

## *Avis*

*concernant la Position des directrices  
et directeurs de soins infirmiers  
et de l'Association des néphrologues du Québec  
en regard de l'organisation des soins infirmiers  
en néphrologie (dialyse)*

*Adopté par le Bureau des 2 et 3 octobre 2003*

## ***Avis***

***concernant la Position des directrices et directeurs  
de soins infirmiers  
et de l'Association des néphrologues du Québec  
en regard de l'organisation des soins infirmiers  
en néphrologie (dialyse)***

***Adopté par le Bureau des 2 et 3 octobre 2003***

#### Distribution

Centre de documentation  
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
4200, boulevard Dorchester Ouest  
Montréal (Québec) H3Z 1V4  
Téléphone : (514) 935-2501 ou 1 800 363-6048  
Télécopieur : (514) 935-5273  
[cdoc@oiiq.org](mailto:cdoc@oiiq.org)  
<http://www.oiiq.org>

#### Dépôt légal

4<sup>e</sup> trimestre 2003  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 2-89229-318-9

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2003

La reproduction d'extraits de ce document est autorisée à la condition qu'il soit fait mention de la provenance.

*Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le féminin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger la présentation.*

En juin 2003, le Regroupement des directrices et directeurs des soins infirmiers de Montréal 06 a soumis à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) une prise de position en ce qui concerne l'organisation des soins infirmiers en néphrologie (dialyse) afin d'obtenir l'appui de l'OIIQ relativement au développement des rôles d'infirmière praticienne en néphrologie et de préposé aux bénéficiaires en hémodialyse.<sup>1</sup>

Tout comme le regroupement, l'OIIQ convient que la problématique de l'insuffisance rénale terminale pose des défis tant au niveau des services à la clientèle, de l'organisation des soins et des services que de la promotion de la qualité et de l'efficacité des services offerts à la clientèle. Trois aspects du document soumis interpellent l'OIIQ comme ordre professionnel.

Voici la position de l'OIIQ en ce qui concerne chacun d'eux :

### **L'APPUI ACCORDÉ AU DÉVELOPPEMENT DU RÔLE D'INFIRMIÈRE PRATICIENNE EN NÉPHROLOGIE**

Le développement du rôle de l'infirmière praticienne en néphrologie fait partie des dossiers prioritaires de l'OIIQ. Selon l'OIIQ, elle exerce en étroite collaboration avec les néphrologues et apporte une contribution clinique spécifique au niveau de la prise en charge et du suivi des clientèles afin d'assurer une plus grande accessibilité des soins et services et d'en promouvoir la continuité. Il est donc important de l'intégrer aux équipes de soins en néphrologie, notamment en hémodialyse. Pour ce faire, l'OIIQ considère que la formation ainsi que la reconnaissance légale et professionnelle des infirmières praticiennes sont de première importance. À cet effet, un comité conjoint conseillera le Collège des médecins (CMQ) et l'OIIQ pour l'élaboration des règlements pertinents. Pour faire suite à la recommandation du Regroupement des directrices et directeurs des soins infirmiers de Montréal 06 et de l'Association des néphrologues du Québec, l'OIIQ assure son soutien pour le développement de ce nouveau rôle professionnel dans le réseau de la santé.

---

<sup>1</sup> Prise de position mise en annexe.

## **LA LÉGALITÉ DE CERTAINES ACTIVITÉS ACCOMPLIES PAR DES NON-PROFESSIONNELS**

Le document du Regroupement des directrices et directeurs des soins infirmiers de Montréal 06 et de l'Association des néphrologues du Québec introduit une nouvelle classe de personnel non-professionnel, soit le préposé aux bénéficiaires en hémodialyse. Il n'est pas de l'intention de l'OIIQ de se prononcer sur la pertinence du développement de ce nouveau rôle puisqu'il est directement lié à une décision locale concernant l'organisation du travail en hémodialyse. Toutefois, il revient à l'OIIQ de se prononcer sur la légalité des activités accomplies par cette classe de personne. Pour ce faire, l'analyse de l'OIIQ s'effectue à la lumière des activités réservées aux infirmières dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.

Le document fait état du rôle capital que joue l'infirmière en hémodialyse auprès d'une clientèle présentant des problèmes de santé complexes. Ses activités professionnelles s'inscrivent notamment au niveau :

- ◆ de l'évaluation de la condition de santé des personnes dialysées;
- ◆ du monitoring et de la surveillance clinique de la condition de santé;
- ◆ de la détection des complications, des soins et des traitements à prodiguer, y compris ceux selon une ordonnance;
- ◆ de l'enseignement à la clientèle et à la famille;
- ◆ du suivi de santé des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- ◆ L'introduction de cette nouvelle classe de personnel non-professionnel devrait, selon l'avis de l'OIIQ, reposer sur deux conditions essentielles :
- ◆ que l'infirmière assume la responsabilité et demeure imputable de l'ensemble des activités cliniques qui relèvent de sa compétence lors du traitement d'hémodialyse, et

- ♦ que le personnel non-professionnel accomplisse uniquement des tâches non réservées aux infirmières qui ne nécessitent aucune application de jugement clinique et qu'il travaille sous le contrôle de l'infirmière.

En ce qui a trait aux tâches confiées aux préposés aux bénéficiaires en hémodialyse, telles qu'énumérées dans le document, le Bureau de l'OIIQ considère deux tâches accomplies que ce soit durant ou après le traitement comme problématiques.

Tout d'abord, il s'agit de la *lecture de la pression artérielle et du pouls sur l'écran de l'appareil et de leur inscription sur la feuille de route*. Le Bureau émet de sérieuses réserves quant à la légalité de cette tâche. En effet, il faut tenir compte de la complexité de la situation de santé des clients en hémodialyse et de la nécessité pour l'infirmière d'assurer une surveillance constante de la réaction des clients durant le traitement d'hémodialyse. Partant de là, il importe que les données enregistrées sur un moniteur soient corroborées par l'infirmière au moyen de l'observation clinique directe pour déceler rapidement chez les clients toute complication ou toute réaction imprévisible. Enfin, il semble essentiel d'éviter de dénaturer le monitoring et la surveillance clinique en les morcelant en tâches isolées et en les confiant à du personnel non-professionnel ce qui aurait pour effet de faire une brèche importante à cette activité réservée à l'infirmière en hémodialyse.

La seconde activité problématique est celle qui consiste à *rapporter toute information pertinente à l'infirmière* que ce soit en cours ou après le traitement. Cette formulation laisse entendre que le préposé aux bénéficiaires en hémodialyse fait une certaine évaluation de l'information et, de ce fait, qu'il pose un jugement quant à ce qui survient chez un client lors du traitement d'hémodialyse avant d'en faire rapport à l'infirmière. Le Bureau croit justifié que cette formulation soit révisée afin d'y enlever toute référence à un jugement clinique et d'éviter ainsi toute ambiguïté quant au rôle attendu du préposé aux bénéficiaires.

Le Bureau de l'OIIQ demande donc :

- ♦ que la tâche qui consiste à inscrire la pression artérielle et le pouls sur la feuille de route à partir de la lecture directe sur l'écran de l'appareil soit retirée de la liste des tâches des préposés aux bénéficiaires ;

- ♦ que la formulation de la tâche qui consiste à rapporter toute information pertinente à l'infirmière soit modifiée pour y éliminer toute ambiguïté quant à la possibilité qu'un jugement clinique soit posé par le préposé aux bénéficiaires en hémodialyse.

## **L'IMPORTANCE DE MAINTENIR LA QUALITÉ DES SERVICES EN HÉMODIALYSE**

Le Bureau de l'OIIQ reconnaît que l'organisation du travail découle d'orientations et de décisions prises localement dans chaque établissement de santé. Toutefois, il est important de faire en sorte qu'en aucun temps le rôle du préposé aux bénéficiaires en hémodialyse n'empiète ou n'entre en conflit avec le rôle de l'infirmière. De plus, leur intégration en hémodialyse visant à assurer une plus grande disponibilité des infirmières auprès des clients ne devrait pas avoir pour conséquence d'entraîner un alourdissement de leurs responsabilités cliniques et de compromettre la qualité des soins infirmiers. La réorganisation du travail à l'intérieur d'un service comme l'hémodialyse, bien qu'elle permette une meilleure utilisation des ressources professionnelles et non-professionnelles, devrait à notre avis garantir le maintien et la promotion de la qualité des soins et services offerts à la clientèle.

**ANNEXE**

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal  
*Pour vous, pour la vie*

**CHUM** CENTRE HOSPITALIER DE  
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**CHUQ**  
CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC

**CHUS**  
Des gens de soins et d'excellence



Centre Universitaire de Santé  
McGill

**Hôpital Charles LeMoine**  
Centre affilié universitaire  
et régional de la Montérégie

**Hôpital  
du Sacré-Coeur  
de Montréal**

**Cité de la Santé de Laval**

**CHRDL** Centre  
Hospitalier  
Régional  
De Lanaudière

**Centre hospitalier  
de Verdun**

Association des Néphrologues du Québec

# Position des directrices et directeurs des soins infirmiers

et de

# l'Association des néphrologues du Québec

en  
regard de l'organisation  
des soins infirmiers  
en néphrologie (dialyse)

**MARS 2003**

## Sommaire

L'hémodialyse hospitalière connaît un accroissement de clientèle et cette tendance va perdurer. Pour être plus efficaces et ainsi mieux répondre à cette demande de soins continus, les modèles actuels de prestation de soins doivent se transformer.

Parallèlement, la pénurie d'infirmières et de néphrologues a amené les directrices de soins infirmiers et l'Association des néphrologues du Québec à réfléchir sur l'organisation des soins en dialyse en centres hospitaliers dans un contexte d'évolution des technologies.

Une réorganisation s'impose donc et cette dernière touche directement le rôle de l'infirmière en néphrologie et particulièrement en hémodialyse. Plusieurs étapes sont en devenir pour la réalisation de ce projet. Concrètement dans les centres de dialyse hospitalière, la prestation des soins doit se modifier pour assurer l'adéquation des ressources avec la croissance des activités dans ce secteur. Ainsi, la réduction du nombre d'infirmières par patient en hémodialyse nécessite l'introduction d'un personnel d'assistance technique à l'infirmière. Le contenu d'un programme de formation pour ce personnel doit comporter des éléments communs pour les centres hospitaliers de même que les exigences d'obtention des postes.

Quant au ratio infirmière / patient dans les services d'hémodialyse et de néphrologie, il s'avère impossible de le préciser compte tenu des variables propres à chacun des milieux. Toutefois, le ratio infirmière / patient doit permettre à l'infirmière de répondre adéquatement aux besoins des patients et de jouer pleinement son rôle auprès de cette clientèle.

Le présent document discute du rôle d'assistance technique en hémodialyse et des tâches reliées à ce rôle. Il importe d'ajouter que le rôle de l'infirmière en dialyse hospitalière est appelé à évoluer sur un continuum allant jusqu'à la pratique avancée ou infirmière praticienne en néphrologie (*nurse practitioner*). A cet effet, une concertation entre l'Association des néphrologues du Québec, les centres hospitaliers, les universités et les ordres professionnels s'impose pour voir la mise en œuvre et l'établissement permanent de ce rôle dans nos organisations de soins.

Enfin, une série de recommandations en vue de concrétiser l'organisation optimale des soins infirmiers en néphrologie au Québec termine le document.

## Table des matières

Page

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Contexte actuel en dialyse.....</b>	<b>5</b>
1.1 Les caractéristiques de la clientèle.....	5
1.2 L'organisation des soins et services infirmiers en dialyse.....	6
<b>2. Tendances dans la pratique des soins infirmiers en dialyse .....</b>	<b>7</b>
2.1 Complexité des soins et autonomie professionnelle.....	7
2.2 Continuité des soins et services .....	8
2.3 Réorganisation du travail.....	8
2.3.1 Un mot sur les ratios.....	9
2.4 Tâches de la personne en assistance technique en hémodialyse.....	9
2.5 Exigences et autres connaissances du préposé aux bénéficiaires en hémodialyse .....	11
<b>3. Rôles et compétences essentielles requises de l'infirmière en fonction des besoins de la clientèle .....</b>	<b>12</b>
<b>4. Emergence d'un nouveau rôle en soins infirmiers : les infirmières praticiennes en néphrologie (« nurse practitioner ») .....</b>	<b>13</b>
<b>5. Recommandations .....</b>	<b>16</b>
<b>6. Composition du groupe interétablissements.....</b>	<b>19</b>
<b>7. Références .....</b>	<b>20</b>

## Introduction

La façon de donner des soins en hémodialyse hospitalière et en néphrologie arrive à un carrefour de changements importants compte tenu de l'augmentation de la demande de services et de la pénurie d'infirmières et de néphrologues.

Au Québec comme partout dans le monde, le nombre de personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale (IRT) s'accroît et plusieurs raisons nous portent à croire que cette tendance à la hausse se poursuivra (Pastan et Bailey, 1998). La documentation, quant à la pénurie d'infirmières, n'est plus à faire. Dans certains milieux, le pourcentage d'infirmières susceptibles de prendre leur retraite dans les cinq prochaines années dépasse 25%. Parallèlement, l'accroissement de la tâche oblige les néphrologues à recentrer leur pratique vers les interventions spécifiques à la dialyse et à la néphrologie.

Dans le contexte de pénurie d'infirmières, l'accessibilité aux services et l'émergence de nouveaux rôles infirmiers passe par une révision du rôle actuel de l'infirmière dans un centre de dialyse hospitalière.

Suite à des consultations et des travaux conduits auprès des infirmières-chefs d'unités de dialyse et d'infirmières cliniciennes spécialisées, un consensus s'est établi entre les directrices de soins infirmiers des centres de dialyse qui ont participé à cette réflexion et l'Association des néphrologues du Québec. Ce consensus repositionne le rôle de l'infirmière dans un centre de dialyse.

Pour réaliser pleinement ce rôle, dans le contexte où il est nécessaire de réduire la demande d'infirmières dans les centres de dialyse, il a entre autres été convenu que le préposé aux bénéficiaires en hémodialyse est un nouveau rôle à développer.

Il importe d'ajouter que déjà au printemps 2000, l'Association des néphrologues du Québec avait amorcé des approches auprès des corporations professionnelles infirmières et médicales pour débiter la formation d'infirmières praticiennes en néphrologie. Avec la nouvelle *«Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé»*, il est permis de penser que l'actualisation du projet de pratique avancée en soins infirmiers néphrologiques se fera très prochainement.

Ce document présente le rôle de l'infirmière en hémodialyse de même que le rôle et les tâches confiées au préposé aux bénéficiaires en hémodialyse. L'élaboration d'un programme d'orientation commun aux centres offrant des soins et services de néphrologie est souhaitable mais cela ne fait pas l'objet de ce document ; il sera plutôt question d'éléments de contenu obligatoires. Enfin, des discussions quant au développement du rôle de l'infirmière praticienne en néphrologie au Québec ont été tenues ; d'autres sont à venir.

## **1. Contexte actuel en dialyse**

Le contexte actuel en dialyse au Québec sera ici brièvement décrit selon deux facteurs qui nous apparaissent parmi les plus significatifs : les caractéristiques de la clientèle et l'organisation des soins et services infirmiers.

### **1.1 Les caractéristiques de la clientèle**

Les personnes atteintes d'IRT au Canada représentent une cohorte qui augmente d'années en années. Au 31 décembre 1999, le nombre de patients vivants traités pour insuffisance rénale était de 23,601 dont 9,679 avec un greffon rénal fonctionnel et 13,922 suivaient une forme quelconque de dialyse. Le taux de prévalence en 1999 pour tous les patients en dialyse était de 456,6 par million d'habitants, soit une augmentation de 9% par rapport à 1998. Cette augmentation annuelle moyenne se maintient jusqu'à nos jours (Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2001). Par ailleurs, certains centres hospitaliers universitaires et affiliés font face à de plus importantes hausses annuelles ; elles peuvent atteindre plus de 15 % par année.

Parmi les facteurs contribuant à cette progression constante, notons le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de diabétiques qui représente plus de 20 %, voire même le tiers des personnes dialysées, un faible progrès dans le nombre de transplantations rénales, l'amélioration des modalités et des conditions de traitement, de même que l'amélioration de l'espérance de vie grâce à des traitements mieux adaptés à leurs besoins.

Les besoins des gens référés aux cliniques de protection rénale (prédialyse) et ensuite dirigés vers les unités de dialyse sont considérables car il s'agit d'une modalité thérapeutique éprouvante pour la personne qui la subit ou sa famille et exigeante pour l'équipe de soins qui en assure la gestion sur base hebdomadaire et continue. Ainsi, bien que de plus en plus les intervenants des centres travaillent en interdisciplinarité, chacun offrant et partageant son expertise, il demeure que l'IRT provoque un impact majeur dans la vie des personnes atteintes et celle de leurs proches. Toutes les dimensions de leur vie tant personnelle, familiale, professionnelle que sociale sont affectées. L'identification des pertes et le travail de deuil et de l'adaptation qui s'ensuit nécessitent un accompagnement et un soutien indéfectibles de la part des intervenants de la santé.

Au plan physique, il est à souligner que l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse entraîne une intensité de soins qui lui est propre accompagnée de trois séances hebdomadaires d'environ quatre heures de traitement lors desquelles des fluctuations rapides des données hémodynamiques et des complications potentiellement sévères menaçant l'accès de vie (l'accès vasculaire) peuvent être présentes (infections, sténoses, thromboses, anévrismes, ischémie du membre). De plus, la fatigue chronique, la dénutrition, les problèmes gastro-intestinaux et les douleurs associées aux changements ostéodystrophiques ajoutent au tableau des répercussions physiques de la maladie.

Au plan psychologique, les peurs et les préoccupations sont nombreuses. Notons la peur de l'inconnu des premiers traitements, l'espoir d'une greffe, la peur de la mort, les complications post-chirurgicales, la perte du greffon, la perte de contrôle sur sa vie, l'atteinte de l'image corporelle et de l'estime de soi. Le besoin de connaissances afin de regagner un peu de contrôle sur leur vie devient très important.

Au plan familial et social, les exigences qui incombent aux autres membres méritent d'être nommées : la modification dans les rôles et responsabilités, la perte de l'emploi, des relations de travail, du revenu, l'isolement social progressif, la présence de tensions intrafamiliales, la gestion de l'information, le soutien.

Enfin, il est important de souligner que fréquemment les gens atteints d'IRT ont aussi d'autres facteurs de comorbidité tels des problèmes cardiaques, pulmonaires etc. Ceci alourdit de façon significative leurs besoins de tous ordres.

## **1.2 L'organisation des soins et services infirmiers en dialyse**

Avant le début du 20<sup>ième</sup> siècle, les traitements en regard de la maladie rénale terminale n'étaient que palliatifs. Entre 1900 et 1959, plusieurs expériences furent tentées sans succès en termes de thérapies de remplacement, pensons ici à l'hémodialyse, la dialyse péritonéale et la transplantation rénale. De 1960 à 1972, l'avancement de la science et des connaissances font en sorte que ces thérapies de remplacement deviennent réellement viables pour la clientèle atteinte. L'accessibilité à ces thérapies devint ensuite l'enjeu sociétal, politique et économique majeur ; on procède alors à une réelle sélection des candidats (1973-1982). De façon générale, jusqu'à cette période, les soins infirmiers étaient en quelque sorte privés, c'est-à-dire une infirmière pour un patient. La fin du vingtième siècle se distingue par l'efficacité, l'efficacé et des questions éthiques face à la demande sans cesse croissante de la clientèle atteinte d'IRT. En effet, l'organisation des soins et services de santé en regard de la maladie rénale terminale doit relever au quotidien des défis de haute intensité et des efforts sans relâche afin de maintenir l'accessibilité aux soins.

D'une part, l'avancement des connaissances, l'évolution de la technologie et de la pharmacologie ont permis d'importantes percées thérapeutiques de telle sorte que plus de personnes âgées peuvent maintenant recevoir ces traitements. Cet élément de contexte est déterminant sur les valeurs de la société et sur l'organisation et la prestation des soins et services. De plus, les infirmières constatent qu'une très grande majorité de personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes handicapées suite aux amputations et des personnes souffrant de troubles comportementaux vivent dans leur milieu de vie et que leurs besoins de soins et de soutien ont décuplé (MSSS, 2001).

D'autre part, la pénurie d'effectifs devient un autre élément de contexte déterminant. Une collaboration optimale entre les professionnels s'avère l'une des pistes de solutions afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins. Par ailleurs, d'autres initiatives infirmières de réorganisation de soins et de services ont émergé ces dernières années pour composer avec les réalités des soins infirmiers en dialyse.

## **2. Tendances dans la pratique des soins infirmiers en dialyse**

L'environnement dans lequel évoluent les soins et services, les besoins et les exigences de la clientèle, les nouveaux profils de santé, les changements dans les pratiques médicales, les lois, les règlements et les nouvelles orientations politiques représentent autant de facteurs qui ont des impacts sur la pratique des soins infirmiers. Nous relèverons ici les éléments et les tendances observées qui influencent particulièrement l'exercice de la profession d'infirmière et les besoins d'assistance en dialyse.

### **2.1 Complexité des soins et autonomie professionnelle**

L'hémodialyse est reconnue comme un secteur de soins complexes. L'expertise en soins infirmiers y est essentielle d'une part, pour une intervention rapide et adaptée aux besoins complexes de la clientèle, pour la manipulation de la technologie de pointe nécessaire à la survie des individus ainsi que pour l'application des protocoles et des ordonnances collectives. L'infirmière doit procéder à la surveillance clinique, être à l'affût de tout signe et intervenir en fonction des risques ou problèmes décelés qu'elle doit anticiper pour tenter de les prévenir. De nombreuses complications majeures peuvent survenir; en voici quelques exemples : l'hypotension, les crampes musculaires, les douleurs rétrosternales, les arythmies et arrêts cardiaques, les embolies gazeuses, les convulsions. L'infirmière doit aussi assurer la surveillance des voies d'accès au traitement d'hémodialyse, vérifier la qualité de la voie périphérique afin de prévenir les thrombus, faire la gestion de l'anémie et de l'héparinisation. De nombreux tests de laboratoire sont réalisés en cours de traitement et elle doit, non seulement les recevoir et aviser, mais utiliser ses connaissances et son jugement clinique pour les interpréter de manière à intervenir adéquatement et prestement pour éviter toute complication.

D'autre part, cette expertise est nécessaire pour composer avec l'atteinte à la qualité de vie des personnes atteintes d'IRT et de leurs proches à cause de la chronicité du problème de santé, de l'irréversibilité de la maladie et de son traitement permanent. Si la dimension technologique est actuellement assez bien contrôlée par les infirmières, la présence d'une aide pour l'assistance technique lui permettra d'accorder plus d'attention à la qualité de vie, à la sensation de fatigue des personnes atteintes de IRT et au confort per-dialytique. L'importante augmentation de la clientèle combinée à la pénurie d'infirmières et de médecins spécialistes invite à être vigilant quant à l'enseignement des habiletés d'autosoins thérapeutiques, au suivi rigoureux des accès vasculaires, à la prévention de la morbidité secondaire et à l'accroissement des coûts de santé.

Mentionnons toutefois que certains centres hospitaliers possèdent une technologie permettant de mieux connaître la qualité des accès vasculaires (ex. : appareil Transonic) et de mieux gérer le confort per-dialytique (ex. : appareil Crit-Line). La compréhension des données obtenues permet donc une autonomie professionnelle accrue chez les infirmières. En effet des interventions préventives peuvent être mises de l'avant. Cependant, la réalisation de ces tests et l'obtention de données objectives de qualité s'ajoutent aux activités habituelles des infirmières. Ce travail technique s'ajoute aux autres interventions de soins déjà nombreuses compte tenu de la perte d'autonomie des personnes atteintes. Enfin, révisés périodiquement, des protocoles liés aux complications potentielles per et post dialyse influencent également le travail de l'infirmière.

## 2.2 Continuité des soins et services

La continuité des soins en dialyse est primordiale. D'un traitement à l'autre, il importe de connaître des données qui informent sur la qualité du traitement reçu. Des ajustements peuvent s'effectuer pour optimiser les traitements et prévenir des problèmes. L'augmentation de la clientèle et les aspects techniques laissent peu de temps aux infirmières pour mettre à jour toutes ces données.

## 2.3 Réorganisation du travail

Dans une perspective de maintenir l'accessibilité aux soins infirmiers, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a mandaté, au printemps 2000, un groupe de gestionnaires d'unités de dialyse et d'infirmières cliniciennes spécialisées pour étudier la pertinence et la faisabilité d'introduire un soutien technique à l'infirmière en hémodialyse. À l'été 2000 à Québec, il fallait trouver une solution au manque d'infirmière afin d'assurer des traitements de dialyse pour toute la clientèle au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Une initiative infirmière est apparue : les « assistants techniques » en hémodialyse.

Puis, le même problème sévissait l'été suivant à Montréal drainant les ressources infirmières en dialyse et compromettant les soins et services dans les secteurs de médecine/chirurgie. C'est pourquoi, le recours à cette « aide technique » en hémodialyse dans quelques centres hospitaliers universitaires et affiliés s'est avéré une avenue positive pour pallier au manque de ressources infirmières. Suite à ces expériences, il devenait indispensable d'harmoniser les paramètres caractérisant un tel type d'assistance. À l'hiver 2001, les directrices de soins infirmiers des centres hospitaliers universitaires et affiliés mandataient alors un groupe de travail (gestionnaires et infirmières cliniciennes spécialisées) pour définir le rôle, les fonctions, les compétences, les exigences, académiques et autres, les ratios ainsi que l'encadrement requis pour ce personnel technique.

Il importe de souligner que tous les projets pilotes ont été évalués comme satisfaisants tant par les infirmières, les patients, les préposés aux bénéficiaires que par les personnes qui avaient joué ce nouveau rôle, des étudiantes(s) de deuxième année en soins infirmiers. De plus, les néphrologues qui ont été témoins de ces projets appuient ces initiatives aux conditions suivantes :

- que l'infirmière soit celle qui demeure responsable et imputable de l'ensemble des soins;
- que l'infirmière exerce une supervision de ces personnes;
- et que l'introduction de l'assistance technique en hémodialyse n'amène pas la réduction du nombre d'infirmières en hémodialyse sans révision de l'organisation du travail.

### 2.3.1 Un mot sur les ratios

La réduction du nombre d'infirmières par groupe de patients fait appel à la notion de ratio. De tels ratios ne peuvent être établis de manière universelle pour l'ensemble des établissements car plusieurs des facteurs contributifs à ceux-ci sont variables selon les milieux de soins.

Certains de ces facteurs sont indirects par rapport aux soins des patients et font référence aux ressources humaines des unités d'hémodialyse (commis, préposés aux bénéficiaires), aux ressources matérielles (approvisionnement en fournitures médicales et non médicales par des ressources externes à l'unité de soins à la manière du système unidose) et aux ressources technologiques (informatisation).

D'autres facteurs touchent directement la prestation de soins aux patients et ont été identifiés comme le facteur environnemental, le niveau de complexité et le facteur préventif. Le facteur environnemental fait appel à l'ergonomie des espaces utilisés pour les traitements d'hémodialyse. Ainsi, certaines divisions de l'espace de travail (flots versus aires ouvertes) permettent peu de flexibilité quant au nombre d'infirmières nécessaires pour assurer une surveillance sécuritaire des patients. Le niveau de complexité de l'état de santé de la clientèle (faible, moyen, élevé) requiert la compétence de l'infirmière et son jugement clinique. Les deux niveaux les plus élevés doivent être révisés quotidiennement. Le facteur préventif fait appel à la prévention des infections du fait que les infirmières de dialyse sont en contact de plus en plus fréquent avec des patients en isolement (SARO, ERV, hépatites, HIV, etc.). Face à cette situation, les infirmières doivent faire appel à des trésors d'imagination pour les horaires de dialyse de ces patients et leur emplacement de manière à protéger l'ensemble des personnes, autant le personnel que les autres patients.

Considérant l'ensemble de ces contraintes, des ratios prédéfinis sans considération des particularités propres à chaque milieu de soins ne permettraient aucune marge de manœuvre. Ces marges de manœuvres sont indispensables pour répondre aux demandes supplémentaires urgentes de même que celles provenant d'unités de soins aigus ou intensifs *intra-muros*.

## 2.4 Tâches de la personne en assistance technique en hémodialyse

Dans la prochaine section, nous présentons le consensus actuel sur les tâches des personnes offrant de l'assistance technique en hémodialyse ainsi que celles qu'elles devront accomplir et les exigences à leur égard.

Dans cet exercice et dans un souci de rigueur, nous nous sommes assurés que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) confirme que les tâches confiées à la personne en assistance technique, tel que présenté, ne faisaient pas partie de l'exercice infirmier.

Les notions de niveau de préjudice et de compétence requise sont indispensables à la détermination des tâches pouvant être attribuées à d'autres intervenants. Ces deux notions ont donc aussi guidé la réflexion dans l'attribution des tâches en assistance technique en hémodialyse. Le niveau de préjudice est, pour sa part, lié à la situation clinique et non seulement à l'habileté à exécuter une technique. Quant à la compétence requise, elle fait appel à l'intégration des connaissances scientifiques, aux habiletés, aux attitudes et au jugement clinique requis pour prodiguer des soins dans un contexte donné. Considérant la complexité et la continuité requise des soins en hémodialyse, ces notions demeurent incontournables non seulement au cours du processus de réflexion, mais aussi lors de l'actualisation de cette nouvelle forme d'assistance à l'infirmière.

En présence de l'infirmière, le (la) préposé(e) aux bénéficiaires en hémodialyse aura comme principale fonction d'assister l'infirmière dans la préparation et dans l'exécution des fonctions techniques qui ne requièrent pas de jugement clinique en soins infirmiers. Cette personne soutient l'infirmière dans l'exercice de ses fonctions. De façon plus précise, les tâches de cette personne, avant l'arrivée du patient seront de :

- ✓ Mettre en marche les appareils d'hémodialyse.
- ✓ Aller chercher les dialyseurs dans la réserve (la vérification appartient à l'infirmière).
- ✓ Faire les autotests du circuit hydraulique et du circuit extracorporel de l'appareil de dialyse.
- ✓ Faire le montage des circuits extracorporels.
- ✓ Faire l'amorçage des circuits extracorporels (du dialyseur).
- ✓ Apporter et distribuer le matériel nécessaire à la canulation de la FAV (native ou synthétique) ou au branchement des cathéters veineux centraux (temporaires ou tunélisés). Faire de même pour le prochain traitement.
- ✓ Peser ou aider les patients à se peser avant le traitement et inscrire cette donnée sur la feuille de route.
- ✓ Veiller au confort et aider à la mobilisation du patient.

En cours de traitement, il s'agira :

- ✓ D'inscrire la pression artérielle et le pouls sur la feuille de route à partir de la lecture directe sur l'écran de l'appareil.
- ✓ De veiller au confort et aider à la mobilisation du patient.
- ✓ De rapporter toute information pertinente à l'infirmière.
- ✓ D'apporter le matériel pour l'administration de l'oxygène au besoin.

Après le traitement, les tâches seront de :

- ✓ Peser ou aider les patients à se peser après le traitement et inscrire cette donnée sur la feuille de route.
- ✓ Effectuer la compression de la FAV manuellement ou appliquer la pince sur le site de ponction à la demande de l'infirmière.
- ✓ Veiller au confort et aider à la mobilisation du patient.
- ✓ Rapporter toute information pertinente à l'infirmière.
- ✓ Faire le démontage des circuits extracorporels.
- ✓ Nettoyer les appareils de dialyse, au besoin.

- ✓ Nettoyer et préparer les fauteuils, civières et lits, au besoin.
- ✓ Procéder à la désinfection des appareils de dialyse en utilisant la programmation automatique (acide citrique, eau de javel 6%, désinfection à la chaleur), au besoin.
- ✓ Déplacer les appareils de dialyse en les débranchant et en les branchant à nouveau dans la prise de courant et la prise d'eau.
- ✓ Apporter le matériel pour l'administration de l'oxygène au besoin.
- ✓ Exécuter toute tâche connexe à la demande de son supérieur immédiat.

## **2.5 Exigences et autres connaissances du préposé aux bénéficiaires en hémodialyse**

La personne devra préalablement avoir complété et réussi :

- Un diplôme d'études professionnelles d'assistance aux bénéficiaires en établissement de santé de 630 heures
- ou**
- Toute autre formation équivalente pertinente ou jugée supérieure.

Cette personne devra également :

- Compléter et réussir un programme d'orientation dispensé par une infirmière c'est-à-dire un programme théorique et pratique d'environ deux à trois semaines comprenant obligatoirement tous les éléments suivants :
  - o Introduction à la maladie rénale
  - o Caractéristiques du patient hémodialysé (notion de chronicité, déplacements)
  - o Principes de base de l'hémodialyse
  - o Connaissance des équipements / appareils / matériels et fournitures
  - o Principes d'asepsie en hémodialyse
  - o Les différentes voies d'accès
  - o Déroulement du traitement
  - o Montage et démontage des circuits
  - o Terminologie médicale
  - o Prise de pesée et des signes vitaux directement sur l'écran
  - o Mesures d'urgence
  - o Santé et sécurité au travail
  - o Aspects légaux et éthiques
  - o Précautions universelles

Il convient aussi de souligner que selon la recommandation de l'Academy of Medical Surgical Nurses (2001), les préposés aux bénéficiaires en hémodialyse devront recevoir de la formation dans le milieu qui les embauchera à ce titre d'emploi. Ce programme de formation devra être établi pour l'ensemble des établissements et tous les éléments abordés précédemment devront être présents dans les programmes de formation. De plus, des activités d'évaluation de la compétence et de mise à jour des connaissances devront avoir lieu périodiquement.

### 3. Rôles et compétences essentielles requises de l'infirmière en fonction des besoins de la clientèle

Les personnes atteintes d'IRT traversent différentes étapes d'adaptation. Leurs proches sont également touchés par ces phases. L'éducation de la clientèle à la prévention secondaire de même que le soutien et l'accompagnement s'avèrent des interventions essentielles et pour lesquelles les infirmières disent consacrer moins de temps, compte tenu de l'environnement technologique de la dialyse. Différentes habiletés andragogiques dans le contexte de la maladie chronique et d'autres en approche systémique familiale permettent aux infirmières de comprendre l'adoption de nouveaux comportements de santé et d'aborder des questions telles la fin de vie, le désir de cesser les traitements etc. (Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, 2000 ; ANNA, 1998, 2000). Nous savons que les infirmières, pour actualiser pleinement leur rôle, doivent disposer du temps nécessaire pour aborder de tels sujets. Le facteur temps et les espaces à aire ouverte rendent plus difficiles les échanges et discussions avec la clientèle.

Parmi les activités qui nécessitent le jugement clinique de l'infirmière, certaines sont évocatrices des activités de l'infirmière en hémodialyse notamment :

- l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne dialysée,
- l'exercice d'une surveillance clinique de la condition des personnes atteintes d'IRT dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier,
- l'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance de même que l'initiation de mesures diagnostiques à des fins de dépistage (réf. : Loi sur la santé publique, 2001, chap.60),
- le fait de procéder à des examens, des tests diagnostiques invasifs selon une ordonnance,
- le fait de procéder et d'ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance,
- l'application de techniques invasives,
- le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes,
- l'administration et l'ajustement de médicaments ou d'autres substances selon une ordonnance, et enfin,
- le mélange de substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance.

Ces interventions de soins doivent être acquittées auprès de chaque individu / famille dans des situations cliniques précises. Dans le contexte présent, les connaissances et les habiletés nécessaires à la réalisation de ces interventions doivent être renouvelées en fonction de l'atteinte de standards de pratique en soins néphrologiques tels qu'il en existe actuellement (ANNA, 1999 ; ACITN, 1997).

Quant à l'introduction du préposé aux bénéficiaires en hémodialyse, il s'agit d'une des solutions à la pénurie d'infirmière qui redonnerait à cette dernière plus de temps pour qu'elle puisse jouer pleinement son rôle professionnel auprès de la clientèle. Les infirmières devront développer des habiletés de supervision pour s'assurer de la qualité des soins dans l'optique d'un travail d'équipe réalisé avec les préposés en hémodialyse.

La réorganisation des soins en dialyse ouvre la place aux infirmières en pratique avancée en hémodialyse et autres secteurs de la néphrologie. Il est d'intérêt voire essentiel de développer ce modèle de rôle pour former et « coacher » les infirmières, pour encadrer et développer la pratique en soins infirmiers néphrologiques, s'occuper d'une cohorte de patients plus à risque ou nécessitant davantage de soins et de suivi clinique particulier et participer à la recherche en soins dans ce domaine.

#### 4. Emergence d'un nouveau rôle en soins infirmiers : les infirmières praticiennes en néphrologie (« nurse practitioner »)

Au cours des trente dernières années, la pratique infirmière en Amérique du Nord s'est considérablement transformée pour assurer un leadership accru dans la réponse aux besoins de santé de plus en plus complexes des populations et face aux transformations majeures du système de santé. Le développement rapide de nouveaux modes de pratique dont celui de la pratique infirmière avancée s'inscrit dans cette évolution. Il représente actuellement un mouvement en plein essor conduisant à une réflexion de fond sur les nouveaux rôles de ces infirmières et sur les programmes de formation à mettre en œuvre ou à adapter pour assurer le développement des compétences requises.

Aux Etats-Unis, c'est surtout à partir des années 1960 que le développement de la pratique avancée a pris de l'ampleur en raison des nombreuses critiques adressées à un système de santé peu accessible, trop fragmenté et trop médicalisé. Depuis, d'autres forces ont aussi contribué à son essor telles le vieillissement de la population, l'accent mis sur la promotion et la prévention, le déplacement des soins dans la communauté, le développement des connaissances, des nouvelles technologies et des pratiques sur-spécialisées, les contraintes budgétaires et enfin une préoccupation accrue pour l'efficacité des services de santé. Au cours de cette période, le développement de la pratique avancée aux États Unis s'est concrétisé autour de quatre rôles distincts : celui d'infirmière clinicienne spécialisée, d'infirmière praticienne, d'infirmière sage femme et d'infirmière anesthésiste. Ainsi, l'expression « Advanced Nursing Practice » est un terme générique utilisé pour désigner les infirmières qui **actualisent** l'un de ces quatre rôles. Actuellement, l'Association américaine de Nursing (ANA) distingue clairement l'infirmière en pratique avancée par ses connaissances **cliniques**, sa compréhension et ses habiletés **d'intervention ou techniques** avancées acquises au cours de la formation aux études supérieures (maîtrise) en sciences infirmières. Selon l'ANA (1995), la formation à la maîtrise en sciences infirmières offre les fondements nécessaires à la spécialisation, à l'élargissement du rôle et à l'avancement des connaissances, éléments communs à tous les rôles de l'infirmière en pratique avancée.

Au Canada et au Québec le développement de la pratique avancée a été étroitement lié à l'implantation du rôle des infirmières cliniciennes spécialisées. Cependant, depuis une dizaine d'années, le rôle de l'infirmière praticienne est en émergence et s'impose à la fois comme une voie d'avancement pour la profession infirmière et un moyen efficace et reconnu pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population et au fonctionnement efficient du système de santé. Récemment, (mai 2000) l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AICC) proposait un cadre de référence permettant de décrire les caractéristiques, activités et compétences propres à la pratique avancée en vue de coordonner les efforts de développement de ce rôle à travers les différentes provinces canadiennes. Dans le cadre de ses

travaux l'AIC, déclare « ...le diplôme de deuxième cycle en sciences infirmière est considéré comme le moyen le plus efficace d'acquérir les compétences requises pour la pratique avancée » (AIC, 2000, p.9). Au Québec, les incitatifs à développer le rôle d'infirmière praticienne se font également de plus en plus présents.

L'acuité et la complexité des soins d'une personne aux prises avec une maladie chronique (rénale ou cardiaque par exemple), jumelées à une augmentation du volume de clientèles dans un contexte de pénurie d'infirmières et de médecins spécialistes, le tout à travers une réorganisation du système de santé, ont fait en sorte que les ressources humaines sont actuellement insuffisantes pour assurer une prise en charge optimale de ces personnes. Nous devons réfléchir à notre façon de donner des soins en proposant une nouvelle avenue soit celle de l'infirmière en pratique avancée.

De plus, il est permis de penser que plusieurs éléments de conjoncture en favorisent l'implantation progressive. Mentionnons à cet effet :

- Le forum national sur les urgences (où l'on parle de développement de pratique infirmière avancée au triage)
- La commission d'étude sur la santé et les services sociaux (2000) (où il est question du développement et de l'intégration d'infirmières praticiennes aux groupes de médecine familiale)
- Le forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière (où le développement du rôle d'infirmière praticienne est privilégié comme piste d'action)
- Le groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines (où il est question de la réglementation professionnelle, l'occasion pour introduire ce nouveau rôle et lui reconnaître des nouvelles responsabilités qui vont au-delà du cadre habituel de la pratique infirmière et qui rejoignent certaines interventions habituellement réservées à d'autres professionnels de la santé).
- La «*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*».

En résumé, la révision et le positionnement de la pratique avancée à la fois dans le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée ou dans celui de l'infirmière praticienne permettraient de répondre à diverses recommandations : plus de responsabilités et d'imputabilité aux infirmières, l'enrichissement du rôle de l'infirmière en centre hospitalier, la formation et l'intégration des infirmières praticiennes aux groupes de médecin de famille et une formation adaptée aux exigences du travail en interdisciplinarité.

Par conséquent, le contexte actuel incite les universités et les facultés de sciences infirmières (FSI) à revoir leur programme de deuxième cycle de sorte qu'il y ait reconnaissance de la valeur ajoutée de l'infirmière ayant une formation solide au niveau de la maîtrise en sciences infirmières. Ceci conduit donc les FSI à procéder à une révision en profondeur de ce programme à la fois pour s'ajuster aux nouvelles réalités de la pratique avancée en sciences infirmières, aux nouveaux besoins de formation et aux exigences d'un système de soins et de santé qui change constamment et devient de plus en plus complexe. Tel que le recommande la Commission Pew (O'Neil, 1998) sur l'éducation des professionnels de la santé, nous

avons à restructurer la formation des professionnels de la santé pour plus d'efficacité dans la dispensation des soins. Cette commission identifie 21 compétences nécessaires à la pratique des professionnels de la santé pour le 21<sup>ème</sup> siècle.

[http://www.stti.iupui.edu/library/ojksn/e\\_ebbp.html](http://www.stti.iupui.edu/library/ojksn/e_ebbp.html)

Ces compétences regroupent divers types de savoirs et d'habiletés qui s'inscrivent tout à fait dans les compétences identifiées par les auteurs américains ( Hamric, Spross & Hanson, 2000) comme étant à la base de la pratique avancée. De plus, elles sont complémentaires aux compétences cliniques plus spécialisées que les infirmières en pratique avancée se doivent de développer. Ces auteurs et l'Association américaine de Nursing (1995) proposent d'organiser le curriculum de formation autour de trois grands types de savoirs. A Montréal, par exemple, le premier bloc de formation (9 crédits) rejoint des objectifs de base et commune aux étudiantes aux études supérieures en sciences infirmières par les cours suivants : recherche, statistiques, et théories en sciences infirmières. Le deuxième bloc de formation offre des cours permettant aux infirmières d'acquérir des connaissances et habiletés en regard du développement du rôle de pratique avancée par des cours touchant les habiletés stratégiques, le leadership, le rôle d'agent de changement, de consultant, et de collaboration, l'interdisciplinarité d'accompagnement et l'éthique. Le troisième bloc de formation rejoint des aspects spécialisés ou ultra spécialisés de la formation clinique ou de recherche de l'étudiant. Il permet d'aller chercher des expériences pratiques substantielles et pertinentes et de compléter par un programme de mention complémentaire à l'acquisition de connaissances spécialisées dans d'autres disciplines mais essentielles à la formation de l'infirmière en pratique avancée qu'elle oeuvre dans un rôle de clinicienne spécialisée ou d'infirmière praticienne.

En fait, l'infirmière praticienne exerce des rôles cliniques qui s'inscrivent dans le prolongement de la pratique infirmière. En plus des fonctions liées à l'exercice infirmier, elle enrichit l'évaluation de l'état de santé physique et mentale, notamment en prescrivant et en interprétant des examens diagnostiques. En étroite collaboration avec les néphrologues, elle assure les soins et les traitements médicaux des patients souffrant de problèmes de santé complexes chroniques et stables ou lors d'épisodes aigus de leur problème de santé (OIIQ, 2001).

Concrètement, soulignons l'apport significatif du rôle de l'infirmière praticienne. L'expérience d'une dizaine d'années de Bolton (1998) démontre clairement la valeur ajoutée et la pertinence de l'infirmière praticienne en néphrologie. Les résultats sont de l'ordre d'une plus grande accessibilité aux soins, donc d'une plus grande réponse aux demandes de soins doublée d'une meilleure continuité, ainsi que d'une plus grande satisfaction de la clientèle.

## 5. Recommandations

### Puisque:

- La pénurie d'infirmière sévissant actuellement dans le réseau de la santé est appelée à augmenter au cours des prochaines années ;
- Les services de néphrologie et d'hémodialyse n'échappent pas à la pénurie actuelle d'infirmière et drainent des ressources des unités de médecine/chirurgie ;
- La pénurie de néphrologues crée aussi des difficultés dans la réponse aux besoins des clientèles ;
- L'accessibilité aux soins et services pour les patients requérant l'hémodialyse doit être maintenue ;
- Les demandes de soins sont de plus en plus grandes et les besoins de plus en plus complexes chez la clientèle hémodialysée ;
- Les projets pilotes visant à évaluer le rôle d'assistance technique à l'infirmière en hémodialyse ont permis d'en évaluer l'impact positif sur la satisfaction des patients, des néphrologues, des infirmières et des directrices de soins;
- L'Association des néphrologues du Québec est en accord avec le développement du rôle de préposé aux bénéficiaires en hémodialyse dans un cadre où les infirmières demeurent responsables et imputables de l'ensemble des soins dispensés et que les infirmières supervisent les personnes jouant ce rôle ;
- L'aide apportée aux infirmières par des préposés aux bénéficiaires en hémodialyse permet aux infirmières de mieux répondre aux besoins de la clientèle en leur redonnant du temps leur permettant de se recentrer sur les activités professionnelles auprès de la clientèle ;
- Les infirmières devront mettre leur compétence à jour dans la supervision de personnel ainsi que dans les connaissances scientifiques et relationnelles requises dans la réponse aux besoins de plus en plus complexes des patients hémodialysés ;
- L'Association des néphrologues du Québec souhaite le développement de la formation d'infirmières praticiennes en néphrologie et a amorcé depuis mars 2000 des approches auprès des corporations médicales et infirmières ;

**Il est résolu et recommandé par les Directrices et Directeurs des soins infirmiers et l'Association des néphrologues du Québec :**

- 1. Que le Comité consultatif provincial des directrices et directeurs des soins infirmiers (CCPDSI) entérine ce document et ses recommandations;**
- 2. Que l'Association des hôpitaux du Québec entérine et diffuse ce document auprès des établissements qui font de la dialyse au Québec en recommandant à ses membres d'adopter les orientations suivantes :**
  - Que soit revue la façon d'offrir des soins infirmiers dans tous les secteurs de la néphrologie (hémodialyse, greffe rénale, dialyse péritonéale, clinique de protection rénale ou de pré-dialyse) pour y intégrer des ressources humaines dans des nouvelles fonctions permettant de maintenir l'accessibilité aux soins et services et de mieux répondre aux besoins de la clientèle.
  - Que le rôle des infirmières soignantes en hémodialyse soit revu et adapté aux besoins actuels et futurs de la clientèle, tel que défini dans la Loi<sup>2</sup>.
  - Que la description de tâches du préposé aux bénéficiaires en hémodialyse tel que décrite dans le présent document soit mise en place sans délai.
  - En considération des structures de personnel déjà en place, que les ratios infirmières / patients en hémodialyse soient revus tout en laissant les établissements en décider selon la situation et l'environnement propres à chaque milieu.
  - Que soit promu et mis de l'avant le développement du rôle d'infirmière praticienne (ou en pratique avancée) dans différents secteurs de la néphrologie, que les moyens indispensables à la formation et à la reconnaissance de ce nouveau rôle soient accessibles et enfin que ces rôles soient établis de façon permanente dans les établissements de santé offrant des soins et services de néphrologie.
- 3. Que l'Ordre des infirmières et infirmiers soit informé de cette prise de position et appuie le développement du rôle de l'infirmière praticienne et de l'assistance technique en hémodialyse;**
  - Que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec soutienne le développement du rôle d'infirmière praticienne (ou pratique avancée) dans différents secteurs de la néphrologie, l'accessibilité à la formation et à la reconnaissance de ce nouveau rôle afin que qu'il soit établi de façon permanente dans les établissements de santé offrant des soins et services de néphrologie.

---

<sup>2</sup> Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé



## Membres du Groupe interétablissements

Président du comité :

Christian Lainé, chef d'unité

Centre hospitalier de Verdun

Lise Dubé, chef d'unité

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Josée Dagenais, infirmière clinicienne spécialisée

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Louise Robillard, chef d'unité

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Diane Boisvert, chef d'unité

Centre hospitalier universitaire de Québec

Charlotte Paquet, infirmière clinicienne spécialisée

Centre hospitalier universitaire de Québec

Martine Proulx, infirmière clinicienne spécialisée

Centre hosp. univ. de Sherbrooke

Annick Leboeuf, chef d'unité

Centre Universitaire de Santé McGill

Emma Lapointe, coord. des services en néphrologie

Hôpital Charles-LeMoyne

Marie-Chantal Loiselle, conseillère en soins spécialisés

Hôpital Charles-LeMoyne

Rosemonde Landry, chef d'unité

Hôpital Sacré-Cœur

Lisette Lafrenière, adjointe à l'unité de dialyse

Cité de la Santé de Laval

Odette Desaulniers, chef d'unité

Centre Hospitalier Régional De Lanaudière

## Références

- Academy of Medical-Surgical Nurses (2000). Our position. AMSN Official Position Statement On: Unlicensed Assistive Personnel (UAP). <http://inurse.com/position/personne.htm>
- American Nephrology Nurse's Association, (2001). The role of Unlicensed Assistive Personnel In Dialysis Therapy.
- American Nephrology Nurse's Association, (2001). Core Curriculum for Nephrology Nursing. Lancaster, 4<sup>th</sup> ed., New Jersey.
- American Nephrology Nurse's Association, (1999). Standards and Guidelines of Clinical Practice for Nephrology Nursing. Burrows-Hudson Eds., 2<sup>nd</sup> ed., California.
- American Nephrology Nurse's Association, (1998). Contemporary Nephrology Nursing. Parker ed. ; New Jersey.
- Association canadienne des infirmières et technologues de néphrologie. (1997). Normes de l'exercice infirmier néphrologique.
- Bolton, W.K. (1998). Nephrology Nurse Practitioners in a Collaborative Care Model. American Journal of Kidney Disease, 31 (5), 786-793.
- Brown, T.M.; Brown, R.L.(1995). Neuropsychiatric Consequences of Renal Failure. Psychosomatics, 36, 244-253.
- Commission d'étude sur la santé et les services sociaux (2000).
- En collaboration (2001). National Kidney foundation / DOQI/ Clinical Practice Guidelines. American Journal of Kidney Diseases, Jan., 37 (1 suppl 1).
- Hamric, A., Spross, J. & Hanson, C. (2000). Advanced nursing practice ; an integrative approach. Saunders : Philadelphie.
- Institut canadien d'information sur la santé (2001). Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes. Vol. 1.
- Johnson, E.M. (1995). Assistive personnel in ambulatory care. American Academy of Ambulatory Care Nursing Viewpoint, 17, (3), 1-4.
- Levy, N.B.(1990). Psychopharmacology in patients with renal failure. International Journal of Psychiatry in Medicine, 20, (4), 325-334.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, Édition officiel du Québec 2003.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). Plan stratégique 2001-4 du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, MSSS, p.4.
- Pastan, S.; Bailey, J. (1998). Dialysis therapy. New England Journal of Medicine, 338, (20), 1428-1437.