionale	CH local	Centre satellite ou centre externe *
RUIS-Université de Montréal (suite)	CHUM (suite)	Mauricie	CHR Trois-Rivières (10 stations dont 5 stations possiblement à l'extérieur du CH)		1 centre externe à Shawinigan (10 stations)
		Montréal	CH Charles LeMoine * (ajout probable de 6 stations)	CSSS Sorel-Tracy (Sorel) CSSS Haut-Richelieu (Saint-Jean-sur- Richelieu) CSSS Haute-Yamaska (Granby) CSSS Richelieu-Yamaska (Saint-Hyacinthe)	2 centres externes * (15 stations par centre)
		Montréal ⁵	Hôpital du Sacré-Cœur avec son centre externe Hôpital Maisonneuve- Rosemont		Centre externe de l'Hôpital du Sacré-Cœur
	Hôpital Sainte-Justine	RUIS de l'Université de Montréal et Ensemble du Québec			Regroupement en raison de la masse critique
RUIS-Université Laval	CHUQ – Hôtel-Dieu	Québec	CHUQ – Hôtel-Dieu	Aucun	Possibilité d'un centre externe (selon les décisions du PFT Hôtel-Dieu de Québec) Unité mobile Baie-Saint-Paul Unité mobile Saint-Raymond-de-Portneuf
		Bas-Saint-Laurent	CSSS Rimouski-Neigette- (CH régional de Rimouski) (passage du statut de centre satellite à CH avec une mission régionale)	Aucun	1 centre satellite au CSSS Rivière-du-Loup (5 stations)

Données en date du mois de novembre 2006

⁵ Adaptation à prévoir à partir du PFT du CHUM. Incluant le rapatriement du 450.

RUIS	CHU	Région	CH avec une vocation régionale	CH local	Centre satellite ou centre externe *
RUIS-Université Laval (suite)	CHUQ-Hôtel-Dieu (suite)	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	CSRSS Rimouski-Neigette (CH Régional de Rimouski) ⁶ (passage du statut de centre satellite à CH avec une mission régionale)	Aucun	3 centres satellites : 2 centres satellites de 10 stations chacun et 1 centre satellite de 5 stations localisation à déterminer
		Côte-Nord	CHUQ Hôtel-Dieu de Québec	Aucun	2 centres satellites de 10 stations chacun localisation à déterminer possiblement Baie-Comeau et Sept-Îles
		Saguenay–Lac-Saint-Jean	CSRSS de Chicoutimi	Aucun	1 centre satellite de 10 stations au Lac-Saint-Jean localisation à déterminer Lac-Saint-Jean est (Alma) ou Domaine du Roy (Roberval) ou Maria-Chapdelaine (Dolbeau Mistassini)
		Chaudière-Appalaches	Hôtel-Dieu de Lévis (passage du statut de centre satellite à un CH avec une mission régionale; optimisation des services et accroissement de la capacité d'accueil à déterminer)		CSRSS Thetford (Accroissement de la capacité d'accueil à déterminer)

⁶ Déploiement dans la région de la Gaspésie avec le CSSS Rimouski-Neigette qui est un CH avec une mission régionale. Des démarches peuvent être amorcées simultanément dans les deux régions impliquées.

www.msss.gouv.qc.ca

